

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Aplikace modelu Kingové v péči o klienta na ortopedickém
oddělení

Diplomová práce

prof. PhDr. Tóthová Valérie, Ph.D.

2011

Bc. Alžběta Kremsová

Abstract

My thesis deals with the possibility of applying King's model to client care at an orthopaedic department. The research sample consisted of nurses working at the orthopaedic department of the České Budějovice Hospital and patients/client of this department.

I chose this topic as I am convinced that King's model is underestimated and marginalized. King's model is focused on interaction between a nurse and a patient. Achievement of harmony in interaction between a nurse and a patient/client creates better conditions for attainment of the care goals and thus saturation of his/her needs. In combination with Gordon's model better satisfaction of needs and thus improvement of the care at the orthopaedic department would be achieved.

The theoretical part deals with orthopaedics in general, application of Gordon's model and King's model to patients/clients of an orthopaedic department.

The research was based on interviews with nurses, introduction of the Marjory King's model to nurses according to the educational material prepared, application of King's model to the orthopaedic department care and comparison of the care about patients/clients hospitalized at the orthopaedic department according to Gordon's model and according to combination of Gordon's model and King's model.

The first research sample consisted of 5 nurses working at the orthopaedic department of the České Budějovice Hospital. The second sample consisted of patients/clients hospitalized at the orthopaedic department, whose stay in the hospital was longer than 7 days. 10 patients/clients divided into two groups of five were totally involved in the research. We worked with the groups then.

Three goals were set in relation to the thesis topic. The first goal was to map the possibilities of King's model application to the client care at an orthopaedic department. The second goal was to prepare documentation according to King's model and the third was to educate nurses in the King's model principle and its practical application. The goals were met.

Four research questions were set. The first was whether King's model could be applied to patient care at an orthopaedic department. The answer was yes, the model could be applied. The second question was how combination of Gordon's model with King's model affected nursing care provided by nurses at the orthopaedic department. The result was that the combination of Gordon's model with King's model to some extent affected nursing care provided by nurses at the orthopaedic department. The third question asked whether nursing according to Gordon's model in combination with King's model saturated client needs better. The result showed that the combination brought better satisfaction of the needs. The last, fourth research question asked how nurses were able to work with the elaborated documentation according to King's model. The answer is that they are able to work with the documentation.

Nursing documentation of King's model, which should serve as a complement to Gordon's model was elaborated within the thesis goals. A brochure dealing with King's model and its application to an orthopaedic patient/client was also elaborated and should serve as educational material. This material was provided to the orthopaedic department of the České Budějovice Hospital.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Aplikace modelu Kingové v péči o klienta na ortopedickém oddělení vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 2011

.....

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat prof. PhDr. Tóthové Valérii, Ph.D. za rady a čas, který mi po dobu vypracování práce věnovala.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Ortopedie	5
<i>1.1.1 Ortopedický pacient/klient</i>	6
1.2 Současná péče na ortopedickém oddělení	7
<i>1.2.1 Model dle Marjory Gordonové</i>	7
1.2.2 Hlavní jednotky a metaparadigmatické koncepce	8
<i>1.2.3 Aplikace na ortopedického pacienta/klienta - třináct vzorců zdraví</i>	8
1.3 Model dle Imogene Kingové	16
<i>1.3.1 Analýza modelu dle Kingové</i>	17
<i>1.3.2 Hlavní jednotky</i>	18
<i>1.3.3 Metaparadigmatické koncepce</i>	18
1.3.4 Aplikace modelu Kingové na pacienta/klienta ortopedického oddělení	19
<i>1.3.4.1 Osobnostní systém</i>	19
<i>1.3.4.2 Interpersonální systém</i>	21
<i>1.3.4.3 Sociální systém</i>	24
1.3.4.4 Interaktivní proces	25
<i>1.3.4.5 Tvorba rozhodnutí a teorie dosažení cíle</i>	25
2. Cíle a výzkumné otázky	27
2.1 Cíl práce	27
2.2 Výzkumné otázky	27
3. Metodika	28
3.1 Metodika práce	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	28
4. Výsledky	29
4.1 Ošetrovatelská péče v kombinaci podle modelu Marjory Gordonové	29
4.2 Ošetrovatelská péče v kombinaci podle modelů Marjory Gordonové a Imogene Kingové	50
4.3 Rozhovory se sestrami	74
4.4 Shrnutí výsledků ošetrovatelské péče	82
4.5. Shrnutí výsledků rozhovorů se sestrami	84
5. Diskuse	86
6. Závěr	92
7. Klíčová slova	94
8. Použité zdroje	
9. Přílohy (5)	

Úvod

Spokojenost pacientů/klientů je velmi důležitý ukazatel kvality poskytované péče. Po dlouho dobu naše společnost, naše kultura vnímala péči o zdraví jako nutnost odvrátit riziko nemoci. Pokud bylo zdraví poškozeno, bylo úkolem odborníků odstranit příčiny nemoci. V současnosti se vnímání zdraví neustále rozvíjí.

Kdysi pasivní postoj pacientů/klientů při léčebném a ošetrovatelském procesu se mění na aktivní přístup. Nemocný již není pouhou pasivní loutkou, která nemá vlastní názor, která se jen podřizuje nařízení odborníků. V současné době se velmi dbá na to, aby se jedinec podílel na procesu uzdravování. Je zřejmé, že ne všichni se chtějí nebo jsou ochotni se zapojovat do léčení, do péče o zdraví. Je proto velice důležité, aby všichni zdravotničtí pracovníci uměli s nemocným správně komunikovat, aby ho získali na svoji stranu a z pasivního nemocného se stal aktivní člověk, který má zájem podílet se na svém zdraví.

Hlavní osobou, která se dostává nejvíce do kontaktu s pacientem/klientem je sestra. Jsou na ní kladeny velké nároky na umění komunikace a umění zapojit jedince do spolupráce o své zdraví. Sestra si uvědomuje, že nemoc přináší zvýšené požadavky na nemocného. Stres spojený se vznikem nemoci může být důvodem změny v chování a jednání člověka. Zapojením do rozhodování o dalších postupech léčby a péče, získá jednotlivec dojem, že nemoc nad ním nevítězí, že stále má nad svým životem kontrolu. Proto je nezbytné, aby se nemocný zapojil do léčebného a ošetrovatelského procesu.

Na ortopedickém oddělení je péče poskytována podle modelu Gordonové. Model Gordonové je rozdělen do 13 domén, podle kterých získáváme informace od pacienta/klienta. Tyto domény jsou vnímání zdraví, výživa, vylučování, aktivita a odpočinek, spánek a odpočinek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, sexualita, zvládání zátěže, životní principy, bezpečnost, ochrana a komfort, růst a vývoj. Podle získaných informací se následně poskytuje péče.

Model Kingové je zaměřen na interakci mezi sestrou a pacientem/klientem. Dosažení shody v interakci mezi sestrou a nemocným vytváří lepší předpoklad pro dosažení cíle v péči a tím saturování potřeb jedince. Sestry na ortopedickém oddělení

tento model neznají. Bylo by vhodné o tomto modelu sestry informovat a aplikovat ho v péči o pacienta/klienta.

1. Současný stav

1.1 Ortopedie

Ortopedie je samostatný lékařský obor zabývající se prevencí a léčbou vrozených a získaných vad kostí, kloubů a svalů, úrazů, jejich následků a různých akutních a chronických onemocnění pohybového ústrojí. Dále se zabývá specifickými a nespecifickými záněty kostí a kloubů, systémovými onemocněními kostí a kloubů a nádory kostí a kloubů (41, 48).

Ortopedie se začala rozvíjet od konce 18. století jako součást všeobecné chirurgie. Ve Střední Evropě se začíná formovat v druhé polovině 19. století. Na rozvoji ortopedie se podílela celá řada osobností - prof. Eduard Albert, Karel Maydl, Adolf Lorence, Otakar Kukula, Rudolf Jedlička a další (5).

Samostatným oborem se ortopedie vyčlenila z obecné chirurgie a traumatologie, v České Republice v roce 1971 zásluhou prof. Pavlanského. Po roce 1989 se výrazně rozvíjí operativa kloubních náhrad, páteře a arthroskopických operací (5, 48).

Na ortopedickém lůžkovém oddělení se sestry setkávají s velkým množstvím nemocí pohybového ústrojí. Do těchto chorob patří artróza, bursitida, dna, hallux rigidus, karpální tunel, kladívkové prsty, koxartróza, osteoartróza, osteolýza, osteoporóza, ostruha patní kosti, otoky nohou, ploché nohy, poranění česky, poranění menisku, poranění zkříženého vazů, problémy s kloubní protézou, skolióza páteře, spondylitida, tenisový loket, vbočený palec, vrozená vada kyčle, vybočený loket, zánět kotníku, zánět okostice, zarůstající nehty, zlomenina bérce, zlomenina krčku stehenní kosti, zlomeniny kostí (8).

Pro stanovení správné choroby je důležitá diagnostika. Základním vyšetřením je odebrání anamnézy lékařem, kde získává informace o pacientovi/klientovi z oblasti osobní, sociální, rodinné, pracovní a další. Z klinického vyšetření je nenahraditelné fyzikální vyšetření nemocného lékařem. Další vyšetření, na které sestra připravuje pacienta/klienta jsou rentgenové vyšetření, počítačová tomografie, magnetická rezonance, angiografie, ultrazvuk, cytologické vyšetření a v neposlední řadě laboratorní vyšetření – biochemické, hematologické, bakteriologické, imunologické a serologické (5, 48).

Na ortopedickém oddělení se provádí operace – plastiky šlach, artroskopie kloubu s cílem diagnostiky a terapie, operační řešení statických vad na noze, vbočeného palce, operační řešení úrazů pohybového aparátu, operace infektů na pohybovém aparátu, operace nádorů pohybového aparátu. Nejčastější operace na ortopedii jsou kloubní náhrady kolenního a kyčelního kloubu (8).

Cílem operačního řešení v ortopedii je návrat plné funkčnosti pohybového aparátu člověka, který dovoluje plnohodnotný život. Po operaci se nemocným uleví od bolesti a výrazně se zlepší jejich pohyblivost. Jedinec se může vrátit nejen do zaměstnání, ale má možnost se opět zapojit do volnočasových aktivit, jako je sportovní vyžití, či jiné, které nemohl před tím vykonávat. Je ovšem mít stále na paměti, že i po operaci se pohybový aparát nadále opotřebovává a je možné, že v budoucnu bude nutná opětovná operace (6, 8, 41).

Kontraindikací k operačnímu řešení v ortopedii je, kromě interních kontraindikací, také přítomnost jakékoli formy infekce v organismu. Největším problémem je infekce v blízkosti operovaného místa (8).

Pooperační komplikace po operaci mohou být z důvodu poranění nervů, nestejně délky končetin, infekce v operační ráně, infikovaná TEP kloubu, luxace endoprotézy, periprotetické nebo heterotopická osifikace (5, 6, 41).

1.1.1 Ortopedický pacient/klient

Nejčastějšími ortopedickými pacienty/klienty jsou lidé, které z ontogenetického hlediska můžeme zařadit do období raného stáří (60-74 let) a vlastního stáří (75-89 let). Ve stáří může docházet ke snížení ostrosti smyslového vnímání, ke změnám v nervovém a endokrinním systému a ke změnám psychickým (24, 31).

Do poruch smyslového vnímání patří stařecká nedoslýchavost, která snižuje i schopnost porozumění a chápání mluvené řeči, což vede k narušení komunikace. Do změn psychických zařazujeme snížení poznávacích funkcí (vnímání, myšlení, paměť), snížení psychomotorického tempa, snížení adaptability (konzervatismus, rigidita, ulpínavost), emoční lability, zvýraznění negativních osobnostních rysů, ale i netrpělivost a altruismus (24, 35, 46).

Vztah mezi sestrou a nemocným je velice křehký. Je založen na vzájemné úctě a důvěře. Obě strany by se měly snažit tento důvěrný vztah budovat a rozvíjet. Sestry vědí, že ortopedičtí pacienti/klienti žijí v nejistotě a strachu z operace, z možných pooperačních komplikací a ze schopnosti se zapojit do dlouhodobé rehabilitace. Důvěryhodný vztah pacienta/klienta a sestry snižují právě pocity strachu, úzkosti a frustrace (42, 43, 47, 49).

1.2 Současná poskytovaná péče (ortopedie Nemocnice České Budějovice)

Současná ošetrovatelská péče na ortopedickém oddělení se poskytuje na podkladě modelu dle Marjory Gordonové. Podle modelu Gordonové se odvíjí ošetrovatelský proces, který prostupuje jak předoperační, pooperační, tak rehabilitační péči. Podle tohoto modelu je také vytvořena ošetrovatelská anamnéza.

1.2.1 Analýza modelu dle Marjory Gordonové

Základní ošetrovatelské vzdělání získala na Mount Sinai Hospital School v New Yorku. Následné bakalářské a magisterské vzdělání ukončila na universitě v New Yorku. Byla prezidentkou Severoamerické asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku (NANDA). Nyní je profesorkou a koordinátorkou ošetrovatelství dospělých na Boston College a současně se věnuje výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče (17, 32).

Model funkčních vzorců zdraví publikovala v roce 1987. Tento model je výsledkem grantu, který byl financován federální vládou USA v 80. letech. Model je zaměřen na zdravé i nemocné jedince. Je aplikovatelný na jednotlivce, rodinu i komunitu. Vychází z holistické a humanistické filosofie, z modelu zdraví, z koncepce hodnocení F. E. McCana D. Smitha a z ošetrovatelských modelů dle D. Oremové, D. Johnsonové a C. Royové. Odborníci označují model Gordonové za nejkompexnější pojetí člověka z hlediska holistické filozofie. Model splňuje podmínky na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské hodnocení v péči primární, sekundární, terciální. Úlohou sestry je posoudit, zda jsou vzorce zdraví funkční, a odhalit dysfunkční vzorce zdraví (17, 32).

1.2.2 Hlavní jednotky a metaparadigmatické koncepce podle M. Gordonové

Cílem ošetřovatelství je zdraví, zodpovědnost jedince za své zdraví. Je kladen důraz na rovnováhu bio-psycho-sociálních interakcí. Nemocný je holistická bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. Rozlišuje se jedinec s funkčním nebo s dysfunkčním typem zdraví. Do role sestry patří získávání informací v jednotlivých obrazech vzorců zdraví pomocí pozorování, rozhovorem a fyzikálním vyšetřením. Důležitá je analýza získaných informací. Zdrojem potíží může být některá z oblastí bio-psycho-sociálních interakcí. Ohniskem zásahu je dysfunkční vzorec zdraví. Způsob intervence se odvíjí podle některého ze známých ošetřovatelských modelů. Důsledkem je funkční vzorec zdraví (32).

Marjory Gordonová říká, že všechny lidské bytosti jsou holistické, mají společné určité funkční vzorce, které mají vliv na zdraví, kvalitu života a na dosahování lidského potenciálu.

Zdraví je rovnováha bio-psycho-sociálních interakcí. Je ovlivněno vývojovými, kulturními, duchovními a ostatními faktory. Porucha zdraví se označuje jako dysfunkce. Prostředí v interakci s osobou se podílí na funkčních vzorcích zdraví. Ošetřovatelství se zabývá funkčními a dysfunkčními vzorci zdraví (17, 32).

1.2.3 Třináct vzorců zdraví – aplikace na ortopedického pacienta/klienta

Vzorce jsou úseky chování jedince v určitém čase a reprezentují základní ošetřovatelské údaje v objektivní a subjektivní podobě. Základní strukturu modelu tvoří třináct oblastí, které se označují jako třináct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje část zdraví, která může být funkční nebo dysfunkční (32).

1. Vnímání zdraví

U kategorie vnímání zdraví zjišťujeme, jak pacient/klient vnímá své zdraví, jakým způsobem dbá o své zdraví, jeho individuální zdravotní stav, současné aktivity a plány do budoucna. Dále se popisuje povědomí o strategiích, které podporují nebo zlepšují zdravý život a správné fungování člověka. Je také důležité, jak nemocný zvládá

rizika a celkovou péči, která vyplývá z jeho zdravotního stavu (dodržování aktivit, které podporují tělesné a duševní zdraví, dodržování lékařských a ošetrovatelských doporučení a následnou péči a pokyny). V ortopedii jedinec předpokládá, že po operaci se jeho stavlepší, nebo že se úplně uzdraví. Je důležité sledovat chování a projevy člověka, jeho subjektivní pocity a celkový psychický stav. Vždy by měla sestra respektovat samotného pacienta/klienta. Sestra by měla mít stále na paměti psychickou přípravu. Pozitivní duševní stav nemocného má velký vliv na dřívější zlepšení a vyléčení stavu (22, 27, 32).

Ortopedický pacient/klient by měl dbát na dodržování lékařských pokynů. První kontrola na ortopedické ambulanci opět závisí na druhu operace. Po artroskopii jde nemocný na kontrolu již za 1 týden. Po implantaci totální endoprotézy za 6 týdnů od operace. Lékař rozhodne, zda pacient/klient bude dále pokračovat v antikoagulační léčbě, nebo zda bude ukončena. Lékař zkontroluje stav rány, rozsah pohybu v kloubu a délku končetiny. Při nekomplikovaném průběhu rozhodne o dalším zatěžování operované končetiny. Postupně smí nemocný odkládat berle podle instrukcí lékaře. U každého jedince je délka návratu se do normálního způsobu života individuální. V indikovaných případech je vhodná lázeňská léčba navazující na operační výkon. Další kontrola lékařem se koná za 3 měsíce od operace a součástí je rentgenové vyšetření operované končetiny (36, 40).

2. Výživa

Zde se popisuje způsob příjmu jídla a tekutin, časový rozvrh stravování. Zahrnuje individuální způsob stravy a příjmu tekutin, denní dobu příjmu potravy, kvalitu a kvantitu konzumovaného jídla a tekutin, užívání náhradních výživných látek a vitamínových preparátů. Dále se hodnotí využívání živin za účelem tvorby energie, stav kůže, kožní defekty, poranění a celková schopnost hojení ran. Hodnotí se stav vlasů, nehtů, slizničních membrán, stav chrupu, tělesná teplota, výška a hmotnost (27, 32).

Výživa by měla být zajištěna konkrétně na každého jedince. Strava musí být neдрáždivá, ale plnohodnotná. Někdy je nutný individuální výběr potravin. Je vhodné

zajistit nemocnému příjemné prostředí při stravování. Strava by měla být esteticky upravená. Sestra by měla povzbuzovat pacienta/klienta v chuti k jídlu. Je třeba dbát na optimální příjem tekutin (16, 22, 27, 32).

Po operaci po odeznění anestézie, tj. asi po 2 hodinách od operace, může nemocný přijímat opatrně doušky čaje, přibližně po 6 hodinách tekutou stravu a postupně přecházet na dietu, kterou měl před operací (23).

3. Vylučování

Zjišťujeme způsob vyměšování tlustého střeva, močového měchýře a kůže. Zahrnuje individuálně vnímanou pravidelnost ve vylučování, používání obvyklého postupu pro vyprazdňování nebo používání projímadel, potíže nebo poruchy při vyprazdňování, tvar, kvantita a kvalita exkretů (32).

Nejdříve se musí zhodnotit stupeň soběstačnosti ve vyprazdňování a popřípadě zajistit adekvátní pomoc. Po ortopedických operacích se vyskytuje různý stupeň závislosti. Částečně to závisí jak na druhu operace, ale také na vnímání bolesti a na odhodlání pacienta/klienta. Je důležité sledovat vyprazdňování stolice i moče. Vlivem hospitalizace, změny jídelníčku, stupni pohybu a vlivem podávání léků se může objevit zácpa nebo průjem. Porucha močení se může vyskytnout při zavedení permanentního močového katetru nebo po jeho vyndání. Pacienti/klienti si mohou stěžovat na pálení, řezání při močení nebo na neschopnost se vymočit (16, 22, 23).

4. Aktivita a odpočinek

Popisuje produkci, uchování, výdej a rovnováhu energetických zdrojů jedince, způsoby udržování tělesné kondice cvičením (sport) nebo jinými aktivitami ve volném čase a při relaxaci, základní denní aktivity (hygiena, vaření, nakupování, stravování, práce, udržování domácnosti atd.) Patří zde i způsob trávení volného času a činnosti, které jednotlivec vykonává (22, 27).

Tato kategorie popisuje také způsob spánku (způsob navození spánku, usínání, přerušování doby spánku, obvyklé činnosti před spaním, eventuálně užívání medikamentů na spaní) a délku trvání spánku, odpočinku a relaxace. Zahrnuje

individuální vnímání kvantity a kvality spánku a odpočinku a také pocit energie získané odpočinku (32).

Sestra by měla vždy zajistit nemocnému dostatek soukromí a zajistit vhodnou polohu dle jeho možností a druhu operace (23).

Pohybový režim se odehrává podle druhu operace a následného pooperačního rehabilitačního režimu. Cílem rehabilitační péče je zajistit co nejvyšší míru soběstačnosti pacienta/klienta. Rehabilitace poskytuje ústup bolesti, zvýšení hybnosti a zlepšení míry tolerance pro běžné denní aktivity (13).

Po každé operaci se sestavuje individuální rehabilitační plán. Na tomto plánu se podílí pacient/klient, rehabilitační pracovník a lékař. Rehabilitační pooperační péče je u každého nemocného jiná (13).

Pro implantaci endoprotézy je důležitá stabilita postavení pánve, která závisí na dokonalé souhře svalových skupin. Význam svalů je zásadní. Při narušení se mohou objevit časně svalové dysbalance a značné rozdíly v aktivaci svalů. Stabilizace pánve je zajištěna rovnováhou mezi abduktory a adduktory. Pro její udržení je potřebná dlouhodobá individuální rehabilitace (21).

Po implantaci kyčelního kloubu je nezbytné mít na zřeteli stále antiluxační postavení končetiny. Jde o lehkou abdukcii a vnitřní rotaci kyčle. Naopak addukční zevně rotační postavení končetiny představuje značné riziko luxace endoprotézy (21).

Po implantaci kolenního kloubu zahajujeme aktivní cvičení svalových skupin dolních končetin ihned po odeznění anestézie. Cílem rehabilitace je prevence komplikací hypomobility, svalové atrofie a kontraktur, kloubní ztuhlosti, snížení kondice a zabránění vzniku dekubitů a také dosažení minimálně 90 stupňů aktivní flexe. Aktivní cvičení flexe a extenze kolenního kloubu se střídá s pasivním cvičením na motodlaze s elektrickým pohonem. Na rehabilitaci se opět podílí nemocný, fyzioterapeut a sestra (11, 30, 38).

Dalším důležitým bodem po implantaci endoprotézy je včasná vertikalizace, která se obvykle provádí již 1. pooperační den. Je nutný nácvik správného stereotypu chůze po rovině i po schodech. Většinou se s chůzí po rovině začíná 2. pooperační den. Zátěž operované dolní končetiny určuje operátor. Je důležité dbát na výšku berlí

a stabilní pevnou obuv. Pacient/klient chodí s oporou 2 francouzských holí s odlehčováním operované končetiny. Při chůzi po rovině dá nejdříve nemocný dopředu obě francouzské berle, pak operovanou končetinu a pak zdravou. Při chůzi do schodů jde nejdříve zdravá končetina, pak operovaná a naposled obě berle. Při chůzi ze schodů jdou nejdříve berle, pak operovaná končetina a pak zdravá končetina (13, 21, 25, 34, 38).

V neposlední řadě je důležité dodržovat zásady režimového chování. Do těchto zásad patří nekřížit dolní končetiny, neohýbat operovaný kloub více než do pravého úhlu, neprovádět rotační pohyby, nesadat do hlubokého křesla, na židli použít polohovací podložku, neshýbat se a nepředklánět. Vleže při přetáčení používat abdukční polohovací klín nebo polštář, který je uložen mezi koleny. Musí se vynechat také předklony a úplné dřepy. V počátečných obdobích po operaci nedělat dlouhé pěší túry, nepřetěžovat zbytečně kloub, dodržovat pouze doporučenou zátěž operované končetiny a berle neodkládat dříve, než svolí lékař. Pacient/klient by měl nosit polobotky s plochým, tlumícím podpatkem a vyvarovat se nošení pantoflí a bot s vysokými podpatky (30, 40).

