

Masarykova univerzita
Lékařská fakulta
Katedra ošetrovatelství
Kamenice 3 Brno

Seminární práce z předmětu Odborná ošetrovatelská praxe I

**Ošetrovatelský proces podle modelu Gordonové u pacienta
s diagnózou syndrom poškození funkce sinusového uzlu
na oddělení IKK A**

Vypracovala: Anna Slováková
Ročník: 1. ročník – podzimní semestr
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: prezenční
Akademický rok: 2018/2019

BRNO 2018

Obsah

Obsah	2
1. Úvod.....	3
2. Základní informace o pacientovi	4
3. Ošetřovatelská anamnéza	6
4.1 Vnímání zdravotního stavu	6
4.2 Výživa a metabolismus	6
4.3 Vylučování	7
4.4 Aktivita – cvičení.....	7
4.5 Spánek, odpočinek	7
4.6 Vnímání, poznávání	7
4.7 Sebekoncepce, sebeúcta	8
4.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy	8
4.9 Sexualita, reprodukční schopnost	8
4.10 Stres, zátěžové situace, tolerance a jejich zvládání	8
4.11 Víra, přesvědčení, hodnoty.....	8
4. Objektivní metody a škály.....	9
5.1 Základní screeningové vyšetření sestrou.....	9
5.2 Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření	10
5.3 Hodnocení soběstačnosti	10
5.4 Hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006	13
5.5 Hodnocení rizika vzniku dekubitů	14
5.6 Hodnocení nutrice – Mini Nutritional Assessment	14
5.7 Hodnocení BMI – BODY MASS INDEX	15
Seznam použité literatury	16

1. Úvod

Ošetrovatelský model dle Gordonové je modelem funkčních vzorců zdraví, je výsledkem grantu financovaným vládou USA v 80. letech 20. století. Poprvé byl publikován v roce 1987.

Teorie tohoto modelu čerpá z holistické a humanistické filozofie, koncepce hodnocení F. E. McCan a D. Smith, modelů zdraví a ošetrovatelství různých autorek, především D. Orem, D. Johnson a C. Roy. Pacient je holistickou bytostí s biologickými, psychologickými a sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami, jedná se o jedince s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví. Model dle Gordonové zohledňuje interakci pacienta s prostředím a jeho zdravotní stav považuje za výsledek bio-psycho-sociální interakce.

Úlohou sestry je identifikace dvanácti funkčních nebo dysfunkčních vzorců zdraví. Dysfunkční vzorec se projevuje jako onemocnění jedince, případně může být zdrojem problémů. Úkolem sestry je identifikace vzorce ať už funkčního či dysfunkčního, jeho označení a formulace ošetrovatelské diagnózy. V procesu hodnocení funkčních nebo dysfunkčních vzorců zdraví má sestra porovnávat získané informace s výchozím stavem, s normami stanovenými pro danou věkovou skupinu a se společenskými normami.

Model dle M. Gordon je označován jako nejkomplexnější pojetí jedince z hlediska holistické filozofie. Díky tomuto modelu je sestra schopna kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jedince, rodiny či komunity. Pro ošetrovatelský proces je však vhodná kombinace s jinými ošetrovatelskými modely či teoriemi. Jedním z cílů ošetrovatelské péče je také, aby jedinec přijal odpovědnost za svůj zdravotní stav a participoval na jeho zlepšení a prevenci onemocnění.

2. Základní informace o pacientovi

<u>Iniciály:</u>	J. V.
<u>Pohlaví:</u>	muž
<u>Věk:</u>	85 let
<u>Stav:</u>	ženatý
<u>Zaměstnání:</u>	důchodce
<u>Den hospitalizace:</u>	3.
<u>Důvod hospitalizace:</u>	implantace PM 13.11.
<u>Základní lékařská diagnóza:</u>	I 495 Syndrom poškození funkce sinusového uzlu
<u>Vedlejší diagnózy:</u>	Hypertenze Hypertenzní nefroskleróza s RI Dyslipidémie Zvýšená glykémie nalačno Otoky DKK CHOPN či AB v anamnéze, nyní bez potíží Benigní hyperplazie prostaty Hyperurikémie Bolesti zad – bederní páteř, sledován na neurologii Stp. herpes zoster reg. abdom. dx.
<u>Pohybový režim:</u>	3
<u>Dieta:</u>	3
<u>Alergie:</u>	prach, plísň, syntophyllin
<u>Plánovaná a absolvovaná vyšetření:</u>	odběr anamnézy RTG – elektrody kontrola v kardiostimulační ambulanci
<u>Invazivní vstupy:</u>	PŽK – 2.D//EX

Medikace v nemocnici:

Verospiron 25 mg tbl	1 – 0 – 0
Triplixam 13/2.5/10 mg tbl	1 – 0 – 0
Apo finas 5 mg tbl	0 – 0 – 1
Cholib 145/20 mg tbl	0 – 0 – 1
Doxyzosin mylan 4 mg tbl	0 – 0 – 1
Doreta 75/650 mg tbl	d.p.
Vesicare 5 mg tbl	0 – 0 – 1
Xarelto 20 mg tbl	vysadil 12.11.
Prostaphlin 2 g. i.v.	před a po výkonu

3. Ošetrovatelská anamnéza

Sběr dat dle modelu Gordonové.

