UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav/klinika* *[doplňte, kde jste práci zpracovávali]*



**Wichová Karolína**

**Uplatění ošetřovatelského modelu v ošetřovatelské praxi**

*Application of nursing model in nursing practice*

*Seminární práce*

Praha, Srpen 2021

**Úvod**

Ve své seminární práci jsem se rozhodla pracovat s teorií ošetřovatelského modelu a pokusit se o jeho definici. V konkrétním případě se věnuji teorii ošetřovatelských modelů podle D. Orem. Tyto modely jsem si vybrala právě pro jejich všestrannému využití při oborech kterým se věnuji ve své ošetřovatelské činnosti / praxi jako studen oboru ošetřovatelství. Cílem této práce bylo především rozšíření mých teoretických znalostí ale také práce a porovnání s poznatky z mé praxe. Celou tuto práci jsem se snažila koncipovat jako informační medium s použitím odkazů a citací na dostupnou odbornou literaturu z oboru ošetřovatelské teorie. V praktické části se věnuji stručným kazuistikám z mé prázdninové praxe II, kterou jsem plnila na Kardiologické klinice FNKV.

**1 Teoretická část**

* 1. **Definice ošetřovatelství**

Pro zahájení teoretické části jsem vybrala jednu z mnoha možných definic ošetřovatelství

*„Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“ (1)*

**1.2 Definice ošetřovatelského modelu**

Pokud se chceme zabývat ošetřovatelstvím jako vědním oborem, je pro nás důležité znát jeho teorii a pochopit určité principy. Moderní ošetřovatelství, tak jak ho známe dnes, je poměrně nový obor. Původní základ byl založen spíše na praktických než na teoretických zkušenostech. Tato změna nastala v polovině 20. století a její původ nalezneme v USA a Kanadě. V současné době má ošetřovatelství svůj vymezený systém který zahrnuje specifické ošetřovatelské koncepce, teorie a koncepční modely „*Obsahové Zaměření modelů v ošetřovatelství je determinováno vědomostmi, Praktickými zkušenostmi a různými filozofickými názory jejich autorek“ (2)*

**1.2.1 Terminologie**

Pro naši orientaci v daném tématu je primárně důležitá orientace v terminologii. Proto bychom měli umět definovat pojmy jako:

**Model –** Vědecká konstrukce, obraz představa

**Koncepce –** Nám dává pohled na určité myšlenky a jevy daného tématu nebo problematiky o kterou se zajímáme

**Koncepční modely –** Jedná se o soubory abstraktních a všeobecných koncepcí které lze konfigurovat do komplexních souborů

**Teorie –** Výklad příčin souvislosti jevů v oblasti kterou lze empiricky ověřit nebo zkoumat

(2)

**Paradigma** – „*Paradigma ošetřovatelství jsou konceptuální modely a teorie. Vývoj teorií a modelů ošetřovatelství je postupný, odpovídá systému zdravotní péče doby, ve které vzniká a odráží podstatu ošetřovatelství“ (Plevlová 2011)*

**Konceptuální Model** *– „Konceptuální model je soubor abstraktních a všeobecných představ a tvrzení zahrnutých do smysluplných uspořádání. Vyjadřují všeobecné představy o jednotlivcích, skupinách, situacích a jevech, jež jsou z pohledu vědní disciplíny zajímavé“*

*(Plevová 2011)*

**1.2.2. Kategorie konceptuálních modelů a jejich jednotky**

**Vývojové modely**

**Modely systémů**

**Interakční modely**

**Modely potřeb**

**Modely teorie a výsledků**

**Humanistické modely**

**Modely energetických polí**

**Modely intervence**

**Modely teorie substituce**

**Modely teorie konzervace**

**Modely podpory**

**Modely teorie posílení**

Jak udává Plevová v publikaci ošetřovatelství I, Každý model má hlavní jednotky **konceptuálního modelu**, můžeme jej dále rozdělit takto:

* Cíl ošetřovatelství – Určuje čeho chceme dosáhnout (např: zlepšení konkrétní oblasti u pacienta, eliminovat bolest nebo dosáhnout jakéhokoliv jiného cíle)
* Klient/ Pacient – Se stává příjemcem ošetřovatelské péče
* Role sestry – *„je její jedinečná úloha v péči o pacienta“*
* Zdroj potíží – Zabývá se tím jak muže ošetřovatelská péče změnit problémy pacienta.
* Ohnisko zásahu – Definuje ošetřovatelské výkony k dosažení cíle
* Způsoby zásahu – *„vlastní ošetřovatelské intervence které sestra provádí metodou* ***ošetřovatelského procesu****“*
* Důsledky – Zhodnocení našich výsledků v poskytování péče na základě poskytnuté ošetřovatelské intervence

(1)

**2 Model sebepéče – Dorothea Elisabeth Orem**

**2.1. Biografie D. E. Orem**

Dorothe Elisabeth Oremová je považována za jednu z předních ošetřovatelských teoretiček. Narodila se v roce1914 v Baltimoru ve státě Maryland. S vzzakladní ošetřovatelské vzdělání získala studiem na Providence Hospital School of Nursing in Washington, D.C., V roce 1939 získala bakalářský titul na Catholic University of America, v oboru edukace v ošetřovatelství. Na této univerzitě dále získala i magisterský titul ve stejném oboru. (Plevová 2011) (1)

**2.1.2 Vědecká činnost**

*„V roce 1953 začala zkoumat předmět oboru ošetřovatelství. Rozpracovala strukturu teorie ošetřovatelství. Předmětem disciplíny jsou podle ní reakce na onemocnění, problémy pacienta, a to nejen v souvislosti s onemocněním, dále pak potřeba pomoci Teorie které nám pomáhají tuto předmětnou oblast popsat jsou tři základní: teorie sebepéče, teorie deficitu sebepéče, teorie ošetřovatelských systémů“ (Kutnohorská 2010) (3)*

**2.1.3 Modely a teorie**

**Teorie a vývoj modelu sebepéče a deficitu sebepéče podle D.E. Orem**

D. Oremová si ve své ošetřovatelské praxi začala všímat rozdílů v potřebách pacientů. Její model můžeme zařadit mezi *vývojové* a *humanistické modely,* ačkoliv je píše označován jako *konceptuální rámec. Tento konceptuální rámec obsahuje tři teorie: Sebepéče, deficitu sebepéče a teorii ošetřovatelských systémů. (1)*

**Sebepéče**

Obecně se můžeme na termín sebepéče dívat jako na soubor vědomostí a a dovedností které získáváme po celý život. Jinou úroveň sebepéče má malé dítě, které je odkázáno na péči rodičů a jinou úrovně bude mít dospělý zdravý jedinec a jinou například geriatrický pacient, u které postupem času vlivem degenerativních procesů dojde také ke změně úrovně sebepéče. Můžeme tedy říci že sebepéče je založena na mnoha faktorech, na základě kterých můžeme obecně hodnotit její úroveň.

**Deficit sebepéče**

*Deficit sebepéče je pociťovaný deficit, ne jen přítomnost postižení, může být přítomný, nebo se může projevit v budoucnosti (Bekel, Halmo 2004 citovaný Pavlíkovou 2006, s 141).* Na deficit sebepéče můžeme pohlížet jako na disharmonii mezi požadavkem sebepéče a jeho aplikace. Tato situace bývá často spojována s narušením zdraví nebo již vzniklým patologickým stavem, zároveň ne každé fyzické postižení musí znamenat deficit sebepéče nebo jeho předpoklad. Z ošetřovatelského hlediska, je nutné vědět že deficit sebepéče je důvodem pro poskytování ošetřovatelské péče. (2)

**Oštřovatelský systém**

Slouží k rozdělení úrovní pro poskytování ošetřovatelské péče při deficitu sebepéče péče. D. Orem udává 3 kategorie odstupňované dle potřeby péče , jedná se o tyto 3 systémy:

* ***„Podpůrně-výchovný ošetřovatelský systém****, který je aplikován v situacích , kdy jedinec potřebuje podporu a učí se ošetřovat sám sebe (sebepéči)“*
* ***„Částečně kompenzační ošetřovatelský systém****, který se uplatňuje v situacích, kdy sestra a pacient/klient spolu provádějí péči na určité úrovni..“*
* ***„Plně kompenzační ošetřovatelský systém*** *je aplikován v situacích, kdy pacient/klient není schopný vykonávat sebepéči – tzn. Je závislý na druhých a potřebuje plnou podporu sestry“*

