

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Kateřina Laurincová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Kateřina Laurincová

**VYUŽITÍ KONCEPČNÍHO OŠETŘOVATELSKÉHO
MODELU V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI U PACIENTŮ
S NEUROLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

PLZEŇ 2022

Zadání práce

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 14. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Laurincová Kateřina

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Využití koncepčního ošetrovatelského modelu v ošetrovatelské péči u pacientů s neurologickým onemocněním

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Posseltová

Počet stran – číslované: 78

Počet stran – nečíslované: 14

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: neuroborelióza, ošetrovatelský model, model „Jednotných lidí“, ošetrovatelský proces, biorezonance

Souhrn:

Bakalářská práce ověřuje možnost využití koncepce ošetrovatelského modelu energetických polí, konkrétně modelu „Jednotných lidí“ M. Rogersové v ambulantní ošetrovatelské péči u pacientů s neuroboreliózou.

Teoretická část shrnuje základní informace potřebné pro sestru při realizaci ošetrovatelského procesu dle teoretického modelu energetických polí M. Rogers u neurologických pacientů. Zejména jsou to informace o neuroborelióze, ošetrovatelském modelu energetických polí a o biorezonanci, jako hlavním nástroji v uplatnění modelu „Jednotných lidí“.

Praktická část je zaměřena na realizaci ošetrovatelského procesu pomocí vytvořeného ošetrovatelského postupu s využitím koncepce „Jednotných lidí“ a na vyhodnocení úspěšnosti daného postupu prostřednictvím dvanácti funkčních vzorců zdraví M. Gordon.

Abstract

Surname and name: Laurincová Kateřina

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Use of the conceptual nursing model in nursing care for patients with neurological diseases

Consultant: Mgr. Lucie Posseltová

Number of pages – numbered: 78

Number of pages – unnumbered: 14

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 27

Keywords: neuroborreliosis, nursing model, „United People“ model, nursing process, bioresonance

Summary:

The bachelor's thesis verifies the possibility of using the concept of the nursing model of energy fields, specifically „United People“ model of M. Rogers, in outpatient nursing care for patients with neuroborreliosis.

The theoretical part summarizes the basic information needed for the nurse in the implementation of the nursing process according to the theoretical model of M. Rogers energy fields in neurological patients. In particular, it is information on neuroborreliosis, the nursing model of energy fields and bioresonance, as the main tools in the application of the „United People“ model.

The practical part is focused on the implementation of the nursing process through the created nursing procedure using the concept of „United People“ and on the evaluation of the success of the procedure through twelve functional patterns of health M. Gordon.

Předmluva

Tato práce byla napsána s hlubokou úctou k paní M. E. Rogers a jako hold jejímu vizionářství a genialitě. Zároveň s vděkem a láskou k ošetrovatelství, které nezná hranic.

Doufáme, že semínko zaseté touto prací vyklíčí jednou v nové možnosti a praktiky v ošetrovatelské péči nejen o neurologické pacienty a bude tak přínosem zároveň pacientům, zdravotníkům a celé společnosti.

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Posseltové za odborné vedení práce, poskytování rad, materiálních podkladů a morální podpory. Dále děkuji mým participantům za vstřícnost, trpělivost a mnoho cenných osobních zkušeností, které obohatily mou ošetrovatelskou praxi a přispěly tak i k realizaci této práce

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 NEUROLOGIE	15
1.1 Anatomie nervové soustavy	15
1.1.1 Centrální nervový systém	15
1.1.2 Periferní nervový systém	17
1.2 Vyšetřovací metody v neurologii	20
1.2.1 Neurologická propedeutika	20
1.2.2 Pomocné vyšetřovací metody v neurologii	23
1.3 Speciální neurologie	26
1.3.1 Neuroborelióza-postižení nervového systému	26
2 VYUŽITÍ KONCEPČNÍHO OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI U PACIENTŮ S NEUROLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM	29
2.1 Ošetřovatelství v neurologii	29
2.1.1 Ošetřovatelský proces	29
2.2 Koncepční ošetřovatelské modely	30
2.2.1 Koncepční ošetřovatelský model dle Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví.....	30
2.2.2 Koncepční ošetřovatelský model dle Marthy E. Rogers: Model jednotných lidí	32
3 BIOREZONANCE	36
PRAKTICKÁ ČÁST	38
4 FORMULACE PROBLÉMU	38
5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	39
5.1 Hlavní cíl.....	39
5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	39
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	40
7 METODIKA PRÁCE	41

8 ORGANIZACE VÝZKUMU	43
9 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	45
10 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY OTÁZKY	46
10.1 Kazuistika 1	46
10.1.1 Anamnéza	46
10.1.2 Fyzikální vyšetření sestrou	47
10.1.3 Objektivní pozorování sestrou	48
10.1.4 Hodnotící škály	48
10.1.5 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu Funkčních vzorců zdraví M. Gordon:	49
10.1.6 Ošetrovatelské diagnózy NANDA International-taxonomie II	53
10.1.7 Kontrolní ošetrovatelská anamnéza dle modelu Funkčních vzorců zdraví M. Gordon po třech týdnech od ukončení OP:	62
10.2 Kazuistika 2	65
10.2.1 Anamnéza	65
10.2.2 Fyzikální vyšetření sestrou:	66
10.2.3 Objektivní pozorování sestrou:	67
10.2.4 Hodnotící škály:	67
10.2.5 Ošetrovatelská anamnéza dle modelu funkčních vzorců zdraví M. Gordon	68
10.2.6 Ošetrovatelské diagnózy NANDA International-taxonomie II	72
10.2.7 Kontrolní ošetrovatelská anamnéza dle modelu Funkčních vzorců zdraví M. Gordon po třech týdnech od ukončení OP:	79
11 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	82
DISKUZE	83
ZÁVĚR	87
CITOVANÁ LITERATURA.....	89
SEZNAM PŘÍLOH	91

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Jednoduchá deskriptivní škála bolesti.....	49
Obrázek 2: Jednoduchá deskriptivní škála bolesti.....	67

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Tabulka hodnocení BMI.....	48
Tabulka 2: Klasifikace dušnosti podle NYHA.....	49
Tabulka 3: Beckova hodnotící škála deprese	67

SEZNAM ZKRATEK

KL	Kontrastní látka
RF	Reflexní látka
FDG	2-fluoro- 2- deoxy-D-glukóza
MN	Míšní nervy
EM	Erythema migrans
IA	Infekční agens
Bbsl	Borelia burgdoferi sensu lato
OP	Ošetrovatelská péče
WHO	Světová zdravotnická organizace
BMI	body maas index
EP	energetické pole

ÚVOD

Ošetrovatelství je disciplína rozmanitá, kreativní a mnohoúrovňová, zrovna tak, jako lidské bytosti, kterými se ošetrovatelství zabývá. Ošetrovatelství řeší nejen fyzické aspekty, ale pojímá lidské zdraví jako komplex bio-psycho-sociálních potřeb jedince, které se snaží uspokojovat. Má li být v tomto ohledu úspěšné, je potřeba začlenit do praxe ošetrovatelské koncepce, jako pilíře úspěšné ošetrovatelské péče. Tyto koncepce nám slouží jako vodítka k naplňování již zmíněných potřeb pacientů s ohledem na individuální potřeby lidských bytostí.

V praxi jsou nejpoužívanější ošetrovatelské modely holistické, protože nejlépe vystihují lidskou bytost jako celek se všemi jejími potřebami, nicméně i mezi holistickými modely se najdou takové, které se v praxi využívají jen zřídka. Mezi takové modely patří „Model jednotných lidí“ vypracovaný paní Marthou Rogers, kterým se zabývá tato bakalářská práce. Jedná se o model energetických polí, jehož složitost je pravděpodobně příčinou řídkého využívání této koncepce v praxi. Práce s energiemi totiž není uchopitelná, kvantifikovatelná ani dost dobře měřitelná bez přístrojů, které by to dokázaly.

Moderní doba však nabízí nové metody a také již zmíněné přístroje, které dokážou pracovat s energetickými poli člověka tak, jak je popisuje paní M. Rogers. Pro účely našeho výzkumu byl použit biorezonanční přístroj Sensitiv Imago 530, jež je certifikovaným zdravotnickým přístrojem druhé třídy.

Tato technika, společně s dalšími ošetrovatelskými intervencemi, vycházejícími z ošetrovatelských diagnóz nám umožnila sestavit a realizovat ošetrovatelský plán, za účelem navrácení zdraví, či alespoň úlevy pro pacienty s chronickou neuroboreliózou, což bylo cílem této práce. Současně doufáme, že se najdou následovníci z řad ošetrovatelů a ošetrovatelek, kteří budou ochotni pracovat s tímto krásným ošetrovatelským modelem.

Teoretické podklady pro tuto práci tvořila řešerše vypracovaná Národní lékařskou knihovnou v Praze, jakož i literatura samostatně vyhledaná (ve vědeckých databázích) samotnými autory. Veškerá použitá literatura je řádně citována a uvedena v seznamu literatury.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NEUROLOGIE

Tato kapitola shrnuje poznatky o nervovém systému, jakož i poznatky týkající se diagnostiky a symptomatologie a to převážně ve vztahu ke klinické praxi sestry. (Slezáková, 2014, s. 8), (Seidl, 2015, s. 17)

1.1 Anatomie nervové soustavy

Neurologie jako obor se zabývá poruchami centrálního i periferního nervového systému včetně svalového aparátu. Potíže neurologického charakteru mohou postihovat různé etáže a různé systémy centrálního i periferního nervstva a mohou tak vznikat velmi rozdílné, často zcela specifické příznaky, jako jsou poruchy řeči, hybnosti, citlivosti, zraku atd. (Ambler, 2011, s. 11)

1.1.1 Centrální nervový systém

Systema nervosum centrale zahrnuje mozek (encephalon), uložený v lebeční dutině a hřbetní míchu (medula spinali), nacházející se v páteřním kanále. (Grim, Druga, 2014, s. 11)

Šedá a bílá hmota CNS: Funkční tkáň CNS je v základu rozdělena na šedou a bílou hmotu. Šedá hmota (substantia grisea) je tvořena, neurony, jejich výběžky a neuropilem (prostor mezi neurony), který je vyplněn terminálními úseky axonů, dendrity, synapsami, gliovými buňkami a hustou sítí krevních kapilár. V mozku tvoří šedá hmota kortex a podkorová jádra, v míše je uložena centrálně. Bílá hmota (substantia alba) obsahuje nervové dráhy, mezi jejichž vlákny jsou uloženy gliové buňky (finální astrocyty a oligodendrocyty) a řídké sítě krevních kapilár. Její název je odvozen od bílé barvy, která je určena přítomností myelinu obalujícího axony. (Grim, Druga, 2014, s. 24), (Petrovický a kol., 2008, s. 34)

Mícha: Medula spinalis tvoří provazec nervové tkáně dlouhý asi 40-45 cm, který je uložen v páteřním kanále, kde je obalen tvrdou plenou, pavučnicí i měkkou plenou. Začátek míchy hraničící s mozkovým kmenem je ve výši výstupu prvního krčního nervu C1, na stejné úrovni, jako křížení pyramidové dráhy. Konec míchy se nachází mezi bederními

obratli L1 a L2. Dále pokračují nervové provazce označované jako epiconus (rozsah segmentů L4-S2) na který navazuje conus medularis (v rozsahu segmentů S2-5). Na conus medularis navazuje nakonec Filum terminale, což je tenký gliový provazec, který srůstá s dura mater a periostem křížové kosti (v segmentu S2). (Grim, Druga, 2014, s. 25-25)

Mozek: Encephalon je dále dělen na několik funkčně i anatomicky odlišných částí. Jsou to mozkový kmen, mozeček, mezimozek a koncový mozek.

Mozkový kmen (truncus encefalicus) považujeme za pokračování hřbetní míchy a členíme ho na tři díly. Nejspodněji uloženou prodlouženou míchu (medula oblongata), Varolův most (pons Varoli) a střední mozek (mesencephalon). Ke všem oddílům mozkového kmene je připojen pomocí svazků nervových vláken také mozeček, přičemž spojení prodloužené míchy, Varolova mostu a mozečku se také nazývá rhombencephalon. Vnitřní stavba mozkového kmene je složitá a jednotlivé oddíly se od sebe zásadně liší. Šedá hmota mozkového kmene tvoří jádra hlavových nervů, jádra retikulární formace a specifická jádra pro jednotlivé oddíly mozkového kmene. Bílá hmota je potom tvořena svazky sestupných i vzestupných vláken, která tudy procházejí či v mozkovém kmeni končí. (Grim, Druga, 2014, s. 49-52), (Petrovický a kol., 2008, s. 147)

Mozeček (cerebellum) je uložen v zadní jámě lební nad prodlouženou míchou a Varolovým mostem a tvoří významnou část stropu IV. mozkové komory. Obsahuje více než 50% neuronů celého CNS. Šedá hmota mozečku je přibližně 1 mm silná kůra na povrchu, pod kterou se nachází bílá hmota s mozečkovými jádry. Funkčně mozeček fyziologicky udržuje rovnováhu, kontroluje svalstvo končetin, pohyby a řeč. (Grim, Druga, 2014, s. 73-88)

Mezimozek (diencefalon) má zpočátku tvar trubice, s třetí mozkovou komorou uvnitř a dělí se na dorsální část thalamus a ventrální hypotalamus.

Thalamus obsahuje talamická jádra, která přijímají aferentní signály z míchy, mozkového kmene, mozečku, bazálních ganglií a mozkové kůry. Talamická vlákna a jejich spoje patří mezi nejrozsáhlejší projekční systémy mozku. Talamická jádra se podílí na vytváření emočních reakcí, regulaci kognitivních funkcí a složek paměti, soustřeďují somatosensitivní, zrakové a sluchové signály, některá jsou zaměřena na rozlišování pohybů, hloubky, prostoru, perspektivy, akustických a dotykových podnětů, jiná pak zodpovídají za plynulost a harmonii pohybů. Některá jádra jsou součástí limbického systému. Corpus

pineale (epifýza) metabolizuje serotonin a melatonin, čímž reguluje spánek a sexuální chování.

Hypotalamus se nachází pod thalamem a má velký funkční význam. Na jeho spodině je zavěšena hypofýza. Je tvořen svazky vláken (která přivádějí signály téměř ze všech druhů receptorů) a hypotalamickými jádry, což jsou kondenzace neuronů se stejnou funkcí. Tato jádra ovlivňují např. regulaci teploty, spánku, metabolismu, řízení cirkardiálních rytmů, sexuálního chování (produkce oxytocinu a vazopresinu), jsou součástí limbického systému a kladou se do nich paměťové funkce. Hypotalamus je považován za nejvyšší centrum autonomního nervového systému, ale jeho činnost je ovlivňována nadřazeným limbickým systémem.

Koncový mozek (telencefalon) je (jak název napovídá) nejrostrálnější mozkový oddíl. Dělí se na pravou a levou hemisféru, které jsou následně rozděleny na mozkové laloky. Lobus frontalis, jehož součástí jsou bazální ganglia (senzomotorická, asociální a limbická oblast), dále lobus parietalis, lobus occipitalis, lobus temporalis, lobus limbicus a lobus insularis. (Grym, Druga, 2014, s. 88-114), (Petrovický a kol. 2008, s. 57-61)

1.1.2 Periferní nervový systém

Systema nervosum periphericum dělíme na cerebrospinální (mozkomíšní) nervy a autonomní nervstvo

Mozkomíšní nervy zahrnují jednak motorická vlákna periferního nervu, která vystupují z míchy a mozkového kmene a vedou vzruchy až na periferii k motorickým ploténkám svalů a dále senzitivní vlákna periferního nervu (hlavového i míšního). Tato vlákna začínají na receptorech v periferii organismu a vedou odtud vzruchy do míchy a mozkového kmene. (Čihák, 2016, s. 528), (Petrovický a kol., 2008, s. 64-67)

Cerebrospinální nervy jsou dvě velké skupiny nervů a to míšních (nervi spinales), které vystupují z míchy přes páteřní kanál otvorem zvaným foramina intervertebralia a hlavových nervů (nervi craniales), které vyjma I. a II. hlavového nervu vystupují z mozkového kmene a opouštějí dutinu lební prostřednictvím otvorů na lební bázi. (Grim, Druga at al. 2014, s. 9)

Míšní nervy jsou tvořeny spojením předních (motorických) a zadních (senzitivních) míšních kořenů a je jich 31 párů. Podle toho, kde vystupují z páteřního kanálu, se míšní

nervy dělí do pěti skupin. Jsou to Nervi cervicales (C1-C8), které vystupují mezi krčními obratli, s výjimkou C1, který vystupuje již mezi occipitale a atlasem. Dále Nervi thoracici (Th1-Th12), které vystupují z hrudních obratlů, Nervi lumbales (L1-L5) vystupující z bederních obratlů, nervi sacrales (S1-S5) vystupující z obratlů křížových (poslední z hilus sacralis) a nervus coccygeus (Co), který vystupuje z hilus sacralis. (Grim, Druga at al., 2014, s. 18)

Hlavové nervy Jsou tvořeny dvanácti páry nervů, a ačkoliv se makroskopicky podobají nervům míšním, mají několik odlišností, ze kterých jsme se rozhodly vyjmenovat tyto:

Kromě nervus vagus, který inervuje i vnitřní orgány, inervují ostatní hlavové nervy pouze oblast hlavy a krku. Při výstupu z CNS není rozlišen přední a zadní kořen. Pokud hlavový nerv obsahuje sensitivní složku, má ve svém průběhu sensitivní ganglia, která jsou uložena v bázi lební (nn. V., VII., VIII., IX., X.). Autonomní (vegetativní) složka hlavových nervů je parasymptická. Hlavové nervy se liší skladbou nervových vláken, přičemž všechny druhy vláken (somatosensitivní, somatomotorická, parasymptická a sensorická) obsahují pouze VII., IX. a X. nerv. Některé hlavové nervy obsahují i podíl sympatických vláken. V jádrech mozkového kmene jsou uloženy výběžky mateřských buněk somatomotorických a parasymptických nervových vláken. Mateřské buňky vláken somatosenzitivních, viscerosenzitivních a sensorických jsou naopak uloženy v senzitivních gangliích příslušného hlavového nervu a jejich centrální výběžek končí v jádrech v mozkovém kmeni.

Dělení hlavových nervů a nejdůležitější oblasti jejich inervace:

- I. nervus olfactorius-čichový nerv inervuje sliznici boční stěny septa a dutiny nosní.
- II. nervus opticus-zrakový nerv inervuje oční kouli.
- III. nervus oculomotorius-okohybný nerv inervuje okohybné svaly.
- IV. nervus trochlearis-kladkový nerv inervuje okohybné svaly.
- V. nervus trigeminus-trojklaný nerv a jeho větve (nervus ophthalmicus, nervus maxillaris a nervus mandibularis) inervují celý obličej, dutinu ústní a nosní, celý obsah orbity a většinu dura mater.
- VI. nervus abducens-odtahovací nerv inervuje okohybný sval.

- VII. nervus facialis-lícni nerv a jeho větve (nervus facialis a nervus intermedius) inervují mimické svaly, slzné žlázy, dutinu nosní, vedlejší dutiny nosní, patra, slinné žlázy jazyka, podčelistní a podjazykové žlázy.
- VIII. nervus vestibulocochlearis-rovnovážný a sluchový nerv inervuje oblast vnitřního ucha.
- IX. nervus glossopharyngeus-jazykohltanový nerv inervuje svaly měkkého patra a hrtanu, středouší, tonzily a chuťové pohárky zadní třetiny jazyka.
- X. nervus vagus-bloudivý nerv inervuje příčně pruhované svaly hrtanu, patra a horní poloviny jícnu, dále orgány trávicího systému, dýchacích cest, srdce, velké cévy, kůži zevního zvukovodu a boltce, kořen jazyka a hrtanovou příklopku.
- XI. nervus accesorius-přídavný nerv inervuje svaly stehna a trapézové svaly.
- XII. nervus hypoglossus-podjazykový nerv inervuje jazykohybné svaly. (Grim, Druga at al., 2014, s. 52-84), (Čihák 2016, s. 495-506)

Autonomní nervy obsahují vlákna senzitivní i motorická, přičemž motorická vlákna vystupují z visceromotorických jader míchy a mozkového kmene. Tato vlákna, nevedou k orgánům přímo, ale jsou cestou přepojovány na neurony v gangliích mimo CNS a až nakonec na neurony ve stěnách orgánů, které tak fungují i bez přímého vlivu CNS. Nervovým vláknům vedoucím z CNS do ganglia říkáme pregangliové neurony, vlákna vedoucí z ganglia dále k dalšímu neuronu, nebo přímo do inervované tkáně nazýváme postgangliové neurony. Sensitivní vlákna autonomního systému mají svá buněčná těla uložena ve spinálních gangliích a v gangliích IX. a X. hlavového nervu. (Grim, Druga at al., 2014, s. 87), (Čihák, 2016, s. 610)

Funkčně dělíme autonomní nervový systém na sympatikus, jehož funkcí je připravit organismus pomocí adrenergických mediátorů k obraně útoku, nebo útěku (zvýší srdeční činnost, tlak, rozšíří koronární tepny a bronchy, utlumí činnost trávicí soustavy) a parasympatikus, který udržuje organismus v klidu při odpočinku a trávení (působí antagonisticky k sympatiku) a nakonec enterický (intramurální) systém, který tvoří pleteně trávicí trubice s vlastními ganglii a má za úkol řídit pohyby a sekreční činnost trávicí trubice.

Pregangliová vlákna sympatiku vycházejí z míchy spolu s vlákny předních míšních kořenů v rozsahu segmentů C8-L3 a proto je sympatikus označován také jako thorakolumbální systém.

