

Masarykova univerzita

Lékařská fakulta

Katedra ošetrovatelství

Kamenice 3 Brno

Seminární práce z předmětu Odborná ošetrovatelská praxe I

**Ošetrovatelský proces dle modelu Gordonové
u pacienta s diagnózou intraspinální absces
a granulom na oddělení KIGPL A**

Vypracovala: Anna Sedláčková

Ročník: 1. ročník – podzimní semestr

Studijní obor: Všeobecná sestra

Forma studia: Prezenční

Akademický rok: 2018/20

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 3 |
| Základní informace o pacientovi..... | 4 |
| 1 Ošetrovatelská anamnéza..... | 6 |
| 1.1 Vnímání zdravotního stavu..... | 6 |
| 1.2 Výživa a metabolismus..... | 6 |
| 1.3 Vylučování..... | 7 |
| 1.4 Aktivita – cvičení..... | 7 |
| 1.5 Spánek, odpočinek..... | 7 |
| 1.6 Vnímání, poznávání..... | 7 |
| 1.7 Sebekoncepce, sebeúcta..... | 8 |
| 1.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy | 8 |
| 1.9 Sexualita, reprodukční schopnosti | 9 |
| 1.10 Stres, zátěžové situace, tolerance a jejich zvládání..... | 9 |
| 1.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty | 9 |
| 1.12 Jiné | 9 |
| 2 Objektivní metody a škály | 10 |
| 2.1 Hodnocení poruchy vědomí..... | 10 |
| 2.2 Hodnocení soběstačnosti | 11 |
| 2.3 Hodnocení rizika pádu..... | 12 |
| 2.4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů..... | 13 |
| 2.5 Hodnocení nutrice..... | 14 |
| 2.6 Hodnocení bolesti | 15 |
| Seznam použité literatury | 16 |

Úvod

Marjory Gordonová vystudovala ošetrovatelství na Mount Sinai Hospital School of Nursing. Stala se prezidentkou NANDA a je členkou Americké ošetrovateľské akademie. Tato dáma je autorkou ošetrovateľského modelu nazývaný „Model funkčních vzorců zdraví“, který publikovala 1987, který umožňuje systematické ošetrovateľské hodnocení zdravotního stavu klienta v jakékoli oblasti systému péče – primární, sekundární i terciální. Model vychází z toho, že všichni jedinci mají společné určité typy chování, které souvisí s jejich zdravím, kvalitou života, s rozvojem jejich schopností a dosažením lidského potenciálu. popis a hodnocení typů zdraví umožňuje sestře rozpoznat funkční a dysfunkční chování, případně stanovit i ošetrovateľskou diagnózu [3].

Sestra získává údaje ve dvanácti oblastech, z nichž každá představuje určitou část zdraví člověka. Ke sběru dat využívá verbální a neverbální komunikace a také fyzikální vyšetření. V každé části položky zdraví člověka v tomto modelu pak sestra zjišťuje, zda je chování pacienta/klienta buď funkční nebo kvůli projevu aktuálního onemocnění dysfunkční.

Při identifikaci dysfunkčního vzorce zdraví stanoví sestra ošetrovateľskou diagnózu a pokračuje podle kroků ošetrovateľského procesu. Pro tyto kroky je vhodná kombinace s jiným ošetrovateľským modelem či teorií.

