UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Eliška Jarošová**

**Uplatnění modelu Virginie Henderson v ošetřovatelské praxi**

*Seminární práce*

Praha, září 2021

Obsah

[1 Úvod 2](#_Toc82179587)

[2 Teoretická část 3](#_Toc82179588)

[2.1 Miss Virginia Avenel Henderson 3](#_Toc82179589)

[2.2 Teorie základní ošetřovatelské péče 3](#_Toc82179590)

[2.3 Fáze poskytování ošetřovatelské péče 5](#_Toc82179591)

[3 Uplatnění modelu v praxi 6](#_Toc82179592)

[3.1 Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav. ………………………………………………………………………………………..6](#_Toc82179593)

[3.2 Pomoc pacientovi při vylučování 7](#_Toc82179594)

[3.3 Pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry 7](#_Toc82179595)

[4 Závěr 8](#_Toc82179596)

[5 Seznam použitých zdrojů 9](#_Toc82179597)

# Úvod

V této seminární práci bych se ráda věnovala úplatnění modelu Teorie základní ošetřovatelské péče od Virginie Henderson v praxi. Nejprve se budu zabývat teoretickou částí modelu a samotnou Virginií Henderson, poté popíši užití modelu na reálných situacích. Prázdninovou praxi jsem absolvovala na kardiochirurgickém oddělení II. chirurgické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice, budu tedy užití modelu popisovat právě z tohoto oddělení.

Na kardiochirurgické oddělení přicházejí pacienti již před zákrokem. Zejména náhradou chlopní, bypass, endarterektomií nebo tzv. MAZE. Na oddělení se vrací přibližně třetí až pátý den po operaci. Pečuje zde o ně multidisciplinární tým složený z chirurgů, kardiologů, sester, fyzioterapeutů, nutričních terapeutů a ošetřovatelů. Na oddělení dochází také klinický farmaceut a v případě potřeby psycholožka.

# Teoretická část

## Miss Virginia Avenel Henderson

Miss Virginia Avenel Henderson se narodila jako pátá z devíti dětí 30.listopadu 1897 v Kansas City v Missouri. Její dědeček zde vedl chlapeckou školu, kterou mohla Virginia navštěvovat. Od žen se v té době nic nečekalo, proto se jí nedostalo žádného formálního vzdělání. Až pozdějí zaslala žádost o přijetí do nemocniční školy, kam však nebyla přijata. Po neúspěchu jí otec domluvil Army School of Nursing, kam na podzim 1918 nastoupila a v roce 1921 dokončila. Poté nastoupila na Teachers College na Kolumbijské univerzitě, kterou zakončila magisterským titulem v roce 1934. (1,2)

V učebnici Text-book of the Principles and Practice of Nursing od Berthy Hamer se obejvila definice ošetřovatelství od Virginie, která je dodnes jedna z nejznámějších.

*,,Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat člověku, nemocnému nebo zdravému, provádět činnosti, přispívající k udržení nebo návratu jeho zdraví, případně klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, pokud by měl potřebnou sílu, vůli nebo znalosti. Sestra mu tedy pomáhá dosáhnout, co nejvyššího stupně soběstačnosti.”* (3)

Mezinárodní rada sester v roce 1960 vydala publikaci s názvem Basic Prinicpals of Nursing Care, ve které se tato definice také objevila a Virginia se zde pokusila o definování základních principů ošetřovatelské praxe vcházejících z profesních rolí sester. Na její výklad metaparadigmat ošetřovatelských teorií měla vliv příprava na vojenské škole, kde vyučovali ošetřovatelství lékaři a důraz zde byl kladen na chorobu nikoliv na zdraví, dále na lékařskou diagnózu a lékařskou terapii. (1)

Virginia Henderson je považována za “první mezinárodní sestru”, protože významně ovlivnila vývoj ošetřovatelství v celém světě. Podílela se také na řadě ošetřovatelských výzkumů a vedla ošetřovatelské studie až do roku 1971. Zemřela v roce 1996 v Branfordu, USA. (1,2)

## Teorie základní ošetřovatelské péče

Model základní ošetřovatelské péče a pojetí péče podle V. Henderson je úplně něco jiného než pojetí základní ošetřovatelské péče podle vyhlášky 55/2011. Která dělí péči na základní, specializovanou a vysoce specializovanou.

Pojetí ošetřovatelské péče dle V.Henderson vychází ze základních potřeb, které jsou vlastní všem lidem bez ohledu na medicínskou diagnózu. Tam se tedy od našeho pojetí péče definice rozcházejí, protože dle nynější vyhlášky typ péče závisí na stavu pacienta.

