UNIVERZITA KARLOVA

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Barbora Kuncová**

Uplatnění funkčního modelu zdraví v ošetřovatelství podle Mayjory Gordonové

*Seminární práce*

Praha 2021

# Úvod

Ve své seminární práce se budu zabývat využívaní Funkčního modelu zdraví podle Marjory Gordonové v ošetřovatelské péčí u pacientů na Kardiologické klinice oddělení C ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, kde jsem plnil svou Prázdninovou praxi. V první části práce se budu zabývat životem a kariérou paní Marjory Gordonové a jejím vlivu na vývoj ošetřovatelství a práci sestry s pacienty jako takovou. Popisuje zde i základní koncept Funkčního modelu zdraví a jeho obsah a koncept. V druhé častí se pokusím prezentovat jednotlivé prvky tohoto modelu v ošetřovatelské péči u jednotlivých pacientů.

Kardiologická klinika ve Fakultní nemocnice Královské Vinohrady se zabývá komplexní péčí o pacienty s onemocněním srdce a cév. Jsou zde operační sály kde se provádí vyšetření srce(koronarografie) a cév což patři mezi nejčastější výkony, ale i ku příkladu plastiky srdečních chlopní anebo implantace kardiostimulátorů. Staniční sestrou na lůžkovém oddělení C je Bc. Jitka Hanzlová a přednosta kliniky je pan prof. Petr Vidimský.

# Teoretická část

## Marjory Gordonová

Marjory Gordonová se narodila 10.listopadu 1931 v Bostonu, Massachusetts v USA, kde i 29.dubna 2015 zemřela. Základní vzdělání v ošetřovatelství získala v Mount Sinai hospital School od Nursing. Bakalářské a Magisterské studium absolvovala na Hunter Collage of the City University v New Yorku. Byla profesorka a koordinátorka ošetřovatelství dospělých na Bonton College, Chesnut Hill, kde i obhajovala svojí disertační páci z oblasti diagnostiky je získala titul Ph.D.

V roce 1974 identifikovala 11 okruhů chování a v roce 1987 publikovala již zmíněný Model funkčních vzorců zdraví, který zahrnuje systematické hodnocení zdravotního stavu pacienta v jakékoli oblasti systému péče. Dále se také věnovala výzkumu v oblasti ošetřovatelských diagnóz a plánování ošetřovatelské péče. Byla zakládající členkou organizace NANDA, později NANDA International organizace pro standardizaci sesterské terminologie a v letech 1982-88 byla prezidentkou této organizace.

## Model funkčních vzorců zdraví

Model, který Marjory Gordonová vytvořila, mohl vniknout i na základě grantu, který v 80.letech 20 století financovala federální vláda USA. Hlavní znaky modelu jsou, že vytváří multidisciplinární tým, který systematicky komunikuje v odborném jazyku s využitím ošetřovatelské terminologie pro praxi. Ošetřovatelským cílem je tedy nejvyšší úroveň zdraví daného jedince, ale také ne méně zásadní přijetí odpovědnosti za své zdraví. Hlavními přínosy tohoto modelu je, že je zde se uplatňován a respektován holistický přístup a přispívá k rozvoji ošetřovatelské teorie a uplatnění teoretických poznatků v praxi.

Základní myšlenkou modelu je, že lidská bytost má určité a společné vzorce v chování související jejím zdravím, kvalitou života, rozvojem jejich schopností a v neposlední řadě dosažení lidského potenciálu. Mezi základní pojmy tedy patři zdraví, funkční a dysfunkční typ zdraví, holistické potřeby, základní lidská reakce, interakce a prostředí. Tudíž zdravotní stav jedince je vyjádřením jeho bio-psycho-sociální interakci a sestra tedy po kontaktu s pacientem může identifikovat jeho funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. K tomuto postupu sestra využívá základní strukturu modelu tvořenou dvanácti oblastmi závislé na určitých časových úsekách chování jedince a reprezentují základní ošetřovatelské údaje v subjektivním a objektivní podobě. Každá oblasti představuje určitou část zdraví, která může být funkční anebo dysfunkční a tím ovlivňuje zdraví a kvalitu života pacienta.

Definice pojmů

Zdraví: Vytvářeno rovnováhou mezi bio-psycho-sociálními potřebami, které je ovlivňováno vývojovými, kulturními, duchovními a spirituálními faktory.

