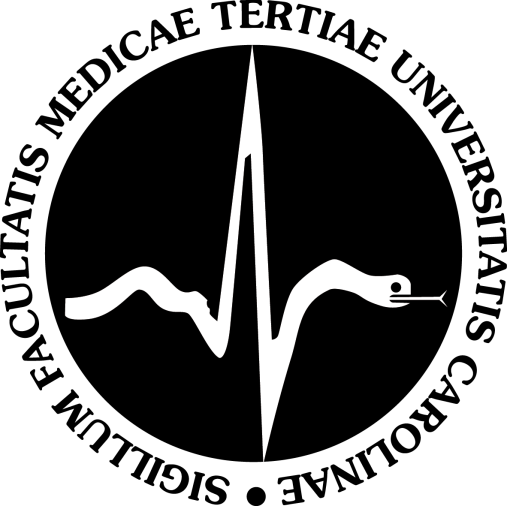
**Uplatnění ošetřovatelského modelu v ošetřovatelské praxi**

Semestrální práce

Klára Dziadková, 2. ročník



3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

2020/2021

Co je to model? Je to jakási vědecká konstrukce, obraz, představa nebo popis zkoumaného jevu. Je ideou, která vysvětluje pomocí symbolické nebo fyzikální vizualizace. Koncepční modely ošetřovatelství jsou souborem obecných pojmů a výpovědí, které vytvářejí hlediska hlavních pojmů metaparadigmatu. Metaparadigma znamená člověk, zdraví a stav dobré pohody, prostředí a ošetřovatelství. Využití modelů v ošetřovatelství má pro práci sestry důležitý význam. Pomáhají zvýšit kvalitu práce sestry. Ukazují, co jako sestra máme pozorovat, čeho si všímat, o čem přemýšlet, jak se dívat na svět, co brát v úvahu. Teoretické znalosti ošetřovatelství pomáhají řídit myšlenky a jednání sester v praxi. Poskytují systematickou strukturu a zdůvodnění činností. Tedy co máme udělat nejdříve, co je nejvíce důležité a jak si vytvořit nějaký časový harmonogram, abychom vše stihli a zároveň udělali všechny kroky efektivně a kvalitně.

