Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Možnosti uplatnění modelu Royové a Neumanové v klinické praxi u generace 50+

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Iveta Hejnová

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem ***„Možnosti uplatnění modelu Royové a Neumanové v klinické praxi u generace 50+“*** 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/diplomové 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/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2018 ……

Bc. Iveta Hejnová

Poděkování

Největší poděkování patří mé vedoucí práce Mgr. Věře Olišarové, Ph.D. za cenné rady a trpělivost při zpracování diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumném šetření.

Možnosti uplatnění modelu Royové a Neumanové v klinické praxi u generace 50+.

Abstrakt

Generace 50+ se stává věkovou skupinou, která dle statistických údajů stárne a počet jedinců v této věkové kategorii se zvyšuje. Proces stárnutí je spojený s řadou fyzických, psychických i sociálních změn. Následkem tohoto procesu se pak u těchto jedinců setkáváme s novými i změněnými potřebami, kterým je třeba poskytovanou péči uzpůsobit. Tuto problematiku jsme propojili s koncepčními modely v ošetřovatelství. A to proto, že nám koncepční model pomůže shromáždit informace o pacientovi do souvislých a pochopitelných celků. Důležitým cílem koncepčních modelů je zjednodušení práce zdravotním sestrám, které díky nim můžou na pacienta nahlížet celistvě. V souvislosti s touto problematikou jsme zvolili dva koncepční modely, a to model Callisty Royové a Betty Neumanové. Na základě zaměření této práce jsme si zvolili dva výzkumné cíle. Prvním bylo zmapovat vědomosti o vybraných koncepčních modelech u sester. A druhým cílem bylo zjistit specifika ošetřovatelské péče v klinické praxi u skupiny 50+ s využitím vybraných koncepčních modelů z pohledu sester. K výzkumnému šetření jsme použili kvantitativního i kvalitativního šetření. U kvantitativního výzkumu jsme využili nestandardizovaný dotazník. V kvalitativní části pak metodu *focus group*. V souvislosti s výzkumným šetřením byly stanoveny tři hypotézy a jedna výzkumná otázka. Ze tří stanovených hypotéz můžeme dvě z nich potvrdit. Dle statistických výsledků platí, že znalost modelu otevřených systémů a adaptačního modelu souvisí se vzděláním respondentů. Respondentky s vysokoškolským vzděláváním prokazují větší znalost těchto modelů. Naopak nebyla prokázána souvislost v oblasti zohlednění specifik v uspokojování potřeb při poskytování ošetřovatelské péče u generace 50+. Na základě výzkumného šetření byl vytvořen postup pro odběr ošetřovatelské anamnézy u generace 50+. Na základě vytvořeného postupu můžeme zdravotnickým pracovníkům umožnit třídění informací o pacientovi do logických systémů, a tím získat kvalitní a komplexní pohled na pacienta. Po zrealizování kvalitativního výzkumu jsme hodnotili návrhy našich respondentů na teoretickou i praktickou část odběru anamnézy.

Tito respondenti prokazovali znalost daných modelů. Nejčastěji vytýkali nesrozumitelnost otázky, či úplnou její přebytečnost. Jako přínos uváděli jednoduchost, smysluplnost a kvalitní hodnocení ošetřovatelské péče.

Klíčová slova: koncepční model; Callista Royová; Betty Neumanová; generace 50+; sestra, klinická praxe, pozdní dospělost; stáří

The Possibilities of Application of Roy's and Neuman's Models to the Clinical Practice in the 50+ Generation.

Abstract

The 50+ generation has become an age group that is aging according to the statistical data and the number of individuals in this age category is rising. The aging process is accompanied by numerous physical, mental and social changes. As a consequence of these processes new and modified needs occur in these individuals, to which the provided care has to be adapted. We have linked this issue with conceptual models in nursing. This is because a conceptual model will help us integrate patient information into coherent and comprehensible blocks. An important goal of conceptual models is to simplify the work of nurses, who can see a patient as a whole thanks to them. We chose two models in relation to this issue, namely Calista Roy's model and Betty Neuman's model. We chose two research goals on the basis of the topic of the thesis. The first one was to map the knowledge of selected conceptual models among nurses. And the second goal was to find out the specifics of the nursing care in the 50+ group with the application of selected conceptual models from the point of view of nurses. We applied both, qualitative and quantitative methods to the research. Within the quantitative research we used a non-standardized questionnaire. In the qualitative part we applied the *focus group* method. Three hypotheses and one research question were set in relation to the research. We are able to confirm two of the three hypotheses. The statistical results have shown that the knowledge of the open-systems model and the adaptation model corresponds with the education of the respondents. Respondents with tertiary education show better knowledge of these models. On the other hand, no relation in taking the specifics in the satisfaction of the needs into account in the provision of nursing care in the 50+ generation was confirmed. A procedure for collection of the nursing anamnesis in the 50+ generation was created on the basis of the research. On the basis of this procedure we can enable healthcare staff to classify the patient information into logical systems and therefore to obtain a quality and comprehensive view of a patient. After the completion of the qualitative research we evaluated the proposals of our respondents for the theoretical as well as the practical part of the anamnesis collection.

These respondents showed knowledge of the models. They most often criticized bad intelligibility or even redundancy of a question. Among benefits they named simplicity, reasonability and quality evaluation of the nursing care.

Key words: conceptual model; Callista Roy; Betty Neuman; 50+ generation; nurse, clinical practice, late adulthood, old age

Obsah

1. SOUČASNÝ STAV 11

1.1 Generace 50+ 11

1.1.1 Pozdní dospělost 13

1.1.2 Stáří 15

1.1.3 Specifika ošetřovatelské péče u generace 50+ 18

1.2 Koncepční modely v ošetřovatelství 19

1.2.1 Koncepční model dle Betty Neuman 21

1.2.2 Hlavní jednotky a využitelnost koncepčního modelu Betty Neumanové 22

1.3 Koncepční model dle Callisty Royové 24

1.3.1 Hlavní jednotky a využitelnost koncepčního modelu Callisty Royové 25

1.4 Zdravotnická dokumentace u generace 50+ 28

1.4.1 Překážky a možnosti jejich odstranění ve využití zdravotnické dokumentace 30

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 35

2.1 Cíle práce 35

2.2 Hypotézy 35

2.3 Výzkumné otázky 35

3. OPERACIONALIZACE POJMŮ 36

4. METODIKA 37

4.1 Použité metody 37

4.2 Charakteristika výzkumného souboru 38

5. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 39

5.1 Výsledky vztahující se ke kvantitativní části výzkumu 39

5.1.1 Testování hypotéz 50

5.2 Výsledky kvalitativního šetření 53

6. DISKUZE..... 59

7. ZÁVĚR..... 66

8. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ..... 68

9. SEZNAM PŘÍLOH..... 79

10. SEZNAM ZKRATEK 123

Úvod

Počátek koncepčních modelů můžeme dohledat již v historii, například v raném období Egypta byly používány jako způsob pro shromáždění myšlenek o vzniku světa.

V tomto období nebyly koncepční modely aplikovány do ošetřovatelství, ale pouze do filozofické či ekonomické oblasti. Postupem času nastalo období, kdy se koncepční modely začaly aplikovat i do ošetřovatelství. Z počátku byly používány teoretické poznatky z ostatních disciplín. Poté nastala fáze vysvětlování podstatných jevů, které bylo nutné v ošetřovatelství specifikovat. Třetí fází bylo hledání shody teorií s různými aspekty ošetřovatelství. Nejpodstatnější cílem koncepčních modelů je ulehčení ošetřovatelské péče sestrám. Právě díky této koncepci je sestrám umožněno třídit informace o pacientech do logických systémů, které jim pomáhají získat celistvý a kvalitní pohled na pacienta z různých úhlů.

Téma naší práce *„Možnosti uplatnění modelu Royové a Neumanové v klinické praxi u generace 50+“* zpracováváme proto, že se domníváme, že je důležité zohledňovat potřeby pacienta celistvě. Proto pracujeme s dvěma koncepčními modely, ve kterých jsou rozdílně nastíněné potřeby pacienta. Jak je z názvu práce patrné, budeme se zabývat koncepčními modely dle Callisty Royové a Betty Neumanové.

Problematiku generace 50+ považujeme za aktuální s ohledem na statistické údaje, které trvale naznačují trend stárnutí populace. Tento faktor se následně promítá také do ošetřovatelské praxe. S touto generací se můžeme setkat nejen v ambulantní praxi, ale zvyšuje se také počet hospitalizovaných jedinců v tomto věkovém období. Zřejmá je zde souvislost s výskytem chronických onemocnění a komorbidit. Tělo začíná stárnout, a proto nastávají fyzické, ale i psychické změny.

S přihlédnutím k výše řečenému bylo důležité nahlédnout na problematiku koncepčních modelů v praxi. Zda s koncepčními modely sestry umí pracovat, či zda jim dokáží porozumět.

Naším cílem bylo zmapovat možnosti uplatnění modelů Callisty Royové a Betty Neumanové v klinické praxi. Tyto dva koncepční modely jsme vybrali z toho důvodu, že si myslíme, že jsou nejlépe uplatnitelné pro generaci 50 +. Při změněném stavu v tomto období je důležitý právě vliv stresorů a úroveň adaptace v jiném prostředí, než je prostředí domácí. Dostupné literární zdroje velmi dobře popisují problematiku této generace, což nám pomohlo se dobře zorientovat ve specifikách této věkové skupiny.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Generace 50+

Generace 50+ zahrnuje tři věková období. Pozdní dospělost je vymezena věkem od 40 let do 65 let. Další věkové období je definováno jako stáří. Tam spadají jedinci s věkem vyšším než 65 let. A poslední věkovou kategorií je pravé stáří, kdy jedinec dosahuje více jak 75 let věku (Langmeier, 2006).

Stárnutí můžeme dělit na biologické, psychické a sociální. Zdravotní stav ovlivňuje kvalitu stárnutí. Pokud nejsou naplněny potřeby, může dojít ve společnosti až k deficitnímu modelu stárnutí a odsunutí této věkové kategorie na kraj společnosti (Hegyi,2001). Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky uvádí, že v roce 2010 bylo k 31. 12. 2010 v České republice 2 721 280 jedinců ve věkovém rozmezí 50-69 let (ÚZIS, 2010). K porovnání – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky 31. 12. 2016 zveřejnil zdravotnickou ročenku, kde uvádí, že v České republice v tomto roce bylo 2 729 576 jedinců ve věkovém rozmezí 50-69 let (ÚZIS, 2016). To znamená, že počet jedinců v generaci 50+ se v České republice zvyšuje. Stárnutím se zabývá také Ministerstvo zdravotnictví, které vyhlásilo rok 2012 za Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity a podporu vitality a důstojnosti všech osob. Snaží se podpořit filozofii, která tvrdí, že po 60tém věku života, život nekončí. Hlavním cílem je zjednodušení aktivního stárnutí, které je založené na vstřícné společnosti pro všechny věkové skupiny. Evropský rok stárnutí obsahoval tři různé složky. A to aktivní stárnutí a nezaměstnanost, aktivní účast na společenském dění a nezávislý život. Aktivní stárnutí a nezaměstnanost zdůrazňuje upravení podmínek pro pracující seniory a také možnost aktualizace dovedností a přístup k celoživotnímu vzdělávání. Aktivní účast na společenském dění můžeme zajistit především zlepšením podmínek, které zabrání sociální izolaci seniorů ve společnosti. U složky nezávislý život je třeba se zaměřit se na kvalitní zdravotní péči a prevenci a tím zabránit závislosti seniora na okolí (Ministerstvo zdravotnictví, 2012).

Stárnutí je spojeno s uvědoměním si, že začíná proces, který je nevratný a obnáší postupné zhoršování tělesné a psychické kondice. Věk 50 let je považován za mezník, kterým začíná proces stárnutí (Vágnerová, 2007). K jeho charakteristice lze využít různých filozoficko-teoretických náhledů, jako je biologický či biopsychosociální model zdraví.

Biologický model zdraví je zaměřen na zhodnocení tělesného zdraví a fungování orgánů. Ke stáří nevyhnutelně patří i fyziologické změny, kterým nelze předejít. Biopsychosociální model zdraví definuje jako nezbytnou složku stárnutí právě psychosociální anamnézu, zajímá se o to, jak senior své změny prožívá a do jaké míry ovlivňují jeho sociální situaci (Klevetová, 2008).

Problémy geriatrických pacientů řeší geriatrická medicína. Ta definuje geriatrického pacienta jako jedince vyššího věku, s významnou morbiditou a hrozícími omezeními (Schuler, 2010). Stárnutím se zabývá mnoho výzkumů, které se snaží přijít na to, proč dochází k degeneraci a stárnutí buněk. K vysvětlení této problematiky máme několik teorií. Například teorie o působení zevních vlivů, volných radikálů, genetická a imunologická teorie. Teorie a působení zevních vlivů říká, že negativní vliv na stárnutí mají právě zevní vlivy jako například chemické látky, skladba jídla, životní styl či psychosociální faktory. Teorie volných radikálů charakterizuje volné radikály, které škodí membránám buněk a jejich částem. Jde o škodlivé sloučeniny vznikající v organismu. Genetická teorie udává, že délka života je geneticky naprogramována. A imunologická teorie zakládá své definice na základě dělení buněk. Při tomto procesu nastane chyba, s kterou si organismus neví rady a neumí jí odstranit. Postupem času začne ničit svoje vlastní buňky (Mlýnková, 2011).

V období stárnutí se jistě mění i potřeby jedince. Potřeba je definována jako projev nedostatku, či absence něčeho přičemž je nutné tento nedostatek odstranit. Jedním z cílů ošetřovatelství je právě diagnostika a uspokojování potřeb (Jarošová, 2006).

Abraham Harold Maslow, který byl americkým klinickým psychologem a jeden ze známých zakladatelů humanistické psychologie, vypracoval pyramidový systém potřeb jedince (viz příloha 1). Tento systém sestavil na základě svých zkušeností. Potřeby dělil na potřeby fyziologické, bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti, uznání a seberealizace. Pro ošetřovatelskou péči je důležité si uvědomit důležitost uspokojování vzniklých potřeb, aby nedocházelo k pocitům neuspokojené potřeby. Mezi tyto pocity může patřit únava, ospalost, nucení na močení, nejistota, strach, osamělost, selhání či nedůvěra (Mastiliaková, 2014). Maslow dále rozlišoval potřeby vyšší a nižší. Potřeby nižší jsou fyziologického původu, a potřeby vyšší jsou potřebami získanými. Mezi takové patří například potřeba společenského styku (Plevová, 2011b).

Člověk je biologická a společenská bytost. Zdrojem jeho motivace jsou potřeby biologické, ale také socio - kulturní podmínky jeho existence spojené s potřebou bytí jako bytosti. Potřeby rozdělujeme na biologické, psychické, sociální a spirituální. Biologické potřeby můžeme také nazývat jako vrozené, fyziologické či primární.
Jejich uspokojování je nezbytné pro život, tyto potřeby indikují nedostatek v biologické stránce. Mezi tyto potřeby patří vzduch, tekutiny, mozková aktivita či spánek a odpočinek (Tomagová, 2008).
Psychické, sociální a spirituální potřeby můžeme nazvat jako získané či sekundární. Nesouvisejí s biologickou existencí jednotlivce, ale mají významné postavení v psychologii. Jejich uspokojování přináší pocit pohody. Psychickou potřebou je jistota, láska, sebeuplatnění, zdokonalování nebo například uznání. Za sociální potřeby považujeme sociální kontakt, komunikaci, seberealizaci. Smysluplnost existence, respektování víry a hodnotový systém jsou potřebami spirituálními (Tomagová, 2008).
U generace 50+ je charakteristická přeměna hodnotové orientace potřeb. Jedinec je více fixován na rodinu a svoje blízké, navyšuje se potřeba lásky a sounáležitosti. Nedochází k naplnění potřeb dostatečné komunikace, a proto často dochází k pocitu osamocení (Jarošová, 2006).

1.1.1 Pozdní dospělost

Pozdní dospělostí označujeme období od 40let do 65 let. Velmi často toto období je označováno jako období životních krizí, a to hlavně vzhledem k tomu, že jde o problémovější a životně náročnější životní období, než v mladším věku (Langmeier, 2006).
Avšak například Vágnerová (2000) uvádí, že se jedná o klidné období, protože projevy fyzického a duševního stárnutí, ještě nejsou obtěžující, ale již došlo k tomu, že jedinec má již vybudované zázemí a patřičnou stabilitu.
Langmeier (2007) udává, že pozdní dospělost je definována jako část života, ve které se hledá odpověď na otázky, zda jedinec za svůj život něčeho dosáhl, či nikoliv. Dále dochází k hodnocení životních cílů, zda – li vývoj cílů byl správný, či ne. Dochází také k prvním změnám v oblasti fyzické, kognitivní a sociální. Po fyzické stránce může jedinec pocítit první známky poklesu fyzické výkonnosti. Rovněž se snižuje citlivost většiny smyslů, nejvíce zraku, kdy dochází ke zhoršení akomodační schopnosti oka. Také další smysly jako chuť či sluch mohou být pociťovány jako zhoršující se.

Vnější vzhled také ztrácí svojí mladistvou schopnost. Kůže ztrácí pružnost, objevují se vrásky a šedivější vlasy. Dochází i ke ztrátě sexuální atraktivity. Ke krizi středního věku může vést mimo jiné i špatné vyrovnávání se se ztrátou mládí a mladistvého vzhledu. U žen se dostavuje klimakterium, tedy doba kdy dochází k ukončení reprodukčního období, a současně tedy, i k menopauze. Reprodukční schopnosti mužů bývají zachovány, ale i přes to se dostavují příznaky jako u ženy. Tento stav můžeme pojmenovat jako andropauza. U tohoto období bývá pocit beznaděje, ztráta osobní hodnoty a sebenenávist. Hlavní sociální změnou, kterou jedinci mohou pocítit, je pocit prázdného hnízda. Děti odchází z domova a především matky se mohou cítit nepotřebné a osamocené. V přístupu k zaměstnání můžeme vidět dva základní postoje. Někteří jedinci jsou na vrcholu kariéry, s vysokým postavením a práce je uspokojuje a dělá jim radost. Druhou skupinou jsou jedinci, kteří svoje zaměstnání berou jako rutinu, a ne jako potěšení. Příčinou mohou být špatné vztahy na pracovišti, syndrom vyhoření či trvalé vysoké nároky na jedince. Často dochází k rozhodnutí se, změnit kariéry. Úspěšná změna kariéry může vést k osobnímu růstu (Langmeier, 2007).

Další změnou je odchod do důchodu, kdy dojde k výrazné změně životního harmonogramu. Jedinci mají více volného času, a proto je potřebné, aby si každý jedinec našel zálibu, kterou bude trávit svůj čas v důchodovém období. Proměna kognitivních funkcí se týká mnoha složek psychiky. Například praktická a sociální inteligence se po 40. roku života začíná rozvíjet, její uplatnění je především v běžném životě. Naopak fluidní inteligence se už nerozvíjí. Schopnost zpracování nových informací a používání nových způsobů myšlení stagnuje. Krystalická inteligence také zůstává na stejné úrovni. Jedná se o proces, kdy je inteligence ovlivněná získanou zkušeností, ať už z kultury či prostředí. Člověk v období pozdní dospělosti se orientuje stejně na minulost, současnost i budoucnost. Do budoucna hledí s očekáváním osobnostního vývoje, i když s očekáváním, že bude limitován. Bilancování středního věku se projevuje dvěma způsoby, hodnocením minulosti a představami o budoucnosti. Bilancování minulosti probíhá tak, že člověk hodnotí svůj dosavadní život na základě životních zkušeností. Hodnotí profesní život, rodinu, partnera, děti, svůj fyzický i duševní stav a také tělesný vzhled. V tomto období může dojít ke zvratu při pohledu na dříve zajímavé hodnoty a cíle. Zralost emočního prožívání je na svém vrcholu. Dochází k nárůstu a stabilizaci ovládání vlastních emocí. Stárnoucí člověk preferuje klid a pohodu, nechce být emočně ničím zatěžován.

Emoční prožívání může být do určité míry ovlivňováno i biologicky, například hormonální změnou. Jedinec v této věkové kategorii často dosahuje emoční moudrosti, to znamená, že získává nadhled nad nepříjemnostmi (Vágnerová, 2007).

Vágnerová (2007) se také zaobírá představami o budoucnosti, kdy uvádí, že jedinec svoje představy posuzuje dle aktuálních možností. Dochází k uvědomění, že je poslední možnost něco ve svém životě změnit. Může docházet k pocitům smutku, vzhledem k tomu, že možnosti změny jsou už omezené. Na tuto situaci může jedinec reagovat zkratkovitě nebo naopak dochází k rezignaci, a k demonstraci vlastní bezmocnosti.

1.1.2 Stáří

Toto období můžeme také nazvat jako období raného stáří, věková hranice je od 60 do 75 let (Vágnerová, 2007). Další věkovou kategorií je pravé stáří kam spadá jedinec starší 75ti let (Langmeier, 2006). Může být označováno jako postvývojové období, protože do této doby byly realizovány všechny schopnosti rozvoje. Přichází pocit naplnění, ale také úbytek energie a proměna osobnosti směřující k jejímu konci. Podle E. H. Ericksona je nejdůležitější úkol stáří docílit integrity v pojetí svého života (Vágnerová, 2007).

Stárnutím se zabývá věda zvaná gerontologie, z řeckého slova gerón (starý člověk) a logos (věda) (Minibergerová, 2006). Další pojem, který je spojený s geriatrií, je geriatrický pacient. Bývá charakterizován vysokým věkem, vyšší morbiditou a potencionálním funkčním omezením. Dalším kritériem je přítomnost akutního zhoršení nebo chronického onemocnění (Schuler, 2010).

Všeobecně se stárnutí definuje jako celistvý a dynamický proces, který zahrnuje vzájemně propojené procesy stárnutí biologického, sociálního a psychologického (Sýkorová, 2007). Zacharová (2011) uvádí, že fyzické změny po 60. roce jsou přímo nebo nepřímo ovlivněné nemocí. Ve stáří rychle stoupá počet jedinců s kardiovaskulární chorobou, chronickým zánětem kloubů či hypertenzí.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky v roce 2013 zveřejnil statistiky počtu jedinců s daným onemocněním. Například s hypertenzí v Jihočeském kraji ve věkové skupině 45-65 let bylo léčeno 50 571 jedinců. Ve věkové skupině 65+ 50 328 jedinců (ÚZIS, 2013). V následujících letech již ve Zdravotnických ročenkách není uváděn počet dle věkové kategorie, ale pouze celkový počet jedinců s hypertenzním onemocněním.

Hypertenze je velmi diskutovaným tématem, zabývá se jím také Česká společnost pro hypertenzi, která si pro svoji činnost stanovila několik cílů (Společnost pro hypertenzi, 2017).

V každém věku může být jedinec vystaven různým ztrátám či strádáním. Avšak ve stáří se pravděpodobnost zvyšuje. Proto bylo definováno pět modelů, popisujících vyrovnávání se stářím (Minibergerová, 2006a).

Prvním modelem je *konstruktivnost,* kdy je jedinec smířený se stárnutím. Soběstačně realizuje své cíle a plány. Dobře se přizpůsobí, je tolerantní. Hledí do budoucna a bez problémů navazuje nové vztahy. Druhým modelem je *závislost,* kdy je jedinec pasivní a spoléhá na péči ostatních. Rád opustil svou práci a odešel do důchodu. *Obranný postoj* je třetím modelem, který charakterizuje jedince, který byl profesionálně i společensky úspěšný. Je soběstačný a je na to pyšný. Často odmítá pomoc ostatních, aby dokázal, že mu období stáří nevadí. V *modelu nepřátelství* stojí jedinci, kteří měli během svého života tendence přisuzovat neúspěchy na jiné. Žijí mimo společnost a hrozí jim izolace. Závidí mladým lidem. A posledním modelem je *sebenenávist*. Jedinec nemá rád sám sebe. Na prožitý život nerad vzpomíná, hledí na něj kriticky. Nerad se společensky stýká, má pocit, že si užili svého života dost (Minibergerová, 2006a).

Kotrba et al., (2006) zaměřil svůj výzkum na společenské kontakty a oblíbené činnosti jedinců ve věku 50-64 let. Zkoumaným vzorkem bylo 99 osob. Z toho dvě desetiny respondentů bylo spokojeno se svým bydlením. Kontakty se svým okolím udržuje více než dvě desetiny jedinců. A mezi nejoblíbenější činnosti patří kontakt s vnoučaty, zájezdy a nákupy.

Zacharová (2011) udává, že jako každé věkové období, i stáří je charakteristické tím, že dochází ke změnám v tělesné, kognitivní, emoční, sociální sféře. Z hlediska tělesných změn dochází ke snižování výkonnosti u všech tělesných funkcí. Klesá výkonnost srdce, plic, svalů a dalších orgánů. Metabolismus má pomalejší funkci než dříve. Nejrychleji se zhoršuje funkce zrakových a sluchových smyslů. Také paměť už není tak dobrá, jako v mládí. Nejčastěji dělají problém čísla a jména.

Pokles výkonnosti kognitivních funkcí není psychickou poruchou, ale nejspíše jen výraznější pokles paměti, který se v běžných životních situacích neprojeví (Pidrman, 2005).

