

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Eva Fajmonová

Všeobecné ošetrovatelství, 2. ročník

**Uplatnění „Modelu funkčních vzorců zdraví“
dle M. Gordonové v ošetrovatelské praxi**

Seminární práce

Praha, srpen 2021

Obsah

Úvod.....	3
1. Představení Kliniky transplantační chirurgie IKEM.....	4
2. Model funkčních vzorců zdraví	5
3. 12 vzorců zdraví.....	6
3.1 Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví	6
3.2 Výživa a metabolismus	7
3.3 Vylučování	9
3.4 Aktivita a cvičení	9
3.5 Spánek a odpočinek.....	10
3.6 Vnímání a poznávání.....	11
3.7 Sebepojetí a sebeúcta	11
3.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy	12
3.9 Sexualita a reprodukční schopnost.....	13
3.10 Stresové a zátěžové situace, jejich zvládnání a tolerance	13
3.11 Víra, přesvědčení a životní hodnoty.....	14
3.12 Bezpečnost a ochrana pacientů.....	14
Závěr.....	16
Citace zdrojů	17

Úvod

Ve své seminární práci bych se ráda věnovala uplatnění Modelu funkčních vzorců zdraví v ošetrovatelské praxi, jejíž součástí jsem se stala po dobu 4 týdnů na lůžkovém oddělení Kliniky transplantační chirurgie v IKEM.

V úvodní kapitole své práce představím samotné oddělení a strukturu pacientů, kteří zde byli po dobu mé praxe hospitalizováni. Dále stručně představím základní informace o zmíněném modelu a uvedu potřebné definice s ním spojené.

V poslední kapitole se detailněji zabývám jednotlivými částmi modelu, tedy 12 funkčními vzorci zdraví. V jednotlivých podkapitolách pak uvádím, jaké znaky by měly být v rámci daného vzorce pozorovány a následně zde aplikuji své zkušenosti získané z praxe.

1. Představení Kliniky transplantační chirurgie IKEM

Svou prázdninovou praxi v rámci 2. ročníku oboru Všeobecné ošetřovatelství na 3. LF UK jsem v červenci absolvovala na lůžkovém oddělení Kliniky transplantační chirurgie, která je součástí Transplantcentra Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM).

Pacienti na zdejší oddělení bývají hospitalizováni buď z důvodů akutních (náhlé příhody břišní), nejčastěji však z důvodu plánovaného operačního zákroku (např. nefrektomie, resekce žaludku, resekce tumoru) či intervenčního zákroku PTA (= perkutánní transluminální angioplastika). Jsou zde také hospitalizováni pacienti po transplantacích orgánů (jater či slinivky břišní).

Mezi nejčastější diagnózy pacientů patřily po dobu mé praxe zejména: zánět žlučových cest, neprůchodnost žlučovodu, ateroskleróza končetinových tepen s/bez gangrény, adenokarcinom tlustého střeva, zhoubný novotvar konečníku, sekundární zhoubný nádor jater, embolie a trombóza tepen DK či infekce v ráně po výkonu.

Z hlediska věkových rozdílů pacientů byl nejmladším pacientem, o kterého jsem měla možnost pečovat, muž ve věku 24 let, nejstarší pacientkou pak žena ve věku 83 let.

2. Model funkčních vzorců zdraví

Model funkčních vzorců zdraví (neboli též Model fungujícího zdraví) je model, který roku 1987 publikovala Marjory Gordonová – bývalá americká profesorka na Boston College a rovněž jedna z prezidentek NANDA. Významnou osobností v historii ošetrovatelské péče byla především z důvodu zdokonalování tzv. ošetrovatelského jazyka.

Mezi hlavní teoretická východiska jejího modelu patří dle Trachtové (2013, str. 167) holistická a humanistická filozofie. Z toho vyplývá, že je model odvozen především z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav každého jedince (= holistické bytosti), je tedy vyjádřením bio-psycho-sociálních interakcí. Zdraví je poté chápáno jako vyjadřování rovnováhy mezi zmíněnými interakcemi. Dále je ovlivňováno také duchovními, kulturními či vývojovými faktory. Pokud dojde k jeho poruše (i potenciální), hovoříme o dysfunkci.