Základní informace o pacientovi

| | |
|-----------------------------|---|
| <u>Zdroj informací:</u> | pacient, dokumentace |
| <u>Iniciály:</u> | J. Š. |
| <u>Pohlaví:</u> | muž |
| <u>Věk:</u> | 66 let |
| <u>Datum přijetí:</u> | 7. 9. 2018 - překlád z chirurgie |
| <u>Zaměstnání:</u> | kovář, řidič - nyní v důchodu |
| <u>Den hospitalizace:</u> | 73. den |
| <u>Důvod hospitalizace:</u> | akutní renální selhání při urosepsi |
| <u>Základní diagnóza:</u> | intrapinální absces a granulom |
| <u>Vedlejší diagnózy:</u> | ICHS DM 2. typu CHOPN hypertenze |
| <u>Invazivní vstupy:</u> | PMK – od 7.9. do 10.11. |
| <u>Operační výkon:</u> | evakuace epidurálního abscesu v oblasti Th páteře Zavedena proplachová drenáž |
| <u>Zákroky v minulosti:</u> | kolonoskopie |
| <u>Úrazy v minulosti:</u> | fraktura lopatky zvrtnutý kotník vykloubené rameno |
| <u>Pohybový režim:</u> | C - 3 – modrá – částečně soběstačný pacient v rámci lůžka |
| <u>Dieta:</u> | 14 - výběrová |
| <u>Alergie:</u> | ampicilin procain náplast taflosin acein nitráty chloramfenicol |

Medikace:

| | | |
|-------------------------|-----------------|-------|
| DILACIN 600mg | (6°°-14°°-22°°) | p. o. |
| BIOFRON | (1-0-1) | p. o. |
| CONTROLOC 20mg | (1-0-1) | p. o. |
| KINITO 50mg | (1-1-1) | p. o. |
| NEURONTIN 300mg | (2-1-1) | p. o. |
| NOVALGIN 500mg | (1-1-1) | p. o. |
| FRAXIPARINE 0,4mg | (0-0-1) | s. c. |
| FURON 40mg | (1-0-0) | p. o. |
| KALIUM CHLORATUM 500mg | (1-0-0) | p. o. |
| BETALOC 50mg | (1-0-0) | p. o. |
| URSOSAN 250mg | (2-0-0) | p. o. |
| CALTRATE 600mg | (0-0-1) | p. o. |
| VIGANTOL 15 kapek | (0-1-0) | p. o. |
| SPIRIVA RESPIRMAT 205mg | (2-0-0) | inh. |
| DERIN 25mg | (0-0-1/2) | p. o. |
| LACTULOSA 15ml | (1-0-0) | p. o. |
| DIBEN | (1-0-0) | p. o. |
| SIOTOR 500mg | (0-1-1) | p. o. |

Operace v minulosti: otevřená zlomenina levého předloktí v 55ti letech

Úrazy v minulosti: naražená hlava
vykloubené rameno

Vitální funkce: TK: 147/93
P: 77'
D: 68'
TT: 36,9

Výška: 165 cm

Váha: 112 kg

BMI: 41,14

1 Ošetřovatelská anamnéza

Sběr dat dle oblastí koncepce modelu Gordonové [3].

1.1 Vnímání zdravotního stavu

J. Š. vnímá svůj zdravotní stav jako závažný, jelikož už byl po několikáté hospitalizovaný. Nynější hospitalizace trvá už 11. týden a jeho zájem a aktivita o léčbu se v průběhu pobytu v nemocnici zvýšila. Navíc spolupracuje s fyzioterapeutem a nutričním terapeutem. Na svoji dietu se snaží dbát, jelikož má diabetes mellitus 2. typu.

Přestože je pacient/klient upoután převážně na lůžko, jeho psychický stav je i nad tento handicap pozitivní a má rád humor. Ovšem někdy je trochu kritický. Pro zpříjemnění a odlehčení dlouhé chvíle rád poslouchá rádio, které ho uklidňuje. Pan J. Š. udává, že běžně vykouří 20 cigaret/den, přičemž tento počet se navýšil za posledních 10 let. Dříve byl počet daleko menší okolo 5-3 cigaret/den. Pacient/klient přiznává, že je schopen vypít pravidelně přes 2 l tvrdého alkoholu za necelý týden. Během pobytu v nemocnici se projevil mírné abstinenci příznaky, při kterých byl pacient neklidný. Kávu pije příležitostně maximálně 1x za týden.

