

Katarína Žiaková

VYBRANÉ KAPITOLY Z OŠETROVATELSKEJ TEÓRIE II.

ISBN 978-80-88866-96-1

EAN 9788088866961

Text je určený pre študentov bakalárskeho študijného programu.

Martin, 2012

OBSAH

1 Ošetrovateľstvo – ako vedný odbor a regulované povolanie

1.1	Ošetrovateľstvo ako vedný odbor	3
1.2	Metódy poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti	7
1.3	Funkcie sestry	8
1.4	Ošetrovateľstvo ako veda	13
1.5	Ošetrovateľstvo ako regulované povolanie	16

2 Ošetrovateľské konceptuálne modely

2.1	Konceptuálne modely	18
2.2	Roper – Logan - Tierney model životných činností	23
2.3	Leiningerovej transkultúrny model	38

1 OŠETROVATEĽSTVO – AKO VEDNÝ ODBOR, VEDA A REGULOVANÉ POVOLANIE

Ciele a obsah kapitoly

Prvá kapitola sa zameriava na spracovanie nasledujúcich oblastí:

- charakteristiku ošetrovateľstva ako vedného odboru so zameraním na funkcie sestry,
- charakteristiku metód ošetrovateľskej starostlivosti,
- charakteristiku ošetrovateľstva ako vedy so zameraním na jeho metodologické problémy,
- charakteristiku ošetrovateľstva ako regulovaného povolania.

1.1 Ošetrovateľstvo ako vedný odbor

Ošetrovateľstvo ako samostatný odbor je legislatívne vymedzený v *Koncepcii odboru ošetrovateľstva* č. 14535/2006-00 vydanej Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky. (*Koncepcia odboru ošetrovateľstva...*) Predmetom jeho záujmu je osoba, rodina a komunita v zdraví a v chorobe. V koncepcii je ďalej zdôrazňované, že odbor ošetrovateľstva vychádza z vedeckých poznatkov overených výskumom a je charakterizovaný:

- poskytovaním komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti osobe, rodine a komunite zameranej na upevňovanie zdravia, podporu zdravia a navrátenie zdravia,
- udržiavaním a podporovaním telesného, duševného a sociálneho zdravia osoby, rodiny a komunity v súlade so sociálnym a ekologickým prostredím,
- holistickým prístupom k osobe, rodine a komunite.

Zameriava sa na upevňovanie, podporu a obnovu zdravia, okrem toho je orientované aj na zlepšenie kvality života, rozvoj nezávislosti a sebestačnosti, zmenu správania v oblasti životného štýlu, zmierňovanie utrpenia a zabezpečenie dôstojného zomierania a smrti. (*Koncepcia odboru ošetrovateľstva...*) V kontexte medzinárodných programov, Svetová zdravotnícka organizácia (ďalej SZO), je úloha ošetrovateľstva vymedzená ako pomoc ľuďom pri určovaní a dosahovaní vlastného zdravotného potenciálu v rámci životných a pracovných podmienok. Medzi priority vývoja ošetrovateľstva na Slovensku v súlade s odporúčaniami

Medzinárodnej rady sestier (ďalej ICN), SZO a smernicami Rady Európskej únie patria – podporiť domácu ošetrovateľskú starostlivosť, implementovať štandardy hodnotenia kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, zaviesť systém skupinového a tímového ošetrovania, realizovať programy zamerané na prevenciu, podporu a upevňovanie zdravia obyvateľstva vo všetkých vekových skupinách a rozvíjať multikultúrne ošetrovateľstvo. SZO vo svojich programoch Zdravie pre všetkých do roku 2000 a Zdravie pre 21. storočie akcentuje prevenciu ako základnú metódu používanú v starostlivosti o zdravie populácie. Na tomto základe bola formulovaná úloha ošetrovateľstva ako „... *pomoc ľuďom pri určovaní a dosahovaní vlastného zdravotného potenciálu v rámci životných a pracovných podmienok. Hlavnými úlohami sestry by teda malo byť podporovanie zdravia, predchádzanie chorobám a poskytovanie starostlivosti počas ochorenia a rehabilitácie.*”

Ošetrovateľstvo je založené na využívaní klinického posúdenia pri poskytovaní starostlivosti s cieľom umožniť jednotlivcom, rodinám a komunitám zlepšiť, udržať alebo obnoviť zdravie, zvládať problémy súvisiace so zdravím a dosiahnuť čo najvyššie možnú kvalitu života a to i napriek chorobe alebo disabilite.

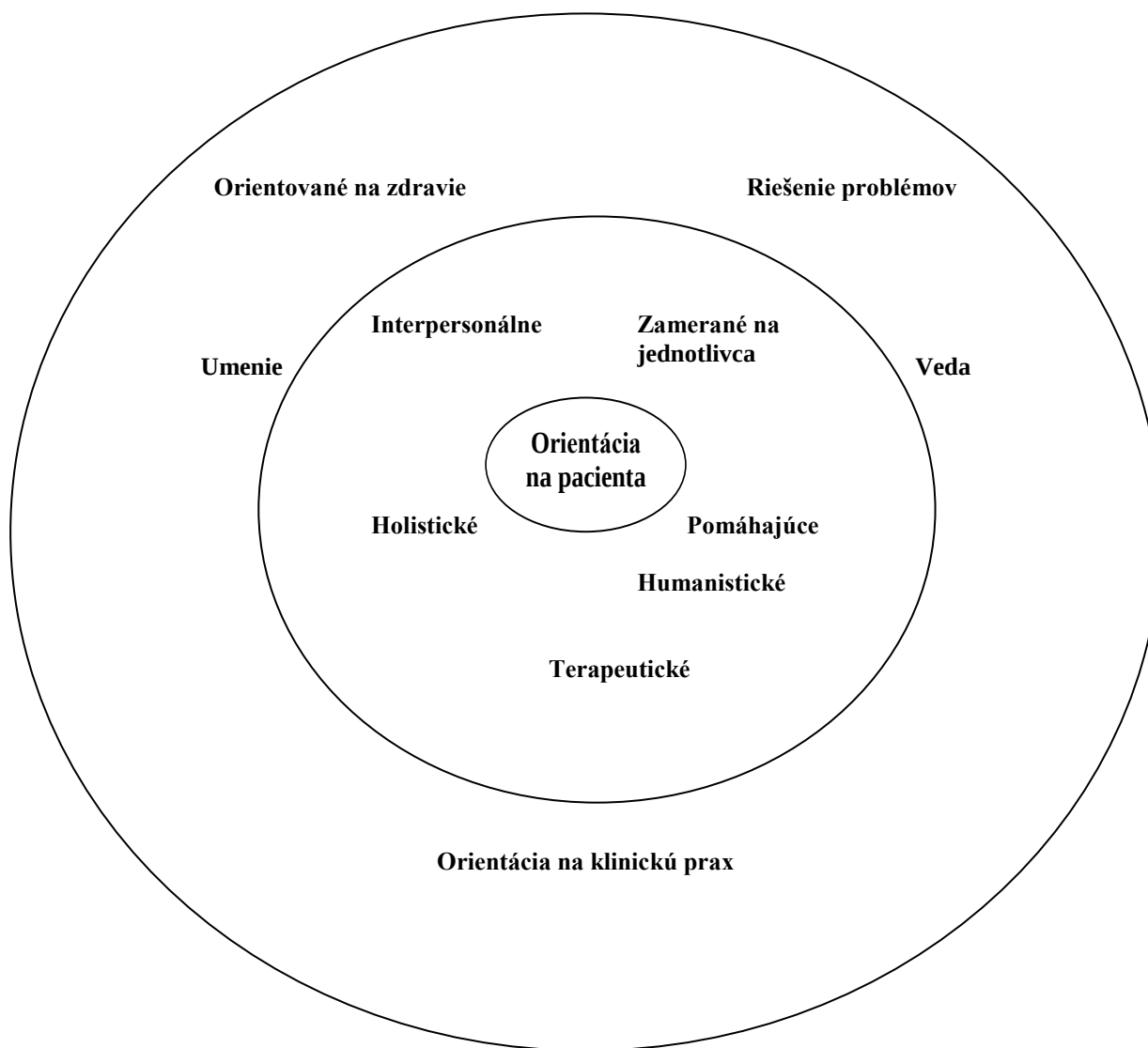
Spoločnými znakmi viacerých definícií ošetrovateľstva sú nasledujúce charakteristiky. Ošetrovateľstvo má:

- **špecifický účel** – v stave zdravia je to podpora zdravia, rastu a vývoja, prevencia ochorení, poškodení a disability. Pri prítomnosti ochorenia, disability je zamerané na minimalizáciu distressu s cieľom umožniť ľuďom porozumieť a zvládať ochorenie, jeho liečbu a dôsledky. V prípade nevyliciteľných, závažných ochorení na zabezpečenie čo najvyššie možnej kvality života.
- **špecifický spôsob intervencií** – intervencie sú zamerané na podporu, udržiavanie a obnovu sebaopatery a nezávislosti. Intervencie sa týkajú identifikácie potrieb, zabezpečenia osobnej starostlivosti, terapeutických intervencií, informovania, edukácie, poradenstva a psychosociálnej a spirituálnej opory.
- **špecifickú oblasť, doménu** – špecifickou doménou ošetrovateľstva je jedinečná odpoveď jednotlivca na ochorenie alebo udalosti súvisiace so zdravím. Odpoveď jednotlivca sa môže týkať telesnej, psychickej, socio-kultúrnej, spirituálnej úrovne alebo ich kombinácie.

- **špecifické zameranie** – špecifickým zameraním je osoba ako celok, resp. komplexná odpoveď jednotlivca na problémy súvisiace so zdravím a nie jednotlivé oblasti jednotlivca alebo určité patologické stavy.
- **špecifickú hodnotovú bázu** – ošetrovateľstvo vychádza z etických hodnôt, ktoré rešpektujú dôstojnosť človeka, autonómiu, jeho jedinečnosť a osobnú zodpovednosť v procese rozhodovania a participáciu v starostlivosti. Uvedené hodnoty sú zakomponované v etickom kódexe sestry.
- zdôrazňuje **špecifické partnerstvo** – sestra/pacient, sestra/rodina, sestra/iní zdravotnícki profesionáli.

Spoločné, kľúčové atribúty ošetrovateľstva vyvedené z viacerých definícií ošetrovateľstva zobrazuje nasledujúci obrázok (Obr. 1)

Obr. 1 Kľúčové atribúty ošetrovateľstva vytvorené na základe analýzy definícií ošetrovateľstva



1.2 Metódy poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti

S cieľom zracionalizovať starostlivosť vznikli metódy poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, prostredníctvom ktorých bola snaha zvýšiť aj kvalitu poskytovanej starostlivosti. Od charakteru a rozsahu požadovanej starostlivosti, personálneho obsadenia (úroveň vzdelania) ošetrovateľského tímu a organizácie práce závisí jej výber. Rozoznávame funkčnú metódu, celkovú metódu, tímovú, metódu, primárne ošetrovateľstvo, modulárne ošetrovanie, metódu zameranú na prípad a metódu ošetrovateľského procesu.

Funkčná metóda starostlivosti o pacienta vychádza z koncepcie vedeckého manažmentu používaného v oblasti obchodnej administratívy zameranej na úlohy. Neriešia sa potreby pacientov. Úlohy sa pri používaní funkčnej metódy rozdeľujú medzi personál podľa popisu práce a tiež podľa toho, koľko práce treba vykonať. Členovia personálu vykonávajú pridelené úlohy u daného pacienta spravidla bez toho, aby vedeli čo pre toho istého pacienta robia ďalší členovia tímu a dokumentujú len tie úlohy, ktoré vykonali sami. Pri používaní funkčnej metódy je poskytovaná starostlivosť fragmentovaná, dochádza ku komplikáciám koordinačného procesu, pretože neexistuje súlad medzi uspokojovaním potrieb pacientov a realizovanými výkonmi, čo vedie k znižovaniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

Celková metóda je metóda pri používaní ktorej má sestra pridelený určitý počet pacientov. Poskytuje im starostlivosť počas svojej služby. Koordinuje starostlivosť a je zodpovedná za jej výsledky. Pacienti, ktorým poskytuje starostlivosť, sú však zvyčajne každú službu iní, čo má dopad na koordináciu starostlivosti s potrebami pacienta. Fluktuácia personálu je rozdielna v závislosti na personálnom obsadení, produktivita práce môže byť vysoká, v porovnaní s funkčnou metódou vyžaduje menej pomocných sestier.

Tímová metóda predstavuje spôsob využitia potenciálu ošetrovateľského personálu (rôzne úrovne vzdelanie a schopnosti) tak, aby bola zabezpečená starostlivosť o pacientov v maximálnej možnej miere a kvalite. Ide o snahu prekonať funkčný princíp zamerania na úlohy a tiež zabezpečiť zvyšujúce sa požiadavky na profesionálnosť ošetrovateľstva. Ide o metódu poskytovania individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti tímom sestier. Vedúca ošetrovateľského tímu synchronizuje schopnosti tímu tak, aby mohli efektívne fungovať, pričom sa predpokladá schopnosť všetkých členov plánovať, realizovať a hodnotiť starostlivosť o pacientov. Za poskytovanie koordinovanej starostlivosti je zodpovedný tím.

Primárne ošetrovanie je spôsob poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti primárnou sestrou. Formou písomného záznamu, v ktorom je naplánovaná starostlivosť až po prepustenie pacienta, zabezpečuje kontinuitu celkovej starostlivosti. V ošetrovateľskej

starostlivosti poskytovanej metódou primárnej starostlivosti sú akcentované pacientove potreby. Dôraz sa kladie aj na komunikáciu s ostatnými členmi zdravotníckeho tímu.

Modulárne ošetrovanie je kombinovanie primárneho a tímového ošetrovania, ktoré predstavuje riešenie problému nedostatku pracovníkov. Ide o pridelovanie pacientov sestram na regionálnom princípe, pričom obvykle ide o skupinu 8-12 pacientov s využitím služieb rôznych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ako sú registrované a licencované sestry.

