

Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta

Studijní program: Doktorandský
Studijní obor: Bioetika



PhDr. Renata Halmo

Sebepéče jako projev autonomie člověka v procesu péče

Self-care as a Sign of Autonomy in the Health Care Process

Typ závěrečné práce
(disertační)

Vedoucí závěrečné práce/Školitel: Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 2013

Podpis.....

Renata Halmo

Poděkování

Děkuji Doc. MUDr. Jířímu Šimkovi, CSc. za vedení moji práce a všem členům moji rodiny za nesmírnou trpělivost a zázemí, které mi po celou dobu studia poskytovali.

V Praze 2013

.....

Renata Halmo

Identifikační záznam:

HALMO, Renata. *Sebepéče jako projev autonomie člověka v procesu péče. [Self-care as a Sign of Autonomy in the Health Care Process]*. Praha, 2013. 126 s., 16 příl. Disertační práce (DP). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav humanitních studií v lékařství. Vedoucí práce Jiří, Šimek.

ABSTRAKT

These práce

Hlavním přínosem Oremové teorie sebepéče je, že přiměřeným způsobem vede sestru k respektování pacienta a jeho pojetí péče o sebe.

Klíčová slova: Vztah pacient – sestra, Teorie deficitu sebepéče, D. E. Orem, jednání člověka, respekt k autonomii, NANDA taxonomie, noncompliance, odpovědnost.

Disertační práce se zabývá problematikou vztahu pacient – zdravotník, potažmo sestra, a to z pohledu sebepéče pacienta jako vědomého chování (jednání), které je pacientem uskutečňováno s cílem udržet zdraví a uskutečňovat životní plán. Etický rozměr Teorie deficitu sebepéče (Oremové) je spatřován v pojetí osoby, které vyzvedává povahu lidské bytosti, jež se ve společenství s druhými lidmi vyvíjí, stává se jedinečnou a stará se o své bytí.

Teorie deficitu sebepéče je srovnávána s NANDA taxonomií II s ohledem na respekt k autonomii pacienta. Oba ošetrovatelské přístupy jsou zkoumány z pohledu jejich východisek, teoretického základu, diagnostického procesu, komunikace, personální kompetence sester a cílů péče. Pozornost je také věnována situaci, kdy pacient není ochoten se na procesu péče podílet (noncompliance) a odpovědnosti. Na základě provedeného zkoumání je možné říci, že Teorie deficitu sebepéče vede sestru k respektu autonomie pacienta více než NANDA taxonomie, a to svými diagnostickými koncepty zohledňujícími pacientovo pojetí péče a ošetrovatelskou moudrostí sestry. Důležitou roli hrají také způsoby podpory pacienta a hlavní cíl péče, kterým je snaha zvýšit pacientovy kompetence sebepéče, a tím i jeho nezávislost na okolí.

ABSTRACT

Thesis:

The main contribution of D. Orem's self-care theory is that, using adequate methods, it leads the nurses to respect patients' own conception of self-care.

Key words: Patient – nurse relationships, Self-Care Deficit Nursing Theory, D. E. Orem, human actions, respect for autonomy, NANDA taxonomy, non-compliance, responsibility.

This dissertation thesis deals with the issues of a relationship between a patient and a healthcare worker, or more precisely a nurse, all from the point of view of patient self-care in the sense of deliberate action that is conducted by the patient for the purpose of sustaining their health and realizing their life plans. Ethical aspects of Orem's Self-Care Deficit Theory consist in the approach to a person that emphasizes the human nature of a human being that develops within the community - among other people, that becomes unique and that cares about their own being.

Self-care deficit nursing theory is compared to NANDA taxonomy II with respect to a patient's autonomy. Both approaches to nursing care are studied from the point of view of their assumptions, theoretical basis, the diagnostic process, communication, personal competence of nurses and the aims of health care. Attention is also paid to the situations when a patient is not willing to take part in the process of care (patient's non-compliance) and responsibility.

Based on the conducted research, the conclusion can be made that self-care deficit nursing theory leads nurses to respect a patient's autonomy more than NANDA taxonomy, thanks to its diagnostic concepts that take into account also the patient's concept of self-care, and thanks to the nurse's nursing knowledge and wisdom. What also plays an important role is the ways in which the patient is supported and the main objective of health-care, which is the effort to increase the patient's self-care competence and by this, also their independence.

Obsah

Úvod	7
1 Jedinec/osoba v procesu péče	11
2 Péče o sebe sama, sebepéče jako jednání člověka	17
2. 1 Vývoj péče o sebe sama	17
2. 2 Péče o duši	18
2. 3 Starost o sebe sama	22
2. 4 Sebecpéče jako lidské jednání	24
2. 5 Starost o druhé	26
2. 6 Zdraví a nemoc.....	27
2. 7 Starost o sebe sama v dnešní společnosti.....	28
3 Vztah pacient – zdravotník	31
3. 1 Vývoj vztahu pacient zdravotník/sestra	32
3. 2 Paternalismus a autonomie.....	33
3. 3 Podíl pacienta na péči.....	35
3. 4 Dokumenty prolínající do vztahu pacient - zdravotník/sestra.....	39
3. 5 Etický rozměr Teorie deficitu sebepéče.....	46
4 Respekt k autonomii pacienta ve dvou oš. přístupech	56
4. 1 Ošetrovatelský proces	56
4. 2 Srovnání ošetrovatelského přístupu k pacientovi dle NANDA taxonomie a TDSP se zaměřením na respekt k autonomii	57
4. 2. 1 <i>Východiska diagnostických přístupů</i>	57
4. 2. 2 <i>Teoretický základ pro ošetrovatelskou diagnostiku</i>	59
4. 2. 3 <i>Ošetrovatelská diagnostika</i>	63
4. 2. 4 <i>Komunikace a vztah pacient - sestra</i>	68
4. 2. 5 <i>Cíl ošetrovatelské péče a podpora pacienta</i>	69
5 Noncompliance	74
5. 1 Autonomie pacienta v procesu péče.....	75
5. 2 Úloha sestry při podpoře pacientovy autonomie.....	81
6 Odpovědnost	93
6.1 Co je to odpovědnost.....	93
6.2 Odpovědnost v procesu péče a co ji ovlivňuje.....	94
6.3 Odpovědnost v ošetrovatelských přístupech (NANDA taxonomii a Teorii deficitu sebepéče)	108
7 Shrnutí	112
8 Závěr	123
Seznam odborné literatury	127
Seznam zkratk	134
Seznam obrázků, tabulek a grafů	135
Seznam příloh	136

Úvod

These

Hlavním přínosem Oremové teorie sebepéče je, že přiměřeným způsobem vede sestru k respektování pacienta a jeho pojetí péče o sebe.

K doložení uvedené these, bylo nutné provést filosofickou analýzu pojmů, které Oremová užívá. Vycházím z Oremové pojetí pacienta jako osoby starající se o sebe sama v procesu péče, a s tím související respekt k autonomii. Ošetřovatelský přístup k pacientovi popisuje Oremová dle konceptů sebepéče, který vnímá péči o sebe sama jako jednání člověka (lidskou regulatorní funkci), kterou osoba provádí, aby si udržela zdraví nebo podmínky nutné pro vývoj. Vydám se po stopách péče o sebe sama v historicko filosofickém kontextu a pokusím se odhalit etický rozměr Teorie deficitu sebepéče rozbořením jejich konceptů. K doložení these se budu také věnovat srovnání nejužívanějšího ošetřovatelského přístupu k pacientovi, a to NANDA taxonomie II (dále jen NANDA taxonomie) s ošetřovatelským přístupem užívajícím konceptů sebepéče. Protože pokud sestra zvolí určitý přístup k pacientovi, tak je tím ovlivněno její uvažování o něm a do určité míry také i její přístup k pacientovi.

Ve zdravotnické praxi vstupují do vzájemného vztahu nejčastěji dvě osoby. Jedna, která péči vyhledává, a druhá, která je způsobilá adekvátní péči poskytnout, přičemž obě mají stejná morální práva. Je tedy důležité nahlížet oba účastníky interakce jako jednající osoby, které jednají pro sebe a prostřednictvím sebe. Proto se v první kapitole věnuji vymezení pojmu osoby jako jednajícího subjektu, která svým jednáním odhaluje druhým své záměry a sleduje vlastní životní plán. V jednání jedince se také zrcadlí to, jak jedinec svoji situaci vnímá a jaké kroky k jejímu řešení podniká. Člověk jako jednající subjekt je schopen uvažovat o dané situaci, svobodně volit její řešení, argumentovat a být schopen sebereflexe. V některých situacích jedinec těmto předpokladům nemůže dostát zcela, ale i tak by měl být nahlížen jako osoba z pozic odpovídajících filosofickému konceptu ontologického personalismu, protože díky svému charakteru představuje neopakovatelné jsoucné, které nese znaky lidské důstojnosti.

Tím, že je člověk od svých prvopočátků situován v určitém společenství, v němž se vyvíjí a vytváří si vztah k druhým lidem, formuje se i jeho osobnost s určitým repertoárem jednání a hodnotovým systémem. S tím se také vyvíjela a vyvíjí jeho schopnost starat se o sebe sama i o druhé. Proto se ve druhé kapitole zabývám historickým vývojem starosti o sebe sama, k jejímž prvopočátkům patří i péče o duši jako sebepoznání a ovládání sebe sama. Otázka sebepéče se odráží ve vědomém jednání člověka, schopnosti činit uvážená rozhodnutí a nést za ně zodpovědnost. Slovy Heideggera bychom mohli říci, že se jedná o „pobyt“ (Dasein), respektive jsoucno, jež má o své bytí starost a které volí mezi autentickým a neautentickým bytím. Oremová vnímá sebepéči jako vědomé chování neboli jednání člověka, které jedinec provádí pro zachování zdraví a života. V současné době počítá také společnost s aktivní účastí jedince na svém zdraví a podle toho upravuje i systém zdravotní podpory. A jestliže hovoříme o vztahu dvou jedinců v interakci, která se uskutečňuje v určité společnosti, ve zdravotnické praxi, musíme si být vědomi toho, že správně pochopená péče o druhého je především starostí o jeho úroveň sebepéče, a tím také o jeho autonomii.

Pokud jedinec vyhledává odbornou péči a souhlasí s přijetím do zdravotnického zařízení, vyjadřuje souhlas s poskytováním péče svojí osobě, samozřejmě tím není řečeno, že by musel souhlasit se všemi dílčími aktivitami v procesu péče. Toto setkání dvou lidských bytostí je jedinečnou záležitostí, která vyžaduje kontakt doložený například přítomností jednoho k druhému, vyjádřením osobního respektu, respektu ke svobodě druhého projevující se v jednání jednoho k druhému, a to ve smyslu citlivého přístupu k závislosti. Proto se ve třetí kapitole zabývám vztahem pacienta a zdravotníka, potažmo sestry, a tím, co jej ovlivňuje.

Člověk, tedy v našem případě pacient, novou situaci (nebo již déle trvající situaci u chronicky nemocných) nemoci nějakým způsobem vnímá, nějak jí rozumí a na základě toho vytváří v této situaci nové systémy jednání, které obsahují i prvky péče o sebe sama, jejichž základem je jeho rozumová přirozenost, zkušenosti, znalosti, hodnoty, charakter, apod. Patočka v této souvislosti hovoří o tzv. vymežující reflexi jako vnitřním jednání člověka, které realizuje jen díky tomu, že se nachází v nějaké situaci.¹ V našem případě se jedná o situaci nemoci, která je řešena samotným jedincem

¹ PATOČKA, Jan. *Péče o duši: soubor statí a přednášek o postavení člověka ve světě a v dějinách. Díl 2.* Praha: Oikoymenh, 1999. ISBN 80-86005-91-7. s. 149

společně s poskytovateli zdravotní péče pomocí procesu péče ve zdravotnickém zařízení, případně domácím prostředí.

V situacích souvisejících s poskytováním zdravotních služeb se často setkáváme s tím, že zdravotníci mohou pečovat o druhého jako o objekt a preferovat tím svoje cíle bez ohledu na cíle pacienta, vyhýbat se kontaktu s pacientem a odmítat dialog. Toto jsou selhání v poskytování péče, do konfliktu se dostávají dva principy – princip beneficence a respekt k autonomii. Pokud se zdravotník domnívá, že ví lépe, co je pro pacienta v dané situaci to nejlepší bez ohledu na názor pacienta, potom můžeme označit tento vztah jako paternalistický. To znamená, že zdravotník preferuje svůj postup řešení situace pacienta s přesvědčením, že mu prospívá. Mohlo by se také říci, že zastává princip beneficence, který odkazuje na morální povinnost jednat ve prospěch druhého. Pokud zdravotníci chtějí pomoci pacientům, musejí přijmout vztah člověka k člověku a musejí sami sobě rozumět jako člověku, musejí sami sebe chápat jako člověka. Člověk tím, jak o sebe pečuje, vyjadřuje chápání svojí existence, svůj rozvrh, který si stanovil a který je i jeho směřováním do budoucnosti. Toto jednání je uskutečňováno jedincem v souladu s jeho chápáním vlastního bytí a je projevem jeho autonomní volby. V současné době je systém sebezpěče jedince to, s čím musí zdravotnický personál počítat a zohledňovat, zvláště v době, kdy především chronicky nemocný je, podle některých autorů, odborníkem na život se svou nemocí. Role pacientů se v tomto pojetí mění, a to z pozice pasivního příjemce péče a vykonavatele zdravotnickových nařízení na aktivního spolutvůrce procesu péče. Úkolem zdravotníků je potom pomáhat pacientovi činit informovaná rozhodnutí a zvyšovat jeho kompetence sebezpěče tak, aby byl schopen adekvátně řešit problémy v souvislosti s integrací onemocnění do běžného denního života, a tím do svého životního plánu. Pro pacienta je důležitější jeho životní situace a to, zda bude moci naplňovat svůj životní plán. Zdravotníci zase kladou důraz na biologické základy choroby. Tím se zvýrazňuje rozpor mezi převážně vědeckým modelem světa zdravotníka a modelem světa pacienta. Z rozdílného porozumění vlastních světů vyrůstají i rozdílná pořadí hodnot a preference v řešení problémů, přičemž pacient se spíše ptá po kvalitě a smyslu svého života.² Přístupem, který by mohl přispět ke zmírnění tohoto rozporu, je dle mého názoru podpora pacientovy

² ŠIMEK, Jiří a Vladimír ŠPALEK. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0440-4.

autonomní kompetence za uplatnění konceptů sebepéče, které obsahují výraznou etickou dimenzi, což dokládám ve třetí kapitole.

Předkládaná práce se věnuje tomuto problému zdravotnické, potažmo ošetrovatelské praxe, s ohledem na srovnání dvou ošetrovatelských přístupů, kterými jsou NANDA taxonomie a Teorie deficitu sebepéče D. E. Oremové. Oba přístupy jsou podrobeny zkoumání z pohledu respektu autonomie pacienta související s odhalením a podporou autonomní kompetence pacienta, a to ve čtvrté kapitole. Konkrétně se zabývám otázkou východisek, teoretickými základy, ošetrovatelskou diagnostikou, komunikací, cíli péče a podporou pacienta u obou ošetrovatelských přístupů.

Úkolem sester i lékařů je tedy snažit se porozumět tomu, proč pacient jedná tak, jak jedná. Naučit se respektovat rozdílný názor pacienta a ne jej hned odsuzovat a nálepkovat označením noncompliance. Otázkou ochoty pacienta ke spolupráci se zabývám v páté kapitole. Pacient by se měl svěřovat do rukou zdravotníků s naprostou důvěrou a proces péče by měl být realizován v kooperativním vztahu. Významnou roli v tomto vztahu hraje moudrost a vzájemný dialog obou účastníků. Východiskem jednání zdravotníka v interakci s pacientem by měl být respekt k autonomii každého pacienta jako rovnocenného partnera v interakci, člověka, který je ochoten a schopen vědomého jednání. To, do jaké míry je tento přístup zohledněn ve zkoumaných ošetrovatelských přístupech (NANDA taxonomie a Teorie deficitu sebepéče), je předmětem zkoumání této kapitoly.

V šesté kapitole se zabývám s tím související otázkou odpovědnosti ve zdravotnické praxi, konkrétně v situacích ošetrovatelské praxe a snažím se ukázat, čím vším je odpovědnost pacienta a zdravotníka ovlivněna a jaká je její souvislost s respektem k autonomii pacienta, a to opět ve zkoumaných přístupech ošetrovatelské praxe.

1 Jedinec/osoba v procesu péče

Máme-li porozumět dílu Oremové, musíme nejprve představit pojmy, s nimiž pracuje, a zasadit je do širšího filosoficko-etického kontextu. Významným pojmem je pojem osoba, která jedná, čímž odhaluje druhému záměr svého jednání. Dalším pojmem je pojem sebezpečí, který je Oremovou chápán jako jedna z forem vědomého chování, tedy jednání člověka prolínající do interakce v procesu péče.

Ústředním pojmem předkládané práce je tedy vědomé chování člověka ve vztahu dvou autonomních osob, kterými jsou ve zdravotnické praxi pacient a zdravotník. Vztah v procesu poskytování péče je vztahem interpersonálním, tím je myšleno to, že interakce se účastní nejméně dvě osoby. V tomto vztahu se setkává jedinec, který péči vyžaduje, s jedincem, který je oprávněn péči poskytovat. Můžeme tedy říci, že v procesu péče vstupují do vztahu dvě osoby (či více osob), které se podílejí na realizaci společného cíle. Oba činí rozhodnutí. Pacient činí rozhodnutí ve smyslu sebezpečí a usiluje o to, co považuje za prospěšné pro svou osobu, a tím určitým způsobem realizuje svoje bytí a starost o něj. Sestra činí rozhodnutí o tom, co může realizovat v rámci své profese. V obou případech se jedná o osoby, které jsou většinou vybaveny schopnostmi rozumně rozvažovat, jednat a za své jednání také nést zodpovědnost. Podívejme se tedy nyní na historii a vymezení pojmu osoba.

Osoba (persona) je základní pojem, který se užívá nejen ve filosofii, ale také v medicíně, ošetrovatelství, psychologii, sociologii, právu, apod., protože pojetí osoby v těchto disciplínách je klíčové pro důležité koncepty prolínající do interakce mezi jedinci v procesech realizovaných v těchto disciplínách. Jedná se o koncept autonomie, lidských práv, spravedlnosti apod.

Latinské slovo persona pochází původně z etruštiny a znamenalo masku (rituální, divadelní, společenskou), což mělo vyjadřovat roli, kterou určitý člověk hrál. Řecké prosópon i latinské persona označují v antice tři role spojené s tím, kdo, o čem a ke komu promlouvá. Pro osobu je ve filosofii také užíván pojem člověk. Descartes nahlíží člověka jako myslící jsoucno (res cogitans) a jako jsoucno tělesně existující schopné vnímat okolní svět (res extensa). Přiřítá mu také schopnost dobré mysli (univerzální moudrosti), kterou chápe jako stanovení jednoty všech věd a identifikuje ji s lidskou moudrostí. Cílem pěstování univerzální moudrosti je to, aby byl člověk schopen

rozpoznat, co je třeba v konkrétní životní situaci zvolit. „Dobrá mysl jako univerzální moudrost je především praktickou moudrostí, schopností správné orientace člověka ve světě a vodítkem dobrého života.“ Zdrojem dobré mysli je podle Descarta rozum (ratio) a v lidské rozumovosti jako základu svobody vidí i základ pro lidské dobro.³ Kant pojímá osobu jako subjekt, jemuž lze přičítat jeho jednání.⁴ A respektování lidské osoby jako jedinečné bytosti vyjádřil ve svém kategorickém imperativu: „Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.“⁵ Novověcí myslitelé vyjadřují osobou (personou) také to, že člověk se sám k sobě dostává pomocí druhých v osobním vztahu.⁶

Podle křesťanského personalismu je člověk „tajemný a neprozkoumatelný vesmír“, který se vymyká přirozenému pohledu lidí, jeho osobnost je tedy nekomunikovatelná vůči jiným jedincům (jako důsledek autonomie), nedostupná poznávacím schopnostem vědců a nepopsatelná jazykem, ale je dostupná pouze nadpřirozenému pohledu Boha. Novotomistická interpretace křesťanského personalismu představuje „hylemorfickou koncepci člověka jako plné substance, která je spojením dvou substancí a to „hmoty“ (lidské tělo) a „formy“ (lidská duše). Člověk je tedy na jedné straně součástí přírody a na straně druhé samostatným celkem existujícím v sobě a sebou (in se, per se) směřujícím k životu nadpřirozenému.“⁷ Osoba je ve filosofii tedy chápána jako jsoucnost, které existuje samo o sobě a prostřednictvím sebe.

Existencialistická filosofie nahlíží na člověka jako lidskou existenci, která si je vědoma svých rozdílů a vyčlenění od ostatního světa sebepoznáním. Podle Heideggera „osoba není věc, substance ani předmět, ale vykonavatel intencionálních aktů, které jsou spolu spojeny jednotou svého smyslu.“⁸ Zavádí také pojem „pobyt“ (Dasein), který „rozumí sobě samému vždy ze své existence, z jisté možnosti sebe sama, jak sebou samým být, či sebou samým nebýt. Pobyt je jsoucnost, kterému jakožto bytí ve světě jde o ně samo.“⁹ Člověka charakterizuje to, že o sobě a o svém lidství ví, že je svobodný a musí zaujmout vztah ke světu, což může jen jako existující ve světě. Být ve světě znamená

³ ZIKA, Richard. *René Descartes, metafyzika lidského dobra*. Praha: 2010. Filosofická fakulta Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-7308-307-6. s. 13-14

⁴ KANT, Immanuel. *Die Metaphysik der Sitten*. 9. vydání. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1991. ISBN 3-518-27790-1. AA VI. AB 22

⁵ KANT, Immanuel. *Základy metafyziky mravů*. 2. vydání. Praha: [1990] 1992. B 66., s. 91

⁶ SOKOL, Jan. *Filosofická antropologie. Člověk jako osoba*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-627-6. s. 19

⁷ JAROSZEWSKI, Tadeusz, M. *Osobnost a společnost: Problémy osobnosti v soudobé filosofické antropologii...* Praha: Nakladatelství Svoboda, 1975. s. 59

⁸ HEIDEGGER, Martin. *Bytí a čas*. Tübingen, Max Niemeyer 1976. Praha: Oikoymenh, 1996. ISBN 80-86-005-12-7. § 10/48, s. 66

⁹ HEIDEGGER, Martin, ref. 8, § 4/12, s. 28

být v souvislostech, být v určité situaci, kterou člověk musí řešit a je tedy, jak vyjadřuje Blecha slovy Heideggera, vržen do tohoto světa a volán k obstarávání.¹⁰

Marxismus chápe člověka jako jedince obdařeného souborem určitých fyzických a duchovních znaků se specifickou anatomickou stavbou těla, motorickým a neurologickým systémem, určitým temperamentem, vnímavostí, souborem cílů, návyků, stylu jednání, mechanismy reagování v určitých situacích. Jedná se o osobnost, která nese znaky trvalosti, ale je schopna dynamického rozvoje v průběhu životní praxe. Člověk je tak pojímán jako aktivní a vědomě jednající subjekt, který je sám složkou světa a svojí činností jej aktivně přetváří.¹¹

Podle Oremové se lidé vyznačují určitými rozpoznatelnými znaky: „mají končetiny, plíce, srdce, funkční systémy, neurologický, endokrinní atd. Od ostatních živočichů se odlišují prostřednictvím svých schopností jako je reflektovat sebe a své okolí, signalizovat, co zažili, tvořením idejí a slov a jejich využíváním při myšlení a komunikaci. Jedná se o entitu, která musí být jako celek akceptována.“¹² Payne zmiňuje, že živého člověka od neživé věci je na první pohled poměrně snadné odlišit, ale při podrobnějším zkoumání pevné kritérium rozlišení člověka, zvláště od naprogramovaného počítače, postrádá. Rozlišení nalézá ve spontaneitě a tvořivosti člověka.¹³

V pojetí Oremové je pochopení člověka jako osoby dynamické, jde o pohled zosobnění, přesněji řečeno pohyb ve směru zrání a získávání lidských schopností individua. Tento proces stávání se člověkem zahrnuje komunikaci jedince s okolním světem, realizaci lidské touhy po poznání, hledání pravdy a angažovanost činit dobro pro sebe i druhé. „Proces personalizace není podmínkou jednotlivce, ale permanentním úkolem v procesu života v koexistenci s druhými lidmi.“¹⁴ Oremová se ve svém díle nezabývá otázkou, od kterého stupně vývoje se dá nahlížet na člověka jako na osobu. Tato otázka má ale v medicíně svůj význam. Ontologický personalismus přepokládá, že osobou se nestává lidské bytí v průběhu ontogeneze, ale je osobou od samého počátku vzniku, tedy již jako embryo. Tento pohled je součástí oficiálního názoru katolické církve. Naproti tomu pozice empirického funkcionalismu uvádí, že lidské bytí se stává osobou v určité době

¹⁰ BLECHA, Ivan. *Jan Patočka*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-287-3. s. 34

¹¹ JAROSZEWSKI, Tadeusz, M., ref. 7, s. 84-91

¹² OREM, Dorothea, E. *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, 1997. ISBN 3-86126-548-6. s. 104, 109

¹³ PAYNE, Jan et al. *Zdraví hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: Triton, 2002 ISBN 80-7254-293-1. s. 6

¹⁴ OREM, Dorothea, E. 1997. ref. 12, s. 110

po porodu. „Engelhardt (in Lajkep, 2003) se domnívá, že o osobě lze mluvit pouze tam, kde subjekt je schopen uvažovat o morálních argumentech, musí tedy být schopen sebereflexe, racionálních úvah, musí být schopen svobodné volby a hájit morální cíle.“¹⁵ Singer (dle Hymerse) zastává extrémní názor, že vážně postižené osoby a novorozenci jsou na stejné úrovni jako lidoopi, tedy nejsou osobami, protože si nejsou vědomi sami sebe, jinými slovy nedisponují sebeuvědoměním.¹⁶ Podle takové definice by mnoho lidských bytostí nebylo schopno dostat pojetí osoby. Jsou to například děti do určitého vývojového stupně, starší jedinci se syndromem demence, jedinci v bezvědomí, v persistujícím vegetativním stavu, mentálně postižení apod. V rámci ontologického personalismu nepřestávají být tito jedinci osobami, protože existují jako neopakovatelné jsoucno, nesoucí znaky lidské důstojnosti, která je hlavním principem stojícím ve středu zdravotnické etiky. Těmto jedincům jsou společností připisována práva a zajištěna ochrana. Názor Singera na pojetí osoby zpochybňují životní příběhy mnoha jedinců, kteří byli nějakou dobu v kómatu a měli omezenou možnost komunikace se svým okolím. Například příběh Belgičana Roma Houbena, který se po autohavárii nacházel 23 let v kómatu (neboli permanentním vegetativním stavu) a jeho okolí se domnívalo, že nic nevnímá, ale jak pacient sám uvádí, své okolí naplno vnímal, křičel, ale nevyšla ani hláska a až moderní technika mu umožnila komunikovat se svým okolím. Nebo příběh Stephana Hawkinga, profesora aplikované matematiky a fyziky, který od mládí trpí amyotrofní laterální sklerózou a už několik let je zcela nepohyblivý a s okolím komunikuje jen pomocí speciální techniky. A navíc ve srovnání s mnoha jinými zdravými jedinci, kterým je běžně přisuzován status osoby, je mnohem úspěšnější.¹⁷ Pojem osoba je užíván také v důležitých etických dokumentech. V *Úmluvě o lidských právech a biomedicíně* se hovoří o „dotčené osobě“.¹⁸ Je tomu tak proto, že přiznat někomu status osoby znamená plně jej začlenit do lidské komunity a přidělit mu všechna morální práva.¹⁹ Tedy i právo na vyjádření vlastního názoru, činit vlastní rozhodnutí, což platí i v procesu poskytování zdravotní péče. Charakteristika osoby jako „dotčené“ vyjadřuje myšlenku, že se jedná o osobu, které se týká rozhodnutí

¹⁵ LAJKEP, Tomáš. *Lidské embryo, kdo nebo co?* Zdravotnické noviny, 10/2003. ISSN 1214-7664.

¹⁶ HYMERS, John. *Peter Singer and the Definition of the Person*, *Ethical Perspectives* [online]. 1999, roč. 6, č. 2, s. 126-136. [cit. 2011-04-01]. ISSN 1370-0049.

¹⁷ STRUHA, Kamil. 23 let utrpení. Mysleli, že je v kómatu, on vnímal. *Mladá Fronta DNES*: 29. listopadu 2009, č. XX/274 s. 1, A3. ISSN 1210-1168. a Hawking Stephan [online]. [cit. 2012-04-20]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Stephen_Hawking

¹⁸ Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Oviedská konvence, 2001. [online]. [cit. 2011-03-18]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/Umluva%20o%20biomedicine.pdf>

¹⁹ LAJKEP, Tomáš. ref. 15

o poskytování péče a stojí v centru pozornosti v procesu péče (tedy pacient). Pátý článek Oviedské konvence uvádí nutný souhlas dotčené osoby při jakémkoliv zákroku prováděném v procesu péče o zdraví.²⁰ A pokud tato osoba není schopna dát souhlas se zamýšleným zákrokem, lze jej provést pouze se souhlasem zákonného zástupce a to tak, aby to bylo v nejlepším zájmu dotčené osoby.²¹

Při péči o pacienta jsou otázky respektu druhého a jeho autonomie stále velmi aktuální a prolínají do každodenní činnosti zdravotníků, a to jak lékařů, tak sester. Tyto dvě profesní skupiny se nejčastěji setkávají u lůžka pacienta, přičemž každá z nich čerpá poznatky pro nejlepší péči především ze svého oboru.

Ošetřovatelství je definováno jako samostatná vědní disciplína, která se zaměřuje na identifikaci a uspokojování potřeb člověka v péči o jeho zdraví nebo na snížení utrpení, případně zajištění klidného umírání.²² Koncept osoby ve smyslu ontologického personalismu je rozpoznatelný v jednotlivých ošetřovatelských teoriích. Například nejrozšířenější model Gordonové pracuje s funkčními vzorci zdraví, jako produktem interakce osoby s jejím prostředím.²³ Naproti tomu teorie Oremové je založena na sebezpečí jako jedné z forem vědomého chování člověka, které osoba vykonává, aby si zajistila určitý stav podmínek pro udržení zdraví či pocitu pohody. Jak to daná osoba provádí, velmi úzce souvisí s jejím charakterem. Charakter je důležitým prvkem, který hraje roli ve způsobu bytí jedince, prostřednictvím realizace jeho svobodného rozhodování. Charakter také vyjadřuje celistvost osoby, která je provázena pocitem pohody, jež se vyznačuje spokojeností, potěšením a štěstím, duchovní zkušeností, zkušeností při provádění ideálního obrazu o sobě samém kontinuální personalizací. To, jak jedinec vnímá svoji situaci a jak v ní jedná, odráží jeho charakter. Charakter je tedy zároveň i specifickou existencí daného jedince: na jedné straně má podobu hotového a strnulého portrétu, na druhé straně je jedinečnou realitou, kterou je možné odkrývat jen přímo v činu. Osoba může označovat svoji existenci pocitem pohody, i když se bude nacházet v nouzové situaci s poruchou lidských struktur a funkcí.²⁴ Například výše zmiňovaný případ S. Hawkinga, který o sobě tvrdí, že je šťastný, byť je upoutaný na vozík a má omezené možnosti pohybu a komunikace. Lékaři mu sdělili jeho diagnózu

²⁰ Úmluva o lidských právech a biomedicině, Oviedská konvence, ref. 18, Kapitola II, článek č. 5.

²¹ Úmluva o lidských právech a biomedicině, Oviedská konvence, ref. 18, Kapitola II, článek č. 6.

²² ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 9, *Koncepce ošetřovatelství*, ročník 2004 [online]. [cit. 2011-03-18]. Dostupné z: http://www.fnusa.cz/files/kliniky/loop/Koncepce_osetřovatelství.pdf

²³ GORDON, Marjory. *Manual of Nursing Diagnosis*. Oxford: Elsevier, 2002, 10. vydání. ISBN-10 0323019781, ISBN-13 978_0323019781, s. 78

²⁴ OREM, Dorothea, E., ref. 12, s. 109

ve 22 letech a domnívali se, že mu zbývají jen tři roky života. Nyní je mu přes šedesát let a dle jeho názoru prožil úspěšný rodinný i profesní život.

Podle Ricoeura je obecnou snahou porozumět charakteru tím, že jsou mu postupně přidávány rozličné znaky, takzvané charakterové rysy. Díky charakteru je osoba jedinečná a neopakovatelná.²⁵ Proto daná osoba také různým způsobem vnímá svoji situaci a zcela individuálně v ní reaguje, přičemž její reakce může být pro účastníky interakce transparentní nebo naopak zcela nepochopitelná. Charakter osoby tedy určitým způsobem poznamenává její jednání. A podle Ricoeura „změnit svůj charakter by znamenalo stát se někým jiným, odcizit se sám sobě. Jedinec se nemůže zbavit sám sebe, svým charakterem je situován, uvržen do individuality. Podléhá sobě samému, jakožto danému jedinci. A kde končí jeho vláda, ví jen díky tomu, že ji vykonává. Charakter je v tom, co je na něm neměnné, je způsobem bytí svobody jedince.“²⁶

Ve zdravotnické praxi jde o setkávání osob s různým charakterem, s různým hodnotovým systémem, preferencemi a náhledem na způsob řešení dané situace. Ať je tato interakce jakkoliv složitá a podmíněná různými determinantami, vždy by měla vycházet z předpokladu, že proti sobě stojí dva rovnocenné subjekty nesoucí status osoby ve smyslu ontologického personalismu.

²⁵ RICOEUR, Paul. *Filosofie vůle I*, Fenomenologie svobody. Přeložil Jakub Čapek. Praha: Oikoymenh, 2001, ISBN 80-7298-033-5. s. 378

²⁶ RICOEUR, Paul, ref. 25, s. 392 Změnit svůj charakter by znamenalo stát se někým jiným, odcizit se sám sobě. Jedinec se nemůže zbavit sám sebe, svým charakterem je situován, uvržen do individuality. Podléhá sobě samému, jakožto danému jedinci. A kde končí jeho vláda, ví jen díky tomu, že ji vykonává. Charakter je v tom, co je na něm neměnné, je způsobem bytí svobody jedince.

Tamtéž s. 378 Charakter je tedy zároveň i intimní existencí daného jedince, v jednom případě má soudržnost hotového a strnulého portrétu, ve druhém případě je unfikovanou realitou, kterou je možné odkrývat jen přímo v činu.

2 Péče o sebe sama, sebezpečie jako jednání člověka

V této kapitole se budu zabývat důležitou charakteristikou osoby, kterou je jednání člověka se zaměřením na péči o sebe sama. Jedná se o klíčové pojmy, které vstupují do zkoumaného vztahu pacient – zdravotník při poskytování péče. Pokusím se odhalit historické počátky poukazující na vztah člověka k sobě samému a svému zdraví a zasadit je do současného kontextu doby a pojetí v práci Oremové.

2. 1 Vývoj péče o sebe sama

Vývoj a kultivace péče o sebe sama souvisí se samým počátkem lidstva a tím, jak člověk postupně věnoval péči o sebe sama a o druhé neustále větší pozornost. Názor, že člověk se má věnovat sobě samému, pečovat o sebe sama, je v antické kultuře velmi starý a mnoha filosofy a myslitelé zmiňovaný. Již v názorech stoiků nacházíme potřebu spoléhání se na sebe sama, důvěru v sebe sama, soběstačnost a nezávislost na zevních vlivech. Jak uvádí Epiktétos, je důležité žít ve shodě s rozumem, a to s rozumem univerzálním, jehož nejvyšším a absolutním dobrem je ctnost, jež je obrazem sebezapíravého cvičení (askésis) a snaze o trvalý klid (ataraxia). To vše by se mělo odehrávat v naprosté nezávislosti na okolí.²⁷ Zmiňovanému tématu péče o sebe sama se věnuje velmi obšírně i Seneca. Za nedocenitelné dobro považuje duševní klid a naprostou svobodu v přetváření sebe sama, kde významnou roli hraje rozum jako základ nejvyššího dobra. Jde mu o to, stát se svým pánem, dokonale ovládat sebe sama, k čemuž nabádá ve svých spisech Luciliovi.²⁸

Některé filosofy udivuje, že v péči o sebe chtějí lidé dosahovat toho, co se jim jeví jako dobré, většinou chtějí vést především zdařilý život, ale je s podivem, že se při tom nestarají o orgán života, kterým je duše, nevzdělávají ji. Protože například kdo usiluje o rychlost v běhu, trénuje vytrvalost a své nohy, kdo chce být silný a mrštný, udržuje svaly v aktivitě. Proto je potřeba pečovat o zdraví své duše, tedy vzdělávat ji.²⁹ Foucault, který se tématu péče o sebe věnoval ve svých *Dějínách sexuality*, uvádí, že kolem tématu péče o sebe se rozvinula výrazná aktivita, která v sobě zahrnovala práci

²⁷ EPIKTÉTOS. *Rozpravy*. Praha: Nakladatelství Československá akademie věd, 1957, s. 10-11

²⁸ SENECA, Lucius, Annaeus. *Výbor z listů Luciliovi*. Antická knihovna, Svazek 4. Překlad Bohumil Ryba. Praha: Svoboda, 1969. List 74-75, s. 116, 126

²⁹ FOUCAULT, Michel. *Dějiny sexuality 3, Péče o sebe*. Praha: Herrmann a synové, 2003. ISBN 80-239-1186-4, s. 61

na sobě samém i prostřednictvím styku s druhými. Často se uskutečňoval tento kontakt v institucionalizovaných strukturách, kdy např. novophytagorejské obce a epikurejské skupiny vedly druhé, aby ten, kdo pečoval o sebe, mohl přijmout i pomoc ostatních. Už Galénos radí, aby ten, kdo chce dobře pečovat o sebe, hledal pomoc u druhého, a to ne nějakého odborníka, ale člověka s dobrou pověstí. „Stává se však, že souhra mezi péčí o sebe a pomocí druhého se přesazuje do již existujících vztahů, kterým dává větší vřelost. Péče o sebe nebo zájem o péči, s níž by se druzí měli vztahovat k sobě samým, se pak jeví jako intenzifikace sociálních vztahů.“³⁰

V historickém vývoji lidstva bývá péče o sebe sama tradičně spojována s lékařským myšlením. Filosofie a lékařství totiž pracují s některými společnými pojmy, jako např. pathos, který představuje narušení rovnováhy těla i duše. Na základě společných pojmů byli již stoikové schopni vypracovat schéma choroby. Jedná se o náchylnost k chorobám, poté následuje porucha (jež se v řečtině nazývá pathos, latinsky affectus), poté choroba (noséma, morbus), jež se manifestuje, tedy projevuje určitou tělesnou nebo duševní poruchou. Ještě těžší je stav nemoci a slabosti, který může přejít do úplné choroby (kakia, aegrotatio, inveterata, vitium malum), jež je už neléčitelná. Stoikové předložili také schéma různých stadií či různých možných forem léčby.³¹ Například v *Listech Luciliovi* najdeme mnoho příkladů, které se zabývají péčí o zdraví. „Tělu neprospívá a výživy mu nepřidá pokrm, který z něj hned po požití odchází. Uzdravování nemocného nic nebrzdí tak jako častá záměna léků. Nezacelí se rána, k jejímuž zhojení pokusně střídáš léčiva. Nezmohutní rostlina, kterou často přesazuješ.“³²

2. 2 Péče o duši

Péči o sebe sama je ve starém Řecku věnována velká pozornost, a je úzce spojována s jednáním člověka a jeho volbou mezi poznáním pravdy a dosahováním dobra. V tomto ohledu sehrává významnou roli i péče o duši, proto bych jí chtěla věnovat krátkou pozornost. Myšlenka oddělení duše od těla a nutnost péče o ni je vyjádřena v dialogu *Faidón*, kdy Sokrates v rozhovoru s přáteli obhájí myšlenku o nesmrtelnosti duše a snahu o její kultivaci logickým myšlením, které směřuje k pravdě.³³

³⁰ FOUCAULT, Michel, ref. 29, s. 70-72

³¹ FOUCAULT, Michel, ref. 29, s. 74

³² SENECA, Lucius, Annaeus, ref. 28, s. 8-9

³³ PLATON. *Faidón*. Překlad František Novotný. 6. vydání. Praha: Oikoymenh, 2005. ISBN 80-7298-158-7. 90 s., 66d.

V Platonově *Ústavě* se účastníci diskuse shodují na tom, že obec i duše sestává ze tří základních složek, které tvoří celek. U obce jsou těmito základními složkami jednotlivé stavy, a to stav vládců, stav strážců a stav výrobců. Tři základní složky jsou uváděny i u struktury duše. Je to její nejvyšší, rozumová složka, dále tzv. vznětlivá složka a žádostivost. Jak v obci, tak v lidské duši se uskutečňuje spravedlnost tím, že každá složka plní svůj vlastní úkol a že nižší složky se podřizují té vyšší a mají jí pomáhat. Pokud jde o duši, účastníci diskuse se shodují na tom, že člověk, který se chce stát spravedlivým, musí pečovat o duši.³⁴

Patočka čerpá z myšlenek Platona a v návaznosti na něj uvádí tři hlediska péče o duši. Jedná se o celkový rozvrh jsoucna. Péče o duši jako rozvrh nového státního života a za třetí péče o duši jako sebepoznání a ovládnutím sebe sama.³⁵

První hledisko souvisí s pojetím duše u Platona,³⁶ jako pramenem všeho pohybu a s jejím usídlením v univerzu. Duše je to, co je věčné a nutné. Duše je to, pro co má smysl dobro a zlo a jejím pohybem je pohyb směrem k dobru. Konflikt, který je potřeba v duši smířit, je soustředěn do střední vrstvy – vznětlivosti (odpovídá vrstvě strážců ve společnosti). S třetím hlediskem je spojené lidské jednání, které spadá do pochopení sebe sama a opírá se o poznání pravdy, jedná se o myslící sebeurčování.³⁷ Na rozdíl od Aristotela, kde je jednání viděno jako rozhodnutí, které se odehrává v duši, jež se děje ve smyslu dobrého života a jehož vůdčím principem je idea dobra.³⁸

Může se tedy hovořit o dvou podobách péče o duši. Člověk pečuje o duši, aby v poznání mohl setrvat u celku, znal příčiny a důvody, čili pravdivost ukazujících se věcí (Démokritos). Tím vzniká rozvrh filosofie jako univerzální vědy založené na logickém dokazování. Podobně jako u Platona se nepečuje o duši, aby se poznávaly skutečnosti,

³⁴ PLATON. *Ústava*. Překlad František Novotný. 4. vydání. Praha: Oikoymenh, 2005. ISBN 80-7298-142-0. 423 s. 427e, 435e, 436b.

³⁵ PATOČKA, Jan, ref. 1, s. 129, 224.

³⁶ HILGERS, Claudia. *Entelechie, Monade und Metamorphose: Formen der Vervollkommnung im Werk Goethes*. München: Fink, 2002. ISBN 3-7705-3662-2. s. 14, 21 Pojetí duše u Platona a Aristotela. U Platona náleží lidské duši primárně statut ideje, tj. je součástí onoho pravého a skutečného světa, tedy světa idejí. V rámci procesu „stěhování duší“ pak inkarnuje do lidského těla a duše vše, co dosud zřela, zapomíná. Proces poznání (sebe sama i stínohry okolního světa v jeho pravé povaze) je pak záležitostí „anamnésis“, tj. rozpomínání se duše na to, co před inkarnací zřela. Mezitím co u Platona věci světa stávání se projevují jako odraz praobrazů ve světě idejí, umísťuje Aristoteles praobrazy jako imanentní principy ideje do věcí samých, aby se staly cílem a účelem uskutečnění. Aristotelův princip kauzality je namířen proti platonskému principu samohybatelství. S otázkou po uskutečňujícím se bytí vytváří Aristoteles související pojmy možnost (dynamis) a skutečnost (energeia, entelecheia) a staví je do centra svojí přírodní filosofie. Aristoteles definuje přirozené tělo jako celek složený z formy (duše) a materie (těla). Duše je spojena s tělem a tvoří s ním neoddělitelnou energetickou jednotu a určuje jako princip formy její povahu, smysl a účel organismu. A tělo se stává prostřednictvím duše žijící skutečností.

³⁷ PATOČKA, Jan, ref. 1, s. 131, 143, 261

³⁸ PATOČKA, Jan, ref. 1, s. 329, 330

ale poznává se, aby se duše mohla stát tím, čím být může. Druhá koncepce první cíl nepopírá, ale přesahuje jej rozvrhem vnitřního života, reflexí a jednáním člověka.³⁹

V souvislosti s péčí o duši se otevírá otázka svobody a jednání. Problém svobody je u obou zmiňovaných řeckých filosofů vnímán rozdílně. Platon se podle Patočky v tomto ohledu pohybuje ve směru vertikálním, a to od životní podoby filosofů, kteří chápou život v ryzí oblasti ducha, přes životní podobu strážců, který se zakládá na cti až po život výrobců, kterým přísluší žádostivost. Způsob svojí existence si může duše sama zvolit, a pokud se dostane do stavu duše, která je uchváčena svými vášněmi, stává se beztvarou. Aristoteles vidí tento problém svobody ve skutečném jednání člověka, který sobě samému nějakým způsobem rozumí, nachází se v situaci, kterou reflektuje a svobodně přetváří, vytváří také něco zcela nového, mnohdy i nahodilého. Jedná se tedy o autonomní činnost, protože se člověk řídí principy, které nejsou věčné, které si musí sám vytvářet. V tomto tvoření také poznává sám sebe. Pohled Aristotela je v tomto ohledu na rozdíl od Platona spíše horizontální.⁴⁰ „Spojujícím prvkem u obou myslitelů je přesvědčení, že lidské jednání a každý pohyb vůbec sleduje dobro.“⁴¹

Také renesanční myslitelé přijímali antickou koncepci péče o duši, která zastává názor, že lidé se mohou vyvíjet a být věrni svému přirozenému talentu a vrozenému charakteru, vyjádřené ve výpovědích poznej sám sebe, uctívej sám sebe, tzn., důvěřuj svojí přirozené síle. Podle Descarta správným způsobem bytí člověka ve světě je intuitivně-deduktivní postup. Intuice souvisí s poznáním jevu nebo situace a dedukce je logickým vyvozováním závěrů. Člověk tak jedná na základě své rozumové přirozenosti, tzn. postupu, kterému není nutné se učit, je potřeba jej nechat jen rozvinout.⁴² „Úlohou descartského člověka je (jako Božího obrazu) být ze sebe a pro sebe, být svobodný.“⁴³ Což znamená, že to, oč v životě člověka hlavně jde, je vědomí vlastní svobodné vůle a správné užívání této svobody. Člověk je ve své tělesnosti, podle Descarta, vystaven několika skupinám *dojmů* tedy vnímání. Jedná se o dojmy, které zprostředkovávají okolní materiální jsoucna. Druhou skupinou dojmů jsou ty, které člověk zakouší v souvislosti s vlastním tělem jako je hlad, žízeň či bolest. „Předpokladem pro řádné vztahování se k těmto dojmům je poznání vlastního těla, a to především jako tělesa (stroje údů), takovému poznání člověka (jako pána a vládce přírody) disponuje k řádné

³⁹ PATOČKA, Jan, ref. 1, s. 147, 220.

⁴⁰ PATOČKA, Jan, ref. 1, s. 331, 340, 341

⁴¹ HLADKÝ, Vojtěch: *Změnit sám sebe, duchovní cvičení Pierra Hadota, péče o sebe Michaela Foucaulta, péče o duši Jana Patočky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010, ISBN 978-80-87378-28-1. s. 146

⁴² ZIKA, Richard, ref. 3, s. 29

⁴³ ZIKA, Richard, ref. 3, s. 96

péči o vlastní tělo.“ Třetí skupina dojmů vztahuje člověka k vlastní duši, jde o radost, hněv a vášně označované souhrnně *passions*, které nemohou být odstraněny pouze působením naší vůle, ale racionální produkcí nebo distancí v samotné mysli pomocí tzv. „pozice diváka“. ⁴⁴

Zvýšený zájem o jedince nacházíme i v Rousseauově pojetí „self“, které je pozměněné a chápané jako užívající si života navzdory korupci, která vládne ve společnosti. ⁴⁵ Toto opětovné přiklonění k sobě samému bylo bezesporu reakcí na proměnu evropské kultury již během novověku a osvícenství, která s sebou přinesla odklonění starosti od sebe sama na vnější svět, a to starost vlastnit, ovládat přírodu apod. ⁴⁶

Lidé do 19. stol. měli pocit, že mohou nějakým způsobem ovládat svoje osudy a společenské záležitosti, že mohou řídit osud lidstva. Podle Patočky žijeme nyní v pocitu právě opačném: „že nás něco unáší do neznáma, je rozporné, brání nám zaujmout jednoznačný postoj, odcizuje nás od životní formy, ve které žijeme.“ A to, že nemůžeme opustit tuto, jak říká, „potápějící se loď“, je podle něj „odsouhlasením světového pádu.“ ⁴⁷ Roli vůdce ze současné krize má dle Patočky sehrát Platonova péče o duši, „která představuje výzvu k proměně sebe sama směrem k pravdě překračující konkrétní danost našeho každodenního života a podněcuje tak člověka k uvědomělému a aktivnímu jednání, což v sobě skrývá samu identitu evropského dědictví.“ Dle Hladkého Patočka chápe duši především jako pohyb. Duše se buď pevně formuje ve vztahu k pravdě a shodě samé se sebou, nebo se odcizuje sama sobě a upadá do oblasti zdání. To představuje dvě zcela odlišné možnosti lidské existence, které nalézáme již ve vyjádřeních Heideggerových jako autentické a neautentické bytí. ⁴⁸

Starost o duši se podle Patočky děje jednak každodenním vnímáním okolních věcí a zacházením s nimi, a také každodenním kontaktem s lidmi. Patočka v tomto ohledu hovoří o neurčité bezprostřednosti. Na druhé straně duše, která se o sebe stará, která se táže, pečuje o své bytí a provádí reflexi, to znamená „že se pohybuje od neurčité bezprostřednosti k vymezující reflexi.“ ⁴⁹

Tuto tzv. vymezující reflexi, jako vnitřní jednání, může člověk realizovat jen díky tomu, že se nachází v nějaké situaci, do níž se dostal, kterou se snaží kriticky reflektovat.

⁴⁴ ZIKA, Richard, ref. 3, s. 124

⁴⁵ Edited by O'Hagan, T. Jean-Jacques Rousseau and the Sources of the Self. Aldershot: Avebury 1997. ISBN 1 85972 552 X. s. 38-39

⁴⁶ HLADKÝ, Vojtěch, ref. 41, s. 147

⁴⁷ PATOČKA, Jan, ref. 1, s. 153

⁴⁸ HLADKÝ, Vojtěch, ref. 41, s. 152, 158

⁴⁹ PATOČKA, Jan, ref. 1, s. 231

Určitou roli v tomto ohledu hraje také celkový pocit a znalosti doby, v níž daný jedinec situaci posuzuje. Podle toho, jak jednotlivci situaci vnímají, jaký cíl sledují a jaké možnosti ovlivnění situace mají, se nacházejí v příznivé nebo nepříznivé situaci.⁵⁰ Patočka uvádí, že pokud se dostaneme do situace, v níž máme pocit, že se nám křivdí, vnímáme jí negativně, a to jako zlo, zvláště pokud se nemůžeme účelně bránit. Protože tomu tak je, zavádějí lidé mezi sebou dohodu o tom, že si nebudou navzájem škodit, a to tzv. „prostředně dobré“ na němž se budou schopni shodnout, bude považováno za normu lidského jednání, které nese prvky spravedlnosti.⁵¹

Podíváme-li se na pojem sebezpečí z jazykového hlediska, můžeme jej rozložit na sebe (self, Selbst) a péči (care, Pflege). K pojmu sebe v českém vyjádření nalézáme ekvivalent já (latinsky ego). Sebe pak samostatně nacházíme spíše ve spojeních, která tento pojem dále specifikují. Jako je sebeurčení, sebevědomí, vnímání sebe sama, sebeláska, sebereflexe apod. Já (self, Selbst) popisuje základní vlastnosti osoby, jež chápe jako bytí, které disponuje vědomím, je schopné jednání a odpovědnosti za vlastní činy. Zmiňovaný pojem odkazuje nepřímě i k těm ostatním. Proto by měla být i sebezpečí nahlížena také jako starost o druhé, protože já (self, Selbst) může být odlišeno jen ve vztahu k ostatním, má svoji identitu.⁵² Self je také centrálním pojmem rogersovské teorie. „Je to organizovaný, konzistentní pojmový gestalt, který je složený z vjemů charakteristik „já“ nebo „mě“ a z vjemů vztahů „já“ nebo „mě“ vůči druhým lidem a vůči různým aspektům života, spolu s hodnotami, jež jsou s těmito vjemy spojené.“⁵³

2. 3 Starost o sebe sama

Pojem starost o sebe sama (selfcare, Selbstsorge) tak v sobě nezahrnuje jen sebe (já), ale i jeho existenci a budoucnost ve společnosti, odkazuje nejen na individuum ve své konečnosti, ale i rozmanitost v této ohraničenosti, a tím i na logiku jeho konce. Každý člověk je tělesně existující a jako takový konečný, to znamená, že musí zemřít, což předpokládá stárnutí, a s tím související možnost stát se nemocným a závislým na péči

⁵⁰ PATOČKA, Jan, ref. 1, s. 149

⁵¹ PATOČKA, Jan, ref. 1, s. 248

⁵² WESSEL, Karl-Friedrich, SCUPIN, Olaf a Thomas DIESNER. *Selbstsorge*. Bielefeld: Kleine Verlag, 2007, ISBN 978-3-89370-428-6. s. 13

⁵³ ROGERS, Carl, R. *Způsob bytí. Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-233-5. s. 34

druhého. S konečností člověka také souvisí možnost osoby uzpůsobit si vlastní život a starost o sebe sama, což je jedním ze způsobů jeho uskutečňování a také odpovědí na jeho konečnost. Z toho vyplývá, že starost o sebe sama (Selbstsorge) jako zvláštní forma „pobytu“ (Dasein) určuje úroveň sebekpěče (Selbstpflege), není s ní zcela identická, dalo by se říct, že první pojem je širší a zahrnuje v sobě i sebekpěči. Oba pojmy by tedy neměly být používány jako synonyma. Sebekpěče je zaměřena na podporu vlastního zdraví a pocitu pohody a tvoří tedy jen jakousi výseč starosti o sebe sama.⁵⁴ Se zmiňovanými pojmy souvisí jednání člověka jako projev péče o sebe sama, a tím tedy i sebekpěče, protože teprve jednáním, vůči sobě samému i vůči ostatním lidem, člověk odhaluje své záměry, hodnotový systém, pochopení situace a vyjevuje tím také svůj rozvrh.