Vlákna parasympatiku mají svá jádra buď v mozkovém kmeni a opouštějí ho spolu s příslušnými hlavovými nervy v rozsahu segmentů S2-S4 a toto uspořádání nazýváme hlavový parasympatikus, nebo jádra vycházejí z míchy spolu s vlákny předních kořenů příslušných míšních nervů a pak hovoříme o sakrálním parasympatiku. Celý systém je proto nazýván jako kraniosakrální. (Čihák, 2016, s. 610-611)

Systém sympatiku je rozsáhlejší a difuznější, než systém parasympatiku, který inervuje pouze vnitřní orgány (trávicí, respirační a urogenitální systém, srdce, slinné žlázy a oční bulbus). Naopak je tomu u sympatiku, který zasahuje téměř do všech tkání a orgánů. Mediátorem parasympatických vláken je acetylcholin a to jak vláken pregangliových, tak i postgangliových. Naproti tomu mediátorem sympatických vláken postgangliových je noradrenalin, přičemž pro vlákna pregangliová je to acetylcholin jako u parasympatiku. Grim, Druga at al., 2014, s. 88-89)

1.2 Vyšetřovací metody v neurologii

V neurologii zaujímá první místo mezi vyšetřeními vyšetření klinické, spojené s klinickou rozvahou a až na místě druhém, přistupujeme k pomocným vyšetřovacím metodám s tím, že vždy volíme pokud možno neinvazivní vyšetřovací postup. (Seidl, 5015, s. 17), (Růžička a kol., 2021, s. 155)

1.2.1 Neurologická propedeutika

Je nevyhnutelnou součástí vstupního vyšetření, při kterém sestra využívá základní vyšetřovací metody (Slezáková, 2014, s. 12) a provádí posouzení následných jevů:

Bolest horních končetin, která se šíří z krku, přes rameno do prstů popř. doprovázená paresteziemi je typická pro kořenový cervikobrachiální syndrom. Noční parestezie s ústupem po svěšení ruky, jsou typické pro syndrom karpálního tunelu, ale i myxedému.

Bolest dolních končetin, šířící se ze zad do prstů DK naznačuje kořenový lumboischiaický syndrom, při kterém pozorujeme bolest i při pasivním zvedání dolních končetin.

Bolest v bederní krajině při zvedání DK za současného ohýbání kolene může znamenat meningeální dráždění.

Bolest svalů pozorujeme při zvýšeném svalovém tonu.

Bolest hlavy, která vznikla náhle společně se zvracením, naznačuje subarachnoidální krvácení či intrakraniální hypertenzi. Bez nauzei se může jednat o cévní, nebo metabolickou poruchu. Zhoršující se bolest hlavy poukazuje na metabolické poruchy záněty, infekce, nádory, nebo degenerativní choroby. Změnu charakteru bolesti, změnu chování a jednání považujeme za varovné signály.

Bolest páteře poukazuje na degenerativní změny meziobratlových plotének a skloubení mezi obratli, zvláště pokud vystřeluje podél nervu a je provázena paresteziemi.

Zvýšený svalový tonus může být způsoben stlačením nervu způsobeným bloádou páteře, nebo se jedná o hypertonus který vzniká v důsledku krvácení, nebo ischemie mozku s následným poškozením pyramidové dráhy. Typický je pérový odpor při pasivním pohybu končetiny. Při sníženém svalovém tonu je možné usuzovat na periferní lézi (poškození předních rohů a kořenů míšních a periferních nervů).

Kvantitativní poruchy vědomí-somnolence, sopor, kóma, kvalitativní poruchy vědomí-delirium, omnibulace

Závratě: Vestibulární, při poškození vestibulárního aparátu ve vnitřním uchu, kterou provází nystagmus a uchylování končetin i celého těla k jedné straně. Nevestibulární, při nedokrvení mozku na základě sníženého výkonu srdce. Zavření očí nemá na závrať vliv. Mozečková při poškození mozečku (s poruchou chůze a vrávoráním). Zraková při dvojitém vidění (mizí se zavřením očí). Vertebrogenní při bloádě krční páteře a závrať způsobená poruchou hlubokého cití na DK.

Tremor: Postihuje nejčastěji prsty, ruce, hlavu a nohy. (Nejedlá, 2015, s. 247-249), (Růžička a kol., s. 164-165)

Změny chůze: Chůze jakož i ostatní cílené pohyby je řízena činností bazálních ganglií, mozečku a mozkové kůry. Při přerušení pyramidové dráhy jsou pohyby na začátku učení neohrabané, díky bazálním gangliím ale dochází k jejich zautomatizování. Při zachované pyramidové dráze a poruše bazálních ganglií se pacient pohybem propracovává, jako když se jej znovu učí. Bez činnosti promární motorické oblasti mozkové kůry není možný

úmyslný pohyb. Chůze paretická při paréze n. femoralis (léze L2-L4) se vyznačuje kratším krokem nemocnou končetinou, která se ke zdravé jen přitahuje. Při paréze n. tibialis (léze L5), není pacient schopen chůze po patách a při paréze n. peroneus (léze S1), zase po špičkách. Hemiparetická chůze se vyskytuje po iktu a vyznačuje se extenzí v kolenním kloubu a zevní obloukovitou rotací DK při pohybu vpřed. Při spastické chůzi je ztuhlá končetina vedena obloukem. Parkinsonská chůze je cupitavá s drobnými šouravými krůčky a klidovým třesem, nůžkovitá při dětské obrně, nebo Littelově nemoci, DK se kříží. (Nejedlá, 2015, s. 51), (Růžička a kol., s. 164-165)

Porušená koordinace pohybů nastává při poruchách mozečku. Pozorujeme nepřesné, trhavé, rozkolísané pohyby s problémy trefit cíl.

Nauzea a zvracení poukazují na ve vestibulární závrať, či expanzi v zadní jámě lebni.

Inkontinence je charakteristická pro míšní poranění, či lézi míšních nervů.

Změny na páteři: Změny zakřivení páteře ukazují buď na skoliózu (zakřivení ve směru pravolevém), nebo hyperkyfózu, hyperlordózu a oploštění (zakřivení ve směru předozadním). Zvýšená pohyblivost (hypermobilita), snížená (blokáda). Blokáda je provázena kontrakturami a bolestí při pohybu, ale i spontánní

Poruchy dýchání: Hypoventilace, která může vést k respirační acidóze a hyperkapnii, hyperventilace a tachypnoe svědčí o narůstající nitrolební hypertenzi a jsou provázeny soporem, somnolencí a jednostrannou mydriázou.

Oční poruchy: Exoftalmus, exoftalmus, strabismus, nystagmus (je známkou vestibulární, nebo mozečkové poruchy), ptóza víčka (naznačuje obrnu n. oculomotorius), lagoftalmus (naznačuje obrnu n. facialis), oboustranná mióza (působení léků, drog, či krční léze míšní), oboustranná mydriáza (zástava oběhu, či po adrenalinu a atropinu), anizokorie (epidurální hematoma), chybění rohovkového reflexu (porucha mozkového kmene), hemianopsie (porušení dráhy zrakového nervu). (Nejedlá, 2015, s. 249-251)

Poruchy řeči vznikají porušením odpovídajících oblastí mozku. Jedná se o Brocovo centrum, které leží v zadní třetině gyrus frontalis inferior (zodpovídá za schopnost sestavovat věty gramaticky správně) a Wernickeovo senzorycké centrum řeči, které leží v zadních dvou třetinách spánkového laloku (zodpovídá za významovou správnost vět). Rozlišujeme

Slovní slepotu (nerozumí psaným textům, řeč není porušena) při porušení dráhy zrakového řečového centra, slovní hluchotu, neboli senzoricou afázi (nerozumí mluvenému slovu) při porušení dráhy vedoucí ke sluchovému řečovému centru, dysartrie a agrafie jsou dány poškozením výstupní motorické dráhy (vyskytují se společně s duševní poruchou), neschopnost vydávat artikulovaný zvuk na základě poškození inervace příslušných svalových skupin zodpovídajících za řeč může být dána poruchou bazálních ganglií a mezimozku. (Nejedlá, 2015, s. 75-76)

Porucha mimiky tzv. hypomimie v důsledku svalové ztuhlosti, hypermimie v důsledku poškození podkorových center.

Motorika: Pozorujeme jednak Opozice šíje, při které nejde sklonit bradu ke sternu je příznakem meningeálního dráždění, stejně tak Brudzinského příznak, při kterém dochází k pokrčení kolen při pohybu brady ke sternu. Dále plegie při poškození pyramidové dráhy se v důsledku křížení projevuje na opačné straně těla, než je poškození mozku. Pyramidové jevy jsou výpadky určitých motorických funkcí, nebo objevení se patologických reflexů. Pyramidové jevy zánikové-neschopnost udržet předpažené končetiny 30 s.). Zvýšené šlachové reflexy pozorujeme při postižení kortikospinální dráhy (centrálního motoneuronu, který vede z mozkové kůry k předním rohům míšním) a snížené šlachové reflexy pozorujeme při periferním postižení (přední rohy a kořeny míšní a periferní nervy). Zvýšený svalový tonus je zapříčiněn buď reflexní kontrakturou provázející bolest, nebo je příčina centrální a popisujeme buď spasticitu (odpor při pohybu narůstá tzv. pérový odpor), nebo rigiditu (odpor je stále stejný). Do této skupiny patří také akineze (pohybové zpomalení) a hypermetrie (nepřesné trhané pohyby)

Čítí-senzitivita: Pozorujeme jednak snížené čítí hypestezií až anestezii, nebo zvýšené čítí, které se projevuje buď jako parestezie (brnění mravenčení), nebo hyperstezie (zvýšené vnímání senzitivních pocitů). Alodynies (zvýšené vnímání bolesti je objektivně těžko posuzovatelná. (Nejedlá, 2015, s. 251-252), (Růžička a kol., 2021, s. 93-100)

1.2.2 Pomocné vyšetřovací metody v neurologii

Ačkoliv hlavní vyšetřovací metodou sestry v neurologii je vždy klinická rozvaha, mnohdy je potřeba doplnit tyto údaje dalším speciálním vyšetřením. (Bartůněk, 2013, s. 88)

Nativní RTG vyšetření: Je prováděno v předozadní a boční projekci, které jsou na sebe kolmo. Spinální projekce dnes plně nahrazuje CT, při zobrazování páteře však stále mají důležitost funkční snímky v předklonu a záklonu. (Ferda, 2015, s. 96)

Výpočetní tomografie CT: V diagnostice akutních stavů mozku je dnes CT základní vyšetřovací metodou. Většinou není nutná kontrastní látka. Postkontrastní zobrazení provádíme u CT angiografie a u perfuzních zobrazení KL přes hematoencefalickou bariéru a dále pro hodnocení změn na páteři. (Ferda 2015, s. 96) Při vyšetření páteře ale dochází pouze k dobrému zobrazení páteřního kanálu, nikoliv míšních struktur. (Seidl, 2015, s. 120), (Růžička a kol., 2021, s. 179)

Magnetická rezonance MR: Jedná se o nejdůležitější metodu pro zobrazení vlastní tkáně mozku a míchy. Provádí se bez podání kontrastní látky, ale i s ní a to zejména k posouzení porušení hematoencefalické bariéry, nebo toku likvoru. (Ferda, 2015s. 96-97), (Růžička a kol., 2021, s. 180)

Magnetická rezonanční spektroskopie MRS: MRS je technika pomocí které detekujeme přítomnost chemických látek ve tkáních. (Seidl, 2015s. 123)

Angiografie AG a digitální subtrakční angiografie DSA: Jedná se o invazivní metody sloužící k vyšetření cév. Přesto že stále patří k často užívaným metodám, v současné době dochází k jejich nahrazování metodou MRA a CTA (Seidl, 2015, s. 125)

Scintigrafie: Radioizotopové vyšetření, při němž se hodnotí rozložení podaného radioizotopu ve vyšetřovaném orgánu. Perfuzní scintigrafie mozku poskytuje info. o prokrvení mozku v okamžiku aplikace RF, přičemž míra akumulace podané FR v jednotlivých mozkových strukturách závisí na krevním průtoku. Scintigrafie likvorových cest slouží k posouzení jejich průchodnosti a dynamiky toku likvoru. (Ferda, 2015, s. 98-99), (Vokurka, 2015, s. 783)

Pozitronová emisní tomografie PET a hybridní metoda PET-CT: PET je diagnostická zobrazovací metoda využívající speciální PET kamery ke snímání obrazu, který vzniká při metabolismu použitého radiofarmaka (většinou se jedná o FDG) postiženou tkání. Spojení PET a CT nabízí možnost promítnout metabolickou mapu do mapy anatomické, což následně umožňuje provést tzv. fúzi a jednotlivá hypermetabolická ložiska přesně topograficky lokalizovat a morfologicky popsat. (Votrubová at al., 2009, s. 11)

Ultrasonografie: Je neinvazivní vyšetřovací metoda využívaná při běžném klinickém vyšetření k vizualizaci různých částí těla, tkání a orgánů a to nejen k popisu anatomie, ale i funkce. (Burša a kol., 2021, s. 15) V neurologii se dnes ultrazvuk využívá jak u pacientů s prokázanou patologií CNS, ale i v případě rizika poškození mozkové tkáně. Důležité postavení má ultrazvukové vyšetření ve stanovení mozkové smrti, potvrzením aperfúze mozku. Nejčastěji se však v neurologii využívá k monitoraci cévního zásobení mozku. (Burša a kol., 2021, s. 116-117)

Elektroencefalografické vyšetření EEG: EEG je pomocná vyšetřovací metoda, která kontroluje funkční aktivitu mozku pomocí záznamu bioelektrických mozkových potenciálů. Používá se zejména k diagnostice a sledování epilepsie, encefalitid, intoxikací a poruch spánku.

Elektromyografie EMG: EMG je neurofyziologická metoda vyšetření, která hodnotí funkci svalových vláken, periferních nervů, míšních struktur a jejich vzájemnou integraci. Zaznamenává bioelektrickou aktivitu svalů a rychlost vedení stimulu nervem.

Evokované potenciály EP: EP neinvazivně monitorují funkční integritu některých aferentních mozkových a míšních drah tím, že sledují změnu elektrické aktivity nervového systému v reakci na podnět. Sleduje se rychlost vedení v jednotlivých mozkových drahách, amplituda a tvar odpovědi (vlna). EP se využívají u RS, boreliózy, AIDS a řady degenerativních chorob. (Seidl, 2015, s. 128-134)

Vyšetření likvoru: Laboratorní vyšetření mozkomíšního moku je důležité jak u zánětů mozku a míchy a také u jiných neurologických chorob. Odběr likvoru se provádí lumbální punkcí, což je nabodnutí subarachnoidálního prostoru ve výšce bederních obratlů a následné odebrání mozkomíšního moku. Místem vpichu je místo v úrovni L3-L4, L4-L5 bederní páteře, neboť na této úrovni nedochází k poškození míchy, ani nervových zakončení. Likvor je možno odebírat také subokcipitální punkcí, což je nabodnutí míšního kanálu ve středu mezi týlní kostí a prvním krčným obratlem, nebo přímo punkcí mozkových komor. (Mikšová, 2006, s. 134), (Růžička a kol., s. 204-205)

1.3 Speciální neurologie

Tato kapitola se zabývá základní charakteristikou, patogenezí, etiologií a léčbou nervové formy lymfské boreliózy. (Seidl, 2015, s. 18)

1.3.1 Neuroborelióza-postižení nervového systému

Neuroboreliózu se dnes řadíme mezi nejčastější neuroinfekce a představuje významný problém, jak pro klinické neurovědní obory, tak pro infekční lékařství a to zejména pro svou různorodost klinických projevů podmíněných postižením nervového systému, kombinujících se nezdávka s orgánovým postižením. Toto infekční onemocnění postihuje nervovou tkáň nejdříve po šesti týdnech a i přes vyléčení může zanechat imunitně zprostředkovanou poruchu, jako zdroj chronických obtíží. (Bartůněk, 2013, s. 93), (Seidl, 2015, s. 220)

Etiologie a patogeneze: Etiologickým agents je *Borrelia burgdorferi sensu lato* (Bbsl), což je bakteriální komplex zahrnující více než jedenáct ověřených a pojmenovaných genospecies. Humánní infekce začíná přenesením spirochét do kůže prostřednictvím klíšťat, přičemž infikovaná mohou být všechna tři vývojová stádia klíštěte. Přisáté infikované klíště vyvolá infekci pouze asi u 30 % lidí, ale prvotní symptomy se projeví v ještě menším procentu. Postiženy bývají klouby, CNS, kůže, cévy, srdce. Samotné postižení nervového systému se projevuje až v pozdějších stádiích nemoci, konkrétně ve druhém a třetím stádiu. Do druhého stádia přechází jen malé procento léčených a projevuje se za týdny až měsíce. Probíhá jako mírná subakutní lymfocytární meningitida až subakutní encefalitida. Z postižení MN je velmi častá periferní paréza n. facialis. Možný je vývoj subakutní periferní neuropatie provázené těžkou kořenovou bolestí, která může imitovat výhřez disku. Do třetího stádia (pozdní neurologické stádium) přechází malé procento nemocných a může se projevit za měsíce až léta. Dochází pak k postižení vlastního mozku chronickou/subakutní encefalidou, někdy i s periferním postižením (chronická meningo-radikuloneuritida, polyneuritida). Těžší formy mohou mít poruchy kognitivní, paměťové a časté jsou i neuropsychiatrické projevy jako únava, poruchy spánku, emoční labilita, deprese. (Seidl, 2015, s. 221), (Bartůněk, 2013, s. 47), (Růžička a kol., 2021, s. 294)

Protilátková odpověď začíná již v prvních dnech po infekci, ale běžnými metodami je prokazatelná až po několika týdnech. Produkce specifických IgM protilátek začíná až ve 2. -3. týdnu infekce, což má za následek, že IgM má prokazatelně jen 30-50 % paci-

entů s EM, navíc tyto protilátky se tvoří jen několik týdnů až měsíců, pak zpravidla mizí. IgG se objevují o 2-4 týdny později než IgM. V některých případech nejsou specifické protilátky prokazatelné vůbec, jindy vede k jejich absenci časná terapie antibiotiky. Borelie jsou též schopny navodit imunopatologické procesy, které způsobují orgánové postižení, často již bez účasti IA, které je pouze spouštěcím mechanismem, nebo naopak „toxické“ reakce spojené s perzistencí agens v organismu jako jsou encefalopatie při pozdní neuroborlióze. (Bartůněk, 2013, s. 50-51)

Bbsl jsou vybaveny lokomočními bičíky, což jim umožňuje překonat hematoencefalickou i hematoliquorovou bariéru a proniknout do nervového systému, kde se pohybují jak v mozkomíšním moku, tak perineurálně a mohou tak napadat neurony, glie, mozkomíšní pleny i míšní kořeny a v případě jejich dlouhodobé perzistence i vyvolávat v těchto tkáních autoimunitní procesy. Zánětlivý proces potom postihuje zejména mozkomíšní pleny, obaly míšních kořenů, ale i drobné cévy vyživující nervový systém. Tvorba autoprotilátek je dána faktem, že zevní bičíkový antigen borelií se strukturálně podobá bílkovině obsažené v axonech periferních nervů. Klinické projevy potom odpovídají meningoencefalitidě, myelitidě, radikulitidě, plexitidě, neuritidě, popřípadě pozorujeme neuropatie s poruchami čítí, trofiky a obrnami. (Bartůněk, 2013, s. 96-97)

Diagnostika neuroborliózy: Laboratorní diagnostika LB je založena na průkazu specifických protilátek v krvi, mozkomíšním moku i synoviální tekutině metodou ELISA, jejíž pozitivitu je následně nutno potvrdit (kvůli častému výskytu nespecifických reakcí) western-blottingem. Vzhledem k faktu, že obrana organismu proti Bbsl je často málo intenzivní a vykazuje řadu odchylek proti jiným bakteriálním infekcím je diagnostika boreliózy v některých případech obtížná. Protilátky jsou obvykle průkazné po 3-4 týdnech od propuknutí infekce, mohou být ale potlačeny včasnou antibiotickou léčbou. V pozdějších a hlavně chronických stádiích vykazuje sice protilátková odpověď vysokou senzitivitu a to až 90 %, přítomnost protilátek však není totožná s průkazem infekce. Z tohoto důvodu se jeví jako potenciálně vhodná metoda průkazu části genomu Bbsl, metoda PCR a to zejména při absenci protilátek. Vyšetření je však nutno provádět ve specializovaných laboratořích. (Pícha, Moravcová, Smíšková, 2016), (Růžička a kol., 2021, s. 295)

Léčba neuroborliózy: Léčba boreliózy je především antibiotická a je tím účinnější, čím dříve je zahájena. Vzhledem k tomuto faktu se mírně liší v závislosti na stádiu nemoci. V prvním stádiu onemocnění, kdy se ještě nejedná o nervovou formu, podáváme

na základě příznaků chřipky a hlavně erythemy migrans perorálně antibiotika, obvykle penicilinového typu po dobu nejméně tří týdnů. Ve druhém stádiu, které již může probíhat jako subakutní lymfocytární meningitida, subakutní encefalitida, subakutní periferní neuropatie, periferní paréza n. facialis, nebo jako časté recidivy polyartritid, monoartritid, nebo myokarditid, již nasazujeme intravenózně penicilin, nebo cefotaxim po dobu nejméně 10 dní. Při přechodu do třetího stádia při ověřené neuroboreliové diagnóze, většinou podpořené typickým nálezem v moku, popř. serologicky potvrzeném, indikujeme parenterální léčbu širokospektrými antibiotiky se schopností přestoupit hematoencefalickou a hematolivorovou bariéru. Jedná se v první řadě o ceftriaxon intravenózně po dobu 2-3 týdnů, popř. cefotaxim či ceftioxim. Po této léčbě se v případě rozvinuté neuroboreliózy pro doléčení podává doxycyklin perorálně po dobu dvou až tří týdnů. K následnému ovlivnění únavových a pseudoneurastických projevů je po konzultaci s imunologem možné podávat imunostimulancia jako isoprinosin, levamizol, imunoglobuliny, nebo transferfaktor. Pro tlumení zánětů se přípouští i krátkodobé podávání kortikosteroidů současně s antibiotiky. Pro tlumení muskuloskeletárních bolestí jsou na místě nesteroidní antirevmatika a v případě depresivně laděných pacientů potom anxiolytika či antidepresiva. Při poruchách hybnosti a fibromyalgií je indikována rehabilitace a fyzioterapie. (Bartůněk, 2013, s. 108), (Seidl 2015, s. 221)

Postboreliový syndrom: I přes účinnou antibiotickou léčbu, přetrvávají u malého procenta pacientů obtíže, které přinášejí diagnostické problémy. Nemocní si stěžují na únavu, bolesti svalů a kloubů, parestezie, poruchy nálady a paměti. V důsledku těchto problémů pacienti udávají zásadně sníženou kvalitu života. Pro tyto stavy nebyla dosud nalezena efektivní léčba a pacienty často požadovaná opakovaná a prodlužovaná antibiotická léčba nepřináší úlevu, naopak je kontraproduktivní. (Bartůněk, 2013, s. 90)

2 VYUŽITÍ KONCEPČNÍHO OŠETŘOVATELSKÉHO MODELU V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI U PACIENTŮ S NEUROLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Název této kapitoly je zároveň tématem této bakalářské práce. Jejím úkolem je seznámit čtenáře s koncepcí ošetřovatelských modelů dle M. Gordon a M. E. Rogers a také s ošetřovatelstvím v neurologii.

