UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Alena Kunclová**

**Model ošetřovatelské péče v praxi na kardiologické klinice**

*Seminární práce*

Praha, září 2021

**Obsah**

[**1** **Úvod** 3](#_Toc82128284)

[**2** **Teoretická část** 4](#_Toc82128285)

[**2.1** **Dorothea Elizabeth Orem** 4](#_Toc82128286)

[**2.2** **Vývoj modelu podle D. Orem** 4](#_Toc82128287)

[2.3 Sebepéče a její požadavky 4](#_Toc82128288)

[**2.3.1** **Deficit sebepéče** 5](#_Toc82128289)

[**3** **Praktická část práce** 6](#_Toc82128290)

[**3.1** **Uplatnění modelu péče u pacienta s příjmem tekutin a potravy** 6](#_Toc82128291)

[**3.2** **Uplatnění modelu u pacientky s bolestí a nutnou hygienou** 6](#_Toc82128292)

[**3.3** **Uplatnění modelu sebepéče u pacientky s omezenou aktivitou a sebepéčí** 7](#_Toc82128293)

[**4** **Závěr** 8](#_Toc82128294)

[**5** **Zdroje** 9](#_Toc82128295)

# **Úvod**

Tématem této práce je uplatnění modelu deficitu sebepéče podle D. Oremové. Je jednou z několika osob, které se prosadili o to aby, se model péče neustále vylepšoval a upravoval. Svou práci jsem rozdělila na část teoretickou, v té bych se ráda zaměřila nejprve na život Dorothey Elizabeth Oremové. Dále budu popisovat model péče a jak se vyvíjel spolu s tím co ho ovlivnilo v průběhu tvorby. Následně se zaměřím na sebepéči a její předpoklady, které E. Oremová definovala do několika skupin, včetně ošetřovatelských skupin a činností sestry. Následně se v praktické části zaměřím na příklady, při kterých jsem dle mého názoru použila právě model E.Oremové. První příklad se zaměří na vyprazdňování a tekutiny, dále budu psát příklad pro bolest a čistotu. A poslední příklad, který je zaměřen právě na aktivitu a sebepéči.

Pro svou práci jsem si vybrala kliniku kardiologie ve FNKV, přesněji oddělení E, na kterém se zaměřují hlavně na katetrizační výkony, ale také na implantace, a to nejen kardiostimulátorů. Oddělení je vedeno staniční sestrou paní magistrou Alenou Hrdličkovou a vedoucím lékařem MUDr. Václavem Bufkou. Je to lůžkové oddělení, pojímající až 24 pacientů na jednou. Na oddělení se také nachází 5 nadstandartních lůžek, zbylé pokoje jsou převážně po třech lůžkách.

# **Teoretická část**

## **Dorothea Elizabeth Orem**

Dorothea Elizabeth Orem narozena roku 1914 v Baltimoru. Ošetřovatelské vzdělání získala v roce 1930 a to ve Washingtonu D.C, dále získala bakalářské vzdělání na v oblasti edukace a to roku 1939 na Catholic University of America, a následně roku 1945 zde ukončila své vzdělání s magisterským titulem v témže oboru. Od roku 1947 se uplatnila jak v nemocnici jako sestra, také se stala sestrou konzultantkou a již v tomto období začala pracovat na své teorii. Její kariéra zahrnovala i práci jako poradkyně pro ošetřovatelství a také vydala svůj koncept práce (1971). Dále také získala titul doktora věd na Georgetown University také ve Washingtonu. (1) D. Oremová byla také několikrát oceněna a to cit.: „Dorothea Oremová byla také oceněna během své kariéry: Catholic University of America Alumni Achievement Award for Nursing Theory v roce 1980, Linda Richards Award od National League for Nursing v roce 1991 a čestný člen Americké akademie ošetřovatelství v roce 1992. “(2)

