

OŠETROVATELSKÝ MODEL CALLISTY L. ROY – PODPORA V ADAPTÁCII PACIENTOV PO AMPUTÁCII DOLNÝCH KONČATÍN

Věra Stasková

PhDr. Věra Stasková

Zdravotne sociálna fakulta Juhočeskej univerzity v Českých Budějovicích

Katedra ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie

Zvláštne poďakovanie patrí významnej odborníčke v implementácii ošetrovateľských konceptuálnych modelov do ošetrovateľskej praxe v Českej a Slovenskej republike doc. PhDr. Gabriele Sedlákovéj, PhD., ktorá podporila vznik tohto príspevku.

Autorka

Abstrakt: Príspevok predstavuje výsledky uskutočnenej intervenčnej štúdie, v ktorej bol využitý konceptuálne ošetrovateľský model Callisty L. Roy u pacientov po amputácii dolnej končatiny. Cieľom bolo poukázať na využitie adaptačného modelu C. Roy v podpore adaptácie pacientov po amputácii dolnej končatiny. Ďalším cieľom bolo overiť vytvorenú ošetrovateľskú dokumentáciu podľa adaptačného modelu C. Roy u týchto pacientov. Ako metóda zberu dát bola na hodnotenie adaptácie chorých po amputácii dolnej končatiny použitá metóda sémantického diferenciálu. Ošetrovateľská dokumentácia podľa ošetrovateľského modelu C. Roy, s ktorou sestry pracovali, bola podrobená analýze. Výsledky ukázali, že poskytovaná starostlivosť sestrami chorým po amputácii dolnej končatiny podľa ošetrovateľského modelu C. Roy sa javí ako efektívna a zmysluplná.

Kľúčové slová: Model. Ošetrovateľstvo. Adaptácia. Pacient. Amputácia. Callista L. Roy. Sestra.

Úvod

V súvislosti s nárastom počtu cievnych ochorení a úrazových stavov sa zvyšuje aj počet chorých, ktorých liečba si vyžaduje vykonanie amputácii dolnej končatiny v rôznej výške. G. Teager a D. Nast-Kolb (2000) uviedli, že počet amputácií na dolných končatinách by mohol byť výrazne znížený vďaka pokrokom a zlepšeniu v ošetrovaní najpočetnejších príčin ochorení. Avšak aj cez tieto pokroky sú amputácie na dolných končatinách dvadsaťkrát početnejšie než amputácie na horných končatinách (Teager, Nast-Kolb, 2000). Jednou z príčin môže byť aj podceňovanie preventívneho vyšetrenia nôh u chorých s diabetes mellitus, čo vedie k neefektívnemu zvládnutiu komplikácií diabetickej nohy, ktoré sú príčinou samotnej amputácie dolnej končatiny (Němcová, 2006). Pre chorého jedinca sa amputácia končatiny stáva novou situáciou a odráža sa vo všetkých stránkach človeka čoby ľudskej bytosti. Úlohou ošetrovateľského personálu, najmä potom sestier, je pomôcť chorému vo zvládaní záťaže, ktorú so sebou amputácia končatiny prináša. Po strate dolnej končatiny sa u chorých veľmi často, predovšetkým na podklade neuspokojenia psychosociálnych potrieb, objavujú stavy úzkosti a depresie ako výsledok porušenej adaptácie (Seidel, 2006). V predoperačnom a pooperačnom období svoju rolu zohráva spolupráca s psychológom a sociálnym pracovníkom. Svoj význam má aj ergoterapia a rehabilitácia, prostredníctvom ktorých je jedinec jednak zamestnaný a odpútaný od choroby a súčasne je mu umožnené viesť kvalitný a plnohodnotný život v spoločnosti (Kálal, 2000; Barčová, Nedvědová, 2001). Adaptáciu chorých na novo vzniknutú situáciu pozorovala aj sestra Callista L. Roy, ktorá na základe skúseností z klinickej praxe vytvorila adaptačný model, ktorého východiskom sa stala stresová adaptačná teória. Z historického pohľadu možno sledovať, že až omnoho neskôr opísala dva subsystémy, štyri efektorové módy (fyziologický, sebakoncepcie a identifikácie v skupine, vzájomnej závislosti a rolovej funkcie) a výsledok. C. Roy predstavila adaptačný model ako teóriu pre ošetrovateľskú prax, ktorá poskytuje rámec k organizácii myšlienok a vedomostí, ktoré určujú módy a mechanizmy adaptácie rovnako tak ako neefektívne správanie. Mechanizmus adaptácie objasnila skrz koping, avšak hranicu medzi kopingom a adaptáciou explicitne nerozlišovala (Araich, 2001; Fawcett, 2006; Marriner-Tomey, Alligood, 2006; Žiaková, 2007; Machová, 2011; Badr Naga, AL-Khasib, 2014). V poňatí ošetrovateľského modelu C. Roy je v rámci ošetrovateľského procesu vykonávané vyhodnotenie pôsobiacich stimulov, ktoré majú negatívny vplyv na prispôbovanie sa jedinca novej situácii, teda plánovanie ošetrovateľských intervencií a hodnotenie ich účinnosti (Ordin, Karayurt, Wellard, 2013).