*(Pavlíková 2006) (3)*

**2.1.4 Uplatnění Modelu v praxi**

Pro uplatnění a využití modelu D. Orem je potřebné znát fáze ošetřovatelského procesu podle kterých můžeme v praxi postupovat. V první fázi je důležité znát anamnézu pacienta a znát požadavky na jeho péči. Na základě těchto informací pak dále určovat potřebu ošetřovatelské činnosti u pacienta. V této fázi sestra posuzuje i úroveň deficitu sebepéče. Je důležité hodnotit všechny aspekty pacienta a to nejen ty fyzické ale také psychické a sociální. V druhé fázi plánování ošetřovatelského procesu se ošetřovatel musí soustředit na cíle pacienta (krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé). *„V procesu plánování sebepéče je nepostradatelná spolupráce s pacientem. Ošetřovatelská intervence by měla být pouze doplněním toho, co je schopen pacient udělat sám“(Plevlová 2011).* Ve třetí fázi sestra hodnotí dosažení cílů pacienta v jednotlivých oblastech sebepéče. Nesmíme zapomenout klást důraz na úroveň ošetřovatelské dokumentace. (1)

**Role sestry**

Hlavní role sestry při aplikaci modelu podle D. Orem znamená být poskytovatelem pomoci pro dosažení stanovených cílů. Zároveň to znamená být dobrým pozorovatelem a hodnotitelem stavu osoby o kterou pečujeme.

**3 Praktická část**

**3.1 kazuistika: Identifikace modelu při praxi**

Při své odborné praxi na kardiologické klinice se mi podařilo identifikovat několik prvků poskytování péče podle modelu D. Orem. Pro identifikaci tohoto modelu jsem se rozhodla z důvodu jeho širokospektrého užití právě na odděleních jako jsou: Oddělení interní, oddělení kardiologické, oddělení rehabilitační péče, LDN apod.

1. V prvním případu bych ráda zmínila 81 letého pacienta se srdečním selháním, DM 2. typu, ST.P. Amputace DK pod koleny (viz. DM2 - ICHDK) a několika dalšími komorbiditami vzhledem k jeho věku. Náš pacient byl přijat pro akutní klidovou dušnost s podezřením na srdeční selhání (levostrané). Po přijetí na CPIK, vyšetřen, indikován k hospitalizaci na kardiologickém standartním oddělení.

Model hodnocení sebepéče a jejího deficitu jsem identifikovala při plánování ošetřovatelské péče – zajištění hygieny pacienta. Na první laický pohled by se dalo soudit že tento pacient nebude schopen sebepéče a bude tedy přítomen její deficit. Opak byl pravdou, při zjištění kompletní anamnézy včetně té ošetřovatelské. I pres svůj handicap a současné onemocnění by se míra soběstačnosti dala hodnotit pozitivně, pacient byl velice spolupracující a rozumí pokynům. Po celou dobu zajištění hygieny u pacienta jsem postupovala dle 2. ošetřovatelského systému, tedy ***částečně kompenzačního.***

Z pohledu role sestry bylo tedy nutné kompenzovat omezení sebepéče a pomoci pacientovi. Pacientovou rolí bylo přijmutí podpory sebe péče, spolupráce a provádění sebepéče.

1. Pacientka ročník 1950, přijata cestou CPIK pro dekompenzaci chronického srdečního selhání (pravostrané), NYHA 3 – 4, Otok DK, BMI 33, nevolnost, snížená mobilita.

Pacientka přeložena na KSE, indikována k terapii diuretiky a nitráty.

Na základě diuretické léčby a celkovému hodnocení stavu bylo nutné zavést PMK z vitální indikaci – Bilance tekutin.

Dalo by se říci že byla již od začátku hospitalizace byla pacientce poskytována péče s předpokladem deficitu sebepéče. S ohledem na klinický obraz pacientky a její lékařské i ošetřovatelské anamnézy bylo nutné péči přizpůsobit jejímu akutnímu stavu.