Řídit automobil může nemocný nejdříve tři měsíce po operaci. Jako spolujezdec může jezdit ihned, ale s dodržением zásad bezpečného sedu. Ze sportů jsou vhodné spíše rekreační sporty (plavání, krátké procházky, jízda na kole - po dovolení plné zátěže na operovanou končetinu). Správná fyzioterapie zlepší pohyb v kloubu, svalovou sílu a chůzi. Cílem péče je dosažení co největší soběstačnosti pacienta/klienta, důležitý je individuální přístup a vhodná edukace. Je důležité, aby i po propuštění do domácího ošetřování dodržovali doporučený režim a cvičení (14, 25, 38).

5. Vnímání a poznávání

Hodnotí se zde kvalita informačních systémů jedince jako je pozornost, orientace, citění, percepce, poznávání, komunikace, uvažování, myšlení, rozhodování, paměť a způsob slovního vyjadřování. Zjišťuje se i způsob smyslového vnímání, přiměřenost smyslového vnímání jako je sluch, zrak, chuť, čich, dotek a používání

kompenzačních pomůcek nebo protéz. Na základě zhodnocení kvality vnímání přistupujeme k nemocnému individuálně (22, 27, 32).

6. Vnímání sebe sama

Tato oblast popisuje vnímání sebe sama, sebepojetí a sebeúctu. Zahrnuje individuální názor na sebe, vnímání svých schopností, zálib, talentu v oblasti tělesné, citové, poznávací, celkového vzhledu, vlastní identity, celkového pocitu vlastní hodnoty, celkový způsob emocionální reakce. Zjišťuje se také způsob nonverbálních projevů (držení těla, způsob pohybu, oční kontakt, hlas a způsob řeči) (32).

Po operaci se může objevit nesoběstačnost. Někteří to mohou pociťovat jako své selhání a tím dojde ke snížení sebevědomí. Proto by každý ortopedický pacient/klient měl být předem seznámen s pomůckami, které bude muset po operaci používat a tím předejít k pocitům sníženého sebevědomí a závislosti na pomoci jiných. Seznámením s pomůckami se zabývá předoperační edukace. Před operací nemocný nacvičuje celkové kondiční cvičení, sed či chůzi s berlemi. Edukace a psychologická příprava jsou nedílnou součástí této předoperační přípravy. Často se ale stává, že pacient/klient nemá před výkonem dostatek informací. Proto by měl být kladen na edukaci větší důraz. Nemocný by si měl před nástupem do nemocnice zajistit vhodnou obuv s pevnou patou. Pacienti/klienti, u kterých se plánuje totální endoprotéza, by si měli také opatřit sedačku do vany, madla v koupelně a na WC, nástavec na WC, protiskluzové podložky, gelové polštářky na chlazení operační rány, navlékač ponožek atd. Správná příprava pak ulehčí návrat z nemocnice a rychlejší rekonvalescenci. Nejčastější pomůckou po ortopedických operacích jsou francouzské hole (18, 22, 27, 32).

7. Vztahy

Tato oblast popisuje úroveň mezilidských vztahů. Zahrnuje individuální vnímání životních rolí a z toho vyplývajících závazků a odpovědnosti, rozvážnost a snášení tíhy zodpovědnosti v současné životní situaci. Zjišťují se pozitivní a negativní společenské kontakty, soulad nebo narušení rodinných vztahů, vztahů v zaměstnání, ve vztahu ke společnosti a plnění povinností ve vztahu k rolím (22, 27).

8. Sexualita

Oblast sexuality zahrnuje sexuální identitu, sexuální funkce a reprodukční schopnost. U ženy se zjišťují období premenstruální, menstruální cyklus, porody, potraty a klimakterium. U muže se hledají problémy s prostatou. Zjišťují se také uspokojení nebo neuspokojení v sexuálním životě. Tato oblast zahrnuje veškeré poruchy nebo potíže jednotlivce v této oblasti (22, 27).

9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Popisuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových situací. Zahrnuje individuální rezervy a kapacitu ve zvládání narušování vlastní integrity, způsoby zvládání stresu, vyrovnání se se životními událostmi, podporu rodiny a jiných podpůrných systémů, vnímání vlastních schopností řídit a zvládat situace (22, 27).

10. Životní principy

Životní principy jsou zásady, které jsou podkladem postojů, způsobu myšlení a zvyků člověka. V této kategorii se zjišťuje individuální vnímání životních hodnot, soulad hodnot, přesvědčení a činů, cílů, včetně náboženské víry, transcendence a toho, co ovlivňuje jeho volbu nebo rozhodování. Zahrnuje i kvalitu života (22, 27).

11. Bezpečnost a ochrana

Do této oblasti patří ochrana před nebezpečím, fyzickým poškozením nebo před poškozením imunitního systému. Popisují se zde riziko infekce, tělesného poškození, násilí, rizika životního prostředí, obranné procesy a termoregulace (27).

Do této oblasti lze zahrnout prevenci tromboembolických komplikací, bronchopnemonií a dekubitů, vertikalizace pacienta, zvyšování rozsahu pohybu a svalové aktivace a snaha o dosažení maximální míry soběstačnosti v běžné činnosti. Nejdůležitější je individuální přístup a navázání vhodného kontaktu s nemocným. Pro prevenci tromboembolických komplikací je nutné bandážování dolních končetin, podávání antikoagulancií a antiagregancií podle indikace lékaře. Velký důraz je kladen na prevenci luxačních rizik u implantace kyčelního kloubu. Proto se operované dolní

končetiny po implantaci kyčelního kloubu polohují do abdukce, lehké vnitřní rotace a flexe. Vhodné jsou polohovací pomůcky - abdukční klíny či derotační botičky. Po implantaci kolenního kloubu či artroskopie kolene se provádí polohování operování končetiny (13, 18).

12. Komfort

Tato kategorie zahrnuje psychickou, tělesnou a sociální pohodu a klid. Popisuje se tělesný komfort (bolest), komfort prostředí a sociální komfort.

Důležitá je také léčba bolesti, jak před operací, tak po operaci. Používá se lokální kryoterapie a podávání analgetik. Bolest je negativní emoční prožitek, který ovlivňuje život nemocného. Bolest u pacienta/klienta může způsobit deprese, úzkost, ruší spánek, omezuje pohyb klienta a fyzicky ho vysiluje. Bolest vyvolává metabolické změny v organismu, vyvolává stresovou reakci, tachykardii, snižuje chuť k jídlu a stimuluje proces nádorové kachexie. Proto je nutné se zaměřit na odstranění či zmírnění bolesti. Ve složitých případech je nutné zajistit ambulanci bolesti (při onkologickém onemocnění kostí) (8, 27).

13. Růst a vývoj

V této kategorii se popisuje nárůst tělesných rozměrů, zrání orgánových systémů a průběh vývojových stádií jedince (27).

Dysfunkční vzorec

Tento vzorec může být projevem aktuálního onemocnění jedince nebo znakem potencionálního problému. Sestra ho musí identifikovat, zformulovat ošetrovatelskou diagnózu a následně pokračovat v ošetrovatelském procesu (32).

Podle Pavlíkové, je vhodné ošetrovatelský proces dle modelu Gordonové zkombinovat s jiným ošetrovatelským model nebo teorií (32).

1.3 Model dle Imogene Kingové

V poslední polovině 20. století vědci uznali potřebu nalézt způsoby, jak studovat složité systémy. V 60. letech 20. století proto probíhaly mezi teoretiky výměny názorů ve vztahu teorie a praxe. Tyto rozpory podnítily Imogene Kingovou k vytvoření vlastní teorie, která by měla pomoci realizovat ošetrovatelskou teorii v praxi. Imogene Kingová popsala podstatu ošetrovatelství, interakční vzory a cíle, které upravují vztah sestry a pacienta/klienta. Vždy dávala důraz právě na interakci mezi sestrou a nemocným. Podkladem pro teorii byl výzkumný projekt Imogene Kingové, zaměřený právě na tuto interakci (sestra a pacient/klient) v institucionalizované péči a v domácí péči. Jejím cílem bylo pomoci udržet lidem jejich zdraví a ověřit myšlenku, že lidé jsou otevřené systémy v interakci s jejich prostředím (20, 32, 37, 50).

První náčrt teorie zveřejnila v roce 1964. Následně ho několikrát přepracovávala a vylepšovala. V roce 1981 publikovala knihu s názvem *Teorie ošetrovatelství: systémy, koncepce, proces a v roce 1989 Systém a všeobecné teorie cíle Imogene Kingové* (2, 32).

Imogene Kingová je proto považována za průkopnici rozvoje ošetrovatelské teorie a ošetrovatelské praxe. V roce 1923 se narodila v malém městě West Point, Iowa jako nejmladší ze třech dětí. Její největší láskou bylo celoživotní vzdělávání (15, 32).

Základní ošetrovatelské vzdělání získala v roce 1945 na St. John's School of Nursing v St. Louis. Do roku 1958 pracovala jako sestra v oblasti chirurgického ošetrovatelství. Bakalářem v ošetrovatelství se stala v roce 1948, kdy dokončila studium na St. Louis University. Na stejné univerzitě dokončila i magisterské vzdělání. Imogene Kingová získala doktorát na Teacher's College Columbia University v New Yorku v roce 1961. Věnovala se pedagogické práci, která ovlivnila její další profesionální činnost. Později se zaměřila na výzkum v ošetrovatelství. V letech 1961-1966 pracovala jako asistující profesorka ošetrovatelství na Loyola University v Chicagu. Jako koordinátorka klinického ošetrovatelského výzkumu v Loyola Medical Center pracovala mezi lety 1978-1980. Roku 1980 obdržela čestný doktorát na Southern Illinois University a v roce 1981 začala pracovat na College of Nursing University of South Florida (3, 17, 29, 32, 37).

Byla jednou ze základních členek ošetřovatelské organizace The King International Nursing Group, která měla sloužit k rozšíření a využívání jejích interaktivních systémů. Imogene Kingová byla také aktivní členkou Asociace amerických ošetřovatelek, Asociace ošetřovatelek na Floridě a organizace Sigma Theta Tau (15).

Během života publikovala několik prací: *Toward a theory for nursing – Směrem k teorii ošetřovatelství* (1971), *A theory for nursing, systems, concepts, progress - Teorie ošetřovatelství: systémy, koncepce, proces* (1981), *Conceptual models for nursing practise – Koncepční modely pro ošetřovatelskou praxi* (1989) a další (1, 32).

Imogene M. Kingová zemřela 24. prosince roku 2007 ve věku 84 let (15).

1.3.1 Analýza modelu dle Kingové

Dílo Imogene Kingové je koncepční model, který je použitelný pro většinu oblastí v praxi. Teorie stanovuje směr ošetřovatelského výzkumu, vzdělávání, správu a praxi. Je určena převážně pro ošetřovatelství, nicméně hlavní části by mohly být použity i v oblasti sociální vědy a dalších. Struktura modelu ukazuje vztahy tří komplexních systémů, které tvoří svět, v němž všichni jednotlivci i skupiny ovlivňují svoje každodenní životy (20, 32, 37).

Systém je definován jako řada funkčních komponent propojených komunikačními linkami směřující k cíli. Imogene Kingová tvrdí, že je třeba vyvinout univerzální jazyk pro sestry, aby zvládly komunikaci v interakčním prostředí (20).

Základní kvalitou lidí je jejich kapacita uvědomělé interakce spolu s úsilím o dosažení určitého cíle. Interakce spojené s cílem obsahují tři dynamické a navzájem na sebe působící systémy. Sestra musí poznat všechny systémy i jejich vzájemné propojení. Imogene Kingová při tvorbě modelu vycházela z humanistické filozofie, z psychologie, fyziologie a přírodních věd. Důležité také byly výsledky výzkumů ošetřovatelství a přírodních věd, teoretické práce o interpersonálních vztazích, o vnímání, prostoru, komunikaci, interakci a transakci. Jako teoretický podklad sloužila i Jersffildova teorie, práce H. Peplau, H. Yur, M. Wash a I. J. Orlando (9, 32).

1.3.2 Hlavní jednotky

Ošetrovatelství je zaměřeno na zdraví jedinců a skupin. Dosáhnout cíle je možné na základě interaktivního procesu. Jedinec je otevřený systém, který je stále v interakci s prostředím. Vlastností všech jedinců je jejich smysluplná interakce. Jádro ošetrovatelské péče je tvořeno interakcí jedince s prostředím, který ovlivňuje zdraví a fungování v sociálních rolích (32).

Cílem ošetrovatelství je tedy obnovit, udržet nebo navrátit zdraví jedince pro plnění společenských rolí a jeho nejvyšší potenciál života. Pacient/klient je personální, interpersonální a sociální systém. Role sestry je pomáhat jedinci pomocí procesu interakce. Zdrojem potíží mohou být stresory ve vnitřním nebo vnějším prostředí jedince. Ohniskem zásahu je převážně interpersonální systém. Způsobem zásahu je interaktivní proces. Patří sem akce, reakce, interakce, transakce a cíl. Důsledkem je splnění cíle, aby jedinec měl optimální život a zdraví v přiměřeném sociálním systému (20, 32).

1.3.3 Metaparadigmatické koncepce podle Imogene Kingové

Lidské bytosti jsou definované jako osobní systémy, které jsou základním prvkem rámce. Osoba je sociální, racionální, vnímaná, cílevědomá bytost, která je orientovaná v prostoru a čase. Jedinec je personální systém existující v sociálním systému. Personální systém je stále v interakci s interpersonálními systémy a sociálním prostorem. Sociální prostor je rámcem vztahu sestry a pacienta/klienta. Lidé mají tři základní zdravotní potřeby. Lidé potřebují informace o svém zdraví v určitém čase. Potřebují preventivní péči a péči od druhých, když nejsou schopni pomoci si sami (9, 50).

Zdraví je popsáno jako životní zkušenost, která vyžaduje kontinuální úpravy stresorů z vnitřního a z vnějšího prostředí prostřednictvím využití zdrojů k dosažení maximálního potenciálu pro každodenní život. Zdraví se vyvíjí a mění v průběhu života. Je to dynamický stav fungujícího organismu v životním cyklu. Nemoc představuje negativní zásah do životního cyklu. Zdraví je funkcí interakcí sester, lékařů, pacientů/klientů a jiných osob (9, 50).

Prostředí I. Kingová nevymezila. Pro sestru je důležité rozumět vztahu jedince a prostředí, ve kterém existuje a jak se projeví na ochraně zdraví. Prostředí se dělí na vnitřní a vnější, což zahrnuje interpersonální a sociální systémy. Imogene Kingová tvrdí, že z vnitřního prostředí lidské bytosti transformují energii, která jim umožňuje přizpůsobit se nepřetržitým vnějším změnám životního prostředí (9, 20, 50).

Ošetřovatelství je chování v systému ošetřování, je interakcí mezi sestrou a pacientem/klientem. Cílem je jedinci udržet, obnovit nebo navrátit zdraví tak, aby mohl plnit své role. Kingová charakterizuje ošetřovatelství jako interaktivní interpersonální proces akce, reakce, interakce a transakce, v němž sestra a pacient/klient sdílí informace o jejich vnímání v ošetřovatelské situaci. Péče je sociálně determinovaná aktivita, která se mění podle jedinců, podle organizace a prostředí. Sestry plní roli pomocníka v rozvoji jedince, při plánování a realizaci ošetřovatelských a zdravotnických služeb (9, 20, 50).

Hlavním motivem koncepčního rámce je člověk jako dynamická lidská bytost. Vnímání objektů, osob a událostí ovlivňují chování, sociální interakce a zdraví jedince. Imogene Kingová charakterizuje 3 základní navzájem se ovlivňující systémy a pojmy, které definují fyzické a sociální prostředí, ve kterém lidské bytosti fungují. Patří sem osobnostní, interpersonální a sociální systém. Každý systém má své vlastní odlišné skupiny pojmů a vlastností (19, 20).

1.3.4 Aplikace modelu Kingové na ortopedické pacienty/klienty

Před ortopedickou operací pociťuje pacient/klient určitou naději, představu, ale také strach a nejistotu, jak vše dopadne. Sestra by proto měla k pacientovi/klientovi přistupovat citlivě a s porozuměním. Péče o pacienty/klienty na ortopedickém oddělení je složena z mnoha vzájemných vztahů, které se navzájem ovlivňují. Vztah sestry a nemocného patří mezi nejdůležitější (26, 44).

1.3.4.1 Osobnostní systém

Osobnostní systém je jednotný, komplexní celek. Je to soustava vlastností, kterými si osoba uvědomuje, chápe, myslí, touží, rozhoduje, určuje své cíle a volí

způsoby jejich dosažení. Osobnost se skládá z myšlenek a citění, které tvoří podvědomí osoby o jeho individuální existenci. Tento systém je složen z několika prvků. Podle Imogene Kingové je nutné pochopit pojmy jako je percepce, růst a vývoj, vlastní vnímání, prostor a čas, aby se porozumělo lidské bytosti jako osobě (2, 9, 20, 32).

V percepci jde o složení myšlenek a pocitů, které se soustřeďují na bolest osoby, její individuální existenci a její koncepci, kým a čím je. Zahrnuje také pocity, postoje, hodnoty a závazky. Percepce je orientovaná na současné, subjektivní prostředí jedince, subjektivní hodnocení. Percepce je projevem interakce jedince s prostředím. Do oblasti vnímání sebe samého patří způsob, jak je ortopedický pacient/klient seznámen se svým zdravotním stavem a možnými komplikacemi spojenými s operací a následnou pooperační péčí. Dále zahrnuje informace o tom, jak je jedinec spokojen se svým zdravotním stavem, jaký má ke svému zdravotnímu stavu postoj a také jak spolupracuje na procesu léčení. Velkou roli hraje také to, jak nemoc a operace změnila pacientův/klientův život (20, 26, 44, 45).

Růst a rozvoj se popisují jako proces, ve kterém člověk dosahuje aktualizace vlastního já. Během života dochází k osobnímu vývoji a dozrávání. Zahrnuje nejen procesy molekulárních a buněčných změn, ale také změny chování lidské bytosti, jež jsou ovlivněny pozitivně nebo negativně jinými osobami a objekty v prostředí. Růst a vývoj osobnosti zahrnuje u ortopedického pacienta/klienta zejména získávání nových informací o nemoci, operaci a pooperačním režimu. Je vhodné se zaměřit i na uvědomování si zodpovědnosti nemocného za sebe samého. V pooperačním režimu je nutné, aby si ortopedický pacient/klient uvědomil nutnost dodržování pokynů (z oblasti principu chůze o berlích, rehabilitaci, polohy a možnosti pohybu operované končetiny, dodržování předepsaných kontrol u lékařů, dodržování pravidelnosti braní léků). Hospitalizace a stav po operaci může v jedinci vyvolávat pocit méněcennosti sníženého sebevědomí z důvodu nesoběstačnosti a závislosti na personálu (20, 26, 32, 44).

Vnímání obrazu vlastního těla je osobní, subjektivní, naučený či získaný, dynamický a měnící se v každém období růstu a rozvoje. Body image je tvořen jedincovým vnímáním vlastního těla a reakcemi okolí na jeho vzhled. U ortopedického

pacienta/klienta se může objevit změna způsobu chůze, změna pohyblivosti končetin, nutnost amputace a tím narušit vnímání vzhledu vlastního těla. Tyto situace mohou vyvolat úzkost, stres, strach či snížené sebevědomí. Je velice důležité, aby byl nemocný předem seznámen se všemi změnami, které souvisejí se stavem po operaci a spolupracoval s personálem při adaptaci na tyto změny (9, 39, 32, 45).

Člověk vnímá čas jako průběh mezi jednou událostí a další. Čas je univerzální, přirozený v procesu života, jednosměrný a je nevratný. Vnímání času je sled událostí z minulosti a představ z budoucnosti. Vnímání času také zahrnuje trávení času, které je většinou vlivem nemoci a stavem po operaci velmi ovlivněno. Na základě nemoci, či pooperačním režimu je okruh zájmů omezen. Pacient/klient nemůže trávit čas, jak by si sám představoval. V době hospitalizace je člověk velmi omezen v oblasti vykonávání svých zálib (9, 20, 45).

Prostor je osobní, subjektivní a situační. Je dán geografickým územím a chováním jedince. Má svůj rozměr a čas. Je založený na individuální percepci. Každý pacient/klient má svůj osobní, vymezený prostor. Tento prostor by sestra neměla narušit a měla by ho vždy respektovat (9, 26, 44).

Imogene Kingová považuje vnímání jako nejdůležitější proměnnou, protože vnímání ovlivňuje zdraví. Její prohlášení zní: „Jednotlivcovo vnímání sebe sama, z těla, času a prostoru ovlivňuje způsob, jakým on nebo ona reaguje na ostatní osoby, objekty a události v jeho nebo v jejím životě. Jednotlivci rostou a rozvíjejí se prostřednictvím života, zkušenostmi se změnami ve struktuře a ve funkci jejich těl (20, s. 34).“

Když se systémy osobnosti dostanou do vzájemného kontaktu, začínají se formovat interpersonální systémy (32).

1.3.4.2 Interpersonální systém

Tento systém se vytváří na základě interakcí lidských bytostí. Počet lidí v interakci podmiňuje charakter vztahů. Vzájemné vztahy mohou být mezi dvěma, třemi, čtyřmi jedinci nebo i mezi malými a velkými skupinami. Základními pojmy systému jsou interakce, komunikace, transakce, role a stres (32).

Lidská interakce se vyskytuje v konkrétní situaci, v nichž jsou lidé aktivně zapojeni a jejich aktivity směřují k dosažení společného cíle. Interakce obsahuje verbální a neverbální projevy. Je to proces percepce a komunikace mezi jedinci a mezi jedinci a prostředím. Lidé přináší do interakce poznatky, potřeby, postoje, cíle, zkušenosti a myšlenky. Do oblasti interakce patří získání důvěry a navázání kontaktu mezi ortopedickým pacientem/klientem a sestrou. Nemocný by měl být schopen komunikovat a sdílet se sestrou své pocity a obavy. Sestra by měla jedince motivovat (20, 32).

Komunikace je základní složkou mezilidské interakce, a to na základě přenosu a předávání různých informačních obsahů v rámci daných informačních systémů za použití rozličných komunikačních médií. Komunikace je proces, ve kterém se informace jedné osoby předávají druhé, buď přímo nebo nepřímo. Může být jednosměrná nebo vzájemná. Jde o sociální proces, který rozvíjí a udržuje lidské vztahy. Komunikace je situační, dynamická, verbální a neverbální. Do verbální komunikace patří slovní a písemná komunikace. Do neverbální komunikace zařazujeme vzhled, proxemiku, grimasy, mimiku, držení těla, haptiku, posturologii, gestikulaci, kineziku a paralingvistiku. Komunikace patří mezi základní lidské potřeby. Správná komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem vede ke kvalitní ošetrovatelské péči. Je velmi důležité, aby si každý člen ošetrovatelského týmu stanovil cíl komunikace, její smysl a účel. Měla by se nalézt taková poloha komunikace, aby vyhovovala jak personálu tak pacientovi/klientovi. Je nezbytné, aby se vždy měly na zřeteli psychofyzilogické aspekty stáří, které komunikaci mění. Starší nemocní nepotřebují soucit, ani lítost. Potřebují empatii a symetrický vztah. Shovívavost nebo přehnaná péče může staré lidi urážet. Komunikace sestry na ortopedickém oddělení zahrnuje nejen pacienta/klienta, ale také jeho přátele a rodinu. Udržování kontaktu s rodinou či s přáteli je velice důležité, protože jedinec po operaci bude potřebovat pomoc od okolí. Chyby v komunikaci mohou vést ke ztrátě nemocného. Sestra by měla mít dostatečnou slovní zásobu, současně by měla ovládat neverbální kontakty s pacientem/klientem. Důležité je také udržování očního kontaktu, ovládání mimiky obličeje, kinetiku, gestiku, proxemiku, posturologii a paralingvistiku. Takové projevy jako je úsměv, citlivost,

přímý pohled, dotek, zabarvení a intonace hlasu a vhodně zvolený slovní výraz hrají velkou roli při komunikaci s pacientem/klientem. Sledování a pochopení neverbálních projevů platí i ze strany jedince. Sestra přistupuje k nemocnému empaticky a má snahu pochopit jeho pocity a emoce. Sestra se snaží důvěru člověka, aby se aktivně zapojil do spolupráce při léčení a rekonvalescence. Někdy je komunikace a práce s pacienty/klienty velmi svízelná, a proto vyžaduje trpělivost bez autoritativního jednání lékařů a sester. Starší ortopedický nemocný má velké nároky na čas, na vyjádření svých myšlenek a pocitů (12, 24, 26, 28, 33, 44, 47).