Z hľadiska hlavných jednotiek ošetrovateľského modelu¹ C. Roy je cieľom ošetrovateľskej starostlivosti o chorého po amputácii dolnej končatiny podnietiť adaptáciu po amputácii prostredníctvom ovládania environmentálnych stimulov v každej zo štyroch oblastí adaptačných módov, ktoré sú vo vzájomnom vzťahu. Odpoveď v jednom móde aktivuje pôsobiace stimuly, čo ovplyvňuje zostávajúce módy. K tomu, aby sestry mohli chorému pomôcť v adaptácii po amputácii dolnej končatiny, je potrebné, aby poznali jednotlivé adaptačné módy a boli schopné identifikovať jednotlivé stimuly pôsobiace na chorého. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je to nevyhnutné, pretože reakcia na stimuly sa odráža v jednotlivých adaptačných módoch (Araich, 2001; Pavlíková, 2006; Hanzlíková, 2007; Meleis, 2007; Badr Naga, AL-Khasib, 2014). Chorý je bio-psycho-sociálna bytosť v trvalej interakcii s meniacim sa prostredím. Úloha sestry v starostlivosti o chorého po amputácii dolnej končatiny spočíva v motivácii a podpore adaptačných mechanizmov a adaptívneho správania sa. Zdrojom ťažkostí chorých po amputácii dolnej končatiny sú neefektívne aktivity pre udržanie ich integrity, kedy ohniskom zásahu sú fokálne, kontextuálne a reziduálne stimuly. Spôsobom zásahu je potom manipulácia so stimulmi, ich zvyšovanie, znižovanie, udržiavanie či odstránenie a dôsledkom sú adaptívne odpovede pacienta po amputácii končatiny na pôsobiace stimuly (Araich, 2001; Marriner-Tomey, Alligood, 2006; Pavlíková, 2006; Machová, Sedláková, Tóthová, 2009; Machová, 2011). Identifikácia a práca so stimulmi, t.j. ich podpora, udržiavanie, zvyšovanie alebo tlmenie, napomáha v procese adaptácie chorého po amputácii dolnej končatiny vo všetkých štyroch adaptačných módoch: fyziologickom, sebakoncepcie a identifikácie v skupine, vzájomnej závislosti a rolovej funkcie. Podľa C. Roy je možné spravidla manipulovať s fokálnymi stimulmi, lebo práve tie sú primárnou príčinou pacientovho správania sa. Ak je však fokálnym stimulom amputácia dolnej končatiny, využíva sa manipulácia s kontextuálnymi či reziduálnymi stimulmi prostredníctvom psychologickej alebo psychoterapeutickej pomoci (Raková, 2005; Farkašová, 2006; Meleis, 2007; Sedláková, Plzenská, 2007). Úlohou sestry je pomôcť chorému k adaptívnym odozvám na tieto stimuly prostredníctvom ošetrovateľských intervencií. Znamená to, že sestry smerujú ošetrovateľské intervencie k adaptačnému

¹ Pozn.: za hlavné jednotky každého ošetrovateľského modelu sú odborníkmi z radov teoretických ošetrovateľstva považované: cieľ, pacient, rola sestry, zdroj ťažkostí, ohnisko zásahu, spôsob zásahu a dôsledok (Meleis, 2007; Žiaková, 2007; Machová, 2011).

problému, kedy k dosiahnutiu cieľov postupujú skrze zmeny stimulov v procese posudzovania, diagnostikovania, plánovania, realizácie a vyhodnotenia poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti (Dawson, 1998; Fawcett, 2006; Pavlíková, 2006).

V súvislosti s prebiehajúcim procesom transformácie zdravotníctva a školstva v Českej republike sa objavujú otázky o možnostiach nových prístupov v starostlivosti o chorých, s ktorými bezpochyby súvisí aj implementácia nových ošetrovateľských koncepcií, respektíve ošetrovateľských konceptuálnych modelov a teórií do klinickej praxe. Sú však sestry v Českej republike pripravené poskytovať starostlivosť chorým podľa ošetrovateľského modelu C. Roy? Podporí starostlivosť poskytovaná podľa modelu C. Roy adaptáciu chorého na novo vzniknutú situáciu po amputácii končatiny? Cieľom nášho šetrenia bolo poukázať na využitie adaptačného modelu C. Roy v podpore adaptácie pacientov po amputácii dolnej končatiny a overiť u týchto pacientov vytvorenú ošetrovateľskú dokumentáciu podľa adaptačného modelu C. Roy.

