

UNIVERSITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav pro lékařskou etiku a ošetřovatelství

PÉČE O NEMOCNOU PO HYSTEREKTOMII

**NURSING CARE OF THE PATIENT AFTER
HYSTERECTOMY**

případová studie

bakalářská práce

Praha, Květen 2007

Petra Mejsnarová

Bakalářský studijní program – Ošetřovatelství

Studijní obor – Všeobecná sestra

Autor práce: Petra Mejsnarová

Bakalářský studijní obor: Ošetrovatelství

Studijní program: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Radomila Drozdová

Pracoviště vedoucího práce: 3LF Ústav lékařské etiky a ošetrovatelství

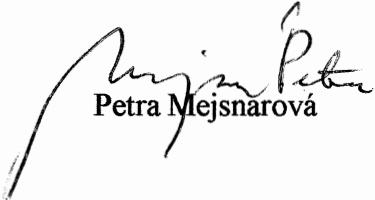
Odborný konzultant: MUDr. Rajmund Pokorný

Pracoviště odborného konzultanta: Gynekologicko – porodnická klinika

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jsem jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v SVI 3.LF UK a byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 25. května 2007



Petra Mejsnarová

Poděkování

Děkuji PhDr. Radomile Drozdové a MUDr. Rajmundu Pokornému za jejich vstřícnost a odborné vedení mé bakalářské práce.

Obsah

1. Úvod	str. 6
2. Klinická část	str. 7
2. 1 Anatomie a fyziologie reprodukčních orgánů	str. 7
2. 1. 1. Zevní rodidla	str. 7
2. 1. 2. Vnitřní rodidla	str. 9
2. 1. 3. Řízení děložního cyklu	str. 14
2. 2. Charakteristika onemocnění	str. 16
2. 2. 1. Klinický obraz	str. 16
2. 2. 2. Diagnostický algoritmus u symptomatické ženy	str. 18
2. 2. 3. Terapie adenokarcinomu endometria	str. 19
2. 2. 4. Vliv hysterektomie na psychiku ženy	str. 20
3. Základní údaje o nemocné	str. 22
3. 1. Lékařská anamnéza	str. 22
3. 2. Provedená vyšetření	str. 23
3. 3. Průběh hospitalizace	str. 24
4. Ošetrovatelská část	str. 35
4. 1. Teorie ošetrovatelského modelu dle Majory Gordonové	str. 35
4.2 Ošetrovatelská anamnéza	str. 37
4.3 Stanovení ošetrovatelských diagnóz	str. 41
4.4 Krátkodobý a dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, reallizace a hodnocení efektu poskytnuté péče	str. 44
5. Zhodnocení psychického stavu pacientky	str. 59
6. Edukace nemocné	str. 60

Seznam odborné literatury

Seznam příloh

Abecední seznam použitých zkratk

1. ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám ošetřováním pacientky po abdominální hysterektomii. Pacientkou je 47 letá paní J.S., která byla přijata na gynekologické oddělení s diagnózou adenokarcinom endometria grade I. k plánované hystrektomii.

V první polovině klinické části se zabývám anatomii a fyziologií reprodukčních orgánů ženy, v druhé polovině uvádím charakteristiku onemocnění, klinický obraz adenokarcinomu endometria, vyšetření vedoucí k diagnóze a léčbu tohoto nádoru.

V ošetrovatelské části používám metodu ošetrovatelského procesu, vycházející z modelu Funkčního zdraví Majory Gordonové. Díky získaným informacím ze zdravotnické dokumentace, od nemocné a ostatních zdravotnických pracovníků jsem analyzovala veškeré problémy a stanovila tak aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy. Pro vyřešení problémů pacientky jsem stanovila krátkodobý a dlouhodobý plán ošetrovatelské péče, popisuji realizaci plánu a hodnocení ošetrovatelských intervencí.