Právě při kontaktu s pacientem hraje zdravotní sestra zásadní roli v identifikaci funkčních či dysfunkčních vzorců zdraví. Pavlíková (2006, str. 100) poté uvádí, že *„tyto vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetrovatelské údaje v subjektivní i objektivní podobě.“*

V uvedeném modelu je takových vzorců popsáno celkem 12. Každý vzorec pak představuje jistou část pacientova zdraví, která, jak již bylo zmíněno, může být buď funkční, nebo dysfunkční. Veškeré tyto vzorce a jejich detailnější popis v návaznosti na mou praxi na chirurgickém oddělení budou popsány v následující kapitole.

3. 12 vzorců zdraví

3.1 Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví

Vnímání vlastního zdravotního stavu je v rámci tohoto modelu považováno za velmi důležitou část. Trachtová (2013, str. 167) uvádí, že pacient by se při ní měl více zamýšlet nad způsobem, jakým o své zdraví pečuje a jak celkově vnímá svůj fyzický i psychický zdravotní stav. Rovněž to ale znamená uvědomovat si rizika spojená s aktuálním zdravotním stavem a přemýšlet nad dodržováním pravidelné péče o vlastní zdraví do budoucích let.

Příležitosti promlouvat s pacienty o vnímání jejich zdravotního stavu jsem – ať již sama osobně, či jako spoluúčastnice rozhovorů mezi zdravotníky a pacientem, měla po dobu své praxe mnoho. První zkušenosti přicházely již v momentě, kdy jsem se v určité dny praxe pod vedením příjmové sestry zúčastňovala příjmů pacientů na oddělení. Zde v rámci odebírání ošetřovatelské anamnézy vystávaly první dotazy ohledně pacientova zdravotního stavu, např. jakými potížemi si aktuálně prochází či zda má nějaké bolesti (popř. jaká je příčina těchto bolestí).

Při lékařském příjmu pak následně přijímající lékař s pacientem prodiskutoval, zda si je pacient vědom toho, z jakého důvodu se v IKEM ocitl a jaké jeho zdravotní problémy zde budou řešeny.

Ze strany lékařů i sester probíhaly příjmové rozhovory s pacienty vždy v klidném prostředí, na pacienta nebyl vyvíjen tlak a akceptoval se jeho názor na svůj zdravotní stav. Často se v momentech, kdy byly probírány možné příčiny vzniku jejich onemocnění, dostavovaly ze stran pacientů výčitky svědomí, jelikož si byli vědomi, že si za své zdravotní komplikace mohou ze značné části sami (např. pacienti přijímaní s diagnózou aterosklerózy končetinových tepen a čekajících na výkon PTA uváděli nezdravý životní styl, který zahrnoval především kouření, pití alkoholu nebo nechuť ke sportovním aktivitám).

Mezi další pacienty oddělení, jak jsem již zmínila v úvodní kapitole své práce, patřily osoby s akutními potížemi týkající se žlučníku či žlučových cest. Tito pacienti trpěli často

nevolnostmi a nechutenstvím, ale vkládali naději do operačního zákroku, který by jim od daných potíží měl pomoci.

Poslední velkou skupinou pacientů byli ti, kteří se v IKEM léčili s velmi agresivními zhoubnými nádory, především jater či tlustého střeva. V průběhu praxe jsem se opakovaně starala o pacienta pana J.J., který byl pro komplikace po výkonu hospitalizován v IKEM již více než 7 týdnů. Pacient byl poprvé operován v roce 2017, kdy mu byla provedena resekce rektosigmatu pro tumor, v tomto roce pak byly pacientovy zjištěny sekundární zhoubné nádory jater, kvůli kterým byla nyní v IKEM provedena levostranná hemihepatektomie. Nastaly však pooperační komplikace, kdy bylo zapotřebí provést vnější drenáž žlučových cest, které byly často postihovány infekcí.

