**Univerzita Karlova v Praze**

**3. lékařská fakulta**

 

**Aplikace modelu Oremové u pacienta s plicní embolií**

**Monika Hitschfelová**

**Teorie ošetřovatelství IV.**

**PhDr. Marie Zvoníčková**

**2020/2021**

**Letní semestr**

**Všeobecné ošetřovatelství**

**2. ročník**

Obsah

Úvod

[1Humanistický model Doroty Elisabeth Oremové- Teorie deficitu sebepéče 4](#_TOC_250005)

[1.1Kazuistika 4](#_TOC_250004)

[2Aplikace modelu 4](#_TOC_250003)

* 1. Univerzální požadavky 4

[3Vývojové požadavky 5](#_TOC_250002)

[4Terapeutické požadavky 5](#_TOC_250001)

[5OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY 6](#_TOC_250000)

ZÁVĚR

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

Úvod

Ve všeobecné rovině lze konstatovat, že koncepční modely předpokládají systematickou

strukturu, zdůrazňují činnosti a ukazují směr hledání některých otázek, jevů a poukazují na řešení praktických problémů. Poskytují všeobecná kritéria potřebná k rozpoznání, že problém byl vyřešen.

Koncepční model dává jasnou orientaci na praxi, vzdělávání a výzkum. Je to abstraktní náčrt vztahů mezi koncepcemi (metaparadigmatu). Ošetřovatelské modely zahrnují jen ty koncepce, které autor modelu pokládá za nutné a které přispívají k jeho pochopení. Dává jasnou a přímou orientaci na tři oblasti ošetřovatelství: praxi, vzdělání, výzkum.

Předpokladem modelu Oremové je vrozená schopnost člověka postarat se o sebe, zůstat nezávislým. V životě člověka mohou nastat situace, kdy se zvyšují nároky na péči. Zájmem ošetřovatelství je uspokojovat potřeby jedince tím, že bude motivován a podporován v sebepéči. Ošetřovatelství pak poskytne profesionální péči jedincům, kteří nejsou schopni uspokojovat vlastní potřeby, nebo v nich nejsou soběstační.

## Humanistický model Doroty Elisabeth Oremové- Teorie deficitu sebepéče

### Kazuistika

40 letý pacient M. H. byl hospitalizován na interním oddělením pro masivní plicní embolizaci.

Pacient pracuje jako vedoucí pracovník. Žije s manželkou a dvěma syny v rodinném domě.

Během hospitalizace aktivně spolupracoval a dodržoval léčebný režim. Hodnoty při příjmu:

TK 120/70 mmHg, pulz 80/min., plný, pravidelný. Bez klidové dušnosti a cyanózy, námahově dušný výrazně. V roce 1998 utrpěl zlomeninu levé stehenní kosti, přičemž neprodělal jiná vážnější onemocnění. Pravá dolní končetina je fyziologická, levý bérec je tuhý a palpačně bolestivý. Trvalou medikaci neužívá, lékaře navštěvuje pravidelně v rámci preventivních prohlídek. Váží 103 kg, měří 172 cm. BMI = 34,82. Zuby: vlastní. Sluch: dobrý. Zrak: dobrý. Kůže světlá až bledá a sušší.

Dechy 20/ min, teplota 36,7. Spo2: 98 %

Definice plicní embolie

Plicní embolie (PE) je život ohrožující stav, kdy dochází k zanesení embolu (vmetku) krevním proudem do a. pulmonalis nebo její větve s následnou poruchou hemodynamiky (výkonu srdce) a ventilace.

Patofyziologie

Následkem uzavření plicnice nebo jejích větví vznikne před místem uzávěru hypertenze, která zvyšuje práci pravé srdeční komory až k možnému selhání. Za místem uzávěru vznikne atelektáza (nevzdušná část plíce) s následkem hypoxemie, kompenzovaná tachypnoí. Zrychlené dýchání může vést až k hypokapnii ( snížení $pCO\_{2}$ v krvi) a tím k respirační alkalóze.