Vzhledem ke změněnému fyzickému stavu je nutné zhodnotit, zda byly zachovány všechny adaptační funkce jedince. Ke zhodnocení adaptační funkce můžeme použít například Test základních činností podle Barthelové.
Nejčastější onemocnění v tomto věku je hypertenze, revmatoidní artritida a diabetes mellitus (Zacharová, 2011).
Kůže ztrácí svojí elasticitu a schopnost udržovat vodu. Protože se mohou objevovat vrásky a snižuje se kožní turgor. Kůže tak může být suchá a člověk může pociťovat svědění. Mohou se rovněž objevovat stařecké skvrny. Vzhledem k tomu, že podkoží ztrácí svojí tukovou tkáň, kůže se ztenčí a získává charakter pergamenové kůže. Může dojít ke snížení výšky v důsledku atrofujících meziobratlových plotének. Postupně ochabují kosterní svaly a řídnou kosti. Proto se může zvýšit riziko zlomenin. Zvyšuje se bolestivost kloubů (Mlýnková, 2011).
V trávicím systému dochází ke zpomalení funkce a orgány jsou méně výkonné. Vzhledem ke snížené funkci a ochabnutí svalstva dochází k poklesu tlustého střeva, a to se nejčastěji projevuje zpomalením peristaltiky a zácpou, které může přejít až do chronicity. Tento problém může zapříčinit i bolesti v oblasti bederní. Současně dochází i k menší pružnosti močového měchýře a snížení jeho kapacity (Klevetová, 2008).

Dále dochází k proměně emocionality. Negativní vliv na emoce může mít hromadění ztrát a zátěže v raném stáří. Zvyšuje se riziko ztráty životního partnera a tím se zvyšuje přítomnost negativních stresů. Vliv na funkci emočního prožívání může mít snížená funkce centrální nervové soustavy. Celkově na emoční stav má vliv životní zkušenost, kterou jedinec získává po celý život. Ve stáří jedinec lépe porozumí vlastním emocím. Důležitým ukazatelem emočního ladění je pocit pohody. Ovlivňuje ho mnoho faktorů, například emoční prožitek a životní spokojenost (Vágnerová, 2007).
Venglářová (2007) udává, že mezi sociální změny patří především odchod do penze, přeměna životního stylu, změna finanční situace, ztráta blízkého, osamělost a možné přestěhování se.
Holmerová (2014) zmiňuje, že zhoršení soběstačnosti na základě změn ve stáří je způsobeno vždy v souvislosti se zhoršeným zdravotním stavem.

1.1.3 Specifika ošetřovatelské péče u generace 50+

Geriatrie vznikla z toho důvodu, že péče o staré lidi se liší vzhledem k nutnosti komplexnějšího přístupu a týmové péče. Prolínají se zde obory lékařské, ošetřovatelské a rehabilitační. Cílem je uchovat zdraví, dosáhnout nejvyšší možné aktivity a soběstačnosti pacienta (Hudáková, 2013). Zdraví můžeme definovat mnoha způsoby, ale nejznámější je definice z roku 1948 dle Světové zdravotnické organizace. Ta zdraví definuje jako „*Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (WHO, 1948)*". Tato definice poukazuje na složitost systému, který se skládá z několika částí, a to fyzické, psychické a sociální, které dohromady tvoří složitý celek (Bártlová, 2009).

U generace 50+ můžeme považovat změny zdravotního stavu za specifické. Pro geriatrickou poruchu zdraví můžeme také používat pojem geriatrické křehkost. Znamená to, že došlo k nízké úrovni potenciálu zdraví, která negativně ovlivňuje pocit pohody, běžné denní aktivity či kvalitu života. Tato změna je ovlivněna několika faktory, proto musíme k pacientovi přistupovat empaticky a individuálně po všech stránkách. Zároveň může dojít ke změně v životním stylu jedince (Čevela, 2014).
K rizikovým faktorům, které mohou ovlivnit životní styl, patří kuřáctví, konzumace nevhodné stravy, což následně vede k obezitě, snížená pohybová aktivita, zneužívání alkoholu a nevhodné sexuální chování (Čevela, 2014).
Pro ošetřovatelskou péči bylo vytvořeno několik testů, které pomáhají zhodnotit zdravotní stav zaměřen na určitý problém a na základě toho diagnostikovat ošetřovatelský problém. Například Test základních všedních činností podle Barthelové.
Ten se dělí na dva typy, prvním je test instrumentálních činností (dále jen test IADL) (Topinková, 2005). Hodnotí se činnosti jako je telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků a finance (Pokorná, 2013).
Tento test se používá při lehkém zdravotním postižení. Pro těžší postižení se používá Test základních všedních činností podle Barthelové (dále jen test ADL) (Topinková, 2005). Zde se hodnotí činnosti týkající se hygieny, samostatnosti při koupání, jídle, toaletě, chůze po schodech, oblékání, či kontrole stolice a močového měchýře (Pokorná, 2013).

Tyto testy používají screeningové otázky, které potvrzují nebo vyvracejí přítomnost zdravotního postižení. Díky nim se zjistí, v jaké míře je pacient soběstačný a samostatný.

Rozlišujeme test základních sebeobslužných činností, které jsou nutné pro existenci jedince (kontinence moči a stolice). Druhý typem je test komplexní instrumentální činnosti, která je nutná pro život v domácnosti. Po provedení testu se na základě celkového skóre zhodnotí míra postižení. Tyto testy jsou standardizované a nejčastěji používané v USA a Evropě (Topinková, 2005).

Dalším testem, který může být používán u seniorů je Mini- Mental State Examination (dále jen MMSE). Tento test vyhodnocuje kognitivní funkce seniorů, které ovlivňují kognitivní deficit. Díky těmto kritériím můžeme zachytit prvotní stádia Alzheimerovy choroby. Test obsahuje třicet otázek, přičemž je každá otázka obodována jedním bodem. Realizace by měla být prováděna v pravidelných intervalech, aby případná změna byla podchycena včas. Hodnotí se pacientova orientace v čase a místě. Dále zapamatování, pozornost a počítání, výbavnost slov, pojmenování, opakování, třístupňový příkaz, čtení a splnění příkazu, psaní a obkreslení obrazců (Pokorná, 2013).

1.2 Koncepční modely v ošetřovatelství

Označení koncepční model pro ošetřovatelství vzniklo v roce 1973, kdy na konferenci pro rozvoj ošetřovatelství Johnsonová, Reillyová a Royová shrnuly různé pohledy na ošetřovatelství pod označení koncepční model. Každý ošetřovatelský model definuje svoje metaparadigma, avšak v jednotlivých modelech se jeho význam se liší. Pod pojmem metaparadigma rozumíme předmět či obsah vědní disciplíny. V ošetřovatelství definujeme osobu, prostředí, zdraví a ošetřovatelství. Osobou rozumíme bio – psycho - sociální – spirituální bytost, ale s různým náhledem. Prostředí definujeme jako vnitřní a vnější vlivy na jedince, které mohou působit pozitivně i negativně. Zdraví je bráno jako nepřetržitý průběh nebo hodnota, kterou může každá kultura či jedinec definovat jinak. A v neposlední řadě ošetřovatelství, které se zabývá zhodnocením zdravotního stavu jedince, naplánováním cílů, plánů a následnou realizací (Pavlíková, 2006).

Ošetřovatelské modely mají tři důležité složky, které definovaly Kozierová, Olivierová a Erbová. První složkou je asumpce, kterou rozumíme předpoklady, které tvoří teoretickou základnu ošetřovatelství.

Asumpce se v jednotlivých modelech liší, ale vždy platí, že je v praxi ověřitelná. Druhou složkou je hodnotový systém, který tvoří základní myšlenku oboru a liší se dle filozofického názoru autora.

Vždy zdůrazňuje hodnotu, která je důležitá pro ošetřovatelství, například upozorňuje na interpersonální vztahy sestra – pacient, či respektování lidské bytosti. A třetí, poslední složkou jsou hlavní jednotky. Zformulováno bylo sedm základních – cíl ošetřovatelství, klient/ pacient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsoby zásahu a důsledky (Pavlíková, 2006).

Máme tedy několik druhů ošetřovatelských modelů, které vykazují vždy své charakteristické rysy. Mezi ně patří například modely vývojové, interakční, humanistické, modely energetického pole či ošetřovatelských zákroků. Dále také modely potřeb, substituce, konzervace, udržování či zlepšení (Archalousová, 2003).

Pro naši práci jsou nejpodstatnější modely výsledků a systémové modely. Model výsledků z toho důvodu, že hodnotí výsledek uspokojení potřeb pacienta v ošetřovatelské péči. Systémový model proto, že se zabývá integrací osoby a prostředí. Tedy adaptací pacienta na změny (Archalousová, 2003).

Systémový model se zabývá systémem a jeho prostředím. Podstatou je zkoumat systém, její vztahy a části. Cílem je identifikovat problém a navrhnout strategii, jak ho vyřešit. Model potřeb a výsledků se zaměřuje na funkci sester a pacienta z náhledu jejich potřeb. Pokud se tedy pacient stane hůře soběstačným, je na sestře jeho roli v plnění potřeb zajistit. Pro správný průběh procesu je důležité si stanovit cíl a jeho průběh plnění, které je třeba důkladně zhodnotit (Tóthová, 2002).

Avšak každý model se může v náhledu na jednotlivé kroky lišit (Pavlíková, 2006).

Například v modelu Callisty Royové je osoba považována jako adaptivní systém s vnitřním procesem, a to kognátorem a regulátorem, který hraje významnou roli při adaptaci ve čtyřech oblastech (fyziologie, sebekoncepce, nezávislost a rolová funkce) (Plevová, 2011). K porovnání použijeme teorii (Pavlíková, 2006) která v modelu Betty Neumanové uvádí, že osoba je multidimenzionální, dynamický a celistvý systém v neustálém vztahu s prostředím.

Základní strukturou jsou například faktory fyziologické a vývojové a chrání je linie rezistence, normální a flexibilní linie obrany (Pavlíkové, 2006).

1.2.1 Koncepční model dle Betty Neuman

Betty Neumanová se narodila v Ohiu roku 1924. V roce 1957 ukončila bakalářské vzdělání v Los Angeles, později si doplnila své vzdělání o magisterskou specializaci v oboru mentální zdraví. Po ukončení vzdělání pracovala jako chirurgická sestra u akutního lůžka, učitelka na univerzitě a poradkyně v krizovém centru. Později v roce 1972 poprvé veřejnosti představila svůj systémový model, který sloužil k vedení celého kurikula ošetřovatelství bakalářského studia, v roce 1976. Celý model v roce 1982 doplnila vydanou knížkou s názvem „*The Neuman´s Systém Model: Application to Nursing Education and Practise.* " Tato kniha popisovala použití a aplikaci daného modelu v ošetřovatelském vzdělání a praxi (Pavlíková, 2006).

Neumanová (1997) uvádí, že systémový model byl vyvinut s prvotním plánem používání k organizování kurzu pro absolventy na univerzitě v Kalifornii. Betty Neumanová zpracovala koncepční model, který charakterizovala jako systémový model založený na principu interakce osoby s prostředím. Zaměřuje se na vztah osoby, zdraví, prostředí a ošetřovatelství s primární, sekundární a terciální prevencí. Model vychází z hodnocení a nacházení aktuálních a potenciálních stresorů. Za stresor považujeme za určitý faktor, který způsobí stres a to může způsobit narušení rovnováhy organismu.

Mezi tyto stresory patří stres, který vyplývá z intrapersonálních faktorů, dále může být způsobený interpersonálními faktory a také následkem extrapersonálních faktorů (Farkašová, 2001).

V pojetí tohoto modelu je jedinec jednotným celkem, který se dělí na části a ty jsou v rovnováze interakcí, přičemž bytost je celistvá část v interakci s prostředím. Prostředí je definováno jako vnitřní a vnější síly ovlivňující bytost v určité chvíli. Podstatou je, že jedinec a prostředí si vyměňují energetické síly s informací bez daného časového omezení. Další nezbytnou složkou modelu je systém. Systém je považován za celistvou organizaci ve chvíli, kdy se části systémů se ovlivňují. Tvoří jej pět faktorů, a to faktory sociokulturní, fyziologické, psychologické, vývojové a spirituální. Tyto složky jsou opět ve vztahu s prostředím. Pokud dojde k výchylce mezi systémy, dochází u pacienta k projevení příznaků onemocnění. Opakem výchylky je pocit pohody a zdraví.

Pokud dojde k udržení rovnováhy, můžeme tento proces nazývat jako homeostatický proces. Ve chvíli, kdy se pacient začne na změnu přizpůsobovat, mluvíme o adaptačním procesu, který je průběžný, dynamický a stabilní.

Pokud organismus začne reagovat negativně, mluvíme o stresu. Cílem je překonání působících stresorů a docílení stability systému (Pavlíková, 2006).
Pro model bylo vytvořeno názorné schéma (viz. příloha 2) (Archalousová, 2003).

1.2.2 Hlavní jednotky a využitelnost koncepčního modelu Betty Neumanové

Neumanová uvádí, že hlavními jednotkami modelu je cíl ošetřovatelství, pacient/klient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsob zásahu a důsledky (Pavlíková, 2006).
Archalousová (2003) definuje cíl ošetřovatelství jako dosáhnutí, či udržení vyváženosti pacientova systému. Tuto definici Pavlíková (2006) doplňuje o fakt, že jde také o obnovení maximální úrovně zdraví i pohody. Pacient je vnímán jako otevřený systém s pěti složkami.
A to fyziologickými, psychologickými, sociokulturními, spirituálními a vývojovými. Rolí ošetřující sestry je rozpoznat extrapersonální , interpersonální a intrapersonální stresory. Zdroj potíží vytváří stresory, které působí z vnitřního nebo zevního prostředí jedince. Ohnisko zásahu spočívá v posílení linie obrany a redukci stresorů. Zásah by měl být prováděn pomocí primární, sekundární a terciální prevence. Důsledkem je pohyb ke stabilnímu systému pacienta a k požadované úrovni zdraví, tedy splnění nastaveného cíle (Pavlíková, 2006).
Neumanová (1997) uvádí, že systémový model je mezinárodně používán pro ošetřovatelskou výchovu a praxi, a jeho používání se rozšiřuje. Také se začíná zjišťovat užitečnost modelu pro interdisciplinární spolupráci a výzkum.
Archalousová (2003) uvádí, že koncepcí modelu Betty Neumannové jsou 4 základní pojmy, a to proměnná, základní struktura, linie obrany a stresory. U proměnných mluvíme o faktorech přežití, jinak můžeme nazývat právě proměnnými. Tvoří je faktory fyziologické, sociokulturní, psychologické, vývojové a duchovní. Pro každého jedince jsou individuální, ale i přesto mají mezi sebou vždy vztah. Základní strukturou pak rozumíme centrální jádro přežití. Skládá se z proměnných jako například faktor přežití a individuální charakteristiky jedince. Individuální charakteristikou jsou například orgánová funkce či struktura ega. Pavlíková (2006) uvádí, že linie obrany zabezpečují ochranu proti působení stresorů. Dělíme je na tři druhy. Linie rezistence (odolnosti), normální linie obrany a flexibilní linie obrany. Linie rezistence obsahuje vnitřní faktory, které působí na přežití a chrání základní strukturu.

Vnitřní faktory působí jako stabilizace systému v případě, že stresory proniknou přes ostatní linie obrany. Normální linie obrany zajišťuje vyrovnaný stav jedince, pohodu nebo stav adaptace v čase. Poukazuje na výsledek vztahů proměnných, které jsou využívány jako pomoc při boji se stresory. Flexibilní linie obrany je takzvaný nárazník, brání průnik stresorů k normální linii obrany. Stresor je nevyrovnanost systému. Jde o síly a vlivy, které mohou měnit vyrovnanost systému. Jedná se o síly narušující aktuálně nebo potencionálně systém jedince. Nejsou časově omezené, mohou se objevit kdykoliv za jakékoliv situace. Zdroj stresoru může být intrapersonální, interpersonální a extrapersonální. Intrapersonální jsou součástí jedince, například emoce. Interpersonální vznikají při interpersonálním působení. A extrapersonální se projevují mimo jedince, takovým vlivem je například růst cen v rodné zemi.

Pattaramongkolrit (2013) uvádí, že intrapersonální stresor je fyziologická nerovnováha, například slabost dolních končetin nebo funkční porucha zraku. Interpersonální faktor se odvíjí od psychosociálních faktorů a sociální podpory. Třetí skupinu stresorů nazývá jako mimořádné faktory. Do těch můžeme zařadit špatné osvětlení, neklidné prostředí, nevhodné environmentální faktory.

Archalousová (2003) uvádí, že výše uvedená charakteristika jednotlivých součástí modelu naznačuje, že zájmem Neumanové v koncepčním modelu je reakce pacienta na působení a dopad stresorů, změny zdraví, udržení, dosažení a podporování stability klientova systému. V souvislosti s tímto faktem mluvíme o ošetřovatelských intervencích, kterými můžeme zabránit negativnímu působení. Dopad stresorů může ovlivnit stabilitu systému jedince s přesahem do jednotlivých úrovní prevence.

Pavlíková (2006) uvádí, že intervence obsahují aktivity primární, sekundární a terciální prevence. Primární prevence zahrnuje vyhledávání rizika, jeho hodnocení, posouzení významu a způsob jakým se s ním pacient vyrovná. V rámci sekundární prevence je posuzována projevená reakce na stresor, podpoření adaptace s využitím vnějších a vnitřních vlivů, které pomáhají zvládat stresové situace. Terciální prevence je zaměřená na reedukaci a readaptaci, která je potřebná pro udržení nebo dosažení stability. Model Betty Neumanové je považován za holistický pohled na otevřený systém pacienta, se základem interakce s prostředím, a stanovením cíle. A to takového, kde pacient dosáhne či dodrží systémovou stabilitu.

Model Neumannové byl využit v několika různorodých oblastech. Například byl aplikován na podporu zdraví pro starší obyvatele, kteří nemají dostatečnou péči. Zároveň definuje jedince v interakci s prostředím (Newman, 2005). Další využití měl model v roce 2017, kdy byl aplikován na skupinu jedinců s demencí (Gokce, 2017).
Dalším výzkumem, kde byl také model aplikován je skupina starších zrakově postižených Thajců. V tomto výzkumu se popisoval vztah mezi rizikovými faktory souvisejícími s pádem a onemocněním (Pattaramongkolrit, 2013).
Díky zrealizovaným výzkumům můžeme pozorovat, že model Betty Neumannové lze aplikovat téměř ve všech medicínských oborech. Dalším příkladem je výzkum z roku 2015.
V Singapuru byl tento model aplikován na další odlišnou skupinu, a to na pacienty s poruchami nálady. Tato studie ukázala tento model jako přínosný, zvláště v terciální prevenci zaměřené na stresory působící z prostředí (Lubna, 2015).

1.3 Koncepční model dle Callisty Royové

Callista Royová se narodila 14. 10. 1939 v Los Angeles v USA. Svoje ošetřovatelské vzdělání ukončila v roce 1963 na Mount Saint Mary´s College v Los Angeles bakalářským titulem. Následně svoje vzdělání doplnila magisterským titulem ošetřovatelství v roce 1966 na univerzitě v Los Angeles. Druhý magisterský titul se zaměřením sociologie získala v roce 1973 a doktorát o čtyři roky později na University of California. Za svůj profesní život vystřídala mnoho pracovních pozic, například staniční sestra v pediatrickém oboru, odborná asistentka na na School of Nursing University v Portlandu, také ředitelka Mount Saint Mary´s Hospital v Tusconu. A v neposlední řadě profesorka na Boston College of Nursing v Massachusetts. V roce 1985 absolvovala habilitační řízení z klinické neurologie (Plevová, 2011).
Impulzem k vývoji ošetřovatelského modelu jí byla práce na pediatrickém oddělení, kdy sledovala, jak se dítě přizpůsobuje změnám, převážně tedy na hospitalizaci. V roce 1970 začala využívat model jako pilotní studii v praxi, dále se také věnovala studii v rámci doktorandského studia. Pro uchování celistvosti člověka, tedy jeho rovnováhy a také integrity, musí stále jedinec reagovat na veškeré změny organismu pomocí vrozených a získaných mechanismů. Proto byl ošetřovatelský model položen na základech schopnosti člověka adaptovat se na změnu v životě (Sedláková, 2010).

Model byl dále rozvíjen na výzkumu zaměřeném především na děti s neurologickým deficitem. Na základě rozvoje ošetřovatelství redefinovala adaptaci jako proces či výsledek, kterým se osoba bez uvědomení si sebe sama integruje s prostředím (Roy, 1997). Adaptace znamená účinnou odezvu na podnět, a pokud dojde k negativní reakci, je adaptace považována za neúčinnou (Naga, 2014).

Člověk využívá čtyři způsoby adaptace, a to fyziologické potřeby, sebekoncepce, funkce rolí a vzájemné závislosti. V případě neadaptace je povinností sestry zajistit ošetřovatelskou péči, která by měla respektovat pacienta (Meleis, 1997).

1.3.1 Hlavní jednotky a využitelnost koncepčního modelu Callisty Royové

Pavlíková (2006) a Plevová (2011) se shodují, že hlavní jednotky modelu obsahují cíl ošetřovatelství, dále pacienta / klienta, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsob zásahu a důsledky.

Plevová (2011) uvádí, že cílem ošetřovatelství dle Royové je adaptace pacienta ve zdraví a nemoci ve čtyřech adaptačních oblastech. Pacient / klient je jednotlivec, ale také skupina, komunita či společnost, na kterou působí prostředí a pacient reaguje adaptací. Rolí sestry je zhodnocení schopností pacienta na změnu, hodnocení jeho chování a diagnostika stimulů, které na něj působí. Poté sestra stanoví intervence zaměřené na podporu adaptačních mechanismů s ohledem na jeho názor. Zdrojem potíží je omezená schopnost přizpůsobení se na změnu, která vede k neefektivní adaptaci. Ohniskem zásahu jsou fokální (ohniskové), kontextuální či reziduální stimuly, které působí z vnějšího nebo vnitřního prostředí (viz příloha 3).

Způsobem zásahu rozumíme identifikaci stimulů a následnou podporu, udržování, tlumení či zvyšování stimulů. Za nejvýznamnější považujeme práci s fokálními stimuly. A v neposlední řadě důsledky, jedná se o očekávaný způsob chování pacienta, což je výsledkem efektivních aktivit pacienta.

Royová považuje osobu za holistický adaptivní systém, který má vnitřní procesy tedy kognátory a regulátory. Ty hrají důležitou roli při adaptaci ve fyziologii, sebekoncepci, rolové funkci a vzájemné závislosti. Zdraví je považováno za stav bytí jednotné a celistvé osoby, která je výsledkem interakce mezi osobou a prostředím. Je to zvládnutí nemoci, stresu a také smutku. Pokud dojde k porušení mechanismu, vzniká nemoc.

Prostředí je tedy podmínka, či faktor, který ovlivňuje rozvoj a chování jedince. Obsahuje vnější i vnitřní faktory, které jsou pozitivní, ale i negativní. Faktory prostředí charakterizujeme jako fokální, kontextuální a reziduální (Plevová, 2011).

Sedláková (2010) uvádí, že každá změna, která působí, vyžaduje od člověka mnohem více úsilí k adaptaci na novou situaci. Podnět, který působí z prostředí, se nazývá stimul.

Ošetřovatelství Callista Royová považuje za vědu a také praxi, rozšiřující schopnost adaptace. Zdokonaluje osobu a mění prostředí. Poskytování ošetřovatelské péče je shrnuté v šesti základních krocích – posouzení chování, posouzení ovlivňujících faktorů, stanovení ošetřovatelských diagnóz, stanovení cíle, intervencí a také hodnocení. Taková péče je tedy nezbytně nutná v případě, kdy stres působí natolik, že oslabuje člověka a dochází k neefektivnímu zvládání situací (Plevová, 2011).

Cílem ošetřovatelství je podpora adaptace ve všech možných způsobech. Proto je nutné dbát na poskytování ošetřovatelské péče za účelem udržení zdraví, kvality života a zabezpečení důstojného umírání (Kyčinová, Ondrejka 2011).

Kyčinová, Ondrejka (2007) se také podrobněji zaobírají šesti kroky, které rozpracovala Royová ve svém modelu. První fází je posouzení pacientova chování s posouzením adaptace fyziologické, sebekoncepce a identifikace a to pomocí rolové funkce a závislosti. Fyziologický způsob adaptace souvisí s fyzikálními a chemickými vlivy v organismu. Procesy fyziologické ukazují funkci kognitivních procesů, a tedy i toho, zda je člověk schopný se správně adaptovat či nikoliv. V tomto způsobu adaptace Royová v 70. letech minulého století definovala devět základních subdimenzí, z čehož pět je základní potřebou. Jedná se o oxygenaci, výživu, vylučování, aktivitu, smysly, rovnováhu tekutin, neurologickou funkci a endokrinní funkci.

Žiaková (2007) uvádí, že adaptaci pomocí sebekoncepce a identifikace ve skupině hodnotíme z pohledu fyzického a osobnostního. Fyzický aspekt se zabývá hodnocením cítění vlastního těla a tělovým schématem (pohled na sebe samotného, hodnocení vlastního těla). Osobnostní aspekt obsahuje představu o sobě, ideál o sobě a morální a spirituální hledisko. Adaptace pomocí rolové funkce se zabývá rolí, kterou jedinec zastává ve společnosti. Zaměřujeme se na primární roli jedince. K této roli je vázaný především věk, pohlaví. Tyto faktory ovlivňují standartní chování.

Sekundární role je taková, kdy role vyplývají z vývojového období a primární role. Takovou rolí je například manžel / ka, role v zaměstnání. Terciální role reprezentuje způsob, jakým jedinec plní závazky vycházející ze zastávané role. Způsob adaptace pomocí vzájemné závislosti se zaměřuje podobně jako způsob adaptace pomocí rolové funkce na interakci jedince a skupiny. Jde především o vztahy lidí, v kterých jde o uspokojení vztahové náklonnosti a dosažení vztahové integrity.

Na dosažení rovnováhy je nutná citová přiměřenost (láska a respekt), vývojová přiměřenost (dozrávání vztahů) a zdrojová přiměřenost (zdraví, jídlo).

Farkašová (2001) uvádí, že do vzájemné závislosti může patřit odcizení, agresivita, samota a dominance. Druhou fází je posouzení působících podnětů. Stimul je faktorem, který má vliv na chování jedince v pozitivní i negativní stránce.

Podnět je definován jako něco, co vyvolává odpověď. Rozdělujeme je do třech skupin – ohniskové podněty, kontextuální a reziduální (Kyčinová, Ondrejka 2007).