2.1 Ošetřovatelství v neurologii

Ošetřovatelství v neurologii je ošetřovatelský obor, zabývající se ošetřovatelskou péčí o pacienty s neurologickým onemocněním. Tento aplikovaný obor do sebe začleňuje poznatky z neurologie i z ošetřovatelství, jakož i poznatky z dalších oborů, které se zabývají člověkem ve zdraví a v nemoci. Ošetřovatelství v neurologii klade důraz na uspokojování bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb pacientů a za tímto účelem využívá poznatky jak medicínské, tak i humanitních disciplín. Z medicínských disciplín je klíčovým oborem neurologie jako zdroj poznatků o etiologii a patogenezi, z humanitních pak využíváme hlavně poznatky z filozofie, psychologie, pedagogiky, sociologie, ale i dalších oborů. Cíle ošetřovatelství v neurologii vycházejí z koncepce ošetřovatelství a zaměřují se na poskytování OP pacientům a jejich rodinám ve zdraví i nemoci a na vykonávání činností, které přispívají k uzdravení, podpoře a udržení zdraví a ke zmírnění následků onemocnění. Zahrnují také prevenci a pomoc při získávání nezávislosti a soběstačnosti pacienta v co nejkratší době a to vše prostřednictvím holistického přístupu k pacientovi. (Slezáková, 2014, s. 8)

2.1.1 Ošetřovatelský proces

Společná definice pro ošetřovatelské procesy by mohla být popsána jako systémový komplexní výkon ošetřovatelské činnosti s důrazem na individuální potřeby ošetřovaného, řešení jeho problémů a zároveň jejich předcházení. V praxi potom provádíme systematickou plánovanou činnost zahrnující fáze, zhodnocení, diagnostiky, plánování, realizace a vyhodnocení, jejichž společným cílem je dosažení určitého výsledku, tedy změny zdravotního stavu pacienta směrem ke stavu zdraví, dle definice WHO. Individualizovaná OP tedy znamená, že sestra provádí vzájemně propojené a na sebe navazující činnosti buď sama, nebo v lepším případě za aktivní spolupráce pacienta. Sestra musí mít možnost sa-

mostatně se rozhodovat a stanovovat si nejvhodnější způsoby péče, prostřednictvím čehož následně dosáhne stanovených cílů a může měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl. (Tóthová a kol., 2014, s. 16)

2.2 Koncepční ošetrovatelské modely

KOM tvoří teoretickou základnu ošetrovatelství jako vědního oboru a pomáhají formulovat základní předpoklady pro jeho rozvoj. Tím, že definují různorodé vlivy působící na ošetrovatelskou péči (mezilidské vztahy, stres, deficit potřeb aj.), nám také poskytují různé pohledy na ošetrovatelství. (Podrazilová, 2016, s. 114), (Jarošová, 2002, s. 8)

2.2.1 Koncepční ošetrovatelský model dle Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví

Obsah modelu: Autorka tohoto modelu vychází z předpokladu, že výsledky ošetrovatelské diagnostiky tvoří podklad pro zaměření ošetrovatelských intervencí. M. Gordonová vyvinula systém funkčních vzorců zdraví jako strukturu pro databázi informací o klientovi, které je možné nadále zpracovat v rámci jiného koncepčního modelu. Pro posouzení zdraví v rámci prvního kroku ošetrovatelského procesu, vytvořila oblasti, které nazvala jako vzorce zdraví, které potom na základě posouzení vyhodnotíme jako funkční, dysfunkční či potenciálně dysfunkční. Samotný vzorec zdraví je definován jako přístup člověka ke svému zdraví v průběhu času. Komplex vzorců zdraví je autorkou definován jako souhrn variant jednání, které jsou ovlivněny životním stylem jednotlivce, rodiny, nebo komunity. Vysvětlením pojmů „osoba, zdraví, prostředí a ošetrovatelská péče“ se jako autorka nevěnovala. (Žiaková, 2007, s. 173-174)

Jedenáct funkčních vzorců zdraví

Vnímání zdravotního stavu- Tento vzorec ukazuje, jak pacient vnímá své zdraví a jak o něj pečuje, uvědomuje li si rizika spojená se svým zdravotním stavem a životním stylem, jaké vyvíjí aktivity pro zachování zdraví a jak ovlivňuje zdravotní stav pacientovy aktivity a budoucí plány.

Výživa metabolismus- Zde posuzujeme stravovací návyky ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Zjišťujeme pravidelnost stravování, kvalitu a kvantitu jídla a tekutin, jakož i užívání doplňků stravy a pacientovy preference. V rámci této oblasti hodnotíme také stav kůže, vlasů, nehtů, sliznic, chrupu a vypočítáme BMI.

Vylučování- Soustředíme se na vylučovací návyky, pravidelnost, tvar, kvalitu a kvantitu exkrementů, případné potíže při vyprazdňování a jejich řešení.

Aktivita, cvičení- Popisuje kondiční fyzickou aktivitu pacienta. Cvičení, relaxaci či jiné aktivity. Patří sem také základní denní aktivity, jako jsou hygiena, vaření, nakupování, stravování, práce apod. Hodnotíme faktory, které brání v provozování těchto aktivit.

Spánek, odpočinek- Popisuje způsob spánku, odpočinku a relaxace. Hodnotíme kvalitu a kvantitu spánku a odpočinku tak, jak jí vnímá pacient a posuzujeme, zda odpočinek přináší očekávané uvolnění.

Vnímání poznávání- Posuzujeme schopnost smyslového vnímání a poznávání. Zahrnuje kontrolu sluchu, zraku, chuti, čichu, doteků a také úroveň vědomí, mentálních funkcí a kognitivních funkcí, jako je schopnost učení, myšlení rozhodování. Patří sem ale i bolest a její intenzita.

Sebekoncepce, sebeúcta- Popisuje jakým způsobem pacient přijímá a plní životní role a jeho vztahy s ostatními lidmi, nejen v rodině a zaměstnání. Dále jak vnímá a plní závazky a odpovědnost z těchto stavů vyplývající.

Sexualita a reprodukční schopnost- Zkoumá jak míru uspokojení v sexuálním životě, ale i přijetí svého pohlaví. Zahrnuje také reprodukční období ženy a problémy s ním související. U mužů pak problémy s prostatou.

Stres zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance- Popisuje individuální způsob zvládnání stresu a jeho toleranci, vnímání vlastní schopnosti řídit a zvládat běžné situace. Soustředíme se na nejdůležitější změny v posledních dvou letech.

Víra přesvědčení, životní hodnoty- Zahrnuje vše, co je v životě vnímáno jako důležité. Individuální životní hodnoty, cíle a přesvědčení, včetně těch spirituálních.

Jiné- Řadíme sem všechny další informace, které jsou pro pacienta důležité. (Tóthová a kol., 2014, s. 52-55)

2.2.2 Koncepční ošetřovatelský model dle Marthy E. Rogers: Model jednotných lidí

Obsah modelu vychází z osmi předpokladů (asumpcí):

- **První předpoklad** poukazuje na lidskou integritu a dodává, že člověk je více, než jen pouhý součet jeho částí, z čehož vyplývá, že ani není možné pochopit celek zkoumáním jen jeho oddělených částí, je potřeba vidět souvislosti, které vytanou pouze zkoumáním celku. (celistvost)
- **Druhý předpoklad** hovoří o neustálé výměně hmoty a energie mezi jedincem a jeho prostředím. Na základě této trvalé výměny jsou jedinci charakterizováni jako otevřené systémy v Univerzu. (otevřenost)
- **Třetí předpoklad** poukazuje na nevratnost vývoje jedince, který jde stále kupředu. Žádná zkušenost není vratná. (jednosměrnost).
- **Čtvrtým předpokladem** je struktura a organizovanost lidských bytostí, bez které by nemohli být celistvé. (struktura a organizovanost)
- **Pátá asumpce** hovoří o lidské schopnosti vnímání, myšlení, řeči, pocitů, emocí, představivosti a abstrakce. (vnímání a myšlení)
- **Šestý předpoklad** hovoří o lidském chování jako o projevu jednotného chování celého systému, které není podmíněné chováním jeho separátních funkčních komponentů. (synergie)
- **Sedmý předpoklad** poukazuje na uspořádanost, komplexnost a heterogenitu, neboli systémové uspořádání- řád, bez kterých by nemohl celek fungovat. (negentropie)
- **Osmým předpokladem** je existence energetických polí jako základ všeho, co existuje v univerzu. Životní pole, podobně jako kvantová pole popsána ve fyzice, mají svoje zákony, které dávají smysl jejich organizaci a změně. Energetická pole nahrazují buňky, jako základní jednotky biologického systému a proto jsou podstatná pro životní proces. (pole a životní proces). (Pavlíková, 2006, s. 142), (Jarošová, 2002, s. 70-71)

Na základě těchto asumpcí představuje autorka jedince, jako jednotný celek, otevřený systém, který se svým energetickým polem existuje v prostředí, které má také svoje energetické pole. Obě tato pole spolu interagují, přičemž si vyměňují hmotu, energii a informace, což ústí do neustálých změn jednotlivých struktur. Jedinci mají schopnost se procesu změny vědomě účastnit. Výměnou hmoty, energie a informací dochází

k nevratným změnám, ve smyslu stále větší komplexnosti, neboť vývoj se nedá se vrátit zpět. Chování jedince ovlivňuje strukturalita a organizovanost systému a jeho interakce s prostředím. Při výkonu sesterské profese se prostředí a pole pacienta prolíná s prostředím a polem sestry během OP. Důležité je prostředí, které oba vytvářejí při vzájemném kontaktu. Sestra má pacienta vnímat jako otevřenou bytost vycházející z určitého prostředí a pomocí homeodynamických principů mu pomáhat ve vývoji. Aby sestra dokázala úspěšně využít „Model jednotných lidí“, musí být v souladu s pacientem, respektovat vzájemné vztahy i prostředí v OP, ve kterém je pacient jeho aktivní složkou. (Pavlíková, 2006, s. 146)

„Hlavní jednotky:

- *Cíl ošetřovatelství:* Dosažení maximálního zdravotního potenciálu jedince.
- *Pacient:* Jednotná, otevřená bytost ve stálé interakci s prostředím.
- *Role sestry:* Pomoc pacientovi přizpůsobit se změnám prostředí bez vzniku konfliktních situací, přičemž sestra vychází z naučených vědomostí a kreativně jich využívá.
- *Zdroj potíží:* Disharmonické interakce mezi jedincem a prostředím.
- *Ohnisko zásahu:* Koordinace vnějšího prostředí s vnitřními rytmy jedince.
- *Způsob zásahu:* Pomoc při koordinaci interakcí jedince a prostředí, integrity.
- *Důsledky:* maximální zdravotní potenciál, zvýšená komplexnost jedince.“

Metaparadigmatické koncepce podle M. E. Rogers:

Osoba: Je otevřený systém soustavně interagující s prostředím. Jedinci jsou čtyřdimenzionální energetická pole, vyvíjející se ke stále vyšší komplexnosti, přičemž až celkový souhrn všech jejich jednotlivých částí určuje jejich vlastnosti a chování. Lidské bytosti jsou schopné myslet, vnímat, mluvit, snít a kreativně se přizpůsobovat změnám.

Prostředí: Je stále se vyvíjející, čtyřdimenzionální, energetické pole, které je možné identifikovat podle vlnových struktur a odlišit tak jeho jednotlivé části.

Zdraví: Autorka nedefinuje, pouze vylučuje onemocnění pomocí pojmů pozitivní zdraví a blaho.

Ošetřovatelství: Je humanistická věda a umění, hledající ideální interakci mezi jedincem a prostředím k posílení jeho celistvosti pro dosažení maximálního potenciálu zdraví. (Pavlíková, 2006, s. 142-143)

Koncepce modelu: Čtyři koncepce, jimiž jsou „energetické pole“, „univerzum otevřených systémů“, „Struktura“ a „čtyřdimenzionalita“ jsou jádrem Modelu jednotných lidí.

Energetické pole: jehož základem je dynamická energie představuje základ jednoty života a smrti. EP nemá hranice, je nedělitelné, dynamické a čtyřdimenzionální. Je identifikovatelné prostřednictvím struktur (vln) a charakterizuje se přes Univerzum jako otevřený systém. Model Rogersové rozeznává Lidské energetické pole (neboli jednotný člověk) a energetické pole prostředí (ekologické pole). Obě pole na sebe působí a vyměňují si energii.

Univerzum otevřených systémů. Důkazem otevřenosti energetických polí je jejich vzájemná výměna energie a informací.

Struktura lidského EP je originální a neoddělitelná od svého ekologického pole. Má znaky jednoty se stálou dynamickou proměnou a může jevit známky nemoci, utrpení či bolesti.

Čtyřdimenzionalita je stav bytí bez prostoru a času. Lidé sice žijí v trojdimenzionálním světě, uvědomují si však, že jejich život ovlivňuje širší prostor bytí-Univerzum. Celá skutečnost je tedy čtyřdimenzionální.

K objasnění svého náročného modelu používá autorka také tzv. „Principy homeodynamiky“:

- *Princip integrity* vysvětluje, že mezi energetickými poli probíhá stálá interakce a vzájemná výměna energie a informací.
- *Princip Helicity* vysvětluje, že během interakcí dochází ke změnám, jež posouvají jedince od relativní jednoduchosti ke stále větší složitosti prostřednictvím pohybu ve spirále. Změny probíhají průběžně s tím, že zvyšující se složitost odpovídá zvyšující se intenzitě působení ze strany jedince.
- *Princip rezonance* vysvětluje, že změny energetických polí se šíří jako ozvěna (rezonance) ve formě vlny s určitou frekvencí. Životní proces jedince je tak souborem různých rytmických vibrací s různým kmitočtem, tedy

různě rezonuje. Během vývoje jedince získávají struktury stále vyšší vibrace, které jsou výrazem stoupající komplexnosti životního procesu jedince. (Pavlíková, 2006, s. 144-146), (Jarošová, 2002, s. 72-73)

3 BIOREZONANCE

Ačkoliv princip biorezonance, (resp. objev Harolda S. Burra, který nazval Elektrodynamickou teorií vývoje) byl popsán v době, kdy byla Martha E. Rogers ještě dítětem, na jeho praktické využití si muselo lidstvo počkat až do dnešní doby. Tento fakt ve mně vzbuzuje vůči paní Rogersové velkou úctu, a proto bych také touto prací ráda vzdala hold jejímu vizionářství a genialitě. Moderní výzkumy totiž doslova potvrzují její teorii energetického pole (Energetická pole nahrazují buňky, jako základní jednotky biologického systému a proto jsou podstatná pro životní proces) a rezonančního principu. Viz. poslední odstavec předchozí kapitoly.

Klíčem k pochopení biorezonanční terapie je znalost, pochopení a především přijetí skutečnosti, že všechny životně důležité procesy v organismu jsou ovlivněny a řízeny elektromagnetickými oscilacemi, a že elektromagnetické procesy jsou navíc podle nejnovějších vědeckých poznatků funkčně nadřazené procesům biochemickým!

Cílem biorezonanční terapie je aktivovat vlastní regulační mechanismy těla tím, že ho přivedeme do harmonie pomocí frekvenčních vln, které odpovídají frekvenčním vlnám zdravých orgánů. Nutným předpokladem je ovšem znalost těchto frekvencí. Pokud se totiž například frekvence, která se vztahuje na prostatu, aplikuje na ženu, nebude možná žádná regulace nebo účinek jakéhokoli druhu, protože vyslaný signál (vlna) nebude jejím tělem rozpoznán. Tento jev nazýváme "biologické okno". Aby bylo možné využít "biologického okna" a přinést do těla úspěšnou energetickou regulaci, musí být přítomno pět faktorů. Správná forma vlny, specifická frekvence rezonující s mechanismy těla, správná polarita, dostatečná intenzita a doba expozice. Na základě těchto principů je potom možno harmonizovat (vlnově vyladit) organismus, nebo jeho části (jednotlivé orgány).

Velkou výhodou navíc je, že na rozdíl od ortodoxní medicíny nemá energetická medicína žádné nežádoucí vedlejší účinky. Na základě těchto poznatků, by tedy dalším logickým krokem medicíny měla být snaha vydat se cestou rozpoznávání a uplatňování těchto frekvenčních vln působících na podporu kvality života, s využitím možnosti vymánit se ze závislosti na podružné biochemické sanaci a léčivech. Využití těchto poznatků by mohlo do budoucna představovat formu rezonančního inženýrství, zaměřeného na podporu a udržení buněčné homeostázy. Moderní věda a inženýrství nám tímto dávají možnost využívat v praxi terapeutické aplikace frekvenčních vln, které se stále více ukazují ja-

ko užitečné při léčbě celoplošných nesourodých problémů, od kostěných anomálií, až po chemoterapeutickou stresovou poruchu.

Za pozornost stojí také výsledky nejnovějších výzkumů, které ukazují, že biorezonance aplikovaná na lidské kmenové buňky je schopna generovat v dobře definovaných buňkách žádoucí modifikace a silně ovlivňovat diferenační procesy a tím i jejich růst a regeneraci.(Doyle, 2015, s. 33), (Foletti a col., 2013)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Volba tématu byla ovlivněna osobním zájmem na zvýšení kvality života blízké osoby postižené neurologickým onemocněním, konkrétně neuroboreliózou. Je smutným faktem, že četnost tohoto onemocnění navzdory nejlepší lékařské péči neustále roste, přičemž nové možnosti zachovat kvalitu života takto postižených lidí se vyvíjí jen velmi pomalu. Svou roli hraje nejen záludnost boreliové infekce jako takové, ale i individuální přístup jedince ke svému zdraví, jeho zdravotní predispozice, životní prostředí a v neposlední řadě i psychický stav a povaha člověka. Toto všechno a ještě více zahrnují holistické ošetrovatelské modely, které však tvoří pouhý ošetrovatelský rámec pro využití v praktickém ošetrovatelství

Vzhledem k podstatě neurologie, mají neurologické problémy i v rámci jednoho diagnostikovaného onemocnění velký záběr, což se následně projevuje na kvalitě života nemocných. Nejen ze zdravotnické, ale i z vlastní lidské zkušenosti jsem vyzorovala, že právě zhoršená kvalita života je to, co neurologické pacienty, trápí nejvíce, přičemž pouze materiální přístup k jejich problémům nepřináší zlepšení kvality života v takové míře, jak by tito pacienti očekávali. Vyplývá to ze samé podstaty neurologie, jako medicínského oboru, který klade důraz především na organický původ problémů a nijak zásadně neřeší jejich holistickou podstatu.

Při svém studiu ošetrovatelství jsem se seznámila s koncepcí ošetrovatelských modelů, které vycházejí z holistických přístupů k pacientovi a právě využití těchto modelů u neurologických pacientů, respektive možnosti využití těchto modelů ke zlepšení kvality života pacientů je cílem naší práce. Touto prací bychom rádi ověřili možnosti ošetrovatelské péče tam, kde už lékařská péče téměř vyčerpala své možnosti. Na základě teoretického modelu „jednotných lidí“ a nových technologických poznatků na poli biorezonance jsme se pokusili sestavit ošetrovatelský postup s cílem zvýšit kvalitu života těchto pacientů.

Náš výzkum se tedy bude zabírat otázkou: *Lze vytvořit a aplikovat praktický ošetrovatelský postup dle modelu „Jednotných lidí“ M. Rogersové u pacientů s neurologickým onemocněním?*

5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem bylo ověřit možnost ambulantní ošetrovatelské péče pomocí praktického využití modelu energetických polí dle M. Rogersové u pacientů s neurologickým onemocněním.

5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

Dílčí cíle

1. Vytvořit praktický ošetrovatelský postup za pomoci aplikace modelu“ Jednotných lidí“ do praxe a využít tento postup v ošetrovatelské péči u neurologických pacientů.
2. Zjistit efektivitu námi vytvořeného ošetrovatelského postupu, pomocí modelu „Funkčního typu zdraví“ dle M. Gordonové.

Výzkumné otázky

1. Lze vytvořit praktický ošetrovatelský postup dle modelu „Jednotných lidí“ M. Rogersové, pro pacienty s neurologickým onemocněním?
2. Je námi vytvořený ošetrovatelský postup aplikovatelný v ambulantní ošetrovatelské praxi u pacientů s neurologickým onemocněním?
3. Dochází pomocí námi vytvořeného ošetrovatelského postupu k napravování dysfunkčních vzorců zdraví dle M. Gordon?