Etiologie

Příčinou PE je embolus, který může být:
- trombus - vzniklý při hluboké flebotrombóze, putuje žilním systémem přes pravé srdce do plicnice ( název TEN)
 - 2. nejčastější trombus z hlubokých pánevních žil (vznik při velkých OP výkonech nebo úrazech v obl. pánve)
- tuk - tuková embolie je nejzávažnější z netrombotických embolií, vznik při těžkých frakturách, ortopedických výkonech, akutní pankreatitidě nebo transplantaci kostní dřeně
- nádorové buňky (pouze symptomatická terapie)
- septické emboly - u infekční endokarditidy
- amniová tekutina (1 případ TEN/80 000 porodů) - embolizace plodovou vodou
- cizí tělesa (úlomky kanyl nebo katétrů)
- vzduch - vzduchová embolie, do žilního systému pronikne vzduch při úrazu krku nebo jako komplikace katetrizace

Rizikové faktory:

- vysoký věk
- kouření
- hormonální antikoncepce, těhotenství
- obezita
- imobilizace
- PE v anamnéze
- hluboká flebotrombóza
- velký chirurgický výkon
- poruchy hemokoagulace
- genetická predispozice

Klinický obraz

Příznaky se liší dle velikosti embolu, tedy čím větší embolus, tím větší plicní tepnu uzavře. Nejčastěji probíhá plicní embolie asymptomaticky nebo se projevuje krátkodobou dušností a tachypnoe, nebo i příznaky chřipkového charakteru.
Plicní infarkt s typickými příznaky se vyskytuje jen u nemocných s chronickým plicním onemocněním nebo městnavou slabostí srdeční.

Obecné příznaky PE:
- subjektivní - náhle vzniklá [dušnost](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Du%C5%A1nost)
 - tupá bolest na hrudi a mezi lopatkami
 - [kašel](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Ka%C5%A1el)
 - [hemoptýza](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Hemopt%C3%BDza) u plicního infarktu
 - [synkopa](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Synkopa)

-objektivní - [tachypnoe](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Tachypnoe)
 - [tachykardie](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Tachykardie)
 - [hypotenze](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Hypotenze), [synkopa](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Synkopa) až [kardiogenní šok](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Kardiogenn%C3%AD_%C5%A1ok)
 - zpocená, bledá [kůže](http://www.wikiskripta.eu/index.php/K%C5%AF%C5%BEe), [cyanóza](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Cyan%C3%B3za), obluzení

Podle velikosti překážky v plicním řečišti se rozlišuje:

1. Masivní plicní embolie
- postihuje více než 50% plicního řečiště, proto příznaky vznikají náhle
- rychlý uzávěr velké části plicního oběhu  náhlé zatížení pravé poloviny srdce, která nezvládá pumpovat, proti prudce zvýšenému tlaku  náhlé srdeční selhání  náhlá smrt
 tento lze označit jako akutní forma plicního srdce (cor pulmonale acutum)
- příznaky - klidová dušnost
 - cyanóza
 - hemoptýza
 - zvýšená náplň krčních žil
 - tlak na hrudi
 - pleurální bolest až stenokardie (klinicky jako IM)
 - (cor pulmonale acutum)
 - hypotenze, synkopa
 - kardiální šok až náhlá smrt

2. Submasivní embolizace
= plicní infarkt
- postihuje plicní tepny střední velikosti a příznaky vznikají náhle
- příznaky - klidová dušnost
 - tachypnoe
 - suchý kašel
 - hemoptýza
 - pleurální bolest

3. Sukcesivní mikroembolizace
(- sukcesivní = opakující se)
- jedná se uzávěry malých arterií, v plicích jsou pouze drobné překážky a proto se příznaky rozvíjejí pomalu
- příznaky - dušnost
 + postupně se přidávají příznaky pravostranného srdečního selhávání
- jednorázová mikroembolizace je bezpříznaková

Diagnostika

Anamnéza
- anamnéza – RA – genetická predispozice, plicní embolie v rodině, výskyt flebotrombózy
- vysoký věk, abúzus kouření, těhotenství, dušnost, obezita, prodělané operace, onemocnění srdce a cév, poruchy hemokouagulace
- FA – antikoncepce, léky na srážlivost

Fyzikální vyšetření
- pohled - barva kůže (cyanóza), náplň krčních žil, dušnost, otoky
- poslech – chropy
- pohmat – pulz

Laboratorní vyšetření
- standard
- ASTRUP
- D-dimery (ukazují zvýšenou tvorbu sraženin)

Přístrojově
- oxymetrie
- TK
- EKG - vyloučení IM, dvanáctisvodové EKG
- RTG S+P – vysoký stav bránice, výpotek u atelektázy, plicní hypertenze (městnání před překážkou)
- echokardiografie
- scintigrafie perfúzní a ventilační (tzv. plicní scan)
- plicní angiografie

Terapie

- cílem terapie zabránit opakování embolizace a podpořit rekanalizaci (zprůchodnění trombu)

