



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav pro ošetřovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Ošetrovatelská péče o ženu po abdominální
hysterektomii pro myomatosis uteri**

*Postoperative Nursing Care of the Patient after
Abdominal Hysterectomy for Uterine Myoma*

Případová studie

Praha, duben 2008

Jana Macho
bakalářský studijní program: Ošetrovatelství
studijní obor: Zdravotní vědy

Autor práce:	Jana Macho
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Radomila Drozdová
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav pro ošetrovatelství
Odborný konzultant:	as. MUDr. Rajmund Pokorný
Pracoviště odborného konzultanta:	Gynekologická – porodní klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Datum a rok obhajoby:	22. duben 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a uvedla veškeré použité prameny informací a literatury. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Mostě dne 25. března 2008

Jana Macho

Poděkování

Děkuji PhDr. Radomile Drozdové za odbornou a trpělivou pomoc při zpracování bakalářské práce. A MUDr. Rajmundovi Pokornému za odborné rady v klinické části této práce.

OBSAH

1. Úvod.....	7
2. Klinická část	9
2.1. Anatomie pohlavních orgánů ženy	9
2.1.1. Anatomie zevních orgánů	9
2.1.2. Anatomie vnitřních orgánů	11
2.2. Patofyziologie myomatózy	14
2.2.1. Klinický obraz	14
2.2.2. Diagnóza.....	14
2.3. Vyšetřovací metody.....	15
2.3.1. Anamnéza	15
2.3.2. Bimanuální vyšetření	15
2.3.3. Ultrazvukové vyšetření	16
2.3.4. Hysteroskopie	16
2.3.5. Probatorní kyretáž.....	16
2.4. Terapie	17
2.4.1. Hormonální léčba	17
2.4.2. Operace na děloze	17
2.4.3. Rehabilitace	18
2.4.4. Komplikace po operaci	18
2.5. Základní údaje o nemocné z lékařské dokumentace	19
2.5.1. Identifikační údaje o klientce.....	19
2.5.2. Průběh hospitalizace	21
2.5.3. Farmakologická léčba v době hospitalizace.....	23
3. Ošetrovatelská část	24
3.1. Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	24
3.2. Model Funkčního zdraví dle Marjory Gordonové.....	26
3.3. Ošetrovatelská anamnéza podle modelu M. Gordonové.....	28
3.4. Ošetrovatelské diagnózy	32
3.4.1. Krátkodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení	33
3.4.2. Dlouhodobý ošetrovatelský plán.....	41
3.5. Psychologická část.....	44

3.6. Prognóza onemocnění	45
3.7. Edukační činnost	45
3.8. Shrnutí.....	47

Seznam odborné literatury

Seznam zkratk a příloh

Přílohy

1. Úvod

Cíl práce:

Cílem předložené práce je zpracování případové studie u pacientky ve věku 47let po abdominální hysterektomii, která byla hospitalizována na gynekologicko – porodnickém oddělení okresní nemocnice.

Ve této práci bych chtěla nastínit ošetrovatelskou péči, která je zaměřená na konkrétní klientku a na uspokojování jejích biologických, psychických a sociálních potřeb.

Podaří-li se mi přispět k rychlejší rekonvalescenci a zlepšit psychický stav klientky, bude cíl mé práce splněn.

Pacientka souhlasila s použitím jejích osobních údajů ke zpracování bakalářské práce.

Stručný obsah práce:

Téma abdominální hysterektomie jsem si vybrala, protože děložní myomatoza je velice časté onemocnění, které se na gynekologických odděleních řeší velice často.

Abdominální odstranění dělohy je operace, která má i přes stále větší využití moderní techniky své nezaměnitelné místo mezi klasickými operativními přístupy.

V klinické části se zabývám anatomií a fyziologií pohlavních orgánů ženy. Věnuji se problematice děložních myomů, jejich klinickému obrazu, vyšetřovacím metodám, léčbě, jejím komplikacím a následně rehabilitaci.

Klinická část také obsahuje stručný popis hospitalizace a je ukončena popisem farmakologické léčby během hospitalizace.

V ošetrovatelské části je nastíněna teorie ošetrovatelského procesu. Při sběru informací a hodnocení nemocné jsem vycházela z modelu Funkčního zdraví Marjory Gordonové. Zdrojem pro mne bylo studium lékařské a ošetrovatelské dokumentace, rozhovor a pozorování klientky.

Analýzou informací jsem stanovila aktuální a potenciaální diagnózy, které byly pro účel této práce stanoveny pro operační den. K vyřešení jednotlivých problémů byl sestaven krátkodobý ošetrovatelský plán. Tento den je

zaznamenán v ošetrovateľskej dokumentácii. (príloha č.1, 2). V textu je ďalej popisovaná realizácia a hodnotenie účinnosti intervencií. Součástí ošetrovateľskej péče je i kapitola venovaná edukačnej činnosti.

V závere práce sa venuje psychickému stavu klientky a prognóze ochorenia. Práci uzatvára zoznam literatúry, zkratok, príloh a prílohy.

2. Klinická část

2.1. Anatomie pohlavních orgánů ženy

Pohlavní orgány ženy dělíme na zevní a vnitřní. K zevním orgánům patří hrma, velké a malé stydké pysky, klitoris, poševní předsíň, panenská blána, vestibulární žlázy a hráz. K vnitřním rodidlům patří pochva, děloha se závěsným a podpurným aparátem, vejcovody a vaječníky. (8)

2.1.1. Anatomie zevních orgánů

HRMA (mons pubis)

Mons pubis je tvořen silnější vrstvou tukové tkáně nad symfýzou. Je kryt kůží a ochlupením. Nachází se v něm velké množství potních a mazových žlázek.

VELKÉ STYDKÉ PYSKY (labia majora pudendi)

Velké stydké pysky jsou pokračováním mons pubis v dorzálním směru. Jejich laterální stěny přecházejí do stehen. Vnitřní stěna velkých stydkých pysků přechází do labia minora pudendi.

Velké stydké pysky jsou tvořeny tukovou tkání s bohatým cévním zásobením. Vnější plochu lábií tvoří kůže, pigmentovaná s množstvím potních a mazových žlázek. Vnitřní plocha stydkých pysků má vzhled sliznice. Labia majora ohraničují stydkou šterbinu, vpředu přechází v komisuru labiorum anterior, vzadu v komisuru posterior a dále do hráze.

MALÉ STYDKÉ PYSKY (labia minora pudendi)

Malé stydké pysky jsou uloženy mediálně od velkých stydkých pysků a mají vzhled sliznice. Podklad tvoří řídké kolagenní vazivo s elastickými vlákny.

Vzadu jsou stydké pysky spojeny jemnou kožní řasou a ohraničují fossu vestibuli vaginae.

Přední konce malých stydkých pysků se rozdělují na dvě řasy. Přední vytváří předkožku, zadní se upíná na corpus clitoris a vytváří uzdičku. Malé

stydké pysky nemají ochlupení ani potní žlázy. Obsahují však množství mazových žlázek. (2, 8)

POŠTĚVÁČEK (clitoris)

Klitoris je malý hrbolek, který vývojově odpovídá penisu muže, je menší a není spojen s vyústěním močové trubice. Je tvořen kavernózními tělesy, která jsou připojena ke stydké kosti. Vzhledem k velkému množství senzitivních nervových zakončení je klitoris velmi citlivý a dráždivý.

POŠEVNÍ PŘEDSÍŇ (vestibulum vaginae)

Poševní předsíň je prostor mezi malými stydkými pysky. Nachází se zde ústí močové trubice a pochvy. Spodinu tvoří poševní vchod a hymen. Ventrálně je vestibulum ohraničeno poštváčkem a dorzálně je zakončeno komisurou labiorum.

VESTIBULÁRNÍ ŽLÁZY (glandulae vestibulares majores Bartholini)

Párové vestibulární žlázy leží na urogenitální diafragmě asi 1,5 až 2 cm pod kůží velkých stydkých pysků v jejich dorzální straně v úrovni poševního vchodu. Jsou to mucinózní žlázy vylučující sekret, který zvlhčuje poševní vchod při sexuálním vzrušení. Jejich vývody ústí v poševním vestibulu do rýhy mezi hymenem a malými stydkými pysky. Další drobné žlázy jsou po celém obvodu poševního vchodu.

VCHOD POŠEVNÍ A PANENSKÁ BLÁNA (ostium vaginae et hymen)

Poševní vchod leží pod zevním ústím močové trubice. Je překryt velkými a malými stydkými pysky. Může být úplně nebo částečně uzavřen slizniční duplikaturou – hymenem. Hymen může mít různý tvar a konzistenci. Po defloraci z něho zůstávají carunculae hymenales. Po porodu se nazývají carunculae myrthyformes.(2, 8)

HRÁZ (perineum)

Perineum je oblast mezi análním otvorem a komisurou labiorum posterior. Je to část pánevního dna, která odděluje distální část pochvy od konečníku. Skládá se z tukové tkáně, z fascií a svalů diafragmy pelvis a urogenitalae. (8)

2.1.2. Anatomie vnitřních orgánů

POCHVA (vagina, kolpos, elytron)

Pochva spojuje děložní dutinu se zevními pohlavními orgány. Pochva je svalová trubice, která se připíná k děložnímu krčku a vyznačuje se velkou elasticitou. Poševní stěny obkružují krček a vytvářejí kolem něj poševní klenbu.

Rozeznáváme přední, postranní a zadní poševní klenby. Mezi pochvou a stydkou sponou probíhá močová trubice. Za pochvou leží konečník. Poševní sliznice je kryta vrstevnatým dlaždicovým epitelem, který v oblasti děložního čípku přechází v epitel vystýlající dělohu. V místě přechodu obou epitelů vznikají časté buněčné nepravidelnosti se sklonem k vzniku zhoubných nádorů.