Metóda zameraná na prípad (*case management*) je moderný spôsob poskytovania starostlivosti, ktorý sa opiera o myšlienky primárneho ošetrovania pričom rieši problémy kvality financovania zdravotníckej starostlivosti. Minimalizuje fragmentáciu a maximalizuje individualizáciu starostlivosti. Metóda ponecháva sestre zodpovednosť a vytvára organizovanejší spôsob vyhodnocovania pacientových reakcií na terapiu a starostlivosť. Zlepšuje klinické výsledky, skracuje dĺžku hospitalizácie, podporuje spoluprácu rodiny, ošetrovateľského personálu a zaisťuje kontinuálnu starostlivosť. Využíva nástroje zvyšovania kvality (odporúčané klinické postupy, mapy starostlivosti, štandardy).

1. 3 Funkcie sestry

V rámci ošetrovateľstva sú implikované štyri základné funkcie – riadenie a poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti; edukácia pacientov a zdravotníckeho personálu; efektívne začlenenie sestier do zdravotníckeho tímu a implementácia výsledkov výskumu do klinickej ošetrovateľskej praxe.

Prvá funkcia zahŕňa **riadenie a poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti** (podpornej, preventívnej, liečebnej, rehabilitačnej i pomocnej). Ošetrovateľská starostlivosť je najúčinnnejšia vtedy, ak je poskytovaná metódou ošetrovateľského procesu. Využívanie metódy ošetrovateľského procesu v klinickej praxi zabezpečuje oproti iným, aj v našom zdravotníctve používaným systémom starostlivosti, komplexnú, kontinuálnu, individualizovanú starostlivosť, ktorá akceptuje pacienta/klienta ako jej aktívneho účastníka. Využívajúc metodologicky celostný prístup k človeku, jej cieľom je poskytovanie špecifických zásahov slúžiacich na uspokojovanie jeho potrieb (interdisciplinárnym tímom) a obnovenie pohody vo všetkých dimenziách ľudského bytia. Ak by sme ju chceli podrobnejšie opísať, rozdelili by sme ju do nasledujúcich častí:

- posúdenie potrieb jednotlivca, rodiny, komunity a identifikácia potrebných a dostupných zdrojov,

- rozdelenie kompetencií v súvislosti s možnosťou uspokojovania potrieb medzi jednotlivých odborníkov podieľajúcich sa na starostlivosti,
- určenie priorít v súvislosti so zdravotnými problémami,
- naplánovanie a poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti,
- aktívna účasť jednotlivca, rodiny, blízkych v procese plánovania starostlivosti a jej plnení, s dôrazom na sebestačnosť a zodpovednosť jednotlivca, rodiny, komunity za vlastné zdravie (do starostlivosti je zapojená tiež podporná sociálna sieť, v niektorých prípadoch je dôležitá účasť komunity),
- dokumentovanie ošetrovateľskej starostlivosti, jednotlivých intervencií vo všetkých fázach ošetrovateľského procesu. Presná a úplná dokumentácia pomáha koordinovať prácu celého tímu, zabezpečuje dôslednú starostlivosť a znižuje možnosť omylu, je v nej zachytená kontinuita a poskytuje chronologický prehľad starostlivosti a jej výsledkov. Slúži ako právny dokument, zachytáva každú činnosť vykonanú sestrou a v neposlednom rade je dôležitá pre výučbu a výskum v odbore.

Činnosť ošetrovateľskej profesie sa riadi profesionálnymi normami ošetrovateľskej starostlivosti. Normy ošetrovateľskej praxe poskytujú presné kritériá, na základe ktorých je vyhodnocovaná účinnosť a kvalita ošetrovateľskej starostlivosti pacientom, sestrou alebo zamestnávateľom. Ako príklad uvádzame normy ošetrovateľského procesu, používané Americkou asociáciou sestier (AAN), spracované v dokumente *Standards of Nursing Practice*.

Dokument obsahuje 8 noriem. Americká asociácia sestier vo svojich normách ošetrovateľskej praxe viažucich sa k ošetrovateľskému procesu akcentuje podporu, udržanie a zachovanie zdravia. Metódou ošetrovateľského procesu však môžeme ošetrovať aj pacientov v bezvedomí, bezvládných, umierajúcich. V ich prípade ide často krát o zabezpečenie najvyššej možnej miery kvality života, zmiernenie bolesti a utrpenia, poprípade zabezpečenie pokojného zomierania a smrti.

Norma č. 1 uvádza, že zaznamenávanie údajov o zdravotnom stave pacienta sa vykonáva systematicky a nepretržite. Údaje sú dostupné a oznamované. Ošetrovateľská starostlivosť vyžaduje úplný a neustály zber údajov o pacientovi, aby sa určil jej potrebný rozsah. Údaje o pacientovi musia byť dostupné všetkým členom ošetrovateľského tímu. Aby bola ošetrovateľská starostlivosť individualizovaná, zber údajov sa týka nielen objektívnych

ale i subjektívnych údajov o zdravotnom stave, psychických, sociálnych a duchovných problémoch človeka.

Podľa **normy č. 2** sú ošetrovateľské diagnózy odvodené z údajov o zdravotnom stave pacienta. Zdravotný stav pacienta je základom pre určenie potrebnej lekárskej starostlivosti a porovnáva sa s normou (stupeň, smer odchýlky). Určujú sa hranice možností pacienta, napríklad či je pacient schopný postarať sa o seba, či matka zvládne starostlivosť o choré dieťa a pod. V starostlivosti a určovaní ošetrovateľských diagnóz prevláda jednota s diagnózami iných profesionálov zabezpečujúcich starostlivosť.

Norma č. 3 sa týka plánu ošetrovateľskej starostlivosti. Plán ošetrovateľskej starostlivosti obsahuje ciele, ktoré vyplývajú z ošetrovateľskej diagnózy. Základom plánovanej starostlivosti je určenie výsledkov, ktoré sa majú dosiahnuť, spolu s pacientom, v súlade s plánovanou terapiou. Určujú sa v realistických a merateľných položkách a majú predpokladané časové obdobie dosiahnutia. Pri ich stanovovaní sa akceptuje jedinečnosť každého človeka, napr. osobitosť vývinového obdobia, aktuálny zdravotný stav, úroveň informovanosti, správanie sa počas hospitalizácie a i. Vo vyspelých krajinách nesie „každý človek osobnú zodpovednosť za svoje zdravie, má pritom právo na pomoc od spoločnosti, aby si svoje zdravie udržal, narušené zdravie znovu získal, prípadne aby mu spoločnosť pomohla primerane sa vyrovnáť so zmenou zdravotného stavu“. Nikto sa nepozastavuje nad účasťou pacienta, rodiny alebo iných jemu blízkych ľudí na rozhodovaní o liečbe a ošetrovaní. V našich podmienkach je toto právo viac proklamované ako dodržiavané, hoci je zakotvené v Charte práv pacientov, ktorá bola publikovaná v SR v roku 1995. Na jednej strane je reforma zdravotníckeho systému založená práve na zvyšovaní miery osobnej zodpovednosti každého človeka, na strane druhej zlyháva výchova a príprava populácie na takúto zmenu a tiež akceptácia zmeny vzťahu zo strany zdravotníkov. Väčšina ľudí je zvyknutá na to, že o problémoch týkajúcich sa zdravotného stavu rozhodoval lekár, informácie boli nepostačujúce a názoru pacienta nebola venovaná pozornosť. Sestry sú pripravované a vychovávané aj na spolurozhodovanie o poskytovanej starostlivosti.

Norma č. 4 v nadväznosti na predchádzajúce normy zdôrazňuje, že plán ošetrovateľskej starostlivosti zahŕňa priority a predpísané ošetrovateľské prístupy a pravidlá, aby sa dosiahli ciele odvodené z ošetrovateľskej diagnózy. Ošetrovateľské aktivity sú plánované tak, aby podporovali, udržiavali alebo navracali zdravie. K plánovaniu týchto aktivít sú dôležité postupy ako: fyzikálne vyšetrenie → preventívne, kontrolné - určujú špecifické problémy pacienta a vzťahujú sa k ošetrovateľským diagnózam a cieľom

starostlivosti, psychologické vyšetrenie → používa sa v problémovej ošetrovateľskej starostlivosti a pre ciele ošetrovateľskej starostlivosti (t.j. postupy na kontrolu agresie, motivácia, nové vzťahy), edukačné vyšetrenie → používa sa pri plánovaní edukácie (t.j. určenie obsahu, pripravenosť na učenie, nové úlohy a iné), kontrola prostredia → vonkajšieho fyzikálneho, psychosociálneho, tiež prežívanie problémov v tejto oblasti, skúmanie dostupných zdrojov a možností ich využitia, zdravotnícky personál, materiálne zdroje, podporná sociálna sieť, komunita a i.

Norma č. 5 vymedzuje, že ošetrovateľskými činnosťami sa zabezpečuje podpora, udržiavanie a zachovanie zdravia pacienta. Pacient a rodina sú aktívnymi účastníkmi ošetrovateľskej starostlivosti. Sú neustále informovaní o zmenách v zdravotnom stave, celkovom postupe zdravotníckej starostlivosti (medicínskej a ošetrovateľskej), úlohách jednotlivých členov tímu. Pacient a rodina môže na tomto základe robiť potrebné rozhodnutia týkajúce sa spôsobu podpory, udržiavania a zachovávania zdravia, kompetentného vyhľadávanie pomoci zdravotníckeho personálu a využitia dostupných zdrojov starostlivosti.

Podľa **normy č. 6** ošetrovateľské činnosti pomáhajú pacientovi dosiahnuť maximum zdravotných schopností. Všetky činnosti ošetrovateľského personálu a celého tímu smerujú k podpore, udržaniu a zachovaniu zdravia. Ošetrovateľská starostlivosť je individualizovaná a špecifická, závislá od situácie každého jednotlivca. Intervencie sú zamerané na uspokojovanie biologických, psychologických, sociálnych a duchovných potrieb človeka. Cieľom je zabezpečiť čo najvyššiu možnú úroveň kvality života.

Norma č. 7 uvádza, že pokrok alebo nedostatok pokroku na dosiahnutie cieľa u pacienta je determinovaný pacientom a sestrou. Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti si nemôžeme predstaviť bez aktívnej účasti pacienta alebo rodiny na spolurozhodovaní o nej.

V nadväznosti na siedmu normu, podľa **normy č. 8** pokrok alebo nedostatok pokroku u pacienta pri dosahovaní cieľa si vyžaduje nové usporiadanie, prehodnotenie priorít, stanovenie nových cieľov a úpravu plánu ošetrovateľskej starostlivosti. Ošetrovateľský proces je cyklický, dynamický, otvorený systém, ktorý umožňuje neustále prehodnocovanie starostlivosti, jej efektívnosť a využívanie nových prístupov.

Druhá funkcia sa týka **edukácie pacientov/klientov a zdravotníckeho personálu** (primárna, sekundárna a terciárna edukácia, profesionálna príprava). Význam výchovy a vzdelávania pacientov i zdravej populácie sa zdôraznil a vyzdvihol na I. európskej konferencii o ošetrovateľstve vo Viedni (1988). Výchovou by ošetrovateľstvo malo pomôcť ľuďom

zlepšovať si zdravie, získavať potrebné zručnosti, vyvolať zmenu konania a životného štýlu. Vychádzajúc z koncepcie prevencie, rozdeľuje sa aj výchova na primárnu, sekundárnu a terciárnu. Funkcia výchovy zahŕňa:

- skúmanie vedomostí a schopností jednotlivca z oblasti udržiavania a obnovy zdravia,
- príprava a poskytovanie informácií (informácie o ochorení, prognóze, ošetrovaní, príprava edukačných materiálov a i.),
- organizovanie alebo účasť vo vzdelávacích programoch,
- vyhodnocovanie týchto programov,
- vzdelávanie spolupracovníkov, všetkých členov tímu.

Edukácia by sa mala realizovať tak, aby mal každý vedomosti, zručnosti a motiváciu na vedenie takého spôsobu života, aby ním prispieval k upevňovaniu zdravia a predchádzaniu chorobám, aby v prípade ochorenia poznal možnosti, akými sa dá zlepšovať alebo udržať zdravotný stav. Výchovu nemožno podceňovať ani v prípade nevyliciteľného ochorenia. Mala by byť integrálnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti.

Tretia funkcia predstavuje **aktívne a účinné začlenenie sa sestry do zdravotníckeho tímu**. V rámci tejto funkcie je dôležité:

- spolupracovať s jednotlivcom, rodinou, komunitou, s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a inými odborníkmi pri plánovaní, organizácii, poskytovaní a vyhodnocovaní ošetrovateľskej starostlivosti ako súčasti zdravotníckych služieb,
- vedenie ošetrovateľského tímu, delegovanie úloh v rámci ošetrovateľského tímu,
- vedenie ošetrovateľského úseku v rámci zdravotníckych a sociálnych zariadení,
- zabezpečovanie optimálneho pracovného prostredia,
- zapojenie sa do plánovania koncepcií a programov, do určovania priorít a vytvárania zdrojov,
- účasť na príprave správ pre politickú reprezentáciu v orgánoch štátnej moci a štátnej správy, pre verejné inštitúcie, pre masmédiá na miestnej, regionálnej alebo národnej úrovni.

Štvrtá funkcia sa zameriava na **výskum, aplikáciu jeho výsledkov a rozvoj ošetrovateľskej praxe**. Plnenie tejto funkcie je nevyhnutné pre rozvoj profesie a kvalitnejšie poskytovanie služieb, pretože jedným zo základných predpokladov upevnenia statusu ošetrovateľstva ako samostatnej vednej disciplíny, tak ako v každej inej vednej oblasti, je rozvoj jeho vedeckovýskumnej bázy.