Metodika

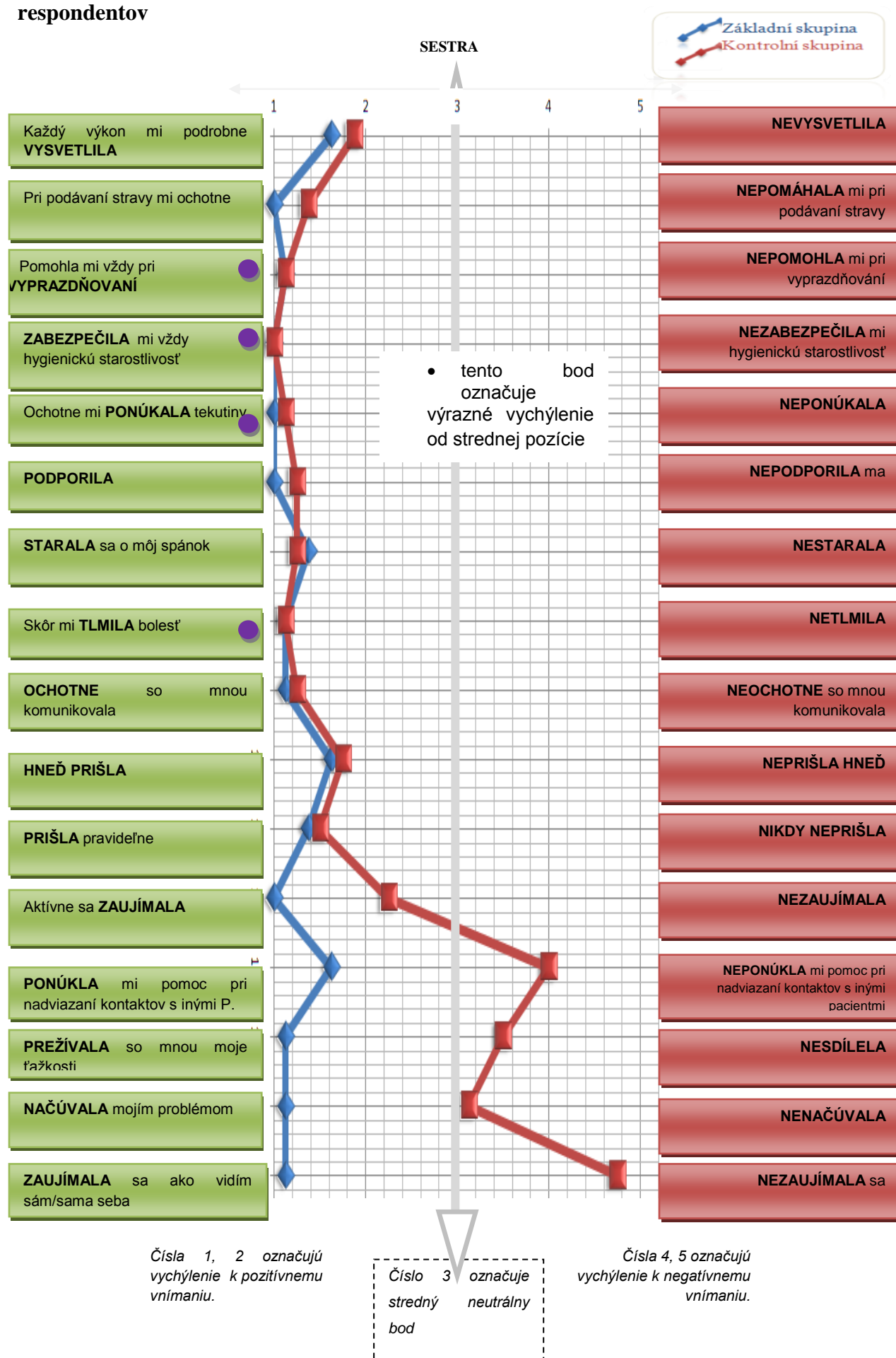
K naplneniu cieľa bola vykonaná intervenčná štúdia u pacientov základnej a kontrolnej skupiny po amputácii dolnej končatiny s podporou sestier starajúcich sa o týchto pacientov podľa ošetrovateľského modelu C. Roy a s využitím ošetrovateľskej dokumentácie podľa C. Roy. Organizácia výskumu prebiehala v niekoľkých po sebe idúcich fázach. V 1. fáze výskumného šetrenia bola prepracovaná a doplnená anamnestická časť ošetrovateľskej dokumentácie podľa ošetrovateľského modelu C. Roy, ktorá bola využívaná študentkami v odbore pôrodnej asistencie Zdravotne sociálnej fakulty Juhočeskej univerzity v rámci praktického vyučovania pri zbere anamnézy u chorých na gynekologicko-pôrodníckom oddelení. Dokumentácia bola prepracovaná a doplnená s cieľom postihnúť získanie anamnézy u chorých s plánovanou amputáciou dolnej končatiny. Následne bol vypracovaný ošetrovateľský plán zohľadňujúci starostlivosť o chorých po amputácii dolnej končatiny, manuál pre sestry približujúci problematiku starostlivosti o chorých s využitím ošetrovateľského modelu C. Roy. Pre vypracovanie dokumentácie podľa C. Roy boli oslovené nemocničné zariadenia o umožnenie realizácie výskumného šetrenia. Pôvodným zámerom bolo vykonať výskumné šetrenie v štyroch nemocničných zariadeniach. V priebehu predbežného výskumu sa však ako vhodnejšie ukázalo vykonať šetrenie iba na jednom chirurgickom oddelení z dôvodu odlišnosti v systéme poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti chorým po amputácii dolnej končatiny v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach. Výskumné šetrenie prebiehalo v období od mája 2008 do novembra 2008. V 2.

fáze výskumného šetrenia bol vykonaný už spomínaný predvýzkum na chirurgickom oddelení u 5 chorých po amputácii dolnej končatiny, ktorí vyplnili pripravený podklad sémantického diferenciálu pre zistenie adaptácie vo všetkých štyroch adaptačných módoch. V 3. fáze bolo vykonané, v priebehu mesiaca mája 2008, individuálne zoznámenie sestier pracujúcich na chirurgickom oddelení s modelom C. Roy prostredníctvom interaktívneho využitia manuálu, ktorý sestry následne dostali a ošetrovateľskej dokumentácie podľa C. Roy. V priebehu realizácie výskumného šetrenia (4. fáza) sestry poskytovali starostlivosť vybraným pacientom (základná skupina) so zameraním na starostlivosť po amputácii dolnej končatiny s využitím ošetrovateľského modelu a dokumentácie podľa C. Roy, t.j. vykonávali zber anamnézy vo všetkých štyroch adaptačných módoch, identifikovali pôsobiace stimuly a stanovovali ošetrovateľské diagnózy, s ktorými, skrze manipuláciu stimulov, pracovali. Kontrolnej skupine pacientov bola sestrami poskytovaná rutinná starostlivosť so zameraním na špecifiká starostlivosti po amputácii dolnej končatiny. Výskumný súbor tvorili hospitalizovaní pacienti po amputácii dolnej končatiny v predkolení na chirurgickom oddelení Nemocnice České Budějovice a.s. Určujúcim kritériom pre výber pacientov bola amputácia dolnej končatiny v predkolení na základe chronického ochorenia, veková kategória v rozmedzí 60. - 80. rokov, nultý pooperačný deň, ochota a čas podieľať sa na výskumnom šetrení ako v základnej, tak kontrolnej skupine pacientov. Celkovo bolo ošetrovaných 8 pacientov v základnej skupine a 8 pacientov v kontrolnej skupine. Na chirurgickom oddelení boli pravidelne vykonávané supervízie sestier, ktoré sa zameriavali na pomoc sestrám v starostlivosti o pacientov a v práci s ošetrovateľskou dokumentáciou podľa ošetrovateľského modelu C. Roy. V 5. etape výskumného šetrenia bolo vykonané hodnotenie adaptácie pacientov po amputácii dolnej končatiny vo všetkých štyroch adaptačných módoch s využitím metódy sémantického diferenciálu v základnej a kontrolnej skupine respondentov. Východiskom sa stal princíp zachytenia subjektívnych pocitov a domnienok respondentov, kedy bola využitá bipolárna rating stupnica 1 až 5, pričom 1 znamenala pozitívne vnímanie a 5 naopak negatívne vnímanie. Na protiľahlých póloch stupnice sa nachádzali evalvačné položky, ktoré tvorili antonymá, ktorá vytvárala základný dichotomický sémantický diferenciál. Spontánne hodnotenie jednotlivých položiek dichotomických párov respondentmi bolo kvantifikované a následne vypočítané pomocou váženého aritmetického priemeru za základnú a kontrolnú skupinu. Pre lepšie grafické vyjadrenie a zrozumiteľnosť boli výsledky prepojené vertikálne spojnicou (Disman, 2007; Chrátka, 2007).