Ohniskový stimul působí na jedince v určité době a je na něj hned reagováno. Kontextuální stimul působí náhodně s fokálním stimulem. Například pokud dojde ke snížení imunity. Stimul může působit jako zvýšení nebo snížení fokálního stimulu.

Reziduální stimul je stálý, jedná se například o názory či zkušenosti jedince. Reakce na stimuly může být adaptivní. Dojde k zachování integrity jedince. Neefektivní reakce se projevuje ve chvíli, kdy dojde k překročení adaptační úrovně, vede tedy k narušení integrity (Plevová, 2011).

Pavlíková (2006) se zabývá adaptační úrovní, neboli adaptačním niveau. Jde o individuální rozsah efektivních reakcí na stimuly. Jedná se o standartní rozsah individuálních reakcí na podněty normálním chováním.

Kyčinová, Ondrejka (2007) zmiňují další adaptační úrovně, a to kompenzační a kompromisní životní proces. Kompenzační životní proces bývá aktivován kognitivním a regulačním mechanismem v důsledku změny v integrovaném procesu. Kompromisní životní proces je uváděn v souvislosti se životními procesy, které neumožní adaptaci, v tomto případě vzniká adaptační problém. Proto je důležité stanovit ošetřovatelskou diagnózu.

Royová stanovila definici pro ošetřovatelskou diagnózu jako „*rozhodovací proces, který vyplývá z údajů ukazujících stav adaptace člověka jako lidského adaptačního systému.*“ (Roy, Andrews, 1999, s. 77).

Stanovení cíle je definováno jako jasné vyjádření výsledku po vykonání ošetřovatelské péče. Skládá se ze třech částí – chování, očekávaná změna, časový plán. Časově dochází k vymezení dlouhodobých a krátkodobých cílů.
Intervence je pátou fází ošetřovatelského procesu. Jde o konkrétní výběr přístupů zaměřených na podporování adaptace. Poté přichází na řadu vyhodnocení celého procesu. Důležité je zhodnotit celek. Pokud dojde k nedosažení cíle, sestra s pacientem přehodnotí situaci a přepracuje ošetřovatelský plán (Kyčinová, Ondrejka 2007).
Royová předpokládala, že člověk může být považován za bio-psycho-sociální bytost, která je v neustálé interakci s prostředím. A proto se jednotlivec považuje za adaptivní systém, který svým chováním reaguje na environmentální podněty (Fawcett, 2009).

Prostředí je měnící se složkou. Jedinec má za úkol se s těmito změnami ztotožnit nebo se jim alespoň částečně přizpůsobit. O tom jak se jedinec přizpůsobí, rozhoduje vlivná síla podnětu, a také adaptační úroveň jedince. K neefektivnímu chování a maladaptaci dojde v tu chvíli, kdy stimul přesáhne adaptační zónu jedince. Ta je ovlivněna kontrolním subsystémem – regulátorem a kognátorem. Vlastní reakce na stimuly se projeví v oblasti fyzické, sebepojetí, rolových funkcích a závislosti. Stimuly dělíme na fokální, kontextuální a reziduální. Pokud se jedinec nedokáže dobře adaptovat, dochází k neefektivnímu chování, které se projevuje maladaptací. Úlohou sestry je identifikovat problém, který vedl k neefektivní adaptaci (Pavlíková, 2006).
Model byl také zkoumán a diskutován z pohledu historického pohledu na interakci jedince s životním prostředím. A tento fakt byl považován za důležitý s ohledem na ošetřovatelství (Lopes, 2006). O širokém využití koncepčního modelu Calisty Royové svědčí i výzkum z roku 2016, kdy teoretické poznatky modelu byly aplikovány na ošetřovatelský proces skupiny kojenců se syndromem selhání (Portilla-Ordoñez, 2016).

1.4 Zdravotnická dokumentace u generace 50+

Zdravotnická dokumentace je velmi důležitou součástí poskytované ošetřovatelské péče. Především proto, že poskytne celistvý náhled na informace o pacientovi. Slouží jako doklad, že péče byla provedena lege artis a dále jako doklad pro pojišťovnu.
Důležité je, aby ošetřovatelská dokumentace vycházela z potřeb pacienta. Přemýšlíme-li o moderním ošetřovatelství, musíme uvažovat nad systematičností hodnocení a plánování uspokojování potřeb pacienta.

I při tvorbě ošetřovatelských dokumentací musíme dodržovat určité zásady. Dokumentace musí být sestavena tak, aby neporušovala právní předpisy. Musí shromažďovat pouze informace nutné k ošetřovatelské péči. Nesmí vést k duplicitě pacientových údajů.
A také musí být pro zdravotnického pracovníka, stručná a snadno přehledná. Součástí dokumentace je odběr osobní anamnézy pacienta. Při sběru informací o pacientovi musíme brát na vědomí, že celý proces nesmí být v rozporu s právními předpisy. Například Listina základních práv a svobod uvádí, že pacient má právu na ochranu svých údajů, a tedy nezneužití údajů o sobě samém. Dále zákon č. 101/2000 Sb. Taktéž pojednává O ochraně osobních údajů (Vondráček, 2003).

Zdravotnická dokumentace může být různého charakteru. A to písemná, obrazová, zvuková a elektronická. Písemná dokumentace je psaná formou textovou v listinné či digitální podobě. Obrazový záznam je formou videonahrávky. Zvukový záznam může být pořízen například na magnetofonovou pásku. Elektronická dokumentace je používána především na uchování ultrazvukových či rentgenových snímků. Zápis do takové dokumentace musí být prováděn čitelně, průkazně a pravdivě. Pokaždé musí být opatřen identifikací pacienta, datem a podpisem pracovníka, který s dokumentací pracoval (Policar, 2010).
Sestra by si měla počínat tak, aby zachovala pravdivost záznamů, používala spisovný jazyk, správnou medicínskou terminologii, nepoužívala vulgarismy a nezahrnovala do hodnocení pacienta svoje pocity (Vondráček, 2008).

Od pacienta sbíráme dva typy údajů, a to subjektivní a objektivní. Subjektivní obsahují vnitřní pocity. Pacient je musí popisovat sám, jedná se například o pocit strachu, bolesti či nepohodlí. Tyto informace může poskytnout také rodina, která tyto informace se zná na základě rozhovoru s pacientem. Objektivní příznaky můžeme zjistit pozorováním pacienta. Dají se měřit a porovnávat. Můžeme je vnímat našimi smysly. Jedná se například o zápach, třes, pulz a bledost. Tyto informace můžeme zjistit různými metodami. Jednou z nich je rozhovor a naslouchání. Ten můžeme rozdělit na rozhovor direktivní a nedirektivní. Direktivní se zaměřuje na získání určitých informací za určitou dobu. Nedirektivní formace se používá k navázání spolupráce a vztahu s pacientem (Mastiliaková, 2014).

U nedirektivního rozhovoru musíme akceptovat pacienta, tolerovat jeho osobnost s klady i zápory. Nedirektivní rozhovor má místo především u dlouhodobě a chronicky nemocných. Nejčastěji při psychologické péči o umírající a jejich rodinné příslušníky (Minibergerová, 2006).

Nejvhodnější je kombinovaná forma. Další formou je fyzikální vyšetření.

Toto vyšetření se provádí různými způsoby. Sestra nejčastěji monitoruje základní fyziologické funkce. Dále držení těla, oční kontakt, úroveň komunikace, stav výživy. A poslední metodou je pozorování. Kdy se sestra stává pozorovatelem zároveň při provádění pozorování či rozhovoru (Mastiliaková, 2014).

1.4.1 Překážky a možnosti jejich odstranění ve využití zdravotnické dokumentace

Senioři zažívají v tomto věkovém období mnoho ztrát, proto může dojít k nejistotě. Je tedy nutné, aby ošetřovatelský personál působil opačným způsobem a posiloval jistotu a důvěru jedince. Vhodné je posilovat krátkodobé perspektivy, například návštěvu rodiny a společně strávený výlet.

K rizikovým faktorům, které mohou zhoršit kontakt se seniorem, patří například spěch a nedostatek času. Proto je nutné se pacientovi dostatečně věnovat, myslet na zásady empatie a komunikace (Kramářová, 2005).

Komunikace je považována za větší množství dějů, které probíhají mezi lidmi při vzájemné výměně informací. Komunikaci dělíme na slovní a mimoslovní, také nazývané jako verbální a neverbální. Neverbální komunikace představuje pohyb těla, pohledy do očí, vzdálenost v prostoru a také například výrazy v obličeji. Dále můžeme zahrnout rychlost mluvy a intenzitu či barvu hlasu. Čím více jsou zahrnuty v neverbální komunikaci pocity a prožívání, tím větší význam neverbální komunikace má (Minibergerová, 2006b).

Pro úspěšnou verbální komunikaci musíme dodržovat vhodná kritéria. A tím je stručnost a jednoduchost. Pokud na pacienta mluvíme odbornými názvy, nedojde k důvěře k naší osobě a tím se i poruší komunikační proces. Proto je vhodné komunikovat vhodným způsobem s ohledem na věk a psychiku pacienta.

S tím souvisí stručnost komunikace. Stručné, jasné věty umožní pacientovi vše správně pochopit. V tomto případě je nutné si uvědomit, že stručnost není synonymem pro slovo rychlost (Malíková, 2011).

Při komunikačním procesu mohou nastat překážky, které nazýváme komunikační bariéry. Můžeme komunikovat s protějškem s určitými představami o jejich osobě, či jejich schopnostech. Komunikace ve vyšším věku se začíná zpomalovat, a to především pokud je jedinec unavený či vystresovaný. Proto je důležité pacientům poskytnout dostatek času. Bariéry mohou vzniknout na straně pacienta, ale také na straně pracovníka. Pacientovu komunikaci může ovlivnit jeho aktuální zdravotní stav. Pokud jsou přítomny zdravotní problémy, projeví se stres, únava a úzkost a pacient není ochoten plnohodnotně společensky komunikovat (Venglářová, 2007).
Často může kontakt se zdravotníkem komplikovat zrakové a sluchové omezení (Schuler, 2010).

Ze strany zdravotníka může nastat problém v několika situacích. Například strach z negativních témat, například témata týkající se smrti. Také může jít o případ dřívější špatné zkušenosti s daným pacientem, hovory týkající se erotického tématu a nedostatek času. Další bariérou může být nevhodné, hlučné prostředí, či nedostatečné zajištění soukromí (Venglářová, 2007).
Aby nedošlo k vzniku komunikačních bariér, je nutné se řídit zásadami správné komunikace s geriatrickým pacientem. Při takové komunikaci s geriatrickým pacientem je třeba si uvědomit styl hovoru, jaký chceme vést. Rozhovor může být podporující, edukační, motivující, naslouchající a zjišťující. Také si musíme uvědomit, zda pacient o náš rozhovor stojí, jaké téma zvolíme a za jakých podmínek. Přínosem je znát způsob oslovování, jaký má senior rád. Zároveň je nutné, aby si zdravotník uvědomil jasně dané hranice a netvořil si s pacientem blízký vztah. Účinná komunikace mnohdy může pomáhat v procesu smiřování se se změnami těla a životní ztrátou. Proto je pro zdravotníka důležité umět naslouchat. Tento způsob komunikace popsal Carl Ransom Rogers. Jeho humanistická psychoterapie, klade důraz na jedinečnost člověka a schopnost prožívat vnitřní zážitkový svět jedince. Mezi techniky aktivního naslouchání patří například reflexe, kterou se snažíme pochopit pocity člověka a umět nad nimi uvažovat. Další podmínkou je umět pochopit pocity pacienta, nekritizovat je a nezkreslovat vlastními představami.
Další technikou je parafrázování. Touto metodou aktivně naslouchámе tomu, co druhý říká a opakujeme jeho slova jinými slovy. Dále můžeme aktivně naslouchat například povzbuzením, mlčením, pohledem, dotykem a vzájemným setkáním.

Před počátkem komunikace musíme dobře promyslet témata, která je vhodné zvolit s ohledem na zájmy seniora. Geriatrický pacient rád mluví o minulost, proto je vhodné zvolit například témata zaměřené na práci, školu, mládí, vzpomínky, přírodu nebo recepty (Klevetová, 2008).

Pokud dojde k problematické situaci v oblasti komunikace, můžeme zvolit i jiné než farmakologické postupy, bez ordinace lékaře. Důležité je si uvědomit, že pokud selžou všechna opatření při problematické komunikaci, je vhodná empatická komunikace stále na místě. Právě tak můžeme pacientovi dodat pocit bezpečí a jistoty.

Aktivity, které jsou zaměřené na podporu kognitivních funkcí, samostatnosti umožňují jedinci kontakt s ostatními vrstevníky (Venglářová, 2007).

Vhodnými aktivitami je například trénink paměti, nácvik dovedností, skupinová terapie, cvičení ve skupině, poslechu hudby a mnoho dalších. Vhodným zaměstnáním klienta můžeme zabránit pocitu méněcennosti a obavám z kritického myšlení.

Dále je vhodná aktivizace, která může probíhat i za spolupráce rodiny. Právě rodina má absolutní přehled o pacientových zájmech z minulosti. A v neposlední řadě je důležité zajištění bezpečného prostředí tak, aby jedinec neměl obavy a jeho chování bylo přirozené (Venglářová, 2007).

Se správnou komunikací souvisí vzdělávání v gerontologii. Neboli edukace týkající se změn zdravotního stavu. Změny ve stáří přináší do života stresor, který působí na jedince. V tomto případě je nutné pacienta motivovat. Pokud by došlo k překážce v průběhu komunikačního procesu, edukační proces bude neefektivní (Čevela, 2014).

Učení také můžeme nazvat edukačním procesem. „*Edukační proces je systematický, postupný, logický, na vědě postavený, plánovaný postup činností, obsahující dvě hlavní operace – vyučování a učení. V tomto cyklu působí učitel a učící se osoba. Vzájemně vykonávají vyučovací a učební aktivity, které vedou k žádaným změnám* (Bastable, 2008, s. 11).“ Pro edukaci v ošetřovatelském procesu platí mimo podmínek obecné didaktiky i specifické podmínky, které se týkají interakce edukant – edukátor. Edukace je prováděna také jako prevence zachování zdraví u zdravých i nemocných jedinců. V případě oboru ošetřovatelství je edukace používána jako pomoc jedincům v primární, sekundární a terciální prevenci. Podstatou je používaný individuální a holistický přístup (Kuberová, 2010).

Vyhláška 55/2011 uvádí, že všeobecná sestra je kompetentní „*edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetřovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,"* (vyhláška 55/2011 – upravena 4. 5. 2015).

Edukaci dělíme na základní, reedukační a komplexní. Základní edukace je taková edukace, kdy dochází k předávání nových informací nebo dovedností a zároveň dochází k motivaci pacienta, aby došlo ke změně hodnot. Edukovat můžeme například na změnu životního stylu, životosprávy, či léčebného postupu. Reedukační edukace navazuje nové vědomosti na vědomosti již získané. Dochází k prohlubování informací nebo dovedností. A posledním typem je komplexní edukace, kdy postupně předáváme komplexní spektrum vědomostí, dovedností i postojů (Juřeníková, 2010).
Edukace je součástí prevence, která je nezbytnou součástí péče o sebe samého. Prevence znamená hledání a také rozvíjení faktorů, které ovlivňují zdravotní stav jedince (Štilec, 2004).

Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciální. Primární prevence se zabývá zdravým jedincem. Především je jejím úkolem prevence uchování zdraví a zlepšení kvality života. Sekundární prevence se provádí u jedinců, u kterých se zjistilo nějaké onemocnění. Proto se přistupuje k pacientovi tak, aby došlo k pozitivnímu ovlivnění přístupu k jeho zdraví, k následnému uzdravení. Rovněž aby se předešlo komplikacím. Jejím cílem je namotivovat pacienta tak, aby dodržoval léčebný režim, udržel soběstačnost a zabránilo se tak vzniku komplikací. Terciální prevence se zabývá pacientem, u kterého došlo k trvalým a nevratným změnám u jeho zdravotního stavu (Juřeníková, 2010).
Důležité je zhodnotit a zaznamenat informace o tom, jak je pacient schopen se učit, jaké jsou potencionální překážky, a jaké jsou stanovené cíle. Po provedeném procesu se vše zhodnotí a proces se ukončí, nebo se nastaví nové cíle. Při každém edukačním procesu by měla být zavedena dokumentace, kdy celý proces hodnotíme. Takový zápis umožňuje ostatním pracovníkům, získat přehled o tom, co již pacient ví, a co potřebuje ještě doplnit za informace. Také edukační záznam slouží jako opora o provedených edukačních činnostech při právních sporech (Kolektiv autorů, 2002).

Pro sběr dat k odběru anamnézy je důležitá motivace ze strany pacienta / klienta i zdravotnického pracovníka. Motivace je charakterizována jako hybná síla lidského chování, která nás vede k uspokojování vzniklých potřeb. Motivace vzniká na podkladě nerovnováhy organismu (Klevetová, 2008). Základním zdrojem motivace je motiv nebo pohnutka. Určuje směr a intenzitu lidského chování (Výrost, 2008).

Potřeba učení je motivem pro získávání nových informací a dovedností. V našem případě mluvíme převážně o kognitivním učení a zručnosti, vzhledem k učení se novému životnímu stylu na základě daného onemocnění. Vědomosti jsou kognitivní, individuálně samostatná soustava představ a pojmů, teorií a komplexních struktur, které si jednotlivec osvojí díky sebevzdělávání a také školskému vzdělání. Zručnost je do jisté míry vrozený předpoklad, ale také se může získat učením. I učení může být ovlivněno několika faktory. Například nemoc může učení velmi ovlivnit. Přítomnost negativních příznaků nemoci snižuje pozornost a možnost učení se (Bašková, 2008).

Holčík (2014a) udává, že jednou z nejsilnějších motivací pro zlepšení péče o zdraví jsou zdravotní potíže. Proto je důležité, při vzniku potíží pacienta upozornit na možný vznik komplikací. Nejvhodnější formou motivace je uvědomění si hodnoty svého vlastního zdraví. A na základě toho jedinec využije svých schopností a snaží se posílit své zdraví.

Jedním z faktorů, který může ovlivnit vznik onemocnění, je prostředí ve kterém jedinec žije. Avšak v některých případech to bývají právě lidé, kdo nebezpečné prostředí kolem sebe vytváří. Například přítomnost stresu či negativním přístupem ke světu.

Péče o zdraví je složitý pojem. Lze ji definovat jako „*široce pojatý souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví* (Holčík, 2014a, s. 83).“ Na péči o zdraví se nepodílí jen sám jednotlivec, ale také rodina, organizace, ministerstva a zákonodárné sbory. Motivace lidí je důležitým úkolem, a pro její podporu je využíván i vliv kultury, politiky, hodnotového systému, zkušeností a ideologické orientace (Holčík 2014b).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

V následující kapitole se budeme věnovat stanoveným cílům a výzkumným otázkám, které byly stanoveny pro naši diplomovou práci. Stanoveny byly dva hlavní cíle práce. Na základě těchto cílů jsme určili jednu výzkumnou otázky a tři hypotézy, které nám napomohly k jejich naplnění.

Výzkumný cíl 1: Zmapování vědomostí o vybraných koncepčních modelech u sester.
Výzkumný cíl 2: Zjistit specifika ošetřovatelské péče v klinické praxi u skupiny 50+ s využitím vybraných koncepčních modelů z pohledu sester.

2.1 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovenými cíli naší diplomové práce jsme zvolili následující výzkumnou otázku:

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou možnosti využití vybraných koncepčních modelů v klinické praxi u skupiny 50+?

2.2 Hypotézy

H1: Znalosti sester o zvoleném koncepčním modelu Callisty Royové, se liší podle vzdělání.
H2: Znalosti sester o zvoleném koncepčním modelu Neumanové se liší podle vzdělání.
H3: Zohlednění specifik v uspokojování potřeb při poskytování ošetřovatelské péče u generace 50+ se liší podle typu vzdělání.

3. Operacionalizace pojmů

Sestra je definována jako zdravotnická pracovnice, která musí absolvovat vzdělávací program ošetřovatelství, a tím splňuje zákonné podmínky pro vykonávání sesterského povolání (Kolektiv autorů, 2007). Za výkon profese všeobecné sestry se považuje poskytování komplexní ošetřovatelské péče. Dále sestra spolupracuje s lékařem nebo i zubním lékařem. Podílí se na preventivní, léčebné, rehabilitační, paliativní, diagnostické neodkladné a dispenzární péči (Zákon č. 96/2004).

Generace 50+ obsahuje dvě vývojová období, a to období starší dospělosti. Toto období je vymezeno věkem 50 – 60let. Následující období je období raného stáří, kam se řadí jedinec ve věku od 60-75 let (Vágnerová, 2007).

Plevová (2011b) uvádí, že ošetřovatelství vychází z předpokladu, že jedince je komplexní holistická bytost. Proto je důležité, aby potřeby jedince byly v rovnováze nebo v harmonii. Je-li nějaká z potřeb narušena, dochází k narušení funkce jednotlivce. Potřeby můžeme dělit na biologické, psychické, sociální a duchovní.

Dle Plevové (2011a) je koncepční model charakterizován jako soubor abstraktních a všeobecných představ, které jsou shromážděny do smysluplných celků. Soustředí se na konkrétní jevy a mohou ovlivnit naše vnímání ve skutečnosti. Jsou ovlivněny zkušenostmi autora a jeho filozofickým pohledem. Jejich vývoj může být tvořen zevšeobecněním či odvozením z již existujících vědomostí. Můžeme je řadit do několika možných kategorií. V našem případě modely systémové.

Pavlíková (2006) uvádí, že podstatou systémových modelů je jev, který obsahuje interakci či vzájemnou závislost částí a prvků. Dále zjišťují, zda v systému existují aktuální a potencionální problémy. Na základě tohoto zjištění stanovují zásahy, které zajišťují fungování systému.

Model Neumannové je systémový model, který je tvořen tak, aby zahrnoval sociální a fyziologické systémy. Cílem tohoto modelu je zachování rovnováhy jednotlivých systémů jedince, který je vnímán jako celek (Kolektiv autorů, 2007).

Model Royové je vytvořen na základě předpokladu, že jedinci se stále přizpůsobují změnám prostředí. Adaptace jedince na tyto vlivy je dána genetickým nebo i získaným předpokladem. Tato reakce se projevuje v rámci funkcí fyziologických, sebepojetí, dále zaujímaných rolí a vztahů (Kolektiv autorů, 2007).

4. Metodika

4.1 Použité metody

Výzkumná část byla zpracovávána v rámci grantového projektu s názvem *„Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi“* č. 044/2015/S jehož realizace probíhá za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Pro naši diplomovou práci bylo využito kvalitativního i kvantitativního šetření. Všichni respondenti byli seznámeni s tématem práce a jejími cíli. Dále byl každý respondent seznámen s anonymitou výzkumu této práce. Kvantitativní výzkum byl realizován pomocí nestandardizovaného dotazníku, který obsahoval problematiku zaměřenou na generaci 50+. Pro hodnocení otázek byla využívána Likertova pětibodová škála. Díky ní můžeme hodnotit kvalitu, spokojenost, kapacitu a četnost. Jak uvádí Bártlová et al (2008) dotazníkem získáváme empirické informace, založené na nepřímém dotazování oslovených respondentů, s předem připravenými otázkami.

V naší práci byl použit nestandardizovaný dotazník převážně s uzavřenými otázkami s výběrem několika alternativ v kombinaci s polouzavřenými otázkami, kde respondent mohl použít svojí vlastní odpověď. Celkový počet otázek v našem dotazník byl 78, avšak pro naši práci byly vybrány právě ty otázky, které se týkaly koncepčního modelu dle Neumannové a Royové (viz. příloha 4). Další částí výzkumu byl kvalitativní výzkum, který byl realizování pomocí metody „*focus group*“. Setkání s prvními dvěma skupinami focus groupu byly realizovány ve stejnou dobu, avšak setkání se třetí skupinou bylo realizováno až po první úpravě vypracovaného doporučení pro odběr anamnézy. Bártlová et al (2008) uvádí, že technika „*focus group*“ shromažďuje podněty na dané téma od většího počtu respondentů najednou. V této metodě nesledujeme výsledky v číslech, ale v kvalitě. Tato metoda byla zvolena jako ověření využitelnosti vytvořeného doporučení pro odběr anamnézy s využitím daných koncepčních modelů. V našem případě koncepční model Neumanové a Royové. Sběr dat byl realizování od listopadu roku 2016 a ukončen byl v prosinci roku 2017.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Realizace výzkumného šetření byla zaměřena na všeobecné sestry pracující ve zdravotnickém zařízení. Celkový počet výzkumného souboru činil 1200 sester, ale návratnost činila pouze 25%, tedy 300 respondentů. Pro výběr byl použit náhodný výběr, bez ohledu na oddělení či specializaci sestry. U metody „*focus group"* byly respondentky voleny náhodným výběrem.

Byly předem seznámeny s obsahem setkání. Předem připravený návrh byl respondentům poskytnut ještě před naplánovaným setkáním. Rozhovor probíhal nad již upraveným postupem odběru ošetřovatelské anamnézy, který byl na základě koncepčních modelů přizpůsoben na specifické potřeby pacienta ve zdravotnickém zařízení. Náměty respondentek byly následně zaznamenávány do předem připravených záznamových archů (viz. příloha 5). Celkově proběhly tři setkání s respondenty. Na první setkání dorazilo 16 respondentů a 2 zapisovatelé. Druhé setkání proběhlo s 14ti respondenty a dvěma zapisovateli. Poté byly výsledky zpracovány a postup pro odběr ošetřovatelské anamnézy byl na základě připomínek upraven. Poté v lednu roku 2017 byl zrealizován třetí focus group, na kterém byly změny ověřeny, a opět došlo k zapracování změn. Posledního setkání se zúčastnilo 5 respondentů a 1 zapisovatel. Celkový soubor sester tvořilo 35 sester. Většina z nich byla vysokoškolsky vzdělaná. Jedna respondentka uvedla jako své dokončené vzdělání Střední odborné vzdělání. Nejstarší respondentce bylo 51 let a nejmladší 23 let.