1. 4 Ošetrovateľstvo ako veda

Ošetrovateľstvo je samostatná vedná disciplína, ktorá je z hľadiska predmetu jej skúmania považovaná za vedu reálnu a humanitnú a z hľadiska svojho cieľa za vedu aplikovanú. Podobne, ako mnoho iných oblastí ľudského poznania a konania, aj ošetrovateľstvo vyústilo v svojej historickej genéze do vedeckej formy. Táto je vo všeobecnosti charakterizovaná predovšetkým samostatným predmetom skúmania a vedeckou metódou, jazykom a pojmovým aparátom, postupmi, spôsobmi získavania a realizáciou poznatkov. Keďže nevyhnutnou metodologickou podmienkou konštituovania akejkoľvek samostatnej vedeckej disciplíny je vymedzenie jej predmetu, systému základných pojmov i výskumných metód, ošetrovateľstvo si muselo z daného aspektu vyjasniť aj vzťahy s príbuznými disciplínami – medicínou, psychológiou, sociológiou a inými, čo znamenalo zároveň preukázať svoju metodologickú neredukovateľnosť na žiadnu zo spomínaných vied v uvažovanom kontexte. Môžeme zhrnúť, že ošetrovateľstvo ako veda je charakterizované:

- samostatným **predmetom** skúmania – vymedzenie špecifik predmetu¹,
- **metodológiou** – systém základných výskumných metód, prístup k predmetu,
- **špecifickou terminológiou**²,
- presne vymedzenými vzťahmi s príbuznými disciplínami.

Vzhľadom na to, že predmet ošetrovateľstva sme opísali v rámci predchádzajúcej časti (časť 1.1), terminológia ošetrovateľstva bola rozpracovaná v prvej časti skrípt vo *Vybraných kapitolách ošetrovateľskej teórie I*, v tejto časti kapitoly sa venujeme bližšie vzťahom ošetrovateľstva s inými vednými disciplínami a metodologickým problémom ošetrovateľstva.

¹ Pozri ošetrovateľstvo ako vedný odbor a *Koncepcia odboru ošetrovateľstva* č. 14535/2006-00.

² Pozri kapitola č. 4 vo *Vybraných kapitolách ošetrovateľskej teórie I*. (Gurková, 2010)

Ošetrovateľstvo spolupracuje s medicínskymi odbormi a humanitnými odbormi, ktoré sú zamerané na prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu a biomedicínsky výskum. Poznatky z jednotlivých odborov sa tvorivo rozpracúvajú a pretvárajú v závislosti od potrieb ošetrovateľskej teórie a ošetrovateľskej praxe. Sestry spolupracujú pri riadení, plánovaní, poskytovaní, koordinácii a vyhodnocovaní ošetrovateľskej starostlivosti s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi príslušného zdravotníckeho zariadenia a s inými fyzickými a právnickými osobami. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je významná aj spolupráca medzi sestrami jednotlivých aplikovaných odborov ošetrovateľstva ako sú: ošetrovateľstvo v odboroch vnútorného lekárstva, chirurgie, pediatrie, gynekológie a pôrodnictva, intenzívnej medicíny, psychiatrie, geriatrickej, onkológie a ďalšie. Na medzinárodnej úrovni odbor ošetrovateľstva Ministerstva zdravotníctva SR spracúva:

- návrhy na implementáciu vecne príslušných smerníc a dokumentov Európskej únie (ďalej EÚ) pre sestry a pôrodné asistentky,
- informácie o odborných aktivitách a technickom poradenstve Svetovej zdravotníckej organizácie pre hlavné vládne sestry.

Rozvoj ošetrovateľstva ako vedy je však limitovaný viacerými faktormi.³ Ako najviac významné môžeme v súčasnosti označiť feminizáciu ošetrovateľstva a s ňou spojenú charakteristiku ženských povolání, ako aj nedostatok účasti sestier na rozhodovaní na všetkých úrovniach riadenia ošetrovateľskej starostlivosti. Ďalším faktorom je dominantnosť medicíny a biomedicínskeho modelu zdravotnej starostlivosti, ktoré zatiaľ prevládajú v každom európskom systéme.

Prínos ošetrovateľstva pre zdravotnícku starostlivosť tak nie je doteraz docenený lekármi a často ani pacientmi. Sestra je napriek rozvoju ošetrovateľstva (výskum, vzdelávanie, klinická prax) ešte často považovaná za pomocníčku, ktorej náplňou práce je len plnenie lekárskeho ordinácií a príkazov. Ošetrovateľstvo ako samostatný vedný odbor dostalo na Slovensku príležitosť rozvoja až po roku 1989. Aj keď už odvtedy ubehlo viac rokov, emancipačný proces, ktorý by mal priniesť ošetrovateľstvu profesionálnu samostatnosť a autonómiu nielen v rozhodovaní a riadení, ale aj v zodpovednosti, ešte stále prebieha.

Ošetrovateľstvo ako vedná disciplína využíva metodologicky celostný (holistický) prístup k svojmu predmetu, čo je pre vednú disciplínu ojedinelé. Predmetom vedeckého

³ Vývoj ošetrovateľstva a charakteristika faktorov, ktorého ovplyvňovali je bližšie vymedzená vo *Vybraných kapitolách ošetrovateľskej teórie I.* (Gurková, 2010, s. 3 – 25)

záujmu ošetrovateľstva je človek, zdravý i chorý, chápaný nielen v biologickom, ale aj v psychologickom, sociálnom a duchovnom aspekte. Práca s človekom ako s celostnou bytosťou presahuje hranice vedy najmä v oblasti poznávania duchovnej dimenzie ľudského života vo vzťahu k zdraviu alebo chorobe, čo spôsobuje určité metodologické ťažkosti. Problémy poznávania celku môžu vyúsťovať do mechanického prístupu, keď sa celosť, ktorá je štruktúrna i dynamická zároveň, zamieňa s celistvosťou ako mechanickým súhrnom, sumou určitých znakov, určení a potrieb človeka.

Metódy, používané vo vedách sa vyznačujú tematickou redukciou, t.j. skúmajú podrobne a presne len časť reality a abstrahujú od toho, čo presahuje ich metódu. V exaktných, najmä prírodovednou metodológiou fundovaných vedách, sú údaje spravidla kvantitatívne vyhodnocované, preferuje sa merateľnosť, počítateľnosť faktov a ich spracovanie matematickými a štatistickými metódami. Problémom ošetrovateľského výskumu, ktorý sa doposiaľ rozvíja prevažne na medicínskej pôde, je používanie výskumných metód. Na rozdiel od metód a techník v prírodných vedách a medicíne, v ktorých sa za klasickú metódu skúmania (zberu primárnych, empirických informácií) považuje predovšetkým experiment spojený s exaktným meraním, predmet a ciele ošetrovateľstva vyžadujú preferovať základné metódy vypracované spoločenskými a humanitnými vedami. Využíva sa najmä rozhovor (interview) a dotazník, pomocou ktorých sa získavajú údaje o predmete skúmania, t.j. o človeku priamo, teda z pozície skúmaného ním samým, prvou osobou, a nie sprostredkovane, tretou osobou – vonkajším pozorovateľom (tak, ako je to napr. v prípade pozorovania či experimentu). Touto skutočnosťou sa práve zdôrazňuje primeranosť spomínaných metód špecificky skúmaného predmetu vo vedách o človeku a tou je ľudská subjektivita, založená na prítomnosti vedomia a sebauvedomenia. V ošetrovateľstve je človek chápaný a poznávaný nielen v jeho objektivisticky zistiteľnej prirodzenosti či sociálnych väzbách, ale aj ako jedinečná vedomá bytosť, so svojím neopakovateľným vnútorným svetom a zároveň ako bytosť, ktorá nie je schopná v určitých situáciách úplne samostatne riešiť svoje zdravotné problémy.

Napriek vyššie uvedenej primeranosti daných metód k špecificky ľudskej bytosti, v porovnaní s metódami používanými v biomedicíne, majú aj svoje problematické miesta. Tie spočívajú najmä v tom, že v optike prevládajúceho ideálu vedeckosti, nedosahujú poznatky získané na základe tejto metodiky porovnateľnú mieru presnosti, stálosti a všeobecnosti. Na druhej strane, pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je pre jednotlivca často dôležité aj zistenie, ktoré je inak bez väčšieho štatistického významu. V súčasnosti je ošetrovateľský

výskum vo vyspelých krajinách základom pre rozvoj profesionálnej praxe a vzdelávania. Nezanedbateľným problémom ošetrovateľského výskumu na Slovensku je aj skutočnosť, že predpoklady a podmienky jeho inštitucionalizácie a rozvoja neboli dostatočne vytvorené, napriek tomu, že univerzitná príprava odborníkov sa začala už v roku 1962.

1.5 Ošetrovateľstvo ako regulované povolanie

Profesionálna regulácia je spôsob a proces pomocou ktorého sa objednáva, určuje množstvo a kontroluje spôsobilosť pre nejaké povolanie alebo zamestnanie v jeho praxi. V ošetrovateľstve je základným cieľom regulácie ochrana verejnosti prostredníctvom zabezpečenia kompetentnej a dostupnej ošetrovateľskej starostlivosti. Regulačný systém povolaní sestier a pôrodných asistentiek obsahuje rozsah činnosti sestier a pôrodných asistentiek, požiadavky na vzdelanie, systém kontroly kontinuálneho dodržiavania odbornosti a mechanizmus disciplinárneho konania. Ošetrovateľstvo je ako regulované povolanie vymedzené v príslušných smerniciach EÚ. Smernice EÚ sa týkajú predovšetkým získania odbornej spôsobilosti sestry a pôrodnej asistentky, tzn. požadovaného stupňa vzdelania v príslušnom odbore pre výkon ich odborných pracovných činností. Podmienky získania odbornej spôsobilosti sestry vychádzajú z Európskej stratégie Svetovej zdravotníckej organizácie pre vzdelávanie tzv. regulovaných nelekárskych profesií (sestier a pôrodných asistentiek), z relevantných direktív EÚ (2005/36/ES) a z právnych noriem platných v Slovenskej republike. Podmienkou pre vykonávanie zdravotníckeho povolania v kategórii sestra je získanie odbornej spôsobilosti. Na vykonávanie špecializovaných a certifikovaných pracovných činností je potrebné získať odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností a odbornú spôsobilosť na výkon certifikovaných pracovných činností v akreditovaných študijných programoch. Ošetrovateľskú prax legislatívne usmerňujú príslušné právne normy (zákony, vyhlášky, nariadenia vlády, metodické usmernenia a iné). Ošetrovateľská prax a povolanie sestry je regulované Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek.

Výkon povolania sestry sa reguluje prostredníctvom registrácie sestier. Registrácia je proces, keď sú kvalifikovaní jedinci zapísaní do oficiálneho zoznamu (registra) vedeného vládou alebo nevládnou agentúrou a je im vydané potvrdenie o registrácii. Register sestier a pôrodných asistentiek je centralizovaný zoznam sestier a pôrodných asistentiek, vedený Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek. Registrácia sestier a registrácia pôrodných asistentiek, ktoré vykonávajú ošetrovateľskú prax alebo prax pôrodnej asistencie,

je povinná. Registrácia oprávňuje sestru používať s menom profesné označenie registrovaná sestra v skratke „r. s.“

Kontrolné otázky a úlohy:

1. Charakterizujte úlohy ošetrovateľstva a východiskové oblasti Koncepcie odboru ošetrovateľstvo.
2. Ktoré metódy ošetrovateľskej starostlivosti sa používajú v klinickej praxi v našich podmienkach?
3. Zhodnoťte praktické využitie jednotlivých metód.
4. Vymenujte a stručne opíšte funkcie sestry.
5. Charakterizujte ošetrovateľstvo ako vedu.
6. Vyhľadajte zákony, vyhlášky, prípadne odborné usmernenia týkajúce sa registrácie a regulácie povolania sestier a pôrodných asistentiek v Slovenskej republike.
7. Ktoré sú základné piliere Európskej stratégie SZO pre vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek?

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ANDRAŠČÍKOVÁ, Š. Metóda ošetrovateľskej starostlivosti. In ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009, s.71-73. ISBN 978-80-8063-315-8.

BÓRIKOVÁ, I. Posudzovanie aktivít denného života. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [elektronický dokument]. ISSN 1804-2740. Roč. 1, č. 1 (2010), s. 24-30 Dostupné na [www: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniassistance/dok/2010-01/4_borikova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniassistance/dok/2010-01/4_borikova.pdf)

GURKOVÁ, E. Systémový model. In ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009, s. 166. ISBN 978-80-8063-315-8.

GURKOVÁ, E. Vývinový model. In ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009, s. 175. ISBN 978-80-8063-315-8.

- GURKOVÁ, E. Interakčný model . In ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009, s. 42-43. ISBN 978-80-8063-315-8.
- GURKOVÁ, E. Humanistický model. In ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009, s. 36. ISBN 978-80-8063-315-8.
- JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovateľské modely a teórie*. 1. vydání. Ostrava, Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta: Repronis Ostrava. 2002. ISSN 80-7042-339-0.
- POLIT,F.D.,HUNGLER,P.,B. *Nursing RESERCH*. 5th edition. Philadelphia: J.B. Lippincot Company, 1995. 694 p. ISBN 0-397-55138-X.
- RIEHEL-SISCA, J. *Conceptual Models for Nursing Practice*.3rd Editon. New Jersey: Prentice Hall. 505 p. ISBN 0-8385-1210-0.
- SALVAGEOVÁ,J. *Ošetrovateľstvo v akcii*. 1. vyd. Bratislava : C.S.M., 1995. 111 s. ISBN 80-967081-2-0.
- SHIFFERLI,T. Činnosť ošetrovateľského oddelenia v USA. In: *Ošetrovateľský manažment. Zborník*. Martin : Asociácia nemocníc Slovenska, 1993. s.2-14.
- PALENČÁR,M., ŽIAKOVÁ,K., KUDLIČKA,J.. Dotazník v ošetrovateľskom výskume. In: *Moderný medicínsky manažment*, VII., 2000, č.2, s. 2–13. ISSN 1335-2326.
- TOMAGOVÁ, M. BÓRIKOVÁ, I. *Ošetrovateľský proces* (teória a prax) [elektronický dokument]. 1. vyd. Martin : Univerzita Komenského v Bratislave Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2010. 110 s. ISBN 978-80-88866-87-9.
- TOMAGOVÁ, M. Vybrané meracie nástroje v posudzovaní kognitívnych funkcií seniora v ošetrovateľskej starostlivosti. *Kontakt*. ISSN 1212-4117. Roč. 11, č. 2 (2009), s. 310-319.

