UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**



**Uplatnění ošetřovatelského modelu dle Dorothey Elisabeth Oremové v praxi**

*Anna Kociánová*

Praha, 2021

**1. Úvod**

Cílem mé seminární práce je uplatnění modelu Dorothy Elisabeth Orem v ošetřovatelské praxi. V teoretické části se budu zabývat životem paní D.E. Orem, vývojem jejího modelu a dílčích částí modelu, jako jsou teorie o sebepéči, deficitu sebepéče a teorií ošetřovatelských systémů. V praktické části se budeme zabývat prezentací uplatnění modelů D.E. Orem v ošetřovatelské praxi. Příklady jsem čerpala ze standartního interního oddělení kardiologické kliniky 2. LF UK a FN Motol, kde momentálně působím jako praktická sestra. Ošetřovatelské modely D. E. Orem jsem na kardiologickém oddělení aplikovala do třech situací. Jedná se navedení pacienta na manuální čištění zubů po CMP a zhoršení stavu po transplantaci kardiostimulátoru, navedení pacienta na samostatné přelepení nově transplantovaného kardiostimulátoru a navedení pacienta na samostatnou aplikaci očních kapek do očí.

**2. Teoretická část**

**2.1. Dorothea Elisabeth Oremová**

D. E. Oremová byla významnou osobností ošetřovatelství, jež se zabývala kvalitou poskytované ošetřovatelské péče. Ošetřovatelství chápala jako intervence vykonávané sestrou ve spolupráci s pacientem, kdy jeho cílem je uspokojování bio-psychosociálních potřeb. Narodila se roku 1914 ve městě Baltimore ve Spojených státech amerických. Sesterské vzdělání získala na Province Hospital School of Nursing ve Washingtonu v roce 1930, poté bakalářské studium absolvovala v roce 1939 v oboru edukace v ošetřovatelství na Catholic University of America, kde získala ve stejném oboru také magisterský titul. Pracovala jako sestra v domácí péči, sestra v nemocnici na oddělení či operačním sále nebo jako sestra konzultantka. Roku 1940 získala pozici ředitelky pro ošetřovatelství v Providence Hospital School v Detroidu. Dále pak pracovala ve státě Indiana, kde začala pracovat na své ošetřovatelské teorii. Zásadní se pro ni stal rok 1971, kdy vydala svojí nejznámější publikaci „Nursing: Concepts of Practice“ tedy „Ošetřovatelství: Koncepce praxe“. Získala titul doktora věd (doctor of science degree) na Georgetown University ve Washingtonu a byla jí udělena cena za ošetřovatelskou teorii. D. E. Oremová zemřela v roce 2007 (Plevová, Slowik, 2008; Halmo, 2015).  
 **2.2 Vývoj modelu D.E. Oremové**

Model D.E Oremové patří mezi modely vývojové a humanistické. Při jeho tvorbě se nechala inspirovat filosofií humanismu tzn. zaměření na člověka a na lidský život, jež jsou považovány za nejvyšší hodnoty. Jako východisko pro tvorbu modelu se inspirovala z již dostupných ošetřovatelských modelů, jako jsou např. model Nightingaleové, Hendersonové, Peplauové, Wiedenbachové, Orlandové, Abdellahové atd.).

D. E. Oremová ve svém modelu sebepéče vychází z předpokladu, že lidé mají přirozenou schopnost sebepéče, která odráží jejich potřeby. Potřeby a nároky na sebepéči se ale mění v závislosti na mnoha faktorech (pohlaví, věk, zdravotní stav apod.) a každý jedinec o sebe pečuje v rámci svých možností. Ošetřovatelský personál tedy zakročí v případě, že jedinec není schopný sám zcela nebo z části uspokojovat své potřeby. Tuto péči potřebují ti, kteří nejsou schopni se o sebe postarat v takové míře a kvalitě, jakou si žádá jejich aktuální stav, jedná se o deficit sebepéče. Deficit sebepéče může být, avšak nemusí být spojen s nějakým onemocněním či handicapem (může být i v souvislosti s přibývajícím věkem atd.).  
Úkolem sestry se zhodnotit rozsah sebepéče pacienta se zvýšením jeho soběstačnosti v uspokojováních potřeb. Ke zhodnocení využíváme pozorování, rozhovory s pacienty a měřící techniky (např. test soběstačnosti Barthelové). Jako překážku v sebepéči pacienta můžeme uvést například situace po amputaci, jež sebou nese především omezení hybnosti a pooperační bolest. Způsob zásahu představují tři terapeutické systémy s ohledem na soběstačnost jedince (plně kompenzující, částečně kompenzující a podpůrně výchovný systém) a výběr vhodných ošetřovatelských intervencí.  
  
