



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

---



Ústav pro ošetřovatelství

## **Péče o nemocnou po abdominální hysterektomii pro uterus myomatosus**

Postoperative Nursing Care of the Patient  
after abdominal Hysterectomy for Uterine Myoma

Případová studie

Bakalářská práce

Praha, duben 2008

Chudomelová Pavla

**Autor práce:** Chudomelová Pavla

**Studijní program:** Ošetřovatelství

**Bakalářský studijní obor:** Zdravotní vědy

**Vedoucí práce:** PhDr. Radomila Drozdová

**Pracoviště vedoucího práce:** Ústav pro ošetřovatelství 3. LF UK Praha

**Odborný konzultant:** MUDr. Rajmund Pokorný

**Pracoviště odborného konzultanta:** gynekologicko-porodnická klinika

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

**Datum a rok obhajoby:** 21. dubna 2008

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům

V Praze 17. března 2008

Pavla Chudomelová

## Poděkování

Děkuji PhDr. Radomile Drozdové a MUDr. Rajmundu Pokornému za odborné vedení, cenné rady a podněty při zpracování mé bakalářské práce

V Praze 17. března 2008

Chudomelová Pavla

## Obsah

1	Úvod .....	6
2	Klinická část .....	8
2.1	Anatomie ženských pohlavních orgánů .....	8
2.1.1	Zevní rodidla .....	8
2.1.2	Vnitřní rodidla .....	8
2.2	Fyziologie děložního cyklu .....	10
2.2.1	Endometriální cyklus .....	10
2.2.2	Myometrální cyklus .....	11
2.2.3	Cervikální cyklus .....	11
2.3	Charakteristika onemocnění uterus myomatosus .....	11
2.3.1	Etiologie .....	11
2.3.2	Klinický obraz .....	11
2.3.3	Diagnostika myomatózy .....	12
2.3.4	Léčba .....	12
2.3.4.1	Volba operačních přístupů .....	13
2.3.4.1.1	Laparotomie .....	13
2.3.4.1.2	Laparoskopie .....	13
2.3.4.1.3	Vaginální přístup .....	14
2.3.4.2	Hysterektomie abdominalis .....	14
2.3.5	Bezprostřední pooperační období .....	14
2.3.6	Časně pooperační období .....	14
2.3.7	Pozdní pooperační období .....	15
2.3.8	Období rekonvalescence .....	15
3	Základní údaje o nemocné .....	16
3.1	Základní data .....	16
3.2	Osobní anamnéza .....	16
3.3	Lékařské diagnózy při příjmu .....	17
3.4	Nynější onemocnění .....	17
3.5	Průběh hospitalizace .....	17
3.6	Provedená diagnostická vyšetření .....	18
3.6.1	Před hospitalizací .....	18
3.6.2	Během hospitalizace .....	18
3.7	Farmakologická a infuzní terapie během hospitalizace .....	18
3.7.1	Farmakologická terapie .....	18
3.7.2	Infuzní terapie .....	20
4	Ošetřovatelská část .....	21
4.1	Úvod .....	21
4.2	Základní pojmy ošetřovatelství .....	21
4.3	Charakteristika ošetřovatelského procesu .....	22
4.4	Koncepční model ošetřovatelství Marjory Gordonové .....	24
4.5	Ošetřovatelská anamnéza .....	25
4.5.1	Vnímání zdraví .....	26
4.5.2	Výživa a metabolismus .....	26
4.5.3	Vylučování .....	27
4.5.4	Aktivita – cvičení .....	27

4.5.5	Spánek – odpočinek .....	28
4.5.6	Poznávání – vnímání .....	28
4.5.7	Sebepojetí – sebeúcta .....	29
4.5.8	Role – vztahy .....	29
4.5.9	Sexualita .....	30
4.5.10	Tolerance ke stresu .....	30
4.5.11	Víra – životní hodnoty .....	31
4.6	Ošetrovatelské diagnózy k 2. pooperačnímu dni .....	31
4.6.1	Aktuální ošetrovatelské diagnózy .....	31
4.6.2	Potencionální ošetrovatelské diagnózy .....	32
4.7	Krátkodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení .....	33
4.7.1	Bolest .....	33
4.7.2	Nedostatek spánku .....	35
4.7.3	Obavy .....	36
4.7.4	Porucha sebepojetí .....	37
4.7.5	Úzkost .....	38
4.7.6	Riziko návratu depresí .....	38
4.7.7	Riziko poruchy vyprazdňování stolice .....	39
4.7.8	Riziko vzniku pooperační trombózy a embólie .....	39
4.7.9	Riziko vzniku infekce .....	39
4.7.10	Obavy ze zvládnání všedních denních činností po propuštění .....	40
5	Další průběh hospitalizace .....	41
6	Edukace nemocné .....	44
6.1	Pooperační rekonvalescence .....	44
6.2	Období klimakteria .....	45
7	Psychologická problematika klimakteria .....	47
8	Závěr a prognóza .....	48
9	Summary .....	49
	Abeecední seznam použitých zkratk .....	51
	Seznam odborné literatury .....	52
	Seznam příloh .....	54
	Přílohy	

## 1 Úvod

Cílem předložené bakalářské práce je zpracování případové studie 47leté pacientky přijaté k provedení operačního zákroku abdominální hysterektomie. Nemocná byla hospitalizována na standardním oddělení gynekologické kliniky fakultní nemocnice.

Případová studie je zpracována se souhlasem vybrané pacientky a vytvořena tak, aby poskytla komplexní náhled na její biopsychosociální potřeby v pooperačním období.

V první části je uveden stručný přehled základních údajů z oblasti anatomie a fyziologie ženských pohlavních orgánů, dále je pak popsána hlavní diagnóza pacientky, tj. uterus myomatosus. Uvedena je také etiologie, klinika a diagnostika tohoto onemocnění. V následující kapitole jsou pak popsány způsoby operativního řešení a eventuelní vznik možných pooperačních komplikací.

V druhé části jsou uvedeny základní informace o nemocné, okolnosti jejího přijetí na gynekologicko-porodnickou kliniku, údaje z lékařské anamnézy, diagnostické metody, souhrn terapeutických opatření a průběh hospitalizace pacientky.

V ošetřovatelské části bakalářské práce je vysvětlen význam modelu ošetřovatelského procesu a jeho jednotlivých fází. V ošetřovatelské péči byl použit ošetřovatelský proces a model M. Gordonové, který bývá také označován jako tzv. Model funkčního zdraví. Ošetřovatelský proces byl zahájen získáním informací o zvolené nemocné, a to jak pozorováním, tak od pacientky samotné, ze zdravotnické dokumentace i od ostatních členů zdravotnického týmu a na jejich základě byly stanoveny aktuální a potencionální ošetřovatelské diagnózy a následně vypracován plán péče. Další části práce jsou věnovány realizaci a samozřejmě také hodnocení účinnosti zvolených ošetřovatelských intervencí. Vzhledem k rozsahu a účelu práce je podrobně rozpracován pouze jeden den v rámci ošetřovatelského procesu u dané pacientky. Pro tento účel byl zvolen druhý pooperační den, tj. čtvrtý den hospitalizace nemocné.

Nezbytnou součástí předkládané práce je edukace nemocné zaměřená na pooperační rekonvalescenci a problémy způsobené klimakteriem.

Psychologická část případové studie se věnuje období klimakteria v životě ženy, dále následuje závěr, prognóza a summary.

Na závěr práce je uveden seznam odborné literatury, abecední seznam zkratek a seznam příloh s přílohami.



## **2 Klinická část**

### **2.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů**

Ženské pohlavní orgány se dělí na zevní a vnitřní rodidla.

#### **2.1.1 Zevní rodidla**

HRMA – MONS PUBIS – vyvýšenina pod přední břišní stěnou a před stydkou sponou, pokračuje směrem kaudálním ve velké stydké pysky.

VELKÉ STYDKÉ PYSKY – LABIA MAJORA – kožní valy, tvořené přímým pokračováním hrmy, jsou tvořeny vazivově tukovými tělesy s cévními pleteněmi, v zadní třetině jsou uloženy vestibulární žlázy tvořící hlen a zvlhčující poševní vchod.

MALÉ STYDKÉ PYSKY – LABIA MINORA – kožní řasy uložené mezi velkými stydkými pysky, jsou kožními a slizničními útvary.

POŠTĚVÁČEK – KLITORIS – topořivý orgán krytý sliznicí.

PANENSKÁ BLÁNA – HYMEN - uzavírá u děvčete, které dosud nemělo pohlavní styk, poševní vchod.

HRÁZ – PERINEUM – asi 4 cm široká přepážka mezi zadní komisurou velkých stydkých pysků a řitním otvorem tvořená kůží, podkožím a svalstvem.

BARTHOLINSKÁ ŽLÁZA – GLANDULA VESTIBULARIS MAJOR – párová žláza uložená v dorzální třetině velkých labií. (3)

#### **2.1.2 Vnitřní rodidla**

POCHVA – VAGINA – v klidu má pochva šterbinovitý průsvit. Je orgánem poddajným, její stěna je tvořena vazivovým epitelem a svalovými vlákny, vystlaná vrstevnatým dlaždicovitým epitelem. U dospělé ženy za normálních podmínek se zde vyskytuje Döderleinův laktobacil, který tvorbou kyselého prostředí snižuje možnost vzniku infekce v pochvě.

DĚLOHA – UTERUS – má hruškovitý tvar, který je v předozadním směru oploštělý. Zadní děložní stěna je obvykle vyklenutější, je dlouhá 7cm, tělo je široké 4 - 5 cm, v předozadním průměru 2,5 cm, tvar a velikost se mění působením hormonů během věku, postavení vůči pochvě je nejčastěji v tzv. anteverziflexi. Dělohu můžeme rozdělit na dvě části: děložní tělo – corpus uteri – složené z přední a zadní stěny, hran a fundu a děložní hrdlo – cervix uteri.

Děložní stěna je tvořena třemi vrstvami:

ENDOMETRIUM – vnitřní část dělohy, sliznice podléhající cyklickým změnám během menstruačního cyklu.

MYOMETRIUM – střední vrstva, hladká svalovina, vnitřní část probíhá longitudiálně, střední vrstva je tvořena prostorovou sítí spirálně proplétajících se snopců.

PERIMETRIUM – viscerální peritoneum kryjící celé děložní tělo . (3)

PÁNEVNÍ DNO - má nesmírný význam pro fyziologické uložení rodidel, neboť je podpůrným aparátem orgánů, které jsou v malé pánvi uloženy. Pánevní dno uzavírá pánevní východ a dělíme je na dvě části:

DIAFRAGMA PELVIS – je krainálně konkávním útvarem, na kterém se podílí musculus levator ani. Otvor mezi jeho mediálními snopci v kubické části je hiatus genitális, kterým vystupují pochva a uretra z malé pánve.

DIAFRAGMA UROGENITALE - je svalově vazivovou přepážkou, která doplňuje pánevní dno zevně od diafragma pelvis a uzavírá hiatus genitálie.

Závěsný a podpůrný aparát dělohy - udržuje dělohu v centru malé pánve a je tvořen těmito útvary: ligamenta cardinalia, ligamenta sakrouterina, ligamenta teretia uteri, podpůrný aparát diaphragma pelvis a hrázové svaly.