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Do výzkumu (kazuistik) byli zařazeni lidé dlouhodobě se ambulantně léčící s neuroboreliózou. Sběr dat byl prováděn v biorezonanční poradně v Novém Strašecí na adrese Čsl. Armády 588 provozované pod identifikačním číslem: 63114712, kam pacienti docházeli zúčastnit se ošetrovatelské péče v rámci výzkumu. Aplikovaný, námi vytvořený ošetrovatelský postup trval deset dní a po tuto dobu zároveň byla sbírána validní data ke kazuistikám. Výzkum trval v období říjen až listopad 2021.

Do výzkumu byli celkem vybráni dva účastníci, oba s diagnózou neuroborelióza v trvání nejméně dva roky. Kritériem výběru bylo výše jmenované dlouhodobé onemocnění, ochota zúčastnit se výzkumu, spolupráce, trpělivost a vzhledem k časové náročnosti vytvořeného postupu možnost věnovat nám (i sobě) svůj čas.

Účastníci se přihlásili do studie dobrovolně, ze své vlastní vůle a toto doložili vlastnoručním podpisem informovaného souhlasu, jehož vzor je přiložen v příloze bakalářské práce. Účastníci byli dále poučeni o anonymitě v rámci této práce a tak je budeme dále (vzhledem k pohlaví) příhodně nazývat účastník X a účastník Y.

7 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování praktické části této bakalářské práce byl zvolen kvalitativní druh výzkumu, konkrétně případová studie (case study). Předmětem kvalitativní metodologie je studium běžného, každodenního života lidí v jejich přirozených podmínkách. Tento druh výzkumu nahlíží na zkoumané fenomény (prvky, aspekty, procesy) v autentickém prostředí a vytváří pokud možno jejich co nejkompexnější podobu, včetně vztahů s dalšími aspekty. Předpokládá, že fenomény, které jsou předmětem zkoumání, je možné také nějakým způsobem měřit, třídit, či uspořádat. Informace jsou sice získávány v jisté kvantifikované a co nejvíce formálně porovnatelné podobě, nejedná se ale o numerické šetření. Takto získaná data jsou následně analyzována pro ověření platnosti představy o výskytu předpokládaných charakteristik zkoumaných fenoménů, také o jejich vzájemných vztazích vzhledem k sobě navzájem a i vzhledem k dalším objektům a jejich vlastnostem. Kvalitativní přístup tak může představovat řadu rozdílných přístupů, které se snaží získat porozumění zkoumaného problému. (Reichel, 2010, s. 71)

Případová studie (case study) má v medicíně, ale i v pedagogických, psychologických či sociálních výzkumech bohatou tradici. Její podstatou je zaměření na jeden objekt, celek, jednotku či fenomén, který může být specifický, nebo typický a na který potom nahlíží ze všech relevantních úhlů pohledu. Case study se snaží popsat předmět svého zkoumání detailně a zároveň komplexně v jeho celistvosti a složitosti. (Reichel 2010, s. 31)

V našem výzkumu jsme využili metodu zúčastněného pozorování, kombinovanou s polostrukturovaným rozhovorem, který byl s laskavým souhlasem respondentů nahráván na diktafon. Takto získaná data byla podkladem pro analýzu, vyhodnocení a následné stanovení ošetrovatelských diagnóz podle ošetrovatelského modelu „Funkčních vzorců zdraví“ dle M. Gordonové. Zároveň jsme díky porovnání funkčních vzorců zdraví před a po aplikaci námi vytvořeného ošetrovatelského postupu dle modelu „Jednotných lidí“ zjistili efektivitu daného postupu a získali tak odpověď na naše výzkumné otázky.

Model Marjory Gordonové jsme vybrali z toho důvodu, že je to jeden z nejkompexnějších modelů pojetí člověka v ošetrovatelství a splňuje požadavky rámcového standartu pro systematické ošetrovatelské hodnocení zdravotního stavu pacienta a to i v primární péči a lze jej aplikovat na zdravého, či relativně zdravého člověka. Díky specifikaci funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví, jsme mohli snáze stanovit odpovídající

ošetřovatelskou diagnózu, vytvořit příléhající ošetřovatelský plán a to včetně preventivní ošetřovatelské intervence. (Podrazilová, 2016, s. 123)

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum byl veden v biorezonanční poradně, kam naši participanti ambulantně docházeli, v časovém rozmezí říjen až listopad 2021. Participanti se přihlásili do výzkumu dobrovolně a byli předem telefonicky a mailem informováni o předmětu výzkumu, způsobu šetření a formě ošetřovatelského procesu (založené mimo jiné na biorezonanci) a kontraindikacích s tím spojených. Participanti byli poučeni také o možnosti neodpovídat na jim nepříjemné otázky a zároveň o možnosti kdykoliv ukončit spolupráci v případě jakéhokoliv nepohodlí z ní vzniklého. Souhlas s výzkumným šetřením v biorezonanční poradně v Novém Strašecí a podmínkami výzkumu je přiložen v příloze této práce.

Participantka X se přihlásila do výzkumu jako první na základě výzvy, kterou objevila na sociálních sítích. Souhlasila s první návštěvou k datu 26. 10. 2021. a v určenou hodinu se dostavila. Z předchozího telefonického rozhovoru participantka věděla, že první schůzka bude trvat 3-4 hodiny s tím, že schůzek bude dohromady jedenáct s výjimkou té první, budou trvat 1,5- 2 hodiny. Dále byla podrobně seznámena s náplní bakalářské práce a s ošetřovatelským postupem, jehož se dobrovolně rozhodla aktivně zúčastnit. Na první schůzce jsem participantce vysvětlila princip biorezonance a popsala jsem jí, jakým způsobem budeme spolupracovat, abychom společně vytvořily ideální ošetřovatelský postup. Participantka také přede mnou podepsala čestné prohlášení, že informacím rozumí a že zmíněné kontraindikace (kardiostimulátor a epilepsie) se jí netýkají. Toto prohlášení jí bylo předem zasláno také mailem, aby měla čas si ho v klidu prostudovat. Vzor prohlášení je přiložen na konci této práce v přílohách. Po formalitách jsme přistoupily rovnou k rozhovoru, který se týkal anamnézy, sběru dat, provedla jsem vyšetření sestrou, zhodnocení a na jeho základě byla nakonec provedena ošetřovatelská intervence prostřednictvím edukačních rozhovorů a také pomocí biorezonance. Na závěr opět proběhl rozhovor, při kterém mi participantka sdělila své pocity z OP a bylo dohodnuto datum a čas následujících schůzek. Celé to trvalo 3,5 hodiny. Na začátku druhé schůzky proběhl rozhovor o pocitech jak duševních, tak psychických a opět byla provedena ošetřovatelská intervence a na závěr opět krátký rozhovor. Celé to trvalo 90 minut. Vyjma první schůzky jsme spolu strávily pokaždé cca 90 minut a schůzek proběhlo celkem deset se stejným průběhem. Jedenáctá schůzka byla zaměřena na porovnání celkového stavu před a po aplikaci OP a konala se po třech týdnech od ukončení OP. Zpracování dat po první schůzce mi trvalo asi 4 hodiny, po druhé až desáté schůzce asi 30 min. po poslední cca 3 hodiny.

Participant Y mě oslovil na základě doporučení naší společné známé, a protože splňoval všechny požadavky, byl do výzkumu zařazen. Stejně jako u první participantky byl o všech náležitostech informován předem a to mailem a telefonicky a zrovna tak mu byl zaslán formulář čestného prohlášení a poučení o výzkumu. Tiskopisy jsou na konci bakalářské práce v přílohách. Datum první schůzky bylo dohodnuto na 13. 11. 2021. Pan Y se dostavil v určenou dobu a stejně jako paní X byl hned na začátku seznámen s náplní bakalářské práce a formou ošetřovatelského postupu, principem biorezonance a podepsal stejné čestné prohlášení o neexistenci kontraindikací. Pan Y taktéž přislíbil aktivní spolupráci při tvorbě ošetřovatelského postupu. Na začátku pan Y souhlasil z časových důvodů pouze s devíti schůzkami, v průběhu OP však svůj názor změnil a zařídil si to tak, aby mohl absolvovat schůzek deset. První schůzka trvala tři a půl hodiny. Po seznámení s metodou jsem provedla sběr dat, vyhodnocení a následnou ošetřovatelskou intervenci prostřednictvím edukačních rozhovorů a také pomocí biorezonance. Na závěr mi participant sdělil své pocity a byla dohodnuta data následujících schůzek. Následující den jsem se zeptala na pocity tělesné i duševní a opět provedla ošetřovatelskou intervenci, poté jsme znovu mluvili o tom, jak se cítí. Celé to trvalo asi na 90 min a stejným způsobem probíhaly všechny ostatní schůzky. Hodnocení a porovnávání participantových pocitů před a po absolvování OP bylo provedeno po telefonu tři týdny po poslední schůzce. Telefonický rozhovor trval asi 1 hodinu. Zpracování dat po první schůzce trvalo přibližně 4 hodiny, po druhé až desáté schůzce asi 30 minut a po posledním rozhovoru asi 3 hodiny.

9 ZPRACOVÁNÍ DAT

Záznam a zpracování dat probíhal především písemnou formou s tím, že rozhovory byly navíc nahrávány na diktafon a následně přepsány do elektronické podoby. Součástí sběru dat bylo také pozorování a záznam do notesu, které bylo také následně převedeno do elektronické podoby. Ke sběru dat byly použity také hodnotící škály. Katamnězu jsme rozdělili do tří období:

1. Období od vzniku onemocnění dosud. Posouzení pacienta dle funkčních vzorců zdraví dle M. Gordonové.
2. Období pozorování a záznam reakcí na ošetrovatelský postup.
3. Období vyhodnocování efektivity aplikovaného OP z hlediska funkčních vzorců zdraví dle M. Gordonové.

Výsledná kazuistika byla zpracována metodou tužka-papír při použití výsledného kódování a kategorizace použitých dat.

10 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY OTÁZKY

10.1 Kazuistika 1

Paní X věk 68 let. Před deseti lety prodělala boreliózu. Z důvodu absence erythema migrans, byl proveden záchyt až v pozdějším stádiu a přesto, že byla následně léčena antibiotiky i přes to, že je od té doby dispenzarizována u svého neurologa, trpí participantka vleklými a pozvolna se stupňujícími problémy, které mají negativní vliv na celkovou kvalitu života. Do výzkumu se přihlásila především proto, že se nechce smířit s omezeními, které jí onemocnění přináší. Stěžuje si především na únavu spojenou se závratěmi, zvýšené pocení, bolesti kolenou a bederní páteře, tlak v hlavě a levém uchu. Udané problémy mají tendenci ke zhoršení při nervovém vypětí a přidává se k nim hypertenze.

10.1.1 Anamnéza

- *Rodinná anamnéza:* Matka zemřela ve 45 letech při nehodě, otec v 84 letech při hospitalizaci se zápallem plic. Má bratra, který se léčí s prostatou, ale podrobnosti nezná. Má dvě děti a tři vnoučata, všechny zdravé.
- *Osobní anamnéza:* V dětství prodělala běžné dětské nemoci. V roce 2008 excize maligního nádoru v kůži, v oblasti krku. V roce 2012 hospitalizována s podezřením na CMP kvůli silným bolestem pravé dolní končetiny a zmatenosti. Dle svých slov prošla všemi možnými vyšetřeními, která ale odhalila pouze lehkou srdeční arytmií a vysoký tlak, který byl do té doby v normě. Nakonec byla diagnostikována nervová forma boreliózy a pacientka byla přeléčena antibiotiky, po nichž potíže ustoupily. Od té doby vleklé obtíže chronického typu, jako jsou závratě, únava, tlak v hlavě a levém uchu, bolesti zad a kolenou, Při vypjetí fyzickém či psychickém bolest na prsou spojená s hypertenzí.
- *Alergie:* nemá
- *Abusus:* abstinent, nekuřák.
- *Farmaceutická anamnéza:* Acecor 400: 1/2 – 1/2 – 0

Diclofenac Duo: příležitostně dle potřeby

- *Pracovní anamnéza:* Důchodce, pracovala jako zahradnice.
- *Sociální anamnéza:* Vdaná, žije s manželem, synem, snachou a vnučkou v rodinném domě.

- *Epidemiologická anamnéza*: očkovaná proti covid 19 v dubnu 2021
- *Gynekologická anamnéza*: po dvou spontánních porodech, jedno zamlklé těhotenství ve 27 letech. Poslední gynekologická prohlídka asi 2000, menopauza před deseti lety, bez obtíží.

10.1.2 Fyzikální vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena: participantka je čistě a moderně oblečená, upravená, čistá, používá parfém.

- Dutina ústní, nos: čisté
- Zuby: Chrup pravidelně sanován. Všechny třetí moláry extrahované z důvodu prevence. Pětka vpravo nahoře a šestka vlevo nahoře korunka, jinak zuby vlastní.
- Sluch: Šepot neslyší
- Zrak: Novinové písmo nepřečte
- Má brýle: ano 3,5 dioptrie na levém oku, 4 dioptrie na pravém oku
- Puls: 70 tepů/min pravidelný, plný
- Dýchání: namáhavé, hlasité, 20 dechů za minutu, pravidelné
- Krevní tlak: 128/81
- Tělesná teplota: 35,8 °C
- Motorické funkce: narušená rovnováha v důsledku vertiga, částečná porucha hybnosti v důsledku myotonie. Omezená pohyblivost kloubů.
- Chůze: kolébavá, bez opory, chvílemi známky narušení motoriky z důvodu vertiga.
- Páteř: snížená pohyblivost, doprovázená kontrakturami a bolestí při pohybu, po rozhýbání ustupuje.
- Svalový tonus: myotonie a lumbální ztuhlost, po rozhýbání mizí
- Čítí: kvalitativně narušené čítí na pravé noze-hyperestezie
- Držení těla: labilní postoj
- Stisk ruky: chabý
- Reflexy: patelární reflex snížený
- Kůže: čistá, na rukách a obličeji jaterní skvrny
- Konstituce: nadváha

- Hmotnost: 82 kg
- Výška: 169 cm
- BMI: 28,7
- Dietní režim: nemá
- Oči: hraniční nystagmus

10.1.3 Objektivní pozorování sestrou

Orientace: participantka se orientuje místem, časem i prostorem

- Duševní stav: jasné vědomí, chápe a přilehle odpovídá na otázky, je uvolněná a v dobré náladě
- Řeč a způsob vyjadřování: mluví rychle, srozumitelně, bez vad. Ráda si povídá, úroveň slovní zásoby přiměřená, udržuje oční kontakt.
- Hlas: zastřený
- Pozornost: nedělá jí problémy udržet pozornost, neodbíhá od tématu
- Komunikace: participantka je komunikativní, extrovertní typ, výborně spolupracuje

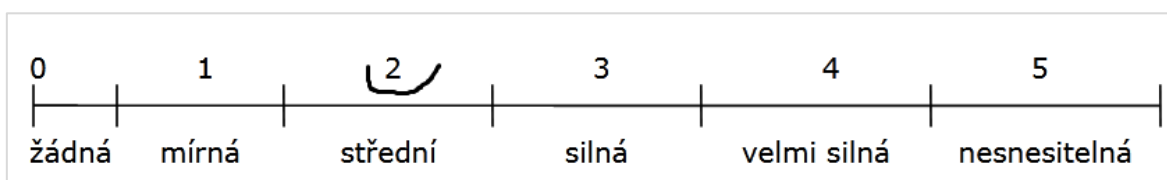
10.1.4 Hodnotící škály

Tabulka 1: Tabulka hodnocení BMI

Kategorie	Rozsah BMI
těžká podvýživa	BMI ≤ 16,5
podváha	16,5-18,5
Ideální váha	18,5-25
nadváha	25-30
Mírná obezita	30-35
Střední obezita	35-40
Morbidní obezita	BMI > 40

Zdroj: Vlastní zpracování

Obrázek 1: Jednoduchá deskriptivní škála bolesti



* Pacientka trpí chronickou bolestí, kterou označila stupněm 2- střední bolest.

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 2: Klasifikace dušnosti podle NYHA

	Definice třídy	Omezení činnosti
NYHA I	Nezvládá jen vyšší námahu, rychlejší běh.	Neomezuje v běžném životě
NYHA II	Zvládá maximálně rychlejší chůzi, běh nikoliv.	Menší omezení v běžném životě
NYHA III	Pouze základní domácí činnosti, chůze 4km/hod. Již běžná aktivita je vyčerpávající	Významné omezení činnosti i doma
NYHA IV	Dušnost při minimální námaze i v klidu. Nezbytná pomoc druhé osoby	Zásadní omezení v životě.

Zdroj: (Špinarová, 2015, s. 131-135)

10.1.5 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Funkčních vzorců zdraví M. Gordon:

Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Funkčních vzorců zdraví byla sbírána dvakrát. Poprvé při prvním setkání, podruhé tři týdny po poslední schůzce a to z důvodu posouzení stavu participantky před a po aplikaci ošetřovatelských intervencí. Data byla sbírána prostřednictvím rozhovoru nahrávaného na diktafon a pozorováním participantky.

1. *Vnímání zdraví a jeho udržování*

- **Subjektivně:** Participantka hodnotí svůj život jako hezký „*Nebýt těch problémů s hlavou, únavou a bolestí zad, tak si nemám na co stěžovat. Nejhorší je, že se to tak jako plíživě zhoršuje a doktor už mi to asi nevěří*“ Zdravotní problémy a to hlavně únavu vnímá už zhruba deset let. „*Honili mě po všech možných vyšetřeních a nic pořádného mi asi není a přitom se to pořád zhoršuje, už jsem z toho nešťastná, hlavně že nemohu dělat to, co bych chtěla, protože druhý den potom je mi hodně zle.*“ Zmíněná vyšetření jsou MR, CT mozku, lumbální punkce. Zároveň se snaží svůj zdravotní stav ovlivnit správnou životosprávou a aktivně přispívat k jeho zlepšení. „*Řekla bych, že*

oproti jiným žiju docela zdravě. Zdravě jím, hodně spím, mladý mi občas přinesou nějaké multivitaminy a neberu žádná chemická svinstva. To už musí být, abych si vzala ten Diclofenac, to raději zobu ten Chondro, to trochu zabírá na kolena, ale musí se to brát déle.“

- **Objektivně:** Participantka je hyperaktivní perfekcionista a není ochotná přijmout fakt, že se musí šetřit. Chtěla by zvládat věci, v té míře, v jaké je zvládala za mlada, nicméně které by nebylo možno v jejím věku zvládat, ani kdyby byla zdravá. Tento fakt vnímá jako silné omezení a tudíž dyskomfort. Režimová opatření bude dodržovat do té míry, dokud jí nebudou omezovat v denních aktivitách. Nařízený odpočinek bude zřejmě problémem. Na druhou stranu je člověkem, který nese zodpovědnost za svoje zdraví sám a je ochotná se aktivně zapojit.

2. *Výživa a metabolismus:*

- **Subjektivně:** Participantka ráda vaří a ráda zkouší nové recepty. Vaří pro sebe a manžela a občas i pro syna a jeho rodinu. O zdravou stravu se začala zajímat na popud své snachy, když se narodila vnučka. *„To víte, já jsem byla zvyklá vařit úplně jinak, ale mě vaření baví a navíc mi to i chutná, ale co si budeme povídat, chlapi na tohle moc nejsou, tak manželovi vařím zvlášť, pak si od něj něco udobnu a vypadám, tak jak vypadám.*“ (smích) Má ráda ovoce, dělá hodně zeleninové saláty s bylinkovými zálivkami, masu se nevyhýbá, ale upřednostňuje bílé maso, nebo kvalitní hovězí. Nebojí se experimentovat ani s přílohami: *„Někde jsem si přečetla, jak je zdravá pohanka a ta mi vysloveně chutná...“*. Participantka má také zálibu ve sladkém. *„Když koupím vnučce nějakou tu sladkost, tak její máma trvá na tom, aby to nesnědla sama, a to já jí ráda pomůžu.*“ Stravuje se pravidelně třikrát denně, mezitím si ale občas něco „zobne“. Občas užívá doplňky stravy a to přípravky na klouby typu Chondrosulf, nebo multivitaminy Pharmaton Geriavit.
- **Objektivně:** Participantka má nadváhu a je si toho vědoma, je to však dáno tím, že ráda jí, nikoliv nevyváženou, nebo nekvalitní stravou. Množství tekutin, které za den vypije, se pohybuje mezi 2-2,5 litry. Objektivně vypadá přiměřeně svému věku a naturelu. Je pravděpodobné, že kdyby mohla být aktivní, tak jak si představuje, byla by také s váhou v normě.

3. *Vylučování:*

- **Subjektivně:** Obtíže s vylučováním neguje. Stolice je pravidelná 1x denně většinou formovaná bez příměsí. Noční mikce je pravidelně jednou, vyjimečně dvakrát. Výdej odpovídá příjmům.
- **Objektivně:** Participantka je plně kontinentní, což je vzhledem k její povaze velmi důležité.

4. *Aktivita a cvičení:*

- **Subjektivně:** Žádný sport nikdy neprovozovala, ale celkově se ráda hýbe. S manželem si pořídili rotoped, na kterém nyní občas jezdí jen ona. Ráda chodí na procházky do přírody. *„To je takový můj relax, vezmu vnučku a psa jdeme se projít do obory, třeba na dvě hodiny. To mi dělá moc dobře, ale nejde to vždycky. Někdy se mi ta hlava tak motá, že to zkrátka nejde.“* V poslední době zkouší cvičit jógu. *„Ono mi to sice moc nejde, snacha mi vždycky musí ty cviky ukázat, ale na ty záda asi vážně zabírá.“*
- **Objektivně:** Participantka je velmi aktivní člověk a netrpí nedostatkem pohybu. Většinou je to ale pohyb v rámci úklidu a prací v domácnosti, nebo na zahradě, což jí ale vyčerpává. Naštěstí má řidičák a tak není nucena nosit tašky s nákupem v ruce. Procházky do přírody a jóga 2x v týdnu jsou pro člověka v jejím věku ideální.