Dysfunkce: dojede-li k porušení jakékoliv oblasti v bio-psycho-sociálních potřebách.

# Struktura modelu

Zahrnuje dvanáct základních oblasti:

1. **Vnímání zdravotního stavu, aktivity udržení zdraví**

Zahrnuje vnímaní svého zdraví a zdravé chování, cílem je ochrana a podpora zdraví. Hodnotíme zde rizikové faktory, aktivity na udržování zdraví, potencionální ohrožení zdraví, nereálné vnímání zdraví.

Vyšetření: Charakteristika vlastního zdraví, zdravotní problémy pacienta, prodělané nemoci a úrazy, abúzy.

1. **Výživa a metabolismus**

Spotřeba potravin a tekutin v závislosti na metabolickém požadavku organismu. Hodnotíme čas jedení, množství a typ potravin, využívání výživových a vitaminových doplňků, druh výživy, diety, potravinové alergie, umělý chrup, enterální výživu.

Vyšetření: Stav kůže a sliznic, hydratace, BMI index, defekty na kůži a dekubity, nehty, vlasy

1. **Vylučování**

Vylučování tlustého střeva, močového měchýře, kůží a jiné. Pravidelnost vylučování a změny a poruchy vylučování. Hodnotíme zde frekvenci, regulace, poruchy vylučování, zásady hygieny, kulturní vlivy.

Vyšetření: Moč, stolice, stomie, diuréza.

1. **Aktivita, cvičení**

Hodnotíme tělesné cvičení klienta, volnočasové aktivity, rekreační aktivity. Běžné denní činnosti. Typ, množství a kvalitu cvičení a překážky v cvičení(nemoc).

Vyšetření: Pohybového režimu a rozsahu pohyblivosti.

1. **Spánek a odpočinek**

Hodnotíme modely spánku, odpočinku a relaxaci, periody aktivity a spánku za 24 hodin, množství spánku a odpočinku, poruchy spánku.

Vyšetření: Spánkové rituály, problémy spánku, pocit nabytí sil po spánku, léky.

1. **Vnímání, poznávání**

Vyšetřujeme: Orientaci v místě, čase, a o své osobě. Kvantitativní/Kvalitativní změny. Zrak, sluch, čich, chuť, řeč, způsob vyjadřování, jazyk, paměť, pozornost, myšlení, učení.

1. **Sebepojetí, sebeúcta**

Zajímají nás znaky popisující představu a vnímání sebe samého. Zahrnuje postoj k sobě a smysl pro hodnoty.

Složky sebekoncepce podle NANDA: 1.Obraz těla 2. Výkon role 3.Osobní identita 4. Sebeúcta

1. **Role a mezilidské vztahy**

Způsob přijetí životních rolí a úrovně mezilidských vztahů. Tyto role se po čas života mohou měnit. Neméně důležité je individuální vnímání životních rolí a z toho vyplívající závazky a zodpovědnost.

Vyšetření: Primární, sekundární a terciální role pacienta, plnění funkcí v dané roli, spokojenost s rolí, bydlení, počet členů v domácnosti, vliv na onemocní na rodinu a práci.

1. **Sexualita**

Zajímá nás spokojenost anebo nespokojenost v sexuálním životě anebo s pohlavím.

U žen: menstruace, cyklus a potíže s tím spojené, těhotenství, antikoncepce, preventivní prohlídky, plánované rodičovství.

U mužů: Urologické vyšetření

1. **Stres**

Hodnotíme toleranci a individuální kapacitu zvládání stresových situací.

Vyšetření: Stresové situace v poslední době, vyrovnávání se stresem, zvládání stresu a schopnost zvládat stres, zneužívání návykových látek a pomoc v stresových situací.

Vzorec: Stres-vyrovnání se stresem

 Aspekty: Stresové situace v rodině, funkčnost vztahů v rodině, nezaměstnanost, rasové a etnické napětí, zneužívání drog, nehodovost.

1. **Víra a životní hodnoty**

Individuální vnímání životních cílů a přesvědčení.