PÁNEVNÍ PERITONEUM – pokračování a nejnižší část viscerálního pokryvu břišnicové dutiny, kryje močový měchýř, děložní fundus, konečník a tím tvoří rektouteriní exkavaci – Douglasův prostor. (3)

VAJEČNÍK – OVARIUM – párová ženská pohlavní žláza, zdroj ženských pohlavních buněk a současně endokrinní žláza, v dospělosti má ovoidní tvar velikosti cca 3 – 5 x 2 – 3 cm.

VEJCOVOD – SALPINX – párový svalový orgán dlouhý 8 - 10 cm, z děložní dutiny vystupuje jeho část intersticiální, která pokračuje částí istmickou s nejužším průsvitem. Ampulární část je nejširší, pokračuje v infundibulum, zakončené fimbriemi a je nejbližší ovariu. Úloha vejcovodu je nejvýznamnější v době fertilizace, zajišťuje transport spermií a oplozeného vajíčka. (3)

## **2.2 Fyziologie děložního cyklu**

Děloha ve svých jednotlivých částech obsahuje receptory pro estrogeny a progesteron. V časové závislosti na ovariálním cyklu probíhají změny v endometriu, myometriu a cervixu.

### **2.2.1 Endometriální cyklus**

Proliferační fáze probíhá 5. – 14. den menstruačního cyklu, narůstají žlázy i cévy, ke konci této fáze dosahuje endometrium výšky až 10 mm. Proliferační fáze končí v období, kdy v ovariu nastala ovulace.

Sekreční fáze trvá od 15. do 26. dne menstruačního cyklu. Endometrium vybudované estrogeny se mění účinkem progesteronu v endometrium sekreční, v buňkách stromatu se hromadí lecitin, lipidy, fosfolipidy jako přestavba endometria.

Menstruační fáze nastupuje mezi 26. - 28. dnem cyklu, kdy vzniká ischemická nekróza celého endometria, které odchází současně s krvácením z dělohy jako menstruační krvácení trvající u ženy 3 - 4 dny. Období menstruace se dělí na dvě fáze:

fáze deskvamační, která probíhá první 1 - 2 dny a během níž odchází z dělohy rozpadlá pars functionalis endometria

fáze regenerace mezi 2. až 4. dnem menstruačního cyklu. (3)

### **2.2.2 Myometrální cyklus**

Děložní motilita v proliferační fázi stoupá, vrchol dosahuje při ovulaci, během menstruace se děložní stahy podílejí na odlučování sliznice, vypuzování obsahu děložní dutiny a na zástavě krvácení. (3)

### **2.2.3 Cervikální cyklus**

V cervixu rovněž probíhají cyklické změny, které jsou součástí přípravy na koncepci, sliznice se neodlučuje. (3)

## **2.3 Charakteristika onemocnění uterus myomatosus**

Leiomyom dělohy

### **2.3.1 Etiologie**

Leiomyomy jsou nejčastějšími benigními nádory ženského genitálu i nejčastější nádory dělohy. Myom postihuje asi 20 % všech dospělých žen s maximem výskytu kolem 40-tého roku života. Mohou být izolované (myoma uteri) nebo mnohočetné (uterus myomatosus) v podobě různě velkých tuhých uzlů zvětšujících a deformujících dělohu. Jejich růst je závislý na působení estrogenů. Tyto myomy jsou tuhé, kulovité, proti svalovině dobře ohraničené tumory. Rostou pomalu, nejprve ve svalovině – myoma intramurale, později se začnou vyklenovat pod serózu – myoma subserosum nebo rostou pod endometrium – myoma submukosum. Po menopauze nastává involuce nebo kalcifikace myomu. (3)

### **2.3.2 Klinický obraz**

U 20-ti % žen nedělá myom žádné obtíže. Submukózní myomy působí menoragie, potrat, sterilitu. Veliké myomy tlačí na močový měchýř nebo na rektum. Torze a hemoragická infarzace stopkatého subserozního myomu je

náhlou břišní příhodou. Myom při porodu vede k poruše děložní činnosti a po porodu plodu k silnému krvácení. (3)

### 2.3.3 Diagnostika myomatózy

1. Anamnéza – osobní, rodinná, gynekologická, nynější onemocnění
2. Celkové vyšetření – TK, P, TT, výška, váha
3. Gynekologické vyšetření :
  - a) vyšetření břicha – pohled, pohmat, poklep
  - b) vyšetření zevních rodidel
  - c) vyšetření vnitřních rodidel
  - d) vnitřní vyšetření pohmatem
  - e) ultrazvuk
  - f) hysteroskopie (3)

### 2.3.4 Léčba

Ženy s myomy pravidelně kontrolujeme. Operace se provádí jen tehdy, pokud myom působí obtíže, rychle roste a mění konzistenci. Nebezpečí maligního zvratu v sarkom je 0,1 - 0,5 %. (3)

U mladých žen plánujících těhotenství se postupuje konzervativně, tj. odstraněním tumoru, ale zachováním dělohy. Laparoskopická nebo hysteroskopická enukleace myomů je metodou volby. Před konzervativní operací lze větší myomy zmenšit aplikací agonistů GnRH, tato léčba trvá 3 – 5 měsíců, hormon zastavuje svým působením sekreci gonadotropinů a vytváří umělou menopauzu. (3)

V průběhu těhotenství je nutno postupovat individuálně podle lokalizace, velikosti myomu a obtíží pacientky.

Největší výskyt myomů je u žen na sklonku fertilního období, které již neplánují těhotenství. Při opakovaném silném krvácení, které nelze zvládnout medikamentózně či při rychlém zvětšování myomu se řeší stav odstraněním dělohy. (3)

Indikace k operační léčbě: krvácení vedoucí k anemizaci nemocné, bolest, rychle rostoucí myom, opakované samovolné potraty nebo syndromový útlak močového měchýře.

#### **2.3.4.1 Volba operačních přístupů**

V klasické gynekologické operativně můžeme zvolit přístup laparotomií, laparoskopicky či vaginálně v gynekologické poloze, prováděny jsou také přístupy kombinované – techniky vaginálních operací asistovaných laparoskopicky. Volba přístupu je rozhodnutím operátora, a to na základě velikosti a uložení myomů či stavu dutiny břišní.

##### **2.3.4.1.1 Laparotomie**

Přístup stěnou břišní znamená otevření peritoneální dutiny řezem v břišní stěně, operátorovi umožňuje dokonalý přístup do operačního pole. Naopak nevýhodou je pooperační diskomfort z rozsahu operační rány, z pooperačního oblenění střevní peristaltiky. Klasická laparotomie se vede buď příčným řezem nad synfýzou – řez Phannenstielův nebo podélným řezem ve střední čáře – dolní střední laparotomie. (3)

##### **2.3.4.1.2 Laparoskopie**

Umožňuje přístup do dutiny břišní, který je zprostředkován specializovaným přístrojovým a nástrojovým vybavením umožňující operovat v dutině břišní. Jedná se o výkon tzv. minimální invazivní chirurgie. Umožňuje provádět diagnostické i terapeutické výkony. Výhody spočívají v minimální pooperační zátěži. Nevýhody jsou v riziku přístupu do peritoneální dutiny (poranění kliček, cév). Indikovaná je v případech, kdy se jedná o případy sterility, vrozené vývojové vady, pánevní bolesti apod. V poslední době je také často užívaná operační metoda tzv. LAVH (laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie). (3)

#### **2.3.4.1.3 Vaginální přístup**

Vyžaduje zkušeného operátora i asistenci, technicky je obtížnější pro nesnadnější přístup k operačnímu poli s omezeným přehledem. Výhody tohoto přístupu spočívají v nižší invazivnosti operačního pole s lehčím pooperačním průběhem, což je výhodné u starších a rizikových pacientek. Preferuje se u operativy na vulvě, pochvě, děložním hrdle, sestupu dělohy a poševních stěn. (3)

#### **2.3.4.2 Hysterektomie abdominalis**

Vynětí dělohy předpokládá její uvolnění z podpůrného a závěsného aparátu malé pánve a od úponu na pochvu. Nejčastější indikací k provedení hysterektomie abdominalis je děložní myom, ale provádí se i jako součást operací tumoru vaječníků. Použití operační laparoskopie v léčbě děložních myomů souvisí s jejich lokalizací. Nevhodné k laparoskopické operativě jsou například myomy uložené intraligamentózně, velké myomy nad 10 cm v průměru. (3)

#### **2.3.5 Bezprostřední pooperační období**

Po ukončení výkonu je operovaná převezena na pooperační pokoj, doznívá účinek anestetik podaných v průběhu operačního výkonu, pacientka je tlumena, spí. V tomto období personál nepřetržitě sleduje vitální funkce a kontroluje operační ránu. Případnou bolest tlumí dle ordinací a zvyklostí oddělení. Sestra sleduje tvorbu moči, vyprazdňování močového měchýře a celkové vodní a minerální hospodářství. Ztráty tekutin, které vznikly během operace, se hradí nitrožilním podáním infuzí. Za 4 hodiny po ukončení výkonu lze operované nabídnout čaj po doušcích. (9)

#### **2.3.6 Časné pooperační období**

Toto období zahrnuje první čtyři dny po výkonu, kdy bývají často přítomny bolesti z operační rány, zvýšená teplota, poruchy vyprazdňování,

pocit slabosti. Sleduje se bilance tekutin, rezidua v močovém měchýři po vymočení cévkováním, odchod plynů a stolice. Provádí se laboratorní kontrola krevního obrazu a zánětlivých markerů (CRP). Dietní režim se postupně upravuje, přes podávání čaje pokračujeme tekutou, kašovitou a lehce stravitelnou dietou. Důležitým faktorem je časně vstávání z lůžka a soustavná pooperační gymnastika. (9)

### **2.3.7 Pozdní pooperační období**

Od pátého pooperačního dne začíná pozdní pooperační období, kdy u nekomplikovaných případů dochází k postupnému hojení, odstranění stehů, je provedena kontrola celkového stavu pacientky, eventuálně laboratoře a následuje dimise. Pokračuje se v rehabilitaci a pooperační gymnastice. Cviky jsou zaměřeny na posilování břišních stěn a svalstva pánevního dna, uvolnění zádového svalstva a páteře. (9)

### **2.3.8 Období rekonvalescence**

Pacientce po hysterectomii abdominalis je doporučováno přes den často odpočívat vleže. Postupně smí zvyšovat fyzickou zátěž, např. vaření zhruba po týdnu od propuštění, nošení těžších věcí (nad 5 kg) postupně během 5 týdnů, nadále pokračuje v posilování svalstva břišní stěny a dna pánevního. Žena v rekonvalescenci by měla počítat s větší únavností po dobu 4 – 5 měsíců a této skutečnosti přizpůsobit svůj režim.