V ošetřovatelské péči v České republice, bez ohledu na obor, se převážně uplatňuje tradiční biomedicínský model péče. Ten se rozvinul teprve v minulém století a to tehdy, když docházelo k velmi prudkému rozvoji přírodovědeckých znalostí. Zastává teorii, že vše má nějakou příčinu. Tedy i co se týče nemocí, každá tu svou příčinu někde má a vzniká z nějakého důvodu. Ať už pochází z vnějšího či vnitřního prostředí. Tato teorie nabádá k tomu, že máme potřebu tyto příčiny zjistit a opravit je. To má na starosti lékař. Jeho hlavní úlohou je zde zjistit diagnózu, její příčinu a nemoc vyléčit. Podle tohoto modelu jsou všechny děje v těle vysvětlovány biologickými a biochemickými mechanismy. Model má tendenci opomíjet psychologické a sociální faktory. To se ale začalo okolo 30. let minulého století měnit. Začaly se objevovat nemoci, na které nebyl lék a nemohlo se přijít na to, jak jim zabránit, jaké jsou jejich příčiny a jak je léčit. Proto se začalo pohlížet na psychologickou a sociální stránku. Pokud nějaký silný emoční zážitek, a to především špatný, delší dobu působí nadměrnou intenzitou, mohou vznikat změny orgánů a fyziologických funkcí.   
V biomedicínském modelu má ošetřovatelství za cíl úplné uzdravení. Běžným postupem je naprostá rutina práce, přičemž pacient se má přizpůsobit režimu, který mu lékař stanovil. Jedna z nevýhod je, že model přistupuje k pacientovi vcelku neosobně. Nemocný je brán převážně jako diagnóza. Důraz je kladen na osobní čistotu a na hygienu prostředí. Cílem biomedicínského modelu ošetřovatelství je tedy obnova homeostázy, vyloučení nemoci, úprava stavu a oddálení smrti. Je založený na důkazech Evidence based nursing, tedy je nesporný a objektivní. Nevýhodou biomedicínského modelu je, že je zaměřený na nemocnou “část nemocného”, tedy je v rozporu s holistickým pojímáním člověka. Tedy méně objektivně posouditelné psychosociální problémy mohou zůstat bez povšimnutí. Hlavní zodpovědnost má lékař. Prvořadá je záchrana života, co nejrychlejší vyléčení, úleva, dobré technické znalosti a moderní technika.   
Biomedicínský model také můžeme pochopit na základě toho, jak odpovídá na následující otázky:  
Co způsobuje onemocnění? Podle biomedicínského modelu mohou nemoci pocházet jak z vnitřního prostředí, kdy to nejsme schopni nijak ovlivnit. Roli hraje často genetika, ale i různé patogeny jako viry a bakterie, nebo chemická nerovnováha. Také může nemoc způsobit vnější prostředí a to jak životní styl, kvalita životního prostředí, stres apod.  
Kdo je zodpovědný za onemocnění? Jelikož v předchozí otázce bylo zodpovězeno, že nemoc může mít příčiny jak vnější nebo vnitřní prostředí, tak to vnější člověk částečně ovlivnit může. A to zdravým životním stylem. V tom případě je plně zodpovědný nemocný člověk, který si nemoc způsobil sám svými vlastními činy. Pokud se jedná o faktory vnitřního prostředí, tedy například genetika, nikdo za ní není obviněn.   
Jak by měla být nemoc léčena? Biomedicínský model uplatňuje v léčbě postupy jako očkování, operace, chemoterapie a radioterapie, z nichž všechny mají za cíl změnit fyzický stav těla. Kdo nese za léčbu odpovědnost? Odpovědnost za léčbu mají zdravotničtí pracovníci. Jaký je vztah mezi zdravím a nemocí? V rámci biomedicínského modelu jsou nemoc a zdraví považovány za kvalitativně odlišné – člověk je buď zdravý, nebo nemocný – mezi těmito stavy neexistuje postupný přechod.  
Jaký je vztah mezi tělem a myslí? Podle biomedicínského modelu fungují tělo a mysl nezávisle na sobě, což odpovídá tradičnímu dualistickému modelu mysli a těla. Z tohoto pohledu není mysl schopna ovlivňovat fyzickou hmotu, tělo a mysl jsou chápány jako nezávislé entity. Mysl je vnímána jako abstraktní a souvisí s pocity a myšlenkami; naopak tělo je chápáno čistě jako fyzická hmota: např. pokožka, svaly, kosti, mozek a orgány. Tělesné změny tedy nezávisí na změnách stavu mysli.  
Jak psychologické faktory ovlivňují zdraví a nemoc? V rámci tradiční biomedicíny může onemocnění mít psychologické následky, ale ne psychologické příčiny. Například rakovina může způsobit smutek, ale nálada jako taková nesouvisí se vznikem nebo vývojem nádorového onemocnění. Jak už ale bylo zmíněno výše, v 30. Letech minulého století se tento pohled na věc celkem změnil. Původní myšlenka je ale taková, že psychika neovlivňuje fyzické zdraví člověka.

K uplatnění ošetřovatelského modelu v praxi jsem si vybrala model Virginie Henderson. Tedy její komplementárně suplementární model. Virginie Henderson je považována za jednu z prvních odbornic, co se týče vzdělávání v oboru ošetřovatelství. Nelíbilo se jí, že je zdravotní sestra pouze asistentkou lékaře. Chtěla, aby se i sestry vzdělávaly a uměly pracovat jako samostatné jednotky. Pacienta viděla jako osobnost, která má své individuální potřeby. Je to nezávislá osobnost tvořená biologickou, psychickou, sociální a spirituální složkou, jež ho utváří jedinečným. Virginii se nelíbilo, že je k pacientům přistupováno jako spíše k diagnóze, než-li k jedinečné osobnosti, která má své potřeby. Hlavním cílem jejího modelu je udržet člověka co nejvíce soběstačného a schopného si uspokojit všechny své potřeby. Potřeby člověka jsou základní premisou její teorie. Mezi potřeby patří:

1. Normální dýchání   
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin   
3. Vylučování   
4. Pohyb a vhodná poloha  
 5. Spánek a odpočinek   
6. Vhodné oblečení   
7. Udržování fyziologické tělesné teploty   
8. Udržování čistoty těla   
9. Eliminace rizik poškození sebe i druhých   
10. Komunikace a emoční vyjadřování   
11. Náboženské vyznání  
12. Produktivní činnost

13. Rekreace a hry   
 14. Učení

Vzhledem k tomu, že je každý člověk jiný, tak má každý jinou hierarchii důležitosti těchto potřeb. Ale úplně každý tyto potřeby má a tak je důležité je pomoci pacientům uspokojit, pokud toho nejsou sami schopni. Zdravého člověka viděla Virginie jako toho, co si všechny své potřeby dokáže uspokojit sám. Nemocného pak, když si nějakou z potřeb, ať už jich je více nebo méně, neumí zajistit, a tak je potřeba pomoc prostředí.

