



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Koncepční modely zaměřené na konečnou fázi života

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Andrea Kohoutová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Maňhalová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Koncepční modely zaměřené na konečnou fázi života“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2018

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Maňhalové, Ph.D. za odborné vedení této práce, a především za trpělivost, cenné rady a konstruktivní připomínky při konzultacích této práce.

Koncepční modely zaměřené na konečnou fázi života

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem Koncepční modely zaměřené na konečnou fázi života je zpracovaná pouze na teoretickém podkladě. Má informační charakter, který má logicky a srozumitelně informovat o koncepčních modelech, které jsou zaměřeny právě na konečnou fázi života. V této bakalářské práci se nezabýváme pouze těmito koncepčními modely, ale zaměřili jsme se také i na jejich postupný vývoj od samého počátku ošetrovatelství.

Abychom získali dostatečné množství potřebných informací k napsání této bakalářské práce, bylo zapotřebí navštívit několik různých knihoven a v nich prostudovat či si půjčit nemalé množství odborných knih od českých i zahraničních autorů. Dále byly informace získávány za pomoci internetového vyhledávání v databázích EBSCO, SCOPUS a Pub Med.

Nejprve tato práce popisuje vývoj ošetrovatelství, dále pak konečnou fázi života, s čímž je spojeno umírání a smrt. Následně tato práce uvádí koncepční modely a jejich vývoj. A v poslední řadě se tato práce zabývá koncepčními modely, které jsou zaměřeny na konečnou fázi života. Z těchto modelů jsme si vybrali tři modely, kterými jsou model Hildegard E. Peplau, Trajectory model a v poslední řadě Teorie pokojného konce života.

Tato bakalářská práce by měla sloužit sestrám pro lepší zkvalitnění jejich práce s pacienty v konečné fázi života. Může pomoci sestrám v myšlení a jejich jednání ošetrovatelských předmětů nebo jako příspěvek na odborné semináře či konference zabývající se touto problematikou.

Klíčová slova

Model; ošetrovatelství; koncepce; konečná fáze života; sestra.

Conceptual models aimed at the final stage of life

Abstract

The bachelor thesis "Conceptual Models Aimed at the Final Phase of Life" is elaborated on a theoretical basis. The bachelor thesis has an informational character, which logically and intelligibly informs about conceptual models that are aimed at the final phase of life. In this bachelor thesis, we are not only concerned with these conceptual models, but we have also aimed on their development since the beginning of nursing.

It was necessary to visit several different libraries and to study or borrow a large number of specialized books from Czech and foreign authors, so that we can get enough information to write this bachelor thesis. The information was also obtained by using Internet search in the EBSCO, SCOPUS and Pub Med databases.

Firstly, this bachelor thesis describes the development of nursing, as well as the final phase of life, which is associated with dying and death. Subsequently this bachelor thesis presents conceptual models and their development. Finally, this bachelor thesis deals with conceptual models that are aimed at the final stage of life. From these models, we chose three models, such as Hildegard E. Peplau, Trajectory model, and last but not least the Theory of the End of Life.

This bachelor thesis should serve the nurses to improve their work with patients at the final phase of their life. This work can help nurses in their thinking and to learn to treat these patients and to help understand their needs and satisfy them. These conceptual models can serve not only nurses, but also educators as a basis for teaching nursing subjects or as a contribution to professional seminars or conferences that deal with this issue.

Key words

Model; nursing; conception; the final phase of life; nurse.

Obsah

Úvod	8
Cíl práce	9
Operacionalizace pojmů	10
Metodika	11
1 Ošetřovatelství	13
2 Konečná fáze života	14
2.1 Umírání a smrt.....	14
2.1.1 Fáze umírání.....	15
2.1.2 Proces umírání.....	16
2.1.3 Období umírání.....	17
2.2 Modely umírání.....	17
3 Koncepční modely a teorie ošetřovatelství	19
3.1 Paradigma.....	19
3.2 Základní pojmy.....	19
3.2.1 Teorie.....	19
3.2.2 Koncepce.....	19
3.2.3 Metaparadigma.....	20
3.2.4 Model.....	20
3.2.5 Koncepční model.....	21
3.3 Kategorie ošetřovatelských modelů.....	21
3.3.1 Vývojové modely.....	22
3.3.2 Systémové modely.....	22
3.3.3 Interakční modely.....	23
3.3.4 Modely potřeb.....	24
3.3.5 Modely výsledků.....	24
3.3.6 Humanistické modely.....	25
3.3.7 Modely energetického pole.....	25
3.3.8 Modely intervence.....	25
3.3.9 Modely substituce (nahrazení).....	26
3.3.10 Modely konzervace (zachování).....	26
3.3.11 Modely udržování (podpory).....	27
3.3.12 Modely zlepšení.....	27

4	Modely zaměřené na konečnou fázi života	28
4.1	Model Hildegard E. Peplau	28
4.1.1	Vývoj modelu interpersonálních vztahů	28
4.1.2	Metaparadigmatické koncepce podle H. Peplau.....	32
4.1.3	Model Hildegard Peplau a konečná fáze života.....	33
4.1.4	Úrovně úzkosti.....	34
4.2	„Trajectory“ model.....	36
4.2.1	Vývoj Trajectory modelu.....	36
4.2.2	Trajectory model.....	36
4.2.3	Metaparadigmatické koncepce	37
4.2.4	Trajectory model a konečná fáze života	40
4.3	Teorie pokojného konce života	43
4.3.1	Vývoj teorie pokojného konce života	43
4.3.2	Předpoklady modelu	45
4.3.3	Metaparadigmatické koncepce	45
4.3.4	Základní teoretická tvrzení	46
4.3.5	Hlavní definice modelu.....	47
4.3.6	Hlavní jednotky modelu.....	49
4.3.7	Teorie pokojného konce života a konečná fáze života	51
5	Závěr	53
6	Seznam použité literatury	55
7	Seznam obrázků.....	61
8	Seznam příloh.....	62

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si téma „*Koncepční modely zaměřené na konečnou fázi života*“ vybrala především proto, že považuji toto téma za důležitou část v životě každého z nás. Každý ve svém životě se s touto fází setká a je jen na nás samotných, zda se s ní vyrovnáme a jakým způsobem.

Konečná fáze života není pouze o jedné hodině, minutě, dni nebo týdnu, ale je to dlouhodobý proces, během kterého se snažíme připravit na smrt. V této fázi by měla mít sestra dostatek zkušeností a informací o tom, jak by s tímto člověkem měla komunikovat. Měla by projevovat ochotu a vstřícnost a dopřát tomuto člověku dostatek času na to, aby se na smrt připravil. Měla by být pro něho oporou a také oporou pro jeho rodinu a pomoci i jim pochopit, proč tato fáze nastala, aby se na ni připravili a pokusili se s ní vyrovnat.

Myslím si, že na smrt se nedá nikdy zcela připravit. Se smrtí se dá vyrovnat, ale nikdo není nikdy zcela připraven odejít, rozloučit se se svými blízkými a zanechat je tu „samotné“.

Proto jsem si vybrala toto téma, a chtěla bych touto cestou sestřám pomoci, aby se i ony mohly na tuto situaci připravit. Myslím si, že když tato fáze u člověka nastane, tak i pro sestry není jednoduché se smířit s tím, že tento člověk odejde. Když jsme na oddělení a staráme se o pacienty, vytvoříme si k pacientům určitý vztah a je pro nás také těžké se smířit s faktem, že nastala doba umírání, a již tohoto člověka nevidíme a nebudeme se o něho dále starat. Proto by měla být každá sestra připravena na tuto situaci a mít dostatek znalostí, aby věděla, jak se zachovat a jak nejlépe pomoci člověku, který se nachází v konečné fázi svého života. Každá sestra by si měla „zachovat chladnou hlavu“ a neměla by na sobě dát znát své pocity, kterými mohou být: obavy, strach či úzkost. Těmito pocity by mohla umírajícímu spíše přitížit než pomoci.

Cíl práce

Pro zpracování této teoretické práce je zapotřebí stanovit si několik cílů. Dále jsou popsány následující cíle, na jejichž základě bude práce vypracována.

Prvním cílem práce je zmapovat koncepční modely zaměřené na konečnou fázi života. Následné pojmy, ze kterých je cíl vytvořen, jsou dále operacionalizovány. Práce bude zaměřena na seznámení s koncepčními modely a jejich postupným vývojem. Dále bude popisovat rozdíly mezi třemi modely, které budou v této práci popsány.

Dalším stanoveným cílem je analyzovat dostupnou literaturu týkající se koncepčních modelů zaměřených na konečnou fázi života a díky této analýze vytvořit ucelený pohled na použití těchto modelů u nemocných a umírajících. Tato práce je zaměřena na prostudování velkého množství informací, které následně budou předány v jednoduché a srozumitelné formě sestřím, ale i pedagogům, kteří se o toto téma zajímají. Na základě prostudované literatury a zjištěných informací bude vytvořena informační brožura, která bude sloužit jako informační materiál pro sestry, pedagogy, ale i pro laickou veřejnost.

Operacionalizace pojmů

Zmapovat

Pojem slova zmapovat podle slovníku českých slov znamená zaznamenat do mapy, dále tato charakteristika popisuje slovo jako mapovat neboli zaznamenávat něco podrobným zkoumáním (Čermák, 2011).

Koncepce

Koncepce je abstraktní představa, obraz jevu nebo reality. V ošetrovatelství se nachází koncepce lidskosti, zdraví, vzájemné pomoci a komunikace. Nejdůležitější koncepce ovlivňují a určují ošetrovatelství a v praxi zahrnují: osobu přijímající ošetrovatelskou péči, prostředí, ve kterém žije, zdraví a ošetrovatelskou činnost (Menčíková, 2014).

Model

Model je vzor něčeho, abstraktní náčrt, přiblížení či zjednodušení reality. Je také abstraktním vyjádřením skutečnosti, který je sestavený tak, aby ověřil danou teorii. Tyto modely formulují teoretici, vědci a profesionálové z praxe, aby vysvětlili nebo objasnili daný jev (Menčíková, 2014).

Koncepční model

Koncepční model je kombinací pohledů, názorů a vědomostí na jevy světa. Koncentruje pozornost na některé poznatky, skutečnosti a hlediska. Poskytuje systém pro myšlení, pozorování, interpretaci. Ukazuje směr hledání, poznávání a praktického řešení a má vliv na naše vnímání světa (Farkašová et al., 2006).

Zaměřenost

Je to psychický stav neboli tendence směřující činnost jedince k určitému cíli či orientující jeho aktivitu určitým směrem (Zaměřenost, 2005–2011).

Konečná fáze života

Terminální stádium je konečná fáze života. Je to hranice mezi životem a smrtí. Ošetrovatelská péče o pacienta v tomto stádiu života je velice náročná, a to jak po stránce psychické, tak i po ošetrovatelské stránce (Jedelská, 2007).

Metodika

Tato teoretická bakalářská práce s názvem *Koncepční modely zaměřené na konečnou fázi života* byla zpracována metodou sekundární analýzy dat. Po pečlivém prostudování odborné literatury a sepsání práce, která se zabývá koncepčními modely zaměřenými na konečnou fázi života bude také vytvořena informační brožura, která bude obsahovat stručně shrnující získané poznatky a bude sloužit jak sestřám, tak i pedagogům jako podklad pro výuku ošetrovatelských předmětů zabývajících se těmito modely, ale bude vytvořena i pro laickou veřejnost.

Při vyhledávání prioritních informací byla použita následující zařazující kritéria – teoretické práce, konečná fáze života, koncepční modely, recenzované časopisy, výzkumné a rešeršní články a v poslední řadě full text. Vyřazovacím kritériem byly studie starší 10 let, ale z důvodu, že není moc autorů, kteří se zabývají koncepčními modely zaměřenými na konečnou fázi života, máme i starší zdroje.

Informace byly získávány za pomoci operacionalizace klíčových slov *model, ošetrovatelství, koncepce, konečná fáze života a sestra*. Dále byly informace získávány za pomoci zhotovené rešerše Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Praze a vědecké knihovny v Českých Budějovicích. Monografie a periodika byly vyhledány v Akademické knihovně Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, ve studovně Vltava Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a v Krajské knihovně Vysočiny v Havlíčkově Brodě. V monografiích jsou zahrnuta díla autorů, jako je Archalousová, Bártlová, Pavlíková, Farkašová a další (viz seznam literatury). Snažili jsme se citovat co nejaktuálnější literaturu, ale jak už je výše napsáno, tak z důvodu, že není mnoho autorů, kteří se zabývají koncepčními modely zaměřenými na konečnou fázi života, máme i starší zdroje.

Bylo využito vyhledávání v internetových databázích EBSCO, SCOPUS, Pub Med. Dále byly aktuální poznatky, které se týkají koncepčních modelů zaměřených na konečnou fázi života získávány z odborné literatury, domácí i zahraniční, která o těchto tématech pojednává v obecné rovině, ale i z literatury, která se těmito tématy úzce zabývá.

Z českých odborných časopisů, ze kterých byly informace získávány, stojí za zmínku časopis *Kontakt*, který vydává Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity a časopis *Florence*, které nám z odborných časopisů pro tuto bakalářskou práci přinesly

nejvíce poznatků. Dále ke sběru potřebných informací posloužil časopis Sestra, který prezentuje novinky týkající se ošetrovatelství.

V databázi internetových odkazů byly hledány potřebné informace v rámci celosvětového měřítko. Cizojazyčné zdroje byly také hledány pomocí klíčových slov model, nursing, conception, the final phase of life, nurse.

Práce byla zpracována metodou sekundární analýzy dat, kdy docházelo k podrobné analýze a syntéze jednotlivých informačních zdrojů. Tyto informační zdroje byly následně odděleny a vyhodnoceny. Názory a komentáře odborníků, které jsme použili, jsme částečně přeformulovali a rozdělili do jednotlivých kapitol, které doplňují daná stanoviska této teoretické práce. Sběr těchto dat probíhal v období od září 2017 – duben 2018.

1 Ošetřovatelství

Vývoj ošetřovatelství byl až do poloviny minulého století převážně intuitivní. Byl založený spíše na tradicích a praktických zkušenostech, než na teoretických základech. Rozvoj teoretické báze začal v polovině 20. století. V současnosti má již ošetřovatelství vymezenou vědomostní bázi. Ta zahrnuje specifické ošetřovatelské koncepce, teorie a koncepční modely (Pavlíková, 2006).

Podle Mastiliakové (2003) je ošetřovatelství aplikovaný vědní obor. Vychází z vlastního teoretického podkladu poznatků a z jejich praktické aplikace.

Ošetřovatelství je zaměřeno na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka a péči o jeho zdraví. Zejména se zaměřuje na udržení a podporu zdraví, jeho navrácení a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti (Curtis, Rubenfeld, 2011).

Nejdůležitějším cílem ošetřovatelství je pravidelně a celkově uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, které vede k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Cíli ošetřovatelství jsou: podpora a upevňování zdraví, podílení se na navrácení zdraví, zmírnění utrpení nemocného člověka, zajištění klidného umírání a důstojné smrti (Koncepte ošetřovatelství, 2014).

Ošetřovatelství představuje moudrost, lásku a pomoc. Symbolem moudrosti je kniha, symbolem lásky je srdce a symbolem pomoci je ruka. Ošetřovatelství je i světlo lampy, což je symbol Mezinárodní rady sester (Farkašová et al., 2006).

Pavlíková (2011) píše, že ošetřovatelství může být také chápáno jako činnosti vykonávané sestrou, která musí vždy být ve spolupráci s pacientem.