Pokud jsem hovořila o péči o sebe sama jako o zvláštní formě existence a vyjevování rozvrhu, měla jsem na mysli, jako základ mých úvah, filosofická východiska těchto pojmů v pojetí Heideggera a Riccaura, protože člověk je jimi chápán jako poznávající a myslící bytost, která se musí starat o svoji existenci, musí se rozhodovat a jednat. Lidská existence je podle nich stále v nebezpečí, že pro samé obstarávání životních nezbytností začne sebe sama vnímat jako věc, propadne tlakům okolí a vzdá se odhodlané autentičnosti. Na tomto místě si dovoluji ponechat vyjádření ostatních filosofů k uvedenému tématu stranou.

Heidegger charakterizuje „pobyt“ (Dasein) jako jsoucnost, kterému na jeho bytí záleží. „Pobyt je vždy tím, čím bytí může, a tak, jak je v jeho možnostech. Pobyt je bytím možností, to se týká způsobů obstarávání světa, starosti o druhé, a v tom všem vždy a zároveň už vždycky onoho moci být vzhledem k sobě samému, kvůli sobě. Přičemž možnost znamená, že něco ještě není skutečné a také není nutné, charakterizuje to, co je možné. Pobyt je sobě samému vydané bytí možností, možnost veskrze vržená. Pobyt je možnost být svobodně pro své nejvlastnější moci být.“⁵⁵ Heideggerův pobyt „je ve svém faktickém bytí vždy tak a tím, čím už byl. Ať už výslovně nebo nevýslovně – pobyt jest svou minulostí, takže je mu neustále v patách a to, co minulo, je stále ještě jeho skutečnou vlastností, která v něm občas působí. Pobyt jest svou minulostí způsobem svého bytí, které se vždy děje z jeho budoucnosti.“⁵⁶ Heidegger proto samu povahu pobytu charakterizuje jako „starost“ či „péči“, která je původně starostí o toto

⁵⁴ WESSEL, Karl-Friedrich, SCUPIN, Olaf a Thomas DIESNER, ref. 52, s. 15

⁵⁵ HEIDEGGER, Martin, 1976, ref. 8, § 39/181, s. 209

⁵⁶ HEIDEGGER, Martin, 1976, ref. 8, § 6/20, s. 37

bytí samo, z povahy věci se však nejčastěji projevuje jako nezbytné každodenní „obstarávání“ potřeb k životu pro možnost realizace pobytu.

Konstitutivními elementy pobytu tzv. existenciály jsou u Heideggera vrženost, moci být a upadlost, které se sjednocují ve starosti (Sorge). Heidegger zjevně preferuje autenticitu, ale ví, že k tomu je potřeba odhodlanosti bytí v autentickém modu. Člověk ve svém životě často volí mezi autentickým a neautentickým bytím (ono se) a úzkost je voláním člověka zpět k jeho autenticitě.⁵⁷

Tato otázka je úzce spjata s problematikou vůle. To, co jedinec v dané situaci chce, většinou koresponduje s jeho rozvrhem, s tím, jak svoji situaci vnímá, jak jí rozumí. Přičemž rozvrhem je myšleno praktické určení toho, co bude. Samotné zrození volby je podle Ricoeura vyjádřeno trojím vztahem, a to k rozvrhu (chci to), k sobě samému (určuji se takto) a k motivu (rozhoduji se tak, protože). Důležitou roli v procesu vůle a rozhodování sehrává dle Ricoeura také váhání, které je volbou, jež se hledá. Na jedné straně nazývá váhání nerozhodností nebo ztrátou sebe sama, na druhé straně je váhání vůlí, která je v rozpacích a orientuje se. Váhat znamená postavit se neurčitému „ono se“. Zvolit znamená skončit rozpravu, také to znamená „rázně přetnout gordický uzel váhání.“⁵⁸ Na rozdíl od ono se, bere konkrétní jedinec čin na sebe, přijímá ho. Podle Ricoeura vztah s druhým může být stejně tak naším aktivním spolubytím, jako naší sebeztrátou v anonymním ono se.⁵⁹ Ve zdravotnické praxi ve vztahu k druhému zdravotník také nějak jedná a očekává se od něj, že bude jednat zodpovědně s ohledem na prospěch druhého i s ohledem na jeho rozvrh. To, jak vyjadřuje Heidegger a Ricoeur setkávání se se sebou samým ve svých rozvrzích, v rozvrhu sebe sama pro sebe sama je možné chápat jako základ sebezpečí (jako lidského jednání) v pojetí Oremové. Péče o sebe sama jako projev lidského jednání a tedy i pobytu vstupuje do vztahů mezi jedinci ve společnosti, zvláště pak ve zdravotnické praxi.

2. 4 Sebezpečí jako lidské jednání

Popis lidského jednání je velmi komplexní záležitostí, protože vlastní akt jednání určitého člověka je závislý na mnoha různých komponentech. Jedná se kromě aspektů filosofických také o aspekty psychologické, neurofyziologické a sociální. Jsem si

⁵⁷ HEIDEGGER, Martin in ŠIMEK, Jiří a Vladimír ŠPALEK, ref. 2, s. 51

⁵⁸ RICOEUR, Paul, ref. 25, s. 150-153, 178

⁵⁹ RICOEUR, Paul, ref. 25, s. 68

vědoma, že tyto aspekty také prolínají do pojetí sebepéče, proto si je dovolím krátce uvést jako doklad povědomí jejich existence. Zástupci různých teorií vysvětlují lidské jednání z různých zorných úhlů. Zastánci behaviorismu zkoumají a vysvětlují lidské jednání jako reakci na zevní podněty. Zastánci kognitivismu se staví proti tomuto jednoduchému vysvětlení lidského jednání. Připisují člověku schopnost úsudku a racionálního myšlení. Lidé jednají vědomě a předvídavě (anticipačně). Lidé si stanovují cíle a plánují činnosti, aby těchto cílů dosáhli. Jedná se o „úmyslné jednání“, s čímž je úzce spojena i otázka odpovědnosti. Vedle psychologických vysvětlení lidského jednání se také sociologie zabývá jednáním, které se vztahuje na druhé a vede k tvoření společensko-politických vztahů.⁶⁰

Oremová vnímá sebepéči jako „vědomé chování, čili jednání člověka (jako lidskou regulatorní funkci), které jedinci iniciují a provádějí ve vlastním zájmu pro zachování života a pocitu pohody, stejně jako svého zdraví.“^{61, 62}

Oremová chápe sebepéči jako jednu z lidských funkcí, při níž jde o požadavek osvojení si a použití vědomostí pro provedení externích a interních postupů jednání v sebepéči. Mezi externě orientované jednání Oremová řadí aktivity zaměřené na vyhledávání vědomostí, vyhledávání podpory a využití rezerv, interpersonální jednání a jednání zaměřené na kontrolu externích faktorů. K interně orientovanému jednání pak náleží kontrola jednání vlastní osoby (myšlení, pocity, orientace) a regulace vnitřních faktorů. Pochopení sebepéče jako jednání ovlivněné vnitřními a zevními faktory pomáhá poskytovatelům péče popsat systém sebepéče jedince a odhalit, který systém podpory pro něj bude nejlepší.⁶³ Z pohledu pomáhajících profesí se jedná o určitý druh jednání, který se odehrává ve společnosti a je v sociologii označován jako „sociální jednání“, jehož základním rysem je zaměřenost na druhé lidi a pochopení smyslu a významu jejich jednání.⁶⁴ V mém zkoumání k tomuto aspektu přiřazuji ještě záměr jednání s ohledem konat dobro pro sebe, případně druhé, a respektovat při tom názory druhého v interakci, jeho hodnoty a autonomní volbu.

⁶⁰ BEKEL, Gerhard. *Die Selbstpflegedefizit – Theorie von Dorothea E. Orem*. In Holoch, Gehrke, Knigge – Demal, Zoller. *Kinderkrankenpflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 1999. ISBN 3-456-83179-X.

⁶¹ OREM, Dorothea, E., ref. 12, s. 112

⁶² OREM, Dorothea, E. *Nursing Concepts of Practise*. 6. vydání. USA: A Harcourt Health Sciences Company, 2001. ISBN 0-323-00864-X. s. 43

⁶³ OREM, Dorothea, E., ref. 12, s. 247

⁶⁴ KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. ISBN 978-80-244-2315-9. s. 30

2. 5 Starost o druhé

Starost o druhé, nemocné nebo slabé tak, jak by si to přál každý, kdyby se ocitl v podobné situaci, byla ve všech časech posuzována jako morálně dobré jednání. Kantovo pojetí autonomie jako zákona, který si každý nese sám v sobě, je vnímáno jako základní pojetí principu autonomie v současné etice. V tomto ohledu je starost o druhé univerzální morální orientací. Ke starání se o druhé neodmyslitelně patří respektování autonomie, i když mnohdy je tento vztah staven na stejnou úroveň jako poručnictví a v minulosti byl ve zdravotnictví poznamenán výrazným paternalismem. V současné době potřebujeme starost o druhé bez paternalismu, tedy bez, bohužel, ještě stále rozšířeného názoru, že pečující vědí lépe než pacient, co je pro něj dobré.⁶⁵

I autonomie je mnohdy nesprávně pojímána, a to jako pouhá seberealizace přerůstající mnohdy až v egoismus, přitom je opomíjeno, že člověk je odkázán na společenství druhých, bez jejichž účasti by svoji autonomii nemohl rozvinout.

Starost o druhé a autonomie nejsou žádné protikladné alternativy tak, jak je to v péči o druhé mnohdy vnímáno, např. je-li pacient při vědomí a orientovaný, vládne princip autonomie. Je-li pacient dementní, zmatený nebo v kómatu, zaujme převahu starost o druhé, ale správně pochopená péče o druhé je také starostí o autonomii pacienta, i když ji nemůže v dané situaci vyjádřit. I pacient dementní nebo v kómatu má svoji autonomii, která je úzce spojena s jeho důstojností. Seběpěče je projevem autonomie a podmínkou respektování autonomie druhého. Z tohoto hlediska se přikláním k názoru Wessela, že seběpěči je možné vnímat jako základ profesionálního i humánního postoje zdravotníků k pacientovi a také souhlasím s jeho názorem, že seběpěči je možné vnímat i jako cíl péče.⁶⁶

Wessel (2007) uvádí kritiku seběpěče Oremové v tom smyslu, že nevychází z potřeb člověka jako většina ostatních ošetrovatelských teorií, ale z požadavků seběpěče a nechává otevřenou otázku, zda není autonomie pacienta podřízena odborným znalostem ošetrujících o tom, co je v dané situaci normální a které deficity seběpěče mohou vzniknout. Oremová podle něj také nehovoří o vůli pacienta jako limitujícím faktoru pro ošetrovatelské intervence. V takové situaci je, dle Wessela, možné hovořit o tomto jevu jako o zastínění perspektivy druhého.⁶⁷ S touto kritikou se pokusím

⁶⁵ WESSEL, Karl-Fridrich, SCUPIN, Olaf a Thomas DIESNER, ref. 52, s. 37

⁶⁶ WESSEL, Karl-Fridrich, SCUPIN, Olaf a Thomas DIESNER, ref. 52, s. 38

⁶⁷ WESSEL, Karl-Fridrich, SCUPIN, Olaf a Thomas DIESNER, ref. 52, s. 42

vypořádat v kapitole 3.5 (str. 48), která se zabývá vztahem pacient sestra a etickým rozměrem teorie sebedpěče Oremové.

2. 6 Zdraví a nemoc

Pokud se zabýváme péčí o sebe sama se zaměřením na zdraví, dovolím si malé odbočení k některým důležitým pojmům jako je zdraví a nemoc. Zdraví je jedna z nejcennějších hodnot, které jedinec má. Náhledy na zdraví prošly historicko-spoolečenským vývojem až k dnešnímu pojetí v naší kultuře. Payne vychází z předpokladu, že zdraví představuje zvláštní případ obecného pojmu dobra, kdy je člověk považován za zdravého, pokud vyhovuje určitým obecným kritériím. První je etické, které prezentuje nemožnost vyvodit toho, co má být, z toho, co je. A druhým je ontické, které se odráží v definicích WHO.⁶⁸

Roku 1947 navrhla WHO širokou definici zdraví: „Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody (wellbeing) a nejenom nepřítomnost nemoci a neduživosti (infirmité).“ Později, v roce 1984 zveřejnila WHO následující definici: „Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby, a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím.“⁶⁹

Zdraví je vyjádřeno celistvostí. Jedinci každý den posuzují vlastní stav své integrity jako celku, stanovují několikrát denně, jestli se cítí být zdraví nebo nemocní. Například člověk, i když má zlomenou končetinu, se může cítit zdravý, do značné míry se tedy jedná o subjektivní názor jedince. S ohledem na komplexitu lidských funkcí a jejich vztahu k okolí má pojem zdraví význam při popisu stavu, celku a integrity jedince. A jak je patrné z novější definice zdraví, hraje roli i aktivní zapojení jedince do procesu uchování zdraví.

O zdraví se zajímá nejen medicína, ale i ošetřovatelství, psychologie, sociologie, filosofie apod. Označení za nemocného může mít ve všech těchto odvětvích pro jednotlivce určité důsledky a v kolektivním měřítku značný sociální dopad, proto musí být také definována abnormalita nebo patologie.

⁶⁸ PAYNE, Jan, ref. 13, s. 102

⁶⁹ CHYTKA, Robert. *Co je to zdraví a péče o zdraví*. In: ViaFit [on line] 6. 12. 2008, [cit. 2012-03-19] Dostupné z: <http://www.viafit.cz/clanek/012-zdravi/>

Buchborn definuje nemoc jako „necítění se dobře“ v důsledku subjektivní případně objektivní tělesně duševní újmy s, nebo bez subjektivní, medicínské nebo sociální potřeby pomoci, v důsledku poruch v harmonické součinnosti jednotlivých funkčních součástí a subsystémů organismu. Tradičně se rozlišují různé aspekty nemoci: aspekt nemocného, což je pocit churavosti (aegritudo/illness), aspekt lékaře, který se opírá o objektivní nález (nosos/disease) a aspekt sociálního okolí, který se manifestuje stavem nouze a potřeby nemocného, hovoří se o „roli nemocného“. V lékařské praxi souběh všech tří aspektů nemoci se označuje pojmem morbus.⁷⁰ Ventura uvádí církevní chápání nemoci, které je možné spatřovat jako zkoušku, která když přijde, měla by být jedincem vnímána jako návrat člověka k sobě samému a jako počátek mnoha dober.⁷¹ Je otázkou do jaké míry je sám pacient schopen toto porušení kompenzovat a jak sám onemocnění a novou situaci vnímá.

2. 7 Starost o sebe sama v dnešní společnosti

Také Bobbert zdůrazňuje právo pacienta stanovit to, co vnímá jako vlastní pocit pohody i proti odbornému přesvědčení ošetřujících.⁷² Při užívání konceptu sebestarosti se naskytá morální otázka podporovat u pacientů schopnost péče o sebe sama, bez toho aniž by byla vnucována, tzn. pomoci pacientovi najít pro něj nejlepší cestu v péči o sebe sama, k čemuž sestře může dopomoci i ošetřovatelská moudrost.⁷³

Starost o sebe sama byla také v 60. letech podnětem na podporu autonomie proti rozmáhajícímu se poručnictví ve zdravotnictví. V dnešní době je péče o sebe sama ideologií, která upevňuje požadavek vlastní odpovědnosti. Jedinec jako občan je mnohdy osamocen, protože ten druhý a třetí ve vztahu k němu selhává. Ustupuje i podíl státu na odpovědnosti a solidaritě, takže člověk zůstává jako opuštěný subjekt, kterému je jeho osamocení v mnoha případech podávána jako autonomie. Pojem starosti o sebe sama je také vhodný k doložení naddimenzování nebo poddimenzování péče, stejně tak zdůvodnění nejlepší péče.⁷⁴

⁷⁰ ZÍMOVÁ, Pavlína. In: *Zdravotnické právo a bioetika* [online]. 2012-04-10 [cit. 2012-10-23]. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/bipolarni-pojmy-zdravi-a-nemoc-3/>

⁷¹ VENTURA, Václav In PAYNE, Jan ref. 13

⁷² BOBBERT, Monika. *Patientenautonomie und berufliche Pflege*. Frankfurt, New York: Campus, 2002. s. 229 ISBN:

⁷³ OREM, Dorothea, E., ref. 62. (viz str. 46)

⁷⁴ WESSEL, Karl-Fridrich, SCUPIN, Olaf a Thomas DIESNER, ref. 52, s. 46

Tuto tendenci dokládá i studie Pratt, Fry, Kirscht, v níž se předpokládá, že přibližně 75 % nebo i více zdravotní péče je prováděno bez profesionálního zásahu, mnohdy z nedostatku dostupnosti profesionálních služeb. Je jasné, že je nutné optimální vyvážení mezi sebedpěčí a profesionální péčí, což vzbuzuje i veřejný zájem o sebedpěči. V současné době počítá primární zdravotní péče s aktivní účastí jedince na péči o své vlastní zdraví, čemuž nahrává i technologický rozvoj společnosti a počítačová gramotnost jejich jedinců.⁷⁵

Z těchto důvodů byl vzbuzen velký zájem o uvedené téma sebedpěče, o kterém se v USA rozsáhle diskutovalo. Podle Wrighta jsou pro sebedpěči rozhodující dva předpoklady. Prvním z nich je sebedpěče jako esenciální vyjádření individuální svobody, konsekvantně se jedná o jeden aspekt existence. Druhým předpokladem je, že sebedpěče musí vyjadřovat nevynucené vlastní rozhodnutí, jestliže to má být péče opravdu osobně iniciovaná a svobodně prováděná.⁷⁶ Zdravotníci potom provádějí asistenci ve dvou dimenzích sebedpěče. Jednak při jednání v sebedpěči, která je zaměřena na podporu zdraví. Jednak v oblasti kompetence sebedpěče jako procesu sebeurčení, rozhodování s respektem k volbě jednání, zahrnuje podporu jedincových hodnot a konceptu zdraví. Pro veškeré jednání v rámci zdraví, které se nestalo automatickým, je nutná vědomá volba podložená svobodným a adekvátním rozhodnutím.⁷⁷

John Fry identifikoval čtyři role sebedpěče. Jedná se o podporu zdraví, prevenci nemocí, sebediagnostiku a sebededikaci (sebeléčba) a pacientovu účast v profesionální péči. Sebedpěče může být také chápána jako proces rozhodování, který zahrnuje sebezpozorování, vnímání a označení symptomů, rozhodnutí, jak závažné je onemocnění a posouzení léčebné volby.

Levin uvádí v souvislosti se sebedpěčí několik úrovní odpovědnosti, přičemž první označuje jako osobní využití profesionálních zdrojů. Posouzení vlastní kompetence jedince k sebediagnóze a sebeléčbě přispívá k jeho rozhodnutí vyhledat profesionální asistenci pro daný problém. To by mohla být přirozeně záležitost tržního předpokladu. Druhá úroveň odpovědnosti a kontroly se vyskytuje v kontextu interakce mezi pacientem a zdravotníkem. A konečně se jedná o úroveň veřejného zájmu, činění rozhodnutí a politické jednání ve zdravotních záležitostech, (více o odpovědnosti s. 93).

⁷⁵ LEVIN, Lowell, S., KATZ, Alfred, H. a Erik HOLST. *Self-care lay initiatives in health*. Druhé vydání. New York: Neale Watson Academic Publications, Inc. 1977. ISBN 0-88202-111-7. s. 15- 20

⁷⁶ WRIGHT, Richard. A. *Human Values in Health Care*. Library of Congress Cataloging –in- Publication Data. University of Toledo: McGraw-Hill Book Company, 1987. ISBN 0-07-072076-2.s. 236

⁷⁷ WRIGHT, Richard. A., ref. 76, s. 237

Je jasné, že sebezpečie by neměla být nahlížena pouze v zájmu péče o sebe sama, protože zdravotní problémy jsou multifaktoriální povahy.⁷⁸

Z uvedeného vyplývá, že starost o sebe sama a její dílčí součást sebezpečie má své kořeny spojené s existencí lidstva a promítá se do filosofických úvah již od samých počátků tázání po povaze a původu duše a péče o ni. Péče o duši se zaměřovala na její vzdělávání, kultivaci logického myšlení, a tím i cestu k pravdě. Již v té době se péče o sebe, díky různým školám, které se tímto tématem zabývaly, jevila jako intenzifikace sociálních vztahů. Výzvy k péči o sebe sama se tak konstituovaly ze sokratovsko-platonské tradice péče o duši a staly se součástí našeho kulturního dědictví. Péče o sebe sama v sobě zahrnuje koncepci jedince týkající se jeho existence a budoucnosti ve společnosti, a s tím spojený náhled na vlastní zdraví a pocit pohody, který ovlivňuje jeho jednání v rámci sebezpečie. Sebezpečie je tak chápána jako pojem, který v sobě zahrnuje nejen filosoficko-etický, ale také společenský rozměr, a to ve způsobu přístupu profesionálního pečovatele k nemocnému s respektem k jeho autonomii a s ohledem na podíl státu v této interakci.

⁷⁸ LEVIN, Lowell, S., KATZ, Alfred, H. a Erik HOLST ref. 75, s. 11-12.

3 Vztah pacient – zdravotník

V této kapitole se budu zabývat vztahem pacient – zdravotník se zaměřením na vztah pacient - sestra. I zde se budu věnovat následujícím pojmům, sebekéči jako projevu jednání člověka, péči o druhé, odpovědnosti a autonomii, které se promítají do vztahu jednoho člověka k druhému. Představím vývoj zmiňovaného vztahu v historicko-sociálních souvislostech se zaměřením na paternalismus, na respekt k autonomii a upozorním na určitá úskalí, která tento vztah ovlivňují. Ve vzájemné interakci dvou jedinců v procesu péče je nesmírně důležité respektovat autonomní rozhodnutí jedince, zvláště pak tehdy, pokud je jedinec zjevně schopen činit adekvátní rozhodnutí v péči o své zdraví.⁷⁹ Pokusím se odhalit, zda je respekt k autonomii obsažen v pojetí sebekéče Oremové a nastínit etický rozměr její teorie.

Setkávání pacienta a zdravotníka je setkáním dvou lidí v procesu péče, které tvoří její střed, myslím tím střed jako něco, od čehož se odvíjí další vývoj situace, což je nesmírně důležité pro obě zúčastněné strany. Toto setkávání je chápáno jako etický fenomén medicíny i ošetrovatelství, protože je vždy spojeno s jednáním člověka i vůči druhému. Od něj se také odvíjejí mravní povinnosti zdravotníků provádějících diagnostiku, léčbu a podporu nemocného, a to s cílem navrátit nemocnému zdraví jako nejvyšší hodnotu života člověka, tedy jako dobro, kterého chce dosáhnout.

Souhlasím s názorem Munzarové, že nemocný může mít zcela jiné priority ve svých hodnotách a jiné pojetí toho, co pro něj v dané situaci představuje nejvyšší dobro.⁸⁰ Podle Aristotela je dobro to, „k čemu všechno směřuje a jestliže existují všelijaké formy činností, umění a vědeckých zkoumání, existuje i mnoho cílů, které směřují k dosažení dobra. Cílem lékařství je zdraví, loďářství loď, vojevůdcovství vítězství“⁸¹ a podle mého názoru cílem ošetrovatelství je podpora nemocného ve zvyšování jeho kompetencí sebekéče. Přičemž představa, že zdravotník musí přizpůsobovat veškeré své jednání tomu, co si nemocný jako dobro představuje, je podle Munzarové chybným výkladem vnitřní mravnosti medicíny a ošetrovatelství.⁸² Činit dobro pro pacienta ovšem bylo vždy snahou těch, kteří péči poskytovali a poskytují.

⁷⁹ OREM, Dorothea, E., ref. 12, srov. pojetí sebekéče
OREM, Dorothea, E., ref. 62. srov. pojetí sebekéče.

⁸⁰ MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2. s. 54

⁸¹ ARISTOTELES. *Etika Nikomachova*. Překlad Július Špaňár. Bratislava: Pravda, 1979.1094a, s. 19

⁸² MUNZAROVÁ, Marta, ref. 80, s. 54

3. 1 Vývoj vztahu pacient - zdravotník/sestra

Ve vývoji lidstva prošel uvedený vztah celou řadou proměn, a to od úplné závislosti pacienta na zdravotnících až po jeho nezávislost a respektování autonomní volby. V poslední době, při přehnaném respektu autonomie pacienta, může tento vést až k jeho osamocení při rozhodování, čímž je pacientovi tato osamocenosť jako autonomie vnucována. Již od dob starého Řecka byl vztah pacient - lékař ovlivňován lékařskými poznatky té doby, technickými možnostmi, náhledem na zdraví jedince, jako společenské a individuální hodnoty a také deontologickými kodexy té doby. Mám na mysli např. Hippokratovu přísahu, která nese prvky paternalistického přístupu k nemocnému.

Ty nacházíme i u zakladatelky moderního ošetrovatelství F. Nightingaleové, která sice doporučovala, aby pacient pečoval sám o sebe, jak jen to bude možné, přesto ho považovala převážně za pasivního příjemce ošetrovatelských intervencí.⁸³ Postavila tak pacienta se svými potřebami, zajišťovanými sestrou, spíše do pasivní role, a tím nepřímou vyjádřila paternalistický vztah účastníků této interakce. Je jasné, že v polovině 19. stol., kdy zmiňovaná teoretička svoji koncepci vytvářela, teprve docházelo k rozvoji vědy, techniky i lékařství a obyčejní lidé věnovali jen málo pozornosti podpoře vlastního zdraví. Haškovcová dokonce mluví o přelomu 19. a 20. stol. jako o období dehumanizace medicíny.⁸⁴ Pro uvedené období je charakteristický paternalistický přístup k pacientovi a biomedicínský model péče, které u nás přetrvávají až do období osmdesátých let 20. století. S jejich projevy se ovšem můžeme setkat ještě dnes a zůstává otevřenou otázkou, jestli jsou tyto projevy paternalismu akceptovány samotným pacientem a pomáhají mu uspokojivě řešit jeho situaci, či nikoliv. V konkrétních případech procesu péče se často setkáváme s rozporem mezi tím, co chce pacient a tím, co se zdravotnický profesionál domnívá, že by bylo pro pacienta prospěšné. V tom případě do vztahu nesoucím znaky paternalismu vstupují do konfliktu dva principy, princip beneficence a princip respektu k autonomii.

⁸³ NIGHTINGALE, Florence. *Kniha o ošetrování nemocných*, Praha: [1874], 1946, s. 62
Uvedeno také v ŽIAKOVÁ, Katarína, JAROŠOVÁ, Darja a JURAJ ČÁP. *Ošetrovatelství: Konceptuální modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7368-068-8. str. 47,48, 53.

⁸⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7. s. 21

3. 2 Paternalismus a autonomie

Na tomto místě si dovoluji učinit odbočení k hlavním zmiňovaným pojmům, kterých jsem se dotkla při vymezování vztahu pacienta a zdravotníka, tedy paternalismu a autonomii.

Paternalismus je definován Beauchampem a Childressem jako „záměrné potlačení známých preferencí osoby nebo jednání jiných osob, kde osoba, která potlačuje, ospravedlňuje své jednání tím, že prospívá poškozené osobě, jejíž preference nebo jednání jsou potlačovány.“⁸⁵

Paternalismus, založený na rodičovské analogii (pater znamená otec), dle Childresse předpokládá vyhovět potřebám druhých lidí dokonce i proti přání této osoby. První podmínkou paternalismu je altruistická beneficence, která je zaměřená na prospěch druhé osoby. Druhou podmínkou je odmítnutí akceptovat přání osoby, její volby a jednání za určitých podmínek. Jako příklady paternalistického jednání může být v tomto ohledu uvedeno legální donucování. Donucování je pouze jedna forma nesouhlasu s jedincovými přáními, volbami a jednáním a i když představuje závažnou morální otázku, je neadekvátní definovat paternalismus jako „donucovací beneficenci.“ Důvodem nesouhlasu s přáními druhého může být také to, že tato přání, volby a jednání jedince narušují určitý morální princip ve vztahu k druhému jako je nonmaleficence nebo justice.⁸⁶

Childress rozlišuje paternalismus ve smyslu pozitivním a negativním, a paternalismus mírný a tvrdý. Pozitivní paternalismus zahrnuje podporování dobra, zatímco negativní paternalismus zahrnuje prevenci, eliminaci zla. Oba by mohly spadat pod povinnost beneficence, ale je důležité je rozlišovat, protože za stejných podmínek je podle něj jednodušší ospravedlnit pozitivní paternalismus.

Jestliže jsou zohledňovány hodnoty pacienta užívané v posouzení ublížení a prospěchu, jedná se o mírný paternalismus. Oproti tomu tvrdý paternalismus vnucuje hodnoty, které jsou pacientovi cizí, i přesto, že mohou být běžně akceptovány společností nebo tzv. „rozumným člověkem“. Za stejných podmínek je jednodušší ospravedlnit mírný paternalismus, kdy je možné apelovat na hodnoty, které při rozhodování vycházejí přímo od dané osoby.⁸⁷

⁸⁵ BEAUCHAMP, Tom, L. a James F. CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001. ISBN 13 978-0-19-514332-4. s. 178

⁸⁶ CHILDRESS, James, F. *Who should decide?* New York: Oxford University press, 1982. s. 12-14

⁸⁷ CHILDRESS, James, F., ref. 86, s. 18

Podle Schermera mohou být rozlišovány tři strategie pro ospravedlnění paternalismu. První bývá označována jako „slabá“ nebo „mírná“ paternalistická strategie apeluje na uznání autonomie. Paternalistické jednání, které může být ospravedlněno, je takové, kdy přání, volby nebo jednání týkající se osob jsou značně nedobrovolná nebo neautonomní nebo když je nezbytná dočasná paternalistická intervence k zavedení těchto přání, voleb nebo jednání, která jsou dobrovolná nebo autonomní. Paternalistické jednání může být oprávněné pouze tehdy, pokud chrání osobu před sebepoškozením jako konsekvencí volby, která není dobrovolná, a její právo na sebeurčení není skutečně porušované. Druhá strategie apeluje na uznání beneficence. Tato strategie uznává důležitost sebeurčení pouze v tom případě, pokud to podporuje dobro osoby, což odkazuje na morální povinnost jednat ve prospěch druhého, podporovat jeho sebejistotu a legitimní zájmy. Povinnost podporovat prospěch, předcházet poškození a vyvažovat možná dobra plynoucí z jednání oproti eventuálnímu poškození je centrem, které tvoří jádro biomedicínské etiky.⁸⁸ Třetí strategie se snaží vyvažovat autonomii a beneficenci bez předpokládání, že jeden z těchto principů musí mít vždycky přednost.⁸⁹

Tato strategie vyvažování je podporována Beauchampem a Childressem. Podle nich je nejrozumnějším ospravedlněním paternalistického pohledu prospěch, který se vyskytuje na škále se zájmy autonomie, kdy oba principy musejí být vyvažovány. Pokud se zvyšuje podíl autonomie na jedné straně a snižuje se prospěch osoby na straně druhé, je ospravedlnění paternalismu méně pravděpodobné. A naopak, pokud se prospěch osoby zvyšuje a podíl autonomie se snižuje, tak přijatelnost paternalistického jednání a jeho ospravedlnění se zvyšuje. Problém s touto teorií spočívá v tom, že není zřejmé, co je myšleno „autonomním zájmem“ ani není jednoznačné, co je vzato jako prospěch podporovaného pacienta. Tito autoři se domnívají, že intervence silného paternalismu, tedy ignorování plné autonomie nebo dobrovolných rozhodnutí osoby, jsou ospravedlnitelné, pokud by:

- a) U pacienta bylo signifikantní riziko, které by vedlo k poškození.
- b) Paternalistické intervence by zřejmě vedly k prevenci poškození.
- c) Plánovaný prospěch pomocí paternalistického jednání by převážil rizika pro pacienta.
- d) Bylo možné akceptovat nejmenší restriktivní alternativy autonomie.⁹⁰

⁸⁸ BEAUCHAMP, Tom, L. a James F. CHILDRESS, ref. 85, s. 166

⁸⁹ SCHERMER, Maartje. *The Different Faces of Autonomy*. Amsterdam: Ridderprint B. V. Ridderkerk, 2001. ISBN 90-71433-63-3. s. 33, 34, 35

⁹⁰ SCHERMER, Maartje, ref. 89, s. 36, 37

Jak je vidět, američtí odborníci na bioetiku počítají s paternalistickým přístupem ještě v dnešní době a snaží se jeho výhody zapracovat do současného přístupu k pacientovi. Zdá se, že čeští odborníci hovoří spíše o zániku paternalismu a zpožděném nástupu autonomie. Podle Haškovcové existují důvody pro zánik paternalismu. Patří k nim to, že si lidé po druhé světové válce začali více uvědomovat důležitost lidských práv a autonomie jedince jako práva každého člověka na sebeurčení, a to i ve specifické situaci, tedy v nemoci. Dále pak rozvoj a technizace medicíny, zvláště její diagnostické složky, což s sebou přináší tvorbu nových zdravotnických systémů a podíl více lékařů i ostatních zdravotníků na péči o nemocného. To také vede k rozvoji tzv. „vítězné medicíny“, jejíž výsledek se začal projevovat již koncem 60. let 20. století v nárůstu velkého počtu chronicky nemocných osob. Tito lidé potřebují obecně nejen trvalé sledování odborníky, ale také informace, které jim umožní „žít se svojí nemocí“. Proto se nejen lékaři, ale i jiní odborníci, začali zajímat o to, jak chronicky nemocný svoji nemoc prožívá a jak ji integruje do běžného denního života. Velkou skupinu nemocných tvořili pacienti s onkologickým onemocněním, které přecházelo do chronicity. Význačným přínosem v prozkoumání této oblasti byla práce Kübler-Rossové, která vedla rozhovory s takto nemocnými pacienty, a zobecněním získaných poznatků bylo dle Haškovcové doloženo, že *pia fraus* je ve vztahu zdravotník - pacient neudržitelná.⁹¹ Souhlasím s Haškovcovou, že další důležitý faktor přispívající k oslabení pozic paternalismu je možné spatřovat v rozvoji počítačové gramotnosti jedinců a internetových zdrojů.

3. 3 Podíl pacienta na péči

Tento nový náhled na aktivní podíl pacienta v péči o vlastní zdraví je v současné době rozvíjen v USA jako model chronického onemocnění, který spočívá v úctě k autonomii nemocného. Optimální péče je dosažena, když je zdravotnický personál připraven na interakci s informovaným a aktivním pacientem. Pacienti s chronickým onemocněním dělají den co den rozhodnutí (i několik desítek let) v rámci sebeřízení. Tato realita zavádí nové paradigma v modelu chronického onemocnění, a to partnerský vztah (více Allwicher v kapitole odpovědnost, s. 98, 103) s pacientem zahrnující kolaborativní péči,

⁹¹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. Od medicíny mlčení k informovanému souhlasu *In Zdravotnické noviny ZDN [online].* 2007 [cit. 2007-04-05]. ISSN 1214-7664 dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/od-mediciny-mlceni-k-informovanemu-souhlasu-300318>

v němž zdravotník a pacient provádějí rozhodnutí o zdravotní péči společně. Současně tento model uplatňuje výukový program sebeřízení, který zvyšuje dovednosti pacienta pro řešení problémů ke zlepšení jeho života. Tímto způsobem se může přispět ke snížení terapeutických nákladů např. u nemocných s artritidou nebo astmatem. Vzniká tak nový náhled na pacienta, kdy osoby s chronickým onemocněním jsou svými hlavními ošetřovateli. Toto paradigma předpokládá, že zatímco zdravotničtí profesionálové jsou odborníci na nemoc, pacienti jsou odborníci na vlastní život s nemocí.⁹² K pojmu odborník nalezneme vyjádření už i u Aristotela, který uvádí: „Každý člověk usuzuje správně o tom, co ví a je dobrým soudcem v takových věcech. O jednotlivých věcech tedy správně usuzuje odborník v té věci, všeobecně však člověk všestranně vzdělaný.“⁹³ Je tedy možné říci, že pacient, zvláště chronicky nemocný, je odborníkem na sebe sama, neboť kdo jiný by mohl disponovat hlubšími znalostmi a zkušenostmi se svým vlastním bytím než on sám. Na druhé straně jeho „odborné závěry“ nelze generalizovat, neboť vyplývají vždy z individuální zkušenosti, ale i tak je lze zprostředkovávat stejně postiženým jedincům jako podněty pro řešení určitých problémů souvisejících s daným onemocněním.

Je pravdou, že pokud hovoříme o odborníkovi (neboli expertovi), máme nejčastěji na mysli člověka, který disponuje značnými teoretickými znalostmi získanými profesní přípravou a praktickými dovednostmi v určitém oboru. Uvedený termín se většinou používá pro označení profesionálů, jako jsou lékaři, účetní, učitelé, vědci apod. Expertem mohou být ale také označováni jedinci, kteří získali svoji odbornost předáváním zkušeností a praktickou činností v určité speciální oblasti a nemusejí nutně vykazovat profesní nebo akademickou kvalifikaci např. v umění (hudbě, malbě apod.), ve sportu (běhu, šachu, kung-fu apod.), v gastronomii, ve vinařství apod. V tomto smyslu může být expertem označován například i pasák ovcí s padesátiletou zkušeností.^{94, 95} Podobné vyjádření nalézáme například u Křivohlavého, a to v tom smyslu, že člověk je „expertem v otázkách smyslu a řízení vlastního života“, a to především pokud disponuje moudrostí. Moudrost přitom vnímá jako silnou stránku člověka, do níž zahrnuje „zvídavost, otevřenou mysl (neboli kritické myšlení), lásku

⁹² BODENHEIMER, Thomas, et al. *Patient Self-management of Chronic Disease*. In Primary Care, current as of June 18, 2009. JAMA. 2002, roč. 288, č. 19, s. 2469-2475. ISSN 0098-7484. Nebo (online). [cit. 2012-05-12]. Dostupné z: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/288/19/2469> s. 2470

⁹³ ARISTOTELES, *Etika Nikomachova*, ref. 81, 1095a, s. 21

⁹⁴ Expert - [online]. [cit. 2012-03-02]. Dostupné z: <http://en.wikipedia.org/wiki/Expert>

⁹⁵ ERICSSON, Anders, K. *Expert Performance and Deliberate Practice*, 2000. [online]. [cit. 2012-03-02]. Dostupné z: <http://www.psy.fsu.edu/faculty/ericsson/ericsson.exp.perf.html>

k učení, tvořivost a perspektivní myšlení“.⁹⁶ Pravděpodobně má na mysli to, co mnozí filosofové označují pojmem zdravý rozum neboli schopnost počínat si správně. Každopádně pokud člověk vykonává dlouhodobě nějakou činnost, zdokonaluje ji, získává nové poznatky a využívá ji ku prospěchu svému, případně i druhých, může se stát, dle mého názoru, odborníkem. Pokud uvažujeme o námi sledovaném vztahu pacienta a zdravotníka, bylo by tedy více než žádoucí tyto jedincovy přednosti, pokud jimi disponuje, využít v procesu péče. Případně pomoci pacientovi, aby se odborníkem na svůj život s nemocí stal tím, že mu pomůžeme zvýšit jeho kompetence sebezpěče, čímž také podpoříme jeho nezávislost na okolí při zvládnání vlastní nemoci.

Významným principem, který je v tomto ohledu respektován, je princip autonomie. Být autonomní znamená řídit se vlastními pravidly (autos – samo, nomos – pravidlo, vláda, zákon). Původně se tento výraz vztahoval k samosprávě nezávislých městských států a až později byl rozšířen na jedince ve významu sebevláda, svobodná vůle, což deklarovali již stoikové (viz předchozí kapitola). Základem autonomie je svoboda (nezávislost na ovládajících vlivech) a schopnost jednání (schopnost záměrné činnosti, způsobilost vykonat úkol). Schopnost k autonomní volbě je posuzována kompetencí způsobilosti, tzn. schopností vykonat úkol. K tomu je zapotřebí vyjádřit preference v dané situaci, vyjádřit porozumění svojí situaci, stejně jako poskytnutým informacím a schopnost odůvodnit rozhodnutí.⁹⁷ Přičemž kompetenci pacienta k jednání a rozhodování mohou dle Paynea ovlivnit faktory jako je onemocnění, kulturní orientace, vůle, funkčnost CNS apod. Ale je nutné předpokládat kompetenci pacienta k jednání, pokud nemáme důkaz o opaku.⁹⁸ Podle Wrighta je pro uplatnění principu autonomie důležitá kapacita uvažování a jednání, dále pak adekvátní informace, alternativy jednání a absence donucovacích faktorů.⁹⁹ Princip respektu k autonomii spočívá v uznání práva člověka na to mít vlastní názor, dělat rozumná rozhodnutí, jednat na základě osobních hodnot a přesvědčení. Porušit autonomii člověka znamená zacházet s ním jako s prostředkem, tj. v souladu s cíli jiných, bez ohledu na cíle tohoto člověka.¹⁰⁰ Tady si dovoluji připomenout krátký odkaz na Kanta, uvedený v první

⁹⁶ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *O moudrosti s Jaro Křivohlavým*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-319-7. s. 38, 47

⁹⁷ BEAUCHAMP, Tom, L. a James F. CHILDRESS, ref. 85, s. 58, 73

⁹⁸ PAYNE, Jan, ref. 13. s. 121-127

⁹⁹ WRIGHT Richard, A., ref. 76, s. 95

¹⁰⁰ BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS, ref. 85, s. 64

kapitole, kdy osoba je nahlížena jako subjekt, jemuž lze přičítat jeho jednání.¹⁰¹ Uvádí také základní zákon čistého praktického rozumu, který je čistý o sobě, a tedy zákonodárný: „Jednej tak, aby maxima tvé vůle mohla vždy zároveň platit jako princip všeobecného zákonodárství.“¹⁰² Z toho Kant vyvozuje důsledek, kterým je to, že čistý rozum je sám pro sebe praktický a dává člověku obecný zákon, který nazývá mravním zákonem. Rozum je tak prohlašován zákonem pro všechny rozumné bytosti, pokud vůbec mají vůli, tj. mohutnost určovat svou kauzalitu pomocí představy pravidel a tedy pokud jsou schopné jednání podle zásad, následovně i podle apriorních praktických principů.¹⁰³ Kategorický imperativ neboli zákon, je takové pravidlo jednání, které vyplývá ze sebe sama a má obecnou platnost. Imperativy přikazují buď hypoteticky, nebo kategoricky. V hypotetických imperativech je jednání vázáno na něco, čeho chceme dosáhnout, na nějaký cíl, účel. U kategorického imperativu je jednání svobodné, tj. nevázané na jiný účel než na sebe sama.¹⁰⁴ V Kohlbergově teorii morálního vývoje nacházíme Kantův imperativ vyjádřený v rámci postkonvencionální úrovně jako 6. stupeň univerzálních etických principů, které by měly být respektovány.¹⁰⁵

MacDonald popisuje deskriptivní a normativní aspekt autonomie. Deskriptivní jako kapacitu pro sebeřízení, a normativní jako respekt autonomie v oblasti nezasahování do život ovládajících vlivů daného jedince. Pokud by se naše pochopení lidské autonomie zakládalo na extrémní preferenci modelu autonomie i pokud by nebyly splněny všechny předpoklady pro autonomní volbu, tak důsledkem by mohlo být to, že v klinických podmínkách bychom lpěli pouze na formální realizaci informovaného souhlasu. Tento přístup ignoruje mnoho kontextuálních faktorů, které by mohly pacienty odvést od možnosti poznat skutečnou volbu. Lépe pochopíme autonomii, pokud si uvědomíme komplexitu profesionálních a institucionálních vztahů, které umožňují nebo znemožňují skutečnou volbu. Toto pojetí autonomie je nazýváno vztahová autonomie (relational autonomy). Koncept rozpracovali některé feministky, vztahová autonomie se zakládá na přesvědčení, že osoby jsou sociálně začleněny a specifika jednajících jsou formována v kontextu sociálních vztahů a jsou současně podmíněna řadou determinant, jako je

¹⁰¹ KANT, Immanuel, ref. 5, B 66, s. 91

¹⁰² KANT, Immanuel. *Kritika praktického rozumu*. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1996. ISBN 80-205-0507-5. § 7, s. 50-52

¹⁰³ KANT, Immanuel, ref. 102, § 8, s. 55

¹⁰⁴ PAYNE, Jan et al., ref. 13. s. 59-60

¹⁰⁵ STANGL, Werner. Kohlbergs teorie der Moralentwicklung. [online]. [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/MORALISCHEENTWICKLUNG/KohlbergTabelle.shtml>

např. rasa, třída, pohlaví, etnikum atd.¹⁰⁶ Pochopit autonomii jako „relational“ (vztahovou) by mohlo sestřám pomoci porozumět rozdílu mezi jejich vlastní kapacitou pro autonomní jednání a kapacitou pacientů, o které pečují. Vztahová povaha autonomie připomíná zdravotníkům, že jejich vlastní schopnosti k autonomnímu jednání (vzdělání, dovednosti, sebedůvěra apod.) pramení z určitých zkušeností a vztahů, které nemohou být uplatněny identicky u všech pacientů. Tento typ autonomie je zakořeněn v touze lépe pochopit relativní nedostatek autonomie utiskovaných skupin, v péči je chápána jako podpora sociálního stavu jedince pro autonomní jednání v péči. Posouzení autonomie je jedním ze znaků profesionálů, ale je jasné, že ne všichni zdravotníci používají stejný rozsah autonomního jednání. Povolání sestry je licencované, ošetřené profesními a technickými standardy a etickými normami, což je důležitý aspekt profesní autonomie. Profesní autonomie umožňuje sestřám značnou kontrolu profesionální praxe zahrnující podstatný prostor pro uplatnění jejich úsudku. Koncept profesní autonomie se vztahuje k sestřám jako profesionálům i jako jednotlivcům a dává základ pro vztahovou autonomii.¹⁰⁷

3. 4 Dokumenty prolínající do vztahu pacient - zdravotník/sestra

Princip respektu k autonomii je zakotven v řadě významných dokumentů, které ovlivňují vztah pacient – zdravotník. V *Úmluvě o lidských právech a biomedicíně* ve II. kapitole se hovoří především o souhlase dotčené osoby se zákroky.¹⁰⁸ V univerzální deklaraci lidských práv v článku I. je uvedeno: „Všechny lidské bytosti se rodí svobodné a sobě rovné, pokud jde o důstojnost a práva. Jsou obdařeny rozumem a svědomím a měly by jednat jedna k druhé v duchu bratrství.“¹⁰⁹ V dokumentu *Deklarace práv pacientů* se ve třetím bodě uvádí, že pacient má právo přijmout nebo odmítnout léčbu poté, co byl adekvátním způsobem informován o svém zdravotním stavu, medicínských poznatcích, navrhované léčbě, možných rizicích, výhodách každého postupu a jejich alternativách včetně důsledků neléčení.¹¹⁰ Pacienti mají právo na takovou kvalitu péče, která se vyznačuje jak vysokou technickou úrovní, tak

¹⁰⁶ BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS, ref. 85, s. 61

¹⁰⁷ MacDONALD, Chris. *Nurse autonomy as relational*. Nursing Ethics, 2002, roč. 9. č. 2. ISSN 0969-7330. s. 195, 196, 201.

¹⁰⁸ Úmluva o lidských právech a biomedicíně, ref. 18

¹⁰⁹ MUNZAROVÁ, Marta, ref. 80, s. 82

¹¹⁰ Práva pacientů Autor: Odbor 22. Aktualizace 27. 04. 2005 [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

i humánním vztahem mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče.¹¹¹ Pokud se zaměřuji na vztah pacient a sestra, dovolím si připomenout důležité dokumenty i v této oblasti, které se sledovaného vztahu dotýkají. Česká asociace sester (ČAS) vydala *Kodex profesionálního chování zdravotnických pracovníků registrovaných v ČAS*, kde se uvádí, že zdravotnický pracovník má hájit zájmy klientů a uspokojovat jejich potřeby.¹¹² *Etický kodex sester* přijatý ICN byl pro české podmínky přepracován naposledy v roce 2003. „Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, navracet zdraví, předcházet nemocem a zmírňovat utrpení. Součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv.“ V druhém článku se uvádí, že sestra zaručuje, aby byly osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.¹¹³ Existují i etické normy v ošetrovatelském povolání, kdy v Normě č. 1 se uvádí, že sestra si váží jedince jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností bez ohledu na pohlaví, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení. Vytváří prostor pro pacientovu schopnost vyjádřit vlastní myšlenky a pocity týkající se dřívějšího nebo současného stavu zdraví. Akceptuje pacienta v jeho současné situaci bez hodnocení. Podporuje sebeúctu klienta tím, že mu umožňuje podílet se na plánování péče. V Normě č. 2 je uvedeno, že sestra zjišťuje zdravotní potřeby klienta, jeho reakce na současné a potenciální zdravotní problémy. Formuluje ošetrovatelskou diagnózu a plán ošetrovatelské péče. Sestra hodnotí účinnost poskytované péče na základě objektivního a subjektivního stavu pacienta a výsledků ošetrovatelského procesu.¹¹⁴

Splnění respektu k autonomii pacientů vyžaduje, abychom jim pomohli v překonání jejich závislosti na druhých. V medicínském kontextu se setkáváme s mnoha problémy autonomie, většinou pro pacientův závislý stav a autoritativní pozici lékaře. Princip autonomie v sobě zahrnuje právo volit, a ne závaznou povinnost volit. Lékaři a sestry by se měli ptát svých pacientů, zda si přejí dostat informace a činit rozhodnutí.¹¹⁵ Tento názor se promítá do dnešní složité situace ve zdravotnické praxi, která je mnohdy nepřehledná a ne vždy ošetřená informovaným souhlasem. V současné době se často setkáváme se snahami respektovat pacientovu autonomii, ale mnohdy dochází také

¹¹¹ KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2. s. 137

¹¹² Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků. Česká asociace sester, 2002. [online]. [cit. 2012-03-13]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/kodex-profesionalniho-chovani>

¹¹³ Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. Schválený 2000 [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf

¹¹⁴ Sestra. Etické normy. Praha: *Mladá fronta*, 1992, roč. 2, č. 3, s. 17-18. ISSN1210-0404.

¹¹⁵ BEAUCHAMP, Tom, L. a James, F. CHILDRESS, ref. 85, s. 60

k jejímu porušování tím, že pacient není dostatečně informován o zamýšlených postupech, o změnách nebo úpravě léčby apod. Např. pacientka na hematologickém oddělení, které byl naordinován a podán nový lék, se podivila a prosila sestru, aby ověřila důvod a nutnost podání tohoto léku u lékaře, který jej naordinoval. Večer se pacientka od jiné sestry dozvěděla, že lék již nedostane, protože jej jednou odmítla. Podobný případ pacienta, léčeného ve Fakultní nemocnici v Olomouci, který navštívil pražského specialistu, aby s ním zkonzultoval postup léčby a získal nová doporučení, si poté vyslechl od olomouckého lékaře výpověď: „Pokud máte dojem, že je naše péče nedostatečná a někde jinde se vám dostane lepší péče, tak se klidně můžete léčit jinde.“ Oba případy poukazují na to, že zdravotníci nepřistupovali k pacientovi bez hodnocení tak, jak doporučují výše uvedené dokumenty. A také z uvedených případů je zřejmé, že pacienti využili svoji autonomii a chtěli spolurozhodovat o léčbě, ale místo dialogu a argumentace, které navozují shodu, důvěru a respekt k autonomii pacienta, se zdravotníci uchýlili k postupům, které nekorespondují s principem respektu k autonomii. Navíc se v těchto případech jedná o neefektivní interakční systém mezi pacientem a zdravotníkem.

Druhým extrémem je nucení pacienta k rozhodnutí, kterého není dle vlastního názoru schopen. Jako například lékař, který požadoval po pacientce s rakovinou prsu (s metastázami v játrech) rozhodnutí ohledně další léčby s vyjádřením, že se zdá, že chemoterapie zabírá. Jiní dva onkologičtí chirurgové jí doporučili kryochirurgii a poté pokračovat v chemoterapii. Lékař jí sdělil: „Nacházíme se mimo oblast lékařských znalostí a nikdo z nás neví, co byste měla udělat. Musíte se rozhodnout na základě vašich hodnot.“ Pacientka vyčerpaná chemoterapií a šokovaná odpověděla: „Já jsem obhájce, jak bych měla vědět co je správné?“ Dřívější generace pacientů se dožadovaly více informací, větší autonomie v rozhodování a terapii. Naopak mnozí současní pacienti vnímají svoji roli jako dřinu, která s sebou přináší potýkání se s lékařskými nejasnostmi a nejednotnostmi, osamocenost, vyčerpanost, zastrásování a zdrcenost. Být současným pacientem ovšem nezahrnuje jen činit rozhodnutí, ale také, jak je vidět, koordinaci lékařů, zdravotnických zpráv a procedur, a také vyjednávání s pojišťovny.¹¹⁶ Tento příklad ilustruje osamělost v roli pacienta 21. století a jeho namáhavou snahu vyrovnat se se zdravotnickou realitou dnešních dnů.