Z toho důvodu byl pacient po většinu času již velmi smutný a apatický. Při jednom z našich společných rozhovorů, ve kterém jsme se společně dostali k otázce vnímání jeho aktuální zdravotní situace, jsem se dozvěděla, že jedna z jeho vnuček studuje medicínu také na 3. LF UK. Při této příležitosti mi pak pacient vysvětlil, že právě kvůli této vnučce přistoupil na léčbu, kterou v IKEM prochází. Původně se domníval, že kvůli tomu, jak je jeho zdravotní stav vážný, nebude již žádnou namáhavou léčbu podstupovat, ovšem vnučka mu dodala odvahy a dle jeho vlastních slov se on sám rozhodl, že to „kvůli ní zkusí“. Na to se prý snaží ve svých slabších chvílích nejvíce myslet.

Tento, i ostatní pacienti se tedy v rámci své léčby soustředili na to, aby dodržovaly nařízená režimová opatření, která byla příslibem brzkého návratu do jejich domovů. Ze strany ošetřovatelského personálu bylo pak vždy dbáno na to, aby pacienti byli o takových opatřeních náležitě poučeni a docházelo k pravidelným kontrolám jejich dodržování.

3.2 Výživa a metabolismus

V této části modelu bude pojednáváno o způsobech přijímání potravy a tekutin, které souvisí s metabolickou potřebou organismu. Dále do této problematiky patří individuální způsoby přijímání potravy, doba jejího podávání nebo např. užívání doplňků stravy a vitamínů.

V IKEM je v rámci stravování nabízeno celkem 9 typů diet, z nichž lékař rozhoduje, jakou dietu bude mít daný pacient v souvislosti se svým zdravotním stavem. Strava

pak bývá podávána pravidelně 3x denně sanitáři oddělení (snídaně, oběd, večeře + ovoce/salát), sestra následně zkontroluje, zda všichni pacienti, kromě těch, kteří lační z důvodu plánovaného vyšetření, obdrželi správný typ stravy. V době mimo epidemii se pacienti scházeli na obědy a večeře do společné jídelny (pacienti by tuto možnost prý opět rádi uvítali z důvodu pohovoření i s jinými pacienty na oddělení), nyní se však stravování pacientů děje výhradně na jednotlivých pokojích.

Pacienti bývají jak při příjmu, tak pravidelně v průběhu hospitalizace, dotazováni na chuť k jídlu. Průběžně se pak ošetrovatelský personál snaží pacientům (v rámci možností léčby) vyjít vstříc jejich případným požadavkům. Např. při nechutenství pacientky ke stravě v podobě masa a rýže z důvodu nevolnosti a zvracení byla zajištěna náhradní strava v podobě ovocné přesnídávky a piškotů. Dále pacientovi, který si stěžoval na pocit hladu v důsledku dlouhodobého stravování enterální výživou podávanou NJS, byla nabídnuta možnost sippingu a ošetřující sestra vykomunikovala s lékařem v návaznosti na lepší se zdravotní stav pacienta možnost definitivního odstranění NJS a postupném podávání kašovitě stravy.

U některých pacientů proběhlo také nutriční konzilium, ze kterého vyvstávala individuální doporučení pro jednotlivé pacienty. U pacienta pana J.J. byla např. navržena individuální dieta s vysokým obsahem bílkovin z důvodu ztráty tělesné hmotnosti ze 122 kg na 109 kg.

Další částí zmíněného vzorce je i hodnocení stavu pacientovy kůže a jejich derivátů a celková schopnost hojení ran společně se sledováním stavu chrupu, tělesné teploty, hmotnosti a výšky.

Hodnocení stavu kůže a nehtů (především na nohou) probíhalo vždy při výpomoci s hygienou pacientů a při převazech chronických ran. Při této příležitosti byl také hodnocen stav rány a posun v její léčbě od posledního převazu (k tomu slouží v IKEM pečlivě vedená fotodokumentace ran v počítači). Hodnocení celkového stavu pokožky bylo pak prováděno při dopomoci pacientům s převlékáním a hygienou na lůžku. V případě, kdy byla pokožka dehydratovaná, zarudlá či atopická, byla ošetřena speciálními krémy či čistou vazelínou.

