VYUŽITÍ MODELU M. E. LEVINE V KOMUNITNÍ PÉČI O SENIORA

The use of the model by M. E. Levine in taking community care of seniors

11: 1–270, 2009
ISSN 1212-4117**Alena Machová**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství

Summary

The old age is a stage of the life development, where many changes are encountered, which must be faced by nurses. These are changes in the physical, mental as well as social spheres. Elderly people frequently suffer from a number of diseases and associated physical problems. Diseases in old age have their specific manifestations and course. In the mental sphere, typical changes occur in elderly people in the field of the memory, perception and feelings. Social contacts are furthermore of importance to elderly people. However, the elderly person must face loss of his/her close relatives or friends and it is very difficult to initiate new contacts in unknown social environment. The model of four conservation principles by M. E. Levine can be used in taking care of a senior, which is classed into a category of models of energy fields and models of conservation. This model includes four conservation principles: 1. principle of energy conservation, 2. principle of structural integrity conservation, 3. principle of personal integrity conservation and 4. principle of social integrity conservation. By its nature, the model belongs to holistic ones.

Key words: seniors – conservation – integrity – care – nurse

Souhrn

Stáří je vývojovou etapou života, ve které dochází k mnoha změnám, se kterými se člověk musí vyrovnat. Jsou to změny v oblasti fyzické, psychické i sociální. Starý člověk často trpí řadou chorob a s tím souvisejí fyzické problémy. Nemoci ve stáří mají své specifické projevy a průběh. V psychické sféře jsou u starého člověka typické změny v oblasti paměti, vnímání a prožívání. Nadále jsou pro starého člověka významné sociální kontakty. Starý člověk se však musí vyrovnávat se ztrátou svých blízkých, bývá pro něj velmi těžké navazovat nové kontakty v neznámém sociálním prostředí. Pro péči o seniora je možné využít model Čtyř konzervačních principů autorky M. E. Levine, který řadíme do kategorie modelů energetických polí a modelů konzervace. Tento model zahrnuje čtyři konzervační principy: 1. princip zachování energie, 2. princip zachování strukturální integrity, 3. princip zachování osobnostní integrity a 4. princip zachování sociální integrity. Svým charakterem se model řadí mezi holistické.

Klíčová slova: senior – konzervace – integrita – péče – sestra

Vývoj modelu

Autorka koncepčního modelu Čtyř konzervačních principů Myra Estrin Levine absolvovala profesní ošetřovatelské vzdělání v roce 1944 na Cook County School of Nursing v Chicagu. Následovala ošetřovatelská praxe v nemocnici i v komunitní péči. V roce 1949 získala v oboru ošetřovatelství bakalářský titul a v roce 1962 titul magisterský. Od roku 1963 pokračovala v akademické kariéře. Působila také jako hostující profesorka na univerzitě v Tel Avivu

v Izraeli a na dalších významných světových univerzitách. Za svoji vědeckou práci v ošetřovatelství získala několik ocenění. Byla zakládající členkou American Academy of Nursing, čestnou členkou v American Mental Health Aid to Israel a získala čestné uznání od Illinois Nurse's Association.

Podnětem pro práci na vývoji ošetřovatelského modelu byla pro autorku činnost v organizačních strukturách ošetřovatelství a vzdělávání. Teorii čtyř konzervačních postupů

uverejnila v knize Čtyři konzervační principy v ošetrovatelství. Tuto teorii dále v průběhu praxe rozpracovávala a blíže specifikovala. Některé změny v této teorii vysvětlila v kapitole „Konzervační principy: O dvacet let později“.

Autorka při zpracování své teorie vycházela především z holistické teorie. Poznatky z biologie, fyziologie, fyziky, sociálních a duchovních věd získané při studiu jí pomohly pochopit význam celistvosti. Její mentorka na Wayne State University Irene Beland ji upozornila na řadu významných odborníků jako: J. Gibsona (teorie vnímání), E. Eriksona (teorie o rozlišování celku a celistvosti), H. Selyeho (teorie stresu) a M. Batesa (model vnějšího prostředí).