¹¹⁶ HOFFMAN, Jan. *Awash in Information, Patients Face a Lonely, Uncertain Road*, Published: August 14. 2005. [online]. [cit. 2012-05-02]. Dostupné z:

Dle Hoffmanové byl v 60. letech odmítnut paternalismus a adoptován model autonomie, ale v současné době se ukazuje, že by bylo potřeba u pacientů, kteří nedisponují kapacitou k rozhodování, mít k dispozici schéma, které by umožnilo pacientovi zvolit autonomii nebo paternalismus, jinými slovy aby si pacient mohl autonomně zvolit paternalismus.¹¹⁷ Tento trend dokládá i následující studie Carla Schneidera, kdy 312 pacientům byl představen soubor reprezentující různé úrovně závažnosti onemocnění. Pacienti měli označit, do jaké míry by chtěli v dané situaci činit rozhodnutí. Skóre souboru bylo 33,2 na škále od 0 - 100, preference činit vlastní rozhodnutí byly tedy u těchto respondentů poměrně nízké. S věkem se jejich ochota činit rozhodnutí také snižovala. V jiné studii 150 dialyzovaných pacientů, kteří měli uvést, jakou míru volnosti jednání by měli jejich doktoři nebo zástupci mít k převýšení původní „advance directive“ v nejlepším zájmu pacienta. Rovných 39 % respondentů neudělilo lékařům žádnou možnost svobody v jednání, která by změnila jejich původní dohodu, 19 % by udělilo lékařům nízkou míru svobody, 11 % uvedlo výraznou míru svobody a 31 % respondentů by udělilo lékařům kompletní míru svobody ke změně původní advance directive.¹¹⁸

Samozřejmě s rozhodováním a jednáním těsně souvisí otázka odpovědnosti. Abychom mohli realizovat svou autonomii, potřebujeme dostatečnou svobodu jednat, ale také musíme být připraveni převzít za své jednání odpovědnost.¹¹⁹ Jsem tedy zodpovědný za svá autonomní rozhodnutí. Možná proto se tolik jedinců tak ochotně vzdává svého práva na autonomní rozhodování, mnohdy jsou to právě pacienti, kteří nemají dostatek vědomostí nebo síly tato rozhodnutí učinit, takže je přesouvají na zdravotníky nebo osoby blízké, jak vyplývá z výše uvedených příkladů (více k tomuto tématu v kapitole odpovědnost).

I přes tato úskalí bude, podle odhadu některých sociologů, role pacientů posilována a ti budou výhledově přebírat více odpovědnosti a v některých zemích jsou dokonce označováni jako „třetí síla“ ve zdravotnickém systému. V této situaci se jeví participace,

http://www.nytimes.com/2005/08/14/health/14patient.html?_r=1&scp=1&sq=Awash%20in%20Information%20Patient%20Face%20a%20Lonely%20Uncertain%20Road&st=cse

¹¹⁷ HOFFMAN, Diane. *Choosing Paternalism?* Bioethics Forum. 2007. [online]. [cit. 2012–05–05]. Dostupné z: <http://www.thehastingscenter.org/bioethicsforum/post.aspx?id=272&blogid=140>

¹¹⁸ SCHNEIDER, Carl. E. *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors and Medical Decisions*. New York Oxford: Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-511-397-7. Také [online]. [cit. 2012–05–02]. Dostupné z: http://www.amazon.com/Practice-Autonomy-Patients-Doctors-Decisions/dp/0195113977/sr=8-1/qid=1157655114/ref=pd_bbs_1/002-7189831-1011266?ie=UTF8&s=books#reader_0195113977

¹¹⁹ THOMPSON, Mel. *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-806-6. s. 31

kompetence a řízení péče jako klíčová kvalifikace pacienta pro optimální nárokování a využívání služeb zdravotního systému. Jak je vidět, tak se již nyní pacienti podílejí na financování poskytované péče, musí také často volit mezi nabídkami léčebných postupů. Zvláště důležitou roli hraje spoluúčast pacientů u chronicky nemocných a stoupající význam ambulantní péče.¹²⁰ Základem takto předpokládané autonomie pacientů je získání kompetencí sebezpečí pro zvládnání nemoci. Kompetence sebezpečí jedinec získává a rozvíjí v průběhu celého svého života v každodenních situacích i v situaci nemoci při setkávání se ve světě s druhým jedincem.

Ve zdravotnické praxi se tak setkávají dva jedinci ve specifické situaci. Ten, kdo potřebuje přímou zdravotnickou službu, a ten, kdo ji provádí. V zásadě se jedná o intersubjektivní komunikaci, důvěrný personální kontakt charakterizovaný vzájemnou přítomností jednoho k druhému. Tento vztah je také vyjádřením osobního respektu, respektu ke svobodě druhého, a to ve smyslu citlivého přístupu k jeho závislosti. Za projevy selhání v interpersonálním poskytování péče považuje Oremová to, že zdravotníci pečují o druhého jako o objekt, ponižují ho, znevažují jeho pocity, vyhýbají se kontaktu s ním a odmítají dialog.¹²¹ Aby k tomuto nedocházelo, musejí být zdravotníci vybaveni dovednostmi pro realizaci vztahu, který splňuje etické požadavky vztahu jednoho člověka k druhému, dle Husteda se jedná o:

- Ochotu akceptovat právo pacientů na svobodnou volbu, rozhodování a jednání.
- Komunikaci založenou na důvěře.
- Akceptování pacientova sebeřízení, sebezpečí.
- Trvalou beneficenci vzhledem k požadavkům příjemce péče.
- Akceptování dohody, která byla uskutečněna s pacienty.¹²²

Patricia Bennerová dokazuje, že technologický přístup k lékařství často potlačuje onen druh péče, který se k pacientovi vztahuje jako k celé osobě s jejím vlastním životním příběhem, ale spíše hovoří o místu technického problému. A někdy i lékaři podceňují přínos sester, které na rozdíl od nich, již jsou vybaveni vědomostmi vyspělé techniky, většinou poskytují péči, jež vyžaduje citlivý lidský a autentický přístup.¹²³ V současné

¹²⁰ BEKEL, Gerhard, PANFIL, Eva, M. a Olaf SCUPIN. *Selbsorge – praktische Erkenntnisse für die klinische Praxis aus der Perspektive der Pflegewissenschaft*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2005, č. 99, s. 623-627. ISSN 1865-9217.

¹²¹ OREM, Dorothea, E., ref. 62 s. 7

¹²² HUSTED Gladys. L. *Ethical Decision Making in Nursing*, Missouri: Mosby-Year Book, Inc. 1995, ISBN 0-8016-7774-2., s. 108

¹²³ TAYLOR, Charles. *Etika authenticity*. Praha: Filosofia, nakladatelství Filosofického ústavu AV ČR 2001. ISBN 80-7007-150-8. s. 13

době je jako protipól autenticity zmiňován instrumentální rozum, jedná se o druh racionality, o nějž se opíráme, vypočítáváme-li nejvýhodnější a neekonomičtější využití prostředků pro daný účel. Max Weber označil tyto neosobní mechanismy jako „železné klece,“ které mohou ovlivnit rozhodnutí, o němž jedinec ví, že se přičí lidství a zdravému rozumu.¹²⁴ Vyjádření k fenoménu, jenž nutí jedince k neautentickému jednání, nalézáme také u Heideggera, který hovoří o Gestellu^{125, 126} a modu „ono se.“^{127, 128} Oboustranný respekt je základna koexistence mezi lidmi, kteří jsou rozdílní, ale s rovnocennou hodnotou a důstojností.¹²⁹ Respekt nastupuje především tam, kde pacienti nejsou schopni vyjádřit svoje preference, to předpokládá autenticitu, respektovat, a být respektován a ne jen povrchní vztah.¹³⁰ To do značné míry souvisí s fenoménem dnešní doby, kterým je individualismus sebeuskutečnění, jehož principem je, že každý má právo rozvinout svoji vlastní podobu života s ohledem na to, co je pro něj skutečně důležité nebo hodnotné. Lidé jsou vyzýváni, aby byli sami k sobě upřímní. Upřímnost jako prvek vztahu k sobě samému je prolínán i do profesního vztahu k druhému jako projev autenticity.¹³¹ Autenticita začíná být chápána jako něco, co má účel sám v sobě. Za svůj vznik vděčí morálním požadavkům, které jsou na nás kladeny, a to věrnosti sobě samému, celistvostí sebe samého (což je považováno za něco, co má hodnotu kvůli sobě samému) projevující se odhalováním horizontů, originalitou a sebeurčením v dialogu.¹³² I Rogers ve své teorii zaměřené na člověka považuje autenticitu v terapeutickém vztahu, vedle akceptace druhého a empatického

¹²⁴ TAYLOR, Charles, ref. 123, s. 15

¹²⁵ HEIDEGGER, Martin *Věda, technika a zamyšlení*. Přeložil Jiří MICHÁLEK et al., Praha: Oikoymenh, 2004. ISBN 80-7298-083-1.

¹²⁶ HOGENOVÁ, Anna 2008; BLECHA, Ivan 2007 (přednášky) Gestell je chápán jako nastavení struktury vztahů a významů, skrze něž nazíráme svět a žijeme v něm (byli jsme do těchto struktur vrženi) a jsme nuceni se řídit jejími pravidly. Dalo by se říci, že se jedná o fenomén, který prostupuje veškerým společenským děním. Náš život je tak ovládán fenoménem, který je naprosto skryt pod platností samozřejmosti a je tak předem determinován, mnohdy nutí člověka žít a jednat neautenticky, v modu ono se (ono se to tak říká, dělá, ono to tak bylo vždycky). Pokud se tomuto vlivu člověk chce vymanit a chce vystoupit z této předem dané určenosti kauzálních vztahů a pokud chce být sám sebou a vidět svět opět přirozeně, musí mít odvahu vydělit se ze skupiny lidí, do které patří a nahlížet na danou situaci bez těchto vlivů systémových, ekonomických a mocenských.

BLECHA, Ivan. *Úvod do fenomenologie*. Přednášky, Katedra filozofie, Filozofická fakulta UP. Olomouc: 2007.

HOGENOVÁ, Anna. *Proč potřebujeme slavnosti*. Přednáška, 16. symposium o lékařské etice. „Chaos, dobro a zlo.“ Praha: 2008.

¹²⁷ HEIDEGGER, Martin, 1976, § 40/185, ref. 8, s. 214

¹²⁸ RICOEUR Paul, 2001, ref. 25, s. 153

¹²⁹ MacDONALD, Hannah. *Relational Ethics and Advocacy in Nursing*. Journal of Advanced Nursing: July 2006. ISSN 1365-2648. s. 120, 123

¹³⁰ GALLAGHER, Ann *The Respectful Nurse. Nursing Ethics*. Sage Publications: 2007, roč. 14, č. 3, s. 370, ISSN 0969-7330

¹³¹ TAYLOR, Charles, ref. 123, s. 19

¹³² TAYLOR, Charles, ref. 123, s. 63

porozumění, za jednu z podmínek osobnostního růstu člověka.¹³³ Empatie tedy hraje ve vztahu pacienta a sestry výraznou úlohu a měla by prolínat do všech rolí, které sestra plní, a to je role ošetřovatelky, poradkyně, edukátorky, manažerky, výzkumnice a také role obhájce pacienta.¹³⁴ Podle Rogerse je empatie ve vzájemném vztahu pravděpodobně nejmocnějším faktorem v navození změny a učení. „Být empatický znamená vnímat vnitřní referenční rámec druhého člověka s přesností, emocionálními složkami a významy, které k němu patří, jako by byl oním člověkem, avšak aniž by kdy ztratil onu dimenzi „jako by“.¹³⁵

Ve vztahu k pacientovi je důležitý i systém hodnot sestry. Podle Rassina, který prováděl výzkum u 323 sester ze sedmi evropských zemí, se duch přeměny hodnot s postupem času nezměnil, a tyto základní profesionální hodnoty zůstávají stejné i dnes. Jedná se o lidskou důstojnost, rovnost s pacienty a prevenci utrpení. Důvěrnost byla zařazena na 11. místo, ale je možné se domnívat, že je obsažena v jiných hodnotách, jako např. důvěra mezi pacientem a poskytovatelem péče. Studie s 311 evropskými sestrami ukázala zajímavé zjištění, neboť tyto se domnívají, že pacienti mají mnoho práv a možností, které limitují ošetřovatelský management. Je znepokojivé, že altruismus zaznamenal devaluaci zvláště mezi studenty ošetřovatelství, ale i sestrami samotnými.¹³⁶ Analýzu tohoto fenoménu si dovoluji ponechat stranou, protože přesahuje rámec práce.

Domnívám se, že koncept sebepéče Oremové může být řazen k těm přístupům v ošetřovatelství, které výrazně zahrnují respekt k autonomii a umožňují autentický přístup k pacientovi. Domnívám se, že respekt k autonomii pacienta je v teorii sebepéče možné odhalit v diagnostických konceptech sebepéče, pojetí ošetřovatelské moudrosti sestry, stejně jako rolích, kterými sestra disponuje v rámci možných způsobů podpory pacienta. Chápání sebepéče jako vědomého jednání člověka podporuje uplatnění autonomie sestry v oblasti posouzení kompetence pacienta k adekvátnímu jednání v péči o sebe sama, stejně tak jako způsoby podpory pacienta, které vedou k nabytí patřičné kompetence k účelnému jednání. Dle mého názoru teorie sebepéče, více než jiné teorie užívané v ošetřovatelství, uplatňuje princip respektu k autonomii pacienta

¹³³ ROGERS, Carl, R., ref. 53, s. 106-7

¹³⁴ KUTNOHORSKÁ, Jana., ref. 64,

¹³⁵ ROGERS, Carl, R., ref. 53, s. 125

¹³⁶ RASSIN, Michael. *Nurses' Professional and Personal Values. Nursing Ethics*. Sage Publications: 2008, roč. 15, č. 2, s. 625-626, ISSN 0969-7330.

pomocí konceptů ošetrovatelské diagnostiky a role, které pacient zaujímá v rámci metod podpory sestrou. V tom spatřuji výrazný etický rozměr Teorie deficitu sebepěče Oremové, který se nyní pokusím objasnit.

3. 5 Etický rozměr Teorie deficitu sebepěče

Oremová chápe sebepěči jako provádění aktivit pro sebe sama a prostřednictvím sebe sama. Vnímá ji jako lidskou regulatorní funkci člověka, tzn. jako vědomé chování člověka prováděné jedincem se záměrem udržet, podpořit zdraví nebo vytvořit podmínky nutné pro jeho vývoj. Jinými slovy uváženě konání toho, co jedinec považuje za prospěšné pro sebe sama, případně pro druhé pro zachování zdraví a vývoje.¹³⁷ Dependentní péče je Oremovou chápána jako provádění účelného jednání pro druhého buď prostřednictvím iniciativy druhého, nebo iniciativou jedince, kterému je péče poskytována, tzn., že pomoc druhého vyhledá a akceptuje. V obou případech je jednání ve smyslu sebepěče spojeno se získáním potřebných znalostí, rozumnou rozvahou volby alternativ jednání a účelným konáním v dané situaci, čímž odhaluje druhému v procesu péče svoje záměry, úroveň znalostí a směřování.

Z pohledu procesu péče je znalost průběhu lidského jednání, jeho vývoje a posouzení schopností vědomého jednání pro ošetrovatelský personál nezbytná, protože znalost vztahující se k jednání tvoří základnu pochopení, jak a proč se lidé o sebe starají. Úroveň sebepěče daného jedince odhalí sestře také to, jak tato osoba rozumí své situaci a potažmo také svojí existenci. V tomto pojetí je možné nalézt paralelu k pojmu starost podle Heideggera, která je důležitým fenoménem pobytu „bytí ve světě, které má bytostný ráz starosti“. Aby se člověk mohl o sebe postarat, musí nějak rozumět sobě, své existenci a jsoucňům kolem sebe.¹³⁸ Ve zdravotní péči se setkává starost nemocného člověka o sebe sama se starostí zdravotníka o zdravotní stav tohoto nemocného.

¹³⁷ srov. OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12. Oremová vnímá sebepěči jako vědomé jednání člověka (jako lidskou regulatorní funkci), které jedinci iniciují a provádějí ve vlastním zájmu pro zachování života a pocitu pohody, stejně jako svého zdraví. s. 112

¹³⁸ HEIDEGGER Martin, 1976, ref. 8. Ono bytí samo, k němuž se pobyt tak či onak vztahuje, nazýváme existenci. A poněvadž bytnost tohoto jsoucna nelze určit nějakou věcně obsaženou odpovědí na otázku, co to je, jelikož spočívá v tom, že každé takové jsoucno musí vždy být své bytí, jako bytí, jež je jeho, volíme pro toto jsoucno označení pobyt jakožto výraz vyjadřující čistě jenom bytí. Pobyt rozumí sobě samému vždy ze své existence, z jisté možnosti sebe sama, jak sebou samým být, či sebou samým nebýt. § 4/ 2, s. 28

V našem případě se dvě autonomní osoby s vlastní představou o svojí existenci setkávají v procesu péče ve vzájemné interakci, jež je Oremovou chápána jako reciproční jednání. Jistě existují erudované sestry a lidé, kteří mají zkušenosti s rolí pacientů a poskytovanou péčí. Ale v obou interakčních skupinách existují také nováčci. Jde tedy o to, že každý jedinec má rozdílně vyvinuté sociální kompetence spolubytí, spolupráce s ostatními, což je známkou osobnostní zralosti. Nicméně každý vztah člověka k člověku je poznamenán pocitem sounáležitosti, empatií a sympatií jako projevu lidské lásky. Tyto projevy lidské lásky jsou v interpersonálních situacích základními formami projevu lidství a osobní svobody individua. Mnozí lidé mobilizují své vnitřní zdroje k vlastnímu vývoji a organizaci života jako celku, aby rozhodovali o tom, co definuje vlastní život a dosáhli uskutečnění své podstaty. Stejně tak dávání, což je vnímáno jako aktivní element a projev zralé lásky. Esenciální lidskost se také projevuje touhou po poznání a hledání příčin. Představy o aspektech esenciální lidskosti mohou být klíčovými pojmy, které umožní sestře pochopit její vlastní vývoj jako osoby. Jsou-li projevy esenciální lidskosti přítomny jak u pacienta, tak u sestry, mají pozitivní vliv na vývoj celého vztahu. Sestry vytvářejí kontakt, tzv. interakci s osobami, které jsou jejich pacienty, komunikují s nimi a nabízejí jim specifický způsob péče, který je označován jako ošetrovatelská péče.¹³⁹

Faktory ovlivňující schopnosti pacienta vstoupit do kontaktu s ošetřujícím personálem jsou ty faktory, které dávají člověku schopnost vnímat sebe a své okolí, vědět, co se děje, reagovat na zkušenost stejně jako vědět, jak se druzí jednají v situaci, ve které se oni sami momentálně nacházejí. Podle Oremové k nim patří:

- Stav bdělosti a pozornosti.
- Optimální vnímání a zohlednění vlastní osoby, rozhodování.
- Schopnost navázání a udržení kontaktu, věk, vývojový stupeň, schopnost vyjadřování, sociální kompetence, rodina, kultura.
- Odmítání péče.
- Odmítání sester pacienty z důvodu postojů a hodnot v souvislosti s vlastními hodnotami, věkem, pohlavím apod.¹⁴⁰

Připravenost poskytnout péči je u sester ovlivněna:

- Kvalifikační přípravou.
- Časem.

¹³⁹ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 78, 79

¹⁴⁰ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 90

- Vnímáním pacienta sestrou. Někdy sestry označují některé pacienty jako „těžké“ nebo „jednoduché“, případně mají zálibu v určité skupině pacientů, jimž chtějí péči poskytovat.
- Stářím pacientů.
- Pohlavím pacientů.
- Rasou pacientů.
- Sociálním statutem.
- Kulturou.
- Přípravou pacientů k bezvýhradnému přijímání péče.¹⁴¹

V kontextu zdravotnické situace záleží na tom, co jedinci zainteresovaní v procesu péče (sestra, pacient, lékař) říkají a činí, a jak se vzájemně ovlivňují. Podle Oremové znaky lidských interakčních systémů zahrnují vliv jednoho člověka na druhého v podobě rozsahu, intenzity, délky a kontinuity interakce. Interakce je také ovlivněna rozdíly v cílech zúčastněných osob a stejně důležitá je i organizace jejich pozic a rolí. Celkový vliv jedné osoby na druhou je potom touto autorkou chápán jako jednostranně podmíněný nebo jednostranně závislý a také jako oboustranný.

Jednostranně podmíněný je vliv, který může mít jedna osoba na druhou, a tím ji přivést do psychologické a sociální závislosti (např. u vězňů). Jednostranně podmíněná závislost znamená, že sestra vidí v pacientovi pouze objekt, distancuje se od něho nebo mu odmítá naslouchat a přemýšlet o tom, co si pacient přeje nebo jak vnímá situaci. Situace ve všech druzích zdravotní péče mají být oboustranně podmíněné.¹⁴²

Intenzita interakce je ovlivňována také tím, co lidé zažívají s ohledem na pocity, myšlenky a jednání druhých. Jednání a zkušenosti jedince, který se nachází v procesu péče, mohou být silně ovlivněny tím, co druhý koná nebo co druhý zažil. Například v pevně semknuté rodině se mohou přenášet zkušenosti, které zažili rodinní příslušníci ve zdravotnickém prostředí, na jednání daného jedince v procesu péče a ovlivnit tím tak intenzitu jeho interakce se zdravotníky.

Faktory ovlivňující rozsah, trvání a kontinuitu interakce se vztahují ke schopnosti managementu sebe sama, patří k nim: věk (dětství, stáří), vývojově podmíněné defekty, akutní onemocnění, poranění, nekompensované postižení, předchozí zkušenosti,

¹⁴¹ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 96

¹⁴² OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 81

nestabilita životně důležitých funkcí, poruchy vědomí, deprese, chronický strach, panika.¹⁴³

Faktory ovlivňující kvalitu participace pacienta na péči:

- Obraz o sobě jako odpovědné osobě sebepečující nebo pečující v dependentní péči. Výpovědi, co bylo provedeno v činnostech sebedpěče nebo dependentní péče efektivně nebo neefektivně.
- O co se pacienti dobrovolně starají, čím se zabývají.
- Zájmy a obavy, které byly jednoznačně pacientem sděleny (sdělení o zdravotním stavu, znalosti v rodině apod.).
- Znaky rozvinutých a uplatněných lidských schopností, které ukazují, jak pacient jedná v běžných situacích, aby splnil stanovené cíle.¹⁴⁴

Směr interakce se vztahuje k souhlasu nebo nesouhlasu v cílech a úsilí jednoho člověka s cíli druhého člověka. Jestliže chybí shoda cílů, jedná se o nesouhlasné stanovisko a interakce je oboustranně antagonistická. Lidé mohou souhlasit jen částečně s ohledem na to, co mají navodit, a se zřetelem na snahu, kterou mají podniknout. V jiných věcech mohou být antagonističtí. Jestliže se jedinci v představě o cílech rozcházejí nebo jen částečně shodují, v tom případě musí být zahájen proces vedoucí ke shodě cílů, který je postaven na diskusi a smlouvání. S tím souvisí i provedení detailní analýzy pacientovy situace ve smyslu posouzení jeho schopností sebedpěče a prověření terapeutických možností. Takové situace jsou smíšené. Všechny tyto směry interakce jsou v procesu péče přítomny. Pokud situace ve všech druzích zdravotní péče mají být oboustranně podmíněné, pak ošetřující musí reagovat na pacienty individuálně a podporovat jejich systém sebedpěče.¹⁴⁵

Ve vztahu mezi zdravotníkem a pacientem tedy respekt k autonomii nemocného znamená respektovat pravidla, která si nemocný sám stanovil pro svůj život. To předpokládá i vztah založený na pravdivosti, když komunikujeme s druhým v procesu péče, slibujeme, že budeme pravdomluvní. Jde tedy o vztah založený na důvěře.¹⁴⁶ Důvěra je v tomto ohledu něco, co pacient velmi intenzivně vnímá a pokud nabude přesvědčení, že je k němu přistupováno s intenzivním zájmem o jeho situaci, důvěra se upevňuje. V tomto ohledu je nutný autentický dialog dvou jedinců, který v sobě zahrnuje diskuse a smlouvání. Tento důvěrný přístup je umožněn sestře pomocí

¹⁴³ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 91

¹⁴⁴ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 93

¹⁴⁵ srov. OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 82

¹⁴⁶ BEAUCHAMP, Tom, L. a James F. CHILDRESS, ref. 85

konceptů zaměřených na jednání jedince ve smyslu péče o sebe sama a jejího zlepšení pro podporu zdraví a integrace nemoci jedince do každodenního života. Ve vzájemném vztahu pacient – sestra hraje významnou úlohu důvěra pacienta v sestru a její schopnosti a důvěra k sestře jako člověku v interakci, v níž je předpokládáno, že sestra bude usilovat o dobro pacienta. Důležitým předpokladem pro navození a udržení pocitu důvěry je podle Oremové charakter sestry. Podle Ricouera je charakter zároveň popisem jedinečnosti osoby, kterou odkrývá pouze v činu (viz kapitola č. 1 Osoba v procesu péče, s. 24). Morální charakter sestry by měl být podle Oremové důležitým předpokladem pro morální provádění ošetrovatelství, který by měl zahrnovat umění a moudrost. Moudrost je správný úsudek o věcech, které mají být dělány. Moudrost je ctnost myšlení a charakteru individua. Ošetrovatelská moudrost je kvalita sester, která jim umožňuje hledat nová řešení a radit v nových nebo obtížných ošetrovatelských situacích, činit správný odhad o tom, co dělat, jestliže se vyskytnou nové podmínky v ošetrovatelské situaci. Domnívám se, že uplatnění této moudrosti dopomáhá sestře respektovat autonomii u jejich pacientů. Oremová uvádí, že moudrost je podmínkou jednání jednajících sestry a dobro je smyslem jejího jednání.¹⁴⁷

Podobně se k této otázce vyjadřuje Wessel, který v tomto kontextu hovoří o personální kompetenci, kterou klade na stejnou úroveň jako kompetence odborné, metodické a sociální. Předpokladem personální kompetence jsou sebek péče a sebeúcta, které umožňují úspěšnou péči o druhého, péči bez paternalismu a sebeobětování.¹⁴⁸

Rozumnost (fronésis) je dle Aristotela intelektuální ctnost, která je také někdy označována jako praktická moudrost.¹⁴⁹ A v tomto smyslu ji vztahuji k ošetrovatelské moudrosti uváděné Oremovou. Ošetrovatelská moudrost je podle ní duchovní a etickou ctností, která určuje, co je v konkrétních situacích pravděpodobné a co je správné. Tato moudrost umožňuje sestře správně řešit a provádět účelné jednání v péči o pacienta. Dovednost se zabývá praktickými věcmi, s náhledy na to, co by mohlo být, ale ještě

¹⁴⁷ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 274

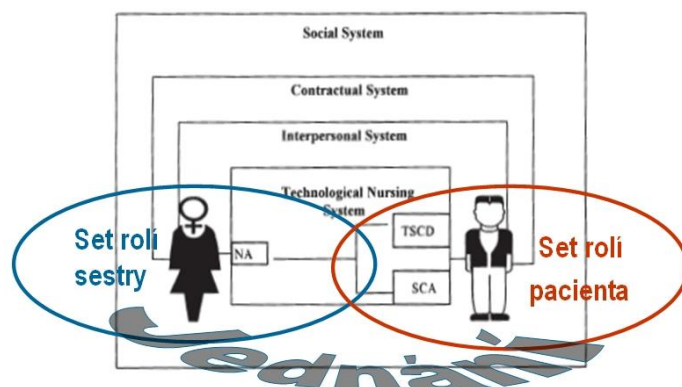
¹⁴⁸ WESSEL, Karl-Fridrich, SCUPIN, Olaf a Thomas DIESNER, ref. 52, s. 45 Ošetřující pečují o pacienty velmi intenzivně a intimně, jsou velice blízko prožívání a zvládání nemoci, a s tím souvisejícími zlomy v životě jedince, tento vztah mezi pacientem a sestrou je nutně asymetrický, obsahující nebezpečí zneužití moci, proto musí sestra disponovat personální kompetencí. V této kompetenci se skrývá respekt k odlišnosti, respekt k situaci člověka, který se nachází v roli pacienta, pozorné vnímání se schopností výměny perspektiv, kompetentní citlivé zacházení s pocitem druhého i se svými vlastními.

¹⁴⁹ ARISTOTELES, ref. 81. Rozumnost je neklamný (duševní stav) rozumného konání ve věcech, které jsou pro člověka dobré a špatné. Tvoření má jiný konečný cíl, konání však ne, protože *dobré jednání je samo konečným cílem*. Rozumnost je tedy nevyhnutelně prakticky činný stav spojený s pravdivým úsudkem ve věcech týkajících se lidského dobra. „Rozumný člověk je ten, kdo umí rozumným uvažováním najít pro člověka to nejlepší z prakticky dosažitelných dober.“ 1145 a, s. 159

není, a jak realizovat nápad. Dovednost, stejně jako moudrost, jsou v ošetrovatelství nápomocné a důležité k dosažení efektivních systémů ošetrovatelské podpory.¹⁵⁰ Podobnou myšlenku nacházíme i u Rogerse, který říká, že „jsme moudřejší než náš rozum“. Podle něj je nutné spoléhat na klienta, který sám naznačí směr terapeutické práce a nejlépe ví, co ho trápí, které zážitky mají být odhaleny a které problémy jsou nejdůležitější.¹⁵¹ Prostor pro jeho vyjádření mu v tomto ohledu poskytuje Teorie deficitu sebepečce, která odhaluje systém sebepečce daného jedince a pátrá po jeho zdůvodnění.

Otázka etiky teorie sebepečce může být vyjádřena rozpracováním předmětu ošetrovatelství, který Oremová vyjadřuje neschopností jedince (označované jako deficit sebepečce) dostát požadavkům na péči o sebe sama v určité situaci (označované jako situační potřeba sebepečce),

a to jak jejich množstvím, tak kvalitou. Tato neschopnost zvyšuje nároky na specializovanou zdravotnicko-ošetrovatelskou službu, která by měla být zaměřena na podporu jednání jedince tak, aby byl schopen těmto požadavkům dostát. Jednání sestry ve vztahu k určitému pacientovi je popisováno v kontextu sociálním, interpersonálním a technologickém. V technologickém



Obr. č. 1 Dimenze ošetrovatelské etiky,¹⁵² legenda¹⁵³

Na jedné straně je sestra s ošetrovatelskou kompetencí, pomocí které je schopna posoudit pacientovu situační potřebu sebepečce a deficity, jež pacient v péči o sebe sama vykazuje. Na druhé straně je pacient se situační potřebou sebepečce, která musí být naplněna pomocí jeho kompetence sebepečce. Pokud ovšem kompetence sebepečce pacienta není schopna dostát požadavkům situační potřeby sebepečce, vzniká deficit, který je sestra schopna odhalit. Specifika a schopnosti pacientů a sester jsou označovány jako proměnné komponenty technologického systému a vztah mezi nimi je v konkrétní

¹⁵⁰ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 275

¹⁵¹ ROGERS, Carl, R., ref. 53, s. 82, 124 – „Lidské bytosti disponují nezměrným množstvím potenciálně dostupné intuitivní síly. Ve skutečnosti jsme moudřejší než náš intelekt. U mnoha lidí tak pozoruje ochotu podívat se jinými očima na způsoby bytí s lidmi, při kterých je síla hledána v člověku nikoli v expertovi.“ s. 82, 124

¹⁵² Upraveno podle zdroje Concept Formalization in Nursing (p. 74) by Nursing Development Conference Group, 1973, Boston: Little Brown – uvedeno v Tailor, Gotfrey, 1999, s. 205

¹⁵³ TSCD – Therapeutic Self-care Demand – terapeutické požadavky sebepečce – situační potřeba sebepečce, SCA – Self-care Agency – kompetence sebepečce, NA – Nursing Agency – kompetence sestry

situaci označován jako východisko pro užití způsobu a účelu určitého systému podpory pacienta. Ošetřovatelský systém potom vyjadřuje rozsah podpory pacienta, role sestry, role pacienta a ostatních zdravotníků, důvody vztahu sestry a pacienta a ošetřovatelské intervence pro regulaci pacientovy kompetence sebepěče. Obrázek č. 1 dokládá tento kontext. Role účastníků interakce vyplývají ze zvolených metod pomoci, a to od jednání za pacienta, vedení, podporu, úpravu okolí až po edukaci (viz příloha č. 1 a 2).¹⁵⁴

Oremová se také zabývá tím, že pacienti často odmítají jeden nebo více aspektů pro ně vytvořených ošetřovatelských nebo lékařských zásahů, mnohdy také celý zdravotnický systém, který je jim nabízen, nebo na něj reagují negativně, což protiče Wesselově kritice, který tvrdí, že Oremová se nezabývá otázkou vůle a tedy ani motivací k péči o sebe sama. Dalším důkazem, že vůle je v sebepěči Oremové zahrnuta, je *koncept základních dispozic a schopností*, kde je obsažena regulace motivačních a emočních procesů. Stejně jako v *konceptu potenciálních komponent* sebepěče je uvedena schopnost motivace sebe sama tedy volní strategie. Motivace je, i podle Moose, těsně spojena s vůlí, protože dosahování cíle bez motivace nemůže existovat. A vůle je podle něj naprosto prázdný pojem, pokud neexistuje motivace.¹⁵⁵

Sestra používá oba výše uvedené koncepty, které zahrnují motivaci, při posouzení kompetencí sebepěče pacienta. Tím hodnotí osobní odpovědi a reakce pacientů na určité aspekty péče a postoj pacientů ke zdraví. Důležitým interpersonálním znakem ošetřovatelství je znalost ošetřujících toho, co zažívají pacienti v situacích zdravotnické praxe. Ošetřující si musejí být vědomi, že požadavky kladené na pacienta mohou vyvolávat strach a stres. Pokud jsou tyto požadavky příliš náročné, mohou pacienti reagovat odmítavě, což může mít různé projevy ústupu, nedostatek kooperace, stáhnutí se do sebe. Pacienti mohou jednoduše podepsat revers a odejít, aniž by někomu sdělovali své plány. Toto jsou známky neefektivních intervencí prováděných ve zdravotnickém zařízení, případně nedostatek pružnosti jednání sester a ostatních zdravotníků. Ale jen znalost a chápání těchto projevů odmítání péče nestačí, sestry musejí mít kreativní schopnost umět pacientovi pomoci při hledání v problémových situacích a při jejich řešení, a to neustálým dialogem.¹⁵⁶

Z uvedeného vyplývá, že do vztahu pacient – zdravotník, potažmo pacient – sestra jako interakce dvou autonomních bytostí prolíná mnoho faktorů. V první linii se jedná

¹⁵⁴ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 328

¹⁵⁵ MOOS, Petr. *Obecná teorie motivace*. Přednáška pro Ústav adiktologie v Praze 2. 4. 2008. [online]. [cit. 2012–07–09]. Dostupné z: http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace_Moos.pdf

¹⁵⁶ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 99

o etickou dimenzi, protože jednání jako takové je základem všech bioetických kontextů, zvláště proto, že se jedná o vztah k druhému související s respektem k jeho osobě a její povaze bytí, což vychází z filosofického nahlížení osoby a její existence ve světě, jejího jednání, které je zaměřené na realizaci vlastního rozvrhu (neboli životního plánu) a ve vztahu k druhému se záměrem konat dobro. To prolíná i do uplatňování etických principů jako je beneficence a respekt k autonomii. V mnohém jsou tyto principy a jejich uplatňování ve zdravotnické praxi podpořeny legislativními úpravami a etickými normami. Vztah pacient – zdravotník je natolik komplexní a různorodý, že není možné celé jeho spektrum ošetřit pouze formálním informovaným souhlasem. Pacienti jsou mnohdy postaveni do nové situace „být pacientem“ zcela překvapivě, jiní (zvláště chronicky nemocní) zcela pozvolně. Chronicky nemocní vyvíjejí v průběhu let dovednost integrovat svoje onemocnění a důsledky léčby do běžného denního života a stávají se tak odborníky na život s danou nemocí. V obou případech by měl být zdravotník připraven na setkání s informovaným pacientem, který se chce aktivně podílet na terapeuticko-ošetrovatelském procesu. Pokud se ale pochopení lidské autonomie bude zakládat pouze na modelu inteligentního pacienta, který rozhoduje o svém životě, může se stát, že v klinické praxi bude preferován pouze informovaný souhlas. Tento přístup ignoruje rozmanitost kontextuálních faktorů, které by mohly pacienty odvést od možnosti poznat skutečnou volbu. Objevuje se tak nový fenomén, který se pod rouškou respektu autonomie snaží nutit pacienta k rozhodnutím a případně péči o sebe sama, kterých není schopen. Na tomto místě by, více než kdy jindy, měla nastoupit do vztahu lidskost v podobě autentického dialogu a vztahové autonomie realizované pomocí ošetrovatelské moudrosti sestry, která jí umožní posoudit kompetence pacientovy sebezpečí adekvátně v dané situaci jednat. Naplnění principu respektu k autonomii pacientů totiž vyžaduje nejen abstraktní respekt, ale též abychom pomohli pacientům v překonání jejich závislosti na okolí a umožnili jim svobodnou volbu. K tomu, aby byl pacient ochoten nám sdělit svoje preference, musíme s ním navázat empatický vztah akceptace a důvěry, což Rogers nazývá „bezpodmínečným pozitivním přijetím“.¹⁵⁷

Domnívám se, že tyto prvky je možné nalézt v díle Oremové ve vztahu pacienta a sestry založeném na vztahu člověka k člověku a na jeho přirozenosti. Dle Oremové vstupuje do tohoto vztahu empatie a sympatie jako projev lidské lásky. Tyto projevy lidské lásky

¹⁵⁷ ROGERS, Carl, R., ref. 53, s. 86

jsou v interpersonálních situacích základními formami projevu lidství a osobní svobody individua. V každé situaci, tedy i v procesu péče, je etické jednání definováno v termínech jeho záměru a jeho přiměřeností k pojetí osoby v její situaci. Jednání v tomto vztahu je ospravedlnitelné, jestliže vede ke zvýšení kompetencí pacienta. V tomto případě jednání zahrnuje dimenzi kontextu situace s kulturními zvláštnostmi a obsah znalostí zúčastněných jedinců, stejně jako jejich charakter. Podle Oremové je vztah pacienta a sestry komplementárně interpersonální, kdy jsou obě zúčastněné osoby popsány jako nezávislé v rozhodování. Pacient je v tomto vztahu viděn jako jedinec, racionální celistvá osoba, s právem a odpovědností za sebe sama (případně za druhé) a má motivaci a hodnoty, které řídí jeho jednání.

Domnívám se, že mravní rozměr teorie sebek péče začíná tam, kde Oremová žádá respekt k principům sebek péče nemocného bez ohledu na to, do jaké míry jsou jeho představy postaveny na expertní kompetenci. „Správné“ z pohledu ošetřovatelské odbornosti je to, co je v souladu s poznatky empirických věd. „Dobré“ z etického hlediska je takové rozhodnutí, které vedle odborných zkušeností zohledňuje i ostatní perspektivy, především perspektivu ošetřovaného pacienta. To znamená, že by sestra měla být schopna pomocí ošetřovatelské moudrosti a za využití konceptů sebek péče tuto perspektivu nemocného odhalit a zajistit mu adekvátní systém pomoci.

Metoda pomoci představuje z pohledu ošetřovatelství sérii jednání k překonání nebo kompenzaci zdravotně podmíněných omezení jedinců s tím, aby mohli činit něco pro sebe k regulaci svých funkcí a vývoje nebo k podpoře osob na nich závislých. Existuje omezený počet metod, jak je možné pomoci druhému splnit úkol nebo uspokojit potřebu. V konkrétních situacích jsou často tyto metody kombinovány. Dle Oremové se jedná o metody: za druhé jednat, pokud si to přejí, druhé vést a edukovat. Poskytovat psychickou podporu. Zajistit a udržet okolní prostředí, které podporuje osobní vývoj. Výběr metody nebo kombinace metod záleží na úsudku sestry a rozhodnutí o tom, co druhý nemůže provést nebo efektivně vykonat, stejně jako na rozhodnutí o tom, co může nebo musí být provedeno v zájmu zachování života, zdraví a pocitu pohody těch, kteří potřebují pomoc.¹⁵⁸

Přikláním se k názoru Taylora a Gotfreyho, že jedinečné ložisko ošetřovatelství a ošetřovatelské etiky u Oremové je možné spatřovat v technologickém ošetřovatelském systému, kdy ošetřovatelství jako lidská služba má svoje základy na jedné straně

¹⁵⁸ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 16

v potřebě osob na sebeděči (situační potřeba sebeděče) a limitech účelného jednání v sebeděči (kompetence sebeděče). A na druhé straně v kompetencích sestry, která pomáhá jednat pacientovi v rámci pojetí jeho dobra ve vztahu ke zdraví a k sebeděči.¹⁵⁹ Wessel (2007) uvádí kritiku Oremové sebeděče v tom smyslu, že nevychází z potřeb člověka jako většina ostatních ošetrovatelských teorií, ale z požadavků sebeděče a naznačuje, že by v tomto případě mohla být autonomie pacienta podřízena odborným znalostem ošetřujících.¹⁶⁰ Jistěže zkušená sestra musí být schopna říct, které deficity sebeděče je možné očekávat např. u pacientů po cévní mozkové příhodě (CMP) s hemiparézou, ale to přece ještě neznamená, že nerespektuje autonomii pacienta. Stejně jako sestra, která pracuje s teorií potřeb Hendersonové, je schopná říct, které potřeby tento pacient nebude schopen uspokojit. Ale přece to, jestli bude pacient potřebovat ošetrovatelský zásah, závisí na posouzení kompetencí pacienta k naplnění jeho potřeby péče v dané situaci. Koncepty sebeděče umožňují sestře posoudit předpoklady pacienta k vědomému jednání, využívání potenciálu a náhled pacienta na jeho situaci. Tím, že sestra posuzuje jednání pacienta, jednání zaměřené na podporu zdraví, respektuje více než kterákoli jiná teorie jeho autonomii. Proto si na tomto místě dovoluji vyjádřit nesouhlas s názorem Wessela, a tento můj názor bude podpořen ještě závěry z následujících kapitol. Sebeděče je tedy projevem autonomie jedince a je projevem jeho životního plánu. Pokud se sestra snaží odhalit systém sebeděče pacienta a pokud je jejím cílem zvyšovat úroveň jeho sebeděče, tak tím respektuje jeho autonomní volbu. Snahou ošetrovatelské péče dle Oremové je tedy dopomoci pacientovi k co možná největší nezávislosti v péči o sebe sama, a tím upevnění jeho autonomie.

¹⁵⁹ TAYLOR Susan, G. a Nelda S. GODFREY. *The Ethics of Orem's Theory*, Nursing Science Quartely. 199, roč. 12, č. 3, s. 205, ISSN 0894-3184.

¹⁶⁰ WESSEL, Karl-Friedrich., SCUPIN, Olaf a Thomas DIESNER, ref. 52, s. 42

4 Respekt k autonomii pacienta ve dvou oš. přístupech

V této kapitole představím Teorii deficitu sebedpěče Dorothy Elisabeth Oremové a její koncepty důležité pro ošetřovatelskou diagnostiku. Stejně tak představím nejpoužívanější diagnostický systém v ČR, a to taxonomii NANDA, která vychází z konceptuálního modelu M. Gordonové. Při porovnávání obou uvedených přístupů se zaměřím na pojetí pacienta, na vztah pacient - sestra a jejich role v tomto vztahu. Zvýšenou pozornost budu věnovat diagnostickému algoritmu a způsobům podpory pacienta v obou přístupech a pokusím se odhalit, jak je přítom v rámci uvedených přístupů respektována autonomie pacienta.

4. 1 Ošetřovatelský proces

Nejprve bych chtěla popsat obecný rámec ošetřovatelské interakce, který je dán ošetřovatelským procesem a užitím určitého konceptuálního modelu nebo ošetřovatelské teorie. Ošetřovatelský proces je chápán jako analyticko-syntetická metoda řešení problému nebo myšlenkový algoritmus v péči o pacienta.¹⁶¹

Klasický ošetřovatelský proces zahrnuje pět fází. První fází je posouzení, kdy se jedná o sběr údajů a informací o pacientově zdravotním stavu a o způsobu uspokojování potřeb, pokud sestra využívá model Hendersonové. Případně posouzení stavu funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví, pokud je využíván model Gordonové, z něž vychází taxonomie NANDA. Systém sebedpěče jedince je posuzován v případě, že sestra používá teorii deficitu sebedpěče Oremové. Ošetřovatelských modelů, či teorií je celá řada a sestra má možnost, dle určité situace, zvolit tu nejvhodnější. Druhou fází ošetřovatelského procesu je ošetřovatelská diagnostika, která zahrnuje stanovení aktuálního zdravotního problému, případně problému potenciálního, který spočívá ve výskytu rizikových faktorů, jež mohou vyvolat zdravotní těžkosti. Diagnostika se také liší podle užitých modelů nebo teorií. Např. Hendersonová pátrá po neuspokojených potřebách z důvodu nedostatku vědomostí, sil a vůle jedince. NANDA taxonomie odhaluje určující znaky (projevy) a související faktory (příčiny), aby mohla formulovat ošetřovatelskou diagnózu. Oremová pátrá po deficitech v jednání pacienta (deficitech

¹⁶¹ KOZIEROVÁ, Barbara et al. *Ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-7169-195-X.

sebepečce), které vznikají v případě, že požadavky dané situace převyšují kompetence sebepečce pacienta. Třetí fází ošetrovatelského procesu je plánování péče o pacienta. Sestra a pacient si stanovují cíle, které pomáhají řešit problémy pacienta a také ošetrovatelské intervence, které jim k tomu dopomohou. Každý model nebo teorie má svůj vypracovaný systém podpory pacienta. Čtvrtou fází ošetrovatelského procesu je realizace plánu za účasti pacienta, případně jeho rodiny. V této fázi sestra nadále shromažďuje údaje, poskytuje potřebný stupeň a formu podpory pacientovi. Poslední fází ošetrovatelského procesu je zhodnocení, které zahrnuje posouzení pacientových odpovědí a reakcí na ošetrovatelské intervence, dosažení cílů a korekce plánu péče. Do vzájemného vztahu vymezeného ošetrovatelským procesem tedy vstupuje pacient (a jeho rodina) - sestra (a ostatní zdravotníci, kteří o pacienta pečují). Všichni účastníci v tomto vztahu plní své role a v ideálním případě usilují o co nejlepší úroveň poskytované péče a respektování autonomie pacienta.

4. 2 Srovnání ošetrovatelského přístupu k pacientovi

(dle NANDA taxonomie a TDSP se zaměřením na respekt k autonomii)

Uvedené ošetrovatelské přístupy představím z několika hledisek, a to z pohledu jejich východisek a teoretického základu, o který se sestra opírá při ošetrovatelské diagnostice. Dále se pak budu zabývat vlastními kroky diagnostických přístupů a cíli ošetrovatelské podpory, což zasahuje do vztahu pacient – sestra a značným způsobem jej ovlivňuje, stejně tak i komunikací, která se ve zmiňovaném vztahu realizuje. Všechna tato hlediska podrobím rozboru s ohledem na uplatňování respektu k autonomii pacienta.

4. 2. 1 Východiska diagnostických přístupů

Teorie deficitu sebepečce (TDSP)

D. E. Oremová vycházela z pozic umírněného realismu,^{162, 163} pojetí dobra Lorengana, interakčních systémů Sorokina, jednání člověka, pojetí osobnosti Arnolda a z ošetrovatelské teorie V. Hendersonové (teorie lidských potřeb). V pojmu sebepečce je

¹⁶² BANFIELD, B., E. *A Philosophical Inquiry of Orem's Self-care Deficit Nursing Theory*. Dissertation, Wayne state University, Detroit, Michigan, 1997. s. 14

Umírněný realismus - [online]. [cit. 2012-09-11] Dostupné z: <http://leccos.com/index.php/clanky/realismus> Umírněný realismus považuje obecné za reálně přítomné v jednotlivých věcech a v rozumu.

¹⁶³ OREM, Dorothea, E. *Nursing Concepts of Practice*, 6. vydání, USA: A. Harcourt Health Sciences Company, 2001, ISBN 0-323-00864-X.

pojem sebe chápán ve smyslu celkového bytí určitého jedince.¹⁶⁴ Je možné říci, že vědomá činnost jakou sebedělece dozajista je, tvoří komplexní systém činnostních kroků, které se dají vyjádřit ve fázích jednání. Jedná se o intenzivní jednání, což představuje to, co osoba zamýšlí dělat. Produktivní jednání jsou navenek viditelná jednání, která se vztahují k praktické činnosti. Znalost průběhu lidského jednání je pro ošetrovatelský personál nezbytná, protože tvoří základnu pochopení, jak a proč se lidé starají sami o sebe (vykonávají sebedělece) nebo se starají o jiné osoby (vykonávají dependentní dělece).

Sebedělece jako jednání předpokládá základ ve vzdělání získaný doma i ve škole a prostřednictvím praktických zkušeností. Sebedělece je jen jeden aspekt zdravého života, ale bez kontinuální sebedělece účinné kvality by bylo fungování člověka jako integrovaného celku nemožné.¹⁶⁵ Pokud požadavky na jednání jedince v dané situaci převyšují jeho kompetence sebedělece, vzniká deficit, který opravňuje sestru k ošetrovatelskému zásahu.

NANDA (North American Association for Nursing Diagnosis) vytvořila ošetrovatelskou terminologii pro ošetrovatelské diagnózy NANDA taxonomii. Ošetrovatelské problémy jsou v ní řazeny do třinácti domén, které jsou blízké oblastem ošetrovatelského modelu M. Gordonové, který vychází z humanistické psychologie.¹⁶⁶ Základem modelu Gordonové jsou funkční vzorce zdraví, které představují optimální účelné vzorce chování člověka (jedince, rodiny, komunity), jež při zohlednění věku (vývoje), kulturních faktorů prostředí přispívají ke zdraví, kvalitě života a k využití lidského potenciálu. Tyto vzorce zdraví jsou jádrem ošetrovatelského posouzení¹⁶⁷ (viz příloha č. 10). Dysfunkční vzorce zdraví jsou takové, které se s očekávanou normou funkčních vzorců neseťkávají a které generují ošetrovatelský zájem sestry o klienta. Jejich analýzou by měl být v diagnostické fázi ošetrovatelského procesu konstatován výskyt ošetrovatelské diagnózy. Pojmenováním nalezených fenoménů v oblasti dysfunkčních a potenciálně dysfunkčních vzorců zdraví se zabývá klasifikace NANDA.¹⁶⁸

¹⁶⁴ OREM, Dorothea, E. 1997, ref. 12, s. 243

¹⁶⁵ OREM, Dorothea, E. 1997, ref. 12, s. 107

¹⁶⁶ MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Potřeby člověka a ošetrovatelská diagnostika*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2009.

¹⁶⁷ GORDON, Marjory. *Nursing Diagnose: Process and Application*. 2. vydání. St. Louis; Mc Graw-Hill Inc., 1987. ISBN 9-637-0427-3. s. 69

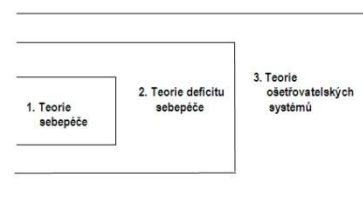
¹⁶⁸ MAREČKOVÁ, Jana., 2006, s. 83

Než přistoupím k hlavnímu srovnání obou zmiňovaných přístupů, chtěla bych vyjádřit obdiv k nesmírnému úsilí, které tvůrkyně NANDA taxonomie při jejím sestavování vyvinuly, a také přesvědčení, že toto dílo je v mnoha ohledech inspirativním počinem. Stejně tak vyjadřuji obdiv k propracovanosti a komplexnosti TDSP, kterou Oremová se svými spolupracovníky vyvinula a zavedla do praxe i vzdělávacích programů. Jsem přesvědčena o tom, že oba přístupy mají předpoklady ke zkvalitnění ošetrovatelské praxe.

4. 2. 2 Teoretický základ pro ošetrovatelskou diagnostiku

Teoretický základ **TDSP** sestává ze spojení a vzájemných vztahů tří dílčích teorií (viz obr. č. 2), ke kterým patří:

- A. teorie sebepěče/dependentní péče
- B. teorie deficitu sebepěče (má stejný název jako celá teorie)
- C. teorie ošetrovatelských systémů



Obr. č. 2 Struktura teorie¹⁶⁹

Ad A) Teorie sebepěče tvoří jádro TDSP. Tato teorie uvádí výpovědi o naučených, získaných a vrozených schopnostech člověka k péči o sebe sama nebo o druhé (dependentní péče). Tato dílčí teorie objasňuje, jak sebepěče za normálních okolností funguje, co ji ovlivňuje, a to pomocí konceptu:

1. Sebepečce.¹⁷⁰
2. Požadavků sebepěče (obecných, vývojových a zdravotních, viz příloha č. 4), což jsou požadavky na jednání jedince, které jsou nutné pro život.¹⁷¹
3. Kompetence sebepěče – jedná se o koncept, který uvádí, jakým způsobem jsou využity obecné schopnosti k účelnému jednání a jak jsou specifické schopnosti využity



Obr. č. 3 Koncept kompetencí sebepěče

k činnostem zaměřeným na sebepěči (obr. č. 3, viz příloha č. 5).¹⁷²

4. A konceptem podmiňujících faktorů, které představují určité podmínky, jež ovlivňují vykonávání sebepěče ve smyslu pozitivním nebo negativním, např. věk, vzdělání, sociokulturní orientace atd. (viz příloha č. 7).¹⁷³

¹⁶⁹ OREM, Dorothea, E., 2001, ref. 62, s. 141

¹⁷⁰ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 112, 2001, ref. 62, s. 43

¹⁷¹ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, st 210

¹⁷² OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 237

Ad B) Teorie deficitu sebedpěče nese stejný název jako celá teorie a obsahuje koncept situační potřeby sebedpěče a deficitu sebedpěče. Tato teorie odhaluje a formuluje důvody, proč lidé potřebují péči, proč se v určitých situacích nemohou sami o sebe starat.¹⁷⁴ Situační potřebou sebedpěče je logickým myšlením sestavená struktura opatření nebo činností sebedpěče, které jsou pro daného jedince potřebné v určitém čase, po určitou dobu a na určitém místě k vyplnění individuální potřeby sebedpěče v dané situaci. Deficitem sebedpěče je označován vztah mezi kompetencí sebedpěče a situační potřebou sebedpěče daného jedince. Deficit sebedpěče tedy vzniká, pokud situační potřeba sebedpěče převyšuje stávající kompetence sebedpěče daného jedince. Deficit může být zřejmý v daném okamžiku, proto hovoříme o již přítomném (aktuálním deficitu) nebo je možné předpokládat, že v důsledku určité situace v budoucnu vznikne, v tom případě hovoříme o budoucím (potenciálním) deficitu sebedpěče nebo dependentní péče. Deficit může být také co do trvání přechodný nebo trvalý (viz příloha č. 8, 8a).^{175, 176}

Ad C) Teorie ošetrovatelských systémů (viz příloha č. 9)¹⁷⁷ popisuje ošetrovatelský systém podpory pacienta zvolený dle deficitu sebedpěče pacienta. Oremová definovala tři systémy ošetrovatelské péče, které vycházejí z výše uvedených metod podpory daného jedince, jedná se o systém: úplně kompenzační, částečně kompenzační, podpůrný a edukační. Ze systémů podpory pacienta vyplývá i úroveň a způsob podpory, který v sobě zahrnuje role účastníků vztahu pacient – sestra. Toto rozdělení rolí specifikuje, které činnosti bude provádět sestra, které pacient a které budou provádět společně (viz příloha č. 1 a 2).¹⁷⁸

Taxonomie NANDA je rozpracována do multiaxiálního (vícerozměrného) rámce stavu zdraví pro účely ošetrovatelské diagnostiky a vykazuje strukturu vhodnou pro zařazení do počítačové databáze. Sedm os taxonomie představuje dimenze lidské reakce, které jsou sestrou využívány při diagnostickém procesu (viz obr č. 4).