Poševní sliznice je bez žlázek, ale je povlečena vrstvičkou hlenu, který produkuje žlázy z děložního krčku. Hlen spolu s oloupanými buňkami tvoří fyziologický bělavý sekret. U pohlavně dospělé ženy se v pochvě vyskytují laktobacily, které vytvářejí kyselé prostředí chránící pohlavní orgány před infekcí.(8, 15)

DĚLOHA (uterus, hystera, metra)

Děloha je svalový orgán hruškovitého tvaru, uložený v malé pánvi mezi močovým měchýřem a konečníkem. Horní část dělohy je pokryta pobřišnicí. Střední a dolní partie obaluje pánevní vazivo.

Děloha se skládá z děložního těla (corpus uteri), které se v krajích spojuje v hrany, děložního dna (fundus uteri) s rohy a z krčku (cervix uteri), na který se upíná pochva. Uvnitř dělohy je šterbinovitá dutina spojená v děložních rozích s oběma vejcovody. Dutina dělohy ústí do pochvy.

Děložní stěna má tři vrstvy. Výstelku dutiny děložní tvoří endometrium, které přechází do cervikálního kanálu. Na povrchu je kryto jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami. Cylindrický epitel se v děložním hrdle setkává

s dlaždicovým epitelem vaginální části hrdla v místě zevní branky. Místo se nazývá junkční zóna. Epitely se mohou různě překrývat, což může vést ke vzniku prekanceróz. Nejsilnější, střední vrstvou děložní stěny je hladká svalovina (myometrium), která je upravena do spirál, které vycházejí od děložních rohů směrem na děložní krček.

Vnější vrstvu děložní stěny tvoří vazivo (parametrium), které přechází i do okolí dělohy, kde je zahuštěno do vazivových pruhů držících dělohu ve stálé poloze.

Podélná osa těla dělohy svírá s osou hrdla dělohy tupý úhel dopředu otevřený (anteflexe dělohy). Celá děloha je vůči pochvě výrazně skloněna dopředu (anteverze dělohy) nebo dozadu (retroverze dělohy) zároveň s retroflexí těla děložního.(3)

Děloha je v pánvi držena závěsným aparátem, který je tvořen následujícími vazy:

- *oblé vazy*: začínají v děložních rozích a končí v oblasti velkých stydkých pysků
- *zadní vazy*: začínají na děložním hrdle, pokračují podél recta k okrajům kosti křížové. Ohraničují Douglasův prostor.
- *parametria*: vazy, jdoucí od hrdla děložního ke stěně pánevní
- *vazy - pilíře močového měchýře*: vybíhají z přední strany děložního hrdla k močovému měchýři a dále podle měchýře až k symfýze.(8)

VEJCOVOD (tuba uterina Fallopii, salpinx)

Vejcovody jsou trubice volně zavěšené v peritoneální řase na boční stěně pánve. Jsou dlouhé asi 13 cm. Trubice spolu s vaječníky tvoří děložní adnexa.

Vnitřní ústí vejcovodů jsou volně otevřena do břišní dutiny; tato část vejcovodů má po obvodu řasnaté fimbrie, které se v období ovulace přiblíží k vaječníku a snaží se zachytit uvolněné vajíčko. Druhý konec vejcovodů ústí do dělohy v místě děložních rohů.

Stěna vejcovodů je tvořena spirálně uspořádanou hladkou svalovinou. Sliznice tvoří jednovrstevný cylindrický epitel s řasinkami. Vejcovod má především transportní funkce. Uvolněné vajíčko z vaječníku je vejcovodem zachyceno a posunováno do dělohy. Jsou-li ve vejcovodu spermie, dojde

k oplození vajíčka a k jeho dělení. Nedojde-li k oplození, vajíčko zaniká a je vstřebáno sliznicí vejcovodu nebo dělohy. (8)

VAJEČNÍK (ovarium, oophoron)

Tato párová pohlavní ženská žláza tvoří ženské pohlavní hormony (estrogeny a progesteron). Obsahuje zárodečné buňky (oocyty). Její velikost se v průběhu života mění s funkcí. Volně visí na mesoovariu, které ho spojuje se širokým děložním vazem. Dále je fixace zajištěna závěsným vazem vaječníku, který spojuje horní část vaječníku s pánevní stěnou. Jsou v něm uloženy cévy a nervy jdoucí k vaječníku.

Na vaječníku můžeme popisovat vrstvu korovou a dřevnou. V korové vrstvě se nachází folikuly v různém stádiu vývoje. Dřevnou vrstvu tvoří vazivo s velkým počtem cévních kapilár. Volný povrch vaječníku je kryt jednovrstevným epitelem („zárodečný epitel“), pod kterým je vazivová vrstvička – tunica albuginea.(8)

PÁNEV (pelvis)

Dělíme na pánev velkou (pelvis major), tvořenou lopatami kostí kyčelních, a na pánev malou (pelvis minor), rozloženou mezi kostí křížovou (os sacrum) a kostrčí (os coccygis), stydkou sponou vpředu a kostí stydkou (os pubis), kyčelní (os ilium) a sedací (os ischii) po stranách. Hranicí mezi velkou a malou pávní je linea terminalis jdoucí od promontoria po kosti kyčelní na horní okraj symfýzy. Uzávěr pánve vytváří pánevní dno, které je formováno svalovými vrstvami uloženými střežovitě přes sebe. Skládá se ze dvou složek – diafragma pelvis a diafragma urogenitale.

Diafragma pelvis je nálevkovitého tvaru, tvoří ji m. levator ani, začínající od bočních stěn pánve a obkružující konečník. Vzadu je doplněn m. coccygeus, který je rozepjat mezi spina ischiadica a křížovou kostí.

Diafragma urogenitale tvoří fibromuskulární přepážku pod symfýzou mezi rameny stydkých kostí až po vnitřní okraje sedacích kostí. Mezi svaly probíhají uretra, pochva a rectum.(8)

2.2. Patofyziologie myomatózy

Leiomyomy jsou nejčastější benigní nádory děložního těla. Vyskytují se u 30 až 40 procent žen ve věku 30-50 let. Jde o hormonálně závislé nádory. Mohou vzniknout v období pohlavní zralosti, kdy se objevují u každé čtvrté ženy. V těhotenství je jejich růst akcentován. V klimakteriu se často zpomalují a v postmenopauze se jejich růst zpravidla zastavuje. Tyto benigní nádory vznikají z buněk hladké svaloviny.(1, 9)

2.2.1. Klinický obraz

Klinický obraz je ovlivněn velikostí, lokalizací a počtem leiomyomů. Nejčastějším příznakem je nepravidelné děložní krvácení, bolesti a pocit tlaku v podbřišku, časté nucení na močení, tlaky na konečník, obstipace, bolesti při koitu. (1, 9)

Podle uložení dělíme leiomyomy na:

- submukózní - uložen v blízkosti endometria
- intramurální - zcela zanořen do myometria
- subserózní - uloženy pod serózou, mohou vyklenovat nad povrch nebo se stávají stopkatými

(příloha číslo 3, 4)

2.2.2. Diagnóza

Diagnóza se opírá o gynekologické palpační vyšetření, ultrasonografii a u submukózních myomů o ověření hystereskopií.(8)

2.3. Vyšetřovací metody

3.1. Anamnéza

Je to příležitost k navázání kontaktu mezi lékařem a pacientkou, získání důvěry, snížení strachu. Anamnéza musí být úplná a přehledná.

Nynější onemocnění :

- vývoj příznaků a průběh onemocnění, dosavadní léčba

Rodinná anamnéza:

- genetická onemocnění, onkologické nemoci, infekční nemoci, endokrinní choroby

Osobní anamnéza:

- infekční onemocnění v dětství, prodělané závažné onemocnění, alergie, operace, aplikace krevních přípravků, farmakoterapie, abúzus (kouření, alkohol, drogy)

Sociální anamnéza:

- psychická a fyzická zátěž, bydlení, prostředí v práci, doma, ekonomika

Gynekologická anamnéza:

- menstruační cyklus - menarché, pravidelnost, intenzita, délka cyklu, bolestivost, obtíže při menstruaci, poslední menstruace
- těhotenství, užívání antikoncepce, případné komplikace
- onemocnění - záněty, výtoky, operace
- sexuální život - bolesti při styku

2.3.2. Bimanuální vyšetření

Podstatou je souhra prstů pravé a levé ruky. Ukazovák a prostředník pravé ruky jsou zavedeny do pochvy a prsty levé ruky palpují zevně podbřišek. Tím se získává prostorová orientace o uložení orgánů v malé pánvi a vnitřním genitálu.

U myomů se při tomto vyšetření nachází zvětšená děloha, která je tuhá a většinou nepravidelného tvaru. (8)

2.3.3. Ultrazvukové vyšetření

Principem této metody je vlnění, které má frekvenci vyšší než 20 KHz. V gynekologii se používají sondy pracující na frekvenci 2-7 MHz. Čím je vyšší frekvence, tím je přesnější obraz, ale snižuje se hloubka zobrazení. Podle vyšetřované oblasti, cíle a přístupnosti se používají různé sondy. Přesnější *sonda vaginální*, která se používá častěji a *sonda abdominální*. Pomocí ultrazvuku lze zjistit tvar dělohy. Velmi dobře se dají diagnostikovat myomy.

2.3.4. Hysteroskopie

Jedná se o endoskopickou metodu, která umožňuje prohlédnutí dutiny děložní.

Výkon se provádí v celkové anestezii nebo v paracervikálním bloku. Aby mohla být děložní dutina prohlédnuta, musí se naplnit speciálními médii pod tlakem. Cervikálním kanálem se zavede optika a postupně se prohlédne celá dutina.

Zároveň je možná biopsie nebo kyretáž.

2.3.5. Probatorní kyretáž

Probatorní kyretáž je výkon, při kterém je odstraňován z dělohy její obsah, obvykle endometrium. Získaný materiál se odesílá k histopatologickému vyšetření.(8)

2.4. Terapie

Je operační nebo konzervativní.