Hlavní pojmy modelu

Základním pojmem modelu je „celistvost“. M. E. Levine založila své použití celistvosti na Eriksonově základu celistvosti jako otevřeném systému. Celistvost vyjadřuje vzájemnost mezi různorodými funkcemi a částmi uvnitř celku, jejichž hranice jsou otevřené a plynulé. Pojetí celistvosti podle Eriksona umožňuje zkoumat části celku, abychom mohli pochopit celek. Celistvost znamená jedinečnost jednotlivců, každý jedinec reaguje na problémy prostředí.

Dalším pojmem je adaptace. Adaptace je postupný proces změny, při níž si jedinec udrží integritu ve vztahu k vnitřnímu a vnějšímu prostředí. Výsledkem je zachování neboli konzervace. Některé adaptace jsou úspěšné, některé ne. Podle Levine neexistuje nic, čemu se říká maladaptace. Adaptace probíhá ve všech základních životních aktivitách. Adaptivní vzory chování mohou být skryté v individuálních genetických kódech. Nadbytek představuje zajištění možnosti záruky, která je zde pro jedince k zajištění adaptace. Ztrátou nadbytečných možností buď úrazem, věkem, nemocí, nebo přírodními podmínkami ztrácí jedinec možnost přežít.

Levine kladla velký důraz na význam prostředí. Pohlížela na každého jedince v kontextu s vlastním prostředím jak vnitřním, tak zevním. Sestry mohou chápat vnitřní prostředí jako fyziologické a patofyziologické stránky pacienta. Vnější prostředí je to, co nás obklopuje. Levine používá Batesovu definici vnějšího prostředí a navrhuje následující 3 úrovně:

1. vjemové prostředí, 2. praktické prostředí a 3. pojmové prostředí. Tyto úrovně dávají rozměr interakcím mezi jednotlivci a jejich prostředím. Vjemová úroveň prostředí zahrnuje stránky světa, které jsou jednotlivci schopni zachytit a vyložit si je jejich smyslovými orgány. Praktická úroveň obsahuje věci, které ovlivňují jednotlivce fyzicky, přestože je nevnímají přímo, např. mikroorganismy nebo škodliviny. V pojmové úrovni je prostředí vybudováno z kulturních vzorů, charakterizovaných spirituální existencí a zprostředkovaných symboly jazyka, myšlení a historie.

Schopnost jedince přizpůsobit se podmínkám prostředí je nazývána reakcí organismu. Může být rozdělena na 4 následující úrovně: 1. boj nebo útěk, 2. zánětlivou reakci, 3. reakci na stres a 4. podvědomí. Tou nejzákladnější reakcí je syndrom boje nebo úniku. Jedinec vnímá, že je ohrožen, i když tato hrozba nemusí skutečně existovat. Hospitalizace, choroba a nové zkušenosti vyvolávají reakce. Jedinec reaguje ostražitostí, aby mohl najít více informací a zabezpečit tak svoje bezpečí a duševní pohodu. Zánětlivá reakce chrání jedince proti napadení v nepřátelském prostředí. Reakce využívá dostupnou energii k odstranění nebo potlačení nechtěných podráždění nebo patogenů. Tato reakce je časově omezená, protože vyčerpává energetické rezervy jedince. Reakce na stres patří k předvídatelným, nespecifickým změnám organismu. Reakce podvědomí je reakce založená na podvědomí jedince. Jedinec využívá těchto reakcí, aby si našel a zajistil bezpečí.

„Trophicognoses“ je pojem, který autorka použila jako alternativu k pojmu ošetrovatelské diagnózy. Do češtiny přeloženo znamená tento pojem „posudek ošetrovatelské péče“ získaný vědeckou metodou. Tento posudek je základem pro stanovení ošetrovatelské péče prováděné sestrou.

Konzervace (zachování) pochází z latinského slova conservatio, znamenající udržet pospolu. Konzervace popisuje způsob, jakým jsou komplexní systémy schopny pokračovat ve funkci i v případě velkého ohrožení. Konzervace jsou jednotlivci schopni čelit překážkám, adekvátně se přizpůsobit a udržet si jedinečnost. Konzervace směřuje k zachování zdraví. Hlavním cílem konzervace je udržení jedince jako celku. I když se ošetrovatelské intervence

zaměřují na jeden konzervační princip, musí sestry rozpoznat také vliv dalších konzervačních principů.