Výsledky

Výsledky sú zamerané predovšetkým na vnímanie pacientov po amputácii dolnej končatiny na poskytovanú starostlivosť sestrami v štyroch adaptačných módoch v poňatí C. Roy.

Graf 1 Výsledky sémantického diferenciálu porovnania základnej a kontrolnej skupiny respondentov



Graf znázorňuje porovnanie hodnotenia základnej a kontrolnej skupiny respondentov po amputácii dolnej končatiny, kedy respondentom zo základnej skupiny bola poskytovaná starostlivosť podľa ošetrovateľského modelu C. L. Roy a kontrolnej skupine nie. Respondenti sa vyjadrovali na sesterské intervencie týkajúce sa pomoci v adaptácii na škále v rozmedzí 1 - 5, kedy 1 označovala pozitívne pocity a 5 negatívne pocity. Respondenti zo základnej a kontrolnej skupiny vnímali spoločne poskytovanie starostlivosti sestrou ako pozitívne v oblastiach: "pomoc pri vyprázdňovaní, zabezpečenie hygienickej starostlivosti, ponúkanie tekutín a tlmenie bolesti". Súbor respondentov základnej skupiny hodnotil poskytovanie starostlivosti sestrou podľa ošetrovateľského modelu C. Roy ako pozitívne v týchto oblastiach: "pomoc pri servírovaní stravy, pomoc pri vyprázdňovaní, zabezpečenie hygienickej starostlivosti, ponúkanie tekutín, podpora k samostatnosti, tlmenie bolesti, komunikácia, záujem o problémy, zdieľanie ťažkostí, načúvanie problémom a záujem o sebapoňatie chorého ". Respondenti z kontrolnej skupiny vnímali poskytovanie starostlivosti sestrou ako pozitívne v oblastiach: "zabezpečenie hygienickej starostlivosti, ponúkanie tekutín, podpora k samostatnosti, tlmenie a bolesť". Ako negatívne vnímali neponúknutie pomoci pri nadviazaní kontaktu s ostatnými pacientmi a nezáujem sestier o sebapoňatie pacienta".

Diskusia

Adaptácia človeka podľa ošetrovateľského modelu C. L. Roy prebieha v tzv. adaptačných módoch. Vo chvíli, kedy na jedince pôsobia stimuly a on nie je schopný sa efektívne adaptovať, dochádza k neefektívnemu správaniu, ktoré sa prejavuje maladaptáciou v už spomínaných adaptačných módoch: fyziologickom, sebakoncepcii a identifikáciou v skupine, rolovej funkcii a vzájomnej závislosti. Úlohou sestry je identifikovať maladaptívne správanie a stimuly, ktoré k nemu viedli a následne chorému pomôcť k adekvátnej adaptácii v jednotlivých módoch (Pavlíková, 2006). J. Ničová (1999) poukázala na význam modelu C. L. Roy pri zvládaní choroby, stanoveniu ošetrovateľských diagnóz a podporu v adaptácii pacientov po operácii vo všetkých štyroch módoch s využitím stimulov (Ničová, 1999). Na chorého po amputácii končatiny najsilnejšie pôsobia fokálne stimuly, urýchľujú jeho adaptívne správanie sa, majú najväčší vplyv na množstvo energie, ktorú chorý vydáva v interakcii s prostredím. Na pôsobenie fokálnych stimulov majú vplyv stimuly kontextuálne, ktoré môžu v danom okamihu ovplyvniť účinok a odpoveď na fokálny stimul. Môže sa jednať o rodinné či nemocničné prostredie, oblasť príjmu potravy, spôsob poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti či amputáciu následkom úrazu, preto spravidla kontextuálny

stimul pôsobí dlhšie ako fokálny (Pavlíková, 2006; Žiaková, 2007; Plzenská, Sedláková, 2009). Oproti tomu stimuly reziduálne nemajú rozhodujúci vplyv na aktuálnu odpoveď organizmu, pretože sú pomerne stále. Jedná sa o podnety z osobnostnej oblasti jedinca, ako napr. vlastnosti, hodnoty, postoje, názory, ktoré sa vyvinuli z predchádzajúcich skúseností (Araich, 2001; Raková, 2005). Chorí po amputácii dolnej končatiny mávajú problémy s koordináciou pohybu, najmä dolných končatín, čo pre nich môže byť ďalším negatívne pôsobiacim stimulom v adaptácii na pooperačný stav. Zlá koordinácia pohybu môže byť jedným z fokálnych stimulov, ktorý, spolu so stimulom reziduálnym (osobnosť človeka), môže vyústiť až v problémy ako je hnev, depresia či agresia chorého. Najčastejšími problémami chorého s ireverzibilnými zmenami, teda aj po amputácii dolnej končatiny, môžu byť porušená hybnosť, únava, porucha spánku, deficit sebaopater, nefyziologické vyprázdňovanie či zmyslová deprivácia (Plzenská, Sedláková, 2009), ale aj bolesť, strach, poruchy sociálnej interakcie a narušená funkcia rodiny (Ničová, 1999).

Neoddeliteľnou súčasťou pomôcť chorému adaptovať sa na novo vzniknutú situáciu, ktorú so sebou ochorení prináša, je informatívny rozhovor, ktorý prispieva k upokojeniu chorého a pochopeniu situácie, pre ktorú je chorý ošetrovaný. Vzájomné nadviazanie dobrého medziľudského vzťahu zvyšuje dôveru chorého v liečebný postup, zlepšuje vzájomnú spoluprácu a pomáha mu vyrovnať sa s novou situáciou a získať energiu do aktívneho zapojenia sa v liečebnom procese (Čechová, Neklanová, Kučerová, 2004). Prekvapivo negatívne sú výsledky respondentov z kontrolnej skupiny, kedy sa do negatívnej úrovne sémantického priestoru premietli odpovede: sestra mi neponúkla pomoc pri nadviazaní kontaktu s ostatnými pacientmi, nezdiala so mnou moje ťažkosti a nezaujímal sa, ako vidím sám seba (Graf 1). V porovnaní s výsledkami základnej skupiny respondentov sa poskytovaná starostlivosť podľa adaptačného modelu C. L. Roy ukazuje ako efektívnejšia a zmysluplná. Výsledky ďalej naznačujú, že úlohou sestry v úspešnej adaptácii chorého je adekvátne komunikácia s chorým, eventuálne ponúknutie pomoci ďalšieho odborníka. To je zrejmé z prezentovaného grafu 1, kde respondenti zo základnej skupiny pozitívne vnímali komunikáciu zo strany sestier, aktívny záujem sestier o problémy pacientov, zdieľanie ťažkostí s pacientmi, načúvanie problémom a záujem o to, ako vidí pacienti sami seba. V tejto súvislosti je možné stotožniť sa s výsledkami výskumného šetrenia Dagmar Plzenskej a Gabriely Sedlákovej (2009), ktoré ukázali, že ošetrovanie chorých podľa ošetrovateľského