Závěr práce náleží psychologické problematice a edukaci nemocné. Cílem edukace bylo poučení pacientky o pooperační rekonvalescenci, dodržování lékařských a ošetrovatelských doporučení, podat dostatek informací o následcích a zodpovězení veškerých otázek pacientky, které byly v mé kompetenci.

2. KLINICKÁ ČÁST

V této části popisují anatomii a fyziologii reprodukčních orgánů ženy. Dále charakteristiku onemocnění adenokarcinomu endometria, jeho klinický obraz, diagnostiku a terapii. Nedílnou součástí je zmínění se o vlivu hysterektomie na psychiku ženy.

2.1 Anatomie a fyziologie reprodukčních orgánů ženy

K reprodukčním orgánům patří zevní a vnitřní rodidla a mléčná žláza.

2.1.1. Zevní rodidla (*organa genitalia externa*) – vulva

Hrma (*mons pubis – Veneris*) – vyvýšenina pod přední stěnou břišní, kterou tvoří tukový polštář, jímž prostupují vazivové trámce. Kůže hrmy je pokryta ochlupenou kůží s četnými mazovými a potními žlázami. Hrma pokračuje směrem kaudálním ve velké stydké pysky.

Velké a malé stydké pysky (*labija majora et minora pudendi*) – jejich podkladem jsou vazivově tuková tělesa. Kůže je kryta ochlupením stejným jako na hrmě. Velké stydké pysky k sobě přiléhají, a tvoří tak stydkou rýhu (*rima pudendi*), spojují se kaudálně a tvoří řasu. Do tukového tělesa velkých stydkých pysků se upíná *ligamentum teres uteri*. V dorzální straně velkých stydkých pysků se nachází párová žláza Bartholiniho (*glandula vestibularis major*).

Malé stydké pysky jsou kožními a slizničními útvary. Jsou uloženy mediálně od velkých stydkých pysků. Jsou bez ochlupení a potních žláz, mají žlásky mazové, bohatou žilní pletěň, a proto jsou mírně topořivé. Obsahují spongiózní (topořivou) tkáň. Kaudálně dosahují do dvou třetin

velkých stydkých pysků. Kraniálně se rozbíhají do dvou řas, mezi nimiž je uložen poštváček (klitoris). Přední řasa *praeputium clitoris* kryjící klitoris, je odpovídajícím derivátem prepuciální lamely glans penis. Zadní řasa *frenulum clitoris* souvisí s poštváčkem.

Poštváček (clitoris) - Je obdobou mužského pyje a je orgánem topořivým. *Glans clitoris* přechází v corpus clitoris, které je dlouhé asi 2cm. Připojené k stydké kosti vazem. Z poštváčku, právě tak jako z vnitřní plochy malých pysků, vycházejí podněty k pohlavnímu vzrušení (erotogéní zóny).

Panenská blána (hymen) – U děvčete, které dosud nemělo pohlavní styk, uzavírá poševní vchod. Panenská blána je vazivovým lemem, který má v centru otvor různého tvaru a velikosti. Otvor je prostupný jen několik milimetrů. Při prvním pohlavním styku se hymenální lem trhá a vzniká *hymen defloratus*. Po porodu zbývají z hymenálního okruhu v poševním vchodu drobné lalůčky. Po rozhrnutí velkých stydkých pysků mezi frenulum clitoris a vnitřní plochou labia minora je ploška – *vestibulum vaginae*. Ve středu vestibulu ústí močová trubice – *uretra*.

Pochva (kolpus, vagina) – je orgánem poddajným, v klidu má štěrbinový průsvit. Pochva se upíná na děložní hrdlo a vytváří tak přední a zadní poševní klenbu. V zevní vrstvě stěny pochvy probíhají svalové snopce podélně, vnitřní vrstva svaloviny má uspořádání kruhové. Stěna pochvy vytváří řasy (*columnae rugarum*). Na přední stěně pochvy nad poslední

lomenou řasou se nachází řasa příčná, tvořící Pawlíkův trojúhelník, do kterého se protíná *trigorum vasicae urinae*.

