

Masarykova univerzita

Lékařská fakulta

Katedra ošetrovatelství

Kamenice 3, Brno

Seminární práce z předmětu Odborná ošetrovatelská praxe I

**Ošetrovatelský proces dle modelu Majory Gordonové
u pacienta s diagnózou atrioventrikulární blokáda III. stupně
na oddělení IKK A**

Vypracovala: Simona Mikulcová

Ročník: 1. ročník – podzimní semestr

Studijní obor: Všeobecná sestra

Forma studia: prezenční

Akademický rok: 2018/2019

Brno 2018

Obsah

1	Úvod.....	3
2	Základní informace o pacientovi.....	4
3	Ošetrovatelská anamnéza – sběr dat dle modelu Gordonové	6
3.1	Vnímání zdraví, zdravotního stavu.....	6
3.2	Výživa a metabolismus.....	6
3.3	Vylučování.....	6
3.4	Aktivita, cvičení.....	7
3.5	Spánek, odpočinek.....	7
3.6	Vnímání, poznávání.....	7
3.7	Sebekoncepce, sebeúcta.....	8
3.8	Plnění rolí, mezilidské vztahy	8
3.9	Sexualita, reprodukční schopnost	8
3.10	Stres, zátěžové situace, tolerance a jejich zvládání.....	8
3.11	Víra, přesvědčení, hodnoty	8
4	Objektivní metody a škály	10
4.1	Základní screeningové vyšetření sestrou	10
4.2	Hodnocení poruchy vědomí.....	11
4.3	Hodnocení soběstačnosti	12
4.4	Hodnocení rizika pádu.....	13
4.5	Hodnocení klasifikace tíže tromboflebitidy	14
4.6	Hodnocení nutrice.....	15
4.7	Hodnocení bolesti	16
4.8	Hodnocení rizika vzniku dekubitů.....	16
5	Seznam použité literatury.....	17

1 Úvod

Majory Gordon je profesorkou a koordinátorkou ošetrovatelství dospělých na Boston College, Chestnut Hill ve státě Massachusetts. Je prezidentkou Nanda. Je členkou Americké ošetrovateľské akademie. Zároveň také autorkou ošetrovateľského modelu „Modelu funkčního typu zdraví, který publikovala v roce 1987. Model umožňuje systematické ošetrovateľské hodnocení zdravotního stavu klienta v jakékoli oblasti systému péče – primární, sekundární i terciální. Model vychází z toho, že všichni jedinci mají určité typy chování, které souvisí s jejich zdravím, kvalitou života, rozvojem schopností a dosažením schopností. Její koncept vyvíjí systematickou komunikaci v multidisciplinárním týmu. Ošetrovateľským cílem je nejvyšší úroveň zdraví a přijetí odpovědnosti jedince za své zdraví. Jedinec je vnímán jako holistická bytost. Jak z pohledu biologických, tak psychicko – duchovních a sociálně – kulturních potřeb. Metaparadigmatickou koncepcí je osoba, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Základní struktura vzorců chování popisuje 12 oblastí. Každý vzorec představuje určitou část zdraví, která může být buď funkční nebo dysfunkční.

2 Základní informace o pacientovi

Iniciály: R.H.

Pohlaví: Muž

Věk: 65 let

Den hospitalizace: 2.den

Důvod hospitalizace: Synkopa, bradykardie

Základní diagnóza: AV blokáda III. stupně

Vedlejší diagnóza:

Diabetes mellitus 2. typu

Renální insuficience

Dekompenzovaná hypertenze

Hepatopatie

Psoriáza

Nevolnost a únava

Borelióza - před 20 lety

Pohybový režim: 2 soběstačný, chodící v rámci oddělení

Dieta: 9 - diabetická

Plánovaná vyšetření: Echokardiografie 15.11.

Absolvovaná vyšetření: Biochemické vyšetření krve - urea, kreatinin, ionty

Invazivní vstupy: LHK 2. den

Terapie doma: Doba si užije léky od bolesti kloubů

Terapie v nemocnici: Analgetika na bolest + léky per os (viz terapie v nemocnici)

Léky per os:

Essentiale forte N 300 mg cps. 1-1-1 - hepatoprotektiva

Tolura 80 mg tbl. 1-0-1 - antihypertenzivum

Siofor 100 mg tbl. 1-1-1 - antidiabetika

Glykada 60 mg tbl. ½-0-½ - antidiabetika

Léky i.v.