Transakce je proces interakcí, ve kterém lidé komunikují s prostředím a osobami tak, aby dosáhli společných cílů. Je založená na zkušenosti a percepci. Transakce je provedena, když sestra a ortopedický pacient/klient se vzájemně dohodnou na společném cíli, jehož má být dosaženo. Dohodnou se také na prostředcích, pomocí kterých má být cíl dosaženo a na plánu péče, který je následně realizován (20, 32).

Role je charakterizovaná jako vzájemnost, ve které může být osoba příjematel nebo odevzdávatel ve vztahu mezi jedinci. Role mají tři charakteristiky. Patří sem způsob chování jedince v sociálním systému, práva a povinnosti jedince související s jeho pozicí a vzájemný vztah jedinců, kteří jsou spolu v interakci. Role jsou rodinné, společenské a profesní. Do rodinné role řadíme role matky, otce, babičky, manžela a další. Základní profesní rolí jsou zaměstnaní či nezaměstnaní pacienti/klienti. Po ortopedické operaci nemocný vrací nejen do svých rolí, ale i do rolí, které před operací nemohl vykonávat (9, 26, 32, 44).

Stres je proces interakce mezi jedincem a prostředím. Stres vzniká v rámci mezilidských vztahů a z konfliktů. Může být pozitivní či negativní. Pomáhá jedinci dosáhnout vrcholu nebo způsobuje jeho opotřebování. Nejvíce ohrožuje růst, rozvoj a zdraví jedince. Někteří ortopedičtí pacienti/klienti mohou pociťovat úzkosti, obavy, strach či stres. Tyto nežádoucí pocity vznikají z důvodu operace, možných komplikací, bolesti. Stresorem může být také dlouhodobá neschopnost či obavy ze zvládnutí pooperační rehabilitace. Spojené interpersonální systémy tvoří systémy sociální (29, 32).

1.3.4.3 Sociální systém

Sociální systémy se utváří interakcí mezi většími skupinami jedinců. Poskytují rámec sociální interakci a stanovují pravidla chování a způsoby jednání. Jsou uspořádané tak, aby člověk našel své místo a přesvědčil se o správnosti denních aktivit k udržování zdraví, života a štěstí. Mezi sociální systémy patří rodina vzdělávací systémy, pracovní systémy a rovnocenné skupiny. Podle Imogene Kingové mají význam koncepty jako organizace, autorita, síla, stav a vytváření rozhodnutí (10, 20, 32).

Organizace je systém, jehož kontinuální činnosti jsou prováděny k dosažení cíle. Organizace je tvořena lidmi, kteří mají určité úlohy, pozice a využívají zdroje, aby realizovali skupinové a osobní cíle. Organizace je tvořena ortopedickým pacientem/klientem a zdravotnickým personálem. Spolu si stanovují cíle a plán k jejich dosažení. Každý ortopedický nemocný je seznámen s domácím řádem oddělení. Důležité je také představení celého ošetřovatelského týmu – primář oddělení, ošetřující lékař, vrchní sestra, staniční sestra (9, 26, 44).

Autorita je vnímána jako určitá opatření, příkazy, vedení a zodpovědnost za činnost ostatních jedinců. Ortopedický pacient/klient má určitou autoritu. Vlivem nemoci, operací a pooperačním režimu může být autorita změněna. V době hospitalizace by měl jedinec respektovat řád oddělení a léčebný režim. V nemocnici má větší autoritu spíše lékař a sestra (9, 26, 44).

Moc je universálně situační, v organizaci důležitá vláda limitovaná zdroji. Je dynamická a řízení cílem. Moc je přímo spojená s autoritou a je funkcí lidských vztahů a rozhodování. Síla je kapacita potřebná k využití zdrojů v organizaci k dosažení cíle. Vlivem změněné pohyblivost po ortopedické operaci se může pacient/klient cítit méněcenný, mít menší sebevědomí, které ovlivňují právě moc a sílu jedince. Sestra při komunikaci, při setkání neměla dávat najevo svou moc. Vždy by se nemocný měl podílet na rozhodování o léčbě, druhu operace a pooperační rehabilitaci spolu se zdravotnickým personálem (9, 26, 44).

Status je pozice jednotlivce ve skupině nebo skupiny ve vztahu k jiným skupinám v organizaci. Postavení člena ve skupině je provázané privilegii, službami

a závazky. Status je situační a závisí na roli. Status na podkladě ortopedické operace a změněné pohyblivosti se může změnit v rodině, společnosti a i v zaměstnání. V nemocničním prostředí zaujímá ortopedický pacient/klient určité postavení. Je důležité, aby sestra tento status respektovala (26, 44).

Rozhodování vlivem strachu z úspěšnosti operace, z možných komplikací a z bolesti může být zhoršeno. Sestra by pacienta/klienta měla při rozhodování podporovat a motivovat ho (26, 44).

1.3.4.4 *Interaktivní proces*

Interaktivní proces se skládá z akce, reakce, interakce a transakce. Tyto fáze jsou cyklické, jsou na sobě závislé. V průběhu ošetřování se mohou opakovat pomocí zpětné vazby. Vychází ze specifík personálního, sociálního a interpersonálního systému. Interaktivní proces je základ ošetřovatelské péče a procesu a díky tomu lze dosáhnout ošetřovatelských cílů (9, 32).

Akce vzniká při setkání sestry a pacienta/klienta (32).

Reakce je výsledkem interakce a akce. Je to způsob, jakým nemocný nebo sestra reagují na první krok (9).

Interakce je vnitřní komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem, kteří reagovali na akci. Je výsledkem komunikace mezi zainteresovanými. Interakce také zahrnuje myšlenky a postoje jedinců (9).

Transakce je dosažení shody v interakci pokračovat. Transakce mezi sestrou a pacientem/klientem vytváří předpoklady k dosažení cíle (32).

Model ošetřovatelství Kingové je základem každé ošetřovatelské péče. Je založen na vztazích sestry a nemocného. Využití modelu je velmi široké (2, 9).

1.3.4.5 *Tvorba rozhodnutí a teorie dosažení cíle*

Rozhodnutí je dynamický a systematický proces, který se řídí výběrem možností jednotlivců nebo skupin tak, aby dosáhli cíle (9).

Osoba v sociálním systému je neustále v interakci s interpersonálním a sociálním prostorem, který je rámcem vztahu mezi sestrou a pacientem/klientem. Ošetřovatelství

je proces lidské interakce. Podle Kingové je cílem ošetřovatelství člověku pomoci udržet, obnovit a navrátit zdraví tak, aby mohl plnit své role (20).

Důležité je poskytnout informace o zdraví v době, kdy je jedinec potřebuje a schopen je použít. Jde především o informace o preventivní péči, která zabrání zhoršení zdraví a poskytnutí péče během nemoci (2, 10).

K dosažení cíle se využívají poznatky a vědomosti o systémech a o interaktivním proces, protože ošetřovatelství je proces interakce mezi sestrou a pacientem/klientem se zaměřením na saturování potřeb zdraví. Pro dosažení cíle je důležité správné vnímání cílů, potřeb sestry i pacienta/klienta. Nemocní mají právo na informace o sobě a mají se podílet na rozhodnutích, které mohou ovlivnit jejich zdraví a život. Za poskytnuté informace je zodpovědný personál. Informace pomáhají pacientovi/klientovi rozhodnout, jaká bude jejich péče. Právo jedince je akceptovat či odmítnout léčbu. Vytyčené cíle sestrou a nemocným se nesmí lišit (2, 9, 32).

Každý jedinec je personální systém. S dalšími personálními systémy vytváří interpersonální systém. Při setkání sestry a pacienta/klienta se vytváří právě interpersonální systém, což je základem ošetřovatelské aktivity. V interakci je nezbytná komunikace. Díky ní si zúčastněné strany vyměňují informace, vytyčují si cíle a rozhodují o postupech a prostředcích, jak těchto cílů dosáhnout. Bez percepce, interakce a transakce není ošetřovatelský proces (2, 9, 32).

Chybění vědomostí o jedinci, vztazích mezi nimi a vztazích ve společnosti se podle Imogene Kingové vytváří prostor pro neosobní a mechanickou péči (20).

2. Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1. Zmapovat možnosti aplikace modelu Kingové v péči o klienta na ortopedickém oddělení
2. Vytvořit dokumentaci podle modelu Kingové.
3. Edukovat sestry o principu modelu Kingové a jeho použití v praxi.

2.2 Výzkumné otázky

1. Lze model Kingové uplatnit v péči o klienta na ortopedickém oddělení?
2. Jak používání kombinace modelu Gordonové s modelem Kingové ovlivňuje ošetrovatelskou péči poskytovanou sestrami na ortopedickém oddělení?
3. Při poskytování péče podle modelu Gordonové v kombinaci s modelem Kingové dochází k lepšímu satureování potřeb klientů?
4. Jak sestry dokáží pracovat s vytvořenou dokumentací podle modelu Kingové?

3. Metodika

3.1 Metodika práce

V této práci bylo použito kvalitativního výzkumného šetření a kvaziexperimentu. Výzkumné šetření se skládalo z rozhovoru se sestrami (viz. příloha č. 1), seznámení sester o modelu dle Marjory Kingové podle vytvořeného edukačního materiálu (viz. příloha č. 2) a porovnání péče pacientů/klientů hospitalizovaných na ortopedickém oddělení podle modelu Gordonové a v kombinaci modelu Gordonové s modelem Kingové.

Rozhovor se sestrami byl též rozdělen na tři části. První část se odehrávala před seznámením o modelu Imogene Kingové a o použití vytvořené dokumentace (viz. příloha č. 3). Druhá část rozhovoru byla zahrnuta po edukaci o modelu Kingové. Pak sestra následně aplikovala tento model v praxi a pracovala podle vytvořené dokumentace. Poslední třetí část rozhovoru probíhala po této aplikaci v praxi.

V kvaziexperimentu byli pacienti/klienti rozděleni na dvě skupiny. U první skupiny se prováděla péče s určením jeho potřeb podle modelu Gordonové. Druhá skupina byla ošetřována kombinací modelu Gordonové s modelem podle Kingové. Získání informací od každého pacienta/klienta bylo pomocí hloubkového rozhovoru. Následně výsledky obou péčí byly porovnány a výsledky vyhodnoceny.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořilo 5 sester pracujících na ortopedickém oddělení Nemocnice České Budějovice. Věk sester se pohyboval v rozmezí 24 do 42 let. Dvě sestry pracovaly pod odborným dohledem, čtyři sestry byly registrované. Sestry byly ochotné spolupracovat, ale pod podmínkou, že rozhovory nebudou natáčeny na diktafon, protože by jim to bylo nepříjemné. Tato podmínka byla splněna.

Druhý soubor tvořili pacienti/klienti hospitalizovaní na ortopedickém oddělení, jejichž pobyt v nemocnici byl delší než 7 dní. Do tohoto souboru patřili nemocní s diagnózou aplikace totální endoprotézy kyčelního, kolenního a ramenního kloubu. Každému byl předložen souhlas s poskytováním informací. Podmínkou k zařazení do výzkumného šetření byl podepsaný výše uvedený souhlas (viz. příloha č. 4, 5).

4. Výsledky

4.1 Ošetrovatelská péče podle modelu Marjory Gordonové

Pacient č. 1, 3. den po operaci.

Žena ve věku 64 let. St. P. TEP genus I. sin 2009, st. po TEP genus I. dx 2008, st. po operaci štítné žlázy, st. po levostranném selhání 2003, ICHS-sy AP, CHOPN, hypothyreosa na substituci, vředová choroba duodena, gastroduodenální reflux, hiátová hernie, hypercholesterolemie na statinech, osteoporóza, vertebrogenní algický syndrom.

Farmakoterapie:

Letrox 100 1, 5 – 0 – 0, Euphyllin 300 1 – 0 – 0, Osteocare 0 – 0 – 1, Preductal SR 1 – 0 – 1, Sortis 20 0 – 0 – 1, Mono-mack ret ½ - 0 – 0, Risendros 35 1 – 0 – 0 (1x týdně – pátek), Detralex 2 – 0 – 0, Zyrtec 0 – 0 – 1

1. Podpora zdraví

Paní K. je velice vitální žena. Jako důchodkyně se snaží užívat života. Svého zdraví si velmi cení. V poslední době neprodělala žádné nachlazení. Nikdy neměla žádný úraz. Snaží se žít zdravě. Vyhýbá se zcela kouření a drogám, alkohol pije ojedinele a to pouze při oslavách či jiných významných událostech s rodinou a s blízkými přáteli.

V posledních letech musí omezovat své koníčky a aktivity, protože se objevily nemoci, které jí znepříjemňují užívání důchodu. Vzhledem k mnoha nemocem užívá sice hodně léků, ale vše bere s optimismem, že se vše vyřeší a opět se vrátí k aktivnímu životu důchodce. Paní K. se snaží dodržovat pokyny lékařů a aktivně spolupracuje se zdravotnickým personálem.

2. Výživa

Paní K. udává, že má přiměřenou chuť k jídlu. Snaží se jíst pravidelně 4x denně (snídaně, svačina, oběd, večeře). Nejoblíbenější jídla jsou ze staročeské kuchyně. Ovoce a zeleninu pravidelně nejí každý den, občas si dá jablko, banán, nebo pomeranč. Žádné vitamínové preparáty neužívá. Moderní jídla jako jsou chobotnice, šneky, mořské cizokrajné ryby by někdy ráda ochutnala, ale určitě to nebude pravidelnou součástí

jejího jídelníčku. Denně přijme okolo 1,5 litru tekutin. Nejradyji pije slazený čaj – ovocný, nebo ochucené minerální vody.

V současnosti je její váha 80 kg. Za poslední dobu ani nepřibrala, ani nezhubla. Paní K. měří 168 cm. Zubní protézu nemá, o svůj chrup pravidelně pečuje každé ráno a večer, jen nyní po operaci je to složitější. Stav vlasů a nehtů je přiměřený věku, slizniční membrány jsou vlhké, kožní turgor dobrý.

3. Vylučování

Paní K. má doma pravidelnou stolicí 1x denně, obvykle ráno, normální konzistence. Žádné příměsi jako je krev, hnis nepozorovala. Nyní ale trpí po operaci zácpou. Dnes jí byl vyndán permanentní katetr, žádné problémy s močením neudává, chodí přibližně 5-7x denně, v souvislosti s tím, kolik za den vypije tekutin. Inkontinencí moče ani stolice netrpí.

4. Aktivita a odpočinek

Paní K. je aktivní žena. Ráda pracuje na zahradě a chodí často na procházky. Poslední dobou ale pohyb musela omezit pro bolesti levého kolene. Paní K. se dokáže sama postarat o sebe i o celou domácnost. Vaří, pečivo a drobnosti nakupuje sama, ale velký nákup obstarává spolu s manželem v supermarketech, protože se nákup odveze autem.

Spánek popisuje jako horší, špatně se jí usíná a často se v noci budí. Částečně to opět připisuje bolestem v kolenou. Od praktického lékaře má naordinovaný Stilnox ½ tbl. před spaním. Díky této tabletce je spánek mnohem lepší.

5. Vnímání a poznávání

Paní K. komunikuje velmi aktivně, má dostatečnou slovní zásobu, na otázky odpovídá adekvátně. V životě se o důležitých věcech rozhoduje většinou spolu s manželem, ale dokáže se rozhodnout i sama. Někdy je to dokonce lepší. Velice dobře udržuje pozornost i oční kontakt.

Sluch, chuť, čich a hmat má neporušen. Obtíže má se zrakem, trpí dalekozrakostí, proto na čtení potřebuje brýle.

6. Vnímání sebe sama

Paní K se cítí dostatečně sebevědomá, klidná žena. Věří, že se dokáže spolehnout sama na sebe. Při těžkých chvílích jí vždy pomohl její manžel. Chůzi má nyní zhoršenou z důvodu pooperačního stavu. V poslední době doma pociťovala únavu právě z bolesti kolene, proto nemohla vykonávat některé oblíbené aktivity, jako je starání se o zahradu, procházky, ale i cestování. Zaměřila se proto na činnosti, které nejsou tak náročné jako je pletení, vyšívání, luštění křížovek.

Nyní pociťuje podivný pocit, nervozitu, úzkost z pooperačního operace, z možných komplikací, které se ještě mohou objevit. Neví, zda to všechno zvládne a bude zase chodit.

7. Vztahy

Paní K. bydlí v rodinném domě spolu s manželem. Má 2 děti, jednoho syna a jednu dceru. Obě děti už jsou též rodiči, tudíž si užívá i vnoučata. Má přátele, se kterými je často v kontaktu. V rodině udržuje přátelské vztahy, s nikým není v dlouhodobé rozepři. Někdy se nějaké problémy vyskytnou v souvislosti s protichůdnými názory, ale vždy se vše brzy vyřeší.

8. Sexualita

Paní K. měla začátek menstruačních cyklů ve 13 letech. Ve svých 49 letech měla klimakterium. Měla 2 porody. Problémy v oblasti sexuality nikdy neměla.

9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Menší stresové situace, nebo problémy si řeší sama. Při větším a důležitějším problému či rozhodnutí má oporu v manželovi a v rodině. Velmi jí při řešení problémů a vyrovnání se s nimi pomáhají dlouhé procházky a příroda.

10. Životní principy

Životní hodnotou pro paní K. je rodina, dobré mezilidské vztahy a v neposlední řadě zdraví. Velice si cení své matky, která jí dala dobré rady do života. Těmito radami se snaží řídit. Věří, že dobré skutky budou odměněny a špatné potrestány. Svůj prožitý život považuje za plnohodnotný.

11. Bezpečnost a ochrana

Paní K. přiznává, že při chůzi po nerovném terénu měla obavy, že upadne. Těší se, že nyní po operaci selepší chůze a bude moci opět chodit na procházky. Je si ale vědoma, že při chůzi o berlích po operaci musí být ještě více opatrná.

12. Komfort

Paní K. je vyrovnaná žena. Nyní pociťuje neklid a nervozitu z hrozících pooperačních komplikací. Bolest zvládá díky analgetické léčbě.

13. Růst a vývoj

Ve svém vývoji a růstu nepopisuje žádné změny či odchylky od fyziologického vývoje.

Tab. č. 1 Uspokojení potřeb pacienta/klienta č. 1 dle modelu Gordonové

<i>Model dle Gordonové</i>		
	<i>Problém</i>	<i>Uspokojení potřeby</i>
1. podpora zdraví		
2. výživa		
3. vylučování a výměna	00011 zácpa	1
4. aktivita-odpočinek	00095 porušený spánek 00088 porušení chůze 00091 zhoršení pohyblivost na lůžku 00093 únava	2 2 1 2
5. vnímání-poznávání	00122 porušené smyslové vnímání – zrak	2
6. vnímání sebe sama		
7. vztahy		
8. sexualita		
9. zvládání zátěže-odolnost vůči stresu	00146 úzkost	2
10. životní princip		
11. bezpečnost-ochrana	00148 strach 00046 porušená kožní integrita 00004 riziko infekce	2 1 1
12. komfort	00132 akutní bolest	1
13. růst/vývoj		

Uspokojení potřeby

1 – uspokojena, 2 - spíše uspokojena, 3 - spíše neuspokojena, 4 – neuspokojena

Pacient č. 2, 2. den po operaci.

Žena (BV) ve věku 70 let. St. TEP coxae 2011, hypercholesterolemie, hypertenze.

Farmakoterapie:

Fraxiparine 0,4 ml s.c. 1-0-0, Veral 75 mg 1 amp do 100 ml Natrii chlorati 0,9% kape 10 min i.v. při bolesti max 1x denně, Dipidolor 15 mg i.m. max á 6 hod při bolesti max 4 x/d, Furosemid 1 amp.i.v. dle diurezy, Plasmalyte 1000 ml i.v. kape 4 h, Hartmann 1000 ml i.v. kape 4 h, Simgal 20 0-0-1, Ramipril 5 1-0-0, Betahistin 1-0-1, Rivotril 1 tbl na noc na žádost pacientky na spaní

1. Podpora zdraví

Paní V. chápe zdraví jako důležité. Jejím cílem je uzdravit se a zase moci bez bolestně chodit. Dle mého názoru nemoci také zneužívá k tomu, že se nechává nadmíru opečovávat, i přesto, že by se sama již částečně dokázala sama o sebe postarat. Poslední dobou vážněji nestonala. Úraz žádný neměla. Paní V. pije alkohol pouze příležitostně. Nikdy nekouřila. Se zdravotním personálem spolupracuje. Pomoci personálu si velmi cení.

2. Výživa

Paní V. má dobrou chuť k jídlu. Jen první dva dni po operaci jí neměla, ale to se už lepší. Paní V. sní nyní již celé porce, jako jídávala. Těší se na svoji kuchyni. Sní téměř všechno. Jediné co jí nechutná je čočka. Za den vypije zhruba 2 litry tekutin vody. Doma si dá ráda i kávu a čaj.

V současnosti je její váha 73 kg. Paní V. měří 166 cm. Zubní protézu nemá, o svůj chrup pravidelně pečuje. Stav vlasů a nehtů je přiměřený věku, slizniční membrány jsou vlhké, kožní turgor dobrý.

3. Vylučování

Paní V. udává, že doma s vylučováním moče žádné potíže. Nyní má po operaci permanentní močový katetr. Velice si ho pochvaluje, protože nemusí vynakládat

energii, aby došla na toaletu. Je srozuměná ale s tím, že se jí během jednoho či dvou dnů vyndá.

Paní V. má doma pravidelnou stolicí 1x za dva dny. Zácpou ani průjmem doma netrpí. Nyní po operaci si stěžuje, že již nebyla 3. den na stolici. Jiné potíže neudává.

4. Aktivita a odpočinek

Paní V. je svérázná žena. Je velmi aktivní. Stále něco musí dělat, vařit, péct, uklízet, starat se o vnoučata atd. V nemocnici ale působí spíše dojmem, že se nesnaží, raději si nechá vše udělat, než by sama byla aktivnější.

Spánek popisuje paní V. jako horší. Sama si vyžádala již před operací léky na podporu spánku. Po léčích se spánek zlepšil. Ráno se cítí odpočatá.

5. Vnímání a poznávání

Paní V. má velmi bohatou slovní zásobu. Ráda komunikuje jak s personálem, tak se svými spolupacienty. O svém životě a problémech se téměř vždy rozhoduje sama. Jak o sobě sama říká, je to rázná žena a nenechá si nic líbit. Společné problémy řeší spolu s manželem, s rodinou. Po celou dobu komunikace udržuje oční kontakt.

Na čtení používá brýle, do dálky vidí dobře. Se sluchem žádné problémy neudává.

6. Vnímání sebe sama

Paní V. je velmi sebevědomá žena. O svém životě rozhoduje sama a nebojí se překážek. Spoléhá hlavně na sebe, ale oporou je jí i její manžel. Věří, že operace dopadla v pořádku a že opět bude moci vykonávat všechny činnosti, které dělala.

7. Vztahy

Se svým okolím, přáteli a rodinou má celkem dobré vztahy. Trochu přiznává, že je spíše dominantní typ, proto někdy dochází ke konfliktu s jejím dominantním chováním a druhou osobou.

8. Sexualita

Paní V. měla začátek menstruačních cyklů ve 12 letech. Ve svých 52 letech měla klimakterium. Paní V. má dvě děti.

9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Paní V. je se snaží být vždy nad věcí a s ničím se „nepáře“. Kdyby došlo na nějakou těžkou situaci, kterou by sama nezvládla, je tu manžel a rodina, kteří jí pomohou.

10. Životní principy

Pro paní V. je důležité jak zdraví, tak rodina. Žije spořádaně, aktivně, protože by nechtěla promarnit život.

11. Bezpečnost a ochrana

V nemocnici se cítí bezpečně, obavy z pádu nemá. Personál, jí vždy pomáhá a proto nemá strach, že se jí něco stane. Lehkou nervozitu cítí z toho, až jí vyndají permanentní cévku a ona bude muset chodit často na toaletu. Doufá ale, že i to zvládne bez komplikací.

12. Komfort

V nemocnici se necítí jako doma, ale bezbolestná chůze jí za to stojí. Bolest zvládá pomocí analgetické léčby.

13. Růst a vývoj

Ve svém vývoji a růstu nepopisuje žádné změny nebo odchylky od fyziologického vývoje.

