

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Daria Stytsenko

Uplatnění ošetrovatelských modelů v ošetrovatelské praxi

Semestrální práce

Praha, září 2021

Ošetřovatelství je odvětví zdravotnictví, které se neustále rozvíjí a inovuje. V minulosti mělo ošetřovatelství podobu instinktivní péče o člověka, léčitelství, laické domácí péče a charitativní péče. Velký skok v rozvoji ošetřovatelství nastal v druhé polovině dvacátého století v USA a o ošetřovatelství se začalo uvažovat jako o vědě. Zároveň se začalo profilovat a přijímat i jako rovnocenná profese. Zkušené sestry chtěly uspořádat své znalosti a vytvořit teoretickou bázi pro budoucí sestry a tak začaly vznikat ošetřovatelské modely. (1)

Vzhledem k tomu, že v praxi se většinou setkáváme s tradičním biomedicínským modelem, rozhodla jsem se při zpracování této práce prostudovat i jiné více známé ošetřovatelské modely a najít jejich fungující prvky v běžné praxi.(2)

Během tohoto školního roku jsem měla možnost vidět různá oddělení a podívat se na organizaci práci sester. Později jsem se i aktivně začleňovala se do týmu. Při popisu ošetřovatelských modelů chtěla bych uvést konkrétní příklady z pracovišť, které jsem mohla navštěvovat během praxe. Dále budu stručně popisovat ošetřovatelský model s uvedením krátké biografie jeho autorky, na závěr uvedu příklad z praxe.

- **Virginia Henderson - Model základní ošetřovatelské péče**

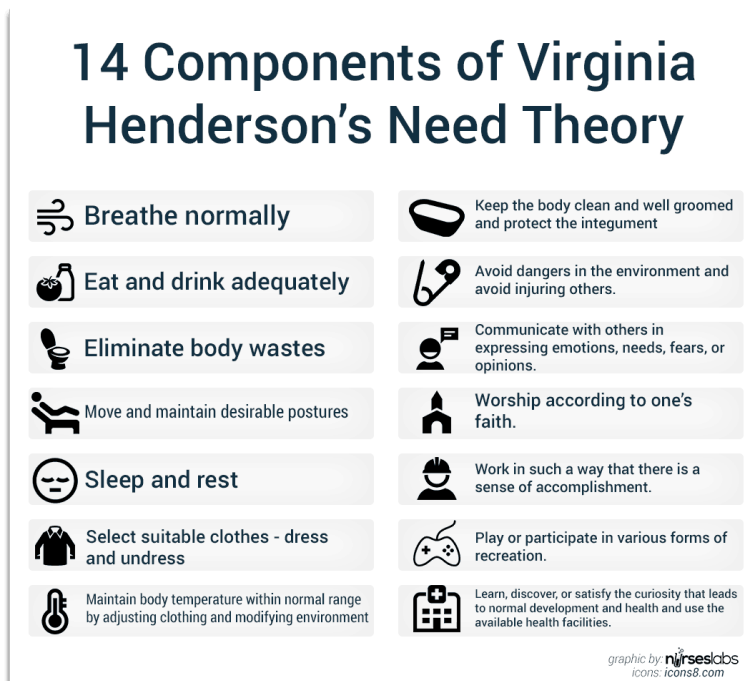
Virginia Avenel Henderson (30. listopadu 1897 - 19. března 1996) je také známá jako „první dáma ošetřovatelství“ nebo “Nightingalová dvacátého století”.

Virginia Henderson se narodila v Kansas City ve státě Missouri v roce 1897 jako páté z osmi dětí a dostala jméno podle státu, po kterém toužila její matka. Ve věku 21 let vystudovala ošetřovatelství ve Washingtonu, motivovala ji k tomu první světová válka, chtěla totiž pomáhat svým krajanům. Skoro celý svůj život věnovala vzdělávání sebe a ostatních: v 1932 roce dokončila bakalářské studium na Columbia University, v 1934 získala titul magistra, během 14 let pracovala jako instruktorka a docentka na Teachers College na Columbia University v New Yorku a od roku 1953 zastávala funkci výzkumné pracovnice na Yale University School of Nursing.

Virginia Henderson je autorkou knihy “Základní principy ošetřovatelské péče” (“Basic Principle of Nursing Care”, která je přeložena více než do 20 světových jazyků. V roce 1966 poprvé publikovala definici ošetřovatelství: „Jedinečnou úlohou sestry je pomáhat nemocnému nebo zdravému jedinci a provádět činnosti, které přispívají k jeho zdraví, návratu zdraví nebo ke klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebné schopnosti, vůli nebo vědomosti. A dělá to tak, aby mu pomohla co nejrychleji dosáhnout samostatnosti“.

