

# VYUŽITÍ MODELU DOROTHEY E. OREM V ANESTEZIOLOGICKÉ PÉČI

**PhDr. Petra Bejvančická**

*Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni*

---

## **Úvod**

Doba strávená na operačním sále patří k nejrizikovější části celé hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení (Kudrličková et al., 2014, s. 235). Během doby perioperační (bezprostředně před, během a po operačním výkonu) může dojít k ohrožení bezpečnosti pacienta z mnoha různých důvodů. Prevence rizik a bezpečnost pacienta a zdravotnického personálu vyžaduje zapojení všech členů multidisciplinárního týmu.

Anesteziologická péče zahrnuje léčebně preventivní péči v průběhu léčebných nebo diagnostických výkonů operační či neoperační povahy. Do anesteziologické péče patří celková a/nebo regionální anestezie nebo tzv. monitorovaná anesteziologická péče (anesteziologický dohled). Anesteziologická péče končí zotavením pacienta a jeho převzetím pověřeným zdravotnickým pracovníkem. Podání a vedení anestezie je ve své podstatě velmi rizikový úkon, právě proto byla anesteziologie první obor, ve kterém byla zaměřena pozornost na bezpečnost pacienta. Cílem každého anesteziologického týmu je zajistit, aby podaná anestezie byla co nejbezpečnější.

Téměř nikde jinde než na operačním sále není možno spatřit v tak rychlém časovém sledu, jak se mění úroveň/deficit sebekpěče a jaká je nutnost zdravotnického personálu reagovat. Při příjezdu na operační je pacient většinou soběstačný (pokud jeho soběstačnost není omezena akutním onemocněním nebo zraněním), je schopen zajistit svoje základní životní potřeby. Během několika málo minut je pacient zbaven vědomí a tím i schopnosti sebekpěče, na což musíme okamžitě reagovat a nahradit odpovídajícími intervencemi (jedná se o náhradu základních životních potřeb: dýchání, příjem tekutin, termoregulace aj.) a tyto intervence trvají po dobu, pokud nedojde k návratu vědomí a fyziologického stavu pacienta. V této době jsou nahrazovány nebo podporovány funkce, jejichž úroveň není dostatečná. Po odeznění celkové anestezie odjíždí pacient na poanestetickou jednotku (PACU), kde setrvá do návratu všech obranných reflexů a stabilizace stavu. V této chvíli je pacient v některých aspektech sebekpěče plně kompetentní, v některých částečně a některé musí být zcela zajišťovány zdravotnickým personálem (variabilně od aktivizace jedince k sebekpěči po úplné nahrazení sebekpěče). I v této fázi je nezbytná edukace a podpora autonomie pacienta.

Pro analýzu a zhodnocení koncepčního modelu vhodného pro anesteziologickou péči byl vybrán model Dorothy Elisabeth Orem „Teorie deficitu sebekpěče“.

Základní paradigmatické pojmy obsažené v modelu:

Paradigmata jsou všeobecně uznávané výsledky vědeckého výzkumu, které obvykle slouží jako modely problémů a jejich řešení. Základní

paradigmatické pojmy ošetřovatelství jsou tímto modelem (konceptuálním rámcem) chápány následovně:

Osoba je jedinec (pacient či klient), který aktuálně dosáhl svých limitů v sebezpečí a projevuje se u něj deficit sebezpečí či mu aktuálně hrozí. Uvedené vzniká nejčastěji za situace, která sebou přináší nároky na péči (zhoršení zdravotního stavu, v důsledku životní změny-úrazu, nemoci s nutností operativní léčby aj.). Orem pojímá člověka jako osobu dynamickou, jež zraje a získává schopnosti.

Ošetřovatelství-jeho cílem je dosažení maximálně možné úrovně sebezpečí, zachování zdraví a ochrana před onemocněním či poraněním. Pochopením a zjištěním oblastí deficitu jedince a jeho potřeb je aktivován ošetřovatelský systém, který podle svého typu může plnit funkci podpůrnou a výchovnou, částečně kompenzující nebo celkově podporující. Ošetřovatelská péče je chápána variabilně od aktivizace jedince k sebezpečí po celkovou péči o jedince, tedy úplné nahrazení sebezpečí.