### 3 Základní údaje o nemocné

#### 3.1 Základní data

Jméno: J. N.  
Věk: 47 let  
Pohlaví: žena  
Stav: vdaná  
Povolání: prodavačka  
Bydliště: okresní město  
Kontaktní osoba : manžel tel. xxx xxx xxx  
Oslovení: paní N., vykání  
Důvod k přijetí: plánovaná operace  
Datum přijetí: 3. 1. 2008

#### 3.2 Osobní anamnéza

1. prodělaná onemocnění: běžné dětské nemoci  
appendectomie ve 12 letech  
infekce 0, úrazy
2. gynekologická anamnéza: menstruace od 13 let 30 – 35 dní/ 5 - 7 dní,  
poslední menstruace 23. 12. 2007  
gestace – 2  
partus – 1  
abortus – 1  
UPT – 0  
antikoncepce – 0
3. návyková anamnéza: nekuřák, káva 3x denně, alkohol příležitostně
4. alergická anamnéza: prach, pyl, roztoči
5. rodinná anamnéza: matka zemřela v 70 letech na Ca rekta  
otec zemřel v 74 letech na IM  
dvě sestry – zdravý  
dcera – zdráva

6. pracovní anamnéza: prodavačka

7. farmakologická anamnéza: nejuje

### **3.3 Lékařské diagnózy při příjmu**

Uterus myomatosus

Metrorrhagia recidiva

Inkontinentia urinae

### **3.4 Nynější onemocnění**

Pacientka J.N. přijata k plánovanému operačnímu výkonu – abdominální hysterektomie s adnexektomií a kolpopexí sec. Burch – Staton pro silné menstruační krvácení trvající cca 1 rok a mírný únik moči v důsledku stresové inkontinence.

### **3.5 Průběh hospitalizace**

Pacientka J.N. navštívila v říjnu 2007 na doporučení svého lékaře gynekologicko – porodnickou kliniku fakultní nemocnice a to pro opakované metrorrhagie způsobené submukózními myomy, pacientka navíc trpí stresovou inkontinencí. V prosinci byla vyšetřena na urogynekologické ambulanci kliniky, kde jí byla na základě provedeného gynekologického, urodynamického a ultrazvukového vyšetření zjištěna mírná rektokela spojená s výrazným sestupem poševních stěn a s úniky moči. Pacientce byla proto doporučena abdominální hysterektomie s adnexektomií a kolpopexí Burch – Staton, s níž souhlasila. Během prosince si zajistila kompletní předoperační vyšetření – základní laboratorní screening, EKG, RTG srdce a plic, fyzikální vyšetření včetně interního závěru.

Termín operace byl stanoven na 4. 1. 2008. Paní N. byla přijata den před plánovaným výkonem, kdy jí byla provedena klasická předoperační a střevní příprava. Následující den jí byl na operačním sále proveden operační zákrok, po kterém byla dle zvyklostí kliniky umístěna na jednotku intenzivní

péče ke sledování jejího celkového stavu a vitálních funkcí. Vzhledem k uspokojivému pooperačnímu průběhu byla pacientka následujícího dne přeložena na standardní oddělení, kde se pokračovalo v pooperační péči, sledování příjmu a výdeje tekutin, péči o ránu, drén, epicystostomii, rehabilitaci, podávání analgetik a antibiotik. Vzhledem k celkovému dobrému stavu pacientky probíhala hospitalizace bez komplikací a po odstranění stehů byla pacientka šestého pooperačního dne propuštěna do domácího ošetření plně kontinentní.

### **3.6 Provedená diagnostická vyšetření**

#### **3.6.1 Před hospitalizací**

gynekologické a urogynekologické vyšetření

ultrazvukové vyšetření vnitřních rodidel

kyretáž dutiny děložní

kolposkopie

cytologie

bakteriologické vyšetření mikrobiálního obrazu poševního

předoperační vyšetření v běžném rozsahu viz 3.5

#### **3.6.2 Během hospitalizace**

předoperační anesteziologické a interní konzilium

kontrolní pooperační biochemické vyšetření, vyšetření krevního obrazu

### **3.7 Farmakologická a infuzní terapie během hospitalizace**

#### **3.7.1 Farmakologická terapie**

1. KLINDAMICIN 600 mg - linkosamidové antibiotikum

podání á 8 hod. v bolusové infuzi, nejčastější nežádoucí účinek – diarrhoea,

tzv. chráněné koagulum - postup užívaný v chirurgii k prevenci pooperačních infekčních komplikací. Před vlastním operačním výkonem se podávají antibiotika, která pak v jejím průběhu dosahují dostatečných koncentrací v krvi a tedy rovněž v krevních sraženinách

2. CLEXANE 0,4 mg s.c. - antitrombotikum

0,4 mg 1x denně s.c. k profylaxi tromboembolických onemocnění v pooperačním období

3. DICLOFENAC supp. - nesteroidní antirevmatikum

2 x denně per rektum dle potřeby, součást pooperační analgezie

4. SUFENTA FORTE amp. - opiátové analgetikum

analgetická součást směsi s fyziologickým roztokem, aplikace pomocí perfuzoru do i.v. vstupu, pozor na útlum dechového centra, podávat pouze za současného sledování dechu a saturace krve kyslíkem

5. TRAMAL 1 amp. i. m. - analgetikum

užívané ke zmírnění střední až silné akutní a chronické bolesti

6. HYPNOGEN tbl. p.o - hypnotikum

1 tbl. na noc, sledujeme nežádoucí účinky během dne (ospalost)

7. DICLOFENAC supp.- nesteroidní antirevmatikum

aplikace 2 x denně per rektum, součást pooperační analgezie, edukujeme pacientku o způsobu aplikace

### 3.7.2 Infuzní terapie

Podávána během 0. operačního dne na pooperační jednotce intenzivní péče.

1. RINGERŮV + HARTMANNŮV ROZTOK – základní izotonické krystaloidní roztoky, tvoří základ infuzní terapie
2. GLUKOSA 10% roztok - vysokoenergetický roztok k úhradě ztrát vody a jako nosné médium pro léky s přidáním inzulínu a iontů KCl 7,5% 20 ml, CaCl 10 ml, HMR 4 jednotky

## **4 Ošetrovatelská část**

### **4.1 Úvod**

V ošetrovatelské části bakalářské práce je pečováno o nemocnou metodu ošetrovatelského procesu a to dle koncepčního modelu ošetrovatelství Marjory Gordonové. Je zde vysvětlen význam metody ošetrovatelského procesu a jeho jednotlivých fází. Na počátku vlastního ošetrovatelského procesu byly shromážděny informace o nemocné, jenž poskytla svůj souhlas k vytvoření této práce. Bylo tedy podstatné získat co nejvíce informací, jenž by poskytly ucelený pohled na zvolenou pacientku, a to jak od ní samotné, tak ze zdravotnické dokumentace, v neposlední řadě i od ostatních členů zdravotnického týmu. Na základě těchto relativně komplexních informací byly stanoveny aktuální i potencionální ošetrovatelské diagnózy, na něž navazuje realizace a hodnocení účinnosti zvolených ošetrovatelských intervencí.

V edukační části je vytvořen přehled nejdůležitějších informací, které by měly být pacientce po tomto druhu operačního výkonu poskytnuty a které tvoří tedy podstatnou část ošetrovatelské péče, jenž se neomezuje pouze na jednotlivé ošetrovatelské úkony, ale chce poskytovat širší rámec komplexní péče, tomto případě se jedná o edukaci pacientky zaměřenou na pooperační rekonvalescenci a klimakterium.

Psychologická část se pak věnuje období klimakteria v životě ženy, které je obecně považováno za jedno z nejméně snadných životních etap.

### **4.2 Základní pojmy ošetrovatelství**

OŠETŘOVATELSTVÍ je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako systém typicky ošetrovatelských intervencí týkajících se jednotlivce, rodiny a skupiny, které jim pomáhají, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. Jsou zaměřeny především ke zdraví jedince, k jeho upevnění a obnovení. (13)

MODELY OŠETŘOVATELSTVÍ jsou abstraktní konstrukce, které pomáhají sestřám plánovat ošetrovatelskou péči, zjišťovat problémy, vztahující se ke klinické praxi a studovat výsledky ošetrovatelských činností a zásahů. (13)

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES je série vzájemně propojených činností, které jsou prováděny v zájmu nemocného a pokud možno také za jeho spolupráce během individualizované ošetrovatelské péče. Můžeme ho také charakterizovat jako způsob profesionálního uvažování sestry o pacientovi a jeho individuální problematice, který následně také ovlivňuje její způsob práce s nemocným. Uvedená teorie vznikla v šedesátých letech minulého století ve Spojených státech amerických jako koncepční model přístupu k péči o nemocného a vychází ze specifických ošetrovatelských modelů.

### **4.3 Charakteristika ošetrovatelského procesu**

Moderní vstřícná ošetrovatelská péče orientovaná na identifikaci a přiměřené uspokojování potřeb a problémů pacienta z ošetrovatelského hlediska je v současnosti založena na teorii ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je logický, systematický přístup k celkové péči o nemocného. Je to způsob řešení praktických ošetrovatelských situací vycházející z interakce mezi pacientem a sestrou. (13)

Teorie ošetrovatelského procesu určuje systematickou strategii individualizovaného přístupu k ošetřování každého nemocného. Jednotlivé fáze se navzájem prolínají a ve spirále opakují. Sestra musí nejprve svého nemocného poznat, zjistit jeho základní problémy z ošetrovatelského hlediska, rozhodnout se pro správnou strategii a nakonec zhodnotit efekt poskytované péče. Souběžně s poskytovanou péčí zjišťuje další informace a modifikuje nejvhodnější způsob přístupu k tomuto nemocnému. Ošetrovatelský proces probíhá v několika vzájemně propojených a ovlivňujících se fázích:

**1. fáze - zhodnocení nemocného- ošetrovatelská anamnéza.** Dříve, než se sestra rozhodne pro nejvhodnější způsob ošetřování, měla by být o nemocném dobře informována a to nejen z hlediska jeho aktuálního stavu, ale i z hlediska jeho předchozího vývoje včetně sociální situace a charakteristiky jeho osobnosti ve vztahu k jeho zdraví a nemoci. Proto je nezbytné, aby v první fázi ošetrovatelského procesu provedla sestra kvalitní zhodnocení pacienta s cílem získat co nejvíce potřebných informací.(13) Hodnocení nemocného má dvě části: ošetrovatelskou anamnézu a zhodnocení současného stavu pacienta, k získání kompletních informací nám nepostačí pouze nemocný a jeho dokumentace, důležitým zdrojem informací bývá zpravidla i rodina, nejbližší osoby pacienta, ostatní členové zdravotnického týmu a popřípadě i spolupacienti.

Teprve na základě kompletnosti informací získaných z různých zdrojů si může sestra udělat celkový komplexní obraz o nemocném i jeho potřebách a zvolit správný způsob ošetrovatelské péče. (13)

**2. fáze – ošetrovatelská diagnóza.** Cílem této fáze ošetrovatelského procesu je společně najít, co pacienta trápí, čím je ohrožen a stanovit význam těchto problémů pro ošetrovatelskou péči z hlediska sestry i nemocného. Ošetrovatelskou diagnózou se rozumí identifikace potřeb nemocného, které jsou onemocněním buď narušeny, nebo je porucha zdravotního stavu vyvolává. Ošetrovatelské diagnózy jsou aktuální i potenciaální.

