UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Adéla Sedláčková**

**Uplatnění ošetřovatelského modelu v ošetřovatelské praxi**

*Seminární práce*

Praha, září 2021

# Úvod

Cílem vypracování této seminární práce, je najít úplatnění Modelu fungujícího zdraví podle Marjory Gordonové. Teoretická část obsahuje úvod, základní informace o životě a studích Marjory Gordonové, dále teorii ošetřovatelské péče dle modelu Gordonové, popsání jednotlivých vzorců a jakou roli získává v tomto modelu zdravotní sestra. V části praktické se zabývám uplatněním tohoto modelu, konkrétně na oddělení gynekologicko – porodnickém, kde jsem měla možnost splnit praxi jak v letním semestru, tak o prázdninách. Příklady jsou uvedeny ve třech situacích.

Gynekologicko – porodnické oddělení je specifické tím, že má mnoho odvětví, měla jsem možnost strávit čas jak na lůžkovém oddělení v nemocnici Na Bulovce, tak na operačních a porodních sálech v oblastní nemocnici Kolín. Tím jsem měla možnost rozšířit uplatnění modelu do různých sfér.

# Teoretická část

## Marjory Gordonová

Marjory Gordon se narodila v [Cleveland](https://en.wikipedia.org/wiki/Cleveland%2C_Ohio)u, ve státě Ohio 10.11.1931. Byla to teoretička a profesorka ošetřovatelství, je autorkou ošetřovatelského modelu fungujícího zdraví, který publikovala roku 1987, tento model umožňuje systematické ošetřovatelské hodnocení zdravotního stavu klienta v jakékoli oblasti sytému péče – primární, sekundární i terciální.

Marjory Gordon zahájila svoji ošetřovatelskou kariéru v New Yorku na zdravotnické škole Mount Sinai Hospital School of Nursing. Bakalářský a magisterský titul získala na Hunter College na City University of New York a doktorát na Boston College. Dále byla koordinátorkou a profesorkou ošetřovatelství dospělých na [Boston College](https://en.wikipedia.org/wiki/Boston_College) v [Chestnut Hill](https://en.wikipedia.org/wiki/Chestnut_Hill%2C_Massachusetts%22%20%5Co%20%22Chestnut%20Hill%2C%20Massachusetts) ve státě [Massachusetts](https://en.wikipedia.org/wiki/Massachusetts). Stala se také prezidentkou NorthAmerican Nursing Diagnosis Association (NANDA) do roku 1988. Je autorkou čtyř knih, včetně „Manual of Nursing Diagnosis“. Její knihy byly přeloženy do deseti různých jazyků, prodávají se ve čtyřiceti osmi zemích světa a na šesti kontinentech.

Významně přispěla k rozvoji standardizovaného ošetřovatelského jazyka. Její práce v této oblasti má důsledky pro výzkum, vzdělávání, hodnocení kompetencí a vytvoření jádra ošetřovatelských znalostí založených na důkazech.

Marjory Gordon zemřela 29. dubna 2015 ve státě Massachusetts.

## Teorie ošetřovatelské péče dle modelu Gordonové

Východiskem M. Gordon se stala holistická a humanistická filosofie. Zdůrazňuje humanistický přístup v ošetřovatelské praxi. Sesterské intervence by měly být v souladu s lidumilností a lidskostí. Důležitým předpokladem k vykonávání sesterského povolání, je touha pečovat o druhé, ochota naslouchat a schopnost empatie. Jedinec je chápan podle M. Gordon z hlediska holistického pojetí. Je vnímán jako komplexní bytost, kde všechny jeho části jsou úzce propojené. Model je založen na interakčním vztahu jedince a prostředí. Z hlediska metaparadigmatických pojmů je na osobu pohlíženo jako na holistickou bytost, pro kterou jsou typické funkční vzorce promítající se do kvality života, zdraví a rozvoje lidského potenciálu. Prostředí pak ovlivňuje funkční vzorce zdraví jedince. Zdravím se rozumí biologická, sociální a psychologická rovnováha, na kterou působí vývojové, kulturní, duchovní faktory. Jestliže dojde k porušení rovnováhy, mluvíme o dysfunkčním stavu. A je nutné stanovit ošetřovatelskou diagnózu. U osob relativně zdravých se v rámci primární prevence se vytvářejí potencionální dysfunkční vzorce zdraví a potencionální diagnózy.

