UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*

**

**Uplatnění ošetřovatelského modelu v ošetřovatelské praxi**

*Seminární práce*

Praha, červen 2021

Zpracoval/a: Veronika Hložková

Název předmětu: Teorie ošetřovatelství IV.

Vedoucí práce: PhDr. Marie Zvoníčková

Akademický rok: 2020/ 2021

Semestr: letní

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Obor: Všeobecné ošetřovatelství

Ročník: 2.

**Úvod**

Model ošetřovatelské péče je pojem, který značí jakýsi návod k jednotné a ucelené péči ošetřujícího personálu na daném pracovišti. Pomáhá v realizaci cílů, ve zvýšení kvality práce sestry, a v mnoha dalších oblastech.

V českém zdravotnictví, konkrétně potom v ošetřovatelské péči, se nejvíce uplatňuje *Tradiční biomedicínský model péče***.** Tuto skutečnost mohu potvrdit ze své praxe v zimním semestru druhého ročníku v jedné z pražských nemocnic na oddělení interního typu. Kromě tradičního modelu jsem během péče o pacienty a pozorování charakteru oddělení zaznamenala i model Virginie Avennel Henderson o *Základní ošetřovatelské péči.* Oba modely se v této práci pokusím popsat a aplikovat na jednotlivých příkladech z odborné praxe.

**Tradiční biomedicínský model v praxi**

Tradiční biomedicínský model má za cíl úplné uzdravení nemocného. Nemožnost splnění tohoto požadavku je vnímáno jako selhání péče. Zdravotničtí pracovníci vnímají práci jako rutinu, v jejímž čele stojí pacient, který je však často braný jako diagnóza- nikoliv jako osoba s kompletními bio-psycho-sociálními potřebami. Práce zdravotníci vnímají jako rutinu, pacient se musí přizpůsobit režimu, který je na oddělení nastaven. Velký důraz se klade na plnění ordinací a požadavků práce. Na individuální potřeby pacientů, jakými je například psychická podpora, často nezbývá příliš mnoho času. Naopak velký důraz je kladen na hygienu a osobní čistotu nemocného. Pracovní pozice sester jsou nastaveny v hierarchickém žebříčku.

Tento model má v praxi jistě mnoho výhod (např. touha po uzdravení nemocného, dobrá propracovanost modelu vycházející z dlouholeté tradice), nicméně je potřeba zdůraznit i velkou nevýhodu, kterou je jeho neosobní přístup k pacientovi, který by ale ve skutečnosti měl být brán jako nezbytná součást ošetřovatelské péče.

Na většině pracovišť nemocnic České republiky v dnešní době pomáhají s ošetřovatelskou péčí, zejména potom s hygienou pacientů a udržením čistoty prostředí, sanitáři. Částečně tedy suplují práci, která byla dříve výhradně dominantou sester. Nutno podotknout, že právě sanitáři svou prací velmi odlehčili a pomohli ošetřujícímu personálu, který je pro velkou kapacitu nemocnic a lůžek na odděleních často značně vytížený. Sanitáři se tak stali nezbytnou součástí zdravotnického týmu v nemocnicích.

Tato skutečnost ale vede k tomu, že sestry s pacienty tráví daleko méně času než v dřívějších dobách. Jejich práce je de facto zaměřena na plnění ordinací lékaře a na odborné výkony. Jistě v tom hraje roli skutečnost, že oddělení jsou mnohdy kapacitně zcela zaplněna. Sestry mají navíc během směny na starost několik pacientů najednou.