## **Vývoj modelu podle D. Orem**

 polovině 60. let se D Orem po své sesterské zkušenosti rozhodla koncipovat vlastní ošetřovatelskou teorii, to hlavně proto, že se na pacienta dívala jako na jedince, který i přesto, že nepotřebuje lékařskou péči, potřebuje péči ošetřovatelskou, a to hlavně v akutních stavech onemocnění. Při svém působení na katolické škole se snažila rozšířit svůj model pro rozvoj aktivit sebepéče. Postupně došlo k několika publikacím, zprvu šlo o „Nursing: Concepts of Practice, dále však neustále svůj model doplňovala a upřesňovala. Nechybělo ani porovnání mezi domácí péčí a péčí v nemocnici, nakonec se tedy model ve finální fázi publikoval v knize Rodinné zdraví: Teoretický přístup ošetřovatelské péče v kapitole Ošetřovatelská teorie deficitu

## Sebepéče a její požadavky

Sebepéče jako pojem vyjadřuje schopnost jedince se o sebe postarat a zajistit si pohodu a dobré zdraví, což dále napomáhá udržení života. Je dost často ovlivněna faktory jako je věk, schopnosti a sociokulturní prostředí.

Dle D. Orem jsou definovány tři požadavky v sebepéči:

1. *Univerzální požadavky sebepéče* jsou to základní procesy a funkce, jako je dýchání, dostatek tekutin a výživa nebo vylučování. Patří sem, ale také aktivita a odpočinek a rovnováha mezi soukromým a socializací. Do tohoto požadavku patří také bezpečnost a podpora fyziologického stavu pacienta/ klienta.
2. *Vývojové požadavky sebepéče* ty jsou spojené s růstem, vývojem a životním obdobím jedince. Patří sem například nynější prožívané obtíže a srovnání se s následující etapou nebo krize, která zabraňuje člověku dále se vyvíjet.
3. *Terapeutické požadavky sebepéče* jsou dané při odchýlení nebo zhoršení normálního stavu. Jako jsou například prognózy, opatření po onemocnění, či změny v životním stylu. Dále nutnost být někde kontrolován, nebo dále hospitalizován, či jakýkoliv jiný dyskomfort, po nemoci.

Dále se musí jedinec začít aktivizovat ve své sebepéči, toho ale docílíme jen tehdy, pokud budeme jedince o všem informovat. Hlavním kritériem je tedy aby jedinec věděl, proč danou činnost má dělat, dále informace o tom, jak se bude péče vykonávat, a co pro to musí jedinec udělat. Vše se musí ovšem konzultovat s jedincem, u kterého chceme sebepéči zahájit, protože ten musí určit, zda má dostatek energie, vybrat si z možností, a nakonec vše zrealizovat. Výsledkem by mělo být poznání sebe sama a okolí, dokázat požádat o pomoc a také posoudit objektivně své následné chování, to vše zahrnuje pojem sebeřízení. (1)

### **Deficit sebepéče**

Deficit vzniká ve chvíli, kdy nedochází k naplnění vztahu mezi požadavkem, prostředkem a jedincem. Ten bývá nejčastěji spojený s narušením zdravotního stavu, nejčastěji nemocí. Tento deficit je důvodem k zahájení ošetřovatelské péče. Činnosti sestry jsou zahrnuty v ošetřovatelských systémech, které D. Orem identifikovala takto:

1. *Podpůrně-výchovný ošetřovatelský systém* jedná se především o edukaci jedince, pro zachování sebepéče.
2. *Částečně kompenzační ošetřovatelský systém* jedná se o spolupráci mezi sestrou a pacientem/ klientem, při které pacient/klient vykonává jistou část péče a sestra zase jinou.
3. *Plně kompenzační ošetřovatelský systém* ten je aplikován u pacientů/klientů, kteří jsou plně závislí na péči sestry.

