

UNIVERZITA KARLOVA  
V PRAZE  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav/klinika ošetřovatelství*



**Stanislava Hurciková**

**Ošetrovatelská péče o pacientku po adnexetomii  
a omentektomii**

*Nursing care of the patient after adnexectomy and  
omentectomy*

*Bakalářská práce*

Praha, duben 2011

Autor práce: **Stanislava Hurciková**

Studijní program: **Všeobecná sestra**

Bakalářský studijní obor: **Ošetřovatelství**

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF**

Konzultant práce: **MUDr. Jiří Popelka**

Pracoviště konzultanta práce: **Gynekologicko - porodnická klinika  
FNKV**

Předpokládaný termín obhajoby: **27.6. 2011**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 28.dubna 2011

Stanislava Hurciková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Marii Zvoníčkové z Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK v Praze za odbornou pomoc při zpracování této práce, odbornému konzultantovi MUDr. Jiřímu Popelkovi z gynekologicko-porodnické kliniky FN Královské Vinohrady za odborné připomínky k práci. A samozřejmě chci vyjádřit poděkování paní X.Y. za spolupráci a ochotu, s jejíž souhlasem jsem tuto práci vykonávala.

# OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ÚVOD</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>1. Klinická část</b> .....   | <b>7</b>  |
| 1.1. <i>Anatomie ženských pohlavních orgánů</i> .....                               | 7         |
| 1.1.1. <i>Zevní pohlavní orgány</i> .....   | 7         |
| 1.1.2. <i>Vnitřní pohlavní orgány žen</i> .....                                     | 8         |
| 1.1.3. <i>Infraperitoneální prostor pánve</i> .....                                 | 10        |
| 1.2. <i>Fyziologie ženských pohlavních orgánů</i> .....                             | 11        |
| 1.3. <i>Nádory ovaria</i> .....   | 12        |
| 1.4. <i>Klinický obraz ovariálních nádorů</i> .....                                 | 16        |
| 1.5. <i>Klasifikace zhoubných nádorů vaječníku</i> .....                            | 16        |
| 1.6. <i>Vyšetřovací metody v gynekologii</i> .....                                  | 17        |
| 1.7. <i>Terapie ovariálních nádorů</i> .....  | 20        |
| 1.8. <i>Komplikace ovariálních nádorů</i> .....                                     | 21        |
| 1.9. <i>Charakteristika onemocnění</i> .....  | 22        |
| 1.10. <i>Anamnéza</i> .....   | 22        |
| 1.11. <i>Celkové vyšetření</i> .....  | 23        |
| 1.12. <i>Operační protokol</i> .....  | 25        |
| 1.13. <i>Bioptický nález</i> .....  | 25        |
| <b>2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST</b>   |           |
| 2.1. <i>Ošetrovatelský proces</i> .....   | 27        |
| 2.2. <i>Model funkčních vzorců zdraví dle M. Gordon</i> .....                       | 31        |
| 2.3. <i>Ošetrovatelské diagnózy</i> .....   | 38        |
| 2.4. <i>Psychologický přístup sester k onkologicky nemocným</i> .....               | 45        |
| 2.5. <i>Profesionální psychologický přístup sester k onkologicky nemocným</i> ..... | 46        |
| <b>ZÁVĚR</b> .....  | <b>47</b> |
| <b>SOUHRN</b> .....   | <b>48</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....  | <b>49</b> |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....  | <b>50</b> |
| <b>OBRÁZKY</b> .....  | <b>51</b> |

## Úvod

Cílem této bakalářské práce je zpracování kasuistiky ošetrovatelské péče o nemocnou ženu ve věku 67 let po adnexetomii a omentectomii. Žena byla hospitalizována na gynekologickém oddělení. Na onemocnění se přišlo v důsledku ascitu. Žena před tím podstoupila různá vyšetření, aby došlo k vyloučení nádoru a malignity v jiných částech těla.

Začínám klinickou částí se stručným popisem anatomie a fyziologie ženských pohlavních orgánů. Dále pokračuji patologií vaječnicků, vyšetřovacími metodami v gynekologii. Klinická část nadále obsahuje i anamnestické-diagnosticko-terapeutické údaje o pacientce.

V ošetrovatelské části začínám ošetrovatelským procesem. Zhodnocení nemocné jsem provedla dle modelu funkčních vzorců zdraví dle M.Gordon.

## 1.Kapitola

### ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ

Ženské pohlavní orgány členíme vnitřní a zevní. K vnitřním pohlavním orgánům patří párové orgány : vaječníky – ovaria a vejcovody – tubae uterinae, nepárové orgány: děloha – uterus, pochva – vagina. K zevním pohlavním orgánům náleží stydký pahorek – mons pubis, velké stydké pysky – labia majora pudendi, malé stydké pysky – labia minora pudendi, poštváček – klitoris a topořivé těleso bulbus vestibuli.

Stydký pahorek – mons pubis – vyvýšenina podložená tukovým vazivem před sponou stydkou, pokrytá po pubertě hrubými chlupy- pubes.

**Velký stydký pysk** (labia majora pudendi) - párový orgán, který je tvořen řidším vazivem s tukovým polštářem. Kůže je na zevní straně pigmentovaná, ochlupená. Velikost je kolem 8 cm na délku a asi 3 cm na šířku. Je zde bohatá „houbovitá“ žilní pletěň. Mezi stydkými pysky je různě široká štěrbina – rima pudendi.

**Malý stydký pysk** (labia minora pudendi) - též párový, je kožní řasa, která je velmi tenká s růžovou barvou, na délku je asi o půlku menší než velký stydký pysk. Tyto tenčí ploché řasy obkružují nahoře poštváček (klitoris) a poševní předsíň, nad poševní předsíň je ústí močové trubice. Epitel je mnohvrstevný dlaždicový. Labia minora mají na své dolní vnitřní straně tzv. Bartholiniho žlázy (předsíňové), jsou párové o velikosti hrachu. Ty produkují hlenovitý sekret a tím zvlhčují poševní vchod, v klimakteriu se zmenšují. Malé pysky jsou překryty velkými stydkými pysky.

Menší žlázy předsíňové – velmi malé, rozseté v celém vestibulu, jejich funkcí je, že udržují vlhkost vulvy.

Klitoris – ženský topořivý orgán. Bulbus vestibuli – zaoblený, párový, protáhlý zužující se erektilní orgán. Dlouhý okolo 3 cm.

**Pochva** (vagina) – spojuje zevní genitál s dělohou, jedná se o elastickou trubici, která je 7-10 cm dlouhá, asi 3 cm široká, je značně roztažitelná. Poševní sliznice je silná 3-4 mm a pokryta mnohvrstevným dlaždicovým nerohovějícím epitelem, dále je zde vrstva hladké svaloviny a adventiciální vazivo. Normálně je pochva uzavřena, její stěny se dotýkají, délka, šířka a tvar se může velmi měnit. U panen je v různém rozsahu uzavřeno slizniční duplikaturou, panenskou blanou – hymen. Pochva nemá vlastní žlázy s produkcí hlenu, hlen, který kryje sliznici pochvy je produkován žlázami v kanálku děložního čípku. Dále je sliznice osídlena mikrobiální florou, která vytváří v pochvě kyselé pH a tím zamezuje vstup infekce ze zevního genitálu do dělohy, vejcovodů, vaječnicků a peritoneální dutiny. **Cévní zásobení:** tepny jsou párové a odcházejí ze tří zdrojů: z a.uterina – r.vaginalis, z ní a.rectalis med. a a.pudenda int. Žíly tvoří pletěň – plexus venosus vaginalis.

**Čípek** (cervix uteri) - jedná se o nejspodnější část dělohy, která tvoří bariéru mezi dutinou děložní a pochvou. Jeho stěna je silná a je tvořena hladkou svalovinou a kolagenním vazivem. Sliznice čípku z poševní strany je kryta mnohvrstevným dlaždicovým epitelem. Kanálek děložního hrdla (endocervix) spojuje dělohu a pochvu, sliznice děložního hrdla je pokryta jednovrstevným cylindrickým epitelem, buňky též produkují hlen. Průměr děložního hrdla je 7-8 mm. Spolu s čípkem patří k ochranným bariérám dělohy.

**Děloha** (uterus) nepárový orgán hruškovitého tvaru. U žen, které nerodily se děloha nazývá nullipar a její rozměry jsou 7-8 cm délka, 5 cm šířka, váha cca 50 gramů. U ženy, která už rodila se děloha nazývá multipar a rozměry jsou asi o 1 cm větší. Po klimakteriu se celý orgán zmenšuje. Na děloze rozlišujeme tělo (corpus), které se vyklenuje nahoru ve fundus, po jeho stranách se vytahuje do dvou rohů děložních, která jsou místem vyústění vejcovodů, dolů přechází již jako čípek. Děložní sliznice se nazývá endometrium, svalová vrstva myometrium (tvořena hladkou svalovinou, která má schopnost hypertrofovat) a povrchová vrstva perimetrium, kde probíhají nervy velké cévy. Endometrium kryje jednovrstevný cylindrický epitel, tato sliznice prodělává typické intenzivní změny v průběhu menstruačního cyklu. Pod vlivem progesteronu se sliznice zvětšuje, buňky se začínají plnit glykogenem a produkují hlen, endometrium je tímto připraveno na přijetí oplozeného vajíčka. Cykly jsou 28 denní a na konci cyklů,



pokud nedojde k oplodnění vajíčka, dochází k oddělení a odpadnutí povrchové vrstvy sliznice. Zepředu je děloha obklopena močovým měchýřem, zezadu konečníkem a tlustým střevem. Plochu dělohy kryje peritoneum, po zadní ploše dělohy klesá do pánve až nad zadní klenbu poševní, zde přechází hlubokou výchlípkou na přední plochu rekta, kde tvoří tzv. Douglasův prostor (excavatio rectouterina). **Fixace:** Děloha je v pánvi pohyblivá, to je důležité jak pro těhotenství, tak pro porod, ale současně je její poloha dobře zabezpečena fixací krčku děložního – závěsný aparát (parametrální vazy) a podepřena svalovým dnem pánevním – svalový aparát. **Cévní zásobení:** Dělohu zásobuje a.uterina, a.iliaca int. Žíly vytvářejí mohutnou pleteň kolem dělohy – plexus venosus uterinus. Pleteň souvisí s pleteněmi žil kolem vaginy, močového měchýře a rekta. Mohou sloužit jako portokavální anastomózy ale může se tím šířit infekce, nebo metastázy do jater.

**Vejcovod** je úzký trubicovitý párovitý orgán, dlouhý okolo 10-12cm. Je tvořen ampulou, která se otvírá do dutiny břišní, na okrajích má třásně (fimbriae), které obklopují povrch ovaria, tyto třásně slouží při ovulaci vajíčko zachytí a přesunou ho do vejcovodu. Nejdelší část vejcovodu je rozšířený úsek, zde dochází k oplození vajíčka. Krátký úsek je zúžený a ústí do dělohy. Stěnu tvoří hladká svalovina členěná v bohaté řasy, epitel je jednovrstevný cylindrický tvořen sekrečními a řasinkovými buňkami. Řasinkové buňky kmitají směrem k děloze, aby posouvaly vajíčko. Sekreční buňky tvoří látky, které vyživují vajíčko. Vejcovod je uložen v horním okraji široké řasy děložní. Povrch je kryt pobřišnicí s tenkou vrstvou subserózního vaziva. **Cévní zásobení:** Vejcovod zásobují větve z a.tubarius a.avaricae a r.tubarius a. uterinae. Žíly provázejí tepny a odvádějí krev přes plexus venosus uterinus do v. iliaca int.,v. ovarica vpravo do v.cava inf. a vlevo do v.renalis sin. Ve vejcovodu dochází k oplodnění vajíčka a jeho přípravě k uhnízdění. Štěrbinovitý labyrint tvořený slizničními řasami vejcovodu pomaluje pohyb vajíčka na cestě do dělohy na 4–5 dní, tyto dny jsou potřebné pro jejich dozrání.