Farmaka

- antikoagulancia - heparin, nízkomolekulární hepariny, kumariny
- trombolytika = fibrinolytika, rozpouští krevní sraženinu
 - Streptokináza - bílkovina, ! nebezpečí alergické reakce -> nutné přidat 100 mg hydrokortizonu; aplikaci možno opakovat až po 6 měsících
 - Urokináza - enzym, u P, kteří během posledních 6 měsíců dostali Streptokinázu
 - Tkáňový aktivátor plazminogenu - určený k léčbě masivní plicní embolie
 - NÚ - krvácivé stavy (na terapii krvácivých stavů antifibrinotika)
- antiagregancia

- embolektomie - metoda odstranění embolu
- Kavální filtr - do DDŽ se zakotví jemné drátky, transvenózně zavedené
 - pouze jako prevence recidivy PE

Dietní opatření

- V akutním stavu parenterální výživa
- později dieta č. 2

Hospitalizace
- ARO, JIP, po stabilizaci na standard. odd.
- fowlerova poloha
- oxygenoterapie
- TK, P, D, EKG
- sledovat celkový stav nemocného
- sledovat příznaky onemocnění – dušnost, obavy, neklid, pocení, tachykardie, tachypnoe, poruchy vědomí, kašel
- sledovat projevy krvácení – hemoptýzu, krvácení z dásní, krev v moči
- P+V tekutin
- kontrolovat laboratorní biochemické a hemokoagulační výsledky (INR, APTT)
- léky - antikoagulační TH, analgetika, sedativa
- v akutním stavu zajistit P uspokojení základních potřeb s dopomocí

Ošetřovatelské diagnózy

Porucha dýchání následkem ischemie plicní tkáně (dušnost)
Porucha výměny plynů
Porucha tkáňového prokrvení
Akutní bolest
Úzkost, Strach
Deficit sebepéče v akutním stavu

## Aplikace modelu

1.1 Univerzální požadavky

#### Dostatečný, pravidelný příjem vzduchu, potravy, vody

1. Aktuální deficit - zhoršení dechu při zvýšené námaze
* námahová dušnost v souvislosti s plicní embolií Ošetřovatelský systém - částečně kompenzující.
1. Aktuální deficit - zvýšený příjem potravy
* nadváha v souvislosti se zvýšeným příjmem potravy Ošetřovatelský systém - podpůrně výchovný.

#### Uspokojivé funkce vylučování moče, stolice, potu

Aktuální deficit - vyprazdňování stolice \* defekace jednou za 2-3 dny

* nedostatek soukromí
* nepřirozená poloha
* nedostatek fyzické aktivity Ošetřovatelský systém - částečně kompenzující.

#### Rovnoměrné rozložení činností, odpočinku

Aktuální deficit - nedostatek pohybu

4

* klid na lůžku z důvodu léčebného režimu Ošetřovatelský systém - částečně kompenzující.

#### Rovnováha mezi bezpečím, jistotou a hrozícím nebezpečím

Potenciální deficit - riziko masivní plicní embolizace

* diagnóza plicní embolie
* obtížná defekace Ošetřovatelský systém - částečně kompenzující.

## Vývojové požadavky

#### 1. Požadavky týkající se přechodu z jedné životní fáze do druhé

Deficit sebepéče - nepřítomen.

## Terapeutické požadavky

#### Uvědomění si diskomfortu a následků léčby

Aktuální deficit - strach z nemožnosti provádět dosavadní fyzické aktivity

* verbalizace strachu Ošetřovatelský systém - částečně kompenzující.

#### Přijetí důsledků patologického stavu a jeho edukace s ním žít

Potenciální deficit - nedostatek informací o důsledcích onemocnění

* nadměrný strach, obavy
* občasný negativismus

Ošetřovatelský systém - částečně kompenzující. Schopnost starat se sám o sebe, sebepéče: Pacient měl schopnosti se o sebe a své zdraví postarat. Měl k tomu dostatečné podmínky. Občas jej přepadl strach, zda se bude moci vrátit ke sportu. Léčebný režim dodržoval. Porucha sebepéče u pana M. H. nebyla přítomna. Barthelův test: 95 bodů - lehká závislost (pacient potřeboval pomoc při koupání).

Deficit sebepéče - ošetřovatelské činnosti: Pacient byl schopen o sebe se sám postarat. Během hospitalizace byl mírně závislý na okolí z důvodu léčebného režimu. Léčebný režim dodržoval, bandáže dolních končetin zvládal sám. Ošetřovatelské činnosti byly soustředěny zejména na povzbuzování pacienta. Pacient byl z důvodu klidového režimu lehce závislý (podání pomůcek apod.).