1.2 Výživa a metabolismus

Pacientovi byla předepsána dieta 14 s ohledem na jeho onemocnění diabetes mellitus 2. stupně a dlouhodobou hospitalizaci. Na složení jídelníčku se pravidelně domlouvá s nutričním asistentem. Nastavenou dietu se pacient snaží dodržet, ale udává, že má někdy až nadměrnou chuť k jídlu. Během pobytu v nemocnici jeho váha mírně poklesla, díky jeho aktivní spolupráci v lůžku. Stravu tedy přijímá bez obtíží.

V posledních 10 let pan J. Š. přibral 15 kg díky rodinným problémům. Před touto dobou se pacientova váha neměnila. Během hospitalizace zhubl o 4 kg a nyní váží 112 kg, měří 165 cm a jeho BMI je 41,14, což je obezita 3. stupně.

Tekutiny přijímá pravidelně v míře 1,5 l/den převážně v podobě neslazených nápojů. Pacient uvádí, že má někdy pocit žízně.

Pacient má náhradní vrchní i dolní chrup, ale využívá hlavně vrchní protézu. Udává, že o svůj chrup v minulosti nepečoval.

Na převážné části těla je kůže normální, jen v oblasti od kolen po chodidla je pokožka zarudlejší a napnutá. Dále jsou patrné opruzeniny v oblasti genitálu.

1.3 Vylučování

Pacient měl od 1. dne hospitalizace PMK, tedy od 7. 9. 2018 do 10. 11. 2018. Nyní močí pravidelně do močové lahve 5x denně. Trpí občasnou inkontinencí. Moč je nahnědlá z důvodu zatížení jater alkoholem a intenzivně zapáchá. Stolice je nyní bez obtíží a bez jakékoliv patologie. V první polovině hospitalizace pacient nevykazoval přílišnou aktivitu na lůžku, a proto trpěl občasnou zácpou. Po zapojení pohybového aparátu v lůžku a celkově větší aktivace je pacient schopen se v případě potřeby s dopomocí přemístit na toaletní židli. Díky své vysoké tělesné hmotnosti, se pacient často potí.

1.4 Aktivita – cvičení

Pan J. Š. má pohybový režim C - 3 - modrá, tedy částečně soběstačný pacient v rámci lůžka, neopouští pokoj [2]. Při přijetí na oddělení KIGPL A je jeho pohybový režim hraniční s kategorií D - 4 - červená, tedy nesoběstačný pacient, upoután na lůžko, které neopouští. Pacient dělá za svoji hospitalizaci, která trvá 11 týdnů, pokrok v soběstačnosti. K soběstačnosti v rámci lůžka mu pomáhá pravidelné cvičení s fyzioterapeutem, které probíhá 5x týdně. Dokáže se s malou dopomocí přetáčet v lůžku a sám se posazovat. Dokonce se snaží i ve spolupráci se zdravotnickým personálem postavit. Pacient je snaživý a chtěl by pomalými kroky docílit chůze. Avšak ta ještě není možná, jelikož pacient není dostatečně zpevněný a pociťuje slabost v kolenou. Pacient využívá kompenzačních pomůcek, které mu pomáhají ke zlepšení jeho stavu. Rád se protahuje s cvičební gumou. Pacient dříve hodně chodil na procházky do přírody, ale v posledních pěti letech jakoukoliv aktivitu omezil a upřednostnil sledování televize, kterou využívá i v nemocnici. Dále si v nemocnici čte časopisy a poslouchá rádio. Jeho oblíbeným koníčkem bývalo lepení modelů letadel.

1.5 Spánek, odpočinek

Pacient přes noc spí klidně a většinou se nebudí. Délka spánku trvá většinou 7 hodin a po probuzení se cítí vyspaný. Občas se stává, že nemůže usnout. Před spaním rád poslouchá rádio a uvádí, že mu pomáhá k uvolnění a utišení. V průběhu dne spí přibližně 2 hodiny a to hlavně po jídle.