Vyšetření: Zahrnuje všechno, co je v životě pacienta důležité (kvalita života, konflikty, víra, očekávání). Náboženství jako zdroj pomoci, podpory ale i konfliktů jak individuálních, tak společenských. Hodnotový systém pacienta. Hlavní, náboženství v rodině. Přístup k systému zdravotních služeb. Sestra by v každém případě měla akceptovat hodnoty člověka, a hlavně prezentovat hodnoty zdraví.

1. **Jiné**

Zde je možné zařadit jiné důležité informace, které nejsou obsaženy v předchozích oblastech.

# 3.Praktická část

## Pacient s poruchou výživy

Na kardiologickém oddělení se mino onemocnění týkající se kardiologických problémů jsem se setkávala i s dalšími přidruženými problémy. Například pacient, který byl přijat na oddělení s diagnózou akutní endokarditidy. Při tomto onemocnění se aplikují nitrožilně velké dávky antibiotik. Které narušují střevní mikroflóru a také ovlivňují chuť k jídlu. Pacient, tedy nekonzumoval dostatečné množství jídla, a tak se jeho zdravotní stav velmi nelepšil. Antibiotika na pacienta měla velmi mnoho negativních účinků, nejen v oblasti konzumace jídla, ale velké dávky ovlivnily i jeho kůži a pacient se začínal svlékat z kůže jako had.

 V těchto případech se stav pacienta konzultuje s Nutriční terapeutkou, které ve spolupráci se sestrou nejdříve sleduje, co pacient konzumuje, a to velmi do detailů. Samozřejmě se hodnotí základní kritéria, které nacházíme ve Funkční modelu podle M. Gordonové, a to jest Spotřeba potravin a tekutin v závislosti na metabolickém požadavku organismu.

 Hodnotíme čas jedení, množství a typ potravin, využívání výživových a vitaminových doplňků, druh výživy, diety, potravinové alergie, umělý chrup, enterální výživu. Po sledování pacienta po několik dnů, byla přidělena pacientovi speciální individuální dieta, s důrazem na to, co pacientovi opravdu chutná a na výživovou hodnotu.

Pacientovi byla také přidělena parenterální výživa, protože pacient nebyl schopen zkonzumovat dostatečné množství potravy za den. Parenterální výživa byla kontinuální po celý den a na noc a v případě potřeby (např. rehabilitace pacient) byla vynechána. Po době asi čtrnácti dní pacient začal vykazovat zlepšení jeho stavu i krevních výsledků. Stále byla aktivně sledována jeho výživa, která byla doplněna Nutri drinky, ale od parenterální výživy se již ustupovalo, jelikož byl pacient schopen snít dostatečné množství potravy. Díky detailnímu rozhovoru s pacientem o jeho stravě, který tedy vedla Nutriční terapeutka, která však úzce spolupracovala se sestrou, která aktivně plnila dané úkony a doplňovala proces detailnějšími informace se podařilo pacienta v této oblasti dostatečně saturovat.

## Pacient s poruchou zraku a sluchu

Na kardiologickém oddělení, kde jsou vykonávala praxi, jsem se ve velkém množství setkávala s pacienty, kteří byli již vyššího věku, a tedy zrakový nebo sluchový problém zde nebyl výjimkou. Obtížnější situace však nastává, když pacient trpí jak zrakovým, tak sluchovým problémem. Komunikace s tímto pacientem byla velmi obtížná, jelikož pacient byl vždy vystrašený, když s ním sestra nebo lékař chtěl navázat kontakt a promluvit o jeho zdravotním stavu. Pacient byl v naprosto jiném prostředí, než na které byl zvyklý, špatně se orientoval v prostoru, okolo něj byli cizí lidé (pacienti na pokoji) a ještě ke všemu se mu špatně vysvětloval jeho zdravotní stav, kvůli špatnému sluchu. Pacient byla zde velmi frustrovaný a nikomu, ze začátku nedůvěřoval.

Když pacient přijde na oddělení provádí se s ním anamnestický ošetřovatelský rozhovor složený s několika důležitých okruhů, ve kterých jsou konkrétní otázky na dané téma. Jeden z okruhů je i ten, jestli pacient požívá nějaké kompenzační pomůcky a také jestli právě netrpí poruchou zraku nebo sluchu. Jestli pacient používá naslouchátko, brýle, jak moc velké je jeho sluchové nebo zrakové postižení je nedílnou součástí tohoto rozhovoru a taktéž i zásadní informace pro ošetřovatelskou péči.