**Vaječník** - velikost, tvar i povrch se podle věku a funkčního stavu mění. Největší velikosti dosahují mezi 20.-30. rokem věku. Délka vaječníku se pohybuje mezi 2,5-5 cm, šířka mezi 1-3 cm, hmotnost se udává okolo 6 g. Povrch ovaria je do

puberty hladký, poté hrbolatý, to je podmíněno vyčnívajícími folikuly a vkleslými jizvami po ovulacích. Ve stáří jsou vaječníky svažštělé. Konzistence je tuhá, barva šedorůžová. Na vaječníku rozlišujeme: zevní plochu obrácenou k peritoneu kryjícímu laterální stěnu malé pánve, vnitřní plochu obrácenou do dutiny malé pánve, zadní okraj, rovný přední okraj, který je připojený k zadní ploše široké řasy děložní, horní pól připojený ke stěně malé pánve a dolní pól připojený k rohu děložnímu. **Fixace:** Vaječníky jsou připojeny peritoneální duplikaturou k dorsální ploše řasy děložní a řasou, ve které probíhají k vaječníku cévy a nervy k laterální stěně malé pánve. **Stavba:** Povrch je kryt jednovrstevným kubickým epitelem, který se nazývá zárodečný. Na řezu vaječníkem rozlišujeme kůru, která obsahuje ovariální folikuly se zárodečnými buňkami a hlouběji uloženou dřev. Kůra je tužší konzistence a v době pohlavní zralosti v ní lze pozorovat zrající folikuly na různém stupni vývoje a útvary, které vznikají po prasknutí zralého folikulu a vyplavení zralého vajíčka (ovulaci). Jsou to: žluté tělíčko a po jeho vazivové přeměně se nazývá bílé tělíčko. Na povrchu kůry je tenká zahuštěná vazivová vrstva, která se výrazněji tvoří ve vyšším věku. Dřev ovaria má řidší konzistenci, obsahuje cévy a buňky hladké svaloviny, které přecházejí do závěsu ovaria. **Cévní zásobení:** z abdominální aorty a ovarica a z a.uterina r.ovaricus. Žíly probíhají podél příslušných tepen. Více krve odtéká cestou v.ovarica. **Inervace:** Nervy vstupují do ovaria jako plexus ovaricus pocházející z plexus coeliacus et plexus mesentericus inf. Pleteň obsahuje složku sympatickou, parasympatickou i senzitivní, vstupující do míšních segmentů. Vaječník prodělává pravidelný ovariální cyklus v průběhu menstruačních cyklů, při kterém se mění jeho vzhled i velikost. Hladká svalovina podmiňuje aktivní pohyb ovaria, které se podílejí s pohyby vejcovodu na vytvoření optimálního vzájemného postavení zralého Graafova folikulu a ústí vejcovodu před ovulací. Zvýšený tonus hladké svaloviny vaječníku může napínáním kůry uspošit ovulaci.

### **Infraperitoneální (subserózní) prostor pánve**

Obsahuje peritoneem nekrytou kaudální část konečníku, močový měchýř s uretery, pochvu, s částí krčku dělohy. Dále cévy a nervy zásobující orgány. Důležitou složkou prostoru pánve je řidké vazivo, splývá s fasciemi svalů – nástěnný list pánevní fascie a útrobní list pánevní facie. Vznikají tak vazivové

pruhy, které mají fixační funkci. Subserozium pelvis souvisí s otvory ve stěnách pánve s okolními krajinami, kde se pak mohou ve vazivu podél cév a nervů šířit patologické procesy. (1, str. 61-80, 85-87)

## **Fyziologie**

Adenohypofýza je přední lalok hypofýzy a produkuje gonadotropní hormony:

FSH ( folikulostimulační hormon) jeho funkcí je stimulace vývoje a zrání folikulů v ovariu, stimuluje produkci estrogenů a spolu s LH tvorbu Graafova folikulu a ovulaci.

LH (luteinizační hormon) – spolu s FSH zajistí zrání Graafova folikulu. Po ovulaci podporuje vznik žlutého tělíska a podporuje produkci progesteronu. Během těhotenství, když ještě není dostatečná sekrece placentárních hormonů, se podílí na udržení těhotenství.

PRL (prolaktin) – po porodu stimuluje laktaci. Největší sekrece probíhá ve spánku.

Neurohypofýza produkuje oxytocin. Ten působí na svalovinu dělohy, to se uplatňuje během porodu, kdy vyvolává kontrakce.

Estrogeny jsou steroidní hormony (hlavní zástupce estradiol) mají řadu důležitých účinků :

1. V pubertě podporují růst vnitřních (vaječníky, vejcovody, děloha, pochva) i zevních pohlavních orgánů, stimuluje růst a vývoj prsů (růst vývodného systému), zajistí vývoj sekundárních pohlavních znaků a ukládají tuk na predilekčních místech (prsa, boky, hýždě, mons pubis).
2. Navozují proliferační fázi menstruačního cyklu.
3. Snižují hladinu cholesterolu v krvi.
4. Mají vliv na uzavírání růstových štěrbin a tím pak tlumí růst kostí do délky.

5. Vyvolávají proliferaci vaginálního dlaždicového epitelu a stimulují sekreci řídkého hlenu žlázek krčku dělohy, to jsou předpoklady pro oplodnění.
6. Zvyšují citlivost ovarií na hormony adenohipofýzy a v cílových tkáních zvyšují počet receptorů pro progesteron.
7. Ovlivňují vývoj sexuálního chování ženy.

Gestageny (progesteron) mají také steroidní povahu. Tvoří se v kůře ovaria.

Hlavní význam a účinek **progesteronu** je:

1. Udržení oplodněného a usazeného (nidované) vajíčka v děložní sliznici.
2. Udržení sliznice dělohy v tzv. sekreční fázi, která je nutná pro nidaci oplodněného vajíčka.
3. Snižuje kontraktilitu dělohy během těhotenství.
4. Snižuje produkci hlenu žlázami z děložního hrdla a zvyšuje jeho viskozitu.
5. Stimuluje rozvoj lobulů a alveolů mléčné žlázy a vyvolává sekreční aktivitu.
6. Ovlivňuje termoregulační centrum v hypotalamu zvyšuje bazální teplotu.
7. Ovlivňuje negativně sekreci gonadotropinů. (2, str. 112-113, 121)

### **Nádory ovaria**

Cysty patří k nejčastějším pseudotumorům. Je se zde celá řada cyst, např. folikulární, které mají charakter solitární serózní dutiny, jejichž výstelka odpovídá Graafovu folikulu. Vzniknou, když nedojde k ruptuře folikulu nebo při rychlém zacelení ruptury. Cystóza je název pro mnohotný výskyt cyst.

**Cysta žlutého tělíska** – vzniká z podobných příčin jako folikulární cysty. Při zvětšování cysty mohou okolní buňky atrofovat a pak může docházet k výraznému krvácení do cysty. Postupně se krev vstřebává.

**Cysta bílého tělíska** – tato cysta vznikne jako transformace při přeměně žlutého tělíska v bílé.

**Cysty inkluzní** (seriózní, Walhardovy) – vchlípením povrchového epitelu ovaria mohou vzniknout cysty inkluzivní, k tomu mohou pomoci zánětlivé změny a srůsty. Vytvářejí se různě velké cysty s kubickým až cylindrickým epitelem. Tyto cysty jsou prekurzory epitelových nádorů ovaria.

**Polycystická ovaria** – ve zvětšených ovarii mladých žen se v kůře ovaria nachází řada cyst, které se označují jako serózní cysty. V jejich okolí se objevuje kortikální fibróza. Dochází k nadprodukci androgenů. Podle některých údajů dochází k enzymovému defektu při syntéze steroidů. Toto onemocnění se projevuje oligomenoreou nebo amenoreou, neplodností, hirsutizmem a obezitou.

## **Nádory ovaria**

K hlavním nádorovým skupinám patří:

### 1. nádory z povrchového epitelu a stromatu

a) serózní nádory – jsou to nejčastější nádory ovaria. Nejvíce se objevují kolem 30.- 40. roku života. Většinou jsou cystické. Příkladem jsou to cystadenomy nebo cystadenokarcinomy. Ne všechny nádory označované jako serózní cystadenokarcinomy mají stejný proliferační potenciál. Některé mají nízký proliferační potenciál a jejich prognóza může být poměrně dobrá. Označujeme je jako hraniční. V jiných případech bývá proliferační potenciál vyšší a tyto nádory se řadí k maligním. V třídění pomáhá stanovení gradingu a nález invazivních metastáz (mikroskopicky mají nepravidelné okraje a pronikají do tkání). Neinvazivní ložiska (metastázy) rostou na povrchu, nepronikají do tkání. Léze s hraničním potenciálem a maligní léze tvoří 60% všech ovariálních nádorů. Asi 25 % benigních nádorů se objevuje oboustranně. Benigní nádory mohou být tvořeny pouze jednou cystickou dutinou, ale často se objevuje více velkých dutin. Na řezu jsou vyplněny čirou tekutinou a vnitřní povrch je hladký a lesklý. V někdy může dojít k papilárním

proliferacím dovnitř dutiny. K tomu však dochází častěji u maligních nádorů než u benigních. Epitelovou výstelku tvoří serózní epitel – jedná se o cylindrický epitel s ovoidním jádrem v centrální části buňky s cytoplazmou. Na povrchu buňky můžeme pozorovat řasinky. Prognóza pacientek s invazivním serózním cystadenokarcinomem je i po chirurgickém zákroku a chemoterapii špatná a závisí na stagingu v době diagnózy nádoru.

- b) Mucinózní nádory – v mnoha aspektech jsou tyto nádory podobné serózním nádorům. Hlavní odlišnost je ve výstelce cystických dutin. Mucinózní epitel je podobný epitelu endocervikální sliznice. Jedná se o vysoké cylindrické buňky, které mají oploštělé jádro při bázi. Většina prostoru nad jádrem je vyplněna vakuolami s hlenem. Dále můžeme pozorovat slizniční epitel podobný epitelu tenkého střeva. Ten se nejvíce nachází u nádorů s nízkým maligním potenciálem. Vznik těchto nádorů je v podobné věkové kategorii jako serózní nádory. Mucinózní nádory se méně často maligně transformují.
- c) Cystadenofibrom – je druh serózního nádoru s výraznou proliferací fibrózního vaziva kolem žlázového epitelu. Jde o nádor benigní, většinou malých rozměrů s více cystickými dutinami. Transformace v karcinom je spíše vzácná.
- d) Mucinózní cystadenomy – ovaria mohou dosahovat až několika desítek centimetrů. Zpravidla jde o útvar oválného tvaru na řezu s různě velkými cystickými dutinami, v nichž je mucin. Výstelku cystických dutin tvoří jednovrstevný hlenotvorný epitel. V hraničních a maligních nádorech lze pozorovat buněčné atypie, mitotickou aktivitu a vrstvení epitelu, pseudopapilární a papilární formace na vnitřní ploše cyst. Při ztrátě diferenciace u maligních nádorů pozorujeme omezenou tvorbu mucinů a tvorbu solidních nádorových úseků.
- e) Endometroidní nádory – tyto nádory jsou charakterizovány epitelem podobným korporálnímu endometriálnímu epitelu nesekrečního typu. Uspořádání nádorů je tubulopapilární nebo tabulární. Endometrinoidní epitel – cylindrické buňky s kulatým nebo ovoidním jádrem ve střední části buňky. Tyto nádory mohou být cystické nebo solidní. Většinou tvoří masu vyrůstající

ze stěny endometroidní cysty. Ta je často vyplněna tekutinou hnědé barvy .  
Tabulární struktury jsou mikroskopicky podobné endometriálním žlázkám.  
Endometroidní nádory bývají většinou maligní, ale existují benigní i hraniční varianty.

## 2. nádory z germinálních buněk

- a) Dysgerminom se objevuje nejvíce ve věku 20-30 roků a zpravidla bývá jednostranný.
- b) Choriokarcinom nacházíme nejčastěji v prvních třech dekadách života. Většinou bývá pouze v jednom ovariu.
- c) Teratom se objevuje často v prvních dvou dekadách života.