Kromě zjištění potřeb nemocného je součástí ošetrovatelské diagnózy také stanovení problémů nemocného, které lze vhodnou ošetrovatelskou péčí řešit. Označují se jako ošetrovatelské problémy. V některých zemích se tedy vyjadřuje ošetrovatelská diagnóza v terminologii potřeb, jinde užívají název „problém“. Stále častěji se však setkáváme s taxonomií ošetrovatelských diagnóz, která sjednocuje názvosloví a dává možnost systematického třídění, nejčastěji je užívána v USA, např. NANDA System. (13)

**3. fáze - plán ošetrovatelské péče.** Plánování ošetrovatelské péče znamená určení priorit problémů, stanovení cílů péče, určení, jak mohu měřit



efekt poskytované péče a zápis ošetřovatelského plánu. Vypracování plánu má dvě části : v první z nich nejprve sestra učiní hypotézu o cíli ošetřovatelské péče, jehož by chtěla plánovaným zásahem docílit. Cíl lze stanovit krátkodobý (týká se bezprostředně následujícího období, příštích hodin či dnů, má být zcela konkrétní a pokud je to možné, také měřitelný), dlouhodobý cíl se vztahuje k delšímu období, např. ke konci hospitalizace nebo se směřuje do domácí péče. Vlastní plán ošetřovatelské péče tvoří návrh vhodných ošetřovatelských intervencí, které povedou k dosažení stanovených cílů. K cíli se může vztahovat i několik intervencí. (13)

**4. fáze - realizace plánu ošetřovatelské péče.** V průběhu této fáze plní každý z účastníků svoji příslušnou roli a úkoly dané ošetřovatelským plánem směřujícím vždy k zajištění prospěchu a relativní pohody nemocného. Jednotlivé úkoly jsou rozděleny mezi členy ošetřovatelského týmu podle znalostí a kompetencí.

Současně získáváme o nemocném další poznatky, které umožňují lépe specifikovat ošetřovatelskou diagnózu a operativně modifikovat další cíle.

**5. fáze - zhodnocení efektu poskytované péče.** V poslední fázi ošetřovatelského procesu provádíme objektivní měření účinku péče, zhodnocení fyzického i psychického komfortu nemocného sestrou i jím samotným, eventuelní úpravu ošetřovatelského plánu. (13)

#### **4.4 Koncepční model ošetřovatelství podle Marjory Gordonové**

Pro vytvoření případové studie byl zvolen tento model ošetřovatelství, který bývá také označován jako tzv. Model funkčního zdraví.

Zdravotní stav může být funkční či dysfunkční. Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními, duchovními a spirituálními faktory, naopak dysfunkční typy zdraví, popisované ošetřovatelskými diagnózami, se mohou objevit u chorobných

stavů nebo u relativně zdravého jedince vedou ke zniku chorob nebo chorobných stavů.

Základní strukturu tvoří 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví (zdravotního stavu člověka), podle nichž získáváme potřebné informace a následně stanovujeme cíle sebekpěče :

1. vnímání zdraví
2. výživa a metabolismus
3. vylučování
4. aktivita – cvičení
5. spánek a odpočinek
6. vnímání, citlivost, poznávání
7. sebepojetí, úcta
8. role, mezilidské vztahy
9. sexualita
10. stres
11. víra, životní hodnoty
12. jiné (4)

Model funkčního zdraví splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetřovatelské zhodnocení zdravotního stavu pacienta v jakékoli oblasti systému péče - primární, sekundární, terciární. (1) Tento model je z hlediska holistické filozofie nejkompexnější, jenž byl zatím vytvořen. Uplatňuje se jak při výuce kvalifikovaných sester na univerzitách, tak i při poskytování ošetřovatelské péče v praxi.

#### **4.5 Ošetřovatelská anamnéza**

Potřebné údaje pro vytvoření ošetřovatelské anamnézy byly získány v průběhu druhého pooperačního dne, během rozhovoru s nemocnou, jejím pozorováním, dále ze zdravotnické dokumentace pacientky, cenné informace rovněž poskytli členové zdravotnického týmu.

#### **4.5.1 Vnímání zdraví**

Pacientka klade zdraví své i rodiny na první místo životních hodnot, přesto, jak sama dodává, během svého dosavadního života neprovozovala soustavněji žádný sport, má ale ráda procházky a práci na zahradě. Uvědomuje si význam preventivních lékařských prohlídek, které v předepsaném termínu vždy absolvuje. Pacientka nekouří a alkohol prý pije pouze velmi zřídka a to při společenských událostech.

Paní J.N. je druhý den po výkonu abdominální hysterektomie s adnexektomií a závěsné operaci typu Burch – Staton. Pacientka je plně orientována místem i časem, hovoří však potichu, působí spíše skleslým dojmem, snažíme se ji tedy povzbudit, po první půlhodině našeho rozhovoru přiznává dvouletou psychiatrickou ambulantní léčbu pro deprese, kterou ukončila před dvěma měsíci a o které ve zdravotnické dokumentaci není zmínka. Naznačila, že ataka deprese se objevila v souvislosti s problémy v manželství, které však byly již překonány.

Po operaci se cítí ještě slabá a unavená, při pohybu cítí bolest v operační ráně, zejména při vstávání z lůžka. Nicméně svůj stav hodnotí jako „pomalu se zlepšující“. Dnes také očekává návštěvu rodiny - manžela s dcerou, možná ji přijde navštívit i její starší sestra, se kterou má prý velmi dobré vztahy. O jiné návštěvy nemá, dle jejích slov příliš zájem, snad až během rekonvalescence v domácím prostředí. Plánuje, čím vším zaplní svou rekonvalescenci doma po odhadovaných pět týdnů. Má v plánu přečíst si knihy, které se jí nahromadily za několik let, kdy na ně neměla čas, nyní si to prý vše vynahradí. Po úplné rekonvalescenci by chtěla začít chodit na rehabilitační cvičení v místě jejího bydliště nebo by cvičila sama doma dle edukačních materiálů, které dostane od ošetřujícího personálu před propuštěním do domácí péče.

#### **4.5.2 Výživa a metabolismus**

Pacientka před hospitalizací přijímala jídlo podle svého názoru normálně, jedla 3 – 4 x denně (snídaně, oběd, někdy svačina, večeře),

přednost dávala lehčím pokrmům s dostatkem zeleniny, čas od času prý připravuje pro rodinu i typická jídla české kuchyně, sama si ale kontrolovala vlastní hmotnost a porce tedy preferovala menší, nicméně nechutí k jídlu nikdy netrpěla.

Po operaci se prý zatím chuť k jídlu nedostavila, pije pouze čaj, minerální vodu, denně má přijmout minimálně 1,5 litru tekutin, k obědu dnes dostala bujon, který jí příliš nechutnal. Bylo jí však vysvětleno, že je postupně převáděna z tekuté na kašovitou a normální stravu tak, jak je to pro pooperační průběh optimální, tento postup toleruje, snaží se nezapomínat popíjet v průběhu dne, občas jí to však musí ošetřující personál připomenout.

### **4.5.3 Vylučování**

Paní N. se před operací vyprazdňovala nepravidelně, obvykle jednou za 3 - 4 dny, zhoršení prý pozorovala při změně režimu, např. během cestování a pobytu mimo domov. Asi rok před operačním výkonem trpěla občasným mírným únikem moči v důsledku stresové inkontinence.

V pooperačním období u nemocné ještě nedošlo k defekaci, ale plyny již odcházejí. Současně se ale defekace obává z důvodu bolesti v operační ráně za použití břišního lisu a vadí jí ztráta soukromí na nemocničním WC.

Stresová inkontinence byla řešena během současné urogynekologické operace. V den našeho rozhovoru byla pacientka již bez permanentní cévky a měla čerstvě odstraněnou epicystostomii.

### **4.5.4 Aktivita - cvičení**

Pacientka byla před operací zaměstnána jako prodavačka v obchodě s knihami, nejedná se tedy o typicky sedavé zaměstnání, součástí její práce je pohovořit se zákazníky, poradit při výběru knihy, ale i doplňování zboží, což hodnotí jako dosti fyzicky namáhavé. Z tohoto důvodu se návratu do práce spíše obává a nemůže jej prý nikterak uspěchat. Nesportuje a ani si jiným způsobem nezvyšuje cílevědomě svou fyzickou kondici. Svůj volný čas věnuje rodině a udržování domu a zahrady. To by však právě chtěla změnit.

Plánuje si mnoho různých aktivit, jen co prý bude zase při síle, jako tomu bylo před operací.

Pacientka po operaci cvičí několikrát denně dle instrukcí a pod dohledem rehabilitační sestry, ošetřujícím personálem je povzbuzována k aktivitě a k postupnému prodlužování pobytu mimo lůžko.

#### **4.5.5 Spánek - odpočinek**

Pacientka neguje problémy se spánkem v domácím prostředí s výjimkou období, kdy trpěla depresemi, ty však již považuje za překonané. Délku nočního spánku v období před operací odhaduje na 6 hodin, většinou se během noci nebudila.

V nemocničním prostředí má problémy se spánkem, špatně usíná a snadno se probudí při nepatrném hluku. Proto si v nemocnici zatím moc neodpočinula, první den po operaci byla přestěhována z jednotky intenzivní péče na standardní oddělení, kde sdílí pokoj s dalšími třemi pacientkami. Jedna z nich, která má být již zítra propuštěna do domácí péče, prý stále telefonuje z mobilního telefonu a paní N. to ruší, jestli to prý bude takto pokračovat dále, bude jí muset požádat, aby své telefonní rozhovory realizovala na chodbě. Dle dokumentace jsou v prvních pooperačních dnech nemocné ordinovány na noc spolu s analgetiky také léky k navození spánku (Hypnogen tbl. p.o ), pacientka však nabízené hypnotikum odmítla, prý pocit, že „bere léky“ jí není právě příjemný.

#### **4.5.6 Poznávání - vnímání**

Nemocná užívá od minulého roku, kdy začala pociťovat únavu zraku při čtení textu s drobnými písmeny, brýle na čtení, obtěžuje ji, že se bez nich neobejde. Čte prý ráda, měla by přece mít přehled o zboží, které nabízí. Četbu považuje za způsob odpočinku, dává přednost historickým románům. Baví ji práce na zahradě, shledává ji ale dosti náročnou a stěžuje si, že její dvacetiletá dcera nejeví o zahradu velký zájem.

Pacientka je po operaci stále ještě dosti unavená, čas si krátí četbou přinesených knih a časopisů, rozhovory se spolupacientkami, o sledování televize nemá příliš zájem.

#### **4.5.7 Sebepojetí - sebeúcta**

Paní N. považuje sebe samu za spíše úzkostnou a depresivně laděnou, v mládí prý tyto sklony nemívala nebo si na ně alespoň nepamatuje. Její sestra je prý úplný opak, proto má ráda její návštěvy, které ji vždy povzbudí. Dceři je dvacet let, pracuje jako kadeřnice a na rodičích se stala ekonomicky nezávislou, zatím však s nimi bydlí společně v rodinném domě, ale to již prý asi nebude trvat dlouho, dcera uvažuje o tom, že si pořídí vlastní bydlení. Pacientka přiznává, že se na tuto změnu netěší, ale současně dodává, že s touto situací samozřejmě počítá a již uvažuje, jak využije dceřin pokoj. V pracovním kolektivu s ostatními kolegy vychází dobře, mimopracovně se ale stýká pouze s bývalými spolužačkami ze školy, bydlí totiž celý svůj život v městě, kde se narodila, vystudovala, vdala a založila rodinu, takže nedošlo k žádnému přerušení přátelských vztahů. Často potkává své bývalé spolužáky, pohybuje se celý život ve stabilním prostředí a dle jejích slov jí to vyhovuje. Ani po cestování a poznávání jiných míst vůbec netouží.