5. *Spánek a odpočinek:*

- **Subjektivně:** Participantka spí pravidelně nejméně osm hodin denně. Kvalita spánku je dobrá, jen mezi druhou a třetí hodinou bývá pravidelně vzhůru a musí na WC. Ráno si přesto nepřipadá odpočatá. *„Ráno je mi vždycky nejhůř, než se rozhýbu, pak už je to lepší.“* Odpočinek přes den aktivně nevyhledává, ale někdy jí únava donutí. *„Jsou dny, kdy jsem po tom obědě tak unavená, že si musím jít lehnout v obýváku na sedačku a stačí půl hodina a vstává se mi lépe, než ráno po celé noci.“* Relax je pro ni procházka v přírodě, někdy „si posedí“ i na zahradě na lavičce, kde si dá občas kávu se sousedkou, nebo snachou.
- **Objektivně:** Participantka je hyperaktivní a nedokáže odpočívat, což nakonec zdráhavě připustila, když jsem jí na to upozornila. Její perfekcionismus (musí mít všechno dle svých představ) jí nedovolí odpočívat, zdravotní stav naproti tomu jí k odpočinku nutí, což jí nevyhovuje a zhoršuje to její

sebeobraz. Ona vlastně není schopná si sama sobě DOVOLIT odpočívat, ačkoliv rozumem pro to nenalézá opodstatnění.

6. *Vnímání a poznávání:*

- **Subjektivně:** Participantka se ráda učí nové věci, aktivně se zajímá o dění v jejím okolí a nemá problém se seznamovat s novými lidmi. „*To já když se pro něco nadchnu, tak do toho jdu po hlavě.*“ „*Nejraději mám Prima Zoom, ty pořady o přírodě a o vesmíru.*“ Smyslové funkce hodnotí uspokojivě. „*Zlobí mě jen ty závratě a bolesti, hlavně po ránu.*“
- **Objektivně:** Participantka je plně orientovaná osobou, místem i časem. Kromě narušeného čítí a snížené ostrosti zraku má smysly v pořádku. Je velice zvědavá, lehko se nadchne pro nové věci, a ráda přijímá nové informace. Je přátelská a zábavná.

7. *Sebepojetí a sebeúcta:*

- **Subjektivně:** Participantka je se svým životem spokojená. Sama sebe hodnotí následovně: (smích) „*No co vám mám říct, já jsem takový blázen, se vším jsem hned hotová.*“ „*Je pravda, že potřebuji mít okolo sebe pořádek, jinak jsem nespokojená a protivná, hlavně aby bylo o všechny postaráno.*“
- **Objektivně:** Participantka hledí více na blaho ostatních, než na svoje, je veselá a snad i spokojená, ale větu „Mám se ráda“ nevysloví. Oční kontakt udržuje, mluví, rychle ráda a dostatečně nahlas, držení těla je fyziologické.

8. *Role, mezilidské vztahy:*

- **Subjektivně:** Již 42 let je vdaná. S manželem mají 2 děti starší dceru a mladšího syna. V manželství je spokojená. „*No to víte, že mi ten můj mužskej občas leze na nervy a já jemu taky, ale máme se rádi.*“ „*Na děti si nemůžu stěžovat a hlavně ta malá vnučka, co bydlí s námi, to je moje zlatíčko.*“ Se snachou vychází dobře a dcera s manželem a dětmi žije v zahraničí, takže je vidá málo, což jí mrzí.
- **Objektivně:** Participantka je přátelská, komunikativní a zábavná, nemá problém navazovat vztahy. Mrzí ji, že dcera s dětmi žije tak daleko, takže se o to víc upnula na čtyřletou vnučku, se kterou tráví čas každý den. Kamarádky nezmiňovala, jen sousedku. Je fixovaná spíše na rodinu.

9. *Sexualita:*

- **Subjektivně:** (smích) „*Jéje, to víte, v tomhle věku to za moc nestojí, ale občas něco je...*“
- **Objektivně:** Participantka je po menopauze, s partnerským vztahem jako takovým vypadá spokojená, sexuální život blíže nerozváděla.

10. *Zvládnání zátěže, odolnost vůči stresu:*

- **Subjektivně:** Participantka odcházela ze zaměstnání teprve před dvěma lety a to z důvodu psychické nepohody, která pro ni byla natolik závažná, že raději odešla do důchodu. „*Kvůli stresu jsem odešla z práce, protože se změnilo vedení a nebyla tam dobrá atmosféra. V tu dobu se objevily ty závratě a zhoršily se bolesti zad.*“ „*Když mám nějaký stres, nebo je vypjatá situace, hned je mi celkově hůř.*“
- **Objektivně:** Ačkoliv participantka působí navenek jako silná žena, je velmi citlivá a má slabou nervovou soustavu, jakýkoliv nevyhovující podnět z vnějšku, pro ni představuje silný psychický dyskomfort a následné zhoršení fyzických příznaků.

11. *Víra životní hodnoty:*

- **Subjektivně:** „*Pro mě je důležité, aby byli všichni zdraví a v pohodě, abychom měli co jíst a abych mohla vnučce něco hezkého koupit.*“ „*Do kostela občas zajdu, byla jsem tak vychovaná. Znáte to, když je člověku nejhůř, tak se začne modlit.*“
- **Objektivně:** Participantka je založení spíše materiálního, nicméně v kritických situacích jí křesťanská výchova může poskytnout úlevu.

12. *Jiné:*

- Participantka má fenku bojového plemene, která je hodná a přítulná a poskytuje jí psychické odreagování, uvolnění a radost.

10.1.6 Ošetřovatelské diagnózy NANDA International-taxonomie II

Ošetřovatelská diagnóza se zakládá na klinickém posouzení sestry a poskytuje základ pro volbu ošetřovatelských intervencí, za které je sestra zodpovědná. Taxonomie II ošetřovatelských diagnóz NANDA-I se dělí do tří úrovní, na 13 domén, 47 tříd a 244 diagnóz. (HERDMAN, 2020, s. 122 a 159)

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

00273 – Nerovnováha energetického pole

(Doména 4 – Třída 3 – Koncepce: rovnováha energetického pole)

Vzhledem k vleklým zdravotním problémům, má participantka narušený vitální tok energie, čímž je narušená její celistvost, dynamika a nelineárnost.

- *Určující znaky:* Deficit energie, narušená strukturalita, slabé vzorce energetického pole.
- *Související faktory:* Primární onemocnění, bolest nepohodlí.
- *Diagnostický závěr:* Kvantitativní i kvalitativní narušení toku energie v důsledku primárního onemocnění, mající za následek další prohlubování zdravotních problémů a tělesného i psychického dyskomfortu.
- *Cíl krátkodobý:* Participantka se seznámí principy homeodynamiky
- *Cíl dlouhodobý:* Celková náprava zdravotního stavu, díky zavedení homeodynamických principů do života.

Ošetřovatelské intervence:

- Dle homeodynamických principů připravit sama sebe i prostředí na setkání s participantkou.
- Edukovat participantku o principu integrity, helicity a rezonance.
- V rámci OP provést posílení energetického pole participantky pomocí biorezonance.

Realizace: Před každým setkáním jsem připravila prostředí tak, aby se participantka cítila příjemně a bezpečně. Místnost jsem uklidila, provedla jsem desinfekci, vyvětrala, a snažila jsem se dle principu homeodynamiky pomocí cviků na propojení hemisfér a dechových cvičení naladit samu sebe na participantku. V průběhu rozhovoru jsem vysvětlila participantce principy homeodynamiky a objasnila, jak s těmito principy pracovat v běžném životě. V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, srdce a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšňní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení krátkodobého cíle:* Participantka chápe principy homeodynamiky, v průběhu rozhovorů klade přiléhavé doplňující otázky. (cíl splněn)
- *Hodnocení dlouhodobého cíle:* Tři týdny od posledního setkání, uvádí participantka podstatné zlepšení zdravotních problémů a potvrzuje snahu o praktikování homeodynamických principů. (cíl splněn částečně)

00162 – Přípravenost na zlepšení péče o zdraví

(Doména 1 – Třída 2 – Koncepce: péče o zdraví)

Participantka má zájem aktivně se zapojit do ošetrovatelského procesu a přenést nově nabyté vědomosti do každodenního života.

- *Určující znaky:* Touha participantky zlepšit management symptomů a volbu ke splnění cílů, v každodenním životě.
- *Diagnostický závěr:* Déletrvajícím dyskomfort v oblasti zdravotního stavu participantky, způsobil její odhodlání aktivně se zapojit do procesu zlepšení zdraví.
- *Cíl krátkodobý:* Participantka se orientuje v mechanismu vzniku dyskomfortu, podílí se na možnosti ovlivnit svůj zdravotní stav.
- *Cíl dlouhodobý:* Po ukončení OP bude participantka v lepší formě, a bude sama aktivně přispívat k řešení problémů se zdravotním dyskomfortem.

Ošetrovatelské intervence:

- Dle homeodynamických principů připravit sama sebe i prostředí na setkání s participantkou.
- Edukovat participantku o možnostech zlepšení zdravotní kondice prostřednictvím stravy a jejích doplňků, tělesného cvičení a relaxace.
- Edukovat participantku o významu práce s energií a společně nalézt vhodnou techniku k posílení jejího personálního pole.
- V rámci OP provést posílení energetického pole participantky pomocí bi-orezonance.

Realizace: Před každým setkáním jsem připravila prostředí tak, aby se participantka cítila příjemně a bezpečně. Místnost jsem uklidila, provedla jsem desinfekci, vyvětrala, a snažila jsem se dle principu homeodynamiky pomocí cviků na propojení hemisfér

a dechových cvičení naladit samu sebe na participantku. V průběhu rozhovorů jsem participantce opakovaně vysvětlovala jak je důležité správné fungování všech orgánů, jakou roli v imunitním systému hrají střeva a jejich správná funkce a doporučila jsem jí užívat psyllium pro podporu střevní činnosti. Naučila jsem jí správně dýchat a vysvětlila význam odpočinku a správné relaxace na zdraví tělesné i duševní tím, že jsem jí vysvětlila mechanismus stresu a jeho účinky na organismus. Probraly jsme spolu způsoby relaxace a doporučila jsem jí, aby si zakoupila literaturu na toto téma. V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, srdce a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení krátkodobého cíle:* Participantka sama opakovaně zavádí v průběhu šetření řeč na souvislosti vedoucí ke vzniku zdravotního dyskomfortu, klade smysluplné doplňující otázky. (cíl splněn)
- *Hodnocení dlouhodobého cíle:* Po třech týdnech od ukončení OP se participantka cítí celkově lépe, nepraktikuje však žádná relaxační cvičení, ani aktivně neodpočívá. (cíl splněn částečně)

00093 – Únava

(Doména 4 – Třída 3 – Koncepce: únava)

Participantka je chronicky unavená, v důsledku čehož nemůže vykonávat běžné činnosti na obvyklé úrovni.

- *Určující znaky:* Nedostatek energie, neschopnost vykonávat běžné denní činnosti, vyčerpání.
- *Související faktory:* Stres, ztráta fyzické kondice, narušený spánek, primární onemocnění.
- *Diagnostický závěr:* Chronický nedostatek energie související s primárním onemocněním, prohlubujícím stres a ztrátu fyzické kondice.
- *Cíl krátkodobý:* Posílení spánku, odstranění stresu.
- *Cíl dlouhodobý:* Zlepšení fyzické kondice, odstranění únavy.

Ošetřovatelské intervence:

- Dle homeodynamických principů připravit sama sebe i prostředí na setkání s participantkou.
- Edukovat participantku o možnostech zlepšení fyzické kondice pomocí relaxace.
- Edukovat participantku o významu práce s energií a společně nalézt vhodnou techniku k posílení jejího personálního pole.
- V rámci OP provést posílení energetického pole participantky pomocí biorezonance.

Realizace: Před každým setkáním jsem připravila prostředí tak, aby se participantka cítila příjemně a bezpečně. Místnost jsem uklidila, provedla jsem desinfekci, vyvětrala, a snažila jsem se dle principu homeodynamiky pomocí cviků na propojení hemisfér a dechových cvičení naladit samu sebe na participantku. Edukovala jsem jí o mechanismu působení stresu a jeho škodlivosti a probraly jsme spolu způsoby relaxace a doporučila jsem také literaturu na toto téma. V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, srdce a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení krátkodobého cíle:* Během desetidenní OP byla participantka si-
ce unavená, nicméně v klidu a vyrovnaná, spalo se jí výborně. (cíl splněn)
- *Hodnocení dlouhodobého cíle:* Po třech týdnech po ukončení OP uvádí participantka celkové zlepšení kondice a odstranění únavy. (cíl splněn)

00198 – Narušený vzorec spánku

(Doména 4 – Třída 1 – Koncepce: vzorec spánku)

V průběhu noci se participantka probouzí kvůli nucení na mikci, ráno vstává neodpočatá s bolestí.

- *Určující znaky:* Nechtěné probouzení během noci, ráno s pocitem absence odpočinku.
- *Související faktory:* Primární onemocnění, neposilující vzorec spánku.

- *Diagnostický závěr:* Nekvalitní, neposilující spánek
- *Cíl krátkodobý:* Posílení spánku, odstranění ranních bolestí.
- *Cíl dlouhodobý:* Kvalitní posilující spánek s načerpáním energie, odstranění ranních bolestí

Ošetřovatelská intervence:

- Dle homeodynamických principů připravit sama sebe i prostředí na setkání s participantkou.
- Edukovat participantku o významu vnějších faktorů ovlivňujících kvalitu spánku
- V rámci OP provést posílení energetického pole participantky pomocí biorezonance.

Realizace: Před každým setkáním jsem připravila prostředí tak, aby se participantka cítila příjemně a bezpečně. Místnost jsem uklidila, provedla jsem desinfekci, vyvětrala, a snažila jsem se dle principu homeodynamiky pomocí cviků na propojení hemisfér a dechových cvičení naladit samu sebe na participantku. Edukovala jsem participantku o vnějších faktorech ovlivňujících spánek, jako jsou čistota prostředí, čerstvý vzduch, kvalitní matrace, absence elektroniky a také o možnosti patogenní zóny, která brání posilujícímu spánku. V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, srdce a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míš-
ní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení krátkodobého cíle:* Během desetidenní terapie se participantka odstěhovala z ložnice a spalo se jí výborně, ráno vstávala bez bolesti (cíl splněn)
- *Hodnocení dlouhodobého cíle:* Po třech týdnech od ukončení OP uvádí participantka, že spí opět v ložnici a ráno vstává sice odpočatá, ale s bolestí. (cíl splněn částečně)

00133 – Chronická bolest

(Doména 12 – Třída 1 – Koncepce: bolest)

Participantka trpí chronickou bolestí zad a kolen, tlaky v hlavě a levém uchu. Na deskriptivní škále bolesti udala stupeň 2, střední bolest s tendencí se zhoršovat ve vypjatých situacích.

- *Určující znaky:* Dlouhodobá bolest zad a kolen na stupni 2 deskriptivní škály bolesti. Tendence se zhoršovat při psychickém vypětí a při ranním vstávání. Snížená schopnost vykonávat denní aktivity.
- *Související faktory:* Primární neurologické onemocnění, únava, narušený vzorec spánku.
- *Diagnostický závěr:* Chronická bolest druhého stupně související s primárním onemocněním a stresovým vypětím psychickým i fyzickým.
- *Cíl krátkodobý:* Eliminovat psychické vypětí, a tím udržet bolest na stupni 2, či nižší.
- *Cíl dlouhodobý:* Úplně eliminovat bolest přes den.

Ošetřovatelská intervence:

- Dle homeodynamických principů připravit sama sebe i prostředí na setkání s participantkou.
- Edukovat participantku o možnostech zlepšení psychické kondice pomocí uvolňovacích technik.
- V rámci OP provést posílení energetického pole participantky pomocí biorezonance.

Realizace: Před každým setkáním jsem připravila prostředí tak, aby se participantka cítila příjemně a bezpečně. Místnost jsem uklidila, provedla jsem desinfekci, vyvětrala, a snažila jsem se dle principu homeodynamiky pomocí cviků na propojení hemisfér a dechových cvičení naladit samu sebe na participantku. Názorně jsem předvedla jednoduchou uvolňovací techniku určenou pro případy psychického vypětí. V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový

měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, srdce a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení krátkodobého cíle:* Během desetidenních setkání byla participantka ve výborné náladě a bolesti se nezhoršovaly, naopak ustupovaly. (cíl splněn)
- *Hodnocení dlouhodobého cíle:* Tři týdny od ukončení OP udává participantka, že je přes den bez bolestí. (cíl splněn)

00177 – Stresové přetížení

(Doména 9 – Třída 2 – Koncepce: stres)

Při fyzickém, či psychickém vypětí se prohlubují stávající zdravotní problémy a přidává se i hypertenze.

- *Určující znaky:* Zvýšený pocit tlaku v hlavě a uchu, zvýšené bolesti a zvýšený tlak krve.
- *Související faktory:* Primární neurologické onemocnění.
- *Diagnostický závěr:* Sklony ke stresovému přetížení, ovlivňující negativně průběh stávajícího onemocnění.
- *Cíl krátkodobý:* Během OP udržet participantku v klidu a vyrovnanou
- *Cíl dlouhodobý:* Eliminovat fyzické vypětí a naučit participantku snížit vypětí psychické, tak aby se neprohlubovaly stávající zdravotní problémy.

Ošetřovatelská intervence:

- Dle homeodynamických principů připravit sama sebe i prostředí na setkání s participantkou.
- Edukovat participantku o možnostech zlepšení psychické kondice pomocí uvolňovacích technik.
- V rámci OP provést posílení energetického pole participantky pomocí bi-orezonance.

Realizace: Před každým setkáním jsem připravila prostředí tak, aby se participantka cítila příjemně a bezpečně. Místnost jsem uklidila, provedla jsem desinfekci, vyvětrala, a snažila jsem se dle principu homeodynamiky pomocí cviků na propojení hemisfér

a dechových cvičení naladit samu sebe na participantku. Názorně jsem předvedla jednoduchou uvolňovací techniku určenou pro případy psychického vypětí. V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, srdce a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení krátkodobého cíle:* Během desetidenních setkání byla participantka ve výborné náladě a vyrovnaná. (cíl splněn)
- *Hodnocení dlouhodobého cíle:* Tři týdny od ukončení OP udává participantka, že, občas to přežene s prací na zahradě a uvolňovací techniky používá pouze když je jí hodně špatně. (cíl nesplněn)

Rizikové ošetřovatelské diagnózy:

0155 – Riziko pádů

(Doména 11 – Třída 2 – Koncepce: pády)

- *Diagnostický závěr:* Participantka je ohrožena pádem z důvodu vertiga jako důsledku stávajícího neurologického onemocnění.
- *Rizikové faktory:* Zhoršená pohyblivost, vertigo jako důsledek primárního onemocnění.

Očekávané výsledky:

- *Cíl dlouhodobý:* Zlepšení primárního onemocnění a eliminace vertiga.
- *Ošetřovatelská intervence:* V rámci OP provést posílení energetického pole participantky pomocí biorezonance.

Realizace: V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, srdce a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení:* Tři týdny od ukončení OP participantka stále trpí vertigem. (cíl nesplněn)

00153 – Riziko situačně nízké sebeúcty

(Doména 6 – Třída 2 – Koncepce: sebeúcta)

- *Diagnostický závěr:* Participantka má sklony negativně vnímat samu sebe, pokud by nezvládala denní aktivity podle svých představ.
- *Rizikové faktory:* Nerealistické očekávání od sebe sama.

Očekávané výsledky:

- *Cíl dlouhodobý:* Participantka bude vnímat svoje limity jako přirozenou součást života, bude si na sebe klást menší nároky.
- *Ošetřovatelská intervence:* Edukace a rozhovor s participantkou.

Realizace: Rozhovor s participantkou o jejích možnostech o jejích limitech a o zdravém přijetí těchto limitů. Poukázání na klady, které z tohoto přijetí plynou a naopak i na zápory, které by plynuly z nepřijetí.

- *Hodnocení:* Tři týdny od ukončení OP participantka sice na sebe klade stále větší nároky, než může zvládat, uvědomuje si to však a nezvládnutí situace bere jako poučení, nikoliv jako selhání. (cíl splněn částečně)

10.1.7 Kontrolní ošetřovatelská anamnéza dle modelu Funkčních vzorců zdraví M.

Gordon po třech týdnech od ukončení OP:

1. *Vnímání zdraví a jeho udržování:*

- **Subjektivně:** Tři týdny po ukončení OP hodnotí participantka svůj zdravotní stav takto: „*Nevěřila bych, že to takhle zabere, cítím se rozhodně mnohem lépe, neříkám, že je to stoprocentní, ale rozhodně mnohem lepší, hlavně už nejsem unavená, i manžel to na mě vidí. Závratě bohužel moc nepolevily, možná trochu, ale záda mě vůbec nebolí, no kolena trochu, ale řekla bych, že jsou také lepší.*“
- **Objektivně:** Participantka je energický člověk a ani před začátkem OP nepůsobila zásadně oslabeným dojmem, nicméně má vzpřímenější držení těla a jasnější hlas.

2. *Výživa, metabolismus:*

- **Subjektivně:** „*No, když se nad tím zamyslím, tak možná nemám takovou chuť na sladké, ale k jídlu se mám pořád stejně.*“ (Smích)
- **Objektivně:** Participantka má stále mírnou nadváhu. Váží o půl kilogramu více, než při vstupním vážení, což může být způsobeno plnými střevy, či větší vrstvou oblečení. Má však více energie a je možné, že do budoucna zhubne.

3. *Vylučování:*

- **Subjektivně:** „*V průběhu té terapie jsem měla asi dva dny průjem, ale teď už je to v pořádku“ V noci chodím pořád čůrat, to jo.*“
- **Objektivně:** Participantka neměla na začátku žádné problémy se stolicí a nemá je ani nyní jen s nočním nucením na mikci, které přetrvává. Dvoudenní řídká stolice během OP mohla být přirozená reakce těla na biorezonanční terapii, resp. spuštění očistných pochodů v organismu.