Zabývá se vyhověním bio-psycho-sociálním potřebám každého z nás v souvislosti s prostředím. Základ pro ošetřovatelský proces a jeho aplikaci v praxi poskytuje pochopení potřeb pacienta. Paradigma ošetřovatelství jsou konceptuální teorie a modely. Tyto teorie a modely se vyvíjely postupně. Tento vývoj odpovídá systému zdravotní péče doby, ve které vzniká a odráží podstatu ošetřovatelství (Archalousová, 2011).

Významové zaměření teorií a modelů v ošetřovatelství je určené vědomostmi, praktickými zkušenostmi a různými filozofickými názory jejich autorek (Pavlíková, 2006).

2 Konečná fáze života

„Období, při kterém se musí pacient vyrovnávat s postupným zhoršováním svého zdraví v důsledku progresu vážného chronického onemocnění, a které je svou konečnou prognózou letální“ (Kalvach et al., 2011, s. 176).

Terminální stádium je konečná fáze života. Je to hranice mezi životem a smrtí. Ošetrovatelská péče o pacienta v tomto stádiu života je velice náročná, a to jak po stránce psychické, tak i po ošetrovatelské stránce (Jedelská, 2007).

„V odborných člancích, zejména zahraničních, je často zmiňován pojem péče o pacienta v závěru života (end of life care). Tento pojem může být používán jako synonymum paliativní péče, kdy se koncem života rozumí období jednoho až dvou let, kdy se pacient a jeho rodina dozvídají o jeho život ohrožující nemoci. Tento pojem není používán jednotně, mnohdy je vymezen jako komplexní péče o pacienta v posledních několika hodinách nebo dnech či s prognózou úmrtí do šesti měsíců“ (Izumi, 2015, s. 18).

2.1 Umírání a smrt

„Zachovejme klid, neboť za sto let to bude jedno“ Ralph Waldo Emerson (Kupka, 2014, s. 17).

Grof (2014) píše o tom, že zásadními událostmi v životě každého člověka jsou smrt a umírání. Tyto události jsou pro každého z nás základní jistotou, kterou ve svém životě máme, a je to pro nás všechny také jedinečná zkušenost, kterou každý z nás musí podstoupit.

Pokrok vědy a techniky s sebou v dnešní době přináší skutečnost, že umírání v současnosti trvá zpravidla déle, což může přinášet větší nejistotu. Dále to může přinášet strach a úzkost nejen umírajícím, ale i jejich blízkým (Kalivodová, 2013).

Během našeho života odcházejí blízcí lidé, které kolem sebe máme, až nastane okamžik, kdy i my samy staneme před limitní hranicí vlastního biologického zániku (Grof, 2014).

Život každého začíná narozením a končí smrtí. Před narozením a po něm je období, které nelze běžnou zkušeností pochopit. Člověk se narodí do světa, kde si nemůže zvolit své zrození a ani se nemůže rozhodnout pro svou nesmrtelnost (Haškovcová, 2014).

„V naší společnosti končí svůj život 80–92 % lidí v nemocnicích nebo jiných institucích. Umírání a smrt jsou proto „typickou“ zkušeností nemocničního každodenního života. Čím je tato zkušenost častější, tím méně se ví o zátěži, kterou přináší umírající pacient pro zdravotnický personál“ (Bártlová, 2003, s. 65).

„Každému, kdo se zrodí, je do vínku dána také smrt. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je podmínkou života. Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se nelze vymanit, které nelze popřít a nad kterými nelze zvítězit“ (Haškovcová, 2007, s. 23).

Kutnohorská (2007) píše, že umírání a smrt jsou jevy, o kterých uvažujeme z pohledu filozofického, psychologického, sociálního, medicínského a etického. Na smrt se nelze připravit. Nikdo z nás neví a ani netuší, kdy a jak tento jev nastane.

Smrt a umírání velice znepokojují člověka. Nelze je odejmout z našeho osudu a jejich načasování je nejisté. Mladí lidé, kteří netrpí závažným onemocněním, si myšlenku na smrt a umírání nepřipouští. Připadá mu to jako něco vzdáleného, co se jej netýká, jako něco, co přijde až jednou (Grof, 2014).

Podle našeho názoru je pravda, že si mladí lidé smrt a umírání nechtějí připouštět, a proto na ni neumí být připraveni, i když v naší současnosti je smrt u mladého člověka poměrně častá. Myslíme si, že je to z důvodu rozvoje technologie. Sice jak je výše uvedeno, technologie nám může umírání a smrt oddálit, ale z druhé strany zase velmi rychle přiblížit. Příkladem jsou dnešní rychlá auta a k tomu počítačové hry, díky kterým jsou v dnešní době mladí lidé lehce ovlivnitelní.

Lidské myšlení a lidské jednání jsou velice ovlivňovány smrtí a také bezmocností každého umírajícího. Mezi nejvyhrocenější mez lidské existence je považována smrt. Loučení se se vším a se všemi, které má člověk rád, je těžkou součástí každého umírání. Je velice důležité, aby se každý umírající mohl důstojně rozloučit, a stačil se připravit na svou poslední cestu (Kutnohorská, 2007).

2.1.1 Fáze umírání

Kutnohorská (2007) se ve své knize také zabývá fázemi umírání, které již dříve popsala Elizabeth Kübler-Ross (obr. 1). Hlavním úkolem psychologie je zkoumání jednotlivých fází procesu umírání, protože je velice důležité umírajícího lépe pochopit a doprovázet ho. Není žádným tajemstvím, že mnoho lidí bohužel umírá o samotě.

V první fázi, která se nazývá negace, dochází u pacienta k popírání, odmítání a negaci smrti. V druhé fázi nazývané agrese pacient začne pociťovat zlobu, vzpuru, vztek a zášť. (Kübler-Ross, 2007).

V třetí fázi nazývané smlouvání dochází u pacienta k uklidnění a k vyjednávání. Pacient hledá ještě nějakou možnost, slibuje a obrací se k Bohu. Poté nastává čtvrtá fáze, kdy přichází deprese. Nastupuje zápas se smrtí. Pacient má strach o rodinu. Říká si: ano konec přichází a je nevyhnutelný. A v poslední páté fázi se pacient začne se svým stavem smířovat. Je to doba klidu. Dojde k přijetí, ale je nutno odlišit ji od rezignace (Kutnohorská, 2007).

Obrázek 1: Fáze umírání

Tabulka: Fáze umírání podle Kübler-Ross			
Fáze		Projevy	Co s tím?
1.	Negace šok, popírání	„Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné.“ „To je určitě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
2.	Agrese hněv, vzpura	„Proč zrovna já?“ „Čí je to vina?“ Zlost na zdravotníky...	Dovolit odreakování, nepohoršovat se.
3.	Smlouvání vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů, diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoli. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, pozor na podvodníky.
4.	Deprese smutek	Smutek z utržené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach o zajištění rodiny.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.).
5.	Smíření souhlas	Vyrovnaní, pokora, skončil boj, je čas loučení. „Dokonáno jest.“ „Do tvých rukou...“	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor! Rodina možná potřebuje více pomoci než pacient.

Zdroj: Dubcová, 2011

2.1.2 Proces umírání

Reakce umírajícího na proces umírání souvisí s celou řadou faktorů. Tyto faktory mohou zahrnovat pohlaví, věk a psychickou vybavenost vůči zátěži. Některé faktory je možné považovat za podporující. Jiné faktory lze považovat za ohrožující (Urbánek, 2014).

Dále Kutnohorská (2007) popisuje, že proces umírání se skládá ze čtyř fází. První fáze se nazývá teorie biologických hodin. Ta nastává, když se u člověka naplní jeho geneticky podmíněný tzv. „program života“. Druhou fází je sociální smrt.

Jedná se o fázi, kdy sice člověk ještě žije, ale už nechodí do společnosti. Třetí fáze se nazývá psychická smrt, kdy v této fázi člověk naprosto psychicky rezignuje. A poslední čtvrtou fází je fyzická smrt, kdy člověk úplně a trvale ztrácí vědomí (Kutnohorská, 2007).

2.1.3 Období umírání

Podle Vorlíčka et al. (2004) lze proces umírání rozdělit do tří fází. Tyto fáze jsou pre finem, in finem a post finem.

V prvním období in finem začíná docházet k odbornému či laickému povědomí, že nemoc je vážná a není slučitelná se životem. Druhé období je in finem, kdy se pacient ztotožňuje s lékařským pojetím tzv. terminálního stavu. A také do tohoto období patří problematika eutanázie. Posledním, a to třetím obdobím je post finem, kdy se pečuje o mrtvé tělo a pečuje se také o pozůstalé (Kutnohorská, 2007).

2.2 Modely umírání

Tato kapitola popisuje dva nejnámější modely umírání. Tyto modely se nazývají institucionální umírání a ritualizované umírání.

Haškovcová (2007) popisuje institucionální model umírání, kdy vývoj tohoto modelu byl postupný. V první řadě bylo potřebné zabezpečit pro každého vážně nemocného či umírajícího člověka čistotu lůžka, teplo, jídlo, pití a základní hygienické zázemí. Tito nemocní lidé byli často umístěni do azylových domů (chorobince), později do zdravotnických zařízení (špitály, nemocnice).

Péče o nemocné se postupem času přesunula do nemocnic a nabyla odborného charakteru. Nemocný se ale často dostal do neznámého prostředí. Měl strach z toho, co může očekávat. Psychickou podporu a péči nejbližšího okolí nahrazoval zdravotnický personál (Bártlová, 2003).

Ve velkých pokojích bývalo mnoho lůžek. Mezi nimi byly velmi úzké uličky a později zde byly jednoduché noční stolky. Pro rychlost orientace ošetřujícího personálu se nacházela v záhlaví lůžka černá tabule, na níž se psalo jméno nemocného, rok jeho narození a eventuálně i diagnóza. Tato praxe byla postupem času doplňována, a nakonec úplně nahrazena podrobnějšími údaji, které se zachycovaly písemnou formou na jednotlivé listy papíru (Haškovcová, 2007).

Od počátku 30. let minulého století se objevují problémy s izolací nemocného. Podle odborníků by mělo být správné zajistit umírajícímu potřebný klid a vymezit oddělený prostor bílou plentou. Koncem padesátých let se začíná hovořit o důstojném umírání a důstojné smrti (Bártlová, 2005)

Kutnohorská (2007) ve své knize uvádí, že by se o umírajícího měl starat specializovaně vyškolený personál. Je nutné si uvědomit, že umírání a smrt patří k životu. Je jeho závěrem, je tečkou za lidskou pozemskou duševní a fyzickou existencí. Umírajícím je poskytována potřebná péče, ale převládající je praktikismus a profesionalita.

Druhým modelem je ritualizované umírání neboli domácí model umírání. Jak už vyplývá z názvu, chápeme tak umírání, které se odehrává v domácím prostředí a je provázeno různými rituály, které s ním jsou spojeny. Umírající ve své konečné fázi k sobě pozval příbuzné a vyslovil poslední přání. Po důstojném rozloučení s příbuznými mu byl přivolán kněz, který mu poskytl svátosti. Poté umírající tiše a trpělivě čekal na smrt (Haškovcová, 2007).

Kutnohorská (2007) popisuje, že lidská znalost smrti byla důvěrná, jelikož se umíralo doma častěji, než je tomu dnes. Jako podstatný jednotící motiv rodinného života působila smrt. V minulosti se z generace na generaci předávaly zkušenosti ohledně péče o umírajícího. Lidé pocítovali, co je to umírání a smrt zblízka. Smrt byla blízká a důvěrná, jelikož byla součástí celoživotních rituálů, součástí života každého jedince a nebyla odosobněná.

Je důležité si uvědomit, že umírání dříve bylo výhradně v domácím prostředí. Proto zde lékaři tolik nezasahovali. Tím pádem zásadou tohoto modelu je to, že člověk neumírá osamocen v cizím prostředí. Umírající jsou doprovázeni a podporováni rodinou a přáteli (Haškovcová, 2007).

Nejdůležitější prioritou režimu zdravotní péče o umírající by mělo být úsilí o úlevu v utrpení, praktická podpora, otevřená komunikace, úsilí o snížení zátěže a pomoc v posílení vztahu s rodinou (Steinhauser et al., 2015).

3 Koncepční modely a teorie ošetrovatelství

3.1 Paradigma

„Ošetrovatelství jako vědní obor vyžaduje neustálý rozvoj poznatků a současně poznávání nových ošetrovatelských koncepcí a teorií. Historicky se vědomosti využívané sestrami odvozovaly od přírodních a humanitních věd a rozvoj teorie dosáhl svého vrcholu v 60. letech na základě výzkumných prací sester. Ty byly dále rozpracovány, vyhodnoceny a používány v praxi. To, co se odsvědčilo je využíváno, to, co již nevyhovuje, není používáno“ (Archalousová, 2003, s. 7).

3.2 Základní pojmy

V dalších podkapitolách popíšeme základní pojmy, které se týkají koncepčních modelů a teorie ošetrovatelství.

3.2.1 Teorie

Pavlíková (2006) popisuje teorii jako soubor názorů, představ a myšlenek, které jsou zaměřené na vysvětlení nějakého jevu. Je vyvozena buď z koncepčního modelu, nebo z toho, co s ním souvisí. Jakákoliv teorie očekává existenci všeobecnějšího koncepčního modelu, na základě kterého jsou formulované koncepce teorie. Teorie se zabývá jevy podstatně speciálnějším způsobem, než se zabývá koncepční model. Teorie se skládá z předpokladů a koncepcí.

Naopak Kozierová (2003) uvádí, že teorie je více specifická než koncepční model, ačkoli je také tvořena z koncepcí a výroků. Nejdůležitějším cílem je uspořádat znalosti z určitého okruhu. Právě tato specifičnost si žádá, aby pojmy teorie byly zvláštnější a konkrétnější, než jsou pojmy v koncepčním modelu. Tyto pojmy teorie jsou úzce spjaty s konkrétními jedinci, skupinami, situacemi nebo událostmi. Pojmy teorie musí být vymezeny tak, aby se teorie dala racionálně ověřit. Toto vymezení konkretizuje způsob, jakým lze právě tyto pojmy měřit.

3.2.2 Koncepce

Pavlíková (2006) popisuje koncepci jako pojetí neboli chápání, myšlenkovou osnovu či způsob pohledu nebo výkladu konkrétního jevu. Představuje výchozí pohled

nebo vedoucí ideu konkrétního jevu, nejvýznamnější záměr nebo konstrukční zákonitost různých druhů činností. Může ji vytvářet též systém názorů na konkrétní jev. Existují dva druhy koncepce. První je abstraktní koncepce, která je nezávislá na místě a čase. Druhá je konkrétní koncepce, která je naopak závislá na místě i čase.

Koncepce je teoretický obraz jevu, reality nebo také abstraktní představa. V ošetrovatelství se objevuje koncepce lidskosti. Dále se zde objevuje koncepce zdraví, vzájemné pomoci i komunikace. Nejdůležitější koncepce determinují a mají vliv na ošetrovatelství a v praxi zahrnují: osobu přijímající ošetrovatelskou péči, prostředí, ve kterém žije, zdraví a ošetrovatelskou činnost. Tyto koncepce souhrnně vytváří metaparadigma ošetrovatelství (Archalousová, 2003).

3.2.3 Metaparadigma

Pavlíková (2006) píše, že metaparadigma je jádro nebo obsah či předmět, kterým se příslušný vědní obor zabývá. Je to globální pohled na obsahové zacílení vědního oboru. Vytváří první stupeň rozlišení mezi vědními obory. Vymezené je koncepcemi a teoriemi.

Farkašová et al. (2006) ve své knize uvádí, že je metaparadigma nejširší a nejglobálnější pohled určitého oboru na zkoumání nějakého problému nebo jevu. Může se také nazývat předmětem příslušné disciplíny, který ji charakterizuje. Což může být například metaparadigma psychologie, které vede psychologa k tomu, aby zkoumal chování lidí. Metaparadigmatem (předmětem) se od sebe jednotlivé disciplíny odlišují.