2 OŠETROVATEĽSKÉ KONCEPTUÁLNE MODEL Y

Ciele a obsah kapitoly

Táto kapitola sa zameriava na spracovanie nasledujúcich oblastí:

- charakteristika a klasifikácia konceptuálnych modelov
- vybrané konceptuálne modely:
 - Roperovej, Loganovej, Tierneyovej model životných činností
 - Leiningerovej model

2.1 Konceptuálne modely

Najširším teoretickým východiskom ošetrovateľstva je paradigma vyčleňujúca javy, ktorými sa ako vedná disciplína na rozdiel od iných má a bude zaoberať. Paradigmu môžeme chápať aj ako najglobálnejšie stanovisko, najvšeobecnejšiu perspektívu každej disciplíny. Vývoj paradigmy v ošetrovateľstve predznamenal vo svojej práci Florence Nightingalová. Na základe pozorovania navrhla niektoré zmeny ošetrovateľských intervencií a týmito opatreniami dosiahla zníženie úmrtnosti. Svoje skúsenosti opísala v roku 1859 v *Notes on Hospitals*. V zápiskoch zdôraznila dôležitosť vplyvu prostredia na zdravie človeka, čím definovala dva základné pojmy ošetrovateľstva. Až v roku 1970 boli v ošetrovateľstve identifikované a všeobecne prijaté štyri základné pojmy: *človek, zdravie, prostredie a ošetrovateľstvo*. Pohľad na tieto štyri činitele a vzťahy medzi nimi tvoria paradigmu ošetrovateľstva, zároveň sú základom pre jednotlivé modely a teórie.

Človek – príjemca ošetrovateľskej starostlivosti, zdravý i chorý.

Zdravie – pacientove miesto v kontinuite zdravia a choroby a možné problémy s tým spojené.

Prostredie – v kontexte vzťahu sestra – pacient.

Ošetrovateľstvo – úloha a aktivity v ošetrovateľstve, založené na rozvoji jeho vedeckej bázy.

Súvislosti medzi nimi vyjadruje konštatovanie: „*Ošetrovateľstvo sa zoberá integritou alebo zdravím ľudských bytostí, pričom uznáva, že ľudia sú v neustálej interakcii so svojim prostredím*“, čo môžeme považovať za hlavný výklad paradigmy ošetrovateľstva, nakoľko odráža jeho zameranie.

V ošetrovateľstve je konceptuálny model (tiež koncepčný rámec alebo koncepčný systém) chápaný ako systematicky konštruovaný, vedecky definovaný a logicky pospájaný

súbor pojmov. Konceptuálne modely sú rozpracované dôkladne a systematicky ako výsledok výskumov, niekedy sú výsledkom dlhodobých pozorovaní a vedeckých zdôvodnení ošetrovateľskej praxe. Spracovanie konceptuálnych modelov ošetrovateľskej starostlivosti, budované na poznatkoch o ošetrovaní, je otvoreným systémom a predstavuje základ ďalšieho vedeckého rozvoja tejto disciplíny. Modely pozostávajú z hlavných pojmov identifikujúcich ošetrovateľský odbor a uplatňujú sa v nich aj teórie používané v iných odboroch (teória role, stres – adaptačná teória a pod.). Sú základom a koncepčným rámcom pre vznik ošetrovateľských teórií. Napriek rozdielom medzi jednotlivými modelmi sú globálne koncepcie a paradigma spoločné väčšine modelov. V ošetrovateľskej literatúre dochádza často k nejasnostiam pri rozlišovaní modelu a teórie. Niektorí autori považujú rozdiel medzi konceptuálnym modelom a teóriou len za sémantický problém. Domnievame sa, že primárne rozlíšenie môže spočívať v miere abstrakcie a všeobecnosti. Teória odráža javy s väčšou mierou špecifickosti.

Ošetrovateľské konceptuálne modely sú kategorizované na základe:

1. teoretickej bázy, ktorá je univerzálnejšia ako ošetrovateľské modely a teórie,
2. stupňa rozpracovania ošetrovateľskej teórie,
3. úrovne abstraktnosti a miery všeobecnosti.

Táto kategorizácia umožňuje diferencovaný pohľad na teoretické práce.

1. Teoretická báza (univerzálna)

Teoretické modely sú jedinečné, ale podobnosť existuje. Každý model je základom pre jednu alebo dve teoretické premisy, ktoré rozhodujúcim spôsobom ovplyvňujú ošetrovateľskú prax. Jednou z dominantných tém v ošetrovateľskej vede reflektovanej vo včasných prácach bola koncepcia „interakčných modelov“ teoretičiek Peplauovej, Orlandovej a Kingovej. Ohniskom modelov bol interpersonálny proces medzi sestrou a pacientom. Kingová definovala ošetrovateľstvo ako interakčný proces medzi sestrou a pacientom, výsledkom ktorého je dosiahnutie, udržiavanie alebo návrat zdravia, ktoré dovoľuje pacientom využiť maximálny ľudský potenciál pre každodenný život a plnenie spoločenských rolí. Rozvíjala svoju teóriu doplnením o pacientove prostredie a iné typy sociálnych interakcií, do ktorých zahŕňa rodinu a komunitný sociálny systém.

Následné teoretické prístupy vytvorené v ošetrovatel'stve sú založené na:

A: Teórii systémov – ktorá slúži ako základ pre modely Kingovej, Johnsonovej a Neumanovej. Neumanovej model bol priamym dôsledkom používania organizačnej behaviorálnej teórie. Pacient/klient je chápaný systémovo, v interakcii, spolupôsobení s inými systémami, ako rodina, komunita a prostredie. Úlohou ošetrovatel'stva je identifikovať intrapersonálne, interpersonálne a extrapersonálne stresory a pomáhať individu na ne odpovedať.

B: Stres-adaptačnej teórii – ktorá je zapracovaná v modeloch Royovej, Johnsonovej a Neumanovej. Dôraz kládli na pôsobenie stresorov a stres, ktorý u pacienta/klienta vedie k nerovnováhe. Úlohou ošetrovatel'stva je znovuobnovenie rovnováhy a uľahčenie adaptácie.

C: Existenciálno – fenomenologickom pohľade – ktorý bol teoretickou bázou pre prácu Rogersovej, Parseovej, Watsonovej a iných. Existenciálny komponent sa odohráva v ľudskej transcencii, ktorá presahuje individuum (telo a myseľ) a zahŕňa ponímanie seba v širších duchovných súvislostiach života. Fenomenologický pohľad akceptuje pacienta/klienta ako existenciu jestvujúcu v čase, v komplexe minulého, prítomného, budúceho. Tento novší pohľad je snahou o prekonanie redukcionistického a mechanistického pohľadu na človeka. Chápe človeka a jeho prostredie transcendentálne, metafyzicky a humanisticky.

Tieto tri modely (Rogersovej, Parseovej, Watsonovej) sú fundované rôznymi všeobecnejšími poňatiami človeka. Prvý vychádza z teórie systémov, druhý je založený na pojme adaptácie, ktorý sa stal centrálnym v psychológii. Tretí je inšpirovaný filozofiou a trojdimenziálnym chápaním človeka.

Ďalšie teoretické prístupy reflektujú aj spoločensko - politický vývoj a tendencie k posilňovaniu ochrany osobnosti, jej ľudských práv, ale aj k zvyšovaniu miery samostatnosti a zodpovednosti pacienta/klienta za seba.

Konceptuálne modely majú rovnakú štruktúru: premisy, hodnotový systém, hlavné jednotky. Premisy sú teoretickým východiskom konceptuálnych modelov, zloženým hlavne z pojmov a tvrdení, ktoré špecifikujú (konkretizujú) základné metaparadigmatické zložky. Hodnotový systém pozostáva z presvedčení, hodnôt a prípadne aj noriem, ktoré sú typické pre celé ošetrovatel'stvo (a teda pre všetky konceptuálne modely) a vyjadrujú jeho základné myšlienky, týkajúce sa metodológie ošetrovatel'skej vedeckej činnosti ako celku, ale najmä jej prakticko-klinického aspektu. Hlavné jednotky sú prvky ošetrovatel'ského konceptuálneho

modelu, ktoré vznikli na základe spojenia premís s hodnotovým systémom a vedú ku konkretizácii základných cieľov ošetrovateľstva ako aplikovanej humanitnej vedy. V ošetrovateľských modeloch sa zvyčajne vyčleňuje sedem hlavných jednotiek: špecifikácia cieľa ošetrovateľstva, definovanie pojmu pacient, vymedzenie úlohy sestry, určenie zdroja ťažkosti u pacienta, určenie zamerania (ohniska) ošetrovateľského zásahu, konkretizácia spôsobov ošetrovateľského zásahu, identifikácia dôsledkov ošetrovateľskej činnosti.

Ošetrovateľské konceptuálne modely sa najčastejšie klasifikujú na základe typu všeobecnejšieho (filozofického), svetonázorovo-teoretického a všeobecne-vedného pozadia, z ktorého čerpajú fundamentálne ontologické pojmy a kategórie. Z tohto hľadiska sa vyčleňujú **modely systémové, vývinové, interakčné, humanistické.**

Humanistické modely sa riadia princípmi humanizmu a vychádza z fenomenologicko-existenciálnych prístupov k človeku. Pracujú s pojmami: sloboda, existencia, zmysel, autonómia, spolubytie, transcendencia, spolutvorba a iné. Medzi humanistické modely patrí napríklad Oremovej model, Parseovej model, Watsonovej model a Rogersovej model. V odbornej literatúre sa uvedené modely zaraďujú niekedy aj medzi vývinové modely.

Interakčné modely vychádzajú z psychologických teórií (napríklad Sullivanova interpersonálna teória osobnosti) a sociologických prístupov (napríklad symbolický interakcionizmus), zdôrazňujúcich význam interpersonálnych vzťahov vo vývoji osobnosti človeka, resp. význam sociálnej interakcie pri interpretácii rôznych činností a javov z okolia. Opierajú sa najmä o pojmy: sociálna interakcia, rola, predstava o sebe samom. V interakčných modeloch je zdôrazňovaná interpersonálna podstata ošetrovateľskej starostlivosti ako aj schopnosť človeka pochopiť význam situácií, ktorým musí čeliť v interakciách s inými ľuďmi. Medzi interakčné modely patrí napr. Rhielovej model a Peplauovej model.

Systémové modely majú pôvod predovšetkým vo všeobecno-vednej teórii systémov, resp. teórii otvorených systémov a čiastočne aj v špeciálnych vedách (sociobiológia, psychobiológia). Opierajú sa najmä o pojmy: systém (otvorený a uzavretý), interakcia, spätná väzba, dynamická rovnováha, adaptácia a podobne. Medzi systémové modely sú zaraďované Kingovej model, Johnsonovej model, Royovej adaptačný model a Neumanovej model.

Vývinové modely preberajú svoje centrálné kategórie predovšetkým zo psychológie. Opierajú sa najmä o pojmy: rast, vývin, dospievanie, zmena, dynamika, potencialita, progresia. Vychádzajú z predpokladu, že ľudia majú základný potenciál pre zmenu, ktorý môže byť aktivizovaný vnútornými pohnútkami alebo faktormi zo strany prostredia. Medzi vývinové

modely sú zaraďované napríklad Hendersonovej model, Oremovej model sebaopatery, Rogersovej model.

Od polovice 60. rokov sa zintenzívňujú snahy definovať profesionálne ošetrovateľstvo a oddeliť ošetrovateľskú prax od medicínskej starostlivosti. Hendersonová definovala v roku 1966 úlohu ošetrovateľstva ako pomoc pacientovi, ktorý sa nemôže o seba postarať a poskytnutie podpory jeho nezávislosti. Definícia bola všeobecne akceptovaná. Podobne Oremová (1971) formulovala vo svojom modeli tri úlohy sestry na podporu pacientovej sebaopatery. Johnsonovej behaviorálny model (1980) opisuje ošetrovateľstvo ako asistenciu pacientovi pri dosiahnutí stability alebo rovnováhy. V Royovej adaptačnom modeli (1974) je cieľom ošetrovateľstva podpora pacienta v adaptácii sa na jednotlivé stimuly.

2. Stupeň rozpracovania ošetrovateľských teórií

Klasifikáciu ošetrovateľských modelov opísala prvý raz Stevensová. Diferencovala modely na základe úrovne vývoja teórií. Teórie rozdelila na deskriptívne, explanačné a prediktívne. Za vedecké sa vo všeobecnosti pokladajú len teórie explanačné a prediktívne. Prvým stupňom vo vývoji sú deskriptívne teórie. Základné prvky tvoriace paradigmu ošetrovateľstva – osoba, prostredie, zdravie a ošetrovateľstvo sú v nich identifikované, nie sú však vysvetlené vzťahy medzi nimi. Explanačné teórie sa pokúšajú vysvetliť súvislosti medzi jednotlivými pojmami a javmi, ktoré zobrazujú. O prediktívnych teóriách hovoríme vtedy, ak sú známe podmienky, za ktorých pojmy vzájomne súvisia a boli opísané očakávané výsledky. Najvyššia úroveň teoretického vývoja umožňuje opakované testovanie teórie pre zisťovanie jej validity.

3. Úroveň abstrakcie a miery všeobecnosti

Podľa klasifikácie Walkerovej a Avantovej sú teórie rozdelené do štyroch stupňov.

- Meta-teórie – najvyšší stupeň abstrakcie.
- Veľké teórie – ponúkajú globálny konceptuálny pracovný rámec pre ošetrovateľskú prax a vzdelávanie, široký abstraktný opis ošetrovateľských intervencií alebo úloh.
- Teórie stredného radu – limitujúce oblasť ošetrovateľských aktivít. Väčšou mierou než veľké teórie určujú oblasť praxe a výskumu.
- Praktické teórie (teórie praktickej duchovnej činnosti) – špecifikujú cieľ a ošetrovateľské aktivity nevyhnutné na dosiahnutie cieľa, môžu byť testované v praxi.

Okrem výskumu a praxe sa ukazuje aj nevyhnutnosť použitia konceptuálneho modelu pre tvorbu koncepcie každého výchovného programu v profesionálnej príprave v ošetrovateľstve.

Vedecké teórie sú celostným, myšlienково-konkrétnym obrazom skúmanej skutočnosti, slúžia na teoretickú systematizáciu vedeckých poznatkov, explanáciu a predikciu ako teoreticky podložený návod na praktickú činnosť. V metodológii ošetrovateľstva je teória utvorená z pojmov a propozícií oproti modelu, však odráža javy s oveľa väčšou špecifickosťou. Na rozdiel od neho sa teória dá empiricky testovať.