Podle tohoto modelu péče jsou také klasifikovány činnosti, které sestra může vykonávat, jedná se hlavně o zastoupení pacienta/klienta, usměrnění pacienta, klienta, fyzická a psychická pomoc pacientovi/ klientovi, zajištění podpůrného prostředí a edukace pacienta/ klienta.

Cílem této teorie je především udržení maximální úrovně sebepéče, u všech pacientů/ klientů. (1)

# **Praktická část práce**

## **Uplatnění modelu péče u pacienta s příjmem tekutin a potravy**

Pacient 50 let hospitalizovaný na klinice kardiologie ve FNKV k nám přišel pro provedení katetrizace. Když měl jít však pacient na výkon zjistilo se z kontrolních odběrů, že má pacient endokarditidu, okamžitě mu byli podány antibiotika, a to v dost velké míře. Pacient dostával dvoje antibiotika, jedny po čtyřech a druhé po šesti hodinách. Pro pacienta to bylo náročné nejen pro již způsobené obtíže s nemocí, ale i díky velkému množství antibiotik, díky kterým měl velice rozhozený trávicí systém. Kvůli tomu odmítal pacient jíst a také příliš nepil. U pacienta, jsem aplikovala právě několik z bodů v činnostech sestry. Kvůli zhoršenému stavu se stalo, že pacient přestal věřit zdravotnickému personálu a byl často až hrubý, či zdráhavý. Bylo tedy zapotřebí jeho přesvědčení usměrňovat, aby nedošlo k větším potížím a tím i k následnému zhoršení stavu pacienta. Pacient si stěžoval na nemoc a často před námi jako zdravotnickým personálem mluvil o tom, jak se mu to mohlo stát, když na předešlém oddělení se mu to nestalo a nic mu nebylo. Bylo tedy zapotřebí pacienta, uklidnit a někdy až usměrnit, aby tato situace nevyvrcholila v potíže. Dále se díky množství antibiotik pacientovi nechtělo příliš jíst, proto bylo nutné vést s pacientem několikrát rozhovor o tom, jak je důležité, aby měl dostatek živin a jaké potraviny jsou pro pacienta nejlepší. Stalo se mi totiž, že si pacient nechtěl dát oběd, ale ptal se, zda si může sníst čokoládu od rodiny. Doporučila jsem mu tedy, že by to vzhledem k jeho nynějšímu stavu asi nebylo to nejlepší. Pro pacienta toto nebylo vhodné nejen pro jeho akutní onemocnění, ale i pro jeho chronické onemocnění, kterým byla cukrovka. U tohoto pacienta byla tedy často nutná edukace a dále dohled nad tím co přes den sní a co ne. Tento stav se po delší době začal zlepšovat a pacient nakonec opět začal normálně jíst. Ohledně pitného režimu byl problém ve sledovaném příjmu a výdeji, při kterém dost často veškerý denní příjem tekutin pokryli infuze. Muselo se tedy hlídat nejen zda jí, ale i zda dostatečně pije. S tím nebyl takový problém a když na to byl pacient upozorněn, příjem a výdej tekutin se kompenzoval.

## **Uplatnění modelu u pacientky s bolestí a nutnou hygienou**

Pacientka byla přijata k výkonu radiofrekvenční ablace. Pacientce se na oddělení pokaždé večer dával prášek na bolest hlavy, na kterou dle jejích slov trpěla skoro každou noc, prášek jí byl vždy dán ve chvíli kdy si o něj řekla, a to hlavně pro naučený a zajetý systém. U této pacientky, byla nutná zvýšená hygiena, a to hlavně v noci, kdy bylo teplo. Pacientka se tedy přes noc více potila a dost často se stávalo, že pacientka chodila na sesternu s prosbou o převléknutí lůžka, proto jsem této pacientce pokaždé na noční směně převlékla postel abych uspokojila její potřebu čistoty a často jsem jí i uklidňovala, když se mi omlouvala, že je to v pořádku a není to problém. Občas se stávalo, že z toho byla pacientka tak špatná, že si chtěla postel povléct sama. Proto jsem s pacientkou vedla při převlékání lůžka velice potichu rozhovor, abych ji uklidnila a trochu odvedla její pozornost od touhy, převléci si postel vlastními silami.