 Ke správnému stanovení ošetřovatelské diagnózy, vyvinula M. Gordon funkční a dysfunkční vzorec zdraví. M. Gordon předpokládá, že všichni lidé mají společné vzorce chování, ovlivňující jejich kvalitu života, zdraví a schopnosti. Při prvním kontaktu s pacientem má sestra za úkol sběr základních informacích vycházející z třinácti funkčních vzorců zdraví. Cílem sestry je zjištění, zda má jedinec jednotlivé vzorce zdraví funkční a nalézt ty, které jsou dysfunkční nebo potencionálně dysfunkční.

Optimální vzorce chování jedince se zřetelem na věkový vývoj, kulturní faktory a faktory prostředí považuje M. Gordon za funkční vzorce zdraví. Soubor třinácti vzorců funkčního zdraví rozeznává funkční chování jedince ve zdraví a dysfunkční chování v nemoci. Jednotlivé vzorce nefungují izolovaně, ale ve spojitosti s ostatními. Narušením jednoho vzorce dojde k porušení celého organismu. Některé autorky uvádí pouze 11 či 12 funkčních vzorců zdraví. Mezi třináct vzorců patří:

* 1. Vnímání zdraví – udržování zdraví zahrnuje činnosti a strategie jedince, které vedou ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Třídy: Povědomí o zdraví, management zdraví.
* 2. Výživa – metabolismus řeší problematiku přijímání, vstřebávání a využívání živin potřebné k zachování a regeneraci tkání a produkci energie. Třídy: Přijímání potravy, trávení, vstřebávání, metabolizmus, hydratace.
* 3. Vylučování zahrnuje odstraňování odpadních produktů z těla (exkreční funkce střev, močového měchýře a kůže). Třídy: Vyprazdňování moče, gastrointestinální funkce, funkce pokožky a respiračního aparátu.
* 4. Aktivita – odpočinek obsahuje různé aktivity k udržení tělesné kondice, aktivity denního života a volného času. Třídy: Spánek - odpočinek, aktivita - tělesný pohyb, energetická rovnováha, kardiovaskulární plicní odezva, starostlivost o sebe.
* 5. Vnímání – poznávání zahrnuje smyslové a kognitivní schopnosti jedince - bolest, orientace, řeč, schopnosti rozhodování, aj. Třídy: Pozornost, orientace, poznání, komunikace, cítění – vnímání.
* 6. Vnímání sebe sama sleduje, jak jedinec vnímá svoji osobnost, jaký má k sobě vztah. Třídy: Sebepojetí, sebeúcta, obraz těla.
* 7. Vztahy zkoumají interpersonální vazby mezi jedinci a jejich role ve společnosti. Třídy: Role ošetřovatele, rodinné vztahy, vykonávání rolí.
* 8. Sexualita obsahuje sexuální orientaci, reprodukční období, změny a spokojenost. Třídy: Sexuální identita, sexuální funkce, reprodukce.
* 9. Zvládnutí zátěže – odolnost proti stresu zahrnuje míru tolerance zvládání náročných životních situací. Třídy: Posttraumatická odezva, odezva na zvládání zátěže, neurobehaviorální stres.
* 10. Životní principy se zajímají o hodnoty a víru jedince určující specifické myšlení, jednání a názory. Třídy: Hodnoty, víra, soulad hodnot, víry a činů.
* 11. Bezpečnost – ochrana se zabývá ochranou před tělesným poškozením a poškozením imunitního systému. Třídy: Infekce, tělesné poškození, násilí, rizika životního prostředí, obranné procesy, termoregulace.
* 12. Komfort zahrnuje duševní, tělesnou a sociální pohodu a klid. Třídy: Tělesný komfort, komfort prostředí, sociální komfort.
* 13. Růst a vývoj zkoumá všechny odlišnosti od normálního psychického a tělesného vývoje jedince. Třídy: Růst, vývoj.