## 3. nádory ze specializovaného mezodermu

- a) nádory z granulózových a stromálních buněk

- Nádor granulózový
- Thekom
- Fibrom

- b) nádory ze Sertoliho a stromálních (Leydigových) buněk

## 4. sekundární nádory ovaria – zpravidla bývají oboustranné. Nejčastěji dochází k metastázám z karcinomu prsu, plic a gastrointestinálního traktu -Krukenbergerův nádor. (3, str. 282-285)

## **Klinický obraz ovariálních nádorů**

Ovariální nádory mají na počátku velmi chudé příznaky. Rostou volně v prostoru břišní dutiny a nevyvolávají dlouho žádné potíže. První příznaky se objevují až ve velmi pokročilém stádiu, když začínají prorůstat do okolních orgánů. Nemocní si stěžují na tlak v podbříšku a zvětšování (tumorem nebo ascitem). Objevují se potíže při mikci a defekaci, nausea a meteorismus. Únik bílkovin do ascitu a nechutenství se projeví zbarvením pleti (facies ovarica). Hormonálně aktivní tumory na sebe upozorní endokrinologickou symptomatologií. Při gynekologickém vyšetření se zjistí různě velká rezistence v místě ovaria. U maligních nádorů bývá ascites. Každé asymetrické zvětšování ovaria je nutno kontrolovat. Neustoupí-li nález na ovariích do dvou měsíců (jak tomu někdy bývá u ovariálních folikulárních cyst), je nutno zvětšení ovaria ověřit ultrazvukovým vyšetřením nebo laparoskopii. Preventivní gynekologické prohlídky žen mohou prokázat služby pro raný záchyt zhoubného bujení ovaria. (4, str.125)

## **Klasifikace zhoubných nádorů vaječníku**

Stádia nádorového onemocnění vaječníků se rozdělují do čtyř skupin (podle FIGO):

- I. stadium – nádor je ohraničen jen na jednom či obou vaječnicích
- II. stadium - nádor postihl jeden nebo dva vaječníky a šíří se do pánve
- III. stadium – nádor postihuje jeden nebo dva vaječníky, jsou přítomny metastázy v regionálních mízních uzlinách
- IV. stadium – nádor postihuje jeden nebo dva vaječníky, jsou přítomny metastázy (4, str.125)

### TNM klasifikace:

TX - nádor nelze hodnotit

T0 - nejsou známky primárního nádoru



T1 - nádor je omezen na vaječníky

T1a - nádor je omezen na jeden vaječník: v ascitu nejsou maligní buňky

T1b - nádor je omezen na oba vaječníky : v ascitu nejsou maligní buňky

T1c - nádor je ohraničen na jeden nebo dva vaječníky: maligní buňky jsou v ascitu

T2 - nádor postihl jeden nebo dva vaječníky se šířením v pánvi

T2a - šíření nádoru na dělohu nebo vejcovody: v ascitu nejsou maligní buňky

T2b - šíření nádoru na jiné pánevní tkáně: v ascitu nejsou maligní buňky

T2c - šíření nádoru v pánvi s maligními buňkami v ascitu

T3 - nádor postihl jeden nebo dva vaječníky: mikroskopicky jsou prokázány peritoneální metastázy mimo pánev

T3a - peritoneální metastázy jsou mikroskopicky prokázány mimo pánev

T3b - peritoneální metastázy jsou makroskopicky prokázány mimo pánev 2 cm nebo méně

T3c - peritoneální metastázy mimo pánev jsou větší jak 2 cm (10, str.270 – 271)

## **Vyšetřovací metody v gynekologii**

### ***Vaginální vyšetření***

Aspekce zevních rodidel – typ ochlupení, velikost orgánů, uložení uretry, výtok, změny na kůži a hrázi

Vyšetření v zrcadlech – poševní vchod, změny v pochvě a děložním hrdle, jeho povrch a sekret.

Palpační vyšetření – popíše se konzistence, tvar, uložení děložního hrdla a dělohy.

***Vyšetření mléčné žlázy*** – pátrá se po patologické rezistenci, pohmatem a vyšetřením sekretu.

***Kolposkopie*** – binokulární lupa, kterou se prohlédnou zevní rodidla, pochva a děložní hrdlo. Onkologická diagnostika – buňky k cytologickému vyšetření se získají stěrem.

***Mikrobiologické vyšetření*** – vyšetření poševního prostředí, sekret z děložního hrdla a močové trubice

### **Speciální metody v gynekologii – přístrojová technika**

#### ***Laparoskopie***

Zavádí se laparoskop s optickým systémem v celkové anestezii z malého řezu těsně pod pupeční jizvou. Výkon vyžaduje pneumoperitoneum – insuflaci CO<sub>2</sub>. Zjistí se morfologický stav orgánů v malé pánvi. Operační laparoskopii se provádějí operační výkony jako sterilizace, rozrušení srůstů, operace slepého střeva, mimoděložní těhotenství, operace cystických útvarů vaječníku, operace myomů, hysterektomie.

#### ***Hysteroskopie***

Metoda umožňuje kontrolu děložní dutiny, jejího tvaru a stavu endometria.

#### ***Vaginoskopie***

Vyšetření pochvy a děložního hrdla především v dětské gynekologii, u dívek s neporušenou panenskou blánou a všude tam, kde nelze použít poševní zrcadla.

## **Zobrazovací metody**

### ***Hysterosalpingografie***

Po náplni dělohy kontrastní látkou umožňuje posoudit děložní hrdlo, dutinu děložní a průchodnost vejcovodů. Za současné skiaskopické kontroly se pořizují RTG snímky.

### ***Angiografie***

Při této metodě se po náplni cév zobrazí kresba cévního řečiště malé pánve. Provádí se při podezření na rozsev zhoubného nádoru.

### ***CT***

Výpočetní tomografie je speciální rentgenová metoda. Toto vyšetření řídí počítač a nastavuje vyšetřované roviny v těle. Řezy, které se na obrazovce počítače zobrazují, přesně určí místo, charakter a rozsah rezistencí (zánětlivé, nádorové) kolem ledvin, v dutině břišní a CNS.

### ***Magnetická rezonance***

Je současným vrcholem neinvazivních vyšetřovacích metod pro zobrazování orgánů a změn lidského těla, zejména měkkých tkání. Podává informace o obtížně přístupných rezistencích (např. orgánů malé pánve a srdce). Doplnuje ultrasonografické vyšetření i CT.

### ***Ultrasonografické vyšetření***

Jedna z hlavních vyšetřovacích metod v gynekologii a porodnictví. Zobrazuje rezistence v malé pánvi, topografické vztahy, jejich tvar, vnitřní strukturu a velikost tumorů. Vyšetření se provádí transabdominálně, transvestibulárně a transvaginálně. Veliké služby prokazuje při včasném odhalování karcinomu endometria. (4, str.54-62)

## **Terapie ovariálních nádorů**

Rozlišení benignity a malignity je možné jen histologickým vyšetřením tkáně získané při operaci. Proto u všech nejasných, podezřelých nálezů se indikuje laparoskopie. U pozitivních cytologií získaných při aspiraci nebo laparoskopii tenkou jehlou provádíme laparotomii. Benigní nádory se odstraňují konzervativně s přihlédnutím k věku nemocné a k její reprodukční budoucnosti. Při operaci je nutné dokonalé vyšetření malé pánve a dutiny břišní. Rozsah operačního výkonu v počátečních stádiích se řídí dle peroperační biopsie, peroperačním stagingem a cytologickým vyšetřením výpotku. Zhoubné nádory se operují radikálně hysterektomií s následnou oboustrannou adnexetomií, s resekcí omenta a paraortální lymfadenektomií. Operační léčba se doplní cílenou chemoterapií (s kombinací s jinými cytostatiky). Pokud nezůstaly v břišní dutině větší nádorové masy, ozařuje se intraperitoneálně aplikovaným radioaktivním koloidním izotopem zlata. U pokročilé formy zhoubného bujení vaječníku se musí lékař vždy pokusit o odstranění co možná největší části primárního nádoru a metastáz. Za optimální zmenšení nádoru nebo metastáz se považuje zmenšení do 1,5 cm. Cytoredukce někdy vyžaduje resekci střeva, na kterém se mohou vyskytovat veliké mnohočetné metastázy. Proto každou pacientku, o které se ví, že má pravděpodobně maligní proces v malé pánvi, připravujeme také na chirurgický střevní výkon. (4, str. 125-126)

## **Komplikace**

Vyskytují se nejčastěji z důvodu šíření nádoru do dalších systémů ( močový systém, GIT), z metabolických změn způsobených přítomností zhoubného nádoru nebo onkologické léčby.

- Prorůstání nádoru do okolích tkání, může nastat blokáda ureterů s hydronefrózou
- Metastázy do regionálních mízních uzlin
- Sterilita
- Nežádoucí účinky radioterapie a chemoterapie
- Anorexie, kachexie
- Nausea, zvracení
- Průjmy, meteorismus
- Bolest (5, str. 62)

## **Charakteristika onemocnění**

Pacientku jsem si vybrala na standardním gynekologickém oddělení, kde byla 11. den po operaci-laparotomii. Výkon, který prodělala byla adnexektomie a omentektomie. Na gynekologické oddělení byla pacientka přeložena z interní kliniky, kde byla hospitalizována a následně vyšetřována pro ascites. Dle CT břicha byla zjištěna diseminace maligního onemocnění na peritoneu z gynekologického tumoru, CT hrudníku bylo v normě. Z interního oddělení po prodělaných vyšetřeních byla přeložena na gynekologické oddělení k probatorní laparotomii pro ascites gynekologické etiologie. Pacientka před tím vážněji nestonala a do nemocnice se dostala po pobytu v lázních, kde se jí začalo „zvětšovat břicho“. Tento nárůst objemu sledovala asi 10 dní. Měla potíže s občasným nadýmáním, dále bolesti v pravém podžebří, nauseu. Na další obtíže si nestěžovala.

## **Anamnestické údaje**

Jméno: X.Y.

Narozena v roce: 1945

## **Rodinná anamnéza**

Otec zemřel v 64 letech na infarkt myokardu, matka v 74 letech na leukémii.

## **Osobní anamnéza**

Hyperfunkce štítné žlázy. Pacientka uvádí, že prodělala běžné dětské nemoci, kvůli častějším angínám jí provedena tonsilektomie v mládí. Dále prodělala v mládí appendectomii, v roce 1989 hysterectomii pro myom, cholecystectomii v roce 2005. V červnu 2010 stav po operaci katarakty. Úrazy: fraktura žeber (asi před 20 lety)

**Alergie:** Penicilin

**Abusus:** nekouří, pivo 2 denně

### **Gynekologická anamnéza**

Kontroly absolvuje nepravidelně. Sledována pro nález v prsu- snad benigní (mammografie před 3 lety negativní). Menses od 13 let. Naposledy v roce 1989 (HYE). Pacientka má za sebou 1x spontánní porod.

### **Sociální a pracovní anamnéza**

Žije s manželem v rodinném domku. Dříve pracovala jako účetní. Má jednu dceru

### **Farmakologická anamnéza**

Thyrozol 10 mg (tyreostatika) ½-0-0

Rowachol (choleretika, cholagoga) 1-1-1 před jídlem

Espumisan (deflatuens) 1-1-1

### **CELKOVÉ VYŠETŘENÍ**

TK: 125/73, P: 72', TT: 36,1, 165cm a 78 kg

Celkový stav: orientována, spolupracuje, bez ikteru a cyanózy, klidově eupnoe, hydratace v normě, výživa v normě. Kůže bez patologických nálezů. Stoj a chůze v normě. Páteř pokleповě nebolestivá. Hlava normocefalická, poklep nebolestivý. Bulby ve středním postavení, volně pohyblivé. Spojivky růžové, skléry bílé. Uši a nos bez výtoků. Jazyk vlhký, nepovleklý, plazí středem. Hrdlo klidné. Chrup sanován. Krk: šije volná, karotidy tepou symetricky, bez šelestu. Náplň krčních žil nezvýšena, štítná žláza zvětšená.

Hrudník: poklep plný, jasný, dýchání čisté, sklípkové.

Břicho: poklep bubínkový, letálně ztemnělý, měkké, palp. Citlivé při hlubší palpaci více v pravé polovině břicha, bez hmatné rezistence. Peristaltika živá. Játra nezvětšena, k oblouku, slezina nenaráží. Podbříšek klidný. Klidná jizva pop APPE, CHCE.

Končetiny: klouby volně pohyblivé, DK bez otoků, bez varixů. Pulzace hmatné do periferie.

### **Vyšetření:**

**Koagulace:** QUICK 11.0 sec., INR 0.83, APTT – 31.2 sec

**KO:** Leukocyty  $6.8 \times 10^9/l$ , erytrocyty  $4.80 \times 10^{12}/l$ , hemoglobin 144 g/l, hematokrit 0.430 arb.j., konc.Hb v ery 0.33 arb.j., trombocyty  $366 \times 10^9/l$ ,

Biochemie: urea 4.8 mmol/l, kreatinin 64.9 umol/l, kyselina močová 270 umol/l, bilirubin total 13.6 umol/l, bilirubin přímý 2.9 umol/l, ALT 0.8 ukat/l, AST 0.53 ukat/l, GMT 0.27 ukat/l, ALP 1.22 ukat/l, LDH 2.70 ukat/l, triacylglyceroly 0.98 mmol/l, cholesterol 8.28 mmol/l, glukoza 4.67 mmol/L, Na serum 147 mmol/l, K serum 5.2 mmol/l, Cl serum 114 mmol/l

Moč- bez nálezu

Onkomarkery- S\_AFP: 1.5, S\_CA12: 369.6, S\_CA15: 61.7, S\_CA19: 6.6, S\_CEA: 0.9

Elevace CA 125 (369) a CA 153 (61)

RTG HRUDNÍK- Plíce jsou bez ložiskových a infiltrativních změn, plicní kresba je přiměřená, plicní hily nejsou rozšířené. Bránice je hladká. Srdce nezvětšeno. Normální nález na plicích.

CT břicha – v levém laloku jater malý hemangiom 6mm. Sycení jater jinak pravidelné. Bez dilatace žlučových cest, CHCE. Hraniční velikost jater. Slezina homogenní a nezvětšená. Nadledviny štíhlé, slinivka štíhlá a homogenní, expanze nenalezena. Ledviny bez expanze a městnání. Patrná obě ovaria, vzhledem k věku obě mírně zvětšená, hlavně pravé. Zobrazena infiltrace mezenteria či omenta pod přední břišní stěnou, více paramediálně vpravo, vícečetná nodulární ložiska do 12 mm odpovídající meta procesu. V břiše a pánvi ascites.