O dobrý stav vlastního chrupu pacientů bylo pečováno kontrolou všech hygienických pomůcek potřebných k jeho čištění – v daném případě se zakoupení takových pomůcek

zajistilo v místní lékárně (např. mezizubní kartáčky). Hmotnost, výška a TT pacientů byla zjišťována vždy při příjmu, dále pouze z indikace lékařem.

3.3 Vylučování

Vylučování zahrnuje oblast, ve které jsou zjišťovány informace o exkrační funkci střev, kůže a močového měchýře. Dle Trachtové (2013, str. 168) je třeba znamenávat individuální pravidelnost pacientova vylučování, dále postupy, kterými je této fyziologické potřeby dosahováno, mezi další sledované body pak patří např. potíže při vyprazdňování.

Otázku vyprazdňování střev, jeho četnosti, potíží při něm apod. řešila s pacientem již příjmová sestra při příjmu na oddělení. Pacient uvedl, zda trpí zácpou nebo častými průjmy, zda je jeho stolice pravidelná a zda pro něj není bolestivá.

Před plánovaným operačním výkonem bylo pacientovo vylučování značně ovlivněno. Bylo důležité, aby pacient dodržel všechna doporučení, která při příjmu obdržel – tedy od určité doby nejíst, nepít a aplikovat si do konečníku čípek.

K běžnému vyprazdňování pak pacientům sloužilo WC, které se v IKEM nachází odděleně přímo na pokojích pacientů, dále při nepohyblivosti pacientů byla k tomuto účelu využívána toaletní židle či podložní mísa, jejichž obsluhu provádí sanitární zaměstnanci oddělení.

V případě neustávajících průjmů byla pacientovi předepsána speciální dieta a zvýšil se příjem podávaných tekutin, u pacientů se zácpou bylo použito projímadlo.

Pokud jde o vylučování kůží, v tomto případě byla sestrou či sanitáři sledována frekvence a míra pacientova pocení. Pokud se pacient vlivem stresu, horečky apod. začal výrazněji potit, byla provedena hygiena na lůžku, vyměněno oblečení a případně také ložní prádlo.

3.4 Aktivita a cvičení

Trachtová (2013, str. 168) dále uvádí, že aktivita a cvičení jsou v rámci modelu M. Gordonové oblastmi, ve kterých se popisují způsoby udržování kondice pacientů buď cvičením, nebo ostatními činnostmi v jejich volném čase. Ať už se jedná se o všední denní

činnosti, které vedou pacienta k soběstačnosti, či o specifické cviky. V této části se také poukazuje na faktory, které brání pacientům v provozování těchto aktivit.

U pacientů na oddělení probíhaly v pravidelných intervalech (1x-2x denně) rehabilitační cvičení přímo s nemocničními fyzioterapeuty. Jednalo se buď o rehabilitaci přímo na lůžku či nácvik chůze s/bez opory. U soběstačných pacientů se rehabilitace nekonaly.

Jeden z pacientů vzpomínal na dobu, kdy aktivně sportoval (jízda na kole) a doufal, že se k této činnosti bude moci co nejdříve vrátit. Také ostatní pacienti často netrpělivě nesli fakt, že je jejich pohybová aktivita do značné míry omezena jejich aktuálním zdravotním stavem (slabost, únava, bolesti zad), proto jimi bylo rehabilitační cvičení vítáno a poctivě trénováno s výhledem na zlepšení tělesné kondice. Vítané byly cviky jak na procvičení chůze, tak např. na to, aby se pacient byl již brzy schopen plnohodnotně stravovat opět u jídelního stolu, a ne na lůžku.

3.5 Spánek a odpočinek

V této části modelu se bude pojednávat o způsobech spánku, relaxace a celkového odpočinku pacientů.

Odpočinku a spánku věnovali pacienti po zákrocích značnou část svého času. Pacienty, kteří byli na oddělení hospitalizováni z důvodu dlouhodobých komplikací, trápilo především to, že při dlouhodobém ležení a spaní přes den mají občas velký problém účinně odpočívat také v noci. Ze strany ošetřovatelského personálu byly následně při odhalení takového problému kladeny dotazy, jak se daná situace s narušeným režimem spánku u pacienta vyvíjí a co pro jeho zlepšení mohou udělat (např. podání léků, změna režimu apod.).