Nejkratší délka praxe byla 9 měsíců a nejdelší 30 let. Průměrná délka praxe našich respondentek byla 10 let. V následném zpracování budou skupiny označeny F1, F2 a F3 podle časového průběhu, jak byly setkání realizovány.

5. Výsledky výzkumného šetření

5.1 Výsledky vztahující se ke kvantitativní části výzkumu

Tabulka č. 1 – Charakteristika výzkumného vzorku dle věku a pracoviště respondentů (n = 300)

Věk respondentů			Pracoviště		
X	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**X**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
Do30let(včetně)	88	29,3%	**ADP**	12	4,0%
31-40 let	93	31,0%	**DPS**	34	11,3%
41-50 let	78	26,0%	**Hospic**	3	1,0%
51 a více let	41	13,7%	**AZZ**	46	15.4%
Neodpovědělo	0	0,0%	**Nemocnice**	204	68,2%
Celkem	**300**	**100%**	**Neodpovědělo**	1	0,0%
			Celkem	**300**	**100%**

ADP – Agentura domácí péče DPS – Domov pro seniory

AZZ – Ambulantní zdravotnické zařízení

Tabulka 1 zobrazuje vybrané respondenty z pohledu jejich věku a pracoviště, kde pracují. Nejčastější věková kategorie byla 31-40 let. Tuto věkovou kategorii zastoupilo 93 respondentů (31,0%), následuje věková kategorie do 30 let (včetně), kdy respondentů bylo 88 (29,3%). Nejméně zastoupenou skupinou byla skupina 51 a více let. Tuto skupinu tvořila 41 respondentů (13,7%).

V oblasti pracoviště respondentů byla nejčetnější skupina pracovníků v nemocnici. Jejich počet činil 204 (68,2%). Nejmenší skupinou byli pracovníci v hospicu, zástupci byli pouze 3 (1%).

Tabulka č. 2 – Charakteristika výzkumného vzorku dle délky praxe a nejvyššího dokončeného vzdělání (n = 300)

Délka praxe			Nejvyšší dokončené vzdělání		
X	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**	**X**	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
Do 5 let včetně	79	26,3%	**SZŠ**	125	41,7%
6 – 10 let	42	14,0%	**VOŠ**	89	29,7%
11 – 20 let	73	24,3%	**VŠ**	83	27,7%
21 – 30 let	68	22,7%	**Neodpovědělo**	3	1,0%
31 a více let	33	11,0%	**Celkem**	**300**	**100%**
Neodpovědělo	5	1,7%			
Celkem	**300**	**100%**			

V tabulce 2 charakterizujeme výzkumný vzorek z pohledu délky praxe a nejvyššího dosaženého vzdělání. Nejčastěji zastoupenou skupinou respondentů v oblasti délky praxe byla praxe do 5 let včetně. Tuto skupinu tvořilo 79 respondentů (26,3%). Hned za touto skupinou byla skupina sester, které pracují ve zdravotnictví 11 – 20 let. (24,3%). Nejméně početnou skupinou byla skupina sester s délkou praxe 6-10 let (14,0%).
Nejčastější dosažené vzdělání sester byla Střední zdravotnická škola, počet respondentů činil 125 (41,7%). Nejmenší zastoupení měla vysoká škola. Tu absolvovalo 83 respondentů (27,7%).

Tabulka č. 3 – Častost setkávání s lidmi z generace 50+ (n = 300)

X	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neustále	137	45,7%
Často	95	31,7%
Středně	36	12,0%
Někdy	17	5,7%
Vůbec ne	14	4,7%
Neodpovědělo	1	0,3%
Celkem	**300**	**100%**

Další podstatnou informací je, zda se naši respondenti dostávají do kontaktu s naší zkoumanou věkovou skupinou, a to generací 50+. Nejčastěji respondenti udávali, odpověď „neustále“. Tuto odpověď zvolilo 137 respondentů (45,7%). Což tvoří, necelou polovinu našeho výzkumného vzorku. Další hojně zastoupenou odpovědí, bylo časté setkávání s generací 50+. Takto odpovědělo 95 respondentů (31,7%). Vůbec se s generací 50+ setkává 14 respondentů (4,7%).

Tabulka č. 4 – Ovlivnění poskytované péče u generace 50+ sociálními determinanty (n = 300)

X	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodinná situace	201	67,0%
Soudržnost komunity	142	47,3%
Sociální vyloučení	196	65,3%
Pocit sounáležitosti	90	30,0%
Rovnost v přístupu ke zdraví	169	56,3%
Dostupnost komunitní péče	160	53,3%
Bytové podmínky	121	40,3%
Jiné	4	1,2%
Neodpovědělo	5	1,7%
Celkem	**1088**	**362,7%**

V této otázce jsme se zabývali tím, jaké sociální determinanty považují respondenti za podstatné v ovlivnění pacienta v ošetřovatelské péči. Nejčastější odpověď byla *rodinná situace,* takto odpovědělo 201 respondentů (67,0%). Druhou nejčastější odpovědí bylo sociální vyloučení – 196 respondentů (65,3%). Variantu *rovnost v přístupu ke zdraví* zvolilo 169 respondentů (56,3%). Odpověď *dostupnost komunitní péče* volilo 160 respondentů (53,3%) *Soudržnost komunity* považovalo za sociální determinant ovlivňující péči 142 respondentů (47,3%). Bytové podmínky považuje za důležité 121 respondentů (40,3%). *Pocit sounáležitosti* odpovědělo 90 respondentů (30,0%). Odpověď jiné využili 4 respondenti, tedy (1,2%). Uváděli možnosti – *gramotnost, samostatnost, věk, zdravotní stav a zdraví.* K této otázce se nevyjádřilo 5 respondentů (1,7%).

Tabulka č. 5 - Ovlivnění poskytované péče u generace 50+ ekonomickými determinanty (n = 300)

X	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nezaměstnanost	163	54,3%
Hrozící ztráta zaměstnání	205	68,3%
Chudoba	130	43,3%
Vzdělání	99	33,0%
Sociální zabezpečení	185	61,7%
Jiné	8	2,5%
Neodpovědělo	5	1,7%
Celkem	795	264,8%

Ovlivnění poskytované péče u generace 50+ ekonomickými determinanty byla naše poslední otázka. Nejvíce respondenti uvádějí odpověď *hrozící ztráta zaměstnání.* Takto odpovědělo 205 respondentů (68,3%). Další část respondentů 185 (61,7%) se shodlo na odpovědi *sociální zabezpečení. Nezaměstnanost* uvedlo 163 respondentů (54,3%).

Chudobu jako svojí odpověď zvolilo 130 (43,3%) respondentů zvolilo. Možnost *vzdělání* uvedlo 99 respondentů (33,0%.) Dva respondenti odpověděli neplatnou odpovědí. Další 4 respondenti (2,5%) zvolili možnost *jiné*, přičemž uváděli finanční rezervu, rodinu, výši důchodu a zdraví. Zbylých 5 respondentů (1,7%) neodpovědělo vůbec.

Tabulka č. 6 – Specifika ošetřovatelské péče u generace 50+ v uspokojování následujících potřeb (n=300)

Potřeba	Maximálně	Hodně	Středně	Trochu	Vůbec ne	Neodpověděl	Celkem
Udržování bezpečného prostředí	**37,3%**	**45,0%**	**13,0%**	**1,7%**	**0,0%**	**3,0%**	**100%**
	112	135	39	5	0	9	300
Komunikace	**35,0%**	**48,7%**	**13,0%**	**2,0%**	**0,0%**	**1,3%**	**100%**
	105	146	39	6	0	4	300
Dýchání	**37,0%**	**48,7%**	**13,0%**	**2,0%**	**0,0%**	**1,3%**	**100%**
	111	146	39	6	0	4	300
Jídlo a pití	**35,7%**	**39,3%**	**17,7%**	**4,0%**	**0,7%**	**2,7%**	**100%**
	107	118	53	12	2	8	300
Vylučování	**38,7%**	**35,3%**	**18,7%**	**3,0%**	**0,3%**	**4,0%**	**100%**
	116	106	56	9	1	12	300
Os.hygiena a oblékání	**34,0%**	**37,7%**	**21,3%**	**4,0%**	**0,3%**	**2,7%**	**100%**
	102	113	64	12	1	8	300
Kontrola TT	**13,3%**	**29,3%**	**34,0%**	**13,3%**	**5,3%**	**4,7%**	**100%**
	40	88	102	40	16	14	300
Pohyb	**21,3%**	**37,3%**	**32,7%**	**4,3%**	**2,0%**	**2,3%**	**100%**
	64	112	98	13	6	7	300
Práce a hry	**11,3%**	**30,7%**	**34,0%**	**16,0%**	**2,7%**	**5,3%**	**100%**
	34	92	102	48	8	16	300
Sexualita	**9,7%**	**17,0%**	**40,0%**	**21,7%**	**6,7%**	**5,0%**	**100%**
	29	51	120	65	20	15	300
Spánek	**23,3%**	**31,3%**	**28,3%**	**10,7%**	**3,0%**	**3,3%**	**100%**
	70	94	85	32	9	10	300
Umírání	**24,3%**	**29,3%**	**28,3%**	**9,3%**	**4,0%**	**4,7%**	**100%**
	73	88	85	28	12	14	300
Spiritualita	**17,0%**	**27,7%**	**30,0%**	**14,7%**	**6,3%**	**4,3%**	**100%**
	51	83	90	44	19	13	300

V této oblasti jsme se zaměřili na zohlednění specifik ošetřovatelské péče u generace 50+. Největší zastoupení u potřeby *Udržování bezpečného prostředí* měla odpověď *hodně*, kdy takto odpovídalo 45,0% respondentů, tedy 135. *Komunikaci* respondenti hodnotí nejčastěji odpovědí *hodně.* Takto odpovědělo 48,7% - 146 respondentů.
Taktéž odpověď *hodně* zvolilo 19,3% (118) respondentů u potřeby *jídlo a pití.*
Vylučování hodnotí jako *maximálně* důležité 116 respondentů (38,7%). *Osobní hygiena a oblékání* bylo také nejčastěji hodnoceno jako *hodně* důležité. Takto odpovědělo 113 respondentů (37,7%).

Za *středně* důležité považuje 102 respondentů (34,0%) specifika péče v oblasti kontroly tělesné teploty. *Pohyb* je hodnocen jako *hodně* důležitý v ošetřovatelské péči. Tuto odpověď zmiňuje 112 respondentů (37,3%). Další zmíněnou potřebou byla *Práce a hra.* Ta je hodnocena jako *středně* důležitá potřeba. Takto odpovědělo 102 respondentů (34,0%). Potřeba *sexuality* je hodnocena jako *středně* důležitá. To si myslí 120 respondentů (40,0%). *Spánek* je hodnocen jako *hodně* důležitý. Odpověď zvolilo 94 respondentů (31,3%). Taktéž *umírání* bylo nejčastěji hodnoceno jako *hodně* důležité. Tuto odpověď označilo 88 respondentů (29,3%).

A poslední zmíněnou potřebou v našem dotazníku byla potřeba *spirituality*. A 90 respondentů (30,0%) udává, že tato potřeba je *středně* důležitá.

Tabulka č. 7 – Setkání s koncepčním modelem v praxi (n = 300)

X	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	121	40,3%
Ne	102	34,0%
Nevím	74	24,7%
Neodpovědělo	3	1,0%
Celkem	300	100%

Vzhledem k tématu naší práci, kdy zkoumáme, zda sestry považují koncepční model v praxi jako uplatnitelný, byla důležitá informace, zda se respondenti s koncepčním modelem setkali. Tedy 121 respondentů (40,3%) udává, že se setkali s koncepčními modely v praxi. Opak udávalo 102 respondentů (34,0%). Dalších 74 (24,7%) respondentů udává odpověď „nevím“. K této otázce se nevyjádřili 3 respondenti (1,0%).

Tabulka č. 8 – Složky linie obrany v modelu otevřených systémů (n = 300)

X	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní struktura	103	34,3%
Linie rezistence	125	41,7%
Normální linie obrany	141	47,0%
Flexibilní linie obrany	122	40,7%
Žádná z možností není správná	18	6,0%
Neodpovědělo	40	13,3%

V této otázce bylo více možných odpovědí. Na otázku *„Jaké složky (linie obrany) patří do modelu otevřených systémů“* nejčastěji respondenti odpovídali odpovědí *normální linie obrany* – 141 (47,0%). *Linie rezistence* volilo 125 respondentů (41,7%). *Flexibilní linii obrany* odpovědělo 122 respondentů (40,7%). *Základní strukturu* zmínilo 103 respondentů (34,3%). A 18 (6,0%) respondentů se domnívalo, že žádná odpověď není správná. Vůbec neodpovědělo 40 respondentů (13,3%).

Tabulka č. 9 – Specifika péče v modelu otevřených systémů (n = 300)

X	Absolutní četnost	Relativní četnost
Intrapersonální stresory	133	44,3%
Interpersonální stresory	189	63,0%
Extrapersonální stresory	127	42,3%
Není třeba zohlednit stresory	16	5,3%
Nevím	22	7,3%
Jiné	3	0,9%
Neodpovědělo	26	8,7%
Celkem	**516**	**172,0%**

Další otázkou bylo zohlednění specifik péče v modelu otevřených systémů. Za nejdůležitější považovali respondenti interpersonální stresory, takto jich odpovědělo 189 (63,0%). *Intrapersonální stresory* považuje za specifické 133 respondentů (44,3%). Možnost extrapersonálních stresorů zvolilo 127 respondentů (42,3%). Dalších 16 respondentů (5,3%) se domnívá, že není nutné zohledňovat stresory. A 22 (7,3%) respondentů doplnilo možnost *nevím*. Možnost jiné zvolili 2 respondenti (0,6%). Odpovídali možnostmi *osobnostní specifika péče a vývojová specifika.* Na tuto otázku neodpovědělo 26 respondentů (8,7%).

Tabulka č. 10 – Uplatnění proměnných v modelu otevřených systémů (n = 300)

X	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fyziologické proměnné	154	51,3%
Psychologické proměnné	183	61,0%
Sociokulturní proměnné	133	44,3%
Vývojové proměnné	86	28,7%
Spirituální proměnné	92	30,7%
Žádná z možností není správná	15	5,0%
Nevím	24	8,0%
Neodpovědělo	26	8,7%
Celkem	**713**	**237,7%**

V této otázce jsme se zabývali uplatněním proměnných v modelu otevřených systémů, 183 respondentů (61,0%) se domnívá, že největší uplatnění mají psychologické proměnné. Druhou nejčastější odpovědí byly fyziologické proměnné, takto odpovědělo 154 respondentů (51,3%). Odpověď sociokulturní proměnné zvolilo 133 respondentů (44,3%), 86 respondentů (28,7%) odpovědělo variantou vývojových proměnných. Spirituální proměnné zvolilo jako jednu z odpovědí 92 respondentů (30,7%), 15 respondentů (5,0%) se domnívalo, že žádná z uvedených možností není správná. A 24 respondentů (8,0%) zvolilo odpověď *nevím.* K této otázce se 26 respondentů (8,7%) nevyjádřilo vůbec.

Tabulka č. 11 – Podmínky k dosažení sebepéče (n = 300)

X	Absolutní četnost	Relativní četnost
Existence vůle	187	62,3%
Existence schopností	208	69,3%
Existence podmínek	154	51,3%
Nevím	43	14,3%
Jiné	3	0,9%
Nevím	2	0,7%
Neodpovědělo	4	1,3%
Celkem	**601**	**200,3%**

Další otázkou byly podmínky k dosažené sebepéče v ošetřovatelské péči. Nejvíce respondentů – 208 (69,3%) se domnívá, že důležitá je existence schopností, 187 (62,3%) respondentů považuje za důležitou existenci vůle. Třetí nejčastější odpovědí byla existence podmínek. Takto odpovědělo 154 (51,3%) respondentů.

Odpověď *nevím* zvolilo 43 (14,3%) respondentů. Jinou odpověď využili 2 respondenti (0,6%). Odpovídali *„chodit do práce s čistou hlavou, dobře jíst, tvrdě cvičit, hodně milost"* a *cíl.* S touto otázkou si neporadili 2 respondenti (0,7%). Vůbec neodpověděli 4 respondenti (1,3%).

Tabulka č. 12 – Používané systémy v pomoci jedinci s deficitem sebepéče (n = 300)

X	Absolutní četnost	Relativní četnost
Podpůrně výchovný	140	46,7%
Plně kompenzující	103	34,3%
Částečně kompenzující	124	41,3%
Nevím	91	30,3%
Dopomoc	1	0,3%
Neodpovědělo	2	0,7%
Celkem	**461**	**153,7%**

Další otázkou bylo využívání systémů pomoci jedinci s deficitem sebepéče.

Nejčastější odpovědí byl systém podpůrně výchovný, tuto odpověď zvolilo 140 respondentů (46,7%), 124 respondentů (41,3%) se shoduje na odpovědi částečně kompenzujícího systému. Odpověď *plně kompenzující systém* volilo 103 respondentů (34,3%). Slovně odpověděl 1 respondent (0,3%) odpovědí – *dopomoc.* Odpověď nevědělo 91 respondentů (30,3%). Neodpověděli pouze 2 respondenti (0,7%).

Tabulka č. 13 – Adaptační niveau označuje individuální rozsah efektivních reakcí jedince na stimuly (n = 300)

X	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	79	26,3%
Ne	34	11,3%
Nevím	185	61,7%
Neodpovědělo	2	0,7%
Celkem	**300**	**100%**

V souvislosti s adaptačním niveau nejvíce respondentů zvolilo odpověď *nevím* – 185 (61,7%). 79 respondentů (26,3%) souhlasilo, že adaptační niveau označuje individuální rozsah efektivních reakcí jedince na stimuly. Dalších 34 respondentů (11,3%) s tímto tvrzením nesouhlasilo. V této otázce neodpověděli 2 respondenti (0,7%).

Tabulka č. 14 – Rozlišení stimulů v rámci adaptačního niveau (n = 300)

X	Absolutní četnost	Relativní četnost
Fokální (ohniskové)	81	27,0%
Kontextuální	87	29,0%
Reziduální	67	22,3%
Nevím	167	55,7%
Neodpovědělo	6	2,0%
Celkem	**408**	**136,0%**

V otázce o rozlišení stimulů v rámci adaptačního niveau převažovala odpověď *nevím.* Tuto odpověď zvolilo 167 respondentů (55,7%). Druhou nejčastější odpovědí byly kontextuální stimuly, takto odpovědělo 87 respondentů (29,0%), 81 respondentů (27,0%) zvolilo odpověď *fokální (ohniskové) stimuly.* Nejméně respondentů – 67 (22,3%) odpovědělo možností *reziduální stimuly.* Na tuto otázku neodpovědělo 6 respondentů (2,0%).

Tabulka č. 15 – Důležitost sebepojetí člověka v adaptačním modelu (n = 300)

X	Absolutní četnost	Relativní četnost
Maximálně	77	25,7%
Hodně	101	33,7%
Středně	67	22,3%
Trochu	21	7,0%
Vůbec ne	22	7,3%
Neodpovědělo	12	4,0%
Celkem	**300**	**100,0%**

Další součástí dotazníku byla otázka, jak respondenti vnímají důležitost sebepojetí člověka v adaptačním modelu, 101 respondentů (33,7%) odpovědělo variantou *hodně.* Dalších 77 respondentů (25,7%) vnímá důležitost sebepojetí jako maximálně důležitou. Středně důležité volilo 67 respondentů (22,3%). Odpověď *trochu* zvolilo 21 respondentů (7,0%) a odpověď *vůbec ne* volilo 12 respondentů (7,3%). Neodpovědělo 12 respondentů (4,0%).

5.1.1 Testování hypotéz

Tabulka č. 1 – Souvislost vzdělání se zohledněním specifik v uspokojování potřeb při poskytování ošetřovatelské péče u generace 50+

Vzdělání a potřeba…	Hodnota x^2	df	p	Stat.význ.
Udržování bezpečného prostředí	9,081	6	0,169	n.s.
Komunikace	1,591	6	0,953	n.s.
Dýchání	4,776	8	0,781	n.s.
Jídlo a pití	4,784	8	0,780	n.s.
Vylučování	8,073	8	0,423	n.s.
Osobní hygiena a oblékání	3,683	8	0,885	n.s.
Kontrola tělesné teploty	10,883	8	0,208	n.s.
Pohyb	9,930	8	0,270	n.s.
Práce, hry	6,019	8	0,645	n.s.
Sexualita	9,470	8	0,304	n.s.
Spánek	9,258	8	0,321	n.s.
Umírání	13,223	8	0,104	n.s.
Spiritualita	9,542	8	0,299	n.s.

X^2 – chí kvadrát; p – test nezávislosti; df – stupně volnosti

n.s. statisticky nevýznamný rozdíl

U tohoto stanoveného vztahu nebyla prokázána žádná statisticky významná souvislost mezi vzděláním a upřednostněním jednotlivých specifik při poskytování ošetřovatelské péče u generace 50+. Můžeme tedy říci, že náhled sester na tuto problematiku je podobný. U jednotlivých skupin, které jsme rozdělili podle vzdělání, se statisticky významně neliší.

Tabulka č. 2 Souvislost vzdělání se znalostí modelu otevřených systémů

Vzdělání a znalost modelu otevřených systémů v oblasti …	Hodnota X^2	*df*	p	Stat. význ.
Znalost složek linie obrany	11,181	8	0,192	n.s.
Zohledněné stresory	15,966	8	<0,05	*
Uplatňované proměnné	17,703	12	0,125	n.s.

X^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti

n.s. - Statisticky nevýznamný rozdíl

** - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti α = 0,05*

Statisticky významná souvislost byla prokázána mezi vzděláním sester a znalostmi stresorů, které je třeba zohlednit v rámci modelu otevřených systémů. Platí tedy, že sestry s vysokoškolským vzděláním ve významně vyšší míře uvádějí, že při poskytování ošetřovatelské péče, dle modelu otevřených systémů je třeba zohlednit interpersonální a extrapersonální stresory a v menší významně menší míře udávají, že v modelu otevřených systémů není třeba zohlednit žádné stresory. Sestry, které mají vystudované střední odborné vzdělání, významně častěji volí odpověď „nevím."

Tabulka č.3 – Souvislost vzdělání se znalostí adaptačního modelu

Vzdělání a znalost adaptačního modelu v oblasti …	Hodnota X^2	df	p	Stat. význ.
Adaptační niveau	13,497	4	<0,01	*
Stimuly adaptačního modelu	34,356	6	<0,001	***
Zvládání jednotlivých rolí[1)]	12,778	8	0,120	n.s.
Sebepojetí člověka	9,918	8	0,271	n.s.

X^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti

n.s. - Statisticky nevýznamný rozdíl

** - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti α = 0,05)*

**** - Statisticky významný rozdíl pro hladinu významnosti α = 0,001)*

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním sestry a její znalostí adaptačního modelu v oblasti adaptačního niveau (p <0,01) a stimulů definovaných v adaptačním modelu (p <0,01).

Statisticky významná souvislost byla prokázána také mezi vzděláním sestry a jejími znalostmi adaptačního niveau. Platí, že sestry s vysokoškolským vzděláním ve významně vyšší míře udávají, že adaptační niveau označuje individuální rozsah efektivních reakcí na stimuly. A sestry se středním odborným vzděláním významně častěji volí odpověď „nevím“.

Byla také prokázána statistická významná souvislost mezi vzděláním sestry a jejími znalostmi stimulů adaptačního modelu. Platí, že sestry s vysokoškolským vzděláním ve významně vyšší míře uvádějí stimuly fokální (ohniskové), kontextuální a reziduální. Sestry se středním odborným vzděláním a vyšším odborným vzděláním a vyšším odborným vzděláním významně častěji volí odpověď „nevím.“

5.2 Výsledky kvalitativního šetření

První kategorií našeho šetření byla teoretická stránka našeho materiálu pro odběr ošetřovatelské anamnézy. V této oblasti jsme po respondentkách požadovali hodnocení srozumitelnosti, přehlednosti, využitelnosti a délky materiálu.

Zajímalo nás, jaké body respondenti specifikují. V záznamovém archu jsme každou kategorii rozdělili do třech skupin – silné stránky, slabé stránky a návrhy oprav. První dvě skupiny respondentů hodnotily materiál ve stejnou dobu, třetí skupina po zapracovaných připomínkách.