CT hrudníku – plíce rozvinuté, bronchovaskulární kresba obvyklá, ložiskové změny či infiltrace nenalezeny, nevelké pachypleuritické změny dorzálně, bez výpotku. Hily bez expanze a lymfadenopatie, mediastinum bez expanze. Na krku zvětšené oba laloky ŠŽ a několika hypodenzními ložisky a kalcifikacemi. Vzhledově nejspíše struma, levý lalok zasahuje retrosternálně. Axily bez lymfadenopatie. Bez známek TU postižení hrudníku.

### **Operační protokol**

Dutina břišní otevřena z dolní střední laparotomie. V břišní dutině 2500 ml jantarového ascitu – odesláno na cytologické vyšetření. Děloha chybí (HYE). Pravé ovarium lehce zvětšené velikost- 2,5x2x2 cm bez makroskopických známek patologického procesu. Levé ovarium menší než pravé, společně s tubou také bez makroskopických známek patologického nálezu. Krajina céka s adhezemi k nástěnnému peritoneu - stav po APPE. Viscerální i nástěnné peritoneum hladké, bez známek maligního rozsevu. Játra palp.hladká. Paraaortální uzliny nehmatné. Colon i tenké kličky bez makroskopických známek patol.procesu. Omentum velikosti 16x13x1,5 cm s jedním velkým uzlem velikosti cca 2 cm v průměru. Vzhledem k nejasné etiologii ascitu a věku pacientky rozhodnuto o provedení oboustranné AE a vyšetření adnex mraženým řezem. Po uvolnění drobných adhezí oboustranně podchyceno a prostřiženo lig.infudibulopelvicum a adnexa odpojena. Vzhledem k stále nejasné dg. připojena infracol. omentectomie. Výkon dále nerozšiřován.

### **Bioptický nález:**

Ovarium 35x20x15 mm, v jednom místě parovariální tenkostěnná cysta. Tuba délky 450 mm, průměr 5 mm s hladkým povrchem, bez výraznějších změn. Na řezu ovariem jsou místy drobné cystičky. Mikroskopicky jsou v těchto úsecích zastíženy cysty vystlané dobře diferencovaným mucinosním cylindrickým epitelem, v rámci jednoho zmrazeného řezu zde mikroskopický nález odpovídá mucinosnímu cystadenomu.

Excize 40x30x15 mm, makroskopicky tuba není zcela přesvědčivě patrná, na řezu je zastížený kulovitý tuhý útvar v excizi celý 7x5x15 mm. Mikroskopicky je zde

zastižena zmnožená buněčná vazivová tkáň se solidními, místy luminosovanými čepy nádorových buněk, v luminech je zastižený eosilně se barvící ,materiál. Nádorové buňky bez výraznějších polymorfii a mitos. Nevylučuje se možnost, že jde o struktury Brennerova nádoru. (6)

## 2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

### Ošetřovatelský proces

Moderní ošetřovatelská péče je orientovaná na přiměřené uspokojení potřeb a identifikaci problémů pacienta, z ošetřovatelského hlediska je v současné době založena na teorii ošetřovatelského procesu. Lze ho charakterizovat jako způsob profesionálního uvažování sestry o pacientovi a jeho individuální problematice, který ovlivňuje způsob její práce s nemocným, tedy její jednání i vlastní ošetřovatelskou péči.

Teorie ošetřovatelského procesu pronikla na konci 60. let do Evropy ze Spojených států amerických jako koncepční model přístupu, který je vstřícný k ošetřování nemocného. Vychází ze zvoleného teoretického modelu ošetřovatelství, to je podklad pro jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu, zejména v oblasti zhodnocení nemocného.

Tak lze například vycházet: z vyhledávání biologických, psychických a sociálních potřeb člověka narušených nemocí nebo vzniklých průběhu onemocnění (model Hendersonové), ze schopnosti nemocného být soběstačným (model Oremové), nebo ze schopnosti adaptace nemocného (model Royové), či ze schopnosti zajistit si určité aktivity denního života (model Rogersové a spol.)

Na základě zhodnocení pacienta a jeho potřeb pak sestra ve spolupráci s ním stanoví nejzávažnější poruchy potřeb, problémy ošetřovatelské péče, případně ošetřovatelskou diagnózu a plánuje jejich uspokojování prostřednictvím aktivní a iniciativní ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelský proces má pět fází:

1. zhodnocení nemocného – zjišťování informací
2. stanovení ošetřovatelské diagnózy
3. plánování ošetřovatelské péče
4. provedení navržených intervencí

## 5. zhodnocení efektu poskytnuté péče

### Fáze ošetrovatelského procesu

Každá fáze je samostatná, ale přístup k ošetrovatelské péči musí být uplatněn jako celek - tedy každý jednotlivý krok je závislý na všech fázích. Slovem proces se myslí průběh ošetrovatelské činnosti – jako způsob práce s nemocným, způsob přístupu k profesionální ošetrovatelské péči, která je uskutečňována v určitém logickém pořadí.

#### ***1.fáze – zhodnocení nemocného***

Než se sestra rozhodne pro nejvhodnější způsob ošetrování, měla by být o nemocném dobře informována a to nejen z hlediska jeho aktuálního stavu, ale i z hlediska jeho předchozího vývoje, který se týká i jeho sociální situace a charakteristiky jeho osobnosti ve vztahu jeho zdraví i nemoci. Proto je nezbytné, aby v této první fázi ošetrovatelského procesu provedla sestra kvalitní zhodnocení pacienta, kdy jejím cílem je získat co nejvíce potřebných informací.

Při hodnocení je třeba určit

- kdo bude provádět hodnocení
- obsah informací
- odkud lze informace získat a jakými metodami
- jak budou informace dokumentovány
- hodnocení má 2 části
- a) ošetrovatelskou anamnézu
- b) zhodnocení současného stavu pacienta

V první fázi ošetrovatelského procesu zjistí sestra především informace, které jí mohou pomoci jednak okamžitě zahájit potřebnou ošetrovatelskou péči, jednak

jsou zcela zásadní pro stanovení ošetrovatelské diagnózy a na ní postavené individualizované aktivní péči.

Jedná se o identifikační údaje, současný zdravotní stav, vlastní anamnestické údaje. K získávání informací sestra využívá zdroje, kterým je sám nemocný a jeho dokumentace, rodinní příslušníci a blízké osoby nemocného, zdravotní tým, pacienti, kteří s ním sdílí pokoj.

### ***2.fáze - ošetrovatelská diagnóza***

Znamená vytřídění získaných informací, verbalizaci současných i potencionálních problémů nemocného. Stanovení pořadí priorit problémů. Jedná se o identifikaci potřeb nemocného, které jsou buď narušeny nebo je vyvolá porucha zdravotního stavu. Ošetrovatelské diagnózy sestra řadí za sebou podle naléhavosti jejich řešení.

### ***3.fáze plán ošetrovatelské péče***

Výsledek této fáze je stanovení ošetrovatelského plánu jak a v jakém pořadí budeme společně řešit individuální potřeby nemocného. Vychází z ošetrovatelské diagnózy, z rysů moderního ošetrovatelství, z charakteristiky ošetrovatelské péče. Plánování ošetrovatelské péče znamená určit priority problémů, stanovit cíl péče, určení jak můžeme měřit efekt, zápis ošetrovatelského plánu.

Vypracování plánu má dvě části:

1. Sestra učiní hypotézu o cíli, kterého by chtěla dosáhnout.

Cíl lze stanovit:

- a) krátkodobý - týká se následujících příštích hodin, dnů. Má být zcela konkrétní a pokud je to možné tak měřitelný.
- b) dlouhodobý – cíl se vztahuje k delšímu období např. ke konci hospitalizace nebo do domácí péče

2. Vlastní plán ošetrovatelské péče tvoří návrh vhodných ošetrovatelských intervencí, které směřují k dosažení stanovených cílů. K cíli se může vztahovat i několik intervencí.

#### ***4.fáze – realizace plánu***

V průběhu této fáze plní každý z účastníků svoji příslušnou roli a úkoly dané ošetrovatelským plánem směřujícím vždy k zajištění relativní pohody a prospěchu nemocného.

#### ***5.fáze – zhodnocení efektu poskytované péče***

Znamená to zjištění, zda byl dosažen stanovený cíl. Změření našeho úspěchu. Získání dalších informací o nemocném a plánování další péče, pokud cíle zatím nebylo úplně dosaženo.

Ošetrovatelský proces by měl ovlivňovat především způsob přístupu sester k nemocným, sestry s nimi přicházejí do styku častěji, protože jejich stav je závažný. Jsou to zejména staří, nevléčitelně nebo chronicky nemocní, děti, nemocní po těžkých úrazech, lidé zcela nebo částečně nesoběstační, ale i všichni ostatní, do jejichž života závažně zasahuje změna jejich zdravotního stavu.

#### **Význam a přínos ošetrovatelského procesu**

Vytváří jednoznačně novou roli sestry zaměřenou na přesně danou úlohu ošetrovatelství v multidisciplinárním týmu. Zvyšuje profesní kompetenci sester a tvořivost a přináší sestrám jak prokázala řada výzkumných prací, mnohem lepší pocit pracovní spokojenosti a seberealizace. Sestry vidí pacienta jako člověka. Plánovaná a cílevědomá individualizovaná péče přináší mnohem víc prospěchu i nemocným v terminálním stádiu a chronicky nemocným.

Je značně dobrým podkladem pro pochopení přístupu k nemocným v průběhu profesní přípravy. Umožňuje budoucí sestře lépe pochopit proč se musí učit řadě vědeckých disciplín jako je fyziologie, psychologie, komunikace a jak mohou být tyto poznatky v praxi použity.

Ošetrovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch nemocného, prostřednictvím individualizované ošetrovatelské péče,

případně za jeho spolupráce. Tyto ošetrovatelské činnosti umožňují sestře samostatně rozhodovat pro nejvhodnější způsob péče a tím dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého pacient jejím přičiněním dosáhl. Ošetrovatelský proces není uskutečňován izolovaně. Práce ostatních členů zdravotnického týmu, jakými jsou lékaři, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, se týká zcela nezbytně také. Tito lidé mohou uvažovat o nemocném a pracovat v podobném rámci.

Velmi často se stávají koordinátorkami v zajištění aktivit dalších zdravotnických pracovníků a organizují vhodnou a kontinuální péči pro každého nemocného. Právě sestra může být tím nejvhodnějším koordinačním členem zdravotnického týmu, protože je s pacientem v kontaktu nejvíce.

Správně aplikovaný ošetrovatelský proces rozvíjí vnitřní angažovanost sestry v péči o nemocné, snižuje nebezpečí komplikací aktivně a vstřícně poskytovanou individualizovanou péčí, ale měl by rovněž výrazně ovlivnit odpovědnost nemocného za vlastní zdravotní stav a jeho ochotu být aktivně zapojen v celém procesu návratu zdraví a schopnosti žít nezávisle. (7, str.82-95)

### **Model funkčních vzorců zdraví dle Marjory Gordon**

Cílem ošetrovatelství je zdraví, odpovědnost jedince za své zdraví a rovnováha bio-psycho-sociálních interakcí. Pacient je holistická bytost se všemi biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami, jedinec s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví.

Dvanáct vzorců zdraví M.Gordon obsahuje :

1. vnímání zdraví – udržování zdraví, obsahuje vnímání zdraví a pohody jedincem a způsoby jakými se stará o vlastní zdraví,
2. výživa – metabolismus zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu,
3. vylučování - zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře a kůže

4. aktivita – cvičení obsahuje způsoby udržování tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity
5. spánek – odpočinek zahrnuje způsob spánku, oddechu, relaxace
6. citlivost (vnímání) – poznávání obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti, a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince: orientace, řeč, abstraktní myšlení, schopnost rozhodování atd.
7. sebepojetí – sebeúcta vyjadřuje, jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu
8. role – vztahy obsahuje přijetí a plnění životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů,
9. reprodukce – sexualita zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti, změn,
10. stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance obsahuje celkový způsob tolerance a zvládání stresových či zátěžových situací
11. víra – životní hodnoty obsahuje individuální vnímání životních hodnot, cílů a přesvědčení, včetně víry (náboženského vyznání) a transcendentna (to, co překračuje naši rozumovou a smyslovou zkušenost), které jedince ovlivňují,
12. jiné.

Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví umožňují sestře rozeznat, zda se u pacienta jedná o :

- funkční chování – ve zdraví

-dysfunkční chování – v nemoci

Dysfunkční vzorec se projevuje při aktuálním onemocnění jedince, nebo může být znakem potencionálního problému.