K operaci se přistupuje, když se myom:

- rychle zvětšuje
- dosahuje velikosti odpovídající graviditě 10. týdne
- činí pacientce subjektivní nebo objektivní potíže

2.4.1. Hormonální léčba

Používají se analogy GnRH, které blokuje funkci ovarií a snižují hladinu estrogenů. Může dojít k involuci i velkých myomů. Po vysazení léčby však opět dochází k rychlému růstu až do jejich původní velikosti. Funkční poruchy krvácení, hlavně anovulační cykly, se dají léčit pravidelným podáváním gestagenů, které také zpomalují růst myomatózní dělohy. (8)

2.4.2. Operace na děloze

Abdominální gynekologické operace

Abdominální hysterektomie je odstranění dělohy. Znamená její uvolnění z podpůrného a závěsného aparátu malé pánve a od úponu pochvy. Je prováděna z různých důvodů. Nejčastěji to jsou svalové nádory, zhoubné nádory a jiné patologické stavy.

Prostá hysterektomie (hysterectomy simplex) znamená, že se ponechávají adnexa. (příloha číslo 5)

Rozšířená (radikální) hysterektomie je prováděna u zhoubných nádorů dělohy. Znamená odstranění dělohy, parametria, horní část pochvy, část sakrouterinních vazů a pánevní uzliny v různém rozsahu.

Enukleace je odstranění svalového nádoru se snahou zachovat funkční dělohu. Operace se provádí u mladších žen s přáním zachování fertility.(1, 8)

Vaginální operace

Jsou prováděny z přístupové cesty pochvou. Na rozdíl od abdominálních jsou vaginální operace pro pacientky šetrnější, pooperační průběh je snazší a kosmetický efekt dokonalý. Nevýhodou je, že nelze revidovat pánevní orgány v celé míře.

Vaginální hysterektomie se provádí bez adnextomie nebo s adnextomií. Nejčastěji je to z důvodů myomatózní dělohy, metroragie a prakanceróz na děložním čípku.

Endoskopické operace

Laparoskopická a hysteroskopická chirurgie patří k minimálně invazivním operačním technikám.

Při *laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii* se spojují výhody vaginální operace a laparoskopie. LAVHY usnadňuje provedení současné adnexetomie a dokonalou revizi malé pánve nebo dutiny břišní.(8)

2.4.3. Rehabilitace

S rehabilitací se začíná už nultý den po operaci aktivizací v lůžku. Důležitá jsou dechová cvičení a cviky, které napomáhají fyziologické pasáži střev a předcházejí retenci moče. (7) (příloha č. 6,7)

2.4.4. Komplikace po operaci

- poranění jiných orgánů během operace – močový měchýř, močovod.....
- krvácení během operace a po operaci
- onemocnění jiného systému – pneumonie, infekce močových cest....
- pooperační infekce (8)

2.5. Základní údaje o nemocné z lékařské dokumentace

2.5.1. Identifikační údaje o klientce

Jméno a příjmení: xx

Věk: 47 let

Stav: vdaná

Bydliště: xx

Zaměstnání: státní úřednice

Kontaktní osoba: manžel

ZP: 211

Lékařská diagnóza: Myomatosis uteri

Datum přijetí: 11.12.2007

Oslovení: paní Eva

LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA

Klientka byla přijeta na gynekologické oddělení k plánované operaci.

Při přijetí byly zjištěny tyto údaje:

Rodinná anamnéza:

Otec měl rakovinu střev, zemřel v 47 letech. Matka má hypertenzi kompenzovanou léky.

Osobní anamnéza:

Běžné dětské nemoci, operace pupeční kýly v roce 1991

Alergie: prach, peří, kočka

Abúzus: káva 2x denně, nekouří ani se nepohybuje v kuřáckém prostředí

Gynekologická anamnéza:

Menses od 10 let, pravidelně 28/7, nebolestivé

PM: 21.11.2007

Porody: 2 (1979, 1980) – spontánně záhlavím

Operace: graviditas extrauterina v roce 1992

Antikoncepce: neužívá

Interní předoperační vyšetření: nález přiměřený věku

Nynější onemocnění:

Od září 2002 sledována pro uterus myomatosus. Od srpna 2005 opakující se menoragie.

Přítomný stav: TK 140/80 Hgmm, váha 52 kg, výška 165 cm, TT 36,7 °C

Vaginální vyšetření:

Zevně bez patologické nálezu, pochva volná, čípek cylindrický, děloha v AVF, nerovná, zvětšená myomem do velikosti grav.m. II+, adnexa nehmatná.

UZV vyšetření:

Abdominální UZV - Uterus myomytosus v semiflexi intramurální myom o průměru 3,5 cm. Sliznice děložní 7 mm, ovaria malá, bez patologického nálezu.

Diagnostický závěr : Uterus myomatosus magnus

Kontrolní vyšetření primářem :

- Nález stejný
- Doporučena abdominální hysterektomie s revizí adnex

2.5.2. Průběh hospitalizace

Paní E. byla přijata na gynekologické oddělení dne 11.11. 2007 k abdominální hysterektomii. Den po přijetí byla operace bez komplikací uskutečněna. Po operaci byla pacientka převezena z pooperačního pokoje zpět na standardní oddělení. Pooperační dny proběhly bez komplikací. Pátý pooperační den byla pacientka v celkově dobrém stavu propuštěna do domácí péče.

Hospitalizace zahrnuje tři fáze:

- předoperační
- operační
- pooperační

Předoperační fáze:

Součástí této fáze jsou především diagnostické výkony a předoperační příprava.

Bylo provedeno:

gynekologické vyšetření, základní vyšetření krve, určení krevní skupiny a Rh faktoru, koagulační vyšetření krve, BWR, chemické vyšetření moči a močového sedimentu, sonografické vyšetření, probatorní kyretáž, interní vyšetření.

Předoperační příprava proběhla následovně:

Den přijetí:

- psychická příprava, vysvětlení léčebných a ošetrovatelských postupů
- seznámení s režimem oddělení
- příprava operačního pole (oholení, celková hygiena, vyčištění pupku)
- vyprázdnění tlustého střeva
- dietní opatření - v poledne bujón, potom už jen tekutiny a od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit, nežvýkat
- nácvik dechové rehabilitace, odkašlávání, nácvik sedu, lehu, vstávání, cvičení dolních končetin (prevence pooperačních komplikací).
- večerní medikace – (Diazepam 10 mg ve 22 hodin).

Den operace:

- ráno provedeno klyzma, celková hygiena
- změřen krevní tlak, pulz a tělesná teplota
- zabandážovány dolní končetiny až do třísel
- aplikován Clexane 20 mg pod kůži – prevence tromboembolické nemoci
- odstraněny všechny šperky; pacientka byla poučena, že nesmí mít zubní náhradu a nesmí být nalíčena
- zaveden permanentní močový katétr
- vaginální příprava – tamponáda pochvy
- půl hodiny před operací byla vleže aplikována do svalu premedikace - Dolsin 50 mg a Atropin 0,5 mg
- pacientka byla v lůžku odvezena na sál, kde ji převzala anesteziologická sestra, která převzala i dokumentaci

Průběh operace:

Klientce byl proveden příčný suprapubický řez – Pfannestielova laparatomie a odstraněna děloha, adnexa ponechána.

Do suprafasciálního prostoru byl vložen Redonův drén. Krevní ztráta byla odhadnuta na 150 ml. Děloha byla odeslána k histologickému vyšetření. Průběh operace byl bez komplikací.

V pooperační fázi bylo sledováno:

- fyziologické funkce
- kontrola krvácení
- kontrola žilního katétru, permanentního močového katétru
- aplikace analgetik dle rozpisu a přání pacientky
- rehabilitační cvičení, dechové cvičení, odkašlávání
- dieta
- péče o psychickou pohodu pacientky

2.5.3. Farmakologická léčba v době hospitalizace

Atropin inj. 0.5 mg – parasimpatolytikum, antiarytmikum

Indikace: premedikace před anestezií

Nežádoucí účinky: retence moči, tlumení sekrece slin, potu, bronchiálního sekretu, přechodná porucha akomodace oka

Ošetrovatelská péče: kontrola pulsu, vidění a močení

Clexane inj. 20 mg – antikoagulancium

Indikace: prevence tromboembolické nemoci (aplikován v operační den a pak 1x denně celkem 5 dní)

Nežádoucí účinky: krvácivé projevy (nos, dásně, hematurie), hematomy v místě vpichu

Ošetrovatelská péče: střídání a kontrola místa vpichu

Diazepam tabl. 10 mg – anxyolitikum

Indikace: úzkost, napětí, panický strach (večer před operací)

Nežádoucí účinky: zvýšená ospalost, únava, poruchy barevného vidění, závratě

Dolsin inj 50 mg – analgetikum, anodynum

Indikace: bolesti při maligních tumorech, po těžkých úrazech nebo operacích (0. a 1. den po 6 hodinách, 2. den po 12 hodinách,)

Nežádoucí účinky: závrať, pocení, sucho v ústech, nauzea, zvracení, útlum

Ošetrovatelská péče: kontrola fyziologických funkcí, pomoc při opouštění lůžka

Tramabene inj. 50 mg– analgetikum, anodynum

Indikace: bolesti různého původu (2. až 4. pooperační den)

Nežádoucí účinky: bolest hlavy

Ošetrovatelská péče: kontrola nežádoucích účinků

(6, 16)

3.Ošetřovatelská část

Při provádění ošetřovatelské péče o nemocnou se vychází z teoretického modelu a ošetřovatelského procesu.

Při přijetí na oddělení jsem s pacientkou sestavila ošetřovatelskou anamnézu, stanovila ošetřovatelské diagnózy, cíle a krátkodobý plán péče. Po realizaci jsem zhodnotila efekt ošetřovatelské práce.

3.1. Charakteristika ošetřovatelského procesu

Ošetřovatelský proces zásadně ovlivňuje kvalitu ošetřovatelství, přivádí sestru od techniky zpět k pomoci nemocnému člověku a jeho rodině. Odráží se především v aktivních činnostech sestry. To znamená změnu v tradičním a zaběhaném způsobu práce sester.