Na odborné praxi v zimním semestru jsem se setkala s mnoha všeobecnými sestrami, jejichž práci jsem mohla jednak pozorovat, jednak také vykonávat pod dohledem zkušených a pověřených zdravotníků. Myslím si, že i přes veškerou vytíženost sester je možné darovat pacientům chvíli svého času, vyslechnout je a potěšit svou přítomností či vlídným slovem, nebo s nimi jen tak promluvit. Vždyť nikdo z nich nebyl přijat k hospitalizaci ze své iniciativy, nikdo nechce trávit svůj volný čas dobrovolně upoutaný na lůžku. Na praxi mi byla přidělena skvělá sestra mentorka, která se snažila čas ve své práci využít naplno. Plnila poctivě ordinaci lékaře, prováděla odborné výkony, ale našla si také pár minut na pacienty a jejich potřeby. Věnovala jim svůj drahocenný čas, který jinak mohla využít zcela jiným způsobem. Tato zkušenost mě ujistila, že vše je možné, stačí pouze chtít.

Setkala jsem se i se sestrami, které si na množství práce stěžovaly neustále, k pacientům měly neosobní přístup a o individuální péči nemohla být řeč.

Mám tedy pocit, že tradiční model péče skutečně v českém zdravotnictví přebývá, ale je individuální záležitostí, rozhodně se jím neřídí většina ošetřovatelského týmu. Vždy velmi záleží, jak sestřička ke svým pacientům přistupuje. Zda jsou pro ni pouhou diagnózou nebo je chce znát komplexně jako osoby s jedinečnými potřebami, které je potřeba naplňovat.

**Model základní ošetřovatelské péče**

Mezi další model využívaný v praxi patří model Virginie Henderson s názvem *Teorie základní ošetřovatelské péče.*

Vznik teorie a vývoj modelu

Vznik modelu a vývoj teorie je velmi zajímavý. Během studia ošetřovatelství se V. Henderson seznámila s učebnicí B. Harmer, která soustředila její pozornost na potřeby (Pavlíková, 2006). Samotné názory V. Henderson na poskytování ošetřovatelské péče ovlivnila děkanka vojenské školy A. W. Goodrich. Během studií se V. Henderson nelíbil způsob péče o pacienty. Poskytovaná péče pacientům nebyla dostačující, ale byla vykonávaná jen podle služebních předpisů (Pavlíková, 2006). V. Henderson měla pocit, že pacient by měl být středem zájmu sester. Roku 1955 byla poprvé publikovaná definice ošetřovatelství. Během následujících několika let se věnovala práci na své teorii. Roku 1960 publikovala Virginia Henderson Základní principy ošetřovatelské péče a v roce 1966 přepracovala a znovu publikovala teorii základní ošetřovatelské péče spolu s revidovanou definicí funkce sestry (Pavlíková, 2006).

Smyslem ošetřovatelství je dle modelu pacient/ klient a jeho nezávislost v uspokojování základních potřeb. Rolí sestry je pomoc nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispívají ke zdraví nebo k uzdravení (či k pokojné smrti) a které by jedinec vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou vůli, sílu nebo znalost. Pacient by měl být pro zdravotníky ústřední postavou. Cílem je tedy znovuobnovení soběstačnosti.

Ošetřovatelská péče dle Virginie Henderson vychází ze základních lidských potřeb (biologických, psychických, sociálních a spirituálních), které jsou souhrnem 14 elementárních potřeb. Mezi tyto základní potřeby patří:

1. Normální dýchání
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování vhodné polohy
5. Spánek a odpočinek
6. Vhodné oblečení, oblékání a svlékání
7. Udržování fyziologické tělesné teploty
8. Udržování upravenosti a čistoty těla
9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. Vyznávání vlastní víry
12. Smysluplná práce
13. Hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. Učení, objevování nového, zvídavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení.

Je důležité si uvědomit, že všichni lidé mají tyto základní potřeby stejné. Rozdíl je v tom, že potřeby jsou u každého člověka uspokojovány různým způsobem. Proto je velmi důležité ke každému pacientovi přistupovat jako k individuálnímu jedinci se svými jedinečnými potřebami.