Když sestra takový vzorec identifikuje, musí ho označit, z něj zformulovat



ošetřovatelskou diagnózu a pokračovat v ostatních krocích ošetřovatelského procesu. Při posuzování vzorců funkčního zdraví M.Gordon navrhuje, aby sestra porovnávala získané údaje a jednou nebo s několika následujícími položkami:

- individuální výchozí stav
- normy stanovené pro danou věkovou skupinu
- normy kulturní, společenské a jiné.

Takovým způsobem může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav pacienta i zdravého jedince, rodiny či komunity.

Z hlediska holistické filosofie označují odborníci na ošetřovatelskou teorii model M.Gordonové za nejkompexnější pojetí člověka v ošetřovatelství. Model funkčních vzorců zdraví splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetřovatelské hodnocení zdravotního stavu nemocného v jakémkoliv systému zdravotní péče, v péči primární, sekundární, terciární. (8, str. 99-102)

Ošetřovatelská anamnéza dle M.Gordonové

K vytvoření ošetřovatelské anamnézy jsem použila informace získané rozhovorem s pacientkou, která byla 11.den po operaci.

### **1.Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví**

Paní X.Y. byla před přijetím do nemocnice zcela aktivní. Spolu s manželem odešli na důchod trávit většinu času na venkov. Svě zdraví považuje za důležité a začala se zajímat o alternativní medicínu. Hlavně pomocí mastí a bylinek, které si sama sbírá, vaří, připravuje masti. Chtěla tak očistit své tělo od škodlivých látek, které, jak tvrdí, si sama zanesla tím, že kouřila asi 30 let okolo 10 cigaret denně a žila celý život ve městě. S manželem chodila každý den na delší procházky, aby měli aktivní pohyb. Jezdili také do lázní. Před měsícem, kdy trávili čas také v lázních, si začala má pacientka všimnout trávicích obtíží, tím byla nevolnost, říhání, bolesti v pravém podžebří a průjemovitá stolice. Následně se jí začal zvětšovat obvod břicha. Po příjezdu z lázní tedy navštívila nemocnici, kde jí hospitalizovali na interním oddělení a lékaři udělali vyšetření, aby se zjistil důvod ascitu.

Po vyšetření jater, plic a mozku ukázalo, že se nejedná o patologický proces v těchto orgánech. Lékaři usoudili, že se bude jednat o patologický proces v gynekologických orgánech a proto byla přeložena na gynekologické oddělení. Po vyšetření na gynekologickém oddělení bylo rozhodnuto, že pacienta podstoupí odnětí adnex bilaterálně.

Nyní, 11.den po operaci, je pacientka stále na oddělení a čeká na výsledky histologického vyšetření. Je smířená s tím, že výsledky mohou potvrdit zhoubný proces a je připravena se podrobit onkologické léčbě, protože svůj život má ráda a je odhodlaná, dle jejích slov, velmi bojovat.

## **2. Výživa a metabolismus**

Paní X.Y. je štíhlé postavy. Před onemocněním neměla žádné problémy s příjmem potravy ani tekutin. Její chrup je umělý, má trvalou protézu, která jí nedělá potíže při příjmu potravy. Nemá žádnou alergii na jídlo. Nesledovala ani náhlý přírůstek či úbytek váhy.

Před 3 měsíci jí byl zjištěn vyšší cholesterol, snaží se omezit tuky, ale sama přiznává, že se ve zdravé výživě moc neorientuje, i přesto, že by chtěla snížit svůj cholesterol. Také přiznala, že vlastně neví, proč je důležité si tak cholesterol hlídat. Nyní poslední měsíc, tedy v důsledku zvětšování břicha, popisuje dyspeptické potíže mezi které patří i meteorismus. Tyto obtíže jí začaly po těhotenství, po operaci žlučníku ( odstranění žlučníku před 5 lety) se jí dyspeptické potíže zhoršily, trpí nadýmáním, říháním a nyní po operaci trpí nadměrnou plynatostí, které jí velmi trápí a způsobuje bolest a nepříjemné pocity. Mezi tuky, které řadí do své stravy, patří zejména tuky živočišné. Ale od operace žlučníku, spíše tuky omezuje. Pokud je konzumuje, musí k tomu vypít sklenici piva, aby došlo k lepšímu trávení. Doma tyto obtíže zmírňovala Rowacholem (cholagoga,choleretika) a bylinnými čaji – hlavně mátu. Díky bylinám se cítí lépe. Každý měsíc, když je úplněk pije celý den byliny a jí vyvařenou zeleninu, velmi jí to pomáhá a cítí se po tom odlehčená. Snaží se konzumovat každý den ovoce a zeleninu.

Denně vypije 2 litry tekutin – hlavně neperlivé vody, každý den pije bylinné čaje jednou za týden minerální vody. Kávu pije každý den. Myslí si, že množství

tekutin co pije, že dostatečné. Ale přiznává, že se do příjmu tekutin musí nutit. Její sliznice nejsou suché a kůže má přiměřeně hydratovanou, nemá snížený turgor kůže, kůže je bez puchýřů či ekzémů.

Dietu má naordinovanou číslo 4 – tedy s omezením tuku. Jelikož jí tučná jídla nadýmají a způsobují průjem, tak jí tato dieta s omezením tuku vyhovuje a na jídlo v nemocnici si nestěžuje.

### **3. Vylučování**

Na problémy s močením si pacientka nestěžuje, netrpí pálením ani řezáním. Inkontinenci moči také neguje. Celý život má sklon spíše k průjmovité stolici než k zácpě, nyní se jí průjmovitá stolice během posledního měsíce zhoršila. Chodí na stolici 2-3krát denně. Na poslední stolici byla dnes ráno. Charakter stolice byl průjmovitý s příměsí hlenu. Vzhledem k častější stolici, dáváme pozor, aby nedošlo k dehydrataci u pacientky. Popřípadě doporučíme zvýšit příjem tekutin, protože její příjem je maximálně 2 litry za den. Pacientce byl permanentní katétr zaveden den před operací, odstraněna byla 5. den po operaci.

### **4. Aktivita a cvičení**

S manželem, od doby co žijí na venkově na chalupě, chodí denně na hodinovou procházku do lesa na čerstvý vzduch. Někdy jezdí na výlety po okolí. Když jsou v Praze chodí do divadla, miluje tanec a rád chodí na plesy. Chůzi paní X.Y. považuje za nejzdravější a nejlepší způsob pohybu, proto se snaží co nejméně v Praze užívat městskou hromadnou dopravu a dojíít třeba 4 zastávky domů pěšky. Také jezdí pravidelně jednou za rok do lázní, kde si užívají zdravotních procedur. Nyní v nemocnici je již 11.den po operaci a její pohybový režim není omezený. Pacientka je zcela soběstačná a svůj volný čas v nemocnici tráví tím, že se prochází po nemocnici, pohyb jí chybí. Každý den si jde koupit noviny, nebo tráví čas sledováním televize na společenské místnosti. Čas v nemocnici ji krátí i návštěvy rodiny, která za ní denně dochází.

## **5. Spánek a odpočinek**

Denní spotřeba spánku paní X.Y. je okolo 6.hodin. Problémy s usínáním před hospitalizací neměla, ani s buzením či brzkým vstáváním. Nebrala ani žádné léky na spaní. Když měla občas potíže se spánkem doma, užívala bylinné čaje. Tvrdí, že na venkově se jí i lépe spalo díky čerstvému vzduchu. Nyní poslední měsíc a hlavně posledních pár dnů nastaly problémy se spánkem. Pacientka v důsledku stresové životní situace má problémy se usínáním. Příkládá to neznámému prostředí, nedostatku soukromí a hlavně stresu, kdy přemýšlí nad životní nejistotou. V nemocnici usínala kolem 1.hodiny a budí se kolem 3.hodiny ranní. Proto jí byl naordinován od lékaře Hypnogen 1 tableta na noc.

## **6. Vnímání a poznávání**

Pacientka je po operaci katarakty, kterou prodělala v červnu 2010, od té doby se její zrak velmi zlepšil. Dříve používala velmi silné brýle na čtení, nyní je již mít nemusí. Nemá problémy se sluchem. K chůzi neužívá žádné kompenzační pomůcky. Je orientována časem, místem, osobou. Nestěžuje si na zhoršení paměti.

## **7. Sebekoncepce a sebeúcta**

Celkový emocionální stav pacientky je v současné době narušen tím, že se nachází v nejisté životní situaci. Je rozladěná a její emoce jsou rozladěné spíše večer, přes den je plná síly a odhodlaná s nemocí bojovat, pokud to bude zhoubné onemocnění. V jejím stavu jí podporuje její manžel a její dcera. Pokud by byl výsledek takový, že nádor je zhoubný, vyhledala by možnost rozhovoru s kaplanem. Pacientku bych celkově zhodnotila jako emočně labilnější. Další den, tedy 12.pooperační den, se pacientka dozvěděla výsledky z histologického vyšetření. Sdělení těchto výsledků bylo velmi neosobní. Pacientka šla po chodbě ze snídaň, když procházela kolem vyšetřovací místnosti, tak uslyšela lékařku, jak vyslovila její jméno a řekla, že už přišly výsledky z histologického vyšetření. Pacientka se tedy zeptala, jestli skutečně mluví o ní a jak výsledky dopadly. Lékařka jí ve dveřích sdělila, že nádor je zhoubný a že bude předána do péče onkologa. Tuto závažnou zprávu jí sdělila před sesterským kolektivem. Celý rozhovor proběhl během asi dvou minut a pacientka se odebrala na pokoj.

## **8. Plnění rolí a mezilidské vztahy**

Paní X.Y. žije v bytě v Praze s manželem asi 30 let, mají tam trvalé bydliště. Nyní, kdy jsou oba v důchodu tráví nejvíce času na chalupě v horách. Vztah s manželem mají dle jejích slov velmi dobrý, oba se celý život navzájem podporují a nyní, v tomto nelehkém období jí je zcela oporou. Navštěvuje jí pravidelně v nemocnici. Její dcera pracuje je také z Prahy a vztah mají také velmi dobrý a nekomplikovaný. Radost ze života jí přináší vnoučata od dcery, které někdy hlídá.

## **9. Sexualita, reprodukční schopnost**

Pacientka již není v reprodukčním věku a odmítla se se mnou na toto téma bavit. Gravidní byla jednou a porodila spontánním porodem jedno dítě. V roce 1989 prodělala hysterektomii pro myomy. Nyní již nemá vaječníky a vejcovody. Nutnost ztráty reprodukčních orgánů zcela chápe vzhledem k věku. Nemyslí si, že by její sexuální život byl narušen, kvůli operacím, které prodělala. Dle jejího a manželova tvrzení je nejdůležitější, aby byla zdravá a mohli spolu prožít ještě smysluplný partnerský život.

## **10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance stresu**

Vzhledem k diagnóze, která je nejistá, zda se jedná o zhoubný nádor vaječníku či nikoli, je pacienta již několik dní ve stresu. Ten zasahuje do problémů se spánkem. Pacientka se snaží být vyrovnaná a stresu nepodléhat. Přes den jsou její emoce pozitivní a cítí se silná díky manželovi, dceři a vnoučatům, které jí jsou největší oporou. Přiznává, že večer jí napadají negativní myšlenky, kvůli kterým nemůže spát.

## **11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Paní X.Y. je bez náboženského vyznání. Přiznává, ale, že pokud by byl nádor zhoubný, určitě by vyhledala pomoc kaplana, kterou nemocnice nabízí. Do životních hodnot zcela na první místo považuje zdraví své a své rodiny.

## **Ošetrovatelské diagnózy 11. den po operaci**

### **1. Dyskomfort z důvodu plynatosti po operaci**

#### **Cíl péče:**

Zmírnění bolesti a nepříjemných pocitů z důvodu plynatosti

#### **Plán péče:**

Zavedení rektální rourky. Rourku zavedeme po dohodě s pacientkou v dopoledních hodinách, kdy je na pokoji klid, pacientky jsou na vyšetřeních a na operacích a nejsou zde návštěvy. Časový interval nedáváme, domluvíme se s pacientkou, že doba, jak dlouho bude rourka zavedena, záleží na ní, vysvětlíme, že čím déle bude zavedena, tím více plynů odejde. Rourka bude dlouhá asi 20 cm.

Podávání Espumisanu dle ordinace lékaře, třikrát denně během jídla jednu tabletu.

Doporučení vhodné stravy a životosprávy vedoucí ke zmírnění plynatosti.

Doporučíme, aby si pacientka vedla deník, kde si bude zapisovat potraviny, všeobecně nadýmavé potraviny jsou luštěniny, brokolice, květák, čerstvé pečivo. Vyloučíme je tedy ze stravy, pokud budou součástí jídelníčku a objednáme nutričního terapeuta k doplnění vhodné nenadýmavé a netučné stravy.