## **Uplatnění modelu sebepéče u pacientky s omezenou aktivitou a sebepéčí**

Pacientka byla přijata jako v rámci lůžka schopná pacientka, která se dokáže s pomocí posadit a obstarat. Dále měla při přijetí pacientka zavedený permanentní močový katétr a centrální žilní katétr. Při první spolupráci byla pacientka opravdu schopná si vše kolem lůžka obstarat a byla velice ochotná a spolupracující. Později jsme ovšem zjistili, že bývá občas v noci trochu zmatená a dost často má zvláštní požadavky, jako třeba, že chce a zároveň nechce rozsvítit světlo. Tento stav se ještě zhoršil po provedeném výkonu, tím bylo DSA, po kterém byla pacientka ještě zmatenější. Přestala se úplně pohybovat a byla upoutána na lůžko. V tu chvíli jsme museli celý proces aktivizace s pacientkou začít znovu. Proto se jí pomáhalo s polohováním, dále se muselo dost často pacientce pomáhat i s jídlem nebo třeba jen s tím, aby se napila. Nebylo to tak, že by pacientka nemohla pohnout končetinami, spíše se zdálo, jako by nerozuměla tomu, co po ní jako sestry chceme. Začali jsme tedy na pacientku mluvit pomaleji a jednoduchými slovy nebo větami, aby lépe porozuměla, dále jsem já osobně, u pacientky, spíše dopomáhala k posazení k jídlu, při kterém, jsem vedla pacientku tak aby se snažila hlavně vlastními silami. Za pacientkou docházela i rehabilitační sestra. Po několika dnech začalo zmatení ustupovat a opět se objevovalo jen v noci, kdy se pacientka snažila dostat více prášků na spaní, nebo si třeba chtěla luštit křížovky. Pokaždé se muselo pacientce domluvit a vysvětlit, že na pokoji jsou i jiní pacienti, kteří si také musejí odpočinout. Postupně jsem, ale mohla být svědkem toho, jak se pacientka začala zlepšovat. Na konci její hospitalizace odjížděla s tím, že dokázala přejít chodbu na oddělení o chodítku s rehabilitační, dokázala se posadit a omýt se samostatně u lavoru na lůžku. Dokonce si s dopomocí přes den přesedala na gramofon. Byl to velký pokrok a dost se zde mohl projevit právě model deficitu sebepéče, při změně stavu, a to jak z fyzického hlediska, tak i z psychického.

# **Závěr**

Díky této práci jsem si uvědomila, jak je často podceňován psychický stav pacienta, který skoro nejvíce ovlivňuje nejen současný, ale i následný stav pacienta. Jsem tedy velice ráda, že právě tomuto problému, se věnujeme velice často a v různých předmětech. Máme tak díky tomu pohled na stejný problém nebo stav mysli, který se dá ale řešit různými způsoby. Dále nám to umožňuje lépe se vcítit do pacientovi situace a naleznout sami v sobě pochopení, které se pacientovi příliš často nedostává. Jsem ráda, že mám možnost a měla jsem možnost vyzkoušet mnoho technik právě na pomoc pacientům, kteří po výkonu nebo před ním čelili nějakým starostem či problémům.

Ráda bych tedy poděkovala nejen sestrám na kardiologické klinice, které mé nápady s radostí přijímali a často měli dost trpělivosti, abych vyzkoušela vše, co by mohlo pomoct. Jsem velice ráda, že jsem mohla svou práci a zkušenosti psát právě z tohoto oddělení.

# **Zdroje**

1. Gonzalo, A. Dorothea Orem: Self-Care Deficit Theory. [Online] **2021**. https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory/#self-care\_theory (accessed Sept 08, 2021).
2. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.