Pojďme se, ale zaměřit na základní ošetřovatelskou péči podle Virginie Henderson. Identifikovala základní komponenty základní ošetřovatelské péče vycházející z potřeb člověka, ze soběstačnosti a nezávislosti v uspokojování. Je jich čtrnáct a dělíme je na biologické, psychické, duchovní a sociální. I přes to, že potřeby máme všichni stejné bez ohledu na dignózu či náš momentální stav, tak jejich uspokojování se zásadně liší. Tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby, z nichž ani dva nejsou podobné. Jejich uspokojování může být například kulturně podmíněno. (1,2)

Jedná se o:

* normální dýchání,
* dostatečný příjem potravy a tekutin,
* vylučování,
* pohyb a udržování vhodné polohy,
* spánek a odpočinek,
* vhodné oblečení, oblékání a svlékání,
* udržování fyziologické tělesné teploty,
* udržování upravenosti a čistoty těla,
* odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých,
* komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů,
* vyznávání vlastní víry,
* smysluplná práce,
* hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace,
* učení, objevování nového, zvídavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení.

Z těchto potřeb pak vychází i 14 komponent základní ošetřovatelské péče.

* Pomoc pacientovi normálně dýchat
* Pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin
* Pomoc pacientovi při vylučování
* Pomoc pacientovi při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změny polohy)
* Pomoci pacientovi při spánku a odpočinku
* Pomoc pacientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání
* Pomoc pacientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologických rozmezí (oděv, prostředí)
* Pomoc pacientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky
* Pomoc pacientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých
* Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav.
* Pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry
* Pomoc pacientovi při práci a produktivní činnosti
* Pomoc pacientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách
* Pomoc pacientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti

## Fáze poskytování ošetřovatelské péče

Výše zmíněnou ošetřovatelskou péči pak poskytujeme ve třech fázích, které Virginia Henderson popsala následovně.

V první fázi sestra identifikuje, ve které ze čtrnácti oblastí základních potřeb má pacient nedostatek sil, vůle či vědomosti. Určí oblasti, ve kterých pacient potřebuje její pomoc. Musí také zhodnotit zevní podmínky a patologie, které základní potřeby ovlivňují. Následně plánuje zásah pomoci a také pomoc realizuje.

Ve druhé fázi pozoruje zda byla poskytnuta adekvátní pomoc. To se projeví například zvýšením soběstačnosti, zlepšením narušeného zdraví či patologického stavu. Pokud se objeví nějaké změny, sestra přehodnotí a změní svůj plán péče.

Třetí fáze je zaměřená na edukaci pacienta a jeho rodiny. (1,2)

# Uplatnění modelu v praxi

## Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav.

Na kardiochirurgické oddělení přicházejí pacienti pouze na plánované výkony a ve stabilním stavu pro, většinou rozsáhlé, operace. V ráci předoperčního období je pro nás tedy nejdůležitější zbavit pacienty obav z toho co se s ním má dít.

Pacientka, ročník 1944 přijata pro plánovanou náhradu aortální a mitrální chlopně a MAZE. Kvůli změně v operačním programu musela přijet o tři dny dříve než bylo původně plánované, a tato skutečnost jí byla sdělena až ráno v den přeplánovaného příjmu. Měla tedy pouze omezný čas na přípravu k hospitalizaci a dopravení se do nemocnice.

Již při jejím příchodu na oddělení jsme na pacientce pozorovali lehký neklid a obavy. Vyhodnotili jsme tedy, že bude potřeba pacientku předoperačním průběhem provést co nejvíce srozumitelně a emocionálně ji podpořit. Při loučení s manželem se pacientka strachy rozplakala. Sedla jsem si tedy k pacientce a snažila se ji uklidnit. Věděla jsem sice, že mám velice málo času na veškerou přípravu k operaci, ale bylo mi jasné, že pokud bychom pacientku v tomto stavu prohnali kolečkem všech vyšetření a edukací, tak by to jejímu psychickému stavu určitě nepomohlo. Ukázala jsem ji tedy oddělení, její pokoj, sociální zařízení a nechala v klidu převléci. Ve chvíli, kdy jsem již pozorovala mírné zklidnění, jsem teprve začala popisovat všechna vyšetření, které má před sebou. Vysvětlila jsem, že se nemusí vůbec ničeho bát, protože jí vším budu provádět.

Po dokončení všech nezbytných vyšetření jako je RTG, EKG, stěry, odběry krve a další, čekala pacientku edukace s lékařem, anesteziologem a fyzioterapeutkou. I přes předchozí uklidnění byla pacientka opět neklidná. Z předchozí zkušenosti s lékaři se bála, že nebude rozumět co vše jí vlastně čeká a co se s ní bude dít v rámci tak velkého výkonu. S lékařem jsem se tedy domluvila jestli by mohl pacientce věnovat trochu více času a dal jí prostor na případé dotazy. Po edukaci s fyzioterapeutkou už byla pacinetka spokojená. Věděla totiž přesně co se s ní bude dít po operaci. Bylo ji vysvětleno kdy se bude moct začít pohybovat a jak jí budeme pomáhat s plněním základních potřeb, zejména s vylučováním.

Tyto obavy má většina pacientů před každým výkonem, ale málo kdo se ováží zeptat. Je tedy lepší když jsme my ti první kdo o daném problému začíná mluvit.