Z hlediska sestry se jedná o profesionální přístup a poskytování individualizované vstřícné péče nemocnému. Sestry znají pacienty lépe, všechny složky ošetřovatelského procesu jsou adresné, každý člen ošetřovatelského týmu nese konkrétní zodpovědnost za tu část práce, kterou je povinen u daného pacienta zajistit.

Ošetřovatelský proces je kontinuální a cyklický, nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem.(12)

Ošetřovatelský proces probíhá ve vzájemně propojených a ovlivňujících se fázích:

1. zhodnocení nemocného, získání informací o aktuálním stavu, sociální situaci, „kdo je můj nemocný?“

- pomocí rozhovoru
- pozorování
- testování, měření

2. stanovení ošetrovatelských diagnóz, potřeb, najít to, čím je klient ohrožen – „co ho trápí?“

- vyřídění informací
- verbalizace problémů nemocného
- dohoda s nemocným o pořadí naléhavosti při řešení těchto problémů – vše provést za účasti pacienta (je-li to možné).

3. plánování ošetrovatelské péče, rozdělení činností, nápomoc rodiny, přátel, „co pro něj mohu udělat?“

- stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů ošetrovatelské péče
- návrh vhodných opatření pro jejich dosažení - stanovení priorit podle naléhavosti a dosažení těchto cílů

4. provedení navržených opatření, intervencí

5. zhodnocení efektu poskytnuté péče – „pomohla jsem mu?“

- objektivní změření účinku péče
- zhodnocení fyzického a psychického komfortu nemocného(12)

3.2. Model Funkčního zdraví dle Marjory Gordonové

Model M. Gordonové vychází z hodnocení kvality zdraví jedince. Vyjadřuje jeho celkovou bio-psycho-sociální integritu. Model byl publikován v roce 1987 a je odvozený z interakcí osoba - prostředí. Základní strukturu modelu tvoří dvanáct oblastí, dvanáct funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje určitou část zdraví. Ta může být funkční nebo dysfunkční. Model Marjory Gordonové je označován odbornou veřejností za nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie.(10, 14)

Kriteria hodnocení funkčního zdraví:

Vnímání zdraví - snaha o udržení zdraví

Jak jedinec vnímá své zdraví, jak o něj pečuje, co dělá na podporu zdraví

Výživa – metabolismus

Je hodnocen způsob příjmu potravy a tekutin, individuální návyky, denní doba, kvalita a kvantita jídla, dietní omezení. Také si všímáme stavu kůže, vlasů, chrupu, nehtů, výšky, váhy

Vylučování

Pravidelnost, frekvence, rituály při vyprazdňování, užívání projímadel

Aktivita – cvičení

Udržování tělesné kondice, cvičení, relaxace, sport, využití volného času. Co jedinci brání v pravidelném pohybu, jaká onemocnění

Spánek – odpočinek

Způsob spánku a odpočinku, délka, rituály, léky

Smyslové vnímání – poznávací funkce

Hodnocení zraku, sluchu, čichu, hmatu včetně kompenzačních pomůcek

Sebepojetí – sebeúcta

Jak člověk vidí sám sebe, vztah k sobě v oblasti tělesné, emocionální, poznávací.

Jak klienta vidí sestra, celkový vzhled, neverbální projevy

Životní role a mezilidské vztahy

Funkce člověka v životních rolích, mezilidských vztazích. Rodina, společnost, zaměstnání.

Sexualita

Reprodukční období ženy a problémy, které s tím souvisí - porody, potraty, menstruační cyklus, spokojenost v sexualitě

Stres – reakce na zátěžové situace

Zvládání stresu, individuální rezervy, podpora

Životní hodnoty – víra

Hodnotová orientace, spirituální život(10)

3. 3. Ošetrovatelská anamnéza podle modelu M. Gordonové

Ošetrovatelské anamnéza je součástí první části ošetrovatelského procesu, kdy sestra shromažďuje informace o zdraví pacienta. Zjištěné informace jí pomáhají okamžitě zahájit ošetrovatelskou péči a jsou potřebné k určení aktuálních a potencionálních ošetrovatelských diagnóz.

Vnímání zdraví

Kromě dvou operací nebyla paní Eva nikdy vážně nemocná. Před rokem podstoupila zákrok v celkové anestézii (probatorní kyretáž) pro menoragii. Lékařem byla navrhována hysterektomie. Po konzultaci s primářem oddělení došlo k odkladu operace.

Od srpna do září 2007 opakované menoragie. Po ultrazvukovém vyšetření byla lékařem opět navržena hysterektomie, pacientka již souhlasila. Chodí na pravidelné kontroly na mamologii i gynekologii. O své zdraví má zájem, snaží se o zdravý životní styl. Alkohol pije příležitostně, kávu 2x denně, nekouří.

Pacientka přistupuje k léčbě pozitivně, ale obává se, že jí budou odstraněny vaječníky a vejcovody, což byl hlavní důvod odkladu operace z loňského roku.

Pacientku jsem seznámila s prohlášením o souhlasu s operací a s režimem oddělení.

Zhodnocení: verbalizuje obavy z operace

Výživa a metabolismus

Klientka jí z masa pouze ryby a kuřecí maso. Většinou se stravuje doma nebo ve vegetariánské restauraci. Snaží se jíst dostatek pokud možno čerstvé zeleniny a ovoce. Pije denně 1,5 – 2 litry tekutin; většinou čistou vodu nebo černý a zelený čaj. Má velmi ráda sladké pečivo a mrzí ji, že si je neumí odepřít. Váhu měla několik let stejnou. Těsně před operací přibrala asi 3 kg. BMI je 19, 25 tj. normální hodnota.

První den hospitalizace byl klientce podán pouze vývar z kuřecího masa a do večera směla přijímat pouze tekutiny. Od půlnoci nesměla jíst, pít, kouřit.

Vylučování

Stolice je pravidelná, nikdy neměla s vylučováním žádné potíže, ale přesto se chystá v budoucnu na vyšetření tlustého střeva, protože otec zemřel na nádorové onemocnění. Asi tak jednou za rok pacientku trápí hemoroidy, které ošetřuje Factu gelem, úpravou stravy a dostatkem tekutin.

Močení je bez obtíží, ale má pocit, že nucení je častější než dříve. V noci se kvůli potřebě budí asi 1x za noc. Je klidnější, že leží na nadstandardním pokoji. Má zde svoje soukromí, koupelnu a toaletu. Klientku jsem informovala, že večer a ráno v den operace bude provedeno klyzma. Také jsem objasnila důvod, proč bude těsně před operací zavedena permanentní cévka.

Zhodnocení: zajistit soukromí, respektovat stud pacientky

Aktivita a cvičení

Paní má doma jezevčíka, chodí s ním na pravidelné procházky. Jezdí na kole, někdy si zajde zaplavat do bazénu. V zimě lyžuje. S rehabilitací byla klientka seznámena již den před operací. Naučila jsem ji dechová cvičení a pohyb v lůžku i jak bude vstávat po operaci. Svěřila se, že jí není příjemné, když je odkázána na cizí pomoc. Pacientce jsem ukázala, jakou bude mít bandáž na dolních končetinách. Vysvětlila jsem preventivní důvody bandáže.

Zhodnocení: zajistit pacientce pohodlí

Spánek a odpočinek

Za největší relaxaci během roku považuje paní E. pobyt na chalupě blízko lesa. Jednou za rok s manželem vyjedou na dovolenou k moři. Ale od té doby, co mají pejska, jsou více na chalupě a méně cestují.

Se spaním nemá žádné problémy. Nyní se ale budí častěji, připisuje to obavám z operace. Na noc před operací dostala paní na spaní jednu tabletu Diazepamu 10 mg. Spala celou noc.

Vnímání, pozorování

Sluch má dobrý, zrak je kompenzován brýlemi na čtení. Udává, že má dobrou paměť i pozornost. Je orientovaná časem, místem, osobou i situací. Je při vědomí, poruchy řeči nemá. Pacientka byla upozorněna, že po podání léku na spaní bude utlumena; aby raději při probuzení v noci zavolala sestru a nevydávala se sama na toaletu.

Sebepojetí a sebeúcta

Paní E. pracuje na úřadě. V zaměstnání je spokojena. S manželem bydlí v podnájemním bytě ve větším okresním městě. Manžel má menší živnost. Operaci odkládala, protože měla obavy, že jí budou odebrány vaječníky a vejcovody, jak jí to řekl její gynekolog. Bála se, že bude muset užívat hormony a přibere na váze. Do nástupu do nemocnice byla klientka sama se sebou spokojená, trochu ji trápilo, že v poslední době přibrala tři kg. Také měla obavy, jak manžel zvládne péči o domácnost a pejska, když je nyní na to sám.

Plnění rolí a mezilidské vztahy

Paní je společenská a optimistická, má ráda svůj domov, kde je velmi spokojená. Má dvě děti, které jsou již dospělé a žijí samostatně. Manželství hodnotí jako spokojené. Snaží se být bezkonfliktní, ale ne vždy se jí to podaří.

Sexualita

Menstruace od deseti let, pravidelná 28/7, nebolestivá. Na kontroly ke gynekologovi dochází pravidelně. Měla dva spontánní porody a jednu mimoděložní těhotenství. Více o pohlavním životě nechce hovořit. Odstranění dělohy ji netrápí. Ví, že z hlediska pohlavního života to pro ženu není důležité.

Stres, reakce na zátěžové situace

Jako úřednice je ve stresu poměrně často, snaží se odreagovat pobytem v přírodě nebo cvičením. Někdy vnímá napětí, proto se zřejmě budí brzy ráno. Nyní má obavy z narkózy a jak zvládne bolest.

Zhodnocení: strach z narkózy

Životní hodnoty, víra

Paní je ateistka, ale věří ve vlastní osud. Ráda jezdí s manželem na chatu, kde tráví většinu volného času. Miluje své děti a je šťastná, že jsou všichni zdraví. S manželem se těší na vnoučata.