**2.3. Teorie sebepéče**

Teorie sebepéče je podkladem modelu D.E. Oremové. Teorie sebepéče se skládá z dílčích konceptů, kterými jsou: sebepéče, kompetence sebepéče a požadavky sebepéče.

Sebepéče je definována jako péče o sebe sama či prostřednictvím sebe sama. Je to soubor činností, které si každý jedinec zabezpečuje sám za účelem zachování života, zdraví a pohody. Jedná se o konkrétní chování jedince ve prospěch vlastní existence. O kompetencích sebepéče mluvíme jako o individuálních schopností jedince se o sebe postarat. Dělíme je na tři dílčí komponenty: činnost sebepéče, potencionální komponenty a základní dispozice a schopnosti. Činnosti sebepéče zobrazují smysluplné činnosti, které člověku napomáhají v péči o sebe sama. Patří sem činnosti, které jsou směřovány na hodnocení a pochopení situace, dále činnosti, které představují přechodnou fázi (transitivní funkce) a činnosti, které způsobují přímé praktické provedení (produktivní funkce). Potencionální komponenty jsou specifické schopnosti sebepéče a vyplývají z obecných schopností, které člověk získává v průběhu života. Základní dispozice je považována za výbavu získanou během života, kterou člověk využívá při zvládání problému. Do základních dispozic a schopností je řazena: schopnost orientace, vnímání, regulace držení těla pohybu, učení, obraz sebe sama, paměť, kulturní zkušenosti, regulace motivačních procesů. Požadavky sebepéče nám vysvětlují, proč se jedinec má o sebe starat, PSP jsou nutné k zachování života. D. E. Oremová rozlišuje tři skupiny požadavků: obecné (univerzální) požadavky sebepéče (OPSP), vývojově podmíněné požadavky sebepéče (VPSP), zdravotně podmíněné požadavky sebepéče (požadavky související s odchylkou od zdraví, tedy terapeutické požadavky). Tyto jednotlivé skupiny nám shrnují informace o tom, na co jsou zaměřeny činnosti sebepéče a čeho má být dosaženo či co má být změněno k zachování života, pohody a zdraví.

**2.4. Teorie deficitu sebepéče**

Deficit sebepéče se projevuje v situaci, kdy jsou neadekvátní vztahy mezi působením sebepéče a požadavky sebepéče (tzn. mezi nimi vznikne nerovnováha a požadavky jsou neuspokojené). Jedná se o velmi důležitou část teorie, která nám formuluje důvody, proč lidé v určitých situacích potřebují péči druhých, když ji samy nejsou schopny vykonávat. U této teorie je důležití zmínit, že deficit sebepéče musí být pociťovaný deficit, nejedná se tedy pouze o přítomnost postižení (např. pacient zvyklý na protézu dolní končetiny, který se ji naučil používat a adaptoval se na novou životní situaci, nebude chůzi považovat za problém, oproti jinému pacientovi po amputaci, pro kterého je nyní ztráta končetiny problémem). Pomoc pacientovi v případě deficitu sebepéče může být poskytována formou ošetřovatelské péče o pacienta, směřováním pacienta, jeho edukace a motivace. Formou fyzické, nebo psychické opory a zajištěním podpůrného prostředí pro rozvoj pacienta.

**2.5 Teorie ošetřovatelských systémů**

Teorie ošetřovatelských systémů zahrnuje základní koncepty, které se věnují činnostem ošetřujícího personálu. Předpokladem této teorie je znalost dvou předešlých teorií (teorie sebepéče a teorie deficitu sebepéče). Ošetřovatelské systémy jsou komplexní sady ošetřovatelských činností. D. E. Oremová rozlišuje tři základní ošetřovatelské systémy: plně kompenzační, částečně kompenzující a edukační a podpůrný systém.