V první fází poskytování ošetřovatelské péče jsme tedy identifikovali strach z operace a nevědomosti o pooperačním odbobí. Věnovali jsme tedy pacientce více času a vše jí trpělivě vysvětlili. Při předávání směny noční službě, již byla pacientka klidná a připravená na výkon. V rámci reflexe jsme tedy zjistili, že danou potřebu jsme uspokojili správným postupem.

## Pomoc pacientovi při vylučování

Pacient ročník 1965 4. den po aortokoronárním bypassu, přeložen z resuscitační jednotky. Měl 3.den zavedený permanentní močový katétr, centrální žilní vstup a redonův drén. Pooperačně bez komplikací ve stabilním stavu.

Lékař indikoval odstranění permanentního močového katétru pro zvyšování pacinetovi soběstačnosti ve vylučování. Vzhledem k dobrému pooperačnímu stavu nebyla žádná kontrainikace odstranění. Vyhodnotili jsme však, že pacient není ještě schopný chodit sám často na záchod a dali jsme mu tedy k lůžku močovou lahev, alespoň na prvních pár hodin.

Po odpoledních rehabilitacích s fyzioterapeutkou nám bylo sděleno, že je paceint již schopný krátké chůze s dopomocí. Přehodnotili jsme tedy plán péče a s paceintem jsme se domluvily, že pokud bude potřebovat na toaletu, ať zmáčkne signalizační zařízení a že s ním na toaletu zajdeme. Močovou láhev jsme mu však nechali, protože si nebyl zcela jistý zda se všechno stihne včas a nedojde k nehodě.

5. den po operaci jsme pacientovi, již odstranili močovou láhev, protože se cítil více jistý a 6. pooperační den byl již schopný na toaletu dojít sám i bez podpory.

V první fázi poskytování ošetřovatelské péče, jsme z důvodu nedostatečné pohyblivosti pacientovi dali močovou láhev. Plán péče jsme přehodnotili ve chvíli, kdy byl pacient již schopný dojít si na toaletu s doprovodem. Později jsme plán přehodnotili ještě jednou, kdy už byl pacient schopný o potřebu vylučování pečovat sám.

## Pomoc pacientovi při vyznávání jeho víry a příjmu potravy.

Pacient ročník 1980 3.den po operaci defektu síňového septa. Byl nejistý a neměl chuť k jídlu. Jedl opravdu velice málo. Byl skromný a nechtěl obtěžovat. Tvrdil, že se ještě necítí dobře, aby jedl plnohodnotnou stravu. I po delším rozhovoru a pátraní po příčině nechutenství jsme stále nemohli na nic přijít. Až po projití dokumentace z jeho spádové nemocnice jsme zjistili, že je pacient muslimského vyznání a nejí tedy vepřové maso. S pacientem jsme se po následném rozhovoru domluvili, že zavoláme nutriční terapeutku, která mu dá výběrou dietu právě bez vepřového masa. Po dotazu, proč takovou věc nezmínil nám bylo odpovězeno, že nechtěl dělat potíže a snažil se přizpůsobit našim podmínkám.

Nutriční terapeutka pak sestavila dietu přímo pro daného pacienta a s jídlem už následně nebyl žádný problém.

V první fázi poskytování péče jsme identifikovali problém se stravou a snažili se ho vyřešit. Po shledání příčiny jsme upravili dietu. V druhé fázi jsme pozorovali, že se pacientův příjem potravy zlepšil a my mohli plán péče přehodnotit.

# Závěr

Teorie základní ošetřovatelské péče od Virginie Henderson je v praxi uplatňována každý den, aniž bychom si to uvědomovali. Péče je automaticky odvozená od uspokojování potřeb konkrétního pacienta. Sepsáním do schématického celku od Virginie dokážeme potřeby organizovaně popsat a uspokojovat je.

I přes to, že na kardiochirurgickém oddělení není až tak velké množství ošetřovatelské péče jako například na interním oddělení, kde jsou základní potřeby pacientů více omezené jejich nesoběstačností, tak jsem moc ráda, že jsem našla nějaké příklady, které jsem mohla na modelu popsat. Tato praxe pro mě byla velice užitečnou.

Na začátku studia jsem měla pocit, že vypracovávání kartotéky je zbytečné, že články z časopisů a literatury přeci nikdy nevyužijii , avšak u této seminární práce jsem byla ráda, že jí mám a byla mi plnohodnotným zdrojem informací. Nemusela jsem již rozsáhle hledat články, protože jsem vše co jsem potřebovala měla právě zde.

# Seznam použitých zdrojů

1. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
2. ZVONÍČKOVÁ, Marie; SVOBODOVÁ, Hana; TRČKOVÁ, Monika. *Miss Virginia Avelen Hendersonová*. Diagnóza v ošetřovatelství. 2005, 1(1), s. 25-26. ISSN 1801-1349.
3. STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium.* Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5; s. 75.