Zhodnocení ošetřovatelské anamnézy

V ošetřovatelské anamnéze jsem se snažila zjistit o klientce co nejvíc informací, které by mi usnadnily se orientovat v jejích problémech a stanovit ošetřovatelský plán, který by paní Evě nejvíce vyhovoval a splňoval požadavky profesionální ošetřovatelské péče.

3.4.Ošetřovatelské diagnózy

Operační den, 2. den hospitalizace

Podle ošetřovatelské anamnézy jsem vytvořila krátkodobý ošetřovatelský plán, který se vztahoval ke dni operace. (příloha číslo 1, 2)

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- strach z operace a předoperačních výkonů
- pocit studu v důsledku častého odhalování
- akutní bolest z důvodů operačního zákroku
- deficit soběstačnosti z důvodů operačního zákroku
- porucha integrity kůže způsobená operační ranou, periferní kanylou, Redonovým drénem
- změna vnímání z důvodů doznívání anestézie, riziko pádu

Potencionální ošetřovatelské diagnózy

- riziko vzniku pooperačních komplikací
- riziko vzniku infekce po zavedení žilního katétru

3.4.1. Krátkodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení

Plán byl vytvořen na operační den, od 7 – do 19 hodin

Ošetrovatelská diagnóza: strach z operace a předoperačních výkonů

Cíl ošetrovatelské péče:

Klientka bude plně informována o výkonech před operací, způsobu operace a s důvody úkonů před operací. Uklidní se.

Plán ošetrovatelské péče:

- vysvětlí výkony vhodným způsobem
- dodej klientce pocit bezpečí
- zajistí pravidelné podávání informací ošetřujícím lékařem
- přesvědč se zpětným dotazem, zda klientka opravdu všemu porozuměla
- aplikuj premedikaci 30 minut před operací dle ordinace anesteziologa
- pouč klientku o vedlejších účincích těchto léků

Realizace:

Pacientce jsem vysvětlila, jak bude probíhat operace a v jakém pořadí je vypsána na operačním plánu. Měla obavy, že vaječníky nebudou v pořádku a bude nutné je odstranit. Lékař ji znovu informoval o způsobu operace. Pacientka věděla, kdo ji bude operovat. Půl hodiny před operací byla aplikována nitrosvalově premedikace. Pacientka byla upozorněna, že již nesmí opouštět lůžko z důvodů účinků léků a že může mít rozostřené vidění a závrať. Před operací byl zaveden permanentní katétr a poševní tamponáda. Klientka znala důvod těchto výkonů.

Hodnocení:

Po rozhovoru s lékařem se obavy zmírnily, pacientka se trochu uklidnila. Přispěla k tomu i premedikace, která má tlumivý vliv. Strach z operace mírně přetrvával, zavedení cévky a poševní tamponády zvládla dobře.

Ošetřovatelská diagnóza: pocit studu z častého odhalování

Cíl ošetřovatelské péče:

Zajistit, aby se pacientka cítila co nejlépe.

Plán ošetřovatelské péče:

- zavírej dveře pokoje, vyšetřoven
- dostatečně dlouhá operační košile
- obnažování klientky v nezbytně nutných případech
- zajisti soukromí při vyšetřeních a výkonech

Realizace při předoperačních výkonech:

Sanitář uložil klientku na vyšetřovací stůl a opustil místnost. Já jsem zaujala jeho místo. Výkony provedla gynekologická sestra. Během převozu na operační sál byla paní přikrytá.

Hodnocení:

Pacientka byla spokojena, že sanitář nebyl přítomen předoperačnímu výkonu. Po operaci ocenila ohleduplnost lékařů i sester.

Ošetrovatelská diagnóza: akutní bolest v důsledku operace

Cíl ošetrovatelské péče:

Bolest bude přiměřená

Pacientka bude mít dostatek informací o možnosti tlumení bolesti, nebude pociťovat výraznou bolest a dokáže využívat úlevové polohy pro snížení bolesti.

Plán ošetrovatelské péče:

- aplikuj analgetika dle ordinace lékaře Dolsin 50 mg po 6 hodinách (13- 19- 01- 07), sleduj jejich účinek
- domluv se na používání stupnice bolesti
- zajisti klid po operaci
- umožni úlevovou polohu
- sleduj pulz, krevní tlak
- zhodnoť bolest podle pocitů pacientky
- sleduj verbální a mimické projevy bolesti

Realizace:

Po dvouhodinovém pobytu na pooperačním pokoji byla pacientka převezena zpět na standardní oddělení. Podle domluvy před operací hodnotila bolest podle jejího charakteru.(13)

- bolest nesnesitelná
- krutá
- silná
- nepříjemná
- mírná
- žádná

Na pooperačním pokoji jí dle záznamu nebylo analgetikum podáno. Po návratu na oddělení hodnotila bolest jako krutou. Lékař naordinoval Dolsin 50 mg po 6 hodinách, který byl okamžitě ve 13 hodin aplikován. Pacientka do 20 minut usnula. Analgetika byla aplikována pravidelně po 6 hodinách. Po 2 hodinách byl

kontrolován krevní tlak a pulz. Všechny hodnoty byly v normě a byly zaznamenány do dokumentace.

Hodnocení:

Zvládání pooperační bolesti klientka hodnotila pozitivně, množství analgetik bylo dostačující. Příležitostně paní využívala úlevovou polohu na zádech nebo na boku s pokrčenými dolními končetinami.

Ošetrovatelská diagnóza: deficit soběstačnosti v důsledku operačního výkonu

Cíl ošetrovatelské péče:

Pacientka bude mít pocit pohodlí, čistoty a bude spokojená.

S pomocí sestry bude zajištěna základní soběstačnost v přijímání tekutin, hygieně a změně polohy

Plán ošetrovatelské péče:

- pomáhej při pití a hygienické péči
- asistuj pacientce při všech činnostech, které zvýší její pohodlí
- uprav lůžko podle potřeby
- pomáhej při změně polohy

Realizace:

Pacientce jsem v den operace pomáhala s pitím. Od manžela měla zakoupeny neperlivé vody, které jsem střídala s čajem. Ve 13 hodin jsem paní Evě zvlhčila rty a za dvě hodiny se poprvé trochu napila. Vzhledem k operační ráně se pacientka špatně otáčela, proto jsem jí poskytla k pití brčko a skleničku jsem jí držela. Poučila jsem ji, že je vhodné si při pohybu ránu držet, aby tolik nebolela. Večer byla provedena toaleta na lůžku s výměnou prádla. Také jsem vyhověla jejímu přání mít toaletní věci na stolku blízko u sebe tak, aby přisunutím a natočením stolku na ně dosáhla. Pacientka má velmi suchou a citlivou kůži. Pomohla jsem jí ošetřit obličej a tělo krémem, rty jsem ošetřila pomádou. Pomohla jsem se změnou polohy, kdykoli potřebovala.

Hodnocení:

Po operaci byla klientka v čistém a upraveném lůžku. Cítila se pohodlně, měla všechny potřebné věci na dosah. Na přání jí sestra pomohla napít a změnit polohu.

Ošetřovatelská diagnóza: porucha integrity kůže v důsledku operační rány, zavedené periferní kanyly, Redonova drénu.

Cíl ošetřovatelské péče:

Rána se bude hojit per primam, pacientka nebude mít zvýšenou tělesnou teplotu ani jiné známky infekce. Operační rána nebude zarudlá, pacientka bude udávat přiměřenou bolest v místě operační rány. Místo vpichu periferní kanyly bude klidné, funkční Redonovův drén, okolí drénu bez projevů zánětu.

Plán ošetřovatelské péče:

- dodržuj pravidla sterilního krytí a aseptické ošetřování operační rány
- kontroluj funkci Redonova drénu
- dbej na pečlivou hygienu rukou
- ptej se na subjektivní pocity pacientky (horkost, škrábání, napětí)
- hlídej místa vpichu periferní kanyly
- pravidelně kontroluj fyziologické funkce – tělesnou teplotu, pulz

Realizace:

Operační rána byla překryta sterilním krytím, které mírně prosakovalo. Původní krytí z operačního sálu se ponechává 48 hodin. Byla prováděna kontrola podtlaku zavedeného Redonova drénu, vzhledu a množství sekrece. Sekrece z rány byla minimální. Okolí drénu bylo bez známek zánětu. Tělesná teplota byla měřena pravidelně 2 x denně, nikdy nepřesáhla 37°C. Hodnoty tepu byly fyziologické. Místo vpichu periferní kanyly bylo klidné. Pacientka neudávala žádné nepříjemné pocity v místě vpichu ani v oblasti operační rány a vyvedení Redonova drénu.

Hodnocení:

U pacientky nevznikly žádné komplikace spojené s hojením rány. Místo vpichu periferní kanyly bylo klidné a bez zánětu. Odsávání drénu bylo funkční. Hodnoty tělesné teploty a tepu nebyly zvýšené.

Ošetrovatelská diagnóza: změna vnímání z důvodů doznívání anestezie, nebezpečí pádu

Cíl ošetrovatelské péče:

U klientky nedojde k úrazu ani k ohrožení pádem

Plán ošetrovatelské péče:

- sleduj celkový stav a vědomí pacientky
- funkční signalizační zařízení na dosah ruky
- při neklidu umístit postranice na bok lůžka
- zvýšený dohled na klientku – nebezpečí pádu

Realizace:

Po návratu na standardní oddělení byla pacientka při vědomí. Upozornila jsem ji, že budu pravidelně docházet a vysvětlila, jak funguje signalizace. Informovala jsem ji o nebezpečí pádu z lůžka.

Hodnocení:

U pacientky nedošlo k úrazu ani pádu z lůžka.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza: riziko vzniku pooperačních komplikací

Cíl ošetrovatelské péče:

U pacientky se nevyskytne žádná pooperační komplikace.