## Role sestry

Sestra má hlavní úlohu v diagnóze funkčního a dysfunkčního vzorce zdraví. Při kontaktu s osobou využívá řadu standardních metod. Může zvolit techniku rozhovoru, pozorování či fyzikální vyšetření. Sestra zanalyzuje získané informace a určí vzorec zdraví. Pokud zjistí dysfunkční vzorec zdraví, pokračuje podle kroků ošetřovatelského procesu. Při zkoumání funkčních vzorců zdraví by neměla sestra opomíjet některé faktory ovlivňující zdravotní stav jedince. Získané údaje by měla porovnávat s individuálním výchozím stavem pacienta. Sestra by také neměla zapomínat na zvláštnosti dané věkové skupiny. Nezanedbatelné je i příslušenství ke komunitě či etnické skupině. Vzdělaná sestra dokáže s použitím odborné terminologie diagnostikovat pacientův problém. Po stanovení problému vytvoří plán sesterských intervencí, zrealizuje ošetřovatelskou péči a na závěr vyhodnotí úspěšnost ošetřovatelských intervencí a případně navrhne další změny ke zlepšení stavu. Z hlediska hlavních jednotek je cílem ošetřovatelství zdraví, za které si každý jedinec odpovídá sám. Cílem je vytvoření rovnováhy mezi bio-psycho-sociálními složkami. Pacient se považuje z hlediska holistického pojetí jako celek s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. U každé osoby se dá určit, zda má funkční či dysfunkční typ zdraví. Sestra plní svoji roli systematickým získáváním informací v jednotlivých oblastech vzorců zdraví na základě metod - pozorování, rozhovor, atd. Zdrojem potíží bývá některá část z bio-psycho-sociální interakce. Ohniskem zásahu je dysfunkční vzorec zdraví. Způsob intervence vychází ze známých ošetřovatelských modelů a teorií a důsledkem je dosažení funkčního vzorce zdraví.

# Uplatnění modelu v praxi

## Pacientka č.1

 Pacientka, 19 let, přivezena z chirurgické kliniky v doprovodu doktorky z chirurgie ke gynekologickému vyšetření pro bolesti v pravém podbřišku, které vznikly akutně v noci, probudily ji. K bolesti měla prekolapsový stav, ale neomdlela. Závěrem byl nezhoubný tumor pravého ovaria.

 Výživa a metabolismus

Pacientka neměla chuť k jídlu, téměř celý den před hospitalizací nejedla, neměla na nic chuť, jedla jen piškoty, aby neměla prázdný žaludek. Po operaci udávala zlepšení stavu a pomalu začínala jíst jídlo v nemocnici, návrátila se i chuť jíst.

 Vylučování

Pacientka při hospitalizaci udávala také problém s vylučováním stolice, pravděpodobně spjaté se stresem a bolestí, druhý den po operaci si došla na stolici poté, co jsme ji podali Laktulózu.

 Spánek a odpočinek

Pacientce se několik dní před hospitalizací změnila kvalita spánku, v noci se budila kvůli bolestem, které další dny nabíraly na síle, potila se a nemohla znova usnout, zvolila i prášky na spaní. Po operaci a také po ustálení bolestí mi pacientka říkala, že se jí spí lépe a kvalitněji.

## Pacientka č.2

51 letá pacientka, přijata pro zhoubný novotvar vaječníku, pacientka již v předchozích týdnech byla na ARO jednotce na Bulovce. Nyní ve stabilizovaném stavu, po operaci. Má ileostomii, o kterou je potřeba pečovat, potřebuje dopomoc při chůzi a hygieně. Z etického hlediska – pacientka na mě působila velice smutně co se týče smíření s jejím osudem, tím, jak dlouho už je v nemocnici, bylo třeba být šetrná co se komunikace týče, ráda si povídala. Komunikace a řešení problémů bylo také jiné tím, že sama před hospitalizací dělala sanitářku na gynekologickém oddělení.

 Vylučování

Pacientka měla ileostomii a na začátku mé praxe ji nebylo příjemné, když jsem ji stomii vyprazdňovala, jelikož se styděla za zápach a vzhled, jelikož jsem byla na oddělení 14 dní každý den, chodila jsem za ní a povídala si s ní, protože kvůli pandemii za ní nemohla docházet rodina, nabyla pacientka na důvěře a já ji sama vysvětlila, že se předemnou nemusí za nic stydět a že se jedná o přirozenou lidskou funkci. Poté už s tím neměla problém a snažila se vždy situaci zlehčovat.