Plně kompenzační systém se zobrazuje v situacích, kdy pacient není schopen vykonávat sebepéči, člověk je zcela závislý na pomoci a sestra vykonává kompletní péči. Používáme pokud se u pacienta nachází neschopnost vědomého jednání, vědomá neschopnost provést činnost a při neschopnosti provést sebepéči na základě chybějící schopnosti úsudku a rozhodování při zachované pohyblivosti. Částečně kompenzující systém popisuje, kdy se sestra s pacientem podílejí na jeho péči, některé činnosti je pacient schopný vykonat sám. Využíváme, pokud je pacient omezen v pohybových a manipulativních aktivitách, při omezení v oblasti vědomí a při připravenosti provádět nebo se naučit specifické aktivity. Edukační a podpůrný systém využíváme, když pacient potřebuje kombinaci jakékoliv podpory, poučování/vedení, sestra pacienta učí vykonávat činnosti sebepéče.

**3. Uplatnění modelu v praxi**

**3.1. Navedení pacienta na manuální čištění zubů**

Pacient narozen roku 1961, který v roce 2018 prodělal CMP (cévní mozkovou příhodu). Tento pacient je celoživotní kuřák a má zároveň také genetické predispozice ischemických stavů. Po prodělání CMP byl pacient pozorován v Nemocnici Na Homolce. Mozková příhoda způsobila pacientovi částečnou hemiparézu a narušila pacientovi soběstačnost, pacient však byl schopný se rukama manuálně obsloužit. Uvedený pacient na sobě tohoto roku začal pozorovat netypické příznaky. Projevila se u něho klidová dušnost, palpitace, únava a slabost. Pán se rozhodl navštívit svého praktického lékaře, který ho odkázal na kardiologa, který mu diagnostikoval arytmie (bradyarytmie). Pacienta jsme k nám na oddělení kardiologie ve FN Motol přijali pro diagnostikovanou arytmii s transplantací kardiostimulátoru. Pána jsme ráno přijali a hned ten den dopoledne měl jít na zákrok. Transplantace kardiostimulátoru proběhla bez problému, ale pacient se necítil moc dobře, cítil se velmi slabý. První ráno po zákroku jsem pacientovi šla (společně se sanitáři) pomoc s hygienou. Tu jsme společně nějak obstarali a poté přišel čas na hygienu dutiny ústní. Pán si i přes částečnou hemiparézu hygienu dutiny ústní obstarával vždy sám a bez problému. Nyní mu to však po zákroku nešlo a sestřička mi řekla, ať teda pacientovi vyčistím zuby sama, když toho není schopen. Vzpomněla jsem si na model D.E. Orem a její citát: „Dáte-li člověku rybu nasytí se jednou. Dáte-li mu udici a naučíte ho chytat ryby, postará se o stravu sám.“, a rozhodla se, že zkusím pacienta spíše navést na hygienu DÚ. Pacienta sem hezky posadila s opěrným křesílkem s dolníma končetinami dolů z lůžka. Dala jsem před něj stoleček s lavůrkem s vodou a kelímkem s vodou. U pacienta byl největší problém, že nedokázal unést svoji ruku při činnosti. Napadlo mne, že mu podložím loket, aby mohl dělat co nejvíce jednoduchý pohyb pouze zápěstím. S pánem sem se na tomhle domluvila, loket podložila malou molitanovou kostkou (dekubitní pomůcka) a navedla pána na správný pohyb rukou při hygieně dutiny ústní. Druhý den při ranní hygieně jsme s pánem zopakovali stejnou strategii, kdy už pacient nepotřeboval přesné mé navedení pohybu. Pacient byl velmi vděčný za tenhle postup a jeho zapojení do procesu hygieny. Použili jsme zde model D.E. Orem, kdy pacient měl deficit sebepéče a použili jsme u něho částečně kompenzující systém z teorie ošetřovatelských systémů.