3.2.4 Model

Pavlíková (2006) ve své knize popisuje, že model je vědecká konstrukce, obraz, představa či popis zkoumaného jevu nebo předmětu. Je myšlenou, která objasňuje pomocí symbolické anebo fyzikální vizualizace. Symbolické modely nemají rozeznatelné fyzikální formy. Tyto modely jsou na vyšší abstraktní úrovni než modely fyzikální.

Model je vzor něčeho nebo abstraktní náčrt, přiblížení či zjednodušení reality (například: letadlo – model letadla – není skutečným letadlem, ale jeho jednotlivé části se blíží k znakům skutečného). Je abstraktním vyjádřením reality, což je sestaveno tak, aby ověřil určitou teorii. Vytváří jej teoretici nebo vědci a profesionálové z praxe a to proto, aby vysvětlili nebo analyzovali daný jev. To může být například chování lidí

v určitém prostředí, sociální a zdravotní zabezpečení lidí, ošetrovatelské postupy, systémy péče o zdraví a další (Archalousová, 2003).

3.2.5 Koncepční model

Vznik koncepčního modelu lze zařadit do doby, kdy poprvé Florence Nightingale začala uplatňovat své myšlenky, které se týkaly ošetrovatelství. Jsou jakýmsi návodem, který nám pomáhá určit, na jaké věci se máme zaměřit a čeho si máme všimnout (Tondrová, 2009).

Pavlíková (2006) popisuje ve své knize koncepční model jako souhrn abstraktních a všeobecných koncepcí a také tvrzení sjednocených do smysluplné konfigurace. Především se týká globálních představ o jednotlivcích, skupinách, situacích, událostech nebo jevech, které jsou zajímavé z hlediska vědní disciplíny. Koncepční modely ovlivňují naše vnímání reality a zaměřují se na vybrané jevy.

Naopak Archalousová (2003) ve své knize uvádí, že koncepční model je konkrétní schéma vztahu mezi koncepcemi.

„Ošetrovatelské modely zahrnují jen ty koncepce, které autor modelu pokládá za nutné a které přispívají k jeho pochopení. Dává jasnou a přímou orientaci na tři oblasti ošetrovatelství: praxi, vzdělání, výzkum“ (Archalousová, 2003, s. 9).

Koncepční modely definují osobu jako integrovanou bio-psycho-socio-spirituální bytost. Dále definují prostředí jako vnitřní struktury a vnější vlivy včetně členů rodiny, komunity, společnosti a fyzikálního okolí. Zdraví, které každá kultura vnímá jinak jako nepřetržitý projev od adaptace k maladaptaci. A ošetrovatelství, které člověka vede ke znovuzískání schopnosti sebezpečení (Tondrová, 2009).

3.3 Kategorie ošetrovatelských modelů

Podle Archalousové (2003) mezi nejstarší teorie patří teorie prostředí Nightingale. Florence Nightingale byla první sestrou, která shromažďovala údaje a vysvětlovala je v grafické podobě. Vytvořila teorii a dala základ rozvoji ošetrovatelské praxe.

Koncepční modely a teorie ošetrovatelství se dělí podle přístupů k chápání osoby, která je pacientem. To vyžaduje nejen různé formy praxe pro dosažení různých cílů, ale také to poukazuje na různé jevy, naznačuje různé otázky, a dále to vede k různým poznatkovým bázím (Pavlíková, 2006).

Následně budeme popisovat jednotlivé kategorie koncepčních modelů z následujících tří knih, kterými jsou Archalousová (2003), Farkašová et al. (2006) a Pavlíková (2006). Tyto autorky se ve svých knihách téměř shodují, ale i přesto se dají najít rozdílné názory na kategorizaci koncepčních modelů.

3.3.1 Vývojové modely

Farkašová et al. (2006) ve své knize popisuje, že vývojové modely zdůrazňují proces růstu, vývoje a dozrávání. Domnívá se, že lidé mají vnitřní potřebu pro změnu. Tuto změnu vyvolávají vnitřní stavy nebo určité podmínky prostředí.

Pavlíková (2006) uvádí, že vývojové modely zdůrazňují procesy růstu, vývoje a zrání. Zjišťují existující a potenciální problémy vývoje. A vymezují zásahy pro stimulaci růstu, vývoje lidí i prostředí. Jejich hlavní podstatou je změna, stálá intraindividuální variace, která může směřovat k nějakému konečnému cíli nebo stavu (jako například zralost) nebo procesu (procesu zrání) či jednotlivému stupni konečného stavu.

Archalousová (2003) uvádí, že vývojové modely zdůrazňují proces růstu, vývoje a zrání. Předpokládají, že lidé mají vnitřní potřebu změny. Tato vnitřní potřeba změny je způsobována vnitřními stavy nebo vnějšími podmínkami prostředí. Pro vývojové modely jsou charakteristické rysy: růst, vývoj a zrání, změna, směr změny, identifikovatelný stav, forma postupování (progrese), síly, potencialita.

Mezi tyto modely patří například model D. E. Orem: Model sebepečce, N. Roper: Model životních aktivit klienta a model E. Wiedenbach: Teorie individuality.

3.3.2 Systémové modely

Podle Farkašové (2006) je hlavním symbolem systémových modelů systém a jeho prostředí. Za systém se považuje osoba. Částmi systému jsou orgány těla a prostředím je rodina. Jestliže se za systém považuje společenství, tak jeho částmi jsou rodiny a prostředím je stát. Systémy mohou být buď otevřené, nebo zavřené. Osoba je systém otevřený. Modely systémů jsou definované hranicemi, napětím, stresem, konfliktem a zpětnou vazbou.

Pavlíková (2006) píše, že modely a teorie systémů zdůrazňují zkoumání systémů, jeho částí a vztahů v čase a prostředí. V hlavní řadě zjišťují existující a eventuální problémy ve funkci systému. Vymezují zásahy, které maximalizují efektivní fungování

systemů. Jejich podstatou jsou jevy, ve kterých existuje organizace, interakce, vzájemná závislost a integrace částí prvků. Charakteristickými znaky systémových modelů jsou hranice, napětí, stres, konflikt, ekvilibriu (je to stav rovnováhy) a zpětná vazba.

Podle Archalousové (2003) systémové modely mají hlavní znak systém a jeho prostředí. Za systém je pokládána osoba, jejíž části jsou orgány těla a prostředím je rodina. Nebo se za systém pokládá určité společenství, jehož částmi jsou jednotlivé rodiny a prostředí země. Charakteristickými rysy jsou integrace částí, systém, prostředí, otevřené a uzavřené systémy, rozhraní, tenze, stres, námaha, konflikt, vyrovnanost a ustálený stav a rovněž zpětná vazba.

Mezi tyto modely patří například model D. E. Johnson: Model systému chování, C. Roy: Adaptační model, I. M. King: Teorie dosažení cíle a model B. Neuman: Model systémů zdravotní péče.

3.3.3 Interakční modely

Farkašová et al. (2006) ve své knize uvádějí, že interakční modely zdůrazňují sociální úkony a vztahy mezi lidmi. Tím jsou především zjištění problémů v mezilidských vztazích a určení postupu na zlepšení socializace. Částmi této strategie jsou percepce (ovlivňování osob navzájem a vnímání jiných osob), komunikace (přenos informací mezi osobami), role a zaujetí role (která je pro danou situaci nevyhnutelná) a nakonec koncepce sebe samého (sebehodnocení, sebevýchova).

Podle Pavlíkové (2006) interakční modely zdůrazňují děje a vztahy mezi lidmi. Zjišťují existující a eventuální problémy v mezilidských vztazích. Vymezují postupy pro zlepšení procesu socializace. Jejich podstatou je, že považují lidské bytosti za stvoření, která definují a klasifikují situace a volí způsoby jednání vůči nim a mezi nimi. Charakteristickými znaky interakčních modelů jsou percepce, komunikace, role a sebekoncepce.

Interakční modely zdůrazňují vztahy mezi lidmi, zjišťují sociální problémy v mezilidských vztazích a určují postup vedoucí ke zlepšení vzájemných vztahů. Charakteristickými rysy jsou sociální chování a vztahy, vnímání, představy, komunikace, role, sebezpojetí (Archalousová, 2003).

Mezi tyto modely patří například model H. E. Peplau: Psychodynamické ošetřovatelství, I. J. Orland: Teorie ošetřovatelského procesu a model E. Wiedenbach: Teorie individuality.

3.3.4 *Modely potřeb*

Farkašová et al. (2006) ve své knize uvádějí název této kategorie jako modely potřeb a výsledků. Uvádí, že modely potřeb a výsledků jsou zaměřeny na tyto kategorie: kategorii potřeb (zaměřuje se na posuzování osoby z pozice hierarchie potřeb, což znamená, že pokud osoba nedokáže uspokojovat své potřeby, musí mít zajištěnou ošetrovatelskou péči) a kategorii výsledku (klade důraz na výsledky ošetrovatelské péče a její hodnocení, sestra rozhoduje o uspokojování potřeb a hodnotí výsledek jejich uspokojování v rámci ošetrovatelského procesu).

Naopak Pavlíková (2006) má ve své knize tuto kategorii pojmenovanou jako modely a teorie potřeb. Uvádí, že modely teorie a potřeb se zaměřují na posuzování pacienta/klienta z pohledu hierarchie potřeb a z pohledu funkce sestry. Když nedokáže jedinec sám uspokojovat své potřeby, je nutný ošetrovatelský zákrok, který provede sestra (v různém rozsahu). Funkcí sestry je poskytnout potřebné zásahy a intervence a pomoci tak pacientovi/klientovi uspokojit jeho potřeby.

Archalousová (2003) má ve své knize tuto kategorii popsanou jako modely potřeb. Tyto modely potřeb se zaměřují na kategorizaci potřeb klientů a na posouzení z hlediska priorit. Charakteristickými rysy jsou ošetrovatelství jako činnost (která pomáhá uspokojovat potřeby klientů, pacientů), pomoc, spolupráce, potřeby klientů/pacientů.

Mezi tyto modely patří například model V. Henderson: Komplementární model 14 základních potřeb a model F. G. Abdellah: Model 21 problémů ošetrovatelství.

3.3.5 *Modely výsledků*

Farkašová et al. (2006) má tuto kategorii popsanou ve své knize v předchozí kategorii modelů, jak už jsme zmínili.

Pavlíková (2006) má ve své knize tuto kategorii pojmenovanou jako modely a teorie výsledků, které jsou zaměřené na výsledky ošetrovatelské péče a jejich hodnocení. Sestra rozhoduje o uspokojování potřeb a hodnotí výsledek v rámci ošetrovatelského procesu.

Podle Archalousové (2003) se modely výsledků zaměřují na kategorie výsledků, které kladou důraz na výsledky ošetrovatelské péče. Hodnotí výsledek uspokojování potřeb v rámci ošetrovatelského procesu. Charakteristickými rysy jsou výsledek ošetrovatelské péče, návrat zdraví, kvalita života a stabilita.

Mezi tyto modely patří například model I. M. King: Teorie dosažení cíle, B. Neuman: Model k dosažení klientovy stability a integrity „model dobrého bytí a blaha“.

3.3.6 Humanistické modely

Podle Farkašové et al. (2006) humanistické modely vycházejí z principů humanizmu, respektování lidských práv a práv pacientů. Jejich charakteristickými rysy jsou empatie, soucit, úcta k člověku, akceptace autonomie a svobody jedince.

Archalousová (2003) ve své knize uvádí, že humanistické modely zdůrazňují humanizmus, respektování lidských práv a základních principů lidství. Humanizmus ošetrovatelství se týká postojů, přístupů k pacientovi a jeho blízkým. V úvahu bere všechna fakta o klientovi. Charakteristickými rysy jsou empatie, soucit, lítost, úcta k člověku, úcta k životu, akceptace, kongruence, autonomie, svoboda, lidská práva, práva pacientů/klientů.

Mezi tyto modely patří například model F. Nightingale: Moderní ošetrovatelství, V. Henderson: Definice ošetrovatelství a model D. E. Orem: Teorie deficitu sebedpěče.

3.3.7 Modely energetického pole

Farkašová et al. (2006) ve své knize uvádí, že modely energetického pole zohledňují koncepci energie v rámci osoby a prostředí.

Pavlíková (2006) uvádí, že modely energetického pole zahrnují koncepci energie v kontextu jedince a prostředí.

Archalousová (2003) tento model doplňuje o charakteristické rysy, kterými jsou energie, holistická bytost jako otevřený systém, vyváženost, rovnováha, rytmus.

Mezi tyto modely patří například model M. E. Levine: Čtyři konzervační principy, M. E. Rogers: Teorie životního procesu a J. J. Fitzpatrick: Perspektivní model života.

3.3.8 Modely intervence

Pavlíková (2006) uvádí, že modely intervence zdůrazňují ošetrovatelský zásah. Jádro intervenčních modelů tvoří odborná rozhodnutí a intervence sestry. Pacient/klient je objektem ošetrovatelství a není jen účastníkem ošetrovatelské péče. Sestra rozhoduje

o péči, přičemž pracuje s vybranými proměnnými jedince nebo prostředí tak, aby dosáhla změny.

Archalousová (2003) má pro tuto kategorii ve své knize název modely ošetrovatelských zákroků (intervencí). Zdůrazňují význam ošetrovatelských činností napomáhajících udržení zdraví a zlepšení péče. Charakteristickými rysy jsou činnosti v péči o pacienta a realizace změn v jeho okolí tak, aby se dosáhlo změny jeho stavu.

Mezi tyto modely patří například model I. M. King: Identifikace systému klienta/pacienta, F. G. Abdellah: Postupy k řešení problémů a organizace péče nebo model M. Gordon: Systematické zhodnocení funkčního a dysfunkčního stavu zdraví.

3.3.9 Modely substituce (nahrazení)

Pavlíková (2006) píše, že modely substituce se soustřeďují na poskytování náhrady (tedy substituce) za schopnosti pacienta/klienta, které byly ztracené, nebo které není možné aktivizovat. Jednání závisí na rozhodnutí pacienta/klienta, který uplatňuje svou vlastní vůli a fyzickou kontrolu v největší možné míře při rozhodování o vhodné náhradě za ztracenou schopnost.

Archalousová (2003) uvádí, že modely substituce zdůrazňují význam obranných mechanismů a chování zaměřeného na náhradní cíle. Charakteristickými rysy jsou náhrada ztracených nebo zhoršených schopností pacienta/klienta a dále kompenzace.

Mezi tyto modely patří například model D. E. Orem: Model sebepečce a model H. Peplau: Psychodynamické ošetrovatelství.

3.3.10 Modely konzervace (zachování)

Pavlíková (2006) ve své knize uvádí, že modely konzervace zdůrazňují zachování příznivých aspektů situace pacienta/klienta, které jsou ohrožené onemocněním nebo existujícími či potenciálními problémy. Jednání spočívá na rozhodnutích sestry, která musí dbát na zachování (konzervaci) existujících schopností pacienta/klienta.

Archalousová (2003) uvádí, že modely konzervace zdůrazňují úsilí o zachování všech zbylých příznivých okolností a schopností pacienta/klienta. Charakteristickými rysy jsou úsilí, snaha a schopnosti pacienta/klienta.

Mezi tyto modely patří například model M. E. Levine: Principy zachování a model N. Roper: Aktivita pro zachování života.

3.3.11 Modely udržování (podpory)

Pavlíková (2006) uvádí, že modely podpory se soustřeďují na pomoc nemocnému při jeho vyrovnávání se s poškozením zdraví. Intervence sestry jsou zaměřené na podporu pacienta/klienta a na výstavbu psychologických a fyziologických mechanismů vyrovnání se se situací.