 Vnímání

Pacientka měla často stavy, kdy si uvědomala svůj zdravotní stav a jakým způsobem pokročila od prvního dne hospitalizace, hodně v sobě pocity smutku držela a vždy mi říkala, že se nic neděje, pak se mi svěřila a plakala, že je velmi smutná, že se její stav nelepší a je si vědoma svého osudu. Měla jsem ale poté pocit, že tím, že se svěřila, se její psychický stav zlepšil, jelikož slyšela názor a myšlenky na její situaci od někoho jiného.

 Aktivita, cvičení

S pacientkou jsem chodila do koupelny provádět osobní hygienu, na začátku jsem ji podpírala a šla s ní, vždy se ale po narovnání a provedení hygieny snažila dojít zpět na lůžko sama, což vždy dopadlo úspěšně a pacientce to zlepšilo náladu. Docházela za ní také fyzioterapeutka, která prováděla cvičení ve stoje a trénink chůze.

## Pacientka č.3

76 letá paientka, byla přijata k ATB a infuzní terapii pro v.s. uroinfekt, dále byla diagnostikována s recidivou karcinomu sliznice endometria, v době mé praxe byla stále na lůžku, cítila se unavená a celkově slabá. Pacientce jsem dopomáhala při vstávání, nosila jídlo, stěžovala si na bolesti zad, časem si došla pro jídlo sama.

 Aktivita, cvičení

Pacientka měla tendence ke zhoršování svého stavu, nechci samozřejmě její stav banalizovat, ale například u aktivity, třeba při vydávání jídla, mě vždy prosila, ať ji vše donesu a připravím, nejprve jsem tak dělala, jelikož jsem si myslela, že je na tom opravdu tak špatně, co se pohybu týče, pak jsem si ale všimla, že si sama došla na toaletu, aniž by si řekla o pomoc. Před dalším jídlem jsem si s ní promluvila a domluvila ji, že si zkusí pro jídlo dojít sama a já ji kdyžtak budu při ruce, nejprve se litovala a říkala, že to určitě nezvládne, potom ale měla radost z toho, že může sedět s ostatními pacientkami v jídelně a povídat si.

Vnímání bolesti

Pacientka si stěžovala na bolesti zad, chtěla ihned podávat léky proti bolesti, nakonec se ale přišlo na to, že je to tím, že vůbec nechtěla vstávat z lůžka provádět cviky od fyzioterapeutky. Poté co se snažila chodit a vstávat sama, bolesti zad ustoupily.

# Závěr

 Během psaní této práce jsem si uvědomila, jak často se modely v ošetřovatelství aplikují, zároveň i to, jak jsou některé složky, konkrétně modelu, který jsem si vybrala, opomíjené. Mnohdy se zapomíná na to, že pacient není pouze něco, o co je potřeba bezhlavě a bezcitně pečovat, ale že je potřeba nezapomínat na to, že pacient je lidská bytost stejně jako my a je potřeba značná míra empatie, mnohdy je pro někoho psychická pohoda důležitější složka.

 Při studiu a zpracovávání modelu ošetřovatelství podle Gordonové, se mi zalíbil holistický přístup, opět jsem si mnoho věcí připomněla, jelikož i sama za sebe mohu říct, že se na praxích často soustředím pouze na to, abych vše provedla správně a podle postupu a zapomínám na komunikaci a vcítění se do pacienta. Díky tomu, že jsem se během prázdninové praxe snažila pozorovat využívání tohoto modelu, jsem si opět připomněla, že je potřeba pacienta brát hlavně jako někoho, kdo potřebuje lásku a péči, aby se co nejrychleji navrátil do běžného života.

#  Seznam použitých zdrojů

1. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
2. ARCHALAUSOVÁ, A. Přehled vybraných ošetřovatelských modelů. 1.vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2003. 99 s. ISBN 80-86225-33-X.
3. . ARCHALAUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. Aplikace vybraných ošetřovatelských modelů do klinické a komunitní praxe. 1.vyd. Hradec králové: Nucleus, 2005. 107 s. ISBN 80-247-1211-3.