¹⁷³ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 233

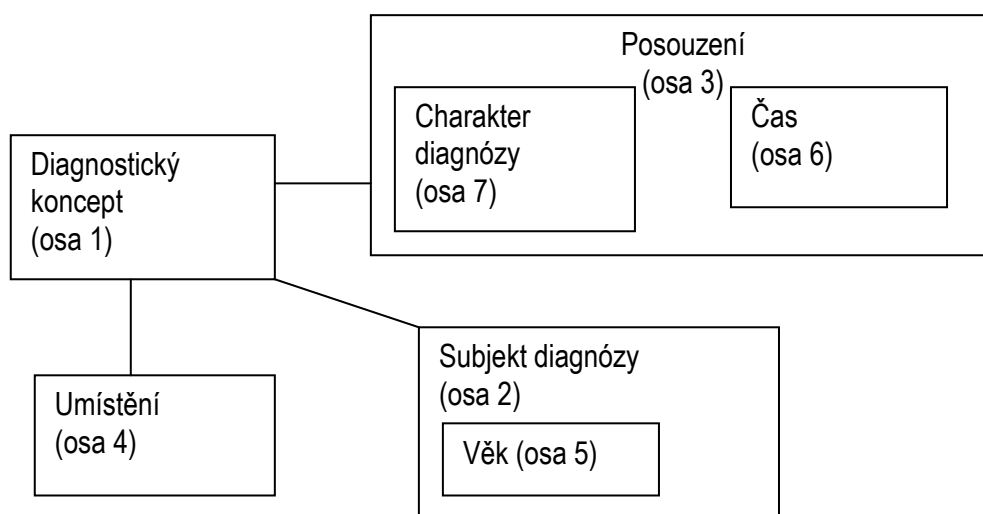
¹⁷⁴ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 189

¹⁷⁵ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 262; DENNIS, Connie. M., *Dorothea Orem Selbstpflege und Selbstpflege deficit – Theorie* 1. Auflage Bern: verlag Hans Huber, 2001. ISBN 3-456-83300-8.

¹⁷⁶ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 259

¹⁷⁷ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 66

¹⁷⁸ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 66



Obr. č. 4 Model ošetřovatelských diagnóz dle NANDA I¹⁷⁹

Osa 1 Diagnostický koncept – je nejdůležitějším elementem nebo základní část také jádrem diagnostického tvrzení. To popisuje „human response“ lidskou odezvu (reakci) na problémy např. bolest, duchovní strádání apod.

Osa 2 Subjekt diagnózy – je definován jako osoba, pro kterou je ošetřovatelská diagnóza určena, je to:

- Jedinec – který se liší od ostatních, je pojmán holisticky, disponuje určitými funkčními vzorci, které se podílejí na udržování zdraví, kvalitě života a dosahování lidského potenciálu.
- Rodina – dvě nebo více osob, které mají trvalý vztah, vzájemné závazky se společnými úmysly, sdílející určitý vztah vůči druhému.
- Skupiny – skupina osob se společnými znaky.
- Komunita – skupina lidí žijící ve stejné lokalitě pod stejnou vládou, v sousedství, ve městě.

Osa 3 Posouzení – je popis, který limituje nebo specifikuje význam diagnostického konceptu, např. obrana – zamýšlená, deficitní atd.

Osa 4 Umístění – popisuje část těla nebo funkce s nimi spojené, např. kardiopulmonální, cerebrální, GIT atd.

¹⁷⁹ HERDMAN, T., Heather. *NANDA International, ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2009-2011*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1. s. 384

Osa 5 Věk – je věk osoby, která je subjektem diagnózy, např. plod, novorozenec, pubescent, dospělý apod.

Osa 6 Čas – popisuje trvání diagnostického konceptu, např. akutní, chronická, intermitentní, kontinuální.

Osa 7 Stav diagnózy – referuje o aktuálnosti nebo potenciálnosti problémů nebo jejich kategorizaci podpory pohody a zdraví (aktuální, potenciální, rizika, podpora zdraví, pocit pohody).¹⁸⁰

Pokud jsou diagnózy aktuální, podporující zdraví nebo pocit pohody, stanovují se určující znaky, což jsou pozorovatelné signály nebo závěry, které jsou projevem diagnózy. Pokud jsou diagnózy rizikové (potenciální) stanovují se rizikové faktory, jedná se o faktory fyziologické, psychologické, genetické nebo chemické, které zvyšují náchylnost jedince ke zdravotním problémům.¹⁸¹

Z uvedeného vyplývá, že ošetrovatelská diagnostika TDSP posuzuje jednání člověka v rámci odhalení adekvátnosti jeho péče o sebe sama v určité situaci, tzn. záměrné činnosti vedoucí k regulaci jeho situace spojené se zdravím. NANDA taxonomie, vycházející z posuzování vzorců zdraví jako účelných vzorců chování člověka, které přispívají ke zdraví, se snaží odhalit reakce pacienta na problémy v určité situaci, které nepodporují funkční vzorce zdraví. Tato reakce pacienta je pak popsána v sedmi osách. Z uvedeného je zřejmé, že jednání a jeho podrobný koncept tak, jak je rozpracován v TDSP, odpovídá pojetí jednání v psychologii. Podle Nakonečného „vrcholí ontogenetický vývoj chování v jednání, tj. kvalitativně vyšší formě regulace činnosti, která je označována jako volní regulace chování nebo činnosti, která se vyznačuje vědomou volbou cíle a prostředků k jeho dosažení. To se také označuje jako záměrné jednání, které se zážitkově i formálně liší od automatického reagování reflexního nebo instinktivního typu, od automatizovaného návyku i učením vytvořeného zvyku, kde výše uvedené znaky vědomí nemusí být přítomny. Každé volní jednání je cílevědomé jednání.“¹⁸²

¹⁸⁰ HERDMAN, T., Heather, ref. 179, s. 386

¹⁸¹ HERDMAN, T., Heather, ref. 179, s. 45

¹⁸² NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0628-1. s. 234

4. 2. 3 Ošetrovateľská diagnostika

U **TDSP** dochádza k posouzení stavu pacienta v následujících krocích:

1. Zjištění osobních dat pacientů a informací o typu zdravotně ošetrovateľských situací.
2. Sestavení ošetrovateľské anamnézy se zaměřením na to, jak vnímají pacienti situační potřebu sebezpečie, jak provádějí činnosti sebezpečie a jaké jsou jejich životní podmínky.
3. Stanovit a udržet funkční jednotu jedince pro realizaci ošetrovateľské péče.
4. Určení aktuálních hodnot a předpokládaných základních podmiňujících faktorů, které by mohly působit na situační potřebu sebezpečie a kompetenci sebezpečie.
5. Provedení profesionálně technických postupů ošetrovateľské diagnostiky, sestavení plánu péče, regulace procesu podpory, ošetření, a s tím spojenou evaluaci a kontrolu.
6. Vývoj návrhu regulující péče s ohledem na trvalí ošetrovateľskou diagnózu a plán péče.
7. Udržení sociálních, interpersonálních a profesionálně technologických znaků každé ošetrovateľské situace v zájmu managementu situace.

Kroky 4 a 5 jsou obecně chápány a popisovány jako ošetrovateľský proces.¹⁸³ Ošetrovateľské diagnózy jsou závěry učiněné prostřednictvím posouzení dané situační potřeby sebezpečie a kompetencí sebezpečie jedince (tzn. základních dispozic a schopností, potenciálních komponent a činností sebezpečie)¹⁸⁴ a jejich vzájemného vztahu. Např. situační potřeba sebezpečie u jedince s chronickým srdečním selháním je spojena se zvládáním problémů: bolesti na hrudi a krevního oběhu, dýchání, aktivity a spánku, příjmu tekutin a vylučování, výživy, psychosociálních, medikamentózní terapie, rizikových faktorů a neznalosti onemocnění.¹⁸⁵ Je otázkou, jestli je pacient schopen dostát této potřebě a uvedené problémy korigovat. K tomu, aby to sestra zjistila, používá při diagnostice koncept kompetencí sebezpečie, který je postaven na základních dispozicích a schopnostech jedince k jednání. *Základní lidské dispozice a schopnosti* tvoří předpoklady pro jakékoli lidské jednání a tedy i pro jednání v sebezpečí, patří k nim

¹⁸³ OREM, Dorothea, E., 2001, ref. 62, s. 294

¹⁸⁴ viz příloha č. 5

¹⁸⁵ HALMO, Renata. *Užití teorie deficitu sebezpečie v kardiologii*. In Čáp, J., Žiaková, K. (ed) Recenzovaná publikace z konference Ošetrovateľstvo teória, výskum a vzdelavanie. Martin 2007, s. 115-125. ISBN 978-80-88866-43-5.

genetické faktory, kulturní zkušenost, schopnost učení, poznání, paměť, logický úsudek, návyky, zájmy, vůle, rozhodování se v životních situacích, hledání cílů apod. (viz příloha č. 6),¹⁸⁶ což zahrnuje také posouzení vůle osob k provádění péče o sebe sama, a přijetí sebe sama jako osoby, která potřebuje pomoci v určitém rozsahu sebezpečí.¹⁸⁷

Dále sestra posuzuje *potenciální komponenty*, jedná se o skupinu specifických schopností k provádění činností sebezpečí, patří sem pozornost, bdělost, užití tělesné energie, logické myšlení, motivace, stanovení priorit k sebezpečí apod. A posledním posuzovaným konceptem jsou *činnosti sebezpečí*, jež se týkají tří oblastí, a to hodnocení a pochopení situace pacientem, činnosti související s rozhodováním v dané situaci a činnosti, které souvisejí s praktickým provedením. To umožní sestře posoudit, jak pacient svoji situaci vnímá a jak se snaží vzniklé problémy zvládat. Celý tento koncept kompetencí sebezpečí sestra vztahuje k potřebě sebezpečí jedince v dané situaci, což jí umožňuje odhalit, zda je systém sebezpečí pacienta dostačující, anebo zda vykazuje nějaké deficity a na jaké úrovni.

Ošetřovatelská diagnóza je tedy deficit sebezpečí, který vzniká, pokud situační potřeba sebezpečí převyšuje stávající kompetence sebezpečí daného jedince. Deficit může být aktuální, potenciální, přechodný nebo trvalý.^{188, 189} Sestra se snaží stanovit to, co je centrálním problémem pacienta, tzn. stanovit centrální problematiku, a tím také vyjádřit to, proč systém sebezpečí daného pacienta selhává, může se jednat o nedostatek znalostí, nedostatek tělesné nebo psychické energie, poruchy vědomí, paměti atd. (viz příloha č. 8, 8a).

V diagnostickém procesu je také výrazně analyzován potenciál klienta, který je vyjádřením jeho autonomie, a to pomocí konceptu kompetence sebezpečí, jeho využití se promítá do způsobu pomoci danému jedinci a jeho rolí, které v systému podpory plní on (případně rodinní příslušníci) i sestra. Jako příklad bych chtěla uvést posouzení kompetence sebezpečí u pacientů s onemocněním astma bronchiale. Sestra ví, jak vypadá situační potřeba sebezpečí u pacienta s astmatem, a které kompetence musí pacient vykazovat, aby byl schopen dané onemocnění regulovat. A podle toho posuzuje jeho systém sebezpečí cílenými dotazy a pozorováním. Např. se pacienta ptá, k čemu dochází v průduškách při onemocnění astmatem, monitoruje-li svůj stav pomocí peak-

¹⁸⁶ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 237

¹⁸⁷ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 241

¹⁸⁸ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 262; DENNIS, Connie, M., ref. 175

¹⁸⁹ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 259

flow metru a jak, je-li schopen rozpoznat zhoršení stavu a jeho spouštěcí mechanismy, jak na tento stav reaguje, jaké používá spreje při astmatickém záchvatu, jestli ví, jak tyto látky působí na průdušky, jak tyto spreje používá atd. Podobně také postupuje, jestli zjistí, že pacient trpí bolestí. Pátrá nejenom po charakteru bolesti, ale především se zajímá o to, jak pacient bolest vnímá a jaké techniky tišení bolesti používá. A to zvláště u pacientů s chronickou bolestí. Dalo by se tedy říci, že se sestra snaží odhalit činnosti sebezpečí pacienta a jejich adekvátnost při zvládnání daného problému.

NANDA taxonomie

Tento diagnosticko-ošetrovatelský proces zahrnuje:

1. Sběr dat relevantních pro sestavení ošetrovatelské diagnózy v oblasti třinácti vzorců zdraví.
2. Posouzení klinických příznaků fyzikálním vyšetřením.
3. Promyšlení příčin, které mohly vést k pozorovaným změnám a reakcím pacienta na problémy a danou situaci.
4. Potvrzení předpokladů a vyloučení jiných předpokladů.
5. Stanovení diagnózy, pojmenování problému na základě validace.
6. Strategie realizace činností nezbytných k řešení zjištěného problému poskytnutím odpovídající ošetrovatelské péče.
7. Sestavení plánu péče, jeho realizace a zhodnocení.¹⁹⁰

Ošetrovatelská diagnóza je definována jako klinický závěr o reakcích člověka (rodiny, komunity) na aktuální a potenciální zdravotní problémy nebo životní situace. Každá diagnóza je označována číselným kódem (od 00001- 00172). Skládá se z názvu, definice, příčiny vzniku (související a rizikové faktory) a projevů (určující znaky). Definice názvu ošetrovatelské diagnózy vyjadřuje kombinaci určujících znaků a souvisejících faktorů. NANDA taxonomie rozlišuje několik typů diagnóz, a to aktuální, potenciální, podporující zdraví (ochota ke zlepšení) a syndromové diagnózy (zahrnuje několik diagnóz např. posttraumatický syndrom).¹⁹¹ V diagnostice dle NANDA taxonomie se tedy jedná o posouzení reakcí pacienta na problémy ve třinácti oblastech (podpora zdraví, výživa, vylučování, aktivita a odpočinek, percepce, sebepercepce, role, sexualita, tolerance zátěže, životní princip, bezpečnost,

¹⁹⁰ MASTILIAKOVÁ, Dagmar, ref. 166, s. 53

¹⁹¹ HERDMAN, T. Heather, ref. 179, s. 23, 45

komfort, růst a vývoj)¹⁹² a jejich vyjádření pomocí určujících znaků (projevů) a jejich přiřazení k vhodným souvisejícím nebo rizikovým faktorům (tedy příčinám), poté následuje ověření diagnózy. Jak uvádí Herdmanová „sestry by měly o diagnózách rozhodovat spolu s klienty, tzn., že sestra se dotáže klienta (nebo jeho rodiny, případně jiných poskytovatelů péče, pokud je pacient nekompetentní nebo neschopen spolupráce), jestli její diagnostický závěr odpovídá pacientovým představám, a tím si ověří správnost stanovených diagnóz.“¹⁹³

S potenciálem pacienta je pracováno okrajově, dochází k jeho dílčímu posouzení a nízkému využití, přičemž záleží hodně na individualitě a zkušenostech sestry, jak s potenciálem pracuje, každopádně jeho využití není komplexní. Od roku 2009 byly do taxonomie přiřazeny nové diagnózy pod názvem ochota ke zlepšení (diagnózy k podpoře zdraví – které posuzují motivaci a touhu jedince zlepšit svůj pocit pohody, jedná se o psychický pocit, přičemž wellnes diagnózy se týkají spíše fyzického pocitu pohody), kde je možné potenciál pacienta vysledovat, ale je s ním velmi málo pracováno při řešení jednotlivých diagnóz. Např. u pacienta, který byl opakovaně hospitalizován, se dá předpokládat znalost projevů paravenózního¹⁹⁴ úniku léků a schopnost jeho včasné reakce. Nebo pacient po CMP, který umí používat pomůcky pro příjem stravy nebo provedení hygienické péče, což pokud sestra zohlední při posouzení, musí následně integrovat do ošetrovatelských intervencí, tzn., už neplánuje, že pacienta naučí zacházet s těmito pomůckami, ale vychází z předpokladu, že toto už umí. Pokud bychom například srovnali diagnostiku prováděnou dle TDSP a NANDA taxonomie u pacienta s ileostomií (kasuistika, pan J. H., příloha č. 13). Sestra dle TDSP bude chtít řešit u tohoto pacienta problémy odvozené z vlivu onemocnění na požadavky sebek péče, tedy situační potřebu sebek péče s následujícími problémy (viz příloha č. 14, 15), kterými jsou: výživa a příjem tekutin, vyprazdňování stolice, péče o ileostomii, zvládání komplikací ileostomie, problémy související s medikamentózní terapií, spánek a fyzická aktivita, psychosociální problémy.¹⁹⁵ Pokud sestra zjistí, že pacient není schopen tyto problémy, pomocí adekvátních činností sebek péče, regulovat, odhalí tím jeho deficity v sebek péči. Jejich příčinou pak může být neznalost nové problematiky

¹⁹² viz příloha č. 10

¹⁹³ HERDMAN, T. Heather, ref. 179, s. 11

¹⁹⁴ únik léku mimo

¹⁹⁵ HALMO, Renata. *Kasuistika u pacienta s vysoce založenou ileostomií dle konceptů sebek péče* Nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky: Diagnóza v ošetrovatelství, vydavatel: Promediamotion s.r.o., Praha 2006, Ročník 2, číslo 2. ISSN 1801-1349.

ileostomie nebo nedostatek tělesné, či psychické energie vykonat činnosti sebeděče tak, že činnosti musejí být částečně nebo plně prováděny sestrou nebo rodinnými příslušníky. V diagnostice, která využívá koncept kompetencí sebeděče, sestra tedy posuzuje to, jak pacient vnímá svoji situaci, tedy situační potřebu sebeděče, co si o ní myslí, jak ji zamýšlí korigovat, jaké schopnosti k tomu vykazuje a které činnosti vykonává. Ty činnosti, které jsou adekvátní pro zvládnutí nové situace, sestra akceptuje a zahrne do plánu péče. V tomto přístupu je postřehnutelný maximální respekt k pacientovu názoru, k jeho náhledu na situaci a jeho schopnostem, což v sobě odráží výrazný respekt k jeho autonomii. Sestra je na druhé straně schopna pomocí konceptů sebeděče uplatnit autentický a zcela individuální přístup k pacientovi.

Sestra pracující s NANDA taxonomií posuzuje reakce pacienta na problémy ve třinácti oblastech a snaží se tyto zachytit v podobě projevů (určujících znaků) a příčin (souvisejících faktorů), a tím stanovit ošetrovatelskou diagnózu. Z posouzení je zřejmé, že sestra velmi málo pracuje s potenciálem klienta, tzn. s tím, co klient už umí, jak hodnotí svoji situaci. U pacienta J. H. s ileostomií tedy sestra, dle NANDA taxonomie, našla následující diagnózy (viz příloha č. 16): nedostatečná výživa, riziko dehydratace, inkontinence stolice, porušený spánek, riziko osamělosti, strach, porušená tkáňová integrita a riziko infekce. Asi nejvíce spornou zůstává diagnóza inkontinence stolice, protože pokud uvažíme, že stomik používá stomické pomůcky, a tím pádem nahrazuje funkci svěrače tak, že je schopen vyprazdňování stolice korigovat, pozbývá tato diagnóza svoji relevantnost. Nutno podotknout, že ani pacient se nemusí cítit tak, že by byl inkontinentní. Je otázkou, co chce sestra v rámci této diagnózy řešit. Jestli zamýšlí naučit stomika o stomii pečovat, čímž by částečně vyřešila i diagnózu strach a porušenou tkáňovou integritu. Anebo zda by měla zařadit diagnózu zcela jinou, a to např. nedostatečné znalosti, což by bylo vhodné, ale dle výčtu projevů a příčin se nehodí na našeho pacienta, takže snad by mohla uvažovat o diagnóze neefektivní udržování zdraví, kde je ve výčtu projevů uveden nedostatek znalostí o základních zdravotních praktikách,¹⁹⁶ ale ve výčtu příčin nelze nalézt odpovídající výpověď. Domnívám se tedy, že pokud sestra využívá této taxonomie v ošetrovatelské diagnostice, je do značné míry limitována a není schopna zcela respektovat autonomní vyjádření pacienta. Může se také stát, pokud se sestra striktně této techniky diagnostiky drží, což je

¹⁹⁶ HERDMAN, T. Heather., ref. 179, s. 53

propagátorkami NANDA taxonomie vyžadováno (např. Marečkovou),¹⁹⁷ že se její pojetí problémů (ošetřovatelských diagnóz) rozchází s pojetím pacientovým.

Jako příklad této diskrepance bych mohla uvést i šetření Čevelové, která (kvalitativním šetřením) zjišťovala problémy u pacienta po cystektomii s ureteroileostomií.¹⁹⁸ Pacient pociťoval největší problém v oblasti pohybové aktivity (konkrétně u rehabilitačního cvičení 2x denně), a s tím spojené bolesti kyčelního kloubu. Sestry, které aktuálně o pacienta pečovaly, přisuzovaly důležitost diagnózám vztahujícím se k prevenci komplikací, bolesti v souvislosti s operačním výkonem a provádění osobní hygieny.¹⁹⁹ Dá se předpokládat, že v tomto případě sestry podcenily otázku ověření diagnóz a komunikaci s pacientem? Anebo se spokojily s tím, že měly zdokumentovány nejčastější diagnózy, které se u toho pacienta daly očekávat? Každopádně podíl pacienta na tomto diagnostickém procesu byl zcela minimální a jeho autonomní vyjádření bylo přehlédnuto.

4. 2. 4 Komunikace a vztah pacient - sestra

U **TDSP** je komunikace zaměřena na rozbor jednání pacienta a odhalení jeho systému sebezpečí pomocí popsaných diagnostických konceptů. Jedná se o rozbor důvodů jednání pacienta, rozbor příčin deficitu sebezpečí, představení objemu činností nutných pro zvládnutí nové situace a důraz na edukaci pacienta i rodiny, a to se snahou pomoci nemocnému kompetence sebezpečí adekvátně zefektivnit a zvýšit. Jako nezbytné komponenty adekvátního jednání sestry popisuje Oremová ošetřovatelskou moudrost a esenciální lidskost, které umožní sestře jednat v rámci dobra pacienta s uplatněním respektu k autonomii člověka, což zrcadlí vztah důvěry, rovnocenný přístup a respektování pacienta jako subjektu péče.

Oremová se také zabývá situacemi, které mohou bránit sestře v péči o určitého pacienta. Na druhé straně se také zabývá situacemi, kdy pacient péči odmítá. Jde o situaci, kdy pacient má jiný názor na řešení svojí situace než sestra. V tom případě by sestra, dle Oremové, měla uplatnit kreativní schopnost a pomoci pacientovi zorientovat se v problémové situaci, a to pomocí dialogu a dohody. Payne v této souvislosti hovoří

¹⁹⁷ MAREČKOVÁ, Jana., ref. 168, s. 10-12

¹⁹⁸ ureteroileostomie – vyústění močovodu do střeva a stěnou břišní.

¹⁹⁹ Čevelová, Lucie. *Sebezpečí u pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře – po cystektomii*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. Bakalářská práce, s. 104, 105.

o spirále trvalé aproximace, jedná se o tázání a podrobné získávání informací vedoucí k dohodě, a tím k usmíření rozdílných názorů.²⁰⁰

U NANDA taxonomie je komunikace zaměřena na odhalení dysfunkčních vzorců zdraví prostřednictvím projevů (určujících znaků) a příčin (souvisejících faktorů). Systémem striktně daných určujících znaků a souvisejících faktorů je taxonomie NANDA predisponována k určité úrovni komunikace, která se týká těchto znaků. Ve vztahu k pacientovi je požadováno, aby sestra rozvinula kompetence ošetrovatelského diagnostika, k nimž patří kompetence intelektuální, interpersonální a technické. Intelektuální kompetence zahrnují znalosti ošetrovatelských diagnóz a myšlenkové procesy pro jejich využití. Interpersonální kompetence se vyznačují komunikačními dovednostmi. Technické kompetence sestry zahrnují dovednosti provedení ošetrovatelského posouzení. K osobním schopnostem sestry jsou řazeny tolerance nejednoznačnosti a reflexivní praxe. Tolerance nejednoznačnosti umožňuje sestře brát v úvahu širokou škálu ovlivňujících faktorů v rámci diagnostického procesu a zaměřit se na nejpřesnější diagnózy. Reflexivní praxe je schopnost sestry přemýšlet o vlastním chování a rozhodování, které ovlivňuje diagnostický proces.²⁰¹

4. 2. 5 Cíl ošetrovatelské péče a podpora pacienta

U **TDSP** je cílem ošetrovatelské péče zvýšit kompetence sebepéče pacienta, a tím docílit účelného jednání jedince v dané situaci, čímž by se měla posílit jeho samostatnost. Podporu volí sestra dle deficitu sebepéče jako úplnou nebo částečnou kompenzaci systému sebepéče pacienta. Sestra při tom používá metody jednání za a pro pacienta, pokud s tím pacient souhlasí a poskytovanou péči akceptuje. Dále pak metodu vedení druhých osob, to znamená, že je pacient schopen část intervencí provádět samostatně, ale potřebuje ještě dohled a vedení sestry, která jeho aktivity koriguje, případně demonstruje správné provedení praktické činnosti (např. aplikace subkutánních injekcí). K další metodě podpory patří zajištění tělesné a psychické podpory, zajištění okolí, které podporuje vývoj a metoda edukace. Sestra se při tom řídí svými odbornými znalostmi a je schopna u daného pacienta sestavit výčet všech kompetencí (tedy situační potřebu sebepéče), které by si měl jedinec osvojit, aby uměl svoji situaci uspokojivě regulovat. Dalo by se tedy předpokládat, že sestra, jako

²⁰⁰ PAYNE, Jan. *Klinická etika*. Praha: Triton; Skalpel, 1992, ISBN 80-90090-427.

²⁰¹ HERDMAN, T. Heather, ref. 179, s. 7, 10

odborník v ošetrovatelství, bude vědět lépe než pacient, jaké jednání je v dané situaci nemoci pro pacienta to nejlepší. Mohlo by se zdát, že se jedná o paternalistický přístup a jeho vnímání většinou osob naší společnosti s tím, že zdravotník (ať už lékař, či sestra) jaksí lépe ví, jak zvládat nemoc a problémy s ní spojené a vnucuje tento postup pacientovi. Koncepty sebedpěče ovšem sestře umožní odhalit stávající systém sebedpěče daného pacienta, a tím využít jeho potenciál (zvláště u chronicky nemocných) a také zjistit jeho motivy a vůli k zvládnutí nové situace, což souvisí s respektem autonomie pacienta. To koresponduje např. i s názorem Nakonečného, který uvádí, že „u nezávislých lidských bytostí je typické, že člověk dává přednost tomu, aby mohl vykonat svůj vlastní projekt a určovat jak a kdy se má co udělat. Tak si udržuje svoji identitu kompetentní a autonomní osoby“.²⁰² O respektu autonomie pacienta také, dle mého názoru, svědčí diferencovaný systém podpory přizpůsobený pacientovým schopnostem a jeho potenciálu, který TDSP využívá.

Oremová také uvádí faktory, které ovlivňují schopnost pacienta vstoupit do vztahu s ošetrovatelským personálem, přičemž jedním z nich je odmítání péče (viz předchozí kapitola), což může mít souvislost s náročnými požadavky kladenými na pacienta. Tato situace může dle Oremové u pacientů vyvolat negativní až odmítavé reakce, což se může projevit ústupem, nedostatkem spolupráce, uzavřením se do sebe až odchodem pacienta ze zdravotnického zařízení. Oremová je toho názoru, že nestačí znát a chápat projevy odmítání péče pacienty, ale sestry musejí být schopné také pacientovi pomoci.²⁰³

V **NANDA** taxonomii je cílem péče navodit funkční vzorce zdraví jedinců, čímž je myšleno například získání a analyzování informací o individuálním vzorci zdraví klienta v oblasti spánku, k čemuž je třeba znát optimální vzorec spánku jedince konkrétního věku, kultury a prostředí.²⁰⁴ Identifikace jedincových prožitků nebo reakcí na problémy (např. v oblasti spánku) umožní sestře tyto korigovat a pomoci pacientovi v podpoře zdraví a dosažení pocitu pohody.²⁰⁵ V rámci podpory jedince sestra používající taxonomii NANDA pracuje s klasifikací ošetrovatelských intervencí (NIC - Nursing Interventions Classification) a ošetrovatelských výsledků (NOC - Nursing Outcomes Classification) z jejichž výčtu vybírá ty, které se jí jeví jako nejvhodnější ke

²⁰² NAKONEČNÝ, Milan, ref. 182, s. 203

²⁰³ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 99

²⁰⁴ GORDON, Marjory, ref. 23, s. 94

²⁰⁵ HERDMAN, T. Heather, ref. 179, s. 4

zvládnutí pacientových problémů. Jedná se o systém předem daný, který sestra nemůže upravit, protože je zamýšlen pro počítačové databáze. Tato skutečnost s sebou přináší určitá omezení v oblasti respektu pacientovy autonomie, protože univerzálním způsobem jeho problém identifikuje a řeší. Například u diagnózy bolesti se sestra zabývá zjevnými projevy bolesti, a taxonomie už jí neumožňuje posoudit, jaké činnosti pacient pro její zvládnutí vyvinul, tedy to individuální, co pacient přináší do zmiňovaného vztahu. O něco lépe je tato otázka posuzována u některých nových diagnóz s názvem snaha o zlepšení, kde jsou ve výčtu projevů uvedeny aktivity, které mohou napomoci zvládnutí problému, ale většinou v projevech nacházíme opět obecné výpovědi typu, že pacient vyjadřuje touhu něco zlepšit. Je otázkou, jestli je tato diagnostická uniformita pacientovi vnucována jako striktní (což některé zastánkyně tohoto přístupu propagují), a tím uplatňován paternalistický přístup. Na druhé straně pokud pacient sestře potvrdí diagnózu jako existenci problému, může být výčet problémů skutečně individuální. I když jeden problém může být řešen v rámci několika diagnóz, což je zbytečné roztržštění plánu péče. Například v diagnóze neefektivní péče o zdraví, která se projevuje nedostatečně zaměřeným chováním k úsilí o zdraví, kdy příčinou může být neschopnost činit správné úsudky nebo nedostatek komunikačních dovedností, neschopnost zvládnutí zátěže v rodině, zhoršení kognitivních funkcí, ale již se neuvádí, proč se jedná o nedostatek komunikačních dovedností nebo zhoršení kognitivních funkcí. Pokud by ovšem tyto důvody byly odhaleny a řešeny, vyřešila by se i daná diagnóza (tedy problém pacienta). Na jiném místě taxonomie je tento výčet příčin uveden v podobě diagnóz, např. zhoršená verbální komunikace nebo také neschopnost zvládnutí zátěže v rodině, nedostatečné znalosti, paměť, učení, narušení myšlenkových procesů opět s projevy a příčinami. NANDA taxonomie uvádí také diagnózu noncompliance (chování osoby, které neodpovídá zdraví podporujícímu plánu)²⁰⁶ opět s projevy a příčinami. Záleží tedy na zkušenostech sestry, kterou z uvedených diagnóz zvolí a chce řešit, i když některé propagátorky taxonomie trvají na tom, že diagnóza musí být řešena, pokud je nalezen jeden projev a jeho jedna příčina (viz Marečková²⁰⁷). Tato situace pak může vést k tomu, že expertní rozhodnutí sestry nezohledňuje autonomní názor pacienta. Domnívám se, že méně individuální pak může být také plán péče, protože nezahrnuje potenciál pacienta a cíle stejně jako intervence jsou vybírány z určitého univerzálního výčtu.

²⁰⁶ HERDMAN, T. Heather, ref. 179, s. 289

²⁰⁷ MAREČKOVÁ, Jana, ref. 168

Srovnání ošetrovatelských přístupů TDSP a NANDA taxonomie ukázalo, že v diagnostickém přístupu respektuje TDSP autonomii pacienta více, a to prostřednictvím rozboru pacientova jednání v dané situaci a jeho náhledu na její řešení, tzn., že sestra mapuje jeho náhled do budoucnosti. V diagnostickém přístupu NANDA taxonomie cítím určitou diskrepanci v tom smyslu, že je uváděno, že posouzení probíhá podle funkčních vzorců zdraví, pro něž je charakteristické optimální účelné chování člověka. To by podle chápání Nakonečného mohlo být nahlíženo jako volní jednání, ale v konečném důsledku se v tomto diagnostickém přístupu hovoří o posuzování reakcí člověka, což je přisuzováno nižšímu stupni ontologického vývoje jednání, tedy chování člověka, které není až tak promyšlené a cílově zaměřené. V každém případě se daný jedinec snaží v určité situaci dosáhnout toho, co je pro něj dobré, což se sestra snaží rozkrýt v rámci diagnostického procesu. V TDSP k tomu sestra využívá diagnostické koncepty, především kompetence sebezpečí ve vztahu k nárokům dané situace (tedy situační potřebě sebezpečí). Sestra pátrá po důvodech jednání pacienta a odhaluje jeho kompetence sebezpečí, pokud zjistí, že některé činnosti jedince jsou ve vztahu k řešení jeho situace neúčelné, snaží se zvýšit jeho kompetence k jednání tak, aby jím byly problémy účelně zvládnuty. Tento přístup maximálně využívá potenciálu pacienta a zohledňuje jeho náhled na situaci a její řešení. Výrazný respekt k autonomii pacienta také spatřuji v určení stupně deficitu sebezpečí, podle něž je volen způsob podpory, který je opět diferencovaný a zcela individuální. Z těchto důvodů shledávám při použití TDSP výrazný respekt k autonomii pacienta. Při použití NANDA taxonomie se sestra snaží odhalit pacientovy problémy a popsat je pomocí výčtu projevů (určujících znaků) a příčin (souvisejících faktorů), kdy některé příčiny jsou uvedeny také jako diagnózy opět s projevy a příčinami, což může v plánu péče o pacienta působit velmi roztržštěně. Možná i proto, že velmi málo pracuje s potenciálem pacienta, který je posuzován jen okrajově a při řešení problémů záleží na individualitě a zkušenostech sestry, jak s ním bude pracovat v plánu péče. I když od roku 2009 byly zavedeny diagnózy nové s názvem *Ochota ke zlepšení*, nepostihují zcela potenciál klienta a nevyžívají jeho adekvátní techniky zvládnutí situace, které již vyvinul (např. u pacientů s chronickým onemocněním). V plánu péče je sestra také určitým způsobem limitována, protože její sestavuje z výčtu určitých cílů (NOC) a intervencí (NIC), což nemusí vždy zcela vyhovovat danému pacientovi a jeho situaci, takže pacient může být nucen naplňovat něco, co je mu cizí. Domnívám se, že tento přístup respektuje autonomii pacienta méně než TDSP. Při uvedeném srovnání jsem vycházela z předpokladu, že pacient je

kooperativní a chce o sebe pečovat. Situace, kdy pacient o sebe pečovat nechce, jsem se dotkla jen okrajově, protože se tímto problémem budu zabývat v následující kapitole.

5 Noncompliance

V této kapitole se budu věnovat ochotě pacienta ke spolupráci a jeho podílu na léčebně ošetrovatelském procesu, s čímž souvisí kompetence k rozhodování a schopnost nést odpovědnost za učiněná rozhodnutí.

Individualizovaná ošetrovatelská péče je výsledkem historických změn, které se jen obtížně prosazovaly. V centru tohoto přerodu je přechod od pacienta jako pasivního objektu medicínského zájmu, jehož zkušenosti s nemocí jsou nepodstatné, až k pochopení pacienta jako jedince, který vyjadřuje subjektivní zkušenosti s nemocí a uplatňuje doporučení zdravotníků. Jedná se o přístup, který je založený na holismu. Ruku v ruce také krácel vývoj ošetrovatelské disciplíny, která získávala vlastní předmětnou oblast a sesterské kompetence, které umožňovaly větší samostatnost, a tím také docházelo a neustále dochází ke zlepšení kvality vztahu pacient sestra.

Jak uvádí May, začátkem 90. let v praktické definici ošetrovatelské péče převládala rutina a zaměření na cíl. Koncem této dekády se politika vztahu sestra - pacient začala podstatně měnit, a to hlavně díky tématům rozpracovávaným v přibývajícím odborné literatuře, především v oblasti ošetrovatelských modelů a teorií. V tomto kontextu se stal pacient klíčovým zájmem sesterské práce, a tak byl zahájen přechod od biomedicínského k biopsychologickému modelu pacienta, který spočíval ve zvyšujícím se zájmu o vztah sestry a pacienta. Tím, že byl rozpoznán význam dialogu ve vztahu pacient - sestra, byl zdůrazněn autentický charakter pacienta. Sestry začínaly pacienta chápat jako individuum, jako osobu, spíše než jako objekt klinické praxe.²⁰⁸ Odborné ošetrovatelské veřejnosti bylo záhy zřejmé, že debata o individualizované péči a o důležitosti vztahu pacient sestra může ovlivnit způsob praxe, a to tím, že do ní vnáší pacientovu autonomii a otevírá různé problémy v kompetencích sester, v oblasti organizace a řízení péče.²⁰⁹ Individualizovaná ošetrovatelská péče garantuje poskytování humánní ošetrovatelské praxe a navíc také existují empirické doklady toho, že pacient pozitivně vnímá zdvořilost a individualizovaný přístup zdravotníků ve vztahu k němu.

Podle Wiensové je nutné se i v současné době obávat, že autonomie pacienta může být potenciálně ohrožena a jeho role vnímána jako submisivní. Pacienti jsou ve zdravotním

²⁰⁸ MAY, Carl. *Patient Autonomy and the Politics of Professional Relationships*. Journal OF Advanced Nursing, 1995, Vol. 21, ISSN 1365-2648. s. 84

²⁰⁹ MAY, Carl., ref. 208, s. 85

systemu zranitelní, pokud přežívá paternalistický systém a pacient zůstává závislý na expertize zdravotníka. Potřeba připomínat *Listinu základních práv a svobod* naznačuje, jak je vnímání této role pacienta ve zdravotnickém systému zakořeněno. Proto si musíme klást otázky. Jaká je povaha vztahu sestry - pacient, která zlepšuje autonomní jednání? Preferují pacienti pasivní roli? Jak může sestra pacientovi pomoci zvýšit dovednosti autonomní kompetence a asistovat při rozhodování?²¹⁰ A je větším problémem autonomní vyjádření pacienta nebo expertní rozhodnutí sestry?

5. 1 Autonomie pacienta v procesu péče

Model autonomie pacienta v ošetrovatelství vychází z modelu Meyerové a zahrnuje feministickou perspektivu a holistický přístup. Autonomie je chápána, podobně jako u Beauchampa a Childresse, jako právo ovládat vlastní život, nebýt subjektem ve vztahu k druhým, právo rozhodovat se, mít svobodnou volbu. Meyerové ošetrovatelský koncept autonomie popisuje autonomní osobu jako tu, která je schopná sladit spojení se sebou samým s ohledem na omezení možností, které ve stavu nemoci vyvstávají, a vykazují také dovednosti v rozhodování.²¹¹ V Meyerové konceptu jsou zahrnuty pojmy jako životní plán (do nějž prolínají hodnoty a emoce) a autonomní kompetence, což je repertoár dovedností jedince, který mu umožňuje ovládat vlastní život. Patří sem proces rozhodování, v němž jedinec konzultuje vlastní já a ptá se, co by skutečně chtěl. K autonomním kompetencím patří schopnosti vážít si sebe sama, schopnost definovat sebe sama, schopnost sebeřízení a sebekoncepcie. Autonomní kompetence jsou získávány v procesu socializace a prostřednictvím jejich uplatňování může jedinec uskutečňovat svůj životní plán. Koncept autonomní kompetence Meyerové tedy obsahuje znalosti o interaktivní povaze rozhodování a koncept obrazu sebe sama ve vztahu k životnímu plánu. Dalo by se říci, že kompetence sebepéče jsou dílčí součástí autonomních kompetencí, protože pomáhají jedinci realizovat jeho životní plán se zaměřením na zdraví.

Klíčovým komponentem autonomní kompetence je tedy rozhodování. Přičemž racionální rozhodnutí jsou založena na etických principech, hodnotách a pravidlech. Afektivní rozhodování je obecné pro více osob a obsahuje hodně komponentů jako

²¹⁰ WIENS, Arlene, G. *Patient Autonomy in Care: A Theoretical Framework for Nursing*. Journal OF Professional Nursing, Vol. 9, No 2, 1993. s. 103

²¹¹ WIENS, Arlene, G., ref. 210, s. 95

důvody, paměť, představy, verbální komunikaci s druhými a volbu.²¹² Jak uvádí Wiensová, jsou často rozhodování spontánní a někdy rozhodnutí dokonce neodpovídají obrazu sebe sama dané osoby. V tomto případě by interpretace prováděné druhými, například sestrami, mohly být přínosem. To znamená, že by sestra měla pátrat po motivech rozhodnutí, protože činění rozhodnutí je proces korekce sebe sama a sebereflexe, což podporuje soudržnost mezi vnímáním sebe sama a životním plánem. Sestry se setkávají s mnoha osobami, které dle jejich názoru činí rozhodnutí iracionálně.²¹³ Sestry často nedokážou pochopit, proč pacient učinil určité rozhodnutí při předpokladu podaných informací. Podle Koukolíka racionalitu rozhodování ovlivňují emoce, takzvané zarámování problému, naučená pravidla a zejména stereotypy.²¹⁴ Sestry mohou pomoci pacientům v rozhodování, i přestože plně nechápou volbu, pro kterou se pacient rozhodl, a to hlavně tím, že se pokusí odhalit hybnou sílu daných rozhodnutí.²¹⁵ V procesu rozhodování, podle Haasové a Kohlenové, hrají sestry roli iniciátora, zprostředkovatele, poradce, pozorovatele, doprovázejícího a také obhájce.²¹⁶ Například pacient by se měl rozhodnout o navrhované chemoterapii. Sestra může pacientovi pomoci představit si, co chemoterapie obnáší a jaké s ní mají ostatní pacienti zkušenosti. A to cílenými otázkami typu: Měl jste v poslední době nevolnost? Jaké to bylo? Můžete ji tolerovat? Tento způsob diskuse může pacientovi pomoci učinit rozhodnutí. Podobný případ může být, kdy osoba s ileostomií o ni odmítá pečovat. Je žádoucí, aby sestra intervenovala a zajistila péči o ileostomii a pracovala s pacientem na tom, aby mu pomohla pochopit, že jeho fyzická péče o ileostomii nemusí být prováděna neustále a tou samou osobou. Pacientovo sebeřízení je především proces podpory pacienta v rozhodování. Pokud pacient není schopen jednat nezávisle, sestra po celou dobu provádí intervence podporující pacienta. Například jestliže léčba vyústí ve změnu životního stylu, vyžaduje to úpravu i v sebeportrétu. Jestliže se jedná o změnu permanentní, může to vyžadovat změnu životního plánu. V tom případě sestra představuje potřebný potenciál, aby pacientovi pomohla představit si, jak by bylo možné začlenit jeho názory do životního plánu. U pacientů, kteří jsou schopni využívat autonomní kompetence k rozhodování, musejí sestry akceptovat jejich rozhodnutí jako

²¹² WIENS, Arlene, G., ref. 210, s. 97

²¹³ WIENS, Arlene, G., ref. 210, s. 99

²¹⁴ KOUKOLÍK, František. *Mozek a jeho duše (3. přepracované a rozšířené vydání)*, Praha: Galén 2005, ISBN 80-7262-314-1.

²¹⁵ WIENS, Arlene, G., ref. 210, s. 102

²¹⁶ HAAS, Margit a Helen KOHLEN. *Entscheidungsfindungsprozesse über eine künstliche Ernährung am Lebensende bei Patienten mit Demenz – wer entscheidet?* In Bulletin Luxembourgeois des Questions Sociales, Luxemburg: Aloss 2012. ISSN 2071-2486. s. 177

platnou reflexi sebe sama. Sestry mohou pacientovi pomoci udržet kontrolu při rozhodování tím, že mu umožní předpokládat, jaké alternativy mohou nastat a také vyslechnou jeho obavy.²¹⁷ Sestry v dialogu s pacientem mohou posoudit, zda učiněné rozhodnutí koresponduje s životním plánem jedince a pojetím jeho dobra. Mohou pak zjistit, že někteří nemocní ztrácejí ochotu o sebe pečovat, např. bezdomovec, který žije podle svých představ, sice zjevně není šťastný, ale mnozí z nich, které umyjeme, poskytneme jim stravu a ubytujeme je, tedy uděláme šťastnými podle našich představ, páchají sebevraždy. Nebo sestry také mohou zjistit, že některé osoby se rozhodují ve prospěch nebo pod nátlakem druhého (např. rodinného příslušníka). Problém je mnohdy v tom, že zdravotník sice chce konat dobro pro pacienta, ale nepoloží si otázku, co je to to dobro a jak vypadá životní plán daného pacienta, čili nechce vědět, proč se pacient rozhodl tak, jak se rozhodl. Pak se může stát, že sestra přehlédne, že dobro v jeho biologicko-medicínském pojetí může být v rozporu s dobrem z jiných hledisek. Právě tato absolutizace pojetí dobra jednoho účastníka interakce oproti druhému dělá tolik problémů. Pacient se pak ve zdravotní péči stává prostředkem naplňování cílů, které jsou mu v podstatě cizí. Zdraví a život pro mnoho lidí nejsou nejvyšší hodnoty a odmítají být zdraví a živí na úkor jiných hodnot (dobré jídlo, kouření, alkohol, drogy, ale i práce, sex, adrenalinové zážitky a jiné konzumní rozkoše). Ve zdravotnické praxi se to projevuje tak, že zdravotník si myslí, že ví, co je pro pacienta dobré, dává mu rutinní odborná doporučení a rady, které mají být dodržovány. Někteří pacienti tato doporučení ovšem nedodržují nebo ne zcela dodržují, a často a velmi rychle potom dostávají označení neochotný spolupracovat (noncompliance). A mnohdy ani nemusí jít o nedodržování doporučení zdravotníků, může jít jen o to, že pacient klade spoustu otázek a chce vědět, proč se opakovaně uskutečňují běžná, tzv. rutinní vyšetření např. odběry krve nebo kontrola EKG apod. a i tak se může stát, že je označen za pacienta „těžkého.“ Podle Davidsové a Underwoodové, pokud u zdravotníků převládá názor, že vědí lépe, co je pro pacienta dobré, je autonomie pacienta redukována a zvyšuje se tendence pečovat o něj jako o prostředek.²¹⁸ Obdobně se k této otázce vyjadřuje i Payne, který uvádí, že pro vztah pacienta a zdravotníka platí princip ekvivalence, který by měl zaručovat úctu každému, kdo je schopen elementárního rozhodování a zdravotník by se neměl v žádném případě nad pacientem nadřazovat. Přičemž

²¹⁷ WIENS, Arlene, G., ref. 210, s. 102

²¹⁸ DAVIDS, Anne a Patricia R. UNDERWOOD. *The Competency Quagmire: Clarification of the Nursing Perspective Concerning the Issues of Competence and Informed Consent*. Int. J. Stud., 1989, Vol. 26, No. 3, s. 271-279.

kompetentní jedinec dokáže provést sebereflexi vlastního rozhodování a jednání, zvláště co se týká otázky motivace. V rozhodování se u každého jedince zrcadlí autonomie v podobě jeho vlastní filosofie a je ji možné ovlivnit pouze vysvětlováním a argumentací v diskusi.²¹⁹ Dalo by se tedy říci, že sestra a pacient vstupují do interakce s rozdílnými názory, osobnostními předpoklady a rolemi. Souhlasím s názorem Wiensové, že osoby, které jsou v tomto ohledu převážně pasivní, mají menší problémy s rolí pacienta než osoby, které jsou konfliktní a zvyklé kontrolovat. Vrozeně vstřícná osoba má podle ní vlohy pro roli pacienta, zatímco zdrženlivá a odměřená osoba má méně předností pro tuto roli.²²⁰ Pacient tak může odmítnout očekávanou pasivní roli a vyžadovat řízení procesu péče. Oba účastníci interakce by pak měli jednat v souladu s portrétem sebe sama, který je u pacienta nastaven a úrovní autonomní kompetence, kterou pacient vykazuje. Někteří pacienti se také mohou rozhodnout pro kompromis v roli pacienta a vzdát se autonomního jednání v některé oblasti. Např. onkologičtí pacienti, kteří jsou slabí vyčerpaní a mají pocit, že rozhodnutí učiněná v poslední době nebyla zcela optimální a nekorespondovala s jejich životním plánem, mohou mít strach činit další rozhodnutí. Je potom odpovědností sester, aby uzpůsobily okolní prostředí tak, aby vzbuzovalo důvěru pacienta a podporovalo jeho autonomní jednání.²²¹ To znamená, že sestry také pomáhají pacientům mobilizovat dostupný potenciál ke zvýšení jejich autonomní kompetence a měly by tak být chápány jako jeden ze zdrojů, který zvyšuje nebo doplňuje pacientovu autonomii. V různých situacích v procesu péče vykazují lidé různé úrovně autonomie, která je hodnocena sestrami. Posouzení kompetence se podle Davidsové a Underwoodové zakládá na kontextu specifického úkolu, relevantní schopnosti, jejím rozsahu a stabilitě, přičemž kompetence se může měnit v závislosti na složitosti úkolu a také v čase.²²² Pokud sestra pracuje s teorií deficitu sebezpěče, je toto schopna posoudit pomocí konceptu schopností a dispozic, který tvoří předpoklad pro jakékoli lidské jednání, protože zjišťuje schopnost poznávání, paměti, logického myšlení, tvorbu úsudku a dosahování správných rozhodnutí v různých životních situacích. Zahrnuje také naučené dovednosti, které mají dopad na komunikaci a na činnosti týkající se zkoumání a tvořivosti. Dále zahrnuje také posouzení vůle osob k provádění péče o sebe sama, a přijetí sebe sama jako osoby, která

²¹⁹ PAYNE, Jan, ref. 200, s. 10, 36

²²⁰ WIENS, Arlene, G., ref. 210, s. 99

²²¹ WIENS, Arlene, G., ref. 210, s. 100

²²² DAVIDS, Anne, a Patricia R. UNDERWOOD., ref. 218, s. 271-279.

potřebuje pomoci v určitém rozsahu sebezpečí (viz příloha č. 6).²²³ Pokud zdravotníci neposuzují a ani nerespektují pacientovy kompetence rozhodovat o určitých otázkách procesu péče, může dojít až k paradoxním situacím, které jsou pro obě strany zatěžující a vedou k nepochopení a neochotě se dále na procesu péče podílet, jak dokládá následující příklad.

Padesátiletá pacientka se zhoubným onemocněním krve se na rehabilitační klinice zotavovala po náročné, tři čtvrtě roku trvající chemoterapii. V průběhu chemoterapie pacientka měla trhliny v oblasti konečníku, a pokud byla stolice tvrdší, bylo vyprazdňování spojeno s bolestí a krvácením z konečníku. Proto pacientka dostávala běžně dostupný přípravek na změkčení stolice (Movicol). Tento přípravek přestala užívat zhruba dva měsíce před odjezdem na rehabilitační kliniku. Po týdenním pobytu na této klinice se ovšem bolestivost a krvácení z konečníku, spojené s vyprazdňováním, opět vyskytly. Proto pacientka požadovala opět Movicol, což bylo ošetřující lékařkou v rehabilitačním zařízení odmítnuto se zdůvodněním, že u geriatrických pacientů může při podávání tohoto přípravku dojít k zauzlení střev (ileu). Pacientce byly nabízeny jiné přípravky, které navozují vyprázdnění stolice. Pacientka tyto přípravky odmítla s výpovědí, že vyprázdnit se může, ale stolice je tužší konzistence, že tedy potřebuje výše uvedený přípravek na změkčení stolice. Nutno podotknout, že přímá komunikace mezi pacientkou a lékařkou se neuskutečnila, vše probíhalo zprostředkovaně telefonicky mezi lékařkou a sestrou. Výsledek byl ten, že pacientce bylo podání Movicolu odmítnuto. Pacientka si tedy u sester vyžádala rukavici a mast, aby mohla bolestivost při vyprazdňování mírnit alespoň tímto způsobem. Po víkendu, následující pondělí měla pacientka již delší dobu plánovaný termín setkání s lékařkou, v 8.50 h. Jednalo se o setkání v polovině rehabilitačního pobytu, mělo jít o posouzení stavu, prospěšnosti naordinovaných procedur atd. Pacientka se ke zmíněnému termínu dostavila, v místnosti byla spolu s lékařkou ještě jedna osoba a lékařka uvítala pacientku slovy: „Chtěla bych, abyste se v našem zařízení cítila dobře, proto vás chci předat jinému lékaři.“ Pacientka na to odpověděla: „A jak víte, že se necítím dobře?“ Lékařka začala vysvětlovat svoji teorii s možností vzniku ileu u geriatrických pacientů, při podávání Movicolu. Na to pacientka odvětila, že problém již vyřešila pomocí masti. Třetí osoba, která měla funkci moderátora a chtěla dojít k řešení situace, doporučovala, že je tedy vše v pořádku a pacientka zůstane v péči dané lékařky. Lékařka ovšem nadále trvala na

²²³ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 241

předání pacientky jinému lékaři, k čemuž i došlo. Tato situace pacientku značně zranila, protože se cítila jako nepotřebný předmět, kterého je potřeba se zbavit. Dá se říci, že v čase, který měl být vyhrazen pacientce, si lékařka řešila svůj vlastní problém, bez ohledu na problémy pacientky. Zdravotnická praxe přináší situace, v nichž musí být činěna těžká rozhodnutí pacienty a jejich rodinami. Takže na jedné straně je po pacientech, kteří vykazují autonomní kompetenci, vyžadováno, aby činili rozhodnutí stran chemoterapie, jestli se má zahájit nebo ne. Pacienti se také musejí rozhodovat, kterou chemoterapii podstoupí, jestli tu agresivnější nebo méně agresivní. A na druhé straně je jim odmítnuto účastnit se rozhodnutí o podání běžně dostupného přípravku na změkčení stolice a zmírnění problémů při vyprazdňování. Uvedený příklad dokládá, jak paradoxní může být přiznávání kompetencí pacientovi, pokud nejsou správně posouzeny. A jak někdy závisí na autoritativním postavení zdravotníka, jenž je obdařen svými profesními zkušenostmi, které mohou být v obecné rovině velmi užitečné, ale v některých individuálních případech spíše překážkou. Z uvedeného příkladu je také zřejmé, že to, co je ve vztahu zdravotníka a pacienta velmi důležité, je jejich přímá komunikace jako projev rovnosti dvou zúčastněných osob a tedy i jako projev důvěry. Pokud při řešení určitého problému k této komunikaci nedojde, jedná se o hrubou chybu, která narušuje důvěru pacienta a skrývá v sobě potenciál k nedorozuměním a možné neochotě ke spolupráci.