Dále pacienti, kteří podstoupili zákrok PTA, byli nuceni po dobu 4-6 hodin dodržovat přísný klidový režim vleže na lůžku z důvodu prevence krvácení. Tito pacienti často zmiňovali, že se cítí nekomfortně z toho důvodu, že nejsou zvyklí spát v poloze na zádech a takový způsob klidového režimu je pro ně velmi náročný vydržet. Vždy se tak dbalo na to, aby měl pacient v blízkosti signalizační zařízení a bylo mu v případě zájmu zajištěno zprovoznění TV či rádia (na 1lůžkovém pokoji), aby mu požadovaná doba v klidovém režimu rychleji

uběhla. V průběhu dne se pak ostatní pacienti dále věnovali čtení knih, luštění či telefonátům s rodinnými příslušníky.

3.6 Vnímání a poznávání

Další pozorovanou oblastí je Trachtové (2013, str.168) uveden způsob smyslového poznávání a vnímání. Můžeme sem tedy zařadit 5 základních lidských smyslů a používání kompenzačních pomůcek či protéz. Zároveň má být hodnocena také úroveň vědomí a mentálních funkcí. Další důležitou složkou je také hodnocení bolesti a způsoby jejího tlumení. Patří sem i kontrola kognitivních funkcí pacienta, jako např. rozhodování, myšlení, učení či paměť.

Veškeré zmíněné položky, které byly třeba u pacienta pozorovat, se začínaly opět sledovat již při samotném příjmu pacienta na oddělení a průběžně se kontrolovaly při sesterských návštěvách pacientů na pokoji. Mezi častá omezení patřilo nošení brýlí, naslouchadel, umělého chrupu, používání berlí či invalidního vozíku. Dále se kontrolovalo, zda je pacient orientován, umí charakterizovat bolest, kterou cítí a umí vyslechnout požadavky, které se po něm žádají a chápe je.

3.7 Sebepojetí a sebeúcta

Dalším vzorcem uvedeným v knize Trachtové (2013, str.168) je sebepojetí a sebeúcta. Sebepojetím a sebeúctou je vyjadřováno to, jakým způsobem pacient vnímá sám sebe. Je sem zahrnut jeho individuální názor na to, jakými schopnostmi se vyznačuje, jak vnímá svůj celkový vzhled, vlastní identitu a své hodnoty.

Pro všechny pacienty na oddělení byla hospitalizace zásahem do jejich běžného emočního stavu. Někteří pacienti uváděli, že bytí byli až do nynější chvíle životními optimismy, při stále se opakujících komplikacích je pozitivní myšlenky opouštějí. Příjemné myšlenky se jim prý pak opět vracely v momentech, kdy se snažily myslet na rodinu a přátele, kteří na ně myslí také a přejí jim brzký návrat do domova.

Pacientky také často trápila změna vzhledu v důsledku nemoci či operačních zákroků. Jedna z pacientek přišla v důsledku chemoterapií o vlasy a uvedla, že až po několika měsících se byla schopna přijmout taková, jaká nyní je. Další pacientku trápila výrazná jizva

na břicho po transplantaci jater, ale s jistou dávkou nadsázky a humoru dodávala, že se naštěstí na veřejnosti nekoupe a nemusí proto vymýšlet strategie, jak jí zvu skrývat.

U mužských pacientů byla pak častěji spatřována nervozita z toho, že „vše dlouho trvá“. Hůře snášeli momenty, kdy u nich byl vyžadován klid na lůžku po zákroku a také situace, kdy měli vyčkávat na rozhovor s lékařem, který se odkládal. Pacienti často uváděli, že o sobě ví, že jsou neklidní a netrpěliví, ale na podobné situace si zatím nestačili zvyknout.

3.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

V této části modelu se informace zaměřují na téma plnění životních rolí a úrovně mezilidských vztahů – jakým způsobem pacient vnímá svou individuální životní roli v současné životní situaci a jakým způsobem je nyní v souladu či disharmonii ve vztazích s rodinou, zaměstnavatelem či celkově se společností.