**3.2.**  **Navedení pacienta na přelepení kardiostimulátoru**

Pacientka narozena roku 1953 k nám na kardiologickou kliniku byla hospitalizována s arytmiemi, konkrétně bradykardie. V takovýchto případech dochází k nedokonalému čerpání krve vzhledem k potřebám organismu se všemi jeho důsledky. Paní měla od svého kardiologa indikovanou transplantaci kardiostimulátoru (pacemaker). Pacientka se zavedl kardiostimulátor a výkon zvládla bez obtíží. Paní byla poučena o režimových opatření po zákroku, které všechny hezky dodržovala. Stav pacientky po zákroku byl dobrý, rána vypadala v pořádku a paní po dvou dnech od implantace kardiostimulátoru mohla být propuštěna domů. Mimo opatření, které po implantaci pacientka musela dodržovat (řízení vozidla, lidová režim končetiny, sprchování, atd.) bylo potřeba ji edukovat i ohledně péče o ránu. Na ránu po zavedení kardiostimulátoru se běžně dává speciální lepení, které vydrží 10 dní, to nám v daný den však n oddělení došlo. Pacientce jsme dali domů tedy klasické lepení, které je potřeba přelepovat každý den. Také jsme paní dali lahvičku s přípravkem Betadine a štětičku na čištění rány před lepením. Mým úkolem bylo paní edukovat a navést jak si přelepit sama ránu po zavedení kardiostimulátoru. Můj postup byl takový, že jsem ránu první den po zavedení přelepila pacientce já sama, s přesným popisováním každého mého kroku. Poté jsem pacientku vyzvala, ať to zkusí teď sama, ale když už máme ránu čistě zalepenou, tak ať to zkusí na svém stehně. Pacientku jsem vedla a krásně to zvládla. Proces čištění stehů Betadine jsme si pouze slovně popsaly. Pacientce jsem dala na domů nějaké zásoby, s tím že na dny v delší budoucnosti si už materiál koupí v lékárně. Pacientka mi moc poděkovala za náš společný postup a vypadala, že všemu rozumí a přelepit ránu zvládne levou zadní. V této situaci jsem u vedení pacientky použila model D.E. Orem a použili jsme u ní částečně kompenzující systém z teorie ošetřovatelských systémů.   
   
**3.3. Navedení pacienta při aplikaci očních kapek**

Pacientka narozena roku 1965 k nám byla hospitalizována pro indikovanou elektrickou kardioverzi z důvodu fibrilace síní. Tyto arytmie obvykle zhoršují výkonost srdce (až o 25 % snižují množství přečerpané krve) a mohou také vést ke vzniku sraženin v srdečních oddílech. Osobně jsem na tomto výkonu byla přítomna s pacientkou, protože jsem ji na malý sálek JIP kardiologické kliniky FN Motol vezla. Pacientce však po zákroku při krátké hospitalizaci zde z neznámé příčiny chytla silný zánět spojivek. Nebylo to vzhledem k srdečním problémům nic závažného, i přesto to pacientce velmi zkomplikovalo fungování v nemocnici. Zánět měla bolestivý, pociťovala pálení a svědění v oku. Lékař pacientce předepsal kapky do očí Ophtalmo-Septonex, které si měla kapat 3x denně. Paní byla celkem schopná a usoudila sem, že by si mohla aplikaci očních kapek zvládat sama. Prvně jsem to tedy aplikovala já, ale na odpoledne jsme se s paní domluvily, že by to zkusila sama, protože bude pravděpodobně pokračovat i v domácím prostředí. Odpolední aplikace proběhla s mým vedením a mojí asistencí. Paní měla z aplikace strach, protože to dělala úplně poprvé v životě a nebylo to pro ní příjemné. Při pravém oku jsem ji vedla rukou, jak kapky lehce zmáčknout, při levém už to zvládla sama, i když jedna kapka šla mimo. Při večerní aplikaci jsem šla za pacientkou, podívat se, jak to zvládne, eventuelně jí pomoct. Pacientka si kapky aplikovala už krásně sama. V této situaci jsem u vedení pacientky při aplikaci kapek použila model D.E. Orem a použili jsme u ní částečně kompenzující systém z teorie ošetřovatelských systémů.

**4. Závěr**

Svým zkoumáním aplikovaných modelů D.E Oremové na konkrétní případy jsem zjistila, že důležitost vzdělání pacienta o následné kontinuální sebepéči je přednější, než prosté vykonání úkonu ze strany personálu. Zachováváme tím, jak soběstačnost, tak důstojnost pacienta. Citát paní Dorothey Elisabeth Oremové nám krásně shrnuje nepostradatelnou myšlenku v dnešní ošetřovatelské péči:

„Dáte-li člověku rybu nasytí se jednou. Dáte-li mu udici a naučíte ho chytat ryby, postará se o stravu sám.“

**5. Zdroje**

BEKEL, G., HALMO, R., 2004. Teorie deficitu sebepéče: soubor textů. In: BEKEL, G., HALMO, R. Sborník Univerzity Palackého v Olomouci. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 20-25. ISBN 80-244-0794-9.

HALMO, R., 2015. Sebepéče v ošetřovatelské praxi. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.

PAVLÍKOVÁ, S., 2006. Modely ošetřovatelství v kostce. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

ZACHAROVÁ, E., 2009. Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebepéči. [online]. Zdravotnické noviny. [cit. 2018-05-01]