Tab. č. 2 Uspokojení potřeb pacienta/klienta č. 2 dle modelu Gordonové

<i>Model dle Gordonové</i>		
	<i>Problém</i>	<i>Uspokojení potřeby</i>
1. podpora zdraví		
2. výživa		
3. vylučování a výměna	00011 zácpa 00004 riziko infekce	1 1
4. aktivita-odpočinek	00095 porušený spánek 00088 porušení chůze 00091 zhoršení pohyblivost na lůžku	1 2 2
5. vnímání-poznávání		
6. vnímání sebe sama		
7. vztahy		
8. sexualita		
9. zvládání zátěže-odolnost vůči stresu		
10. životní princip		
11. bezpečnost-ochrana	00146 úzkost 00046 porušená kožní integrita 00004 riziko infekce	2 1 1
12. komfort	00132 akutní bolest	1
13. růst/vývoj		

Uspokojení potřeby

1 – uspokojena, 2 - spíše uspokojena, 3 - spíše neuspokojena, 4 – neuspokojena

Pacient č. 3, 3. den po operaci.

Žena (VL) ve věku 74 let. St. TEP genus 2011, St. p. TEP genus I. dx. 6/2010, st. po subtotální strumectomii 1/2010, hypertenze.

Farmakoterapie:

Micardis 80 1-0-0 zatím ex, Lomir SRO 1-0-0 zatím ex, Indapamid 1, 5 1-0-0, Simgal 20 0-0-1, Vasocardin 50 1/2-0-1/2, Letrox 100 1-0-0, Sorbifer 1-0-1, Fraxiparine 0, 4 ml s.c 1-0-0, Dipidolor 15mg při bolesti max 4x á 6h, Domina 75mg 1amp do 100ml F1/1 i.v při bolesti max 1x 12h

1. Podpora zdraví

Paní L. vnímá své zdraví jako důležitou součást života. Nelze ale říci, že zdraví životní styl je její prioritou. Ráda chodí na procházky s manželem a rodinou, ale o jiný sport se nikdy nezajímala. Také stravu si žádnou neodmítne, prostě si dá to, na co má chuť. Jediné, na co se snaží dbát jsou pravidelné prohlídky u lékařů (zubař, gynekolog). Vždy se také snažila dodržovat pokyny lékařů, i když to někdy bylo těžké a ne vždy se jí to povedlo.

2. Výživa

Nikdy si nevybírala v jídle, co je zdravé a co ne. Jedla to, na co měla v momentální čas chuť. Doma jí obvykle 4x denně. Velice ráda si sedne s něčím sladkým a kávou. Možná také proto, má nyní vysoký tlak. Žádnou dietu nikdy nedržela a ani to nemá zatím v úmyslu.

Během dne vypije zhruba 1 – 1,5 litru tekutin za den. Nejčastěji je to čaj, minerální vody, ale také zhruba 3 kávy denně.

Její váha je 80 kg a výška je 170 cm. Zubní protézu nemá, připisuje to také dodržováním pravidelných kontrol u stomatologa. Stav vlasů a nehtů je dobrý, slizniční membrány jsou vlhké, kožní turgor dostačující.

3. Vylučování

Paní L. neudává žádné potíže s vylučováním moče nebo stolice. I v nemocnici má pravidelnou stolici. Po vyndání permanentního močového katetru neměla žádné

potíže. Jediným problémem je dojít na toaletu, protože musí žádat o doprovod a to je jí nepříjemné.

4. Aktivita a odpočinek

V nemocnici se cítí unavená, přikládá to stavu po operaci a také pospávání přes den. Večer se jí naopak zase špatně usíná. Těší se domů, až se zase vyspí ve své vlastní posteli. Těší se také na to, že se bude zase starat sama o sebe a nebude závislá na pomoci druhých. Když něco potřebuje, je jí nepříjemné o to požádat, protože by si to raději udělala sama – doprovod na toaletu, podání spadlých věcí ze země, donesení jídla.

5. Vnímání a poznávání

Dostatečně komunikuje, využívá dobré slovní zásoby, na otázky reaguje adekvátně. Po dobu konverzace je pozorná, udržuje oční kontakt. Se sluchem žádné potíže nemá, trpí krátkozrakostí. Pro kompenzaci používá brýle.

6. Vnímání sebe sama

Paní L. se cítí jako samostatná žena, která v tuto chvíli nemůže vykonávat, to na co je zvyklá. Cítí se trochu méněcenná, že musí žádat o pomoc druhých. Těší se, až se o sebe postará opět sama a nebude na nikom závislá.

7. Vztahy

Bydlí na malém městě v rodinném domě. Má celkem velkou rodinu, se kterými se pravidelně stýkají. Nyní v rodině panují smutnější časy, protože synovec se chce rozvést a nálada není veselá. Říká ale, že je to věc synovce a jeho manželky, tak se do toho neplete, protože si myslí, že by se to potom obrátilo proti ní. Sama osobně žádné konflikty v rámci rodiny nemá. Paní L. má několik přátel, se kterými velmi dobře vychází.

8. Sexualita

Problémy v této oblasti neměla. Menstruační cyklus měla pravidelný, antikoncepci nikdy nebrala. V 50 letech měla menopauzu.

9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Když má nějaký problém, tak jí manžel nebo přátelé pomohou. Více hlav, víc ví. Snaží se vždy nějaké problémy řešit co nejdříve, aby na to nemusela dlouho myslet.

10. Životní princip

Pro paní L. je důležitá samostatnost a nezávislost, která je nyní bohužel omezena. Je pro ni důležité prožít klidný a spokojený život.

11. Bezpečnost-ochrana

Má obavy, že se jí zatočí hlava, upadne, něco si zlomí a tím se zkomplikuje pooperační léčba. Je si vědoma, jaká je správná chůze o berlích, jen je ještě nejistá. Proto je ráda, když jí někdo doprovází, ale nerada s tím obtěžuje personál.

12. Komfort

Snaží o sebe postarat sama, co nejvíce to jde. Na bolest si stěžuje adekvátně vůči operaci. Po podání analgetik se jí uleví.

13. Růst/vývoj

Paní L. neudává, žádné odlišnosti v jejím vývoji.

Tab. č. 3 Uspokojení potřeb pacienta/klienta č. 3 dle modelu Gordonové

Model dle Gordonové		
	Problém	Uspokojení potřeby
1. podpora zdraví		
2. výživa		
3. vylučování a výměna		
4. aktivita- odpočinek	00095 porušený spánek 00088 porušení chůze 00091 zhoršení pohyblivost na lůžku 00093 únava	2 2 1 2
5. vnímání- poznávání		
6. vnímání sebe sama	00120 situačně snížená sebeúcta	2
7. vztahy		
8. sexualita		
9. zvládání zátěže-odolnost vůči stresu	00146 úzkost	2
10. životní princip		
11. bezpečnost- ochrana	00148 strach 00046 porušená kožní integrita 00004 riziko infekce	2 1 1
12. komfort	00132 akutní bolest	1
13. růst/vývoj		

Uspokojení potřeby

1 – uspokojena, 2 – spíše uspokojena, 3 - spíše neuspokojena, 4 – neuspokojena

Pacient č. 4, 3. den po operaci.

Muž (JŠ) narozen roku 1942. Coxarthrosis l. dx gravis, Chron. obstř. ch. BP, TEP coxae l.dx.sec.Muller kompl-MIS A/L-bez kompl. 2011.

Farmakoterapie:

Spiriva 18 1-0-0, Euphyllin 0-0-1, Symbicort 1-0-1, Ventolin při potížích, Rytmonorm 1-1-1, Fraxiparine 0,4 ml s.c.1-0-0, Veral 75 mg 1 amp do 100 ml Natrii chlorati 0,9% kape 10 min i.v. při bolesti max 1x denně, Novalgín 1 amp. i. v. á 8h při potřebě

1. Podpora zdraví

Pan Š. vnímá své zdraví a budoucnost pozitivně. Nepřipouští si, žádné komplikace. O své zdraví se sice nikterak výrazně nestará, ale na své zdraví si nestěžuje. Nekouří, alkohol pije spíše příležitostně se svými kamarády nejčastěji v hospodě. Pan Š. se snaží dodržovat pokyny lékařů. Jen na preventivní prohlídky moc nechodí.

2. Výživa

Pan Š. má velkou chuť k jídlu, ale i přesto je přiměřené postavy. Jeho váha je 70 kg a měří 170 cm. Váha mu nekolísá. Nejčastěji si dá rád pořádná chlapská jídla – omáčky, knedlík, řízek. Během dne vypije přibližně 1,5 litru tekutin – čaj, káva, někdy i pivo.

Kožní turgor je dobrý, slizniční membrány jsou vlhké. Byla by vhodná větší péče o nehty. Zubní protézu nemá.

3. Vylučování

Pan Š. trpí v nemocnici zácpou. Tvrdí, že je změnou prostředí a jídla a také změnou pohybu. Doma žádnými problémy netrpí, chodí pravidelně každý den 1x. Pan Š. má zaveden permanentní močový katetr. Inkontinenci moče ani stolice netrpí.

4. Aktivita a odpočinek

Pan Š. je důchodce. Už není tak aktivní jak býval. Spíše si sedne k novinám a dobré kávě, než se někde dřít na zahrádce. Rád se také koukne na sport v televizi

a televizní noviny. Se svojí ženou chodí sice na procházky, ale je to spíše občas. Se svojí manželkou chodí pravidelně nakupovat a provádí i některé „ženské“ práce v domácnosti.

V nemocnici spí velice špatně, často se budí. Jelikož spolupacienti hlasitě spí, a proto nemůže usnout. Ráno se po probdělé noci cítí unavený, deficit spánku dohání přes den.

5. Vnímání a poznávání

Pan Š. komunikuje přiměřeně aktivně s dobrou slovní zásobou. Na otázky odpovídá adekvátně, oční kontakt vcelku udržuje. Má lehké potíže se sluchem. Na čtení nosí brýle.

6. Vnímání sebe sama

Pan Š. se necítí v nemocnici dobře. Cítí se méněcenný. Těší se, až bude doma. Věří ale, že to chce pouze čas a bude zase chodit jako dřív. Díky nedostatku spánku je unavený, takže si připadá ještě více neschopný.

7. Vztahy

Pan Š. bydlí spolu s manželkou, která ho pravidelně navštěvuje. Má 2 děti a několik přátel, na které se může spolehnout. Sám o sobě tvrdí, že nevyvolává žádné konflikty, tudíž nemá s nikým problémy. Se všemi se snaží vycházet dobře.

8. Sexualita

Problémy s prostatou nemá. O jiném tématu se nechce vyjadřovat.

9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Menší stresové situace si řeší sám. Při nějakém velkém problému mu pomůže manželka a přátelé.

10. Životní principy

Prioritou pro pana Š je samostatnost, která souvisí se zdravím. Jinak si velmi zakládá na fungující rodině a vztazích kolem sebe. Sice navenek působí spíše introvertním dojmem, ale pro ostatní je spolehlivý kamarád.

11. Bezpečnost a ochrana

Při chůzi je nejistý. Má strach z pádu, i přesto, že personál ho doprovází. Není to o tom, že se bojí, že ho personál nechytí, ale spíše, že nevěří sobě, že to zvládne. Je si vědom, že tento strach bude muset překonat. V srdci doufá, že to každým dnem bude lepší.

12. Komfort

V nemocnici se necítí svůj, ale zvládne to. Na bolest si pan Š. stěžuje minimálně.

13. Růst a vývoj

Vývoj i růst probíhal fyziologicky.

Tab. č. 4 Uspokojení potřeb pacienta/klienta č. 4 dle modelu Gordonové

Model dle Gordonové		
	Problém	Uspokojení potřeby
1. podpora zdraví		
2. výživa		
3. vylučování a výměna	00011 zácpa	2
4. aktivita- odpočinek	00088 porušení chůze 00091 zhoršení pohyblivost na lůžku 00095 porušený spánek 00093 únava	2 3 2 2
5. vnímání- poznávání	00122 porušené smyslové vnímání – zrak, sluch	2
6. vnímání sebe sama	00120 situačně snížená sebeúcta	1
7. vztahy		
8. sexualita		
9. zvládání zátěže-odolnost vůči stresu	00146 úzkost	2
10. životní princip		
11. bezpečnost- ochrana	00148 strach 00046 porušená kožní integrita 00004 riziko infekce	2 1 1
12. komfort		
13. růst/vývoj		

Uspokojení potřeby

1 – uspokojena, 2 – spíše uspokojena, 3 - spíše neuspokojena, 4 – neuspokojena

Pacient č. 5, 3. den po operaci

Žena (VN) narozena roku 1943. St. TEP genus I. dx. 2011, korig. hypertenze, disp. v kardiologické ambulanci, sledována u očního lékaře pro dědičnou chorobu sítnice, operace: 1975, 1981 varixů, 1984 prsu vpravo pro lipom, maligní melanomu na DK již 3x 2005, 2006, gonarthrosis gr. I. dx. k TEP, inf. hepatitida před 50 lety, není dispenzarizována, TEP genus I. dx. Nex Gen (femur E, tibie 4, vložka 14, Refobacin)

Farmakoterapie:

Lokren 20 1-0-0, Loradur 1-0-0, Detralex 1-0-0, Stugeron 1-0-0, Fraxiparine 0,4 ml s.c. 1-0-0, Veral 75 mg 1 amp do 100 ml Natrii chlorati 0,9% kape 10 min i.v. při bolesti max 1x denně, Dipidolor 15 mg i.m. max á 6 hod při bolesti max 4 x /d

1. Podpora zdraví

Paní N. je smířena se svým zdravotním stavem. Ví, že má mnoho nemocí, ale chce žít dál důstojně, ne honit se za nějakými zážitky atd. Snaží se jíst přiměřeně, nepřejídá se. Nikdy nekouřila a skoro ani nepila. Chodí často na procházky, které jí udržují v kondici. Snaží se také dbát na pokyny lékařů, ale někdy jí to nejde.

2. Výživa

Paní N. pociťuje chuť k jídlu, ale nepřejídá se. Její váha je 65 kg a výška 165 cm. V poslední době si udržuje stálou tělesnou váhu. Obvykle jí pravidelně 4 – 5x denně, menší porce. Nejraději má celozrnné pečivo, sýr, šunku, libové maso s omáčkou a těstovinami a ovoce. Příjem tekutin se pohybuje okolo 2 litrů za den. Nečastěji pije obyčejnou vodu z vodovodu. Někdy si do ní přilije bezinkovou šťávu.

Kožní turgor je dobrý, slizniční membrány jsou vlhké. Zubní protézu nemá.

3. Vylučování

Paní N. problémy s močením ani s vylučováním stolice nemá. I v nemocnici zácpou ani jinými příznaky netrpí.

4. Aktivita a odpočinek

Paní N. ráda chodí na procházky a výlety. Ráda poznává neznámá místa, hlavně

hrady a zámky. Spí pravidelně 7-8 hodin denně. Po probuzení se cítí odpočatá, jen v nemocnici pospává přes den a hůře se jí večer usíná.

5. Vnímání a poznávání

Komunikace je velmi dobrá, stále udržuje oční kontakt. Odpovídá adekvátně na otázky. Má lehce porušené vnímání z důvodu poruchy zraku. Nosí brýle na dálku i na blízko. Přesné dioptrie si nepamatuje. Nechodí pravidelně na prohlídky k očnímu lékaři.

6. Vnímání sebe sama

Pacientka vnímá sebe jako spíše tichou osobu, která nechce být s nikým v konfliktu. Je to asi nižším sebevědomím, která už má od puberty. V nemocnici se to projevuje tak, že si spíše něco odřekne (televizi), než by zazvonila na sestřičky, aby jí televizi zapnuly.

7. Vztahy

Paní N. bydlí sama se svým psem, o kterého se nyní stará sousedka. Manžel jí zemřel před 8 lety. Těší na pejska až zase budou spolu. Navštěvuje se hlavně se sousedkami, a povídají si o květinách, zahrádce a jak pokračuje ten či onen seriál. Má dvě dospělé děti, dva syny. Se všemi vychází dobře, s nikým nemá konflikty.

8. Sexualita

O tomto tématu se nechce vyjadřovat.

9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Stres na ní působí negativně. Špatně se s ním vyrovnává, dříve jí pomáhal manžel, nyní se spoléhá na své kamarádky sousedky. Jelikož se snaží být s každým za dobře, tak se do stresových situací dostává velmi zřídka. Když by nastal nějaký konflikt, raději ustoupí, než by se s někým dohadovala.

10. Životní principy

Nejdůležitější v životě je pro ni rodina, dobře žít a s každým po dobrém vyjít. Nic víc k životu nepotřebuje, ostatní přijde samo.

11. Bezpečnost a ochrana

V nemocnici se nyní bojí pádu, ale prý to záleží také na ní, jak si bude dávat pozor. Chodí pomalu, ale raději jde sama, než by opět zazvonila na sestřičky. Chce být samostatná. Doufá, že se rychle uzdraví a bude moci opět chodit na procházky a na sezení se svými kamarádkami sousedkami.

12. Komfort

Na bolest si nestěžuje, chce to zvládnout sama, vždyť doma také jí nebude nikdo moci aplikovat injekce. Když to nemůže vydržet, vezme si tabletku proti bolesti. Jinak se v nemocnici cítí vcelku dobře, ale doma je doma.

13. Růst a vývoj

Žádné výkyvy či jiné nesrovnalosti v růstu neměla.

Tab. č. 5 Uspokojení potřeb pacienta/klienta č. 5 dle modelu Gordonové

<i>Model dle Gordonové</i>		
	<i>Problém</i>	<i>Uspokojení potřeby</i>
1. podpora zdraví		
2. výživa		
3. vylučování a výměna		
4. aktivita- odpočinek	00095 porušený spánek 00088 porušená chůze	1 2
5. vnímání- poznávání	00122 porušené smyslové vnímání – zrak	2
6. vnímání sebe sama	00119 chronicky nízká sebeúcta	2
7. vztahy		
8. sexualita		
9. zvládání zátěže- odolnost vůči stresu	00069 neefektivní zvládání zátěže	2
10. životní princip		
11. bezpečnost- ochrana	00148 strach 00046 porušená kožní integrita 00004 riziko infekce	1 1 1
12. komfort	00132 akutní bolest	1
13. růst/vývoj		

Uspokojení potřeby

1 – uspokojena, 2 - spíše uspokojena, 3 - spíše neuspokojena, 4 – neuspokojena

4.2 Ošetrovatelská péče v kombinaci podle modelů Marjory Gordonové a Imogene Kingové

Pacient č. 6, 3. den po operaci.

Muž (JK) ve věku 76 let. St. P. TEP genus 2011, hypertenze korig., cysty obou ledvin, vřed. Ch. duodena v anam., dyslipidemie, varices cruris, ICHS.

Farmakoterapie:

Sorbimon 20 mg 1 – 1 – 0, Zorem 10mg. 0 – 1 – 0, Lokren 20 mg. 1 – 0 – 0, Rhefluin ½ - 0 – 0, Monopril 20 mg. 1 – 0 – 0, Simvacard 20 0 – 0 – 1, Tenaxum 0 – 0 – 1, Helicid 10 0 – 1 – 0, Corvaton 0 – 0 – 1, Plendil ½ - 0 – 0, Fraxiparine 0, 4 ml s.c. 1 – 0 – 0, Veral 75 mg 1 amp do 100 ml Natrii chlorati 0,9% kape 10 min i.v. při bolesti max 1x denně, Dipidolor 15 mg i.m. max á 6 hod při bolesti max 4 x/d, Plazmalyte 1000ml kape 4h při sníženém příjmu

1. Podpora zdraví

Pan K. vnímá své zdraví jako něco, co by mělo být přirozené. Nemoc bere spíše jako zradu než jako následek špatného životního stylu. Při nemoci je velice nervózní, roztěkaný, až agresivní. Konzumaci alkoholu se nevyhýbá, vykouří zhruba 20 cigaret denně. Během života neutrpěl žádný úraz.

2. Výživa

Pan K. má chuť k jídlu. Nejraději má tučná jídla, jako je řízek, husa, kachna, chleba se sádlem, ovoce nevyhledává. Během dne jí snídani, oběd, večeři. Ale když má hlad nebrání se i se najíst v půl noci. Velice často zajde na oběd do hospody, kde si dá i oblíbené pivo. Vypije přibližně 1 – 1,5 litru tekutin, kam zařazuje kávu, pivo, minerální vody.

Nyní váží 102 kg a měří 178 cm. V poslední době přibral asi 5 kg. Zubní protézu má horní i spodní. Stav vlasů je přiměřený věku – prošedivělé. Nehty jsou neupravované, porušené, slizniční membrány jsou vlhké, kožní turgor dobrý.

3. Vylučování

S močením žádné problémy nemá. Přiznává, že doma trpí střídavě zácpou nebo

průjemem. Obvykle se tyto potíže objeví v souvislosti s jídlem. Příměsí jako je hnis, krev, hlen, nikdy nepozoroval. Nyní po operaci trpí zácpou. Inkontinencí moče ani stolice netrpí.

4. Aktivita a odpočinek

Svůj čas tráví se svými přáteli v hospodském zařízení u dobrého piva. Žádný sport nevykonává, ale rád se na něj podívá v televizi. Poslední dobou ale dlouho nevydržel sedět, protože ho bolelo koleno. To byl také důvod, proč šel na operaci. Nákupy a domácnost nechává na ženě.

Spánek udává jako horší, špatně se mu usíná a často se v noci budí. Žádné léky zatím neužívá.

5. Vnímání a poznávání

Pan K. komunikuje aktivně, má dostatečnou, ale spíše hovorovější slovní zásobu. Oční kontakt přiměřeně udržuje. Hůře slyší, ale zatím s tím u žádného lékaře nebyl. Má obtíže s zrakem, špatně vidí na blízko, kompenzuje to kroupenými brýlemi v obchodě, očního lékaře nenavštívil.

6. Vnímání sebe sama

Pan K. je velmi sebevědomý muž. Spoléhá na sebe a na své úsudky. Věří, že se dokáže vždycky dobře rozhodnout. Na radu se obvykle nikoho neptá, má přece sám sebe.

7. Vztahy

Pan K. bydlí v rodinném domě s manželkou. Má dvě děti, syna a dceru. V rodině má prvotní slovo. Na názory druhých moc nedá. V rodině vychází s dětmi spíše hůře, protože ho nechtějí poslouchat a dělají si vše po svém.

8. Sexualita

Pan K. nemá udává, že nemá žádné problémy s prostatou. Problémy v sexuální oblasti nikdy neměl.

9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Obvykle si s ničím nedělá velké starosti. Když je nějaký problém, rozhoduje se sám. Jediné, co ho znervózní, je nemoc, kterou špatně snáší. Přiznává, že občas i nekontrolovatelně vybuchne.

10. Životní principy

Pan K. říká, že nemá konkrétní životní cíl. Rád si posedí s kamarády u piva, podívá se na sport a nají se dobrého jídla.

11. Bezpečnost a ochrana

Při pozorování je vidět, že má obavy při chůzi, že upadne, ale nepřiznává to, snížilo by to jeho sebevědomí.

12. Komfort

Pan K. pociťuje ale neklid, nervozitu z nemoci. Bolest je tlumena analgetickou léčbou.

13. Růst a vývoj

Ve růstu ani ve vývoji nepopisuje žádné změny od normálního vývoje.

Doplněk z modelu Kingové

1. *růst a rozvoj* – Pan K. si myslí, že má dostatek informací o svém zdravotním stavu, žádné další informace nežadá. Přijaté informace chápe v plném rozsahu. Na prevenci moc nedá, pokyny lékaře bude dodržovat pouze částečně, nesnaží se o změnu životního stylu.

2. *interakce* – Navázání kontaktu je vcelku dobré, otevřeně vyjadřuje své pocity. Důvěra mezi sestrou a panem K. je spíše horší. Věří spíše sobě než druhým.

3. *komunikace* – Pan K. je společenský jedinec. Kontakt s rodinou nyní udržuje méně. S personálem spolupracuje, ale v jen těch věcech, které uzná za vhodné. Postoj je spíše konfliktní, nemá rád, když mu někdo radí či vysvětluje. Je znát, že utrpěla jeho hrdost.