Specifickým momentem mé praxe bylo zajisté zjištění faktu, že je na oddělení hospitalizován odsouzený vězeň. Poprvé jsem tak měla možnost poznat péči o pacienta, jehož svoboda pohybu byla významně omezena.

Mezi ostatními pacienty se pak nejčastěji objevovaly osoby důchodového věku. Pacienti velmi rádi s personálem hovořili zejména o svých rolích babiček a dědečků. Často jsem pozorovala, že tento moment byl pro veškerou část z nich momentem radosti a rozněžnění. Vyprávěli o vnoučatech různé humorné situace, které se jim s nimi stali, jak jsou nadaná a také zmínili to, že na vnoučata se těší po propuštění z nemocnice nejvíce.

Bylo tedy příjemné sledovat, že většina pacientů je obklopena fungujícími rodinami, které se o ně v případě nouze postarají. Mezi staršími pacienty se ale také objevily již osoby ovdovělé, které žijí v bytě/domě samy. V tomto případě musela být v době propuštění pacienta zajištěna následná péče o pacienta např. Českým červeným křížem apod.

Další skupinou pacientů byli vdané ženy/vdaní muži, na které doma čekal parter/partnerka a malé děti. Tito pacienti uváděli, že je nejvíc trápí pocit, že nemohou být se svými partnery a pomoci jim s péčí o děti. Také se u nich objevovala starost o situaci v zaměstnání –

nejednalo se však ani tak o finanční stránku věci, jako o starost, kolik práce v zaměstnání nestihli dokončit.

V době, kdy stále nebyly povoleny návštěvy pacientů na oddělení se personál snažil vyjít vstříc v podobě umožnění vzájemných telefonátů, předání osobních věcí před vchodem na oddělení či alespoň vzájemného zamávání si na chodbě.

3.9 Sexualita a reprodukční schopnost

Část modelu věnovaná tématu sexuality a reprodukčních schopností je zaměřena na popis ne/uspokojení pacienta v sexuálním životě či se svým pohlavím. Dle Trachtové (2013, str.169) je sem zahrnuto také reprodukční období ženy a s ním spojené potíže.

Uspokojení pacientů v jejich partnerských vztazích nebyla ze stran personálu za žádných okolností probírána, nebylo tomu nutné ani z toho důvodu, že by některý z pacientů trpěl poraněním pohlavních orgánů, a problémy spojené s omezením v sexuálním životě by tedy musel řešit. Dále jsem se také nesetkala s pacientem, který by sám sebe označoval za nebinární osobu, a vyžadoval tak specifický přístup k němu samotnému.

Při ošetrovatelské péči o menstrující ženu se dbalo na zajištění dostatečné hygieny pacientky a na zajištění potřebných pomůcek. Dále jsem zaznamenala moment, kdy se ošetřující personál bavil s pacientkami o dětech pouze v případech, kdy o nich začaly mluvit samy. Bylo tedy dobré si před setkáním s pacientkou (v jakémkoli věku) nastudovat nejprve její chorobopis a příjmovou zprávu, aby se včas vyhnulo choulostivým otázkám v případech, kdy pacientka nemůže otěhotnět v důsledku gynekologického zákroku apod.

3.10 Stresové a zátěžové situace, jejich zvládnání a tolerance

V tomto bodě by měl být podle Trachtové (2013, str.169) hodnocen celkový přístup pacientů k zvládnání stresových situací, způsoby zvládnání stresu a vnímání schopnosti ovládat běžné stresové situace.

Jak jsem již zmínila, po dobu své praxe jsem pozorovala, že stresové situace a nenadálé situace nesli hůře převážně mužští pacienti. Často jsem byla přítomna u situací, kdy byli na ošetrovatelský personál hrubí a nespolupracovali při vzájemné komunikaci. Také nelibě

nesli to, když od sebe lůžka nebyla oddělena jednotlivými závěsy. V takových případech ošetřující personál dbal na zvýšené dodržování soukromí jednotlivých pacientů.

Dále v případě jedné pacientky, jejíž psychický stav byl v důsledku silného stresu a vypětí natolik vážný, se sjednala nejprve návštěva pacientky u klinického psychologa a později také u psychiatra IKEM.