První kategorii jsme nazvali ***Teoretický materiál.*** Za silné stránky bylo považováno obsažení nových informací (F3). Skupina F1 za slabé stránky zmiňuje *„Velmi složité a nejasné. Pro běžné absolventy SŠ (asistenty) nesrozumitelné“* F2 uvádí *„Příliš těžké. Je zde mnoho odborných pojmů.“a* F3 zmiňuje „*Komu se to bude chtít číst?*“

Schéma č. 1 – Teoretický materiál

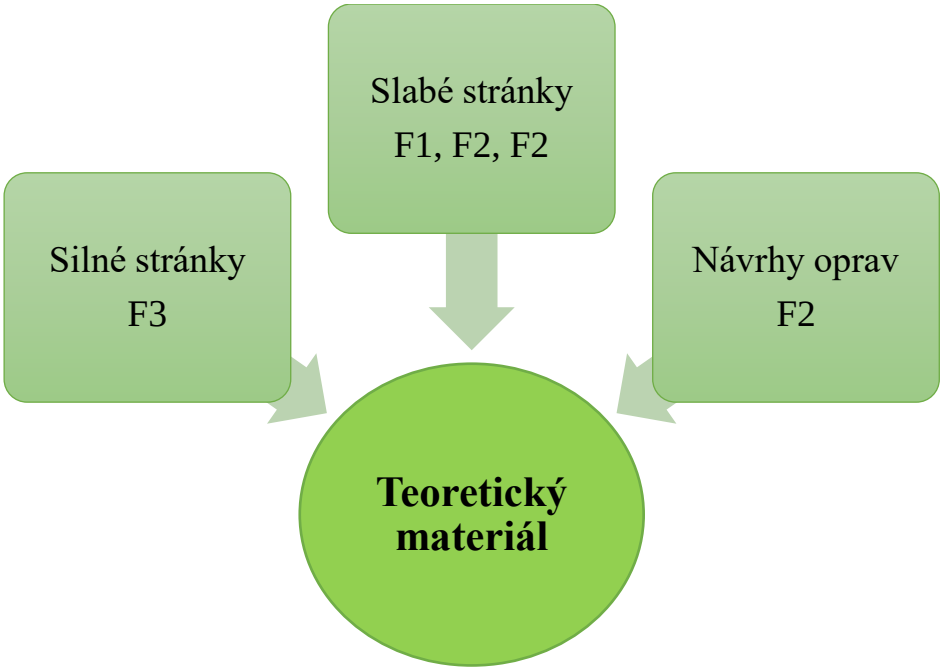


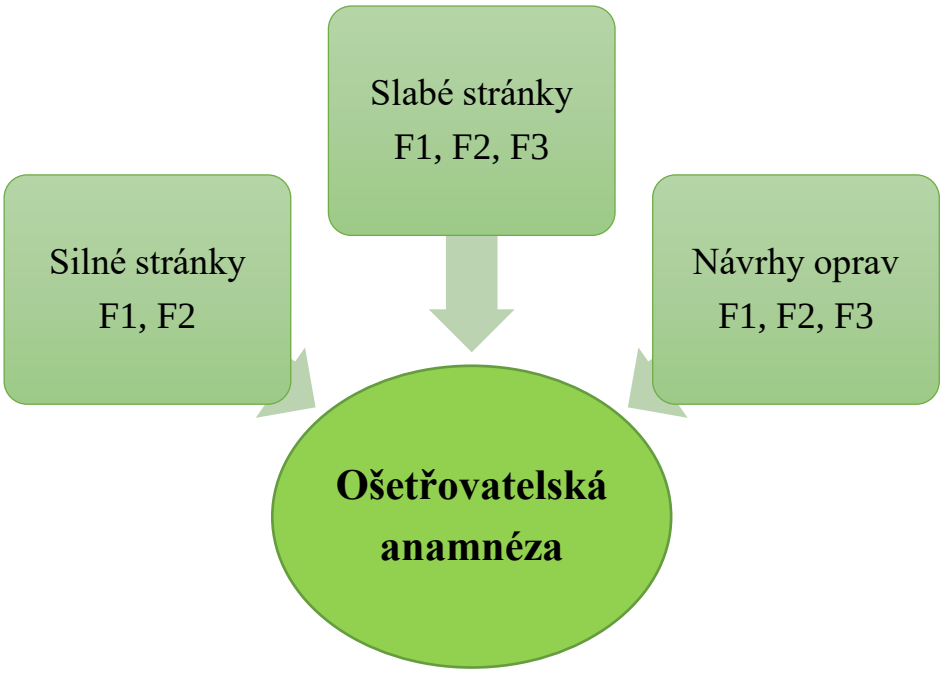
Schéma jasně ukazuje, že nejčastěji naši respondenti nacházeli slabé stránky ošetřovatelské anamnézy. Poté po jedné skupině byly specifikovány návrhy oprav a silné stránky.

V kategorii číslo 2 pod názvem **Ošetřovatelská anamnéza** jsme taktéž zjišťovali, co respondenti hodnotí jako silné a slabé stránky, a také návrhy oprav ošetřovatelské anamnézy. Následně jsme vytvořili podkategorii, kde konkretizujeme dané navržené změny. Výsledky jsou podobné jako u kategorie č. 1. Respondenti zmiňují nejčastěji slabé stránky anamnézy a na základě slabých stránek navrhli možné opravy, které jsme poté zapracovali.

Silné stránky objevila skupina F1 a F2. *Slabé stránky* specifikovali všechny skupiny, tedy F1, F2 a F3. Taktéž tomu bylo u návrhu oprav. Zde se vyjádřili opět všechny tři skupiny – F1, F2 a F3.

V následující kapitole budeme konkrétně zmiňovat odpovědi našich respondentů.

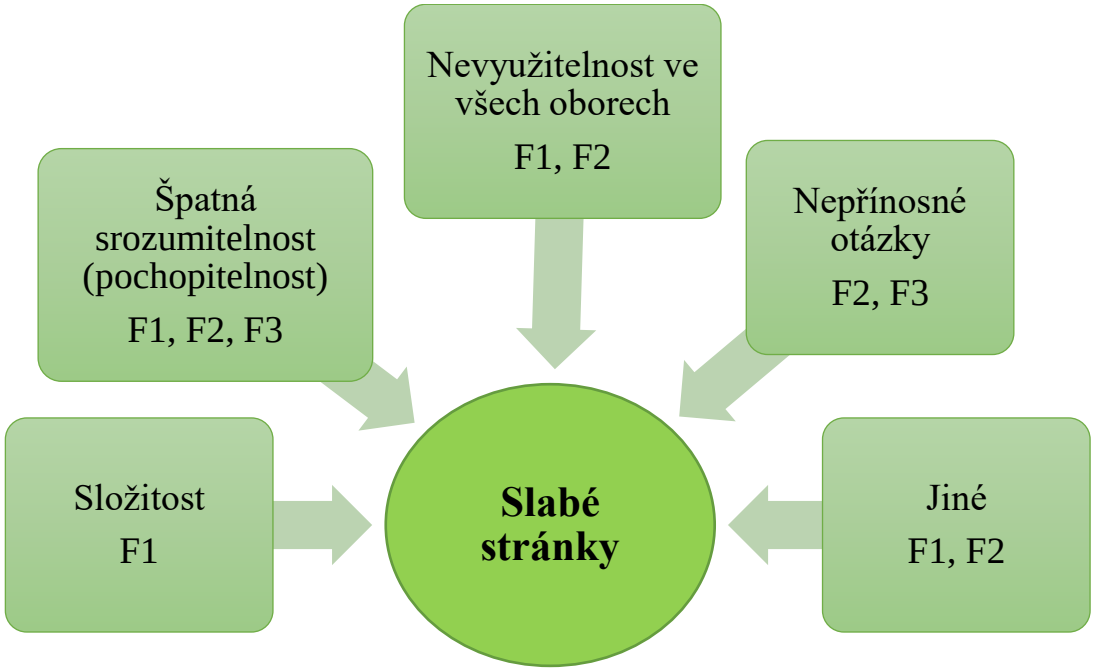
Schéma č. 2 – Ošetřovatelská anamnéza



Na schématu můžeme zpozorovat, že při konzultaci nad ošetřovatelskou anamnézou se respondenti více vyjadřovali ve všech třech skupinách.

Dále jsme stanovili podkategorii **Slabých stránek.** V této podkategorii budeme konkrétně ukazovat názory našich respondentů. F1 uvádí, že *„je to hodně složité, hůře pochopitelné (zejména pro asistenty a čerstvé absolventy SŠ)“*. Dále se všechny tři skupiny (F1, F2, F3) shodují, že je anamnéze špatně pochopitelná (srozumitelná). Skupina č.2 uvádí *„Je otázkou, na kolik bude srozumitelné pro sestru v praxi musela by být sestra pro ošetřovatelskou dokumentaci, která to vyplní.“* Skupina č. 3 vytýká *„Nesrozumitelnost některých pojmů. Nesrozumitelné bydliště – co ponechat město, obec (nad 100 tisíc a pod 100 tisíc.)“* Další nevýhodu skupina F1 a F2 nachází v nevyužitelnosti ve všech oborech. F1 říká, že *„Nelze vyplnit např.v gerontopsychiatrii. A zcela nevyužitelné v akutní péči.“* F2 *„Těžko hodnotitelné při příjmu. V nemocnice je problémem zdravotní stav, v rámci hospitalizace je těžké vyplnit.“* Další nevýhodou jsou nepřínosné otázky pro praxi, zde se shodují skupiny F2 a F3. Skupina č. 2 *„Položky v anamnéze jsou hodně subjektivní, je otázkou, zda lze odebrat hodnocení fyzického a psychického stavu. Zda budou informace relevantní.“* Skupina č. 3 se shoduje *„K čemu nám bude zjištění dosud využívané zdravotní péče? Co z toho? Co jsem se z toho dozvěděla? K čemu mi taková informace bude? Je potřeba dovysvětlit a přeformulovat.“*

Schéma č. 3 Konkrétní příklady slabých stránek



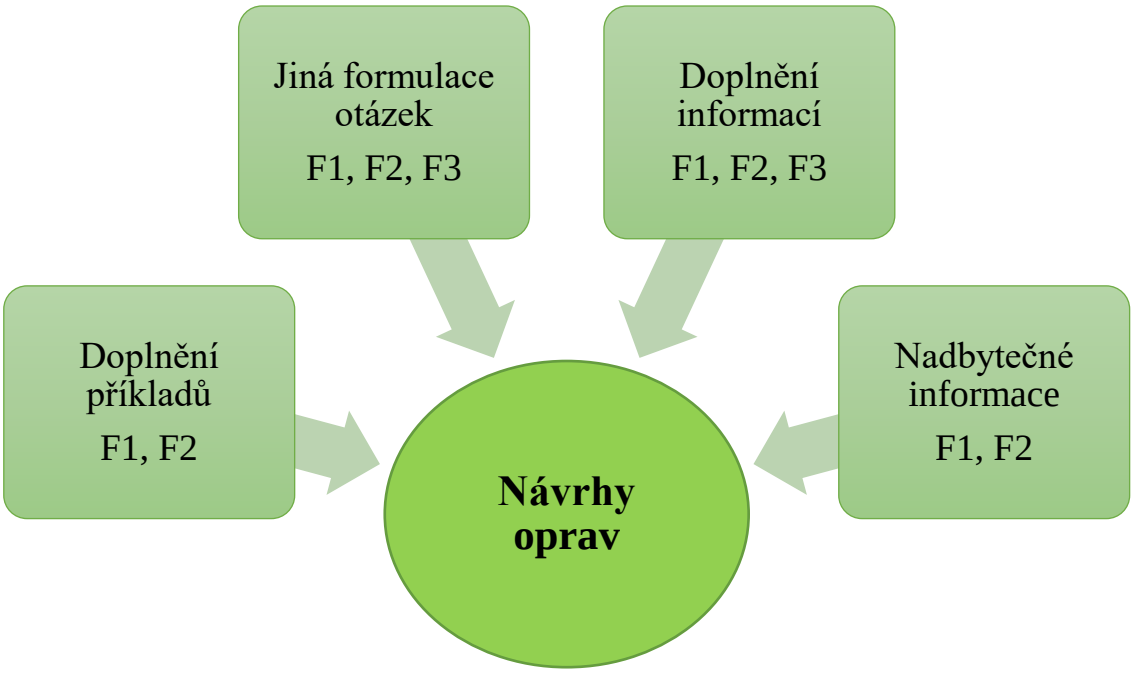
Na tomto schématu můžeme pozorovat, že největším problémem je špatná pochopitelnost (srozumitelnost).

Další podkategorií jsou **Návrhy oprav.** Zde se respondenti mohli vyjádřit k tomu, co by v ošetřovatelské anamnéze doplnili nebo úplně vynechali. Jejich odpovědi jsme shromáždili do 4 společných skupin.

Doplnění příkladů zmínila skupina č. 1. *„Stresory – vhodné je vyjmenovat konkrétní příklady (vodítka). Doplnit konkrétní příklady otázek pro sestry, které vyplňují. Adaptační úroveň – vyjmenovat. Sestrám není pojem jasný, neví co to je. Limity pro využívanou péči specifikovat.“* Skupina č. 2 navrhuje *„Specifikovat míru hodnocení, jak hodnotit např. strach“*.

Všechny tři skupiny se přiklánějí pro jinou formulaci otázek. Pro toto tvrzení dokládám příklad skupiny číslo 2 *„Charakteristika práce- spíš fyzicky náročná x kancelář Specifikovat hodnocení fyzické zátěže – každý jí vnímá jinak. Jde i o minulou zkušenost.“* V další skupině doplnění informací se opět shodují všechny tři skupiny. Dokládám tvrzení skupiny č. 1 „Doplnit *kompenzační pomůcky, a místo bydliště – spíše název měst, než dělení.“* Skupina číslo 1 a 2 se shodují na nadbytečnosti některých informací. Například *„Rodičovská dovolená zde pozbývá smyslu“* (F1).

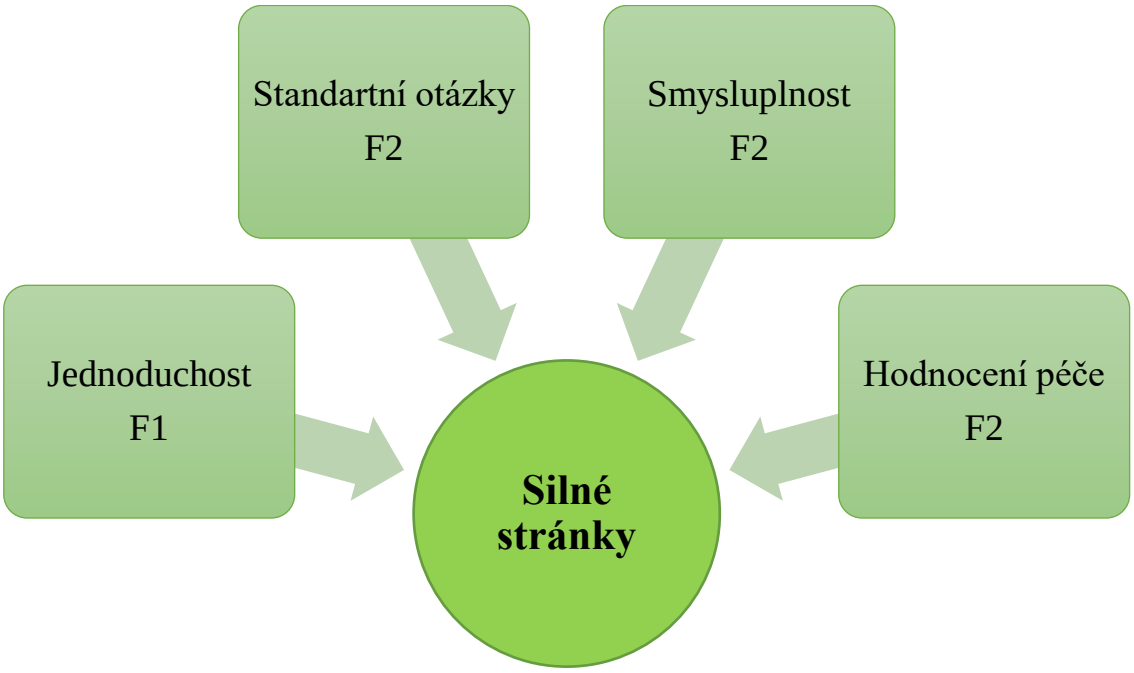
Schéma č. 4 Konkrétní příklady návrhů na opravy



Na schématu znázorňujeme všechny podstatné návrhy na opravu ošetřovatelské anamnézy. Ve většině se naši respondenti shodují.

Poslední kategorií jsou **silné stránky.** I u této kategorie jsme vytvořili 4 skupiny, kam jsme zařadili odpovědi našich respondentů. Skupina č. 3 neudává žádnou silnou stránku. Skupina 1 vyzdvihuje jednoduchost ošetřovatelské anamnézy. Skupina č. 2 udává výhody standartních otázek, smysluplnosti a hodnocení péče.

Schéma č. 5 Konkrétní příklady silných stránek



Na tomto schématu můžeme vidět vyjádření skupin č. 1 a č. 2 k silným stránkám odběru ošetřovatelské anamnézy.

Další kategorií jsou **Návrhy nejčastějších ošetřovatelských diagnóz u generace 50+.** V této kategorii se naši respondenti neshodují. Skupina č. 3 se nevyjádřila. Skupina č. 1 udává, že ošetřovatelské diagnózy musí být rozřazeny dle věku, např. 50-70 let a nad 70 let. Skupina č. 2 navrhuje *pády, bolest, soběstačnost, sebeobsluha, integrita kůže, dehydratace, infekce a výživa – nutrice.*

A poslední kategorií jsou **Klíčové činnosti sestry v péči o jedince z generace 50+.** I v této kategorii chybí vyjádření skupiny č. 3.

Skupina č. 1 udávat, že jednou ze zásadních klíčových činností sestry je komunikace. Sestra by si měla najít čas na pacienta a komunikovat s ním. Měla by opakovaně poskytovat informace a ověřit si porozumění na straně pacienta. Důležité je také kontaktování rodiny a spolupráce s ní. Dále zmiňují, že intervence nelze hodnotit pro tak široké rozmezí (dospělý x senior).

Skupina č. 2 zmiňuje pouze poskytování informací, tedy podporu v zachování soběstačnosti, bezpečné prostředí a prevence pádů.

6. DISKUZE

V této části naší diplomové práce komplexně shrneme výsledky a nové poznatky, které jsme vyhodnotili na základě výzkumného šetření. Šetření bylo realizováno dvěma různými způsoby. A to kvantitativním a kvalitativním. Pro kvantitativní výzkum byl použit nestandardizovaný dotazník. Tento dotazník byl zpracován v rámci grantového projektu s názvem *„Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi“* č. 044/2015/S jehož realizace probíhá za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Na základě projektu byl stanoven i název naší práce. A to *Možnosti uplatnění modelu Royové a Neumanové v klinické praxi u generace 50+*. Tuto práci jsme nejprve zpracovali z pohledu teoretického, a poté výzkumného. Pro naši práci jsme stanovili dva výzkumné cíle. Prvním bylo *Zmapování vědomostí o vybraných koncepčních modelech u sester* a druhým *Zjistit specifika ošetřovatelské péče v klinické praxi u skupiny 50+ se liší podle typu vzdělání.* Než jsme započali naše výzkumné šetření, položili jsme si tři základní otázky, na které jsme prostřednictvím výzkumu chtěli najít odpověď. Otázky zněly - Jaká jsou specifika ošetřovatelské péče v klinické praxi u skupiny 50+ z pohledu sestry? Jaké vědomosti mají sestry o vybraných koncepčních modelech? A jaké jsou možnosti využití vybraných koncepčních modelů v klinické praxi u skupiny 50+? Dále bylo potřebné provést analýzu dostupných literárních zdrojů na téma naší práce.

Podstatnou informací bylo vymezit věkové rozmezí pro generaci 50+. Tato generace spadá do dvou věkových kategorií - pozdní dospělost a stáří. Avšak v tomto se rozchází názor několika autorů. Například Langmeier (2006) uvádí, že pozdní dospělost začíná od 40 do 65 let věku. Avšak stáří autor nedefinuje z pohledu věkového rozmezí, ale pouze definicí, kterou říká, že stárnutí je souhrn změn převážně z pohledu funkcí organismu. Dále definuje již konkrétní biologické změny. Avšak Vágnerová (2007) se již věkovým rozmezím zabývá u všech věkových kategorií. Dle zmiňované literatury by generace 50+ spadala do čtyř věkových kategorií. A to do *střední dospělosti*, jelikož hraniční věk v této kategorii je 50 let. Dalším obdobím je *období starší dospělosti*. To je definováno od 50 do 60 let věku jedince. Následuje *období raného stáří*, kdy je věkově definován od 60 do 75 let věku. A poslední věkovou kategorií je *pravé stáří*, kdy jedinec dosahuje více jak 75 let věku. Na základě tohoto tvrzení, můžeme říci, že náhled na vývojovou psychologii seniora je dle autorů různý.

Zajímavé je nahlédnout na problematiku stárnutí, jako na obecný pojem. Křivohlavý (2011) ve své knize se tímto tématem zabývá v několika pohledech. Vychází z faktu, že život je celoživotní cesta, ale ta největší pozornost je věnována právě třetímu úseku. Protože právě v tomto období jedinec prochází největšími změnami. I to, co předcházelo v průběhu života, můžeme mít vliv na to, co se v tomto úseku odehraje.

S těmito jedinci se setkáváme v běžném životě, ale pro naši práci je důležitá klinická praxe, kde se tito jedinci velmi často vyskytují. Naší domněnku potvrzuje i Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky v roce 2010 uvedl, že v České republice bylo 2 721 280 jedinců ve věku od 50 do 69 let (ÚZIS, 2010). Dále v roce 2016 ve své zdravotnické ročence uvádí, že ve věkovém rozmezí 50 – 69 let bylo v České republice 2 729 576 jedinců (ÚZIS, 2016).

To je tedy důkazem, že počet jedinců v generaci 50+ stoupá. A proto je dle nás důležité znát specifika v péči o seniora.

Abychom zjistili, jak často se naši respondenti setkávají se seniorem, položili jsme v dotazníkovém šetření otázku – *Jak často se setkáváte s lidmi z generace 50+?* Jak jsme předpokládali, naši respondenti jsou s těmito jedinci často v kontaktu. Pro toto tvrzení, dokládáme výsledek námi položené otázky. V 57,7% se respondenti shodují, že jsou v neustálém kontaktu s generací 50+. Pouze 4,7% respondentů odpovědělo, že se s touto generací nesetkávají vůbec. Právě z tohoto důvodu považujeme toto téma práce za přínosné pro obor ošetřovatelství.

Ošetřovatelství se zabývá především udržením a podporou zdraví jedince. Další nezbytnou složkou je navrácení zdraví, rozvinutí soběstačnosti, eliminování projevů utrpení a zajištění klidného umírání (Tóthová, 2009). Dle mého názoru tato definice jasně vystihuje problematiku, kterou se zabýváme. Generace 50+ se stává věkovou skupinou, na které se začínají projevovat změny v tělesné, psychické i sociální.

Tyto změny popisuje několik autorů. Ty, které jedince přivedou nejčastěji k lékaři, jsou určitě změny biologické. Například Klevetová (2008) se na tuto problematiku dívá obecně. Charakterizuje ji jako úbytek funkcí na molekulární, tkáňové a orgánové úrovni. Dále vyčerpání buněčných rezerv a zpomalení většiny funkcí.

Avšak Langmeier (2006) tělesné změny specifikuje blíže. Jednou z hlavních známek stáří je pokles výkonnosti jedince a změna vnějšího vzhledu. U změněného vzhledu můžeme pozorovat například ztrátu vzhledu a funkce vlasů či kůže.

Další informaci doplňuje Vágnerová (2007), která ve své literatuře zmiňuje také zhoršení základních smyslových funkcí – zraku a sluchu.

Na základě těchto informací, byla zaměřena i jedna z otázek dotazníkového šetření, kde jsme se respondentů ptali na *Specifika péče u generace 50+ v uspokojování potřeb.* Respondenti měli na výběr z 13 ti potřeb. Jako nejpodstatnější volili *vylučování,* kde se shodovali v 38,7%. Druhou nejčastější odpovědí bylo *udržování bezpečného prostředí*, takto odpovědělo 37,3% (viz tabulka č. 6)

Dalším bodem dotazníku byla otázka *Ovlivnění poskytované péče u generace 50+ sociálními determinanty*. Naši respondenti volili nejčastěji odpověď *rodinná situace,* kdy se tak shodovali v 67,0%. Druhou nejčastější odpovědí bylo *sociální vyloučení.* Takto odpovědělo 65,3% (viz tabulka č. 4). V tomto případě se shodujeme s názorem Langmeiera (2006), ten ve své literatuře uvádí, že senior prochází sociálními změnami. Mezi ty nejpodstatnější řadí možnou změnu rodinných vztahů, hrozící ztrátu životního partnera a odchod do důchodu. S odchodem do důchodu je možné, že jedinec začne pociťovat sociální vyloučení. I z našeho pohledu, po kontaktu s touto generací můžeme říci, že jedinci popisují přesně tyto situace. Nejhorší změnou je jistě ztráta životního partnera. Dalším faktorem jsou ekonomické determinanty. Ty jsme zkoumali v otázce *Ovlivnění poskytované péče u generace 50+ ekonomickými determinanty.* Zde jsme zaznamenali v 68,3% odpověď hrozící ztrátu zaměstnání. Tato situace může nastat jistě z několika důvodů. Myslíme si, že mezi ně patří - stav na trhu práce, zdravotní stav jedince – komorbidity, častější pracovní neschopnost. V případě ztráty zaměstnání jedince v tomto věku má horší uplatnitelnost na trhu práce v souvislosti s vyšším věkem (Klevetová, 2017). I o této problematice se zmiňuje literatura. Konkrétně Vágnerová (2007) se zmiňuje o fázi postupného uzavírání profesní kariéry. Ta vzniká odchodem do důchodu.

Vzhledem k výše jmenovaný změněným potřebám jedince v generaci 50+ jsme zvolili dva koncepční modely. Na jejich základě jsme jako výstup práce vytvořili upravený postup pro odběr anamnézy. Abychom na celou problematiku získali komplexní náhled, zvolili jsme pro tuto práci již zmíněný kvantitativní a kvalitativní výzkum.

V kvalitativním výzkumu jsme pracovali s výzkumnou metodou focus group. Pro toto zkoumání byla zvolená výzkumná otázka. Ta zněla – *Jaké jsou možnosti využití vybraných koncepčních modelů v klinické praxi u skupiny 50+?* Pro zkoumání v oblasti koncepčních modelů bylo opět velmi důležité získat nejprve teoretický rámec, a na základě toho pracovat s našimi respondenty. Otázky o koncepčních modelech obsahoval i nás nestandardizovaný dotazník.

První otázkou bylo *Setkání s koncepčním modelem v praxi.* Na základě této otázky jsme chtěli zjistit, zda se naši respondenti s koncepčními modely někdy setkali.
V 40,3% se naši respondenti s koncepčním modelem setkali. V 34,0 % udávají, že ne. A 24,7% si nebyli jistí, zda se s koncepčním modelem setkali.