2.2 Roper – Logan - Tierney model životných činností

A. Myšlienkové predpoklady a východiská

Základy modelu životných činností vypracovala Nancy Roperová spolu s Winifred Loganovou a Alison J. Tierneyovou v 70-tych rokoch 20. storočia (1976), v štúdiu zaoberajúcou sa klinickými skúsenosťami študentov ošetrovateľstva. Išlo o pokus prezentovať koncepčný rámec, ktorý by identifikoval teoretickú základňu založenú na zdraví a pomohol by študentom pochopiť pacienta ako celistvú bytosť. Základný rámec R-L-T modelu ošetrovateľstva bol vyslovený v niekoľkých publikáciách v 80-tych rokoch, *The Elements of Nursing* (Roper et al. 1980), *Learning to Use the Process of Nursing* (1981) a *Using a model for Nursing* (1983). Model sa postupne revidoval, upravoval až nadobudol súčasnú podobu.

Východiská R-L-T modelu ošetrovateľstva:

- humanistická filozofia,
- poznatky z psychológie a fyziológie,
- Maslowova hierarchia ľudských potrieb (1954),
- Hendersonovej model 14 univerzálnych ľudských potrieb.⁴

B. Definícia základných pojmov R-L-T modelu životných činností

Nancy Roperová zdôrazňovala význam schopností pacientov samostatne vykonávať aktivity denného života (čo vie, pozná, dokáže), pracovala s pojmom **ressourcen** - vlastné sily človeka, jeho schopnosti, ktoré má k dispozícii a pomocou ktorých je schopný zmeniť alebo

⁴ Model životných činností predstavuje modifikáciu Hendersonovej komplementárno – suplementárneho modelu 14 univerzálnych ľudských potrieb. V protiklade s Hendersonovou sa Roperová snažila zdôrazniť aktívne kvality ľudských bytostí a ich vzájomnú interakciu ako aj interakciu s prostredím.

zlepšiť svoj zdravotný stav. N. Roperová v ňom popisovala základné aktivity spoločné všetkým ľuďom, ktoré sa manifestujú prostredníctvom určitých typov správania.

Model životných činností (Activities of Living - ALs) zahŕňa 5 hlavných komponentov, ktoré sú vo vzájomnej interakcii:

- životné aktivity (activities of Living - ALs),
- životné obdobia (lifespan),
- kontinuum závislosti/nezávislosti,
- faktory ovplyvňujúce aktivity denného života,
- individualita v živote (individuality in living).

Životné aktivity a životné obdobia

Predstavujú základný pilier R-L-T modelu, sú chápané ako aktivity, ktoré vykonáva jednotlivec počas svojho života v rámci etáp vývinu. Snahou jednotlivca je angažovať sa v procese života, obhajovať svoju pozíciu a správať sa tak, aby sa zabezpečovali všetky potreby od narodenia až po smrť. Každá pozícia v rámci života jednotlivca má vplyv na mieru jeho závislosti, resp. nezávislosti. Autorky pôvodne identifikovali 16 každodenných činností, ktoré rozdelili do 3 oblastí:

1. *aktivity na zachovanie ľudského života* – sú pre jednotlivca nevyhnutné,
2. *aktivity zvyšujúce kvalitu života* – nie sú pre jednotlivca nevyhnutné,
3. *umieranie* – tejto oblasti je venovaná špecifická pozornosť – ide o konečný akt života, do ktorého je osoba zapojená (tab. 1).

Pôvodný zoznam 16 životných aktivít bol neskôr modifikovaný na 12 životných aktivít (tab. 2). N. Roperová uvádza, že každá z týchto fyzických aktivít má tri aspekty: fyziologický (fyzický), psychologický a sociálny. Každá aktivita špecifikuje relatívne odlišný typ ľudského správania a vzťahuje sa k uspokojeniu konkrétnej potreby. Úzky vzťah medzi základnými životnými aktivitami a ďalším typom aktivít, ktoré slúžia na podporu a obnovu zdravia predpokladá využívanie troch typov správania:

- preventívne aktivity/správanie (slúžia na predchádzanie problémov v plnení denných aktivít - činností) – prevencia stavov, ktoré narušajú alebo poškodzujú zdravie; prevencia infekcie,

- posilňujúce aktivity (comforting) – zamerané na zabezpečovanie fyzického, psychického a sociálneho posilnenia a pohody (napr. striedanie obuvi s rôznou výškou opätkov v priebehu dňa u osôb s varixami, odpočinok v posteli, pitie horúceho čaju pri chrípke),
- vyhľadávajúce správanie/aktivity – zamerané na získanie informácií, vedomostí, nových skúseností a odpoveď na otázky a problémy, ktoré môže jednotliviec využiť neskôr k podpore zdravia (napr. štúdium vhodnej literatúry, návšteva lekára pri prevencii choroby).

Tab. 1 Prehľad pôvodne identifikovaných 16 životných aktivít

Aktivity na zachovanie ľudského života	Aktivity zvyšujúce kvalitu života	Mortalita
Dýchanie	Osobné čistenie	Umieranie
Jedenie	Obliekanie	
Vylučovanie	Komunikácia	
Regulácia telesnej teploty	Učenie	
Pohyblivosť	Pracovanie	
Spanie	Hranie	
Udržiavanie potrieb bezpečia a ochrany	Sexualita	
	Rozmnožovanie	

Tab. 2 Modifikovaný model 12 životných aktivít

Udržiavanie bezpečného prostredia	Kontrola telesnej teploty
Komunikácia	Pohyblivosť
Dýchanie	Pracovanie a hranie
Jedenie a pitie	Vyjadrovanie sexuality
Vylučovanie	Spanie
Osobné čistenie a obliekanie	Umieranie

Kontinuum závislosti/nezávislosti

Počas jednotlivých etáp života je jednotliviec v interakcii s viacerými faktormi, ktoré ovplyvňujú jeho pozíciu a mieru angažovanosti v rámci zvládania jednotlivých životných činností/aktivít (obr. 2)

Príklad: Novorodenec je plne závislý vo všetkých aktivitách, nie je zrelý na to, aby ich dokázal zvládnuť. Nemá prispôsobené ani fyziologické možnosti na zvládanie aktivít a ani adaptačné mechanizmy.

30 ročný zrelý muž, nezávislý v aktivitách denného života → vplyv ochorenia, úrazu → posun k závislosti v aktivitách denného života.

Faktory ovplyvňujúce aktivity denného života

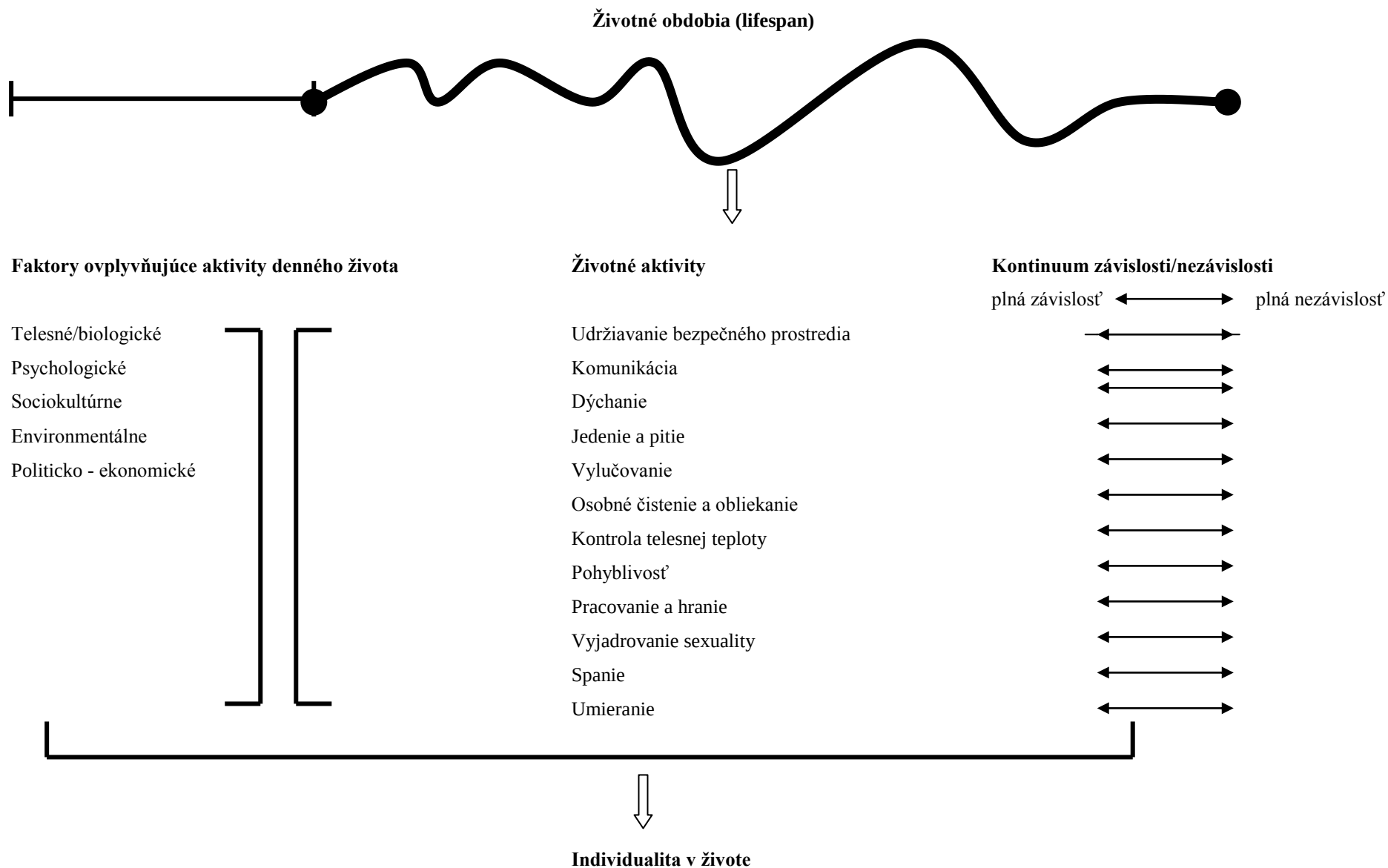
Problémy vyžadujúce si ošetrovateľskú intervenciu, môžu byť vyvolané širokým spektrom faktorov. Zahŕňajú vývinové štádium, ktoré osoba dosiahla a tiež životné udalosti, ktoré sa viažu k niektorému z vývinových štádií (prenatálne obdobie; od narodenia do 5 rokov; detstvo (6-12 rokov); dospievanie (13-18 rokov); ranná dospelosť (19-30 rokov); stredný vek (31-45 rokov); neskorá dospelosť (46-65 rokov); starý vek (nad 66 rokov).

Potreby a požiadavky ošetrovateľskej starostlivosti⁵:

- Telesné, biologické faktory – vek, imobilita, choroba, fyzická neschopnosť.
- Psychologické faktory – inteligencia, motivácia, emocionálny stav, psychosociálna neschopnosť.
- Sociálne – kultúrne skúsenosti – náboženské presvedčenie, kultúrne normy – stravovanie, pitie v jednotlivých kultúrach – zvyky, návyky, migrácia.
- Environmentálne faktory – bariéry životného prostredia, znečistenie.
- Politické a ekonomické faktory – nezamestnanosť, dostupnosť ku kľúčovým zdrojom zdravia.

⁵ Absencia jedného alebo viacerých faktorov môže spôsobiť posun jednotlivca od relatívnej nezávislosti k relatívnej závislosti v jednej alebo viacerých životných činnostiach.

Obr. 2 Komponenty modelu životných aktivít/činností



C. Metaparadigmatické pojmy v Roper-Logan-Tierneyovej modeli životných činností

Osoba – celistvá bytosť s 12 životnými aktivitami, ktoré sú odrazom jeho potrieb a manifestujú sa správaním, ktoré je individuálnym prejavom každého jednotlivca; individuum, ktoré má svoje rozličné aktivity počas svojho života od narodenia až po smrť.

Prostredie – opisujú autorky ako jeden z piatich faktorov, ktorý ovplyvňuje aktivity počas života; (fyziologické, psychologické, sociokultúrne, environmentálne a politicko-ekonomické faktory, ktoré veľmi úzko súvisia so základnými životnými aktivitami a zdravím).

Zdravie – zdravie, ani choroba nie sú v R-L-T modeli opísané, autorky definujú ako najvyššiu optimálnu úroveň zdravia samostatnosť a nezávislosť.

Ošetrovatel'stvo – definujú ako schopnosť získať, zachovať alebo prinavrátiť maximálnu úroveň nezávislosti jednotlivca v životných aktivitách, zabezpečovať posilňujúce postupy na podporu uzdravenia a nezávislosti, podpora pacienta pri riešení, edukácii, predchádzaní problémom spojených so životnými činnosťami, aktivitami.

Cieľom ošetrovatel'stva je dosiahnuť samostatnosť a nezávislosť pri vykonávaní životných aktivít, chápanie potrieb, požiadaviek jednotlivca a rešpektovanie individuality jednotlivca a rozdielov v spôsoboch, akými sa zapájajú jednotlivci do niektorých životných činností.

D. Obsah modelu

Všetci ľudia majú základné kvality, ktoré sa prejavujú správaním jednotlivca pri životných aktivitách, ktoré vykonáva každý jednotliviec samostatne. Jednotlivci sa líšia v tom, akým spôsobom životné aktivity realizujú. Rozdiely vo vykonávaní jednotlivých životných aktivít sú podmienené vývinovými štádiami jednotlivca, individuálnymi prvkami a odlišnosťami jednotlivca (sociálne, kultúrne, ekonomické). Každý jednotliviec je do životných aktivít zapojený prostredníctvom životného napätia, čo sa prejavuje v určitej miere nezávislosti. Ako sme už spomínali, pri definícii kontinua závislosti - nezávislosti, jednotliviec sa v priebehu života dynamicky pohybuje od úplnej závislosti k úplnej nezávislosti, pričom sa tu uplatňujú rôzne faktory ako vek, zdravotný stav, životné prostredie. V živote jednotlivca môžu nastať rôzne životné situácie, vyžadujúce ošetrovateľské intervencie. V takom prípade musí sestra s pacientom posúdiť základné životné aktivity a zaznamenať správanie pri ich realizácii v minulosti. Sestra tak zistí existenciu aktuálnych a potenciálnych problémov, dohodne sa s pacientom na reálnych a dosiahnuteľných cieľoch a vyhľadávajú zdroje a činnosti na ich

spĺnenie. Tie zahŕňajú preventívne, povzbudzujúce, vyhľadávacie správanie/aktivity. Sestra predchádza vzniku problémových situácií, povzbudzuje pacienta, minimalizuje jeho závislosť, a tým zvyšuje jeho zodpovednosť za sebaopateru.