3.11 Víra, přesvědčení a životní hodnoty

Významnou součástí celého modelu by mělo také dle Trachtové (2013, str.169) být individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, např. náboženských. Důležitou složkou k uzdravení je pak dále vnímání kvality života či víra a očekávání.

V rámci tohoto tématu jsem se měla možnost setkat se dvěma skupinami pacientů. První skupina byla k otázkám víry poněkud skeptická a odmítavá s pochybovačným názorem, že by jim víra měla v jejich situaci pomoci a svá životní přesvědčení neradi měnili.

Druhá skupina pacientů se hlubšímu rozebírání jejich aktuálního stavu nebránila a byla vděčná za jakýkoliv rozhovor např. na téma víry a naděje. V IKEM je k tomuto účelu zajištěna duchovní péče, kterou pacientům 2x týdně poskytuje Mgr. Marie Immaculata Konvalinková, nemocniční kaplanka IKEM. Za pacienty dochází na oddělení většinou na jejich osobní vyžádání a rozebírá s nimi jejich otázky. Zaznamenala jsem také situaci, kdy se pacientka s jmenovanou kaplankou rozhodla sepsat závěť.

Obecně platí, že pacienti, kteří v IKEM podstoupili jakoukoli transplantaci orgánu, berou tuto životní událost jako dar a jsou vděční za novou šanci žít plnohodnotný život s novým orgánem.

3.12 Bezpečnost a ochrana pacientů

Mezi další důležité body v ošetrovatelské péči na zmíněném oddělení patřila důsledná identifikace pacientů – buď skrze identifikační náramky, nebo identifikační štítky uvedené na každé podávané infuzi či další medikaci.

Na oddělení také především probíhala zvýšená ochrana údajů o přijímaných osobách, které se měly stát dárci párového orgánu – tedy dárce ledviny. Ošetrovatelský personál

musel dbát na to, aby spolu dárci hospitalizovaní na oddělení nepřišli do styku a vzájemně si nemohli rozmluvit již dohodnutý a plánovaný výkon. Proto byli oba ubytováni vždy na nejvzdálenějších pokojích oddělení.

Závěr

Ve své seminární práci jsem se zabývala aplikací modelu M. Gordonové v ošetrovatelské praxi, kterou jsem absolvovala na oddělení chirurgického typu.

V úvodu práce byl zmíněn teoretický rámec modelu, v navazujících kapitolách pak byly popsány jednotlivé části modelu, ve kterých jsou uvedeny mé poznatky a zkušenosti nasbírané po dobu praxe.

Závěrem lze uvést, že ošetrovatelská péče v IKEM bývá v mnoha případech specifická, zejména pak u pacientů, kteří podstoupili transplantaci orgánu. V důsledku toho se muselo na oddělení transplantační chirurgie dbát na správné dodržování mlčenlivosti o choulostivých údajích, dále např. i podávání specifické medikace.

Mezi další důležité složky ošetrovatelské péče na zmíněném oddělení patřil důraz na soukromí a pohodlí pacienta, zajištění útlumu bolesti a stresu. Dále bylo dbáno na kvalitní a dostačující výživu pacientů, pohyb a duševní zdraví. V mnoha případech bylo využíváno speciálních konzilií a návštěv odborníků na oddělení, aby se pacientův stav mohl co nejdříve zlepšit.

Citace zdrojů

Použitá literatura

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

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

On-line zdroje

Duchovní péče. *Institut Klinické a Experimentální Medicíny* [online]. Praha, 2015 [cit. 2021-08-18]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/usek-osectrovatelske-pece-a-kvality/duchovni-pece/a-3674/>

ONES, Dorothy, Callista ROY a Kay AVANT. Marjory Gordon PhD, RN, FAAN, Named American Academy Living Legend. *Scholarly Journal: International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* [online]. Philadelphia, 2010, 2010, (2) [cit. 2021-08-18]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/304929472?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>

THE MARJORY GORDON PROGRAM: Legacy [online]. Boston College [cit. 2021-08-18]. Dostupné z: <https://www.bc.edu/content/bc-web/schools/cson/faculty-research/the-marjory-gordon-program/legacy.html>