Prostaphilin 2 g před a po výkonu

3 Ošetřovatelská anamnéza – sběr dat dle modelu Gordonové

3.1 Vnímání zdraví, zdravotního stavu

Pacient přijatý k hospitalizaci dne 14.11. 2018 po náhlé synkopě doma. Pacient udává mžítiky před očima a točení hlavy. Tyto stavy často končí pádem, zejména při zátěži. Po poslední synkopě pan R.H. nalezen synem na zahradě u domu. Syn transportuje otce do nemocnice. Hospitalizace z akutního důvodu, naposledy byl pacient hospitalizován v roce 2007 kvůli operaci TEP kyčle – totální endoprotéza kyčelního kloubu. Od té doby v nemocnici nebyl. Pan R.H je soběstačný pacient ve všech oblastech sebepéče. Hygienu a péči o sebe zvládá samostatně. Hospitalizaci zvládá dobře. Pacient je nekuřák, přestal kouřit před 30 lety. Během práce doma nebo na zahradě si dá dvě piva, ale není to pravidelné. Tvrdý alkohol pije jen výjimečně. Denně vypije 2 hrnky turecké kávy. Léky mimo ordinace neužívá, na kůži z důvodu psoriázy užívá konopnou mast, kterou si maže celé tělo. Prevenci pan R.H. zanedbává a k lékařům nechodí. Jeden z důvod je i ten, že je nespokojen se svým praktickým lékařem. Doma si provádí selfmonitoring glykémie. Pacient svůj stav bere na lehkou váhu. Dietní omezení příliš nedodržuje. Dnes je již v důchodovém věku, dříve pracoval jako elektrikář poté jako lesník a dělník. Pacient u odběru anamnézy je velice komunikativní a sdílný.

3.2 Výživa a metabolismus

Pacient má diagnostikován diabetes mellitus 2. typu, užívá perorální antidiabetika a k tomu se snaží dodržovat diabetickou dietu s číslem 9. Pacient měří 177 cm a váhu udává 105 kg. Hmotnost si drží stále stejnou, za posledního půl roku nezhubl ani nepřibral. BMI dosáhlo hodnoty 33,52 čili obezita 1. stupně. Chuť k jídlu je snižená, ale vzhledem k cukrovce se pacient snaží jíst pravidelně. Nejraději pije obyčejnou vodu nebo vodu s citrónem. Za den vypije zhruba 2 litry tekutin a pocit žízně během dne nepocituje. Pacient protézu nemá, má pouze zubní můstky. U zubaře byl nedávno kvůli zánětu zubu. Vlasy jsou šedivé a jemné. Pod nehty se vyskytují ložiska lupénky. Barva kůže je normální, někdy pruritus, pomáhají konopné masti a udržování pokožky v suchu. Dříve se o kůži staral pravidelně. Kožní turgor má pacient snížený, otoky na kůži se nevyskytují. Pacient má zavedou periferní venózní kanylu 2. den na LHK. Výskyt operační rány po operaci TEP levé kyčle.

3.3 Vylučování

V oblasti vylučování pacient neudává žádné obtíže. Inkontinence moči nebo stolice není přítomna. Močení je spontánní, pravidelné. Barva moči je slámově žlutá s charakteristickým zápachem. Retenci, strangurii nebo dysurii pacient neudává. Při vaření bylinných čajů močí

pacient častěji. Na stoličce chodí zpravidla jednou denně. Stoličce bez patologických příměsí, zápachů, barva stolice fyziologická. Pacient neužívá laxativa.

3.4 Aktivita, cvičení

Pohybový režim během hospitalizace číslo 2 – chodící, pacient soběstačný, volný pohyb v rámci oddělení. Po operaci kyčle mu chvilku trvá, než se rozejde, cítí ztuhlost kloubů, poté už chůze bez problémů. Kompenzační pomůcky při chůzi nevyužívá. Při změně počasí cítí zvýšenou bolestivost kloubů. Dříve častý výskyt křečí kvůli nadměrné práci. Momentálně křečemi netrpí. Pravidelně jezdil na kole, ale po pádu z kola má strach na něho nasednout. Doma také jezdí na rotopedu a se psem chodí na procházky. Mezi jeho oblíbené aktivity patří práce na zahradě a na poli. Během pobytu v nemocnici se dívá na televizi, poslouchá rádio nebo si čte knížky.