Opačným příkladem by mohlo být maximální využívání pacientovy kompetence v participaci na péči pomocí konceptu sebepéče Oremové tak, jak byl popsán Weisem ve stejnojmenném článku. Jedná se o projekt uskutečněný u 121 pacientů, kteří vykazovali určité znaky, jako např. pacienti čekající na diagnostiku, pacienti po drobných chirurgických zákrocích, pacienti při přechodu na poakutní hospitalizaci a podobně, jednalo se o skupiny pacientů, kteří byli schopni fungovat s maximální nezávislostí. Předpokladem pro přijetí pacienta na toto oddělení byla samostatnost v provádění aktivit denního života (schopnost zajistit si základní hygienické potřeby, dojíti na odběry, radiologické vyšetření, a to sám nebo s pomocí partnera v péči), schopnost přijímat nové informace a nést odpovědnost. Edukace se pak týkala medikamentózní léčby, objasnění diagnózy, přípravy k vyšetření nebo na chirurgický zákrok, přípravy na propuštění atd. Pacient musel být k tomuto způsobu péče doporučen zainteresovaným lékařem a vrchní sestrou. Projekt také zahrnoval rodinné příslušníky, či blízké, kteří byli nazýváni partnery v péči. Jednalo se o dospělé osoby, které byly schopny převzít část péče za pacienta, případně ho podpořit v aktivitách denního života,

provádět převaz spáleniny, testovat moč apod. Důraz byl tedy kladen na edukaci pacientů a partnerů v péči, a to na specifické aktivity, které by pacienti mohli vykonávat sami pro sebe nebo jejich blízcí pro pacienty. Tato skutečnost s sebou přináší vyšší stupeň odpovědnosti a participace na léčebně ošetrovatelském procesu. Konkrétně se jednalo o oddělení se sedmnácti lůžky, kde službu vykonávala sestra bakalářka s klinickou praxí minimálně tři roky (přítomná Po-Pá od 7:00-17:30 h) a byla schopna edukovat pacienty. Dále zde fungovala sekretářka od 7:00-15:30 h, večer, v noci a o víkendu bylo oddělení zajištěno sestrou supervizorkou a pacienti věděli, jak ji mají kontaktovat. V případě naléhavých situací byla péče zajištěna sestrou z vedlejšího oddělení. Lékařská péče byla běžně dostupná. Práce sestry tedy spočívala v edukaci a podpoře pacientů tak, aby jim pomohla maximalizovat jejich potenciál a zvýšit sebek péči. Tato studie potvrdila, že pacienti se více spoléhají na sebe, více si věří, což podporuje jejich autonomii a jsou více zainteresováni do péče o sebe sama. Počáteční strach pacientů byl mírněn přítomností partnera v péči. Studie dokládá, že tento způsob péče ve srovnání s běžným způsobem šetří náklady na péči o 32 % a vykazuje maximální (100%) spokojenost pacientů s tímto modelem péče.²²⁴ Z uvedeného příkladu je zřejmé, jaké jiné dimenze v sobě může zahrnovat respekt k autonomii pacienta. To znamená uvážené posouzení pacientovy kompetence v sebek péči a její maximální využití při podpoře jeho autonomie, což je možné uskutečnit pomocí ošetrovatelského konceptu autonomie za využití teorie sebek péče Oremové.

5. 2 Úloha sestry při podpoře pacientovy autonomie

V jednání sestry je tedy důležité uplatňovat respekt k autonomii pacienta, konkrétně tím, že sestra může zvýšit vnitřní motivaci pacienta odměnou, pozitivní zpětnou vazbou, sníženým dohledem a zajišťováním příležitostí pro pacientovo sebeřízení. Podle Wiensové je doloženo, pokud jsou uplatňovány faktory podporující autonomii spíše než tendence ji ovládat, lidé jsou motivovanější, kreativnější, vnímavější, důvěřivější, lépe emočně naladění a zdravější, protože mají vyšší úroveň sebeúcty. Takoví lidé si uvědomují kompetenci a preferenci cílů, jejich chování má tendenci méně kontrolovat,

²²⁴ WEIS, Art. *Cooperative care: An Application of Orem's Self-Care Theory*. Patient Education and Counseling, 11, 1998, s. 141-146.

a vykazují méně agresivity. Příklady aktivit, které blokují autonomní jednání, jsou nátlak a dohled.²²⁵

Ne všichni pacienti ovšem vykazují stejný stupeň autonomní kompetence, a někteří se dokonce vzdají určitého stupně ovládnání ve prospěch zdravotníků - viz příklad v kapitole vztah pacient – zdravotník, kdy ze 150 dialyzovaných pacientů by se 30 % z nich vzdalo určité míry kompetence ve prospěch zdravotníků a 31 % by udělilo lékařům úplnou míru svobody ke změně původní advance directive.²²⁶ Některé osoby vyvíjejí obranné mechanismy nebo kognitivní filtry a jsou takzvaně slepé vůči realitě vlastního života. Problém také může nastat, když zdravotník rozhodne, které informace by měl pacient obdržet, bez toho aniž by dané téma s pacientem prodiskutoval. V tomto ohledu převyšuje paternalismus nad respektem k autonomii a nemělo by být výsadou zdravotníků užívat benevolentní manipulaci, aby chránili pacienta před realitou života. Podle Wiensově není uplatňování kompromisní autonomie ospravedlnitelné, pokud brání osobám v pokusech o sebeřízení. Pokud nejsou osoby schopny uplatnit autonomní kompetenci k podpoře sebe sama, potom je ospravedlnitelný mírný paternalismus, například extrémním případem může být činění rozhodnutí za osobu se suicidními sklony nebo za osobu se syndromem demence. Osoba může mít snížené vnímání a poruchu vědomí, čímž může být neschopná činit rozhodnutí, ovšem rodina nebo sestra může znát pacientova přání z minulosti a na základě toho adekvátně rozhodnout.²²⁷ Jak uvádějí Haasová a Kohlenová, je pro podíl na rozhodování sestry důležité, kde se pacienti nacházejí. Autorky prováděly kvalitativní studii u 24 sester pečujících o pacienty s pokročilým syndromem demence, u nichž měla být zavedena umělá výživa pomocí PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie). Autorky došly k závěru, že pokud je pacient hospitalizován v nemocnici, mají sestry velmi malý podíl na rozhodování o zavedení umělé výživy, protože o její realizaci rozhoduje většinou lékař. Autorky v této souvislosti uvádějí, že: „Mnoho sester rezignuje a frustrovaně se podřizuje tomuto rozhodnutí, některé sestry se snaží prostřednictvím příbuzných celou situaci ovlivnit.“ Jiná je situace na gerontologických a gerontopsychiatrických odděleních, kde se uskutečňují týmové diskuse, které umožňují sestrám participovat na procesu rozhodování. V domovech důchodců je situace odlišná, zde mají podle Haasové a Kohlenové sestry skrytou moc rozhodovat. To je dáno tím, že sestry mají určitou

²²⁵ WIENS, Arlene, G., ref. 210, s. 102

²²⁶ SCHNEIDER Carl E., ref. 118

²²⁷ WIENS, Arlene, G., ref. 210, s. 102

volnost a důvěru lékařů, velmi dobře znají obyvatele domova a jejich příbuzné, což jim skýtá ideální předpoklady iniciovat proces rozhodování a podílet se na něm. V domácí péči je rozhodování o umělé výživě záležitostí rodiny, přičemž v průběhu péče o pacienta v domácím prostředí se často vyvíjí vztah důvěry mezi sestrami a příbuznými pacienta. Sestry jsou tak často žádány o radu a pomáhají rodině v procesu rozhodování při zohlednění pacientova dosavadního života a jeho přání.²²⁸

Fromer předpokládá, že sestry jsou zainteresovány do procesu podpory pacientovy kompetence více než kterýkoliv jiný zdravotník. Sestra má lepší příležitost pro kontinuální dialog s pacientem. Pacient se potřebuje s někým podílet v procesu rozhodování a zdravotník, tedy i sestra, mu může v tomto ohledu pomoci. Pokud sestry pracují s teoriemi, musíme se ptát, jestli tyto teorie dávají doporučení zabývat se otázkou kompetencí a jak zajišťují, že v ošetrovatelské praxi bude pacient subjektem a ne objektem péče. Podle mého názoru je koncept pacientovy autonomie přítomný v ošetrovatelské praxi např. v Teorii deficitu sebepěče Oremové. Stejný názor zastává také Wiensová a hovoří o tom, že koncept sebepěče Oremové podporuje začlenění pacienta do rozhodování a užívá edukaci ke zvýšení jeho sebekontroly a schopnosti činit rozhodnutí.²²⁹ I Davidsonová a Underwoodová zastávají podobný názor. Ošetrovatelství jako praktická disciplína se, podle nich, zaměřuje na oblast autonomie a konkrétně na schopnost jedince provádět vědomé jednání s ohledem na sebepěči. A jednoduše odpovídá na otázku, co dělat pro pacienta, pokud on sám není schopen a kompetentní provádět úkony v sebepěči. Sestra by měla být schopna obnovit, udržet, anebo zvýšit kompetence sebepěče pacienta tak, aby mohl převzít odpovědnost za péči o sebe sama ve vztahu ke zdraví. V ošetrovatelství (užívající koncept sebepěče) se diagnostický proces zakládá na odhalení deficitu sebepěče, a to popisem vztahu požadavků sebepěče, které vznikají v průběhu nemoci a kompetencích sebepěče pacienta těmto požadavkům dostát. Pokud je významně redukována pacientova kapacita provádět autonomní rozhodnutí, tedy i v sebepěči, měli by tito být chráněni před ublížením, ke kterému by mohlo dojít v případě silného paternalistického přístupu a realizaci biomedicínského pojetí dobra zdravotníků. V ošetrovatelském pojetí je tato otázka, dle uvedených autorů, vyřešena, protože koncept sebepěče výrazně respektuje autonomii pacienta.²³⁰ A to v první řadě ustanovením komplementárního vztahu

²²⁸ HAAS, Margit a Helen KOHLEN, ref. 216, s. 180-181.

²²⁹ WIENS, Arlene, G., ref. 210, s. 95

²³⁰ DAVIDS, Anne a Patricia R. UNDERWOOD, ref. 218

založeného na kompetenci sebedpěče stejně jako požadavcích sebedpěče, které pomáhají snížit paternalistické intervence na minimum. Ošetrovatelská péče je založena na asistenci pacientovi při rozhodování zapojení se do jednání tak, aby mohl činit co nejvíce pro sebe sama. Ošetrovatelská péče je založena na spoustě malých změn pacientovy schopnosti v sebedpěči a jde o poněkud odlišný přístup, než jakým je obecný názor sestry, co je v dané situaci pro pacienta to nejlepší tak, jak to nacházíme např. v NANDA taxonomii. Například spousta akutně psychotických pacientů není schopna provádět každodenní rutinní úkony. Pokud je péče zaměřena individuálně a schopnosti sebedpěče pacienta jsou individualizovaně zapracovány do denního plánu, tak to pomáhá jedinci činit pro sebe sama tolik, kolik je v jeho silách a je to více terapeutické než standardní plány, které vnucují všem pacientům dělat činnosti bez ohledu na jejich úroveň psychopatie. Z druhého, základního zájmu, který sestry vnášejí do otázky kompetence, je širší povahy, nežli je specifické posouzení pacienta jako kompetentního nebo nekompetentního k udělení souhlasu s terapeutickými intervencemi. Objektem zájmu a posouzení při používání sebedpěče Oremové v ošetrovatelské praxi se totiž stal specifický druh kompetence, který může být vyjádřen jako schopnost rozhodovat se a provádět jednání v sebedpěči ve vztahu ke zdraví. Specializovaný způsob vědomostí v ošetrovatelství má co do činění s technikami zahrnujícími asistování jedinci v nemoci i ve zdraví, ne jen kompenzaci deficitů sebedpěče. Jde především o to podpořit a zvýšit kapacitu pochopení pacientovy vlastní kompetence sebedpěče. Je otázkou, je-li pacient legálně posouzen jako nekompetentní k udělení souhlasu pro specifickou léčebnou péči a zda je tato skutečnost relevantní pro ošetrovatelskou péči. Podle Davidsové a Underwoodové je odpověď na tuto otázku ne. Například mnoho psychiatrických pacientů může mít vražedné nebo suicidní sklony a i když tato osoba není schopna činit rozhodnutí o léčbě, je často schopna se angažovat ve vědomém jednání v sebedpěči, je-li jí dána šance. Ale i tak mohou být pacienti zdrženliví v převzetí odpovědnosti za sebedpěči v denním životě s ohledem na jejich legální status vztahovaný k léčbě.²³¹ Na jedné straně mohou pacienti vykazovat určité omezení autonomních kompetencí a jsou limitováni v rozhodování, na straně druhé mohou vykazovat autonomní kompetence, ale jejich motivace může být snížena. V případě, že sestra používá koncept sebedpěče Oremové, tak je schopna toto zjistit pomocí konceptu dispozic a schopností sebedpěče - viz výše. Ochota, či neochota pacienta ke spolupráci je jedním z faktorů, které ovlivňují

²³¹ DAVIDS, Anne a Patricia R. UNDERWOOD, ref. 218, s. 277

přístup zdravotníků k jeho autonomii. V literatuře je neochota ke spolupráci (noncompliance) kritizována, protože zdůrazňuje podřízenou pozici pacienta ve vztahu ke zdravotníkovi. Užití tohoto termínu je neslučitelné s povahou vztahu pacient - sestra, protože historicky se ošetřovatelství ztotožňuje s pacientovou nezávislostí a sebedeje. ²³² NANDA taxonomie definuje noncomplianci jako stav, v němž jedinec vyjádřil požadavek a záměr držet se léčebných doporučení, ale v praxi jej nedodrhuje. ²³³ Úmyslná nespoupráce pacienta, podle Bakker, Kastermansové a Dassena, není vždy posuzována ke zdraví a pocitu pohody jedince. A navíc doporučení zdravotníků, jako expertů, podle nich, nejsou neomylná. Léčba může selhávat a diagnózy mohou být nesprávné. ²³⁴ Toto tvrzení je možné doložit i skutečnými čísly například jak popisuje Ludwig (2009) ve své knize studií Rüdiger a kolegů z roku 2003 v odborném časopise *Patologie*, která zahrnovala 172 patologů a pět tkáňových odběrů, které měly být těmito patologi imunohistologicky vyšetřeny. Jen 57 % vzorků bylo diagnostikováno správně. A určení správné diagnózy, metastázy bronchiálního zhoubného tumoru, se pohybovalo mezi 20–30 %. Když uvážíme, že bronchiální karcinom patří k jedné z nejčastějších příčin úmrtí u mužů, jedná se o velmi alarmující čísla, což s sebou přináší selhávání procesu léčby s ublížením nebo fatálními následky. ²³⁵ Autor také uvádí, že k chybám dochází i pokud mají zdravotníci správné výsledky přímo před očima, a to na případu 29leté pacientky, která byla přijata pro bolest a otoky kloubů. Byl kontrolován ANA parametr (svědčící pro onemocnění Lupus erythematoses, norma je 1:80), který v té době byl 1:5 000, přesto byla pacientka za tři dny propuštěna. Za další týden byla pacientka opět přijata, a to s výraznými teplotami, ANA výsledek byl 1:10 240, přesto byla pacientka opět propuštěna. Do nemocnice se vrátila po 16 měsících v septickém šoku s extrémními otoky horních a dolních končetin, některé z nich chtěli zdravotníci amputovat, protože byly velmi špatně prokrvené. V současné době je pacientka na invalidním vozíku a v rozhovoru pro *Süddeutsche Zeitung* uvedla: „Každý den je pro mě utrpením a raději bych byla mrtvá.“ Ludwig se zabývá myšlenkou, že mnohé chyby v diagnóze by se daly odstranit zlepšením organizace a komunikace mezi zdravotníky.

²³² BAKKER, Roel, H., KASTERMANS, Marijke, C., a Theo W. N. DASSEN, *An Analysis of the Nursing Diagnosis Ineffective Management of Therapeutic Regimen Compared to Noncompliance and Orem's Self-Care Deficit Theory of Nursing*. Nursing Diagnosis Volume 6, No 4, October-December, 1995. s. 161-166.

²³³ BAKKER, Roel, H., KASTERMANS, Marijke, C. a Theo W. N. DASSEN, ref. 232, s. 161

²³⁴ BAKKER, Roel, H., KASTERMANS, Marijke C. a Theo W. N. DASSEN, ref. 232, s. 162

²³⁵ LUDWIG, Udo. *Tatort Krankenhaus, wie Patienten zu Oper werden*, 1. Auflage, Hamburg: Spiegel-Verlag, 2009, ISBN 978-3-442-12994-2, s. 29.

Uvádí také, že stres a každodenní shon na oddělení ohrožují zdraví pacientů.²³⁶ Payne uvádí, že omyl se vymyká etickému posouzení, je otázkou, jestli se v jeho pojetí dá hovořit o chybě. Dle Beuchampa a Childresse chyby (zvláště u chirurgů) je možné dělit na technické, úsudkové a normativní, přičemž normativní chyby souvisejí s prohřešky proti normám chování. Dle Berlingerové je vyrovnání se s ublížením druhému při učinění chyby a vyrovnání se s následky ublížení etickým problémem.²³⁷ Takovýmto ublížením, dle mého názoru, může být i učinění chyby zdravotníkem přes upozornění pacienta, které v sobě zahrnuje nerespektování pacientova náhledu na jeho situaci. Příkladem může být sestra, která špatně nařadila lék v intravenózní infuzi, a to tři ampule kalia do 100 ml fyziologického roztoku. Tento lék nechala pacientovi kapat i přes jeho vyjádření, že: „to bolí a pálí“. Švagrová pacienta (také zdravotní sestra), která jej přišla navštívit, sestru upozornila, že v infuzi je špatně nařaděný lék. Sestra napůl otočená zády k ní odvětila: „Já o tom vím, příště mu to nařídím správně.“ Švagrová na to namítla: „To mi chcete říct, že raději poškodíte pacienta, než abyste mu podala správně nařaděný lék?“ Sestra posléze infuzi bez jakékoli komunikace s pacientem vyměnila, ale bylo zřejmé, že je velmi nahněvaná. Všechny tyto skutečnosti a jejich popularizace vytvářejí určitou image zdravotnického zařízení, tzv. haló efekt, a tím samozřejmě snižují důvěru pacientů ve zdravotníky, touhu se jim se vším svěřovat a také touhu ke spolupráci v procesu péče. Na základě této znalosti jsou pacienti nedůvěřiví, mají tendenci zdravotníky kontrolovat a spoléhat se sami na sebe. Jiný důvod, proč se mnohdy pacienti spíše spoléhají na sebe, je, jak jsem již zmiňovala, jejich chronické onemocnění, kdy tito nemocní mají většinou osvědčené postupy integrace nemoci do každodenního života.

Souhlasím tedy s vyjádřením Bakker, Kastermansové a Dassena, že pacienti mají často svoje vlastní nápady a znalosti, což prospívá zdraví a pocitu pohody, které zapadají do jejich rozvrhu. Například osoby trpící revmatickou artritidou dostávají speciální léky, které mohou často způsobovat vedlejší účinky (nevolnost), pokud jsou tyto velmi výrazné, pacienti se mohou rozhodnout a tyto léky vysadit.²³⁸ Nebo pokud musejí pacienti užívat vysoké dávky kortikoidů a znají jejich vedlejší účinky, může to u nich vytvářet určitou bariéru tyto léky pravidelně užívat, i když znají jejich hlavní přínos

²³⁶ LUDWIG, Udo, ref. 235, s. 32, 33, 40.

²³⁷ Srov. PAYNE, Jan, ref. 200, s. 47 a BERLINGER, Nancy. *After Harm (Medical Error and the Ethics of Forgiveness)*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press, 2005. ISBN 0-8018-8167-6. a BEUCHAMP, Tom, L. a James F. CHILDRESS, ref. 85, s. 30, 31.

²³⁸ BAKKER, Roel, H., KASTERMANS, Marijke, C. a Theo W. N. DASSEN, ref. 232, s. 162

léčbě. V tomto případě by jedinec také mohl být označen za nespolupracujícího, aniž by se pátralo po důvodu, proč pacient léky neužil nebo proč nedodrží doporučení zdravotníků. Například někteří nemocní také ztrácejí ochotu o sebe pečovat pro rezignaci, ať již pro ztrátu podpory v rodině nebo proto, že selhala domluva se zdravotníky a pacient nechce být pouhým vykonavatelem instrukcí, se kterými nesouhlasí, anebo nechce být objektem neosobní péče. Existují i nemocní, kteří prostě o sebe pečovat nechtějí na základě vlastního autonomního rozhodnutí. Rozhodující je podle Bakker, Kastermansové a Dassena poznání, že je to vždy pacient, pokud vykazuje autonomní kompetenci, který v konečném důsledku nese odpovědnost za řízení léčebného režimu jako ošetřovatelské diagnózy. Podle uvedených autorů to, co má být regulováno a integrováno do běžného denního životního programu, může být založeno částečně na profesionálních doporučeních, ale pořád zůstává na pacientovi, do jaké míry respektuje tyto expertní rady. Protože pacienti je konfrontují s vlastními hodnotami a cíli a mohou tak dojít k závěru, že pokud integrativní doporučení zdravotníků nepřeváží prospěch, mohou se rozhodnout pro jejich nedodržování.²³⁹ Řečeno jiným způsobem dobro vnímané pacientem, tedy jeho osobní preference (jeho rozvrh, či životní plán) převyšuje dobro zdravotnické, které je zaměřené na navrácení fyziologické funkčnosti těla a úlevu od bolesti. Je velmi důležité, aby zdravotníci ve vztahu s pacientem postupovali vždy rozvážně a aby jejich postupy jednání odpovídaly jak správnosti provedení po technické stránce, tak i po stránce morální, a to tak, aby respektovaly dobro dané osoby. K tomu je mnohdy nezbytné udělat si čas na pacienta, důsledně a důkladně (mnohdy i opakovaně) mu objasnit případné nevýhody nedodržovaných doporučení nebo jeho nesouhlasu s některými zákroky a ne jej hned označit za nespolupracujícího. K takovému nálepkování v běžné praxi skutečně dochází velmi často, dokladem toho by mohly být dvě zcela rozdílné následující situace. V první z nich, sestra na oddělení kardiologie měla připravit pacienta ke kolonoskopii, protože se u něj projevilo krvácení z konečníku a při první přípravě zkolaboval. Zmíněný pacient vypil v předvečer vyšetření vyprazdňovací roztok, a protože druhý den ráno nebyl ještě řádně vyprázdněn, měl dostat klyzma, což pacient důrazně odmítal. Sestra mohla do dokumentace uvést výpověď „pacient odmítá“, ale udělala si na něj čas, vyslechla jeho obavy a pro zákrok argumentovala slovy: „Dovolte mi, prosím, dát vám to klyzma, protože jinak nebude možné provést kolonoskopii a opět nebudete znát

²³⁹ BAKKER, Roel, H., KASTERMANS, Marijke, C. a Theo W. N. DASSEN, ref. 232, s. 162

příčinu krvácení do střeva.“ Sestra svým zájmem a angažovaností pomohla pacientovi alespoň částečně zmírnit jeho obavy a nejistotu tak, že k zákroku svolil a bohužel u něj byla diagnostikována rakovina konečníku. Je možné, že pokud by měla službu jiná sestra, volila by jednodušší a rychlejší cestu, a to záznam do dokumentace, že pacient výkon odmítá. I když jsou sestry jednotným způsobem vzdělávány, v otázce empatie a individuálního přístupu hodně záleží na osobnosti, motivaci a hodnotovém systému každé z nich. Některé sestry dávají pacientovi najevo svůj domnělý dominantní přístup. Jako sestra, která chtěla pacientovi aplikovat podkožní injekci Fraxiparinu (přípravek na ředění krve). Pacient se zeptal: „A je to nutné? Myslel jsem, že jdu dnes domů.“ Sestra aniž by něco vysvětlila, odpověděla: „Jestli nechcete, tak já napíšu do dokumentace, odmítá a je to.“ Pacient se cítil nepochopen a došlo mezi ním a sestrou k prudké výměně názorů.

V NANDA taxonomii nálepkování pacienta jako nespolupracujícího (noncompliance) podle Bakker, Kastermansové a Dassena znamená konec diskuse, jestli vůbec nějaká byla. Např. pacient s chronickým srdečním selháním může mít různé důvody, proč se drží nezdravého životního stylu. Přičemž kouření, úzkost, stres, interpersonální problémy představují jen několik z těchto možností. Označit pacienta za nespolupracujícího znamená, že pacient bude kouřit i nadále bez ohledu na doporučení zdravotníků, přičemž důvod kouření pacientů zůstává většinou neodhalen. Zmiňování autoři uvádějí nezáměrnou nespolupráci pacienta, která se většinou zakládá na jeho neznalosti, a záměrnou, která by v některých případech, pokud je účinná, mohla být označena jako efektivní sebeřízení. Jinak navrhuje, aby byla diagnóza noncompliance užívána pouze jako označení části léčebného režimu, na němž se pacient a sestra neshodli. Tito autoři ošetřovatelsví usilují o vyloučení diagnózy noncompliance z výčtu užívaných ošetřovatelských diagnóz NANDA taxonomie.²⁴⁰ V publikaci Johnsonové et al. jsou u diagnózy *noncompliance* uvedeny intervence k podporujícímu chování jako edukace ke zdraví, asistence v sebemodifikaci, usnadnění sebeodpovědnosti, podpora při seberozhodování, postupy zdravotního systému, konzultace telefonem, objasnění hodnot, podpora při odvykání kouření. Podpora pečovateli k usnadnění učení, k edukaci procesu nemoci, k podpoře schopnosti sestavit jídelníček a začlenění rodiny do péče, respektování práv pacientů, podpora psychomotorických dovedností. V oblasti motivace potom asistence v sebemodifikaci,

²⁴⁰ BAKKER, Roel, H., KASTERMANS, Marijke, C. a Theo W. N. DASSEN, ref. 232, s. 162

usnadnění odpovědnosti, podpora rozhodování, kontakt na podpůrné skupiny. U intervence osobní jednání k vyloučení patologie se opět uvádí usnadnění odpovědnosti, zvládnání, edukace procesu nemoci, schválené postupy zdravotního systému, pacientovy smlouvy, často dochází k opakování předešlých intervencí.²⁴¹ Autoři nehovoří o zjišťování autonomní kompetence pacientů a motivech, které by odhalily autentické důvody nespolupráce pacienta. Podle jiných autorek Deongesové a Moorhouseové je noncompliance nazvána jako neochota ke spolupráci, přičemž jsou si vědomy, že noncompliance je termín, který může pacienta případně pečovatele stavět do negativního světla. A zdůrazňují, že pacient má právo odmítnout léčbu, a proto považují za vhodné, aby zdravotník akceptoval volbu pacienta a společně našli alternativní cíle. Tyto autorky se ovšem také nezmiňují o kompetenci pacienta k rozhodování a její diagnostice. Na druhé straně doporučují přezkoumat postoje zdravotníků vůči pacientovi a vyjasnit otázku, zda bylo náležitě usilováno o spolupráci pacienta. Uvádějí také, že někteří zdravotníci se mohou snažit rozhodovat za pacienta a mohou tak být překážkou pokroků v léčbě. Doporučují, aby zdravotníci pomohli nalézt pacientovi cestu, jak efektivně řešit situaci, čímž se podle nich zvýší vzájemná důvěra.²⁴²

Jak již bylo uvedeno, někteří autoři ošetrovatelství se snaží o vyloučení diagnózy noncompliance z výčtu diagnóz a o její nahrazení diagnózou neefektivní řízení léčebného režimu. Přičemž diagnózu neefektivní řízení léčebného režimu přirovnávají k deficitu sebeděče vyjádřenému Oremovou, kdy podle nich jde o vztah situační potřeby sebeděče a kompetencí sebeděče.²⁴³ Dle mého názoru se jedná o velmi povrchní analýzu na rozdíl od diagnostiky pomocí konceptů sebeděče, která je komplexní a zahrnuje jak perspektivu pacienta (kompetence sebeděče), tak perspektivu sestry (situační potřebu sebeděče). A za využití konceptů sebeděče se sestra snaží odhalit systém sebeděče daného pacienta. Koncepty sebeděče sestře umožňují jednak sestavit situační potřebu sebeděče daného pacienta, odhalit jeho kompetence sebeděče (viz výše) a to, co je ovlivňuje. Dále potom je sestra schopna určit, v čem systém sebeděče pacienta selhává, co je hlavní příčinou tohoto deficitu a spolu s pacientem se tuto příčinu snaží řešit. Podle stupně deficitu sebeděče sestra také určuje způsob podpory daného jedince,

²⁴¹ JOHNSON, Marion et al. NANDA, NOC, and NIC Linkages. Nursing diagnose, Outcomes, and Intervention. St. Louis, Missouri: Mosby 2006, ed 2. ISBN 10 0-323-03194-3, s. 289-293

²⁴² DOENGES, Marilyn, E. a Mary F. MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha: Grada Publishing 2001. ISBN 80-247-0242-8, s. 200-202

²⁴³ BAKKER, Roel, H., KASTERMANS, Marijke, C. a Theo, W. N. DASSEN, ref. 232, s. 165

přičemž klade velký důraz na edukaci. Jde tedy o komplexní logickou záležitost, spíše než o pouhý výběr hodících se projevů, příčin a intervencí. V NANDA taxonomii Herdmanová u diagnózy neefektivní řízení léčebného režimu uvádí projevy jako například, že pacient vyjadřuje touhu zvládnout léčbu nemoci, prevenci následků, nepřijal opatření ke snížení rizikových faktorů apod. Mezi příčinami je uvedena bezmocnost, která na jiném místě publikace figuruje jako diagnóza, stejně jako konflikt v rodině nebo nedostatek znalostí, takže zůstává otázkou, pokud sestra zvolí jednu z těchto příčin a řeší ji jako problém, jestli tím vyřeší i diagnózu neefektivní řízení léčebného režimu. Ve zmiňované publikaci jsou jinak dále uvedeny jako příčiny ekonomické potíže, nadměrné požadavky, složitost systému zdravotní péče, vnímaná závažnost problému apod.²⁴⁴ Intervence k řešení diagnózy neefektivní řízení léčebného režimu jsou naproti tomu, podle Johnsonové et al., zaměřeny na regulaci glykémie, zvládnání kardiálního onemocnění nebo diabetu a jejich progresu, zvládnání dialýzy, chování předcházející patologie, znalosti léčebného režimu, účast na rozhodování ve zdravotní péči, chování podporující spolupráci, zde jsou potom uvedeny podobné intervence jako u diagnózy noncompliance.²⁴⁵ Z uvedených příkladů ošetrovatelských diagnóz je zřejmé, že sestry vybírají z nabídky příčin, proč pacient vykazuje neochotu spolupracovat nebo neadekvátně řídí léčebný režim, což určitým způsobem omezuje jejich diagnostické možnosti a velmi závisí na zkušenostech sestry, jak celou situaci posoudí. Když například vyberou z nabídky projevů, že pacient volí neefektivní způsoby ke splnění zdravotních cílů (u diagnózy neefektivní zvládnání léčebného režimu) nebo vyberou možnost chování svědčící o nedodržování léčebného plánu (u diagnózy noncompliance) nevidím v tom rozdíl, stejně tak, pokud by byla vybrána příčina problému např. konflikt v rodině (u diagnózy neefektivní zvládnání léčebného režimu) nebo blízké osoby (u diagnózy noncompliance), v čemž opět nevidím rozdíl. A jak jsem uvedla již výše, také některé intervence obou zmiňovaných diagnóz se překrývají. Bude tedy potom záležet na vnímání situace sestrou a její sympatii nebo antipatii k pacientovi, aby jej označila za neochotného spolupracovat (noncompliance) nebo uvedla, že neefektivně dodržuje léčebný režim. Dalo by se tedy říci, že záleží výhradně na osobnosti sestry a jejích zkušenostech, které se mohou promítat do jejího expertního posouzení. Tato nevyjasněná dualita je, podle mého názoru, velmi nebezpečná a poskytuje výraznější prostor k subjektivním intencím v hodnocení sestry.

²⁴⁴ HERDMAN, T. Heather, ref. 179, s. 394

²⁴⁵ JOHNSON, Marion et al., ref. 241, s. 440-449

Přikláním se tedy k názoru Bakker, Kastermansové a Dassena, že by bylo dobré diagnózu noncompliance vyloučit z NANDA taxonomie.

Z uvedeného tedy vyplývá, že rostoucí důraz na psychosociální kvalitu vztahu pacient a sestra je důležitou diskusí s pacienty, aby byly odhaleny autentické aspekty pacientova jednání při řešení problémů, s sebou přináší několik těžkostí, které se týkají pacientovy autonomie a sesterské autority. Podle Maye mnohá literatura a ošetrovatelské teorie předpokládají, že pacient si bude přát vstoupit do procesu péče a rovnocenného vztahu založeného na respektu k jeho rozhodování.²⁴⁶ Většinou tomu tak skutečně je, zvláště v dnešní době, kdy stoupá počet chronicky nemocných (pacienti s astmatem, diabetem, hypertenzí apod.) a především se také snižuje i jejich věková hranice. Takže se dá předpokládat, že tito pacienti jsou více agilní, akční, informovaní a berou zdravotnickou péči jako službu, která by jim měla umožnit i nadále vést kvalitní život. Pro práci sestry je proto důležité umět odhalit, zda pacient vykazuje autonomní kompetence a je schopen je adekvátně využívat ke zvládnání nemoci. A pokud se jeho náhled na zvládnání situace neshoduje s náhledem zdravotníků, sestra by měla být schopna odhalit, jestli se tedy shoduje s jeho životním plánem (jeho filosofií) a měla by se pokusit navrhnout kompromisní řešení. Každopádně by měla být připravena akceptovat rozhodnutí pacienta, který vykazuje autonomní kompetenci a je schopen nést odpovědnost za svá rozhodnutí. Ošetrovatelský koncept autonomie předpokládá širší pochopení vztahu pacient - sestra a nabízí objasnění, jak by mohli profesionálové postupovat ve vztahu k pacientovi, který vykazuje autonomní kompetence. A stejně tak, jak by měli přistupovat k pacientovi, který potřebuje podporu ve zvýšení této kompetence, tedy většinou podporu v procesu rozhodování. V tomto ohledu by měly být sestry chápány jako zdroj, který je schopen svým přístupem k pacientovi jeho autonomní kompetenci zvyšovat. Aby mohla být autonomní kompetence, a tím i kompetence sebepéče pacienta náležitě podpořena, bylo by žádoucí, aby sestra pracovala s teorií sebepéče Oremové, která maximálně využívá pacientova potenciálu a podporuje i jeho autonomii. Navíc výrazně snižuje riziko toho, aby byl pacient nahlížen jako objekt péče. Analyzuje kompetence sebepéče, které pacient vykazuje, a pokud nejsou zcela adekvátní, hovoří o deficitu sebepéče a ne o neochotě spolupracovat (noncompliance). Pacient může péči odmítat, ale i tak se sestra snaží jeho situaci analyzovat a pátrat po skutečných důvodech odmítání péče. Sestra tedy respektuje systém sebepéče pacienta, tzn. autonomní řešení

²⁴⁶ MAY, Carl. ref. 208, s. 85

problému pacientem a jediným kritériem, které je při tom posuzováno, je jeho účinnost při zvládnání problémů a jejich integrace do každodenního života. Domnívám se, že v této kapitole je vyjádřena také ta skutečnost, že v taxonomii NANDA je větším problémem expertní vyjádření sestry, které respektuje autonomii pacienta méně, než Teorie deficitu sebepéče.

6 Odpovědnost

Protože otázka rozhodování velmi úzce souvisí s odpovědností, pokusím se v této kapitole popsat odpovědnost v práci zdravotníků, zvláště pak sestry, co ji ovlivňuje a jak se vztahuje k odpovědnosti pacienta. Pokusím se o objasnění otázky, který z ošetrovatelských přístupů v práci sestry pracuje s odpovědností pacienta více, jestli koncept sebekpěče, nebo NANDA taxonomie. Budu se zabývat otázkou, kde končí odpovědnost sestry a začíná odpovědnost pacienta, který prokazuje autonomní kompetence, a tím tedy i kompetence sebekpěče.

6.1 Co je to odpovědnost

Neuplyne den, kdy bychom nepřevzali větší, či menší odpovědnost, která je důsledkem našich autonomních rozhodnutí. Odpovědnost je pojem, který je denně zmiňován v médiích, v pracovním životě, v osobním životě a v mnoha dalších souvislostech. Odpovědnost vyplývá z našich rozhodnutí, která každý den činíme, a to od zdánlivě nepodstatných rozhodnutí (např. který jogurt si koupíme), až po ta závažná (např. jestli změním zaměstnání, jestli podstoupím operaci, jestli se přestěhujeme, kterou stranu podpoříme ve volbách apod). Tím odpovídajícím způsobem přebíráme i určitou míru odpovědnosti. Například odpovědnost k vlastnímu zdraví, k druhému, profesní odpovědnost, odpovědnost k sociálně slabým, k životnímu prostředí, k udržení světového míru, atd. Odpovědnost je tedy zažívána jak v osobním, tak v pracovním i společenském životě.²⁴⁷

Pojem odpovědnosti v evropských jazycích souvisí se slovesem odpovídat a objevuje se už ve 14. století. Pojem odpovědnosti pochází původně z oblasti soudnictví a znamená, že osoba je za svoje jednání právně odpovědná a musí se zodpovídat za své činy. Vychází se tedy z předpokladu, že osoba určitý čin mohla, nebo nemusela udělat. A předpokládá se také příčinná souvislost nějakého jednání či nejednání s jeho žádoucími či nežádoucími důsledky.²⁴⁸ To znamená, že pokud člověk jedná, je jeho jednání poznamenáno vztahem k druhému a i ke společenství v němž žije.²⁴⁹

²⁴⁷ NATLUR Ulrike, *Pflegerische Verantwortung*: Grin Verlag, 2005, SBN 978-3-638-80722-7, s. 4.

²⁴⁸ KEESE, Christoph. *Verantwortung jetzt*, München: Goldmann, 2007. ISBN 978-3-442-15449-4, s. 22

²⁴⁹ HRABAL, Jiří. *Lévinasova etika odpovědnosti k druhému*, 1999. Skriptorium, knihovnička rukopisů. [online]. [cit. 2012-09-19] Dostupné z: <http://www.inext.cz/texty/book/p021.html>

Sociální vědy vnímají odpovědnost jako sociální fenomén, v tomto ohledu srovnává Lenk (1992) schopnost jednání se schopností převzetí odpovědnosti a zahrnuje do analýzy odpovědnosti osobu jako subjekt odpovědnosti, která je za něco odpovědná (za jednání, stavy, úkoly atd.), je někomu odpovědná v souvislosti s nějakým kritériem v rámci určité oblasti jednání. Odpovědnost se také přizpůsobuje vývoji společnosti a v moderním pojetí odpovědnosti je zahrnuta i kolektivní odpovědnost za vývoj budoucnosti lidstva.²⁵⁰ V současných politických diskusích se často objevuje pojem odpovědnosti za vlastní zdraví, protože s ní souvisí otázka nemocenského a sociálního pojištění, které jsou projevem humanity a solidarity. Jedinec, tedy dospělý občan, je podněcován k péči o sebe sama a převzetí zodpovědnosti za své zdraví, přičemž je státem motivován také k preventivnímu jednání. Teprve až jsou možnosti podpory sebe sama vyčerpány, následuje pomoc rodiny a posléze státu.²⁵¹

Do těchto politických diskusí se promítá filosofické, potažmo etické hledisko odpovědnosti, jejímž základním prvkem je svobodná vůle člověka při rozhodování, jeho motivy, vztah k druhému a jeho autonomii. Kdo jakou míru odpovědnosti v tomto ohledu přebírá, bych chtěla ponechat stranou a věnovat se odpovědnosti v konkrétním vztahu pacienta a zdravotníka ve zdravotnickém zařízení.

6.2 Odpovědnost v procesu péče a co ji ovlivňuje

Preferencí odpovědnosti k druhému se zabývá etika odpovědnosti zejména Bubera a Lévinase. Hrabal uvádí, že podle Lévinase, by to bylo tak, že sestra má odpovědnost za pacienta a ne obráceně, tak jako má např. učitel odpovědnost za žáka.²⁵² Tento výrok bych doplnila tím, že v určitých ohledech nese pacient odpovědnost sám za sebe. Protože například úkolem sestry je účast na procesu navrácení zdraví pacientovi a snaha probudit u pacienta touhu po odpovědnosti. Sestra také mnohdy ví, jak by mohla pomoci pacientovi řešit jeho problémy a otevřít mu cestu k dalšímu životu s nemocí, a v tom se zrcadlí jedna oblast její odpovědnosti. Obecně se sice poukazuje na to, že zaměstnanci zdravotnického zařízení nesou za pacienta, při jeho hospitalizaci, odpovědnost. Ale Vondráček a Wirthová tento názor upřesňují: „Poskytovatelé zdravotní péče nesou odpovědnost pouze za zdravotní stav a bezpečnost ošetřovaného

²⁵⁰ TEWESE, Renate. *Pflegerische Verantwortung*. Bern: Hans Huber Verlag, 2002. ISBN 3-456-83678-3. s 31, 33

²⁵¹ Solidarita a přijetí odpovědnosti za vlastní zdraví, [online]. [cit. 2012-10-16] Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/solidarita-a-prijeti-odpovednosti-za-vlastni-zdravi-21890.html>

²⁵² HRABAL, Jiří, ref. 249

pacienta. Nikoliv za chování a jednání svéprávného pacienta.²⁵³ Jak je vidět i v ošetrovatelství patří pojem odpovědnosti k jednomu z centrálních pojmů spolu se sebedpečí, autonomií, interakcí a komunikací, ale je mu věnováno velmi málo empirických studií. V pojmu odpovědnosti se prolíná etické a právní hledisko jednání sestry. Podle Vondráčka a Wirthové se odpovědností v ošetrovatelské praxi rozumí „ochota trpět sankce za protiprávní jednání“. Přičemž protiprávní jednání je v rozporu s právními předpisy, interními předpisy, ale i takové jednání, které je v rozporu s dobrými mravy a předpisy stavovské organizace, pokud je fyzická osoba jejím členem. Při poskytování ošetrovatelské péče může být sestra volána k odpovědnosti trestněprávní, občanskoprávní, pracovněprávní, disciplinární a smluvní.“ Dále tito autoři uvádějí, že sestra nese plnou zodpovědnost za naordinovaný výkon, který sama provede, je také oprávněna provádět výkony z vlastní iniciativy, získala-li k nim odpovídající kvalifikaci.²⁵⁴

V ošetrovatelské praxi se otázkou odpovědného a nezodpovědného jednání zabývala už i Florence Nightingalová. V této souvislosti hovořila o „nedbalé opatrovnici“, která například umývá pacienta v průvanu a pak se diví, že nastydl. Nebo vkládá teplé láhve nedbale do lůžka tak, že nemocného popálí nebo se obsah láhve vylije. Případný vznik proleženin Nightingalová přisuzuje ne vždy nemoci, ale také nedbalému ošetřování. Naproti tomu klade starostlivou ošetrovatelku, která si je všech těchto nepříznivých vlivů vědoma a snaží se jim předcházet, tedy pečuje o nemocného velmi zodpovědně.²⁵⁵

Je možné se domnívat, že Nightingalová se v této souvislosti z části vyjadřovala i k tomu, co je dnes nazýváno profesní odpovědností sestry, jejímž předpokladem jsou podle Tewesové nejen odborné znalosti, praktické dovednosti, profesní zkušenosti, adekvátní komunikace a etické normy, ale také osobnostní zralost sestry. K uvedeným předpokladům je autorkou přiřazována i autorita, jako legitimní moc vykonávat určitý úkol, jejímž zdrojem může být situace, expertní vědomosti, anebo určité postavení.²⁵⁶

Ošetrovatelství pojímá odpovědnost z pohledu etického a právního, což pomáhá vytvářet normativní rámec pro práci sestry. Ošetřující, výkonem jejich práce, přebírají odpovědnost za ošetrovatelské výkony a činnosti. Sestra tedy nese odpovědnost za sesterské expertní činnosti, k jejíž realizaci ji opravňuje absolvování odborného

²⁵³ VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2009, ISBN 978-80-247-3132-2. s. 32

²⁵⁴ VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, ref. 253, s. 6

²⁵⁵ NIGHTINGALE, Florence, ref. 83 s. 22, 24, 27.

²⁵⁶ TEWESE, Renate, ref. 250, s. 37

vzdělání a které jí umožňují pracovně právní normy. Postupovat lege artis znamená, že péče musí být poskytována podle zákona. Tím jsou ovšem míněny i předpisy nižší právní síly včetně interních předpisů zdravotnického zařízení a ošetrovatelských standardů.²⁵⁷ Samozřejmě je jasné, že sestry patří do zdravotnického týmu, který pečuje o pacienty. Všechny profesní skupiny zdravotnického zařízení usilují o tentýž cíl (navrácení, upevnění zdraví pacientova, stabilizaci jeho stavu a zajištění kvality života, případně zmírnění utrpení) a je jasné, že jedna bez druhé nemůže tento úkol splnit.

Lékaři jsou přitom zodpovědní za naordinování a provedení diagnosticko-terapeutických opatření, která vedou k uzdravení a zmírnění útrap nemocného. Lékaři se tedy více zaměřují na nemoc, její projevy, diagnostiku a léčbu. Přínosem ošetrovatelství tomuto procesu je pomoc při řešení pacientových problémů vyplývajících ze situace nemoci a posílení jeho sebek péče. Oběma profesním skupinám se dostává specifického vzdělání k tomu, aby mohly poskytovat specifické služby nemocným i zdravým. Protože tyto profesní skupiny mají společný cíl, bylo by možné očekávat pravidelnou výměnu informací mezi nimi, a to o zdravotním stavu pacientů a způsobech možné pomoci. V každodenní praxi je ovšem, podle Hofmannové, situace jiná, jde spíše o fungování obou skupin vedle sebe než spolu. Autorka také rozebírá skutečnost, že ošetrovatelský personál musí informovat lékaře o změně zdravotního stavu pacienta, ale lékař tuto povinnost vůči ošetrovatelskému personálu nemá.²⁵⁸ Domnívám se, že do značné míry také záleží na vztazích, které na daném oddělení vládnu a jakého zaměření toto oddělení je. Například na odděleních intenzivní péče je vzájemná výměna informací o zdravotním stavu a problémech pacienta intenzivnější, než na oddělení standardním. Podobně je tomu i na odděleních rehabilitačních, kde jsou umístěováni ponejvíce pacienti s hemiparézou²⁵⁹ a intenzivně s nimi pracuje několik profesních skupin zdravotníků (sestry, lékaři, logopedi, rehabilitační pracovníci, ergoterapeuti, nutriční terapeuti apod.). Takže na těchto odděleních je zvykem, že např. 2x týdně referuje každá profesní skupina o tom, jaké ten který pacient dělá pokroky, a mnohdy tyto poznatky vedou k úpravě péče o pacienta u ostatních skupin. Například, pokud referuje rehabilitační pracovník, že pacient je schopen se udržet v sedu nebo ve stoji, znamená to pro sestry, že mohou změnit postup hygienické péče o pacienta nebo pokud

²⁵⁷ VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, ref. 253, s. 39

²⁵⁸ HOFMANN, Irmgard. *Arztliche und pflegerische Verantwortung. Partnerschaftlicher Dialog ist gefordert.* In *Krankenpflege Journal*. Würzburg: K. W. Backe, 2000, roč. 38, č. 1-2. s. 5-8

²⁵⁹ hemiparéza – částečné ochrnutí jedné poloviny těla

referuje logoped, že pacient má dysfagii²⁶⁰ a je schopen polykat jen kašovitou stravu, automaticky to znamená pro sestru, že musí pacientovi tekutiny zahustit přípravkem Nutilis,²⁶¹ aby nedošlo k aspiraci.²⁶² Z těchto opatření je zřejmá profesní odpovědnost sestry, která souvisí s jejími odbornými znalostmi a zkušenostmi. Na druhé straně pokud pacient bude některé z uvedených opatření odmítat nebo chtít provádět jinak, musí sestra spolu s pacientem dojít k dohodě, jak se budou daná opatření provádět, a to tak, aby byla účelná. Sestra tedy v každém případě nese zodpovědnost za konkrétní ošetrovatelské výkony, které sama provádí a za plán ošetrovatelské péče o pacienta a jeho aktualizaci dle vývoje stavu pacienta.

To, jakou míru odpovědnosti a za co v procesu péče o pacienta kdo přebírá, je dáno právními a profesními normami a standardy. I když v nedávné době došlo k legislativní úpravě odpovědnosti sester a vymezením jejich kompetencí, respektive činností (Zákon 55/2011 Sb. přináší novelizaci 96/2004 Sb.),²⁶³ mnohá šetření ukázala, že ne všechny sestry přesně znají činnosti, které mohou provádět bez odborného dohledu. V některých případech zasahují do kompetencí jiných profesních skupin, což vnáší prvek nejasnosti do otázky jejich odpovědnosti. Na druhé straně jsou sestry často pověřovány lékaři vykonávat činnosti, které do jejich kompetencí nespádají. Je samozřejmě otázkou, jestli sestra, která tyto činnosti vykonává, tak činí z neznalosti nebo je jejím motivem jednání jiná příčina. Podle Tewesové se může jednat i o „mocenské konflikty“ mezi ošetrovatelským personálem a lékaři. Konflikt je podle ní programován tím, že lékař nese do určité míry odpovědnost i za ošetrovatelskou péči, přičemž nemá ošetrovatelské vzdělání, ale má právo dohledu nad ošetrovatelskou činností.²⁶⁴

Na pojetí odpovědnosti má také vliv vnímání role lékaře a sestry ve společnosti, což souvisí s nevyvážeností v distanci k nemocnému. Ta je často vyjádřena oslovením lékaře „pane doktore“, naproti tomu sestra je oslovována křestním jménem nebo obecně „sestřičko“, což s sebou přináší familiárnější charakter komunikace. Hofmannová uvádí, že se lékaři mohou ve vztahu s pacientem emocionálně skrýt za jejich autoritu experta, což je pacienty mnohdy akceptováno. Naopak u sester je toto chování pacienty poměrně

²⁶⁰ dysfagie – poruchy polykání

²⁶¹ Nutilis – instantní zahušťovadlo tekutin, určené pro zvláštní výživu. [online]. [cit. 2012–10–01] Dostupné z: http://www.nutriciamedical.cz/enteral/product.php?id=156&confirm_rules=1

²⁶² aspirace – vdechnutí tekutiny nebo cizího tělesa do dýchacích cest

²⁶³ Sbírka zákonů č. 55/2011, Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Částka 20, §4, ISSN 1211-1244, s. 484-485

²⁶⁴ TEWESE, Renate, ref. 250, s. 17, 20,

záhy označeno jako nevhodné a zraňující.²⁶⁵ To, že pacienti v interakci se sestrami očekávají spíše respekt k autonomii, souvisí do určité míry s tím, že sestry jsou vnímány jako kontaktní osoby, jiný důvod může být to, že sestry jsou spojovány s méně závažnými rozhodnutími, než jsou ty lékařské. Allwicher se domnívá, že hierarchický vztah mezi laikem a expertem ve zdravotnictví je tradičně utvářen výraznou asymetrií především v rámci monopolu vědomostí. A pacientovi je mnohdy přisuzována role pasivního, který má především povinnost spolupracovat se zdravotníky. V poslední době je autonomie v souvislosti se zdravotním systémem spojována s podporou, a to podporou k sebezpečí, objasnění cílů, alternativ, rizik ošetrovatelských, diagnostických a terapeutických postupů a podporou jedince při rozhodování. Někteří autoři v této souvislosti hovoří o sdíleném rozhodování (shared decision making) jako jedné z forem respektu autonomie pacienta (viz kapitola autonomie). S tím souvisí i pojmání pacienta jako „koproducenta zdravotní péče v rámci symetrické, partnerské interakce“. Allwicher také uvádí, že kritici autonomního přístupu zastávají názor, že pacienti často přenechávají odpovědnost na zdravotnících a nechají rozhodovat lékaře nebo sestry. Jiní autoři oproti tomu namítají, že delegování rozhodnutí se nejčastěji děje na základě strachu a v krizových situacích, ale v žádném případě tyto skutečnosti nesnižují touhu po autonomii.²⁶⁶ To je zajímavá myšlenka, kterou je možné doložit příkladem z praxe. Pacient, manager velké firmy, s karcinomem prostaty po operaci a s chemoterapií se vzdal rozhodnutí o dalším průběhu procesu péče se zdůvodněním, že se domnívá, že všechna rozhodnutí, která v poslední době učinil, byla nesprávná a vyjadřoval strach před činěním dalších rozhodnutí. Avšak i nadále po zdravotnících vyžadoval podrobné informace, ale „nemohl se rozhodnout.“ Byl si vědom velké zodpovědnosti svých rozhodnutí a snažil se přenést i rodinná rozhodnutí na manželku. Je otázkou, jestli tento pacient jednal nezodpovědně, když odmítal nebo respektive měl strach před dalšími rozhodnutími. Domnívám se, že tohoto pacienta není možné označit za nezodpovědného tak, jak je nezodpovědnost vnímána Tewesovou, která hovoří o nezodpovědnosti, pokud osoba nerozeznala, že má nést odpovědnost za nějaký úkol, situaci nebo celou situaci bere na lehkou váhu, anebo na sebe tuto odpovědnost nechce vzít.²⁶⁷ Uvedený pacient na sebe sice odpovědnost nechce vzít, ale ne proto, že by odpovědnost primárně odmítal, ale proto, že si nevěří, je nejistý a má strach svými

²⁶⁵ HOFMANN, Irmgard, ref. 258, s. 5-8

²⁶⁶ ALLWICHER, Volker. *Ein professionelles Handlungsfeld*. *Pflegezeitschrift* 2010, roč. 63, sešit 1, s. 16-18. ISSN 0945-1129.