Základní ošetřovatelská péče

Nemožnost uspokojit své potřeby vzniká nejčastěji během nemoci, ale je také přirozenou součástí života v některých jeho fázích (dětství, stáří apod.). Ošetřovatelství má v tomto případě za cíl co nejrychleji obnovit nezávislost pacienta/ klienta. Základní ošetřovatelská péče je ovlivněna podmínkami (věkem, kulturou, emociální rovnováhou apod.) a patologickým stavem (symptomy a syndromy onemocnění). Tyto faktory musí vzít sestra do úvahy, protože i když mají dva pacienti/ klienti stejné příznaky (např. febrilní stav) a mají stejnou lékařskou diagnózu, péče, kterou vyžaduje batole či 70letý muž, je velmi rozdílná (Pavlíková, 2006).

Čtrnáct komponentů základní ošetřovatelské péče

Virginia Henderson vytvořila **14 základních komponent základní ošetřovatelské péče**, které jsou odvozeny právě ze čtrnácti základních lidských potřeb. Mezi ně patří:

1. Pomoc pacientovi/ klientovi normálně dýchat
2. Pomoc pacientovi/ klientovi při příjmu potravy a tekutin
3. Pomoc pacientovi/ klientovi při vylučování
4. Pomoc pacientovi/ klientovi při udržování optimální polohy (chůze, sezení, ležení, změna polohy)
5. Pomoc pacientovi/ klientovi při spánku a odpočinku
6. Pomoc pacientovi/ klientovi při výběru vhodného oděvu, při oblékání a svlékání
7. Pomoc pacientovi/ klientovi při udržování tělesné teploty ve fyziologickém rozmezí (oděv, prostředí)
8. Pomoc pacientovi/ klientovi při udržování tělesné čistoty, upravenosti a ochraně pokožky
9. Pomoc pacientovi/ klientovi vyvarovat se nebezpečí z okolí a předcházet zranění sebe i druhých
10. Pomoc pacientovi/klientovi při komunikaci s ostatními, při vyjadřování potřeb, emocí, pocitů a obav
11. Pomoc pacientovi/ klientovi při vyznávání jeho víry
12. Pomoc pacientovi/ klientovi při práci a produktivní činnosti
13. Pomoc pacientovi/ klientovi při odpočinkových a rekreačních aktivitách
14. Pomoc pacientovi/ klientovi při učení, při objevování, uspokojování zvědavosti

(Pavlíková, 2006)

Plán ošetřovatelské péče

Plán péče závisí na věku pacienta, jeho temperamentu, socio- kulturním postavení, tělesných a duševních schopností, patologickém stavu a symptomech. Péče musí být také v souladu s medicínským plánem terapie.

Využití modelu v praxi

Odbornou praxi v zimním semestru jsem plnila na oddělení interního typu, kde se léčí pacienti často chroničtí a polymorbidní. Model Virginie Henderson tak do tohoto typu oddělení zapadá velmi dobře.

Do péče o základní potřeby pacientů se v dnešní době z velké části zapojují i sanitáři. Například *Pomoc pacientovi při příjmu potravy a tekutin* patří do jejich běžných kompetencí. Ve spolupráci se sestrou, nutričním terapeutem a dalšími členy zdravotnického týmu se snaží pacientovi co nejdříve navrátit jeho soběstačnost při přijímání potravy. Jejich snahou je podpořit pacienty, aby se najedli sami. Většina z nich na oddělení to skutečně zvládala a byla potřeba pouze drobná dopomoc (např. nakrájení masa u oběda či namazání pečiva při snídani).

Další běžnou ošetřovatelskou činností, kterou udává Virginia Henderson, byla pomoc pacientům s *vyměšováním*- respektive pomoc při přesunu na toaletu, na toaletní křeslo či podáním podložní mísy přímo do lůžka. Většina pacientů byla totiž vyššího věku a často imobilní. Z tohoto důvodu se mnohdy volila varianta podložní mísy před toaletním křeslem. Je vždycky velmi důležité zachovat intimitu a důstojnost pacienta alespoň zakrytou plentou.