Uvedené funkce se mohou vzájemně podle individuální situace jedince prolínat. Cílem ošetřovatelské péče je tedy zajistit schopnost sebezpečí v co největší míře a zachovat optimální stav zdraví. Ošetřovatelská intervence by však měla být pouze doplněním toho, co je pacient schopen udělat sám.

Zdraví Orem pojímá holisticky a plně akceptuje definici zdraví podle Světové zdravotnické organizace z roku 1974, tedy že *„Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a nejenom nepřítomnost nemoci.“* (Pavlíková, 2006, s. 54).

Prostředí není autorkou jasně specifikováno. Z popisu teorie lze dovodit, že prostředí hraje v nastolování rovnováhy a regulaci potřeb sebezpečí důležitou roli, prostředí může pojmání sebezpečí významně ovlivnit. Mezi vývojové požadavky patří zajištění podmínek pro podporu vývoje jedince, poruchy vývoje v souvislosti s životním prostředím a do terapeutických požadavků řadí činnosti k zabezpečení požadavků při poruše zdraví. Zajištění podpůrného prostředí pro rozvoj jedince/klienta/pacienta je jednou z komponent, které sestra může během své péče používat nebo ji vhodně kombinovat.

Vzájemné vztahy mezi základními paradigmatickými pojmy:

Člověk využívá vlastní kapacitu pro udržení a podporu zdraví (sebezpečí). Orem zjistila, že ošetrovatelské intervence potřebují lidé, kteří nejsou schopni se o sebe adekvátně a kontinuálně starat v kvalitě a rozsahu, která vyžaduje jejich momentální stav. Ošetrovatelství (ošetrovatelská péče) podporuje a aktivizuje pacienta/klienta k sebezpečí s využitím podpůrné výchovné a v případě potřeby i částečně kompenzujícího či celkově kompenzujícího typu ošetrovatelského systému. Výsledek ošetrovatelské péče může být (a často bývá) ovlivněn prostředím, které vnímání vlastních potřeb a pocitu zdraví u jedince ovlivňuje. Model Teorie deficitu sebezpečí poskytuje prostor v oblasti poskytování ošetrovatelské péče, všemi fázemi ošetrovatelského procesu se prolíná podpora pacienta/klienta k využívání vlastní kapacity pro udržování a podporu zdraví.

## Sebepéče

Požadavky/potřeby sebepéče vychází z potřeby udržet stálost vnitřního prostředí. Jsou vyjádřeny činnosti, které mohou být pro dotyčnou osobu provedeny nebo opakovaně konány k efektivnějšímu vývoji či existenci v rámci sebepéče. Orem rozděluje požadavky sebepéče na univerzální, vývojové a požadavky terapeutické a vysvětluje, proč se má jedinec o sebe starat.

Univerzální požadavky sebepéče-základní požadavky, které jsou nezbytné pro růst, podporu vývoje a regulaci funkcí. Jsou společné pro všechny jedince, jde například o udržování dostatečného příjmu potravy, tekutin, vzduchu, zabezpečení základní péče v oblasti vyprazdňování, udržení rovnováhy bezpečím a riziky, které ohrožují život a zdraví aj.

Vývojové požadavky-požadavky sebepéče, které souvisí s růstem, vývojem a etapami života jedince. Do těchto potřeb jsou zařazeny např. dostupnost podmínek pro podporu vývoje jedince, angažovanost ve vývoji sebepéče a krizové situace související s životním prostředím či nemocí a narušující růst a vývoj.

Terapeutické požadavky-požadavky spojené s deficitem zdraví a odchylkami od normy, patří mezi ně i vyhledání a zabezpečení vhodné lékařské pomoci. V souvislosti s tímto pojmem je zdůrazněna modifikace sebeobrazu, akceptace onemocnění a zdravotnické péče a přijetí důsledků chorobného stavu. Dle Oremové s pojmem souvisí akceptace přítomnosti onemocnění a zásady efektivního dodržování léčebných doporučení.