²⁶⁷ TEWESE, Renate, ref. 250, s. 31, 33

rozhodnutími celou situaci ještě zhoršit. V takovém případě je pro sestru důležité to, aby znala životní plán daného jedince a podpořila ho tak, aby při rozhodování neztratil tento plán ze zřetele, a tím mu také pomohla upevnit jeho autonomní kompetence.

Smolinerová a kolegové uvádějí studii, v níž jsou zmapovány preference 967 pacientů pěti vídeňských nemocnic, kdy 38,5 % respondentů by preferovalo paternalistický styl rozhodování v oblasti ošetrovatelské péče, přičemž na druhé straně vyjadřují nespokojenost s paternalistickým stylem, který v nemocnici vládne. Úplnou autonomii při rozhodování by preferovalo 5,7 % a 42,1 % nemocných by se chtělo na rozhodování podílet společně se sestrami. Zbylé procento (13,7 %) pacientů svoje preference v tomto ohledu nevyjádřilo. U skutečných rozhodnutí, která respondenti ve zdravotnickém zařízení zažívali, uvádějí méně společných, ale více autonomních rozhodování (téměř 15 %) a paternalistický způsob rozhodování ve více než 50 %. Autoři také uvádějí, že preference určitého stylu rozhodování ovlivňuje forma péče, vnímání zdravotního stavu, pohlaví a věk, přičemž mladší pacienti a ženy preferují autonomii při rozhodování.²⁶⁸

Holden popisuje šest forem vyhnutí se odpovědnosti u pacientů, a to u pacientů: „s nutkavým jednáním, se snahou přesunutí odpovědnosti na druhé. U popření tím, že pacientovi je přisouzena role nevinné oběti, u pacientů se ztrátou kontroly a iracionálním jednáním, u pacientů s odmítáním sebezpečí a s otupěním pocitů.“²⁶⁹ Výše uvedený příklad pacienta s karcinomem prostaty zvyklého vést podnik, ukazuje, že jedním z důvodů, proč se pacient vzdává možnosti rozhodování, je také nejistota a strach z odpovědnosti. Mnohdy pacienti udávají, že jsou zahlceni informacemi, které neumějí zpracovat, proto se spoléhají na sestry a přenášejí na ně část svojí zodpovědnosti.

Odpovědnost sester je někdy spojována s negativními konsekvencemi, přestože v sobě zahrnuje i pozitivní a motivační náboj. Ošetřující personál se tedy nachází v paradoxní situaci, kdy na jedné straně sestra přebírá v určitých ohledech odpovědnost za pacienty, aby je na straně druhé co nejdříve dovedla k převzetí odpovědnosti za sebe sama. Centrem odpovědnosti sestry se tedy, mimo jiné, zdá být adekvátně pacienta informovat a společně s ním zvážit nejlepší možnosti řešení jeho problémů nebo celé jejich situace.

²⁶⁸ SMOLINER, Andrea. et al. *Them Christa. Präferenzen und Erleben von Patienten zur Beteiligung an pflegerischen Entscheidungen im Akutspital – Eine Analyse der Übereinstimmung von Präferenz und Erleben sowie der Einflussfaktoren bezogen auf verschiedene Entscheidungstypen*. Huber Verlag: 2009, Heft 6, Seite 411 - 419, ISSN 1012-5302.

²⁶⁹ TEWESE, Renate, ref. 250, s. 40

Někteří autoři ošetřovatelství také hovoří o tom, že přemíra, stejně jako nedostatek odpovědnosti sester, může vést k jejich nespokojenosti, frustraci a nedostatku angažovanosti sester, která zvláště v USA vedla k vypracování konceptu primárního ošetřovatelství, někdy také překládáno jako koncept primární sestry (primary nursing a care management), který umožňuje jasné přiřazení odpovědnosti v ošetřovatelském týmu.²⁷⁰ V těchto konceptech je odpovědnost sestry klíčovým fenoménem a nutno říci, že našly uplatnění i v evropských zemích.²⁷¹ Ve zmíněných přístupech péče jde o to, že primární sestra nebo care manažer/ka pracuje s pacientem velmi intenzivně, posuzuje jeho situaci, v diskusích s pacientem odhaluje jeho problémy a navrhuje jejich řešení, spolu s pacientem nebo jeho příbuznými sestavuje ošetřovatelský plán péče o pacienta, za jehož plnění nese zodpovědnost. Sestra je pro pacienta kontaktní osobou, stejně jako pro všechny, kteří se podílejí na péči o tohoto pacienta. Pravidelně se také účastní vizit a doprovází pacienty na vyšetření, jejichž výsledky eviduje a zapracovává do plánu péče. V některých zdravotnických zařízeních, pokud je pacient přeložen na jiné oddělení, dochází za ním primární sestra/care manažerka i sem, aby zabránila úniku informací a zajistila kontinuitu péče. V průběhu péče o pacienta tato sestra také plánuje propuštění pacienta. Nutno podotknout, že například v Německu pracují care manažeři výhradně s Teorií deficitu sebepečce. Ve zdravotnických zařízeních, kde je s těmito koncepty pracováno, se koncentrovala odpovědnost za ošetřovatelskou péči daného pacienta do rukou konkrétní osoby, zvýšila se její efektivita, snížila se délka hospitalizace a vzrostla i spokojenost pacientů.²⁷² Tam, kde není s těmito koncepty pracováno, se podle Tewesové promítá ošetřovatelská odpovědnost do role sestry jako advokátky (obhájce) pacienta.²⁷³ Podle Špirudové a Králové má sestra v této roli možnost pracovní seberealizace s využitím individualizovaného přístupu k pacientovi, se zaměřením na kvalitu a bezpečnost péče a uměním argumentovat.²⁷⁴

Požadavek odpovědnosti v interakci pacient - sestra je základem pro úspěšnou realizaci tohoto vztahu, v němž je důležitá aktivní role pacienta, který vyžaduje adekvátní informace, na jejichž základě se rozhoduje při respektování vlastních hodnot a preferencí. Autoři Köpke a Meyerová se domnívají, že rovnoprávné postavení obou účastníků vztahu může být dosaženo pouze tehdy, pokud oba mají k dispozici relevantní

²⁷⁰ TEWESE, Renate, ref. 250, s. 78

²⁷¹ TEWESE, Renate, ref. 250, s. 41, 42

²⁷² ZIETAMANN, F. *Care Management*. Klinik Management Aktuell. Nr. 94-04/2004, s. 56-59

²⁷³ TEWESE, Renate, ref. 250, s. 17, 20,

²⁷⁴ ŠPIRUDOVÁ, Lenka a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Sesterská profesní role „advokáta pacienta“*. Med. Pro Praxi 2007; 1: 32-34, [online]. [cit. 2012-09-21] Dostupné z: www.solen.cz

informace. Upozorňují také na to, že sestry se často dostávají do diskusí s pacienty, po vizitě s lékaři, protože jim byly podány ne zcela srozumitelné informace, anebo byla učiněna pro pacienty nepochopitelná rozhodnutí bez znalosti jejich preferencí.²⁷⁵ Jde o to, že úkolem sestry je podpořit pacienty při činění informovaných rozhodnutí. Jednou z etických norem v péči o pacienty je jejich nárok na úplné a vyvážené informace, proto britský General Medical Council vyslovil již před deseti lety požadavek předávání informací srozumitelných a založených na důkazech (Evidence Based). Již nejde o to, jestli pacient může spolurozhodovat, to by již mělo být základním předpokladem, ale jde spíše o to, jak při předávání těchto informací postupovat, zvláště pak tehdy, kdy je pacient např. omezen v kognitivních funkcích. Snaha o optimalizaci tohoto procesu vedla k realizaci projektu „Patient Talk“.²⁷⁶ Podle autorů Köpkeho a Meyerové má být pacient informován, ale při těžkých rozhodnutích by měl důvěřovat úsudku odborníků, u nichž se předpokládá celkový a neutrální pohled na individuální situaci pacienta. Přičemž objektivní, uvážené a obsáhlé informace jsou někdy považovány za druhořadé, protože péče je uskutečňována dle směrnic a odborných standardů, které poskytují malý prostor pro rozhodování.²⁷⁷ To znamená, že v diagnosticko-léčebných postupech by měli zdravotníci prosazovat postup dle praxe založené na důkazech (EBM/EBN), ale na straně druhé, jak bylo uvedeno, tyto postupy mnohdy neposkytují prostor pro rozhodnutí pacienta. Uvedená skutečnost může vést k nedorozumění a nepochopení účastníků interakce, jak dokládá následující příklad: 45letá pacientka s lymfadenopatií,²⁷⁸ po biopsii zvětšené uzliny v podpaží a v dutině břišní (v oblasti hlavy slinivky), jejichž histologie prokázala pouze rozpadlou tkáň, byla nucena vedoucím lékařem gastroenterologického oddělení k operaci, jejímž smyslem bylo vyjmout celou uzlinu z dutiny břišní a vyšetřit ji opět histologicky. Pacientka tuto operaci striktně odmítala, protože před čtyřmi roky prodělala operaci gynekologickou s krvácením do dutiny břišní, reoperací a následným ileem,²⁷⁹ který byl řešen taktéž operativně. A navíc dvakrát provedená biopsie prokázala tentýž výsledek. Pacientka nabízela odstranění zvětšené uzliny v oblasti klíční kosti, toto nechtěl lékař akceptovat a opustil její pokoj se slovy, „když to víte lépe, tak ponese zodpovědnost sama“.

²⁷⁵ KÖPKE, Sascha a Gabriele MEYER. *Evidenzbasierte Patienteninformation und informierte, geteilte Entscheidungsfindung: Eine Aufgabe für die Pflege?* Pflegezeitschrift 2010, roč. 63, sešit 1, s. 12-15. ISSN 0945-1129.

²⁷⁶ Patient Talk [online]. [cit. 2012-09-19] Dostupné z: <http://www.patienttalk.info>

²⁷⁷ KÖPKE, Sascha a Gabriele MEYER, ref. 275, s. 12-15.

²⁷⁸ lymfadenopatie - zvětšení miznich uzlin, [online]. [cit. 2012-10-01] Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Nen%C3%A1dorov%C3%A9_lymfadenopatie

²⁷⁹ ileus – střevní neprůchodnost, [online]. [cit. 2012-10-01] Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/ileus/>

A také pacientku ve zbylých čtyřech týdnech hospitalizace již nenavštívil. Následující vizity prováděl pouze lékař oddělení, po několika diskusích s tímto lékařem došlo k vyjmutí uzliny v oblasti klíční kosti, jejíž histologie prokázala opět rozpadlou tkáň. V celém diagnostickém procesu byl tento krok sice významný, ale nevnese světlo do diagnostiky, stejně jako punkce kostní dřeně. Až za další čtyři týdny došlo k biopsii ledvin a stanovení konečné diagnózy tak, že mohla být zahájena léčba cytostatiky. Z uvedeného příkladu vyplývá, že pacientka na sebe vzala zodpovědnost a odmítla expertní doporučení lékaře, což se ukázalo jako správné rozhodnutí, protože tento invazivní zákrok by její diagnózu nijak neobjasnil. Můžeme tedy říci, že v této situaci se ukázal být úsudek zdravého rozumu přínosnější pro situaci pacienta než expertní znalost zdravotníka. Domnívám se, že to, co dělá vztah zdravotníka a pacienta vyváženým, je kromě relevantních informací také možnost obou účastníků zapojit zdravý rozum. Je jistě otázkou, jestli ovšem znalost vědeckých postupů zdravotníkům funkci zdravého rozumu do určité míry znesnadňuje. Na druhé straně je také možné se ptát, kdo by nesl zodpovědnost v případě, že by pacientka břišní operaci podstoupila a pokud by došlo opět ke krvácení, případně i ileu. Nabízí se odpověď, že asi nikdo, protože by podepsala informovaný konsensus, kde jsou tyto komplikace uvedeny. Dále je možné se ptát, zda by vyvážila zátěž spojená s operací nejistý krok v diagnostice. Je také otázkou, jak by se celá situace vyvíjela, pokud by zdravotnické zařízení pracovalo s koncepty primárního ošetřovatelství. Nicméně z uvedeného příkladu je zřejmé, že v rozhodování a přebírání zodpovědnosti také záleží do značné míry na tom, jaké má pacient dřívější zkušenosti se zdravotní péčí a je-li schopen prosadit svůj názor i proti ověřeným postupům a standardům a je si vědom i důsledků svého rozhodnutí.

Vondráček uvádí, že v současné době se lze odchýlit od standardů pouze výjimečně, a to v případech, kdy je to v zájmu pacienta, jeho zdraví a respektování práv pacienta. Důvody takového postupu musejí být objektivně popsány ve zdravotnické dokumentaci.²⁸⁰ I když tato doporučení existují, v praxi se pacienti s odlišným názorem často setkávají s nepochopením, nebo jsou označeni za nespolupracující (viz předchozí kapitola), což někdy vede k emočním vypětím na obou stranách, které by mohly být mírněny v případě konceptů primární péče nebo sesterskou rolí obhájce pacienta.

Podle Holmese se projevuje neustále větší snaha o integraci EBN (Evidence Based Nursing), která využívá výsledků randomizovaných studií, a tím, podle autora,

²⁸⁰ VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 16

neposkytuje pacientům ani ošetřujícím prostor pro individuální rozhodnutí.²⁸¹ Proto v projektu „Patient Talk“ byly informace, zakládající se na důkazech, podrobeny určitým kritériím, a to věcné správnosti, srozumitelnosti a relevantnosti (tzn., jestli odpovídají individuálním požadavkům pacienta). Také Smolinerová zdůrazňuje, že EBN je velmi kvantitativně zaměřená, a tím zanedbává individualizovanou péči o pacienta. A dodává, aby tento koncept optimálně fungoval, musí v sobě zahrnovat i perspektivu pacienta, ne jen statistická data. Jedná se tedy o onu relevantnost, jindy označovanou jako poznatky pacientů, například zkušenosti nemocných s tím, který ústní roztok dodává sliznici dutiny ústní nejvíce vlhkosti nebo poznatky pacientů o tom, zda se osvědčilo používání kompresních punčoch, i pokud užívají antitrombotickou léčbu apod.²⁸² Podle mého názoru se jedná o potenciál pacienta v oblasti jeho znalostí a dovedností, kterými se snaží korigovat svoje problémy, konkrétně jde o kompetence sebepéče.

Odpovědnost také nevylučuje přijmout pomoc, ba naopak to, že jedinec pomoc akceptuje, je také vyjádřením jeho autonomního rozhodnutí. Allwicher se domnívá, že podpora sebepéče, a tedy i autonomie pacienta, by byla více realizována prostřednictvím vyšší transparency zdravotního systému, a to možností pacienta vyjádřit přání, a na straně druhé věcným objasněním zdravotníky, jaké by byly možnosti volby řešení pacientovy situace a z ní rezultujících problémů.²⁸³ Toto je docela stěžejní moment, protože pokud se pacient začne více projevovat, např. ptát se, pochybovat, anebo dokonce péči i odmítat, jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, je často označen za neochotného spolupracovat nebo odmítajícího péči. Co ale tato situace skutečně u zdravotníků vyvolává a s jakými pocity je spojena? Lauenbergerová se na tento aspekt zaměřila a dotazovala se na něj zdravotníků. Zjistila, že pokud se pacient více ptá nebo péči odmítá, vyvolává to u zdravotníků určité obranné reakce, jako únik (viz příklad odmítnutí operace), strach, nejistotu apod. Všechny sestry si sice přejí svéprávné pacienty, kteří nesou odpovědnost sami za sebe, ale pokud se setkají s pacientem, který požaduje objasnění všech kroků a který říká „ne“ k jejich návrhům, jsou najednou nejisté. Na dokreslení této situace uvádí autorka příklad pacienta - podnikatele, který onemocněl rakovinou a rozhodl se pro chemoterapii, po níž došlo k dočasnému zlepšení, ale po čase byl hospitalizován v kritickém stavu s výraznými bolestmi. Byla

²⁸¹ HOLMES et al. 2006 In KÖPKE, Sascha a Gabriele MEYER, ref. 275, s. 12-15

²⁸² SMOLINER, Andrea. *Patientenorientierung im Konzept Evidence-based Nursing?... und es funktioniert doch!* Pflege 2011; 24 (Heft 4), s. 225-227. Bern: Huber Verlag, 2011. ISSN 1012-5302.

²⁸³ ALLWICHER, Volker, ref. 266, s. 16-18.

opět nasazena chemoterapie, kterou pacient za krátký čas odmítl, protože nepřinášela zlepšení. Přestože pacient měl výrazné bolesti, odmítal analgetika a sedaci²⁸⁴ a navíc, protože se pacientův stav značně zhoršil, chtěl vědět vše o umírání. Pacient měl téměř nesnesitelné bolesti, ale nadále odmítal vyšší dávky analgetik, protože si chtěl ponechat možnost spolurozhodování, a tedy i odpovědnosti. Tyto skutečnosti vedly autorku k zamyšlení nad otázkou, jaká metoda nebo přístup k pacientovi by byl vhodný k tomu, aby mu ponechal vlastní odpovědnost a současně pomohl sestřám překonat pocit nejistoty, bezradnosti a na straně druhé umožnil sestřám společně s pacientem rovnoprávně překonat daný problém. Autorka došla k závěru, že tento přístup skýtá koncept „Empowerment“. Jedná se o pojem, který nelze v češtině přesně definovat. Tento pojem se uvádí ve významu jako schopnost zvládnout, vzájemná podpora, pomoc sobě samému nebo také sebekompetence.²⁸⁵ I když slovníkový překlad je zcela odlišný, a to zplnomocnění, udělení moci, oprávnění,²⁸⁶ i tak se může chápat jako kompetence vyjádřit svá přání, případně někoho zplnomocnit k rozhodování, v případě, že by ho jedinec nebyl sám schopen, ale vždy tak, aby byla v situaci uplatněna jeho přání a hodnoty. Jedná se o koncept založený na celistvosti, který klade důraz na společnou výměnu názorů, společné analyzování situace a vývoj společné strategie k překonání problému. Pozitivem tohoto konceptu je to, že v centru pozornosti stojí opět potenciál pacienta, který má být odhalen a podporován, aby si pacient ponechal odpovědnost a kompetenci rozhodovat o vlastním životě a situaci.²⁸⁷ Všichni zainteresovaní v tomto procesu péče opět potřebují dostatek informací, aby mohli spolurozhodovat. Pokud je pacient nemá, může si připadat jako bezmocný, protože nemůže rozhodovat ani o sobě samém, ani nemá kontrolu nad tím, co se s ním bude dít. Tato „moc“ je v rukou zdravotníků, kteří se domnívají, že vědí, co pacient potřebuje. Například u pacienta, který si v domácím prostředí reguluje diabetes a aplikuje inzulin zcela samostatně, by nemělo dojít k tomu, že v nemocnici zůstane tento jeho potenciál nevyužit apod. Nyní bych chtěla uvést několik příkladů, v nichž se jedná o odpovědnost ve zdravotnické praxi. Na uvedených příkladech je možné doložit, že to, co ovlivňuje odpovědnost účastníků vztahu dvou jedinců ve zdravotnické praxi, záleží na mnoha

²⁸⁴ sedace - uklidnění, utišení (většinou farmakoterapeutické), [online]. [cit. 2012-09-30] Dostupné z:<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/sedace>

²⁸⁵ LAUBERGER, Christiane. *Bestärk den Patienten in seiner Verantwortung*. Krankenpflege Soins infirmiers, Publisher Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger: 1996, 6, ISSN 0253-0465. s. 54-57

²⁸⁶ Empowerment - [online]. [cit. 2012-10-02] Dostupné z:<http://slovník.seznam.cz/en-cz/word/?q=empowerment&id=BUvglVmcudc>

²⁸⁷ LAUBERGER, Christiane, ref. 285, s. 54-57

okolnostech, do jaké míry pacientovi zdravotníci zodpovědnost ponechají, omezí nebo případně odejmou.

Příklad: Odpovědnost sestry u pacienta, který nemočí. Sestra na noční směně převzala pacienta po katetrizaci srdce, který měl tlakový obvaz v třísele, ten měl být ponechán do příštího dne. Pacient hodně pil, ale i po několika hodinách se nemohl vymočit a udával bolesti v podbřišku. Sestra se pokoušela navodit močení zvukovými efekty, což se nepodařilo, takže navrhla, že bude informovat lékaře, aby tento provedl katetrizaci močového měchýře. Pacient odmítal zavolání lékaře se slovy, že to ještě vydrží. I když pacient vykazoval autonomní kompetence a chtěl spolurozhodovat, musela jej sestra přesvědčit o vážnosti celé situace a zavolat lékaře. To znamená, že motivem jejího jednání byly odborné znalosti a snaha předejít poškození pacienta. V tomto případě sestra a její odborné znalosti byly pacientovi ku prospěchu.

Příklad: Aplikace Heparinu nesprávnému pacientovi. Sestra aplikovala pacientovi Heparin pod kůži, ale nevšimla si, že se dívala do dokumentace jiného pacienta. Až následně při zaznamenávání prováděných výkonů si tuto skutečnost uvědomila. Při předávání služby o celé skutečnosti pomlčela, neustále přemýšlela o možných důsledcích své chyby, až následně zavolala sestře mající noční službu a celou situaci jí oznámila. Noční sestra informovala lékaře a podnikli následná opatření. Na základě čeho jednala sestra? Nejprve jednala z nedbalosti a dopustila se chyby, následně jednala na základě vlastního svědomí, o němž je podle Munzarové možno mluvit až tam, kde se vyvinula osobní zodpovědnost a kde je přijímána osobní vina.²⁸⁸ Podle Beauchampa a Childresse se jedná o interní uznání, které se projevuje pocity lítosti, studu a vstupuje do hry skrze kritickou reflexi.²⁸⁹

Příklad: Špatná ordinace lékaře. U pacienta po čerstvé implantaci kardiostimulátoru byla tentýž večer naordinována aplikace Fraxiparinu.²⁹⁰ Sestra se dotazovala službu konajícího lékaře, zda je tato ordinace oprávněná, nemá-li se s aplikací počkat až do příštího dne z důvodu rizika krvácení. Lékař odpověděl, že se na pacienta podívá a dá jí vědět. Po půlhodině sestře potvrdil aplikaci přípravku. Sestra sice Fraxiparin aplikovala, ale s velkými obavami. Ještě tutéž noc došlo u pacienta k poměrně masivnímu krvácení v oblasti rány po kardiostimulátoru, které si vyžádalo dva akutní převazy a kompresi rány. Následující den dopoledne musela být rána opět 3krát převázána. Lékaři ranní

²⁸⁸ MUNZAROVÁ, Marta, ref. 80, s. 60

²⁸⁹ BEUCHAMP, Tom, L. a James F. CHILDRESS, ref. 85, s. 38.

²⁹⁰ Fraxiparin – přípravek na ředění krve. [online]. [cit. 2012-10-02] Dostupné z: <http://www.zilnitromboza.cz/pdf/Fraxiparin-Multi-SPC.pdf>

služby se divili, kdo a proč přípravek na ředění krve aplikoval. Sestra se hájila tím, že na chybu lékaře upozornila, nicméně tento na aplikaci Fraxiparinu trval. Zůstává otázkou, co bylo motivem jednání lékaře, proč přes upozornění trval na aplikaci přípravku. Při pozdější výpovědi lékař přiznal, že se dotazoval kolegy na intenzivním oddělení, a ten doporučoval přípravek aplikovat. Můžeme se ptát: Mohla sestra odmítnout tuto ordinaci provést? A jaké důsledky by z toho plynuly? Nabízí se obecná otázka, jak postupovat v těchto případech, když se sestra domnívá, že lékařská ordinace je neadekvátní. Možná se nabízí řešení prodiskutovat danou situaci s nadřízenou osobou, kterou by v tomto případě byla staniční nebo vrchní sestra. To je určitě optimální řešení, které se dá realizovat v průběhu denní služby, ale ne v rámci služby noční, kdy je sestra na oddělení sama. Nicméně se domnívám, že v tomto případě se jedná o chybný čin, který byl činěn při znalosti všech důsledků, a daná osoba by za něj měla nést zodpovědnost. Možná by měla nést zodpovědnost i sestra, která Fraxiparin aplikovala, protože od počátku věděla, že provádí něco nesprávného, i když pod nátlakem lékaře.

Příklad: Dieta pacienta s Morbus Crohn.²⁹¹ Při odebírání anamnézy se sestra dotazovala pacienta s Morbus Crohn na stravování. Mimo jiné pacient udával, že mléčné výrobky u něj vyvolávají průjem nebo stávající zhoršují. Další dva dny pacient dostával k snídani a večeři převážně mléčné výrobky a vždy sestru upozorňoval, že mu to nedělá dobře. I když tato skutečnost byla známa a dokumentována, trvalo další dva dny, než se uskutečnila změna. Uvedená situace nám ukazuje, že i když pacient má znalosti a chce jednat zodpovědně vůči svému zdraví v nemocničním zařízení, je mu někdy poskytován malý prostor pro vlastní aktivity. Samozřejmě objednat stravu tak, aby vyhovovala pacientovi, bylo v kompetenci sestry, stejně jako možnost do péče zainteresovat i nutričního terapeuta.

Příklad: Přijetí pacienta v akutním stavu. Pacient (47 let) s infekcí dýchacích cest a antibiotickou léčbou nasazenou praktickým lékařem vykazoval výrazné bolesti hlavy. Po týdnu se objevila i symptomatika hemiparézy²⁹² a manželka jej ve večerních hodinách okamžitě transportovala do nemocnice. Lékař, který pacienta přijímal, se podrobně věnoval anamnestickým údajům a na dotaz manželky, proč má ochrnutou levou polovinu těla a nemůže pořádně mluvit, uvedl, že pacient málo pil, takže musí

²⁹¹ Morbus Crohn je chronický nespecifický zánět trávicí trubice, [online]. [cit. 2012-10-02] Dostupné z: <http://portal.lf1.cuni.cz/clanek-611-morbus-crohn>

²⁹² hemiparéza – částečné ochrnutí těla [online]. [cit. 2012-10-17] Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hemipar%C3%A9za>

dostat infuze. Manželka s tímto názorem otevřeně nesouhlasila, protože se domnívala, že ochrnutí poloviny těla má jiné příčiny. Až druhý den dopoledne bylo jiným lékařem naordinováno CT hlavy a zjištěn absces mozku o průměru šest centimetrů. Pacient byl přeložen na neurochirurgii a urgentně operován. Jaké jsou možnosti řešení situace? Může se pacient nebo i rodinný příslušník, který je přesvědčen o tom, že se mu ubližuje nebo lépe řečeno neprospívá, obrátit na policii? A jak by asi vypadalo takové volání na tísňovou linku, které by sdělovalo, že je páchán trestný čin ve zdravotnickém zařízení? Mnohem efektivnější by opět bylo zavedení konceptu primární sestry nebo care manažerky, která by si mohla vyžádat další vyšetření, případně konzultaci neurologa. Uvedený příklad nám ukazuje, že i když pacient nebo jeho rodina zastává jiný názor v postupu péče o něj, tak v situaci zdravotnického zařízení je mnohdy rozhodující názor odborníka, od něhož se odvíjí další postup.

Příklad: Propuštění pacienta v nedořešeném stavu. Pacient po operaci se založením ileostomie²⁹³ byl po týdnu propuštěn domů s výpovědí, že má jíst a přibírat. Za dva dny byl opět přijat pro bolesti břicha a porušení pasáže, protože stomie neodváděla žádný střevní obsah. V nemocnici mu byl podán kontrastní roztok s projímadlem a byl vyšetřen radiologicky. Po tomto vyšetření došlo k vyprázdnění střeva stomií. Druhý den ráno dostal pacient čaj a suchary a měl být opět propuštěn. Jeho manželka se dotazovala lékaře, zda by nebylo lepší zaživací trakt zatížit příjmem stravy a sledovat, zda zůstane funkční, a tedy s propuštěním ještě počkat. Chirurg trval na propuštění pacienta s výpovědí, že není důvod k další hospitalizaci. Pacient byl tedy propuštěn. Za další dva dny byl pacient opět přijat v ještě horším stavu, stomie opět neodváděla, musela být provedena reoperace se zavedením výztuže do střeva. Je otázkou, proč chirurg jednal tak, jak jednal, proč pacienta propustil a přenesl tím odpovědnost za vývoj dalšího stavu vážně nemocného pacienta na něj samotného a jeho rodinu. Nabízí se tedy otázka, chtěl se lékař vzdát svojí zodpovědnosti? Nebo se dá říci, že si chybu neuvědomil, i když bylo jeho rozhodnutí zpochybněno, a byl tím vyzván k zamyšlení? Podle Munzarové je potřeba, „aby každý věnoval pozornost formování vlastního svědomí a aby svá rozhodnutí opíral o zodpovědnost, postavenou na dokonalé odbornosti. A při všech úvahách, které svědomí zahrnují, je třeba si zachovat zdravý rozum, opírající se o vlastní zkušenosti a o logické myšlení.“²⁹⁴

²⁹³ ileostomie – chirurgické vyvedení tenkého střeva přes stěnu břišní [online]. [cit. 2012–10–02] Dostupné z:<http://cz.dansacimage.com>

²⁹⁴ MUNZAROVÁ, Marta, ref. 80, s. 64

Některé z těchto situací nám ukazují, jak se pacient ve zdravotnickém zařízení, i když má vlastní zkušenosti a mnohdy používá logické myšlení, tedy zachovává si úsudek zdravého rozumu, musí podvolit názoru druhého.

S tématem odpovědnosti se dostávám opět ke konceptu sebepéče, jež je zakomponován do životního plánu daného jedince, který je zvyklý o sebe pečovat a je postaven na jeho autonomních rozhodnutích. Tato by měla být respektována i ve zdravotnickém zařízení, pokud ovšem jedinec vykazuje kompetence k rozhodování a je připraven za tato svá rozhodnutí nést zodpovědnost. Samozřejmě to platí i o zdravotnících, kteří nesou právní odpovědnost za odbornou péči poskytovanou pacientovi a morální odpovědnost za svoje jednání vůči němu. I podle Paynova principu responsibility musí každý, kdo o něčem rozhoduje, nést důsledky svých rozhodnutí.²⁹⁵

6. 3 Odpovědnost v ošetrovatelských přístupech (NANDA taxonomii a Teorii deficitu sebepéče)

Nyní se pokusím otázku odpovědnosti vztáhnout na námi sledované ošetrovatelské přístupy, kterými jsou koncepty sebepéče a NANDA taxonomie. Pokud tedy sestra pracuje s Teorií deficitu sebepéče, tak v první linii posuzuje systém sebepéče daného pacienta a vztahuje jej k potřebě sebepéče v dané situaci nemoci. Přitom sestra posuzuje jednotlivé činnosti sebepéče a jejich adekvátnost v dané situaci (tedy systém sebepéče pacienta). Tím pádem je schopna odhalit nedostatky, které systém sebepéče pacienta vykazuje a pátrá po jejich příčině, nutno podotknout, že se snaží stanovit centrální důvod nedostatků, který by mohl být příčinou i několika problémů. A i když se sestře mohou jevit některé činnosti sebepéče pacienta jako méně vhodné, i tak mohou být účinné pro zvládnutí jeho problémů. V tom případě se sestra nesnaží je násilně změnit, ale naopak ponechává pacientovi dále kontrolu, a tím pádem i zodpovědnost nad danou činností. Například u chronicky nemocných, kteří se některým autorům jeví jako experti na život s nemocí.²⁹⁶ To znamená, že v průběhu několika let života s nemocí vypracovali techniky sebepéče, které jim umožňují integraci nemoci do běžného denního života a určitě se dá z jejich poznatků čerpat i pro studie založené na důkazech,

²⁹⁵ PAYNE, Jan, ref. 200, s. 9

²⁹⁶ BODENHEIMER Thomas et al., ref. 92, s. 2469

Bodenheimer uvádí koncept kolaborativní péče založený na zvyšování sebemanagementu pacienta a zdůrazňuje posun pacientů na pozici hlavního ošetrojícího, avšak s výraznou odpovědností zdravotníků, kteří musejí užít svých zkušeností k tomu, aby informovali a aktivizovali pacienta a pomohli mu podpořit systém sebepéče a rozvíjet jeho reálné plány jednání v péči o sebe sama.

kteřé budou zahrnovat relevantní postup pro pacienty se stejnými problémy. Takže takový pacient si jistě může ponechat zodpovědnost nad prováděním všech činností, které jsou účelné, i když se mohou rozcházet s vědeckými poznatky. Pokud ovšem sestra zjistí, že pacientovy činnosti jsou značně neefektivní, ba dokonce kontraproduktivní, musí zasáhnout edukací a naučením pacienta adekvátní činnosti nebo jejím částečným, případně kompletním převzetím, pokud toho ovšem pacient není schopen.²⁹⁷ Samozřejmě, že i se sesterskou činností musí pacient souhlasit, čímž se na zodpovědnosti podílí, přičemž významnou roli zde hraje vzájemný dialog. Tím sestra přebírá určitou míru zodpovědnosti za poskytovanou péči a zvyšování kompetence sebeděče pacienta.

V NANDA taxonomii se sestra zaměřuje na odhalení dysfunkčních vzorců zdraví výběrem z výčtu projevů toho, co nefunguje tak, jak má, a nalezením adekvátní příčiny. Tak kdybychom třeba vzali omezení pohybu, k tomuto zaměření naležeme šest diagnóz, a to: „Sedavý způsob života, zhoršená tělesná pohyblivost, zhoršená pohyblivost na lůžku, zhoršená pohyblivost na vozíku, zhoršená schopnost přemisťování, zhoršená chůze.“ A mohli bychom k nim přičíst další čtyři diagnózy související s omezením pohybu jako je: „Deficit sebeděče při koupání, deficit sebeděče při oblékání, deficit sebeděče při stravování, deficit sebeděče při vyprazdňování.“^{298, 299} Ve výčtu příčin převážné většiny těchto diagnóz se vyskytuje např. bolest nebo muskuloskeletární poškození. Takže pokud bude ovšem pacient vykazovat zhoršenou schopnost dostat se z jedné polohy do druhé nebo bude mít zhoršené funkce jemné motoriky, ale bude při tom používat pomůcky, které mu to usnadní, tak toto podchytit a dokumentovat v NANDA taxonomii je značně ztíženo, protože uvedená taxonomie pracuje s potenciálem pacienta velmi okrajově. Navíc pokud by měly všechny uvedené diagnózy stejnou příčinu, bylo by více než žádoucí řešit především tuto příčinu. Mnohé kolegyně ovšem zastávají názor, že pokud sestra najde jeden projev a jednu příčinu diagnózy, tak ji musí uvést do plánu péče, což dle mého názoru vede ke značné roztržitosti. Jak jsem již uvedla v předchozí kapitole, že NANDA taxonomie

²⁹⁷ Systém podpory pacienta vyjádřený v rolích sestry a pacienta, viz příloha č. 1

²⁹⁸ HERDMAN, T. Heather, ref. 179, s. 118-151

²⁹⁹ Deficit sebeděče v NANDA taxonomii je pojímán zcela odlišně, než v teorii deficitu sebeděče. V teorii Oremové je deficit sebeděče ústředním pojmem, je stanoven posouzením vztahu kompetencí sebeděče a potřeby péče o sebe sama v dané situaci nemoci. A pokud je diagnostikován, opravňuje sestru k ošetrovatelskému zásahu a stupni podpory pacienta. Určuje také hranice ošetrovatelství. V NANDA taxonomii jsou pomocí vyjádření „deficit sebeděče“ označeny pouze čtyři ošetrovatelské diagnózy týkající se hygienické péče, oblékání, vyprazdňování a schopnosti najezení se.

respektuje autonomii pacienta méně než Teorie deficitu sebeděče, dovolila bych si k tomuto vyjádření připojit i další přesvědčení, ke kterému jsme dospěla, a to je to, že odpovědnost je v NANDA taxonomii častěji soustředěna do rukou sestry než pacienta. Jinými slovy se domnívám, že pokud sestra pracuje s konceptem sebeděče, ponechává pacientovi více autonomie, a tím také více odpovědnosti při péči o sebe sama, což platí zvláště u chronicky nemocných. V každém případě tím ale odpovědnost sestry nekončí, nadále sleduje vývoj pacientova zdravotního stavu, adekvátnost řešení problémů a reviduje plán péče, který s pacientem sestavila. Ať již sestra pracuje s jakýmkoli konceptem a přebírá více či méně odpovědnosti ve vztahu k pacientovi, a tím pádem pacientovi přenechává méně či více odpovědnosti, je jasné, že míra odpovědnosti může být ovlivněna i dalšími faktory diskutovanými v této kapitole. Mnohdy jsou to nedostatečné kompetence k rozhodování způsobené zdravotním stavem nebo věkem pacienta, dále také strach pacienta před rozhodnutími, a tím i odpovědností. Na druhé straně jsou to kompetence zdravotníků k poskytování zdravotní péče, vztah a komunikace mezi různými profesními skupinami, které o pacienta pečují. Dle mnohých autorů i pevně stanovené vědecky ověřené postupy ponechávají malý prostor pro pacientovu volbu, a tím i odpovědnost. Někdy se také jedná o nedostatek informací nebo přemíru informací, které znesnadňují rozhodování, v poslední době se jedná o fenomén vědeckých informací (tedy založených na důkazech), které ne vždy respektují relevantnost, což znamená, že do nich není zapracováno hledisko pacienta a poskytují malý prostor pro rozhodování. Někteří autoři hovoří o vyváženosti vztahu a odpovědnosti, pokud oba účastníci interakce ve zdravotnictví, jak zdravotník, tak pacient, mají relevantní informace, které usnadní jejich rozhodování. Jiní autoři hovoří o nevyváženosti vztahu, a to z důvodu monopolu vědomostí zdravotníků. Přes tuto skutečnost dochází i k tomu, že někdy pacienti v dané situaci (bez expertní znalosti) vědí lépe, co by pro ně bylo nejlepší, a chtějí odpovědnost převzít. To, co tedy podmiňuje odpovědnost v interakci pacienta a zdravotníka, jsou zdravotnickovy odborné znalosti na straně jedné, a osobní zkušenosti pacienta s nemocí a jejím zvládnutím na straně druhé. Co v dané situaci převáží, je mnohdy záležitostí vzájemného dialogu obou účastníků interakce. To, co dělá interakci ve zdravotnické praxi vyváženou a podporuje odpovědnost pacienta, jsou, dle mého názoru, individualizované přístupy (např. primary nursing) maximálně využívající potenciál pacienta (např. koncepty sebeděče), dále potom relevantní informace a možnost zapojení zdravého rozumu, tzn. logického úsudku na obou stranách. Nelze tedy paušálně říci, že ve zdravotnickém zařízení sestra

(nebo zdravotník) nese více zodpovědnosti a pacient méně, ale je nutné tuto odpovědnost konkretizovat a všítat si faktorů, které ji ovlivňují. Každopádně je možné říci, že si pacient ponechává odpovědnost za vlastní život a životní plán i ve zdravotnickém zařízení, ale má situaci ztíženou tím, že musí činit mnohá rozhodnutí, která se mu zdravotníci snaží umožnit, pokud vykazuje autonomní kompetenci.

7 Shrnutí

Ve své práci jsem se zabývala sebedpěčí jako jednou z forem jednání člověka, kterým jedinec vyjadřuje pojetí vlastní situace a svůj životní plán. Zaměřila jsem se přitom na otázku, zda může být sebedpěče, jako projev autonomie pacienta, limitována ošetrovatelskými přístupy, které sestra běžně v ošetrovatelské praxi využívá. V první linii jsem se pokusila vyjádřit chápání jedince jako osoby v běžné zdravotnické praxi, a to osoby, která vnímá svoji situaci, nějak jí rozumí a je schopná autonomní volby, přičemž disponuje schopností rozhodování a odpovědností. Do určité míry jsem vědomě ponechala stranou extrémní situace, kdy jedinec trpí poruchou vědomí a vykazuje snížené autonomní kompetence, ale i tak by měl být, v procesu péče, nahlížen z pozic, které odpovídají filosofickému konceptu ontologického personalismu, jako jedinečná bytost se všemi právy.

Snažila jsem se odhalit historické kořeny sebedpěče, která je dle mého názoru spojená s počátkem vývoje lidstva, kdy člověk věnoval neustále větší pozornost péči o sebe sama, a s tím souvisejícím úvahám. Pojem sebedpěče odkazuje především k individu, ale nepřímě i k těm ostatním. Již v názorech stoiků je možné nalézt výzvy k péči o sebe sama, a tím i nezávislost na okolních vlivech, což nevyklučovalo její posilování prostřednictvím kontaktu s druhými. Otázka péče o sebe sama je spojena s jednáním člověka a jeho volbou toho, co je dobré, s čímž souvisí i péče o duši. Vycházejí z názorů Platóna tuto otázku dále rozpracoval Patočka, který vnímá péči o duši jako sebezpoznání a ovládnání sebe sama, čímž podněcuje člověka k aktivnímu, autentickému jednání. Toto jednání pak může člověk realizovat díky vnitřnímu jednání, tedy vymezující kritické reflexi dané situace. U Heideggera nalézáme vyjádření k povaze pobytu jako starosti o toto bytí samo. Dalo by se tedy říci, že starost o sebe sama (Selbstsorge) jako zvláštní forma pobytu v sobě zahrnuje i sebedpěči. Sebedpěče je každopádně projevem autonomie člověka, v našem případě pacienta a od 60. let nabývá neustále na významu. V dnešní době je počítáno s jedincem, občanem, který v otázkách zdraví rozvíjí svoji sebedpěči, a tím je aktivním účastníkem zdravotních programů realizovaných státem. Sebedpěče je tedy pojímána jako vědomé chování, čili jednání člověka zaměřené na udržení vlastního zdraví, pocitu pohody a podmínek podporujících jeho vývoj. A jako taková je sebedpěče projevem autonomie člověka. A pokud se jedinec ocitne v nové situaci nemoci, mnohdy se dostává do zdravotnického zařízení

a vstupuje do vztahu se zdravotnickým personálem, který je oprávněn mu péči poskytnout.

Proto jsem usilovala o prozkoumání vztahu pacienta a zdravotníka, potažmo sestry s ohledem na respektování autonomie a odpovědnosti. Setkávání dvou osob v procesu péče je chápáno jako něco, co v sobě zahrnuje etický rozměr, protože obsahuje jednání dvou osob i vůči sobě navzájem, většinou se záměrem konat dobro pro sebe a druhé. Pokud se ovšem zdravotníci domnívají, že vědí lépe, co je pro pacienta dobré bez ohledu na jeho preference, potom převládá paternalistický přístup. Může dojít i k tomu, jak dokládají četné studie, že pacient se vzdá vlastního rozhodování, a tím dobrovolně tento paternalistický přístup volí. Ke slovu se tedy dostávají dva etické principy, a to respekt k autonomii a beneficence. Nutno podotknout, že v historickém vývoji prošel vztah pacienta a zdravotníka řadou proměn, a to od úplné závislosti pacienta na zdravotníkovi k jeho nezávislosti a někdy až osamocení v roli současného pacienta. Pacient je v poslední době také někdy pojímán jako odborník na život s vlastní nemocí. Přičemž vyvstává otázka, zda pacient může vůbec odborníkem být. Přikláním se k názoru, že pacient může být odborníkem na život s určitou nemocí, kterou trpí. A to z několika důvodů. Zdravotníci sice disponují znalostmi z fyziologie, patofyziologie nemoci, znají účinky i vedlejší účinky léků, znají doporučené postupy a jsou tedy odborníky na nemoc, ale nevyvinuli kompetence integrující tyto poznatky do konkrétního života. To může jen samotný pacient, který daným onemocněním trpí a v průběhu každodenního života s touto nemocí získává nové poznatky a vyvíjí kompetence sebezpěče, které mu umožní dané onemocnění do svého života integrovat. Právě proto jsou zkušenosti těchto pacientů tak významné pro tzv. relevantnost poznatků založených na důkazech. Vzniká také spousta sdružení pacientů s určitým onemocněním, aby se i nováčci, při kontaktu s nimi, rychleji vypořádali s novou situací. V tomto ohledu ovšem není možné zobecňovat a říkat, že pacient je po tolika a tolika letech života s nemocí odborníkem na život s touto nemocí. Stejně jako není možné se domnívat, že zdravotník je po absolvování kvalifikační přípravy a určitých letech v praxi odborníkem na dané onemocnění a jeho léčbu. Důležité jsou kompetence, které ve skutečnosti ten který jedinec v tomto ohledu vykazuje. Je tedy možné očekávat, že pacienti s chronickým onemocněním, kterým trpí již několik let, budou vykazovat vyšší kompetence sebezpěče, než pacienti s nově diagnostikovaným onemocněním. Samozřejmě s úrovní kompetence sebezpěče jde ruku v ruce schopnost rozhodování a odpovědnosti. Proto je nesmírně důležité, aby sestra byla schopná tuto pacientovu

kompetenci odhalit a využít v procesu péče. Ale i tak se může stát, že i když pacient vykazuje autonomní kompetence, je někdy nejistý a má strach činit další rozhodnutí. Souhlasím s Hofmannovou, že by bylo dobré, aby si pacient v takových situacích mohl zvolit slabý paternalismus, který respektuje jeho hodnoty. Tím by nedocházelo k tomu, že by pouze zdravotník rozhodoval o tom, že u pacienta zvolí autonomní nebo paternalistický přístup dle posouzení jeho kompetence, ale pacient by se mohl autonomně rozhodnout pro paternalistický přístup. Také není možné omezit pojetí pacientovy autonomie pouze na podepsání informovaného souhlasu vytvořeného zdravotnickým zařízením, který mnohdy splňuje jen formální požadavky vztahu. Jak dokládá příklad pacientky ošetřované na stomatochirurgické klinice, která v přijímací dokumentaci uvedla, že si nepřeje, aby ji ošetřovali studenti. Při ošetření na tuto skutečnost pacientka upozornila a dostala se do sporu s lékařkou, která argumentovala: „My jsme tady výukové pracoviště, kde je aktivita a účast studentů na ošetření běžná a domnívám se, že jste s tím musela počítat, když jste naše pracoviště vyhledala.“ Pacientka také dostala od sestry formulář informovaného souhlasu (že byla informována o postupu léčby) s instrukcí, že než půjde do ordinace, má jej podepsat a odevzdat paní doktorce. Na uvedeném příkladu je patrné, jak může být otázka informovaného konsensu považována za zcela formální záležitost. Přičemž informovaný konsensus, podle Paynea, představuje složitou a komplikovanou strukturu sociálních vztahů. Tato struktura, podle něj, zahrnuje kompetenci pacienta činit rozumná rozhodnutí, konflikt principů a sdílené rozhodování.³⁰⁰ Je zřejmé, že otázka respektu k autonomii pacienta není omezena jen na formální informovaný souhlas, ale má mnohem širší záběr. Do vzájemného vztahu vstupují dvě osoby se svým hodnotovým systémem, charakterem a vůlí k péči o sebe sama, případně druhé. Oba účastníci interakce přinášejí do vztahu kompetenci k péči o sebe sama, případně o druhé, která je spojena se schopností rozhodování a odpovědnosti. Jako jedinečné osoby také oba jedinci, za normálních okolností, disponují moudrostí (tzn. zdravým rozumem), která jim umožní rozpoznat, co je v dané situaci dobré a žádoucí, umožní jim také vést dialog a sjednotit názor obou zúčastněných v tomto vztahu. S tím souvisí i otázka poskytování relevantních informací, která přispívá k vnímání dané situace jedincem, a to jak pacientem, tak sestrou. Sestra má k dispozici ošetřovatelské přístupy (např. Teorie deficitu sebepečce), které jí umožní posoudit to, jak pacient danou situaci vnímá a také účelnost jeho

³⁰⁰ PAYNE, Jan, ref. 91, s. 121- 27

kompetence sebezpečí. To, jaký systém podpory sestry pacientovi poskytne a do jaké míry jej zahrne do péče, je do značné míry ovlivněno také ošetrovatelským přístupem, který sestra zvolí.

Pro přehlednost uvádím v následující tabulce determinanty zmiňovaného vztahu ze strany pacienta a zdravotníka s ohledem na respekt k autonomii pacienta, které jej ovlivňují a kterým jsem se v práci věnovala:

Tab. č. 1 Determinanty vztahu pacient - zdravotník

Pacient	Zdravotník/sestra	Poznámka	
osoba jako jednající subjekt	nahlížení pacienta jako osoby, chápání sebe sama jako osoby	v konkrétním provedení mohou podporovat nebo bránit uplatnění autonomie pacienta	
hodnoty	hodnoty		
charakter	charakter		
vůle	vůle		
důvěra	důvěra, empatie		
moudrost	ošetrovatelská moudrost		
autentičnost jednání	autentičnost jednání		
	koncepty primární péče		
připravenost vést dialog	připravenost vést dialog		
ochota ke spolupráci	posouzení ochoty ke spolupráci		
stav vědomí, věk, kulturní orientace	schopnost posoudit stav vědomí, kulturní a věkové zvláštnosti vývoje		
znalosti a zkušenosti získané v boji s nemocí	snaha akceptovat pacientovy zkušenosti, odborné znalosti a zkušenosti s péčí o tuto skupinu nemocných		volba paternalistického přístupu, pokud chrání osobu před poškozením
	míra respektování pacientova názoru		
	vědecké postupy (EBM/EBN) a standardy		
	ošetrovatelské přístupy (viz tab. č. 2) koncepty primární péče		
	typ pracoviště, např.: oddělení nemocnice, domov důchodců, domácí péče apod.		
sebepoškozující jednání	užití strategie vyvažování		
etické a právní normy	dodržování legislativních ustanovení a etických norem		
snaha získat informace schopnost rozumět informacím	snaha a schopnost poskytnout relevantní informace	předpoklad rovnocenného vztahu	
Životní plán a autonomní	Profesní a profesionální		

kompetence, Meyerové koncept autonomie, schopnost činit rozhodnutí (příp. neschopnost činit rozhodnutí) strach činit rozhodnutí	kompetence snaha a schopnost odhalit autonomní kompetence pacienta schopnost podpory pacienta při rozhodování znalost jeho cílů znalost životního plánu pacienta	v extrémním případě mohou vynucovat rozhodnutí na pacientovi ³⁰¹ pacient by měl mít možnost dobrovolně volit i paternalistický přístup
systém sebedpěče obsahující kompetence sebedpěče	znalost situační potřeby sebedpěče pacienta s daným onemocněním a schopnost odhalit kompetence sebedpěče pacienta	podpora autonomie pacienta snaha zvýšit pacientovu nezávislost
porozumění situaci, schopnost odůvodnit jednání v sebedpěči	schopnost posoudit, jak pacient svoji situaci vnímá jednání v podpoře pacientovy sebedpěče	

Mými úvahami o sebedpěči se, jako červená nit, prolíná otázka autonomie pacienta a jejího respektu v ošetrovatelských přístupech, které jsou uplatňovány v praxi. Jako ukázkou možných rozdílů v přístupu k problému autonomie pacienta jsem srovnala Oremové Teorii deficitu sebedpěče (TDSP) a NANDA taxonomii, podrobila jsem je zkoumání z hlediska respektování autonomie a podílu pacienta na péči. Zaměřila jsem se při tom na srovnání jejich východisek,³⁰² teoretického základu, diagnostického přístupu k nemocnému, cílů péče, komunikaci s nemocným, systémů pomoci a etických prvků v obou přístupech.