Podle Archalousové (2003) modely udržování zdůrazňují aktivity vedoucí k pomoci pacientovi/klientovi snést poškození zdraví a adaptovat se na situaci. Charakteristickými rysy jsou pomoc pacientovi/klientovi, míra poškození zdraví, adaptace na situaci a umění pomoci.

Mezi tyto modely patří například model V. Henderson: Komplementární model, M. E. Levine: Adaptace na prostředí a model E. Wiedenbach: Model „umění pomoci“.

3.3.12 Modely zlepšení

Pavlíková (2006) uvádí, že modely zlepšení se zaměřují na zlepšené kvality života pacienta/klienta prostřednictvím posilování všeho, co je nemocí oslabené.

Podle Archalousové (2003) modely zlepšení zdůrazňují kvalitu péče o klienta jako cestu v ošetrovatelství. Mezi charakteristické rysy patří zlepšení, kvalita péče o pacienta/klienta a zlepšení kvality života.

Mezi tyto modely patří například model D. E. Johnson: Systém chování a model N. Roper: Aktivity zvyšující kvalitu života.

4 Modely zaměřené na konečnou fázi života

V další části práce budeme popisovat tři modely, které se nám nejvíce zalíbily.

4.1 Model Hildegard E. Peplau

„Ošetřovatelství je významný terapeutický interpersonální proces, který působí v součinnosti s dalšími procesy, které lidem umožňují navracet zdraví“ (Peplau, 2003, s. 57).

Pavlíková (2006) uvádí, že se Hildegard Elizabeth Peplau narodila 19. 9. 1909 v Pensylvánii. V roce 1931 získala základní ošetřovatelské vzdělání. Pracovala jako sestra, hlavní sestra a vedoucí ošetřovatelství. Během 2. světové války pracovala jako členka armádního sesterského oddílu v neuropsychiatrické nemocnici v Anglii. Hildegard E. Peplau pracovala i jako psychiatrická sestra a publikovala knihu *Interpersonální vztahy v ošetřovatelství*. Založila a vydávala časopis *Properties in Psychiatric Care*. V roce 1999 zemřela v Kalifornii.

Hildegard E. Peplau byla popsána jako matka psychiatrického ošetřovatelství, protože její teoretická a klinická práce vedla k rozvoji zvláštního odborného oboru psychiatrického ošetřovatelství. Její vliv v ošetřovatelství zahrnuje příspěvky jako psychiatrický ošetřovatel, odborník, autor, ošetřovatelský vůdce a teoretik. Peplau zajišťovala hlavní postavení v profesionalizaci ošetřovatelství. Pracovala jako výkonná ředitelka a prezidentka Asociace amerických sester (Alligood, 2018).

Farkašová et al. (2006) uvádí, že Hildegard Peplau definuje ošetřovatelství jako interpersonální proces zahrnující interakci mezi dvěma a více osobami se společným cílem. Lidé mají být respektováni jako biologicko-psychologicko-sociálně-spirituální celek, který reaguje rozdílně. Peplau chápe ošetřovatelství jako edukační nástroj a sílu na prohlubování pokroku v tvůrčím životě. Ošetřovatelství je zkušenost, která umožňuje poznávat sebe i ostatní, kteří jsou součástí interpersonální činnosti.

4.1.1 Vývoj modelu interpersonálních vztahů

Podle Farkašové et al. (2006) se model Hildegard Peplau sám vyvíjel během ošetřovatelské praxe Peplau a jejího studia psychiatrického ošetřovatelství. Poznatky, které použila v ošetřovatelství, si vypůjčila i z jiných oborů.

Model Peplauové je výrazně ovlivněný americkým psychiatrem Harry Stack Sullivanem (1892–1949), což je zakladatel interpersonální teorie psychiatrie, a jeho modelem mezilidských vztahů. Zabýval se hlavně efektem sociálního a kulturního prostředí, než efektem na vnitřní spouštěče (Pavlíková, 2006).

Farkašová et al. (2006) ve své knize uvádí, že Hildegard E. Peplau popisuje ošetrovatelství jako interpersonální proces mezi dvěma, a více jedinci, kteří mají společný cíl. V rámci zdravotnictví je to tedy terapeutický vztah mezi sestrou a pacientem. Pacient je považován za individuum, které potřebuje zdravotnickou péči. Sestra jej samostatně posuzuje pomocí poznatků z teorie i praxe. Sestra a pacient se vzájemně poznávají, komunikují, společně identifikují problém a snaží se jej vyřešit, a to i přesto, že je každý zvyklý řešit problémy odlišným způsobem. Snaží se najít společné vyhovující řešení.

Model péče má za cíl identifikovat mezilidské problémy a podněcovat pokusy o úspěšnější styly vztahu. Je to jak účelné, tak i zaměřené na zdravotní sestru, která pomáhá nasměrovat pacientovu energii k mezilidskému růstu. Prostřednictvím tohoto procesu sestra přijímá mnoho rolí (Forester, 2001).

Pavlíková (2006) uvádí, že Peplau uvedla v roce 1952, že ošetrovatelství je významná interpersonálně-terapeutická činnost, která umožňuje lidem navracet zdraví. Svůj model vyvíjela postupně popisem struktur interpersonálního procesu a jeho čtyř fází ve vztahu sestra – pacient. Následně definovala role sestry ve vztahu, které podle autorky tvoří psychodynamické ošetrovatelství.

Ošetrovatelskými cíli jsou dosažení adekvátní komunikace, mít dobré interpersonální vztahy umožňující růst a rozvoj pacienta, zvládnání zátěžových situací a uspokojení potřeb pacienta. Role sestry spočívá v tom, že je důraz kladen na vztah vytvářející se mezi sestrou a pacientem (Archalousová, 2003).

Mezi jeden z hlavních předpokladů modelu je úloha sestry. Sestra provádí ošetrovatelskou péči, dělá důležitá rozhodnutí a vede pacienta. Dalším předpokladem je úloha ošetrovatelství a vzdělávání, které vychází z osobnostního vývoje jedince. Ošetrovatelství dále používá metody a principy, které vedou k uvolňování mezilidských vztahů (Pavlíková, 2006).

Peplau (2013) uvádí, že jako první posunula model ošetrovatelské praxe od toho „co sestry dělají pacientům“, k tomu „co dělají s pacienty“. Vztah sestra – pacient popsala Hildegard E. Peplau jako dynamický proces. Tento dynamický proces vytváří příležitost pro učení a růst jak pro pacienta, tak pro sestru.

4.1.1.1 Role sestry

Sestry podle Peplau aktivně pracují s pacienty v šesti rolích.

Tondrová (2009) uvádí, že první rolí je role neznámé osoby, která znamená první setkání s pacientem. Je to úvodní etapa terapeutického vztahu. Druhá role je role pomocnice, což znamená, že sestra klade pacientovi konkrétní otázky a nabízí fundované odpovědi týkající se jeho problémů. Vysvětluje a pomáhá pochopit příčiny pacientova stavu a podstatu plánu léčby.

Třetí rolí je role učitelky, která je kombinací všech rolí. Sestra vychází z toho, co pacient ví, a učí ho to, co neví a o co má pacient zájem. Čtvrtou rolí je role vůdce, která pacienta vede ke splnění jeho aktuálních povinností prostřednictvím spolupráce a aktivní účasti pacienta (Pavlíková, 2006).

Tondrová (2009) uvádí, že pátou rolí je role zástupce, což znamená, že jeho rozsah závisí na míře závislosti (závislý, částečně závislý, nezávislý) pacienta. A poslední šestou rolí je role poradce, která je nejvýznamnější v psychiatrickém ošetřovatelství. Představuje reagování sestry na potřebu podpory pacienta.

Igbal (2015) uvádí, že Peplau k doplňkovým rolím řadí role konzultanta, tutora, zástupce pro socializaci, bezpečnostního technika, manažera životního prostředí, mediátora, administrátora a správce, pozorovatelského zápisníku, výzkumníka.

Hildegard Peplau uvádí, že je ošetřovatelství zkušenost, která umožňuje poznávat jak sebe, tak i ostatní, kteří jsou součástí interpersonální činnosti. Pomocí vzájemné komunikace a vyváženého mezilidského vztahu se posiluje růst a vývoj pacienta. Tím se současně snižuje nebo odstraňuje jeho úzkost (Farkašová et al., 2006).

Podle Pavlíkové (2006) jsou emetickými východisky H. Peplau filozofie humanizmu, koncepce vývoje osobnosti, koncepce motivace, psychoanalytické teorie a v poslední řadě principy sociálního učení v pracích H. S. Sullivana, A. Maslowa, N. E. Millera, P. Symonnda, S. Freuda a I. P. Pavlova.

4.1.1.2 Fáze modelu Peplau

De Chesnay (2005) ve své knize uvádí, že interpersonální vztah, jak popsala Peplau má čtyři jasné rozpoznatelné fáze terapeutického vztahu sestra – pacient. Těmito fázemi jsou orientace, identifikace, exploatace (využití) a rezoluce (ukončení). Tyto fáze jsou vzájemně propojené. Vyžadují překrývající se role a funkce jako například to, že se

sestra a pacient učí spolu spolupracovat a řešit problémy v souvislosti se zdravotními komplikacemi.

První fáze orientace nastává v okamžiku, kdy se sestra poprvé setkává s pacientem. Sestra i pacient vystupují jako dvě cizí osoby. Pacient přichází, jelikož cítí potřebu profesionální pomoci. V tomto okamžiku se začíná vytvářet terapeutický vztah mezi sestrou a pacientem. Sestra pacientovi pomáhá objasnit a pochopit jeho problémy a to hned, jakmile zjistí oblast, ve které je potřeba pomoci (Pavlíková, 2006).

Farkašová et al. (2005) dále popisuje, že je velice důležité, aby sestra již během analýzy situace spolupracovala s pacientem a jeho rodinou. Aby se sestra a pacient vzájemně poznali a dále objasnili a definovali problém, který pacient má. Nejen sestra, ale i pacient a jeho rodina společně poznávají, definují a objasňují pacientův zdravotní problém. To vše snižuje napětí, obavy a strach pacienta. Sestra ho informuje v ošetřovatelských dovednostech a praktikách, které jsou přijatelné k vyřešení jeho problému. Fáze orientace je pro pacienta velice důležitá, neboť mu poskytuje pocit bezpečí.

Druhou fází je identifikace, kdy si musí sestra a pacient vzájemně ujasnit svá očekávání a představy. Tento postup vede k vytvoření pracovního vztahu mezi nimi, dále k přesnější identifikaci problémů i k rozhodování v jejich řešení. Při identifikaci může být pacient buď pasivní a úplně závislý na sestře nebo úplně autonomní a nezávislý na sestře. Nebo může být aktivně spolupracující, ale zároveň částečně závislý na sestře (Pavlíková, 2006).

Pavlíková (2012) popisuje, že při této fázi se vytváří interpersonální vztah mezi sestrou a pacientem. Aby se mezi nimi vytvořil zdravý pracovní vztah, musí si vzájemně ujasnit své představy a očekávání. Pacient začíná postupně vnímat sestru jako osobu, která mu může pomoci. Ve fázi identifikace reaguje každý pacient individuálně. Kvůli tomu je nutný intenzivní terapeutický vztah mezi sestrou a pacientem.

Třetí fáze se nazývá exploatace neboli využití, kdy pacient začíná kontrolovat situaci a využívá dostupné služby podle potřeb a možností. Sestra pacienta podporuje v poznávání vlastních pocitů, emocí, myšlení a chování s cílem maximálního zapojení pacienta do sebekpěče (Pavlíková, 2006).

Pavlíková (2012) dále uvádí, že v této fázi se pacient stává stále samostatnějším, soběstačnějším, iniciativnějším a zodpovědnějším. Pacient stále více věří ve své schopnosti, přesto si však klade reálné cíle k podpoře vlastního zdraví. Podle modelu

Hildegard Peplau je v této fázi pacient tím, kdo provádí hlavní činnosti. Sestra musí pacientovi pomoci využít všechny cesty pomoci, které mu nabízí. Poté mohou společně postupovat k poslední fázi interpersonálního procesu.

Poslední čtvrtou fází je rezoluce (ukončení). Znamená ukončení terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem. Pacientovi potřeby jsou splněné a sestra se může zaměřit na nové cíle (Pavlíková, 2006).

Farkašová et al. (2005) uvádí, že v této fázi jde o postupné uvolňování identifikace pacienta se sestrou. Dochází k ní pouze tehdy, je-li pacient schopen žít nezávisle a jeho potřeby jsou splněny. Sestra se poté může zaměřit na nové cíle. Samostatné uskutečnění této poslední fáze ukončení je odrazem zdařilosti vykonávaných aktivit mezi sestrou a pacientem v jednotlivých fázích interpersonálního procesu.

4.1.2 Metaparadigmatické koncepce podle H. Peplau

Pavlíková (2006) ve své literatuře uvádí, že mezi předpoklady zkoumání patří osoba, zdraví, prostředí a ošetřovatelství. Osoba je organismus, který žije v nestabilní rovnováze a svým vlastním způsobem usiluje o snížení tenzí (napětí, tlaku), vytvářených neuspokojenými potřebami.

Peplau definuje, že osoba je rozvíjejícím se organismem, který se snaží snížit úzkost, která je způsobena potřebami (Wayne, 2014).

Pavlíková (2006) uvádí, že zdraví je slovním znakem, který znamená požadavek osobnosti na různé lidské procesy a vztahy, a to z toho důvodu, aby směřovaly ke kreativitě, konstruktivitě a produktivitě v osobním i společenském životě.

Peplau definuje zdraví jako slovní symbol, který znamená pohyb osobnosti (Wayne, 2014).

Dále Pavlíková (2006) uvádí, že prostředí existuje mimo organismus a je v souvislosti s kulturou. Je to nejdůležitější pro získání si zvyků a jejich používání, které přispívají ke zdraví.

Peplau říká, že prostředí se skládá ze současných sil mimo člověka, které jsou v souvislosti s kulturou (Wayne, 2014).

Ošetřovatelství je podle Pavlíkové (2006) nejvýznamnějším terapeutickým a interpersonálním procesem, který je ve vzájemném působení s jinými lidskými procesy a napomáhá ke zdraví nejen jedince, ale i společnosti. Zahrnuje vztah mezi

pacientem a sestrou, která mu pomáhá v procesu interakce k vývoji osobnosti, kreativitě a produktivitě v osobním i společenském životě.

Peplau definuje ošetřovatelství jako významný terapeutický a interpersonální proces, který spolupracuje s jiným lidským procesem, který umožňuje zdraví pacientům v komunitách (Wayne, 2014).

4.1.3 Model Hildegard Peplau a konečná fáze života

Farkašová et al. (2006) popisuje, že model Hildegard Peplau je zaměřený na dospělé pacienty, kteří používají interpersonální zručnosti na odstranění úzkosti a strachu. Používání tohoto modelu je rozšířeno v oboru mentálního zdraví a psychiatrického ošetřovatelství. Tento model je vhodné používat tam, kde při uspokojování zdravotních potřeb mají důležitou roli vztahy. Model Peplau není vhodný v prostředí, kde je kontakt mezi sestrou a pacientem krátkodobý.

Problémy, které vyžadují zejména ošetřovatelský zásah, jsou zejména problémy, které jsou spojené s obavami. Příčiny těchto problémů mohou být buď psychologické, fyzické nebo sociální. Mnohé příčiny těchto problémů mohou být propojené s těžkostmi v interpersonálních vztazích. Všechny tyto příčiny vyvolávají pocit nemoci, z jehož následku lidé vyhledávají ošetřovatelskou péči (Archalousová, 2003).