#### **Realizace:**

S pacientkou jsem se domluvila, že jí zavedu rektální rourku do konečníku, aby odcházely plyny, které způsobují bolest. S výkonem souhlasila. Rourku jsem potřela vazelínou a šetrně zavedla do konečníku. Vysvětlila jsem pacientce, aby ležela na boku a vydržela v této poloze, co nejdéle to půjde, aby z ní odešlo co nejvíce plynů. Pacientka byla sama na pokoji, pacientky, které s ní sdíleli pokoj odjely na vyšetření a operaci. Měla tedy zajištěné soukromí. Dále jsme podávali Espumisan 3krát denně. Pacientku jsem poučila, aby každé sousto jídla řádně rozkousala, minimálně dvacetkrát. Aby jedla v klidu a jedla menší porce jídla. Aby si zapisovala a sledovala potraviny, které jí způsobují nadýmání a těmto potravinám se vyhýbala. Po jídle, aby odpočívala a jídlo bylo řádně stráveno.

Samozřejmě je důležitý také pohyb, aby se dostatečně hýbala a peristaltika normálně fungovala.

### **Hodnocení:**

Rourku měla pacientka zavedenou asi jednu hodinu, poté jsme dělali hodinovou pauzu a rourku zavedli znovu, tento proces probíhal celý den. Pacientka uvedla, že cítí, jak se jí „odlehčuje břicho“. Řekla, že díky rource se jí ulevilo asi o 30 %. Potraviny si zapisovat bude a bude se snažit sledovat potraviny, které ji způsobují plynatost. Oběd i večeři jedla pomalu a střídavě, druhý den mi pacientka uvedla, že její plynatost se zmírnila asi o 50 % a výrazně se jí ulevilo.

## **2. Porucha spánku z důvodu nejisté životní situace (úzkosti)**

### **Cíl péče:**

Pacientka bude mít nepřerušovaný spánek 3 hodiny

### **Plán péče:**

Aktivně se zeptáme na spánek pacientky – ptáme se, kdy usnula, jak dlouho spala, zda se cítí po probuzení unavená, jak kvalitní byl spánek – ve srovnání s předchozími dny v nemocnici

Vytvoříme prostředí pro odpočinek a spánek- ptáme se pacientky jaké faktory v nemocnici jí vadí a kvůli kterým nemůže usnout ( hluk, světlo, pacientky na pokoji..), zajistíme klid na pokoji a oddělení, vytvoříme příjemné prostředí tím, že vyvětráme, umožníme pacientce mít svou vlastní košili, ve které se cítí dobře, namasírujeme záda, tím podpoříme relaxaci a uvolnění těla, samozřejmě zajistíme, aby pacientka měla čisté a ustlané ložní prádlo

Umožníme zjištěné návyky pacientky aplikovat před spaním – z domova je zvyklá vařit si bylinné čaje, doporučíme, aby si je pila do 19. hodiny, aby jí ze spánku nebudil pocit na močení

Zajistíme noční klid

Dle ordinace lékaře podáme hypnotika, Hypnogen 1 tableta ve 22.00

Sledujeme účinek hypnotik

### **Realizace péče:**

Snažila jsem se zajistit klid na oddělení a na pokoji, šetrně jsme zavírali dveře, nebyli jsme hluční, byla na pokoji s pacientkou ve věku 37 let a druhá pacientka byla ve věku 50 let, pacientky byly bezproblémové a nedělaly hluk na pokoji. Před 22.hodinou, jsem jim vyvětrala pokoj, okno jsem nechala otevřené 10 minut, protože bylo zimní období, tak aby nedošlo k nachlazení pacientek.

Aplikace zjištěných návyků, bylo pacientce umožněno uvařit si své bylinkové čaje, které popijí před spánkem. Pacientce jsem doporučila, aby poslední tekutiny pila v 19 hodin večer, aby jí spánek nepřerušoval pocit na močení, to samé jsem doporučila i pacientkám na pokoji, aby nedocházelo k vzájemnému rušení na pokoji, když budou chodit na toaletu.

Zabezpečení pohody a relaxace pohodlným oblečením, pacientka byla již 11.den po operaci, nebylo nutné, aby měla nemocniční košile, ve kterých se necítila pohodlně, měla tedy své vlastní pyžamo. Dále jsem upravila lůžko, aby bylo vypnuté a hlavně čisté. S pacientkou jsem se domluvila, zda-by jí udělala dobře masáž zad kafrovou mastí, řekla mi, že by byla ráda, namasírovala jsem jí záda.

Aktivně jsme se ptala na bolest pooperační rány, 11.den po operaci je již bolest, jak pacientka popisuje asi na stupnici číslo 3 ( ze stupnice 0-10) a proto podáváme analgetika 30 minut před spaním, aby jí bolest nebránila ve spánku. Dle ordinace jsme podali Tralgit.

Podání hypnotik dle ordinace lékaře. V dekursu byla ordinována 1 tableta Hypnogenu, kterou jsem podala ve 22.00.

Během dne jsem poučila pacientku, aby se aktivně pohybovala přes den a k noci aktivitu zmírňovala. Aby nepila před spaním kofeinové nápoje, nejedla tučné potraviny 4 hodiny před spánkem. Doporučila jsem jí, aby si lehla do lůžka až



když je ospalá a lůžko používala jen na spaní a odpočívání, jen tak se bude spojovat s představou spánku.

### **Hodnocení:**

Po aplikaci zjištěných návyků, zajištění nočního klidu, vytvoření prostředí pro spánek, relaxaci a podání hypnotik dle ordinace lékaře se pacientce podařilo usnout kolem půlnoci, asi hodinu a půl po té, co ulehla do lůžka. Probudila se kolem půl 4. a již nemohla usnout. Její spánek byl po usnutí tvrdý, ale po té co se probudila měla už jen zavřené oči a odpočívala. Naspala tedy okolo 3 - 4 hodin kvalitního spánku. Během dne se cítí unavená a proto ji ještě doporučíme krátký spánek a odpočinek během dne.

### **3. Průjem z důvodu vlastního onemocnění, operačního výkonu**

#### **Cíl péče :**

Má známky přiměřené hydratace

Vylučuje faktory podporující průjem

#### **Plán péče:**

Zajistíme edukaci o vhodné stravě a životosprávě

Sledujeme hydrataci

#### **Realizace:**

Edukace proběhla o správné výživě, o potravinách, které mohou způsobovat průjmovitou stolicí, např. živočišné tuky, neředěné džusy, ovoce, kefirová mléka, nedostatečně upravená jídla či zkažená jídla. Plynatost se zmírní tím, že pacientka bude dostatečně s v klidu konzumovat jídlo, které bude rozžvýká minimálně 20krát. Nejí čerstvé pečivo. Zmírnit alkoholové výrobky jako je pivo, které doma pila dvě denně. A byla poučena o typicky nadýmajících potravinách ( luštěniny, brokolice, květák...). V předešlé diagnóze, kterou jsem stanovila jako první, jí

bylo jí doporučeno ať si zapisuje, potraviny, po kterých trpí plynatostí a následnou bolestí, doporučila jsem jí, ať si k těmto potravinám také zapisuje potraviny, po kterých trpí průjmem.

#### **Hodnocení:**

Pacientka uvítala rady ohledně stravování. Zapisovala si potraviny, které snědla během dne a na konci dne pozorovala jestli se jí potíže zmírnily či nikoliv. Jeden vyloučila pečivo, obtíže s plynatostí se zmírnily, tedy i bolesti. Také mi sdělila, že si nechává záležet na tom, aby sousto co nejvíce rozžvýkala, než ho polkne. Dále vyloučila potraviny způsobující řídkou neformovanou stolicí. První dva dny byla pacientka stolicí třikrát, třetí den dvakrát. Dostatečný přísun tekutin dodržovala.

#### **4. Strach z důvodu nejisté diagnózy**

##### **Cíl péče:**

Má dostatek informací o zdravotním stavu, léčebných opatřeních, spolupracuje

##### **Plán:**

Být tolerantní vůči pacientce, brát ohledy na její emoční stav. Tolerovat projevy hněvu, agrese, smutku.

Zajistit kontakt s rodinou

Možnost mluvit o svých pocitech s rodinou

Možnost pohovořit s kaplanem

Umožníme navrácení pocitu jistoty a bezpečí tím, že:

- podporujeme nemocného
- nepřikazujeme ani nežádáme, aby se rozhodl

- mluvíme pomalu, klidně, používáme krátké jednoduché věty, udržujeme zrakový, tělesný kontakt, uklidňujeme, zbavujeme jí obav
- spolupracujeme s rodinnými příslušníky, umožníme jim kontakt
- dáváme najevo empatické pochopení
- při rozhovoru odstraníme nadměrnou stimulaci (klidné prostředí – zamezit kontakt s ostatními osobami)

### **Realizace:**

Poté co se pacientka dozvěděla výsledky, že nádor je zhoubný, odešla na pokoj, kde chtěla být sama. Jelikož pacientky byly chodící a nedělalo jim problém vstát, poprosila jsem je, zda-li by byly ochotné z pokoje na pár minut odejít, nedělalo jim to problém a pacientka měla soukromí, aby mohla se mohla s touto informací vypořádat. Nechala jsem jí soukromí a tolerovala pocity smutku, pláč a hněv. Umožnili jsme kontakt s rodinou, která okamžitě přijela. Dále jsme zajistili kaplana a znovu kontakt s lékařem. Myslím si, že jsme si s pacientkou vytvořily prostředí vzájemné důvěry a tím jsem získala pacientku pro spolupráci.

### **Hodnocení:**

Po příjezdu rodiny emoce pacientky vyvrcholily, proto jsem stále zajistila soukromí na pokoji. Kontakt s lékařem proběhl nyní na pokoji, v soukromí a v přítomnosti rodiny, kde lékařka vysvětlila, jaká bude následující léčba. Po rozhovoru se pacientka zdála být vyrovnanější, odhodlaná bojovat. S kaplanem pacientka mluvila asi jednu hodinu poté, co mluvila s lékařkou. Přiznává, že kdyby neměla v této těžké chvíli rodinu u sebe, svůj boj by vzdala okamžitě. Už jen kvůli tomu a díky rodině, je odhodlaná projít onkologickou léčbou, spolupracovat a jak řekla: „být na světě co nejdéle to půjde“.

## **5. Riziko trombembolických pooperačních komplikací**

### **Cíl péče:**

Včasné rozpoznání trombembolických pooperačních komplikací v souvislosti s operačním výkonem

### **Plán péče:**

Miniheparinizace dle ordinace lékaře – ve 20 hodin, Clexane 0,4 ml s.c.

Dostatek pohybu

Rehabilitace – cviky, které doporučí fyzioterapeut

### **Realizace:**

U pacientky jsem provedla účinnou bandáž dolních končetin, kdy největší komprese byla přes kotník. Dle ordinace lékaře se jí každý večer ve 22 hodin aplikoval pod kůži Clexane 0,4 ml. Pacientka je již 11.den po operaci, poučena o včasné mobilizaci už byla první den po operaci, nyní je soběstačná a chodí bez problému.

**Hodnocení:** Pacientka neměla příznaky trombembolické nemoci.

## Psychologický přístup sester k onkologickým nemocným

Fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy dle Kübler- Rossové

- 1) Šok – emočně velmi silná odezva na sdělení maligní diagnózy, projevuje se pláčem, ztíženým dechem, silným neklidem. Pacienti se ptají proč se to stalo zrovna mě? Tato fáze trvá různě dlouho a většinou odezní sama.
- 2) Popření – pacienti se nechtějí smířit s diagnózou a hledají racionální vysvětlení a pochybnosti vyjadřují větami: to nemůže být pravda, určitě se jedná o omyl, nic mi není... V extrémních případech může tato fáze trvat celou dobu.
- 3) Agrese – pacienti se ocitají v emoční pasti, projevuje se zlostí vůči okolí, mohou přestat komunikovat se zdravotním personálem, hádají se, odmítají léčbu, pomoc.
- 4) Smlouvání – pacienti se uchylují k přírodě, Bohu, k léčitelům....
- 5) Deprese – nejtěžší fáze psychické odezvy, kdy se pacienti zcela ponoří do smutku, beznaděje, úzkosti a mohou trpět psychomotorickým neklidem, přemrštěnou komunikací s okolím, nebo stažením do sebe a odmítání spolupráce s okolím. Tato fáze nebezpečná pro pacienty a jejich léčbu, ve většině případů je třeba ji překonat psychofarmaky.
- 6) Smíření – fáze psychického uvolnění, kdy již pacienti přistupují rozumně k léčbě. Zklidní se, jsou schopni spolupracovat se zdravotnickým týmem na své léčbě.

Tyto fáze se mohou zcela chybět nebo se i opakovat. Je to většinou v souvislosti se změnou jeho fyzického stavu nemocného během léčby. Pokud se cítí tělesně dobře, pacienti mívají veselejší náladu. Pokud se léčba nedaří, nastává propad do depresivních a úzkostných nálad. Příbuzní a blízcí pacientů trpí většinou trpí stejnými psychickými prožitky. Chtějí rady a pomoc od sester a lékařů, komunikace s rodinou a blízkými je stejně důležitá a stejně náročná jako s pacienty.

