

I Modelli funzionali di Gordon

MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE Modello di salute e di benessere percepito dalla persona e i comportamenti per il mantenimento o gestione della salute

MODELLO NUTRIZIONALE E METABOLICO Modello abituale di assunzione di cibi e bevande e le caratteristiche fisiche che riguardano lo stato nutrizionale (peso, altezza, stato della cute)

MODELLO DI ELIMINAZIONE Caratteristiche della funzione urinaria e intestinale: regolarità, continenza, modifiche

MODELLO DI ATTIVITA' ED ESERCIZIO FISICO Capacità della persona di svolgere le abituali attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, muoversi), quantità e qualità dell'attività fisica e modello del tempo libero

MODELLO SONNO-RIPOSO Caratteristiche del sonno e del riposo e percezione della persona rispetto alla qualità del suo sonno

MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO Funzionalità dei cinque sensi, adeguatezza del linguaggio, memoria, percezione del dolore

MODELLO DI PERCEZIONE DI SE' - CONCETTO DI SE' Atteggiamenti verso se stessi, il senso del proprio valore

MODELLO DI RUOLO E RELAZIONI Ruolo della persona nella famiglia, nella comunità, nel lavoro, eventuale dipendenza dagli altri per la malattia

MODELLO DI SESSUALITA' E RIPRODUZIONE Funzione riproduttiva, rapporto tra sessualità e malattia

MODELLO DI COPING E TOLLERANZA ALLO STRESS Eventi stressanti e strategie utilizzate per far fronte al problema, capacità di gestione dello stress

MODELLO DI VALORI E CONVINZIONI Valori, obiettivi, convinzioni, pratiche spirituali

DOMANDE GUIDA PER ACCERTAMENTO

Per indagare quale sia problema principale:

- Di che cosa parla prevalentemente la persona assistita?
- C'è un problema che ritiene molto invalidante/oppressivo/ricorrente?
- Quale sono le sue priorità rispetto il proprio stato di salute?

Modello di percezione e gestione della salute

- Come considera le sue condizioni generali di salute?
- Cosa ritiene importante per la sua salute?
- Quali atteggiamenti adotta per mantenersi in salute?
- Vorrebbe modificare qualcosa delle sue abitudini di vita?

Modello nutrizionale e metabolico

- Cosa mangia abitualmente durante la giornata?
- A suo parere i pasti che consuma sono soddisfacenti?
- Ha avuto particolari variazioni di peso negli ultimi anni?
- In prossimità e durante i pasti insorgono problemi particolari?
- Ha mai avuto problemi di secchezza o lesioni cutanee?

Modello di eliminazione

- Le è mai capitato di avere qualche problema durante la minzione?
- Le è mai capitato di avere problemi durante l'evacuazione?
- È regolare nell'eliminazione urinaria e intestinale?

Modello di attività ed esercizio fisico

- Quali attività preferisce svolgere nel suo tempo libero e con quale frequenza?
- Durante la giornata è in grado di compiere gesti e attività legati alla sua quotidianità (es. fare il bagno, deambulare autonomamente ecc.)

Modello di sonno e riposo

- Ha difficoltà a prendere sonno o problemi di insonnia durante la notte?
- Durante il giorno si sente riposato e pieno di energia?

Modello cognitivo-percettivo

Verificare se paziente orientato nel tempo spazio, lucido, se ha problemi percettivi, assenza/presenza di dolore, funzionalità cinque sensi.

Modello di percezione-concetto di sé

- Ci sono o ci sono state delle modifiche al suo corpo che le hanno creato dei problemi?
- Riferisce ansia/paura/preoccupazione riguardo le sue condizioni?
- Che cosa la aiuta? Che cosa aumenta le sue ansie/paure/preoccupazioni?

Modello di ruolo e relazioni

- Quale ruolo ricopre all'interno della sua famiglia? Come è composto il suo nucleo familiare e quali ruoli ricoprono coloro che ne fanno parte?
- Le capita mai di sentirsi solo?
- In una condizione di difficoltà a chi chiederebbe aiuto per primo?
- Quale lavoro svolge?
- Ha persone su cui contare al di fuori della propria famiglia?

Modello di sessualità e riproduzione

- Ha notato cambiamenti/difficoltà che influiscono sulla sua sfera sessuale?
- È soddisfatto della propria sfera sessuale?

Modello di coping-tolleranza allo stress

- Quali sono le situazioni nelle quali trova maggiore difficoltà ad adattarsi?
(patologie/farmaci/condizioni/altro)
- Ha avuto perdite o cambiamenti importanti nell'ultimo anno?
- Come riesce a superare periodi/eventi particolarmente stressanti?
- Nella sua vita quotidiana si sente in grado di affrontare le sue difficoltà?
- Ritiene di avere buone capacità di adattamento?

Modello di valori e convinzioni

- Si ritiene una persona determinata nelle proprie scelte?
- Quale valore ritiene di assoluta importanza nella sua vita?
- Ha progetti importanti per il suo futuro?
- La religione è importante nella sua vita? Le dà sostegno nei momenti di difficoltà?