Imobilní pacienti, kteří mají omezený rozsah pohybu nebo nemají pohyb žádný, se musí během dne několikrát polohovat. Virginia Henderson formuluje jednoznačně: „*Povinností sestry je postarat se o to, aby žádný pacient neležel příliš dlouho v jedné poloze*“. Dále píše: „*Zdravý člověk se během spánku často hýbe a je-li vzhůru, jen málokdy se stane, aby se delší chvíli nepohnul. Bezmocný pacient, pacient, který je pod vlivem léků nebo který je v bezvědomí, se však hýbat nemůže. V takových případech* *by pak ošetřující personál měl měnit polohu nemocnému vždy po uplynutí jedné hodiny“.* Pokládá za důležité, aby: „*sestra byla schopna položit lidské tělo tak*, *aby bylo dobře vyrovnáno, a musí jej umět podepřít ve všech polohách, které lze na lůžku zaujmout, to znamená v poloze na boku, v poloze na zádech, na břiše i vsedě* (Základní principy ošetřovatelské péče). Polohování je důležitá prevence proti vzniku dekubitů. Jde o náročnou práci, která vyžaduje odborné znalosti a dostatek času. Je nutné, aby sestra měla promyšlenou strategii polohování v jednotlivých fázích dne. Po provedení změny polohy musí daný úkon zaznamenat do dokumentace. V nemocnici se dle stavu pacienta mění jeho poloha po 2-3 hodinách. Nedostatečná péče o polohu pacienta se poměrně brzy projeví právě ve vzniku dekubitů. U některých pacientů pro jejich závažnost onemocnění nelze zabránit vzniku proleženin, ale u většiny pacientů jsou dekubity známkou zanedbané péče, která s sebou do budoucna nese velké komplikace. Proto je velkou snahou proleženinám předejít. S výhodou se na odděleních používají pomůcky pro usnadnění manipulace s nemocným, ale také pomůcky zabraňují vzniku dekubitů. Na praxi jsem se svou mentorkou měla na starost imobilního pacienta, kterému jsme měnily polohu zhruba každé 2 hodiny. Protože jsme měly pacienta v tomto stavu pouze jednoho, měly jsme dostatek času na kvalitní polohování a na poskytnutí individuální péče. Nedílnou součástí je také spolupráce s fyzioterapeutem.

Základní potřebou každého člověka je udržování čistoty a upravenosti těla. I s touto potřebou v nemocnicích pomáhají sestřičky a sanitáři. Dle stavu pacienta se individuálně rozhodne, zda dojde ke koupeli na lůžku nebo se pacient doveze do koupelny a provede se kompletní očista. Na praxi jsem pomáhala s koupelí pacientky sanitářce. Naší snahou bylo co největší zapojení pacientky do činnosti. Paní byla již pokročilejšího věku, i přes to si dokázala umýt obličej i některá místa na těle. Opravdu jsem v tu chvíli vnímala jako velmi důležité podporovat pacientčinu soběstačnost. Byla na ní vidět radost z toho, že se také do koupele zapojila.

**Závěr**

Modely ošetřovatelské péče vnímám osobně jako důležitý návod ke kvalitní komplexní péči o pacienta. Jistě by bylo správné, kdyby se na každém oddělení uplatňoval pouze jeden model. Já jsem se na praxi setkala s modely kombinovanými. I tak si myslím, že poskytované služby a péče o pacienty byly odvedeny vždy kvalitně a s nejlepším vědomím personálu.

**Použitá literatura:**

1. PAVLÍKOVA, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce.* Grada Publishing, a.s.,2006, Praha
2. PhDr.ZVONÍČKOVÁ, Marie. Mgr.SVOBODOVÁ, Hana. TRČKOVÁ, Monika. Miss Virginia Avelen Hendersonová. *Diagnóza v ošetřovatelství.* 1/2005, s. 25-26, roč. 1, č. 1
3. HENDERSON, Virginia. *Základní principy ošetřovatelské péče*
4. STAŇKOVÁ, Marie. *Základy teorie ošetřovatelství*. Praha: Karolinum, 1996, s. 76.