UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Tereza Šilhavá**

Uplatnění ošetřovatelského modelu v ošetřovatelské praxi

*Seminární práce*

Praha, září 2021

# Úvod

Moje prázdninová praxe probíhala na Klinice popáleninové medicíny na standardním oddělení pro dospělé. Během praxe jsem mohla sledovat uplatňování mnoha modelů, ovšem model Virginie Henderson mi přišel jako nejvíce viditelný v práci personálu. Když jsem se zdravotními sestrami o modelech hovořila, tak se přiznaly, že si již konkrétní obsahy teoretických modelů nevybavují a že jednají hlavně podle citu a potřeb pacienta, což mě navedlo na níže popsané potřeby pacientů, které Virginia Henderson popisuje.

# Virginia Avenel Henderson

Virginia Henderson se narodila v roce 1897 v Kansas City ve Spojených státech amerických. Studovala ošetřovatelství na Army School of Nursing ve Washingtonu D.C. Začala poté učit ošetřovatelství a následně odešla, aby mohla studovat na Teachers College Columbia University magisterský program. Na této univerzitě také v letech 1930-1948 přednášela klinické ošetřovatelství. Později začala působit na Yale University, kde se věnovala výzkumu a vedla ošetřovatelská studia. Mezi její publikace patří kniha „Basic Principle of Nursing Care“ a „The nature of nursing“. Získala sedm doktorátů na různých univerzitách a bylo jí uděleno členství v ANA za celoživotní přínos ve výzkumu a vzdělávání (1). Někdy se o Virginii Henderson mluví jako o první dámě ošetřovatelství. Její pojem ošetřovatelství popisuje péči jako zaměřenou na pacienta a nejlépe i na jeho rodinu (2).

# Model ošetřovatelství podle Virginie Avenel Henderson

Model vede pacienta k tomu, aby byl nezávislý a mohl uspokojovat svoje potřeby. Snaží se tedy o to, aby pacient nebo klient dosáhl nezávislosti, zdraví nebo klidnému umírání, spojuje vnímání duše a těla a vnímá také rodinu jako součást pacienta. Sestra má v tomto scénáři pacientovi pomáhat udržet nebo znovuzískat tyto cíle. Pacient může cítit nedostatek síly, vůle nebo mít nedostatek vědomostí, což vede k objevení zmíněných potíží, sestra by tedy měla podporovat sílu, vůli a vědomosti pacienta, aby potíže zmírnila nebo odstranila (1).

Model uvádí čtyři základní oblasti potřeb pacienta, je to oblast biologická, sociální a spirituální. Specificky se jedná o čtrnáct hlavních potřeb pacienta. Mezi potřeby patří 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 a 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 (3). Od těchto potřeb se odvíjí aktivita sestry, která by měla pacientovi ve všech těchto oblastech pomáhat. Sestra by měla respektovat rozhodnutí a názor pacienta a pouze mu v oblastech vypomáhat v míře, která je potřebná, neměla by za něj jednat, pokud to není zcela nutné v případech plné závislosti pacienta. Tato péče by měla být individuální, jelikož je ovlivněna stavem pacienta, ale také jeho věkem, kulturou, emocionální rovnováhou, fyzickými a psychickými schopnosti pacienta. Ani dva pacienti se stejnou diagnózou nejsou ve vnímání sestry stejní, je potřeba jim ošetřovatelskou péči poskytovat individuálně a přizpůsobovat tomu plán a intervence, které provádí (1).

Ošetřovatelská péče se v pojetí Virginie Henderson poskytuje ve třech hlavních fázích. První fáze se soustřeďuje na to, jaké potřeby pacient má a sestra má za úkol zjistit všechny oblasti ve kterých pacient potřebuje pomoci, následně pomoc plánuje a také realizuje. Druhá fáze se zaměřuje na zlepšení, které se u pacienta projevilo po realizované pomoci, může se zlepšit jak patologický stav, tak soběstačnost, to vše musí sestra reflektovat a aktualizovat její plánování další péče. Třetí fáze se věnuje edukaci pacienta a také jeho rodiny. Na plánování péče se zúčastňuje nejen zdravotní sestra, ale také pacient, plán by měl být sepsaný a měl by se různě měnit podle potřeb pacienta (1).