Kritériom hodnotenia ošetrovateľskej starostlivosti sú aktivity a správanie jednotlivca, zvolené pre dosiahnutie cieľov. Aktivity musia byť merateľné a porovnateľné s jeho predchádzajúcimi činnosťami (obr. 3)

E. Ošetrovateľský proces podľa R-L-T modelu životných činností

Prvou fázou ošetrovateľského procesu je **posudzovanie**, v rámci ktorého autorky odporúčajú, aby bolo aktívnym procesom zameraným na životné činnosti. Nakoľko ide podľa Roperovej o neustále prebiehajúcu formu tejto činnosti, prikláňa sa k používaniu pojmu posudzovanie namiesto pojmu posúdenie.

Posudzovanie v tomto modeli zahŕňa: zhromažďovanie informácií o osobe, revidovanie zhromaždených informácií, identifikovanie problémov osoby a identifikovanie priorít medzi problémami. Napriek nutnosti neustále prebiehajúceho posudzovania navrhuje Roperová dvojstupňový proces. **Úvodné posudzovanie**, v ktorom sa zakotvia základné informácie, s ktorými sa neskôr dajú porovnávať ďalšie informácie o bežných činnostiach jednotlivca, údaje o rutinných činnostiach jednotlivca a jeho súčasných problémoch vo vzťahu k životným aktivitám. Autorky si uvedomili, že v niektorých prípadoch môže úvodné posudzovanie trvať niekoľko hodín, kým sú detailné informácie dostupné, čoho potvrdením je jej požiadavka, aby sa začali získavať čo najskôr. V emergentných situáciách má podľa Roperovej prednosť získavanie informácií fyzikálnej povahy. Tieto informácie zahŕňajú osobné údaje – meno, ľudí, ktorí sú pre posudzovaného jedinca dôležití, náboženské presvedčenie a významné životné krízy.

Príklad: O žene, ktorej zomrel v hospici manžel, už sestra v procese starostlivosti získala niekoľko informácií, avšak na to, aby jej mohla poskytovať podporu aj vo fáze post finem (vo fáze po úmrtí blízkeho) musí získať ďalšie informácie. Smrť sa môže stať súčasnou životnou krízou a význam, aký jej žena pripíše, môže byť rozhodujúci z hľadiska toho, ako sa s ňou dokáže vyrovnáť počas prvých štádií po úmrtí a aj neskôr. Roperová uvádza, že sestra nemôže predpokladať aké emócie, pociťuje žena pri strate blízkej osoby, ale môže to počas úvodného posudzovania zistiť. Niekedy môže smrť priniesť pozostalým úľavu a môže to byť následok dlhodobej starostlivosti o príbuzného s terminálnym ochorením.

Druhé štádium sa zameriava na **posudzovanie konkrétnych schopnosti jednotlivca vykonávať 12 životných aktivít**. Existujú ale rozdielne názory na rozsah a komplexnosť ich posudzovania. Kým Roperová zdôrazňuje, že nemusia byť nevyhnutne posudzované všetky životné aktivity, iné autorky (Newtonová, 1991) uvádzajú, že s výnimkou “umierania“ by mali byť posudzované všetky životné aktivity. Ak nie sú v rámci posudzovania identifikované ošetrovateľské problémy, mala by to sestra zaznamenať. Počas tejto fázy sa teda sestry zameriavajú na konkrétne schopnosti jednotlivca vykonávať 12 životných aktivít a na rozsah do akého môžu každú aktivitu vykonávať nezávisle (stupeň nezávislosti)

Iné ošetrovateľské problémy, ktoré je potrebné počas posudzovania identifikovať sú tie, ktoré sú odvodené z liečby predpísanej lekármi alebo inými pracovníkmi zdravotníckeho tímu. Ide o závislé intervencie, ktoré sú v R-L-T modeli opísané pojmom *medicínsky predpísaná súčasť ošetrovateľstva*.

Výsledkom druhej fázy posudzovania je identifikácia aktuálnych a potenciálnych problémov pacienta. Pozornosť sa venuje aj zvyčajným rutinným aktivitám pacienta a tiež stratégiám zvládania záťaže, aby starostlivosť vychádzala z individuálneho prístupu.

Príklad: Po úvodnom posúdení ženy, po smrti manžela pokračuje sestra v posúdení aktuálneho aj potenciálneho vplyvu straty na životné aktivity ženy. Je potrebné získať informácie o zomieraní, vyjadrovaní sexuality a spánku, napriek tomu, že je potrebné posudzovať všetky životné aktivity, nakoľko strata partnera môže mať vplyv aj na vykonávanie iných činností.

Posudzovanie jednotlivých životných aktivít R-L-T modelu:

1. Udržiavanie bezpečného prostredia

- ☐ domácnosť
- ☐ nábytok
- ☐ koberce
- ☐ dostupnosť pomoci- telefón
- ☐ nebezpečné činnosti v byte – fajčenie
- ☐ zmenené správanie pacienta

2. Komunikácia

- ☐ interakcia sestra –pacient, rodina pacienta
- ☐ zmeny zmyslového vnímania pacienta
- ☐ choroby
- ☐ faktory komunikácie

3. Dýchanie

- ☐ posúdenie dýchania – dychová frekvencia
- ☐ kašeľ a proces čistenia dýchacích ciest
- ☐ dychové fenomény
- ☐ faktory ovplyvňujúce dýchanie (fajčenie)
- ☐ prostredie

4. Príjem potravy a tekutín

- ☐ kultúrne aspekty
- ☐ preferencia jedál
- ☐ stav výživy (BMI)
- ☐ problémy s príjmom potravy a tekutín (prehĺtanie, neschopnosť najesť sa sám)
- ☐ sociálne faktory (príprava jedla, možnosti varenia...)

5. Vylučovanie

- ☐ funkcia močového mechúra a GIT
- ☐ problémy s močením
- ☐ problémy so stolicou
- ☐ psychicky a sociálne podmienené problémy

6. Osobné čistenie a obliekanie

- ☐ frekvencia celkovej hygieny
- ☐ neschopnosť obliecť sa
- ☐ prekážky počas hygieny
- ☐ sociálne zariadenia (kúpeľňa, zdroj vody...)
- ☐ hygienické návyky, zvyklosti

7. Kontrola telesnej teploty

- ☐ pitný režim v horúcich dňoch
- ☐ obliekanie sa počas horúcich dní
- ☐ ochrana pred prehriatím

- ☐ **ochrana pred podchladením**
- ☐ **potenie**

8. *Pohyblivosť*

- ☐ **faktory podmienajúce obmedzenie fyzickej aktivity, pohybu** (psychiatrické ochorenie, sociálna izolácia...)
- ☐ **stupeň sebestačnosti:** na lôžku; pohyb v miestnosti, po schodoch – kompenzačné pomôcky; pohyblivosť jednotlivých kĺbov
- ☐ **svalová sila, svalstvo, stav trénovanosti**
- ☐ **držanie tela, reč tela, telesná schéma**
- ☐ **motivácia; tolerancia**
- ☐ **obmedzenia:** úľavová poloha, kontraktúry, invazívne prístupy (CVK, PK, ...) amputácia, ablácia, paréza, plégia, stuhnutosť, tras, fixácia
- ☐ **výška, hmotnosť**

9. *Pracovanie a hranie*

- ☐ **faktory vývinového štádia**
- ☐ **Popis skutočnej situácie:**
 - **usporiadanie času:** Ako vyplnía pacient svoj voľný čas?
Čím sa zamestnáva?
Čím vyplnía svoj nemocničný deň?
- ☐ **Rozdiely vo vzťahu k zvykom – usporiadanie izby:** Má pacient možnosti svoj súčasný „životný priestor“ usporiadať?
- ☐ Nárokuje si túto možnosť?
- ☐ Stačí stimulácia, ktorú prostredie nemocnice poskytuje?

10. *Vyjadrovanie sexuality*

- ☐ **sexuálna orientácia**
- ☐ **sexuálne problémy**
- ☐ **vonkajšie prejavy spolupatričnosti so sexuálnou orientáciou (obliekanie, make-up ...)**
- ☐ **porozumenie rolí: prijatie vlastnej pohlavnej roly – jej akceptácia**
- ☐ **vzťah k vlastnému i opačnému pohlaviu**
- ☐ **rola v rodine**
- ☐ **zmena role v súvislosti s pobytom v nemocnici; zmenená situácia (napr. po amputácii prsníka, vzťah pacienta a ošetrojúcej osoby (rola, veková diferenciácia)**
- ☐ **pocit hanby, hanblivosť, intimita**

11. Spánok

- ☐ „spánkový model“ (dĺžka spánku, rytmus); **spánkový rituál**
- ☐ **obvyklé spánkové návyky**
- ☐ **kvalita spánku**
- ☐ **predspánkové rituály**
- ☐ **potreba spánku/odpočinku** (tiež počas dňa)
- ☐ **poruchy spánku** (poruchy zaspávania, časté nočné budenie ...); **príčiny**
- ☐ **obmedzenie spánkových zvykov spôsobené pobytom v zdravotníckom zariadení, samotným ochorením**
- ☐ **požiadavky pacienta** týkajúce sa nemocničného lôžka, izby, spánkových rituálov
- ☐ **užívanie liekov reakcia na podaný liek**

12. Umieranie

- ☐ **význam životných hodnôt**, napr. vzťah k blízkym, k materiálnym veciam, živým tvorom ...
- ☐ **hierarchia hodnôt**
- ☐ **postoj k chorobe, k zdraviu, k smrti; postoj k zdravotníckym zariadeniam**
- ☐ **obavy, bolesti, stav nálady**
- ☐ **hodnota sebavedomia (uvedomenie si svojej hodnoty)**
- ☐ **náboženská príslušnosť a význam viery pre pacienta**
- ☐ **vyjadrenie pocitov**

Po fáze posudzovania by mali sestry v partnerskom vzťahu s pacientom, vo fáze plánovania, stanoviť **realistické a dosiahnuteľné ciele**. Autorky uvádzajú, že je potrebné dohodnúť sa na krátkodobých aj dlhodobých cieľov, hoci v tomto modeli sú uprednostňované krátkodobé ciele. Ciele by mali byť merateľné a pozorovateľné na základe správania sa pacienta kedykoľvek je to potrebné, pričom by sa mal stanoviť časový rozsah, potrebný na dosiahnutie cieľov. Pri stanovení cieľov je potrebné myslieť na to, že stanovenie cieľov v jednej životnej aktivite môže mať dôsledky pre plánovanie cieľov v inej životnej činnosti. Preto by mala byť starostlivosť poskytovaná tak, aby sa zabezpečili komplementárne stanovené ciele. Roperová zdôrazňuje, že po stanovení cieľov by sa mala venovať pozornosť personálu, zariadeniu a zdrojom, ktoré je možné mobilizovať pre starostlivosť o pacienta. Niekedy môže byť potrebné zvažovať alternatívne stratégie, aby sa voľba uskutočnila na základe dostatočného množstva informácií. Mal by sa urobiť plán ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý by odrážal dohodnuté ciele v rámci každej relevantnej životnej činnosti, ako aj činnosti, ktoré sú plánované na ich dosiahnutie.

Model R-L-T, ako aj iné modely, poskytuje len odporúčania, ktoré vhodné činnosti by sa mali realizovať. Žiaden model nemôže vyčerpávať spôsoby ošetrovateľskej intervencie a preto by najnovšia literatúra mala byť vždy dôležitým zdrojom pre prax založenú na dôkazoch. Sestry, ktoré používajú tento model v praxi, môžu v niektorých situáciách intervenovať spôsobmi, ktoré pomôžu ľuďom udržať alebo získať závislosť/nezavislosť v jednotlivých životných aktivitách. Roperová uvádza, že niektoré ošetrovateľské intervencie je potrebné realizovať vo vzťahu k medicínsky predpísanej starostlivosti a to môže následne ovplyvňovať schopnosť pacienta vykonávať určité životné aktivity. To je jeden z dôvodov neustálej potreby realizovať pravidelnú revíziu, aby sa zistili predvídané aj nepredvídané dôsledky medicínskej starostlivosti na ošetrovateľskú činnosť.

Príklad: Pri strate životného partnera môže sestra spolupracovať so všeobecným lekárom klientky, aby jej na určitý čas predpísal nočné sedatíva a aby tak zabezpečila dosiahnutie cieľa v súvislosti so spánkom.

U pacienta môže byť minimalizovaná bolesť podávaním perorálnych analgetík, ktoré mu môžu spôsobiť zápchu (minimalizovanie jedného ošetrovateľského problému → vznik iného ošetrovateľského problému)

Vo vzťahu k vyššie uvedenému špecifikuje Roperová vo svojom modeli 3 úlohy sestry. Sestra realizuje nezávislé intervencie – nezávislá úloha sestry. Pri realizácii závislých intervencií,

ktoré vychádzajú z ordinácií lekárov alebo iných pracovníkov zdravotníckeho tímu alebo keď prispieva k zmierneniu a liečbe medicínsky definovaných nálezov, ide o závislú úlohu sestry. V prípade práce s inými členmi zdravotníckeho tímu na dosiahnutie cieľov vyžadujúcich prínos viacerých strán, alebo keď sú preventívne aktivity súčasťou zdravotného vzdelávania alebo podpory zdravia, ide o vzájomne závislú úlohu sestry.