Řízení sebedpěče – obsahuje činnosti k tomu, aby pacient/klient o sebe aktivně pečoval. Jedinec musí mít přesné informace a musí vědět, proč se o sebe má starat, rozhoduje o variantě, jak bude péče probíhat a jaké aktivity musí realizovat.

Ošetřovatelský systém je dle Orem aktivován na základě požadavků na ošetřování z důvodu deficitu sebedpěče pacienta/klienta. Deficit pacienta/klienta aktivuje ošetřování a vyvíjí se ošetřovatelský systém. Existují tři systémy: podpůrně výchovný, částečně kompenzující či celkově kompenzující. Tyto ošetřovatelské systémy nejsou ostře ohraničeny a mohou se vzájemně prolínat.

Podpůrně výchovný systém-pacient/ klient je veden k řízení sebedpěče formou edukace, podpory a vedení.

Částečně kompenzující systém-ošetřovatelské aktivity/intervence částečně kompenzují pacientův deficit sebedpěče, pacient musí být ochoten přijmout pomoc sestry, ta reguluje jeho sebedpěči, je určen pro pacienty/klienty, kteří jsou schopni plnit jen některé požadavky sebedpěče.

Celkově kompenzující systém-ošetřovatelské aktivity/intervence plně kompenzují pacientův deficit sebedpěče (např. pacient v bezvědomí, pacient imobilní).

## Role sestry

Sestra se uplatňuje v posouzení schopnosti sebedpěče pacienta/klienta a realizuje ošetřovatelskou péči. Usiluje o zvýšení soběstačnosti a sebedpěči jedince v uspokojování vlastních potřeb.

Podporuje pacienta/klienta k aktivitě a současně respektuje jeho pocity a požadavky a snaží se ho dovést k dosažení maximální úrovně sebeděče. Pacientův deficit sebeděče je zohledňován ve všech fázích ošetrovatelského procesu. Sestra zjišťuje nejprve požadavky, které jsou kladeny na schopnost pacienta postarat se o sebe a zhodnocení schopnosti jedince tyto požadavky plnit. Dle stavu je volena ošetrovatelská intervence. Sestra by měla identifikovat každou oblast deficitu sebeděče. Diagnostika z pohledu ošetrovatelství je pojímána jako proces, při kterém jsou důkladně analyzována data o jedinci, jeho vývoji, a charakteristikách vedoucích ke zjištění praktik sebeděče, omezení vědomého jednání, přiměřenosti, potenciálu a vztahu vedoucího k naplnění. Ošetrovatelská diagnóza je deficit sebeděče, který vzniká, pokud situační potřeba sebeděče převyšuje stávající kompetence sebeděče jedince. Plánování ošetrovatelské péče stanoví cíle a naplánuje intervence a postup v ošetrovatelských činnostech. Důležitá je spolupráce sestry a pacienta/klienta, ošetrovatelské zásahy by měly pouze saturovat to, co pacient není schopen vykonat sám. Orem klade při hodnocení ošetrovatelské péče důraz na vedení ošetrovatelské dokumentace a doporučuje zaměření na pokroky, které pacient v jednotlivých oblastech udělal, sestra popisuje svoje postupy a logické závěry.

Konceptuální model Teorie deficitu sebeděče D. E. Orem je v České republice integrován do ošetrovatelské praxe, patří mezi modely využívané u pacientů v institucionálních zařízeních i v domácí péči. Jde o koncept, který zahrnuje respekt k autonomii a umožňuje autentický přístup k pacientovi, respektuje filozofii holismu. V souvislosti se zjištěním deficitu

v oblasti sebek péče jsou stanoveny univerzální a terapeutické požadavky pacienta/klienta. Pokud sestra stanoví ošetrovatelskou diagnózu, pak provede výběr ošetrovatelského systému a stanoví plán ošetrovatelské péče. Cílem je zvýšit kompetence sebek péče pacienta a tím docílit účelného jednání jedince v dané situaci, čímž by se měla posílit jeho samostatnost. V oblasti ošetrovatelské praxe je možné model využít k vedení ošetrojícího personálu k uvědomění si deficitů v sebek péči klienta/pacienta a k umožnění pomoci k překonání obtíží, které přináší jeho současný zdravotní stav.