Pacient byl tedy z počátku své hospitalizace velmi nedůvěřivý, místy i agresivní. Avšak důkladným předáváním informací mezi ošetřovatelským personálem, ale i lékaři, se dosáhlo správné komunikace s pacientem. Bylo nutné pacientovi oznámit, že se sním chytáte mluvit, a tak kontakt na jedno z ramen pacient bral, jako výzvu k tomu, aby začal personál vnímat a věděl, že se s ním bude nějakým způsobem pracovat. Ať už při ranní hygieně nebo při vyšetřeních co provádí lékař. Sluchový problém se bohužel nedal řešit jinak než hlasitým mluvení a častým opakováním a důrazem na to, aby věty byli co nejjednodušší. Pacient bohužel neměl opatřené naslouchátko. Správnou komunikaci a individuálním přístupem k pacientovi se podařilo pacienta uklidnit a spolupráce s ním byla o poznání lepší.

## Rozrušená pacientka

V předchozím přikladu jsem zmiňovala to, že na oddělení pečovala spíše o pacienty starších ročníků. Inu nebylo tomu vždy tak a jako u všeho se i zde našli výjimky. Překvapivě v období, když jsem vykonávala svou praxi, bylo na oddělní přijato hned několik pacientek, co trpělo nějakým psychickým problémem. O jednu z nich jsem pečovala velmi intenzivně protože, jsem praxi měla s jednou ze sester a měly jsme spolu, tři služby za sebou.

Pacientka byla velmi neklidná, pořád se vyptávala na všechny možné informace o jejím zdravotním stavu a byť jsme se snažily pacientce na její otázky odpovídat co nejšetrněji a tak, aby všemu porozuměla, byla pacientka ještě neklidnější a víc rozrušená než před tím. V takových to případech se jedná s lékařem a ten domlouvá psychiatrické konzilium pro určení pacientova stavu a následné možné medikaci.

 Avšak nejbližší a ten prvotní kontakt má vždy sestra, a tak bylo důležité pacientku uklidňovat. Pacientku velmi uklidňovala otázky ohledně jejího aktuálního psychického stavu. Takže otázky, typu, jak se teď momentálně cítíte nebo nezhoršilo se teď něco za tu dobu co jsme se neviděli, existuje něco, co vás zde rozrušuje nebo ve vás vyvolává strach co bychom, mohly změnit, byly pro pacientku velmi uklidňující v tom, že měla pocit, že její stav tu není nikomu lhostejný a dodávalo jí to pocit klidu. Však jakákoliv změna jejího stavu od aktuální bolesti po dušnost vyvolalo u pacientky až panický záchvat, kdy pacientka začala plakat, křičet, že se její konec blíží a dalo s ní velmi těžko pracovat. Vždy se u pacientky provedli základní vyšetření jako změření krevního tlaku, saturace a provedení EKG vyšetření. Jako v každém případě byl informován lékař, který s pacientkou vždy o jejím stavu promluvil.

 Pacientku se nám vždy podařilo uklidnit, ale přes veškeré snahy se u pacientky neustále opakovaly tyto epizody úzkosti. Z velké části byly způsobeny tím, že se pacientka o sebe bála, a ne z důvodu nějakých somatických potíži. Bála se, že se nebude moct postarat o své domácí malíčky a o domácnost na které jí velmi záleželo. Byla, ale velmi ráda za zájem, co se jí dostával od sester a říkala, že jí to dodává odvahu k tomu, aby její nynější stav překonala a mohla se vrátit do normálního života.

# 4.Závěr

Model Funkčního zdraví od Marjory Gordonové se je ze všech ošetřovatelských modelů nejbližší. Práce podle tohoto modelu je velmi efektivně proveditelná v praxi, a to je podle mě hlavní aspekt ošetřovatelských modelů. Jejich praktické využití při práci s pacienty.

# Literatura

PODRAZILOVÁ, Petra a kol. Teorie ošetřovatelství: skripta pro bakalářské studijní obory. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2016. ISBN 978-80-7494-297-6.

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

Žiaková, K. a kol. Ošetrovateľské konceptuálne modely. Martin: Osveta, 2007.189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.