4.1 Vnímání zdravotního stavu

Pacient byl přijat k plánovanému výkonu implantaci pacemakeru, nyní je již po výkonu. Souhlasí s nutností hospitalizace, lékařem byl o výkonu plně informován, ten mu také zodpověděl všechny dotazy související s operačním a pooperačním režimem. Pan V. si uvědomuje důležitost nastavené terapie a plně dodržuje léčebný režim. Při odběru ošetrovatelské anamnézy spolupracuje ochotně.

Zdravému životnímu stylu J. V. přikládá velikou důležitost a jeho slovy mu i přes svůj vyšší věk vděčí za to, že je v domácím prostředí stále soběstačný. Věnuje se turistice, ke které si získal vřelý vztah od útlého mládí, často se psem. Nyní ho poněkud limituje bolest zad. V mládí se věnoval lehké atletice, ale spíše zájmově během studia na gymnáziu, sám se prohlašuje za ctitele lesů, vod a strání.

Pacient nekouří, nikdy nekouřil, pije příležitostně, což je rodinné či přátelské setkání (sklenice vína nebo dobrého piva, zkonsumuje 4-5 piv týdně). Kávu pije jedenkrát za den. Rád si dá sladkost, spíše než tučné maso.

Mimo ordinaci lékaře užívá magnezium a vitamíny skupiny B, také užívá přípravek s kombinací omega mastných kyselin a lecithinu. Dříve užíval Ginkgo Bilobu, po dohodě s lékařem a zvážení možné kontraindikace s warfarinem, již neužívá. V kuchyni využívá často česnek jako prevenci širokého spektra onemocnění.

Pacient je dispenzarizován na neurologii, pro bolesti zad v oblasti sakra a na urologii pro mírnou až střední benigní hyperplazii prostaty.

4.2 Výživa a metabolismus

Během hospitalizace byla lékařem naordinována dieta č. 3 – normální strava. Pacient váží 102 kg, při výšce 180 cm dle BMI indexu spadá do kategorie mírné obezity. Během hospitalizace nijak výrazně nezhubnul, ani nepozoruje žádné výrazné výkyvy váhy v posledních šesti měsících. Jídlo J. V. chutná, rád pije ochucené minerálky hlavně s vyšším obsahem magnesia. Důsledně dodržuje pitný režim, denně se snaží vypít kolem 2 l tekutin.

Pacient má část chrupu umělou, část vlastní, do 84 let měl zuby vlastní. Přestože užívá fixační pastu Corega, na umělý chrup si nemůže zvyknout.

Na hřbetech rukou po léčbě warfarinem pozoruje pigmentace, jinak je kůže bez viditelných patologií. Po zákroku (implantace pacemakeru) má pacient ránu na pravé straně v oblasti hrudníku pod klíční kostí, při doteku je místo citlivější, výraznější bolest ale nepocituje.

4.3 Vylučování

J.V. je dispenzarizován na urologii pro mírnou až střední hyperplazii prostaty. Problémy s vylučováním pozoruje již několik let, hlavně v létě. Poslední léto se i v důsledku arytmií více potil, pil ještě mnohem více tekutin než obvykle, také chodil častěji močit. Pokud neužívá diuretika (jinak užívá z důvodu otoku dolních končetin), chodí močit zhruba každé 3 hodiny. Barvu a zápach hodnotí jako normu. Stolicí má pravidelnou asi jedenkrát denně, ale po zákroku ještě stolicí neměl.

4.4 Aktivita – cvičení

Pacient je aktivní, soběstačný, samostatně se pohybuje po pokoji. V domácím prostředí je též soběstačný. Stále je aktivním řidičem, což považuje za velikou výhodu. K lékaři vozí i svoji nemocnou manželku. V létě chodí na dlouhé procházky se psem. Ve volném čase se věnuje myslivosti a zahradě. Dříve jezdil na hony, lovil spárkatou zvěř, nyní z důvodu fyzické kondice již neloví. I v nemocnici se věnuje svému koníčku a čte časopis myslivost.

4.5 Spánek, odpočinek

Pan V. hodnotí svůj spánek v domácím prostředí jako dobrý a uspokojivý, většinou 6-7 hodin, výjimečně méně, nedělá mu ale problém vstát i kolem páté hodiny ranní. Často má z důvodů benigní hyperplazie prostaty pocit na močení v brzkých ranních hodinách. Před spaním sleduje televizi, nejvíce cestopisné pořady a čte, často také před spaním vzpomíná na studentská léta.