2.1.2 Vnitřní rodidla (*genitalia feminina interna*)

Děloha (metra, uterus, hystera) – nepárový dutý svalový orgán hruškovitého svalu. Zadní děložní stěna je obvykle vyklenutější, je dlouhá 7 cm, tělo (fundus) je široké 4 – 5 cm, v předozadním průměru 2,5 cm. Váží asi 50 g. Skládá se z těla – *corpus uteri*, jehož horní zaoblený konec se jmenuje – *fundus uteri*. Kaudálně se zužuje a přechází v krček – *cervix uteri*. Dolní část krčku je zavzata do horního konce pochvy a tvoří čípek děložní – *portio vaginalis cervicis*. Na polokulovitém čípku je drobný otvor – zevní branka děložní. V předozadním směru je děloha oploštělá. Popisujeme tak dvě plochy, přední, přivrácenou k močovému měchýři a zadní, obrácenou ke konečníku. Přecházejí do sebe v pravé a levé hraně děložní, které se stýkají s dnem v rozích děložních.

Na čípku dochází ke kontaktu dvou druhů epitelů, jednovrstevného, z kanálu děložního krčku a mnohvrstevného dlaždicového, kryjícího povrch čípku, který směřuje do pochvy.

Sliznici děložního hrdla tvoří řasy (*plicae palmatae*). Pokud řasy přesahují oblast děložního hrdla u dospělé ženy, je děloha ve vývoji opožděna.

Stěna děložní je poměrně silná a skládá se ze tří vrstev: sliznice – *endometrium*, svaloviny – *myometrium* a zevního obalu, kdy horní část uteru je zevně kryta serózou, dolní úsek advencií.

Sliznice děložní – **endometrium** je kryta jednovrstevným cylindrickým dlaždicovým epitelem obsahujícím jednoduché tubulózní žlázy. V děložním hrdle jsou žlázy, produkující viskózní hlen, který uzavírá zevní branku děložní. Endometriální vrstva je rozdělena na dvě zóny – *zona functionalis*, která se odlučuje při menstruaci a zase regeneruje během nového cyklu a *zona basalis*, jež při menstruaci zůstává zachována. Epitel děložní dutiny se připojuje přímo k děložní svalovině děložní – **myometrium**, jež je až 2cm vysoká vrstva hladkého svalstva. Celé děložní tělo je zevně kryto viscerálním peritoneem – **perimetriem**. Frontální řez děložní dutiny má tvar trojúhelníku, jeho vrchol je *orificium internum canalis cervicis*. Dva kraniální vrcholy jsou rohy děložní (*cornua uteri*). Děloha je v malé pánvi a je pohyblivá. Děložní hrdlo uloženo ve středu pánve tak, že čípek leží ve výši trnů sedacích kostí. Zevní ústí směřuje proti zadní poševní stěně. Podélná osa dělohy svírá s podélnou osou hrdla úhel 170° (*anteflexio uteri*). Svou přední stěnou naléhá děloha na močový měchýř.

Dělohu a ostatní části vnitřních rodidel (mimo vaječníků a vejcovodů) zásobuje *arteria uterina*, která odstupuje z *arteria iliaca interna (hypogastrica)* (ta odstupuje z *a. iliaca communis*). *A. iliaca interna* sestupuje do pánve nejprve při mediálním okraji *m. psoas*. Dorzálně za ní probíhá *vena iliaca interna*. *A. iliaca interna* se po krátkém průběhu rozdělí na dva kmene: ventrální a dorzální. Z dorzálního kmene se postupně oddělí *a. iliolumbalis*, *a. sacralis* a *a. glutea cranialis*. Z ventrálního kmene vystupují dvě větve parietální (*a. obturatoria* a *a. glutea caudalis*), ostatní

větve jsou viscerální: a. umbilicalis, a. vascalis cranialis, a. uterina, a. rectalis caudalis a a. pudenda interna, zásobující krví zevní rodidla.