Pacientka pocítuje obavy z následků operace pro sexuální život. Působí spíše sklesle, nikdy si prý nemyslela, že by zrovna ona měla ve svém věku podstoupit takovýhle zákrok. Snaží se prý s celou situací vyrovnat, jak to jde nejlépe. Současně přiznává, že v důsledku provedené gynekologické operace bojuje s pocitem méněcennosti. Jako žena se stále nemůže vyrovnat se změnou svého zdravotního stavu, na něco takového si připadá příliš mladá.

#### **4.5.8 Role - vztahy**

Nemocná žije se svým manželem a dospělou dcerou v rodinném domě se zahradou v okresním městě. Před operací se starala o chod domácnosti, manžel a dcera ji prý občas pomohli, ale nijak pravidelně a ona to ani nevyžadovala, nicméně po návratu z nemocnice bude spíše spoléhat

na pomoc manžela než dcery, která je často mimo domov. Většinu víkendů tráví s manželem doma, pouze výjimečně navštíví kino či divadlo, jednou za měsíc navštěvují matku manžela, která žije zhruba 20 km od jejich bydliště. Se svou širší rodinou udržuje dobré vztahy, především s jednou ze svých sester má intenzivní vztahy, druhá sestra bydlí na opačném konci republiky a proto se nemohou vídat tak často, jak by obě chtěly. Svůj osobní život tedy hodnotí jako celkem spokojený a vyrovnaný. Trochu se ale obává, aby se nevrátily deprese. Na toto období pochopitelně nevzpomíná v dobrém.

Po operaci se těší na návštěvu rodiny, která ji má dnes navštívit. Pacientka zejména oceňuje, že návštěvní hodiny nejsou omezeny tak striktně, jak tomu bývalo dříve. Díky mobilnímu telefonu jsou vlastně kdykoli v kontaktu, to je prý pro ni velká psychická pomoc.

#### **4.5.9 Sexualita**

O svém sexuálním životě pacientka nechce hovořit.

V pooperačním období pociťuje obavy z důsledků operace, již prý měla na toto téma delší rozhovor s lékařem operátorem, nicméně je patrné, že pacientka se zcela nezbavila obav.

#### **4.5.10 Tolerance ke stresu**

Pacientka sama sebe označuje za úzkostnou, již od dětství prý špatně snáší větší psychickou zátěž, nakonec ale vše nějak zvládne, důležitá je pro ni zejména podpora manžela, dcera už má vlastní život a nechce se prý matčiny problémy příliš zabývat a spíše je bagatelizuje. Proto se prý raději obrací v těchto případech na manžela, který má pro ni větší pochopení.

Nemocniční prostředí na ni působí nepříznivě, všude kolem samé nemoci, nejvíce se těší, až bude odcházet domů. Současně oceňuje vlídnost ošetřujícího personálu.

#### **4.5.11 Víra – životní hodnoty**

Nemocná je bez vyznání, alespoň ve smyslu pravidelných návštěv bohoslužeb, věří však, že existuje nějaká forma posmrtného života. Jako své životní hodnoty označuje funkční rodinu, zdraví a dobré mezilidské vztahy, které se snaží celý život budovat.

Po operaci se cítí nejistá a úzkostná, ale věří, že se její zdravotní stav postupně upraví a ona bude moci pokračovat ve svém předchozím stylu života.

#### **4.6 Ošetřovatelské diagnózy**

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny druhý pooperační den, kdy zvolená pacientka byla z JIP přemístěna na standardní oddělení gynekologicko-porodnické kliniky, které poskytovalo více soukromí k rozhovoru s nemocnou.

Byly stanoveny níže uvedené ošetřovatelské diagnózy, jenž byly posléze ve spolupráci s nemocnou seřazeny dle stupně naléhavosti, dle jejích potřeb a s přihlédnutím k jejímu aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Z důvodu rozsahu práce byl stanoven tento jeden den hospitalizace pacientky, který se díky uvedeným okolnostem jevil jako nejvhodnější pro zpracování této případové studie.

##### **4.6.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

Aktuální ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny k druhému pooperačnímu dni, čtvrtému dni hospitalizace, pro časový úsek od 8 hod. do 8 hod. následujícího dne.

##### *BOLEST:*

- z důvodu čerstvé operační rány
- zad v důsledku pobytu na lůžku



#### *NEDOSTATEK SPÁNKU:*

- z důvodu hlučnosti provozu na nemocničním oddělení
- z důvodu nedostatečného soukromí v nemocnici
- v důsledku odmítání léků na spaní

#### *OBAVY:*

- z následků operace pro sexuální život
- z následků operace pro tělesnou výkonnost

#### *PORUCHA SEBEPOJETÍ*

- z důvodu nepevného sebevědomí
- z důvodu nevyrovnání se s provedeným gynekologickým zákrokem

#### *ÚZKOST*

- z nepříznivě vnímaného prostředí zdravotnického zařízení

#### **4.6.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

Potencionální ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny k druhému pooperačnímu dni, čtvrtému dni hospitalizace pro časový úsek od 8 hod. do 8 hod. následujícího dne.

#### *RIZIKO NÁVRATU DEPRESÍ:*

- v důsledku obav pacientky z následků operačního zákroku pro sexuální život
- ze zvýšené psychické zátěže v souvislosti s operačním zákrokem a pobytem v nemocnici

#### *RIZIKO PORUCHY VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE:*

- v důsledku pooperační parézy střev
- v důsledku snížení tělesné aktivity
- jako následek dřívější habituální zácpy

*RIZIKO VZNIKU POOPERAČNÍ TROMBÓZY A EMBÓLIE:*

- z důvodů snížené tělesné aktivity po operaci
- z důvodů operace v oblasti malé pánve

*RIZIKO VZNIKU INFEKCE:*

- v operační ráně
- z důvodu předchozího cévkování a epicystostomie
- z důvodu zavedeného periferního intravenózního vstupu k aplikaci antibiotik

*OBAVY ZE ZVLÁDÁNÍ VŠEDNÍCH DENNÍCH ČINNOSTÍ*

*PO PROPUŠTĚNÍ:*

- z důvodu snížené tělesné aktivity
- z důvodu vyšších nároků na sebepéči i péči o domácnost
- z důvodu zvýšené únavy

**4.7 Krátkodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení stanovený k druhému pooperačnímu dni pro časový úsek od 8 hod. do 8 hod. následujícího dne**

**4.7.1 Bolest:**

- z důvodu čerstvé operační rány
- zad v důsledku pobytu na lůžku

**KRÁTKODOBÝ CÍL:**

- nemocnou nebude obtěžovat bolest do 2 hodin od provedení ošetrovatelských intervencí
- pacientka si díky edukaci osvojí zásady prevence a minimalizace bolesti v operační ráně
- nemocné z velké části odezní bolesti zad v důsledku zvýšené pohybové aktivity a pohybu mimo lůžko

#### KRÁTKODOBÝ PLÁN PÉČE:

- edukuj pacientku o příčinách bolesti v operační ráně a bolestech zad
- pacientku ujisti, že v případě potřeby ji budou podána analgetika (Tramal 1 amp. i. m., Diclofenac 1 supp), současně ji však motivuj k přiměřené aktivitě a pohybu mimo lůžko
- nemocnou edukuj o prevenci bolesti, poskytni jí návod, jakým způsobem se vyvarovat prudkých pohybů, navíc s pacientkou vstávání „přes bok“ a názorně jí ukaž, jak si přidržovat operační ránu při pohybu
- postarej se o klidné prostředí v rámci nemocničního oddělení, pečuj o pohodlí nemocné (upravené lůžko, změny polohy, pohyb) a současně se snaž o vhodné odreagování pacientky, vyplnění jejího volného času
- pacientce aplikuj analgetika dle předepsaného plánu, sleduj účinnost analgetik a v případě jejich nedostatečného působení uveď dom lékaře

#### REALIZACE:

Nemocná je seznámena s příčinou bolesti a informována o normálním procesu hojení operační rány. Pacientce je vysvětleno, že se jedná o bolest dočasnou, která bude postupně ustupovat, tak jak bude postupovat proces hojení rány a názorně je nemocné předvedeno, jak fixovat operační ránu rukou při vstávání, kašli, defekaci. Lůžko nemocné udržujeme upravené a čisté, dbáme na jeho vhodnou polohu i polohu pacientky na něm. Nemocná je vybízena k pohybu na lůžku i mimo něj a to v míře odpovídající pooperační rekonvalescenci. Klientka je motivována k vyplnění volného času četbou, rehabilitací, poslechem rádia, sledováním televize. Účinnost podaných analgetik je sledována, pacientka je upozorněna na možný výskyt nežádoucích účinků a požádána, aby v případě pocitů čehokoliv neobvyklého okamžitě informovala ošetřující personál.

#### HODNOCENÍ:

Nemocná hodnotí bolest jako neobtěžující. Díky osvojení si vhodných pohybů došlo do dvou hodin ke zmírnění bolesti, které ji původně velmi obtěžovaly v souvislosti s operační ránou a současně jí, dle jejího vlastního hodnocení, díky zvýšené pohybové aktivitě a pohybu mimo lůžko téměř odezněly bolesti zad, takže odmítla nabídnutá analgetika, jako zbytečná.

Pouze na noc, aby mohla klidně spát, jí byla aplikována analgetika podle ordinace lékaře (Tramal 1 amp. i. m.). Cíle bylo dosaženo.

#### **4.7.2 Nedostatek spánku:**

- z důvodu hlučnosti provozu na nemocničním oddělení
- z důvodu nedostatku soukromí v nemocnici
- z důvodu odmítání léků na spaní

#### **KRÁTKODOBÝ CÍL:**

- pacientka bude v noci spát alespoň 6 hodin bez přerušení

#### **KRÁTKODOBÝ PLÁN PÉČE**

- po dohodě s ostatními členy ošetrovatelského týmu zajistí co nejvyšší míru klidu na oddělení, především ve večerních a nočních hodinách
- požádej spolupacientky o dodržování nočního klidu a o vzájemnou ohleduplnost
- nemocné nabídne léky s hypnotickým a analgetickým účinkem dle ordinace lékaře (Hypnogen 1 tbl. na noc, Tramal 1 amp. i. m., Diclofenac 1 supp.), současně jí však ujisti, že nabízené léky nemusí přijmout a že plně respektuje její odmítnutí.

#### **REALIZACE:**

Je omezena hlučnost provozu na oddělení (hlasité hovory personálu, bouchání dveřmi od pokojů). Spolupacientky na pokoji jsou taktně požádány, aby své telefonní hovory realizovaly pokud možno mimo pokoj, zejména v době nočního klidu. Pacientce jsou nabídnuta na noc hypnotika a analgetika, nemocné je vysvětleno, že jí tyto léky mohou přinést úlevu a několik hodin kvalitního spánku, který potřebuje pro regeneraci sil, protože však nadále léky odmítá, respektujeme její rozhodnutí.