1.6 Vnímání, poznávání

U pacienta není vědomí narušeno, a proto je orientován v čase, prostoru i osobě. Někdy si už nepamatuje a zapomíná, ale to není ve velké míře. Je to také ovlivněno jeho dlouhou hospitalizací a upoutání na lůžko. Pacient trpí vetchozrakostí neboli presbyopií, při kterém ve svém věku vidí špatně na blízko. Brýle využívá čteně na jakoukoli manipulaci na blízko.

Se sluchem nemá problém. Při komunikaci s pacientem se snaží udržovat oční kontakt, někdy má chvilkové zahledění do neznáma.

Pacient si stěžuje především na bolest v oblasti bederní páteře, která se šíří po celé páteři a do kyčlí. Uvádí, že především při pohybu, dlouhém sezení a ležení pociťuje pichlavou bolest, která je někdy velmi nepříjemná a svazující. Cvičení je pro něho důležité, protože i přesto, že při něm bolest pociťuje, stav po cvičení je příjemný a pomáhá mu k většímu pohybovému rozsahu a zpevnění celého těla. Když je pacient v klidu, žádnou bolest nelokalizuje. Pan J. Š. uvedl podle tabulky 2.6 Hodnocení bolesti svoji bolest pod číslem 6.

1.7 Sebekoncepce, sebeúcta

Pacient si za dlouhou dobu hospitalizace začal více uvědomovat svůj vážný zdravotní stav a začal se snažit zlepšovat svoji životosprávu. I když se někdy cítí nemohoucí a slabí, je snaživý, vyniká svým humorem a je velmi komunikativní. Má snahu něco se sebou udělat, protože je motivován. Jeho cílem je dojít si sám na toaletu a nebýt na nikom závislý z hlediska dopomoci. Má ale strach, že už nikdy nebude chodit.

Dále je pacient nespokojený s jeho obezitou, ale snaží se svůj stav zlepšit. Režim nemocnice mu napomáhá k dodržení abstinence alkoholu a cigaret.

1.8 Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacient bydlí už 20 let v panelovém bytě se svojí manželkou a synem. Pochází ze Slovenska, ale už jako malý se přestěhovali do České republiky, kde žil na vesnici. Proto byl spjatý s přírodou a byl více motivován k chození na vycházky a celkové aktivitě.

Pacient uvádí, že právě řeší neshody se svým synem, a právě to je důvod k nadměrnému pití alkoholu a kouření. Tyto nežádoucí látky mu pomáhají utíkat od problému a navozují ho šťastnějším. Snaží se brát skutečnost jaká je a nalézt kompromis, ale přiznává, že se mu to někdy nedaří.

Rodina pana J. Š. navštěvují, převážně jeho manželka přibližně 4x za týden. Ve svém životě hraje roli jako bratr, manžel, otec, dědeček, strýc a tchán. Díky své komunikativnosti rád vyhledává společnost.

1.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

Pacient je se svojí manželkou 46 let a je jí po celou dobu věrný. Mají spolu dvě děti, dceru a syna. Sexuální život ukončil přibližně po 50. roku života. Hyperplazií prostaty netrpí. Preventivní prohlídky nedodrží dostatečně.

1.10 Stres, zátěžové situace, tolerance a jejich zvládání

Pacient, jelikož je už v důchodu, nemusí se zatěžovat problémy z práce. Má však nesrovnalosti se svým synem, se kterým bydlí. Tato situace je pro něho psychicky náročná a pramení z ní i jeho zdravotní stav. Snaží se s touto skutečností vyrovnat, ale často podlehně alkoholu jako cestu řešení. Tento problém řeší se svojí manželkou, která ho podporuje. Pacient uvádí, když dojde k hádce se synem, že křičí. To vyvolává další problém se sousedy, kterým křik vadí a se kterými nemá pan J. Š. dobrý vztah. Pacient se doma nachází ve stresové situaci.