Hlavní jednotky modelu

Každý koncepční model zahrnuje sedm hlavních jednotek modelu. Jsou to: cíl ošetřovatelství, pacient, role sestry, zdroj potíží, ohnisko zásahu, způsob zásahu a důsledky. Obsahové zaměření hlavních jednotek u jednotlivých koncepčních modelů se liší podle filozofie autora a jeho pohledu na ošetřovatelství. Cílem ošetřovatelství v modelu M. E. Levine je návrat zdraví jednotlivce, integrity, duševní pohody a závislých aktivit. Znamená to zachování energie, sociální, osobní a strukturální integrity, a pokud je to nezbytné, udržování přiměřené rovnováhy mezi schopnostmi pacienta, zapojením do péče a ošetřovatelskými činnostmi. Ošetřovatelská péče má být přiměřená a jedinečná.

Pacient je stále se měnící organismus, který je v neustálé interakci s prostředím a který se trvale snaží udržovat svoji integritu. Reakcí lidské bytosti je celistvost. Pacient, který má porušenou integritu, není sám schopen přizpůsobit se změnám vnitřního nebo vnějšího prostředí.

Role sestry spočívá v poskytování ošetřovatelské péče metodou ošetřovatelského procesu. Základem je odhad, diagnóza a intervence za použití vědeckých metod s hlavním důrazem na pozorování jako centrálním nástrojem. Vztah sestra-pacient jsou součástí ošetřovatelského procesu stejně jako atmosféra, ve které se člověk uzdravuje. Sestra také respektuje pacientovy reakce na změny prostředí.

Zdrojem potíží pacienta a ohniskem zásahu pro sestru je vnitřní nebo vnější prostředí. Způsob zásahu neboli provádění ošetřovatelských intervencí spočívá ve využití čtyř konzervačních principů. Důsledkem je adaptační proces změn, jimiž si jedinec zajišťuje svoji strukturální, osobnostní a sociální integritu.

Čtyři konzervační principy zaměřené na problematiku stáří

Princip zachování energie upozorňuje na význam zachování energetické rovnováhy a obnovování energie za účelem schopnosti člověka provádět běžné denní aktivity a v podstatě zachovat si život. V péči o seniora se sestra zaměřuje především na příjem potravy, problematiku dýchání a faktory zvyšující nároky organismu na

energii, jako jsou stres, bolest, proces hojení ran. Z ošetřovatelských diagnóz jsou pro seniora typické nedostatečná výživa, únava, porušená energie, neefektivní dýchání, porušená kožní integrita a bolest. Intervence sestry jsou zaměřeny na zajištění rovnováhy v příjmu a výdeji energie i v situaci zvýšené potřeby organismu.

Princip zachování strukturální integrity je zaměřený na fyzickou část organismu, to znamená na funkční změny v organismu člověka. Nejvíce funkčních změn v organismu probíhá právě ve stáří a v nemoci. Ve stáří se setkáváme s řadou chronických onemocnění, která s sebou přinášejí řadu ošetřovatelských problémů. Pro seniora jsou typické problémy s vyprazdňováním moči a stolice, poruchy pohybové aktivity a s tím související častý výskyt pádů. Sestra nejčastěji stanovuje ošetřovatelské diagnózy inkontinence moči, inkontinence stolice, zhoršená pohyblivost, porušená chůze, imobilizační syndrom, intolerance aktivity, riziko pádu a další. Provádí intervence zaměřené především na prevenci těchto problémů a zajištění soběstačnosti seniora.

Princip zachování osobnostní integrity je zaměřen na osobnost člověka, zachování jeho identity, zachování myšlenkových procesů, vnímání, poznávání, hodnotový systém. Pro stáří jsou typické psychické změny jako ztráta paměti, změny osobnosti. Často se objevují demence, deprese a poruchy orientace. U pacienta seniora mohou být diagnostikovány ošetřovatelské diagnózy: poškozená paměť, akutní nebo chronická zmatenost, porušené myšlení, bezmocnost, beznaděj, chronicky nízká sebeúcta a další. Základem ošetřovatelské péče zaměřené na osobnostní integritu je správná komunikace se seniorem. Sestra by vždy měla u seniora respektovat jeho autonomii a zacházet s ním jako s holistickou bytostí. Každý pacient má právo spolurozhodovat o poskytované péči, pokud to jeho fyzický a psychický stav dovoluje.