Hildegard E. Peplau klade důraz na interpersonální vztahy. Sestru zdůrazňuje jako poradkyni, která umožňuje pacientovi rozpoznat dysfunkční jednání, pochopit jeho příčiny a vést pacienta ke změnám (Hosák et al., 2005).

Pavlíková (2006) ve své knize uvádí, že podle Sullivanovy teorie, podle které se tento model vyvíjel, je lidské chování motivované dvěma základními hnacími silami. Těmito silami jsou snaha po uspokojení a snaha po bezpečí. Pokud jedna z nich, nebo obě nejsou uspokojeny, pak nastává stav tenze neboli napětí. Tenze se dělí na tenze, které jsou spojené s potřebami. Tyto tenze nastávají tehdy, když tyto potřeby nejsou uspokojovány. Druhými tenzemi jsou tenze, které jsou spojené s úzkostí. Tyto tenze vznikají, pokud nelze snahu o bezpečí plně zajistit.

Myšlenka komunikace mezi sestrou a pacientem je omezena u těch jedinců, kteří nejsou schopni konverzovat. To je konkrétně například u pacientů, kteří jsou v bezvědomí. Koncepce jsou vysoce použitelné v péči u psychiatrických pacientů. Ale nejsou omezeny jen na tyto pacienty. Tento model může být aplikován

u kteréhokoliv pacienta s vůlí a schopností komunikovat (Theory of Interpersonal Relations, 2011).

4.1.4 Úrovně úzkosti

Peplau popisuje čtyři úrovně úzkosti. První úroveň je mírná úzkost. Je to pozitivní stav zvýšeného povědomí a zvýšených smyslů umožňujících osobě učit se novému chování a pomáhání řešení problémů. Osoba může mít všechny dostupné stimuly neboli vnímací pole (Theory of Interpersonal Relations, 2011).

Mírná úzkost vytváří vztah zvýšených smyslů a akutního uvědomění, které pomáhá řešit problémy a učit se pozitivnějšímu chování (Heidelberger, 2017).

Druhou úrovní je střední úzkost, která zahrnuje snížené vnímání, které je zaměřené na okamžitý úkol. Pacient se může naučit novému chování nebo řešit problémy pouze s asistencí. Například sestra může pomoci pacientovi, aby se přeměroval na určitý úkol (Theory of Interpersonal Relations, 2011).

Střední úzkost snižuje vnímací pole pacienta, takže řešení problémů a změny chování jsou možné pouze s externí pomocí (Heidelberger, 2017).

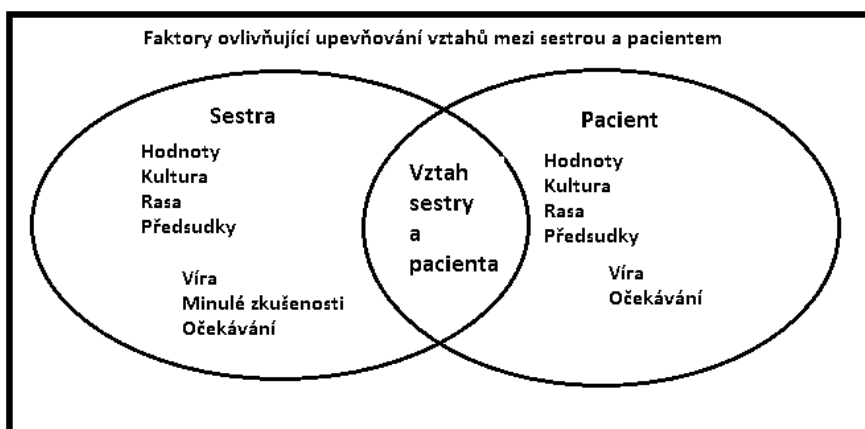
Třetí úrovní je silná úzkost, která zahrnuje pocity strachu a teroru. Pacient nemůže být přeměrován na úkol, zaměřuje se pouze na rozptýlené detaily a má fyziologické příznaky tachykardie a bolesti na hrudi (Theory of Interpersonal Relations, 2011).

Těžká úzkost zahrnuje pocity extrémního strachu, nebo strachu, které vylučují schopnost pacienta soustředit se na jakýkoliv úkol. Tento typ úzkosti se může projevit i fyzicky díky nadměrnému pocení, bolestem na hrudi a rychlejšímu srdečnímu tepu (Heidelberger, 2017).

Poslední úrovní je úzkost panická, která může zahrnovat ztrátu racionálního myšlení, mohou zde být bludy, halucinace, úplná fyzická nehybnost nebo zmatenost. Pacient může začít bezúčelně například běhat, a proto se sám vystavuje zranění. Panická úzkost je zcela oslabující (Theory of Interpersonal Relations, 2011).

Model Peplau poskytuje logický a systematický pohled na ošetrovatelskou péči. Koncepce a fáze terapeutického procesu podle modelu Peplau jsou v souladu s jinými teoriemi. Příkladem těchto teorií jsou Maslowova teorie potřeb a Selyeho teorie stresu. Komunikaci Peplau pokládá za jeden ze základních ošetrovatelských nástrojů. Model Peplau obohatil ošetrovatelské poznatky nejen v oblasti psychiatrického ošetrovatelství a mentálního zdraví, ale i ošetrovatelství všeobecně (Farkašová et al., 2006).

Obrázek 2: Model Hildegard Peplau



Zdroj: volně přeloženo z: Carey, 2013

4.2 „Trajectory“ model

4.2.1 Vývoj Trajectory modelu

Na počátku šedesátých let Anselm Strauss za spolupráce sociálního vědce Barneyho Glasera a zdravotní sestry Jeanne Quint Benoliel dělali rozhovory s umírajícími pacienty, aby zjistili, jaká péče je pro tyto klienty potřebná. V důsledku těchto rozhovorů Strauss a kolegové publikovali základní rámec, který se zabýval problémy a obavami jedinců s chronickým onemocněním. Ačkoli v té době byl vytvořen termín trajektorie, nedošlo k jeho úplnému rozvoji. K tomu došlo až o 20 let později (Lubkin, Larsen, 2011).

Lubkin a Larsen (2011) dále uvádějí, že z práce Strausse a jeho kolegů v šedesátých a sedmdesátých letech byl v osmdesátých letech 20. století základní rámec trajektorie zdokonalován. Corbin a Strauss (1992) vyvinuli tento rámec tak, aby sestry mohly: získat přehled o chronických onemocněních pacienta, sjednotit existující literaturu o chronicitě do jejich praxe, poskytnout směr budování ošetrovatelských modelů, výuky a výzkumů.

4.2.2 Trajectory model

Model trajektorie je ošetrovatelský model, který je obzvláště vhodný v situacích u lidí s chronickými nemocemi. Byl vyvinutý lékařem a sociologem Anselmem L. Straussem a sestrou Juliet Corbin. Tento model se také nazývá „model Corbin-Strauss“ a je uznáván jako teorie zprostředkovávání vysvětlující ošetrovatelství. Tento model byl vyvinut po více než 30 letech interdisciplinárního výzkumu různých chronických onemocnění (Trajectory Model, 2013).

Touhy a Jett (2018) ve své knize uvádějí, že tento model velice pomohl sestram lépe porozumět realitě chronické nemoci a jejímu dopadu na pacienta. Podle tohoto teoretického přístupu je chronické onemocnění možné vidět z pohledu životního cyklu nebo z trajektorie. Tímto způsobem může být průběh onemocnění pacienta považován za nedílnou součást jeho života, spíše než za izolovanou událost. Odpověď sestry je spíše holistická, než izolovaná.

Trajektorie, kterou vyvinuli Corbin a Strauss nabízí model, podle něhož mohou být cíle člověka s chronickým onemocněním a sestrou vnímány v kontextu dlouhé léčby. Tato cesta je znázorněna v různých fázích chronické nemoci pro pacienta. Po nějakém

čase se v trajektorii objeví různé prvky péče. Trajektorie je nelineární a lidé mohou přeskocit fáze, nebo se vrátit k předchozím fázím více než jednou (Chang, Johnson, 2014).

Trajectory Model (2013) uvádí, že pojem trajektorie označuje průběh chronické nemoci v různých stádiích a fázích. Chronické nemoci jsou vážná onemocnění, která mohou trvat celý život u jednotlivce. Ovlivňují pacienty po duševní, emoční a sociální stránce. V mnoha případech mají negativní vliv na kvalitu života.

Jandíková a Ratislavová (2011) uvádějí, že Trajectory model se jeví jako model systémový, který umožní individuální a kontinuální vedení pacienta. Je zaměřený především na dlouhodobou perspektivu nevyléčitelně nemocného, interdisciplinární spolupráci a kooperaci mezi pacientem, jeho rodinou a odborníky. Konceptní model Corbin a Strauss definuje čtyři metaparadigmatické koncepce, kterými jsou osoba, zdraví, prostředí a ošetřovatelství.

Jedním ze způsobů, kterým je model klinické praxe užitečný, je fakt, že pomáhá osobě s chronickým onemocněním a sestřám diskutovat o potřebách a cílech člověka v různých dobách v nemoci. Každý člověk prožívá trajektorii nemoci různými způsoby. Model poskytuje příležitosti pro rozhovory mezi jednotlivci a sestrami o nemoci, což může vést ke společnému porozumění jedinečné trajektorie osoby v důsledku nemoci (Chang, Johnson, 2014).

4.2.3 Metaparadigmatické koncepce

Jandíková a Ratislavová (2011) popisují osobu neboli pacienta, že nese ve vlastní míře vlastní odpovědnost za preventivní a léčebná opatření, za každodenní aktivity a činí nutná rozhodnutí. Tato rozhodnutí souvisejí s danou nemocí a zároveň jsou v souladu s vlastním životním příběhem.

Zdraví a pohled na něj je ovlivněn hlavně tím, že tento model je určen pro ty, kteří jsou chronicky nemocní. V tomto případě zdraví nemusí vždy znamenat to, že se člověk uzdraví, ale spíše šanci, jak nemocný může předcházet komplikacím, nebo se přizpůsobit životu s nemocí, a také aby byl schopen udržovat kvalitní život na takové úrovni, která je maximálně možná (Jandíková a Ratislavová, 2010).

Podle Jandíkové a Ratislavové (2011) lze do prostředí zahrnout jednak prostředí, ve kterém nemocný žije, ale také především chování jeho nejbližšího sociálního okolí. Základním okolím pro každého nemocného je jeho domov a jeho nejbližší.

V dlouhodobém výhledu častých hospitalizací se může prostředí, ve kterém nevyléčitelně nemocný žije, měnit, a proto je velice důležité na takoveto změny připravit jak nemocného, tak i jeho rodinu. Toto je důležité hlavně proto, aby byl přechod pro nemocného bezproblémový a pro všechny zúčastněné co nejmenší zátěží.

Cílem ošetřovatelství je přinést pomoc chronicky nemocnému, aby mohl vykonávat každodenní aktivity, a byly mu poskytnuty veškeré možné životní podmínky k udržení kvalitního života. Je velice důležité brát zřetel jak na minulost, tak i na budoucnost nemocného (Jandíková, Ratislavová, 2010).

4.2.3.1 Fáze trajektorie chronických onemocnění

Jandíková a Ratislavová (2011) v Trajectory modelu popisují osm typických stádií chronické nemoci. První fází je doba před propuknutím nemoci. Je to čas před propuknutím prvních příznaků a před stanovením diagnózy. Zahrnutí této fáze do obrazce průběhu nemoci zdůrazňuje význam preventivní léčby.

V první fázi hrají velkou roli genetické faktory chování v životním stylu, které ohrožují jednotlivce nebo komunitu pro vznik chronického onemocnění. Cílem je zabránit nástupu chronických nemocí (Chang, Johnson, 2014).

Jandíková a Ratislavová (2011) uvádějí, že druhou fází je výskyt nemoci, která představuje propuknutí nemoci a jejich symptomů. Je to doba, kdy nemocný vstupuje do léčby a stanovuje se diagnóza. Jedná se o skutečný počátek křivky ošetřovatelské péče a průběhu nemoci.

Začíná výskyt zřetelných symptomů. Zahrnuje období diagnostiky. Člověk se začíná vyrovnávat s důsledky diagnózy. Cílem je formovat vhodné promítání a schéma trajektorie (Chang, Johnson, 2014).

Podle Jandíkové a Ratislavové (2011) je třetí fází krize, která je definována jako životu ohrožující situace, která se vztahuje k celkové situaci nemocného. A to jak po tělesné, psychické i sociální stránce.

Je to kritická nebo životu ohrožující situace vyžadující léčbu. Činnosti každodenního života byly pozastaveny až do krize. Cílem je odstranění ohrožujících faktorů života (Chang, Johnson, 2014).

Jandíková a Ratislavová (2011) uvádějí, že čtvrtou fází je akutní fáze, kdy počátek nemoci může vyústit do akutní fáze nemoci, která vyžaduje aktivní zásahy, které by předcházely zhoršení stavu či komplikacím.

Závažné příznaky nebo rozvoj komplikací nemoci vyžadují hospitalizaci nebo odpočinek na lůžku s kontrolou lékaře. Cílem je dostat nemoc pod kontrolu a obnovit normální každodenní aktivity nemocného (Chang, Johnson, 2014).

Jandíková a Ratislavová (2011) uvádějí, že pátou fází je stabilní fáze nemoci, která nastupuje, pokud jsou intervence a opatření v předchozí fázi efektivní. Průběh nemoci a příznaky jsou pod kontrolou péče a léčebného programu. Za různého stupně podpory je udržen stabilní zdravotní stav.

Průběh onemocnění a příznaky jsou pod kontrolou. Každodenní činnosti jsou řízeny v rámci omezení nemocí. Centrem péče o nemocné je v jejich domácnosti. Cílem je zachovat stálost nemoci (Chang, Johnson, 2014).

Podle Jandíkové a Ratislavové (2011) je šestou fází nestabilní fáze nemoci, kdy nemoc a příznaky nelze již danou péčí v léčebných programech zvládnout, ale pobyt v nemocnici zatím není nutný. U chronického onemocnění se nelze úplně vyhnout výkyvům zdravotního stavu. Tyto výkyvy buď přímo, nebo nepřímo se základním onemocněním souvisejí. Tato fáze si žádá nové posouzení intervencí a opatření, které by vedly ke stabilizaci a zvládnutí situace v pacientově domácím prostředí.

Je to období neschopnosti zachovat symptomy pod kontrolou a dochází k obnovení nemoci. Dochází k narušení a potížím při provádění každodenních aktivit. Úpravy probíhají v režimu s péčí obvykle v pacientově domě. Cílem je vrátit se do stabilního stavu (Chang, Johnson, 2014).

Sedmou fází je podle Jandíkové a Ratislavové (2011) fáze úpadku, kdy i přes veškerou péči dochází v některých případech k šíření nepříznivého tělesného i duševního stavu. Přibývá příznaků nemoci a pacientův stav se zhoršuje.

Průběh onemocnění je charakterizovaný rychlým nebo postupným fyzickým poklesem, který je doprovázen narůstajícími potížemi nebo obtížemi při kontrole příznaků. Vyžaduje změny v každodenní činnosti. Cílem je přizpůsobit se rostoucímu postižení (Chang, Johnson, 2014).

Poslední osmou fází je podle Jandíkové a Ratislavové (2011) fáze umírání. Je to bezprostředně období před smrtí, které může trvat hodiny, dny až týdny.

Jsou to poslední dny nebo týdny před smrtí. Vyznačuje postupné či rychlé zastavení tělesných pochodů, profesní stažení a uzavření se. Pacienti se vzdávají zájmů a činností každodenního života. Cílem je nechat pacienty poklidně zemřít (Chang, Johnson, 2014).