Tabulka č. 2 Srovnání ošetrovatelského přístupu k pacientovi dle NANDA taxonomie a konceptů sebedpěče se zaměřením na respekt k autonomii

NANDA	TDSP Oremové
<p>Teoretický základ: M. Gordonové funkční vzorce zdraví, které představují optimální účelné vzorce chování člověka, jež přispívají ke zdraví, kvalitě života a k využití lidského potenciálu. Dysfunkční vzorce zdraví Výčty určujících znaků Výčty souvisejících a rizikových faktorů NIC, NOC³⁰³</p>	<p>Teoretický základ: Sebedpěče – je provádění aktivit jedincem k zachování života a pocitu pohody, stejně jako svého zdraví³⁰⁴ Teorie sebedpěče Teorie deficitu sebedpěče Teorie ošetrovatelských systémů</p>

³⁰¹ BEAUCHAMP, Tom, L. a James, F. CHILDRESS, ref. 85, s. 61

³⁰² Východiska TDSP a NANDA taxonomie s. 53

³⁰³ NIC – Nursing Interventions Classification, NOC - Nursing Outcomes Classification

³⁰⁴ OREM, Dorothea, E., 2001, ref. 62, s. 43

<p>Oblast posouzení: Realizuje se ve 13 doménách, které vycházejí z funkčních vzorců zdraví M. Gordonové. Taxonomie NANDA představuje dimenzi lidské reakce na problémy.</p>	<p>Oblast posouzení: Popisuje schopnosti jedince, systém jeho sebezpečí. Popisuje faktory vlivu Popisuje stávající stav problému Označuje alternativy jednání</p>	
<p>Oš. diagnostika: Projevy diagnózy jsou vyjádřeny pomocí: URČUJÍCÍCH ZNAKŮ a SOUVISEJÍCÍCH/RIZIKOVÝCH FAKTORŮ ve třech krocích:</p>	<p>Oš. diagnostika: Posouzení kompetence jednání pacienta v určité situaci pomocí: DÍLČÍCH KONCEPTŮ SEBEPÉČE versus SITUAČNÍ POTŘEBA SEBEPÉČE</p>	
<p>1. krok – určující znaky 2. krok – související faktory (nebo rizikové faktory) 3. krok – ověření definice diagnózy (dle definice vypracované NANDA taxonomií)</p>	<p>Dílčí koncepty sebezpečí:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Základní podmiňující faktory ▫ Základní dispozice a schopnosti ▫ Potenciální komponenty ▫ Činnosti sebezpečí 	<p>Situační potřeba sebezpečí (požadavky na sebezpečí v dané situaci)</p>
<p>Potenciál pacienta: Jen dílčí posouzení a minimální využití potenciálu pacienta, záleží hodně na individualitě sestry. Od roku 2009 byly do taxonomie přiřazeny nové diagnózy pod názvem ochota ke zlepšení, kde je možné potenciál vysledovat, ale je s ním velmi málo pracováno při řešení problémů pacienta jako takových v rámci řešení jednotlivých diagnóz.</p>	<p>Potenciál pacienta: Maximální analýza systému sebezpečí pacienta pomocí konceptů sebezpečí, začlenění účinných činností sebezpečí do plánu ošetrovatelské péče.</p>	
<p>Oš. diagnóza: Dysfunkční vzorec zdraví, který je stanoven dle výčtu určujících znaků a souvisejících faktorů. Definuje mnoho problémů, které mohou mít stejnou příčinu. Nebo příčiny jsou v jiné doméně označeny jako diagnózy</p>	<p>Oš. diagnóza: Je deficit v jednání pacienta. Vzniká, převyšuje-li potřeba péče v dané situaci kompetence pacienta k jednání. Snaží se postihnout to, co je centrální příčinou neadekvátního jednání pacienta v dané situaci.</p>	
<p>Cíl oš. péče: Navodit funkční vzorce zdraví. Cílem ošetrovatelství je zdraví lidských bytostí a identifikací jejich prožitků nebo</p>	<p>Cíl oš. péče: Zvýšit kompetence sebezpečí pacienta, a tím docílit účelného jednání jedince v dané situaci a jeho nezávislosti na okolí.</p>	

reakcí pomoci jedincům v podpoře zdraví a dosažení pocitu pohody. ³⁰⁵	
<p>Komunikace zaměřená na: odhalení dysfunkčních vzorců zdraví prostřednictvím:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ určujících znaků a ▫ souvisejících faktorů ▫ rizikových faktorů 	<p>Komunikace zaměřená na:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ rozbor jednání pacienta a odhalení jeho systému sebeděče, ▫ rozbor důvodů jeho jednání, ▫ rozbor příčin deficitu sebeděče, ▫ představení objemu činností nutných pro zvládnání nové situace, ▫ důraz na edukaci pacienta i rodiny.
<p>Podpora pacienta: se řídí výběrem z již existujícího výčtu cílů a intervencí u každé diagnózy (výčtem NIC a NOC).</p>	<p>Podpora pacienta: Metody pomoci volí sestry dle deficitu sebeděče jako úplnou nebo částečnou kompenzaci v oblasti - jednání za a pro pacienta, vedení druhých osob, zajištění tělesné a psychické podpory, zajištění okolí, které podporuje vývoj, edukace.</p>
<p>Etické hledisko: Osoba Respektuje pacienta jako reagujícího na zdravotní problémy. Jedinec – který se liší od ostatních, je pojmán holisticky, disponuje určitými funkčními vzorci, které se podílejí na udržování zdraví, kvalitě života a dosahování lidského potenciálu.</p> <p>Vztah pacient - sestra Systémem předem daných určujících znaků (projevů) a souvisejících faktorů (příčin) je systém taxonomie NANDA predisponován k určité komunikaci</p> <p>Kompetence sestry Sestra by tedy měla rozvinout kompetence ošetrovatelského diagnostika, k nimž patří kompetence intelektuální, interpersonální a technické. Intelektuální kompetence zahrnují znalosti ošetrovatelských diagnóz a myšlenkové procesy pro jejich využití. Interpersonální kompetence se vyznačují komunikačními dovednostmi. Technické kompetence sestry zahrnují dovednosti</p>	<p>Etické hledisko: Osoba Respektuje pacienta jako jednajícího v sebeděči pro udržení zdraví a zajištění podmínek k podpoře vývoje, zdraví nebo pocitu pohody.</p> <p>Vztah pacient - sestra Uskutečněný v rovině technologicko-interpersonální, jedná se o komplementárně reciproční, interpersonální vztah, kdy role účastníků vztahu jsou vymezeny metodami podpory a podrobně popsány. (viz příloha č. 1 a 2)</p> <p>Kompetence sestry Odborné kompetence: Schopnost pomoci znalostí Teorie deficitu sebeděče a jednání člověka s ohledem na sebeděči posoudit kompetence sebeděče k účelnému jednání u zdravého i nemocného v určitých problémových situacích života a schopnost pomoci tyto kompetence adekvátně zefektivnit a zvýšit. Etické kompetence: Výrazný respekt k osobě s uplatněním esenciální lidskosti k autonomii člověka, respekt k jeho</p>

³⁰⁵ HERDMAN, T. Heather, ref. 179, s. 4

<p>provedení ošetrovatelského posouzení. K osobním schopnostem sestry jsou řazeny tolerance nejednoznačnosti a reflexivní praxe. Tolerance nejednoznačnosti umožňuje sestře brát v úvahu širokou škálu ovlivňujících faktorů v rámci diagnostického procesu a zaměřit se na nejpřesnější diagnózy. Reflexivní praxe je schopnost sestry přemýšlet o vlastním chování a rozhodování.³⁰⁶ Sestra může dojít k závěru, že není dostatek signálů pro stanovení diagnózy a musí hledat další údaje. „Pokud se sestra rozhodne, že existuje dostatek podpůrných důkazů, bude vytvořena diagnóza a následně také potvrzena.“ Ve většině případů by sestry měly rozhodnout o diagnózách a potvrdit jejich přítomnost spolu s pacienty. Mohou tak učinit také spolu s rodinnými příslušníky nebo jinými zainteresovanými pracovníky zdravotnického týmu.</p>	<p>svobodné vědomé volbě, respektování jeho pojetí dobra a svobody. Oremová také popisuje, na jedné straně, situace, které mohou bránit sestře v péči o určitého pacienta. Na druhé straně se také zabývá situacemi, kdy pacient péči odmítá. V tom případě hovoří o tom, že by sestra měla mít kreativní schopnost umět pacientovi pomoci při hledání v problémových situacích a při jejich řešení, a to pomocí dialogu a dohody. Payne v této souvislosti hovoří o spirále trvalé aproximace, jedná se o tázání a podrobné získávání informací vedoucí k dohodě, a tím k usmíření rozdílných názorů.³⁰⁷ Oremová popisuje i ošetrovatelskou moudrost, která umožní sestře jednat v rámci dobra pacienta a uplatňovat vztahovou autonomii s výraznou snahou o sjednocení toho, co je s tím, co má být při respektování pojetí dobra jedince. Všechny tyto důležité komponenty prolínající do zmiňovaného vztahu zrcadlí vztah důvěry, rovnocenný přístup a respektování pacienta jako subjektu péče.</p>
---	---

Z provedeného rozboru je možné vyvodit závěr, že NANDA taxonomie poměrně univerzálním způsobem identifikuje (pomocí určujících znaků a souvisejících faktorů) dysfunkční vzorce zdraví a řeší problémy pacienta bez výrazného využití jeho potenciálu. Tato skutečnost s sebou přináší určitá omezení v oblasti respektu pacientovy autonomie a preferuje sesterské stanovisko. A navíc plán péče o pacienta působí poměrně roztržštěně, protože sestra řeší mnoho problémů, které mohou mít i jednu příčinu. Odchylnky od tohoto stavu jsou možné, protože hodně záleží na individualitě a zkušenostech sestry. V TDSP sestra, pomocí konceptů sebezpečce, posuzuje systém sebezpečce pacienta a pátrá po příčinách neadekvátního jednání. Podle zjištěných deficitů je také schopna poskytnout pacientovi diferencovanou podporu při zvyšování jeho kompetencí sebezpečce, přičemž využívá potenciál pacienta a respektuje jeho účelné činnosti sebezpečce. Je možné vyslovit závěr, že sestra pracující s koncepty sebezpečce

³⁰⁶ HERDMAN, T. Heather, ref. 179, s. 7, 10

³⁰⁷ PAYNE, Jan, ref. 200

respektuje autonomii pacienta více, než sestra užívající taxonomii NANDA a NIC, NOC.

V souvislosti s rozhodováním jedince jako autonomním projevem jde ruku v ruce i odpovědnost účastníků sledované interakce a podíl pacienta v procesu péče. Tyto prvky sledují v ošetrovatelských přístupech NANDA taxonomii a TDSP. Autonomní osobu v ošetrovatelském konceptu, můžeme uvažovat dle Meyerové jako tu, která vykazuje dovednosti v rozhodování a umí je sladit se svým životním plánem i přes omezené možnosti ve stavu nemoci (viz s. 75). Pokud tato osoba činí nepochopitelná rozhodnutí, i při znalosti všech relevantních informací, je úkolem sestry pomoci jí sladit rozhodnutí s jejím životním plánem za využití dialogu a ošetrovatelské moudrosti. Přičemž u pacientů, kteří vykazují adekvátní autonomní kompetence rozhodování, by měly sestry akceptovat jejich volbu. I Lajkep uvádí, že „kompetentní pacient má mít plné právo odmítnout jakoukoli nabízenou terapii,“ což se podle něj týká i svědků Jehovových.³⁰⁸ Obdobně se vyjadřuje i Bakker, Kastermansová a Dassen, pokud se volba pacienta rozchází s názorem zdravotníků, aniž by se pátralo po její příčině, mohl by být pacient označen za neochotného spolupracovat (tzn. noncompliance). Taxonomie NANDA definuje noncomplianci jako stav, v němž se jedinec vyjádřil, že bude dodržovat léčebný režim, ale ve skutečnosti jej nedodrží. Přičemž podle Bakker, Kastermansové a Dassena se zdravotníci mohou mnohdy mýlit, jak v diagnóze, tak v léčebných doporučeních a podle nich je to vždy pacient, kdo nese konečnou zodpovědnost v souvislosti s ošetrovatelskou diagnózou *řízení léčebného režimu* (viz s. 74, 76). Přičemž diagnózu *neefektivní řízení léčebného režimu* přirovnávají k deficitu sebepéče vyjádřenému Oremovou, kdy podle nich jde o vztah situační potřeby sebepéče a kompetencí sebepéče.³⁰⁹ Dle mého názoru se jedná o velmi povrchní analýzu, která v NANDA taxonomii není možná, protože nepoužívá diagnostických konceptů sebepéče. Koncepty sebepéče sestře totiž umožňují na jedné straně sestavit situační potřebu sebepéče daného pacienta a na straně druhé posoudit jeho kompetence sebepéče, a tím odhalit v čem systém sebepéče pacienta selhává a co je hlavní příčinou tohoto deficitu. Podle stupně deficitu sebepéče sestra také určuje způsob podpory daného jedince, přičemž velký důraz klade na edukaci a využití jeho systému sebepéče. Jde tedy o komplexní logickou záležitost, spíše než o pouhý výběr hodících se projevů, příčin a intervencí, která pomáhá pacientovi zvýšit jeho kompetence sebepéče, a tím i

³⁰⁸ LAJKEP, Tomáš. *Právo zvolit smrt patří pacientům*. Mladá fronta DNES: 13. března 2008. s. A10

³⁰⁹ BAKKER, Roel, H., KASTERMANS, Marijke C. a Theo W. N. DASSEN, ref. 232, s. 165

nezávislost. To, dle mého názoru, koresponduje s vyjádřením Beauchampa a Childresse, kdy pozitivní plnění principu respektu k autonomii vyžaduje, abychom pomohli pacientům překonat závislost na druhých.³¹⁰

U veřejnosti převládá obecný názor, že zdravotník nese odpovědnost za pacienta a disponuje také monopolem vědomostí, čímž nemůže být uvedený vztah vyvážený. Nutno podotknout, že nemají zcela pravdu, protože odpovědnost musí být posuzována jako prvek projevu rozhodování, který může být ovlivněn mnoha faktory (viz kapitola č. 5). Jak uvádí Vondráček a Wirthová, nesou zdravotníci odpovědnost za zdravotní stav a bezpečnost pacienta, nikoli za jeho jednání. Sestra, podle těchto autorů, nese zodpovědnost za protiprávní jednání, které je v rozporu nejen s právními předpisy, ale i etickými normami organizace.³¹¹ Co se týká monopolu vědomostí, mají zdravotníci situaci ještě ztíženou požadavkem dodržovat vědecké postupy a doporučení (EBM/EBN), což poskytuje malý prostor pro pacientovu autonomní volbu a může vést k vnucování cílů zdravotnického zařízení pacientovi. Samozřejmě, že také záleží na informacích, které jsou v této souvislosti pacientovi zprostředkovány, každopádně by měly být relevantní, tedy zohledňovat perspektivu pacienta a ne jen statistické a přísně vědecké poznatky. Situaci poměrně výstižně vyjadřuje citát Kováče: „Jedním z charakteristických rysů soudobé vědy je dominance znalosti a absence moudrosti.“³¹² S tímto aspektem je možné apelovat na moudrost zdravotníků (tzv. zdravý rozum), která by jim mohla adekvátním způsobem pomoci nalézt nejlepší řešení situace pro pacienta, který vykazuje autonomní kompetenci a podpořit jej v jeho rozhodování. Centrem odpovědnosti sestry se tak zdá být nejen správné provádění ošetrovatelských výkonů, schopnost adekvátně posoudit a využít pacientův potenciál, ale také schopnost předávat pacientovi relevantní informace, starat se o jejich úplné pochopení pacientem a společně s ním vybrat postup nejlepšího řešení pacientovy situace, přičemž koncepty, které jí k tomu mohou pomoci, jsou koncepty sebepěče a koncepty primární péče (s. 100), které respektují autonomii pacienta více než taxonomie NANDA. Odpovědnost zdravotníků, podle Schwerdtové, je odpovědnost chápána jako odpověď na výzvu žité konkrétnosti a součást dialogického principu.³¹³ Přičemž dialog je, dle názoru Polákové, „vztahovým děním, jehož smysl se nevyčerpává přenášením informací nebo vytvářením konsensu, ale týká se lidí jako jedinečných osob s vlastní svobodou, odpovědností a tolerancí.“

³¹⁰ BEAUCHAMP, Tom, L. a James F. CHILDRESS, ref. 85, s. 64

³¹¹ VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, ref. 253, s. 32

³¹² KŘIVOHLAVÝ, Jaro, ref. 96, s. 38

³¹³ SCHWERDT, Ruth. *Eine Ethik für die Altenpflege*. Bern: Hans Huber Verlag, 1998. ISBN 3-456-82841-1. S. 277

Dialog je tedy uměním dávat, přijímat a respektovat.³¹⁴ Dalo by se říci, že vztah pacient - zdravotník je jedním velkým nekončícím dialogem, zaměřeným na podporu pacientovy autonomie a i ve zdravotnickém zařízení nástrojem, který pacientovi ponechává odpovědnost za realizaci jeho životního plánu.

³¹⁴ POLÁKOVÁ, Jolana. *Smysl dialogu: o změřování k plnosti lidské komunikace*. Praha: Vyšehrad, 2008, s. 8, 38

8 Závěr

These práce: *Hlavním přínosem Oremové teorie sebepéče je, že přiměřeným způsobem vede sestru k respektování pacienta a jeho pojetí péče o sebe.*

Pro svou thesi uvádím následující důvody:

Oremové teorie deficitu sebepéče má významný etický rozměr. Oremová chápe sebepéči jako provádění aktivit pro sebe sama a prostřednictvím sebe sama. Vnímá ji jako lidskou regulatorní funkci člověka, tzn. jako vědomé chování člověka prováděné jedincem se záměrem udržet, podpořit zdraví nebo vytvořit podmínky nutné pro jeho vývoj.

Pojem sebepéče vychází z Oremové pojetí pacienta jako osoby. Na tomto místě se dostává ke slovu *argument personalismu*. Pojetí osoby Oremové koresponduje s nahlížením osoby ve smyslu personalismu, který vyzvedává povahu lidské bytosti, jež se ve společenství s druhými lidmi vyvíjí a stává se jedinečnou. Ve zdravotnické praxi se jedná o pojetí dvou rovnocenných jedinců jako osob, které ve svém jednání vyjadřují chápání svojí situace a svého života. Toto pojetí osoby jako jedinečného jedajícího jedince je dobře patrné v celé teorii Oremové a zrcadlí se především v její dílčí teorii sebepéče a jejích jednotlivých konceptech, které formují vztah pacienta a sestry. A umožňují sestře přistupovat k pacientovi tak, že respektují jeho jedinečnost a jeho rovnocennost jako subjektu v procesu péče.

Druhou důležitou stránkou teorie Oremové je pojetí jedince jako jedajícího pro sebe sama, ale i vůči druhým. Tady nastupuje *argument starosti o sebe sama*, kdy pojem starost o sebe sama (selfcare, Selbstsorge) má své historické kořeny u stoiků a ve starém Řecku, zahrnuje v sobě nejen pojem sebe (já), ale i jeho existenci a budoucnost ve společnosti, tedy jeho životní plán. Starost o sebe sama je zvláštní forma „pobytu“ (Dasein), která podněcuje člověka k aktivnímu a uvědomělému jednání, přičemž sebepéče je jednání zaměřené na podporu vlastního zdraví a pocitu pohody a tvoří tedy jen jakousi výseč starosti o sebe sama, která směřuje k dobru. A jako taková má sebepéče svoje kořeny spojené s vývojem lidstva a kultivací péče o duši, z níž vzešla. V současné době je sebepéče pojímána jako ideologie, která v sobě zahrnuje nejenom autentičnost a autonomii jedajícího, ale také požadavek vlastní odpovědnosti, který ovlivňuje podíl státu na péči o jedince.

Pro sestru je klíčovým pojmem respekt k jednání člověka v procesu péče. Na tomto místě se dostává ke slovu *princip respektu k autonomii pacienta*, respekt k jeho náhledu na danou situaci, která zahrnuje i jeho životní plán. Z tohoto úhlu pohledu jsem podrobila Teorii deficitu sebek péče Oremové zkoumání, s cílem odpovědět na otázku, zda respektuje autonomii pacienta a jeho náhled na péči a obsahuje tedy etický rozměr. Pojem sebek péče tvoří jádro teorie Oremové a je autorkou chápána jako lidská regulatorní funkce, kterou pro sebe osoba vykonává nebo nechá vykonávat, aby si udržela zdraví, pocit pohody a zajistila podmínky nutné pro její vývoj. Při zohlednění této premisy hovoří Oremová, ve vztahu pacienta a sestry, o vztahu recipročním. Člověk je tedy pojímán jako rovnocenný subjekt. Dále poznamenává vztah pacient - sestra, dle Oremové, esenciální lidskost a projevy lidské lásky, které mimo jiné umožňují sestře pochopit vlastní vývoj jako osoby (s. 47). Tuto interakci, tedy vliv jednoho člověka na druhého, Oremová dále specifikuje a uvádí, pokud je interakce jednostranně podmíněná, vidí sestra v pacientovi pouze objekt svých ošetrovatelských intervencí, proto musí být interakce oboustranně podmíněná. To znamená, že mezi účastníky vztahu by měla panovat shoda v cílech péče o pacienta. Dále nalézám v popisu teorie vyjádření, že se jedná o vztah založený na důvěře, důvěře v sestru a její schopnosti, a důvěře k sestře jako člověku s určitým charakterem, která jedná autenticky. Domnívám se, že mravní rozměr teorie sebek péče, tedy respektování pacienta a jeho pojetí péče, je dále možno spatřovat v tom, jak sestra posuzuje systém sebek péče pacienta a vztahuje jej k potřebě na sebek péči v dané situaci. Jinými slovy, při provádění své ošetrovatelské diagnostiky odhaluje, v čem pacientova sebek péče selhává, a kde je adekvátní. Podle toho je sestra schopna pacientovi účelně pomoci zvýšit jeho kompetence sebek péče. Systém podpory volí dle deficitů, které pacient vykazuje (v oblasti znalostí, rozhodování, provádění praktických činností), a to s maximálním využitím potenciálu pacienta. Domnívám se, že etický rozměr teorie deficitu sebek péče je patrný především v tom, že respektuje účelný systém sebek péče nemocného, využívá jej v procesu péče, čímž zohledňuje perspektivu pacienta. Sestra se tedy snaží odhalit a porozumět jednání pacienta v rámci systému sebek péče, který vyvinul, a využít z něj to prospěšné pro zvládnání nové situace.

Autonomie je nedílně spojena se schopností a ochotou pacienta ke spolupráci a s ní související *princip odpovědnosti*. Pokud se člověk rozhoduje, musí předpokládat, že za svá rozhodnutí ponese také zodpovědnost. Přičemž důležitým předpokladem rozhodování je kompetence jedince danou situaci správně analyzovat a zvolit vhodné

řešení a také je provést. To, po čem zdravotníci potom pátrají, jsou důvody oněch rozhodnutí. Může se stát, že i když pacient vykazuje kompetence k rozhodování, snaží se rozhodování přenést na své blízké nebo na zdravotníky. Anebo v dnešní době se také setkáváme s novým fenoménem, a to tím, že zdravotníci pod rouškou respektu k autonomii vyžadují rozhodnutí na pacientech, kteří se rozhodnutí brání nebo mají kompetenci k rozhodování sniženou, což také souvisí s otázkou odpovědnosti. Na druhé straně se také stává, že zdravotníci automaticky snižují kompetenci pacienta k rozhodování dle určitých tělesných znaků. Jak uvádí Payne, kompetence k rozhodování, a tedy jednání pacienta, by měla být předpokládána u všech pacientů, pokud není doložen opak.

Pro podporu své these jsem srovnala NANDA taxonomii s teorií Oremové z hlediska zachování svébytnosti (autonomie) pacienta.

NANDA taxonomie sice vychází z konceptuálního modelu Gordonové založeného na humanistické psychologii a filosofii holismu, ale v konečném důsledku klade větší důraz na biologickou stránku jedince. Svými 172 ošetrovatelskými diagnózami tříští pozornost sestry a nutí ji do určité uniformity bez ohledu na individualitu pacienta. NANDA taxonomie se v této souvislosti vyjadřuje o lidské reakci na problémy, které popisuje určujícími znaky (projevy) a souvisejícími faktory (symptomy). Pokud bychom reakci pojímali skutečně jako chování, které je řazeno na nižší ontologický stupeň, než chování účelné (čili jednání), mohli bychom říci, že nerespektuje jedince jako celek. I ta skutečnost, že je tato taxonomie zamýšlená pro počítačové databáze, vedla k určitým úpravám a současně podobě, která vykazuje své limity v respektu k autonomii pacienta. Navíc NANDA taxonomie využívá potenciálu jedince jen okrajově, a to v nově zavedených diagnózách „*ochota ke zlepšení...*“ Domníván se, že pokud chce sestra sestavit adekvátní plán péče pro daného pacienta, musí u každého problému integrovat jeho náhled na situaci, jeho účelná řešení a ne jen v určitých oblastech (doménách/třídách). Jinými slovy by se tedy dalo říci, že NANDA taxonomie klade do popředí zájem sestry a zdravotnického zařízení, méně pak náhled pacienta, tedy jeho autonomii.

Wessel v kritice Oremové nechává otevřenou otázku, zda není autonomie pacienta podřízena odborným znalostem ošetrojících o tom, co je v dané situaci normální a které deficity sebestarčivosti mohou vzniknout. Nedomnívám se, že by z tohoto hlediska byla autonomie pacienta podřízena, a to ze dvou důvodů. Zaprvé TDSP vede sestru svými

diagnostickými koncepty k posouzení jednání pacienta v určité situaci, všímá si faktorů, které účelnost tohoto jednání ovlivňují, a posuzuje funkčnost systému jednání pacienta v péči o sebe sama. A teprve na základě toho je sestavena konkrétní situační potřeba sebezpečí daného pacienta v situaci nemoci. Samozřejmě sestra může předpokládat, které problémy mohou nastat například u pacienta s diabetem nebo s astmatem, ale jestli je pacient skutečně vykazuje, je otázkou aktuálního posouzení sestrou. Zadržím Oremová popisuje ošetřovatelskou moudrost jako dovednost, která sestru v této diagnostice a sestavení plánu vede. Jinými slovy je možné vyjádřit, že TDSP, respektuje účelný systém sebezpečí pacienta a integruje jej do plánu péče se záměrem zvýšit jeho kompetence v péči o sebe sama, a tím i tedy jeho nezávislost.

Se sebezpečím souvisí i otázka rozhodování a odpovědnosti. V procesu péče se může stát, že pacient odmítá jedno nebo více zdravotnických opatření a bývá pak poměrně často označován za neochotného spolupracovat. Označení pacienta pojmem *noncompliance* představuje jeho jednostranné posouzení zdravotníkem a znamená konec diskuse a jaksi uvolňuje ruce zdravotníkům v otázce zodpovědnosti. Přikláním se k názoru Bakker, Kastermansové a Dassena v tom směru, že by měla být diagnóza *noncompliance* vyřazena z NANDA taxonomie. Naproti tomu sestra, která pracuje s koncepty sebezpečí, respektuje pacienta i jeho autonomní volbu a jediným kritériem, které je posuzováno, je účinnost jeho činností sebezpečí. Oremová také vede sestru k pátrání po příčinách odmítání procesu péče, či léčby pacientem a vyzývá k neustálému dialogu, aby se jejich perspektivy co nejvíce přiblížily.

Takže dalo by se říci, že to co by sestra v NANDA taxonomii označila jako problém, by sestra užívající sebezpečí nemusela nutně jako problém označit, pokud by jej pacient svými silami uspokojivě kompenzoval a dovedl také zdůvodnit své jednání. Je možné potvrdit výpověď, že Teorie deficitu sebezpečí Oremové se svými koncepty přirozeným způsobem vede sestru k respektu pacientova pojetí péče.

Seznam odborné literatury

1. ALLWICHER, Volker. *Ein professionelles Handlungsfeld*. Pflegezeitschrift. 2010, roč. 63, č. 1, s. 16-18. ISSN 0945-1129.
2. ARISTOTELES. *Etika Nikomachova*. Bratislava: Pravda, 1979. Překlad Július Špaňár.
3. BAKKER, Roel, H., KASTERMANS Marijke, C., a Theo, W. N. DASSEN. *An Analysis of the Nursing Diagnosis Ineffective Management of Therapeutic Regimen Compared to Noncompliance and Orem's Self-Care Deficit Theory of Nursing*. International Journal of Nursing Knowledge. 1995, roč. 6, č. 4, s. 161-166. ISSN 2047-3095.
4. BANFIELD, Barbara, E. *A Philosophical Inquiry of Orem's Self-care Deficit Nursing Theory*. *Disertační práce, Detroit, Michigan: 1997. Wayne state University*.
5. BEAUCHAMP, Tom, L. a James, F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001. ISBN 13 978-0-19-514332-4.
6. BEKEL, Gerhard, PANFIL, Eva-Maria a Olaf SCUPIN. *Selbsorge – praktische Erkenntnisse für die klinische Praxis aus der Perspektive der Pflegewissenschaft*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Elsevier. 2005, č. 99, s. 623-627. ISSN 1865-9217.
7. BEKEL, Gerhard. *Die Selbstpflegedefizit – Theorie von Dorothea E. Orem*. In Holoch, Gehrke, Knigge – Demal, Zoller. *Kinderkrankenpflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 1999. ISBN 3-456-83179-X.
8. BERLINGER, Nancy. *After Harm (Medical Error and the Ethics of Forgiveness)*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press, 2005. ISBN 0-8018-8167-6.
9. BLECHA, Ivan. *Jan Patočka*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-287-3.
10. BLECHA, Ivan. *Úvod do fenomenologie*. Přednášky, Katedra filozofie, Filozofická fakulta UP. Olomouc, 2007.
11. BOBBERT, Monika. *Patientenautonomie und berufliche Pflege*, Frankfurt, New York: Campus, 2002.
12. BODENHEIMER, Thomas et al. *Patient Self-management of Chronic Disease*. In Primary Care, current as of June 18, 2009. JAMA. 2002, roč. 288, č. 19, s. 2469-2475. ISSN 0098-7484.
13. ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. MPSV: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. MPSV, Práva pacientů. Autor: Odbor 22. Aktualizace 27. 04. 2005. [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>
14. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. MZ: *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, částka 9, Koncepce ošetrovatelství, ročník 2004. [cit. 2011-03-18]. Dostupné z: http://www.fnusa.cz/files/kliniky/oop/Koncepce_oseetrovatelstvi.pdf
15. ČEVELOVÁ, Lucie. *Sebepéče u pacientů s nádorovým onemocněním močového měchýře – po cystektomii*. Olomouc: 2009. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta humanitních věd, Ústav ošetrovatelství.

16. ČSN ISO 690. *Informace a dokumentace – Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2011. 40 s. Třídící znak 01 0197
17. DAVIDS, Anne, J. a Patricia R. UNDERWOOD. *The Competency Quagmire: Clarification of the Nursing Perspective Concerning the Issues of Competence and Informed Consent*. Int J Nurs Stud: 1989, roč. 26, č. 3., s. 271-279. ISSN 0020-7489
18. DENNIS, C. M. *Dorothea Orem Selbstpflege und Selbststoffgedefizit-Theorie 1. Auflage* Bern: Verlag Hans Huber, 2001. ISBN 3-456-83300-8.
19. DOENGES, Marilyn, E. a Mary F. MOORHOUSE. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
20. Edited by O'Hagan, T. *Jean-Jacques Rousseau and the Sources of the Self*. Aldershot: Avebury 1997. ISBN 1 85972 552 X.
21. EPIKTÉTOS. *Rozpravy*. Praha: Nakladatelství Československá akademie věd, 1957.
22. ERICSSON, K. Anders. *Expert Performance and Deliberate Practice*, 2000. [online]. [cit. 2012–03–02]. Dostupné z: <http://www.psy.fsu.edu/faculty/ericsson/ericsson.exp.perf.html>
23. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. Schválený 2000 [online]. [cit. 2012–03–10]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf
24. FOUCAULT, Michel. *Dějiny sexuality 3, Péče o sebe*. Praha: Herrmann a synové, 2003. ISBN 80-239-1186-4.
25. GALLAGHER, Ann. *The Respectful Nurse*. Nursing Ethics. Sage Publications. 2007, roč. 14, č. 3, s. 370, ISSN 0969-7330.
26. GORDON, Marjory. *Nursing Diagnose: Process and application*. 2. vydání. ST. Louis: Mc Graw-Hill Inc., 1987. ISBN 9-637-0427-3.
27. GORDON, Marjory. *Manual of Nursing Diagnosis*. Oxford: Elsevier, 2002, 10. Vydání. ISBN-10 0323019781, ISBN-13 978_0323019781.
28. HAAS, Margit a Helen KOHLEN. *Entscheidungsfindungsprozesse über eine künstliche Ernährung am Lebensende bei Patienten mit Demenz – wer entscheidet?* In Bulletin Luxembourgeois des Questions Sociales, Luxemburg: Aloss 2012. s. 177-181, ISSN 2071-2486.
29. HALMO, Renata. *Kazuistika u pacienta s vysoce založenou ileostomií dle konceptů sebepéče* Nezávislý odborný časopis pro zdravotnické pracovníky: Diagnóza v ošetrovatelství. Praha: Promediamotion, 2006, roč. 2, č. 2. ISSN 1801-1349.
30. HALMO, Renata. *Užití teorie deficitu sebepéče v kardiologii*. In Čáp, J., Žiaková, K. (ed) Recenzovaná publikace z konference Ošetrovatelstvo teória, výskum a vzdelavanie. Martin 2007, s. 115-125. ISBN 978-80-88866-43-5.
31. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
32. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Od medicíny mlčení k informovanému souhlasu*. [online]. [cit. 2012–07–23]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/od-mediciny-mlceni-k-informovanemu-souhlasu-300318>
33. HEIDEGGER, Martin. *Bytí a čas*. Tübingen, Max Niemeyer 1976. Praha: Oikoymenh, 1996. ISBN 80-86-005-12-7.
34. HEIDEGGER, Martin. *Věda, technika a zamyšlení*. Přeložili Jiří Michálek, Jana Kružíková a Ivan Chvatík. Praha: Oikoymenh, 2004. ISBN 80-7298-083-1.

35. HERDMAN, T. Heather. *NANDA International, ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2009-2011*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.
36. HILGERS, Claudia. *Entelechie, Monade und Metamorphose: Formen der Vervollkommnung im Werk Goethes*. München: Fink, 2002. ISBN 3-7705-3662-2.
37. HLADKÝ, Vojtěch. *Změnit sám sebe, duchovní cvičení Pierra Hadota, péče o sebe Michaela Foucaulta, péče o duši Jana Patočky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010, ISBN 978-80-87378-28-1.
38. HOFFMAN, Diane. *Choosing Paternalism?* Bioethics Forum. 2007. [online]. [cit. 2012-05-05]. Dostupné z: <http://www.thehastingscenter.org/bioethicsforum/post.aspx?id=272&blogid=140>
39. HOFFMAN, Jan. *Awash in Information, Patients Face a Lonely, Uncertain Road*, Published: August 14, 2005. [online]. [cit. 2012-05-02]. Dostupné z: http://www.nytimes.com/2005/08/14/health/14patient.html?_r=1&scp=1&sq=Awash%20in%20Information%20Patients%20Face%20a%20Lonely%20Uncertain%20Road&st=cse
40. HOFMANN, Irmgard. *Arztliche und pflegerische Verantwortung. Partnerschaftlicher Dialog ist gefordert*. In *Krankenpflege Journal*. Würzburg: K. W. Backe, 2000, roč. 38, č. 1-2. s. 5-8
41. HOGENOVÁ, Anna *Proč potřebujeme slavnosti*. Přednáška, 16. symposium o lékařské etice - „Chaos, dobro a zlo.“ Praha, 2008.
42. HRABAL, Jiří. *Lévinasova etika odpovědnosti k druhému*, Scriptorium, knihovnička rukopisů. ©1999. [online]. [cit. 2012-09-19]. Dostupné z: <http://www.inext.cz/texty/book/p021.html>
43. HUSTED, Gladys, L. *Ethical Decision Making in Nursing*. Missouri: Mosby-Year book, Inc. 1995. ISBN 0-8016-7774-2.
44. HYMERS, John. *Peter Singer and the Definition of the Person*, Etical Perspectives [online]. 1999, roč. 6, č. 2, s. 126-138. [cit. 2011-04-01]. ISSN 1370-0049. Dostupné z: http://www.ethical-perspectives.be/page.php?LAN=E&FILE=ep_detail&ID=22&TID=233
45. CHILDRESS, James, F. *Who Should Decide?* New York: Oxford University press, 1982.
46. CHYTKA, Robert. *Co je to zdraví a péče o zdraví*. ViaFit 6. 12. 2008. [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://www.viafit.cz/clanek/012-zdravi/>
47. JAROSZEWSKI, Tadeusz, M. *Osobnost a společnost: Problémy osobnosti v soudobé filosofické antropologii... překlad Jan Sedláček*, Praha: Nakladatelství Svoboda, 1975. MDT 141 82-301.
48. JOHNSON, Marion et al. *NANDA, NOC, and NIC Linkages. Nursing Diagnose, Outcomes, and Intervention*. 2. vydání. St. Louis, Missouri: Mosby 2006. ISBN 10 0-323-03194-3.
49. KANT, Immanuel. *Kritika praktického rozumu*. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1996. ISBN 80-205-0507-5.
50. KANT, Immanuel. *Die Metaphysik der Sitten*. 9. vydání. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1991. ISBN 3-518-27790-1.
51. KANT, Immanuel. *Základy metafyziky mravů*. 2. vydání. Praha: [1990] 1992. ISBN
52. KEESE, Christoph. *Verantwortung jetzt*, München: Goldmann, 2007. ISBN 978-3-442-15449-4.
53. *Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků*. Česká asociace sester, 2002. [online]. [cit. 2012-03-13]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/kodex-profesionalniho-chovani>

- 54.KÖPKE, Sascha a Gabriele MEYER. *Evidenzbasierte Patienteninformation und informierte, geteilte Entscheidungsfindung: Eine Aufgabe für die Pflege?* Pflegezeitschrift, 2010, roč. 63, č. 1, s. 12-15. ISSN 0945-1129.
- 55.KOUKOLÍK, František. *Možek a jeho duše*. 3. přepracované a rozšířené vydání, Praha: Galén 2005. ISBN 80-7262-314-1.
- 56.KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ Glenora a Rita OLIVIEROVÁ. *Ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-7169-195-X.
- 57.KŘIVOHLAVÝ, JARO. *O moudrosti s Jaro Křivohlavým*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-319-7.
- 58.KUBÁTOVÁ, Helena. *Sociologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. ISBN 978-80-244-2315-9.
- 59.KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- 60.LAJKEP, Tomáš. *Právo zvolit smrt patří pacientům*. *Mladá fronta DNES*: 13. března 2008. s. A10. ISSN
- 61.LAJKEP, Tomáš. *Lidské embryo, kdo nebo co?* *Zdravotnické noviny*, 10/2003. ISSN 1214-7664.
- 62.LAUBERGER, Christiane. *Bestärk den Patienten in Seiner Verantwortung*. Krankenpflege Soins infirmiers, Publisher Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger: 1996, č. 6, ISSN 0253-0465.
- 63.LEVIN, Lowell, S., KATZ, Alfred, H. a Erik HOLST. *Self-care lay initiatives in health*. Druhé vydání. New York: Neale Watson Academic Publications, Inc. 1977. ISBN 0-88202-111-7.
- 64.LUDWIG, Udo. *Tatort Krankenhaus, wie Patienten zu Oper werden*, 1. Auflage, Hamburg: Spiegel-Verlag, 2009. ISBN 978-3-442-12994-2.
- 65.MacDONALD, H. *Relational Ethics and Advocacy in Nursing*. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, roč. 57, č. 2, s. 119-126. ISSN 1365-2648.
- 66.MacDONALD, Chris. *Nurse Autonomy as Relational*. *Nursing Ethics*, 2002, roč. 9. č. 2, s. 194-201. ISSN 0969-7330.
- 67.MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
- 68.MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Potřeby člověka a ošetrovatelská diagnostika*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, 2009.
- 69.MAY, Carl. *Patient Autonomy and the Politics of Professional Relationships*. *Journal of Advanced Nursing*, 1995, roč. 21, s. 83-87. ISSN 1365-2648.
- 70.MOOS, Petr. *Obecná teorie motivace*. Přednáška pro Ústav adiktologie v Praze 2. 4. 2008. [online]. [cit. 2012-07-09]. Dostupné z: http://snncls.cz/wp/wp-content/uploads/file/Motivace_Moos.pdf
- 71.MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- 72.NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0628-1.
- 73.NATLUR, Ulrike. *Pflegerische Verantwortung*, Grin Verlag, 2005. ISBN 978-3-638-80722-7. Také [online]. [cit. 2012-09-06]. Dostupné z: <http://www.grin.com>

74. NIGHTINGALE, Florence. *Knih o ošetřování nemocných*, Praha: 1874. DOHLEDAT
75. OREM, Dorothea. E. *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, 1997. ISBN 3-86126-548-6.
76. OREM, Dorothea., E. *Nursing Concepts of Practise*. 6. vydání. USA: A Harcourt Health Sciences Company, 2001. ISBN 0-323-00864-X.
77. PATOČKA, Jan. *Péče o duši: soubor statí a přednášek o postavení člověka ve světě a v dějinách. Díl 2*. Praha: Oikoymenh, 1999. ISBN 80-86005-91-7.
78. PAYNE, Jan. *Klinická etika*. Praha: Triton, Skalpel, 1992. ISBN 80-90090-427.
79. PAYNE, Jan et al. *Zdraví hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-293-1.
80. PAYNE, Jan. *Informed Consent: Consequences of its Structure and Function*. In: Gluchmann V (ed) *Bioethics in Central Europe*. Acta Facultatis, Prešov, 2009. ISBN 978-80-555-0055-3.
81. PLATON. *Faidón*. Překlad František Novotný. 6. vydání. Praha: Oikoymenh, 2005. ISBN 80-7298-158-7.
82. PLATON. *Ústava*. Překlad František Novotný. 4. vydání. Praha: Oikoymenh, 2005. ISBN 80-7298-142-0.
83. POLÁKOVÁ, Jolana. *Smysl dialogu: o směřování k plnosti lidské komunikace*. Praha: Vyšehrad, 2008. ISBN 978-80-7021-966-9.
84. RASSIN, Michael. *Nurses' Professional and Personal Values*. Nursing Ethics. Sage Publications: 2008, roč. 15, č. 5, s. 625-626. ISSN 0969-7330.
85. RICOEUR, Paul. *Filosofie vůle I, Fenomenologie svobody*. Přeložil Jakub Čapek. Praha: Oikoymenh, 2001, ISBN 80-7298-033-5.
86. ROGERS, Carl, R. *Způsob bytí. Klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-233-5.
87. Sbíрка zákonů č. 55/2011, Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Částka 20, § 4, s. 484-485, ISSN 1211-1244.
88. SENECA, Lucius, Annaeus. *Výbor z listů Lucilioví*. Antická knihovna, Svazek 4. Překlad Bohumil Ryba. Praha: Svoboda, 1969.
89. Sestra. Etické normy. Praha: *Mladá fronta*, 1992, roč. 2, č. 3, s. 17-18. ISSN 1210-0404.
90. SCHERMER, Maartje. *The Different Faces of Autonomy*. Amsterdam: Ridderprint B. V. Ridderkerk, 2001. ISBN 90-71433-63-3.
91. SCHNEIDER, Carl. E. *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors and Medical Decisions*. New York Oxford: Oxford University Press, 1998. ISBN 0-19-511-397-7. Také [online]. [cit. 2012-05-02]. Dostupné z: http://www.amazon.com/Practice-Autonomy-Patients-Doctors-Decisions/dp/0195113977/sr=8-1/qid=1157655114/ref=pd_bbs_1/002-7189831-1011266?ie=UTF8&s=books#reader_0195113977
92. SCHWERDT, Ruth. *Eine Ethik für die Altenpflege*. Bern: Hans Huber Verlag, 1998. ISBN 3-456-82841-1.
93. SMOLINER, Andrea. *Patientenorientierung im Konzept Evidence-based Nursing?... und es funktioniert doch!* Pflege 2011, roč. 24, č. 4, s. 225-227. Bern: Huber Verlag, 2011. ISSN 1012-5302.

94. SMOLINER, Andrea et al. *Präferenzen und Erleben von Patienten zur Beteiligung an pflegerischen Entscheidungen im Akutspital – Eine Analyse der Übereinstimmung von Präferenz und Erleben sowie der Einflussfaktoren bezogen auf verschiedene Entscheidungstypen*. Huber Verlag: 2009, č. 6, s. 411-419. ISSN 1012-5302.
95. SOKOL, Jan. *Filosofická antropologie. Člověk jako osoba*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-627-6.
96. Solidarita a přijetí odpovědnosti za vlastní zdraví, [online]. [cit. 2012–10–16]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/solidarita-a-prijeti-odpovednosti-za-vlastni-zdravi-21890.html>
97. STANGL, Werner. *Kohlbergs teorie der Moralentwicklung*. Hagen: FernUniversität, 2012. Einführung in die Psychologie. [online]. [cit. 2012–03–03]. Dostupné z: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/MORALISCHEENTWICKLUNG/KohlbergTabelle.shtml>
98. STRUHA, Kamil. 23 let utrpení. Mysleli, že je v kómatu, on vnímal. *Mladá Fronta DNES*: 29. listopadu 2009, č. XX/274 s. 1, A3. ISSN 1210-1168.
99. ŠIMEK, Jiří a V. ŠPALEK. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0440-4.
100. ŠPIRUDOVÁ, Lenka a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Sesterská profesní role „advokátka pacienta“*. *Med. pro praxi*, ISSN 1803-5310 [online]. 2007, č. 1, s. 32-34 [cit. 2012-09-21]. Dostupné z: www.solen.cz
101. TAYLOR, Charles. *Etika authenticity*. Praha: Filosofia, nakladatelství Filosofického ústavu AV ČR 2001. ISBN 80-7007-150-8.
102. TAYLOR, Susan, G. a Nelda S. GODFREY. *The Ethics of Orem's Theory*, *Nursing science Quartely*. 1999, roč. 12, č. 3, s. 205. ISSN 0894-3184.
103. TEWESE, Renate. *Pflegerische Verantwortung*. Bern: Hans Huber Verlag, 2002. ISBN 3-456-83678-3.
104. THOMPSON, Mel. *Přehled etiky*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-806-6.
105. Umírněný realismus. [online]. [cit. 2011–03–10]. Dostupné z: <http://leccos.com/index.php/clanky/realismus>
106. Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Oviedská konvence, 2001. [online]. [cit. 2011–03–18]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/Umluva%20o%20biomedicine.pdf>
107. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.
108. VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1198-2.
109. WEIS, Art. *Cooperative Care: An Application of Orem's Self-Care Theory*. *Patient Education and Counseling*, 1998, č. 11, s. 141-146. ISSN
110. WESSEL, Karl-Friedrich, SCUPIN Olaf a Thomas DIESNER. *Selbstsorge*, Bielefeld: Kleine Verlag, 2007. ISBN 978-3-89370-428-6.
111. WIENS, Arlene, G. *Patient Autonomy in Care: A Theoretical Framework for Nursing*. *Journal of Professional Nursing*, 1993, roč. 9, č. 2, s. 95-103. ISSN 8755-7223.
112. WRIGHT, Richard, A. *Human Values in Health Care*. Library of congress Cataloging –in-Publication Data. University of Toledo: McGraw-Hill book company, 1987. ISBN 0-07-072076-2.

113. ZIETEMANN, F. *Care Management*. Klinik Management Aktuell. 2004, roč. 94, č. 4, s. 56-59. Berlin: Thieme Verlag
114. ZIKA, Richard. *René Descartes, metafyzika lidského dobra*. Praha: Filosofická fakulta Univerzity Karlovy, 2010. ISBN 978-80-7308-307-6.
115. ZÍMOVÁ, Pavlína. *Bipolární pojmy zdraví a nemoc*. In: Zdravotnické právo a bioetika 4. 10. 2012. [online]. 2012-04-10 [cit. 2012-10-23]. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/bipolarni-pojmy-zdravi-a-nemoc-3/>
116. ŽIAKOVÁ, Katarína, JAROŠOVÁ, Darja a Juraj ČÁP. *Ošetrovatelství: Konceptuální modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7368-068-8.

Pojmy (online):

117. Aspirace – vdechnutí tekutiny nebo cizího tělesa do dýchacích cest. [online]. [cit. 2012-09-06]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Aspirace>
118. Cévní mozková příhoda – (CMP, též iktus, mozková mrtvice nebo mozkový infarkt) je náhle se rozvíjející postižení určitého okrsku mozkové tkáně [online]. [cit. 2012-10-20]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/C%C3%A9vn%C3%AD_mozkov%C3%A1_p%C5%99%C3%ADhoda
119. Dysfagie – poruchy polykání [online]. [cit. 2012-09-06]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Dysfagie>
120. Expert. [online]. [cit. 2012-03-02]. Dostupné z: <http://en.wikipedia.org/wiki/Expert>,
121. Ileostomie – chirurgické vyvedení tenkého střeva přes stěnu břišní [online]. [cit. 2012-10-02]. Dostupné z: <http://cz.dansacimage.com>
122. Hawking Stephan [online]. [cit. 2012-04-20]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Stephen_Hawking
123. Hemiparéza – částečné ochrnutí jedné poloviny těla. [online]. [cit. 2012-10-17]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hemipar%C3%A9za>
124. Nutilis – instantní zahušťovadlo tekutin, určené pro zvláštní výživu. [online]. [cit. 2012-10-01]. Dostupné z: http://www.nutriciamedical.cz/enteral/product.php?id=156&confirm_rules=1.
125. Ureteroileostomie – vyústění močovodu do střeva a stěnou břišní. [online]. [cit. 2012-06-02]. <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/ureteroileostomie>
126. Zdraví. [online]. [cit. 2012-03-02]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdrav%C3%AD>

Seznam zkratk

ANA	Antinukleární protilátky
Apod.	a podobně
Atd.	a tak dále
cca	circa
CMP	Cévní mozková příhoda
ČAS	Česká asociace sester
DSP	deficit sebek péče
EBM	Evidence Based Medicine
EBN	Evidence Based Nursing
ICN	International Council of Nursing
KSP	kompetence sebek péče
NANDA	North American Association for Nursing Diagnosis - Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku
NANDA taxonomie	struktura sesterských diagnóz NANDA se označuje jako taxonomie, novější verze je označována jako NANDA taxonomie II a jako taková je pojmána i v textu práce
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
SiPoSP	situační potřeba sebek péče
SP	sebek péče
TDSP	Teorie deficitu sebek péče

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Obr. č. 1 Dimenze ošetřovatelské etiky

Obr. č. 2 Struktura teorie

Obr. č. 3 Kompetence sebepéče

Obr. č. 4 Model ošetřovatelských diagnóz dle NANDA

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Role sestry a pacienta vycházející z metod pomoci v ošetrovatelské situaci
- Příloha č. 2 Ošetrovatelské systémy
- Příloha č. 3 Výpovědi k sebepéči
- Příloha č. 4 Požadavky sebepéče
- Příloha č. 5 Kompetence sebepéče
- Příloha č. 6 Základní dispozice a schopnosti
- Příloha č. 6a Základní dispozice a schopnosti - tabulka
- Příloha č. 7 Podmiňující faktory
- Příloha č. 8 Faktory popisující omezení kompetence
- Příloha č. 8a Omezení činností sebepéče
- Příloha č. 9 Ošetrovatelské systémy
- Příloha č. 10 Položky pro ošetrovatelskou anamnézu klienta dle NANDA taxonomie
- Příloha č. 11 Výběr ošetrovatelských diagnóz z NANDA taxonomie
- Příloha č. 12 Diagnózy sebepéče v NANDA taxonomii
- Příloha č. 13 Případová studie
- Příloha č. 14 Vliv onemocnění (ileostomie) pana J. H. na požadavky sebepéče
- Příloha č. 15 Situační potřeba sebepéče pacienta J. H. s ileostomií
- Příloha č. 16 Posouzení a diagnostický závěr pacienta J. H. s ileostomií dle NANDA taxonomie

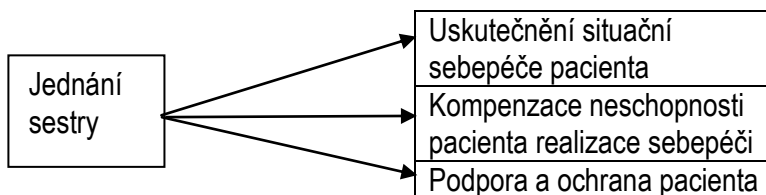
ROLE SESTRY A PACIENTA VYCHÁZEJÍCÍ Z METOD POMOCI V OŠ. SITUACI

PŘÍLOHA č. 1

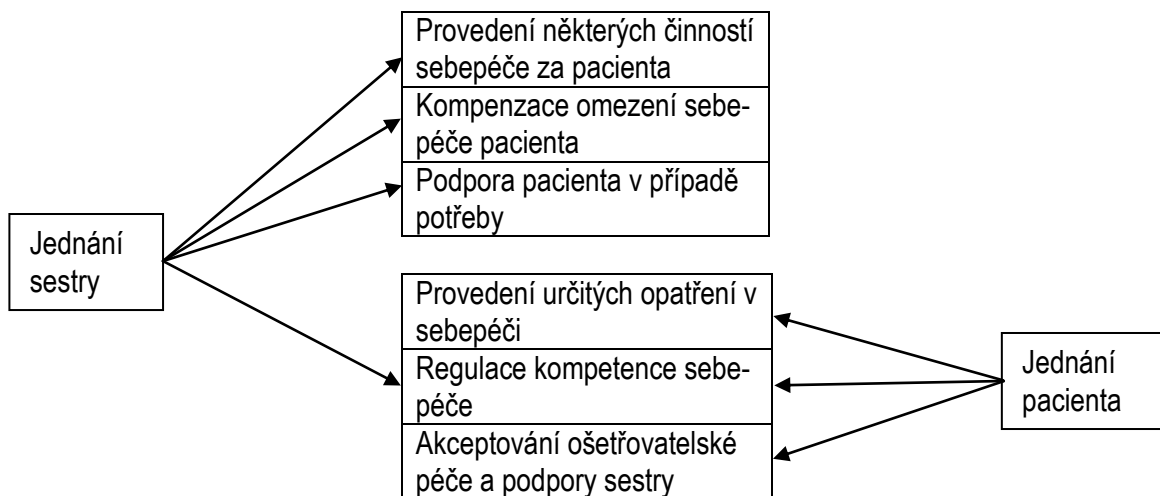
Orem, 1997, s. 331

Metody pomoci	Role sestry	Role pacienta
Jednání pro druhé osoby	Osoba, která za pacienta a pro pacienta jedná	Příjemce oš. péče, aby byla vyplněna situační potřeba sebepéče a kompenzovány deficity sebepéče, které jsou důležité ke kontrole okolního prostředí a zdrojů
Vedení druhých osob	Zajišťovat věcné nebo technologické informace důležité pro regulaci kompetence sebepéče nebo splnění požadavků sebepéče	Příjemce, zpracovatel a uživatel informací jako jednající v sebepéči nebo jako regulátor kompetence sebepéče
Zajištění tělesné podpory	Partner, který spolupracuje při provádění při regulaci, uznání a provádění kompetence sebepéče pacienta	Aktér, který ve spolupráci se sestrou naplňuje požadavky sebepéče k regulaci a uznání kompetence sebepéče
Zajištění psychologické podpory	Naslouchající a osoba, která může v případě potřeby zprostředkovat užití dalších metod pomoci	Osoba, která je konfrontována se závažnými problémy, které řeší nebo zažívá těžkou situaci
Zajištění okolí, které podporuje vývoj	Nabízející a regulátor podmínek okolního prostředí, konkrétní osoba na, níž se pacient může obracet	Osoba, která je konfrontována, s vlastním životem a jeho zajištěním a okolním prostředím, které podporuje vlastní vývoj
Edukace	Učící: vysvětluje požadavky sebepéče a situační potřebu sebepéče, metody a postupy k jejich vyplnění, metody určení situační potřeby sebepéče, metody překonání a kompenzace deficitů sebepéče, metody sebeřízení	Učící se, který se angažuje v získávání vědomostí a kompetencí, které jsou důležité pro kontinuální a efektivní vývoj sebepéče

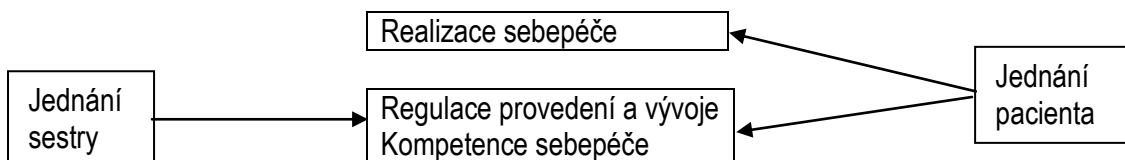
ÚPLNĚ KOMPENZAČNÍ SYSTÉM



ČÁSTEČNĚ KOMPENZAČNÍ SYSTÉM



PODPŮRNĚ EDUKAČNÍ SYSTÉM



Oremová učinila výpovědi k sebekpěči (dále také SP) a rozčlenila je do následujících komplexů:

Komplex 1: (podmiňující faktory – faktory, které ovlivňují realizaci péče o sebe sama ve smyslu pozitivním nebo negativním)

- Sebepečetím a rozsahem zkušeností jedince.
- Kulturní orientací.
- Rozsahem zdravotnických vědomostí jedince.
- Postavením v rodině.
- Členstvím v sociálních skupinách mimo rodinu.
- Dospělí mohou rozhodovat o své angažovanosti nebo neangažovanosti ve specifických jednáních sebekpěče.
- Nedostatek vědomostí o poruchách zdraví, chybných funkcích, nedostatku připravenosti k SP, neadekvátní zvyklosti omezují to, co člověk může činit pro vlastní SP nebo při podpoře jiných osob.