Během hospitalizace problémy se spánkem neměl. Nevadí mu ani dodržovat harmonogram v rámci nemocnice.

4.6 Vnímání, poznávání

Pacient na sobě pozoruje změny paměti, nepamatuje si již tolik jako dříve, nevybavuje si jména lidí, které delší dobu neviděl a jména obcí.

Problémy má s viděním do dálky i na blízko, používá brýle. Pacientovi se zdá, že hůře slyší na jedno ucho, což mu potvrdili i na audiometrii, ale bylo mu řečeno, že naslouchadlo nepotřebuje.

Momentálně prodělaný zákrok nehodnotí vůbec jako bolestivý, trhání zubů považuje za mnohem bolestivější. Rána ho nebolí, pouze při doteku vnímá větší citlivost.

4.7 Sebekoncepce, sebeúcta

Pacient se hodnotí jako vyrovnaný, necítí žádné emocionální napnutí. Tvrdí o sobě, že už vzhledem k svému věku nemá žádné představy, nevnímá žádné změny tělesného vzhledu za posledních 6 měsíců. Se svým vzhledem je spokojený. Výskyt strachu, úzkostí či depresivních nálad neguje.

4.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Bydlí se ženou v rodinném domě, v rodině nemají žádné problémy. Žena má potíže s křečovými žilami a často navštěvují lékaře. Má dceru a syna, vnoučata a jedno pravnouče. Rodina na situaci vzniklou hospitalizací reaguje dobře, pro velkou vzdálenost, však není možné, aby ho navštívili. Udrží stálé styky s nejbližšími rodinnými příslušníky. Dříve jako důchodce organizoval turistické zájezdy, pro bolesti páteře a neschopnost zvládat delší turistické trasy ale ukončil svoji činnost. Je členem mysliveckého spolku, ale už pouze čestným členem, nikoliv aktivním.

4.9 Sexualita, reprodukční schopnost

Pacient již sexuálně nežije, dříve sexualita v jeho životě hrála prioritní roli. Diagnostikováno má mírnou až střední benigní hyperplazii prostaty, je dispenzarizován a léčen v urologické ambulanci.

4.10 Stres, zátěžové situace, tolerance a jejich zvládání

Žádný velký stres ho v životě nepotkal. Pokud přijde nějaká emocionálně náročná situace, snaží se s ní všemi možnými prostředky vyrovnat, právě turistika a myslivost mu pomáhají překonat jakékoliv zátěžové situace. Jako významný milník ve svém životě vnímá odchod do starobního důchodu v roce 1995.

4.11 Víra, přesvědčení, hodnoty

Za nejdůležitější hodnoty ve svém životě považuje rodinu, zdraví. Láska je v životě důležitá, ale tvrdí, že na lásku jako takovou, už může pouze vzpomínat. Je pro něj důležité, aby člověk řádně žil a byl čestný. Dříve byl pan V. věřící, ale životní cesta ho vedla k přehodnocení a nyní se prohlašuje spíše za nevěřícího. Proti církvi jako takové nic nemá, radši ale tráví svůj čas v lese než v kostele.

4. Objektivní metody a škály

5.1 Základní screeningové vyšetření sestrou

Celkový vzhled, úprava zevnějšku, hygiena: upravený, oholený, čistý

Dutina ústní, nos: DÚ i nos bez sekretu bez patologického nálezu

Sluch: hůře slyší na pravé ucho

Zrak: brýle na blízkou i na dálku

Puls: 76 tepů/min regularis normokardie

Dýchání: 22 dechů/min tachypnoe

Krevní tlak: 147/94 hypertenze

Tělesná teplota: 36,5°C normotermie

Saturace krve kyslíkem: 94 % bez O₂ norma

Stisk ruky: pevný

Rozsah pohybu kloubů: v normě

Svalová tuhost, pevnost: v normě

Kůže: suchá, pigmentace

Chůze: vzpřímená

Držení těla: vzpřímený postoj, bez zjevné známky patologie

Chybějící části těla: nemá

Kanyly intravenózní: 2 dny

Odsávání: ne

Hmotnost: 102 kg

Výška: 180 cm

Vývody, cévky: PŽK (2. den//EX)

5.2 Objektivní pozorování v průběhu získávání informací a vyšetření

Orientace: lucidní, orientovaný

Myšlenky a otázky: jasné

Řeč, způsob vyjadřování: mluví srozumitelně, používá cizí slova

Hlas a způsob řeči: mluví hlasitě, artikuluje

Oční kontakt: udržuje

Rozsah pozornosti: bez patologie

Nervozita (rozsah 1-5): 1 – nejeví známky nervozity

Asertivita, pasivita (rozsah 1-5): 1 – nebojí se požádat o pomoc

5.3 Hodnocení soběstačnosti

A) Barthelové test základních všedních činností (ADL – Activity of Daily Living)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Schopnost najedení a napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0

Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun lůžko - židle	samostatně nad 50 m	15
	samostatně bez pomoci	10
	s malou pomocí	5
	neprovede	0
Chůze po rovině	samostatně bez pomoci	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Výsledek testu ADL: 100 bodů

Hodnocení stupně závislosti:

0-40 bodů: vysoce závislá

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehká závislost

100 bodů: nezávislý

B) Test instrumentálních všedních činností (IADL – Instrumental Activity of Daily Living)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí jej	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže používat telefon	0
Transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz	0

Nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
Vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
Domácí práce	udrží domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce, nebo neudrží čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací, nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
Práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
Užívání léků	samostatně v určenou dobu, správnou dávkou, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
Finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoci se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
	neprovede	0

Součet testu IADL: 70

Hodnocení stupně závislosti:

0-40 bodů: závislý

45-75 bodů: částečně závislý

76-80 bodů: nezávislý

5.4 Hodnocení rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006

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

HODNOCENÍ rizika pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006:	
Body	Riziko
0–4 body	Bez rizika
5–13 bodů	Střední riziko
14–19 bodů	Vysoké riziko

5.5 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Další nemoci		Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Inkontinence		Aktivita	
úplná	4	do 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	úplná	4	není	4	chodí	4
malá	3	do 30	3	alergie	3	DM, teplota, anemie...	3	zhoršený	3	apatický	3	částečně omezená	3	občas	3	doprovod	3
částečná	2	do 60	2	vlhká	2	ucpávání cév, obezita...	2	špatný	2	zmatený	2	velmi omezená	2	převážně močová	2	sedačka	2
žádná	1	60+	1	suchá	1	karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	žádná	1	stolice i moč	1	upoután na lůžko	1

Součet: 28

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

U pacienta není riziko vzniku dekubitů.

5.6 Hodnocení nutrice – Mini Nutritional Assessment

A Snížil se příjem potravy u pacienta za uplynulé 3 měsíce vlivem nechutenství, zažívacích problémů (včetně potíží se žvýkáním nebo polykáním)?

0 = výrazné snížení příjmu potravy

1 = mírné snížení příjmu potravy

2 = bez snížení příjmu potravy

B Úbytek váhy za poslední 3 měsíce

0 = úbytek váhy větší než 3 kg

1 = neví

2 = úbytek váhy mezi 1 a 3 kg

3 = žádný úbytek váhy

C Mobilita

0 = upoutaný na lůžko nebo invalidní vozík – imobilní

1 = schopen vstát z lůžka/invalid. vozíku, chůze pouze s dopomocí

2 = samostatná chůze bez omezení

D Trpěl pacient během uplynulých 3 měsíců psychickým stresem nebo závažným onemocněním

0 = ano

2 = ne

E Neuropsychické poruchy nebo obtíže

0 = vážná demence nebo deprese

1 = mírná demence

2 = žádné psychické problémy

F1 Body Mass Index (BMI) (váha v kg) / (výška v m)²

0 = BMI nižší než 19

1 = BMI od 19 a nižší než 21

2 = BMI od 21 a nižší než 23

3 = BMI 23 nebo vyšší

Výsledek Screeningu = součet bodů (max. 14 bodů)

12-14 bodů: normální výživový stav

8-11 bodů: v riziku podvýživy

0-7 bodů: podvyživený/á

5.7 Hodnocení BMI – BODY MASS INDEX

BMI	Kategorie	Zdravotní rizika
> 18,5	podvýživa	malnutrice
18,5 – 24,9	normální rozmezí	minimální
25 – 29,9	nadváha	lehce zvýšená až zvýšená
30 - 34,9	obezita I. stupně	středně vysoká
35 – 39,9	obezita II. stupně	vysoká
> 40,0	obezita III. stupně	velmi vysoká

Hodnocení: 31,5 obezita I. stupně, zdravotní rizika středně vysoká

Seznam použité literatury

JUŘENÍKOVÁ, P. a kol.: Logbook pro odbornou ošetrovatelskou praxi. 2. vydání, Brno: Masarykova univerzita 2014, s. 200 – 205 ISBN 978-80-210-7108-7

POKORNÁ, A., KOMÍNKOVÁ, A.: Ošetrovatelské postupy založené na důkazech. 1. vydání, Brno: Masarykova univerzita 2013, ISBN 978-80-210-6331-0

PAVLÍKOVÁ, S.: Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vydání, Praha: Grada 2006, s. 99 – 102 ISBN 80-247-1211-3