Arteria uterina odstupující z a. iliaca interna, probíhá nejprve po fascii m. obturatorius, poté zahýbá mediálně do bazální části plica lata uteri, kde probíhá spolu s močovodem, k němuž z a. uterina odstupuje ramus utericus. U děložní hrany se odděluje a. cervicovaginalis směřující kaudálně, kraniálně se oddělují rami uteritri. Anastomóza s ramus tubarius a. ovaricae je u děložních rohů.

Vaječník (ovarium, oophoron) – je párová ženská pohlavní žláza. Jeho velikost se v průběhu života mění. Ovarium je pokryto jednou vrstvou tzv. *germinativním epitelem*, pod kterou je vrstva vazivová (*tunica albuqinea*). Pod tunikou jsou v kůře ovaria uloženy vaječné míšky (*folliculi*) v různých vývojových stádiích. Uvnitř ovaria se nachází vazivová dřev (*medulla*) s cévami a epiteliálními embryonálními zbytky z mezonefros a rete ovarii. Vaječník je uložen na zadním listu širokého vaz (na *plica lata*). Peritoneum končí v mezoovariu, kterým se ovarium upíná na široký vaz. S děložním rohem spojuje vaječník *ligamentum ovarii proprium*. *Plica suspensoria ovarii* spojuje vaječník s nástěnným peritoneem a přivádí k němu arterii ovarica, která zásobuje jak vaječníky, tak vejcovody. Odstupuje ventrálně z aorty, probíhá pod peritoneem kaudálním směrem, před vstupem do pánve překříží močovod, vstoupí do *ligamentum infundibulopelvicum*, kde se rozvětví v ramus ovaricus a ramus tubarius. Ramus tubarius anastomózuje u děložního rohu se vzestupnou větví a. uterina. Levá ovarialní žíla ústí obvykle do levé renální žíly, pravá přímo do dolní duté žíly. Povrch vaječníku se mění s jeho funkcí.

Vejcovod (salpinx, tuba uterina, tuba Falopii) – párový svalový orgán dlouhý asi 8-10 cm a tlustý 2-4 mm. Z děložní dutiny vystupuje jeho část intersticiální, která pokračuje v část istmickou s nejužším průsvitem a nejtlustší svalovinou. Laterální část vejcovodu (ampulární) ústí do břišní dutiny (*ostium abdominale tubae*). Ampulární část je nejširší, pokračuje v *infundibulum*, zakončené fimbriemi a je nejbližší ovariu. Sliznici vejcovodu tvoří podélné řasy, které jsou v intersticiální části čtyři, zmnožují se směrem laterálním, takže v ampule vejcovodu je řada stromkovitě rozvětvených řas. Úloha vejcovodu je v době fertilizace, zajišťuje transport spermií a oplozeného vajíčka.

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

a) *diaphragma pelvis* – kraniálně konkávním útvar, na kterém se podílí několik svalů. Jedním z nich je musculus levator ani, mezi jeho mediálními snopci v pubické části se nachází otvor - *hiatus genitalis*, kterým vystupují pochva a uretra z malé pánve.

b) *Diaphragma urogenitale* – svalově vazivová přepážka, která doplňuje pánevní dno zevně od *diaphragma pelvis* a uzavírá *hiatus genitalis*.

Vazivo v malé pánvi je buď řídké, nebo tvoří solidní pruhy. Mezi pochvou a m. levator ani je paracolpium, mezi děložními hranami a postranními pánevními stěnami je řídké vazivo – parametrium. Děložní hrdlo a poševní klenby poutá k pánevním kostem pevné vazivo ligamentum cardinale. Vaz který jde od zadní stěny děložního hrdla, obchází konečník a

končí v periostu křížové kosti, je ligamentum sacrouterinum. Od spodiny močového měchýře ke stydké kosti jde ligamentum pubovesicale, kterým probíhá močovod. Fyziologickou polohu pochvy, dělohy, močového měchýře i rekta zajišťují podpůrný aparát dělohy (diaphragma pelvis, diaphragma urogenitale) a závěsný aparát dělohy (retinaculum uteri spolu s ligamentum teres uteri, vazivovými obaly rekta a pochvy, ligamentum sacrouterinum). Ligamenta cardinalia udržují dělohu a postranní poševní klenby ve správné výši. Musculus levator ani svírá konečník a pochvu, kterou přitahuje dopředu a směrem kraniálním.