3.5 Spánek, odpočinek

Pacient udává problémy se spánkem, hlavně potíže s usínáním. Chodí spát nejdříve ve 2 hodiny ráno. Pravidelně usíná u televize. Spí maximálně 7 hodin denně. Ráno se probouzí unavený. Spánkový deficit dospívá po obědě. Léky na spaní neužívá. Zatím problémy se spánkem nijak neřešil. Sny ani noční můry nemá. Jako způsob relaxace bere procházku se psem.

3.6 Vnímání, poznávání

Pacient je plně orientován časem, místem i osobou. Žádné kvalitativní změny vědomí nebyly pozorovány. Mezi kvantitativní bychom mohli zařadit výskyt častých synkop či mdlob. Pacient trpí krátkodobou ztrátou vědomí, hlavně při zátěži z důvodu základního onemocnění. Poté se rychle probouzí. Výskyt retrogradní amnézie. Ke korekci zraku používá pacient bifokální brýle pro dalekozrakost i krátkozrakost. Pacient rozumí položeným otázkám, odpovídá srozumitelně, plynuje a jasně. V oblasti sluchu pan R.H. nemá žádné obtíže, slyší dobře, naslouchátko nepoužívá. Pacient udává dlouhodobé bolesti velkých i malých kloubů hlavně při změně počasí a z důvodu psoriázy. Psoriázou trpí od svých 20 let. Psoriázou trpěl i pacientův otec. Pan R.H. pociťuje občasné svědění celého těla. Uvádí, že svědění bývalo intenzivnější.

3.7 Sebekoncepce, sebeúcta

„Jsem nebo snažím se být optimistický. S přibývajícím věkem na sobě sleduji vyšší náladovost a často se cítím naštvaně,“ říká pan R.H. Je spokojený se svým zevnějškem a kila navíc neřeší. S psoriázou na těle je vyrovnaný. Nikdy ji nebral jako překážku. Mrzí ho, že nezůstal pracovat v pivovaru, práce ho tam bavila. Měnil další zaměstnání, ve kterých nebyl spokojený. Pracoval jako elektrikář, dělník a lesník. V důchodu si užívá práci na zahradě a na poli. Ví, že by měl zlepšit životosprávu.

3.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pan R.H žije se svou manželkou v rodinné domě s velkou zahradou. Vlastní také spoustu polí, která se snaží sám obdělávat. Má dva syny, kteří v domě nežijí. Práci na polích a zahradě doposud zvládal sám. Manželka a synové by nejraději pole prodali. Pana R.H však práce baví a naplňuje, nechce se jí vzdát. Vážné problémy v rodině nemá. Měl konflikt s mladším synem, který nechtěl být hospitalizován v nemocnici. Syn se také léčí na diabetes mellitus 2. typu. Rodina již dříve upozorňovala pacienta na zpomalení životního tempa a dodržování zdravé životosprávy. Jsou rádi, že pacient je hospitalizován pod odborným dohledem. Věřící, že se jeho kolapsové stavylepší. Do nemocnice ho přivezl mladší syn. Je toho názoru, že o věcech je potřeba mluvit, nejlepší cesta řešení problému je, se dohodnout. V mladším věku byl členem dobrovolných hasičů a fotbalistů.

3.9 Sexualita, reprodukční schopnost

Pacient nikdy netrpěl žádnou pohlavní chorobou. Neprodělal hyperplazii prostaty. Na preventivní prohlídky k lékaři nechodí. Se svou ženou je ženatý 32 let, má dva syny. Manželka je teď také nemocná, na sexuální život nemají myšlenky.

3.10 Stres, zátěžové situace, tolerance a jejich zvládání

Se stresem se vyrovnává po svém. Všechno bere, věci dokáže překousnout. V poslední době se cítí více rozrušený. Relaxovat chodí do lesa. Nejvíce ho trápí jeho a manželčin zdravotní stav. Věřící, že se oba dva vyléčí.

3.11 Víra, přesvědčení, hodnoty

Pan R.H je nevěřící, ateista. Věřící v dobré lidi a také sám v sebe. Do kostela nikdy nechodil ani se nemodlí. Hodnoty nemá prioritně uspořádané. Neřadí na první místo zdraví, rodinu ani

peníze. Tvrdí, že důležité je mít od každého trochu. Mezi životního cíle pana R.H. patří mít se v životě dobře a vyhnout se obtížím.