#### **HODNOCENÍ:**

Díky snížení hlučnosti na oddělení i na pokoji pacientky, byl její spánek (dle dodatečného zjištění) v noci z 2. na 3. pooperační den hlubší a nemocná spala bez přerušení 5 hodin, takže se cítila lépe. Cíl byl částečně splněn.

### 4.7.3 Obavy:

- z následků operace pro sexuální život
- z následků operace pro tělesnou výkonnost

#### KRÁTKODOBÝ CÍL:

- zbavíme pacientku zbytečných obav z následků operace pro její sexuální život
- pacientka se přestane obávat ztráty tělesné výkonnosti

#### KRÁTKODOBÝ PLÁN PÉČE:

- pacientce umožni rozhovor s lékařem na dané téma tak, aby jí byl poskytnut dostatek informací k danému problému a to rozhovor v soukromí, bez účasti spolupacientek či ošetřujícího personálu
- pacientku ujisti, že v případě dalších dotazů či nejasností se může kdykoliv obrátit na ošetřující personál, který jí domluví další konzultaci s lékařem
- nemocné nabídne dostatek edukačního materiálu, který si bude moci během pobytu v nemocnici v klidu prostudovat či si ho odnést sebou do domácího ošetření

#### REALIZACE :

Pacientce je domluven rozhovor s lékařem, během něhož se může informovat o problému, jenž jí psychicky zatěžuje, dle možností je zvoleno vhodné prostředí v rámci nemocničního oddělení, které poskytne dostatek soukromí k tomuto rozhovoru a současně je postaráno o to, aby nebyl lékař s pacientkou během této doby, pokud možno, vyrušován.

Je zajištěn dostatek edukačního materiálu, jenž je nemocné aktivně nabízen, pokud možno, necháváme jej pacientce, aby si ho mohla odnést po skončení hospitalizace do domácího ošetření, kde se jí může stát zdrojem užitečných informací.

Pacientku je ujistěna, že nejlepší cestou k návratu do plné tělesné i duševní formy je přiměřená tělesná aktivita, jejíž postupným zvyšováním nejlépe nabyde původních sil a současně ji podpoříme v aktivitě duševní, jsou

jí nabídnuty časopisy, denní tisk, uděláme si čas na rozhovor s ní, abychom ji vhodným způsobem odreagovali.

#### HODNOCENÍ:

Díky rozhovoru s lékařem, během něhož se dostalo pacientce uspokojivých a uklidňujících informací, došlo k podstatnému, byť ne úplnému zklidnění jejího duševního stavu. Ačkoliv bylo dosaženo částečného uklidnění nemocné, je patrné, že její obavy nebyly zcela překonány. Cíl byl částečně splněn.

#### 4.7.4 Porucha sebepojetí:

- z důvodu nepevného sebevědomí
- z důvodu nevyrovnání se s provedeným gynekologickým zákrokem

#### KRÁTKODOBÝ CÍL:

- psychickou podporou zvýšíme sebevědomí pacientky
- pacientka nebude hodnotit operaci, kterou podstoupila, jako jí znehodnocující

#### KRÁTKODOBÝ PLÁN PÉČE:

- oceň pokroky pacientky, které během dne dosáhne v rehabilitaci či pohybové aktivitě
- ujisti pacientku, že operace, kterou podstoupila, nebude mít vliv na kvalitu jejího života
- nabídní nemocné konzilium klinického psychologa

#### REALIZACE:

U nemocné jsou oceňovány její pokroky, aby jí bylo, pokud možno, dodáno potřebné sebevědomí, během rozhovorů ji povzbuzujeme a zdůrazňujeme, jak se její zdravotní stav zlepšuje.

Pacientku ujistíme, že operace, které se podrobila, je velice častým výkonem, nijak výjimečným a že současně nikdo, komu po propuštění z nemocnice neřekne o prodělané operaci, nebude vědět, že ji podstoupila.

Nemocné nabídneme možnost rozhovoru s klinickým psychologem, který by jí mohl přinést uklidnění.

#### HODNOCENÍ:

Poruchu sebepojetí není možno pochopitelně odstranit či částečně eliminovat během jednoho pooperačního dne, nicméně bylo zřejmé, že pacientku pochvala a uznání potěšily. Informace, které jí byly podány ohledně operace, kterou podstoupila, jí také částečně povzbudily. Rozhovor s psychologem prozatím odmítla. Cíl byl částečně splněn.

#### 4.7.5 Úzkost:

- z nepříznivě vnímaného prostředí zdravotnického zařízení

#### KRÁTKODOBÝ CÍL:

- odstraníme či alespoň snížíme úzkost pacientky

#### KRÁTKODOBÝ PLÁN PÉČE:

- během rozhovoru s pacientkou zmiňuj také jiná témata, než je nemocnice a operace
- nemocné nabídní odreagování ve formě četby, sledování televize
- vlídným a vstřícným přístupem eliminuj částečnou strohost a odosobněnost nemocničního prostředí

#### REALIZACE:

Navážeme rozhovor s pacientkou, během něhož zavedeme řeč i na její zájmy, zahrádku, na zajímavé knížky, které prodává v knihkupectví. Pacientce jsou nabídnuty časopisy či možnost sledování televize ve společenské místnosti na oddělení. Nemocné je vyjádřeno pochopení pro její pocity, ale je uklidněna, že s postupným zlepšováním jejího stavu bude i prostředí nemocnice pravděpodobně vnímat o trochu optimističtěji.

#### HODNOCENÍ:

Pacientka se během rozhovoru postupně uvolnila a odreagovala, což mělo příznivý vliv na její rozpoložení. Cíl byl částečně splněn.

#### 4.7.6 Riziko návratu depresí:

- v důsledku obav pacientky z následků operačního zákroku pro sexuální život

- v důsledku zvýšené psychické zátěže v souvislosti s operačním zákrokem a pobytem v nemocnici

#### DLOUHODOBÝ CÍL:

- zbavíme pacientku zbytečných obav z následků operace pro její sexuální život
- snížíme psychickou zátěž pacientky v souvislosti s operačním výkonem a pobytem v nemocnici

#### **4.7.7 Riziko poruchy vyprazdňování stolice:**

- v důsledku pooperační parézy střev
- v důsledku snížení tělesné aktivity
- v důsledku dřívější habituální zácpy

#### DLOUHODOBÝ CÍL:

- pacientka pochopí etiologii vzniku obstipace
- nemocná se vyprázdní do konce 4.pooperačního dne

#### **4.7.8 Riziko vzniku pooperační trombózy a embólie:**

- z důvodu snížené tělesné aktivity po operaci
- z důvodu operace v oblasti malé pánve

#### DLOUHODOBÝ CÍL:

- u pacientky minimalizujeme riziko tromboembolické příhody

#### **4.7.9 Riziko vzniku infekce:**

- z důvodu infekce v operační ráně
- po předchozím cévkování a epicystostomii
- z důvodu zavedeného periferního žilního vstupu k aplikaci antibiotik

#### DLOUHODOBÝ CÍL:

- minimalizujeme riziko vzniku infekce



#### **4.7.10 Obavy ze zvládnání všedních denních činností po propuštění:**

- z důvodu snížené tělesné aktivity
- z důvodu vyšších nároků na sebepéči i péči o domácnost
- z důvodu zvýšené únavy

#### **DLOUHODOBÝ CÍL:**

- obavy pacientky budou sníženy
- nemocná akceptuje důvody dočasné změny svého životního stylu

## 5 Další průběh hospitalizace

V průběhu následujících dnů se stav pacientky nadále zlepšuje a to jak po stránce fyzické, tak i po stránce psychické. Nemocné byl domluven rozhovor s lékařem, aby měla dostatek času na získání potřebných informací. Pacientka hodnotila rozhovor s lékařem jako přínosný.

Byl zajištěn dostatek edukačního materiálu, jenž byl nemocné aktivně nabízen a ponechán, aby si ho mohla odnést po skončení hospitalizace do domácího ošetření.

Pacientka byla ujištěna, že nejlepší cestou k návratu do plné tělesné i duševní formy je přiměřená tělesná aktivita, současně byla podpořena v aktivitě duševní. Byly jí nabídnuty časopisy, denní tisk. Díky těmto intervencím došlo u pacientky k podstatnému, byť ne úplnému zklidnění jejího duševního stavu.

3. pooperační den – pacientka rehabilituje dle návodu rehabilitační sestry, již se sama pohybuje po chodbě. Nemocné je aplikován pravidelně 1x denně s.c. Clexane 0,4 mg do paže a sledován možný výskyt drobných hematomů po předchozích vpíších, z tohoto důvodu se mění místa aplikace.

Je nadále pokračováno v podávání antibiotik dle ordinace lékaře (Klindamicin 600 mg 3 x denně 6-14-22 hod, i.v). Nemocná byla upozorněna na možné vedlejší účinky léků, jakými mohou být nevolnost, průjem, alergické reakce a vyzvána, aby v případě vzniku těchto příznaků ihned uvědomila ošetřující personál.

Ošetřující lékař provádí denně převazy operační rány, při nichž mu sestra asistuje. Po sejmutí sterilního krytí rány je kontrolováno, zda nejsou patrné známky zánětu, je provedena dezinfekce rány Jodisolem a je opět použito sterilní krytí. Nemocná je poučena, aby sestru ihned informovala v případě změny stavu rány. Tělesná teplota pacientky je pravidelně kontrolována.

Současně je sledován návrat funkčnosti močového měchýře po předchozím permanentním katétru a epicystostomii, možný výskyt příznaků infekce močových cest u nemocné (pálení, řezání při močení, pocity nucení

na močení) a pacientce byla vysvětlena důležitost pitného režimu jako součást prevence infekce močových cest.

Nemocné je dvakrát denně kontrolován krevní tlak a puls a naměřené hodnoty jsou zaznamenávány do dokumentace. Periferní žilní vstup byl zajištěn proti vzniku mikrotrombů fyziologickým roztokem s minidávkou Heparinu (1 jednotka na 1 ml), před použitím vstupu byl tento proplach vždy odstraněn. Pravidelně byla prováděna kontrola stavu kůže v okolí kanyly. Protože nebyly přítomny známky zánětu, byla provedena dezinfekce okolí kanyly, sterilní osušení a fixace sterilním krytím. Během hospitalizace nedošlo u pacientky ke vzniku zánětlivých komplikací.

4. pooperační den – dle ordinace ošetřujícího lékaře je pacientce ukončeno podávání antibiotik, intravenózní kanyla je odstraněna (sejmutí sterilního krytí, vytažení kanyly ze žíly, pečlivá dezinfekce a poté sterilní zakrytí rány). Nemocné byl vysvětlen význam pravidelného vyprazdňování a důležitost skladby jídelníčku, zejména dostatečného příjmu tekutin, ovoce, zeleniny, vlákniny.

Nemocná byla vybízena k pohybu a chůzi po chodbě oddělení a byl jí objasněn vliv pohybové aktivity na stěvnou mobilitu.

Pacientka byla edukována, jak si v případě vyprazdňování, přidržovat a současně mírným tlakem působit na operační ránu, aby tak minimalizovala bolesti při použití břišního lisu. S nemocnou bylo dohodnuto, že pokud nedojde k defekaci během 4. pooperačního dne, bylo by vhodné aplikovat glycerinový čípek.

Protože se pacientka nevyprázdnila do večera 4. pooperačního dne, byl jí podán glycerinový čípek dle ordinace lékaře. K vyprázdnění došlo půl hodiny po jeho podání.