modelu C. Roy pozitívne ovplyvňuje spokojnosť s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou a adaptačnú úroveň chorých (Plzenská, Sedláková, 2009). Nutné je upozorniť, že Dagmar Plzenská a Gabriela Sedláková (2009) aplikovali ošetrovateľský model C. L. Roy

za účelom zvládnutia rolového konfliktu u chorých s ireverzibilnými zmenami. Na základe výskumného šetrenia dospeli k záveru, že vplyvom neadekvátneho plnenia rolí dochádza k nespokojnosti, neistote a k neúspešným spôsobom sociálnej interakcie chorých. Ďalej poukázali na skutočnosť, že u plánovaných výkonov má sestra čas analyzovať situáciu a následne využívať adaptačných mechanizmov chorého k dosiahnutiu efektívnej adaptácie, čo u neplánovaných výkonov z časových dôvodov nie je reálne (Plzenská, Sedláková, 2009).

Pripomeňme, že adaptácia pomocou rolovej funkcie sa zameriava na úlohu primárnu, sekundárnu a terciárnu. C. L. Roy za primárnu rolu chorého po amputácii dolnej končatiny považovala vek, pohlavie a stupeň vývoja jedinca. Iným spôsobom sa budú adaptovať na amputáciu končatiny mladší jedinci, inak starší chorí, inak muži, inak ženy. Úlohy spojené s rolou sekundárnou vyplývajú z vývojového obdobia a z primárnej úlohy ako je úloha manžela (manželky), otca - matky. Samotná amputácia končatiny, čoby fokálny stimul, môže chorému spôsobiť nepríjemný pocit z nedostatočného plnenia vyššie uvedených rolí. Človek po amputácii dolnej končatiny sa ocitá v novej úlohe - úlohe chorého, čo C. Roy poňala ako terciárnu rolu (Pavliková, 2006; Plzenská, Sedláková, 2009). V rámci predoperačného a pooperačného posúdenia je dôležité zistiť, či si chorý uvedomuje plnení svojich rolí a cieľov, ktoré chce dosiahnuť. Ak si chorý uvedomuje svoje role, má možnosť ich aj prostredníctvom stanovených cieľov naplniť. Z analýzy ošetrovateľskej dokumentácie podľa modelu C. Roy, s ktorou sestry v rámci nášho výskumného šetrenia pracovali, je zrejmé, že v adaptačnom módu rolovej funkcie sestry stanovili ošetrovateľskú diagnózu Neefektívne plnenie roly u 3 respondentov základnej skupiny. U respondenta č. 4 konkrétne išlo o neefektívne plnenie primárnej úlohy, kedy po amputácii dolnej končatiny nefungoval ako manžel a terciárnej role, kedy mal problém adaptovať sa na rolu pacienta. U respondenta č. 5 bolo tiež zistené neefektívne plnenie primárnej úlohy, kedy respondent neplnil úlohu manžela, avšak úlohu pacienta oproti respondentovi č. 4 prijímal. Respondent č. 6 neefektívne naplňal primárnu úlohu a terciárnu úlohu prijímal. Aj Jarmila Kristová (2004) uviedla, že pri komunikácii s chorým po amputácii končatiny by ošetrojúci personál nemal zabúdať, že amputácia končatiny mení rolu chorého (Kristová, 2004). Z výsledkov štúdie R.C. Akyil a S. Ergüney (2013) možno sledovať, že poskytnuté informácie pacientom majú pozitívny vplyv na adaptáciu v módu fyziologickom, sebakoncepcie a identifikácie v skupine a rolovej funkcie (Akyil, Ergüney, 2013). Z nášho šetrenia vyplynulo, že u respondentov, kde bola stanovená

ošetrovateľská diagnóza Neefektívne plnenie úlohy, bola u respondenta č. 4 v adaptačnom módu sebakoncepcia a identifikácia v skupine, stanovená ošetrovateľská diagnóza Strach a

Porušený telesný obraz, v módu vzájomnej závislosti Riziko osamelosti a Zhoršená pohyblivosť. U respondenta č. 6 ošetrovateľská diagnóza Strach a Porušený telesný obraz a v adaptačnom módu vzájomnej závislosti ošetrovateľská diagnóza Riziko osamelosti a Zhoršená pohyblivosť. Ponúka sa otázka, z akého dôvodu pacienti primárnu úlohu neprijímali? Je to dané individualitou každej osobnosti, rodinným stavom, vekom či predchádzajúcou skúsenosťou s hospitalizáciou, závislosťou na blízkych či odmietaním návštev? Pri podrobnejšej analýze ošetrovateľskej dokumentácie neboli nájdené odpovede na tieto otázky. Je nemožné jednoznačne odpovedať, z akého dôvodu sa u respondenta č. 4 a č. 6 vyskytli adaptačné problémy aj v ostatných módoch a u respondenta č. 5 nie. Pri porovnaní výsledkov výskumného šetrenia Gabriely Sedlákovej a Dagmar Plzenskej (2007), ktoré model C. Roy aplikovali u pacientov s ireverzibilnými zmenami, možno sledovať stanovenie rozdielnych ošetrovateľských diagnóz v porovnaní s naším výskumným šetrením v módu rolovej funkcie a to: rolový konflikt, stres, porušené zvládanie role či narušená sociálna interakcia, konkrétne pracovných, spoločenských a rodinných vzťahov (Sedláková, Plzenská, 2007).