Spôsob vyhodnocovania

Kritériom pre vyhodnotenie poskytovanej starostlivosti sú typy správania (opísané v časti B) alebo aktivity pacienta, na ktorých sa dohodli so sestrou vo fáze plánovania a stanovenia cieľov. Každá životná aktivita by sa mala preveriť, či sa stanovený cieľ dosiahol alebo nie. Progres v dosiahnutí cieľov ako je komunikovanie, zapájanie sa do voľnočasových činností (hranie) a vyjadrovanie sexuality, môžu byť vyhodnotené priamo prostredníctvom pozorovania a nepriamo, prostredníctvom hodnotenia vlastných zážitkov pacientom. V prípade nedostavenia očakávaných výstupov by sa mala situácia opätovne spoločne posúdiť, čo môže viesť k redefinovaniu problémov pacienta a/alebo k stanovenou odlišných cieľov.

V rámci súhrnného hodnotenia v R-L-T modeli ošetrovateľstva by sa malo preskúmať, do akého rozsahu je tento model využiteľný pre poskytovanie starostlivosti v konkrétnej situácii. Po určitom čase by mali sestry pracujúce s týmto modelom posúdiť, do akej miery je využiteľný v podmienkach klinickej praxe. Viaceré sestry vyjadrujú názory, že napriek celkovej využiteľnosti modelu v praxi, sa práve fáze vyhodnocovania nevenuje dostatočná pozornosť.

Výsledok ošetrovateľskej činnosti: zvýšenie kvality života na základe rozvoja životných aktivít jednotlivca.

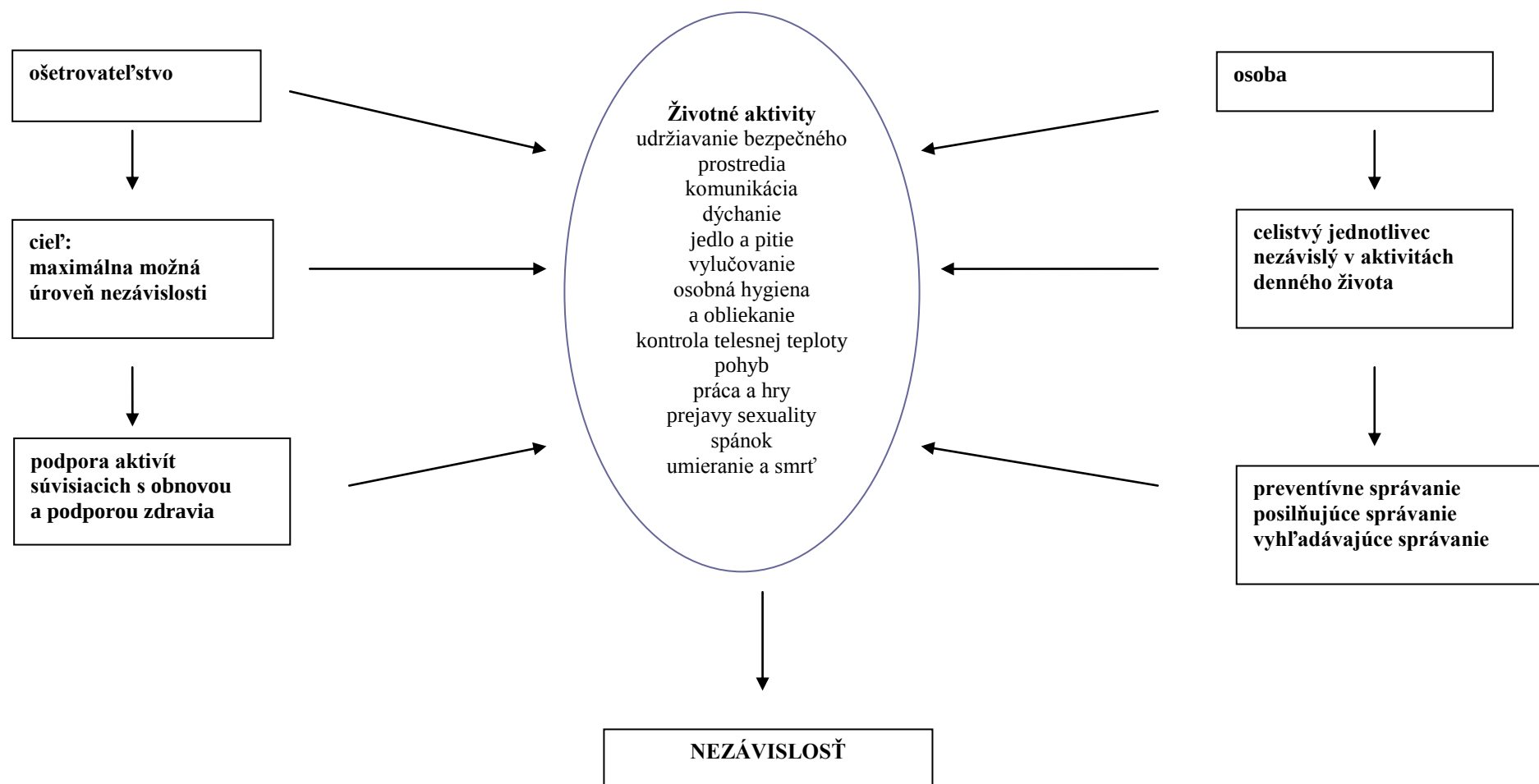
F. Možnosti využitia Roper – Logan - Tierneyovej modelu životných činností v klinickej ošetrovateľskej praxi

Roperová kladie dôraz na životné aktivity, ktoré ľudia vykonávajú a považuje znalosti o týchto aktivitách za prostriedok porozumenia ľudí. Hendersonovej a Roperovej model označujeme ako modely podmienok. Ošetrovateľstvo vytvára priestor pre pacienta a jeho prostredie, aby sa v plnej miere mohli uplatniť jeho schopnosti a vlastná sila liečenia. Pričom v tomto modeli autorky nerozoznávajú sily pacienta, jeho schopnosti, ochotu niečo zmeniť, zlepšiť. Uvádzajú, že ľudský život sa predlžuje podľa uspokojovania základných potrieb, od

ktorých závisí aj naplnenie ďalšieho života. Zdravý si uspokojuje základné potreby sám, kým chorý musí byť pri týchto potrebách podporovaný a motivovaný. Rozhodujúcim bodom je choroba a z nej vyplývajúce ošetrovateľské problémy, čiže deficity pacienta a adekvátne ošetrovateľské intervencie, ktoré sa realizujú na dosiahnutie cieľov.

Tento model umožňuje dosiahnuť individualizovanú starostlivosť prostredníctvom ošetrovateľského procesu, ako systematickej, racionálnej a cieľavedomej činnosti. Roperová odporúča, aby si personál stanovil najvyšší cieľ: *dosiahnuť individuálnu, komplexnú bytosť v sociálnom kontexte, prostredí.*

Obr. 3 Grafické znázornenie Roper – Logan – Tierneyovej modelu životných aktivít



2.3 Leiningerovej transkultúrny model

A. Myšlienkové predpoklady a východiská

Teóriu kultúrne zhodnej a odlišnej starostlivosti sa M. Leiningerová začala zaoberať v 50. rokoch 20. storočia. K uvažovaniu nad kultúrnou starostlivosťou ju viedol stav americkej spoločnosti v spoločensko-politickom a hospodárskom kontexte v období druhej svetovej vojny. Počas tohto obdobia sa sestry v USA stretli s poskytovaním starostlivosti pacientom z iných krajín, nakoľko stúpala migrácia populácie, ľudia viac cestovali, pracovali na rôznych miestach a zloženie obyvateľstva USA bolo kultúrne rôznorodé.

Leiningerovej teória kultúrne zhodnej a rozdielnej starostlivosti založenej na rôznorodosti a univerzalite sa radí do kategórie tzv. veľkých teórií. Teória vznikla v 60. rokoch 20. storočia ako reakcia na absenciu kultúrnej dimenzie pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Východiskom jej teórie bolo poznanie, pochopenie a využívanie spoločných a rozdielnych znakov kultúr. Veľké množstvo podnetov čerpala z kultúrnej a sociálnej antropológie. Antropológia poskytuje široké poznatky o podmienkach ľudského života, skúma biologické súvislosti, spoločnosť, organizáciu, sociálne skupiny, zvyky, tradície, kultúru a jazyky, ktoré sa neprenášajú ako biologické dedičstvo, ale prostredníctvom sociálneho učenia. Ako holistická disciplína študuje biologické a kultúrne rozdiely medzi ľuďmi. Vysvetľuje podobnosti a rozdiely medzi kultúrnymi a sociálnymi skupinami. Prostredníctvom poznávania odlišnosti kultúr vidí antropológia mnoho rozdielov, ktoré vychádzajú skôr z kultúrneho a sociálneho učenia ako z biologickej determinácie. Dôraz na variabilitu a diferencovanosť, ktoré prekonávajú ponímanie človeka ako univerzálnu, biologicky determinovanú a nemennú bytosť spája kultúrnu antropológiu s ošetrovateľstvom.

B. Definícia základných pojmov Leiningerovej modelu

Leiningerová vo svojej teórii založenej na rôznorodosti a všeobecnosti zdôrazňuje predovšetkým význam a dôležitosť kultúry pri vysvetľovaní rôznych aspektov starostlivosti o zdravie, prežívanie choroby, pohody, či umierania jednotlivcov a skupín.

Vo svojej práci sa zaoberala dvoma pojmami, *kultúra a starostlivosť*, ktorých hlbšie rozpracovanie v ošetrovateľských teóriách aj výskume absentovalo.

Starostlivosť je univerzálny prvok, zhodný v rôznych kultúrach. Je základom ošetrovateľstva, jeho dominantným, zjednocujúcim a centrálnym zameraním, nevyhnutná pre rast, vývin, zdravie, liečbu, pocit pohody i dôstojnú smrť. Leiningerová uvádzala, že je potrebné objasniť fenomény starostlivosti, akou je spoločenstvo, opatrovanie, výchova, ochrana,

komfort a iné prvky terapeutického benefitu z hľadiska kultúrnej špecifickosti a významu. Každá **kultúra** má však špecifické hodnoty, zvyky, tradície, vieru a spôsoby liečby a starostlivosti, ktoré je potrebné identifikovať, pochopiť a využívať pri poskytovaní starostlivosti. Rôznorodosť (diverzita), akou jednotlivé kultúry vnímajú, poznajú a praktizujú starostlivosť ale aj určitá podobnosť či zhoda (univerzalita) v týchto spôsoboch je východiskom pre posúdenie a organizáciu starostlivosti. Základom vzájomnej interakcie pri posúdení potrieb a poskytovaní komplexnej starostlivosti je porozumenie kultúrnemu kontextu. Zjednotením kultúry a starostlivosti vzniká nový centrálny konštrukt Leiningerovej teórie – **kultúrna starostlivosť**, ktorý tvorí základnú bázu pre výskum, vzdelávanie a prax v transkultúrnom ošetrovatelstve.

Vo svojej teórii sa zaoberala myšlienkou opisu a poznania, čo je v starostlivosti o človeka univerzálne – všeobecne platné a čo odlišné, rôznorodé – podmienené zvláštnosťami kultúry. Rôznorodosť kultúrnej starostlivosti spočíva vo vývoji ľudských bytostí v rozmanitých kultúrach a vo variabilnom využívaní zhodných črt starostlivosti. Univerzálna aj rozmanitá kultúrna starostlivosť by mala byť stanovená vo vedeckej a humanitnej dimenzii transkultúrneho ošetrovatelstva.

Leiningerová formuluje východiská svojho modelu nasledovne:

1. *Starostlivosť je podstatou ošetrovatelstva, dominantným, ústredným a zjednocujúcim zameraním.*
2. *Kultúrne orientovaná starostlivosť je nevyhnutná pre pohodu, zdravie, ľudský rast a vývoj, prežitie a vyrovnanie sa s hendikepmi a čelenie smrti.*
3. *Kultúrne orientovaná starostlivosť je komplexná, ide o najvhodnejší prostriedok ako poznať, vysvetliť, interpretovať a plánovať ošetrovateľskú starostlivosť a byť návodom pre ošetrovateľské rozhodovanie a konanie.*
4. *Transkultúrne ošetrovatelstvo je humanitná veda a profesia o starostlivosti, ktorej cieľom je služba jednotlivcovi, skupinám, komunitám, spoločenstvám a inštitúciám.*
5. *Kultúrne orientovaná starostlivosť je nevyhnutná pre liečbu a uzdravenie. Tvrdí, že nemôže byť liečenie bez starostlivosti, ale môže byť starostlivosť bez liečby.*
6. *Pojmy, významy, prejavy, vzorce, modely, procesy kultúrnej starostlivosti sa odvíjajú od kultúrnej diferenciacie a univerzality.*

7. *Každá kultúra má rodovú i obvyklú prax a tiež profesionálnu starostlivosť, ktorá sa líši transkultúrne a individuálne.*
8. *Hodnoty v kultúrnej starostlivosti sú ovplyvňované svetonázorovými, jazykovými, filozofickými, náboženskými, duchovnými, rodinnými, spoločenskými, politickými, právnymi, vzdelávacími, ekonomickými, technologickými, etnohistorickými a environmentálnymi dimenziami kultúry.*
9. *Prospešná, uzdravujúca, uspokojujúca kultúrna starostlivosť ovplyvňuje zdravie a pohodu jednotlivca, rodiny, skupiny, komunity v jej environmentálnom prostredí.*
10. *Kultúrne zhodná a prospešná ošetrovateľská starostlivosť bude existovať len vtedy, keď hodnoty, prejavy, vzory budú známe a zámerne využívané pre primeranú, bezpečnú a zmysluplnú starostlivosť.*
11. *Medzi profesionálnou a laickou starostlivosťou existuje zhoda a rozdiely vo všetkých kultúrach sveta.*
12. *Kultúrne konflikty, kultúrne neprijateľné praktiky, kultúrne stresy a kultúrna bolesť odrážajú nedostatky vo vedomostiach o kultúrnej starostlivosti, ktorá má byť poskytovaná kultúrne zhodným spôsobom.*
13. *Etnoošetrovateľské výskumné kvalitatívne metódy predstavujú dôležité nástroje pre presné zistenia a interpretáciu relevantných, komplexných, štruktúrovaných špecifických a univerzálnych dát pre kultúrnu starostlivosť.*
14. *Univerzálnosť starostlivosti odhaľuje obecnú povahu ľudskej bytosti a ľudskosti. Rôznorodosť starostlivosti poukazuje na variabilnosť a unikátne črty ľudskej bytosti.*

C. Metaparadigmatické pojmy Leiningrovej modelu

Metaparadigmatické pojmy (osoba, zdravie, prostredie, ošetrovateľská starostlivosť) a ich vzájomné vzťahy, ktoré sa pokladajú za ústredné komponenty ošetrovateľstva, Leiningerová vo svojich prácach explicitne odmietla. V súvislosti s uvedeným navrhovala zahrnúť do metaparadigmy ošetrovateľstva pojmy: starostlivosť o človeka, kontexty prostredia, pohoda alebo zdravie, ktoré súvisia s jej teóriou o kultúrne zhodnej a rozdielnej starostlivosti.