Virginia v souladu s tímto modelem definovala funkci sestry, která zní: „Jedinečnou funkcí sestry je pomoc zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti přispívající k jeho zdraví nebo k uzdravení či klidné smrti, které by jedinec vykonával sám, bez pomoci, kdyby měl na to dostatek sil, vůle a vědomostí. A sestra vykonává tuto funkci tak, aby jedinec dosáhl nezávislosti co nejdříve.“ (3)

Při poskytování této ošetřovatelské péče vznikají mezi sestrou a okolím vztahy. Podstatné jsou vztahy pacient-sestra, lékař-sestra a zdravotnický tým-sestra. Vztah mezi pacientem a sestrou se pohybuje ve třech základních rovinách. Sestra může figurovat jako náhrada za pacienta, což se objevuje nejčastěji v případech, kdy je pacient plně závislý a nesoběstačný, sestra ho tedy nahrazuje v tom, co je potřeba. Dále sestra může představovat pro pacienta pomocníka, který mu pomáhá v potřebných oblastech. Další role sestry může být partnerská, ta se projevuje při společném plánování péče. Vztah mezi sestrou a lékařem je založen na spolupráci a na respektování plánu péče ošetřovatelské současně s péčí lékaře. Vztah mezi zdravotnickým týmem a sestrou je především o vzájemné spolupráci a pomoci při realizaci plánu péče (1).

# Praktické ukázky modelu v praxi

Dále uvedu popsané čtyři případy, které mi utkvěly v paměti a lze na nich sledovat model Virginie Henderson.

## Pomoc pacientovi s vyměšováním

Na oddělení byl pacient, kterému bylo pouze osmnáct let, ale trpěl popáleninami dolních končetin, levé horní končetiny, zad a boků, postiženou končetinu měl také zlomenou, trávil pobyt na oddělení ve vzdušném lůžku. Toto lůžko má jednu negativní vlastnost a to tu, že pacienti v něm se nemohou příliš pohybovat, vzhledem k vlastnostem písku, který je uvnitř. Tento pacient tedy byl velmi omezený v pohybu nejen kvůli jeho popáleninám, ale kvůli lůžku samotnému byla péče o některé oblasti jeho potřeb složitější. Pacient byla na oddělení již pátý den a stále neměl potřebu k vyměšování stolice. Tudíž mu byl dán čípek a pacienta jsme museli dát na mísu. Proto bylo potřeba lůžko zprvu vypnout, aby se písek ustálil a trochu ztvrdl, až poté byla možnost pacientem v lůžku manipulovat. Jelikož pacient trpěl silnými bolestmi a popálené plochy měl téměř na všech oblastech, kde ho šlo uchopit, tak jsme s manipulací byli velmi pomalí a opatrní. Otočili jsme ho tedy na bok a vložili pod něj podložní mísu. Na pokoji jsme otevřeli okno a druhý pacient, který byl na pokoji odešel zrovna na vycházku, takže zajistil našemu pacientovi soukromí. Pacientovi jsme i my nechali soukromí a čekali jsme, dokud nezazvoní zvonečkem, abychom mu mohli pomoci s hygienou a sundáním z mísy. Pacienta jsme tedy poté opět ve dvou opatrně otočili a sundali z mísy a provedli jsme jeho očištění. Jeho očišťování prováděl zdravotní bratr a ne já, vzhledem k nízkému věku pacienta a k jeho přání, zda by tento úkon mohl provádět radši muž. Toto přání jsme tedy samozřejmě respektovali a já jsem pouze asistovala, podávala věci, držela jsem pacienta a podobně. Po očištění jsme pacienta opět uložili v lůžku a mohli jsme ho opět zapnout. To, že proběhla stolice bylo potřeba zapsat do dokumentace.