Pokud zkoumáme koncepční modely v praxi, je nutné teoreticky vymezit jejich význam. Pojem koncepční model můžeme dohledat v několika odborných zdrojích a jejich definice může být různá. Například Archalousová (2003) koncepční model definuje jako pojem, který dává jasnou orientaci na praxi, výzkum a vzdělávání.
Každý ošetřovatelský model obsahuje pouze koncepce, které autor/ka koncepčního modelu považuje za přínosné pro vytvořený model.
Avšak Pavlíková (2006) popisuje koncepční model jako souhrn všeobecných a abstraktních koncepcí do smysluplného seskupení. Týká se představy o jedinci z pohledu daného oboru.
Z tvrzení těchto autorek můžeme usoudit, že koncepční model je velice odborná věc, se kterou jedinec musí umět pracovat, aby byl zachován jeho smysl. V souvislosti s generací 50+ jsme si vybrali model Royové a Neumanové. Jejich výběr se budeme snažit na základě teoretických a výzkumných poznatků vysvětlit. Každá z autorek se zabývá jiným problémem jedince a jejich náhled na pojem zdraví se liší. Zdraví je v modelu Callisty Royové považováno za stav, který je výsledkem úspěšné adaptace na podněty z prostředí. Opakem je nemoc (Sedláková, 2010). Betty Neumanová uvádí, že zdraví znamená projevení životní energie a pohody jedince. Zdraví je výsledkem dynamické rovnováhy jedince s interakcí prostředí (Pavlíková, 2006).
Jak jsme již zmínili, generace 50+ je typická změnou potřeb. Callista Royová se zabývá adaptací jedince v prostředí. Pokud u jedince dojde ke změně zdravotního stavu a musí být hospitalizován, je tento model velice aktuálním tématem.
Plevová (2011) udává, že dle zmíněného modelu adaptace znamená schopnost jednotlivce přizpůsobit se vlivům prostředí, ty dělí na tři stimuly (kontextuální, reziduální, fokální). Abychom dokázali zhodnotit námi stanovené cíle, dotázali jsme se sester na teoretické poznatky z tohoto modelu.
Jedna z těchto otázek zněla *Jaké rozlišené stimulů v rámci adaptačního niveau známe.*
Největší počet respondentů si s touto otázkou nevědělo rady.
Dále jsme se dotazovali na *podmínky k dosažení sebepéče, používané systémy v pomoci jedinci s deficitem sebepéče a na souvislost sebepojetí člověka v adaptačním modelu.*

Tyto otázky jsme zvolili z toho důvodu, abychom zjistili orientovanost respondentů v oblasti adaptačního modelu Royové.

Betty Neumanová vytvořila model, který se zabývat dosažením stability a integrity. Neumann (1989) uvádí, že její model, je komplexní holistický pohled na pacienta. Jeho podstata je založena na otevřeném systému myšlení. Cílem je dosažení stability a interakce mezi osobou a prostředím. A rolí sestry je identifikace intrapersonální, interpersonálních a extrapersonálních stresorů.
Jedna z otázek v dotazníkovém šetření bylo *Zohlednění specifik v modelu otevřených systémů.* Nejvíce respondentů považuje za důležité interpersonální stresory. Dalšími otázkami jsme chtěli zjistit znalost proměnných a složek linie obrany.
Proto, abychom mohli modely účinně aplikovat, je důležité v praxi dodržovat i zásady efektivní edukace. A to proto, abychom mohli jedince efektivně informovat o změnách, které v jeho životě mohou nastat v důsledku jeho onemocnění. Juřeníková (2010) udává, že edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení a to nezáměrně nebo záměrně.

Pro kvantitativní výzkum jsme si zvolili tři hypotézy. První z nich zní **H1: Znalosti sester o zvolném koncepčním modelu Callisty Royové, se liší podle vzdělání.** Tuto hypotézu **potvrzujeme**, a to proto, že byla prokázána významná souvislost mezi vzděláním sestry a její znalostí adaptačního modelu v oblasti adaptačního niveau a definovaných stimulů. Platí, že sestry s vysokoškolským vzděláním ve vyšší míře uvádějí, že adaptační niveau označuje individuální rozsah efektivních reakcí na stimuly. Naopak sestry, které mají střední odborné vzdělání mnohem častěji volí odpověď *„nevím“*. Statistická významnost byla prokázána i mezi vzděláním a znalostí stimulů adaptačního modelu ($p < 0,01$). Pak tedy platí, že sestry s vysokoškolským vzděláním mnohem častěji uvádějí stimuly – fokální, kontextuální a reziduální.
Sestry s vyšším odborným vzděláním a středním odborným vzděláním ve vyšší míře uvádějí odpověď *„nevím“*.

Na stejný vztah jsme se zaměřili i u modelu Betty Neumanové. Proto jsme stanovili hypotézu **H2: Znalosti sester o zvoleném koncepčním modelu Neumanové se liší podle vzdělání.**

I tuto hypotézu **potvrzujeme.** Pro toto tvrzení, dokládáme výsledky výzkumného šetření. Statisticky významná souvislost byla prokázána mezi vzděláním sester a znalostmi stresorů, které musíme zohlednit v modelu otevřených systémů ($p<0,05$). Pak tedy opět platí, že sestry s vysokoškolským vzděláním ve významně vyšší míře uvádějí, důležitost zohlednění stresorů v ošetřovatelské péči. Sestry s vyšším odborným vzděláním a středním odborným vzděláním odpovídají *„nevím“*.

Již na začátku jsme se zmiňovali o potřebách v ošetřovatelské péči. Šamánková (2011) uvádí, že potřeba je vyjádření nadbytku nebo nedostatku něčeho, co nás vede k činnostem, jimiž potřebu znovu naplníme.
Vzhledem k tomu, že toto téma považujeme za nezbytné pro poskytování ošetřovatelské péče, stanovili jsme tuto hypotézu. **H3: Zohlednění specifik v uspokojování potřeb při poskytování ošetřovatelské péče u generace 50+ se liší podle typu vzdělání.** Tuto hypotézu **nepotvrzujeme.** Vzhledem k tomu, že dle stanoveného vztahu žádná statisticky významná souvislost mezi vzděláním a upřednostněním specifik při poskytování ošetřovatelské péče u generace. Můžeme tedy říci, že názor na tuto problematiku je u všech skupin podobný.

Otázku kterou jsme si na začátku výzkumného šetření položili, bylo, zda jsou tyto koncepční modely v praxi využitelné. Vyhledali jsme tedy několik výzkumů, které byly aplikovány v několika zemích světa. Pro toto tvrzení dokládáme jejich teoretické podložení.
Model Callisty Royové byl v roce 2016 aplikován na ošetřovatelský proces, který se zaměřoval na kojence se syndromem selhání (Portilla-Ordoñez, 2016).
Avšak model Betty Neumanové byl aplikován na různorodější skupinu pacientů. V roce 2017 byly jeho prvky aplikovány na skupinu jedinců s demencí (Gokce, 2017).
Dalším zajímavým výzkumem byl bezesporu výzkum aplikovaný na skupiny zrakově postižených Thajců. Podstatou zmíněného výzkumu bylo popsání vztahu mezi rizikovým faktorem souvisejícím s pádem a daným onemocněním (Pattaramongkolrit, 2013).

V Singapuru byl tento model aplikován na další odlišnou skupinu, a to na pacienty s poruchami nálady. Tato studie ukázala tento model jako přínosný, zvláště v terciální prevenci zaměřené na stresory působící z prostředí (Lubna, 2015).

S tímto názorem se ztotožňujeme i my. V našem kvalitativním výzkumu jsme se zaměřili na aplikaci obou modelů na generaci 50+. Upravený postup pro odběr anamnézy byl nejprve sestaven na základě teoretických poznatků, dle daných modelů. Tento materiál si naši respondenti mohli prostudovat a na základě toho, jsme upravovali anamnézu, dle jejich námitek a požadavků. V průběhu *„focus groupu“* jsme zaznamenávali návrhy, které jsme rozdělili pro teoretický materiál a pro ošetřovatelskou anamnézu. Následně jsme je znázornili do schémat (viz. 5.2 výsledky kvalitativního šetření). Hodnotili jsme teoretický materiál, kde se respondenti mohli vyjádřit k silným a slabým stránkám, a návrhům oprav. Za slabé stránky naši respondenti považovali nesrozumitelnost a velký rozsah textu. U ošetřovatelské anamnézy respondenti hodnotili stejné parametry. Jako největší negativum uváděli nevyužitelnost ve všech oborech, nepřínosné otázky, složitost a špatnou srozumitelnost. Pozitivně hodnotili smysluplnost, standartní otázky, jednoduchost a hodnocení péče. Zde můžeme vidět, že názory na anamnézu byly různorodé. Po zpracování všech požadavků našich respondentů jsme zapracovali do ošetřovatelské anamnézy (viz. příloha 6).

Po vyhodnocení našeho výzkumného šetření lze tedy říci, že orientace v problematice aplikovaných koncepčních modelů v praxi se odvíjí podle vzdělání sestry. Aplikaci námi vybraných modelů do praxe považujeme jistě za přínosnou. A to z toho důvodu, že přináší nový a komplexní pohled na pacienta. Pro ulehčení práce pro sestru pracující s takovým pacientem byl vytvořen postup pro odběr ošetřovatelské anamnézy na základě podstaty koncepčního modelu Betty Neumanové a Callisty Royové.

7. ZÁVĚR

V každodenním životě se každý jedinec potkává s generací 50+. A bezpochyby se to týká i sestry, která takového pacienta bude mít velmi často v péči při hospitalizaci, ale i při ošetření v ambulantní sféře. Počet jedinců v tomto věkovém období, se dle statistických údajů zvyšuje. A proto je důležité se nad touto problematikou zamyslet, a zjistit čím je vlastně specifická. Aby jedinci mohli poskytovat kvalitní péči, je nutné znát jeho potřeby. Jak jsme již zjistili v teoretické části naší práce, změněných potřeb u generace 50+ je mnoho. Například fyziologické změny, psychické, ale jistě i sociální. Z toho vyplývá, že je důležité nehledět na pacienta pouze v rámci změněné potřeby, která je pro nás aktuální. Musíme myslet na bio – psycho - sociální a spirituální pojetí jedince. Naším úkolem bylo aplikovat generaci 50+ na koncepční model Betty Neumanové a Callisty Royové.

Koncepční model poskytuje filozofický rámec, podle kterého můžeme plánovat a přizpůsobovat péči. Základem je podstata modelu. Cílem koncepčního modelu dle Neumanové je zachování stability a integrity systému jedince. Callista Royová se zabývá adaptací jedince v souvislosti s prostředím. V našem kvantitativním výzkumu jsme se zaměřili na znalosti respondentů o zmíněných koncepčních modelech. Z výzkumného šetření vyplynulo, že znalost se odvíjí od vzdělání respondentů. Respondenti s vysokoškolským vzděláním ve statisticky významné míře uváděli mnohem větší teoretické znalosti v porovnání s respondenty, kteří absolvovali střední odborné vzdělání a vyšší odborné vzdělání. Avšak v náhledu na potřeby jedinců v generaci 50+ nebyla prokázaná statisticky významná souvislost. Zde se naši respondenti ve většině shodovali. V kvalitativním výzkumu jsme pracovali s upraveným postupem pro odběr ošetřovatelské anamnézy. Naši respondenti měli možnost před realizováním *„focus groupu“* si materiál prostudovat a svoje poznatky si promyslet a připravit. Při našem setkání jsme o jejich připomínkách debatovali a zaznamenávali do archu. Na základě připomínek jsme upravili postup pro odebrání anamnézy. Respondenti měli také možnost hodnotit nejen pouhý model, ale silné a slabé stránky teoretického připraveného materiálu.

Tuto práci hodnotíme jako velmi přínosnou a to hned z několika hledisek. Myslíme si, že díky realizovanému výzkumu jsme rozšířili obzor respondentů o vybraných koncepčních modelech. Ale také byl prohlouben pohled autorky práce. Zamyšlení se nad tématem generace 50+ v klinické praxi, aplikované na dva vybrané koncepční modely bylo určitě zajímavou zkoumanou oblastí. Doufáme, že i vytvořený postup pro odběr ošetřovatelské anamnézy bude mít využití do budoucna.

8. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů.* Hradec Králové: Nucleus HK. 99 s. ISBN 80-86225-33-x .

2. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny.* Martin: Osveta. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.

3. BÁRTLOVÁ, S. et al, 2008. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

4. BASTABLE, Susan B., 2008. Nurse as Educator: principles of teaching and learning for nursing practice. 2nd ed. Sudbury: Jones Bartlett Learning. 590 p. ISBN 978-0-76374643-8.

5. BAŠKOVÁ, M., TOMAGOVÁ, M., 2008. Učenie. In: TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I., *Potreby v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta. 144- 150 s. ISBN 978 – 80-8063- 270- 0.

6. BEKEL, G. 2006. K rozdílům starosti o sebe sama, sebepéče a lidské samostatnosti. Diagnóza v ošetřovatelství. roč. 2, č. 1, s. 40-41. ISSN 1801-1349.

7. BEKEL, G., HALMO, R. 2004. Teorie deficitu sebepéče. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého60 s. ISBN 80-244-0749-9.

8. BOSTON COLLEGE, WILLIAM F. CONNEL SCHOOL OF NURSING. Sr. Callista Roy, PhD, RN, FAAN. [online]. [2017 – 9 - 15]. Dostupné z: https://www.bc.edu/bc-web/schools/cson/faculty-research/faculty-directory/sr-callista-roy.html

9. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

10. FARKAŠOVÁ, D., 2001. *Ošetrovateľstvo – teória.* Martin: Osveta. 135 s. ISBN 80-8063-086-0.

11. FAWCETT, J. 2001. The Nurse Theorists: 21st - Century Updates - Dorothea E. Orem. Nursing Science Quarterly, vol. 14, no. 1, p. 34 – 38. doi: 10.1177/0894318404269366.

12. FAWCETT, J., 2009. Using the Roy Adaptation i model to Guide Research and/or Practice: Construction of Conceptual Theoretical-Empirical Systems of Knowledge. *Aquicha.* (9) 3. 297 – 306 s. ISSN 1657-5997.

13. GOKCE,D., NURGUN, P., 2017. Impact od Neuman Systems Model in Reducing Care Burden Primary Caregivers od Patients with Dementia. *International Journal of Caring Sciences.* (10) 1. 393 – 403 s. ISSN 1792-037X

14. HEGYI, L., 2001. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí.* Bratislava: Slovak Academic Press. 127s. ISBN 80-88908-80-9.

15. HOLČÍK, J., 2014a. Motivace k péči o zdraví. In: ČEVELA, R., et al, *Sociální gerontologie* Praha: Grada, 82 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

16. HOLČÍK, J., 2014b. Pojem péče o zdraví. In: ČEVELA, R., et al, *Sociální gerontologie* Praha: Grada, 83-84 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

17. HOLMEROVÁ, I. 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

18. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, Ľ., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

19. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

20. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

21. KALVACH, Z. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

22. KLEVETOVÁ, D., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

23. KOLEKTIV AUTORŮ, 2002. *Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z*. Praha: Grada. 392 s. ISBN 80-247-0278-9.

24. KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Výkladový ošetřovatelský slovník.* Praha: Grada. Sestra (Grada). 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.

25. KOTRBA, J., et al, 2006. *Společenské kontakty a oblíbené činnosti osob nad 50 let věku.* In: HAVLÍK, J., ZIMMELOVÁ, P., (eds.) Sborník III. Mezinárodní konference Problematika – generace 50 plus 5. A 6. Října 2009, objekt ZSF JU „VLTAVA“ České Budějovice. ISBN 80-7040-903-7.

26. KRAMÁŘOVÁ, N., TUČEK, J., 2005. *Gerontopsychiatrie*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 55 s. ISBN 80-7040-829-4.

27. KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, Psyché (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

28. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetřovatelství*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

29. KYČINOVÁ, S., ONDREJKA, I., 2007. Royovej adaptačný model. In: ŽIAKOVÁ, K., *Ošetrovateľské konceptuálne modely.* Martin: Osveta. 190 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

30. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie.* 2. Aktualizované vydání. Praha: Grada, Psyché (Grada). 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

31. LOPES, M.,V., de O., 2006. Historical evolution of the concept enviroment proposed in the Roy adaptation model. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14(2). 259-65 s. ISSN 1518-8345.

32. LUBNA BTE I., S., et al. 2015. Efficacy of the Virtual Reality – Based Stress Management Program on Stress – Related Variables in People With Mood Diserders : The Feasibility Study. *Archives of Psychiatric Nursing.* 29 (1). 6-13 s. ISSN 0883-9417

33. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových socíálních zařízeních*. Praha: Grada, Sestra (Grada). 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

34. MASTILIÁKOVÁ, D., 2002. *Úvod do ošetřovatelství.* Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

35. MASTILIAKOVÁ, D. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika: v moderní ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada,. Sestra (Grada).192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

36. McEWEN, M. – WILLS, E., M. 2002. Theoretical Basis for Nursing. Lipncott Williams, Wilkins, Philadelphia

37. McKENNA, H., P. 2008. Nursing models, theories and practice. Oxford: Blackwell Publishing , 238 s. ISBN 978-1-4051-3702-7.

38. MELEIS, A. I., 1997. Theoretical nursing: Development and Progress. Lippincott Williams & Willkins. 832 s. ISBN 0781736730.

39. MINIBERGEROVÁ, L., 2006. Stáří z pohledu vývojové psychologie. In: MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 67 s. (5- 16s.) ISBN 80-7013-436-4.

40. MINIBERGEROVÁ, L., 2006. Zásady komunikace se starým člověkem. In: MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 67 s. (41-52 s..) ISBN 80-7013-436-4.

41. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2012. *Rok 2012 je vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity (dále jen „EY 2012"), s důrazem na podporu vitality a důstojnosti všech osob.* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2017-12-14]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/evropsky-rok-aktivniho-starnuti-a-solidarity-mezi-generacemi_2511_8.html

42. MLÝNKOVÁ, Jana. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

43. NAGA, B., S. H. B., 2014. Roy Adaptation Model: Application of Theoretical Framework. *Middle east journal od family medicine.* (12) 8. 48 – 51 s. ISSN 1839-0196.

44. NEUMAN, B, 1997. The Neuman System Model: Reflections and Projections. *Nursing Science Quarterly.* (10) 1. 18-21 s. ISSN 08943184.

45. NEWMAN, D.,M.,L. 2005. A community nursing center for the healths promotion of Senior Citiziens Based on the Neuman Systems Model. *Nursing Education Perspectives.* 26 (4). 221 – 223 s. ISSN: 1536-5026

46. PATTARAMONGKOLRIT, S. et al, 2013. Fall-related Factors among Older, Visually-Impaired Thais *Pacific Rim Int J Nurs Res.* (17) 2. 181 - 196 s. ISSN 1906-8107

47. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce.* Praha: Grada. Sestra (Grada). 107 s. ISBN 80-247-1211-3.

48. PIDRMAN, V., KOLIBAS, E. 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 189 s. ISBN 80-7262-363-x.

49. POKORNÁ, Andrea. 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 200 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

50. POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.

51. PORTILLA – ORDOÑEZ, S., B., 2016. Proceso de atención de enfermería a lactante con enfermedad huérfana, bajo el modelo de Callista Roy. *Med UNAB.* (19) 2. 151 - 160 s. ISSN 2382-4603.

52. PLEVOVÁ, I., 2011a. *Ošetřovatelství I.* Praha: Grada. Sestra (Grada). 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

53. PLEVOVÁ, I. 2011b. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 224s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.

54. ROY, C., 1997. Future of the Roy model: Challenge to redefine Adaptation. Nursing Science Quarterly. 10(1), 42-48. ISSN 0894-3184.

55. ROY, ANDREWS, H.A. 1999. *The Roy adaptation model.* Second.ed. Stamford: Appleto Lange, 574 s. ISBN 0-8385-8248-6.

56. SEDLÁKOVÁ, G., KALÁTOVÁ, D., 2010. *Vybrané ošetřovatelské modely a týrané dítě*. Praha: Triton. 140 s. ISBN 978-80-7387-412-4.

57. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. 2010. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

58. STANOVY ČESKÉ SPOLEČNOSTI PRO HYPERTENZI, Z. S. 2017. [online] Česká společnost pro hypertenzi. [2017-12-20]. Dostupné z:http://www.hypertension.cz/stanovy-ceske-spolecnosti-pro-hypertenzi-z-s-1404042018.html

59. STASKOVÁ, V. 2009. Překážky a možnosti ve využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny. Rigorózní práce, ZSF JCU v Č. B. [online]. 2009 [cit. 2010 – 08 - 10]. Dostupn éz: <http://wstag.jcu.cz/portal/prohlizeni/index>.

60. SÝKOROVÁ, D. 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. 284 s. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.

61. ŠAMÁNKOVÁ, M. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*Praha: Grada, Sestra (Grada). . 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

62. ŠTILEC, M., 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál,.135 s. ISBN 80-7178-920-8.

63. TOMAGOVÁ, M., 2008. *Potreby v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta. 196 s. ISBN 978 – 80- 8063- 270- 0.

64. TOMEY, A., M., ALLIGOOD, M., R. 2007. Nursing Theorists and Their Work. 6.vyd. St. Louis Missouri: Mosby, 828 s. ISBN 13 978–0–323–03010–6.

65. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatrie pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

66. TÓTHOVÁ, V. *Koncepční modely ošetřovatelství.* 2002. In Nové trendy v ošetřovatelství. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. Jihočeské ošetřovatelské dny, 28-29. listopadu 2002. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. ISBN 80-7040-578-324.

67. TÓTHOVÁ, V. 2009. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.

68. VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie.* Praha, Portál. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

69. VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

70. VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

71. VONDRÁČEK, L., et al, 2003. *Ošetřovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 72 s. ISBN 80-247-0704-7.

72. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada,. Sestra (Grada). 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

73. VYHLÁŠKA č. 55/2011, o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (vyhláška o o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků), 2017 [online]. [cit. 2017-12-21]: In: Sbírka zákonů Česká republika, částka 20, str. 484, ISSN: 1211-1244., Dostupné https://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3120_3.html

74. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

75. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. [online]. [cit. 2018-04-17] In: *Sbírka zákonů České republik*, částka 109, s. 5209 – 5210. ISSN 1211 – 1244. Dostupné z: www.mvcr.cz/soubor/sb046-10-pdf.aspx>.

76. ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ČESKÉ REPUBLIKY, 2010 [online]. ÚZIS [cit. 2017-03-03] Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky

77. ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ČESKÉ REPUBLIKY, 2013 [online]. ÚZIS [cit. 2017-12-06] Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky

78. ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ČESKÉ REPUBLIKY, 2016 [online]. ÚZIS [cit. 2017-12-06] Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky

79. ŽIAKOVÁ, K. et al., 2007. *Ošetrovatelské konceptuálne modely.* Martin: Osveta. 190 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Maslowa pyramida potřeb

Příloha 2 – Schéma modelu Neumanové

Příloha 3 – Schéma modelu Royové

Příloha 4 – Dotazník pro respondenty – kvantitativní výzkum

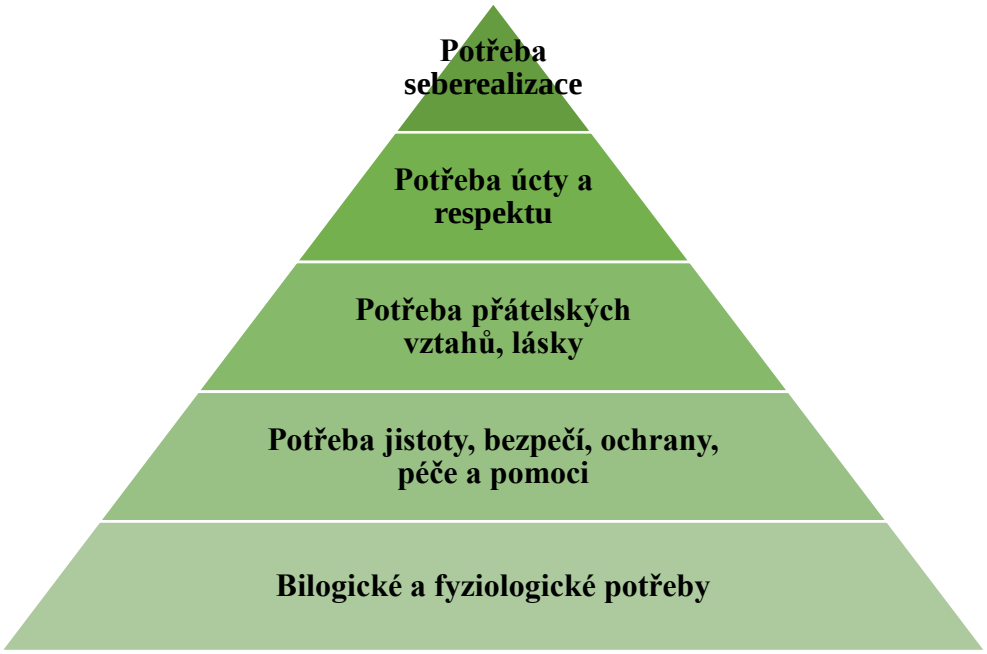
Příloha 5 – Záznamový arch pro focus group

Příloha 6 - Vypracovaný postup pro odběr ošetřovatelské anamnézy

Příloha 7 – Použitá literatura k tvorbě anamnézy

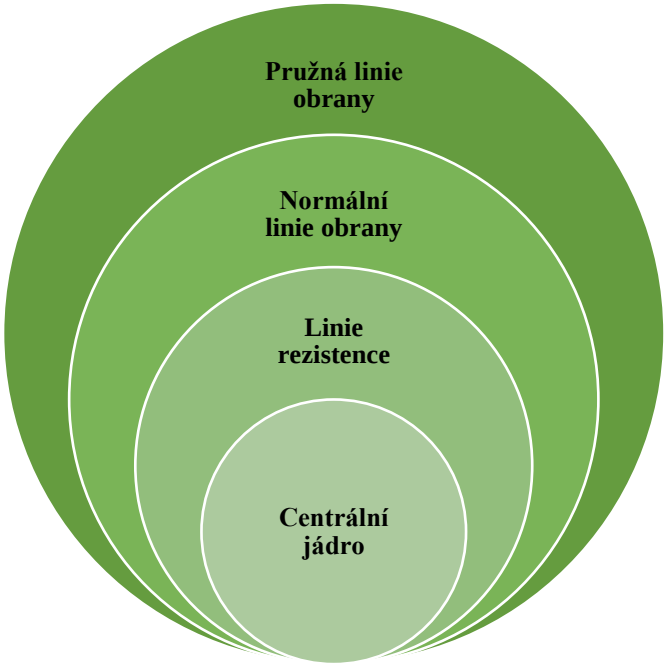
PŘÍLOHY

Příloha 1 – Maslowa pyramida potřeb



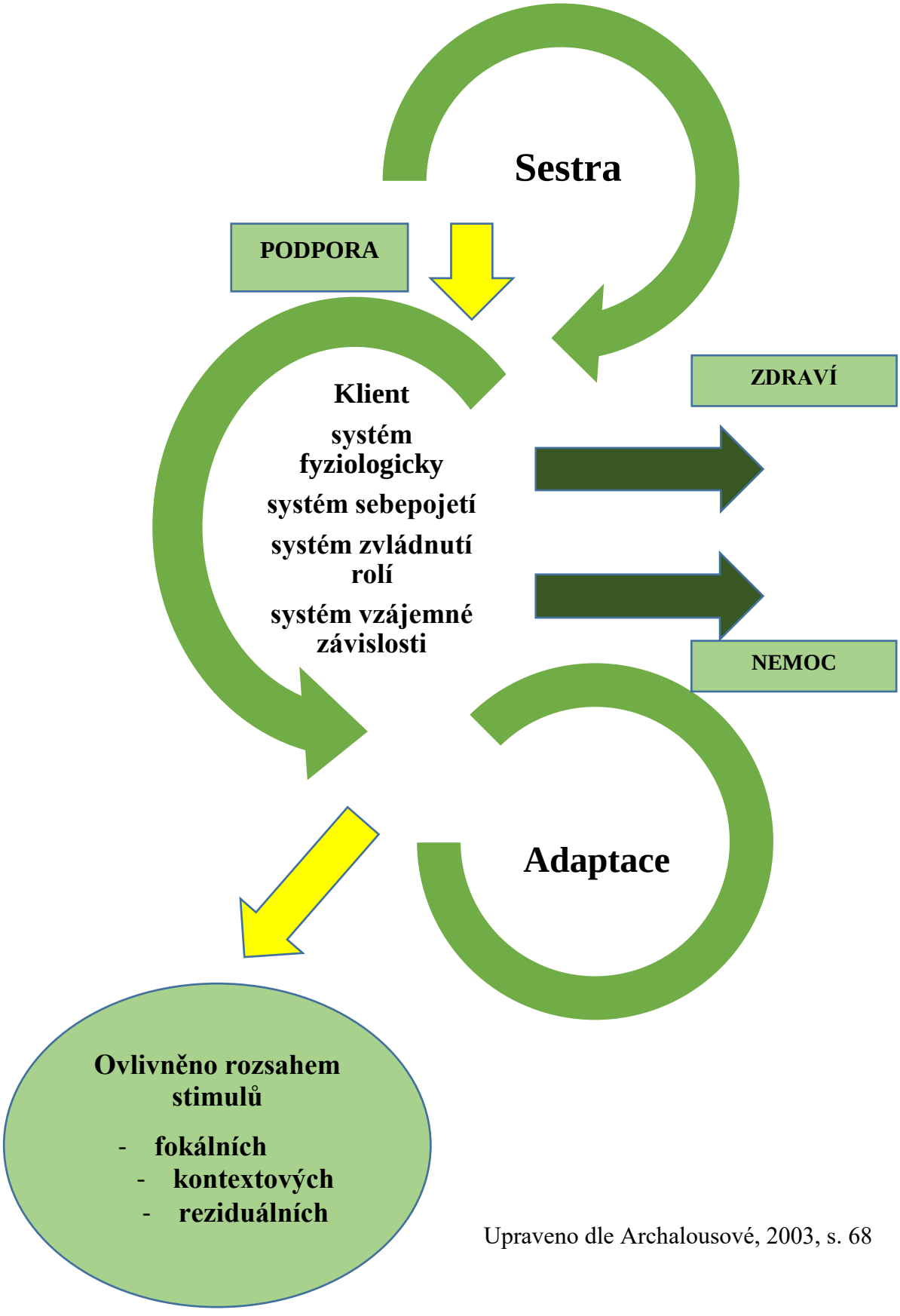
Upraveno dle Kalvacha, 2011, s. 32

Příloha 2 – Schéma modelu Neumanové



Upraveno dle Archalousové, 2003, s. 44

Příloha 3 – Schéma dle modelu Royové



Upraveno dle Archalousové, 2003, s. 68

Příloha* 4 *Dotazník pro respondenty – kvantitativní výzkum

(*Barevně jsme znázornili otázky, které byly použity k našemu výzkumnému šetření****)***

GAJU č. 048/2015/S

Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

VÝZKUM VYUŽITÍ KONCEPČNÍCH MODELŮ V KLINICKÉ A KOMUNITNÍ PRAXI

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je v České republice za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je zjistit, jaká jsou specifika ošetřovatelské péče v klinické a komunitní praxi u vybraných skupin pacientů a minorit. Tento výzkum se zaměří také na zjištění subjektivních i objektivních faktorů, které mohou ovlivnit efektivnost poskytované péče v klinické a komunitní praxi u těchto osob z pohledu **sester**.

Dovolujeme si Vás proto požádat o spolupráci při sběru dat a o poskytnutí odpovědí na otázky v tomto dotazníku.

VÝZKUM JE ANONYMNÍ, NIKDE NEUVÁDĚJTE SVÉ JMÉNO!

Se všemi získanými informacemi budeme nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a budete o nich informováni prostřednictvím tisku.

Děkujeme za spolupráci.

2015 *Řešitelé výzkumného úkolu*

Kategorizační údaje:

1. **Z jakého jste kraje? Prosím vypište**: …….

2. **Pohlaví:**

    1) žena
    2) muž

3. **Kolik je Vám let? (vypište prosím, dosažený věk při posledních narozeninách):**

    …….

4. **Jaká je délka Vaší praxe? Prosím vypište:** ……

5. **Nejvyšší dokončené vzdělání:**

    1) střední odborné vzdělání
    2) vyšší odborné vzdělání (VOŠ)
    3) vysokoškolské vzdělání (bakalářské i magisterské)

5.1 Máte specializační vzdělání?

    1) ano
    2) ne

5.2. Pokud ano, v jakém oboru? Prosím vypište:

    ……

6. **V jakém typu zařízení pracujete? Označte pracoviště, které považujete za hlavní.**

    1) Agentura domácí péče
    2) Domov pro seniory
    3) Hospic
    4) Nemocnice (soukromá či fakultní)
    5) Ambulantní zdravotnické zařízení

6.1 Pokud pracujete v soukromé či fakultní nemocnici, na jakém oddělení pracujete?

    1) standardní lůžkové oddělení
    2) JIP
    3) ARO
    4) léčebna dlouhodobě nemocných
    5) ambulance (odborná či všeobecná)

7. Jste registrován/registrována v oboru?

1) ano
2) ne

8. V rámci celoživotního vzdělávání: (lze označit více odpovědí)

1) se aktivně účastním domácích konferencí
2) se aktivně účastním zahraničních konferencí
3) se pasivně účastním domácích konferencí
4) se pasivně účastním zahraničních konferencí
5) se účastním odborných vzdělávacích seminářů
6) se účastním odborných kurzů
7) prohlubuji si své vzdělání studiem na VŠ
8) prohlubuji si své vzdělání studiem na VOŠ
9) ničeho se neúčastním a nestuduji
10) jiné:

……

9. Setkal/setkala jste se s využitím koncepčních modelů v praxi?

1) ano
2) ne
3) nevím

10. Jaký je Váš postoj k využívání koncepčních modelů v praxi? (je možno označit více odpovědí)

1) jsou zcela zbytečné
2) administrativně zatěžují personál
3) jsou přínosem pro ošetřovatelskou péči
4) zkvalitňují poskytovanou péči
5) nevím
6) jiné: …….

11. Jak často se setkáváte ve své praxi s lidmi trpícími roztroušenou sklerózou?

1) neustále
2) často
3) středně
4) někdy
5) vůbec ne

12. Jak často se setkáváte s lidmi trpícími kolorektálním karcinomem?

1) neustále
2) často
3) středně
4) někdy
5) vůbec ne

13. Jak často se setkáváte s lidmi z generace 50+?

1) neustále 3) středně 5) vůbec ne
2) často 4) někdy

14. **Jak často se setkáváte s Romy?**

1) neustále 3) středně 5) vůbec
2) často 4) někdy

15. Jak často se setkáváte s Vietnamci?

1) neustále 3) středně 5) vůbec ne
2) často 4) někdy

16. Jak často se setkáváte s muslimy?

1) neustále 3) středně 5) vůbec ne
2) často 4) někdy

17. Jak často se setkáváte s buddhisty?

1) neustále 3) středně 5) vůbec ne
2) často 4) někdy

18. Jak často se setkáváte s umírajícími pacienty?

1) neustále 3) středně 5) vůbec ne
2) často 4) někdy

19. Jak často se setkáváte se smrtí?

1) neustále 3) středně 5) vůbec ne
2) často 4) někdy

Znalosti z oblasti koncepčních modelů:

20. Poskytování kulturně ohleduplné péče považuji za důležité.

1) maximál ně 2) hodně 3) středně 4) trochu 5) vůbec ne

21. Při poskytování kulturně ohleduplné péče je důležité posoudit:

oblast	*1 maximálně*	*2 hodně*	*3 středně*	*4 trochu*	*5 vůbec ne*
1) komunikace					
2) prostor (např. vnímání intimní zóny, orientaci v prostoru)					
3) sociální začlenění					
4) pojetí času					
5) vliv výchovy a prostředí					
6) biologické odlišnosti					
7) člověka jakožto kulturně svébytného jedince					

22. Pro získávání kulturních kompetencí považuji za důležité pravidelné doplňování znalostí o různých kulturách a náboženských skupinách.

1) maximálně
2) hodně
3) středně
4) trochu
5) vůbec ne

23. Pro získání informací o jedinci z dané kultury či náboženské skupiny je důležité strukturované posouzení kultury v následujících oblastech:

Oblast	*1 maximálně*	*2 hodně*	*3 středně*	*4 trochu*	*5 vůbec ne*
1) přehled a dědictví (např. podněty pro emigraci, hodnotová orientace apod.)					
2) komunikace					
3) rodina – role a organizace rodiny					
4) problematika zaměstnanosti					
5) biokulturní ekologie (např. fungování, rozvoj dané kultury, zánik tradičních hodnot apod.)					
6) vysoce rizikové chování					

(např. užívání návykových látek či sexuální praktiky)					
7) výživa					
8) těhotenství a rodičovská praxe					
9) spiritualita (např. náboženské vyznání, víra, duchovní oblast)					
10) zdravotnické praktiky					
11) poskytovatelé zdravotnické péče					
12) smrt a s ní spojené rituály					

24. V konzervačním modelu je důležité zachování strukturální integrity.

1) maximálně
2) hodně
3) středně
4) trochu
5) vůbec ne
6) neví

25. V konzervačním modelu je důležité zachování osobnostní integrity:

1) maximálně
2) hodně
3) středně
4) trochu
5) vůbec ne
6) neví

26. V konzervačním modelu je důležité zachování sociální integrity:

1) maximálně
2) hodně
3) středně
4) trochu
5) vůbec ne
6) nevím

27. V konzervačním modelu je důležité zachování energie:

1) maximálně
2) hodně
3) středně
4) trochu
5) vůbec ne
6) nevím

28. V konzervačním modelu je důležitá adaptace:

1) maximálně
2) hodně
3) středně
4) trochu
5) vůbec ne
6) nevím

29. Mezi složky (linie obrany) v modelu otevřených systémů patří: (lze označit více odpovědí)

1) základní struktura
2) linie rezistence
3) normální linie obrany
4) flexibilní linie obrany
5) žádná z uvedených možností není správná

30. Při poskytování péče dle modelu otevřených systémů je třeba zohlednit stresory: (lze označit více odpovědí)

1) intrapersonální stresory
2) interpersonální stresory
3) extrapersonální stresory
4) není třeba zohlednit žádné stresory
5) jiné: …….

31. V modelu otevřených systémů se uplatňují následující proměnné: (lze označit více odpovědí)

1) fyziologické proměnné
2) psychologické proměnné
3) sociokulturní proměnné
4) vývojové proměnné
5) spirituální proměnné
6) žádná z uvedených možností není správná
7) jiné: ……

32. Mezi základní podmínky k dosažení sebepéče patří: (lze označit více odpovědí)

1) existence vůle
2) existence schopností
3) existence podmínek
4) nevím
5) jiné: ……

33. Mezi způsoby pomoci jedinci s poruchou sebepéče patří: (lze označit více odpovědí)

1) zastoupení (konání za pacienta)
2) vedení pacienta
3) fyzická nebo psychická pomoc a podpora pacienta
4) zajištění podpůrného prostředí
5) učení pacienta
6) nevím
7) jiné: ……...

34. Mezi ošetřovatelské systémy využívané v pomoci jedinci s deficitem sebepéče řadíme: (lze označit více odpovědí)

1) podpůrně výchovný
2) plně kompenzující
3) částečně kompenzující
4) nevím
5) jiné: ……

35. Adaptační niveau označuje individuální rozsah efektivních reakcí jedince na stimuly.

1) ano
2) ne
3) nevím

36. V rámci adaptačního modelu rozlišujeme stimuly: (lze označit více odpovědí)

1) fokální (ohniskové)
2) kontextuální
3) reziduální
4) nevím
5) jiné: ……

37. V adaptačním modelu je důležité zvládání jednotlivých rolí, které člověk ve společnosti plní.

1) maximálně
2) hodně
3) středně
4) trochu
5) vůbec ne

38. V adaptačním modelu je důležité sebepojetí člověka.

1) maximálně
2) hodně
3) středně
4) trochu
5) vůbec ne

39. Mezi základní životní aktivity patří: (lze označit více odpovědí)

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

40. **Mezi faktory, které mohou ovlivnit potřeby a požadavky směřované na ošetřovatelskou péči v modelu životních aktivit patří: (lze označit více odpovědí)**

    1) fyzické faktory
    2) psychické faktory
    3) socio-kulturní faktory
    4) životní prostředí
    5) životní události
    6) jiné: ……

Objektivně proměnné:

41. **Které z následujících sociálních determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u jedinců s roztroušenou sklerózou?** ***(Lze označit více možností)***

    1) rodinná situace
    2) soudržnost komunity
    3) sociální vyloučení
    4) pocit sounáležitosti
    5) rovnost v přístupu ke zdraví
    6) dostupnost komunitní péče
    7) bytové podmínky
    8) jiné: ……

42. **Které z následujících ekonomických determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u jedinců s roztroušenou sklerózou?** ***(Lze označit více možností)***

    1) nezaměstnanost
    2) hrozící ztráta zaměstnání
    3) chudoba
    4) vzdělání
    5) sociální zabezpečení
    6) jiné: …….

43. Které z následujících sociálních determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u jedinců s kolorektálním karcinomem? *(Lze označit více možností)*

1) rodinná situace
2) soudržnost komunity
3) sociální vyloučení
4) pocit sounáležitosti
5) rovnost v přístupu ke zdraví
6) dostupnost komunitní péče
7) bytové podmínky
8) jiné: ……

44. Které z následujících ekonomických determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u jedinců s kolorektálním karcinomem? *(lze označit více odpovědí)*

1) nezaměstnanost
2) hrozící ztráta zaměstnání
3) chudoba
4) vzdělání
5) sociální zabezpečení
6) jiné: …….

45. Které z následujících sociálních determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u generace 50+? (lze označit více odpovědí)

1) rodinná situace
2) soudržnost komunity
3) sociální vyloučení
4) pocit sounáležitosti
5) rovnost v přístupu ke zdraví
6) dostupnost komunitní péče
7) bytové podmínky
8) jiné: ……

46. Které z následujících ekonomických determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u generace 50+? (lze označit více odpovědí)

1) nezaměstnanost
2) hrozící ztráta zaměstnání
3) chudoba
4) vzdělání
5) sociální zabezpečení
6) jiné: …….

47. Které z následujících sociálních determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u Romů? (lze označit více odpovědí)

1) rodinná situace
2) soudržnost komunity
3) sociální vyloučení
4) pocit sounáležitosti
5) rovnost v přístupu ke zdraví
6) míra začlenění se do majoritní společnosti
7) dostupnost komunitní péče
8) bytové podmínky
9) jiné: ……

48. Které z následujících ekonomických determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u Romů? (lze označit více odpovědí)

1) nezaměstnanost
2) hrozící ztráta zaměstnání
3) chudoba
4) vzdělání
5) sociální zabezpečení
6) jiné: …….

49. Které z následujících sociálních determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u muslimů? ***(lze označit více odpovědí)***

1) rodinná situace
2) soudržnost komunity
3) sociální vyloučení
4) pocit sounáležitosti
5) rovnost v přístupu ke zdraví
6) dostupnost komunitní péče
7) míra začlenění se do majoritní společnosti
8) bytové podmínky
9) jiné: ……

50. Které z následujících ekonomických determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u muslimů? ***(Lze označit více možností)***

1) nezaměstnanost
2) hrozící ztráta zaměstnání
3) chudoba
4) vzdělání
5) sociální zabezpečení
6) jiné: …….

51. Které z následujících sociálních determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u buddhistů? *(Lze označit více možností)*

1) rodinná situace
2) soudržnost komunity
3) sociální vyloučení
4) pocit sounáležitosti
5) rovnost v přístupu ke zdraví
6) dostupnost komunitní péče
7) míra začlenění se do majoritní společnosti
8) bytové podmínky
9) jiné: ……

52. Které z následujících ekonomických determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u buddhistů? *(Lze označit více možností)*

1) nezaměstnanost
2) hrozící ztráta zaměstnání
3) chudoba
4) vzdělání
5) sociální zabezpečení
6) jiné: …….

53. Které z následujících sociálních determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u Vietnamců?

1) rodinná situace
2) soudržnost komunity
3) sociální vyloučení
4) pocit sounáležitosti
5) rovnost v přístupu ke zdraví
6) dostupnost komunitní péče
7) míra začlenění se do majoritní společnosti
8) bytové podmínky
9) jiné: ……

54. Které z následujících ekonomických determinant dle Vašeho názoru mohou ovlivnit efektivitu poskytované péče u Vietnamců?

1) nezaměstnanost
2) hrozící ztráta zaměstnání
3) chudoba
4) vzdělání
5) sociální zabezpečení
6) jiné: …….

Subjektivně proměnné:

55. Při poskytování ošetřovatelské péče u generace 50+ je třeba zohlednit specifika v uspokojování následujících potřeb:

Potřeba	*1 maximálně*	*2 hodně*	*3 středně*	*4 trochu*	*5 vůbec ne*
1) udržování bezpečného prostředí					
2) komunikace					
3) dýchání					
4) jídlo a pití					
5) vylučování					
6) osobní hygiena a oblékání					
7) kontrola tělesné teploty					
8) pohyb					
9) práce, hry					
10) sexualita					
11) spánek					
12) umírání					
13) spiritualita					

56. Při poskytování ošetřovatelské péče u pacientů roztroušenou sklerózou je třeba zohlednit specifika v uspokojování následujících potřeb:

Potřeba	*1 maximálně*	*2 hodně*	*3 středně*	*4 trochu*	*5 vůbec ne*
1) udržování bezpečného prostředí					
2) komunikace					
3) dýchání					
4) jídlo a pití					
5) vylučování					
6) osobní hygiena a oblékání					
7) kontrola tělesné teploty					
8) pohyb					
9) práce, hry					
10) sexualita					
11) spánek					
12) umírání					
13) spiritualita					

57. Při poskytování ošetřovatelské péče u pacientů s kolorektálním karcinomem je třeba zohlednit specifika v uspokojování následujících potřeb:

Potřeba	*1 maximálně*	*2 hodně*	*3 středně*	*4 trochu*	*5 vůbec ne*
1) udržování bezpečného prostředí					
2) komunikace					
3) dýchání					
4) jídlo a pití					
5) vylučování					
6) osobní hygiena a oblékání					
7) kontrola tělesné teploty					

8) pohyb					
9) práce, hry					
10) sexualita					
11) spánek					
12) umírání					
13) spiritualita					

58. Při poskytování ošetřovatelské péče u Vietnamců je třeba zohlednit specifika v uspokojování následujících potřeb:

Potřeba	*1* *maximálně*	*2* *hodně*	*3* *středně*	*4* *trochu*	*5* *vůbec ne*
1) udržování bezpečného prostředí					
2) komunikace					
3) dýchání					
4) jídlo a pití					
5) vylučování					
6) osobní hygiena a oblékání					
7) kontrola tělesné teploty					
8) pohyb					
9) práce, hry					
10) sexualita					
11) spánek					
12) umírání					
13) spiritualita					

59. Při poskytování ošetřovatelské péče u Buddhistů je třeba zohlednit specifika v uspokojování následujících potřeb:

Potřeba	*1 maximálně*	*2 hodně*	*3 středně*	*4 trochu*	*5 vůbec ne*
1) udržování bezpečného prostředí					
2) komunikace					
3) dýchání					
4) jídlo a pití					
5) vylučování					
6) osobní hygiena a oblékání					
7) kontrola tělesné teploty					
8) pohyb					
9) práce, hry					
10) sexualita					
11) spánek					
12) umírání					
13) spiritualita					

60. Při poskytování ošetřovatelské péče u muslimů je třeba zohlednit specifika v uspokojování následujících potřeb:

Potřeba	*1 maximálně*	*2 hodně*	*3 středně*	*4 trochu*	*5 vůbec ne*
1) udržování bezpečného prostředí					
2) komunikace					
3) dýchání					
4) jídlo a pití					
5) vylučování					
6) osobní hygiena a oblékání					
7) kontrola tělesné teploty					

8) pohyb					
9) práce, hry					
10) sexualita					
11) spánek					
12) umírání					
13) spiritualita					

61. Ve kterých oblastech dle Vašeho názoru potřebují osoby s roztroušenou sklerózou specifickou péči?

	1 maximálně	2 hodně	3 středně	4 trochu	5 vůbec ne
1) Fyzické zdraví					
2) Psychické zdraví					
3) Rodinná soudržnost					
4) Děti					
5) Náboženství					
6) Verbální komunikace					
7) Neverbální komunikace					
8) Práce					
9) Finance					
10) Socializace					
11) Potřeba pomoci					
12) Dodržování léčebného režimu					
13) Volba ošetřujícího personálu (ošetřování pracovníky stejného pohlaví)					
14) Antikoncepce					
15) Interrupce					
16) Transplantace					
17) Umírání					

18) Smrt (např. nějaké rituály)					
19) Nealkoholické nápoje					
20) Káva					
21) Čaj					
22) Alkoholické nápoje					
23) Tabák					
24) Drogy					
25) Úprava potravin					
26) Stolování					
27) Maso					

62. Ve kterých oblastech dle Vašeho názoru potřebují osoby s kolorektálním karcinomem specifickou péči?

	1 maximálně	2 hodně	3 středně	4 trochu	5 vůbec ne
1) Fyzické zdraví					
2) Psychické zdraví					
3) Rodinná soudržnost					
4) Děti					
5) Náboženství					
6) Verbální komunikace					
7) Neverbální komunikace					
8) Práce					
9) Finance					
10) Socializace					
11) Potřeba pomoci					
12) Dodržování léčebného režimu					
13) Volba ošetřujícího personálu (ošetřování pracovníky stejného pohlaví)					

14) Antikoncepce					
15) Interrupce					
16) Transplantace					
17) Umírání					
18) Smrt (např. nějaké rituály)					
19) Nealkoholické nápoje					
20) Káva					
21) Čaj					
22) Alkoholické nápoje					
23) Tabák					
24) Drogy					
25) Úprava potravin					
26) Stolování					
27) Maso					

63. Ve kterých oblastech dle Vašeho názoru potřebují osoby z generace 50+ specifickou péči?

	1 maximálně	2 hodně	3 středně	4 trochu	5 vůbec ne
1) Fyzické zdraví					
2) Psychické zdraví					
3) Rodinná soudržnost					
4) Děti					
5) Náboženství					
6) Verbální komunikace					
7) Neverbální komunikace					
8) Práce					
9) Finance					
10) Socializace					
11) Potřeba pomoci					
12) Dodržování léčebného režimu					

13) Volba ošetřujícího personálu (ošetřování pracovníky stejného pohlaví)					
14) Antikoncepce					
15) Interrupce					
16) Transplantace					
17) Umírání					
18) Smrt (např. nějaké rituály)					
19) Nealkoholické nápoje					
20) Káva					
21) Čaj					
22) Alkoholické nápoje					
23) Tabák					
24) Drogy					
25) Úprava potravin					
26) Stolování					
27) Maso					

64. Ve kterých oblastech dle Vašeho názoru potřebují Romové specifickou péči?

	1 maximálně	2 hodně	3 středně	4 trochu	5 vůbec ne
1) Fyzické zdraví					
2) Psychické zdraví					
3) Rodinná soudržnost					
4) Děti					
5) Náboženství					
6) Verbální komunikace					
7) Neverbální komunikace					
8) Práce					
9) Finance					

10) Socializace					
11) Potřeba pomoci					
12) Dodržování léčebného režimu					
13) Volba ošetřujícího personálu (ošetřování pracovníky stejného pohlaví)					
14) Antikoncepce					
15) Interrupce					
16) Transplantace					
17) Umírání					
18) Smrt (např. nějaké rituály)					
19) Nealkoholické nápoje					
20) Káva					
21) Čaj					
22) Alkoholické nápoje					
23) Tabák					
24) Drogy					
25) Úprava potravin					
26) Stolování					
27) Maso					

65. Ve kterých oblastech dle Vašeho názoru potřebují Muslimové specifickou péči?

	1 maximálně	2 hodně	3 středně	4 trochu	5 vůbec ne
1) Fyzické zdraví					
2) Psychické zdraví					
3) Rodinná soudržnost					
4) Děti					
5) Náboženství					
6) Verbální komunikace					

7) Neverbální komunikace					
8) Práce					
9) Finance					
10) Socializace					
11) Potřeba pomoci					
12) Dodržování léčebného režimu					
13) Volba ošetřujícího personálu (ošetřování pracovníky stejného pohlaví)					
14) Antikoncepce					
15) Interrupce					
16) Transplantace					
17) Umírání					
18) Smrt (např. nějaké rituály)					
19) Nealkoholické nápoje					
20) Káva					
21) Čaj					
22) Alkoholické nápoje					
23) Tabák					
24) Drogy					
25) Úprava potravin					
26) Stolování					
27) Maso					

66. **Ve kterých oblastech dle Vašeho názoru potřebují Buddhisté specifickou péči**?