Pobříšnice – výstelka dutiny břišní (peritoneum) – pobříšnice přechází z břišní stěny na močový měchýř, kryje jej a ve výši orificum internum canalis cervicis uteri přestupuje na přední děložní stěnu. Jako perimetrum tvoří povrch děložního těla až do úrovně zadní poševní klenby, pokračuje na přední stěnu rekta ve výši druhého sakrálního obratle a dále vystýlá celou břišní dutinu. Mezi zadní děložní stěnou a konečníkem je Douglasův prostor (excavatio rectouterina). Je nejnižším místem celé břišní dutiny. Odstupem peritonea do děložních hran směrem k pánevním od děložních hran směrem k pánevním kostem vzniká zdvojení peritonea, tzv. široký vaz (plica lata). Na zadní stěně této duplikátory je připojeno ovarium vazivem (mesoovarium). Úpon ovaria na široký vaz rozděluje zadní část plica lata na úsek horní (mesosalpinx) a úsek dolní (mesometrium). Douglasův prostor kraniálně ohraničuje ligamentum teres uteri, ligamentum rotundum, oblý vaz). Vaječníky nejsou kryty pobříšnicí. Peritoneum končí na vaječníku při spojení mezovariem (Farrova bílá čára).

Mléčná žláza – tvoří ji tuková tkáň, vazivová septa a žlázové struktury v počtu asi 12 – 20 laloků (lobus). Laloky mají centrální vývod – mlékovod, který se větví do jednotlivých lalůčků. Mlékovody z laloků vyúsťují na bradavce. Mléčná žláza je bohatě zásobena lymfatickými uzlinami a krevními cévami. Reaguje na ovariální cyklus i na léčbu hormony.

2.1.3 Řízení činnosti ženského reprodukčního systému

Složité pochody v organismu ženy jsou úzce spojeny s funkcí jejího pohlavního ústrojí. Výrazně ovlivňují oblast citovou a volní. Na činnost pohlavních žláz působí zevní prostředí. Řízení činnosti vychází z oblasti centrální, tj. mozkové kůry (cortex), mezimozku (diencefalón), jeho hypotalamické oblasti a předního laloku hypofýzy (adenohypofýzy). Oblast, která je řízena, se nazývá periferní (ovarium). Cyklická funkce ovaria se projeví na cílových tkáních, na děloze, v pochvě a na trigoru močového měchýře. Endometrium děložní dutiny se v cyklu buduje a odbourává a cyklické změny končí krvácením. Cílovou tkání ovaria je také horní třetina pochvy, kde se cyklicky mění skladba buněk dlaždicového epitelu, báze močového měchýře, která je založena ze stejného základu jako děloha a horní třetina pochvy. Cílovou tkání je i mléčná žláza. Prodělává změny v různých obdobích života ženy a také v ovariálním cyklu.

Menstruační cyklus

Hladiny ženských pohlavních hormonů podléhají od puberty cyklickým změnám během menstruačního cyklu, který u člověka představuje 28 dní. První den krvácení (trvá průměrně 3 – 5 dní) je prvním dnem menstruačního cyklu. V polovině menstruačního cyklu nastává **ovulace**, kdy praskne Graafův folikul a uvolní se vajíčko z vaječníku. Je to způsobeno náhle zvýšenou

sekrecí luteinizačního hormonu hypofýzy. Folikul praskne a vniká corpus hemorrhagicum. Pokud nedojde k oplození corpus hemorrhagicum se přeměňuje na corpus luteum – žluté tělísko, které obsahuje hodně tuku, a 24. den se vytvoří corpus albicans, což je vlastně vazivová jizva. Při oplodnění vzniká corpus luteum graviditatis a menstruační cyklus se zastavuje, protože se mění produkce hormonů.