Model Virginie Henderson budu uplatňovat a porovnávat s péčí v Psychiatrické Nemocnici Bohnice, kde jsem měla svou letní praxi po dobu 80 hodin. Je to pražská a zároveň největší psychiatrická nemocnice v České republice. Byla založena počátkem 20. století a tehdy byla společně s vídeňským ústavem nejmodernější a největší psychiatrická nemocnice v Rakousku-Uhersku. Její tehdejší oficiální název byl Psychiatrická léčebna Bohnice a roku 1990 byla založena jako samostatný právní subjekt. Až roku 2013 byla přejmenována na nemocnici. Nemocnice má mnoho oddělení. Můžeme zde najít i dětská oddělení, akutní péči, následnou péči, gerontopsychiatrii, rentgenologii, rehabilitaci, komunitní péči, ale i interní oddělení. Celý areál je chráněn jako kulturní památka.

Já jsem svou letní praxi prováděla na akutním příjmu na oddělení 27. Když jsem se dozvěděla, že budu mít praxi právě tady, můj první pocit byl strach. Když člověk slyší slovo Bohnice, vybaví si hned agresivní lidi nebo strašidelné scénáře jako z psychiatrie z filmu. V tomto jsem se ale spletla. Tato praxe byl jeden z nejsilnějších zážitků v mém životě. Hodně mi tato zkušenost dala do života. Člověk si uvědomí, jak snadné je se dostat do situace lidí, kteří jsou tam hospitalizováni. Že to jsou lidé, stejně jako my, kteří se možná jen ocitli ve špatné situaci ve špatný čas. Že duševní zdraví je něco, o co bychom se měli starat a neměli bychom ho brát na lehkou váhu. V dnešní uspěchané době plné stresu a povinností to platí dvojnásob. Měli bychom si najít čas pro sebe, ať už jen chviličku. Měli bychom se naučit se umět uvolnit. Najít si něco, co nás baví a co odvede naši pozornost od každodenních problémů a povinností. Ne vždy je to jednoduché, ale každý by se měl o to alespoň pokusit. A pokud už nás nějaký psychický problém trápí, je velmi důležité rychle zakročit a najít odbornou pomoc, dokud je ještě čas. Společnost má pořád tendenci brát duševní nemoci a problémy jako tabu. Spousta lidí duševní onemocnění nebere jako nemoc. Ještě pořád se někdy lidé s duševní poruchou berou jako blázni a ne jako nemocní lidé. Myslím si, že by se o tomto problému mělo více mluvit, protože lidé s psychickými poruchami se pak stydí říct si o pomoc. Stydí se říct své problémy i nejbližším lidem v okolí. A i když si to neuvědomujeme, lidí s psychickými problémy je víc, než si myslíme. Většinou to ani na člověku není vůbec poznat.   
Tohle je to, co jsem si z praxe v Bohnicích odnesla a jsem ráda za to, co mi praxe do života dala. Na oddělení byli většinou pacienti se schizofrenií, s poruchami osobnosti jako například s bipolární poruchou. Také se zde našli pacienti se závislostmi na omamných látkách.   
Co se týče využití modelu Virginie Henderson, tedy pojímání člověka jako individuální bytost, která má své vlastní potřeby, podle mého názoru na tomto oddělení celkem zaostává. Vidím zde spíše tradiční biomedicínský model. Na oddělení byl daný režim, který všichni pacienti museli dodržovat. Dle mého názoru nebyl příliš kladen důraz na individuální potřeby člověka. I podle toho, co jsem slyšela od pacientů. Většina se tam necítila dobře. Mluvili o tomto oddělení jako o ústavu, ze kterého se chtějí co nejrychleji dostat pryč. Chápu, že je samozřejmě velmi těžké brát každého pacienta individuálně a klást důraz na to, na co byl například zvyklý doma. Ale myslím si, že pokud byl člověk doma na něco zvyklý, ať už se jedná o nějakou rutinu nebo maličkost, že si například každé ráno dá černý čaj s mlékem, tak dle mě je to věc, která není těžká uskutečnit a přitom by to mohlo pacientovi zlepšit celý den. Například pokud to jde, je možné se zeptat rodiny, co má pacient rád, jestli má nějaké zvyklosti, případně by mohla rodina přinést jídlo, které udělá pacientovi radost.   