4. *transakce* – Pan K. nemá v úmyslu měnit svůj životní styl. Již nyní se těší za kamarády, až si s nimi dá pivo a zakouří si cigaretu. Transakce je spíše záporná. Není ochoten se podílet na dosažení cílů, nemá to zapotřebí.
5. *role* – Pan K. pobírá důchod. Při hospitalizaci je narušena role rodiny z důvodu, že neví, co se doma děje, jestli to bez něj doma funguje. Říká, že až bude opět doma, čeká ho hodně práce, to tam zase všechno uspořádat.
6. *autorita* – Postavení v rodině je dominantní, respekt k ostatním je velmi omezený. I v nemocničním prostředí chce dokazovat svoji autoritu, není zodpovědný k léčebnému režimu. Chová se autoritativně.
7. *síla a moc* – Sebevědomí má vysoké, stabilní, má silnou energii. Náladu má spíše agresivní, protože nemá rád, že je na někom závislí, ostatní autority spíše neuznává.
8. *status a postavení* – V době hospitalizace trpí zásadní změnou postavení. Nedokáže být podřízený, vždycky je to on, který musí řídit ostatní.
9. *tvorba rozhodnutí* – Rozhoduje se vždycky sám, i v době nemoci se o to snaží. Když nemůže něco ovlivnit (události v rodině), začíná být agresivnější.

Tab. č. 6 Uspokojení potřeb pacienta/klienta č. 6 dle modelu Gordonové a Kingové

Model dle Gordonové		
	Problém	Uspokojení potřeby
1. podpora zdraví	00099 neefektivní podpora zdraví	2
2. výživa	00001 nadměrná výživa	2
3. vylučování a výměna	00011 zácpa	1
4. aktivita-odpočinek	00095 porušený spánek 00088 porušená chůze 00091 zhoršení pohyblivost na lůžku	1 2 1
5. vnímání-poznávání	00122 porušené smyslové vnímání – zrak, sluch	3
6. vnímání sebe sama		
7. vztahy	00063 dysfunkční chod rodiny	3
8. sexualita		
9. zvládání zátěže-odolnost vůči stresu		
10. životní princip		
11. bezpečnost-ochrana	00046 porušená kožní integrita 00004 riziko infekce	1 1
12. komfort	00132 akutní bolest	1
13. růst/vývoj		
Doplňk modelem dle Kingové		
	Problém	Uspokojení potřeby
1. růst a rozvoj osobnosti	00078 neefektivní léčebný režim	2
2. interakce	00052 poškozená sociální interakce	2
3. komunikace		
4. transakce		
5. role:rodinná, profesní, společenská	00060 porušený chod rodiny 00053 sociální izolace	3 2
6. autorita	000121 porušená osobní identita	2
7. síla a moc	00077 neefektivní zvládání zátěže	2
8. status, postavení		
9. tvorba rozhodnutí		

Uspokojení potřeby

1 – uspokojena, 2 – spíše uspokojena, 3 - spíše neuspokojena, 4 – neuspokojena

Pacient č. 7, 4. den po operaci.

Žena (HB) ve věku 59 let. St. P. TEP coxae l. dx 2011, trvale se s ničím neléčí.

Farmakoterapie:

Fraxiparine 0,4 ml s.c. 1-0-0, Veral 75 mg l amp do 100 ml Natrii chlorati 0,9% kape 10 min i.v. při bolesti max 1x denně, Dipidolor 15 mg i.m. max á 6 hod při bolesti max 4 x/d.

1. Podpora zdraví

Zdraví považuje jako důležitou součást života, ale ne úplně nejdůležitější. O své zdraví se snaží pečovat. Nerada sice navštěvuje lékaře, ale léčí se u léčitele, pomocí obkladů z cibule a bylinných čajů. Věří, že tato léčba zabírá. Jsou ale onemocnění, které nedokáže vyléčit ani léčitel a proto je v nemocnici.

2. Výživa

Paní B. si pravidelně vaří, spíše staročeskou kuchyni. Má ráda ovoce a zeleninu, vyhýbá se uzeninám. Jí pravidelně 4x denně. Pozdě večer nikdy nejí. Za den vypije 2 litry tekutin, převážně vody a čaje.

Její váha je 68 kg a měří 175 cm. Tuto váhu si stále udržuje. Zubní protézu ještě nemá, o svůj chrup pečuje každé ráno a večer. Stav vlasů a nehtů je velmi dobrý, pravidelně o sebe pečuje. Slizniční membrány jsou vlhké, kožní turgor dobrý.

3. Vylučování

Paní B. neudává žádný problém s močením ani se stolicí. Žádné příměsi jako je krev, hnis nepozorovala. Ani v nemocnici nemá žádný problém, na toaletu chodí pravidelně.

4. Aktivita a odpočinek

Již dva roky je její volný čas vyplněn péčí o svoji nemocnou matku. Na nic jiného jí nezbývá čas. O celou domácnost se stará spolu s manželem. Vaří, pere, uklízí, nakupuje.

Se spánkem nemá žádné problémy. Spí okolo 7-8 hodin denně. Cítí se odpočatá.

5. Vnímání a poznávání

Paní K. na otázky odpovídá adekvátně, má dostatečnou slovní zásobu. Při komunikaci udržuje oční kontakt. Potíže sluchem a zrakem neguje.

6. Vnímání sebe sama

Paní B. je zdravě sebevědomá žena. Je věřící, pravidelně navštěvuje kostel i několikrát týdně. V poslední době doma pociťovala únavu z bolesti kyčle, dělalo jí velké problémy se starat o matku. Doufá, že operace dopadla dobře, a bude se moci o ni opět starat. Věří, že s pomocí Boží všechno zvládne.

7. Vztahy

Udržuje si dobré vztahy v rodině s manželem, a matkou, tak s oběma jejími syny. Je ráda, když jí navštěvují vnoučata. Někdy má prý problémy s matkou, která i přesto, že se o ni stará, upřednostňuje sestru, která na návštěvu přijede velmi zřídkka. Má mnoho přátel věřících kostela, chodí k ní na návštěvy včetně kněze. Snaží se pomáhat druhým.

8. Sexualita

Paní K. měla začátek menstruačních cyklů ve 12 letech. Ve svých 51 letech měla klimakterium. Měla 2 porody a jeden potrat. Problémy v oblasti sexuality neměla.

9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Menší problémy řeší sama. O těch ostatních se radí s manželem a s Bohem. Věří, vše jí Bůh na vše odpoví. Když situace dopadne jinak, než si původně přála, odevzdá to Bohu, že on to tak chtěl, tak to mělo být. Za důležité věci se modlí.

10. Životní principy

Nejdůležitější hodnotou je rodina, zdraví a víra v Boha. Věří, že s Bohem se vše zvládne. Často se modlí nejen za sebe a blízké, ale i za ostatní, kteří potřebují pomoci.

11. Bezpečnost a ochrana

Paní B. má lehké obavy, že upadne, ale i to prý odevzdala do rukou Božích. Když to tak bude chtít, má to tak být.

12. Komfort

Paní K. je vyrovnaná žena. Nepocítuje neklid, ani strach. Bolest je tlumena analgetiky.

13. Růst a vývoj

Ve vývoji a růstu nebyly žádné změny nebo odchylky od fyziologického vývoje.

Doplňěk z modelu Kingové

1. *růst a rozvoj* – Paní B. přiznává, že má pouze částečné informace, chtěla bych jich získat o něco víc. Uvědomuje si, že prevence je důležitá, pokyny lékaře se bude snažit dodržovat a bude se snažit o částečnou změnu životního stylu – více aktivity, odpočinku.

2. *interakce* – V navázání kontaktu jde o individuální přístup, hlavně z hlediska věřící pacientky. Je zde zapotřebí empatie. Ochota komunikovat je velmi dobrá, paní B. je otevřená, říká co si myslí a čemu věří. Důvěra mezi sestrou a paní B. je také velmi dobrá. Věřící, že sestry vědí, co dělají.

3. *komunikace* – Paní B. je aktivní společenská žena. Často se setkává s věřícími z kostela, ráda organizuje různé akce. S rodinou udržuje častý kontakt. Syn prý bydlí pouze přes ulici, takže se vidí každý den. Druhý syn za ní pravidelně dochází. V nemocnici je také často pravidelně navštěvována. Každý den jí přijede někdo navštívit. Soukromí vyhledává pouze tehdy, když se chce pomodlit. Má velmi optimistický postoj k životu.

4. *transakce* – Paní B. se chce alespoň částečně dbát na prevenci a změnu životního stylu. Chce hlavně zařadit více pohybu a odpočinku. Spolupráce pro dosažení cílů je velmi dobrá, snaží se aktivně zabránit komplikacím.

5. *role* – Paní B. zastává roli matky, dcery, manželky, babičky a věřící. Je již 2 roky důchodkyní, ale ještě se stará o nemocnou matku. Bohužel všechny tyto role jsou nyní velmi narušeny. Nejvíce jí trápí, že nemůže do kostela, k přijímání a zpovědi.

6. *autorita* – Postavení v rodině má spíše dominantní. Vyslechne si názory druhých, ale pokud jde o víru nebo její porušení je nekompromisní. V nemocnici má respekt k lékařům, ale její největší autoritou je pro ni Bůh, kterému se zpovídá za své skutky.

7. *síla a moc* – Sebevědomí má zdravé, stabilní, výkyvy energie mývá občas, ale vždy jí modlitba dodá odvahu i potřebnou sílu. Nálada je stabilní, vyrovnaná.

8. *status a postavení* – V době hospitalizace pocítuje velkou změnu postavení a to jak z hlediska porušení rolí, tak víry.

9. *tvorba rozhodnutí* – Často se rozhoduje sama a po poradě s Bohem. Také se radí s rodinou. Rozhodování v době nemoci prý ovlivněno není, protože Bůh je stále sní.

Tab. č. 7 Uspokojení potřeb pacienta/klienta č. 7 dle modelu Gordonové a Kingové

Model dle Gordonové		
	Problém	Uspokojení potřeby
1. podpora zdraví		
2. výživa		
3. vylučování a výměna		
4. aktivita-odpočinek	00088 porušení chůze 00091 zhoršení pohyblivost na lůžku	2 1
5. vnímání-poznávání		
6. vnímání sebe sama		
7. vztahy		
8. sexualita		
9. zvládání zátěže-odolnost vůči stresu		
10. životní princip		
11. bezpečnost-ochrana	00148 strach 00046 porušená kožní integrita 00004 riziko infekce	1 1 1
12. komfort	00132 akutní bolest	1
13. růst/vývoj		
Doplňk modelem dle Kingové		
	Problém	Uspokojení potřeby
1. růst a rozvoj osobnosti	00126 deficitní vědomosti 00084 hledání zdravého životního stylu	1 2
2. interakce		
3. komunikace		
4. transakce		
5. role:rodinná, profesní, společenská	00060 porušený chod rodiny	2
6. autorita		
7. síla a moc		
8. status, postavení	00053 sociální izolace	2
9. tvorba rozhodnutí		

Uspokojení potřeby

1 – uspokojena, 2 – spíše uspokojena, 3 - spíše neuspokojena, 4 – neuspokojena

Pacient č. 8, 3. den po operaci.

Muž (JR) ve věku 58 let. St. P. TEP genus I. dx 2011, St. po luxační fraktuře femuru I. dx., St. po zlomenině nosních kostí, St. zhmoždění hrudníku.

Farmakoterapie:

Fraxiparine 0,4 ml s.c. 1-0-0, Veral 75 mg I amp do 100 ml Natrii chlorati 0,9% kape 10 min i.v. při bolesti max 1x denně, Dipidolor 15 mg i.m. max á 6 hod při bolesti max 4 x/d

1. Podpora zdraví

Pan R. říká, že si vždycky užíval života a také to má i na dále v úmyslu. Nyní mu nemoc kazí plány, ale prý jen to jen dočasné, protože za chvíli bude zdrav.

2. Výživa

Velmi rád se nají. Jeho oblíbená jídla jsou indická, čínská či jiná exotická jídla. Říká, že jídlo by mělo mít šmrnc, dobře kořeněné, spíše výraznější chuti a pálivé. Je si vědom, že během dne toho moc nesní a nají se hlavně na večer. Často chodí do restaurace, protože sám toho moc neuvaří. Vypije asi 1,5 litru za den. V nápojích vybíravý není, od kávy, čaje, vody, až po oblíbené víno. Pouze si stěžuje, že mu v nemocnici moc nechutná.

Pan R. váží 85 kg a jeho výška je 182 cm. Tuto váhu si drží již od střední školy. Zubní protézu nemá, chodí pravidelně na stomatologické prohlídky. Stav vlasů a nehtů je dobrý, pečuje o sebe. Slizniční membrány jsou vlhké, kožní turgor dobrý.

3. Vylučování

Přiznává, že někdy mu některé jídlo úplně nesedne a to mu způsobuje průjem. Jinak jiné potíže neudává. Problémy s močením nemá, to ho prý čeká až na stáří. V nemocnici také chodí pravidelně každý den na toaletu.

4. Aktivita a odpočinek

Pan R. velmi rád tráví čas venku – cestováním, posezením v restauraci a navzdory věku, často chodí na diskotéky a je schopen i sám tancovat až do rána.

Uznává, že je takový bohém. Možná právě nadměrný pohyb mu způsobil problémy s klouby.

Na spánek si nestěžuje, ale rád se dobře po probdělé noci vyspí. Rád se cítí svěží.

5. Vnímání a poznávání

Je velice komunikativní, společenský. Má velmi bohatou slovní zásobu. Je velice pozorný, nic mu neunikne. Sluch porušen nemá, ale říká, že slyší, jen to, co chce. Na blízko musí již používat brýle. Brýle vnímá spíše jako módní doplněk, které mu dodávají šmrnc.

6. Vnímání sebe sama

Je ctižádostivý, sebevědomí muž, který se rád baví a nepřipouští si, že by byl na nějakou zábavu starý. Spoléhá se většinou sám na sebe.

7. Vztahy

Se všemi udržuje vřelé vztahy. Je velmi společenský, často se s přáteli setkává v restauracích, zábavách, hospůdkách apod. Rodinu nemá, užívá si života. S nikým není v rozepři. Když by vznikl nějaký konflikt, bere to s humorem, vždycky se dá všechno vyřešit.

8. Sexualita

Problémy v této oblasti nemá, je prý velmi aktivní. Věřící, že to takto zůstane i nadále.

9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Stresové situace zvládá s nadhledem. Obvykle si poradí sám, nebo mu pomohou přátelé, kterých jak tvrdí, má mnoho.

10. Životní principy

Životní hodnotou pro pana R. je užívat si života, dokud to jde. Nyní se chce uzdravit a těší se, až si zase užije večer s přáteli. Svůj prožitý život považuje za nepromarněný.

11. Bezpečnost a ochrana

V nemocnici se cítí bezpečně, nebojí se pádu, prý nahoru nepoletí a dole ho někdo najde. Musí prý přece cvičit, aby mohl zase tancovat, žádná omezení si nepřipouští.

12. Komfort

Pan R. je vyrovnaná osobnost. Bolest zvládá díky analgetické léčbě, ale moc ji nevyužívá.

13. Růst a vývoj

Nepopisuje žádné změny ve svém vývoji a růstu.

Doplňěk z modelu Kingové

1. *růst a rozvoj* – O zdravotním stavu má částečné informace, možná kdyby mu někdo řekl více informací, nezlobil by se. Prevence si je vědom, ale určitě nemínil změnit svůj styl života.
2. *interakce* – Navázání kontaktu je velice dobré, je komunikativní a otevřený. Velice rád si povídá nezáleže na tématu. K sestře pociťuje důvěru.
3. *komunikace* – Pan R. je společenská osoba, která vyhledává kontakt, nestraní se. Se vzdálenými příbuznými udržuje styk sporadicky, protože bydlí na druhém konci ČR. Má mnoho přátel, které ho navštěvují často v nemocnici. Je optimistický, nepřipouští si žádné problémy.
4. *transakce* – K prevenci má vlažný postoj, svůj způsob života nechce měnit. Nedokáže si představit, že by měl přestat pít víno apod. Na něco se umřít musí. Komunikace s personálem je dobrá, aktivně se zúčastňuje spolupráce k dosahování cílů péče.
5. *role* – Pan R. zastává roli hlavně přítele. V době hospitalizace je značně narušena. Chybí mu častý kontakt se společností a s přáteli.

6. *autorita* – Postavení v rodině nemůže určit, stará se sám o sebe. Sám uznává autoritu lékaře i sestry. Zatím se snaží dodržovat léčebný režim, ale neví, jak dlouho mu to vydrží.
7. *síla a moc* – Pan R. je sebevědomí muž, vyrovnané povahy. Je velice energický. Má skoro pořád dobrou náladu.
8. *status a postavení* – Změnu v postavení pociťuje hlavně v oblasti společenského postavení. Je zvyklý být aktivní a nyní je odkázán na pomoc druhých.
9. *tvorba rozhodnutí* – Pan R. se velmi často rozhoduje sám, někdy za pomoci přátel. Rozhodování v obě nemoci udává jako částečně omezené.

Tab. č. 8 Uspokojení potřeb pacienta/klienta č. 8 dle modelu Gordonové a Kingové

<i>Model dle Gordonové</i>		
	<i>Problém</i>	<i>Uspokojení potřeby</i>
1. podpora zdraví	00099 neefektivní podpora zdraví	2
2. výživa		
3. vylučování a výměna		
4. aktivita-odpočinek	00088 porušená chůze 00091 zhoršení pohyblivost na lůžku	2 1
5. vnímání-poznávání	00122 porušené smyslové vnímání – zrak	2
6. vnímání sebe sama		
7. vztahy		
8. sexualita		
9. zvládání zátěže-odolnost vůči stresu		
10. životní princip		
11. bezpečnost-ochrana	00046 porušená kožní integrita 00004 riziko infekce	1 1
12. komfort	00132 akutní bolest	1
13. růst/vývoj		
<i>Doplňek modelem dle Kingové</i>		
	<i>Problém</i>	<i>Uspokojení potřeby</i>
1. růst a rozvoj osobnosti	00126 deficitní vědomostí	1
2. interakce		
3. komunikace		
4. transakce		
5. role:rodinná, profesní, společenská	00053 sociální izolace	2
6. autorita		
7. síla a moc		
8. status, postavení		
9. tvorba rozhodnutí		

Uspokojení potřeby

1 – uspokojena, 2 – spíše uspokojena, 3 - spíše neuspokojena, 4 – neuspokojena

Pacient č. 9, 3. den po operaci.

Žena (AT) ve věku 72 let. St. P. TEP genus I. sin 2011, St. po ablaci prsu v roce 1982, hypertenze, arytmie srdeční, hypothyreosy.

Farmakoterapie:

Fraxiparine 0,4 ml s.c. 1-0-0, Veral 75 mg 1 amp do 100 ml Natrii chlorati 0,9% kape 10 min i.v. při bolesti max 1x denně, Dipidolor 15 mg i.m. max á 6 hod při bolesti max 4x/den, Isoptin 240 1 – 0– 0, Letrox 150 1 – 0 – 0, Caltrate 0 – 2 – 0, Magnosolf 1 – 0 – 0, Amloratio 0 – 0 – 1

1. Podpora zdraví

Paní T. si cení zdraví i života. Je to jedna z jejích nejdůležitějších hodnot. O své zdraví se snažila pečovat, za mlada sportovala, jedla dostatek zeleniny a ovoce. Chodí na preventivní prohlídky, jak ke stomatologovi, tak ke gynekologovi.

2. Výživa

Jí přiměřeně, 5x denně malé porce. Má ráda zeleninu, ovoce, celozrnné pečivo a všeobecně zdravou výživu. Nemá ráda mastné, knedlíky a ovar. Vypije 2,5 litru tekutin denně, převážně minerální neochucené vody. Kávu ani alkohol nepije.

Paní T. váží 58 kg a její výška je 165 cm. V poslední době žádné výkyvy váhy neměla. Zubní protézu nemá. Stav vlasů a nehtů je přiměřený věku, pečuje o sebe. Kožní turgor je dobrý.

3. Vylučování

Paní T. udává, že má někdy lehký únik moče, hlavně při kašli. Se stolicí žádné potíže doma nemá, chodí pravidelně na toaletu každý den. V nemocnici je to horší, vždycky má zácpu a ani nyní to není výjimkou.

4. Aktivita a odpočinek

Paní T, spí doma okolo 6-7 hodin, nikdy toho moc nenaspala. V nemocnici je spánek opět horší. Některé spolupacienty hlasitě spí a ona nemůže usnout. Tabletky na spaní žádné nebere. Volný čas tráví vyšíváním, luštěním křížovek a díváním na televizní vědomostní programy. Ráda si zajde sednout do parku s dobrou knížkou.

5. Vnímání a poznávání

Paní T. je méně komunikativní, na otázky odpovídá přiléhavě. Je pozorná a klidná. Sluch má lehce porušen, ale zatím jí to nečiní obtíže. Na dálku i na čtení potřebuje brýle.

6. Vnímání sebe sama

Sama o sobě říká, že je spíše introvert nekonfliktní povahy. Ráda sedí ve společnosti druhých lidí, ale není prý tip, který dokáže bavit okolí. Je přátelská, je na ní spolehnutí. Ráda pomáhá druhým lidem.

7. Vztahy

Snaží se v rodině držet pohodu a klid. Je takový hasič malérů. Všichni se na ni spoléhají, že jakýkoli problém vyřeší, protože je klidné povahy. Manžel jí umřel, když ještě byla mladá, pak již nikoho jiného nechtěla.

8. Sexualita

Problémy v této oblasti neměla. Klimakterium měla v 43 letech.

9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Svoji klidnou a vyrovnanou povahou dokáže vyřešit téměř všechny spory. V životě toho již mnoho prožila, takže nyní jí nějaké maličkosti nedokáží rozházet.

10. Životní principy

Pro paní T. je důležité zdraví, dobře fungující vztahy, mír a klid v duši. Velkou částí její osobnosti je snaha pomáhat přátelům a jiným lidem.

11. Bezpečnost a ochrana

V nemocnici se cítí vcelku dobře, ale je jasné, že by byla raději doma. Když jde na toaletu, zavolá si raději sestřičku jako doprovod, v chůzi je nejistá.

12. Komfort

Paní T. si na nic nestěžuje. Nevidí v ničem problém. Injekci na bolest si bere pravidelně každý večer před spaním.

13. Růst a vývoj

Žádné změny v růstu nebo vývoji nebyly.

Doplněk z modelu Kingové

1. *růst a rozvoj* – O svém zdravotním stavu by ráda věděla ještě o něco více informací. Myslí si, že má pouze okrajové informace. Důležitost prevence si uvědomuje, sama se jí pokouší dodržovat. Nyní si je vědoma, že bude muset dodržovat pokyny lékaře.
2. *interakce* – Navázání kontaktu bylo spíše horší. Paní T. je tišší, i když vyrovnaná žena. Jen tak si někoho k sobě nepustí. Schopnost komunikace je dobrá, s dostatečnou slovní zásobou. Pocity vyjadřuje klidně, ale musí si člověk získat důvěru, to znamená i ke každé sestře zvlášť.
3. *komunikace* – Paní T. je spíše introvert. Kontakt s rodinou udržuje stále. Rodina jí v době hospitalizace navštěvuje. Postoj k životu má spíše optimistický, je nekonfliktní, sama ještě urovnává povětšinou rodinné rozmlíšky.
4. *transakce* – Paní T. chce dbát na prevenci, nebo se o to ještě lépe pokusit než do této doby činila. Chtěla by především zvýšit tělesný pohyb a pobyt na venkovním vzduchu. Transakce je kladná. Spolupráce na dosažení cílů je dostačující.
5. *role* – Paní T. zaujímá hlavně roli dcery, sestry, matky, přítelkyně a jako rodinná poradkyně. V nemocnici jsou tyto role narušeny. V tomto ohledu se cítí trochu nesvá.
6. *autorita* – Za autoritu v rodině se nepovažuje, ale je její pevný a stabilní článek. Myslí si, že respekt v rodině je vzájemný. Sama uznává autority jako je lékař a sestra. Ví, že jsou to profesionálové, tak nevidí důvod, proč jim nevěřit. Říká, že ona sama se snaží chovat asertivně, ale někdy to nejde.
7. *síla a moc* – Paní T. je klidná vyrovnaná žena, i když se někdy projevuje spíše sníženým sebevědomím. energii má stabilní, nedokáže říci jestli nižší nebo vyšší.

8. *status a postavení* – Změnu v postavení vidí částečnou, nemůže vykonávat své společenské role.

9. *tvorba rozhodnutí* – Rozhoduje se spíše sama, po dlouhém přemýšlení. Sama řeší i rozdíly druhých. Ráda pomáhá jiným lidem. Rozhodování v době nemoci má částečně omezené.