4.2.4 Trajectory model a konečná fáze života

Trajectory model je využíván jako nástroj pro management ošetrovatelské péče a podněcuje sestry k tomu, aby se zamýšlely nad perspektivou jednotlivých pacientů a vytvářely kontinuální a obsáhlý plán péče v rámci ošetrovatelského procesu. Zkušený personál s dostatečnými vědomostmi o onemocnění sestavuje, plánuje a koordinuje péči o nevyлéčitelně nemocného. Dále vyhledává a využívá všechny zdroje v péči o pacienta. Osobnost pacienta s jeho vůlí a motivací stojí ve středu holistické péče (Jandíková, Ratislavová, 2011).

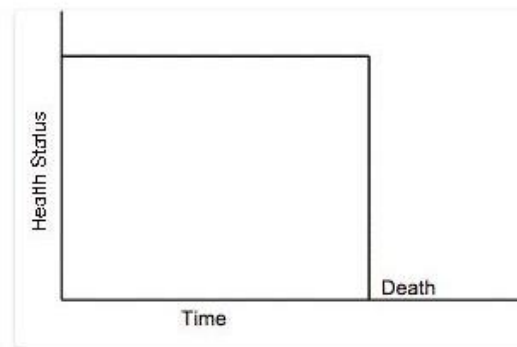
Trajectory Model (2013) popisuje, že ošetrovatelský proces v modelu trajektorie chronického onemocnění podle Corbin a Strausse je složen ze šesti kroků. Prvním je určení fáze trajektorie. Druhým krokem je identifikace problémů a stanovení cílů. Třetím krokem je stanovení plánů na splnění cílů. Čtvrtým krokem je identifikace faktorů, které brání dosažení cílů. Pátým krokem je zavádění intervencí. A posledním šestým krokem je vyhodnocení účinnosti intervencí.

Pacienti, kteří mají život ohrožující chorobu, si pokládají dvě nejdůležitější otázky. První otázkou je: „Kolik času mi zbývá?“ a druhou otázkou je: „Co se stane?“ Pomůckou pro ošetrovatelský personál k zodpovězení těchto otázek může být použití typických trajektorií onemocnění. Přemýšlení z hlediska těchto trajektorií poskytuje široký časový rámec a vzorce pravděpodobných potřeb a interakcí se zdravotními a sociálními službami, které mohou být alespoň koncepčně mapovány směrem ke smrti (Murray et al., 2005).

Glaser a Strauss poprvé popsali koncept trajektorií smrti v průkopnickém kvalitativním výzkumu v šedesátých letech minulého století. Poznamenali, že časový průběh procesu onemocnění vedoucího k úmrtí pacienta měl hluboký dopad na zkušenosti pacientů, rodin a ošetrovatelského personálu. Popsali tři trajektorie smrti, kterými jsou: náhlá smrt, trvalý pokles s očekávanou smrtí bez ohledu na to, jaké léčebné postupy nabízí, a poslední je trvalý pokles s přerušovanými krizemi a nepředvídatelným bodem smrti. Rozpoznání takových trajektorií onemocnění pomáhá zdravotníkům při využívání prognózy k péči o vážně nemocné pacienty (Prognostication & Trajectory of Dying, 2018).

V první trajektorii (obr. 2) se jedná o náhlou smrt bez předchozího varování. Je to smrt související s traumatem, kdy nejlepším příkladem je dopravní nehoda. Dále příčinou může být akutní infarkt myokardu nebo fatální arytmie (Murray et al., 2005).

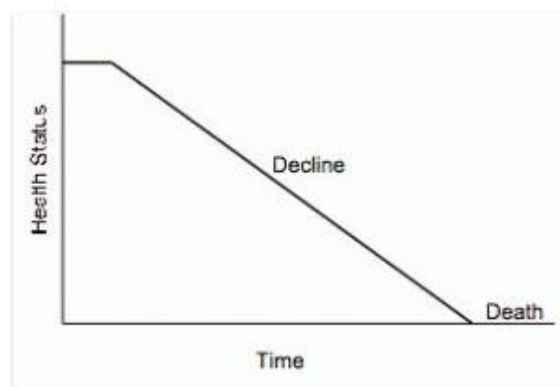
Obrázek 3: Trajektorie 1



Zdroj: Prognostication & Trajectory of Dying, 2018

V druhé trajektorii (obr. 3) se jedná o trvalý pokles zdravotního stavu v průběhu času s nevyhnutelným posunem k smrti. Obvykle se časový rozvrh od diagnózy po smrt měří v týdnech až měsících. Příkladem jsou rakoviny jako například rakovina pankreatu, plic nebo žaludku (Prognostication & Trajectory of Dying, 2018).

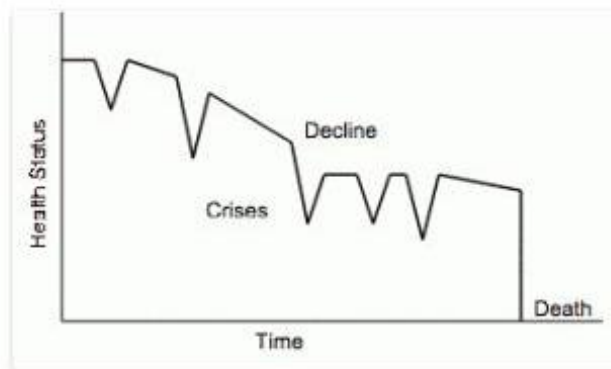
Obrázek 4: Trajektorie 2



Zdroj: Prognostication & Trajectory of Dying, 2018

Dále Prognostication & Trajectory of Dying (2018) uvádí, že v třetí trajektorii (obr. 4) se jedná o trvalý pokles s přerušovanými krizemi a nepředvídatelným bodem smrti. V této trajektorii nastávají epizody akutních krizí a je velice obtížné předvídat, která tato krize skončí smrtí pacienta. Příklady těchto krizí jsou: chronické plicní onemocnění, městnavé srdeční selhání nebo jaterní onemocnění.

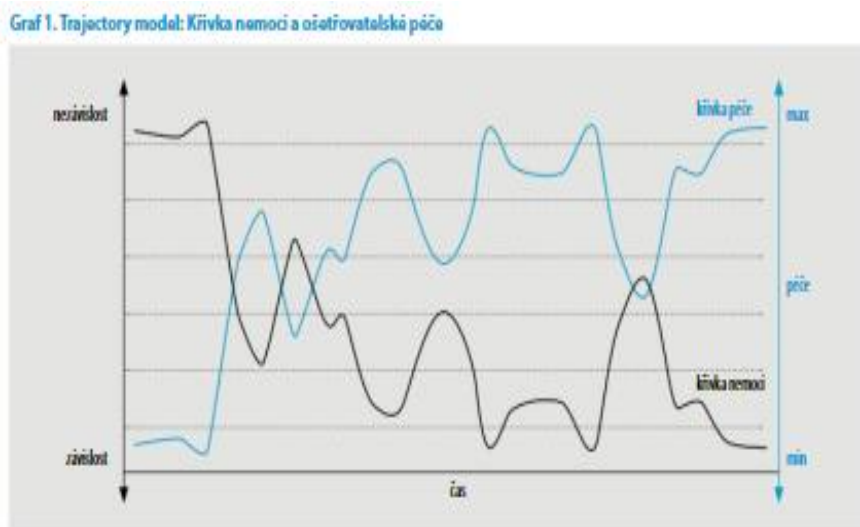
Obrázek 5: Trajektorie 3



Zdroj: Prognostication & Trajectory of Dying, 2018

Tyto rámce mohou pomoci lékařům naplánovat a poskytovat odpovídající péči, která integruje aktivní a paliativní péči. Pokud pacientům a jejich pečovatелům získají lepší pochopení tím, že zvaží trajektorie onemocnění, mohou jim pomoci cítit větší kontrolu nad jejich situací a posílit jejich schopnost vyrovnat se s jejich požadavky. Důležitým důsledkem pro plánovače služeb je to, že různé modely péče budou vhodné pro osoby s různými trajektoriemi onemocnění. V závěru života přezkoumáme hlavní popsání trasy onemocnění a vyvozujeme klíčové klinické důsledky (Murray et al., 2005).

Obrázek 6: Trajectory model



Zdroj: Jandíková, Ratislavová, 2011

4.3 Teorie pokojného konce života

Cornelia M. Ruland se narodila v roce 1954 v Norsku a získala titul Ph.D. v ošetrovatelství na Case Western Reserve University v Clevelandu v Ohio a to v roce 1988. Nyní je Cornelia M. Ruland ředitelkou Centra společného rozhodování a ošetrovatelského výzkumu v Rikshospitalitet univerzitní nemocnice v Oslu v Norsku a současně je odbornou asistentkou na oddělení biomedicínské informatiky na Kolumbijské univerzitě v New Yorku. Ruland obdržela několik ocenění za svou práci v ošetrovatelství a byla hlavním výzkumníkem v několika výzkumných projektech (Tomey, Alligood, 2007).

Shirley M. Moore se narodila v roce 1947 a získala diplom v ošetrovatelství na Youngstown Hospital Association School of Nursing v roce 1969. Bakalářský titul získala v roce 1974 na Kent State University a na Case Western University získala magisterský titul v psychiatrii v roce 1990. Titul Ph.D. v ošetrovatelské vědě získala v roce 1993 (Tomey, Alligood, 2011).

V současnosti je proděkankou pro výzkum a profesorkou na Frances Payane School of Nursing na Case Western Reserve University v Clevelandu v Ohio. Ve své výuce se zaměřuje na teorii ošetrovatelství a epistemologii (teorii poznání), mezidisciplinární týmové modely péče a zvyšování kvality ošetrovatelské péče (Plevová et al., 2011).

4.3.1 Vývoj teorie pokojného konce života

Teorie pokojného konce života je poměrně mladá střední teorie ošetrovatelství, kterou vyvinuli Cornelia M. Ruland a Shirley M. Moore. Byla publikovaná v roce 1998. Cílem zdravotníka je zvýšit kvalitu života a dosáhnout pokojného konce života, a to u pacienta trpícího terminálním onemocněním (Peaceful End of Life, 2014).

Tato Teorie pokojného konce života byla vytvořena v doktorském teoretickém kurzu, ve kterém byla Ruland studentem a Moore učitelem. Třída studentů byla vyzvána, aby přemýšlela o budoucím použití a rozvoji středně rozsáhlých teorií pro ošetrovatelskou vědu a praxi. Studenti diskutovali o znalosti zdrojů, ze kterých by mohli odvodit středně rozsáhlé teorie stejně jako empirické znalosti, klinické a praktické dovednosti a ty, které s nimi souvisejí (Higgins, Hansen, 2017).

Každý student byl požádán, aby vytvořil střední teorii dle své volby (Tomey, Alligood, 2007).

Ruland právě dokončila hlavní projekt k rozvoji klinických praktických standardů pro pokojný konec života se skupinou odborných sester z gastroenterologického oddělení v univerzitní nemocnici v Norsku. Sestry z této nemocnice měly velké zkušenosti s onkologickými pacienty, jelikož téměř polovinu z pacientů na oddělení tvořili nemocní s rakovinou (Ruland, Moore, 1998).

Fitzpatrick a Mccarthy (2014) uvádějí, že konečný standard měl 16 výstupních kritérií, kterými byly například: nevolnost, žízeň, bolest nebo neumírat o samotě. Pro vývoj teorie byla tato výstupní kritéria zkoumána pro společné téma a původních 16 výsledků bylo sníženo na 5 kritérií, kterými jsou: bezbolestnost, pocit pohodlí, pocit důstojnosti a respektu, pocit smíření a pocit blízkosti blízkých a pečujících.

Standard sloužil jako logický zprostředkující krok mezi praxí a teorií. Standardy péče slouží jako spolehlivý návod, který stanovuje praktiků a povinností a očekávaný výkon nebo úroveň ošetrovatelské péče (Plevová et al., 2011).

Standard byl předělán do teorie pokojného konce života Ruland a později upraven za pomoci Moore. Teorie pokojného konce života se stala jedním z prvních příkladů pro použití a pochopení standardů z praxe jako zdrojů pro rozvoj středně rozsáhlých teorií (Tomey, Alligood, 2011).

Teorie pokojného konce života je založena zejména na Donabedianově klasickém modelu struktury, procesu a výsledků. Ukazatelem využití této teorie je zejména objasnění složitosti interakce a organizace zdravotní péče. Strukturou této teorie je rodinný systém, což znamená terminálně nemocný pacient a všichni jeho blízcí. Jsou to ti, kteří přijímají péči od profesionálů. Ošetrovatelský proces je definován jako sesterské intervence zaměřené na podporu pozitivních výsledků, kterými jsou: bezbolestnost, pocit pohodlí, pocit důstojnosti a respektu, pocit smíření a pocit blízkosti blízkých a pečujících (Tomey, Alligood, 2007).

Další teoretickou oporou je Brandtova preferenční teorie. Tato teorie částečně slouží filozofům k vysvětlení a definování kvality života. Preferenční teorie říká, že dobrý život je přesně určen jako získávání toho, co jednotlivec chce a přístup, který může být vhodný i pro péči na konci života. Může být použitý na pacienty při vědomí i u zmatených osob. Za vhodné je považováno upřednostňování podílu pacienta na rozhodnutí ve zdravotní péči a je to nezbytné pro úspěšný proces a výsledky (Tomey, Alligood, 2011).

4.3.2 Předpoklady modelu

Alligood (2018) ve své knize uvádí, že Teorie pokojného konce života byla odvozena ze standardů ošetrovatelské péče napsaných týmem odborných sester, které se zabývaly těmito praktickými problémy, odrazily se metaparadigmatické koncepce i v ošetrovatelství. Předmětem zkoumání v Teorii pokojného konce života je ošetrovatelství, osoba, prostředí a zdraví. Podstatou této teorie je komplexní a holistická péče pro podporu pokojného konce života.

Ruland a Moore definovaly následující dva předpoklady v roce 1998. Prvním předpokladem je, že události a pocity na konci životních zkušeností jsou osobní a individualizované. Druhým je, že ošetrovatelská péče je rozhodující pro vytváření pokojného konce života. Sestry určují a vysvětlují podněty, které odráží jejich osobní zkušenosti s koncem života. Přiměřeně zasahují a udržují pocit smíření, a to i v případě, když umírající osoba nemůže verbálně komunikovat (Plevová et al., 2011).

Alligood (2018) píše, že následně doplnily tyto předpoklady o další dva. Prvním je rodina, což je termín, který zahrnuje všechny další blízké a je důležitou součástí péče na konci života. Druhým je, že cílem péče na konci života není přizpůsobit péči v tom smyslu, že musí být nejlepší, technologicky nejvyspělejší. Je to spíše tak, že máme raději zaměřit péči na konci života na co možná nejlepší možnou péči poskytovanou prostřednictvím rozumného použité technologie a pohodlí tak, aby zvýšila kvalitu života a docílila pokojnou smrt.

4.3.3 Metaparadigmatické koncepce

Osoba je v Teorii pokojného konce života popisována jako rodinný systém, který zahrnuje pacienta v terminálním stádiu života, rodinné příslušníky i přátele. Pacient je chápán jako holistická bytost, která prochází poslední etapou svého života. Má své přání a potřeby (Tomey, Alligood, 2011).

Dále je osoba popisována jako svobodná bytost, jejíž události a pocity v poslední fázi života jsou osobní a individuální podle každého jednotlivce (Zaccara et al., 2017).

Machová et al. (2009) uvádí, že autorky prostředí nepopisují, jelikož ošetrovatelská péče o terminálně nemocné může být poskytována v prostředí vlastního domova, v hospicovém lůžkovém zařízení nebo v nemocnici.

Plevová et al. (2011) uvádí, že podle této teorie lze chápat prostředí jako zevní a vnitřní. Vnější prostředí lze dále rozdělit na fyzikální (lůžko nemocného, pokoj),

emocionální (podpora blízkých, empatie pečujících) a sociální (rodina, přátelé, pečující personál). Vnitřní prostředí se rozděluje na fyziologické (změny ve funkcích organismu) a psychické (strach, úzkost).