Co se mi ale na oddělení líbilo, byl odpolední program s aktivizační sestřičkou. Tam můžu říct, že se důraz na individualitu celkem kladl. Pacienti dělali to, co je bavilo a měli rádi. Někteří si kreslili, někteří navlékali korálky, zpívali si, mohli i tancovat. Když bylo hezké počasí, brali jsme pacienty ven na zahradu. Byl tam pán, který rád běhal. A tak mu sestřička dovolila obíhat alespoň kolečka na zahradě. Šlo vidět, že mu to moc pomáhá, že se vždy hodně odreagoval a měl radost, kolik uběhnul. Říkal, že mu běh pomáhá v tom, když na něj příchází nějaké špatné myšlenky. A jak už jsem psala, každý by si měl najít něco, co jej odreaguje, když mu třeba není nejlépe.   
Co se týče toho individuálního přístupu k pacientům, hodně záleželo na různém personálu. Našly se sestřičky, které na toto vůbec nedbaly a chovaly se ke všem stejně nezávisle na tom, jaké mají různí pacienti potřeby. Byl tam ale i takový personál, který se snažil pacientům zpříjemnit pobyt a vysvětlit jim, že jsou tady z dobrého důvodu. Aby se vyléčili a mohli zase žít normální život, na který byli zvyklí. Zajímalo je, co pacienti potřebují a tak se jim snažili vyhovět.   
Měla jsem praxi na různých odděleních. Co se týče toho uplatnění různých modelů v praxi, je to individuální a mám pocit, že to vždy záleží na personálu. Někteří zdravotníci se o pacienty zajímají více, někteří méně. Obecně mohu ale říct, že u nás v českém zdravotnictví pořád převažuje ten tradiční biomedicínský model. Myslím si, že by se k pacientům mohlo přistupovat více individuálně, jak popisuje Virginie Henderson. Chápu, že když je na oddělení pacientů hodně, je těžké každému vycházet vstříc. Ale zároveň je podle mě spoustu maličkostí, které můžeme dělat jinak a udělat tak radost pacientovi. Například se ho jen zeptat, jak je mu příjemné ležet a v jaké poloze je zvyklý spát. Prostě nezapomínat na malé věci, které pacienty potěší a budou se cítit, že se o ně personál zajímá. Všechno je o přístupu a zdravém rozumu. Jak my bychom chtěli, aby se k nám sestřičky chovaly, kdybychom leželi v nemocnici, tak bychom se měli chovat k pacientům.   
Model Virginie Henderson je mi dost sympatický. Zajímá se o pacienta a chápe jej jako samostatnou a jedinečnou jednotku. Až vystuduji a budu sestra, budu se snažit k pacientům přistupovat tak, aby jim to bylo příjemné. Je důležité si zjistit, jaké pacient dělal kdysi povolání, jaké má rituály a potřeby. Co je pro něj důležité. Samozřejmě ne vše je možné splnit a vyhovět jim. Ale jsou věci, které změnit můžeme a pacientovi pobyt zpříjemnit.

Zdroje:

*Univerzita Hradec Králové* [online]. Copyright © [cit. 13.09.2021]. Dostupné z: <https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/voseckova_-_zdravi_a_menoc_i.pdf>

*KOSMAS.cz* [online]. Copyright © [cit. 13.09.2021]. Dostupné z: <https://obalky.kosmas.cz/ArticleFiles/182597/auto_preview1.pdf/FILE/Psychosocialni-aspekty-pece-o-nemocneho_auto_preview1.pdf>

*Fakulta zdravotnických studií* [online]. Copyright © [cit. 13.09.2021]. Dostupné z: <https://www.fzs.tul.cz/skripta/data/2017-03-16/09-04-00.pdf>

*Theses.cz – Vysokoškolské kvalifikační práce* [online]. Copyright ©P [cit. 13.09.2021]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/4vh438/404046>