	1 maximálně	2 hodně	3 středně	4 trochu	5 vůbec ne
1) Fyzické zdraví					
2) Psychické zdraví					
3) Rodinná soudržnost					
4) Děti					
5) Náboženství					
6) Verbální komunikace					
7) Neverbální komunikace					
8) Práce					
9) Finance					
10) Socializace					
11) Potřeba pomoci					
12) Dodržování léčebného režimu					
13) Volba ošetřujícího personálu (ošetřování pracovníky stejného pohlaví)					
14) Antikoncepce					
15) Interrupce					
16) Transplantace					
17) Umírání					
18) Smrt (např. nějaké rituály)					
19) Nealkoholické nápoje					
20) Káva					
21) Čaj					
22) Alkoholické nápoje					
23) Tabák					
24) Drogy					

25) Úprava potravin					
26) Stolování					
27) Maso					

67. Ve kterých oblastech dle Vašeho názoru potřebují Vietnamci specifickou péči?

	1 maximálně	2 hodně	3 středně	4 trochu	5 vůbec ne
1) Fyzické zdraví					
2) Psychické zdraví					
3) Rodinná soudržnost					
4) Děti					
5) Náboženství					
6) Verbální komunikace					
7) Neverbální komunikace					
8) Práce					
9) Finance					
10) Socializace					
11) Potřeba pomoci					
12) Dodržování léčebného režimu					
13) Volba ošetřujícího personálu (ošetřování pracovníky stejného pohlaví)					
14) Antikoncepce					
15) Interrupce					
16) Transplantace					
17) Umírání					
18) Smrt (např. nějaké rituály)					
19) Nealkoholické nápoje					
20) Káva					
21) Čaj					

22) Alkoholické nápoje					
23) Tabák					
24) Drogy					
25) Úprava potravin					
26) Stolování					
27) Maso					

68. Která z následujících tvrzení týkající se Islámského náboženství jsou pravdivá? (možno označit více odpovědí)

1) Je druhé nejrozšířenější náboženství na světě
2) Ctí Muhammada jako svého trojjediného Boha
3) Vyznavači Islámu jsou Muslimové, svatou knihou je Korán, bohem Alláh
4) Smrt, porod, šestinedělí i pohlavní styk jsou brány jako nečisté
5) Nedovoluje pohřbívání zemřelého do země
6) Povoluje interrupci, transplantaci, rozvod
7) Nejvýznamnějším místem je poutní místo Mekka
8) Umírající umírají v poloze tzv. spícího lva
9) Tělo zesnulého je rituálně omyto vlažnou vodou, ve které je rozmícháno vejce
10) Posvátným chrámem je synagoga

69. Co je ženám v islámském náboženství zakázáno? (možno označit více odpovědí)

1) ukazovat vlasy na veřejnosti
2) používat dekorativní kosmetiku
3) ukazovat obličej, kotníky a zápěstí
4) uzavřít sňatek s jinověrcem
5) používat pravou ruku k podávání čistých věcí
6) uchylovat se k magii a nechat si věštit budoucnost

7) využívat analgetickou terapii

8) studovat či pracovat

9) rodit v nemocničním prostředí

10) být ošetřována mužem

70. Čeho musí v oblasti stravování vyznavači Islámu zdržet <u>především</u>? (lze označit jednu možnost)

1) pití černého čaje a pojídání veškeré drůbeže
2) pití alkoholu a pojídání vepřového masa a masa zvířat, která nebyla rituálně poražena
3) pití černé kávy a pojídání ryb, které mají šupiny
4) pití zeleného čaje a pojídání hovězího masa
5) pití vody z kohoutku a pojídání potravin obsahující krev

71. Která z následujících tvrzení jsou pro Buddhismus pravdivá? (možno označit více odpovědí)

1) je čtvrtým nejrozšířenějším náboženstvím na světě

2) Buddhisté byli v koncentračních táborech označováni fialovým trojúhelníkem

3) Buddhovo jméno bylo Gautama Siddhártha

4) Buddhisté se automaticky stávají mnichy a žijí v klášterech

5) dělí se na Malou a Velkou cestu a Diamantové vozidlo

6) věří v reinkarnaci

7) ctí pravidlo – neber, co ti nebylo dáno

8) v čele tibetských buddhistů stojí jeho svátost dalajlama

9) nedovoluje sňatek

10) dle buddhismu se člověk rodí nesčetněkrát

72. Které z následujících specifik je třeba v případě hospitalizace buddhistů dodržet? (možno označit více odpovědí)

1) ženu musí ošetřovat pouze žena
2) není dovolena haptika
3) nemohou přijímat potraviny obsahující krev
4) nesmí jíst stravu, která není tzv. košér
5) meditují v poloze tzv. lotosového květu
6) nejbližší umírajícího sedí u jeho hlavy, vyhýbají se spodní části těla
7) nemohou přijímat analgetickou terapii
8) na pokoji musí být pouze vyznavači stejného vyznání
9) Buddhisté projevují svou bolest úsměvem
10) důležitým aspektem je meditace

73. Které z tekutin mohou vyznavači Buddhismu přijímat? (lze označit více možností)

1) alkohol
2) zelený čaj
3) černý čaj
4) kávu
5) energetické drinky

74. Které z následujících tvrzení je pravdivé pro vietnamskou minoritu? (možno označit více odpovědí)

1) muž se nesmí dotýkat cizí ženy
2) přímý pohled z očí do očí považují za nezdvořilý
3) nohy nesmějí pokládat na nábytek
4) malé děti se nehladí po vlasech
5) odmítají transfúze a očkování
6) smrkání do kapesníku je bráno jako neslušné a nezdvořilé
7) nepřípustný je polibek na veřejnosti
8) obezita je vnímána jako pozitivní známka dobrého socioekonomického postavení a spokojenosti
9) mají odlišné kulturní vnímání bolesti
10) mají zachovanou politiku jednoho dítěte

75. Věci podáváme Vietnamcům:

1) oběma rukama
2) pouze pravou rukou
3) pouze levou rukou
4) pouze rituálně omytou rukou

76. Vietnamský úsměv znamená: (lze označit více odpovědí)

1) omluvu
2) radost, potěšení a dobrou náladu
3) bolest, starosti a nepochopení
4) nezatajování nepříjemných situací

77. Které z následujících tvrzení je pravdivé pro romskou minoritu? (možno označit více odpovědí)

1) kladou velký důraz na rodinu
2) kladou velký důraz na vzdělání
3) žena je hlavou rodiny
4) mají zvýšený práh bolestivosti
5) pravidelně chodí na preventivní prohlídky
6) mezi tradiční pokrmy patří Golubce a Goja
7) odmítají interrupci
8) romské ženy mají kratší dobu těhotenství
9) v době hospitalizace často navštěvují své příbuzné ve velkých skupinách
10) většina romských seniorů umírá v domovech pro seniory

78. Léčebná opatření Romové dodržují:

1) Vždy, za každých okolností
2) Pouze do odeznění příznaků
3) Dle ordinace lékaře

Příloha č. 5 – Záznamový arch pro focus group

Záznamový arch pro focus group

GAJU – „Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi 048/2015/S“ za rok 2016

Roy, Neuman – 50+

1) Teoretický materiál

- *body hodnocení:* srozumitelnost, přehlednost, využitelnost v praxi, délka

Silné stránky	*Slabé stránky*	*Návrh oprav*

Poznámky:

……

……

……

2) Ošetřovatelská anamnéza

- *body hodnocení:* srozumitelnost, přehlednost, využitelnost v praxi, délka, vizuální stránka, množství získaných informací, možnost propojení s dokumentací využívanou v nemocniční/komunitní praxi

Silné stránky	*Slabé stránky*	*Návrh oprav*

Silné stránky	***Slabé stránky***	***Návrh oprav***

Poznámky:

……

……

……

……

……

……

3) Návrhy nejčastějších ošetřovatelských dg. u generace 50+

……

……

……

……

……

4) Klíčové činnosti sestry v péči o jedince z generace 50+

……

……

……

……

Příloha číslo 6 – Vypracovaný postup pro odběr ošetřovatelské anamnézy

Roy, Neuman – 50+

1) Teoretická východiska

Použitá literatura

ARCHALOUSOVÁ, A. SLEZÁKOVÁ, Z. 2005. Aplikace vybraných ošetřovatelských modelů do klinické a komunitní praxe. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 108 s. ISBN 80-86225-63-1.

ARCHALOUSOVÁ, A. 2003. Přehled vybraných ošetřovatelských modelů. Hradec Králové: Nucleus,. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.

BEKEL, G. 2006. K rozdílům starosti o sebe sama, sebepéče a lidské samostatnosti. Diagnóza v ošetřovatelství. roč. 2, č. 1, s. 40-41. ISSN 1801-1349.

BEKEL, G., HALMO, R. 2004. Teorie deficitu sebepéče. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého60 s. ISBN 80-244-0749-9.

BOSTON COLLEGE, WILLIAM F. CONNEL SCHOOL OF NURSING. Sr. Callista Roy, PhD, RN, FAAN. [online]. [2017 – 9 - 15]. Dostupné z: https://www.bc.edu/bc-web/schools/cson/faculty-research/faculty-directory/sr-callista-roy.html

FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2006. Ošetřovatelství-teorie. 1. české vyd. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

FAWCETT, J. 2001. The Nurse Theorists: 21st - Century Updates - Dorothea E. Orem. Nursing Science Quarterly, vol. 14, no. 1, p. 34 – 38. doi: 10.1177/0894318404269366.

McEWEN, M. – WILLS, E., M. 2002. Theoretical Basis for Nursing. Lipncott Williams, Wilkins, Philadelphia

McKENNA, H., P. 2008. Nursing models, theories and practice. Oxford: Blackwell Publishing , 238 s. ISBN 978-1-4051-3702-7.

MELEIS, A. I. 1997. Theoretical nursing: Development and Progress. Lippincott Williams, Willkins, 832 s. ISBN -10: 0781736730.

PAVLÍKOVÁ, S. 2006. Modely ošetřovatelství v kostce. 1. české vyd. Praha: Grada, , 150 s. ISBN 80-247-1211-3.

PLZENSKÁ, D., SEDLÁKOVÁ, G. 2009. Aplikace ošetřovatelského modelu C. Royové u pacientů s ireverzibilními změnami. Sestra. č. 2, s. 24-26. ISSN 1210 – 0404.

ROY, C. 1997. Future of the Roy model: Challenge to redefine Adaptation. Nursing Science Quarterly, vol. 10, No 1, p. 42 - 48. ISSN 0894-3184.

SEDLÁKOVÁ, G. – KALÁTOVÁ, D. 2010. Vybrané ošetřovatelské modely a týrané dítě. Praha: Triton,. 140 s. ISBN 978-80-7387-412-4.

SEDLÁKOVÁ, G., PLZENSKÁ, D. 2007. Zvládnutí rolového konfliktu pacienta s využitím modelu Royové. Ošetrovateľský obzor. roč. 4, č. 4, s. 99 - 101. ISSN 1336-5606.

STASKOVÁ, V. 2009. Překážky a možnosti ve využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny. Rigorózní práce, ZSF JCU v Č. B. [online]. 2009 [cit. 2010 – 08 - 10]. Dostupné z: <http://wstag.jcu.cz/portal/prohlizeni/index>.

TOMEY, A., M., ALLIGOOD, M., R. 2007. Nursing Theorists and Their Work. 6.vyd. St. Louis Missouri: Mosby, 828 s. ISBN 13 978–0–323–03010–6.

ŽIAKOVA, K. a kol. 2007. Ošetrovateĺské konceptuálne modely. 1. slovenské vyd. Martin: Osveta, 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

Základní informace - Adaptační model C. Roy

Adaptace vyjadřuje schopnost jednotlivce nebo skupiny přizpůsobit se faktorům z prostředí (ohniskové, kontextuální a reziduální). Pozitivní reakce (pozitivní adaptace) vedou k podpoře fyzické, psychické a sociální integrity. Neefektivní reakce naopak způsobují změnu celistvosti.

Stimuly jsou podněty z prostředí, které vyvolávají adaptivní reakci.

- rozlišujeme tři druhy stimulů:
  - *fokální stimul* **-** působí na pacienta v určitém okamžiku a ten na něj okamžitě zareaguje (např. otevřené poranění)
  - *kontextuální stimul* **-** působí náhodně současně s fokálním stimulem (např. infikování rány, snížená imunita). Může snižovat nebo zvyšovat účinek fokálního stimulu
  - *reziduální stimuly* - bývají stálé, vycházejí z osobnosti jedince (názory, postoje, získané zkušenosti)

Adaptační úroveň vyjadřuje rozsah adaptivních reakcí jedince, které jsou individuální (tj. každý má odlišnou adaptační úroveň a odlišné reakce na určité podněty, které jsou pro něj typické). Pokud jsou stimuly příliš silné a je překročena hranice adaptační úrovně, dochází k neefektivnímu chování a poruše integrity jednotlivce

Adaptační systém

a) primární (kontrolní, regulační) - naučené nebo získané mechanismy regulace procesů nebo zvládání situace (složen z regulátoru a kognátoru)

- *regulátor* reaguje na stimuly pomocí nervových, chemických a endokrinních reakcí
- *kognátor* reaguje pomocí vyšší nervové činnosti - paměť, učení, emoce, rozhodování

b) sekundární (efektorový) navazuje na činnost primárního subsystému, převádí reakce do čtyř adaptačních oblastí (modů)

- *fyziologický modus* **-** spojován s fyzikálními a chemickými procesy, které jsou typické pro živé organismy (zahrnuje pět základních potřeb: dýchání, výživu, vylučování, aktivitu a odpočinek, ochranu, komplexní procesy zahrnují smysly, tekutiny a acidobazickou rovnováhu, endokrinní a neurologický systém)
- *modus sebepojetí* - zaměřen na psychologické a spirituální aspekty humánního systému (zahrnuje fyzikální, osobnostní a interpersonální složku)
- *modus rolové funkce* - sociální modus zaměřený na plnění rolí ve společnosti (primární, sekundární a terciární role)
- *rolový strom* (primární role je kmen stromu, sekundární role jsou větve a terciární role listy stromu)
- *modus vzájemné závislosti* - zahrnuje individuální a kolektivní vztahy mezi lidmi, jejich cíle, strukturu a rozvoj

Základní informace - Model otevřených systémů, linie obrany B. Neuman

Stresory

- *extrapersonální stresory* – nacházejí se mimo systém jedince. Jsou vyvolány životními situacemi, okolnostmi. Jedinec má jen velmi malou možnost kontroly (př. propuštění z práce, autonehody). Uplatňují se zde faktory sociokulturní, psychologické a somatické.
- *interpersonální stresory* – vznikají v průběhu interakce mezi jednotlivci (např. očekávání pacienta ve vztahu k sestře). Z faktorů se zde uplatňují biologické, psychologické a sociokulturní.
- *intrapersonální stresory* – intraosobnostní, které se nacházejí uvnitř systému. Z faktorů se zde uplatňují strach, minulá zkušenost, fyzická zátěž a fyzická slabost.

Linie obrany

- *flexibilní linie obrany* brání průniku stresorů k normální linii (ochranný obal) obrany. Její efektivita může být snížena změnami (např. nedostatek spánku). Cílem je udržet systém pacienta bez stresové reakce a symptomatologie.
- *normální linie obrany* představuje optimální zdraví (tj. běžný stav člověka). Je výsledkem přizpůsobení se stresorům. Obsahuje fyziologické, psychologické, sociokulturní, vývojové a spirituální dovednosti, udržuje člověka ve stavu rovnováhy.
- *linie rezistence* se aktivuje při narušení normální linie obrany – snaha o stabilizaci systému. Zahrnuje vnitřní faktory přežití a ochranu proti stresorům (např. imunitní systém). Cílem je v této oblasti zabránit maladaptaci, udržet a dosáhnout adaptace.
- *základní struktura* je linie, která je vlastní všem lidem. Zahrnuje genetické faktory, tělesné přednosti i nedostatky, rozumové schopnosti a termoregulaci. Je centrálním jádrem přežití složeným z jedinečného vlastnictví individuálních charakteristik každého jedince.

Prevence

- *primární prevence* – identifikace aktuálních či potenciálních stresorů, zabránění jejich průniku normální linií obrany a posílení flexibilní linie obrany.
- *sekundární prevence* – zjevné symptomy působení stresorů a stresových reakcí (nutné včasné vyhledávání případů). Důležité je mobilizovat vnitřní a vnější zdroje jedince, posílit linii rezistence, podporovat adaptaci a ostatní linie obrany.
- *terciární prevence* – zásahy aktivizující změnu pomocí readaptace, reedukace a zachování existujících zdrojů (zabránění regresi a vzniku komplikací). Důležitá je zde podpora adaptace pacienta/klienta a návrat přiměřené úrovně stabilizace systému s cílem předcházet vzniku dalších komplikací.

2) *Ošetřovatelská anamnéza*

I.

a) Základní anamnestické údaje:

- ✓ Věk
- ✓ Pohlaví – žena x muž
- ✓ Vývojové stádium (dle WHO): období plné dospělosti 18–29 let
  období mladého věku 30–44 let
  období středního věku 45–59 let
  období stárnutí 60–74 let
  období starého věku 75–89 let
  období stařecké 90 let a více
- ✓ Zdravotní stav
- ✓ Sociokulturní zařazení (např. student, zaměstnanec, OSVČ…)
- ✓ Rodinné zázemí (vdaná/ženatý, rozvedená/rozvedený, vdova/vdovec; počet dětí; s kým žije v domácnosti atd.)
- ✓ Bydliště

b) Zhodnocení stresorů – stimulů

- ✓ Identifikace extrapersonálních stresorů – životní situace, okolnosti, vnější faktory
- ✓ Identifikace interpersonálních stresorů – s důrazem na vztah mezi zdravotníky a jedincem (vztah S-P; L-P apod.)
- ✓ Identifikace intrapersonálních stresorů – zhodnocení rozumových schopností jedince, jeho předchozí zkušenosti, osobní charakteristiky
- ✓ Určení priority a závažnosti nalezených stresorů (určení jejich významnosti – hlavní podnět, okolnosti a osobní charakteristiky, které mohou bránit adaptaci)

c) Zhodnocení adaptační úrovně

- ✓ Zhodnocení adaptivních reakcí (pokusy o přizpůsobení – efektivní x neefektivní)
- ✓ Zhodnocení fyziologických předpokladů a překážek (fungování organismu, zdravotní stav)
- ✓ Zhodnocení rolí – společenské uplatnění a nároky, jejich plnění
- ✓ Zhodnocení vnímání sebe sama vč. spirituálních aspektů
- ✓ Sledování potřeby pomoci – využívání zdravotní, ošetřovatelské péče a závislost na okolí

II.

Identifikovaný deficit a míra jeho dopadu na jedince

III.

Zvolený ošetřovatelský zásah v kontextu k jednotlivým úrovním prevence (primární, sekundární a terciární)

Ošetřovatelská anamnéza	**Identifikace pacienta:** **Kontakt na osobu blízkou: ……..** **……..**

I. Základní anamnestické údaje

Věk: ……..	***Pohlaví:*** □ žena □ muž	***Vývojové stádium:*** □ střední věk (50-59 let) □ období stárnutí (60-74 let) □ období starého věku (75-89 let) □ období stařecké (90 let a více)
Zdravotní stav: * □ fyzický stav ☹ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☺ □ psychický stav ☹ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☺		

Barthel test základních všedních činností ADL: □ neproveden □ proveden – výsledek: ……..

Sociokulturní zařazení: □ studující □ nezaměstnaný/á □ OSVČ, podnikatel □ zaměstnanec v zaměstnaneckém poměru □ invalidní důchodce (I., II., III. stupeň) □ starobní důchodce □ žena v domácnosti □ jiné: ……		***Rodinné zázemí:*** *Rodinný stav:* □ svobodný/á □ ženatý/vdaná □ rozvedený/rozvedená □ vdovec/vdova *Počet dětí:* …… *Osoby ve společné domácnosti:* □ žiji sám/sama □ manžel/manželka □ druh/družka □ rodiče
Bydliště: □ vesnice (menší obec) □ město □ velkoměsto	***Způsob bydlení:*** □ dům □ byt □ domov pro seniory	

Možnost dopravy autem: □ ano, mám ŘP □ ano, zajistí rodina □ ne □ jiné: ……..	□ dům s pečovatelskou službou □ jiné: …….	□ děti □ širší rodina □ někdo jiný: ……
Bytové podmínky: □ bariérové (běžné) bydlení □ bezbariérové bydlení □ dobrá dopravní obslužnost □ veškerá občanská vybavenost □ nedostatečná dopravní obslužnost □ nedostatečná občanská vybavenost □ samota u lesa □ jiné: ……		***Kompenzační pomůcky:*** □ žádné □ brýle □ naslouchadlo □ hůl (francouzské hole, berle atd.) □ chodítko □ lupy a zvětšovací skla □ jiné: ……..
Zhodnocení stresorů – stimulů:		
Intrapersonální stresory (strach, minulá zkušenost s nemocí, fyzická zátěž …): □ …… □ …… □ …… □ ……		
Extrapersonální stresory (životní situace, okolnosti – př. odchod do důchodu): □ …… □ …… □ …… □ ……		
Adaptace		
Dosud realizované pokusy o přizpůsobení (adaptaci): □ …… □ …… □ …… □ ……		*Překážky v adaptaci:* □ …… □ …… □ …… □ ……

□ …… □ ……	□ …… □ ……

Funkce soustav (onemocnění v jednotlivých soustavách):

□ dýchací soustava: ……

□ oběhová soustava: ……

□ nervová soustava: ……

□ kožní soustava: ……..

□ pohybová a opěrná soustava: ……..

□ smyslové orgány (zrak, sluch, čich, hmat): ……

……

□ trávicí soustava (vč. dietních omezení): ……

……

□ vylučovací soustava: ……..

□ pohlavní ústrojí: ……..

Zastávané role:

□ muž □ žena

□ manžel □ manželka □ rodič □ prarodič □ vdova □ vdovec

□ zaměstnanec

□ zaměstnavatel

□ živitel/ka rodiny

□ nemocný (pacient)

□ jiné: ……..

Sebepojetí:

Sebe sama vnímám:	*Spokojenost s fyzickým vzhledem:*	*Naplnění duchovních potřeb:*
□ velmi pozitivně	□ zcela spokojen/a	□ požaduji pomoc:
□ spíše pozitivně	□ spíše spokojen/a	□ ne
□ neutrálně	□ neutrálně	□ ano – jakou: ……
□ spíše negativně	□ spíše nespokojen/a	……....
□ velmi negativně	□ zcela nespokojen/a	

Dosud využívaná zdravotní péče:	*Zhodnocení frekvence (míry) využití:* *(pozn.: 1 nevyužívám, 5 využívám maximálně)*
□ žádnou zdravotní péči nevyužívám	□ 1 – 2 – 3 – 4 – 5
□ praktický lékař pro dospělé	□ 1 – 2 – 3 – 4 – 5
□ stomatolog	□ 1 – 2 – 3 – 4 – 5
□ gynekolog	□ 1 – 2 – 3 – 4 – 5
□ lékař s odbornou způsobilostí (př. kardiolog, diabetolog)	□ 1 – 2 – 3 – 4 – 5
□ agentura domácí péče	□ 1 – 2 – 3 – 4 – 5
□ osobní asistence	□ 1 – 2 – 3 – 4 – 5
□ rehabilitační zařízení	□ 1 – 2 – 3 – 4 – 5
□ jiné: ……...	□ 1 – 2 – 3 – 4 – 5

II. Identifikovaný deficit a míra jeho dopadu na jedince (Stanovení ošetřovatelské diagnózy)

Deficit:	*Míra dopadu:*
□ ……	□ *1 – 2 – 3 – 4 – 5*
□ ……	□ *1 – 2 – 3 – 4 – 5*
□ ……	□ *1 – 2 – 3 – 4 – 5*
□ ……	□ *1 – 2 – 3 – 4 – 5*
□ ……	□ *1 – 2 – 3 – 4 – 5*
□ ……	□ *1 – 2 – 3 – 4 – 5*

III. Zvolený ošetřovatelský zásah na jednotlivých úrovních prevence

Primární prevence

□ ……..

□ ……..……

□ ……..……

□ ……..……
Sekundární prevence □ …….. □ ……..…… □ ……..…… □ ……..……
Terciární prevence □ …….. □ ……..…… □ ……..…… □ ……..……

**Pozn.: V případě číselného hodnocení na škále od 1 do 10 číslo 1 označuje nejlepší stav, číslo 5 je prostřední hodnotou (ani dobré, ani špatné) a číslo 10 je označením nejhoršího stavu.*

V případě číselného hodnocení od 1 do 5 označuje číslo 1 nejlepší stav, číslo 3 je prostřední hodnotou a číslo 5 označuje nejhorší stav.

10. SEZNAM ZKRATEK

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

WHO – Světová zdravotnická organizace

IADL – Test instrumentálních činností

ADL – Test základních všedních činností

MMSE – Mini – Mental State Examination