4 Objektivní metody a škály

4.1 Základní screeningové vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava zevnějšku: upravený, čistý, nehty a vlasy čisté

Dutina ústní a nos: sliznice jsou růžové, bez povlaků, dutina ústní i nosní čistá

Zuby: zuby vlastní, zubní náhradu nenosí, má zubní můstky

Sluch: slyší dobře, naslouchátko nepoužívá

Zrak: používá brýle na čtení i do dálky

Puls: 71' regularis - normokardie, dobře hmatný, plný

Dýchání: 18 ' - eupnoe, pravidelné, klidné bez patologických změn

Krevní tlak: 161/99 mmHg – hypertenze, pacient užívá léky na hypertenzi

Tělesná teplota: 36,6 °C - normotermie

Hmotnost nynější/nahlášená: 105 kg

Výška: 177 cm

BMI: 33,52 - obezita 1. stupně

Stisk ruky: pevný

Rozsah pohybu kloubů: po operaci levé kyčle zmenšený, se změnou počasí pohyb bolestivý

Svalová tuhost/pevnost: přiměřená věku a operaci kyčli

Kůže: kožní turgor snížený, na kůži se vyskytují červená olupující se ložiska, kůže občas svědí, otoky pacient netrpí, europoidní rasa

Chůze: při začátku chůze pacient pocítuje ztuhlost kloubů, poté chůze bez problémů a bolestí, pacient nevyužívá kompenzačních pomůcek

Držení těla: vzpřímené, široký stoj rozkročný

Chybění části těla: ne

PVK: zavedena 2. den na LHK

Pohybový režim: pohybový režim číslo 2 – soběstačný, chodící po oddělení

4.2 Hodnocení poruchy vědomí

GLASGOWSKÁ STUPNICE HLOUBKY BEZVĚDOMÍ (GCS = GLASGOW COMA SCALE)

Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí			
Oblast	Činnost	Odpověď	Skóre
1.	Otevření očí	spontánní	4
		na oslovení	3
		na bolest	2
		bez reakce	1
2.	Slovní odpověď	orientovaná	5
		zmatená	4
		nekomunikuje	3
		nesrozumitelné zvuky	2
		žádná odpověď	1
3.	Reakce na bolest	provede na příkaz pohyb	6
		lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
		úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
		necílená flexe končetiny (dekortikační reakce)	3
		necílená extenze končetiny (decebrační reakce)	2
		nereaguje	1

HODNOCENÍ:	
15 bodů	Plné vědomí
14 - 13 bodů	Léhká porucha vědomí
12 - 9 bodů	Střední porucha vědomí
8 - 3 body	Závažná porucha vědomí

Pacient je plného vědomí, dosáhl plného počtu bodů v glasgowské stupnici hloubky vědomí.

4.3 Hodnocení soběstačnosti

BARTHELOVÉ TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (ADL – aktivity daily living)

Činnost	Provedení	Bodové ohodnocení
1. najedení	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas kontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas kontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

HODNOCENÍ stupně závislosti v základních všech činnostech:	
Body	Závislost
100 bodů	nezávislý
95 - 65 bodů	lehká závislost
60 - 45 bodů	závislost středního stupně
40 - 0 bodů	vysoce závislý

Pacient dosáhl plného počtu bodů. Je zcela nezávislý.

4.4 Hodnocení rizika pádu

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU DLE CONLEYOVÉ UPRAVENO JURÁSKOVOU 2006

Rizikové faktory pro vznik pádu			
Anamnéza	DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
	věk nad 65 let a více		2 body
	pád v anamnéze		1 bod
	pobyt prvních 24 hodin po hospitalizaci nebo překladi		1 bod
	zrakový/sluchový		1 bod
	užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky hypnotika,tranquilizery, antidepresiva, antihypertenziva)		1 bod
	hypnotika,tranquilizery, antidepresiva, antihypertenziva)		
Vyšetření	Soběstačnost	úplná	0 bod
		částečná	2 body
		nesobečnost	3 body
	Schopnost spolupráce	spolupracující	0 bodů
		částečně spolupracující	1 bod
		nespolupracující	2 body
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetrovatelského personálu)	Míváte někdy závratě?		3 body
	Máte v noci nucení na močení?		1 bod
	Budíte se v noci a nemůžete usnout?		1 bod

HONOCENÍ rizika pádu Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006:	
Body	Riziko
0 - 4 body	Bez rizika
5 - 13 bodů	Střední riziko
14 - 19 bodů	Vysoké riziko

Pacient v bodovém hodnocení získal celkem 8 bodů. Má tedy střední riziko pádu.