## Pomoc pacientovi s udržováním upravenosti a čistoty těla

Tuto pomoc jsme poskytovali například pacientovi, který trpěl popáleninami hlavy, hrudníku a horních končetin, tudíž byl velmi omezen v pohybu a jeho potřeby v oblasti čistoty nebyly naplňovány. Pacientova pohyblivost v oblasti horních končetin se zhoršovala v průběhu jeho hospitalizace, a to z důvodu nekrektomií, na které pravidelně jezdil na sál. Tuto postupnou zvyšující se ztrátu pohyblivosti horních končetin pacient těžce nesl, a tudíž bylo potřeba mu věnovat zvlášť velkou pozornost, jelikož šlo sledovat jeho zhoršující se psychickou nepohodu, když jeho potřeby nebyly naplněny. Pacient chtěl být co nejvíce soběstačný, proto jsme v průběhu jeho hospitalizace přicházeli s novými nápady, jak toho dosáhnout. Zprvu jsme mu čistili zuby my pomocí zubního kartáčku, hrnečku s vodou a brčkem a emitní misky, nakonec jsme ale společně s pacientem vymysleli, že kdybychom prodloužili držátko kartáčku, tak by mohl čištění zvládnout částečně sám. Tudíž jsme vyrobili delší držátko a s pacientem jsme zkoušeli, jestli čištění zvládne sám nebo zda bude stále potřebovat naši asistenci. Několik dní pacient čištění sám zvládal, ale postupně s probíhajícími nekrektomiemi v oblasti horních končetin bylo opět potřeba mu každý den s touto činností pomáhat. Každé ráno také probíhala částečná hygiena na lůžku, vždy bylo potřeba mu žínkou očistit obličej v oblastech, kde nebyly plochy a otřít mu oči. Toto se muselo vždy provádět opatrně, aby mokrá žínka zbytečně nenamočila okolní obvazy a nezpůsobila více škody než užitku. Také jsme pacientovi pomáhali s omýváním zbytku těla na lůžku ve chvílích, kdy nebyl schopen dojít sám do koupelny. To vše se vždy odvíjelo podle toho, zda byl na sále nebo ne. V oblasti, která byla přístupná a nebyly na ní plochy, jsme také pacienta pravidelně holili podle jeho přání a také podle našich potřeb. Na oddělení byly žiletky, které jsou určené pro holení nasucho, takže jsme je využívali.

## Pomoc pacientovi s výběrem oděvu, s oblékáním a svlékáním

Na oddělení byl již několik týdnů pacient ve věku 75 let, který trpěl opařeninami v oblasti zad a levé horní končetiny, většinu pobytu na oddělení strávil ve vzdušném lůžku, kde jeho soběstačnost byla téměř na nule. Během jeho hospitalizace se dalo velmi snadno sledovat, jak současně s jeho zdravotním stavem se zhoršovala jeho soběstačnost a následně také zlepšovala s pomocí zdravotních sester. Každý den jsme museli tomuto pacientovi pomáhat s obléknutím čisté košile pro pacienty, zprvu pacient nedovedl ani nadzvednout ruce, abychom mohli nandat rukávy, postupně jsme ho tedy motivovali a nechávali jsme mu přiměřenou možnost trénovat svaly, ale dodávali jsme mu potřebnou sílu k tomu, aby se činnost dala provést. Poslední den pacientovy hospitalizace jsme poprvé měli možnost pacientovi poskytnout pomoc při oblékání běžného oblečení. Pacient si již nepamatoval, jaké oblečení s sebou v nemocnici má, proto bylo potřeba s ním projít vše, co měl u sebe. Také jsme zhodnotili venkovní počasí, jelikož pacient venku ten den nebyl a neměl přístup k předpovědi počasí, tak jsme poté informovali pacienta o tom, že venku je chladno, a tudíž by měl zvolit něco teplejšího. Nakonec si tedy pacient vybral, co by si vzal na sebe a následně jsem mu pomohla ve chvílích, kdy neměl sílu oblečení přetáhnout přes hlavu, také potřeboval pomoci s navléknutím ponožek a bot na tkaničku, jelikož si zatím nebyl jistý v tomto pohybu.