Plán:

- kontroluj bandáže
- sleduj celkový stav, psychiku
- aplikuj Clexane 20 mg dle ordinace, sleduj vedlejší účinky
- mobilizuj pacientku, prováděj dechová cvičení
- kontroluj ránu, funkčnost Redonova drénu
- sleduj funkčnost permanentního močového katétru, tlak za symfyzou
- prováděj pasivní a aktivní cvičení
- kontroluj příjem tekutin
- sleduj fyziologické funkce

Realizace:

V rámci prevence tromboembolické nemoci měla paní zabandážované dolní končetiny až do třísel. Každých 12 hodin byl aplikován Clexane 20 mg pod kůži břicha. Sledovala jsem pravidelně její celkový stav. V odpoledních hodinách jsem s pacientkou prováděla dechovou gymnastiku, při které je nutné se zaměřit na správný výdech a pravidelné dýchání. Dále jsem zajišťovala otáčení pacientky v lůžku, polohování dolních končetin do zvýšené polohy a pasivní cvičení. Pacientka neměla problémy s dýcháním, dařilo se jí odkašlávat. Redonův drén byl průchodný, odváděl mírné množství sekretu. Rána krvácela mírně. Permanentní močový katétr odváděl moč světlé barvy. Fyziologické funkce byly v normě. Paní byla při vědomí a byla ráda, že už je po operaci.

Hodnocení:

Po operaci se neobjevily žádné komplikace. Pacientka si nestěžovala na bolest dolních končetin ani na hrudníku. Neobjevily se žádné vedlejší účinky aplikovaných léků.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza: riziko vzniku infekce z důvodů zavedení žilního katétru

Cíl ošetrovatelské péče:

U pacientky nevznikne infekce v místě vpichu permanentního žilního katétru.

Plán ošetrovatelské péče

- pravidelně kontroluj místa vpichu
- sleduj známky zánětu
- všímej si subjektivních pocitů klientky

Realizace:

Před operací zavedla sestra na operačních sálech pacientce dva žilní katétry.

Vpichy byly kryty sterilní folií. Kůže v okolí byla klidná bez známek zánětu.

Po návratu na standardní oddělení byla místa vpichu fyziologických funkcí kontrolována při měření. Obě místa vpichu byla sterilně překryta a nejevila známky infekce.

Hodnocení:

U pacientky se během operačního dne neobjevily známky zánětu v místě vpichu.

Pacientka neudávala ani žádné nepříjemné pocity v místě vpichu žilních katétrů.

3.4.2. Dlouhodobý ošetrovatelský plán

1.- 2. pooperační den

Ráno první den po operaci byla u paní E. provedena hygiena na lůžku. Na vizitě byla pacientka ujištěna, že jí byly ponechány vaječníky, které jsou bez patologického nálezu. Tato informace měla velký význam na psychický stav klientky. Po vizitě byl odstraněn močový a žilní katétr. Z normálního močení měla pacientka trochu obavy. Bylo jí doporučeno, aby hodně pila. Množství moče i barva svědčila o dostatečné diuréze. Po odstranění cévky se vymočila do dvou hodin, stěžovala si pouze na mírný tlak v podbřišku.

Pasáž střev se obnovila až ve večerních hodinách prvního dne, proto paní přijímala pouze čaj nebo neperlivou vodu. Postupná realimentace začala tekutou dietou od 2. pooperačního dne.

Pravidelně byl měřen krevní tlak a tělesná teplota. Operační rána byla klidná, Redonův drén byl odstraněn druhý pooperační den. Analgetika byla aplikována pravidelně dle ordinace lékaře, bolest paní Eva pociťovala vždy tak hodinu před plánovanou aplikací. Zaujímalá úlevovou polohu na boku s pokrčenými dolními končetinami. Bolest hodnotila jako nepříjemnou. Po poradě s lékařem byla pacientce aplikován Tramabene 50 mg do svalu.

Rehabilitaci končetin a dechová cvičení prováděla fyzioterapeutka, která docházela na oddělení jednou denně. Po zbytek dne přebírala tuto činnost sestra. Pacientka zvládala dobře pohyb v lůžku a první den po operaci vstala. Byla poučena, že se musí posunout ke kraji lůžka, otočit se na bok, spustit bérce dolů, chvíli počkat a pak se pomalu postavit.

Pravidelně byl aplikován Clexane 20 mg pod kůži. O nežádoucích účincích pacientka věděla. Nadále byly prováděny bandáže.

3.– 5. pooperační den

Od třetího pooperačního dne byla paní Eva plně soběstačná. Pravidelně dvakrát denně si šetrně omývala ránu mýdlem a prováděla masáž, která uvolňuje napětí kolem rány a má i kladný vliv na motilitu střev. Zároveň je prevencí sekundárního hojení. Fyziologické hodnoty byly v normě.

Třetí pooperační den pacientka dostala šetřící dietu a později byla převedena na dietu vegetariánskou. Příjem tekutin byl dostačující. První stolice byla čtvrtý pooperační den.

Analgetika byla aplikována třetí den již pouze na noc, Clexane 20 mg 2 x denně.

Bandáže byly vzhledem k pohybu pacientky zrušeny.

Pátý pooperační den byla paní Eva propuštěna do domácí péče.

3.5. Psychologická část

Pacientem se člověk nerodí, nýbrž se jím stává. Proces, který charakterizuje změnu relativně zdravého člověka v pacienta, má svou fyziologickou, patofyziologickou a také psychologickou stránku.

Příchodem k lékaři a odevzdání se do jeho rukou se v pacientově psychice mnoho odehrává.

Primárně člověk řeší, má-li jít k lékaři.

O tom rozhoduje:

- jaké má příznaky nemoci
- jak bude ovlivněn vzájemný vztah s druhými lidmi, hlavně nejbližšími
- jaké sociální problémy stojí v pozadí (propuštění z práce)

Každá nemoc má kromě objektivní stránky (diagnózy) i stránku subjektivní tj. tělesné a psychické pocity pacienta. Obě stránky jsou stejně důležité a není je možné oddělit. Na rozdíl od pacienta si zdravotníci všímají hlavně objektivních stránek. Zdravotnický personál by měl vždy respektovat subjektivní pocit pacienta. Může se tím předcházet strachu z onemocnění. Při ošetřování pacientů je důležité i naslouchání, dotek ruky a úsměv. (5)

Vliv hysterektomie na psychiku klientky.

Psychické reakce, které souvisejí s odstraněním dělohy, jsou u jednotlivých žen odlišné. V podstatě závisí na tom, jaký má žena názor na dělohu a její funkce pro život a zdraví.

Mnoho žen se domnívá, že děloha je důležitá pro sexuální touhu, reaktivitu, atraktivitu, prožitek partnera. Další ženy pokládají dělohu za zdroj síly a vitality. Jiné si myslí, že po odstranění dělohy budou rychleji stárnout a přiberou na váze.

Ženy, které mají takové názory, se budou s dělohou těžko loučit. Mluví se o posthysterktomickém syndromu, který se projevuje depresí, bolestmi hlavy, návaly horka, závratěmi a poruchami spánku.(18)

Pacientka se dostavila ke gynekologické operaci s obavami. Na sdělení nutnosti operace prý reagovala negativními emocemi, úzkostí, strachem, panikou.

Vzhledem k věku usuzovala, že postupně nastane období klidu jako u její matky. Během svého fertilního života neměla žádné významné gynekologické

obtíže, ale při prodlužování menstruace v posledním roce uvažovala, zda navštívit lékaře mimo pravidelnou prohlídku nebo vše ponechat „na přírodě“. Při návržení operace lékařem ji paní Eva nejprve jednomyslně zavrhla. Říkala si, že to vlastně ještě není tak hrozné. Ale po roce odkladu, kdy se stav zhoršoval, se smířila s myšlenkou, že operaci podstoupí.

Obavy souvisely s průběhem operace, narkózou a pooperační bolestí. Pobyt v nemocničním prostředí pro ni představoval narušení životních plánů, změnu životních zvyků a závislost na ošetřujícím personálu.

Měla nepříjemný pocit, že v nemocnici bude narušeno její soukromí. Proto s radostí využila možnosti nadstandardního pokoje, jehož součástí je i koupelna a toaleta. Z odstranění dělohy žádné obavy neměla, ale z odstranění vaječníků ano.

Jako pacientka byla sice mírně úzkostná, ale aktivně spolupracovala. Roli pacienta a pobyt v nemocnici vnímala jako nutnost, na kterou se dobře připravila.

Se zlepšováním zdravotního stavu po operaci byla každý den veselejší a plná optimismu. Významnou roli sehrála i její rodina, hlavně manžel, který ji několikrát denně navštěvoval a byl jí významnou oporou.

3.6. Prognóza onemocnění

Prognóza tohoto onemocnění je dobrá. Jedná se o benigní onemocnění a pravděpodobnost k malignímu zvratu je minimální. Při včasné diagnostice a léčbě myomů není třeba dodržovat žádná zvláštní opatření. (8)

Pokud jsou při odstranění dělohy odstraněny i vaječníky, je nutná substituce hormonů. Klientka by po operaci měla pravidelně chodit na kontroly ke svému gynekologovi.

3.7. Edukační činnost

3.7. Edukační činnost

Klientka byla poučena ošetřujícím lékařem o předpokládané době rekonvalescence a nutnosti dodržování kontrol v gynekologické ambulanci. Byla poučena o nutnosti odstranění stehů na oddělení gynekologie, o kontrole u obvodního lékaře a gynekologa. Pohlavní styk byl doporučen asi za šest týdnů.

Paní Evu jsem před propuštěním do domácího ošetřování informovala o životosprávě, péči o ránu, hygieně a hlavně rehabilitaci.

Vysvětlila jsem pacientce důvody, proč se nemá namáhat a jak dodržovat klidový režim. Při pocitu únavy by měla odpočívat. Pohybová aktivita je doporučována po operacích až po úplném zotavení a měla by být postupná.

Vzhledem k tomu, že se rána hojila per primam, nebylo kromě sprchování nutné jiné opatření. Doporučila jsem pravidelné promazávání jizvy speciálním olejem na jizvy.

Předala jsem jí edukační letáček se cviky po gynekologické operaci a upozornila jsem na důležitost rehabilitace svalů pánevního dna. (příloha č. 6,7)

Paní Eva věděla, že je nutné vypít 2 litry tekutin denně a jíst lehčí stravu. Vzhledem k tomu, že paní je vegetariánka, tak to pro ni není žádný problém.