4.5 Hodnocení klasifikace tíže tromboflebitidy

HODNOCENÍ ZNÁMEK INFEKCE PERIFERNÍHO ŽILNÍHO KATÉTRU DLE MADONNA

Body	Bolest a reakce okolí
0	Není bolest ani reakce v okolí
1	Pouze bolest, není reakce v okolí
2	Bolest a zarudnutí
3	Bolest, zarudnutí, otok nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
4	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

Pacient měl zavedou periferní venózní kanylu na levém předloktí 2. den. Znamky infekce se u pacienty nevyskytly.

4.6 Hodnocení nutriční

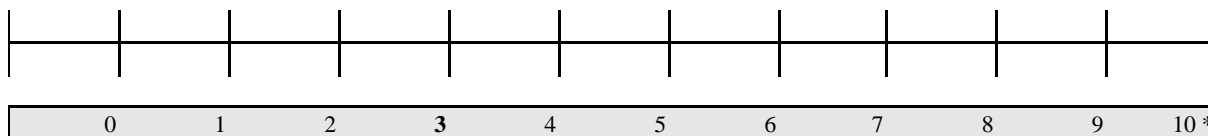
ŠKÁLA PRO HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY (krátká verze Mini – Nutritional Assessment – Short Form)

A	Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání stravy (obtížné žvýkání či polykání)	ano, výrazně	0
		jen mírně	1
		ne	2
B	Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce	více než 3 kg	0
		není přesný údaj	1
		1 - 3 kg	2
		nebyl úbytek hmotnosti	3
C	Pohyblivost/mobilita	upoután na lůžko/vozik	0
		pohyb jen po místnosti	1
		vychází z bytu	2
D	Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz psychické trauma?	ano	0
		ne	2
E	Psychický stav	těžká demence nebo deprese	0
		mírná demence nebo deprese	1
		normální stav, bez psychické poruchy	2
F	BMI (Body Mass Index) hmotnost (kg)...tělesná výška (cm)...	BMI < 19	0
		BMI 19 až < 21	1
		BMI 21 až < 23	2
		BMI 23 nebo více	3

HODNOCENÍ Škála pro hodnocení stavu výživy:	
Body	
12 - 14 bodů	stav výživy dobrý, normální nález, není nutné další vyšetření
11 bodů a méně	možná porucha výživy/podvýživy, je nutno doplnit další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy

Pacient získal celkem 12 bodů. Stav výživy je u pacienta v pořádku.

4.7 Hodnocení bolesti



Pacient udával chronické bolesti kloubů na numerické škále č. 3.

4.8 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

ROZŠÍŘENÁ STUPNICE NORTONOVÉ

	4	3	2	1
Schopnost spolupráce	úplná	malá	částečná	žádná
Věk	do 10	do 20	do 60	60+
Stav pokožky	normální	alergie	vlhká	suchá
Další nemoci	žádné	DM, teplota anémie...	ucpání cév obezita...	karcinom
Tělesný stav	dobrý	zhoršený	špatný	velmi špatný
Stav vědomí	dobrý	apatický	zmatený	bezvědomí
Pobyblivost	úplná	částečně omezená	velmi omezená	žádná
Inkontinence	není	občas	převážně močová	stolice i moč
Aktivita	chodí	doprovod	sedačka	upoután na lůžko

HODNOCENÍ Rizika vzniku dekubitů:	
Body	Riziko
25 - 24 bodů	Nízké riziko
23 - 19 bodů	Střední riziko
18 - 14 bodů	Vysoké riziko
13 - 9 bodů	Velmi vysoké riziko

Pacient dosáhl bodového hodnocení 29. Riziko vzniku dekubitů je velmi nízké.

5 Seznam použité literatury

[1] JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Logbook: pro odbornou ošetrovatelskou praxi*. 2., přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 9788021071087.

[2] POKORNÁ, Andrea, Alena KOMÍNKOVÁ a Nikola SIKOROVÁ. *Ošetrovatelské postupy založené na důkazech*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-6331-0.