Koncepce teorie spočívá v tom, že jedinec má čtrnáct elementárních níže uvedených potřeb, které lze rozdělit na čtyři základní složky - biologickou, psychickou, sociální a spirituální:

1. normální dýchání
2. adekvátní příjem jídla a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. výběr vhodného oblečení – oblékání a svlékání
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování čistoty a úpravy těla
9. odstraňování rizik z prostředí a vyvarování se poškození jiných
10. komunikace s jinými vyjadřováním emocí, potřeb, strachu, názorů
11. náboženské vyznání
12. smysluplná práce
13. hra nebo účast na různých formách rekreace
14. učení, odhalování nového nebo zvědavost, která vede k normálnímu rozvoji zdraví a k využití vhodných zdravotnických zařízení



Tyto potřeby jsou individuální pro každého jedince. Během nemoci většinou člověk potřebuje pomoc se zprostředkováním základních potřeb.

Dle V. Hendersonové se má péče poskytovat ve třech základních fázích: *určení* problematické oblasti potřeb pacienta, plánování a realizace péče, *zlepšení* pacienta s adekvátní korekcí plánu péče, *edukace* pacienta nebo jeho blízkého okolí. Jedinou funkcí sestry je **pomoc** pacientovi při vykonávání činností. (3)

Jednou z lidských potřeb Dle V. Hendersonové je udržování čistoty a úpravy těla. Během zimního semestru jsem absolvovala praxi na kardiologickém oddělení v Ústřední Vojenské nemocnici. Na tomto oddělení jsem se naučila používat své teoretické znalosti v praxi: jak správně provádět hygienu, když pacient není schopen se o sebe postarat samostatně

a také jak je potřeba zařídit proces asistence pacientovi. Potřeba v udržování čistoty těla mohla být zprostředkována několika možnými způsoby. Chodící pacienti bez rizika pádu se myjí samostatně, u pacientů s rizikem pádu bylo nutné doprovodit pacienta do koupelny a přinést mu potřebné pomůcky (ručník, zubní pastu, kartáček na zuby, čisté oblečení, šampon a mýdlo). Hygiena se mohla provádět i na posteli, velmi důležité je nezapomínat na vyčištění zubů u pacienta. Pokud je pacient schopen, s mytím mu jen pomáháme například tak, že mu vše připravíme a jenom podáváme pomůcky, nebo ho necháme si samostatně umýt ruce a obličej, vyčistit si zuby. U některých pacientů s diagnózou demence byla tato potřeba zprostředkována pomocí ošetřovatelského personálu. Na lázeň byl pacient přepraven pomocí koupacího lůžka a sestra nebo ošetřovatel prováděli celkovou hygienu pacienta. Základem je připravit se na koupaní, sdělit pacientovi plán péče a vysvětlit pacientovi postup, komunikovat během procesu. Všimla jsem si, že je potřeba věnovat zvláštní pozornost vlasům pacientek, pečlivě je rozčesat a upravit podle požadavků pacientky.

Dalšími položkami k diskuzi o hygieně je to, kdo by ji měl provádět - sestra nebo ošetřovatel, nedostatečná pozornost věnovaná vlasům, péče o ústní dutinu, zapojení rodinných příslušníků. (5)

Byla jsem spokojená s tím jak je to nastavené na oddělení - sestry a ošetřovatelky prováděly hygienickou péči vždy společně, za jedním pacientem docházeli rodinní příslušníci a pomáhali pacientovi s výměnou stomického sáčku nebo obecně s mytím.

Imponuje mi myšlenka paní Henderson: “Každá sestra by měla být schopna udržovat pacienta čistého, a to bez ohledu na to jak je velký, bez ohledu na jeho polohu, fyzický či emocionální stav.”(5) Myslím si, že kvalitně zprostředkovaná péče o potřebu hygieny navodí nejen příjemný fyzický pocit a i psychické uspokojení, což někdy znamená i rychlejší rekonvalescenci.

- **Hildegard E. Peplau - Model interpersonálních vztahů**

Hildegard E. Peplau (19.09.1909 - 17.03.1999) je často označována za matku psychiatrického ošetřovatelství. Byla jednou z předních světových teoretiček ošetřovatelství, v roce 1952 publikovala díla Mezilidské vztahy v ošetřovatelství (Interpersonal Relations in Nursing). I když tato kniha byla dokončena již v roce 1948, dlouho nebyla vydána, protože nebylo možné, aby autorkou knihy byla “jenom” zdravotní sestra.