Deficit sebek péče a jeho příčina jsou vyhodnoceny a rozděleny na aktuální a potenciaální a je zvolen ošetrovatelský systém, který umožní vhodnou péči o pacienta/klienta. Sestra v rámci využití modelu rozvíjí své kompetence v oblastech intelektuálních, technických i interpersonálních. Sestra se při tom řídí svými odbornými znalostmi a je schopna u daného pacienta sestavit výčet všech kompetencí (tedy situační potřebu sebek péče), které by si měl jedinec osvojit, aby uměl svoji situaci uspokojivě regulovat. Koncepty sebek péče sestře umožní odhalit stávající systém sebek péče daného pacienta, a tak využít jeho potenciál (zvláště u chronicky nemocných) a také zjistit jeho motivy a vůli k zvládnutí nové situace, což souvisí s respektem autonomie pacienta. Teorie ošetrovatelských systémů popisuje ošetrovatelský systém podpory pacienta zvolený dle deficitu sebek péče pacienta. Orem definovala tři systémy ošetrovatelské péče, ze systémů podpory pacienta vyplývá i úroveň a způsob podpory, který v sobě zahrnuje role účastníků vztahu pacient – sestra. Toto rozdělení rolí specifikuje, které činnosti bude provádět sestra, které pacient a které budou provádět společně.



## Závěr

Orem chápe sebekpéči jako provádění aktivit pro sebe sama a prostřednictvím sebe sama, tedy uvážené konání toho, co jedinec považuje za prospěšné pro sebe sama, případně pro druhé pro zachování zdraví a vývoje. Ve zdravotní péči se setkává starost nemocného člověka o sebe sama se starostí zdravotníka o zdravotní stav tohoto nemocného. Z pohledu procesu péče je znalost průběhu lidského jednání, jeho vývoje a posouzení schopností vědomého jednání pro ošetrovatelský personál nezbytná, protože znalost vztahující se k jednání tvoří základnu pochopení, jak a proč se lidé o sebe starají. Úroveň sebekpéče daného jedince odhalí sestře také to, jak tato osoba rozumí své situaci. Koncept sebekpéče Orem může být řazen k těm přístupům v ošetrovatelství, které výrazně zahrnují respekt k autonomii a umožňují autentický přístup k pacientovi. Chápání sebekpéče jako vědomého jednání člověka podporuje uplatnění autonomie sestry v oblasti posouzení kompetence pacienta k adekvátnímu jednání v péči o sebe sama, stejně tak jako způsobu podpory pacienta sestrou.

Využití koncepčního modelu v anesteziologické péči je aplikovatelné a přínosné, neboť pacient je v některých aspektech sebekpéče plně kompetentní, v některých částečně a některé musí být zcela zajišťovány zdravotnickým personálem (variabilně od aktivizace jedince k sebekpéči po úplné nahrazení sebekpéče).

**Zdroje:**

FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatelství-teorie*. Marín: Osveta, 2006. 209 s. ISBN 80-8063-182-4.

HALMO, Renata a kol. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. 229 s. ISBN 978-80-247-4811-5.

KUDRLIČKOVÁ, Dagmar, SOMROVÁ, Jana, BRABCOVÁ, Iva. Rizika v intraoperační ošetrovatelské péči. *Pediatric pro praxi*, 2014; 15(4): 235–237. ISSN1803-5264.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 150 s. Sestra. ISBN 80-247-1211-3.

PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

ŽIAKOVÁ, Katarína a kol. *Ošetrovatelství: konceptuální modely a teorie*. Marín: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-247-2.

**Kontakt:**

PhDr. Petra Bejvančická

FZS ZČU v Plzni

e-mail: pbejvanc@kos.zcu.cz