## **Profesionální psychologický přístup sestry k onkologickým pacientům**

Když si pacient odreagovává negativní emoce, snažte se zachovat klid v těchto krizových situacích Svým klidným chováním snížíte jeho úzkost.

Dotýkejte se svých pacientů ne bezpečných částech těla jakými jsou ruce, zápěstí, loket..

Naslouchejte svým pacientům, jejich vyprávění komentovat nemusíte, pacientům jde převážně o sdělení svých pocitů.

Chvalte své pacienty za každý úspěch, povzbuzujte je, dodáte jim sílu a tím se brzdí se negativní emoce.

Ptejte se aktivně co můžete udělat pro pacienty, zájem o jejich osobu dává pacientům naději, podporujete tím aktivní spoluúčast na léčbě.

Empatie je vstřícnost, vnímavé vcítění se a reagování na potřeby pacientů, nemusíte se jim plně odevzdávat. Může se stát, že nebudete moci splnit všechny tužby pacientů a začnete trpět výčitkami svědomí, a to je neprofesionální přístup ke svému povolání.

Své pacienty můžete dobře ošetřovat jen tehdy, když budete sama v dobré psychické náladě a fyzické kondici, naučte se radovat, odpočívat, dělat něco pro sebe.

(9, str.168-170)

## **Závěr**

Nádor, který pacientka měla na ovariích byl maligní. Pro jistotu jí byly odstraněny i vejcovody a předstěra, aby nedošlo k prorůstání nádoru do okolí. Pokud by měla dělohu, byla by jí s největší pravděpodobností odstraněna také.

Jelikož nádor způsobil projevy v podobě ascitu, tak se začala pacientka brzy vyšetřovat, aby se příčina ascitu zjistila, tak se tedy nádor podchytil včas a metastázy zatím prokázané nebyly.

Jedná se tedy o první fázi nádorového bujení.

Ošetrovatelské péče o pacientka se zhoubným nádorem vyžaduje dostatek tolerance a trpělivosti vůči pacientovi, který může být emočně rozladěn a své negativní emoce dávat najevo okolí. Je nutné si uvědomit, že pohlavní orgány jsou intimní a citlivá záležitost pro každého z nás a jejich odstranění může vyvolávat také smíšené a rozporuplné pocity. Je důležité mít to na mysli a přistupovat k pacientům nejen jako profesionálové, ale hlavně jako lidé.

Pacientka byla z gynekologického oddělení propuštěna a předána do péče onkologů, kteří jí určí, jaké onkologické léčbě se nadále podrobí, zda-li chemoterapie, radioterapie.

## Souhrn

Prognóza:

Paní X.Y. byla 12. den po operaci propuštěna v doprovodu rodiny do domácího léčení a předána do rukou onkologů, kam bude pravidelně dojíždět na onkologickou léčbu. Od lékaře byla informována o nutnosti onkologické léčby. S léčbou souhlasí.

Brennerův nádor, na který bylo vysloveno podezření z peroperační biopsie, patří mezi

tzv. ovariální nádory hraniční malignity. To je zvláštní skupina nádorů, které mají poměrně dobrou prognózu a jsou charakterizovány nízkou mortalitou, dlouhou dobou do recidivy nebo progresu a vcelku dobrou odpovědí na samotnou chirurgickou léčbu.

Mezi nejdůležitější prognostické faktory patří TNM stadium nádoru, jeho histologický typ, věk pacientky a zejména přítomnost či nepřítomnost tzv. implantačních metastáz.

Vzhledem k tomu, že z peroperační biopsie nebyla stanovena jednoznačná diagnóza,

ale jen podezření na Brennerův tumor a neznáme výsledek definitivního histologického vyšetření, včetně nálezu na omentu, bude se další terapeutický postup opírat o tyto výsledky. V každém případě bude pacientka v péči a sledování onkologického centra, kde se bude rozhodovat o další léčbě.

Jelikož nádor pacientky byl zachycen včas a byly odstraněny orgány, kam by se nádor mohl rozrůstat, tak její onkologická léčba má naději na úspěch. Metastázy zatím nebyly a to zvyšuje její dobrou prognózu do budoucna.



## Seznam použité literatury

### Příklady nejběžnějších citací:

- 1) PETROVICKÝ P. A SPOLUPRACOVNÍCI. *Anatomie - VI.Močopohlavní ústrojí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 61-80, 85-87 s. ISBN 80-7184-108-0, ISBN – 80-7184-114-5.
- 2) MOUREK J. *Fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 112-113, 121 s. ISBN-80-247-1190-7.
- 3) MAČÁK J., MAČÁKOVÁ J. *Patologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 282-285 s. ISBN- 80-247-0785-3.
- 4) KOBILKOVÁ J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. Karolinum, 2005. 54-62, 125-126 s. ISBN 80-7262-315-X (Galén). ISBN 80-246-1112-0 (Univerzita Karlova v Praze).
- 5) SLEZÁKOVÁ L. A KOLEKTIV *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 62 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
- 6) DOKUMENTACE PACIENTKY
- 7) STAŇKOVÁ M. *Základy teorie ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 82-95 s. ISBN- 80-7184-243-5.
- 8) PAVLÍKOVÁ S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 99-102 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 9) VORLÍČEK J., ABRAHÁMOVÁ J. , VORLÍČKOVÁ H. A KOLEKTIV *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 168-170 s. ISBN 80-247-1716-6.
- 10) CHOVANEC J., BIENERTO VÁ – VAŠKŮ J., DOSTÁLOVÁ Z., MINÁŘ. L., *Vliv hodnoty CA 125 a hemoglobinu na prognózu ovariálního karcinomu*. Česká gynekologie 2009, 74, č 4. 270 – 271 s. 1.vyd. Česká lékařská společnost J. E. PURKYNĚ 2009. ISSN 1210- 7832.

## **Seznam příloh:**

Obrázek č.1-9- Ošetřovatelská dokumentace

Ošetrovatelský záznam

Jméno a příjmení : X. Y  
 Věk : 66  
 Vyznání :  
 Povolání : V. DUCHODU  
 Národnost : ČESKA  
 Osoba, kterou lze kontaktovat : MANŽEL, DCERA  
 Oslovení : PANI

Datum přijetí : 2.1.2011  
 Hlavní důvod přijetí : DOSTRANVENÍ PONEK PRO CA OVARIU  
 Datum a kam propuštěn : 14.1.2011

Lékařská diagnóza:  
 1. ASITIS NERASNE ETIOLOGIE  
 2. (GYNEKOLOGICKÁ ETIOLOGIE - CA?)  
 3.  
 4.

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

Osobní anamnéza : RYCHLOFUNKCE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY, TONSILEKTOMIE (V MLÁDÍ),  
 APPENDEKTOMIE (V MLÁDÍ), FRAKTURA ŽEBER (1980),  
 HYSTEREKTOMIE (1981 - JED. MYOM), CHOLECYSTEKTOMIE (2005),  
 OPERACE KATARAKTU (2010)

Rodinná anamnéza

Vyšetření : TK 125/43, P-42, TT-36,2°C, 165cm, 85kg  
 ORIENTOVANÁ, SRČEVNÁKOVÉ, BEZ IKTERU A CYANÓZY  
 KŮŽE, BEZ PATOLOG. NÁLEZŮ, UŠI, NOS - BEZ VÝTOKU

Terapie : THYROZOL 10mg (hypertatika) 1/2 p-d  
 ROWACHOL (cholelitolika) 1-1-1 před jídelny  
 ESPUMISAN (deflutans) 1-1-1

Důležité informace o stavu nemocného:

GYNEKOL. ANAMNEZA - KEMNELY, ABOOKUJE, SUPRANÉLITRÍ  
 Menstruace 12. listopadu r. r. (1989, 1996)  
 1x spontánní porod

Alergie : jídlo  Ne  Ano pokud ano, které  
 Léky  Ne  Ano pokud ano, které PENICILIN  
 Jiné  Ne  Ano pokud ano, které

Obr. č. 2

Nemocný má u sebe tyto léky : NEMA U SEBE

Je poučen, že je nemá brát      **Ano**   **Ne**  
Jak je má brát                      **Ano**   **Ne**

Psychický stav (vědomí, orientace, nekľid, nálada) .....  
PACIENT JE ORIENTOVANÁ ČASEM, MÍSTEM, OSOBU. STRESOVÁ ŽIVOTNÍ  
SITUACE → NÁLADA ÚZKOSTNÁ, KLIDNÁ, SPOLUPRACUJE

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci ...) .....  
KAP. A. ORGANIZACE A. NEORGANIZOVANÝM DĚLNÍKŮM, DĚLNĚM A. ŽYJE  
DĚLNĚM PRACOVNÍKŮM, JAKO ÚČETNÍ, MŮJEDNÁM, DĚLNĚM

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává :

1. Proč jste přišel do nemocnice ( k lékaři ) ? ODSTRANENÍ OBŤI (ASCITES)
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? NEVÍ
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? HOSPITALIZACE (14 dní)  
DMŠZENÍ V ŠKOLĚ, BEŽNÝM (PO DKR.), MĚJŠTIA ŽIVOT SITUACE
4. Co očekáváte, že se s Vámi v nemocnici stane? ČEKÁ NA VÝSLEDKY Z  
HISTORIE → PŮTE DOMU X LEČBA Z
5. Jaké to pro Vás je být v nemocnici? NEVÍ, TĚ PŘIJEMNĚ, ALE SNADNĚ TO  
OPĚT
6. Jak dlouho tu podle Vás budete? (JESTE ZŠKOLY)
7. S kým doma žijete? Je na Vás někdo závislý? MANŽELKA, JE SOBĚSTÁTNÝ
8. Kdo je pro Vás nejdůležitější (nejbližší) člověk? MANŽEL, DCERA
9. Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na Vaši rodinu? NEVÍ, TĚ PŘIJEMNĚ,  
ALE NOVÁ OPORU
10. Může Vás někdo z rodiny (nebo blízkých) navštěvovat? ANO (KDO CHCE Z RODINY)
11. Co děláte rád ve volném čase? DIVADLO, TANEC, TRÁVĚNÍ, ČTENÍ
12. Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? TAK JAKO PŘEŠ  
NEVÍ

Specifické základní potřeby

1. Pohodlí, odpočinek, spánek

a) Bolest / nepohodlí

- Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte: OPERAČNÍ RANA (11 dnů po oper.)
- Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím? Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte: 721 INTENZ POHYBU
- Na čem je bolest závislá? CHŮZE, POHYB
- Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíži)? ANALGETIKA
- Došlo po naší léčbě k úlevě?  Úplně  Částečně  Ne
- Pokud budete mít u nás bolesti/ potíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění? analget

Hodnocení sestry: 11. den po operaci již bolesti nejsou tolik intenzivní!  
Pacient se pohybuje (1-2 x d) TRÁČIT

b) Odpočinek /spánek

- Máte nějaké obtíže se spánkem nebo odpočinkem od té doby, co jste přišel do nemocnice?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte: TĚŽKO USNĚT
- Měl jste potíže i doma?  Ano  Ne
- Usínáte obvykle těžko?  Ano  Ne
- Budíte se příliš brzy?  Ano  Ne  
pokud ano, upřesněte: Ne 3-4 h
- Co podle Vás způsobuje Vaše potíže? STRES
- Máte nějaký návyk, který Vám pomáhá lépe spát? BUNNOC ČAJE
- Berete doma léky na spaní?  Ano  Ne  
pokud ano, které:
- Zdřímnete si i během dne? Jak často a jak dlouho? NE

Hodnocení sestry: Stress -> pauzy usnout, ani snový při uvolnění!  
pacientu lék na spaní zabral až po 11.4.2006 N

2. Osobní péče

- Můžete si všechno udělat sám?  Ano  Ne
- Potřebujete pomoc při umytí?  Ano  Ne

- Potřebujete pomoc při čištění zubů? Ano  Ne
- Máte obvykle kůži  suchou  mastnou  normální
- Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?  KREMY  OLEJ
- Potřebujete pomoc při koupání? Ano  Ne
- Kdy se obvykle koupete? ráno odpoledne  večer je to jedno

Hodnocení sestry: *Zcela soběstačná*

### 3. Bezpečí

#### a) lokomotorické funkce

- Máte potíže s chůzí? Ano  Ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? Ano  Ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Řekl Vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? Ano  Ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? Ano  Ne Nevím
- pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete?.....

#### b) zrak

- Máte nějaké potíže se zrakem? Ano  Ne
- pokud ano, upřesněte.....
- Nosíte brýle? Ano  Ne
- pokud ano, máte s nimi nějaké problémy?.....