4. *Aktivita a cvičení:*

- **Subjektivně:** „*Přiznám se, že teď, jak se mi udělalo líp, tak tu jógu tolik necvičím. Já jsem to cvičila hlavně proto, že mi to dělalo dobře na ty záda. Jenom někdy ráno se trochu protáhnu. Ale chodím teď mnohem víc na procházky. Škoda, že nerostou houby.*“
- **Objektivně:** Participantka je celkově aktivní člověk. Má dost pohybu na čerstvém vzduchu, spíše, než nedostatek pohybu jí hrozí přetažení z práce na zahradě.

5. *Spánek a odpočinek:*

- **Subjektivně:** „*Mě se spí dobře a to noční buzení na čůrání mi nevadí, ale ráno se mi pořád špatně vstává, i když už nejsem unavená jako dřív. Asi budeme muset přestěhovat ložnici, protože když usnu v obýváku, tak rozlámaná nejsem. Musím se přiznat, že relaxační cvičení, co jste mě učila, dělám, jen když je mi špatně. Například, když to přeženu s úklidem, nebo prací na zahradě, tak se mi vrátí potíže, hlavně ty tlaky v hlavě a bolesti zad a zhorší se ta motolice.*“
- **Objektivně:** Snažily jsme se přijít na důvody ranní bolesti zad a jediný závěr, který jsme společně vyvodily je pravděpodobnost patogenní zóny

v ložnici, protože v obývacíku, na mnohem nekvalitnějším lůžku participantka bolestmi netrpí. Co se týče relaxování a šetření se, nezaznamenávám zatím výsledky, možná právě naopak. Ve chvíli, kdy jí to tělo dovolí, má participantka tendence pracovat více, než by si mohla vzhledem k věku a zdravotnímu stavu dovolit.

6. *Vnímání a poznávání:*

- Tato oblast byla subjektivně i objektivně na začátku vyhodnocena jako v pořádku a od prvního dotazování se nic nezměnilo.

7. *Sebepojetí a sebeúcta:*

- **Subjektivně:** „*Ano mám se ráda, už to dokážu říct, ale stejně mi tak nějak záleží asi víc na tom, aby byli všichni mí drazí v pořádku, než na sobě.*“
- **Objektivně:** Dle mého názoru je participantčin postoj k sobě ohniskem, ze kterého vycházejí její zdravotní problémy, Upřednostňování druhých před sebou vede k přepínání a nedovolení si odpočívat, načež reaguje tělo jednoznačným způsobem. Tuto oblast je do budoucna důležité posílit, což jsem participantce vysvětlila.

8. *Role, mezilidské vztahy:*

- Tato oblast byla subjektivně i objektivně na začátku vyhodnocena jako v pořádku a od prvního dotazování se nic nezměnilo.

9. *Sexualita:*

- Tato oblast byla subjektivně i objektivně na začátku vyhodnocena jako v pořádku a od prvního dotazování se nic nezměnilo.

10. *Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu:*

- **Subjektivně:** „*Jak se mi udělalo dobře, tak jsem to asi dvakrát přehnala na zahradě a potom mi bylo hodně zle. Na tu uvolňovací techniku jsem si vzpomněla asi jenom jednou a myslím, že to trochu pomohlo. Nejhorší je ten tlak v hlavě a v uchu.*“
- **Objektivně:** Participantka má oslabenou nervovou soustavu, což je dáno jejím onemocněním. Pokud bude chtít toto do budoucna vykompenzovat, měla by se naučit uvolňovací techniky a šetřit se.

11. Víra a životní hodnoty:

- Tato oblast byla subjektivně i objektivně na začátku vyhodnocena jako v pořádku a od prvního dotazování se nic nezměnilo.

10.2 Kazuistika 2

Pan Y věk 46 let byl před sedmi lety léčen na boreliózu. Od té doby byl z téhož důvodu několikrát přeléčen antibiotiky pro vleklé, postupně se kumulující problémy, jejichž současný klinický obraz se jeví zejména jako bolesti nohou a rukou, bolesti kostí, pocení, chronická bolest v krku, bolesti třísel, tukové boule na těle, zvětšené uzliny a únava. Do výzkumu se pan Y přihlásil z důvodu naděje na zlepšení kvality života, kterou v současné době vnímá velmi problematicky, hlavně z důvodu jejího postupného zhoršování. Chodí na pravidelné prohlídky ke svému neurologovi, odmítá však užívat doporučená antidepresiva, taktéž doporučená nesteroidní antiflogistika užívá pouze příležitostně.

10.2.1 Anamnéza

- *Rodinná anamnéza:* Je ženatý, má dvě děti osmnáctiletou dceru a devítiletého syna. Děti i manželka jsou zdraví. Rodiče: Matka 69 let má vysoký tlak a problémy s varixy, otec 71 let se s ničím neléčí.
- *Osobní anamnéza:* Z dětských nemocí si vybavuje pouze neštovice, jinak byl jako dítě spíše zdravý. V osmnácti letech byl na operaci se zlomeninou holenní kosti a od té doby byl zdrav. Před sedmi lety byl hospitalizován pro obrnu lícního nervu, které předcházela přechozená „viróza“. Byla diagnostikována borelióza a přeléčena antibiotiky, po kterých obtíže ustoupily. Zhruba za deset měsíců byl opětovně hospitalizován pro nesnesitelné bolesti hlavy a stupňující se bolesti zad s poruchami koncentrace. Potíže ustoupily po antibiotické léčbě, od té doby se ale objevují vleklé obtíže typu bolestí rukou, nohou, kostí, třísel, bolesti v krku, také únava, tukové boule na těle a často zvětšené lymfatické uzliny, které opakovaná antibiotická léčba neřeší.
- *Alergie:* mléko
- *Abúzus:* nekuřák, příležitostně pivo, tvrdý alkohol nepije
- *Farmaceutická anamnéza:* Nabízená antidepresiva odmítl, příležitostně nesteroidní antiflogistika.

- *Pracovní anamnéza:* Dělník, pracuje ve výrobně autodílů.
- *Sociální anamnéza:* Ženatý, žije s manželkou a dvěma dětmi v rodinném domě.
- *Epidemiologická anamnéza:* očkovaná proti covid 19 v červnu 2021

10.2.2 Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena: participant je čistě a oblečený, upravený a celkově čistý.

- Dutina ústní, nos: čisté
- Zuby: Chrup pravidelně sanován, zuby vlastní.
- Sluch: Šepot slyší
- Zrak: V pořádku, novinové písmo přečte.
- Má brýle: ne
- Puls: 64 tepů/min pravidelný, slabý
- Dýchání: 16 dechů za minutu, pravidelné
- Krevní tlak: 1135/89
- Tělesná teplota: 36,1 °C
- Motorické funkce: V pořádku, hybnost neomezena.
- Chůze: rovná pevná, bez opory.
- Páteř: pohyblivost bez omezení, při záklonu bolestivý nával do hlavy, lehká skolióza v hrudní oblasti.
- Svalový tonus: eotonie.
- Čítí: kvalitativně narušené čítí na obou horních končetinách -hyperestezie
- Držení těla: labilní postoj, povolené břišní svaly, kulatá záda.
- Stisk ruky: silný.
- Reflexy: normální.
- Kůže: čistá, na nehtech bílé skvrny, podkožní anomálie.
- Konstituce: podsaditý, váha v normě.
- Hmotnost: 78 kg
- Výška: 177 cm
- BMI: 24,8
- Dietní režim: nemá

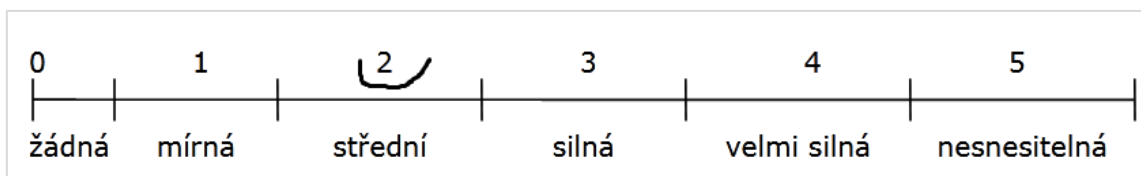
- Oči: reagují normálně

10.2.3 Objektivní pozorování sestrou:

- Orientace: participant se orientuje místem, časem i prostorem.
- Duševní stav: jasné vědomí, chápe a přilehle odpovídá na otázky, je skleslý, vykazuje známky beznaděje.
- Řeč a způsob vyjadřování: mluví srozumitelně, bez vad. Na otázky odpovídá ve větách, dané téma sám rozvede, úroveň slovní zásoby přiměřená, udržuje oční kontakt.
- Hlas: slabý
- Pozornost: pozornost udržuje, drží se tématu.
- Komunikace: participant je komunikativní typ, výborně spolupracuje.

10.2.4 Hodnotící škály:

Obrázek 2: Jednoduchá deskriptivní škála bolesti



Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 3: Beckova hodnotící škála deprese

OBLAST POSOUZENÍ	ODPOVĚĎ	POČET BODŮ
smutek	2- cítím se posmutnělý, sklíčený	1
pesimismus	3- myslím, že se už nemám na co těšit	2
minulá selhání	1- nemám pocit neúspěchu	0
ztráta radosti	2- věci mě už netěší, jako dřív	1
pocit viny	1- netrpím pocitem viny	0
pocit potrestání	1- nemám pocit, že bych měl být za něco trestán	0
znechucení sama sebou	3- jsem znechucen sám sebou	2
sebekritika	1- necítím se horší, než kdokoliv jiný	0
sebevražedné myšlenky, nebo přání	1- nepřemýšlím o sebevraždě	0
plačtivost	1- nepláču víc, než obvykle	0
agitovanost	3- jsem stále podrážděný a rozladěný	2

ztráta zájmu	3- ztratil jsem většinu zájmu o ostatní lidi	2
nerozhodnost	1- dokážu se většinou rozhodnout	0
pocit bezcennosti	1- nemám větší starost se vzhledem, než dříve	0
ztráta energie	3- dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal	2
změna spánku	2- nespím tak dobře, jako dřív	1
únava	3- téměř všechno mě unavuje	2
změny chuti k jídlu	1- mám svou obvyklou chuť k jídlu	0
hubnutí	1- v poslední době jsem nezhubl	0
zvýšené obavy o zdraví	4- moje bolesti a těžkosti mě zcela vyčerpávají	3
ztráta zájmu o sex	3- mám o hodně menší zájem o sex	2

* 20 bodů = střední úroveň deprese

Zdroj: (Kondáš a kol., 1992, s. 54)

10.2.5 Ošetřovatelská anamnéza dle modelu funkčních vzorců zdraví M. Gordon

Ošetřovatelská anamnéza dle modelu Funkčních vzorců zdraví byla sbírána dvakrát. Poprvé při prvním setkání, podruhé tři týdny po poslední schůzce a to z důvodu posouzení stavu participanta před a po aplikaci ošetřovatelských intervencí. Data byla sbírána prostřednictvím rozhovoru nahrávaného na diktafon a pozorováním participanta.

1. *Vnímání zdraví a jeho udržování:*

- **Subjektivně:** „ Svůj zdravotní stav bych popsal jako tragédii. Dřív jsem byl plný energie, mohl jsem si dělat, co jsem chtěl, dneska je ze mě troska. Nejhorší je, že to nemá řešení. To jsou pořád dokola antibiotika a po těch je mi ještě hůř. Kortikoidy brát nechci a antidepresiva taky ne. Ztrácím naději, že to někdy bude lepší. Proto jsem vlastně tady, řekl jsem si, že nemám co ztratit. “
- **Objektivně:** Participant působí sklesle až depresivně. Nevidí, nebo nevěří, že by se mohl jeho zdravotní stav zlepšit a ztráta naděje decimuje jeho psychiku. Je to člověk od přírody komunikativní a je ochotný spolupracovat. Ačkoliv své obtíže vnímá spíše jako celek, je možné, že jejich kumulace je právě to, co ho nejvíce vyčerpává.

2. *Výživa a metabolismus:*

- **Subjektivně:** Před dvěma lety mu bylo doporučeno kvůli nadýmání a častým průjmům vynechat mléčné výrobky. „Od té doby, co jsem vyne-

chal mléko, tak je mi trochu lépe. To mi nedělalo dobře. Stravuje se pravidelně a pestře. Já sním všechno. Co manželka uvaří, to sním a v práci s tím také nemám problém. Já mám rád i zeleninu, někde jsem slyšel, že je zdravé kysané zelí, tak ho každý den sním alespoň dvě lžíce.“ Na pohled působí dojmem zdravého člověka. „*Jako kluk jsem byl hubený a až teď, v dospělosti mám normální váhu.“*

- **Objektivně:** Participant působí tělesně dojmem, že je v dobré kondici. Je štíhlý a opálený. Doplnkům stravy se nevyhýbá, momentálně žádné nebere.

3. *Vylučování:*

- **Subjektivně:** „*Po tom co jsem vynechal mléko, tak dobrý. Vyjíměčně mám zácpu, ale od té doby co jím to zelí, tak snad ani to ne.“* Stolice je pravidelná, formovaná, bez příměsí.
- **Objektivně:** Participant si v oblasti vylučování, po tom, co vynechal mléko, na nic nestěžuje. Dříve trpěl nadýmáním a častými průjmy. Kysané mléko, tvaroh ani sýry mu nevadí. Moč odchází bez přerušování, silným proudem.

4. *Aktivita, cvičení:*

- **Subjektivně:** Před onemocněním byl zvyklý žít aktivním životem odpovídajícím věku, nyní není schopen provozovat žádnou z předchozích aktivit. „*No právě, v tom je snad největší problém. Dřív jsem hrával fotbal, s manželkou jsme chodili na dlouhé túry a teď to prostě nejde. Energie mi stačí sotva na to, abych chodil do práce. Odpoledne, když přijdu domů, tak jsem rád, že si sednu, odpočinu si a s přemáháním jdu udělat něco kolem domu. Při únavě se mi zhoršují i ty bolesti rukou a nohou.“*
- **Objektivně:** Tato oblast je pravděpodobně pro participanta jednou z nejzásadnějších. Vypadá to, že ztrátou možnosti provozovat volnočasové aktivity značně trpí. Má smysl pro zodpovědnost a nepřipouští vynechání povinností na úkor zábavy, na kterou mu potom nezbývají síly.

5. *Spánek a odpočinek:*

- **Subjektivně:** Participant vykazuje větší potřebu spánku, než je běžné u muže v jeho věku, cca deset hodin denně. „*Se spánkem nemám potíže, naopak, spal bych pořád. Večer ani nejsem schopen dokoukat film a odpoledne si často zdřímnu, když přijdu z práce. Spánek není kontinuální,*

ranní vstávání je s obtížemi. *V noci se budím pravidelně kolem třetí hodiny a potom zase usnu. Ráno se mi nechce vstávat.*“

- **Objektivně:** Participant navzdory svým slovům nepůsobí unaveně, ani vyčerpaně, spíše sklesle. Potřeba spánku je abnormální.

6. *Vnímání a poznávání:*

- **Subjektivně:** Participant se aktivně zajímá o politické a hlavně sportovní dění. *„Každý den v práci začínáme kávou a novinami, to je takový rituál a pak máme s kolegy přes den o čem mluvit. Večer se potom podívám na zprávy, hlavně na ty sportovní.“* Knihy nečte. *„Knížky moc nečtu, když tak nějaký časopis o kutilství.“*
- **Objektivně:** Participant je plně orientován místem, časem i prostorem. Smyslové funkce neporušeny. Má dokončené středoškolské vzdělání v oboru gastronomie, pracuje manuálně.

7. *Sebepojetí, sebeúcta:*

- **Subjektivně:** Participant zná svoji hodnotu, váží si sám sebe a svého stylu života. *„Já se mám rád, bych chtěl být jako dřív, aby mi bylo dobře a nepřipadal si u doktora jako simulant.“* *Jinak mám hezký život. Máme děti, které nezlobí, materiálně jsme zabezpečeni a je to naše zásluha...“*
- **Objektivně:** O svém životě hovoří bez výhrad, problém vnímá pouze ve svém zdraví. I přes tělesný dyskomfort působí celkově vyrovnaným dojmem.

8. *Role mezilidské vztahy:*

- **Subjektivně:** Role otce a manžela je druhá oblast, kterou participant vnímá palčivě z důvodu zdravotních omezení. *„Teď zrovna se chystáme na dovolenou a já vím, že nebudu moci se synem dovádět, jak to otcové dělají. On je právě v tom věku, kdy by to nejvíc chtěl a já nemůžu a dost mě to trápí. S manželkou je to podobné, ale kvůli synovi se trápím nejvíc.“* Rozpory v manželství neudává, nicméně vnímá jistý dluh vůči manželce. *„Manželství máme dobré, moje žena je skvělá a já se také snažím, ale nemohu být manželem, jakým bych chtěl být.“*
- **Objektivně:** V rodině řeší běžné problémy typu, jak se učí děti a jakého má dcera přítele. Manželství se zdá být harmonické, zřejmě z části také tím, že je typ oddaného manžela. *„Co žena řekne, to platí.“* Jedinou jeho nesnází je

omezení vyplývající z nemoci. Přátele má, ale vídá je zřídka, prioritou je pro něj rodina.

9. *Sexualita:*

- **Subjektivně:** Tato oblast navazuje na problematickou roli manžela a představuje také trýznivý aspekt života. „*Já to nechci moc rozvádět, ale nestojí to za moc a je to čím dál tím horší. Ne, že by nebyly myšlenky, ale síla není.... Moje žena mi nic nevyčítá*“
- **Objektivně:** Pro muže je toto téma všeobecně citlivé. Zdravá sexualita je důležitým předpokladem spokojeného manželství, ne jen proto, že obohacuje partnery vzájemnou rozkoší, ale muži dodává pocit zdravé důležitosti. Participant to vnímá, ačkoliv by to neuměl přesně pojmenovat.

10. *Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu:*

- **Subjektivně:** Má klidnou povahu a málo kdy se dostane do situací, které by nezvládl, nicméně vzhledem k tomu, jak se cítí je často podrážděný a malomyslný. „*Já jsem v podstatě nekonfliktní člověk. Myslím si, že když o něco jde, tak se vždycky najde nějaké řešení, abychom se jako lidé domluvili. Přiznám se, že když je člověku špatně, tak je to někdy strašně vyčerpávající a pak mi ujedou nervy. Většinou to odnese rodina, to mě potom mrzí, pak se omlouvám, je to bída.*“
- **Objektivně:** Participant propadá malomyslnosti, ale jen kvůli tělesnému diskomfortu, který ho vyčerpává jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Při rozhovoru působí uvolněně a klidně.

11. *Víra životní hodnoty:*

- **Subjektivně:** Je ateista, nejvyšší hodnotou je pro něj rodina, pravděpodobně proto, že tak byl vychován. „*U nás byla vždycky rodina na prvním místě, aby byli všichni spokojení, abychom se měli rádi a neměli nouzi a samozřejmě to zdraví...*“
- **Objektivně:** Participant je přírodní člověk se zdravým selským rozumem. Není intelektuální typ, nicméně žebříček hodnot má srovnaný. Ačkoliv v tuto chvíli je jeho palčivým problémem zdraví, uvědomuje si důležitost duchovních hodnot.

12. Jiné:

- **Subjektivně:** „*Moc rád bych zase hrál fotbal, to mi opravdu chybí.*“
- **Objektivně:** Důležitým aspektem v lidském životě je uspokojování zájmů, provozování oblíbených činností. V případě participanta je to sport, jehož provozování je limitováno zdravotním stavem.

10.2.6 Ošetřovatelské diagnózy NANDA International-taxonomie II

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

00273 – Nerovnováha energetického pole

(Doména 4 – Třída 3 – Koncepce: rovnováha energetického pole)

Vzhledem k vleklým zdravotním problémům, má participant narušený vitální tok energie, čímž je narušená jeho celistvost, dynamika a nelineárnost.

- *Určující znaky:* Deficit energie, narušená strukturalita, porucha životního pole.
- *Související faktory:* Primární onemocnění, bolest nepohodlí.
- *Diagnostický závěr:* Kvantitativní i kvalitativní narušení toku energie v důsledku primárního onemocnění, mající za následek další prohlubování zdravotních problémů a tělesného i psychického dyskomfortu.
- *Cíl krátkodobý:* Participant se seznámí principy homeodynamiky
- *Cíl dlouhodobý:* Celková náprava zdravotního stavu, díky zavedení homeodynamických principů do života.

Ošetřovatelské intervence:

- Dle homeodynamických principů připravit sama sebe i prostředí na setkání s participantem.
- Edukovat participanta o principu integrity, helicity a rezonance.
- V rámci OP provést posílení energetického pole participanta pomocí biorezonance.

Realizace: Před každým setkáním jsem připravila prostředí tak, aby se participant cítil příjemně a bezpečně. Místnost jsem uklidila, provedla jsem desinfekci, vyvětrala, a snažila jsem se dle principu homeodynamiky pomocí cviků na propojení hemisfér a dechových cvičení naladit samu sebe na participanta. V průběhu rozhovoru jsem vysvět-

lila participantovi principy homeodynamiky a objasnila, jak s těmito principy pracovat v běžném životě. V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, krk a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení krátkodobého cíle:* Participant chápe principy homeodynamiky, v průběhu rozhovorů klade přílehlavé doplňující otázky. (cíl splněn)
- *Hodnocení dlouhodobého cíle:* Tři týdny od posledního setkání, uvádí participant zásadní zlepšení zdravotních problémů ale snahu o praktikování homeodynamických principů nejuje. (cíl splněn částečně)

00093 – Únava

(Doména 4 – Třída 3 – Koncepce: únava)

Participant je chronicky unaven, v důsledku čehož nemůže vykonávat běžné činnosti na obvyklé úrovni. Jedná se zejména o volnočasové aktivity.