Komplex 2: (SP ve zdraví a nemoci)

- SP přispívá k jednotě člověka jako psycho-fyziologického organismu se smysluplným životem.
- Každý člověk musí pro sebe denně vykonat minimum aktivit, které jsou pro jeho pohodu žádoucí a jsou předpokladem pro to, že bude zachována existence jeho organismu. V případě onemocnění, poranění, mentální nebo tělesné dysfunkce musí provádět jiné aktivity k zachování života a zlepšení zdraví.
- SP vztahující se k zachování a podpoře zdraví požaduje základnu vědomostí o cílech SP a praktikách SP a stejně tak s tím spojené zvyklosti a připravenost.
- Nemoc, úraz, mentální nebo fyzická dysfunkce mohou omezit to, co pro sebe člověk může udělat, protože mu tento stav může bránit v logickém myšlení, činit rozhodnutí a angažovat se v provedení cílů SP. Nemoc, poranění, úraz a dysfunkce mohou s sebou přinést strukturální i funkční změny, které vyžadují užití speciálních opatření SP, která mohou být i medicínsky indikována.³¹⁵

Komplex 3: (Požadavky na jednání a potenciál sebekpěče)

- SP vyžaduje obecné vědomí o cílech SP o praktikách stejně jako specifické znalosti o sobě samém, zdravotním stavu, fyzikálním a sociálním okolí. To vyžaduje zvnitřnění náhledů, přesvědčení a motivací. Získat specifické vědomosti znamená pozorovat a hodnotit, vést k pochopení současných požadavků SP stejně jako deficitu SP.
- SP obsahuje zaujetí a účast na zdravotní péči, která je ordinována lékařem při zdravotních deficitech a prozkoumání zdravotního stavu.
- SP obsahuje dovnitř orientovanou pozornost ke kontrole chování. SP vyžaduje také navenek orientované jednání ke kontrole okolí, vytvoření kontaktů, komunikaci s ostatními a užití vlastního potenciálu.
- SP vyžaduje užití potenciálu, který pomůže podpořit život ve zdravém a léčebně působícím prostředí: příjem tekutin, potravy, léků, zavedení fyzikálních opatření/intervencí a léků, vpravení substancí, které tělo neprodukuje, využívání pomůcek ke kontrole držení těla nebo pohybu k ulehčení fungování.³¹⁶

³¹⁵ OREM, Dorothea, E., 1997, ref. 12, s. 115

³¹⁶ OREM, Dorothea, E., 199., ref. 12, s. 116

A. Obecné požadavky sebezpečí (OPSP). Jsou požadavky na jednání jedince, které musejí být člověkem nebo pro člověka vykonány a o nichž člověk ví nebo předpokládá, že jsou nutné pro regulaci lidských funkcí a vývoj jedince.

1. Udržení dostatečného přívodu vzduchu.
2. Udržení dostatečného přívodu tekutin.
3. Zachování dostatečného přívodu potravy.
4. Udržení správného vylučováním stolice a moče.
5. Udržování rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem.
6. Udržování rovnováhy mezi samotou a sociální interakcí.
7. Předcházení životních rizik týkajících se lidského fungování a well-being, fyzická rovnováha.
8. Podpora lidských funkcí a rozvoje v rámci sociální skupiny, ve vztahu k lidskému potenciálu, známým lidským hranicím a lidské touze být normální.

B. Vývojově podmíněné požadavky sebezpečí (VPSP). Označují faktory, které umožňují lidský vývoj v rozdílných fázích života jedince, Oremová je dělí do tří skupin.

I. Zajištění podmínek, které podporují vývoj.

II. Angažovanost ve vývoji sebezpečí

III. Vývojové poruchy způsobené životním prostředím nebo nemocí. (Orem, 1997, s. 210)

C. Zdravotně podmíněné požadavky sebezpečí (ZPSP). Tyto požadavky sebezpečí existují u osob, které jsou nemocné nebo zraněny, které měly v anamnéze speciální onemocnění, včetně defektů a omezení, a které se podrobily lékařské diagnostice a léčení.

Existuje šest kategorií zdravotně podmíněných požadavků sebezpečí (ZPSP):

1. Využití a zajištění vhodné lékařské pomoci, při vystavení se specifickým tělesným nebo biologickým ovlivňujícím faktorům nebo okolním podmínkám v souvislosti s patologickými jevy a stavy.
2. Uvědomění si důsledků a účinků patologických podmínek a stavů včetně následků pro vývoj.
3. Efektivní provedení lékařsky předepsaných diagnostických, léčebných a rehabilitačních opatření k prevenci samotné choroby, ale také k regulaci komplexního fungování člověka, ke zmírnění deformací nebo abnormalit a ke kompenzaci omezení.
4. Uvědomění si a regulace potíží nebo negativních důsledků lékařských opatření, které byly předepsány a vykonány lékařem, včetně vlivu na vývoj.
5. Změna sebekoncepcie (a obrazu sebe sama), tím že se akceptuje jako člověk, který se nachází v určitém zdravotním stavu a který potřebuje specifickou formu zdravotní péče.
6. Učení se žít s důsledky patologických podmínek, lékařské diagnostiky a ošetrovatelských opatření, a to v životním stylu, který podporuje kontinuální osobní rozvoj (Orem, 1997, s. 219).

Kompetence sebepéče představují předpoklady naplnění požadavků sebepéče vztahující se k jednání. Jedná se tedy o specifické schopnosti, k vykonání potřebných činností v závislosti na určité potřebě sebepéče. Koncept kompetence sebepéče objasňuje, jakým způsobem obecné a specifické schopnosti zaměřené na sebepéči umožňují využití činností (operací jednání).

Oremová rozdělila strukturu konceptu do tří dílčích konceptů: Tyto oblasti obsahují:

- *Činnosti sebepéče*
- *Potenciální komponenty*
- *Základní lidské schopnosti a dispozice*



Obr. č. 2 Koncept kompetencí sebepéče

Činnosti sebepéče (Orem, 1997, s. 237)

Představují jednotlivé operace jednání při vykonávání sebepéče. Vedle těchto podmínek jednání musí být pomýšleno i na fyziologické základy schopností jednání.

- A. *Činnosti, které jsou směřovány na hodnocení a pochopení situace*
 - Zohlednit vnitřní a zevní faktory.
 - Objasnění současného významu pro momentální situaci.
 - Položit si otázky, jak mohou nebo mají být faktory ovlivněny.
- B. *Činnosti, které představují přechodnou fázi (transitivní funkce/rozhodnutí)*
 - Reflektovat způsob sebepéče (přemýšlet o možnostech řešení).
 - Učinit rozhodnutí.
- C. *Činnosti, které způsobují přímé praktické provedení (produktivní funkce)*
 - Učinit opatření, příprava na provedení činnosti (materiál, osoby, okolí).
 - Provedení činností.
 - Pozorování konkrétních provedení.
 - Pozorovat možné účinky a události.
 - Přezkoumat přiměřenost provedení.
 - Učinit rozhodnutí, zda mají být činnosti dále prováděny nebo ukončeny.
 - Učinit rozhodnutí, zda a jakým způsobem mají být učiněna nová hodnocení.

Potenciální komponenty (Orem, 1997, s. 243)

Jedná se o specifické schopnosti sebepéče, které umožňují provádění činností sebepéče. Oremová popisuje celkem deset potenciálních komponent:

- Pozornost a bdělost.
- Kontrolované užití psychické energie.
- Schopnost kontrolovaného držení těla.
- Schopnost argumentace ve smyslu sebepéče (logické uvažování).
- Motivace (cílová orientace).
- Schopnost rozhodování.
- Disponovat určitým rozsahem/stupněm připravenosti.
- Disponovat způsobilostí interpersonální, kognitivní a komunikativní.
- Moci stanovit priority v rámci systému sebepéče (rozlišovat důležité věci od nedůležitých).

- Způsobilost k integraci činností sebek péče do denního života (habitualizace).

ZÁKLADNÍ DISPOZICE A SCHOPNOSTI

PŘÍLOHA Č. 6

(Orem, 1997, s. 241)

Jsou dispozice a schopnosti získané v průběhu života a jsou předpokladem pro uplatnění potenciálních komponent, a tím i realizaci činností i činností sebek péče.

Výčet schopností a dispozic nazvaný *Schopnosti poznání a provádění činností* obsahuje ty schopnosti, které ovlivňují poznávání, logické myšlení, tvorbu úsudku a dosahování správných rozhodnutí v různých životních situacích. Zahrnuje také naučené dovednosti, které mají dopad na komunikaci a na činnosti týkající se zkoumání a tvořivosti.

Sloupec pojmenovaný *Dispozice ovlivňující hledání cílů* zahrnuje stavy ovlivňující vůli osob přijmout sebe samého jako osobu provádějící péči o sebe sama, přijetí sebe jako osoby, která potřebuje pomoci v určitém rozsahu sebek péče, nebo osoby, která podnikne sama v rámci sebek péče vhodné kroky.

Koncept označený *Významné schopnosti a dispozice k orientaci* obsahuje přetrvávající návyky a zájmy, vůli osob zabývat se sebek péčí a otázkami zdraví a schopnost přímo se do sebek péče zapojit. Sestra je schopna, dle tohoto konceptu posoudit případnou příčinu neadekvátnosti jednání a rozhodování jedince ve smyslu sebek péče.

Orem, 1997, s. 241

Podmiňující faktory a stavy	Vybrané základní schopnosti		Schopnosti k porozumění a provedení	Dispozice, které ovlivňují hledání cíle	Významné dispozice a schopnosti orientace
	I.	II.			
Genetické a konstituční faktory	Vnímání -proprioceptivní -exteroceptivní	Pozornost	Rozumové schopnosti	Pochopení sebe sama Sebevědomí Koncept sebe sama	Orientace: časem, zdravím, jinými osobami, událostmi, objekty
Emocionální stav	Učení	Vnímání	Porozumění prováděným činnostem	Sebehodnocení	Hodnotová hierarchie: morální, ekonomická, estetická, materiální, sociální
Sociální organizace	Pohyb nebo práce	Paměť	Schopnost učit se: čtení, počítání, psaní, řeč, poznávání, zručnost, logické myšlení	Přijetí sebe sama, akceptování tělesných funkcí, ochota uspokojovat vlastní potřeby	Zájmy a obavy, zvyklosti, schopnost pracovat s tělem a jeho částmi
Kulturní zkušenosti	Regulace polohy a pohyb těla a jeho částí	Centrální regulace motivačních a emocionálních procesů	Vytrvalost v porozumění a provedení	Orientace na budoucnost	Schopnost řídit sebe sama a osobní záležitosti

Jsou to situace a podmínky, které mají vliv na vykonávání sebekpěče ve smyslu pozitivním i negativním. Přezkoušení představených konceptů v ošetrovatelské praxi nechává otevřeno, zda potřeba sebekpěče a potřebné kompetence sebekpěče jsou ovlivňovány současnými situacemi (např. ošetřením v nemocnici) nebo prostřednictvím četných jiných podmínek. Rozpoznáním těchto faktorů je možné odhalit komplexní systémy jednání sebekpěče se svými vzájemnými účinky (interní a externí interdependence).

Řadíme sem 10 faktorů a určitě se nejedná o konečný výčet, ale o výběr faktorů, u kterých mohl být vliv na sebekpěči dokázán. Jsou to:

- Věk
- Pohlaví
- Vývojový stav (fyzicko-funkční, kognitivní, psychosociální)
- Stav zdraví (v přítomnosti i minulosti, vlastní vnímání současného stavu zdraví)
- Sociokulturní orientace (okolí, příslušnost k víře, kultura, povolání, pracovní zkušenost a životní zkušenost)
- Faktory zdravotního systému (možnosti přístupu k programům zdravotní péče, terapeutické a diagnostické vlivy)
- Rodinný systém (druh rodiny, vztahy v rodině, zajištění)
- Struktura života (dosavadní způsob vedení života, zvyky v sebekpěči)
- Faktory životního prostředí (podmínky života a okolnosti, pozitivní vlivy nebo rušivé faktory, př. oblast, kde jedinec bydlí)
- Dostupnost a dispozice rezerv/ressource (ekonomické prostředky, přístup k určitým organizacím, úřadům, časové rezervy)

Jmenované faktory mohou být rozděleny do tří skupin podmiňujících faktorů:

1. Osobní podmínky – věk, pohlaví, vývojový stupeň, struktura života.
2. Rodinné vztahy – rodinný systém.
3. Vztahy okolního prostředí – sociokulturní orientace, zdravotnický systém, životní prostředí, rezervy.

A. Omezení chápání / rozumění situaci

1. prostřednictvím nových požadavků nebo změnou funkce
2. prostřednictvím poruchy vnímání nebo nemocí a toxických faktorů
3. prostřednictvím omezení kognitivních funkcí

B. Omezení učinit rozhodnutí

1. z důvodu chybějící předchozích znalostí nedostatečná znalost situace
2. prostřednictvím poruch vědomí
3. prostřednictvím nechuti nebo odmítání

C. Omezení provedení

1. prostřednictvím nedostatku vědomostí a potenciálu
2. prostřednictvím fyziologických faktorů (chybějící energie)
3. prostřednictvím nezájmu/desinterese a nedostatkem cílové orientace
4. prostřednictvím rušení druhou osobou, nedostatkem podpory nebo prostřednictvím krizí.
(Orem, Dorothea, E. 1997, s. 262)

OMEZENÍ ČINNOSTÍ SEBEPÉČE/ DSP (zpracováno dle Orem, 1997, s. 259)

A POCHOPENÍ odhad situace	Kpl. 1	Nové, nerozpoznané, anebo specifické požadavky SP, nedostatek požadovaných vědomostí o PSP dané situace a opatřeních k jejich naplnění.
	2	Snížené vnímání, deficit paměti, pozornosti. Poruchy ovlivňující lidskou racionalitu (toxické stavy, mentální a psych. nemoci, onem. mozku, účinky léků).
	3	Dispozice a přesvědčení (tendence), které znemožňují získání nových realitě odpovídajících vědomostí a negativně ovlivňují mentální schopnosti, kdy mají být které ČSP použity, přizpůsobeny, přerušeny v souvislosti s plánováním k dosažení cílů.
B ROZHODNUTÍ schopnost úsudku	Kpl. 1	Nedostatečné seznámení se se situací. Nedostatek vědomostí o dané otázce. Nedostatek požadovaných schopností pro získání technických znalostí. Nedostatek vědomostí k posouzení a zdůvodnění ČSP.
	2	Porucha udržení pozornosti, která je nutná k odhadnutí SP v dané situaci (poruchy vědomí, vypjatá emoč. situace, vystupňovaná touha nebo starost). Neschopnost představit si alternativní průběh činnosti a jejich možné důsledky.
	3	Odmítání prověřit situaci SP jako základnu pro určení účelných ČSP. Averte/odmítání učinit rozhodnutí, i když jsou žádoucí ČSP definovány a pochopeny.
C PROVEDENÍ průběh činnosti	Kpl. 1	Nedostatek vědomostí nebo připravenosti učinit rozhodnutí o SP, nedostatek potenciálu k SP.
	2	Nedostatek potřebné energie pro dlouhodobé aktivity, omezená schopnost kontroly pohybu při provádění žádoucích ČSP, neschopnost nebo omezená schopnost se sám o sebe starat.
	3	Nedostatečný zájem vyplnit vnímané požadavky SP, a tak vyplnit SiPoSP. Nepřiměřená cílová orientace, která nepodporuje odhadní a produktivní ČSP, které jsou nutné pro pochopení a vyplnění SiPoSP.
	4	Poruchy průběhu jednání u rodinných příslušníků nebo jiných osob, které je důležité pro pacienta k pochopení a vyplnění SiPoSP. Struktury osobního nebo rodinného života, které omezují provedení ČSP. Nedostatečný sociálně podpůrný systém. Krizové situace v rodině

(sestaveno dle D. E. Orem, 2001)

Ošetřovatelský systém	Dílčí systém	Stav
ÚPLNĚ KOMPENZATORNÍ (kompenzační) SYSTÉM	I. neschopnost provést libovolnou formu vědomého jednání.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ neschopnost kontroly pohybu ▫ žádná reakce na podněty ▫ žádné vnímání okolí z důvodu ztráty motorické schopnosti. ▫ zprostředkování informací není možné
	II. vědomá neschopnost provést činnost, přestože je zachována určitá míra schopnosti pozorování a rozhodování.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ jedinci vnímají okolí a mohou komunikovat ▫ žádný pohyb na základě onemocnění, poranění, klidových opatření nebo extrémní slabosti a postižení ▫ terapeutická nařízení omezení pohybu
	III. neschopnost provádět sebepěči na základě chybějící schopnosti úsudku a rozhodnutí při zachované pohyblivosti. Určitá opatření sebepěče jsou možná pod trvalým dohledem a poučováním.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ vědomí je zachováno, ale neschopnost soustředit se na sebe nebo ostatní ▫ bez vedení nebo poučování není možné žádné racionální rozhodnutí ▫ pohyby možné za kontinuálního poučování/ instrukce a dohledu
ČÁSTEČNĚ KOMPENZATORNÍ (kompenzační) SYSTÉM	I. omezení pacienta v pohybových a manipulativních aktivitách	▫ přítomné aktuální nebo medicínské omezení
	II. omezení pacienta v oblasti vědomostí, co se týká akceptování a vědomostí technického rázu, stejně tak jako žádoucích dovedností	▫ nedostatek vědomostí
	III. omezení pacienta v připravenosti provádět nebo naučit se (osvojit si) specifické aktivity	▫ nedostatek psychické připravenosti
PODPŮRNÝ a EDUKAČNÍ SYSTÉM	I. kombinace podpory, poučování / vedení a zajištění okolí příznivého pro vývoj	▫ pacient je schopen se pod vedením a s podporou naučit a provádět potřebná opatření k sebepěči

(Bekel, Halmo, 2004)

<p>1. PODPORA ZDRAVÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ zdravotní stav v předchozím období ▫ nachlazení v uplynulém roce, pracovní neschopnost ▫ nejvýznamnější aktivity pro udržení zdraví ▫ faktory ovlivňující zdravotní stav – rodinná a lidová opatření, kouření, pití alkoholu, užívání léků/drog, sebevyšetřování prsů, atd. ▫ nehody či úrazy doma, v práci, v dopravním ruchu ▫ dřívější problémy s přístupem k dodržování podnětů lékařů a sester ▫ názor na příčiny současného onemocnění, aktivity konané po zjištění prvních příznaků, jejich výsledek
<p>2. VÝŽIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ typický denní příjem potravy, popis stravy, doplňky stravy – vitamíny, atd. ▫ typický příjem tekutin, popis (množství, preference, způsob) ▫ úbytek či nárůst tělesné hmotnosti nebo změna výšky v předchozím období - o kolik, za jaký časový úsek ▫ chuť k jídlu v předchozím období ▫ potíže s polykáním, dietní opatření, stravovací dyskomfort v předchozím období
<p>3. VYLUČOVÁNÍ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ typický vzorec vyprazdňování stolice. Frekvence, charakter, dyskomfort, problémy s kontrolou vyprazdňování, užívání laxativ... ▫ typický vzorec vyprazdňování moče. Frekvence, charakter, dyskomfort, problémy s kontrolou močení ... ▫ předchozí problémy s pocením, s od normy odlišným tělesným pachem ▫ předchozí drenáže tělesných dutin, odsávání – specifikovat
<p>4. AKTIVITA – ODPOČINEK</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ dostatečnost energie pro denní aktivity ▫ zvyklý vzorec tělesného pohybu, druh, pravidelnost ▫ způsob trávení volného času- formy aktivit, u dítěte- formy hravých aktivit ▫ obvyklá úroveň svěžesti a připravenosti na denní aktivity po spánku ▫ problémy týkající se potulky, bezdomovectví ▫ reakce na dřívější operace (špatné, popř. delší hojení ran, pooperační komplikace atd.) ▫ dřívější problémy s kardiovaskulárním systémem (oběhové, dýchací problémy, činnosti, které kl. znemožňují aktivitu, choroby, rizikové faktory) ▫ dřívější problémy s dýcháním (frekvence, charakter, rizikové faktory související s poruchou dýchání jako obezita, kouření atd., muskuloskeletární postižení atd.) ▫ dřívější problémy s prokrvením tkání (změny chování, výchyly TK, bolesti na hrudi, klaudikace atd.) ▫ problémy s usínáním, výskyt těžkých či zlých – tzv. nočních můr ▫ zvyklá doba odpočinku a spánku, jejich délka ▫ předchozí funkční úroveň klienta: <p>hodnotit 0–4 (0 - plně soběstačný, 1- je třeba pomocných prostředků, 2 - je třeba asistence a dohledu, 3 - je třeba asistence, dohledu a pomocných prostředků, 4 - závislý, na péči se nepodílí)</p> <p>najezení se: udržování domácnosti: nákup: vaření:</p> <p>hygienická péče: sprchování: koupel: čištění zubů: umytí rukou:</p> <p>obléknutí se: chůze z místa na místo: pohyb na lůžku: upravení zevnějšku (holení, česání, ...):</p> <p>dle odhadu primární sestry v dalších položkách:</p>

5. VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ
<ul style="list-style-type: none"> ▫ předchozí potíže se sluchem, zrakem ▫ užívání naslouchátek ▫ předchozí potíže s čítím, s rovnováhou ▫ předchozí problémy s pamětí (užívání léků, drog, alkoholu, neurologické poruchy, věk, neschopnost zopakovat informaci atd.) ▫ problémy s vyjadřováním, mluvou ▫ předchozí potíže s udržení pozornosti ▫ předchozí problémy s orientací v místě, čase, prostoru
6. VNÍMÁNÍ SEBE SAMA
<ul style="list-style-type: none"> ▫ předchozí pocity spokojenosti, nespokojenosti se sebou a svým životem, které byly častější ▫ změny na těle a ve způsobu přemýšlení o situacích kolem nás, jejich význam a problémovost pro klienta ▫ změny ve vnímání sebe sama nebo svého těla (od doby co nastoupilo onemocnění) ▫ situace - události, které klienta v životě dovedou rozzlobit, obtěžovat, znepokojit, způsobit mu úzkost, hrůzu, deprimují jej. Situace, ve kterých se cítil/a nešťastný/á ▫ Běžná schopnost či neschopnost tyto situace zvládat. ▫ Pomocné a podpůrné osoby, věci či situace.
7. VZTAHY
<ul style="list-style-type: none"> ▫ bydlení samostatné, s rodinou, struktura rodiny, bydlení s někým jiným ▫ rodinné problémy, které klientovi obvykle působí či způsobily potíže ▫ způsob řešení těchto problémů ▫ závislost členů rodiny nebo blízkých na pomoci klienta ▫ postoje rodiny a blízkých k nemoci/onemocněním klienta, eventuálně k hospitalizaci/hospitalizacím ▫ předchozí problémy s dětmi, eventuální potíže s jejich postojem ke klientovi ▫ pocity osamělosti (jejich častost) nebo sounáležitosti s rodinou či jinou sociální skupinou ▫ charakter vztahů v práci, ve škole ▫ charakter vztahů klientů a pečovateli ▫ problémy s alkoholem v rodině ▫ problémy maminky a jejího kojení (režim kojení, technika, váha kojence atd.) ▫ situace v práci ve škole, které se dařívá zvládnout dobře ▫ izolovanost či spolupráce se sousedy v bydlíšti
8. SEXUALITA
<p>pokud je to vhodné směrem k věku a situaci</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ spokojenost či nespokojenost se sexuálním životem, změny, problémy ▫ užívání kontraceptiv, problémy s antikoncepcí ▫ problémy se sexuální dysfunkcí ▫ problémy se sexuální orientací ▫ u žen - období první menstruace, poslední menstruace, potíže a problémy, počet těhotenství a porodů
9. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU
<ul style="list-style-type: none"> ▫ významné změny v životě v posledním jednom nebo dvou letech, výskyt krizí ▫ osoby, které byly nápomocny, možnost se s nimi kontaktovat nyní ▫ pocity napětí nebo pocity relaxace/uvolnění, které klient prožíval, jaké postupy či podpůrné záležitosti pomohly ▫ předchozí užívání léků, alkoholu či drog v souvislosti se stresem ▫ způsob zvládnání skutečně velkých životních problémů, jejich úspěšnost ▫ krizové situace v poslední době, traumatické zážitky

10. ŽIVOTNÍ PRINCIP
<ul style="list-style-type: none"> ▫ klientova očekávání od života, důležité plány do budoucna ▫ důležitost náboženství v životě klienta, zda pomáhá v případě nesnázi/potíží ▫ potřeba zajištění náboženských praktik v průběhu pobytu ve zdrav. zařízení
11. BEZPEČNOST – OCHRANA
<ul style="list-style-type: none"> ▫ chronická onemocnění, podvýživa, předchozí traumata ▫ předchozí delší působení chladu (např. u bezdomovců) ▫ snížená potivost ▫ vystavování se horkému prostředí ▫ předchozí správné nebo špatné hojení ran, poškození pokožky či sliznic ▫ kožní problémy v předchozím období – léze, suchá pokožka ▫ problémy se stavem chrupu a dásní v životě ▫ problémy s dušením a rizikem aspirace v předchozím období ▫ kouření ▫ výskyt ekzémů, začervenání, dráždění pokožky, popraskání a svědění v životě klienta ▫ alergické reakce v rodině ▫ užívání léků poškozujících stav a vývoj chrupu ▫ chronické užívání tabáku, kávy, čaje nebo červeného vína ▫ získané informace klienta o péči o chrup ▫ genetická predispozice pro předčasnou ztrátu zubů, situace u otce, matky, sourozenců... ▫ projevy násilného chování klienta v jeho životě (bití, kopání, pokus o znásilnění, záchvaty hněvu, sexuální obtěžování, ústní výhrůžky, atd. ▫ psychotické stavy u klienta, deprese, pocity nenávisti, kolísání emocí, ... ▫ nezaměstannost klienta, nedávná ztráta zaměstnání, partnera, blízkých, pracovní selhání, pokus o sebevraždu v anamnéze,
12. KOMFORT
<ul style="list-style-type: none"> ▫ výskyt neakceptovaného chování či hodnot klienta v životě ▫ opakované problémy s navázáním uspokojivých osobních vztahů ▫ traumatické události nebo příhody, způsobující fyzickou nebo emoční bolest ▫ chronická onemocnění pohybového, kardiovaskulárního, dýchacího ústrojí, onem.GIT (gastrointestinálního traktu) ▫ dlouhotrvající psychická zátěž, stres ▫ předchozí bolest - čas, výskyt bolesti, intenzita, lokalizace....etiologie... ▫ předchozí problémy spojené s nauzeou (spojitost s léčbou, s nemocí, anestezií, drážděním GIT) ▫ problémy v životě, které se odvíjely od dlouhodobé sociální izolace (vyhledávání samoty, nepřijatelné chování, nekomunikativnost atd.)
13. RŮST/VÝVOJ
<ul style="list-style-type: none"> ▫ dlouhodobá silná deprese či apatie ▫ problémy se stárnutím ▫ předchozí nedostatečná péče o dětského klienta ▫ výskyt lhostejnosti, rozdílného přístupu pečovatелů k výchově dětského klienta ▫ dlouhodobý výskyt prostředí chudého na podněty ▫ anamnesticky tělesné postižení ▫ anamnesticky emotivní poruchy, např. při pohlavním zneužívání ▫ užívání, abúzus návykových látek

Literatura:

- DOENGES Marilyn, E a Mary F. MOORHOUSE M. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*; 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80- 247-0242-8.
- GORDON, Marjory. 1987. *Nursing Diagnoses: Process and Application*. 2. vyd. St. Louis: McGraw- Hill, Inc., 1987. ISBN 0-070023828-6.
- GORDON, Marjory et al. *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2001-2002*. Philadelphia: NANDA, 2002. ISBN 09637042.73.

Herdman Heather, T., 2010³¹⁷

	Class 3 Energy Balance A dynamic state of harmony between intake and expenditure of resources	Třída 3 Rovnováha energie Dynamický stav rovnováhy mezi příjmem a výdejem zdrojů
	Approved Diagnoses	Schválené diagnózy
00050	Energy field disturbance	Porucha energetického pole
00093	Fatigue	Únava
	Class 4 Cardiovascular/Pulmonary Responses Cardiopulmonary mechanisms that support activity/rest	Třída 4 Kardiovaskulární/pulmonální reakce Kardiopulmonální mechanismy, které podporují aktivitu/odpočinek
	Approved Diagnoses	Schválené diagnózy
00029	Decreased cardiac output	Snížený srdeční výkon
00033	Impaired spontaneous ventilation	Zhoršená spontánní ventilace
00032	Ineffective breathing pattern	Neefektivní dýchání
00092	Activity intolerance	Intolerance aktivity
00094	Risk for activity intolerance	Riziko intolerance aktivity
00034	Dysfunctional ventilatory weaning response	Obtížné odvykání od ventilátoru
00024	Ineffective tissue perfusion (specify type: renal, cerebral, cardiopulmonary, gastro-intestinal, peripheral)	Neefektivní tkáňová perfuze (specifikovat druh: renální, mozková, kardiopulmonální, gastrointestinální, periferní)
	Class 5 Self-Care Ability to perform activities to care for one's body and bodily functions	Třída 5 Seběpěče Schopnost provádět aktivity k péči o svoje tělo a tělesné funkce
	Approved Diagnoses	Schválené diagnózy
00109	Dressing/grooming self-care deficit	Deficit sebepečce v oblékání/péče o vzhled
00108	Bathing/hygiene self-care deficit	Deficit sebepečce v koupání/hygieně
00102	Feeding self-care deficit	Deficit sebepečce ve stravování
00110	Toileting self-care deficit	Deficit sebepečce při vyprazdňování
00182	Readiness for enhanced self-care	Přípravenost ke zlepšení sebepečce
	Domain 5 Perception/Cognition The human information processing system including attention, orientation, sensation, perception, cognition, and communication	Doména 5 Percepce/Kognice Lidský systém zpracovávání informací zahrnující pozornost, orientaci, vnímání, percepce, kognice a komunikaci
	Class 1 Attention Mental readiness to notice or observe	Třída 1 Pozornost Duševní připravenost všimnout si nebo pozorovat
	Approved Diagnoses	Schválené diagnózy
00123	Unilateral neglect	Opomíjení jedné strany
	Class 2 Orientation Awareness of time, place, and person	Třída 2 Orientace Povědomí o čase, místě a osobě
	Approved Diagnoses	Schválené diagnózy
00127	Impaired environmental interpretation syndrome	Syndrom zhoršené interpretace prostředí
00154	Wandering	Potulka

³¹⁷ HERDMAN, T., Heather. NANDA International, ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2009-2011. Grada: Praha, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.

Doména 4: Aktivita/odpočinek Třída 5: Seběpěče	
Deficit seběpěče při koupání (00108) – zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání/hygiény.	
Určující znaky (projevy): neschopnost dostat se do koupelny, neschopnost opatřit si potřeby ke koupání, neschopnost regulovat vodu ke koupání, neschopnost umýt si tělo, neschopnost usušit si tělo, neschopnost dostat se ke zdrojům vody.	Související faktory (příčiny): bolest, muskuloskeletární poškození, neschopnost vnímat části těla, neschopnost vnímat prostorové vztahy, neuromuskulární poškození, překážky v prostředí, silná úzkost, slabost, snížená motivace, zhoršená percepce, zhoršení kognitivních funkcí.
Deficit seběpěče při oblékání (00109) – zhoršená schopnost samostatně se obléknout a pečovat o svůj vzhled.	
Určující znaky (projevy): neschopnost obléknout si dolní část těla, horní část těla, neschopnost obléknout si ponožky, obout boty, neschopnost používat zip, neschopnost udržet si vzhled na uspokojivé úrovni, neschopnost zvednout oblečení, zvolit oblečení atd.	Související faktory (příčiny): bariéry v prostředí, bolest, dyskomfort, muskuloskeletární poškození, neuromuskulární poškození, silná úzkost, slabost, snížená motivace, únava, zhoršená percepce, zhoršení kognitivních funkcí.
Deficit seběpěče při stravování (00102) zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se stravování	
Určující znaky (projevy): neschopnost dojíst jídlo, neschopnost dopravit jídlo z talíře k ústům, dostat jídlo na příbor, neschopnost otevírat nádoby, neschopnost polykat jídlo, neschopnost používat pomůcky, neschopnost přijímat dostatek jídla, neschopnost přijímat jídlo bezpečně, společensky přijatelným způsobem, neschopnost připravit jídlo ke konzumaci, atd.	Související faktory (příčiny): bolest, dyskomfort, muskuloskeletární poškození, neuromuskulární poškození, silná úzkost, slabost, snížená motivace, únava, zhoršená percepce, zhoršení kognitivních funkcí, překážky v prostředí.
Deficit seběpěče při vyprazdňování (00110) - zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování	
Určující znaky (projevy): neschopnost manipulovat s oblečením během vyprazdňování, neschopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu, neschopnost přemístit se na toaletu nebo pojezdňový vozík, neschopnost sedět na toaletě nebo pojezdňovém vozíku, neschopnost spláchnout toaletu nebo uklidit pojezdňový klozet atd.	Související faktory (příčiny): bolest, dyskomfort, muskuloskeletární poškození, neuromuskulární poškození, silná úzkost, slabost, snížená motivace, únava, zhoršená percepce, zhoršení kognitivních funkcí, překážky v prostředí.
Snaha zlepšit seběpěči (00182) vzorec provádět aktivity, který pomáhá člověku dosáhnout cíle související se zdravím a který lze posílit.	
Určující znaky (projevy): vyjadřuje touhu zlepšit seběpěči, vyjadřuje touhu zlepšit svou nezávislost při udržování osobního vývoje, při udržování pocitu pohody, při udržování zdraví, při udržování života, vyjadřuje touhu zlepšit znalosti strategie seběpěče, vyjadřuje touhu zlepšit zodpovědnost při seběpěči.	Související faktory (příčiny): neuvezeny

³¹⁸ HERDMAN, T., Heather. *NANDA International, ošetrovatelské diagnózy, definice a klasifikace 2009 – 2011*. Grada: Praha, 2010. ISBN 978-80-247-3423-1. s. 147-151

Panu Janovi je 45 let a již téměř 20 let je léčen pro Morbus Crohn.

Opakovaně hospitalizován s bolestmi břicha, poruchami pasáže a vyprazdňováním. Prodělal operaci pericekálního abscesu v r. 1983, resekci ileo-ceka v r. 1987, stp. pravostranné hemikolektomie a anastomoze ileotransversa v r. 1991. V r. 2002 byla rektoskopicky diagnostikována stenosa rekta ve 3-4cm od anu, neprostupná pro koloskop, dále stenotický úsek 3 cm v oblasti ileotransverzoanastomozy. Tato záležitost byla řešena zavedením dočasné, dvouhlavňové stomie na ileu 16. 6. 2005 před stenotickým úsekem. To mělo přispět k odlehčení rekta a uvažovalo se o možné konzervativní léčbě rekta a poté zanoření stomie. Po sedmi dnech po založení stomie byl pan Jan propuštěn do domácí péče.

Dne 26. 6. 2005 byl znovu hospitalizován pro bolesti břicha, křeče, zvracení, protože stomie neodváděla. Po vypití kontrastní látky (obsahuje projímadlo) v rámci RTG byla funkčnost stomie opět obnovena. Pan Jan dostával pouze čaj a piškoty, křeče trvaly a přesto byl 28. 6. 2005 propuštěn domů. I když manželka prosila chirurga o prodloužení hospitalizace a postupné zatěžování zaživacího traktu, tak ji oponoval doslova: „Není důvod k hospitalizaci“.

Dne 29. 6. 2005 byl pan Jan opět přijat do zdravotnického zařízení se zvracením, křečemi, stomie odváděla minimálně cca 50 ml /d, stav byl posuzován jako paralytický ileus. Pan Jan dostával infuze a léky na podporu motility střeva, byla mu zavedena nasogastrická sonda, která odváděla cca 3 l tekutin denně. Dne 8. 7. 2005 byl Jan opět operován, zavedena „výstuž“ do střeva, která se postupně zkracovala, střevo zůstalo funkční. Dochází k realimentaci za současného podání i. v. tekutin a léků.

Dne 19. 7. 2005 byla panu Janovi ještě podána infuze a poté byl propuštěn domů s 55 kg při výšce 185 cm, byl velmi zesláblý, unavený v malnutrici. Doporučení lékaře aby jedl, pil a přibíral, si vzal k srdci, jedl cca 6x denně a vypil cca 3 l tekutin. Jeho stav se ovšem nelepšil, spíše naopak. Byl strašně vyčerpaný, slabý, sotva si došel na toaletu. Každá sebemenší námaha ho vyčerpávala, byl dušný, pod očima měl tmavé kruhy a stěžoval si na bolesti zad. V tomto stavu s váhou 53 kg byl 22. 7. 2005 opět hospitalizován s počínající uremii. Lékař tentokrát upustil od zavedení centrálního žilního přístupu, protože v poslední době jej měl velmi často. Byly mu opět podávány infuzní roztoky, kortikoidy a upravováno vnitřní prostředí. Dne 2. 8. 2005 byl pan Jan propuštěn domů.

Po předání do domácí péče je Jan orientovaný (časem, místem, osobou), vnímá svůj zdravotní stav jako neuspokojivý, cítí se být vyčerpaný a všem na obtíž, má obavy zda se naučí péči o ileostomii a z dalšího vývoje stavu.

Jan je velmi slabý a péči o stomii provádí kompletně manželka. Někdy podložka špatně drží a musí ji za den vyměňovat až 3x.

Sestra ADP bude docházet 1x denně.

Jan není věřící, ale má svoji vnitřní víru v existenci něčeho vyššího, dobra a spravedlnosti. Finanční situace klienta se zhoršila, protože před první operací vypomáhal v reklamní agentuře (fotografie) a přivydělával si tak k částečnému invalidnímu důchodu. Má dvě nezletilé děti a manželku, která má trvalý příjem.

Jan byl vždy samostatný a byl schopen zajistit i rodinu. Před plánovanou operací měl potíže s vyprazdňováním, někdy měl i krev ve stolici a časté bolesti břicha (cca 1x týdně).

Klient žije v rodinném domku s rodinou.

Jan je velmi houževnatý a jak on sám říká, každý den stojí za to, a i když má bolesti, tak ví, že žije. Zbožňuje svoje děti a snaží se jim dát maximum.

udržení dostatečného přívodu vzduchu	jen v případě výrazných ztrát tekutin (i při syndromu krátkého střeva) vyústujících v prerenální selhání, jehož projevem může být i dušnost.
udržení dostatečného přívodu tekutin	výrazné ztráty tekutin stomií, nebezpečí dehydratace, ztráty elektrolytů K a Na, suchá kůže, pacient pije 3 l tekutin, neví, které tekutiny jsou vhodné,
zachování dostatečného přívodu potravy	ztráta natrávené nezahuštěné stravy, nedostatek živin, výška 185 cm, hmotnost 53 kg, pacient nezná vhodnost potravin při ileostomii, ale vyhýbá se konzumaci ořechů, nadýmavých potravin atd.
udržení správného vylučování stolice a moče	odchod častých řídkých stolic (vyprazdňuje stomický sáček až 10x denně), vyděsilo ho, že stolice odešla i konečníkem, na což ho lékař neupozornil, v důsledku nedostatečného vstřebávání tekutin dochází ke snížení množství moče, potíže s močením neudává i přes strikturu močové trubice,
udržování rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem	nemožnost spát celou noc (ileostomie odvádí téměř nepřetržitě), chodí pozdě spát (ve 23 hod.) v noci se často budí, aby vypustil sáček, bojí se, že mu střevní obsah vyteče do lůžka, stomie je založena na levé straně, která byla jeho oblíbenou k usínání, nemožnost provádět některé fyzické aktivity spojené se sezením (jízda na kole, v autě, běhání, turistika..), cítí se být vyčerpaný
udržování rovnováhy mezi samotou a sociální interakcí	snížená soc. aktivita (Jan nevyhledává společnost stomiků), snaží se udržovat kontakty s přáteli, zažádal o plný invalidní důchod, nemá důvěru ve zdravotníky a nedokáže si představit další hospitalizaci, je smutný, má velkou oporu v manželce.
předcházení životních rizik týkajících se lidského fungování a well-being, fyzická rovnováha	zvýšené riziko infekce, riziko fyzického přetížení při nesprávném odhadnutí vlastních možností, Jan trpí neustálým pocitem chladu.
podpora lidských funkcí a rozvoje v rámci sociální skupiny, ve vztahu k lidskému potenciálu, známým lidským hranicím a lidské touze být normální	strach z izolace v důsledku změněného obrazu těla, snížené tolerance aktivity, psychická nepohoda a snížená možnost provádění některých zájmových činností

POŽADAVKY ZDRAVOTNĚ PODMÍNĚNÉ:

nárokování a zajištění vhodné zdravotnické péče	Pac. by měl znát strategii léčby, znát pomůcky v péči o stomii a kontakty na kluby stomiků. Pac. toto vykazuje jen částečně.
uvědomit si a rozpoznat důsledky patologických stavů	Pac. by měl znát a rozpoznat komplikace stomie a jejich důsledky, dodržování termínů kontrol u lékaře. Pac. zná komplikace, ale ne jejich důsledky.
efektivní dodržování a provádění naordinovaných zdravotnických opatření	Pac. by měl umět pečovat o stomii, rozpoznat příznaky zhoršení stavu a adekvátně reagovat. Pac. zná postup péče o stomii v jeho provádění je nejistý.
Uvědomit si, znát a regulovat nepříjemné důsledky zdravotnické péče	Pac. by měl znát naordinované léky, znalost vedlejších účinků léků, nutnost příjmu soli 8-9gr/den a jednotlivých složek potravy, zvýšený příjem K, Na a tekutin. Pac. toto zná, ale neví které potraviny a tek. jsou vhodné.
Akceptování změny konceptu sebe sama v souvislosti s určitým zdravotním stavem, který vyžaduje specifickou formu zdravotní péče	Pac. by měl překonat pocit nesoběstačnosti v péči o stomii, akceptovat pomoc manželky a změněný obraz těla.
Integrace účinku a podmínek nemoci a postupu léčby do života, který dovolí neustálý osobní rozvoj	Pac. by měl akceptovat průběhu onemocnění a léčby i předcházení rizikovým faktorům a jejich integrace do běžného denního života, stanovení si reálných cílů.

Pan J. H., narozen 1959

Problém	Projevy	Co má pacient s ohledem na SIP regulovat, Jaké kompetence sebepéče má pac.získat
1. Problematika výživy a příjmu tekutin	- dehydratace (nadměrné ztráty tekutin stomií), zvýšená koncentrace moči, snížený kožní turgor, snížené vylučování moče (cca 600ml/d), suchá kůže, iontová dysbalance	P/R zná příčiny a projevy dehydratace a umí je rozpoznat P/R ví, jak se má správně zachovat při dehydrataci P/R zná vliv výživy na vyprazdňování střeva a vyvíjí strategie k jejímu zvládnání 1.4. P/R zná vliv příjmu a ztrát tekutin na stav pokožky a umí regulovat tento stav 1.5. P/R zná vhodné přípravky v péči o suchou kůži a používá je
2. Problematika vyprazdňování moče a stolice	- snížené množství moče (cca 600ml/d), odchod častých a řídkých stolic (asi 10x denně a 3x v noci), stolice je světlá někdy až nazelenalá, řídká, obsahuje nestrávené zbytky potravin a tbl. Kalia	2.1. P/R chápe příčiny poruchy vyprazdňování moče 2.2. P/R chápe příčiny poruchy vyprazdňování stolice 2.3. P/R zná možné metody zahušťování střevního obsahu a používá je
3. Problematika spánku a fyzické aktivity	- únava, nemožnost spát celou noc, časté noční buzení, nepřírozená poloha při spánku, strach z vytečení stomického sáčku do lůžka, nekoncentrovanost, podrážděnost, labilita, nemožnost provádět některé fyzické aktivity	3.1. P/R zná poruchu spánku, kterou trpí a vyvíjí strategie jejího zvládnání 3.2. P/R zná relaxační cvičení a provádí je 3.3. P/R zná význam fyzické aktivity a ví, které činnosti jsou pro něj vhodné 3.4. P/R ví jak předcházet častému nočnímu buzení a provádí to
4. Psychosociální problematika	- strach, úzkost, izolace, nedůvěra ve zdravotníky, změna tělesného obrazu, psychická nepohoda, snížená možnost provádění některých zájmových činností	4.1. P/R má zajištěnou maximální možnou kvalitu života v oblasti manželského soužití. 4.2. P/R zná kluby stomiků a ví jak je vyhledat a kontaktovat 4.3. P/R zná techniky vedoucí ke zlepšení psychické pohody
5. Problematika komplikací ileostomie	- nedostatek informací o komplikacích, jejich projevech a řešení, v okolí stomie macerace kůže, stenóza stomie, krvácení	5.1. P/R zná druhy komplikací ileostimii a umí je rozpoznat 5.2. P/R zná preventivní opatření zabráňující vzniku komplikací a provádí je 5.3. P/R ví za jaké situace je nutné navštívit lékaře a provádí to
6. Problematika péče o ileostomii	- nedostatek informací o péči o ileostomii, o pomůckách, neschopnost provést výměnu ileostomického sáčku, neví kde a jak nárokovat stomické pomůcky	6.1. P/R ví jak správně provádět péči o ileostomii a provádí to 6.2. P/R zná pomůcky pro ileostomiky a používá je 6.3. P/R ví jak a kde nárokovat pomůcky pro ileostomiky a uplatňuje to
7. Problematika medikamentózní terapie	- nedostatek informací o žádoucích a nežádoucích účincích léků, neznalost dávek a způsobu užívání léku	7.1. P/R zná hlavní a vedlejší účinky svých léků 7.2. P/R zná dávkování léků a způsob jejich užívání a dodržuje ho

P/R – pacient/rodina

POSOUZENÍ a Dg ZÁVĚR pacienta J. H. s ileostomií dle NANDA taxonomie

Čevelová, 2008

Jméno pacienta: J. H. narozen: 1959

Bydliště: Loučany u Olomouce

vypracovala primární sestra: L. Č.

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA: 1. PODPORA ZDRAVÍ

<p><u>Anamnestické údaje:</u> V mládí operována koarktace aorty 1977, poté zápal plic řešený operativně. 24. 12. 2003 operován pro absces mozku na neurochirurgii, kde přivazena striktura močové trubice po permanentní katetrizaci MM. V květnu 2004 provedena optická ureterotomie. Dlouhodobě léčený pro M. Crohn, stp. operaci pericekál. abscesu 1983, resekci ileocekální 1987, stp. pr. hemikolektomie a anastomoze ileotransverza 1991. 2002 rektoskopicky stenosa ve 3-4cm od anu neprostupná pro dětský rektoskop, provedena pasáž GIT 7/2002, zjištěny změny terminálního ilea před anastomosou, změny v sigmoideu a rektu, sekundární malnutrice. 06/2004 založena ileostomie, 07/04 revize pro ileus - adheziolýza. Chron. cholecystitis, striktura uretry - iatrogenní.</p>	<p><u>SF - Související faktory:</u></p>
	<p><u>UZ - Určující znaky</u></p>
<p><u>Nynější posouzení:</u> - přijat pro celkové zhoršení zdravotního stavu, dehydrataci, vyčerpání</p>	<p>RF - Rizikové faktory:</p>

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA: 2. VÝŽIVA

<p><u>Anamnestické údaje:</u> - asi 20 let trpí M. Crohn, klient trpí malnutricí - klient jedl pravidelně asi 8x denně - výška 185 cm, váha 53 kg, BMI 15,49</p>	<p><u>SF - Související faktory:</u> - snížený příjem potravin ve vztahu k metabolickým požadavkům jedince</p>
<p><u>Nynější posouzení:</u> - jídlo snáší dobře, přibral na 60 kg, BMI 17,5 - podvýživa</p>	<p><u>UZ - Určující znaky:</u> - BMI 17,5 <u>RF - Rizikové faktory:</u> Odchylna ve vstřebávání tekutin</p>

testy a škály - (název) výsledky

Ošetrovatelské diagnózy:

kód: 00002 název: Nedostatečná výživa kód: 00028 název: Riziko deficitu tělesných tekutin

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA 3. VYLUČOVÁNÍ

<p><u>Anamnestické údaje:</u> Klient denně vypil asi 3 l tekutin přesto byl dehydratovaný, v roce 2003 způsobena iatrogenně striktura močové trubice, 5/2004 urologická operace (optická ureterotomie) Výdej stolice stomii.</p>	<p><u>SF - Související faktory:</u> - neustálý odchod stolice - neschopnost pozdržet defekaci</p>
<p><u>Nynější posouzení:</u> - nyní rehydratovaný, bez infuzní léčby</p>	<p><u>UZ - Určující znaky:</u> - abnormalita rektálního svěrače</p>

Ošetrovatelské diagnózy:

kód: 00014 název: Inkontinence stolice

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA 4. AKTIVITA – ODPOČINEK

<p><u>Anamnestické údaje:</u> - klient často hospitalizován - je vyčerpaný, slabý (sebemenší námaha ho vyčerpávala) - není schopen se starat o stomii - v noci se budí s obavou, aby mu nevytekl stomický sáček</p>	<p><u>SF - Související faktory:</u> - rušení terapií</p>
<p><u>Nynější posouzení:</u> - stav klienta se částečně zlepšil, chtěl být propuštěn do domácí péče, o stomii se bude starat manželka, bude docházet i sestra z ADP 1x za den Fyziologické funkce: TK: 100/65 P: 90' TT: v normě °C</p>	<p><u>UZ - Určující znaky –</u> - nespokojenost se spánkem, trojí i vícečetné probuzení v průběhu noci</p>

Ošetrovatelské diagnózy:

kód:00096 název: Porušený spánek

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA - 5. VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

<u>Anamnestické údaje:</u>	<u>SF - Související faktory:</u>
<u>Nynější posouzení:</u> - nyní je orientovaný (časem, místem, osobou), snaží se dodržovat léčebný režim	<u>UZ - Určující znaky:</u>

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA - 6. VNÍMÁNÍ SEBE SAMA

<u>Anamnestické údaje:</u> - kl. má částečný invalidní důchod	<u>SF - Související faktory:</u>
<u>Nynější posouzení:</u> - vnímá svůj zdravotní stav jako neuspokojivý, cítí se být vyčerpaný a všem na obtíž - má obavy, zda se naučí péči o ileostomii a z dalšího vývoje stavu	<u>UZ - Určující znaky:</u> <u>RF - Rizikové faktory:</u> Fyzická a společenská izolace

kód:00056 název: Riziko osamělosti

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA - 7. VZTAHY

<u>Anamnestické údaje:</u> Klient žije v rodinném domku s rodinou	<u>SF - Související faktory:</u>
<u>Nynější posouzení:</u> - klient je velmi houževnatý a jak on sám říká, každý den stojí zato, a i když má bolesti, tak ví, že žije. Zbožňuje svoje děti a snaží se jim dát maximum.	<u>UZ - Určující znaky:</u>

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA - 8. SEXUALITA

<u>Anamnestické údaje:</u> Má dvě děti.	<u>SF - Související faktory:</u>
<u>Nynější posouzení:</u>	<u>UZ - Určující znaky:</u>

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA - 9. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU

<u>Anamnestické údaje:</u> - klient zátěžové situace neřešil alkoholem ani jinými návykovými látkami	<u>SF - Související faktory:</u> - odloučení od opory (manželky)
<u>Nynější posouzení:</u> - pro klienta je zátěžovou situací jeho zdravotní stav, se kterým se snaží vypořádat, velkou oporou je mu jeho manželka - klient má strach, že je pro rodinu přítěží - cítí zhoršení finanční situace své rodiny	<u>UZ - Určující znaky:</u> - klient sděluje svůj strach z toho, že je na „obtíž“

Ošetřovatelské diagnózy:

kód: 00148 název: Strach

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA - 10. ŽIVOTNÍ PRINCIP

<u>Anamnestické údaje:</u> - klient není věřící	<u>SF - Související faktory:</u>
<u>Nynější posouzení:</u> - má svoji vnitřní víru v existenci něčeho vyššího, dobra a spravedlnosti.	<u>UZ - Určující znaky:</u>

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA - 11. BEZPEČNOST – OCHRANA

<u>Anamnestické údaje:</u> klient má dvouhlavňovou ileostomii alergie neudává, je nekuřák a alkohol nepije	<u>SF - Související faktory:</u> - stomie, dráždidla (00044)
<u>Nynější posouzení:</u> - klient má stomický vývod o který se není chopen nyní starat vzhledem k svému zdravotnímu stavu, mívá časté problémy se stomickými podložkami (špatně drží)	<u>UZ - Určující znaky:</u> - poškozená tkáň (kožního systému – 00044) <u>RF - Rizikové faktory:</u>

	<i>malnutrice</i>
--	-------------------

Ošetrovatelské diagnózy:

kód: 00046 název: Porušená tkáňová intergita kód: 00004 název: Riziko infekce

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA - 12. KOMFORT

<u>Anamnestické údaje:</u> - více než 20 let M.Crohn, častější hospitalizace v nemocnici <u>Nynější posouzení:</u> klient nyní neudává bolest	<u>SF - Související faktory:</u>
	<u>UZ - Určující znaky:</u>

DIAGNOSTICKÁ DOMÉNA - 13. RŮST A VÝVOJ

<u>Anamnestické údaje:</u> V mládí operována koarktace aorty 1977, poté zápal plic řešený operativně. <u>Nynější posouzení:</u> - klient neužívá návykové látky, nemá výrazné problémy se stárnutím	<u>SF - Související faktory:</u>
	<u>UZ - Určující znaky:</u>