1.11 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

U pana J. Š. je největší rolí rodina. Ta je pro něho největší hodnotou života, i když některé vztahy nejsou dobré. Má naději ve zlepšení celkové situace a v nemocnici získal chtít být silným. Pacient uvádí, že „věří v něco nahoře“. Když byl malý, tak chodil do kostela, ale nyní už ne.

1.12 Jiné

Pacient žádné jiné skutečnosti nezmiňuje.

2 Objektivní metody a škály

Metody a škály využívané u dospělých [1]. Hodnocení pacienta J.Š. je označeno tučně v šedém poli.

2.1 Hodnocení poruchy vědomí

Tab. 2.1 Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí (GCS = Glasgow Coma Scale)

| 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 (decerebrační reakce) | 2 |
| | | nereaguje | 1 |

Hodnocení poruchy vědomí:

| | |
|----------------|------------------------|
| 15 bodů | plné vědomí |
| 14 – 13 bodů | lehká porucha vědomí |
| 12 – 9 bodů | střední porucha vědomí |
| 8 – 3 body | závažná porucha vědomí |

2.2 Hodnocení soběstačnosti

Tab. 2.2 Barthelové test základních všedních činností (ADL – activity daily living)

| Činnost | Provedení | Bodové ohodnocení |
|-------------------------|------------------------------|-------------------|
| 1. najedení | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomoci | 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 50m | 15 |
| | s pomocí 50m | 10 |
| | na vozíku 50m | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 10. chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |

Hodnocení stupně soběstačnosti/závislosti v základních všedních činnostech:

| | |
|--------------------|----------------------------|
| 100 bodů | nezávislý |
| 65 – 95 bodů | lehká závislost |
| 45 – 60 bodů | závislost středního stupně |
| 0 – 40 bodů | vysoce závislý |

2.3 Hodnocení rizika pádu

Tab. 2.3 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 hospitalizace nebo překlad na | | 1 bod |
| | zrakový/sluchový problém | | 1 bod |
| | užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypotonika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertenziva) | | 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 |
| Prímým dotazem pacienta (informace od probuzených nebo ošetřovatelského personálu) | Míváte někdy závratě? | | 3 body |
| | Máte v noci nucení na močení? | | 1 bod |
| | Budíte se v noci a namůžete usnout? | | 1 bod |

Hodnocení:

0 – 4 body bez rizika

5 – 13 bodů střední riziko

14 – 19 bodů vysoké riziko

2.4 Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Tab. 4.4. Hodnocení rizika vzniku dekubitů (rozšířená stupnice Nortonové)

| Schopnost spolupráce | Věk | Stav pokožky | Další nemoci | Tělesný stav |
|----------------------|---------------------------|-------------------|------------------------------------|-----------------|
| Úplná 4 | do 10 4 | normální 4 | Žádné 4 | dobrý 4 |
| Malá 3 | do 30 3 | alergie 3 | DM, teplota, anemie,... 3 | zhoršený 3 |
| Částečná 2 | do 60 2 | vlhká 2 | ucpávání cév, obezita,... 2 | špatný 2 |
| Žádná 1 | 60+ 1 | suchá 1 | Karcinom 1 | velmi špatný 1 |
| | | | | |
| Stav vědomí | Pohyblivost | Inkontinence | Aktivita | |
| Dobrý 4 | Úplná 4 | není 4 | Chodí 4 | |
| Apatický 3 | částečně omezená 3 | občas 3 | Doprovod 3 | |
| Zmatený 2 | velmi omezená 2 | převážně močová 2 | Sedačka 2 | |
| Bezvědomí 1 | Žádná 1 | stolice i moč 1 | Upoután na lůžko 1 | |

Hodnocení:

25 – 24 bodů nízké riziko

23 – 19 bodů střední riziko

18 – 14 bodů vysoké riziko

13 – 9 bodů velmi vysoké riziko

2.5 Hodnocení nutrice

Tab. 4.6 Škála pro hodnocení stavu výživy (Mini-Nutritional Assessment-Short Form)