Princip zachování sociální integrity je soustředěn na sociální interakce seniora v souvislosti se zachováním zdraví. Součástí sociální integrity je pacientova rodina, příbuzní, známí a samozřejmě ošetřovatelský personál. Tito lidé mohou pacientovi pomoci v zachování a obnově zdraví. Do oblasti sociální problematiky můžeme zařadit také religiozní potřeby, jejichž uspokojování rovněž ovlivňuje pacientův vztah ke zdraví.

Organizace ošetrovatelské péče o seniory

Každý jedinec si zachovává a obnovuje celistvost ve výše uvedených oblastech pomocí adaptace. K tomu, aby mohl účinně reagovat na změny v prostředí, potřebuje dostatek energie. Rovnováha v příjmu a výdeji energie zajišťuje jedinci udržet si svou integritu. Stárí silně ovlivňuje schopnost adaptace organismu na změny prostředí.

Důležitou roli v adaptaci starého člověka hraje prostředí, ve kterém žije svůj život. Nejlepší formou poskytování péče je zajištění kvalitního života v původní rodině seniora, ať se jedná o partnerské soužití, či život v rodině vlastních dětí. Rodinu senior potřebuje, stejně jako rodina potřebuje svého seniora. V případě nemoci či handicapu seniora je nutné přizpůsobit prostředí domova jeho potřebám.

Rodina, která není např. z pracovních důvodů schopna zabezpečit celodenní péči o svého staršího člena rodiny, může využít sociálních zařízení, jako jsou domovinky a stacionáře pro seniory. Jedná se o zařízení pro celodenní nebo půldenní pobyty seniorů, nebo mohou sloužit jako respitní zařízení pro seniory, jejichž rodina vyžaduje určitý čas pro načerpání nových sil pro další náročnou péči o svého blízkého. Denní stacionáře nabízejí klientům dopravu do a ze stacionáře, celodenní stravování, dohled nad užíváním léků, zajištění hygienických potřeb, aktivizaci klienta a v případě potřeby lékařský dohled. Prostor stacionáře je upraveno pro potřeby klientů tak, aby byla zajištěna především potřeba bezpečí a jistoty. Je nezbytné, aby součástí ošetrovatelského týmu byla sestra, která odpovídá za kvalitu péče.

Pokud domovinka nebo stacionář nejsou dostupné, nabízí se možnost pobytu seniora v prostředí domu s pečovatelskou službou. Zařízení se skládá z bytových jednotek pro jednotlivce nebo manželské páry, jež si mohou obyvatelé vybavit vlastním nábytkem. Podmínkou pro umístění v domě s pečovatelskou službou je samostatnost v sebeobsluze klienta. Základní ošetrovatelská péče je zde zajištěna prostřednictvím ošetrovatelek. Do domova pravidelně dochází lékař. Adaptaci na nové prostředí klientům ulehčuje možnost ponechání osobních a jim blízkých věcí. Také neomezené návštěvy příbuzných a známých zajišťují udržení integrity klientů domova.

Dalším možným zařízením poskytujícím nepřetržitou ošetrovatelskou péči jsou domovy pro seniory. Jedná se o zdravotně sociální zařízení. Nejčastějšími klienty jsou právě senioři. Pracovní tým poskytující péči je tvořen sestrami, pečovatelkami, nutričním terapeutem, fyzioterapeutem, hospodářským personálem a dalšími. Současně je zajištěna pravidelná lékařská péče. Umístění seniora do domova pro seniory by měl předcházet důkladný výběr zařízení, seznámení seniora s novým prostředím a provozem domova a v neposlední řadě ošetrujícím personálem. Při výběru zařízení by rodina měla respektovat přání seniora, neboť výběr odpovídajícího nového domova citelně ovlivní jeho adaptaci na změnu sociálního prostředí. Přijetí seniora do domova však bývá často podmíněno přijatelným zdravotním stavem.