#### c) sluch

- Slyšíte dobře?  Ano  Ne
- Pokud ne, užíváte naslouchadlo?  Ano  Ne
- Jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl?.....

Hodnocení sestry: *Pacientka nemá problémy s lokomotorickými funkcemi, se zrakem (včetně kataraktu) ani se sluchem.*

### 4. Strava/dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?  dobrý  vadný  žádnou
- Máte zubní protézu?  horní  dolní
- Dělá Vám stav Vašeho chrupu při jídle potíže? Ano  Ne
- pokud ano, upřesněte.....

- Máte rozbolavělá ústa? Ano  Ne  
pokud ano, ruší Vás to při jídle?.....
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu přiměřenou? Ano  Ne  
- pokud vyšší ( o kolik?).....  
- Pokud nižší ( o kolik?).....
- c) Změnila se Vaše váha v poslední době? Ano  Ne  
- pokud ano, o kolik kg jste zhubnul..... **přibral**.....
- d) Změnila nemoc Vaši chuť k jídlu? Ano  Ne  
- Co obvykle jíte?.....  
  
- Je něco, co nejíte? Ano  Ne  
- Pokud ano, co a proč? **NADĚHAVÉ POTRAVINY**.....  
  
- Máte zvláštní dietu? Ano  Ne  
- Pokud ano, jakou? **4 - 5 omezením tuků**.....  
  
- Měl jste nějakou dietu, než jste přišel do nemocnice? Ano  Ne  
- Pokud ano, upřesněte.....  
- Co by mohlo Váš problém vyřešit?.....  
  
- Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? Ano  Ne  
- Pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat? **ANO - V. CHOLASTEROL**.....

Hodnocení sestry: .....

5. Tekutiny

- Změnil jste příjem tekutin , od té doby, co jste onemocněl?  
**Zvýšil**  **snižil**  **nezměnil**
- Co rád pijete?  
**vodu**  **mléko**  **ovocné šťávy**   
**kávu**  **čaj**  **nealkoholické nápoje**
- Co nepijete rád?.....
- Kolik tekutin denně vypijete? **2l**.....
- Máte k dispozici dostatek tekutin? Ano  Ne

Hodnocení sestry: **Pacientka byla poučena, že 2 l denně je minimum**  
**u mnoha lidí příjem se zmenšil a mají má 2,5-3l**.....

6. Vyprazdňování

a) Střeva

- Máte obvykle normální stolici *2-3/den* zácpu  průjem
- Jak často chodíte obvykle na toaletu? *2-3/den*
- Kdy se obvykle vyprazdňujete? *2-3x*
- Berete projímadlo?  pravidelně často  příležitostně  nikdy
- Pomáhá Vám něco, abyste se vyprázdnil?  Ano  Ne
- Pokud ano, co je to? .....
- Máte nyní problémy se stolicí?  Ano  Ne
- Pokud ano, jak by se daly řešit? *projímadla, PRUJIMAVITA, STOLICE -> OHEZ, TUKU ALKOHOLU*

b) Močení

- Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice?  Ano  Ne
- Pokud ano, upřesněte.....
- Jak jste je zvládal/a?.....
- Co by Vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici?.....
- Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice?  Ano  Ne
- Pokud ano, myslíte, že to zvládnete? .....
- Hodnocení sestry: .....

7. dýchání

- Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?  Ano  Ne
- Pokud ano, upřesněte.....
- Měl jste potíže před příchodem do nemocnice?  Ano  Ne
- Pokud ano, upřesněte.....
- Jak jste je zvládal?.....
- Máte nyní potíže s dýcháním?  Ano  Ne
- Pokud ano, co by Vám pomohlo?.....
- Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů?  Ano  Ne  Nevím
- Pokud ano, zvládnete to?.....
- Kouříte?  Ano  Ne
- Pokud ano, kolik? .....
- Hodnocení sestry: *Dýchání bez problému. Pacientka je bez výrazné dušnosti.*



8. Kůže

- Pozorujete změny na kůži?                   Ano  Ne
- Svědí Vás kůže?                                Ano  Ne           Někdy

Hodnocení sestry: .....

9. Aktivita, cvičení, záliby

- Chodíte do zaměstnání?                    Ano  Ne
- Pokud ano, co děláte? .....
- Máte potíže pohybovat se v domácnosti?   Ano  Ne
- Máte doporučeno nějaké cvičení?        Ano  Ne
- Pokud ano, upřesněte... *PROTAHOVÁNÍ, LEHKÉ POCIKOVÁNÍ, DK, HK* .....
- Víte, jaký je Váš pohybový režim v nemocnici?  Ne
- Jaké máte záliby, které by Vám vyplnily volný čas v nemocnici? *ČTENÍ, TV* .....
- Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? .....

Hodnocení sestry: *Pacientka je odhodlaná, v nemocnici čeká na výsledky, pohybuje se po nemocnici.*

10. Sexualita (otázky závisí na tom, zda pacient považuje za potřebné o tom mluvit)

- Způsobila Vaše nemoc nějaké změny ve Vašem pohlavním životě?            Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte.....
- Očekáváte, že se Váš pohlavní život změní po odchodu z nemocnice?        Ano Ne
- Pokud ano, upřesněte.....

Hodnocení sestry: .....

Různé

- Jakou školu jste ukončil? *STŘEDNÍ EKONOMICKOU* .....
- Očekáváte, že se po odchodu z nemocnice změní Vaše role manžela (manželky), otce (matky), nebo jiné sociální vztahy?    Ano  Ne
- Pokud ano, upřesněte.....
- Jak velká je Vaše rodina? *MANŽEL, dvě děti + rodina (žijí odděleně)* .....
- S kým společně žijete? *s manželem* .....
- Kdo se o Vás může postarat? *MANŽEL* .....

- V jakém bytě žijete? Rodinný domek
- Máte dostatek informací o Vašem léčebném režimu?  Ano  Ne
- Máte dostatek informací o nemocničním režimu?  Ano  Ne
- Máte nějaké specifické problémy týkající se Vašeho pobytu v nemocnici? NE
- Chcete mi ještě něco říci, co by nám pomohlo v ošetrovatelské péči? JE SPOKOJENA

Hodnocení sestry: .....

### Jak sestra nemocného souhrnně vidí

|                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| <u>Snadno odpovídá</u> | Odpovídá váhavě          |
| <u>Neptá se</u>        | <u>Mlčenlivý</u>         |
| <u>Hovorný</u>         | <u>Spolupracuje</u>      |
| <u>Uzkostlivý</u>      | Vyděšený                 |
| <u>Nejistý</u>         | Nedůvěřivý               |
| Rozzlobený             | <u>Smutný</u>            |
| <u>Rychle chápe</u>    | Pomalů chápe             |
| Nechápavý              | <u>Aktivní</u>           |
| <u>Přízpůsobivý</u>    | Nepřízpůsobivý           |
| Psychicky stabilní     | <u>Psychicky labilní</u> |
| Dobře se ovládá        | <u>Spatně se ovládá</u>  |

Shrnutí závěrů důležitých pro ošetrovatelskou péči <sup>LEŽÁK</sup>

PoTE CO BYLA ZJIŠTĚNA ~~CHOROBA~~ <sup>LEŽÁK</sup> PŘÍ ZJIŠTĚNA PŮVÍNA  
 ASCITU BYLA PACIENTKA OPEROVANÁ: BYLY JÍ ODEBRANY  
 VAJEČNÍKY A PŘESTĚNA 12. DEN PO OPERACI SE DOZVEDĚLA  
 VÝSLEDKY Z HISTOLOGIE NÁDORU. NÁDOR BYL PŮVÍVIM!  
 PACIENTKA SE VÝSLEDEK DOZVEDĚLA. NAHOŘDĚLA, KDYŽ ŠLA  
 ŽE SNÍDANĚ... PO CHODĚ SLYŠELA, JAK O NÍ HOVOŘILA LÉKAŘKA.  
 PACIENTKA SE ODEBRALA NA POKOJ, KDE SE ROZEBRÁLA A  
 SMÍROVALA SE S VÝSLEDKEM.  
 BYLO NEZBYTNÉ, ABY MĚLA SOUKROMÍ NA POKOJI - PACIENTKY  
 SE ODEBRALY Z POKOJE. PŘIŠLA RODINA A ZNOVU BYLA ZAVOLÁNA  
 LÉKAŘKA, ABY VÝSLEDEK SDĚLILA DŮSTOJNĚ, DŮSLEDNĚ A  
 SDĚLILA CO BUDE NÁSLEDNĚ.  
 DLOUHODOBÝ PLÁN - PACIENTKA BYLA ŽENA SAMOSTATNÁ, TENTO DEN  
 OPUSŤELA NEMOCNICI V DOPROVODU RODINY.  
 LÉKAŘKA VYSVĚTLILA NUTNOST DALŠÍ LÉČBY A  
 TO ONKOLOGICKÉ. BYLA PŘEDANA DO RUKOU ONKOLOGU,  
 KTERÝ ROZHODNĚ NA JAKOU ONKOLOGICKOU LÉČBU  
 BUDE DOCHÁZET. (chemoterapie x radioter.)

*M. dom po operaci*

| Datum | Ošetrovateľská diagnóza                                  | Cieľ (krátkodobé, dlhodobé)  | Plán ošetrovateľské péče   | Efekt poskytnutej péče  | Podpis sestry   |
|-------|--|--|--|---|---|
|       | <p><u>1) DYSCONTAKT Z DÚROU RYCHLOSTI (PO OPER.)</u></p> | <p>ZMENENÝ ROZSAH, NEPRÍJEMNÝ POHYB A DÝCHOV RYCHLOSTI</p>   | <p>ZAVAZEVENÍ BEZPEČ. ROUKY SPRACOVANÍ (3x d.)<br/>                 ZOPRAV. UCHOVNE, NEMADRYM. SRACOVY<br/>                 VYUŽITIE REKREÁCIE, PRO ODPOČ. A SPRÁVNEJ, UVOZNIENE ŽIVITENE MŤAVKY PRED SPANIN, NOČNÍ KLID, HYGIENEN (dôbca)</p> | <p>- PACIENTKA UVEDLA ZMENENÍ DÝCHAŤ O 30%</p>  |   |
|       | <p><u>2) PORUCHA SPANKU ŽE DŮK NEJISTÉ ŽIVIT</u></p>     | <p>NEPŘERUŠENÝ SPANVEK 3hodiny</p>   | <p>- EDUKACE O UCHOVNE SPRACOV<br/>                 - SLEDOVNE HYDRAT<br/>                 - BYT TOLERANT VČEJ PAC.<br/>                 - TREBOUJAT PRACOVY HNEDY AGRESIV, SVUKU</p>  | <p>- PAC. USNULA KOLENY PŮLNÍ 4 VZBUDILA SE KOLEN PŮL 4 (spanok m m 3h)</p>   |   |
|       | <p><u>3) PŮJICH Z DŮK VLAST. ONEM, DRŮVLENOU</u></p>     | <p>- MA ZNÁHY PRÍJEMEN<br/>                 - HODNOTI PAC<br/>                 - VYKŮLE FAKTORY PORUCH TRŮJICH</p> |  | <p>- EDUKACE O UCHOVNE SPRACOV<br/>                 - SLEDOVNE HYDRAT<br/>                 - BYT TOLERANT VČEJ PAC.<br/>                 - TREBOUJAT PRACOVY HNEDY AGRESIV, SVUKU</p> | <p>- EDUKACE O UCHOVNE SPRACOV<br/>                 - SLEDOVNE HYDRAT<br/>                 - BYT TOLERANT VČEJ PAC.<br/>                 - TREBOUJAT PRACOVY HNEDY AGRESIV, SVUKU</p> |
|       | <p><u>4) STRAŤ Z DŮK NEJISTE ŽIV.</u></p>                | <p>- MA DOSTATEK INFORM. O ZDR. STAVU LEŽE, SPOLUPRACOVU</p>   | <p>- BYT TOLERANT VČEJ PAC.<br/>                 - TREBOUJAT PRACOVY HNEDY AGRESIV, SVUKU</p>  | <p>- PAC. USNULA KOLENY PŮLNÍ 4 VZBUDILA SE KOLEN PŮL 4 (spanok m m 3h)</p>   |   |
|       | <p><u>5) RIZIKO TRONNENB. PORUCHA KOMPULZIV</u></p>      | <p>- VĚŠNE ROZPOZNANÍ, TRONNENB. PORUCHY V SPRACOVANÍ O DRŮVLENOU</p>  | <p>Himipraminizare (dôbca 02 - 02 "dôbca 02")<br/>                 Dôstojne pohyb, RŮB</p>   | <p>- PACIENTKA UVEDLA ZMENENÍ DÝCHAŤ O 30%</p>  | <p>- KONTRAKT S RODINOU<br/>                 LEŽADY ŽIVITEN<br/>                 SPOLUPRACOVU<br/>                 NENÍJA PRŮJICH<br/>                 TEN</p>                        |