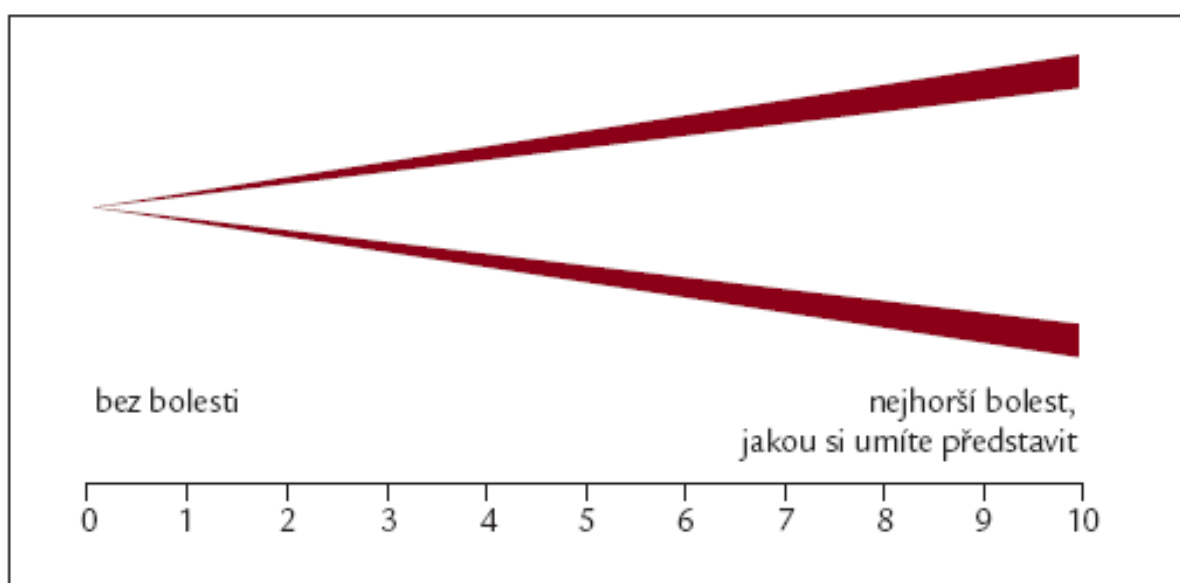
| | | |
|----------|---|----------|
| A | Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chutí k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtížné žvýkání či polykání) | |
| | ano, výrazně | 0 |
| | jen mírně | 1 |
| | Ne | 2 |
| B | Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce | |
| | více jak 3 kg | 0 |
| | není přesný údaj | 1 |
| | 1-3 kg | 2 |
| | nebyl úbytek hmotnosti | 3 |
| C | Pohyblivost/mobilita | |
| | upoután na lůžko/vozík | 0 |
| | pohyb 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: 112 kg; tělesná výška: 165 cm | |
| | BMI < 19 | 0 |
| | BMI 19 až < 21 | 1 |
| | BMI 21 až < 23 | 2 |
| | BMI 23 nebo více | 3 |

Hodnocení:

12 – 14 bodů stav výživy dobrý, normální nález, není nutné další vyšetření

**11 a méně bodů možná porucha výživy/podvýživy, je nutno doplnit další vyšetření ke
zhodnocení stavu výživy**

2.6 Hodnocení bolesti



Pan J. Š. uvedl svoji bolest na škále pod číslem 6.

Seznam použité literatury

- [1] JUŘENÍKOVÁ, P. a kol.: Logbook pro odbornou ošetrovatelskou praxi. 2. vydání, Brno: Masarykova univerzita 2014, s. 200 – 205 ISBN 978-80-210-7108-7
- [2] POKORNÁ, A., KOMÍNKOVÁ, A.: Ošetrovatelské postupy založené na důkazech. 1. vydání, Brno: Masarykova univerzita 2013, ISBN 978-80-210-6331-0
- [3] PAVLÍKOVÁ, S.: Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vydání, Praha: Grada 2006, s. 99 – 102 ISBN 80-247-1211-3