## Pomoc pacientovi při jídle a pití

Na oddělení byl pacient po pádu letadla, který trpěl zlomeninami horních končetin a popáleninami horních končetin, pravé dolní končetiny a také hlavy. Pacient vzhledem k popáleninám a zlomeninám nebyl schopný sám pít a jíst, proto jsme mu vyrobili na základě jeho nápadu specifické pítko. Láhev s vodou jsme připevnili na okraj postele a využili jsme hadičku, kterou jsme přilepili k posteli tak, že pacient mohl pít sám bez toho, aby nás musel pokaždé volat. Tento výrobek se pacientovi opravdu zamlouval a bylo vidět, že je takhle mnohem víc spokojený. Předtím totiž nechtěl sestry „otravovat“, a proto se bál zvonit a pil méně, než by chtěl. Pokaždé, když bylo čas jíst, tak bylo potřeba mu asistovat. Tudíž vždy někdo šel a pomáhal mu. Zprvu bylo podstatné jídlo nakrájet na malé kousky, jelikož měl pacient popálenou i oblast hlavy, tak nedovedl tolik otevírat ústa. Po nakrájení bylo potřeba se zeptat pacienta, čím by chtěl začít, zda by chtěl polévku nebo radši hlavní jídlo, sestry vždy respektovaly jeho přání. Podstatné tedy bylo podávat mu jídlo po malých kouskách a čekat, dokud nespolkne, dopřát mu dostatek času, aby se v klidu najedl. Pacient měl tendence jíst málo, a proto jsme mu vždy nechávali alespoň ovoce (jablko), které jedl velmi rád na později, aby bylo vždy něco, co mu můžeme nabídnout. Tím se zvýšil alespoň částečně jeho příjem potravy, vše bylo konzultováno s nutriční terapeutkou.

# Závěr

Během praxí jsem sledovala naplňování potřeb pacientů ve všech oblastech, které Virginie Hendersonová zmiňuje. V této práci jsem tedy zmínila pouze zlomek toho, jakou práci sestry na oddělení vykonávají, kdybych měla vypisovat vše, tak je práce jistě mnohem delší. Velmi dobře se také dala sledovat jejich vzájemná spolupráce a také spolupráce s lékaři a jinými pracovníky na oddělení. Vím, že sestry se snažily se doplňovat v tom, kdo dělá administrativní práci a kdo práci s pacienty a vždy se v tom střídaly podle momentálních potřeb. Pozitivně na mě zapůsobilo to, že pokud pacientovi nevyhovovaly dostupné ergoterapeutické pomůcky, tak se sestry nebály vytvořit pomocí čehokoli, co našly, jinou alternativu, která by pacientovi pomohla v soběstačnosti. Stejně tak mi přišlo dobré, že na oddělení byla alespoň nějaká diverzita v tom, že tam pracoval zdravotní bratr, který občas plnil úkony, které některým mužům-pacientům byly nepříjemné, kdyby je prováděla žena. Na oddělení jsem se toho naučila mnoho a celkově mě praxe naučila spousty užitečných věcí.

# Zdroje

1. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
2. NICELY, Bruce a DELARIO, Ginger. Virginia Henderson’s principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in transplantation*. 2011, **21**(1), 72-77. Dostupné z: doi:10.1177/152692481102100110
3. HENDERSON, Virginia Avenel. *Základní principy ošetřovatelské péče*. S. l: Mezinárodní rada sester, 1995, 41 s.