Konkrétním příkladem může být přístup k zajištění hygieny a nebo zajištění vyprazdnování. V případě zajištění hygieny se jednalo o hygienu prováděnou na lůžku pacietky za asistence ošetřovatelky a sestry. Stejně tak jako po celou dobu setrvání pacientky na posteli bylo nutné aby naše pacientka bylo v ortopnoické poloze. Při výkonu samotné hygieny byla zajištěna podpora sebepéče na urovni přecházející mezi ***Částečně kompenzačního až plně kompenzačního systému.*** Před zahájením intervence bylo pacientce vysvětleno proč je důležité omezení pohybu, klid a poloha v polosedě (Edukace pacienta nejen během oš. intervencí je důležitou součástí aplikace a práce s modelem sebepéče a deficitem sebepéče). V případě pomocí s vyprazdňováním byla opět pacientka edukována, že si má vždy v případě potřeby zazvonit na sestru. I přes skutečnost že pacientka používala pojizdnou toaletu (umístěnou vedle postele, vyskytovalo se zde vysoké riziko pádu. Stejně tak byla poučena aby po dokončení potřeby zazvonila na sestru, ta ji spolu se sanitářem pomohla s hygienou a následně byla pacientka umístěna zpět na lůžko. Sama by tohoto úkonu byla schopna velmi obtížně. I přes tento stav byla pacientka uklidňována (psychická podpora), že až se její stav zlepší, bude moct jít například do koupelny nebo na toaletu s doprovodem, s ohledem na zajištění lepšího soukromí atd.

1. Dalším konkrétním příkladem jež je úzce spjat s úrovní sebepéče a deficitem byla edukace pacientů. Právě na tomto kardiologickém oddělení jsem se poprvé setkala s plánovanou edukací pacientů, a to konkrétně u pacientu s diagnózou: Chronické srdeční selhání. Cílem sestry je poskytnout pacientovi dostatek informací o jeho onemocnění a poskytnout mu znalosti které by pacient měl využít při svém terapeutickém plánu a zvýšit úroveň jejich vzdělání v této oblasti. Sestra si samotnou edukaci plánuje na určitý den, kdy ví že v tento moment nebude mít pacient žádné plánované vyšetření. Ve stanoveném termínu si musí na pacienta najít dostatek času a ideálně klidné místo (pokud je to jen trochu možné). S pacientem probere všechny témata ohledně jeho diagnózy a vysvětlí mu doporučené postupu, rizikové faktory a ujistí se že předané informace byli pro pacienta dostatečně srozumitelné. Po edukaci sestra zanese do dokumentace, že pacient byl edukován. Zde se k tomuto úkonu používá přímo razítko se značkou, dál se sestra podepíše a připíše datum edukace.

**Závěr**

Teorie sebepéče a teorie deficitu nám vysvětlují jak máme nebo můžeme chápat péči o sebe sama. Osvětluje nám samotný pojem sebepéče a co vše do tohoto komplexu zahrnujeme. Cílí na různé aspkety jedince jako je například: věk, vývoj, integrita, prostředí, aplikace schopností (vrozených či získaných/ naučených), přirozená determinace věkem v průběhu života nebo na období v životě jedince kdy dochází k jeho determinaci. Součástí sebepéče je také úroveň vyhodnocení zda je jedinec schopen se postarat sám o sebe či ne. V případě deficitu sebepéče je jedinec odkázán na pomoc okolí, a často na pomoc odbornou – ošetřovatelskou.

Myslím si že v praxi během studia ale i po něm nám teorie sebepéče a jejího deficitu může být velice užitečným nástrojem. Pomocí vyhodnocení zda je deficit přítomen či není, můžeme zlepšit naší péči ale také komunikaci s naším pacientem. Zároveň nám tyto modely mohou pomoci plánovat jak dlouhodobou tak krátkodobou péči a sloužit při plnění námi stanovených ošetřovatelských cílů. Další výhodu vidím i v komunikaci mezi ošetřovatelským personálem a předávání informací o pacientech a jejich aktuálních úrovních popřípadě deficitech sebepéče.

Na pracovišti kde jsem plnila svou prázdninovou praxi II (FNKV KSE), se prvky tohoto modelu vyskytovali především jako nástroj v komunikaci mezi sestrami, ošetřovateli a sanitáři (popřípadě praktikanty), ale také při prostudovávání anamnézy pacienta (posuzování sebepéče, soběstačnosti, deficitu sebepéče, rizika).

**Seznam použitých zdrojů**

1. PLEVLOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3. s  60, 130-135, 140-141
2. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3. s.16, 53
3. KUTNOHORSKÁ. Jana. *Historie ošetřovatelství.* Praha Grada 2010. ISBN 978-80-247-3224-4 s 134