Tab. č. 9 Uspokojení potřeb pacienta/klienta č. 9 dle modelu Gordonové a Kingové

Model dle Gordonové		
	Problém	Uspokojení potřeby
1. podpora zdraví		
2. výživa		
3. vylučování a výměna	00011 zácpa 00017 stresová inkontinence moče	1 2
4. aktivita-odpočinek	00095 porušený spánek 00088 porušená chůze 00091 zhoršení pohyblivost na lůžku	1 2 2
5. vnímání-poznávání	00122 porušené smyslové vnímání – zrak, sluch	2
6. vnímání sebe sama		
7. vztahy	00063 dysfunkční chod rodiny	2
8. sexualita		
9. zvládání zátěže-odolnost vůči stresu		
10. životní princip		
11. bezpečnost-ochrana	00148 strach 00046 porušená kožní integrita 00004 riziko infekce	2 1 1
12. komfort	00132 akutní bolest	1
13. růst/vývoj		
Doplňk modelem dle Kingové		
	Problém	Uspokojení potřeby
1. růst a rozvoj osobnosti	00126 deficitní vědomostí	1
2. interakce		
3. komunikace		
4. transakce		
5. role:rodinná, profesní, společenská	00060 porušený chod rodiny 00053 sociální izolace	2
6. autorita		
7. síla a moc		
8. status, postavení		
9. tvorba rozhodnutí		

Uspokojení potřeby

1 – uspokojena, 2 – spíše uspokojena, 3 - spíše neuspokojena, 4 – neuspokojena

Pacient č. 10, 4. den po operaci.

Žena (MS) ve věku 83 let. St. P. TEP pravého ramene 2011, St. po úraze ramene, St. po fr. krčku femuru vlevo, hypertenze.

Farmakoterapie:

Fraxiparine 0,4 ml s.c. 1-0-0, Veral 75 mg 1 amp do 100 ml Natrii chlorati 0,9% kape 10 min i.v. při bolesti max 1x denně, Dipidolor 15 mg i.m. max á 6 hod při bolesti max 4 x/d, Lorista 50 1 – 0 – 0, Ascorutin 1 – 1 – 1, Amicloton 1 – 0 – 0, Amlodipin 0 – 0 – ½.

1. Podpora zdraví

Paní S. je svým zdravím spokojena. Nyní šla na operaci ramene, ale nevidí to jako tragedii. Ví, že se někdo o ni postará. Na prohlídky chodila pravidelně, ale u zubaře a gynekologa dlouho nebyla.

2. Výživa

Paní S. nejí maso a cokoli z něj, ale tvrdí, že není vegetariánka. V nemocnici jí vůbec nechutná, stěžuje si, že má vegetariánskou stravu. Sestřičky jsou zoufalé, protože když jí objednájí dietu s masem, tak to jíst nebude a vegetariánskou také nechce jíst. I spolupacientky se jí ptaly, co tedy chce, když jí nic nevyhovuje. Doma si vaří sama, jí 3x denně. Během dne vypije 1 – 1,5 litru, převážně vody s džusem.

Její váha je 85 kg a výška 164 cm. V poslední době zhubla 6 kg. Má zubní protézu, horní a dolní. Vlasy jsou šedivé, nehty udržované. Kožní turgor je dobrý.

3. Vylučování

Potíže s močením udává jen lehké, kdy při větší námaze či kašli dochází k nepatrnému úniku moče. S vylučováním stolice potíže nemá. V nemocnici má nyní zácpu, ale to není nic neobvyklého, při změně pobytu místa to mívá často.

4. Aktivita a odpočinek

Svůj volný čas tráví na zahrádce pěstováním zeleniny a ovoce. V zimě čte knížky z růžové knihovny, u kterých si odpočine. Spí okolo 7 hodin denně. V nemocnici se jí ale špatně usíná, z důvodu šramocení spolupacientek a kontrolování sestrou.

5. Vnímání a poznávání

Paní S. odpovídá adekvátně na otázky. Oční kontakt a pozornost udržuje po celou dobu rozhovoru. Hůře slyší, ale ještě to není tak hrozné, aby měla naslouchadlo. Na čtení používá brýle.

6. Vnímání sebe sama

Vnímá sebe jako zdravě sebevědomou ženu. Má ráda pozornost, velice ráda si povídá.

7. Vztahy

Paní S. bydlí v panelovém domě, ale má poblíž koupenou zahrádku. Bydlí s manželem, o kterém tvrdí, že se o ni doma postará. Se sousedy udržuje přátelské vztahy.

8. Sexualita

Paní S. se o této oblasti nechce vyjadřovat.

9. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Při jakémkoli problému, jí pomůže manžel. Ona sama se nic nikdy moc nestará, vždycky to za ní někdo vyřeší.

10. Životní principy

Paní S. by chtěla být zdravá a být spolu s manželem, který se o ni postará.

11. Bezpečnost a ochrana

Na chůzi si vždycky zavolá sestřičku, přece od toho tady jsou. Zdráhá si sama vylézt na postel, nechce nic dělat sama. Není to ani tak z důvodu, že se bojí pádu, ale proč by se namáhala, když jí vždycky někdo pomůže. Působí spíše pasivnějším dojmem.

12. Komfort

V nemocnici se cítí spokojeně, všichni jí pomáhají. Bolest je tlumena analgetickou léčbou.

13. Růst a vývoj

Ve růstu ani ve vývoji nepopisuje žádné změny od fyziologického vývoje.

Doplněk z modelu Kingové

1. *růst a rozvoj* – Paní S. si myslí, že má informací dostatek, žádné navíc by nechtěla. Nad prevencí se zamýšlí, asi by měla do budoucna chodit více na procházky.
2. *interakce* – Navázání kontaktu je vcelku dobré, nestydí se říci své pocity. Má velkou důvěru v lékaře a sestru, oni se o ni dobře postarají.
3. *komunikace* – Komunikace s paní S. je velmi dobrá, ráda si povídá. Manžel jí pravidelně navštěvuje. S personálem spolupracuje, ale nechce se učit samostatnosti. Postoj je spíše nekonfliktní, ale ráda využívá pomoci druhých.
4. *transakce* – Paní S. by chtěla alespoň trochu změnit svůj životní styl – více procházek, pohybu. Transakce je spíše dobrá. Je ochotna se podílet na dosažení cílů, ale jen v určitých mezích.
5. *role* – Paní S. je důchodkyně. Při hospitalizaci je narušena role rodiny a manželky. Na nemocnici si nestěžuje, ale chtěla by být doma se svým manželem.
6. *autorita* – Postavení v rodině je méně dominantní, má respekt k ostatním.
7. *síla a moc* – Sebevědomí má zdravé, stabilní, má přiměřenou energii. Náladu má konstantní bez výkyvů. Spoléhá na pomoc druhých.
8. *status a postavení* – V době hospitalizace netrpí zásadní změnou postavení.
9. *tvorba rozhodnutí* – Rozhoduje za ní převážně její manžel, ale s rozhodnutím musí souhlasit.

Tab. č. 10 Uspokojení potřeb pacienta/klienta č. 10 dle modelu Gordonové a Kingové

Model dle Gordonové		
	Problém	Uspokojení potřeby
1. podpora zdraví	00099 neefektivní podpora zdraví	2
2. výživa		
3. vylučování a výměna	00011 zácpa	2
	00017 stresová inkontinence moče	3
4. aktivita-odpočinek	00095 porušený spánek	1
5. vnímání-poznávání	00122 porušené smyslové vnímání – zrak, sluch	2
6. vnímání sebe sama		
7. vztahy		
8. sexualita		
9. zvládání zátěže-odolnost vůči stresu		
10. životní princip		
11. bezpečnost-ochrana	00148 strach	1
	00046 porušená kožní integrita	1
	00004 riziko infekce	1
12. komfort	00132 akutní bolest	1
13. růst/vývoj		
Doplněk modelem dle Kingové		
	Problém	Uspokojení potřeby
1. růst a rozvoj osobnosti	00084 hledání zdravého životního stylu	2
2. interakce		
3. komunikace		
4. transakce		
5. role:rodinná, profesní, společenská	00060 porušený chod rodiny	2
	00053 sociální izolace	2
6. autorita		
7. síla a moc		
8. status, postavení		
9. tvorba rozhodnutí		

1 – uspokojena, 2 – spíše uspokojena, 3 - spíše neuspokojena, 4 – neuspokojena

4. 3 Rozhovory se sestrami

Rozhovor se sestrou č. 1 (doba rozhovoru 1. část: 70 minut, 2. část: 25 minut)

Dne 1. 4. 2011 jsem se setkala se sestrou č. 1 na oddělení ortopedie a rozhovor jsme započaly na denní místnosti sester. Na začátku rozhovoru proběhlo přivítání a vysvětlení, jaký je cíl tohoto setkání. Sestra byla vstřícná, ale podmínkou rozhovoru bylo, že nebude natáčena na diktafon, či jiný záznam. Tato podmínka byla splněna. Rozhovor byl přátelský, byla dobrá atmosféra.

Sestře č. 1 je 27 let, má vysokoškolské bakalářské vzdělání. Ve zdravotnictví pracuje 3 roky. Během školy se setkávala s několika druhy modelů (Gordonová, Hendersonová, Oremová), ale v praxi používala pouze model dle Gordonové. S modelem podle Kingové se setkala pouze teoreticky na vysoké škole v předmětu koncepční modely. Sice z koncepčních modelů dělala závěrečný test, ale bohužel si pamatuje pouze to, že se tento model kdysi učila, možná by si vzpomněla na některé body, ale celkově už neví, co tento model obnáší.

Po získání vstupních informací následovalo seznámení právě s modelem Kingové a vysvětlení, jak tento model funguje, čím se zabývá. Nápomocná byla brožura, kterou jsem vytvořila jako edukační materiál a pomůcku, která by měla sloužit jako návod k realizaci v praxi. Další pomůcka k pochopení sloužila též vytvořená ošetrovatelská dokumentace jako doplněk k modelu Gordonové.

Sestře č. 1 způsob předání vyhovoval, prý to je lepší než kolektivní přednáška, protože ve skupině lidí nepochytí tolik informací. Také se mohla kdykoli zeptat a nemusela se stydět před ostatními, že něčemu nerozumí. Metodu předávání informací by neměnila, zdá se jí být více efektivní, než skupinové semináře. Informacím porozuměla, ale nedokáže říci, zda je zvládne použít v praxi, protože si některé potřebuje utřídit a ještě jednou prostudovat. Byla ráda, že brožura jí k tomu bude nápomocná. Model podle Kingové si osvěžila a podle ní by mohl z části doplnit model Gordonové, ale že se vše ukáže až praxí.

Po dobu dvou týdnů sestra č. 1 používala u vybraných pacientů/klientů kombinaci modelu Gordonové a Kingové.

Druhá část rozhovoru probíhala dne 14. 4. 2011 opět na ortopedickém oddělení.

Sestra č. 1 si potřebovala některé informace ujasnit, ale k tomu jí stačila poskytnutá brožura, kde jí velmi pomohla kapitola konkrétní aplikace modelu na ortopedické pacienty/klienty. Nápomocná byla i vytvořená dokumentace, kde si ujasnila, co do které kategorie patří a čím se zabývá. Výhody v modelu Kingové vidí v tom, že se zabývá jinými oblastmi, které nejsou obsaženy v modelu Gordonové. Nevýhodu vidí v tom, že mnoho sester nebude vstřícných si „přidělat“ práci s tím, že anamnéza a péče jim zaberou o trochu více času. Jak již zmínila, model Kingové doplňuje chybějící informace, ale nevýhodu vidí právě v neochotě sester. Při poskytování péče kombinací těchto modelů se jí zdá lepší získávání informací i z více oblastí a tím získání lepší představy o člověku. Tím věděla, jak k jedinci přistupovat a věděla, na které problematické oblasti se zaměřit. Vytvořená dokumentace byla efektivní, věděla přesně na co se ptát, a zdálo se jí, že nezabrala o tolik více času. Sestra č. 1 si myslí, že by kombinace modelů byla dobrá a lze ji určitě uplatnit v péči na ortopedickém oddělení. Model Kingové by chtěla zkusit používat v praxi, protože by byla zvědavá, jak z dlouhodobého hlediska by se to odrazilo v celkové péči o pacienty.

Rozhovor byl ukončen poděkováním a nabídnutou případnou budoucí spoluprací.

Rozhovor se sestrou č. 2 (doba rozhovoru 1. část: 65 minut, 2. část: 20 minut)

Rozhovor se sestrou č. 2 probíhal ve stejný den 1. 4. 2011 jako se sestrou č. 1 na denní místnosti sester. Na začátku rozhovoru proběhlo opět přivítání a vysvětlení, jaký je cíl setkání. Opět sestra odmítla možnost natáčení na diktafon, byla by radši, aby rozhovor probíhal dle jejích slov přirozeně, bez zatížení moderní techniky. Tomuto požadavku bylo vyhověno.

Sestře č. 2 je 37 let. Bývala kdysi ošetřovatelkou, později si dodělala dálkově střední zdravotnickou školu. Ve zdravotnictví pracuje 12 let. Dříve pracovala na traumatologickém oddělení, nyní je spokojenější na současném ortopedickém oddělení. Za svoji praxi používala pouze současný model Gordonové. S jiným model, tudíž ani s modelem Kingové se nesešla. O modelu Kingové žádné informace nemá.

Opět po získání vstupních informací následovalo seznámení s modelem Kingové a vysvětlení, jak tento model funguje, čím se zabývá. Nápomocná byla brožura, a vytvořená ošetřovatelská dokumentace.

Myslela si, že skupinové předání informací je lepší, a byla mile překvapená, že jí nakonec individuální rozhovor vyhovoval lépe. Více se na to soustředila a pochytila toho více, než ze seminářů. Jinak by udělala pouze to, že by brožury rozdala již předem, aby měla nějaké informace a mohla na nich stavět. Jelikož bylo informací více, musí si je trochu srovnat dohromady, ale pochytila základ, takže nevidí problém si ostatní nedostatky ujasnit.

Model Kingové se jí zdá zajímavý, je to jiný pohled na jedince.

Současně se sestrou č. 1 používala u vybraných pacientů/klientů kombinaci modelu Gordonové a Kingové.

Druhá část rozhovoru probíhala 15. 4. 2011 na denní místnosti sester ortopedického oddělení. Sestra č. 2 si potřebovala informace ne doplnit, ale zopakovat. Brožura jí byla dobré vodítko, jen jednou se zeptala kolegyně, co znamená určitá oblast. Největším přínosem byla kapitola aplikace na ortopedického pacienta/klienta, protože si dokázala představit, co tento model obnáší. Brožura se jí zdála přehledná, líbilo se doplnění obrázky. Model Kingové je více podrobnější. Jsou oblasti, které se zaměřují na jiné části osobnosti člověka. Nevýhodu vidí v tom, že na některé dotazy nebude chtít jedinec odpovídat z důvodu osobních otázek. Např. jak vnímá zdraví, jestli dodržuje léčebný režim, zda se porušily některé jeho role. Na druhou stranu říká, že jde možná o to, se správně naučit otázky klást. Když by se prý sestry naučily tento model využívat, myslí si, že by to bylo dobré, měly více informací o nemocném a mohly by je využívat ve prospěch lepší péče. Nevýhodu vidí jen v časové náročnosti, ale domnívá se, že praxí by se potřebný čas na získání informací zkrátil. Využívání kombinace modelů je vhodné, každý model se zaměřuje na jiné oblasti, doplňují se. Poskytovaná péče byla určitě lepší, zaměřila se oblasti, které před tím byly opomíjeny. Zjistily se tím potřeby pacienta, které by před tím nebyly nalezeny.

Ošetrovatelská dokumentace byla přehledná a logická, dobře se s ní pracovalo, nic by neměnila. Model Kingové je vhodné uplatnit v péči o ortopedického pacienta, nebyla by proti ho začít využívat v praxi.

Rozhovor byl ukončen poděkováním a nabídnutou případnou budoucí spoluprací. Celý rozhovor probíhal v klidné atmosféře, spíše jako přátelské posezení.

Rozhovor se sestrou č. 3 (doba rozhovoru 1. část: 80 minut, 2. část: 30 minut)

Rozhovor se sestrou č. 3 probíhal 2. 4. 2011 na denní místnosti sester na ortopedickém oddělení. Nejdříve proběhlo přivítání a vysvětlení, jaký je cíl našeho setkání. Po dotazu na možnost natáčení na zvukový záznam jsem byla odmítnuta, nechce být natáčena. Požadavku bylo vyhověno.

Sestra č. 3 je 42 let. Získala střední zdravotnické vzdělání, ve zdravotnictví pracuje přerušovaně s mateřskými zhruba 18 let. V praxi použila jen model Gordonové, jiné nezná, dříve se o nich neučilo. S modelem Kingové se nikdy nesešla, bohužel o něm nemá žádné informace.

Po vstupním rozhovoru následovalo seznámení s modelem Kingové, jeho specifika, možnosti uplatnění v péči a vysvětlení práce brožurou a s vytvořenou ošetrovatelskou dokumentací

Způsob předání informací se jí líbil. Vážila si toho, že si někdo udělal čas jí vše osobně vysvětlit. Dříve měla ráda skupinové semináře, protože se v nich „ztratila“ a nemusela dávat takový pozor. V pozdějších chvílích jí ale potřebné informace chyběly, tudíž tento způsob bere jako pro ni lepší, protože jí to donutilo přemýšlet. Byla soustředěná. Líbilo se jí, že když něčemu nerozuměla, bylo jí to i několikrát vysvětleno, do té doby, než to pochopila. Nedokáže zhodnotit zda má dostatek informací, to se ukáže až praxí. O modelu Kingové zatím nemá nějakou reálnou představu, je to pro ni zcela něco nového. Svůj úsudek o něm si nechá na pozdější dobu.

Druhá část rozhovoru probíhala 16. 4. 2011 na denní místnosti sester ortopedického oddělení. Po aplikaci modelu v praxi si musela ujistit a doplnit některé informace. Využila přiložené brožury, dokumentace a asi dvakrát se zeptala ostatních sester, které se také podíleli na výzkumném šetření. Myslela si ale, že tento model

nemůže pochopit, ale když se zbavila zábran a prostě to zkusila zjistila, že na tom není nic složitějšího, jen se nesmí bát neznámých věcí. Myslí si, že brožura je dobře zpracovaná, ale byla ráda, že tomu předcházela rozhovor, který jí do této problematiky uvedl. Do brožury by jen zařadila stručné shrnutí nejdůležitějších bodů, které by byly pohromadě, protože informace které potřebovala v brožurě byly, ale nechtělo se jí celou pročítat. Toto shrnutí by jí ulehčilo práci.

Model Kingové je prý obsáhlý, pro ni nezvykle mnoho získaných informací o pacientovi, se kterými si ze začátku nevěděla rady. Po nějaké době se to zlepšilo, bála se jen něčeho nového. Myslí si nyní, že model je přínosem, jen je vhodné si udělat na něj čas a správně ho pochopit. Nevýhodu ve spojení pozoruje v tom, že rozhovor prý trvá dlouho a některé pacienty to unavuje. Udělala by nějakou zkrácenou verzi. Výhodu udává v tom, že se modely doplňují, co není obsaženo v jednom je ve druhém.

Myslí si, že péče byla lepší, měla více informací o pacientovi, a zjistila některé potřeby, které by se pouhým model Gordonové neodhalily, ale nechce se jí měnit již zasetí způsob nynější poskytované péče. Přiznává, že nyní myslí více na sebe než na pacienta.

Vytvořená dokumentace byla přehledná, získala tím mnoho informací, ale pro ni byla dlouhá, zkrátila by jí. Sestra č. 3 říká, že tento model lze uplatnit na ortopedickém oddělení. S modelem by chtěla pracovat za podmínky, že by se vytvořila kratší verze.

Rozhovor byl opět ukončen poděkováním a nabídnutou případnou budoucí spoluprací. Atmosféra rozhovoru nebyla tak příjemná jako u předešlých rozhovorů. Domnívám se, že to způsobila snaha něco nového sestru naučit. Sestra si nechtěla přidělovat více práce a chtěla zůstat u zasetého stylu poskytování péče.

Rozhovor se sestrou č. 4 (doba rozhovoru 1. část: 70 minut, 2. část: 15 minut)

Rozhovor se sestrou č. 4 probíhal dne 2. 4. 2011 na denní místnosti sester na ortopedickém oddělení. Na začátku rozhovoru jsme se přivítaly a bylo vysvětleno, jaký je účel setkání. Následovala tradiční otázka, zda by bylo možné rozhovor nahrávat, ale byla mi dána opět zamítavá odpověď.

Sestra č. 4 je 24 let stará, získala střední zdravotnické vzdělání. Její praxe je 2,5 roku. V práci vždy používala model Gordonové. O jiném modelu se asi učila ve škole, ale jelikož jí to prý nikdy nezajímalo, nevzpomíná si. Myslí si, že s modelem Kingové se nesetkala. Co obnáší model Kingové neví.

Po vstupním rozhovoru se pokračovalo edukací o modelu Kingové a jeho aplikaci v praxi včetně seznámení s brožurou a ošetrovatelskou dokumentací.

Způsob předání informací byl neobvyklí, spíše se preferuje kolektivní seminář. Ona sama by asi dala semináři přednost, protože by byla se svými kolegyněmi. Po edukaci má v informacích zmatek, chce si sama srovnat v hlavě. Model Kingové je určitě dobře vymyšlen, v péči o pacienty bude efektivní, jen je nutné se modelem déle zabývat, pochopit ho, a pak bude možné, ho aplikovat v rámci péče.

Druhá část rozhovoru probíhala též 16. 4. 2011 na denní místnosti sester ortopedického oddělení. Po prvotním rozhovoru se obávala, že tomuto modelu nemůže porozumět. Díky ujištění ostatních sester, že to není těžké, překousla počáteční obavy a snažila se modelu Kingové porozumět. Nakonec usoudila, že měla zbytečné starosti. Po přečtení brožury a hlavně části aplikace na ortopedického pacienta si mnoho informací objasnila a princip modelu jí byl jasnější. Na brožuru by nic konkrétního neměnila, nenapadá jí, jak ji udělat jinak, nebo co tam doplnit.

Výhody modelu vidí v jiném zaměření než v modelu Gordonové. Nevýhodu spatřuje v nutnosti pochopení tohoto modelu a v náročnosti. Spojení modelů je prý efektivní, modely se vzájemně doplňují. Nevýhodu opět spatřuje v náročnosti rozhovoru a v časové náročnosti. Chtělo by to prý nějak zkrátit.

Péče poskytovaná spojením modelů byla kvalitnější, zaměřovala se na uspokojování více potřeb jedince. Zdálo se jí, že pacienti byly spokojenější. Vytvořená dokumentace byla přehledná, ale bylo by vhodné dokumentaci o něco zkrátit, aby to nebylo tak časově dlouhé.

Model dle Kingové je možné použít v praxi na ortopedickém oddělení, jen je nutné se s tímto model sžít, aby se bral samozřejmě jako již zaběhnutý model Gordonové. Využívání modelu Kingové natrvalo by se nebránila, jen by podpořila trochu zkrácenou formu.

Rozhovor byl zakončen poděkováním a nabídnutou další spoluprací. Celá spolupráce včetně rozhovoru byla příjemná, bez komplikací.

Rozhovor se sestrou č. 5 (doba rozhovoru 1. část: 75 minut, 2. část: 20 minut)

Rozhovor se sestrou č. 5 probíhal dne 3. 4. 2011 již tradičně na denní místnosti sester na ortopedickém oddělení. Po přivítání jsem otázku na využití diktafonu nepodávala, chtěla jsem již zachovat stejné podmínky pro všechny zúčastněné sestry.

Sestra č. 5 pracuje ve zdravotnictví asi 6 let, její věk je 26 let a získala střední zdravotnické vzdělání. Za svojí praxi nepoužila jiný model než Gordonové. S modelem Kingové se nesešla. Vzpomíná si pouze, že toto jméno někde zaslechla, ale už si nepamatuje kde. O modely ošetřovatelství se nikdy nezajímala, zná pouze model Gordonové.

Po získání základních informací se navázalo seznámením s modelem Kingové, jeho využitím v praxi, brožurou o tomto modelu a ošetřovatelskou dokumentací.