5. pooperační den – stav pacientky se nadále zlepšuje, nemocná postupně stále více komunikuje jak s ošetřujícím personálem, tak s ostatními pacientkami. Ošetřujícím lékařem jsou pacientce během převazu rány odstraněny stehy. Pacientka je postupně edukována o otázkách pooperační rekonvalescence i období klimakteria, je motivována k další rehabilitaci a postupnému zvyšování fyzické zátěže, rehabilitační sestrou jí

byl prezentován celý rekonvalescenční plán. Nemocná je ujištěna, že hojení její operační rány probíhá bez komplikací a intenzita bolesti plynoucí z rány bude tedy postupně ustupovat, současně byla také upozorněna, že by v případě vyšší fyzické námahy mohlo dojít ke vzniku nežádoucích komplikací (kýla v jizvě, obnovení inkontinence). Pacientce bylo doporučeno pravidelné střídání zátěže a odpočinku. Během návštěvy byla rodina seznámena s rekonvalescencí nemocné, taktním způsobem byli vyzváni k dočasnému převzetí péče o domácnost a zahradu.

6. pooperační den – pacientka je propuštěna do domácího ošetření, ošetřujícím lékařem je vyhotovena propouštěcí zpráva, která je nemocné předána současně s potvrzením o pracovní neschopnosti a s lístkem na peníze. Pacientce je sděleno, že se má hlásit u svého obvodního lékaře do tří dnů po propuštění z nemocnice.

## **6 Edukace nemocné**

Edukace znamená výchova, vzdělávání. Vzdělávání pacienta je jedním z nejdůležitějších aspektů ošetrovatelské praxe a je důležitou samostatnou funkcí ošetrovatelství. Vzdělávání pacienta plní více úkolů; zahrnuje zlepšení, ochranu a udržení zdraví. Patří sem poučení o snižování rizikových zdravotních faktorů, o zabezpečení celkové pohody a poskytování informací o specifické ochraně zdraví. (7)

V edukační části se chci zaměřit na důležité období rekonvalescence po gynekologické operaci a období klimakteria, jehož příznaky se u nemocné již začaly objevovat a budou se zřejmě stupňovat.

### **6.1 Pooperační rekonvalescence**

Paní N. je edukována v průběhu jejího pobytu v nemocničním zařízení tak, aby se byla schopna přijmout aktivní roli v procesu svého uzdravování.

Zde jsou uvedeny informace, které jsou pacientce poskytovány v průběhu hospitalizace a které budou nadále hrát velmi významnou roli v průběhu jejího dalšího domácího ošetřování.

Nemocné je doporučováno pravidelné sprchování operační jizvy i celého těla vlažnou vodou, sprchování je pochopitelně upřednostňováno před koupelí. Nemocná je poučena, že po kompletním zacelení rány a odstranění stehů je vhodné masírovat jizvu hypoalergením krémem, měsíčkovou mastí či sádlem. V době rekonvalescence není nutné výrazné omezení složení jídelníčku. Je pouze doporučováno vyhnout se těžce stravitelným a nadýmavým pokrmům a významnou roli hraje dostatečný příjem tekutin. Důležitá je péče o pravidelné vyprazdňování stolice, na to byla pacientka upozorněna již v průběhu realizace dlouhodobého ošetrovatelského plánu.

Nemocné je během rekonvalescence doporučována gymnastika, zaměřená zejména na posílení břišního svalstva, pánevního dna a dolních končetin, nácvik jednotlivých cviků je součástí edukace rehabilitační sestry,

kteřá s nemocnou tyto cviky prováděla a kteřá jí také předala před propuštěním do domácí péče edukační materiály s danou problematikou.

Pacientka je edukována, že fyzická zátěž by měla být postupná, měla by stoupat velmi pozvolně a že významnou roli v delším pooperačním období rekonvalescence zaujímá dostatek spánku a duševního klidu. Z domácích prací může zpočátku vykonávat pouze fyzicky nenáročné úkony, např. vaření, neměla by však ještě 3 – 4 týdny nosit těžší předměty (nad 5 kg), nebezpečné je zvedání břemen nad 10 kg váhy a každá práce vyžadující zvýšení nitrobřišního tlaku. Pacientce je také sděleno, aby počítala se zvýšenou únavností a celkovém snížení výkonu po dobu asi 5 měsíců, tyto informace jsou také sděleny rodině nemocné, se kterou byl navázán kontakt a požádáno taktním způsobem o podporu pacientky jak po stránce fyzické, tak psychické.

## **6.2 Období klimakteria**

V této části edukace je pacientce objasněn termín klimakterium a s ním spojený klimakterický syndrom. Pacientce je vysvětleno, že po definitivním operativním odstranění vaječnicků bude docházet k postupnému snižování hladiny ženských pohlavních hormonů a s tím spojenými projevy tzv. klimakterického syndromu: návaly horka, pocení, nervozita, bušení srdce, podrážděnost, poruchy spánku, bolesti hlavy, nesoustředěnost.

V pozdějším období se přidruží také změny na urogenitálním traktu, kůži, cévách a velmi častá osteoporóza .

Uvedené nežádoucí změny lze obvykle ovlivnit podáním hormonální léčby, to bude možné konzultovat s ošetřujícím lékařem, který jí nabídne vhodný preparát.

Významnou součástí edukace bylo také poskytnutí návodu v oblasti složení jídelníčku a celkového objemu stravy ženy v klimakteriu :

- ženě je doporučeno snížení energetického příjmu potravy a zdůrazněn význam pravidelného stravování

- konzumace tuků je omezena, stejně jako obsah nasycených mastných kyselin, volných sacharidů a soli v přijímané potravě
- jako prevenci osteoporózy je zdůrazněn dostatečný příjem Calcia (minimálně 800 mg/den), v dobře vstřebatelné formě (mléko, kysané mléčné výrobky, sýry, sardinky, ořechy, mák ...)
- doporučuje se zvýšení podílu vlákniny v potravě (ovoce, zelenina, luštěniny, tmavé pečivo ...)
- dostatečný příjem vitamínů, minerálů
- dostatečná fyzická aktivita (minimálně 30 – 45 minut cvičení, běh ...)
- pamatovat na dostatečný příjem tekutin, omezení konzumace alkoholu

## 7 Psychologická problematika klimakteria

Klimakterium tvoří celý soubor problémů, které postatnou měrou ovlivňují život pacientky. Nemocná byla proto seznámena s psychickými problémy, které bývají obvykle přítomny v období tzv. přechodu, které nebývá považováno za právě ideální období v životě ženy.

Pacientce je vysvětleno, že pocity prázdnoty, nepotřebnosti či nepochopení svým okolím jsou obvyklé. Hormonální změny vedou mnohdy k podrážděným reakcím na dříve běžné životní situace. Mohou se projevit vznikem psychických obtíží nebo vystupňováním již stávajících psychických problémů, depresivní náladou, úzkostí, podrážděností, nervozitou, neschopností se soustředit apod.

Nemocné je zdůrazněno, že různorodost zájmů a nové podněty ji mohou pomoci snáze se vypořádat s touto změnou.

Především je nemocné nabídnut také jiný způsob hodnocení její situace, jak vnímat tuto životní etapu: je na vrcholu svých fyzických i duševních sil, zralá, zkušená, s vybudovaným rodinným zázemím. Její role se proměňuje: nyní má konečně čas na sebe, své přátele i koníčky. Nyní také může realizovat své sny.

Záleží tedy především na ni samotné, jak s touto etapou svého života naloží. Pacientku zároveň povzbudíme k pozitivnímu chápání této životní změny.



## 8 Závěr a prognóza

Tato případová studie je pokusem o komplexní pohled na ženu po abdominální hysterektomii pro myomatózní dělohu, důraz je kladen zejména na řešení jejích biopsychosociálních potřeb a to jak v bezprostředním pooperačním období, tak v perspektivě přesahující délku běžné hospitalizace.

Na začátku práce jsou uvedeny skutečnosti týkající se kliniky daného onemocnění. Další části jsou pak zaměřeny zejména na metodu ošetřovatelského procesu a jeho aplikaci na zvolenou pacientku, u níž byly stanoveny aktuální i potencionální ošetřovatelské diagnózy, na které navazují konkrétní cíle, plány a realizace ukončené vždy hodnocením. Poslední kapitoly jsou věnovány edukaci v pooperačním období a psychologické problematice pacientky spojené s obdobím klimakteria.

Prognóza pacientky z ošetřovatelského hlediska je hodnocena jako dobrá, nemocná se postupně stává opět soběstačnou v sebeobsluze, určité riziko plyne z ataky deprese v minulosti a z celkového úzkostného psychického prožívání jak své současné situace, tak života obecně. Fyzický stav klientky se postupně vrací do stavu před operačním výkonem. Lze předpokládat, že v případě dodržení potřebné doby rekonvalescence se pacientka bude moci za podpory své rodiny plně navrátit do běžného osobního, rodinného i společenského života.

## 9 Summary

This case study is an attempt to provide the complete approach to the patient after abdominal hysterectomy for uterine myoma. The emphasis is put on solution of the patient's corporalities, emotional and social needs, both of during the postoperative care and long-time perspective.

In the clinical part of the study are mentioned the data of the patient: 47 year old woman, married, 1 grown-up daughter, shop assistant, lives in an district city.

In the anamnesis: she had not been seriously ill before, no infection, non smoker, black coffee three times a day, fine dust and house dust allergy, alcohol occasionally.

Woman was admitted to gynecology clinic of the General Hospital, where she underwent surgery of abdominal hysterectomy for uterine myoma, adnexectomii and kolpopexi sec. Burch – Staton.

Immediately after operation, the patient was placed in the Unit of intensive care and the following morning replaced in gynecological ward of the hospital.

For the case study, the only one day was chosen to perform the nursing process. The second post – surgery day seemed to be the most suitable for demonstration of the nursing process.

The Marjorie Gordon's Functional Health Patterns were used to create the study. Assessment is focused on the 11 categories according which the facts were systematically collected : woman's perceived level of health and well-being, nutrition and metabolism, elimination, self-care activities, activity and exercise, cognition and perception, sleep and rest, self-perception and self-concept, roles and relationships, sexuality and reproduction, coping and stress tolerance.

On the basement of the analyse assesment data, the conclusions were drawn and actual and potential nursing diagnosis determined.

The following step of the nursing process was planning of the specific nursing interventions to achieve desired outcomes, which were to be specific realistic and measurable. Planning was done with the patient.

Implementation is the the fourth point of the process, according the plan, the intervenations were carried out thanks to collaboratin with patient and family.

The last and inevitable of the nursing process was to evaluate results of the intervations.

The sixth day after surgery, the patient was dissmised from hospital in adequate mental and physical condition.