Prostředí je prostor, který poskytuje nejlepší stav harmonie a klidu pro přístup rodiny a blízkých k tomu, aby poskytli pacientovi efektivní péči (Zaccara et al., 2017).

Zdraví je definováno jako pocit bezbolestnosti, pohodlí, důstojnosti a respektu, smíření, blízkosti rodiny nebo dalších pečujících. To velmi přispívá ke zlepšení kvality života na jeho konci u terminálně nemocných pacientů (Ruland, Moore, 1998).

Dále je zdraví snaha o zmírnění bolesti a o minimalizaci nepohodlí u terminálně nemocných pacientů (Zaccara et al., 2017).

„Ošetřovatelství má rozhodující význam pro životní etapu pokojného konce života. Sestry stanovují a vysvětlují podněty, které odráží jejich osobní zkušenosti s koncem života, a přiměřeně zasahují a udržují pocit smíření. Cílem ošetřovatelské péče na konci života je zlepšení jeho kvality“ (Tomey, Alligood, 2011, s. 174).

„Ošetřovatelské intervence jsou zaměřeny na zajištění bezbolestnosti, pohodlí pacienta, zapojení pacienta a jeho blízkých do rozhodování o péči, poskytování emocionální podpory, monitorování a vyhovění pacientovým vyjádřeným potřebám“ (Ruland, Moore, 1998, s. 174).

Dále má ošetřovatelství za úkol poskytovat nejlepší možnou péči o umírajícího pacienta prostřednictvím technologií a opatřením dobrých životních podmínek s cílem zlepšit kvalitu života a zajistit klidnou smrt (Zaccara et al., 2017).

4.3.4 Základní teoretická tvrzení

Ruland a Moore definovaly následující teoretická tvrzení. Prvním tvrzením je sledování, tišení bolesti a aplikování farmakologických nebo nefarmakologických postupů přispívá k pacientově bezbolestnosti (Ruland, Moore, 2013).

Druhým je předcházení, monitorování a uvolnění fyzického diskomfortu, usnadnění odpočinku, relaxace, uspokojení a předcházení komplikací přispívá k pacientovu pocitu pohodlí (Higgins, Hansesn, 2017).

Třetím tvrzením je zapojení pacienta a jeho blízkých do rozhodování o péči, léčba a ošetřování pacienta s úctou, empatií a respektem, zdvořilostí k pacientovým vyjádřeným potřebám, přáním a jejich upřednostňování přispívá k pacientovu pocitu důstojnosti a respektu (Ruland, Moore, 1998).

Čtvrtým je poskytování emocionální podpory, monitorování a vyhovění pacientovým vyjádřeným potřebám, léků proti úzkosti, podněcování důvěry, poskytování pacientovi a jeho blízkým poučení v praktických záležitostech a fyzická přítomnost dalších pečujících osob, jestliže je požadována, přispívá k pocitu smíření (Higgins, Hansesn, 2017).

Pátým tvrzením, jak popisují Ruland a Moore (1998), je zapojení blízkých do péče o pacienta, pomoc blízkým v zármutku a obavách. Dále pomoci v zodpovězení otázek a zprostředkování příležitosti mít rodinu nablízku přispívá k pacientovu pocitu blízkosti rodiny nebo dalších pečujících. Posledním šestým tvrzením jsou pacientovy pocity bezbolestnosti, pohodlí, důstojnosti a respektu, smíření, blízkosti rodiny nebo dalších pečujících přispívají k pokojnému konci života.

4.3.5 Hlavní definice modelu

Hlavními definicemi modelu Teorie pokojného konce života jsou: bezbolestnost, pocit pohodlí, pocit důstojnosti a respektu, smíření a pocit blízkosti.

4.3.5.1 Bezbolestnost

Být bez bolesti nebo netrpět symptomem stresu nebo utrpení je hlavní potřebou mnoha pacientů v jejich konečné fázi života. Bolest je považována za nepříjemnou senzorickou nebo emocionální zkušenost spojenou s aktuálním nebo potencionálním poškozením tkáně (Tomey, Alligood, 2011)

Aby byl pacient bez bolesti, dosáhne ošetřující personál prostřednictvím managementu bolesti, to znamená zhodnocení a záznam bolesti, plánování ošetrovatelských a léčebných intervencí a zhodnocení jejich účinnosti (O'Connor, Aranda, 2005).

4.3.5.2 Pocit pohodlí

Komfort Ruland a Moore definovaly podle autorky z teorie komfortu Kolcabové. Komfort je popisován jako osvobození od nepohodlí, stav klidu a uvolnění a to, co činí život lehkým nebo příjemným (Alligood, 2018).

Do komfortu patří relaxace, odpočinek, spokojenost a předcházení komplikacím (Ruland, Moore, 1998).

Hlavním úkolem sestry je zajistit pacientovi vhodné terapeutické prostředí, které mu pomáhá se přizpůsobit procesu léčení. Vhodné prostředí by mělo být pohodlné a tiché a mělo by zde být vhodné sociální klima (Bártlová, 2005).

4.3.5.3 Pocit důstojnosti a respektu

Alligood (2018) ve své knize uvádí, že každý pacient v terminálním stádiu by měl být respektovaný a hodnocený jako lidská bytost.

V tomto pojmu je zahrnuto rozhodování pacientů a jeho nejbližších, chování se k pacientovi s respektem, empatií a slušností. Ošetřující personál bere na vědomí pacientovy potřeby a jeho přání (Ruland, Moore, 1998).

Ze sociologického hlediska není sestra pouze vykonavatelem ošetrovatelských činností, ale hraje významnou roli v sociálním systému sestra – lékař – pacient (Bártlová, 2005).

4.3.5.4 Smíření

Smíření je pocit klidu, harmonie a spokojenosti, pocit být bez úzkosti, nervozity, obav a strachu. Smíření zahrnuje fyziologické, psychologické a duchovní rozměry (Alligood, 2018).

Pro nemocného v terminálním stádiu nemoci je velice důležité mít přehled nad svým životem. Mít přehled nad svým životem zahrnuje nalezení smyslu prožitého života, odpuštění lidem, kteří nemocnému ublížili, víru v lásku k někomu blízkému a naději, že nemocný nebude umírat sám (Marková, 2010).

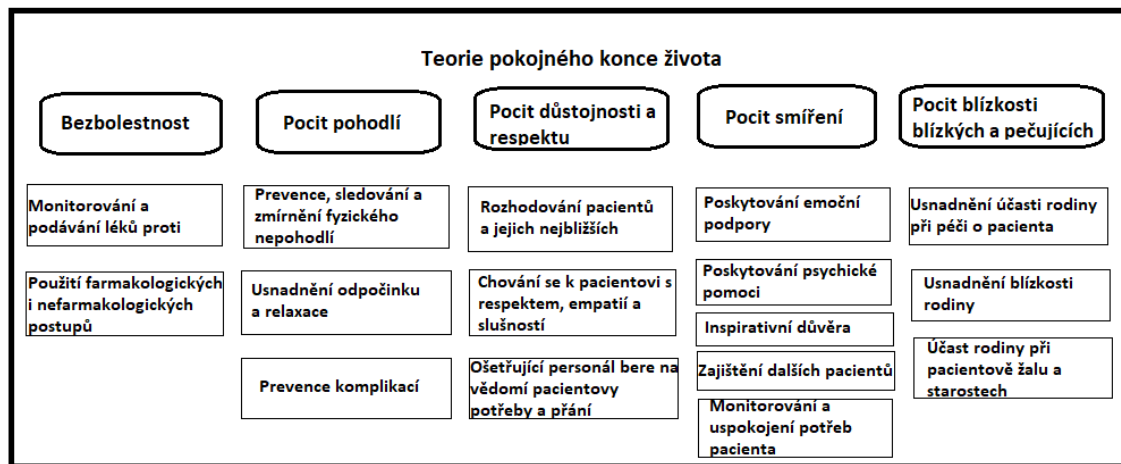
4.3.5.5 Pocit blízkosti

Pocit blízkosti je spojitost s ostatními lidskými bytostmi, které mají vztah k nemocnému. To zahrnuje fyzickou a emocionální blízkost, která je vyjádřena prostřednictvím vřelých, důvěrných vztahů, zapojením blízkých do pacientovy péče, dále péče o zármutek, problémy a otázky nejbližších a zprostředkování kontaktu s rodinou (Ruland, Moore, 1998).

Marková (2010) ve své knize uvádí, že rodina nemocného může mít pochybnosti, zda péči o svého blízkého zvládne jak po stránce praktické, tak emocionální. Tyto pochyby často vedou k odmítnutí péče v domácím prostředí nebo ubytování v hospici

spolu s blízkými. Hlavním úkolem sestry je zajištění emoční podpory a hovořit s rodinou o možných problémech při poskytování péče.

Obrázek 7: Teorie pokojného konce života



Zdroj: volně přeloženo z: Engle, 2014

4.3.6 Hlavní jednotky modelu

Zaměření hlavních jednotek u jednotlivých koncepčních modelů a jejich obsah se odlišuje filozofií autorů a jejich pohledem na ošetřovatelství. V následující kapitole budeme popisovat hlavní jednotky koncepčního modelu Teorie pokojného konce života.

4.3.6.1 Cíl ošetřovatelství

Hlavním cílem ošetřovatelství modelu Teorie pokojného konce života je zajistit kvalitu života terminálně nemocných v situaci, kdy nemoc již není možno léčit z hlediska příčiny. Ošetřovatelská péče je zaměřena na pacienta jako celek, který tvoří fyzická, psychická, sociální a spirituální oblast. Pacient tak splňuje požadavky holistické péče. Pacient je ošetřován profesionálním ošetřovatelským personálem. Ošetřovatelství má také za cíl péči o pozůstalé, a to i po smrti pacienta (Machová et al., 2009).

4.3.6.2 Pacient/klient

Pacient je individuální osobnost, která má své životní zkušenosti. Může se jednat o osoby ve všech věkových kategoriích, které onemocněly nevléčitelnou nemocí a

nachází se v konečné fázi svého života. Rodina je nedílnou součástí osobnosti pacienta (Machová et al., 2009).

Rodina má důležité postavení v otázce zdraví a nemoci pacienta, proto je důležité umožňovat ošetrovatelskou a léčebnou péči o nemocného v co nejširším rozsahu přímo v rodině. Rodina často bývá chápána spíše jako překážka v poskytování péče. Význam rodiny je často zdravotníky podceňován (Bártlová, 2005).

Rodina plní několik rolí ve vztahu k pacientovi. Je zdrojem informací pro zdravotníky, lze ji přímo zapojit do ošetrovatelské péče. Může zastávat roli ochránce, podílet se na prevenci dodržováním léčebných opatření a být pacientovi velkou oporou (Bártlová, Matulay, 2011).

4.3.6.3 Role sestry

Role sestry se zakládá na poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu. Základem role sestry jsou odhad, diagnóza a intervence, které jsou zaměřené na zlepšení kvality života nevyléčitelně nemocného nebo doprovázení k pokojné smrti (Machová et al., 2009).

Ošetrovatelské intervence odrážejí osobní zkušenosti sester s koncem života. Sestra by měla o pacienta pečovat s úctou k jeho osobě a být empatická. Měla by respektovat nejen přání pacienta, ale i jeho rodiny (Magyarová, 2009).

4.3.6.4 Zdroj potíží

Zdrojem potíží pro pacienta je nevyléčitelná choroba, která působí na jeho fyzickou, psychickou i sociální stránku osobnosti (Plevová et al., 2011).

4.3.6.5 Ohnisko zásahu

Pro sestru jsou ohniskem zásahu fyzické problémy (bolest, únava, výživa, vyprazdňování), psychické problémy (strach ze smrti, bezmocnost, neschopnost smíření) a sociální problémy pacienta a jeho rodiny (neschopnost ekonomického zajištění rodiny, udržení vztahu s blízkými a známými, ztráta zaměstnání) (Machová et al., 2009).

4.3.6.6 Způsob zásahu

Způsob zásahu znamená provádění ošetrovatelských intervencí a zpočívá především v zajištění bezbolestnosti, zajištění komfortu, předcházení komplikacím nevyléčitelné choroby. Ke zlepšení psychické podpory pacienta využívá sestra vhodného sociálního prostředí, jako například vlastní domov pacienta, hospic nebo nemocniční zařízení (Plevová et al., 2011).

Psychické pohodě pacienta přispívá přítomnost blízké rodiny a spolupráce sestry s rodinou. Pokud je potřeba, spolupracuje sestra s dalšími pracovníky komunitního týmu, například s psychologem nebo se zástupcem církve. Po smrti pacienta intervence směřují k rodině zemřelého (Machová et al., 2009).

4.3.6.7 Důsledky

Důsledkem péče o nevyléčitelně nemocného je zajištění pokojného konce života, klidná smrt, smíření rodinných příslušníků se smrtí svého blízkého (Plevová et al., 2011).

4.3.7 *Teorie pokojného konce života a konečná fáze života*

Teorie pokojného konce života má charakteristické hranice, které souvisejí s časem, uspořádáním a patientskou populací. Byla vyvinuta pro využití u terminálně nemocných dospělých a jejich rodin, kterým se dostává péče v prostředí akutní péče. Koncept teorie pokojného konce života vychází z norského kontextu, proto nemusí být vhodný pro každou kulturu (Tomey, Alligood, 2007).

Přesto koncepty Teorie pokojného konce života a vztahy oslovují mnoho sester a jasně se dotýkají multidimenzionálních aspektů ošetrovatelské péče v konečné fázi života. Konečná kritéria souvisejí s technickými aspekty péče (poskytování farmakologických i nefarmakologických intervencí pro odstranění příznaku), komunikací (rozhodování), psychologickým aspektem (emocionální podpora) a důstojností a respektem k nevyléčitelně nemocnému pacientovi. Teorii lze použít u všech věkových kategorií, a to i v prostředí následné péče (Plevová et al., 2011).

„Jednotlivé cíle teorie pokojného konce života plně korespondují s cíli domácí hospicové péče. Jmenujme např. management bolesti, zajištění komfortu pacienta, spolupráce s rodinou pacienta, péče o pozůstalé a další. Je tedy třeba uvažovat

nad možností využití této teorie v péči o pacienta v terminálním stádiu v jeho domácím prostředí. Zajímavé by bylo aplikovat prvky teorie v ošetrovatelské praxi v podmínkách České republiky“ (Machová et al., 2011, s. 178).

5 Závěr

Pro tuto práci byl zvolen cíl zmapovat koncepční modely zaměřené na konečnou fázi života. Celá práce je zpracovaná ryze na teoretickém podkladě.

V první řadě jsme se rozhodli stručně popsat ošetřovatelství, jehož vývoj byl až do poloviny minulého století spíše intuitivní. Rozvoj teoretických věcí začal až v polovině 20. století a v současnosti má už ošetřovatelství vymezenou vědomostní bázi. Ošetřovatelství znamená činnosti, které vykonává sestra ve spolupráci s pacientem. Paradigma ošetřovatelství jsou konceptuální modely a teorie.

Dále je popsána konečná fáze života čili terminální stádium, což znamená hranici mezi životem a smrtí. Tuto fázi jsme rozdělili na umírání a smrt, kdy tyto události jsou pro každého z nás největší jistotou, kterou ve svém životě máme. V této kapitole jsme popsali dva modely umírání. Prvním je institucionální model umírání, kdy docházelo k postupnému vývoji ošetřovatelské péče a k postupnému zajištění důstojné smrti. Druhým modelem je domácí model umírání, který vychází z toho, že dříve lidé umírali doma a byli obklopeni svými blízkými, kteří je na smrt připravovali. Ale také mnoho umírajících rodinu postrádalo a umírali o samotě. Lékař se v domácí péči začal vykytovat před 200 lety. Předtím byla péče o umírající především laická.