Způsob předání informací jí vyhovoval, nemá ráda společné semináře a přednášky, z kterých si stejně nic neodnese, protože jak říká, v kolektivu se člověk ztratí a nemusí dávat pozor. Informací pro ni bylo hodně. Některé ze začátku úplně nepochopila, ale po ukázání na konkrétním případě (aplikace na ortopedického pacienta/klienta) jí to bylo jasnější. Myslí si, že pro praxi se bude řídit kapitolou aplikace na ortopedického pacienta a ošetřovatelskou dokumentací, kde je jasné, na co se bude ptát, čím se která oblast zabývá. Model Kingové je pro ni nový a složitější než model Gordonové. Ale chce ho nejdříve vyzkoušet než se rozhodne, jaký má na model Kingové názor.

Druhá část rozhovoru probíhala 17. 4. 2011 na denní místnosti sester ortopedického oddělení. Sestra č. 5 si získané informace ještě jednou prošla v brožuře, která jí k tomu stačila a nemusela se již nikoho ptát. Do brožury by pouze zařadila celkové stručné shrnutí, aby nemusela číst celé odstavce.

Výhodu modelu Kingové vidí v získání lepšího náhledu na pacienta. Nevýhodu nedívá přímo v modelu, ale v neochotě sester si zabývat něčím navíc. Spojení modelů je dobré, navazují na sebe. Péče poskytovaná byla komplexnější, zaměřená na celého

jedince. Zjistilo se tím více potřeb pacienta, které mohly být následně uspokojeny. Ošetrovatelská dokumentace byla přehledná, dobře se s ní pracovalo, díky nabídce možností i vcelku rychlá. Nenapadá jí nic, co by chtěla na dokumentaci změnit. Ve své práci by chtěla zkusit tyto dva modely používat, zdálo se jí, že pacienti jsou spokojení. Myslí si, že model lze uplatnit nejen na ortopedickém oddělení, ale i na jiných.

Rozhovor byl zakončen opět poděkováním a nabídnutou další spoluprací. Rozhovory byly příjemné, ve velmi dobré atmosféře.

4. 4 Shrnutí výsledků ošetrovatelské péče

Tab. č. 11 Shrnutí výsledků ošetrovatelské péče podle modelu Gordonové

<i>Model dle Gordonové</i>		
	<i>Problém</i>	<i>Součet</i>
1. podpora zdraví	00099 neefektivní podpora zdraví	1x
2. výživa	00001 nadměrná výživa	
3. vylučování a výměna	00011 zácpa	3x
	00017 stresová inkontinence moče	2x
	00004 riziko infekce	1x
4. aktivita-odpočinek	00095 porušený spánek	5x
	00088 porušená chůze	5x
	00091 zhoršení pohyblivost na lůžku	4x
	00093 únava	3x
5. vnímání-poznávání	00122 porušené smyslové vnímání – zrak, sluch	2x
6. vnímání sebe sama	00120 situačně snížená sebeúcta	2x
	00119 chronicky nízká sebeúcta	1x
7. vztahy	00063 dysfunkční chod rodiny	1x
8. sexualita		
9. zvládání zátěže-odolnost vůči stresu	00146 úzkost	4x
	00069 neefektivní zvládání zátěže	1x
10. životní princip		
11. bezpečnost-ochrana	00148 strach	4x
	00046 porušená kožní integrita	5x
	00004 riziko infekce	5x
12. komfort	00132 akutní bolest	4x
13. růst/vývoj		

V tab. č. 11 zobrazuje celkové zastoupení ošetrovatelských diagnóz, které se v průběhu ošetrování podle modelu Gordonové sestry určily a podle kterých byla následně poskytována péče vzhledem k potřebám jedince.

Tab. č. 12 Shrnutí výsledků ošetrovatelské péče podle modelu Gordonové a Kingové

Model dle Gordonové		
	Problém	Součet
1. podpora zdraví	00099 neefektivní podpora zdraví	3x
2. výživa	00001 nadměrná výživa	1x
3. vylučování a výměna	00011 zácpa	3x
	00017 stresová inkontinence moče	2x
4. aktivita-odpočinek	00095 porušený spánek	3x
	00088 porušená chůze	4x
	00091 zhoršení pohyblivost na lůžku	4x
5. vnímání-poznávání	00122 porušené smyslové vnímání – zrak, sluch	4x
6. vnímání sebe sama		
7. vztahy	00063 dysfunkční chod rodiny	2x
8. sexualita		
9. zvládání zátěže-odolnost vůči stresu		
10. životní princip		
11. bezpečnost-ochrana	00148 strach	3x
	00046 porušená kožní integrita	5x
	00004 riziko infekce	5x
12. komfort	00132 akutní bolest	5x
13. růst/vývoj		
Doplněk modelem dle Kingové		
	Problém	
1. růst a rozvoj osobnosti	00078 neefektivní léčebný režim	1x
	00126 deficitní vědomosti	
	00084 hledání zdravého životního stylu	3x 2x
2. interakce	00052 poškozená sociální interakce	1x
3. komunikace		
4. transakce		
5. role:rodinná, profesní, společenská	00060 porušený chod rodiny	4x
	00053 sociální izolace	4x
6. autorita	000121 porušená osobní identita	1x
7. síla a moc	00077 neefektivní zvládání zátěže	1x
8. status, postavení	00053 sociální izolace	1x
9. tvorba rozhodnutí		

V tab. č. 12 zobrazuje celkové zastoupení ošetrovatelských diagnóz, se kterými se pracovalo při poskytování péče kombinací modelu Gordonové s modelem Kingové.

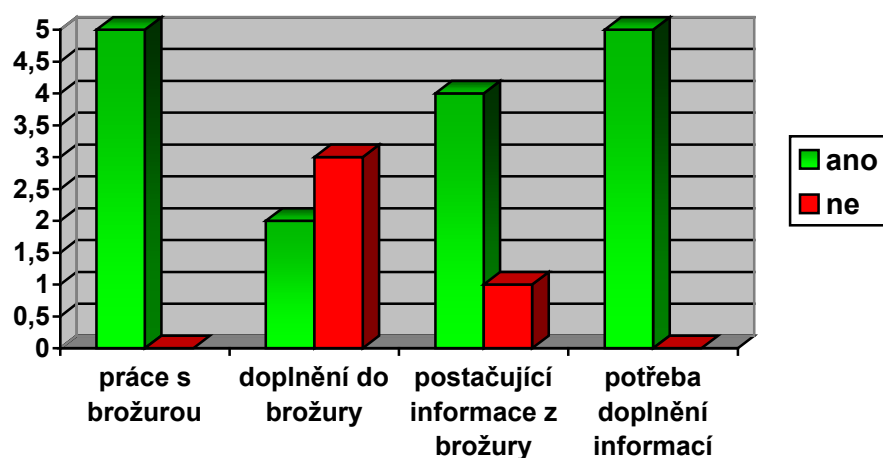
4. 5 Shrnutí výsledků rozhovorů se sestrami

Tab. č. 13 Základní údaje o sestrách

SESTRA	VĚK	DOBA PRAXE (LET)	VZDĚLÁNÍ	KONTAKT S MODELEM KINGOVÉ
SESTRA Č. 1	27	3	VŠ	ANO
SESTRA Č. 2	37	12	SŠ	NE
SESTRA Č. 3	42	18	SŠ	NE
SESTRA Č. 4	24	2,5	SŠ	NE
SESTRA Č. 5	26	6	SŠ	NE

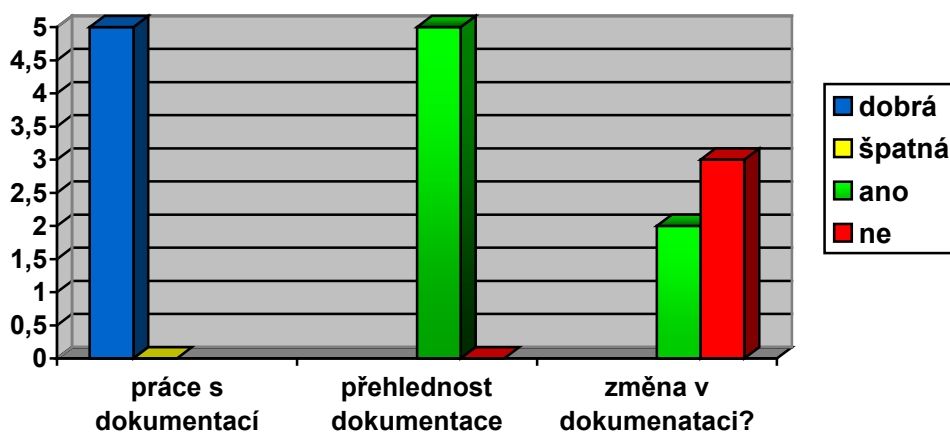
Věk sester účastnicí se výzkumného šetření se pohyboval od 26 do 42 let. Jejich praxe byla různá v rozmezí 2,5 – 18 let. Vzdělání sester bylo převážně středoškolské, pouze jedna sestra měla vysokoškolské vzdělání. S model Kingové se setkala jedna sestra.

Graf č. 1 Práce s brožurou



S brožurou pracovalo 5 sester. Dvě sestry by do brožury doplnily kapitolu, která by byla stručným přehledem celého modelu Kingové, aby nemusely pročitat všechny kapitoly. Informace z brožury dostačovaly 4 sestrám. Jedna se pro pochopení zeptala kolegyně. Informace si po vstupním rozhovoru muselo znovu projít všech 5 sester, protože model Kingové byl pro ně nový a chtěly si je zopakovat a utřídit.

Graf č. 2 Práce s dokumentací



Práci s vytvořenou dokumentací uznává všech 5 sester jako dobrou. I přesto, že opět všechny sestry uvedly, že dokumentace přehledná, dvě sestry připustily, že by zkrátily její rozsah a zanechaly v dokumentaci pouze nejdůležitější body, protože se jim zdá časově náročnější.

5. Diskuse

Ve výzkumné části práce jsem se zabývala rozhovory se sestrami, který se skládal ze tří částí obsahující celkem 25 otázek. První tři otázky byly identifikační. V další otázce jsem zjišťovala, jaké modely sestry používaly v praxi. Pouze sestra č. 1 používala jiný model než podle Gordonové a to například model Oremové nebo Hendersonové.

V otázce, zda se sestry setkaly s modelem Kingové a kde o něm slyšely, odpověděla opět jen sestra č. 1, že se s modelem již setkala. Bylo to při studiu na vysoké škole, ale bohužel si nic konkrétního z tohoto modelu nepamatuje. Jelikož v současnosti se velmi rozšiřuje podvědomí sester o různých druzích modelů péče, bylo mi překvapením, že pouze jedna sestra o modelu Kingové slyšela.

Následné otázky vycházely po edukaci sester o modelu Kingové. *Edukovat sestry o principu modelu Kingové a jeho použití v praxi* bylo třetím cílem práce, který byl splněn. Na otázku, zda jim vyhovoval individuální způsob předání informací sestry č. 1, 2, 3, 5 odpověděly, že ano. Důvodem sestry č. 1 bylo, že se mohla kdykoli na něco zeptat, sestra č. 2 se nestyděla před ostatními, sestra č. 3 a č. 5 dávala větší pozor, než na seminářích. Sestra č. 4 by preferovala kolektivní seminář, protože by byla se svými kolegyněmi. Myslím si, že metoda individuálního rozhovoru byla méně obvyklá, než tradiční seminář, ale na sestrách bylo znát, že si z našeho sezení odnášejí mnohem více poznatků, než jaké by podle nich získaly na semináři.

Na otázku, zda mají dostatek informací pro praxi odpověděla sestra č. 1, že informacím porozuměla, ale nedokáže říci, zda je zvládne použít v praxi, protože si některé potřebuje utřídit a ještě jednou prostudovat. Podle sestry č. 2 dostala informací hodně, musí si je trochu srovnat dohromady. Ale pochytila základ, takže nevidí problém si ostatní nedostatky ujasnit. Sestra č. 3 nedokázala zhodnotit, zda má dostatek informací, to se ukáže až praxí. Pro sestru č. 4 bylo informací mnoho, chtěla si je sama srovnat v hlavě. Sestra č. 5 si myslela, že pro praxi se bude řídit kapitolou aplikace na ortopedického pacienta a ošetřovatelskou dokumentací. Katarína Žiaková (2007) rozebírá model Kingové velmi rozsáhle a je náročný na množství informací. Domnívám

se, že je to důvod, proč bylo informací pro sestry najednou hodně. Bylo by lepší rozhovor rozdělit na dvě části, aby dokázaly informace vstřebat, utřídit a pochopit.

Odpovědi na otázku, co si myslí o modelu Kingové po edukaci byly překvapivé. Očekávala jsem, že většina sester bude proti modelu Kingové, protože je to něco jiného, složitějšího a nebudou chtít se něčím novým zabývat. Názor sester byly sice různé, ale ve směs pozitivní. Podle Dany Farkašové (2006) se model Kingové zabývá interakcí sestry a pacienta/klienta a navzájem na sebe působících systémů. Myslím si, že je to hlavní důvod kladných reakcí sester. Sestra č. 1 si model podle Kingové osvěžila a podle ní by mohl z části doplnit model Gordonové, ale že se vše ukáže až praxí. Pro sestru č. 2 je model Kingové zajímavý, je to prý jiný pohled na jedince. Sestra č. 3 nemá o modelu Kingové reálnou představu, je to pro ni zcela něco nového. Svůj úsudek o něm si nechá na pozdější dobu. Sestra č. 4 byla optimistická, protože dle jejích slov je model Kingové dobře vymyšlen, v péči o pacienty bude efektivní, jen je nutné se modelem déle zabývat, pochopit ho, a pak bude možné, ho aplikovat v rámci péče. Názor sestry č. 5 je, že model Kingové je nový a složitější než model Gordonové. Ale chce ho nejdříve vyzkoušet než se rozhodne, jaký má na model Kingové názor.

Dle výsledků je patrné, že si všechny sestry potřebovaly ujasnit některé informace. Tato odpověď se dá předpokládat, protože již dříve sestry uvedly, že po seznámení s model měly v informacích zmatek. Na druhé straně podle grafu č. 1 je vidět, že s brožurou pracovaly také všechny sestry. Což splnilo účel vytvoření edukačního materiálu. K čemu by byla brožura, kdyby se do ní nikdo nepodíval? Dvě sestry by do brožury doplnily kapitoly, která by byla stručným přehledem celého modelu Kingové, aby nemusely pročítat všechny kapitoly. Podle mého názoru je to dobrý nápad. Stručný přehled by v některých situacích urychlil práci v momentální potřebě informací. Informace z brožury dostačovaly 4 sestrám. Největší pozitivum v brožuře vidí v kapitole aplikace na ortopedického pacienta/klienta, která jim poskytla velmi dobrý návod, jak postupovat. Dalším záhytným bodem byla vytvořená dokumentace, z které bylo vidět, čím se která oblast modelu zabývá. Sestra č. 3 se pro pochopení zeptala ostatních sester.

Názory na výhody a nevýhody modelu byly také překvapující. Očekávala jsem rovnoměrné rozložení pozitivních a negativních ohlasů na model Kingové. Bylo potěšující, že sestry v modelu vidí převážně výhody. Nevýhody, které sestry uvedly byly spjaté spíše s okolním prostředím, než se samotným modelem. Sestra č. 1 vidí výhody v modelu Kingové v tom, že se zabývá jinými oblastmi, které nejsou obsaženy v modelu Gordonové. Nevýhodu předpokládá v oblasti času, protože mnoho sester nebude vstřícných si „přidělat“ práci ještě s jedním modelem. S tímto názorem souhlasím. Je proto potřeba dostatečně edukovat sestry o výhodách modelu a podporovat je v jejich využívání. Vytvořená ošetrovatelská dokumentace by také měla sloužit k urychlení sběru dat podle modelu Kingové. Podle sestry č. 2 je výhodou, že existují oblasti, které se zaměřují na jiné části osobnosti člověka. Nevýhodu vidí v tom, že na některé dotazy nebude chtít jedinec odpovídat z důvodu osobních otázek. Podle mého názoru je to vhodná poznámka, ale každá sestra by si měla uvědomit, že nejen téma, ale i způsob kladení otázek ovlivňuje postoj k určitým tématům. Podle Dungla (2005) se ortopedickým pacientem/klientem může stát každý. Ve větší míře jde ale o staršího člověka. Podle Vodáčkové (2007) bychom proto měli mít na vědomí, jak k takovému jedinci přistupovat. Jestliže se naučíme tedy správně pokládat otázky, a to jak vzhledem jak druhu onemocnění tak vzhledem k osobnosti člověka, dostaneme také potřebné odpovědi. Sestra č. 3 si myslí, že model je přínosem, jen je vhodné si udělat na něj čas a správně ho pochopit. I podle sester č. 4 a č. 5 jsou výhody modelu v jeho jiném zaměření než v modelu Gordonové. Nevýhodu spatřuje sestra č. 4 v nutnosti pochopení tohoto modelu a v náročnosti a sestry č. 5 v neochotě sester si zabývat něčím navíc. Katarína Žiaková (2007), Dana Farkašová (2006) či Slavomíra Pavlíková (2006) popisují model Imogene Kingové velmi obsáhle a dá se tudíž předpokládat, že bude časově náročnější, protože se bude zbývat mnoha oblastmi jedincova života, osobností a vztahy. Sestry by si ale měly uvědomit, že čas, který stráví získáváním informací podle modelu Kingové, bude následně odměněn. Pacient/klient bude spokojený, jeho potřeby budou satureovány.

S využíváním kombinace modelů Gordonové a Kingové souhlasí všechny sestry. Celkové shrnutí jejich názorů je, že získávají informace i z jiných oblastí, mají lepší

představu o člověku, zjistily se tím potřeby pacienta, které by před tím nebyly nalezeny, zkvalitnila se péče o jedince a vzájemně se tyto modely doplňují. Alexandra Archalousová (2007), která konkrétně vysvětluje každou oblast modelu Kingové, poukazuje na to, že samotný model je vytvořen tak, že se zaměřuje více na oblasti jiné než jsou potřeby biologické a to hlavně společenské, duchovní a osobnostní. Myslím si také, že tyto pozitivní ohlasy sester pramení i z toho, že všechny sestry si model vyzkoušely přímo v praxi a neudělaly ukvapené závěry pouze po teoretickém zvládnutí modelu. Nevýhodu vidí sestra č. 3 opět v časové náročnosti.

Na otázku: „Změnila se podle Vás poskytovaná ošetrovatelská péče spojením modelu Gordonové a Kingové? A změnilo se podle Vás uspokojování potřeb pacienta/klienta?, odpovědělo všech 5 sester shodně, že ano. Např. sestra č. 1 prý věděla, jak spíše k jedinci přistupovat a věděla, na které problematické oblasti se zaměřit. Sestra č. 4 tvrdí, že péče poskytovaná spojením modelů byla kvalitnější, zaměřovala se na uspokojování více potřeb jedince. Nevýhodu ve spojení modelů vidí sestra č. 3, protože se jí nechce měnit již zasetý způsob nynější poskytované péče. Přiznává, že nyní myslí více na sebe než na pacienta. Z těchto názorů je zřejmé, že sestry uznávají, že spojení modelů Gordonové a Kingové je efektivní, účelné. Jediný problém vidím ochotě sester toto spojení modelů využívat. Kdybychom tedy zařadily kombinaci modelů do péče o ortopedického pacienta/klienta zkvalitnila by se tím poskytovaná péče. Z porovnání modelů Gordonové a Kingové vychází, že tím, čím se nezabývá model Gordonové, zabývá se tím model Kingové. Podle mého názoru je to právě příčina kladného přístupu sester ke kombinaci těchto modelů. Tímto tématem se také zabývaly výzkumné otázky č. 2 *„Jak používání kombinace modelu Gordonové s modelem Kingové ovlivňuje ošetrovatelskou péči poskytovanou sestrami na ortopedickém oddělení?“* a č. 3 *„Při poskytování péče podle modelu Gordonové v kombinaci s modelem Kingové dochází k lepšímu saturování potřeb klientů?“* Z rozhovorů vyplývá, že kombinace modelu Gordonové s modelem Kingové ovlivňuje pozitivně ošetrovatelskou péči poskytovanou sestrami na ortopedickém oddělení a že dochází k lepšímu saturování potřeb. Tyto odpovědi budou ještě následně porovnáno s výsledky kvaziexperimentu.

Součástí aplikace modelu Kingové do praxe byla také vytvořená dokumentace. *Vytvořit dokumentaci podle modelu Kingové* bylo cílem č. 2, který byl opět splněn. Podle grafu č. 2 je zřejmé, že sestřám se s vytvořenou dokumentací pracovalo dobře. I přesto, že opět všechny sestry uvedly, že dokumentace přehledná, sestry č. 3. č. 4 připustily, že by pouze zkrátily její rozsah, tím, a zanechaly v dokumentaci pouze nejdůležitější body, protože se jim zdá časově náročnější. Tento pohled akceptují, protože každá část něčeho navíc, zabere o trochu více času. Ale také bychom si měly uvědomit, že to navíc, pomůže nejen nám v poskytování efektivní péče, ale hlavně pomůžeme člověku uspokojit jeho potřeby a zpříjemnit mu nutnost pobytu na ortopedickém oddělení. Nejde tedy o množství času sester, ale jde zejména o pacienta/klienta ortopedického oddělení. Dokumentací se zabývala i výzkumná otázka č. 4 „*Jak sestry dokáží pracovat s vytvořenou dokumentací podle modelu Kingové?*“ Z výsledků vyplývá, že se sestřám s dokumentací pracovalo dobře, a že je přehledná a použitelná v praxi.

Velmi důležitá byla otázka, zda lze model Kingové uplatnit v péči o klienta na ortopedickém oddělení?, která korespondovala i s výzkumnou otázkou č. 1 „*Lze model Kingové uplatnit v péči o klienta na ortopedickém oddělení?*“ Názor sester ortopedického oddělení byl důležitý, protože to byly hlavně ony, které pracovaly s model Kingové a viděly úspěchy či neúspěchy v péči. Všechny sestry shodně odpověděly, že tento model lze využívat v péči na ortopedickém oddělení. Sestra č. 5 uvedla, že model lze využít i na jiném, než ortopedickém oddělení. Nejde ale jen o možnosti využití modelu Kingové, ale také v ochotě sester s tímto modelem pracovat. Celkově tedy lze shrnout, že odpověď na výzkumnou otázku č. 1 je, že ano, model Kingové můžeme uplatnit v péči o klienta na ortopedickém oddělení.

Poslední otázka byla proto zaměřena stejným směrem, zda chtějí využívat model Kingové ve své práci. Sestry č. 1, 2, 5 by rády tento model zařadily do svojí praxe. Sestry č. 3, 4 by také model zkusily využívat při své práci, ale za podmínek, že by se vytvořila kratší verze. Je velmi optimistické, že žádná sestra neodmítla používání modelu v péči o ortopedického pacienta/klienta, protože na těchto postojích se dá dobře rozvíjet další průběh zkvalitnění péče.

Kvalita péče a uspokojování potřeb jedince jsou podle mého názoru nejdůležitější kritéria. Byl proto aplikován kvaziexperiment na ortopedické pacienty/klienty, který měl odhalit, zda je lepší poskytování péče pouze model podle Gordonové, nebo je lepší model Gordonové zkombinovat s model Kingové. V tab. č. 11 je shrnuty ošetřovatelské diagnózy, které se objevily v péči poskytované podle modelu Gordonové. Nejčastějšími diagnózami byly porušený spánek, porušená chuze, porušená kožní integrita a riziko infekce. Všechny tyto diagnózy jsou potřeby, které zařazujeme do základních. Vyšší potřeby jako je porušený chod rodiny či neefektivní zvládnání zátěže se v tomto modelu péče vyskytují velmi sporadicky.

Naproti tomu, poskytování péče v kombinaci modelů Kingové a Gordonové ukazuje, že nejsou uspokojeny jen potřeby základní, ale díky modelu Kingové se uspokojují i potřeby vyšší (viz. tab. č. 12). Můžeme sem např. zařadit potřebu vědomostí, která v péči podle Gordonové není uspokojována. Při konkrétním uspokojení této potřeby se ovlivňují i potřeby jiné, jako je strach, zvládnání zátěže a jiné. Jsou také zastoupeny diagnózy jako je porušená sociální interakce, porušená sociální identita, porušený chod rodiny či sociální izolace. Tyto ošetřovatelské diagnózy a následné jejich řešení byly uspokojeny, nebo částečně uspokojeny díky doplňku z modelu Kingové.