Děložní cyklus začíná menstruační fází. Po ní následuje *fáze proliferací*, kdy proliferuje děložní sliznice. To probíhá od 5. – 14. dne cyklu. Po ovulaci nastupuje *fáze sekreční*, při níž se zkypruje děložní sliznice vlivem progesteronu a zvětšují se děložní žlázy – je to příprava k nidaci vajíčka. Pokud nedojde k nidaci vajíčka, spirální artérie se stahují a dochází k vazokonstrikci s ischemií a ta vyvolá menstruační krvácení. Menstruační krev je nesrážlivá. V děložním krčku se mění během menstruačního cyklu vazkost hleny a větvení cév. Estrogeny snižují viskozitu hleny a mají arborizační účinek, progesteron způsobuje zahuštění hleny a brání arborizaci. Na vazkosti hleny také závisí schopnost průniku spermií do dělohy. Změny v děložním krčku se využívá při diagnostice ovulačních a anovulačních cyklů, kdy se sledují cytologické změny. Estrogeny zvyšují rohovatění epitelu, zatímco progesteron způsobuje proliferaci epitelu a sekreci hlenové vrstvy. Za života ženy se vytvoří až 500 Graafových folikulů, to je uvolnění 500 vajíček. V jednom cyklu se zpravidla uvolňuje jedno vajíčko. Během života ženy vajíčka stárnou, proto je u starších žen větší riziko genetických komplikací.

2.2 Charakteristika onemocnění

Adenokarcinom endometria patří v současné době k druhým nejčastějším maligním onemocněním u žen. Jeho incidence v průmyslově vyspělých zemích, na rozdíl od rozvojového světa, stále stoupá. V českých zemích je současná incidence tohoto onemocnění asi 30 na 100000 žen, tzn., že každý rok u nás onemocní touto chorobou okolo 1600 žen. Vyskytuje se kdykoliv, převážně jej zjistíme v menopauze, v šestém decenniu. Ženy s karcinomem endometria jsou často obézní, trpí diabetem a hypertenzí, zdůrazňuje se vliv estrogenů endogenních i exogenních a rodinná zátěž. Vzniká z atypické hyperplazie endometria (ze žlázových buněk) nejčastěji v oblasti fundu. Karcinom se šíří a prorůstá do svaloviny. V poměrně velkém procentu je diagnostikován ze 70 - 80% v prvním stadiu, kdy je ohraničen na děložní tělo a zastihne se pouze ve stadiu přímého šíření děložní stěnou. Šíření karcinomu endometria lymfatickými cestami směřuje do oblasti pánevních a paraaortálních uzlin. Jde o nejvýznamnější cestu šíření. Pokud se maligní buňky šíří hematogenní cestou nachází se metastázy v plicích, často v játrech a kostech. Metastázy v pochvě a na ovariu mohou vzniknout hematogenní diseminací, ale i lymfogenně či přímým šířením.

2.2.1 Klinický obraz

Nejčastějším příznakem karcinomu endometria je abnormální děložní krvácení různé intenzity od slabého špinění až po silné krvácení. Méně častý je vodnatý výtok. Bolest jako časný příznak je raritní a většinou je pozdním příznakem, signalizujícím pokročilé onemocnění. Pyometra u ženy v postmenopauze je varovným příznakem pro malignitu hrdla nebo těla děložního. Věk ženy je dalším důležitým faktorem v diagnostické rozvaze.

Onemocnění vzniká postupně. Na vzniku se podílí více faktorů jako je kouření, nesprávná výživa, alkohol, škodliviny v zaměstnání, znečištěné prostředí, sexuální faktory. Z iniciátorů rakoviny mechanické dráždění, ionizační dráždění, ultrafialové záření, chemické karcinogeny přirozené a umělé, biologické (viry, toxiny bakterií).