Obavy o zdravotní stav se rozplynuly s informací, že vaječníky byly ponechány. Ale přesto jsem znovu pacientce vysvětlila a ukázala na obrázku, jak byla operace provedena. (příloha č. 5)

Zopakovala jsem, že odstranění dělohy nemá vliv na pohlavní život .

Paní Eva odcházela do domácí péče spokojená a klidná, žádné dotazy neměla.

3.8. Shrnutí

Ve své práci jsem se pokusila zpracovat všechny fáze ošetřovatelského procesu v péči o pacientku po gynekologické operaci, abdominální hysterektomií. V první části jsem nastínila problémy onemocnění, jeho projevy a způsoby léčby. Ve druhé části, ošetřovatelské jsem se věnovala sběru informací o klientce, vytvoření ošetřovatelských diagnóz a jejich řešení.

Pacientka byla na gynekologicko – porodnickém oddělení hospitalizována týden. První den byl věnován předoperační přípravě, druhý den byl operační. Po operaci byla pacientka převezena z dospávajícího pokoje na standardní oddělení. Hospitalizace proběhla bez komplikací. Před odchodem do domácího léčení byla pacientka seznámena, jak má o sebe pečovat. Věděla, že se musí do třech dnů po propuštění hlásit u svého obvodního lékaře s propouštěcí zprávou a neschopenkou. Stehy byly odstraněny osmý pooperační den na gynekologickém oddělení. Byla poučena, jak pečovat o jizvu. S průběhem hospitalizace, vlastní operací a pooperační péčí byla pacientka spokojená. Sama zhodnotila, že měla přijít již dříve.

Seznam odborné literatury:

1. CITTERBART, K. et. al. *Gynekologie*. Praha: Galen, 2001. 165 s. ISBN 80-7262-0940.
2. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. Praha: Avicenum, 1988. 302 s. ISBN 08-06-088.
3. DYLEVSKÝ, I. *Základy funkční anatomie člověka*. Praha: Manus, 2007. ISBN 978-80-86571-00-3.
4. HOLUŠOVÁ, D., KROBOTOVÁ, M. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 117 s. ISBN 80-244-0458-3.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. 130 s. ISBN 80-7262-132-7.
6. HYNIE, S. *Farmakologie v kostce*. Praha: Triton, 2001. 193 s. ISBN 80-7254-181-1.
7. NOVOTNÁ, S. et. al. *Léčebná rehabilitace*, Praha: 1994. 127 s. ISBN 80-85787-69-5.
8. KUDERA, M. et. al. *Základy gynekologie a porodnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0837-6.
9. MOTLÍK, K., Žitný, J. *Patologie v ženském lékařství*. Praha: Grada Publishing s.r.o. 2001. 146 s. ISBN 80-7169-460-6.
10. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing, s.r.o. 2006. ISBN 80-247-1918-4
11. ROKYTA, R. et. al. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 217 s. ISBN 80-85866-45-5.
12. STAŇKOVÁ, M. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: IDVZP, 1999. ISBN 80-7013-282-5
13. STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVZP, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
14. TRACHTOVÁ, E. et. al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO a NZO 2006. 167 s. ISBN 80-7013-324-4

15. VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2004. ISBN 80-7345-037-2.

Jiné zdroje:

16. www.zdravcentra.cz
17. www.aktip.cz
18. www.instrumentarky.cz.

Seznam zkratk:

AVF.....	anteverzeflexe (postavení dělohy)
BMI.....	body- mass index
BWR.....	Bordetova-Wassermannova reakce
inj.....	injekce
LAHVY.....	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
m	musculus
PM.....	poslední menstruace
tbl.....	tablety
TK.....	tlak krevní
TT.....	tělesná teplota
UZV.....	ultrazvukové vyšetření
ZP.....	zdravotní pojišťovna

Seznam příloh:

1. ošetřovatelská dokumentace
2. ošetřovatelský plán
3. lokalizace myomů v děloze
4. laparoskopický pohled na subserózní a pendulující myomy
5. prostá hysterektomie
6. informační leták – cviky na posílení pánevního dna
7. informační leták – cviky na posílení pánevního dna

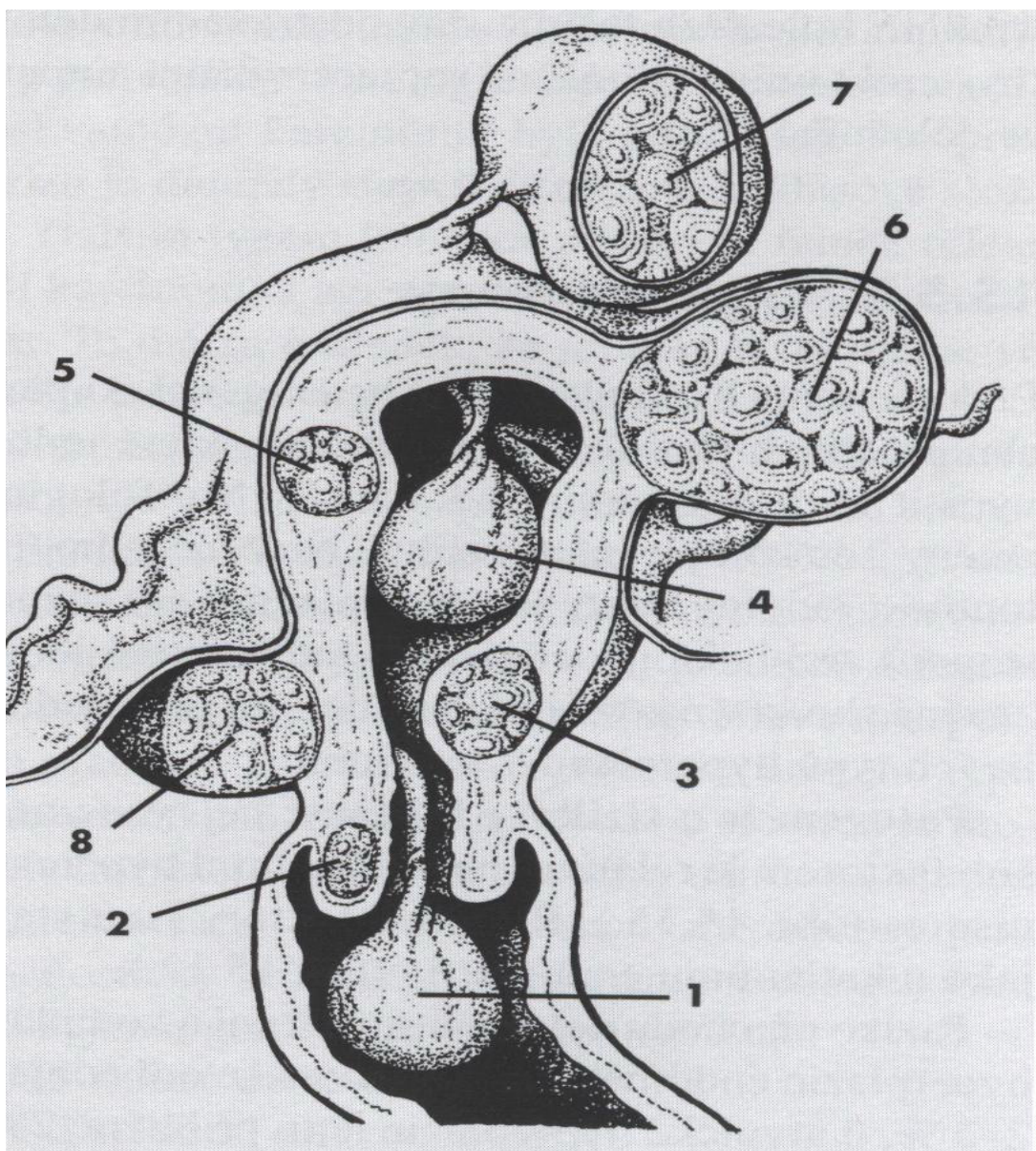
Příloha č. 1 Ošetřovatelská dokumentace

Jméno pacienta:	Oddělení:
Rodné číslo:	Číslo pokoje:
Adresa:	Tel.:
Zaměstnání:	Pojišťovna:
Diagnóza:	Různé:
Kontakt – nejbližší osoba:	Tel.:

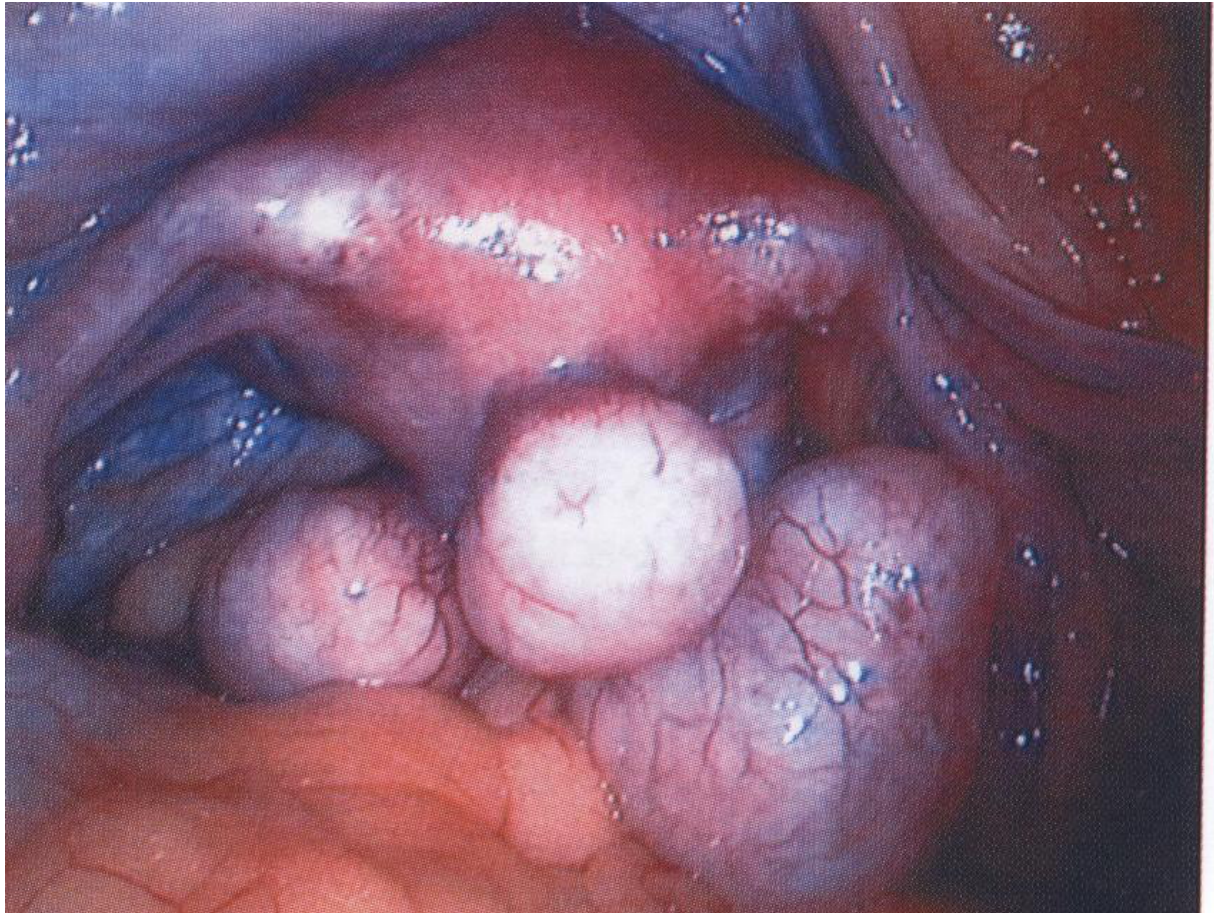
Hmotnost:	Pacient: <input type="radio"/> Bez omezení <input type="radio"/> Chodící
<input type="radio"/> 1. přijetí <input type="radio"/> opakované přijetí	<input type="radio"/> Sedačka <input type="radio"/> Berle, hůl <input type="radio"/> Ležící
<input type="radio"/> přeložen odkud:	<input type="radio"/> Soběstačný <input type="radio"/> Nesoběstačný
Alergie: <input type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Ano, jaká:	V čem:
Pomůcky: <input type="radio"/> zubní protéza <input type="radio"/> oční pomůcky	Hygienická péče: <input type="radio"/> Samostatná <input type="radio"/> S pomocí
<input type="radio"/> sluchadla <input type="radio"/> jiné.....	<input type="radio"/> Zcela závislá
Zvláštní pozornost:	Psychika: <input type="radio"/> Komunikuje <input type="radio"/> Nekomunikuje
kardiostimulátor <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Rozrušený <input type="radio"/> Plačtivý <input type="radio"/> Zmatený
cévkva moč <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	<input type="radio"/> Odevzdáný <input type="radio"/> Unavený <input type="radio"/> Spavý
diabetes <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	Cennosti: <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
inzulín <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Dieta: <input type="radio"/> Bez omezení <input type="radio"/> Ano.....
Pití:	Pacient seznámen s právy pacienta, provozním řádem a chodem oddělení.
Spánek: <input type="radio"/> Prav. <input type="radio"/> Problém <input type="radio"/> Usínání
<input type="radio"/> Délka spánku <input type="radio"/> Noční buzení
Léky:	datum a podpis pacienta
Kouření: <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne <input type="radio"/> Občas	Poznámky:
Jiné:
Vyprazdňování: <input type="radio"/> Pravidelné <input type="radio"/> Problém	Propuštění pacienta:
..... Léky:.....
Potíže při močení: <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne
Jaké:	Datum: Sestra:

Příloha č. 3 Lokalizace myomů v děloze (1)

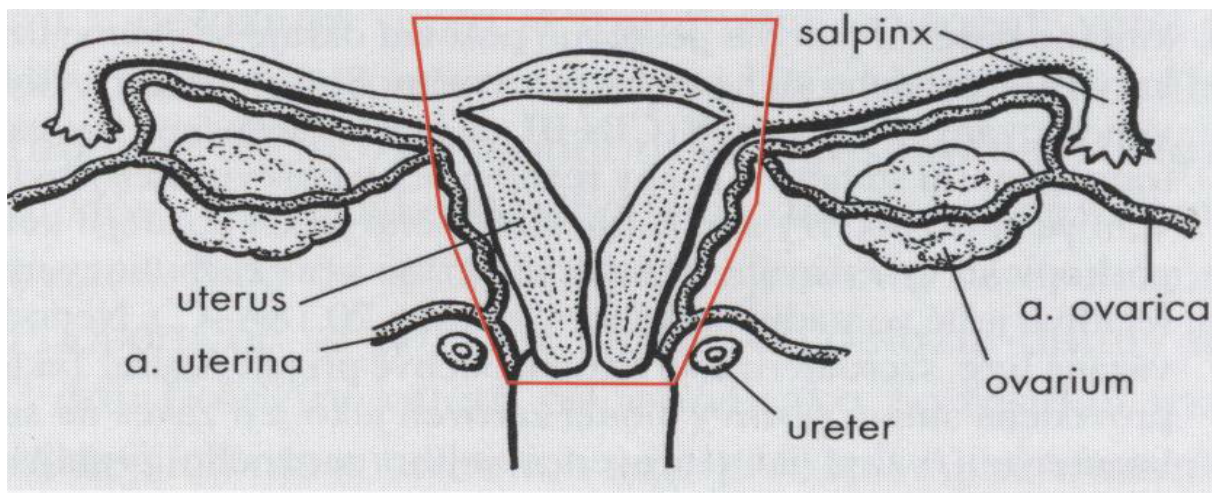
1. cervikální stopkatý „rodící se myom“
2. cervikální intramurální
3. submukózní široce nasedající
4. submukózní stopkatý
5. intramurální
6. subserózní
7. subserózní stopkatý
8. subserózní intraligamentózní



Příloha č.4 Laparoskopický pohled na subserózní a pendulující myomy (1)



Příloha č. 5 Prostá hysterektomie (1)



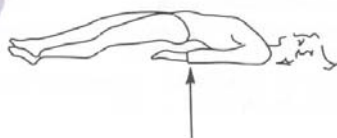
Příloha č. 6

1. cvik



Základní poloha: lež na zádech, horní končetiny při těle a dolní končetiny natažené. Při nadechnutí současně napínáme stehenní svaly, stahujeme sedací svaly a vtahujeme konečník a močovou trubici. Při vydechnutí dochází k celkovému uvolnění.

2. cvik



Cvičí se stejně jako u cviku 1, jen se přitom mírně zvedá pánev.

3. cvik



Základní poloha: lež na zádech, horní končetiny podél těla a dolní končetiny ohnuté v kolenou, chodidla jsou opřená o podložku. Při nadechnutí současně zvedáme pánev, stahujeme sedací svaly a vtahujeme konečník a močovou trubici. Spouštíme pánev, uvolňujeme se a vydechujeme.

4. cvik



Základní poloha: stejná jako u cviku č. 3. Jezdíme na kole za plynulého prodýchávání celého cyklu.

5. cvik



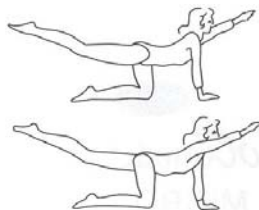
Základní poloha: lež na břiše, čelo opřené o hřbety rukou, dolní končetiny natažené. Při nádechu vytáčíme hlavu, ruce a trup doleva, stahujeme sedací svaly a svěrače. Při výdechu následuje návrat do základní polohy. Cvičení opakujeme, ale na opačnou stranu.

6. cvik



Základní poloha: krk, paže natažené, hlava vzpřímená. Svěrače nevtahujeme a střídavě zanožujeme levou a pravou končetinu. Při zanožování se nadechujeme a při návratu do základní polohy vydechujeme.

Příloha č. 7



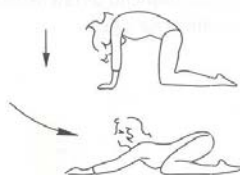
7. cvik

Základní poloha: jako při cviku č. 6. Střídavě s nadechováním předpažujeme pravou horní končetinu a zanožujeme levou dolní končetinu a naopak. Při návratu do základní polohy vydechujeme.

8. cvik

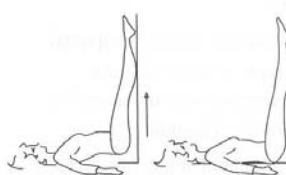


Základní poloha: klek, hlava vzpřímená. S nádechem levé koleno suneme k pravé ruce a vtahujeme svěrače. Při zpětném pohybu uvolňujeme a vydechujeme.



9. cvik

Základní poloha: klek. Děláme kočičí hřbety. Při prohýbání se nadechujeme, při ohýbání zad vydechujeme.



10. cvik

Základní poloha: lež na zádech, horní končetiny podél těla, natažené dolní končetiny opřeme o ribstol (stěnu, dveře), překřížíme. Při nádechu zdvedáme pánev, stahujeme sedací svaly a vtahujeme svěrače. Při spouštění pánve na podložku se uvolňujeme a vydechujeme.

11. cvik



Nedoporučuje se cvičit doma.

Základní poloha: lež na zádech hlavou k ribstolu (stěně, dveřím), dolní končetiny jsou natažené. Švihem dáme obě končetiny za hlavu a šlapeme na ribstolu směrem dolů. (Nohy jsou přitom stále napnuté). Při problémech se zády se tento cvik provádí pouze omezeně nebo se necvičí vůbec.

12. cvik



Sedneme si na okraj žíněnky, kolena přitáhneme k hrudníku a kolébáme se. Při pohybu vzad se nadechujeme, stahujeme sedací svaly a vtahujeme svěrače. Při pohybu vpřed se uvolňujeme a vydechujeme.