Po získání základního ošetřovatelské vzdělání na Pennsylvania School of Nursing v Pottstown v roce 1931, pak pracovala jako sestra a hlavní sestra v Pottstown Hospital a jako

vedoucí ošetrovatelství v Bennington Hospital. Získala bakalářský titul v oblasti interpersonální psychologie na Bennington College. Během 2. světové války působila jako členka armádního sesterského oddílu v neuropsychiatrické nemocnici v Anglii. Na Teachers College vystudovala psychiatrickém ošetrovatelství, následně na této univerzitě v letech 1947–1952 pracovala. Během 1969–1974 působila v American Nursing Association. Spolupracovala s WHO, byla zakladatelkou a vydavatelem časopisu *Properties in Psychiatric Care*. (3)

Ošetrovatelství H. Peplau definuje jako významný interpersonální a terapeutický proces. Je to vztah mezi pacientem a sestrou, která mu pomáhá rozpoznat problém a poskytnout adekvátní pomoc. „Sestra asistuje pacientovi při tomto interpersonálním procesu, jehož hlavními složkami jsou: sestra, pacient, terapeutický vztah, cíl, lidské potřeby, obava, napětí, frustrace“. (6)

Model interpersonálních vztahů je koncipován tak, že pomocí psychodynamického ošetrovatelství dokáže jedinec porozumět vlastnímu chování. Sestra pomáhá rozpoznávat problémy a řešit je pomocí principů interpersonálních vztahů.

Terapeutický vztah mezi sestrou a pacientem probíhá ve fázích: *orientace* - první setkání pacienta a sestry, vznik terapeutického vztahu, zjištění problémové oblasti, *identifikace* - vzájemné ujasnění očekávání a představ, pacient může přistupovat k řešení problémů pasivně, aktivně nebo může být částečně závislý na sestře, *využití (exploatace)* - v této fázi pacient vykonává hlavní činnost, plně se zapojuje, kontroluje situaci, sestra má za úkol podporovat pacienta a povzbuzovat ho, *ukončení (rezoluce)*- přerušení terapeutického vztahu, potřeby pacienta jsou splněny.

Během navazování interpersonálního vztahu sestra zaujímá různé role, které se vyznačují určitým způsobem chování. H. Peplau definuje sedm níže uvedených rolí sestry:

- *role neznámé osoby (stranger role)*: tuto roli sestra zaujímá při prvním setkání, sestra musí plně akceptovat pacienta, spolupracuje s jeho rodinou. V této etapě se sestra věnuje každému jedinci, který není schopen vyjadřovat své pocity.
- *role pomocnice (resource role)*: pomocí otázek souvisejících s problémem pacienta a vědecky podložených odpovědí pomáhá sestra pacientovi porozumět příčině problému a vysvětluje plán léčby.
- *role učitelky (teaching role)*: v této roli jsou spojeny předchozí role, učí pacienta.

- *role vůdce (active leadership)*: sestra pobízí pacienta k aktivní účasti a splnění jeho povinnosti.
- *role zástupce (surrogate role)*: rozsah závisí na míře závislosti ve vztahu sestra-pacient.
- *role poradce (counseling role)*: podle H. Peplau je nejvýznamnější v psychiatrickém ošetřovatelství. Uplatňuje se ve vztahu sestra-pacient, jestli sestra náležitě reaguje na pacientovu potřebu podpory. (3)

Hezkou ukázkou fungování daného modelu interpersonálních vztahů v praxi jsem mohla zaznamenat během praxe na psychiatrickém oddělení v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Jeden den praxe jsem strávila v Centru duševního zdraví pro Prahu 6. Je to místo, kde jsou dospělým lidem, kteří mají zkušenosti s duševním onemocněním, poskytované terénní i ambulantní služby. Pracovní multidisciplinární tým je složen z psychiatrických sester, sociálních pracovníků, pracovního konzultanta, psychiatra, psychologa a peer konzultanta. Členové týmu jsou buď zaměstnanci neziskové organizace Fokus, nebo zaměstnanci Ústřední vojenské nemocnice. Komunikace v Centru duševního zdraví s klientem probíhá buď formou schůzky s pacientem u něj doma, nebo se setkávají na neutrálním území. Také mohou klienti přijít do Centra na skupinové sezení nebo na sezení s doktorem. Zúčastnila jsem se schůzky s klientem v terénu. Poprvé jsem se seznámila s klientem s diagnózou OCD. Je to úzkostní porucha, pro které jsou charakteristické tzv. vtíravé myšlenky (vlastní, nechtěné, opakující se myšlenky, obsese) a nutkavá opakující se jednání (kompulze). Jedná se o závažné onemocnění, ale většina forem OCD je v dnešní době léčitelná. Pacient byl informován o tom, že se zúčastním schůzky. Byla jsem v roli neznámé osoby. Při schůzce s klientem s diagnózou OCD jsem dávala pozor, abych nevystresovala pana L. něčím co mu řeknu nebo udělám, ale snažila jsem se chovat přirozeně a na nic si nehrát. Naslouchala jsem pacientovi a chtěla jsem mu porozumět, pochopit, co ho trápí. Viděla jsem pár rituálů pacienta, hodně jsem poslouchala, když vyprávěl o svém životě. Sestra, která byla se mnou na schůzi obsadila roli vůdce. Ptala se pacienta na jeho pokrok v léčbě, zajímala se o denní režim pacienta, pobídla ho k návštěvě Centra duševního zdraví. Vývoj terapeutického vztahu sestra - pacient probíhá velmi pomalu vzhledem k charakteru nemoci a introvertní povaze klienta. Vyhledání odborné pomoci v tomhle případě považuji za velký pokrok, postupně dochází ke zlepšování stavu klienta.