Z výsledkov analýzy práce sestier s ošetrovateľskou dokumentáciou podľa C. L. Roy je zrejmé, že najviac adaptačných problémov v prvom týždni po operácii mali respondenti zo základnej skupiny po amputácii dolnej končatiny vo fyziologickom adaptačnom módu, kde sestry stanovili najviac adaptačných problémov, respektíve ošetrovateľských diagnóz: Akútna bolesť, Deficit sebaopaterky pri vyprázdňovaní, Deficit sebaopaterky pri kúpaní a hygiene, Deficit sebaopaterky pri jedle, Deficit sebaopaterky pri obliekaní a úprave zovňajšku, Poškodená kožná a tkáňová integrita, Porušené vylučovanie moči, Riziko infekcie, Porušený spánok, Riziko zápchy a Riziko pádu. Vzhľadom na súčasnú situáciu českého zdravotníctva, poťažmo ošetrovateľstva, je to pravdepodobne preto, že sestry sú stále zvyknuté smerovať viac svoje intervencie na uspokojovanie potrieb biologických než psychosociálnych eventuálne spirituálnych. Pravdepodobným dôvodom môže byť aj skutočnosť, že sú sestry v niektorých situáciách nútené orientovať poskytovanie skupinovej starostlivosti na funkčný systém poskytovania starostlivosti. Ďalším dôvodom môže byť aj fakt, že sa chorý rýchlejšie adaptuje na zmeny v biologickej oblasti a v psychosociálnej či spirituálnej potrebuje na adaptáciu viac času, ako už bolo uvedené vyššie. Nutné je dodať, že poskytovanie starostlivosti podľa ošetrovateľského modelu C. L. Roy je pre sestry nové, nemajú s týmto pojatím

ošetrovateľskej starostlivosti skúsenosti. Ošetrovateľský model C. L. Roy sestrám umožňuje u pacientov identifikovať stimuly, ktoré vedú k pozitívnej alebo negatívnej odpovedi, v ktorej

by sestra mala pôsobiť ako sprostredkovateľ pre adaptáciu pacientov na chorobu a zlepšenie poskytovanej starostlivosti pacientom (Fragoso, Galvão, Caetano, 2010). Z analýzy ošetrovateľskej dokumentácie vo fyziologickom adaptačnom módu vyplynuli tri základné oblasti poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti vedúce k podpore adaptácie respondentov, a to konkrétne v oblasti deficitu sebaopatery, starostlivosti o operačnú ranu a starostlivosti o bolesť. V súvislosti s bolesťou nemožno nespomenúť aj jednu z komplikácií amputácie končatiny, a to bolesť fantómovú či fantómový vnem. Jan Lejčko (2009) uviedol, že fantómová bolesť sa vyskytuje u 60 - 85% amputovaných (Lejčko, 2009). Z nášho sledovaného súboru 8 respondentov základnej skupiny po amputácii dolnej končatiny v predkolení iba jeden udával bolesť palca na nohe dolnej končatiny. Pravdepodobne je to z tohto dôvodu, že fantómové bolesti sa po amputácii dolnej končatiny vyskytujú najčastejšie po amputácii v stehne a po amputácii prstov (Rokyta, 2008). Aj napriek tomu, že u respondentov z kontrolnej skupiny nebola vedená ošetrovateľská dokumentácia, je pri porovnaní výsledkov sémantického diferenciálu oboch skupín potešujúce, že respondenti z kontrolnej skupiny tiež vnímali pozitívne poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v oblasti pomoci pri vyprázdňovaní a zabezpečení hygienickej starostlivosti (Graf 1). Skutočnosť, že pacienti potrebujú pomoc a podporu sestier, vyplynulo aj z výskumného šetrenia Dagmar Plzenskej a Gabriely Sedlákovej (2007; 2009), ktoré vo fyziologickom adaptačnom módu u chorých s ireverzibilnými zmenami zistili tieto najčastejšie adaptačné problémy: narušená hybnosť, únava, nespavosť, deficit sebaopatery či poruchy vo vyprázdňovaní (Sedláková, Plzenská, 2007; Plzenská, Sedláková, 2009).

S obliekaním a úpravou zovňajšku potrebovalo pomôcť 6 respondentov základnej skupiny. Problém v tejto oblasti bol vyriešený v priebehu tretieho až štvrtého pooperačného dňa. Vyššie uvedené výsledky v oblasti sebaopatery možno hodnotiť ako veľmi pozitívne, pretože došlo k dosiahnutiu cieľov v priebehu prvého týždňa po operácii respondentov základnej skupiny. Otázkou však ostáva, akým spôsobom bude prebiehať adaptácia chorých po prepustení do domáceho prostredia? Aké adaptačné problémy sa objavia u chorých po prepustení do domácej starostlivosti, kde nie je vyškolený ošetrovateľský personál a prispôsobené prostredie? Aj napriek tomu, že získanie odpovede na položené otázky nebolo predmetom nášho šetrenia, táto skutočnosť sa ukazuje ako jedna z ďalších možností využitia adaptačného modelu C. L. Roy v ošetrovateľskej praxi. U pacientov po amputácii dolnej končatiny môže potreba nezávislosti zostať neuspokojená pre nemožnosť vykonávať určité činnosti bez pomoci druhých (Zášková, 2000). Aj Jarmila Kristová (2004) poukázala na možnosť závislosti a výskyt problémov v oblasti pohyblivosti, najmä s premiestňovaním sa