Pro prognózu je důležitá klasifikace nádorů. Nádory dělíme podle:

1. tkáně ze které vznikly (histologický druh nádoru – mesenchymové, epitelové, neuroektodermové, leukemie a lymfomy, smíšené nádory, mezoteliom, choriokarcinom) tzv. **TYPING**
2. velikosti a rozšíření nádoru tzv. **STAGING**. K určení velikosti a rozšíření nádoru se užívá mezinárodní klasifikace označovaná *TNM klasifikace*:

a) **T** znamená tumor a značí rozsah prvotního nádoru dělí se na:

- T0 – nepřítomnost primárního nádoru
- Tis – carcinoma in situ
- T1,2,3,4 – postupné zvětšování nádoru
- T(m) – více orgánů postiženo stadiem T1
- TX – nelze posoudit velikost nádoru

b) **N** znamená nodus a značí stav mízních uzlin

- N0 – bez postižení uzlin
- N1,2,3 – rozsah postižení lymfatických uzlin
- NX – postižení uzlin nelze posoudit

c) **M** znamená metastázy a značí přítomnost vzdálených metastáz

- M0 – chybí vzdálené metastázy

- M1 – prokazatelně vzdálené metastázy, může se doplnit zkratkou orgánu, ve kterém jsou přítomné např.: PUL (do plic), OSS (do kostí), HEP (do jater)
- MX – vzdálené metastázy nelze prokázat

3. stupně malignity (stupně buněčné diferenciaci nebo-li zralosti nádorových buněk) tzv. **GRADING**

- G1 – velmi diferencovaný nádor
- G2 – středně diferencovaný nádor
- G3 – nediferencovaný nádor

Na základě vyhodnocení všech tří dělení se stanoví klinické stadium onemocnění.

Dobře diferencované nádory jsou prognosticky příznivější. Případy karcinomů těla mají být děleny podle stupně diferenciaci adenokarcinomů následovně: G1 dobře diferencovaný, G2 středně diferencovaný, G3/4 málo diferencovaný/nediferencovaný.

2.2.2 Diagnostický algoritmus u symptomatické ženy

U pacientky, která přichází pro nepravidelné či různě silné krvácení, se provádí nejprve gynekologické vyšetření (palpačně, kolposkopie, cytologie) a ultrasonografické vyšetření (UZ) – abdominální a vaginální sondou. Mezi standardní postupy řadíme kyretáž s cílenou biopsií. Indikace frakcionované kyretáže (staging, grading, typing) hysteroskopie je u každé ženy s anamnézou krvácení či sankvinolentním výtokem, u každé ženy starší 40 let se silným či nepravidelným krvácením zejména s anamnézou sterility či infertility, suspektní ultrazvukový nález v dutině děložní. Je-li diagnóza karcinomu potvrzena, ordinuje se: cystoskopie eventuálně IVU (intravenózní vylučovací urografie).

Selektivně se indikuje CT vyšetření (počítačová tomografie) retroperitonea, eventuálně lymfografie.

2.2.3 Terapie adenokarcinomu endometria

Základní léčebnou metodou je *léčba chirurgická*. Od předoperačního ozařování bylo opuštěno. Primární radioterapie je vyhrazena pro ženy, u kterých je operační výkon tak rizikový, že výhody operační léčby nepřeváží rizika operace. Základem indikace pro *postoperační radioterapii* je zhodnocení adekvátnosti operační léčby se zhodnocením rizikových faktorů. *Hormonální terapie a chemoterapie* má své místo jako léčba adjuvantní u vysoce rizikových pacientek v pokročilých stádiích onemocnění a u recidiv. Optimální léčebná strategie musí vycházet ze zhodnocení předoperačních faktorů jako je typ nádoru, stupeň diferenciacie, věk a operační riziko. Na základě těchto rizikových faktorů je léčbou volby hysterektomie s oboustrannou adnexektomií nebo hysterektomie s oboustrannou adnexetomií a pánevní a paraaortální lymfadenektomií. Radikální hysterektomií s lymfadenektomií používáme u středně diferenciovaného nádoru. U pokročilejších nádorů se snažíme o maximální cytoredukci a radikalitu dle operačních možností. Pooperační radioterapie se individualizuje podle pooperačních rizikových faktorů. Používá se brachyterapie nebo kombinovaná brachyterapie s teleterapií. U vysoce interně rizikových žen se doporučuje jako primární metoda léčby samostatná radioterapie. Pětileté přežití nepřesahuje 40%. Hormonální léčbu indikujeme u pokročilých stádií, dobře diferenciovaných nádorů a u recidiv onemocnění. Používáme dlouhodobě gestageny ve vysokých dávkách (medroxyprogesteronacetát (Provea) v dávce 200 až 600 mg/den nebo megesterolacelát (Megace) v dávce 40 – 160 mg/den).