Na psychiatrickém oddělení jsem mohla pozorovat vývoj dalšího terapeutického

vztahu. Pacient byl hospitalizován na oddělení nedobrovolně kvůli tomu, že se pokusil spáchat sebevraždu. Na oddělení se pacient nachází přibližně týden a usilovně se snaží o opuštění nemocnice (jeho matka kontaktuje ošetřujícího lékaře, ředitelství nemocnice), ale když mu doktor vysvětlil, že nemůže opustit oddělení kvůli tomu, že jeho stav stále není stabilní, začne protestovat. Agresi projevuje jenom verbálně, vyhrožuje, co všechno nepatřičného může udělat na oddělení, kde všude se dá pokusit se o sebevraždu. Také přestává mluvit. Občas pacient zahájí protestní hladovku, pije jenom slazený čaj. Celý den tráví buď v posteli nebo ve společenské místnosti a hraje hry na tabletu. U rozdávání léků a měření tlaku nemluví, souhlas vyjádří natažením paže nebo si vezme od sestry léky. Komunikace s pacientem se dá rozdělit do několika fází: ve fázi orientace se kolektiv oddělení seznámil s pacientem a sledoval jeho chování, snažil se navázat kontakt. Bohužel již v první fázi vznikl problém, protože pacient je hospitalizován bez souhlasu a nemyslí si, že odbornou pomoc potřebuje. Domnívám se, že sestry zůstaly pro pacienta v roli neznámé osoby a proto není možné provést identifikaci problému a tak zajistit vznik produktivního terapeutického vztahu.

Během zpracování této práce jsem se ujistila, že ošetřovatelské modely hrajou velkou roli při péčování o pacienty/klienty v praxi. Pomáhají správně organizovat chod oddělení, stanovovat a realizovat cíle, sjednocují různé pohledy na to, jak o pacienta správně pečovat. Díky výběru a realizaci jednoho konkrétního modelu péče se stává konzistentnější, personál má jasně daný úkol a vzniká méně konfliktů mezi sestrami, celý ošetřovatelský tým, který se stará o nemocného má společný cíl.

Velkým přínosem pro mne by bylo mít praxi na oddělení, kde je ošetřovatelská péče podřízena jednomu konkrétnímu modelu. Často se na oddělení uplatňuje tradiční biomedicínský model péče, ale ještě častěji vidím sestry, které mají nedostatek času a jsou nuceny splnit jen to nutné minimum kolem pacienta. Věřím, že pomocí ošetřovatelských modelů, které na můj pohled jsou stále aktuální, je možné pokusit se o změny a reorganizovat péči tak, aby to bylo prospěšné jak pacientovi tak i ošetřovatelskému kolektivu.

Použitá literatura:

1. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. Historie ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
2. ZVONÍČKOVÁ, Marie; SVOBODOVÁ, Hana; TRČKOVÁ, Monika. *Miss Virginia Avenel Hendersonová. Diagnóza v ošetrovatelství.* 2005, 1(1), s. 25-26. ISSN1801-1349.
3. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3. JAROŠOVÁ, PH. D., doc. PhDr Darja. *Filozofie a modely ošetrovatelství* [online]. Ostrava, 2006 [cit. 2021-9-11]. Dostupné z: <https://projekty.osu.cz/mentor/II-filozofie%20a%20modely%20ošetřovatelství.pdf>
4. **Obrázek.** Virginia Henderson: Nursing Need Theory. *Nurseslabs* [online]. 05.03.2021 [cit. 2021-9-11]. Dostupné z: <https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/>
5. ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H.: Pomoc nemocnému při udržování čistoty a upravenosti a při ochraně pokožky podle Virginie Hendersonové, *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč.2, 5/2006, str. 214-215.
6. Farkašová D. *Ošetrovatelství – teorie.* 1. české vydání. Martin: Osveta, 2005, 211 s. ISBN 80-8063-227-8.