mimo lôžko u pacientov po amputácii dolnej končatiny. S týmto tvrdením sa zhodujú aj výsledky nášho vyšetovania, keď v adaptačnom módu vzájomnej závislosti bola sestrami najčastejšie stanovená ošetrovateľská diagnóza Zhoršená pohyblivosť, a to u 7 z 8 respondentov základnej skupiny. Nutné je dodať, že naše vyšetovanie prebiehalo iba prvých 7 dní po operácii, preto nebol sledovaný nasledujúci priebeh vertikalizácie respondentov. Nemožno nespomenúť, že po dlhšom pripútaní na lôžku môže dochádzať ku vzniku závrate na podklade ortostatickej hypotenzie, čo vertikalizáciu následne komplikuje. Aj napriek tomu, že ošetrovateľská diagnóza Zhoršená pohyblivosť u respondentov základnej skupiny 7. pooperačný deň pretrvávala, z pohľadu týchto respondentov boli sestrami podporovaní v samostatnosti, vnímali záujem a načúvanie ich problémom zo strany sestier (Graf 1). Túto skutočnosť možno sledovať aj pri porovnaní s kontrolnou skupinou respondentov, kde je zaznamenaný posun k strednej pozícii sémantického diferenciálu (Graf 1). V adaptačnom módu sebakoncepcie a identifikácie v skupine môžu mať pacienti po amputácii dolnej končatiny problémy, vyplývajúce z neschopnosti vykonať bezpečný pohyb. Nemožno nespomenúť aj psychickú stránku, tzn. ako chorí po amputácii končatiny vidia sami seba, svoj vzťah. Nie všetci sú schopní sa ihneď po amputácii dolnej končatiny zmieriť so svojím stavom (Žiaková, 2007). V našom výskumnom šetrení boli v adaptačnom módu sebakoncepcia a identifikácia v skupine, v základnej skupine respondentov stanovené sestrami ošetrovateľské diagnózy Strach a Porušený telesný obraz. Podobné výsledky boli prezentované Dagmar Plzenskou a Gabrielou Sedlákovou (2007; 2009), ktoré u chorých s ireverzibilnými zmenami ako najčastejšie adaptačné problémy v móde sebakoncepcia a identifikácia v skupine stanovili: depresiu, pocity bezmocnosti, agresivitu alebo strach (Sedláková, Plzenská, 2007; Plzenská, Sedláková, 2009). Úlohou sestry v úspešnej adaptácii chorého je potom adekvátna komunikácia s chorým, eventuálne ponúknutie pomoci ďalšieho odborníka. Z grafu 1 je zrejmé, že respondenti základnej skupiny pozitívne vnímali komunikáciu zo strany sestier, aktívny záujem sestier o ich problémy, zdieľanie ťažkostí, načúvanie problémom a zaujímali sa o to, ako vidí pacienti sami seba. V tejto súvislosti možno poukázať na výsledky výskumného šetrenia vykonaného Y.S. Ordin, Ö. Karayurt a S. Wellard (2013), z ktorých vyplynulo, že pacienti po operačnom zákroku (jednalo sa o skupinu respondentov po transplantácii pečene) potrebujú podporiť vo všetkých adaptačných módoch zo strany starajúceho sa personálu skrze podporu a informovanosť (Ordin, Karayurt, Wellard, 2013).

Aj napriek tomu, že výsledky výskumného šetrenia Jany Rakové (2005), ukázali, že najväčším problémom pri poskytovaní starostlivosti podľa ošetrovateľského modelu C. Roy je

stanovenie pôsobiacich stimulov a stanovenie cieľov pre jednotlivé ošetrovateľské diagnózy (Raková, 2005), môžeme uviesť, že z výsledkov práce sestier s ošetrovateľskou dokumentáciou podľa ošetrovateľského modelu C. Roy nášho výskumného šetrenia je zrejmé, že sestry dokázali stanoviť ako stimuly fokálne, tak kontextuálne, reziduálne a dokonca aj s nimi efektívne manipulovali. Nutné dodať, že v našom výskumnom šetrení sestry pracovali podľa plánu starostlivosti, kde bol už cieľ vopred naformulovaný ako súčasť ošetrovateľskej dokumentácie s možnosťou vytvorenia si ciele podľa vlastného uváženia. Naším zámerom pri aplikácii ošetrovateľského modelu C. Roy u chorých po amputácii dolnej končatiny bolo skôr sledovať stanovenie stimulov sestrami a následnú prácu sestier so stimulmi, ako stanovenie cieľov u jednotlivých ošetrovateľských diagnóz. Avšak dovoľíme si súhlasiť s Dagmar Plzenskou a Gabrielou Sedlákovou (2007), že podpora, udržiavanie, zvyšovanie alebo tlmenie stimulov pomáha v procese adaptácie chorého vo všetkých štyroch adaptačných módoch (Sedláková, Plzenská, 2007). V súvislosti s výsledkami nášho výskumného šetrenia si dovoľíme súhlasiť i s tvrdením M. Araich (2001), že implementáciu ošetrovateľského modelu C. Roy do klinickej praxe možno považovať za pozitívny vplyv ako na osobný rozvoj sestier, tak na image ošetrovateľskej profesie ako celku (Araich, 2001).

Záver

Ošetrovateľský model C. Roy poskytuje štruktúru pre zameranie, organizovanie vedomostí a činností v starostlivosti o pacienta, čo prinieslo aj naše výskumné šetrenie. Aj napriek tomu, že z výsledkov nášho výskumného šetrenia vyplynulo, že respondenti po amputácii dolnej končatiny boli v priebehu prvého týždňa po operácii v niektorých oblastiach už adaptovaní, uvedomujeme si, že potrebujú ešte ďaleko viac času na adaptáciu, samozrejme aj po prepustení do domáceho ošetrovania. Na základe analýzy výsledkov výskumného šetrenia možno uviesť, že adaptačný model C. Roy je možné využiť u chorých po amputácii dolnej končatiny ako súčasť pomoci pri adaptácii na amputáciu dolnej končatiny, k intenzívnejšej komunikácii s chorým, k pochopeniu adaptačných problémov chorého, v akútnej i následnej starostlivosti o amputovaného chorého a vo výučbe ošetrovateľských predmetov. Z výsledkov vyšetovania ďalej vyplynulo, že pacienti vnímajú rozdiel v poskytovaní starostlivosti podľa adaptačného modelu C. Roy oproti tradičnému spôsobu poskytovania starostlivosti. Výsledky šetrenia nepriamo poukazujú aj na deficit sestry edukátorky pre chorých po amputácii dolnej končatiny. Aj napriek tomu, že starostlivosť v poňatí ošetrovateľského modelu C. Roy bola pre sestry nášho výskumného šetrenia nová, z analýzy ošetrovateľskej dokumentácie a z výsledkov sémantického diferenciálu respondentov

základnej skupiny je zrejmé, že sestry efektívne poskytovali starostlivosť podľa ošetrovateľského modelu C. Roy.