V další kapitole jsou popsány koncepční modely a teorie ošetřovatelství. Teorie ošetřovatelství je vyvozena buď z koncepčního modelu, nebo z toho co s ní souvisí. Koncepční modely jsou pro nás návodem na určení věcí, na které bychom se měli zaměřit a čeho si máme všimnout. Tvoří teoretický základ koncepce ošetřovatelství. Jsou odvozeny z vědecké teorie a praxe a měly by být praxí ověřitelné. Každý koncepční model se od sebe liší. Koncepční modely zvyšují kvalitu práce sestry. Proto pro nás byly zajímavé tři koncepční modely, které jsou zaměřené na konečnou fázi života a nimiž by se měly sestry řídit z důvodu důstojné smrti a klidného umírání pacienta.

V poslední kapitole jsou tyto tři modely popsány. Jako první model jsme si vybrali model Hildegard E. Peplau. Tento model je zaměřený na dospělé pacienty a je určen k odstraňování strachu a úzkosti z hlediska interpersonální zručnosti. Tento model není vhodný v prostředí, kde je kontakt mezi sestrou a pacientem krátkodobý. Druhým modelem, který jsme si vybrali je Trajectory model, který podněcuje sestry k tomu, aby se zamýšlely nad stanovisky jednotlivých pacientů a vytvářely ošetřovatelský plán péče v rámci ošetřovatelského procesu. Tento model popisuje tři trajektorie smrti, první trajektorií je náhlá smrt, druhou trajektorií je trvalý pokles s očekávanou smrtí

bez ohledu na to, jaké léčebné postupy nabízí, a poslední třetí trajektorií je trvalý pokles s přerušovanými krizemi a nepředvídatelným bodem smrti. Poslední model, který je v této práci popsán, je Teorie pokojného konce života, který byl vyvinut pro využití u terminálně nemocných a jejich rodin. V tomto modelu se sestra zaměřuje na pět důležitých intervencí, které jsou zaměřené na podporu pozitivních výsledků. Těmito intervencemi jsou: bezbolestnost, pocit pohodlí, pocit důstojnosti a respektu, pocit smíření a pocit blízkosti blízkých a pečujících.

Naše práce hodnotí vývoj těchto tří modelů, které jsme si vybrali, jelikož nám přišly zajímavé a nejvíce se nám líbili i z hlediska zaměření na konečnou fázi života. Doufáme, že tyto poznatky přispějí sestřím ke zlepšení ošetrovatelské péče u pacienta v konečné fázi života.

Každý z těchto modelů má jiný přínos pro sestry a každý má jiné využití v praxi. U modelu Hidegard Peplau je velice důležitá komunikace, jelikož se jedná o model interpersonálních vztahů, proto tento model bude vyhovovat sestřím, které nemají problémy s komunikací. Komunikace a vztahy jsou v tomto modelu dvě důležité věci při uspokojování pacientových potřeb, proto z tohoto důvodu není vhodné tento model používat v prostředí, kde je kontakt mezi sestrou a pacientem krátkodobý. V Trajectory modelu je velice důležitá trajektorie, která označuje průběh chronické nemoci v různých stádiích a fázích. Z tohoto pohledu jsou v práci popsány tři základní trajektorie, které jsou rozděleny z hlediska časového průběhu onemocnění. Proto tento model může více vyhovovat sestřím, které rády vytváří ošetrovatelský plán, křivky a grafy. V modelu Teorie pokojného konce života ve kterém se nejvíce upřednostňuje rodinný systém, což znamená terminálně nemocný pacient a jeho blízcí, kdy je rodina zapojena do péče o pacienta.

Výsledky této bakalářské práce mohou posloužit nejen sestřím, ale i pedagogům jako podklad pro výuku ošetrovatelských předmětů nebo jako příspěvek na odborné semináře či konference zabývající se touto problematikou. Výstupem této bakalářské práce bude informační brožura, ve které budou výstižně shrnuty veškeré poznatky a výsledky této práce.

6 Seznam použité literatury

- 1) ALLIGOOD, M. R., c2018. *Nursing theorists and their work*. 9. edition. St. Louis, Missouri Elsevier. 616 p. ISBN 978-0-323-40224-8.
- 2) ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
- 3) ARCHALOUSOVÁ, A., 2011. Konceptuální modely. In: PLEVOVÁ, I. et al., *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 131. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 4) BÁRTLOVÁ, S., 2003. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
- 5) BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-2471-197-4.
- 6) BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2011. Teorie pokojného konce života Corneliie M. Rulandové a Shirley M. Mooreové. In: PLEVOVÁ, I. et al., *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 169-178. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 7) CAREY, A., CAREY, S., 2013. *Application of nursing theories* [online]. SlideShare [cit. 2018-04-28]. Dostupné z: <https://www.slideshare.net/arunmadan/application-of-nursing-theories>
- 8) CURTIS, J. R., RUBENFELD, G. D., c2011. Definice ošetrovatelství. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 239. ISBN 978-80-247-3976-2.
- 9) ČERMÁK, F., 2011. *Jazyk a jazykověda: přehled a slovníky*. 4. vydání. Praha: Karolinum. 382 s. ISBN 978-80-246-1946-0.
- 10) DE CHESNAY, M., c2005. *Caring for the vulnerable: perspectives in nursing theory, practice, and research*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett. 373 s. ISBN 978-07-637-4764-0.
- 11) DUBCOVÁ, I., 2011. Etika umírání a smrti [online]. Sestra. [cit. 2017-1006]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/etika-umirani-a-smrti461772>
- 12) ELICHOVÁ, M., 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0080-4.
- 13) ENGLE, N., 2014. *Theory of the Peaceful End of Life* [online]. Weebly [cit. 2018-04-28]. Dostupné z: <https://peacefulendoflife.weebly.com/meaning.html>

- 14) FARKAŠOVÁ, D. et al., 2005. *Ošetrovatel'stvo – Teória*. Martin: Osveta. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
- 15) FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatel'ství – Teorie*. Martin: Osveta. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- 16) FITZPATRICK, J. J., MCCARTHY, G., 2014. *Theories guiding nursing research and practice: making nursing knowledge development explicit*. Springer Publishing Company. 384 p. ISBN 978-08-261-6404-9.
- 17) FORESTER, S., 2001. *The role of the mental health nurse*. Cheltenham, U.K.: Nelson Thornes. 224 p. ISBN 978-07-4873-893-9.
- 18) GROF, S., 2014. Umírání a smrt v historické perspektivě. In: KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, s. 17. ISBN 978-80-247-4650-0.
- 19) HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. přepracované vydání. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- 20) HAŠKOVCOVÁ, H., 2014. Umírání a smrt v historické perspektivě. In: KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, s. 17. ISBN 978-80-247-4650-0.
- 21) HEIDELBERGER, M., 2017. Peplau's nursing theory [online]. Leaf Group Ltd. [cit. 2018-02-17]. Dostupné z: <https://careertrend.com/about-5475084peplaus-nursing-theory.html>
- 22) HIGGINS, P. A., HANSEN, D. M., 2017. Peaceful End of Life Theory [online]. Nurse Key | Fastest Nurse Insight Engine [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <https://nursekey.com/36-peaceful-end-of-life-theory/>
- 23) HOSÁK, L. et al., 2005. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. 647 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 24) CHANG, E., JOHNSON, A., 2014. *Chronic illness & disability: principles for nursing practice*. 2. edition. Livingstone Australia: Churchill. 584 p. ISBN 978-07-295-8161-5.
- 25) IGBAL, A., 2015. Ošetrovatelská teorie Hildegardy Peplauové. In: ŠPIRUDOVÁ, L. *Doprovázení v ošetrovatel'ství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada, s. 51-52. ISBN 978-80-247-5710-0.
- 26) IZUMI, K., 2015. Definice paliativní péče. In: BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, s. 18. ISBN 978-80-247-5402-4.

- 27) JANDÍKOVÁ, Z., RATISLAVOVÁ, K., 2010. Sestra jako manažerka péče o nevyлéčitelně nemocné. In: HALUZÍKOVÁ, J., ARCHALOUSOVÁ, A. et al. *Sborník příspěvků ke Slezské konferenci ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, s. 105-107. ISBN 978-80-7248-607-6.
- 28) JANDÍKOVÁ, Z., RATISLAVOVÁ, K., 2011. Sestra jako manažerka péče o nevyлéčitelně nemocné. *Florence*. 11(9), 17-18. ISSN 1801-464X.
- 29) JEDELSKÁ, M., 2007. Terminální stádium nemoci [online]. *Sestra*. [cit. 2017-10-28]. Dostupné z: <https:zdravi.euro.cz/clanek/sestra/terminalnistadium-nemoci-334448>
- 30) KALIVODOVÁ, M., 2013. *Paliativní péče z pohledu sociální pedagogiky*. Brno. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Institut mezioborových studií Brno.
- 31) KALVACH, Z. et al., 2011. Teorie pokojného konce života Corneliie M. Rulandové a Shirley M. Mooreové. In: PLEVOVÁ, I. et al., *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 169-178. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 32) Koncepce ošetrovatelství, 2014. Věstník č. 9. 2004 – Metodická opatření [online]. Ministerství zdravotnictví ČR [cit. 2017-11-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html
- 33) KOZIEROVÁ B. et al., 2003. Základní pojmy. In: ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK, s. 8-10. ISBN 80-86225-33-X.
- 34) KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
- 35) KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- 36) KÜBLER, R., 2007. Uplatnění psychologie u starších nemocných, nevyлéčitelně nemocných a umírajících. In: ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, s. 100. ISBN 978-80-247-2068-5.
- 37) LUBKIN, I. M., LARSEN, P. D., 2011. *Chronic Illness*. 8. edition. Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning. 716 p. ISBN 978-14-496-4905-0.
- 38) MAGYAROVÁ, G., 2009. Hlavní jednotky modelu aplikované do komunitní péče o terminálně nemocé. In: MACHOVÁ A., SEDLÁKOVÁ G., TÓTHOVÁ

- V. *Využití Teorie pokojného konce života v komunitní péči*. Kontakt. 11 (2), s. 337. ISSN 1212-4117.
- 39) MACHOVÁ A., SEDLÁKOVÁ G., TÓTHOVÁ V., 2009. *Využití Teorie pokojného konce života v komunitní péči*. Kontakt. 11 (2), 333–338. ISSN 1212-4117.
- 40) MACHOVÁ A., SEDLÁKOVÁ G., TÓTHOVÁ V., 2011. Teorie pokojného konce života Cornelié M. Rulandové a Shirley M. Mooreové. In: PLEVOVÁ, I. et al., *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 169-178. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 41) MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
- 42) MASTILIAKOVÁ, D., 2003. Ošetrovatelství jako vědní obor. In: ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK, s. 6. ISBN 80-86225-33-X.
- 43) MENČÍKOVÁ, J., 2014. *Koncepční model M. Leiningerové v ošetrovatelské praxi*. Plzeň. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií ZČU v PLZNI.
- 44) MURRAY, S., KENDALL, M., BOYD, K., SHEIKH, A., 2005. Illness trajectories and palliative care [online]. The National Center for Biotechnology Information [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC557152>
- 45) O'CONNOR, M., ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. české vydání. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- 46) PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 47) PAVLÍKOVÁ, S., 2011. Konceptuální modely. In: PLEVOVÁ, I. et al., *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 131. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 48) PAVLÍKOVÁ, S., 2012. Fáze modelu Peplau. In: KADOCHOVÁ, M. Model Hildegard Peplau při paliativní péči v domácím prostředí. *Florence*. 12(9), s. 25. ISSN 1801-464X.
- 49) Peaceful End of Life (Peol) Theory: in a Nutshell, © 2014. Peaceful End of LifeTheory [online]. UPOU.N207.GROUPD [cit. 2018-03-23]. Dostupné z: <http://peacefulendoflifeningtheory.blogspot.cz/2014/09/peaceful-end-oflife-peol-theory-in.html>

- 50) PEPLAU, H., E., 2003. Koncepční model Peplauové. In: ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK, s. 57. ISBN 80-86225-33-X.
- 51) PEPLAU, H., E., 2013. Sestra jako aktér komunikace. In: VÉVODA, J. *Motivace sestry a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 74. ISBN 978-80-247-4732-3.
- 52) PLEVOVÁ I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 53) Prognostication & Trajectory of Dying, © 2018. Palliative Care [online]. UW Courses Web Server [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <https://courses.washington.edu/pcare/educational-experiences/trajectory-ofdying/>
- 54) RULAND, C. M., MOORE, S. M., 1998. Theory Construction Based on Standards of Care: A proposed Theory of the Peaceful End of Life. *Nursing Outlook*. 46(4), p. 169-175. ISSN 0029-6554.
- 55) STEINHAUSER L., et al., 2015. Modely specializované paliativní péče v nemocnicích. In: BUŽGOVÁ, R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, s. 26. ISBN 978-80-247-5402-4.
- 56) Theory of Interpersonal Relations, © 2011. Theoretical Foundations of Nursing [online]. Angelo G. Gonzalo [cit. 2018-02-17]. Dostupné z: <http://nursingtheories.weebly.com/hildegard-e-peplau.html>
- 57) TOMEY, A. M., ALLIGOOD M. R., 2007. *Nursing theorists and their work*. 6. edition. St. Louis Missouri: Mosby. 828 p. ISBN 13 978-0-323-03010-6.
- 58) TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R., 2011. Teorie pokojného konce života Corneliie M. Rulandové a Shirley M. Mooreové. In: PLEVOVÁ, I. et al., *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, s. 169-178. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 59) TONDROVÁ, I., 2009. Modely ošetrovatelství [online]. Střední zdravotnická a Vyšší odborná škola zdravotnická Mladá Boleslav [cit. 2017-10-18]. Dostupné z: http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/modely_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD.pdf
- 60) TOUHY, T. A., JETT, K. F., 2018. *Ebersole & Hess' gerontological nursing & healthy aging*. 5th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier. 440 p. ISBN 978-03-234-0167-8.
- 61) Trajectory model, 2013. Nursing Theories [online]. Currentnursing [cit. 2018-02-22]. Dostupné z: http://currentnursing.com/theory/trajectory_model.html

- 62) URBÁNEK, L., 2014. *Úloha sociální práce a sociálního pracovníka při doprovázení na poslední cestě člověka*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
- 63) VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. et al., 2004. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.
- 64) WAYNE, G., 2014. Hildegard E. Peplau – Psychiatric Nurse of Century [online]. Nurseslabs [cit. 2018-02-11]. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/hildegard-peplau/#interpersonal-relations-theory>
- 65) Zaccara, L. A. A., Da Costa, S. F. G., Da Nóbrega, M. M., et al., 2017. A Analysis and Assessment of the Peaceful End of Life Theory According to Fawcett's Criteria.[online]. Campus Universitário Trindade [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072017000400615&script=sci_arttext&tlng=en
- 66) Zaměřenost, © 2005-2011. Vševed [online]. Netpoint, s.r.o. [cit. 2017-1206]. Dostupné z: <http://encyklopedie.vseved.cz/zam%C4%9B%C5%99enost>

7 Seznam obrázků

Obrázek 1: Fáze umírání	16
Obrázek 2: Model Hildegard Peplau.....	35
Obrázek 3: Trajektorie 1	41
Obrázek 4: Trajektorie 2	41
Obrázek 5: Trajektorie 3	42
Obrázek 6: Trajectory model	42
Obrázek 7: Teorie pokojného konce života	49

8 Seznam příloh

Příloha 1 Informační brožura v tištěné podobě