## Abecední seznam použitých zkratk

amp.	ampule
CaCl	Calcium Chloratum
CRP	C-reaktivní protein
EKG	elektrokardiografie
GnRH	gonadotropin releasing hormon
HMR	human insulin rapid
Inj.	injekce, injekční forma
KCl	Calium Chloratum
LAVH	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
P	puls
RTG	rentgen
Supp.	čípek
tbl.	tableta
TK	tlak krve
TT	tělesná teplota
UPT	umělé přerušování těhotenství

## Seznam odborné literatury

1. Archalousová, A. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů. Hradec Králové: Nukleus, 2003, ISNB 80-86225-33-X
2. Burianová, T. Vápník v prevenci osteoporózy. Sestra, 2003, roč. 13, č. 6, s. 39.
3. Citterbart, K. et al.: Gynekologie. Praha: Galén, Karolinum, 2001.
4. Červinková, E. Vorlíčková, H.: Ošetrovatelské diagnózy. Brno: NCONZO, 2005, ISNB 80-7013-358-9
5. Doegnes, M. E. Moorhouse, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha: Grada, 2001, ISNB 80-0247-8
6. Jarošová, D.: Vybrané kapitoly ošetrovatelských modelů. Nakladatelství neuvedeno 2003,
7. Kozierová, B. a kol.: Ošetrovatel'stvo 1, 2. Martin: Osveta, 1995, ISBN 80-217-0528-0,
8. Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0179-0
9. Macků, F. Macků, J.: Gynekologové ženám. Praha: Grada, 1996, ISBN 80-7169-323-5
10. Martan, A. a kol.: Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetření dolního močového ústrojí u žen. Praha: Panmed, 2001, ISNB 80-903049-0-7
11. Mikšová, Z. a kol.: Kapitoly z ošetrovatelské péče I. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1442-6
12. Pastor, Z. Šimůnková, M. Klimakterium z pohledu gynekologa. Sestra, 2000, roč. 10, č. 6, s. 1-2.
13. Staňková, M.: Základy teorie ošetrovatel'ství. Praha: Karolinum, 1996, ISNB 382-108-96.
14. Staňková, M.: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe. České ošetrovatel'ství 3, Brno: IDVZP, 1999
15. Staňková, M.: Jak provádět ošetrovatelský proces. Brno: IDVZP, 1999
16. Staňková, M.: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské péči. Brno: IDVZP, 2001

17. Trachtová, E.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: IDVPZ, 2001, 80-7013-285-X
- 18.VFN v Praze : Ošetrovatelská anamnéza 1a, Praha 2005
- 19.VFN v Praze : Ošetrovatelská anamnéza 1b, Praha 2006

## **Seznam příloh:**

Příloha č. 1 a Ošetrovatelská anamnéza


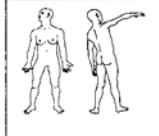
Příloha č. 1 b Ošetrovatelská anamnéza

Příloha č. 2 Gymnastické cviky u žen po gynekologické operaci

# Příloha č. 1 a Ošetřovatelská anamnéza



## OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

<b>1. Hodnoty fyziologických funkcí při přijetí:</b> TK: P: TT: Hypertenze v anamnéze: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<b>6. Výživa / hydratace:</b> Hmotnost / výška: ____ / ____ BMI ____ (BMI=kg/m <sup>2</sup> ) <b>Kožní turgor:</b> <input type="checkbox"/> přiměřený <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> parenterální výživa <input type="checkbox"/> perif. žilní katétr zaveden dne: ____ <input type="checkbox"/> centr. žilní katétr zaveden dne: ____ <input type="checkbox"/> port i.a. <input type="checkbox"/> port i.v. <input type="checkbox"/> jiné sonda zavedena dne: ____  <input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> na insulinu <b>Nutriční riziko:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (viz str. 2) (při odpovědi 1x ano a více kontaktovat nutričního terapeuta)	<b>11. Stav kůže:</b> změny na kůži: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> jiné  1. zčervenání 2. tvorba puchýřů 3. hluboké poškození kůže a tkáně 4. dekubitus na kost - nekróza    <b>Riziko vzniku dekubitů dle st. Nortonové</b> Skóre ____ (Posouzení viz str. 2) (dále SOP č. 23)
<b>2 Psychický stav:</b> <input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmatený  <b>Skóre aktuálního psych. stavu:</b> (viz str. 2) <input type="checkbox"/> vědomí 3 a < <input type="checkbox"/> emoce 3 a > <input type="checkbox"/> chování 3 a > - informovat lékaře	<b>7. Dýchání:</b> Potiže: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/> tracheostomie <b>Kuřák:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne  <b>Dušnost:</b> <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> noční  <b>Kašel</b> <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> s expectorací	<b>12. Bolest:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická  Lokalizace:   Intenzita: zakroužkujte mírná- nepříjemná- intenziv.- krutá- nesnesit. (1) (2) (3) (4) (5) při chronické bolesti viz SOP č.24
<b>3. Vědomí, komunikace:</b> Vědomí: <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> ztížený <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> neverbální <input type="checkbox"/> nelze navázat  <b>Glasgow skóre:</b> (viz str. 2) 15-13 bodů-lehká porucha vědomí 12-9 bodů -střední porucha vědomí 8 - 3 body závažná porucha vědomí	<b>8. Vyprazdňování:</b> <b>Problémy s močením:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> noční močení  <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie  močový katétr zaveden dne: ____ <b>Problémy se stolicí:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> příměsí <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie	<b>13. Omezení schopností:</b> <input type="checkbox"/> zrakových <input type="checkbox"/> sluchových <input type="checkbox"/> komunikačních <input type="checkbox"/> motorických <input type="checkbox"/> jiných  <b>Kompenzační pomůcky:</b> <input type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> sluchadlo <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> berle / hůl, vozík <input type="checkbox"/> protéza (HK, DK, oko)  <b>Zvláštní upozornění:</b>
<b>4. Soběstačnost / pohyblivost:</b> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný  <b>Barthelové test všedních denních činností</b> (viz str. 2) <input type="checkbox"/> 0-40 vysoce závislý <input type="checkbox"/> 45-60 závislost středního stupně <input type="checkbox"/> 65-95 lehká závislost <input type="checkbox"/> 100 nezávislý <input type="checkbox"/> oznámit lékaři (0 - 60 kontaktovat fyzioterapeuta)	<b>9. Spánek:</b> <input type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/> kvalitní <input type="checkbox"/> užívá hypnotika  ostatní viz SOP č.64	
<b>5. Riziko pádu:</b>  Skóre rizika pádu: ____ (viz str. 2) (vyšší než 3 – ano)	<b>10. Alergie (červeně):</b>	
<b>Datum:</b>	<b>Podpis sestry:</b>	



## Příloha č. 1 b Ošetřovatelská anamnéza

Posouzení psych.stavu		Posouzení psychického stavu	
Vědomí - poč. bodů špatná odnožka	Jméno		
	Věk		
	Datum dnešního dne		
	Kde je (místo)		
	Kolik je hodin (asi)		
	Odečítat od 10-1		
	Na výzvu zavřít a otevřít oči		
	Plačtivost		
	Úzkost, napjatost		
	Smutek		
Emoce - v případě ano 1	Hyperaktivita		
	Uzavřenost (nesdílnost)		
	Agrese		
	Opozice		
Chování - v případě ano 1	Nespolupráce		
	Zpomalení /útlum		
	Apatie, nezájem		
Riziko dekuubitů			
Ochota ke splnění	Plná	4	
	Malá	3	
	Částečná	2	
	Žádná	1	
Věk	< 10	4	
	< 30	3	
	< 60	2	
	> 60	1	
Stav pokožky	Normální	4	
	Šupinatá, suchá	3	
	Vlhká	2	
	Rány/alergie popraskaná	1	
Přídrž. onemoc.	Žádné	4	
	Lehká forma	3	
	Středně těžká forma	2	
	Těžká forma	1	
Tělesný stav	Dobry	4	
	Obstojný	3	
	Špatný	2	
	Velmi špatný	1	
Duševní stav	V pořádku	4	
	Apatický, bez účasti	3	
	Pomatený	2	
	Bezvědomí	1	
Aktivita	Chodí bez pomoci	4	
	Chodí s pomocí	3	
	Sedačka	2	
	Ležící na lůžku	1	
Polyhbi vošt.	Plná	4	
	Trochu omezená	3	
	Velmi omezená	2	
	Plně omezená	1	
Inkonti nence	Žádná	4	
	Někdy	3	
	Většinou moč	2	
	Moč, stolice	1	
Celkem			

Glasgowská stupnice		Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí	
Otevření očí	Spontánní	4	
	Na oslovení	3	
	Na bolest	2	
	Bez reakce	1	
Slovní odpověď	Orientovaný/á	5	
	Zmatený/á	4	
	Nekomunikuje	3	
	Nesrozumitelné zvuky	2	
Reakce na bolest	Bez odpovědi	1	
	Provede pohyb na příkaz	6	
	Lokalizuje podnět	5	
	Úniková reakce	4	
	Necílená flexe konc.	3	
	Necílená extenze končetiny	2	
	Nereaguje	1	
Celkem:			
Zjištění rizika pádů			
Pohyb	Neomezený	0	
	Používá pomůcky	1	
	Potřebuje pomoc k pohybu	1	
	Neschopen přesunu	1	
Vyprazd ování	Nevyžaduje pomoc	0	
	V anamnéze nykturie, inkontinence	1	
Medikace	Neužívá rizikové léky	0	
	Užívá rizikové léky ze skupiny: diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik psychotropních látek benzodiazepinů	1	
Smyslové poruchy	Žádné	0	
	Vizuální, sluchové, smyslový deficit	1	
Mentální stav	Orientován	0	
	Občasná/noční dezorientace	1	
	Dezorientace	1	
Věk	18 - 75 let	0	
	75 let a výše	1	
Pád	Pád v anamnéze	1	
	Poznámka:		
Celkem			

Barthelové test		Barthelové test všedních denních činností		
Činnost a tekutin	Přijímání potraviny	Samostatně bez pomoci	10	
		S pomocí	5	
		Neprovede	0	
Ohledná ní	Ohledná ní	Samostatně bez pomoci	10	
		S pomocí	5	
		Neprovede	0	
Koupání	Koupání	Samostatně, nebo s pomocí	5	
		Neprovede	0	
Osobní hygiena	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5	
		Neprovede	0	
Kontin nence moči	Kontin nence moči	Plně kontinentní	10	
		Občas inkontinentní	5	
		Trvale inkontinentní	0	
Kontin nence stolice	Kontin nence stolice	Plně kontinentní	10	
		Občas inkontinentní	5	
		Trvale inkontinentní	0	
Použití WC	Použití WC	Samostatně bez pomoci	15	
		S malou pomocí	10	
		Vydrží sedět Neprovede	5 0	
Přesun na lůžko/zdi	Přesun na lůžko/zdi	Samostatně bez pomoci	15	
		S malou pomocí	10	
		Vydrží sedět Neprovede	5 0	
Chůze po rovině	Chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15	
		S pomocí 50m	10	
		Na vozíku Neprovede	5 0	
Chůze - schody	Chůze - schody	Samostatně bez pomoci	10	
		S pomocí	5	
		Neprovede	0	
Celkem				
Nutriční riziko u hospitalizovaných pacientů				
NT- Pokud 1 odpověď ano - volat	BMI méně než 20,5	ano	ne	
	Nechtěný úbytek tělesné hmotnosti v posledních 3 měsících	ano	ne	
	Snížení příjmu potraviny v posledním týdnu před přijetím	ano	ne	
	Závažné onemocnění, přijetí na JIP	ano	ne	

Příloha č. 2 Gymnastické cviky u žen po gynekologické operaci