Literatura

- AKYIL, R. Ç. - ERGÜNEY, S. 2013. Roy's adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2013, roč. 69, č. 5, s. 1063-1075. ISSN 0309-2402.
- ARAICH, M. 2001. Roy's Adaptation Model: Demonstration of Theory Integration into Process of Care in Coronary Care Unit. *ICUs and Nursing web Journal*. 2001, roč. 7, č. 12, s. 1-12. ISSN 1108-7366.
- BADR NAGA, BILAL S. H. - AL-Khasib, Esam A. 2014. Roy Adaptation Model: Application of Theoretical Framework. *Middle East Journal of Family Medicine*. 2014, roč. 12, č. 8, s. 48-51. ISSN 1448-4196.
- BARČOVÁ, H. - NEDVĚDOVÁ, I. 2001. Praktické využití standardu léčebné rehabilitace u pacientů po amputaci dolní končetiny ve stehně. *Zdravotnické noviny, příloha Lékařské listy*. 2001, roč. 50, č. 29, s. 20-23. ISSN 1214-7664.
- ČECHOVÁ, V. - NEKLANOVÁ A. - KUČEROVÁ H. 2004. *Psychologie a pedagogika II*. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-028-8.
- DAWSON, S. 1998. Pre-amputation assessment using Roys Adaptation Model. *British Journal of Midwifery*. 1998, roč. 7, č. 9, s. 536-542. ISSN 0969-4900.
- DISMAN, M. 2007. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, 3. vyd., 2007. ISBN 978-80-246-0139-7.
- FARKAŠOVÁ, D. et al. 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
- FAWCETT, J. 2006. The Roy Adaptation Model and Content Analysis. *Revista Aquichan*. 2006, roč. 6, č. 1, s. 34-37. ISSN 1657-5997.
- FRAGOSO, L. V. C. - GALVÃO, M. T. G. - CAETANO, J. A. 2010. Care for liver transplantation patients with reference to Roy's theory. *Revista de Enfermagem Referência*. 2010, roč. 3, č. 1, s. 29-38. ISSN 0874-0283.
- HANZLÍKOVÁ, A. 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-257-1.
- CHRÁSTKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- KÁLAL, J. 2000. Každoročně ztratí dolní končetinu pět tisíc pacientů. *Zdravotnické noviny*. 2000, roč. 49, č. 29, s. 13. ISSN 0044-1996.
- KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3.
- LEJČKO, J. 2009. Fantomová bolest [on-line]. 2009, [cit. 2008-02-05]. Dostupné z: <http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/r036.rtf>.
- MACHOVÁ, A. 2011. Vybrané konceptuální modely a teorie ošetrovatelství. In: Plevová, I. et al. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. s. 130-186. ISBN 978-80-247-3557-3.
- MACHOVÁ, A. - SEDLÁKOVÁ, G. - TÓTHOVÁ, V. Využití teorie pokojného konce života v komunitní péči. 2009. *Kontakt*. 2009, roč. XI., č. 2, s. 333-338. ISSN 1212-4117.
- MARRINER-TOMEY, A. - ALLIGOOD, M. R. 2006. *Nursing theorists and their work*. 6th ed. St. Louis, Mo: Mosby/Elsevier, 2006. ISBN 0-3230-3010-6.
- MELEIS, A. I. 2007. *Theoretical nursing: development and progress*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 978-07817-3673-2.

- NĚMCOVÁ, J. 2006. Ošetrovatelství ve screeningu diabetické nohy. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 9, s. 47-48. ISSN 1210-0404.
- NIČOVÁ, J. 1999. Ošetrovatel'ský proces podľa Royovej u pacientky s osteoporózou. *Revue profesionálnej sestry*. 1999, roč. 6, č. 2, s. 7-9. ISSN 1335-1753.
- ORDIN, Y. S. - KARAYURT, Ö. - WELLARD, S. 2013. Investigation of adaptation after liver transplantation using Roy's Adaptation Model. *Nursing & Health Sciences*. 2013, roč. 15, č. 1, s. 31-38. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1442-2018.2012.00715.x>.
- PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 2006. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
- PLZENSKÁ, D. - SEDLÁKOVÁ, G. 2009. Aplikace ošetrovatel'ského modelu C. Royové u pacientů s ireverzibilními změnami. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 2, s. 24-26. ISSN 1210-0404.
- RAKOVÁ, J. 2005. Royovej adaptačný model a jeho využitie v klinickej praxi. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve [elektronický zdroj]*. Zborník príspevkov z VI. mezinárodnej konferencie; 26. květen 2005, Martin. Vyd. Martin: Univerzita Komenského v Bratislavě, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovatel'stva; Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, s. 458 – 464. ISBN 80-88866-32-4.
- ROKYTA, R. 2008. Vesmír přírodovědecký časopis. Fantomová bolest. Role mozku při vnímání bolesti [online]. 2008 [cit. 2008-17-07]. Dostupné z: <http://www.vesmir.cz/clanky/clanek/id/360>.
- SEDLÁKOVÁ, G. - PLZENSKÁ, D. 2007. Zvládnutí rolového konfliktu pacienta s využitím ošetrovatel'ského modelu Royové. *Ošetrovatel'ský obzor*. 2007, roč. 4, č. 4, s. 99-101. ISSN 1336-5606.
- SEIDEL, E. 2006. Anxiety and depression after loss of a lower limb. *Orthopade*. 2006, roč. 35, č. 11, s. 1154-1156. ISSN 0085-4530.
- TEAGER, G. - NAST KOLB, D. 2000. *Amputationen und Prothesenversorgung der unteren Extremitäten*. Stuttgart: Thieme, 2000. ISBN 343-297-5023.
- ZÁŠKODNÁ, H. et al. 2000. *Společenské minority a sociální práce*. České Budějovice: ZSF JU, 2000. ISBN 80-7040-408-6.
- ŽIAKOVÁ, K. et al. 2007. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-247-2.

Kontaktné údaje:

PhDr. Věra Stasková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

U Výstaviště 26

370 01 České Budějovice

Česká republika

e-mail: staskova@zsf.jcu.cz

Recenzované / Reviewed: 05.06.2015

Prijaté do tlače / Accepted for publication: 07.08.2015