5

# OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNOZY

1. Zácpa - 00011 v souvislosti s nedostatkem soukromí, nepřirozenou polohou při defekaci, nedostatkem fyzické aktivity projevující se neschopností se vyprázdnit.

Cíl: pacient má stolici alespoň jednou za 2 dny, defekace není namáhavá - do 4 dnů.

#### Výsledná kritéria:

* + Pacient ví, co může způsobovat zácpu - do 30 min.
	+ Pacient zná rizika obtížné defekace při plicní embolii - do 30 min.
	+ Pacient ví, čím může zácpě předejít - do 30 min.

#### Intervence:

* + Zajisti dostatek tekutin – ihned.
	+ Zjisti stav vyprazdňování před hospitalizací - do 30 min.
	+ Zjisti možné příčiny zácpy - do 24 hod. Zjisti druh zácpy - do 24 hod.
	+ Zajisti intimitu, soukromí - vždy při defekaci.
	+ Sleduj vzhled, častost stolic a zapisuj do dekurzu - vždy po defekaci.
	+ Sleduj příjem a výdej tekutin - ihned.
	+ Podávej laxantíva dle ordinace lékaře.

#### Efekt: úplný

1. Strach - 00148 z nemožnosti provádět po propuštění dosavadní fyzické aktivity projevující se verbalizací.

Cíl: Pacient nemá strach - do 3 dnů.

#### Výsledná kritéria:

* + Pacient ví, jaké aktivity smí vykonávat po propuštění - do 24 hod.
	+ Pacient ví, na koho se při pocitu strachu obrátit - do 24 hod.
	+ Pacient umí o svých pocitech strachu hovořit - do 2 dnů.

6

#### Intervence:

* + Zjisti všechny možné příčiny strachu - do 8 hod.
	+ Zjisti všechny projevy strachu pacienta - do 24 hod.
	+ Zjisti, jak dalece je pacient informován o aktivitách po propuštění - do 24 hod.
	+ Zjisti, jak dalece je pacient informován o onemocnění - do 2 dnů.
	+ Zjisti možné podněty, které vyvolávají strach u pacienta - do 3 dnů.
	+ Zaznamenávej strach do dokumentace pacienta -častost, projevy - vždy při strachu pacienta.

#### Efekt: částečný

1. Nadměrná výživa – 00001 v souvislosti se zvýšeným příjmem stravy ve vztahu k metabolickým požadavkům jedince projevující se zvýšením BMI.

Cíl: Pacient je poučen a chápe, že má nadměrný příjem potravy vzhledem k jeho metabolickým požadavkům - do 4dnů.

#### Výsledná kritéria:

* + Pacient ví, že má nadměrný přísun výživy - do 24 hod.
	+ Pacient zná příčiny zvýšeného BMI - do 2 dnů. Pacient ví, jak by se měl stravovat - do 3 dnů.

#### Intervence:

* + Zjisti, zda má pacient zájem o informace - do 6 hod.
	+ Zjisti příčiny zvýšeného BMI pacienta - do 8 hod. Zjisti, zda má pacient zájem o možnosti snížit váhu - do 24 hod.
	+ Zjisti, jak se pacient běžně stravuje - do 2 dnů.
	+ Zjisti pohybové aktivity pacienta - do 2 dnů. Informuj o možnostech snížení váhy - do 3 dnů.

Efekt: úplný Pacient zcela akceptuje doporučení, objednán do nutriční poradny

7

ZÁVĚR

U pacienta, jsem použila aplikaci koncepčního modelu Dorothy E. Johnson: . Model je zaměřen do šesti základních oblastí, které spolu vzájemně souvisí.

Ošetřovatelskou anamnézu jsem sbírala při rozhovoru, pozorováním a z lékařské dokumentace. Na základě objektivity a subjektivity jsem stanovila ošetřovatelské problémy, které nejčastěji souvisí s plicní embolií. Nejzávažnějším problémem pacienta je strach z nemoci. Pacient si uvědomuje závažnost své nemoci, ale neumí se s tím vyrovnat.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

ARCHALOUSOVÁ, A. 2006. *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů*. Praha: Nucleus HK, 2006. 27 s. ISBN 80-86225-33-X

ČERVINKOVÁ, E. 2006. *Ošetřovatelské diagnózy*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-443-7

FARKAŠOVÁ, D. 2006. *Ošetřovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2016. s. 89. ISBN 80-8063-227-8

MAREČKOVÁ, J. 2006. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3

PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Phaha: Grada, 2006. 103 s. ISBN 80-247- 1211-3