- *Určující znaky:* Nedostatek energie, neschopnost vykonávat běžné denní činnosti, vyčerpání.
- *Související faktory:* Stres, ztráta fyzické kondice, narušený spánek, primární onemocnění.
- *Diagnostický závěr:* Chronický nedostatek energie související s primárním onemocněním, prohlubujícím stres a ztráta fyzické kondice.
- *Cíl krátkodobý:* Posílení spánku, odstranění úzkosti.
- *Cíl dlouhodobý:* Zlepšení fyzické kondice, odstranění únavy.

Ošetřovatelské intervence:

- Dle homeodynamických principů připravit sama sebe i prostředí na setkání s participantem.
- Edukovat participanta o významu práce s energií a společně nalézt vhodnou techniku k posílení jeho personálního pole.
- V rámci OP provést posílení energetického pole participanta pomocí biorezonance.

Realizace: Před každým setkáním jsem připravila prostředí tak, aby se participant cítil příjemně a bezpečně. Místnost jsem uklidila, provedla jsem desinfekci, vyvětrala, a snažila jsem se dle principu homeodynamiky pomocí cviků na propojení hemisfér a dechových cvičení naladit samu sebe na participanta. Edukovala jsem ho o možnostech zvýšení celkové energie pomocí doplňků stravy a jaterní očisty. V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, krk a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení krátkodobého cíle:* Během desetidenní OP byl participant velice unavený, se střídáním nálad. Spalo se mu výborně. (cíl splněn částečně)
- *Hodnocení dlouhodobého cíle:* Po třech týdnech po ukončení OP uvádí participant celkové zlepšení kondice a odstranění únavy. (cíl splněn)

00133 – Chronická bolest

(Doména 12 – Třída 1 – Koncepce: bolest)

Participant trpí chronickou bolestí nohou a rukou. Na deskriptivní škále bolesti udává stupeň dva až tři střední až silná bolest v závislosti na celkové únavě.

- *Určující znaky:* Dlouhodobá bolest nohou a rukou na stupni 2-3 deskriptivní škály bolesti. Tendence se zhoršovat při práci a únavě. Snížená schopnost vykonávat denní aktivity.
- *Související faktory:* Primární neurologické onemocnění, únava.
- *Diagnostický závěr:* Chronická bolest druhého stupně související s primárním onemocněním a fyzickým vypětím.
- *Cíl krátkodobý:* Eliminovat fyzické vypětí, a tím udržet bolest na stupni 2, či nižší.
- *Cíl dlouhodobý:* Úplně eliminovat bolest.

Ošetřovatelská intervence:

- Dle homeodynamických principů připravit sama sebe i prostředí na setkání s participantem.

- Edukovat participanta o nutnosti zvýšeně odpočívat po dobu celé terapie a s tím související nutnosti naučit se poslouchat signály těla.
- V rámci OP provést posílení energetického pole participanta pomocí biorezonance.

Realizace: Před každým setkáním jsem připravila prostředí tak, aby se participant cítil příjemně a bezpečně. Místnost jsem uklidila, provedla jsem desinfekci, vyvětrala, a snažila jsem se dle principu homeodynamiky pomocí cviků na propojení hemisfér a dechových cvičení naladit samu sebe na participanta. V rozhovoru jsem zdůraznila nutnost poslouchat signály těla, zejména co se týče únavy. V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střevo, plíce, krk a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení krátkodobého cíle:* Během desetidenních setkání byl participant velmi unavený, nicméně psychicky smířený s nutností odpočinku. Bolesti se nezhoršovaly, naopak ustupovaly. (cíl splněn)
- *Hodnocení dlouhodobého cíle:* Tři týdny od ukončení OP udává participant, že bolesti úplně ustoupily. (cíl splněn)

00059 – Sexuální dysfunkce

(Doména 8 – Třída 2 – Koncepce: sexuální dysfunkce)

V souvislosti s chronickou únavou a bolestí participant zažívá změnu v oblasti sexuálního fungování, které definuje jako neuspokojující.

- *Určující znaky:* Snížení sexuální touhy, změna v sexuální aktivitě.
- *Související faktory:* Únava a chronická bolest v důsledku primárního neurologického onemocnění.
- *Diagnostický závěr:* Snížená sexuální aktivita.
- *Cíl dlouhodobý:* Eliminovat bolest a únavu natolik, aby se napravily negativní změny v oblasti sexuality.

Ošetřovatelská intervence:

- Dle homeodynamických principů připravit sama sebe i prostředí na setkání s participantem.
- Edukovat participanta o možnostech zvýšení mužské vitality pomocí doplňků stravy, s primárním účinkem na zlepšení celkové vitality.
- V rámci OP provést posílení energetického pole participanta pomocí biorezonance.

Realizace: Před každým setkáním jsem připravila prostředí tak, aby se participant cítil příjemně a bezpečně. Místnost jsem uklidila, provedla jsem desinfekci, vyvětrala, a snažila jsem se dle principu homeodynamiky pomocí cviků na propojení hemisfér a dechových cvičení naladit samu sebe na participanta. Provedla jsem edukaci stran doplňků stravy na zlepšení vitality. V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, krk a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení dlouhodobého cíle:* Tři týdny od ukončení OP udává participant, že došlo k zásadnímu zlepšení v oblasti sexuální aktivity. (cíl splněn)

00055 – Neefektivní plnění rolí

(Doména 7 – Třída 3 – Koncepce: plnění rolí)

Potíže s naplňováním očekávání pro rodinu, v důsledku bolesti a ztráty energie.

- *Určující znaky:* Nadměrná zátěž v roli otce, neefektivní vykonávání role.
- *Související faktory:* Bolest a únava v souvislosti s primárním neurologickým onemocněním.
- *Diagnostický závěr:* Nedostatečné vykonávání role otce z důvodu bolesti a vyčerpání.
- *Cíl krátkodobý:* Společně najít aktivity, které by uspokojovaly otce i syna.
- *Cíl dlouhodobý:* Eliminovat fyzické vyčerpání a bolest tak, aby mohl participant opět vykonávat svou rodičovskou roli se vším všudy.

Ošetřovatelská intervence:

- Dle homeodynamických principů připravit sama sebe i prostředí na setkání s participantem.
- Seznámit participanta s objektivními důvody, proč nemůže vykonávat svou roli a zamezit tak sebeobviňování.
- Navést participanta na zástupné činnosti, které vzhledem ke svému stavu vykonávat může.
- V rámci OP provést posílení energetického pole pomocí biorezonance.

Realizace: Před každým setkáním jsem připravila prostředí tak, aby se participant cítil příjemně a bezpečně. Místnost jsem uklidila, provedla jsem desinfekci, vyvětrala, a snažila jsem se dle principu homeodynamiky pomocí cviků na propojení hemisfér a dechových cvičení naladit samu sebe na participanta. Během rozhovoru jsem zdůraznila objektivní skutečnosti, které znemožňují fyzické aktivity při hře s dítětem, a společně jsme objevili aktivity zástupné, které nevyžadují tolik energie a zároveň uspokojí otcovské ego. V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, krk a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení krátkodobého cíle:* Participant si uvědomil, že existuje spousta aktivit, kdy si může být otec se synem blízko a není potřeba fyzická aktivita. (cíl splněn)
- *Hodnocení dlouhodobého cíle:* Tři týdny od ukončení OP udává participant, že má mnohem více energie a že dovolená, na kterou odjel ihned po ukončení OP, se synem a manželkou byla nad očekávání. (cíl splněn)

Rizikové ošetřovatelské diagnózy:

00153 – Riziko situačně nízké sebeúcty

(Doména 6 – Třída 2 – Koncepce: sebeúcta)

- *Diagnostický závěr:* Participant má sklony k depresivním rozladům v důsledku nedostatku energie pro vykonávání volnočasových aktivit.

- *Rizikové faktory:* Nerealistické očekávání od sebe sama.

Očekávané výsledky:

- *Cíl dlouhodobý:* Participant bude mít dostatek energie, na vykonávání reálných volnočasových aktivit.

Ošetrovatelské intervence:

- Edukace a rozhovor s participantem o reálných aktivitách přiměřených věku a zdravotnímu stavu.
- Posílení energetického pole prostřednictvím biorezonance.

Realizace: Rozhovor s participantem o jeho možnostech a limitech. V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, krk a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení:* Tři týdny od ukončení OP je participant spokojený sám se sebou a se svými fyzickými možnostmi. (cíl splněn)

00094 – Riziko intolerance aktivity

(Doména 4 – Třída 4 – tolerance aktivity)

- *Diagnostický závěr:* Participant je náchylný k pocitu nedostatku fyzické energie k tomu aby zvládl požadované denní činnosti.
- *Rizikové faktory:* Ztráta fyzické kondice jako důsledek primárního onemocnění.

Očekávané výsledky:

- *Cíl dlouhodobý:* Zlepšení primárního onemocnění, eliminace únavy a bolestí.
- *Ošetrovatelská intervence:* V rámci OP provést posílení energetického pole participanta pomocí biorezonance.

Realizace: V rámci OP jsem provedla biorezonanční terapii přístrojem Sensitiv Imago 530 s cílem posílit energetické pole těla prostřednictvím posílení klíčových orgánů jako jsou Játra a žlučník, ledviny a močový měchýř, slezinu, slinivku, žaludek, střeva, plíce, krk a vzhledem k charakteru primárního onemocnění i páteř, míchu, hlavové nervy, míšní nervy a hypotalamická jádra.

- *Hodnocení:* Tři týdny od ukončení OP je participant bez bolestí a má dostatek energie. (cíl splněn)

10.2.7 Kontrolní ošetřovatelská anamnéza dle modelu Funkčních vzorců zdraví M.

Gordon po třech týdnech od ukončení OP:

1. Vnímání zdraví a jeho udržování:

- **Subjektivně:** Tři týdny po ukončení OP hodnotí participant svůj zdravotní stav takto: „*Cítím se dobře, nic mě nebolí a únavu už také necítím. Je to zvláštní, takovou dobu člověk žije s nemocí, a když odejde, tak ani neví, jak se to stalo. Bylo to takové pozvolné, že jsem si ani neuvědomil, že mi vlastně vůbec nic není, dokud jste se mě nezeptala. Zdraví člověk asi bere jako samozřejmost. Jen doufám, že to vydrží*“
- **Objektivně:** Participant žil tak dlouho s nemocí, že se zdráhá přijmout fakt, že se momentálně cítí dobře. Když jsem mu vyjmenovala neduhy, které ho trápily, byl až překvapený. Například na bolest v krku úplně zapomněl.

2. Výživa, metabolismus:

Tato oblast byla subjektivně i objektivně na začátku vyhodnocena jako v pořádku a od prvního dotazování se nic nezměnilo.

- **Subjektivně:** „*Vybavuji si, že když jsme dělali tu terapii, tak jsem měl párkrát průjem, ale ihned se to upravilo zase do normálu.*“
- **Objektivně:** Participant drží bezlaktózovou dietu, při které potíže s trávením neguje. Průjem během OP vysvětlují fyziologickou reakcí organismu na náhlé zvýšení celkové energie. Váha je stále stejná.

3. Vylučování:

- **Subjektivně:** „*Vybavuji si, že když jsme dělali tu terapii, tak jsem měl párkrát průjem, ale ihned se to upravilo zase do normálu*“

- **Objektivně:** Participant drží bezlaktózovou dietu, při které potíže s trávením neuguje. Průjem během OP vysvětlují spuštěním očistných pochodů organismu. Váha je stále stejná.

4. *Aktivita a cvičení:*

- **Subjektivně:** „*Mám mnohem víc energie a nic mě nebolí, takže plánuju zase začít s fotbalem. Na dovolené jsme hodně chodili, večer jsem byl unavený a spal jsem jako zabítý, ale zvládl jsem všechno, co jsem chtěl.*“
- **Objektivně:** Tato oblast byla vnímána obzvlášť palčivě. Nyní se chystá zase sportovat, což ho naplňuje nadějí do budoucna.

5. *Spánek a odpočinek:*

- **Subjektivně:** „*Už nemám potřebu spát ve dne, ale večer usínám brzo. Ráno vstávám odpočatý a bez problémů. No, myslím, že osm až devět hodin naspím, ale to mi vůbec nevadí.*“
- **Objektivně:** Potřeba spánku přes den pominula, ranní vstávání je bez problémů. Délka spánku je přizpůsobena potřebě organismu.

6. *Vnímání a poznávání:*

Tato oblast byla subjektivně i objektivně na začátku vyhodnocena jako v pořádku a od prvního dotazování se nic nezměnilo.

7. *Sebepojetí a sebeúcta:*

Tato oblast byla subjektivně i objektivně na začátku vyhodnocena jako v pořádku a od prvního dotazování se nic nezměnilo.

8. *Role, mezilidské vztahy:*

- **Subjektivně:** „*Já jsem moc spokojen. Té dovolené jsem se tak bál a nakonec byla perfektní. Mám z toho dobrý pocit hlavně kvůli synovi, že se tam nenudil.*“
- **Objektivně:** Z participanta vyzařuje optimismus. Těžce nesl svou nedostatečnost v plnění rodičovské role, ačkoliv objektivně byla v pořádku.

9. *Sexualita:*

- **Subjektivně:** „*Je to o moc lepší, hlavně díky tomu, že nejsem unavený. Asi nemůžu chtít, aby to bylo jako ve dvaceti....*“

- **Objektivně:** Zdravá sexualita je důležitým předpokladem spokojeného manželství, ne jen proto, že obohacuje partnery vzájemnou rozkoší, ale muži dodává pocit zdravé důležitosti. I tato oblast vykazuje známky zlepšení, což je důležité pro jeho psychiku.

10. Zvládnutí zátěže, odolnost vůči stresu:

- **Subjektivně:** „*Celkově jsem spokojenější, i když si to člověk v běžném životě ani neuvědomí, nějaké ty starosti jsou pořád.*“
- **Objektivně:** Problémy v této oblasti nebyly nijak podstatné a vyplývaly z fyzického diskomfortu, který momentálně neguje.

11. Víra a životní hodnoty:

Tato oblast byla subjektivně i objektivně na začátku vyhodnocena jako v pořádku a od prvního dotazování se nic nezměnilo.

12. Jiné:

- **Subjektivně:** „*Od září začnu zase sportovat, tedy jestli nám to covid dovolí.*“
- **Objektivně:** Důležitým aspektem v lidském životě je uspokojování zájmů, provozování oblíbených činností. V případě účastníka je to sport, jehož provozování bylo limitováno zdravotním stavem.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Tato kapitola je určena k interpretaci výsledků, které slouží jako odpovědi na naše výzkumné otázky. Na základě našeho výzkumu jsme pomocí kódování vytvořili postupy, které v konečném výsledku zobrazí analyzované jevy tak, aby potvrdily, či vyvrátily naši teorii o možnosti využití modelu energetických polí v ošetrovatelském procesu u pacientů s neurologickým onemocněním, s tím že v rámci ošetrovatelského procesu byl námi vytvořen a následně aplikován ošetrovatelský postup využívající Teorii jednotných lidí od Marthy E. Rogers. Výsledky byly následně posuzovány rozdílem mezi vnímáním Funkčních vzorců zdraví dle M. Gordon před a po aplikaci ošetrovatelského procesu.

	PROBLÉMY SPOJENÉ S NEUROLOGICKÝM ONE- MOCNĚNÍM-SPOLEČNÉ ZNAKY	PROBLÉMY SPOJENÉ S NEUROLOGICKÝM ONE- MOCNĚNÍM-ROZDÍLY	HODNOCENÍ PROBLÉMŮ
FUNKČNÍ VZOREC ZDRAVÍ	Před OP		Po OP
Vnímání zdraví	omezení bolest dyskomfort únava	vertigo	úleva náprava naděje
Výživa a metabolismus		obezita subj. i obj. bez problému	beze změny
Vylučování	subj. i obj. bez problému		beze změny
Aktivita, cvičení	omezení		úleva naděje
Spánek odpoči- nek	noční buzení	nadměrná potřeba spánku	náprava
Vnímání a poznávání	subj. i obj. bez problému		beze změny
Sebepojetí a sebeúcta		mám se ráda ne mám se rád ano	beze změny
Role a mezilidské vztahy		komplikovaná role otce komplikovaná role manžela	náprava
Sexualita		komplikovaná role manžela	náprava
Zvládání zátěže, odolnost vůči stresu		zhoršování stresem zhoršování únavou	úleva
Víra, životní hodnoty	subj. i obj. bez problému		beze změny
Jiné		nemožnost sportovat	náprava

DISKUZE

Tato bakalářská práce prověřuje možnost ambulantní ošetrovatelské péče, pomocí praktického využití modelu energetických polí dle M. Rogers, u pacientů s neurologickým onemocněním. Jednalo se konkrétně o pacienty s diagnostikovanou neuroboreliózou, přičemž jsme se v praxi setkali přesně s tím, co v souvislosti s tímto onemocněním popisuje odborná literatura. „Jedná se konkrétně o neuspokojivou prognózu v případech, kdy se po přeléčené borelióze vyvinou bez objektivizovaného nálezu únavové a pseudoneuroastenické potíže. Tito pacienti, obzvláště pokud se dostanou do fáze perzistující boreliové infekce, nebo postboreliového syndromu, mají tendenci k chronizaci často polymorfních obtíží a patří mezi obtížně léčitelné a jsou doslova léčebně nevděční. (Bartůněk a kol., 2013, s. 109)

Byla to právě již zmíněná nevděčnost vůči léčbě a i vůči ošetřujícím lékařům, společně s novými obzory, které mi otevřelo studium ošetrovatelství, co nás vedlo k realizování tohoto výzkumu. Prakticky totiž vyplynulo, že tito pacienti už nejsou ochotni důvěřovat a tím ani spolupracovat s lékaři, zároveň však hledají pomoc jinde. Tato situace pak nahrává různým léčitelům a mnohdy může být ve výsledku pro pacienta nebezpečná. Ošetrovatelská intervence školené a náležitě vzdělané sestry se nám v tomto případě jeví jako ideální řešení, neboť sestra je pacientem přirozeně vnímána jinak, než lékař a má tím pádem šanci získat pacientovu důvěru a zároveň s lékařem vždy spolupracuje a zásadně na prvním místě respektuje lékařské doporučení.

Prakticky jsme si tedy stanovili celkem tři výzkumné cíle, ke kterým se pojí jednotlivé výzkumné otázky. Hlavním cílem této práce bylo ověřit možnost ambulantní ošetrovatelské péče pomocí praktického využití modelu energetických polí, dle M. Rogers, u pacientů s neurologickým onemocněním. V souvislosti s tímto cílem byla položena výzkumná otázka: **„Lze vytvořit praktický ošetrovatelský postup dle modelu „jednotných lidí“ M. Rogers?“** Tuto hlavní výzkumnou otázku jsme se snažili zodpovědět pomocí dílčích cílů a výzkumných otázek. Konkrétně za první: vytvořením praktického ošetrovatelského postupu za pomoci aplikace modelu „Jednotných lidí“ a využitím tohoto postupu v ošetrovatelské péči u neurologických pacientů a za druhé: zjištěním efektivity námi vytvořeného ošetrovatelského postupu pomocí modelu „Funkčního typu zdraví“ dle M. Gordon. K těmto dílčím cílům se váží výzkumné otázky „Je námi vytvořený postup aplikovatelný v ambulantní ošetrovatelské praxi u pacientů s neurologickým onemocněním?“

a „Dochází pomocí námi vytvořeného postupu k napravování dysfunkčních vzorců zdraví dle M. Gordon?“

Za účelem zodpovězení našich výzkumných otázek a splnění dílčích cílů bylo provedeno v praktické části kvalitativní šetření. Toto šetření bylo zpracováno formou kazuistik a rozhovorů s participanty, které jsme pro zachování anonymity označili participant X a Y. Kazuistiky byly zaměřeny na porovnání funkčních vzorců zdraví M. Gordonové, před a po aplikaci ošetrovatelského postupu a to jak z hlediska participantů, tedy subjektivně, tak z hlediska sestry, objektivně. Do studie byli vybráni celkem dva participant s diagnostikovanou neuroboreliózou v trvání nejméně dvou let, kteří byli poučení o anonymitě v rámci výzkumu a možnosti neodpovídat na otázky, pokud by jim byly nepřijemné.

Ke splnění prvního dílčího cíle, k vytvoření praktického ošetrovatelského postupu za pomoci aplikace modelu „Jednotných lidí“ do praxe a využití tohoto postupu v ošetrovatelské péči u neurologických pacientů, bylo potřeba důkladně se obeznámit s principy modelu energetických polí dle M. Rogers. Tyto principy jsou princip integrity, helicity a rezonance, dále koncepce energetických polí a čtyřdimenzionality. Tyto principy jsme následně praktikovali v ošetrovatelské péči, (viz praktická část) čímž jsme také odpověděli na první výzkumnou otázku. **„Lze vytvořit praktický ošetrovatelský postup dle modelu „Jednotných lidí“ M. Rogers pro pacienty s neurologickým onemocněním?“**

Splněním druhého dílčího cíle a to ověřením efektivity námi vytvořeného ošetrovatelského postupu pomocí modelu „Funkčního typu zdraví“ dle M. Gordon, jsme zároveň odpověděli na následující dvě výzkumné otázky: **„Je námi vytvořený postup aplikovatelný v ambulantní ošetrovatelské praxi u pacientů s neurologickým onemocněním?“**a **„Dochází pomocí námi vytvořeného postupu k napravování disfunkčních vzorců zdraví dle M. Gordon?“**

Předchozí závěry a odpovědi na dílčí výzkumné otázky vedly nakonec i k odpovědi na hlavní výzkumnou otázku **„Lze vytvořit a aplikovat praktický ošetrovatelský postup u neurologických pacientů dle modelu Jednotných lidí M. Rogers.?"** Nám se tuto možnost podařilo potvrdit, nicméně námi provedený výzkum má své limity, které plynou přímo ze složitosti modelu Jednotných lidí. Jedním z limitů je Rogersovou popsáný princip integrity, který vysvětluje, že mezi energetickými poli jedinců, ale i okolí probíhá neustálá interakce a vzájemná výměna energie, nebo princip helicity, který popisuje kontinuální

změny, které posouvají jedince ke stále větší složitosti. Z výše uvedeného vyplývá, že náš výzkum, tak jak proběhl, nemůže být nikdy opakovatelný, protože není opakovatelná jedinečnost subjektů ani jejich energetických polí. Naproti tomu poslední Rogersovou popsany homeodynamický princip a to princip rezonance, představuje v našem výzkumu poměrně stabilní veličinu a to díky moderní technice, která nám nabízí v dnešní době přístroje, které umí pracovat s frekvencemi, aniž by došlo k jejich ovlivnění ze strany ošetřovatele. Dalším a to podstatným limitem našeho výzkumu je velká časová náročnost a kázeň kladená při ošetřovatelském procesu jak na pacienta, tak na ošetřovatele. V dnešní zdravotnické praxi není možné věnovat v běžných podmínkách jednomu pacientovi takové množství času, jak tento námi navržený ošetřovatelský postup vyžaduje a zrovna tak je minimum pacientů, kteří by byli ochotni ambulantně docházet na terapie a zároveň po dobu deseti až čtrnácti dnů dodržovat značnou sebekázeň, co se týče zdravého životního stylu.