Podle těchto výsledků, lze na výzkumné otázky č. 2 a č. 3 odpovědět shodně jako odpověděly sestry. Tyto odpovědi jsou, že kombinace modelu Gordonové s model Kingové poskytuje efektivnější péči než péče pouze podle modelu Gordonové a dochází k lepšímu, kvalitnějšímu uspokojování potřeb jedince.

Celkově byly v této práci zmapovány *možnosti aplikace modelu Kingové v péči o klienta na ortopedickém oddělení*. Tímto se zabýval i cíl č. 1. Tento cíl byl splněn. Výsledky výzkumného šetření nám ukázaly, jak se sestřím pracuje s model Kingové, jaké jsou výsledky uspokojování potřeb jedinců. Podle všech výsledků by bylo vhodné tuto kombinovanou péči aplikovat na ortopedickém oddělení.

6. Závěr

Diplomová práce s názvem „Aplikace modelu Kingové v péči o klienta na ortopedickém oddělení“ jsem se zabývala problematikou efektivnosti péče poskytované pouze podle modelu Gordonové a naproti tomu využití modelu Kingové s kombinací s model Gordonové.

Na ortopedickém oddělení je péče poskytována podle modelu Gordonové. Model Gordonové je rozdělen do 13 domén, podle kterých získáváme informace od pacienta/klienta. Tyto domény jsou vnímání zdraví, výživa, vylučování, aktivita a odpočinek, spánek a odpočinek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, sexualita, zvládání zátěže, životní principy, bezpečnost, ochrana a komfort, růst a vývoj. Podle získaných informací se následně poskytuje péče.

Model Kingové je zaměřen na interakci mezi sestrou a pacientem/klientem. Dosažení shody v interakci mezi sestrou a pacientem/klientem vytváří lepší předpoklad pro dosažení cíle v péči a tím saturování potřeb pacienta/klienta.

V souvislosti s tématem práce byly stanoveny 3 cíle práce. Prvním cílem bylo *zmapovat možnosti aplikace modelu Kingové v péči o klienta na ortopedickém oddělení*. Druhým cílem bylo *vytvořit dokumentaci podle modelu Kingové* a třetím *edukovat sestry o principu modelu Kingové a jeho použití v praxi*. Tyto cíle byly splněny.

Byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky. První otázka byla, *zda lze model Kingové uplatnit v péči o klienta na ortopedickém oddělení?* Odpovědí je, že ano, lze model využívat. Druhou otázkou bylo, *jak používání kombinace modelu Gordonové s modelem Kingové ovlivňuje ošetrovatelskou péči poskytovanou sestrami na ortopedickém oddělení?* Výsledkem je, že kombinace modelu Gordonové s modelem Kingové určitým způsobem ovlivňuje ošetrovatelskou péči poskytovanou sestrami na ortopedickém oddělení. Třetí otázka se zaměřila na to, *zda při poskytování péče podle modelu Gordonové v kombinaci s modelem Kingové dochází k lepšímu saturování potřeb klientů?* Z výsledků je patrné kombinací modelů dochází k lepšímu uspokojování potřeb. Poslední čtvrtá výzkumná otázka se zabývala tím, *jak sestry dokáží pracovat*

s vytvořenou dokumentací podle modelu Kingové? Odpovědí je, že sestry dokáží pracovat s dokumentací.

Do praxe navrhuji, aby kombinace modelu Gordonové a Kingové byla využívána v péči na ortopedickém oddělení. Kombinace poskytuje totiž efektivnější péči než péče pouze podle modelu Gordonové. Podvědomí sester o modelu Kingové může zlepšit jak vytvořená dokumentace, tak i brožura, která o tomto modelu pojednává.

Bylo by také vhodné prezentovat pomocí individuálních rozhovorů, přednášek či seminářů význam kombinace modelů Gordonové a Kingové. Tím by se zvýšila kvalita péče a uspokojování potřeb.

7. Klíčová slova

Pacient/klient

Sestra

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelský model

Imogene Kingová

Potřeby

8. Použité zdroje

1. ALLIGOOD, M., MARRINER-TOMEY, A. *Nursing theorists and their work*. 6. vyd. USA: Elsevier, 2006. 828 p. ISBN 0-323-03010-6.
2. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
3. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1.vyd. Hradec Králové: Nukleus HK, 2007. 107 s. ISBN 80-86225-63-1.
4. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCZ NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
5. ČECH, O. *Historie československé, české a slovenské ortopedie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 180 s. ISBN 978-80-7262-629-8.
6. ČECH, O. *Umělý kolenní kloub*. online 2010 [cit. 2010-09-29]. Dostupné z [www:<http://www.ortopedie-fyzioterapie.cz/ortopedicka-ambulance/umely-kolenni-kloub.html>](http://www.ortopedie-fyzioterapie.cz/ortopedicka-ambulance/umely-kolenni-kloub.html).
7. DOENGES, E., MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
8. DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8.
9. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství-teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

10. FAWCETT, J. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2. vyd. F. A. Davis Company, 2005. 623 p. ISBN 978-0-8036-1194-8.
11. FLAŠÁR, Z. *Pokyny pro pacienty s totální náhradou kyčelního kloubu*. online 2011 [cit. 2011-02-20].
Dostupné z www: <http://www.nemocnice.opava.cz/str/ortop/pokyny_kycle.htm>.
12. GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1.vyd. České Budějovice: ZSF JU V ČB, 1998. 86 s. ISBN 80-7040-286-5.
13. GÚTH, A. a kol. *Liečebné metodiky v Rehabilitácii pre fyzioterapeutov*. Bratislava: Liečreh Gúth, 2005. 470 s. ISBN 80-88932-16-5.
14. HAJNÝ, J. *Totální náhrada kolenního kloubu*. online 2011 [cit. 2011-02-20].
Dostupné z www: <<http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t213.rtf>>.
15. HOUSER, B., PLAYER, K. *Pivotal Moments in Nursing: Leaders Who Changed the Path of a Profession*. 1. vyd. USA: Sigma Theta Tau, 2007. 464 p. ISBN 978-1-9305-3819-1.
16. HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P. *Ošetřovatelství-ošetřovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada: 2009. 104 s. ISBN 978-80-247-2852-0.
17. JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetřovatelské modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2002. 84 s. ISBN 80-7042-339-0.
18. KARPAŠ, K. *Operace endoprotézy kyčelního kloubu: informace pro pacienty*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2004. 20 s. ISBN 80-86225-62-3.

19. KILLEEN, M., KING, I. Use of King's Conceptual System, Nursing Informatics, and Nursing classification. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2007, vol. 18, non. 2, p. 51-57. ISSN 1541-5147.
20. KING, I. *A Theory for nursing: Systems, concepts, progress*. 1. vyd. New York: John Wiley & Sons, 1981. 181 p. ISBN 0-8273-4267-5.
21. KLUSOŇOVA, E., PITNEROVA, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti: určeno zdravotním sestřám*. 2 vyd. Brno: NCONZO, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.
22. KOUKALOVÁ, S. „Model fungujícího zdraví“ M. Gordonová. online 2011 [cit. 2010-12 – 05]. Dostupné z www: <<http://vnl.xf.cz/ose/ose-gordonova.php>>.
23. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 1,2*. Martin: Osveta, 1995. 1450 s. ISBN 80-217-0528-0.
24. KRÁLÍČKOVÁ, T. *Komunitně-skupinová práce jako forma psychosociální pomoci seniorům v Domově důchodců Donovalská: Závěrečná práce*. Praha: Pražská psychoterapeutická fakulta, 2003. 28 s.
25. LÉTALOVÁ, H. Komplexní péče při totální endoprotéze. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 9, s. 39-40. ISSN 1210-0404.
26. MALÁKOVÁ, L. *Využití interakčního modelu I. Kingové v péči o pacienta s poruchou sluchu: Bakalářská práce*. České Budějovice: JU v ČB, ZSF, 2010. 72 s. 3 příl.
27. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

28. MEDLÍKOVÁ, O. *Lektorské dovednosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 176 s. ISBN 978-80-247-3236-7.
29. MELEIS, A. *Theoretical nursing: development and progress*. 4. vyd. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. 807 p. ISBN 978-0-7817-3673-2.
30. MORKESOVÁ, Š., URBANCOVÁ, S. Péče o pacienta po implantaci totální endoprotézy z pohledu fyzioterapeuta. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 38-39. ISSN 1210-0404.
31. NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
32. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
33. PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 146 s. ISBN 978-80-247-0858-4.
34. POLHORSKÁ, M. Rehabilitácia po TEP bedrového kloubu. *Sestra*, 2009, roč. 8, č. 5-6, s. 15-16. ISSN 1335-9444.
35. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
36. PŘIKRYL, P. SELUCKÝ, J. *Péče o pacienta po kloubní náhradě kyčle*. online 2009 [cit. 2010-10-13]. Dostupné z [www:<http://www.solen.cz/pdfs/med/2009/03/11.pdf>](http://www.solen.cz/pdfs/med/2009/03/11.pdf).

37. SIELOFF, CH., FREY, M. *Middle range theory development using King's conceptual system*. 1. vyd. New York: Springer Publishing Company, 2007. 316 p. ISBN 978-0-8261-0238-6.
38. SIGMUNDOVÁ, A. Edukace pacienta před plánovanou operací kyčelního kloubu. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 2, s. 32-33. ISSN 1210-0404.
39. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství pro zdravotnické osoby II. Pediatrie, chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 204 s. ISBN 978-80-247-2040-1.
40. SOSNA, A., POKORNÝ, D., JAHODA, D. *Náhrada kyčelního kloubu*. Praha: Triton, 2003, 58 s. ISBN 80-7254-302-4.
41. SOSNA, A., VAVŘÍK, P., KRBEC, M. a kol. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
42. STAŇKOVÁ, M., BLÁHA, K. *Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi II*. Brno: NCO NZO, 2003. 67 s. ISBN: 80-7013-388-0.
43. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
44. ŠPALÁKOVÁ, M., SEDLÁKOVÁ, G. Aplikace Kingové modelu u hemodialyzovaných pacientů. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 8-9. ISSN 1210-0404.
45. TÓTHOVÁ, V. *Koncepční modely a teorie ošetřovatelství*. online 2010 [cit. 2010-10-12].
Dostupné z www: <http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/externi/kos_3294/index.htm>.

46. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 564 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

47. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.

48. VYHNÁNEK, F. a kol. *Chirurgie III*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 135 s. ISBN 80-7333-009-1.

49. WORKMAN, B., BENNETT, C. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.

50. ŽIAKOVÁ, K. A KOL. *Ošetrovatel'ské konceptuálne modely*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2.

9. Přílohy

Příloha č. 1

Otázky k rozhovoru se sestrou o modelu podle Kingové

před edukací:

- Kolik je Vám let?
- Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra?
- Jaké máte vzdělání?
- Jaké modely péče jste za svoji praxi používala?
- Setkala jste se již dříve s modelem Kingové?
- Pokud ano, za jak okolností?
- Co víte o modelu Kingové?

po edukaci:

- Vyhovoval Vám způsob předání informací?
- Jak byste to udělala jinak?
- Myslíte si, že máte dostatek informací, abyste mohla použít model v praxi?
- Co si nyní myslíte o modelu Kingové?

po aplikaci v praxi:

- Potřebovala jste si některé informace ujistit či doplnit?
- Využila jste vytvořenou brožuru?
- Zodpověděla Vám brožura informace, které jste potřebovala?
- Co byste na brožuru změnila?
- V čem vidíte výhody a nevýhody tohoto modelu?
- V čem vidíte výhody a nevýhody spojení modelu podle Gordonové a Kingové?
- Je podle Vás vhodné, efektivní spojení využívat spolu s modelem Gordonové i model Kingové, jako jeho doplněk?
- Změnila se podle Vás poskytovaná ošetrovatelská péče spojením modelu Gordonové a Kingové?
- Změnilo se podle Vás uspokojování potřeb pacienta/klienta?

- Jak se Vám pracovalo s vytvořenou ošetrovatelskou dokumentací podle modelu Kingové?
- Byla podle Vás vytvořená ošetrovatelská dokumentace přehledná?
- Co byste na této dokumentaci změnila?
- Lze model Kingové uplatnit v péči o klienta na ortopedickém oddělení?
- Chtěla byste ve své práci využívat model Kingové?

Příloha č. 2

Brožura

Příloha č. 3

Doplnění ošetřovatelské anamnézy modelu Marjory Gordonové částí z anamnézy podle modelu Imogene Kingové

Jméno a příjmení	
-------------------------	--

Osobnostní systém	
<i>Růst a rozvoj osobnosti</i>	
Subjektivní hodnocení	dostatečné informace o zdravotním stavu <input type="checkbox"/> mám dostatek informací <input type="checkbox"/> mám částečné informace <input type="checkbox"/> nemám žádné informace <input type="checkbox"/> chtěl bych více informací <input type="checkbox"/> nepotřebuji více informací uvědomění důležitosti prevence, léčby, změna životního stylu <input type="checkbox"/> ano, je to důležité <input type="checkbox"/> ano, pravděpodobně je to důležité <input type="checkbox"/> nevím, zda je to důležité <input type="checkbox"/> spíše to není důležité <input type="checkbox"/> je to nedůležité <input type="checkbox"/> budu se snažit dodržovat zásady <input type="checkbox"/> částečně budu dodržovat zásady <input type="checkbox"/> nebudu dodržovat zásady
Objektivní hodnocení	zhodnocení kvality přijatých informací <input type="checkbox"/> chápe přijaté informace v plném rozsahu <input type="checkbox"/> chápe část informací <input type="checkbox"/> nechápe informace <input type="checkbox"/> nepotřebuje další doplnění informací <input type="checkbox"/> potřebuje doplnit část informací <input type="checkbox"/> potřebuje doplnit všechny informace schopnost adaptace na zdravotní stav <input type="checkbox"/> je schopen adaptace <input type="checkbox"/> je schopen částečně adaptace <input type="checkbox"/> není schopen adaptace <input type="checkbox"/> snaží se o změnu zdravotního stavu <input type="checkbox"/> snaží se částečně o změnu zdr. stavu <input type="checkbox"/> nesnaží se o změnu zdrav. stavu
Interpersonální systém	
<i>Interakce</i>	
Objektivní hodnocení	navázání kontaktu <input type="checkbox"/> individuální přístup <input type="checkbox"/> empatický přístup <input type="checkbox"/> jiný..... <input type="checkbox"/> velmi dobrý <input type="checkbox"/> spíše dobrý <input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> spíše horší <input type="checkbox"/> špatný ochota komunikovat <input type="checkbox"/> velmi dobrá <input type="checkbox"/> spíše dobrá <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> spíše horší <input type="checkbox"/> špatná vyjadřování pocitů <input type="checkbox"/> otevřeně <input type="checkbox"/> částečně <input type="checkbox"/> nevyjadřuje pocity <input type="checkbox"/> s obavami <input type="checkbox"/> bez obav důvěra (sestra+klient) <input type="checkbox"/> velmi dobrá <input type="checkbox"/> spíše dobrá <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> spíše horší <input type="checkbox"/> špatná
<i>Komunikace</i>	
Subjektivní hodnocení	společnost <input type="checkbox"/> společenský <input type="checkbox"/> straní se <input type="checkbox"/> introvert <input type="checkbox"/> extrovert kontakt s rodinou <input type="checkbox"/> udržuje stále <input type="checkbox"/> udržuje občas <input type="checkbox"/> udržuje výjimečně <input type="checkbox"/> neudržuje <input type="checkbox"/> telefonicky <input type="checkbox"/> osobně <input type="checkbox"/> internet (e-mail, ISQ, facebook) zájem o rozhovor <input type="checkbox"/> velmi častý <input type="checkbox"/> častý <input type="checkbox"/> občasný <input type="checkbox"/> žádný zájem soukromí <input type="checkbox"/> vyhledává stále <input type="checkbox"/> vyhledává občas <input type="checkbox"/> nevyhledává

Objektivní hodnocení	komunikace <input type="checkbox"/> velmi dobrá <input type="checkbox"/> spíše dobrá <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> spíše horší <input type="checkbox"/> špatná <input type="checkbox"/> s personálem <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> se spolupacienty <input type="checkbox"/> kamarády <input type="checkbox"/> jiné spolupráce <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> malá <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> žádná komunikační prvky <input type="checkbox"/> verbální <input type="checkbox"/> neverbální postoj <input type="checkbox"/> optimistický <input type="checkbox"/> spíše optimistický <input type="checkbox"/> neutrální <input type="checkbox"/> spíše pesimistický <input type="checkbox"/> pesimistický <input type="checkbox"/> konfliktní <input type="checkbox"/> nekonfliktní vyrovnanost <input type="checkbox"/> vyrovnaný <input type="checkbox"/> spíše vyrovnaný <input type="checkbox"/> spíše nevyrovnaný <input type="checkbox"/> nevyrovnaný spolupráce rodiny <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> malá <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> žádná
<i>Transakce</i>	
Subjektivní hodnocení	prevence k onemocnění <input type="checkbox"/> chci dbát na prevenci <input type="checkbox"/> částečně budu dbát na prevenci <input type="checkbox"/> nebudu dbát na prevenci <input type="checkbox"/> změna výživy <input type="checkbox"/> změna k aktivnímu pohybu <input type="checkbox"/> stop kouření <input type="checkbox"/> stop alkoholu <input type="checkbox"/> stop jiné..... <input type="checkbox"/> naučení se ošetřování <input type="checkbox"/> jiné
Objektivní hodnocení	transakce <input type="checkbox"/> kladná <input type="checkbox"/> neutrální <input type="checkbox"/> záporná komunikace se zdravotním personálem <input type="checkbox"/> velmi dobrá <input type="checkbox"/> spíše dobrá <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> spíše horší <input type="checkbox"/> špatná spolupráce na dosažení cílů <input type="checkbox"/> velmi dobrá <input type="checkbox"/> spíše dobrá <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> spíše horší <input type="checkbox"/> špatná předcházení komplikacím <input type="checkbox"/> aktivně se učí <input type="checkbox"/> částečně se učí <input type="checkbox"/> pasivně se učí <input type="checkbox"/> neučí se
<i>Role: rodinná, profesní, společenská</i>	
Subjektivní hodnocení	role rodinná <input type="checkbox"/> matka/otec <input type="checkbox"/> manžel/ka <input type="checkbox"/> dcera/syn <input type="checkbox"/> babička/dědeček <input type="checkbox"/> přítel/kyně <input type="checkbox"/> jiná role profesní <input type="checkbox"/> zaměstnaný/á, kde <input type="checkbox"/> nezaměstnaný <input type="checkbox"/> důchod role společenská <input type="checkbox"/> žena/muž <input type="checkbox"/> jiná
Objektivní hodnocení	role rodinná <input type="checkbox"/> matka/otec <input type="checkbox"/> manžel/ka <input type="checkbox"/> dcera/syn <input type="checkbox"/> babička/dědeček <input type="checkbox"/> přítel/kyně <input type="checkbox"/> jiná role profesní <input type="checkbox"/> zaměstnaný/á, kde <input type="checkbox"/> nezaměstnaný <input type="checkbox"/> důchod <input type="checkbox"/> pacient/klient <input type="checkbox"/> student role společenská <input type="checkbox"/> žena/muž <input type="checkbox"/> jiná

Sociální systém	
<i>Autorita</i>	
Subjektivní hodnocení	postavení v rodině <input type="checkbox"/> dominantní <input type="checkbox"/> rovnocenné <input type="checkbox"/> nízké respekt <input type="checkbox"/> mám <input type="checkbox"/> spíše mám <input type="checkbox"/> spíše nemám <input type="checkbox"/> nemám
Objektivní hodnocení	respekt k nemocničním opatřením, omezením <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> spíše ano <input type="checkbox"/> spíše ne <input type="checkbox"/> ne zodpovědnost v léčebném režimu <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> spíše ano <input type="checkbox"/> spíše ne <input type="checkbox"/> ne chování <input type="checkbox"/> autoritativní <input type="checkbox"/> asertivní <input type="checkbox"/>
<i>Síla a moc</i>	
Subjektivní hodnocení	sebevědomí <input type="checkbox"/> stabilní <input type="checkbox"/> nestabilní <input type="checkbox"/> vysoké <input type="checkbox"/> spíše vysoké <input type="checkbox"/> vyrovnané <input type="checkbox"/> spíše nízké <input type="checkbox"/> nízké síla energie <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> spíše silná <input type="checkbox"/> spíše slabá <input type="checkbox"/> slabá <input type="checkbox"/> výkyvy výkyvy energie <input type="checkbox"/> stále <input type="checkbox"/> spíše často <input type="checkbox"/> méně často <input type="checkbox"/> ojediněle <input type="checkbox"/> nikdy
Objektivní hodnocení	nálada <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> smutná <input type="checkbox"/> veselá <input type="checkbox"/> jiná..... pocity <input type="checkbox"/> klidný/á <input type="checkbox"/> beznaděj <input type="checkbox"/> bezmocnost <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> jiné vyrovnanost <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> spíše ano <input type="checkbox"/> spíše ne <input type="checkbox"/> ne
<i>Status, postavení</i>	
Subjektivní hodnocení	změna postavení <input type="checkbox"/> zásadní <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> jaká.....
Objektivní hodnocení	změna postavení <input type="checkbox"/> je stále stejné <input type="checkbox"/> změnilo se částečně změnilo <input type="checkbox"/> nezměnilo se <input type="checkbox"/> jaká změna
<i>Tvorba rozhodnutí</i>	
Subjektivní hodnocení	způsob rozhodování <input type="checkbox"/> samostatné <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> nerozhodují se <input type="checkbox"/> sama <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> jiné..... rozhodování v době nemoci <input type="checkbox"/> omezená <input type="checkbox"/> částečně omezená <input type="checkbox"/> spíše neomezená <input type="checkbox"/> neomezená
Objektivní hodnocení	způsob rozhodování <input type="checkbox"/> samostatné <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> nerozhodují se <input type="checkbox"/> sama <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> jiné..... rozhodování v době nemoci <input type="checkbox"/> omezená <input type="checkbox"/> částečně omezená <input type="checkbox"/> spíše neomezená <input type="checkbox"/> neomezuje nás

Příloha č. 4

Specifikace: výzkumné šetření

Téma: Aplikace modelu Kingové v péči o klienta na ortopedickém oddělení

Souhlas s poskytováním informací pro účely výzkumného šetření

Jméno:

Ročník:

Příjmení:

Stanice: Ortopedie

Souhlasím s poskytnutím a s využitím informací, které budou získány v průběhu mého ošetřování. Tyto informace smějí být použity a zpracovány pro výzkumné šetření v diplomové práci na téma : Aplikace modelu Kingové v péči o klienta na ortopedickém oddělení.

Byl/a jsem informován/a o účelu a zpracování informací. Jsem si vědom/a, že tyto údaje budou využity pouze pro účely diplomové práce a že získané informace, které budou použity ve výzkumném šetření, budou zcela anonymní.

Byl/a jsem poučen/a, že od souhlasu s poskytováním informací pro účely výzkumného šetření mohu kdykoli odstoupit a údaje nebudou použity.

V Českých Budějovicích dne

Podpis klienta

.....

Podpis Bc. Alžběta Kremsová

.....

Příloha č. 5

Specifikace: výzkumné šetření

Téma: Aplikace modelu Kingové v péči o klienta na ortopedickém oddělení

Souhlas s poskytováním informací pro účely výzkumného šetření

Jméno:

Ročník:

Příjmení:

Stanice: Ortopedie

Souhlasím s poskytnutím a s využitím informací, které budou získány v průběhu mého ošetřování. Tyto informace smějí být použity a zpracovány pro výzkumné šetření v diplomové práci na téma : Aplikace modelu Kingové v péči o klienta na ortopedickém oddělení.

Souhlasím, aby v rámci ošetřovatelské péče, byl použit standardní postup s kombinací aplikace ošetřovatelského modelu podle Imogene Kingové.

Byl/a jsem informován/a o účelu, zpracování informací a druhu výzkumného šetření. Jsem si vědom/a, že všechny údaje budou využity pouze pro účely diplomové práce a že získané informace, které budou použity ve výzkumném šetření, budou zcela anonymní.

Byl/a jsem poučen/a, že od souhlasu s poskytováním informací pro účely výzkumného šetření mohu kdykoli odstoupit a údaje nebudou použity.

V Českých Budějovicích dne

Podpis klienta

.....

Podpis Bc. Alžběta Kremsová

.....