Leiningerová vo svojej teórii používa pojmy *ľudská bytosť/ľudia*, ktoré vymedzuje tromi základnými charakteristikami:

- potrebujú starostlivosť a zároveň sú schopní poskytovať starostlivosť iným ľuďom s ohľadom na ich potreby, pohodu a prežitie,
- ide o bytosť kultúrne, prezívajúce v rôznom priestore a čase, ich schopnosť starať sa o deti, mladé, staršie osoby má rôzne varianty a je premenlivá v závislosti od prostredia,
- komplexné bytosť – vyžadujú celostný pohľad na život, starostlivosť, kultúru a zdravie.

Za najdôležitejší prvok metaparadigmatického systému ošetrovateľstva považuje, v súvislosti s teóriou kultúrne zhodnej a rozdielnej starostlivosti, *prostredie*. Kontexty prostredia chápe predovšetkým ako kultúrnu podmienenosť. Hovorí o ňom ako o vzájomne súvisiacom a závislom systéme spoločnosti, v ktorom jednotlivec, či ľudské spoločenstvá žijú a ktorý sa skladá z kultúrneho systému, vrátane politického, ekonomického, sociálneho, vzdelávacieho, technického, náboženského, filozofického a duchovného.

Zdravie chápe komplexne ako stav pohody, ktorý odráža schopnosť jednotlivca, skupín vykonávať denné činnosti kultúrne podmienené vzorce a spôsoby. Uvádza, že zdravie a choroba nemôžu byť definované univerzálne, nakoľko ich považuje za kultúrne podmienené. K zdraviu zahŕňa široké spektrum stavov vrátane pohody, ochorenia, nespôsobilosti a hendikepu.

Ošetrovateľstvo vníma ako humanitnú a vedeckú profesiu, disciplínu zameranú na fenomény starostlivosti o ľudskú bytosť a na starostlivosť a asistovanie iným, na podporu a uľahčovanie alebo umožňovanie jednotlivcom a skupinám udržiavať alebo znovu získať ich zdravie, či pohodu kultúrne vhodným a prospešným spôsobom alebo pomáhať čeliť hendikepom alebo smrti. Vo svojej teórii však zdôrazňuje, že termín *transkultúrne ošetrovateľstvo* je najvhodnejším odlíšením od termínu medzinárodné ošetrovateľstvo.

Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti považuje za charakteristický znak ošetrovateľstva vo všetkých kultúrach. Rozlišuje medzi starostlivosťou a poskytovaním starostlivosti (ošetrovaním).

Starostlivosť -- vyjadruje nimi abstraktné či konkrétne fenomény vzťahujúce sa k pomáhaniu, podporovaniu, získavaniu skúsenosti či návykov so zreteľom na predpokladané potreby týkajúce sa zlepšenia a zdokonalenia človeka alebo spôsobu života.

Poskytovanie starostlivosti – odráža aktivity zamerané na pomáhanie, podporu iného človeka alebo skupiny, umožňujúce saturať aktuálne či predpokladané potreby pre zlepšenie pohody, kondície, zdokonaľovania spôsobu života, čeleniu smrti či nespôsobilosti.

Staranie sa charakterizuje ako sociálne naučené a prenesené kultúrne spôsoby asistencie, podpory a pomoci zdravým, chorým a umierajúcim.

Leiningerová uvádza, že v transkultúrnom kontexte musia byť začlenené dva typy starostlivosti, v takej podobe ako prináša uzdravenie a ďalšie výsledky pre klienta, ktorý má nárok na kultúrne ohľaduplný prístup personálu: *rodová a profesionálna starostlivosť*.

V rámci rodovej starostlivosti ide o opieranie sa o tradície a znalosti odovzdávané v rámci kultúry (je prevažne laická). Profesionálna starostlivosť je vedome spracovaná, inštitucionalizovaná, formálne štandardizovaná, v niektorých prípadoch bez zohľadňovania celostnej podstaty človeka.

Ústredným konštruktom syntézy, ktorý tvorí základnú bázu pre porozumenie a pomáhanie ľuďom rozdielnych kultúr v transkultúrnom ošetrovatelstve je *kultúrna starostlivosť*. Spolu s kultúrnou starostlivosťou sa vždy zvažuje zovšeobecnená starostlivosť, ktorá môže byť aplikovaná v niekoľkých kultúrach ako rešpektujúca starostlivosť. Cieľom špecifickej a všeobecnej starostlivosti je poskytovať kultúrne zhodnú starostlivosť, do ktorej sa započítavajú všetky asistenčné, podporné, posilňujúce a zaisťujúce kroky.

D. Model transkultúrneho ošetrovatel'stva

Leiningerovej teória transkultúrneho ošetrovatel'stva je tiež známa pod označením Model vychádzajúceho slnka (Sunrise Model). Bol vyvinutý ako návod pre analýzu mnohých teoretických faktorov a iných komponentov, ktoré je potrebné systematicky študovať. Pri využívaní tohto modelu si môžu výskumníci vyberať, ktoré vzťahy (individuálne, skupinové, rodinné, komunitné, inštitucionálne) budú skúmať vo vzťahu ku kultúrnej starostlivosti a jej dominantným otázkam. Model prezentuje v kruhovej podobe svetonázorové a sociálne faktory, ktoré prostredníctvom jazyka, iných symbolov a prostredia ovplyvňujú samotnú starostlivosť aj zdravie. K faktorom, začleneným do schémy jej modelu patria laické i profesionálne ošetrovatel'ské systémy a subsystémy.

Kultúrne faktory a sociálna štruktúra

Sociokultúrny kontext je v sociokultúrnom kontexte znázornený lúčmi slnka, ktoré reprezentujú kultúrne vplyvy: technologické, náboženské, duchovné, filozofické, politické, právne, ekonomické, vzdelávacie, rodinné faktory, hodnoty a životný štýl. Všetky spomínané faktory sú navzájom prepojené a ich vplyv na jednotlivca je spolupôsobiaci.

Typy starostlivosti

Kultúrne zhodná starostlivosť sa podľa Leiningerovej môže realizovať tromi spôsobmi v závislosti od toho, v akom stave sa jednotliviec nachádza, ktoré sú jeho hlavné problémy a potreby.

1. *Kultúrna starostlivosť pomáhajúca uchovávať alebo získať zdravie*⁶

zahŕňa asistenciu/podporu, ktorá prostredníctvom profesionálnej činnosti pomáha ľuďom jednotlivých kultúr uchovávať pohodu, zotaviť sa z ťažkostí alebo čeliť postihnutiu/smrti.

2. *Kultúrna starostlivosť umožňujúca adaptáciu*⁷

zahŕňa intervencie, ktoré pomáhajú klientovi adaptovať sa na nové kultúrne spôsoby starostlivosti. Sestry asistujú klientovi pri jeho prispôbovaní s novými životnými rolami (rola matky), nepriaznivé udalosti (úmrtie člena rodiny) alebo najčastejšie sa adaptovanie na rolu pacienta.

3. *Kultúrna starostlivosť pomáhajúca uskutočniť zmenu*⁸

tento typ starostlivosti sa dostáva do popredia, keď je potrebné modifikovať, prípadne úplne zmeniť spôsob, ktorý preferuje klient v starostlivosti o svoje zdravie.

E. Možnosti využitia Leiningerovej transkultúrneho modelu v praxi

Pre zber údajov vypracovala Leiningerová metódu, ktorú nazvala etnoošetrovateľskou.⁹

Koncipovala dva typy ošetrovateľského posudzovania.

Dlhodobé ošetrovateľské posudzovanie slúži výskumníkovi, ktorý si konkrétny výskum plánuje v danej kultúre/komunite. Slúži aj tým, ktorý spracovávajú popis konkrétnej kultúry, etnika, komunity pre potreby transkultúrneho ošetrovateľstva.

⁶ Už z definície vyplýva, že je zameraná ako na zdravých ľudí – pomoc sestier prostredníctvom podporných aktivít, tak na chorých – pomoc sestier zotaviť sa z ťažkostí.

⁷ Úlohou sestier je dohodnúť sa s pacientom na takých aktivitách a takej starostlivosti, ktorá bude rešpektovať jeho potreby v súlade s požiadavkami nemocničného systému.

⁸ Úlohou sestry je apelovať na klienta, aby zmenil určitý spôsob života (napr. stravovacie návyky) – pomoc sestry spočíva v hľadaní takých jedál, ktoré by vyhovovali diéte a súčasne rešpektujú jeho kultúrne, náboženské normy a finančné možnosti.

⁹ Výskumná metóda zostavená k systematickému štúdiu ošetrovateľských fenoménov.

Štruktúra dlhodobého etnoošetrovateľského posudzovania zahŕňa: jazyk, komunikáciu, gestá, spôsob obliekania, telesný vzhľad, všeobecná súvislosť života s prostredím, spôsob života, názory na techniku v súvislosti s diagnosticko-terapeutickými výkonmi, spôsob života v rodine, denné aktivity, stravovacie zvyky, svetonázor, náboženstvo, duchovné presvedčenie, viera, hodnoty, sociálne vzťahy k vlastnej kultúre a k majorite, hodnota vzdelávania, ekonomické faktory, politické a právne vplyvy, laická starostlivosť o zdravie.

Krátkodobé ošetrovateľské posudzovanie je využiteľné bez predchádzajúcich vedomostí o konkrétnej kultúre, komunite, etniku v bežnej klinickej praxi. Výstupy konkrétneho odhadu môžu slúžiť ku korekcii individuálneho ošetrovateľského plánu a k následnému zvýšeniu kvality poskytovanej starostlivosti (kultúrne vhodnej a primeranej), u jedného pacienta ale aj skupiny rovnakého etnika, kultúry, subkultúry.

Krátkodobé ošetrovateľské posudzovanie má 5 fáz:

- zaznamenávanie všetkého, čo sme videli, počuli, zažili pri kontakte s klientom, rodinou, komunitou,
- získavanie informácií o ich kultúrnych hodnotách, viere, presvedčeníach,
- získavanie informácií o aktivitách súvisiacich so zdravím, tradičným a profesionálnym systémom starostlivosti,
- identifikácia názorov, čo pacient videl, počul, zažil v zdravotníckom zariadení,
- hodnotenie predchádzajúcich krokov, hľadanie spoločných a kultúrne rozdielnych znakov,
- zostavenie plánu starostlivosti rešpektujúci jeho kultúru (spolu s klientom).

Kontrolné otázky a úlohy:

1. Definujte ako je chápaný konceptuálny model v ošetrovatel'stve.
2. Charakterizujte rozdiely medzi konceptuálnym ošetrovateľským modelom a ošetrovateľskou teóriou.
3. Rozdeľte konceptuálne modely z hľadiska všeobecnejšieho (filozofického), svetonázorovo-teoretického a všeobecne-vedného pozadia.
4. K akým modelom by ste zaradili Hendersonovej komplementárno-suplementárny model a Oremovej model sebaopatery?

5. Definujte základné komponenty R-L-T modelu.
6. Porovnajte metaparadigmatické pojmy R-L-T modelu s metaparadigmatickými pojmami Hendersonovej komplementárno-suplementárneho modelu.
7. Analyzujte možnosti využitia R-L-T modelu v paliatívnej starostlivosti.
8. Opíšte základné komponenty Leiningerovej transkultúrneho modelu/teórie.
9. Aké máte skúsenosti s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti pacientom iných krajín? (v čom sa odlišovali?)
10. Čo tvorí súčasť krátkodobého ošetrovateľského posudzovania v Leiningerovej transkultúrnom modeli?

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

DELOUGHERY, G., L. *Issues and trends in nursing*. St. Louis : Mosby Year Book, 1991. 422 p. ISBN 0-8016-2928-4.

FAWCETT, J. *Analysis and Evolution of Contemporary Nursing Knowledge : Nursing Models and Theories*. 1st ed. Philadelphia : F.A. Davis Co., 2000. 722 p. ISBN 0-8036-0592-7.

FAWCETT, J. Koncepční modely a teorie. In *Ošetrovateľské modely a teorie*. Ed. A. Štrajtová. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 1992, s. 3-39.

GURKOVÁ, E. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 2009. 244 s. ISBN 978-80-8063-308-0.

GURKOVÁ, E. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľstva I*. 92 s.

JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovateľské modely a teorie*. 1.vydání. Ostrava, Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta: Repronis Ostrava. 2002. ISSN 80-7042-339-0.

LEININGER, M.M. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices*. 2nd ed. New York : McGraw-Hill, Inc., 1995. ISBN 0-07-037660-3.

LEININGER, M.M. 2002. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research and Practices*. 3rd ed. New York : McGraw-Hill, Medical Publishing Division. ISBN 0-07-135397-6.

MAREČKOVÁ, J. JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovateľského procesu*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 87 s. ISBN 80-7368-030-0.

ROPER, N., LOGAN, W. W., TIERNEY, A. J. 1996. *The Elements of Nursing Models: a model for nursing based on a model of living*. 4th. Ed. Edinburg: Churchill Livingstone, 1996. ISBN 0-443-01577-5.

ROPER, N., LOGAN, W. W., TIERNEY, A. J. 2000. *The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing : Based on Activities of Living*. London: Harcourt Publishers Limited, 2000. 203 s. ISBN 0- 443-06373-7.

ŽIAKOVÁ, K., JAROŠOVÁ, D., ČÁP, J. *Ošetrovatelství : konceptuální modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 234 s. ISBN 80-7368-068-8.

ŽIAKOVÁ K. et al. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. 1. slovenské vydanie. Martin: Osveta, 2007. 190 s. ISBN 978-80-8063-247-2.