I přes uvedené limity se domníváme, že těm pacientům, kteří by byli ochotni věnovat svému zdraví čas a úsilí, které námi navržený postup vyžaduje, by mělo být umožněno jej podstoupit. Jedná se především o ty již zmiňované „léčebně nevděčné“ pacienty, kteří ale subjektivně vnímají svůj zdravotní stav jako problematický a jejichž problémy máme jako ošetřovatelky povinnost mírnit, uzdravovat a předcházet jim. K tomu je však potřeba více podobných výzkumů, které by potvrdily naše závěry.

Pravděpodobně z důvodu náročnosti energetických modelů jako takových a i z výše uvedených důvodů se nám nepodařilo najít práci, která by se zabývala přímo aplikací modelu energetických polí do praxe. Určitou srovnávací hodnotu má pro nás práce Maškové (2013), která se ve své bakalářské práci zaměřuje na přínos (byť pouze) biorezonanční terapie u poruch LS páteře. Autorka na vzorku 12 participantů s různými poruchami v úseku LS páteře, zaznamenala pomocí biorezonance stoprocentní účinnost ve smyslu alespoň nějaké úlevy bezprostředně po skončení terapie. Jiná práce s obdobným výsledkem je diplomová práce Ing. Němcové (2003), která se zaměřuje na aplikaci biorezonanční terapie přístrojem Bicom, ale jen částečně. Podstata její práce je technického charakteru. Obě autorky poukazují na variabilitu terapeutických výsledků vzhledem k jedinečnosti lidských bytostí, v čemž se s námi naprosto shodují.

Jelikož námi provedený výzkum byl pro mě první, obávám se, že přes moji upřímnou snahu jsem při jeho realizaci nebyla tak nestranná, jak by bylo na místě, z důvodu nadšení, možná až škodlivého pro nestrannost průzkumníka. S rezonančními

principy totiž pracuji a jsem s nimi obeznámena již sedm let. S modelem M. Rogers jsem se ale seznámila až při studiu a natolik mne nadchnul, že jsem se okamžitě rozhodla směřovat svou bakalářskou práci tímto směrem a vzdát tím hold genialitě a vizionářství paní M. E Rogers.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo ověřit možnost vytvoření a aplikace praktického ošetřovatelského postupu dle modelu „Jednotných lidí“ M. Rogers u pacientů s neurologickým onemocněním. Toto téma bylo vybráno především z důvodů osobních a to hned v několika rovinách. Prvním důvodem byla osobní zkušenost s neuroboreliózou z blízkého okolí a druhým, možná podstatnějším důvodem bylo nadšení z koncepce modelu „Jednotných lidí“ M. Rogers.

Teoretická část této práce zahrnuje všechny podstatné informace tak, aby následný výzkum byl podložen náležitými teoretickými vědomostmi, které byly prakticky uplatněny při vytváření a aplikaci ošetřovatelského postupu. Jedná se v první řadě o anatomii nervové soustavy, dále o způsobech neurologického vyšetření a to zejména sestrou, seznámení s neuroboreliózou, použitými ošetřovatelskými modely a s biorezonancí, jako s hlavním nástrojem námi vytvořeného ošetřovatelského postupu.

Praktická část už obsahuje jednotlivé kazuistiky a rozhovory. Byla sebrána data ze dvou kazuistik a rozhovorů, týkajících se pacientů dlouhodobě se léčících s neuroboreliózou. Jejich obsahem byl sběr dat, tedy anamnéza, fyzikální vyšetření sestrou, použití hodnotících škál a byla sebrána také ošetřovatelská anamnéza dle teorie základní ošetřovatelské péče M.Gordon. Následně bylo provedeno zhodnocení, stanovení ošetřovatelských diagnóz dle aktuální NANDA taxonomie, dále naplánování ošetřovatelské péče a stanovení cílů. Na základě předchozího byl s použitím teoretických znalostí ošetřovatelského modelu „Jednotných lidí“ sestaven ošetřovatelský proces, s jehož pomocí jsme poté realizovali ošetřovatelský plán. Na konec jsme provedli zhodnocení efektu ošetřovatelské péče pomocí porovnání dvanácti funkčních vzorců zdraví M. Gordon, před a po aplikaci námi vytvořeného ošetřovatelského postupu.

Celkem jsme si stanovili tři výzkumné cíle. Hlavním výzkumným cílem bylo ověřit možnost ambulantní ošetřovatelské péče pomocí praktického využití modelu energetických polí, dle M.Rogers u pacientů s neurologickým onemocněním. Na základě hlavního cíle, jsme následně stanovili dva dílčí výzkumné cíle, které se zabývaly nejprve vytvořením praktického ošetřovatelského postupu za pomoci aplikace modelu „Jednotných lidí“ do praxe a využitím tohoto postupu v ošetřovatelské péči u neurologických pacientů, a následným zjištěním efektivity námi vytvořeného ošetřovatelského postupu, pomocí mo-

delu Funkčního typu zdraví“ dle M. Gordon. V rámci tohoto výzkumu, se námi vytvořené postupy jeví jako použitelné.

Jako praktický výstup jsme zvolili školící prezentaci pro neurologické sestry, s možností rozšíření obzorů ošetrovatelské péče o prakticky málo využívaný model energetických polí, což by mohlo mít do budoucna přínos zejména u již zmíněných „léčebně nevděčných pacientů“ se současným přínosem pro přetížené lékaře.

CITOVANÁ LITERATURA

1. **Foletti, Alberto a col., a.** Bioelectromagnetic medicine: The role of resonance signaling. *Electromagnetic biology and medicine*. [Online] 9. July 2012. [Citace: 24. 5 2021.] ISSN 1356-8378.
2. **Doyle, John.** The science of bioresonance. *Positive health*. 2015, 10.ISSN 1356-3963
3. **Ambler, Zdeněk.** *Základy neurologie*. Praha : Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-707-3.
4. **Bartůněk, Petr.** *Lymeská Borelióza*. Praha : Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4355-4.
5. **Burša, Filip.** *Ultrasonografie v intenzivní a urgentní medicíně*. 1. vydání. Praha : Maxdorf, Jessenius, 2021. ISBN 978-80-7345-611-5.
6. **ČIHÁK, Radomír.** *Anatomie*. Praha : Grada Publishing a.s., 2016. ISBN 978-80-247-5636-3.
7. **Ferda, Jiří, a další.** *Základy zobrazovacích metod*. Praha : Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-164-3.
8. **Grim, Miloš a Druga, Rastislav.** *Základy anatomie*. Praha : Galén, 2020. ISBN 978-80-7492-495-8.
9. **Herdman, T. Heather a Kamitsuru, Shigemi.** *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace*. Praha : Grada Publishing a.s., 2020. ISBN 978-80-271-0710-0.
10. **Jarošová, Darja.** *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2002. ISBN 80-7042-339-0.
11. **Kutnohorská, Jana.** *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha : Sestra (Grada), 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
12. **Mikšová, Zdeňka, Froňková, Marie a Zajičková, Marie.** *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha : Sestra (Grada), 2006. ISBN 80-247-1443-4.
13. **Nejedlá, Marie.** *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha : Sestra (Grada), 2015. ISBN 978-80-247-4449-0.
14. **Pavlíková, Slavomíra.** *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha : Sestra (Grada), 2006. ISBN 8024712113.

15. **Petrovický, Pavel a kolektiv.** *Klinická neuroanatomie CNS s aplikovanou neurologií a neurochirurgií.* Praha : TRITON, 2008. ISBN 978-80-7387-039-3.
16. **Pícha, D., Moravcová, L., Smíšková, D.** Průkaz boreliové DNA u pacientů s neuroboreliózou. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie.* 2016, Sv. 112(5), 5, stránky 566-571. ISSN-1210-7859
17. **Podrazilová, Petra, a další.** *Teorie ošetrovatelství: (skripta pro bakalářské studijní obory).* Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2016. ISBN 978-80-7497-297-6.
18. **Reichel, Jiří.** *Úvod do sociálního výzkumu.* Praha : Mowshe s.r.o., 2010. ISBN 978-80-904426-3-4.
19. **Seidl, Zdeněk.** *Neurologie pro studium i praxi.* Praha : Grada Publishing a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5247-1.
20. **Růžička, Evžen a kolektiv.** *Neurologie.* Praha : Triton, 2021. ISBN 978-80-7553-908-3.
21. **Slezáková, Zuzana.** *Ošetrovatelství v neurologii.* Praha : Sestra (Grada), 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.
22. **Tóthová, Valérie.** *Ošetrovatelský proces a jeho realizace.* Praha : Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
23. **Vokurka, Martin a Hugo, Jan.** *Velký lékařský slovník.* Praha : Maxdorf (jessenius), 2015. ISBN 978-80-7345-456-2.
24. **Votrubová, Jana.** *Klinické PET a PET/CT.* Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-619-9.
25. **Žiaková, Katarína a kol.** *Ošetrovatelské konceptuálne modely.* Martin : Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-247-2.
26. **Kondáš, Ondrej a kol.** *Psychodiagnostika dospelých.* Martin : Osvěta, 1992. ISBN 80-217-0357-1.
27. **Špinarová, M a kol.** Klinické klasifikace a skórovací systémy u srdečního selhání. *Kardiol Rev Int Med.* 2015, Sv. 17(2), 2. stránky 131-135. ISSN 2336-288x

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Průvodní list k rešerši.....	92
Příloha č. 2: Čestné prohlášení	93
Příloha č. 3: Informovaný souhlas	94
Příloha č. 4: Hodnotící škála bolesti.....	95
Příloha č. 5: Prohlášení o shodě 1/2	96
Příloha č. 6: Prohlášení o shodě 2/2	97
Příloha č. 7: Certifikát	98
Příloha č. 8: Školení pro sestry	99

Příloha č. 1: Průvodní list k rešerši

Zadavatel si doplní své

Jméno: Kateřina Laurincová

Název práce: Využití koncepčního ošetrovatelského modelu v ošetrovatelské péči u pacientů s neurologickým onemocněním.

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova,

klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“

Časové vymezení:

Časově neomezeno, v souborech se širším záběrem 2011-2020, pokud možno, jsou práce seřazeny od nejnovější k nejstarší.

Druhy dokumentů:

v záznamech viz pole „PT“, popř. „RT“)

KNIHY (=monografie), sborníky, ČLÁNKY, popř. kapitoly knih či články ze sborníků, abstrakta, odkaz na kvalifikační (bakalářské a diplomové práce) – *je pro Vaši inspiraci – některé školy je uvádět nechtějí – zaříd'te se podle požadavků Vaší školy*

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

Základní prameny:

Katalogy knihoven systému Medvik – knihy (=monografie)

Bibliographia medica Českoslovaca (BMČ – články)

Medline

Theses

Repozitář závěrečných prací UK

Objednavatel potvrzuje, že se jedná o rešerši pro osobní potřebu koncového uživatele ve smyslu Zákona č. 121/2000 Sb., oddíl 2, § 30.

Příloha č. 2: Čestné prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem byl(a) poučen(a) o principu kompenzace energetického pole prostřednictvím biorezonance, a o kontraindikacích s tím spojených.

Informacím rozumím a prohlašuji, že nemám známky infekčního onemocnění, netrpím epilepsií, a nemám kardiostimulátor.

Zároveň respektuji níže uvedené požadavky na provedení kompenzace energetického pole pomocí biorezonance.

Prohlašuji, a svým podpisem potvrzuji, že veškeré mnou uvedené informace jsou pravdivé.

V Novém Strašecí:

Dne:

Podpis:

Požadavky na provedení kompenzace energetického pole pomocí biorezonance:

1. Dvě hodiny před procedurou nejíst, nepít kafe, černý, nebo zelený čaj, nekouřit.
2. Po celou dobu aplikace ošetrovatelského procesu (10-14 dní) nepít alkohol
3. Po celou dobu aplikace ošetrovatelského procesu (10-14 dní) respektovat požadavky organismu na odpočinek

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

Jméno Kateřina Laurincová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail katkalau@students.cz

VEDOUcí BP:

Jméno Mgr. Lucie Posseltová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail posseltoval@fnplzen.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je ověřit možnost využití ošetrovatelského modelu Energetických polí k sestavení a aplikaci praktického ošetrovatelského postupu u neurologických pacientů.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 4: Hodnotící škála bolesti



Jednoduchá deskriptivní škála bolesti



Příloha č. 5: Prohlášení o shodě 1/2

ALFA-MED LLC	Declaration of Conformity	Doc. ref.: DoC2013 vs. 01
		Page: 1 of 2

DECLARATION OF CONFORMITY

CE

2195

1) **Manufacturer:** ALFA-MED LLC

Address: 115419, Russia, Moscow, Shabolovka str. 34
and

#R500F084CE2

2) **European authorized representative:** CEpartner4U BV,

Address: ESDOORNLAAN 13, 3951DB MAARN, THE NETHERLANDS;

(on product labels printed as:

CEpartner4U , ESDOORNLAAN 13, 3951DB MAARN, THE NETHERLANDS. www.cepartner4u.eu)

3) **Product(s)** (name, type or model/batch number, etc.):

- **Active Diagnostic Device For Non-Vital Physiological Parameters**
(Brand name: SENSITIV IMAGO)
see appendix

4) **The product(s) described above is in conformity with:**

Title	Document No.
Medical Device Directive	93/42/EEC

5) **Additional information** (conformity procedure, Notified Body, CE certificate, Registration nr., etc.):

Conformity assessment procedure for CE marking: Medical Device Directive, Annex II

Notified Body and NB-no: SZUTEST; 2195 CE-certificate nr. : 2195-MED-1325201

Applicable standards:

- > EN 60601-1:2006 (3d Ed.) Medical electrical equipment - Part 1: General requirements for basic safety and essential performance
- > EN 60601-1-2:2007 Medical electrical equipment - Part 1-2: General requirements for safety - Collateral standard: Electromagnetic compatibility - Requirements and tests
- > EN ISO 13485:2012: Medical devices - Quality management systems - Requirements for regulatory purposes
- > EN ISO 14971:2012: Medical devices - Application of risk management to medical devices
- > EN 62304:2008: Medical device software - Software life-cycle processes
- > EN 980:2008: Graphical symbols for use in the labeling of medical devices
- > EN 1041:2008: Information supplied by the manufacturer of medical devices
- > EN ISO 10993-1:2009: Biological evaluation of medical devices - Part 1: Evaluation and testing within a risk management process

Moscow, Russia, 2013-09-23

Maarn, NL; 2013-09-23

Kiselev Andrey, General Director, ALFA-MED LLC

Olga Teirlinck, Consultant, CEpartner4U BV

Příloha č. 6: Prohlášení o shodě 2/2

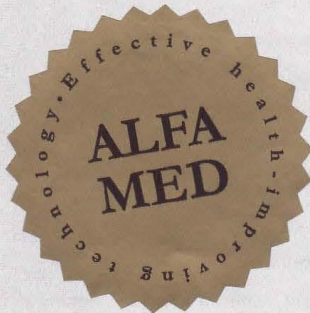
ALFA-MED LLC	Declaration of Conformity	Doc. ref.: DoC2013 vs. 01
		Page: 2 of 2

Appendix

Date: 2013-09-23

List of devices.

Device name	Type/ model/ref number	Risk class / rule ¹	First date of CE-compliance
Active Diagnostic Device For Non-Vital Physiological Parameters	535, 530,130,135	Class IIa / Rule 10	2013-09-09



¹ See risk classification in Medical Device Directive, annex IX

Příloha č. 7: Certifikát



Využití koncepčního ošetřovatelského modelu „Jednotných lidí“ u pacientů s neuroboreliózou.

ŠKOLENÍ PRO SESTRY

6.3.2022

Kateřina Laurincová

Ošetřovatelství v neurologii

- Klade důraz na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacientů
- Využívá hlavně poznatky z neurologie, psychologie, filozofie a dalších disciplín
- Poskytuje OP vedoucí k uzdravení, nebo zmírnění zdravotních problémů
- Pomáhá pacientům získat nezávislost a soběstačnost
- To vše pomocí holistických přístupů

Ošetřovatelský model M. Rogers

- Model „Jednotných lidí“
- Nejkomplexnější, nejsložitější holistický model
- Málo využívaný v praxi
- Těžko prakticky uchopitelný
- Jádrem modelu tvoří čtyři koncepce a osm předpokladů

Koncepce Modelu Jednotných lidí

- 1) ENERGETICKÉ POLE:
 - Základ jednoty života a smrti
 - Nemá hranic
 - Nedělitelné, dynamické, čtyřdimenzionální
 - Identifikovatelné pomocí vln
 - Identifikujeme lidské pole (jednotný člověk) a ekologické pole (prostředí)-interakce

Koncepce Modelu Jednotných lidí

- 2) UNIVERZUM OTEVŘENÝCH SYSTÉMŮ:
 - Vzájemná výměna energie
 - Vzájemná výměna informací
 - Jednotlivé struktury jsou odlišitelné
- 3) STRUKTURA:
 - Lidské pole je neoddělitelné
 - V rámci celku definovatelné
 - Neustálá dynamická proměna

Koncepce Modelu Jednotných lidí

- 4) ČTYŘDIMENZIONALITA:
 - Stav bytí bez prostoru a času
 - Život v trojdimenzionálním světě
 - Uvědomění si čtyřdimenzionální skutečnosti

Předpoklady Modelu jednotných lidí

- CELISTVOST- člověk je víc, než součet částí
- OTEVŘENOST- výměna hmoty a energie
- JEDNOSMĚRNOST- nevratnost vývoje
- STRUKTURA A ORGANIZACE- hmoty a energie
- VNÍMÁNÍ A MYŠLENÍ- řeč, emoce, představy...
- SYNERGIE- jednotné chování celého systému
- NEGENTROPIE- celek je systémově uspořádán

Předpoklady Modelu jednotných lidí

- POLE A ŽIVOTNÍ PROCES
 - Energetické pole jako základ všeho v univerzu
 - Energetická pole mají své zákony
 - Energetická pole nahrazují buňky jako základní jednotky biologického systému (výzkum H. Burra o organizaci elektrodynamických polí)

Využití Modelu jednotných lidí pro realizaci praktického OP

- Postupovat dle jednotlivých fází ošetrovatelského procesu - sběr dat
 - diagnostika
 - plánování
 - realizace
 - vyhodnocení
- Při plánování a realizaci vycházet z asumpcí modelu a respektovat předpoklady modelu

Využití Modelu jednotných lidí pro realizaci praktického OP

- PLÁNOVÁNÍ:
 - 1) Vycházet z diagnóz stanovených dle NANDA
 - 2) Provést edukaci pacienta, seznámit ho s principy modelu
 - 3) Společně zvolit vhodné postupy k nápravě celistvosti a dynamiky pacienta

Využití Modelu jednotných lidí pro realizaci praktického OP

- REALIZACE:
 - 1) Velice individuální, vždy vychází ze vzájemného propojení energetických polí sestry a pacienta (dechová cvičení, vizualizace)
 - 2) Zároveň stejná jako u jiných modelů- respektujeme bio, psycho sociální potřeby
 - 3) Lze využít BIOREZONANCE k nápravě energetických polí

Využití Modelu jednotných lidí pro realizaci praktického OP

- REALIZACE POMOCÍ BIOREZONANCE:
 - Pro práci s biorezonančním přístrojem je potřeba náležitého proškolení
 - Sestra dle znalosti anatomie a fyziologie, na základě diagnostiky vybere orgány, které je potřeba energeticky posílit pro vyrovnání celkového energetického pole člověka

Princip biorezonance

- Koresponduje s modelem energetických polí.
- Vychází z objevu H. Burra o organizaci elektrodynamických polí organismu.
- Výzkumy již od čtyřicátých let minulého století
- Jsou popsány rezonanční frekvence polí jednotlivých orgánů, odchylka znamená nemoc
- Přístroj dokáže tyto frekvence obnovit

OP u pacientů s neuroboreliózou

- Respektujeme již zmíněné všeobecné zásady
- Chroničtí pacienti- ztráta důvěry-trpělivost
- Vyslechnout nebagatelizovat problémy
- Opakovaně edukovat
- Požadovat kázeň a dobrou spolupráci
- Metoda není pro každého (pacienti, sestry)
- Pro úspěšné uplatnění nutná psychická i fyzická pohoda sestry – prolínání polí

DĚKUJI ZA POZORNOST

Použitá literatura

- **Pavlíková, Slavomíra.** *Modely ošetrovatelství v kostce.* Praha : Sestra (Grada), 2006. ISBN 8024712113.
- **Jarošová, Darja.** *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie.* Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2002. ISBN 80-7042-339-0.
- **Herdman, T. Heather a Kamitsuru, Shigemi.** *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace.* Praha : Grada Publishing a.s., 2020. ISBN 978-80-271-0710-0.
- **Slezáková, Zuzana.** *Ošetrovatelství v neurologii.* Praha : Sestra (Grada), 2014. ISBN 978-80-247-4868-9.