V situaci, kdy rodina či přátelé nejsou schopni se o seniora postarat a nechťejí ho umístit do domova pro seniory, je možné využít nabídky pečovatelské služby. Tato služba je formou komunitní péče. Pečovatelská služba zabezpečuje donášku jídla, úklid, pomoc s domácností, některé základní ošetrovatelské služby, jako jsou zajištění hygieny pacienta, pomoc s oblékáním, krmením a další. Péče není komplexní.

Jestliže zdravotní stav seniora vyžaduje poskytování kvalifikované ošetrovatelské péče prováděné odborníky a není nutná hospitalizace, je možné na doporučení praktického lékaře využít služeb poskytovaných agenturami domácí péče. Kromě základních ošetrovatelských činností poskytují agentury odborné a specializované intervence. Při péči o pacienta používají sestry metodu ošetrovatelského procesu. Po stanovení ošetrovatelských diagnóz plánují péči a provádějí ošetrovatelské intervence. Forma domácí péče odborníky agentury může být však poskytována maximálně tři hodiny denně. Ošetrovatelská péče poskytovaná agenturou domácí péče splňuje požadavky komplexní komunitní péče. Jestliže zdravotní stav pacienta vyžaduje větší objem zdravotní a ošetrovatelské péče, je nutné jej hospitalizovat. Ať je péče poskytována na akutním lůžku oddělení nemocnice, nebo na lůžku následné péče, mohou sestry i zde používat model Čtyř konzervačních principů M. E. Levine zaměřený na konzervaci zdravotního a psychického stavu seniora.

ZÁVĚR

Model M. E. Levine nám nedává přesný návod na poskytování ošetrovateľské péče seniorům, nabízí však možný pohled na specifické problémy seniora a jejich řešení. Záleží jen na poskytovatelích ošetrovateľské péče, jak model použijí. Podle autorky modelu je ošetrovateľství především lidská interakce. Profesionální ošetrovateľství by měly poskytovat sestry-profesionálky, protože ošetrovateľská praxe je založena na jedinečných znalostech ošetrovateľství a vědeckých znalostech dalších disciplín. Povinností sestry je vnést základní část vědeckých principů, na kterých závisí její rozhodnutí, do přesných situací, na nichž se sestra podílí s pacientem. Citlivé pozorování a výběr vhodných údajů tvoří základ pro její odhad ošetrovateľských požadavků pacienta. Sestra se aktivně účastní činností v pacientově prostředí a většina z jejích výkonů podporuje přizpůsobování pacienta v jeho boji s nemocí. Hlavním cílem ošetrovateľské péče o seniory je především zachování soběstačnosti a možnost poskytování nezbytných ošetrovateľských intervencí v domácím prostředí.

* Článek byl zpracován v souvislosti s řešením grantového úkolu IGA MZ ČR č.NS/9608-3.

LITERATURA

- ARCHALAUŠOVÁ, A.: *Aplikace vybraných ošetrovateľských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd., Hradec Králové: Nucleus, 2005, 108 s.
- BUŽGOVÁ, R.: Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ZSF: 2007, č. 1, roč. IX, s. 65–69.
- HANZLÍKOVÁ, A.: *Komunitní ošetrovateľství*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2007, 271 s.
- HOLEKSOVÁ, T.: *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. Praha: Grada Publishing, 2002, 91 s.
- JAROŠOVÁ, D.: *Úvod do komunitního ošetrovateľství*. Praga: Grada Publishing, 2007, 98 s.
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A.: *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovateľské praxi*. Praha: Galén, 2006, 44 s.
- MAREČKOVÁ, J.: *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006, 264 s.
- MELEIS, A. I.: *Theoretical nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams & Wilkins: 2006. 832 s.
- PAVLÍKOVÁ, S.: *Modely ošetrovateľství v kostce*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006, 150 s.
- TOMEY, A. M., ALLIGOD, M. R.: *Nursing Theorists and Their Work*. 6. vyd., St. Louis Missouri: Mosby, 2007, 828 s.
- TOPINKOVÁ, E.: *Geriatric pro praxi*. 1. vyd., Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- TRACHTOVÁ, E.: *Potřeby nemocného v ošetrovateľském procesu*. 2. vyd., Brno: IDVPZ, 2001, 185 s.
- VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2007, 464 s.

Alena Machová
machova@zsf.jcu.cz