Po ukončení komplexní onkologické léčby jsou pacientky zařazeny do pravidelných kontrol (dispenzarizace), zpočátku jednou za měsíc, později po třech měsících poté po roce. Součástí kontroly je gynekologické vyšetření a laboratorní vyšetření krve, někdy vyšetření RTG a UZ. Sledování po léčbě slouží jednak k časnému zachytu případné recidivy onemocnění, jednak k posouzení a léčbě případných vedlejších účinků terapie, jednak k prevenci případných jiných nádorových procesů a onemocnění.

2.2.4 Vliv hysterektomie na psychiku ženy

Téměř všechny ženy přicházejí ke gynekologické operaci s obavami. Na sdělení nutnosti operace mohou reagovat negativními emocemi, úzkostí, strachem, panikou. Obavy souvisejí i s průběhem operace, s narkózou, pooperační bolestí. Pobyt v nemocničním prostředí pro ně představuje narušení životních plánů, změnu životních zvyků a závislost na ošetřujícím personálu. Psychické reakce, které souvisejí s odstraněním dělohy, jsou u jednotlivých žen odlišné. Jsou závislé na názoru ženy, jaký má děloha a její funkce význam pro život a zdraví. Některé ženy myslí, že menstruace jejich tělo očišťuje. Pro jiné menstruace a funkce dělohy představují regulaci jejich životní aktivity. 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 ztloustnout. Ženy, které mají takové názory, se budou s dělohou těžko loučit. Mnoho žen nemá plně jasno ani v rozdílech mezi dělohou a pochvou a myslí, že po odstranění dělohy nebude možný pohlavní styk. Sexuální život se naopak zlepší u žen, kterým bránilo tělesné onemocnění dělohy a u těch, které se bály nežádoucího těhotenství.

U žen, které jsou primárně depresivnější, se mohou po hysterektomii objevit depresivní reakce.

Pojem *posthysterektomický syndrom* zavedl Richards (1973). Popisuje nápadnou podobnost s klimakterickým syndromem. Syndrom zahrnuje únavu, depresi, bolesti hlavy, návaly horka, závratě, poruchy spánku, močové obtíže. Zdá se, že takový syndrom se u předtím duševně zdravých žen nevyskytuje. Sexuální život ženy se po hysterektomii nejčastěji nemění. Zhoršení nastává při somatické komplikaci výkonu, nebo tam, kde odstranění dělohy aktivuje nějaký psychologický problém. Ženu je nutné před operací poučit o pooperačním průběhu, o nepřítomnosti tělesných a psychických následků a o tom, že její pohlavní život s největší pravděpodobností nebude nepříznivě ovlivněn.

3. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ

Jméno: J.S.

Věk: 47 let

Výška: 167 cm

Váha: 86 kg

Krevní tlak: 135/8 mmHg

Pulz: 76/min.

Tělesná teplota: 36,6°C

3.1 Lékařská anamnéza

Čtyřicetisedmiletá pacientka J.S. byla přijata 10.12.2006 v 10:05 na gynekologické oddělení k plánované hysterektomii. Při příjmu zjistil lékař následující údaje:

Rodinná anamnéza: matka zemřela v 68 letech na plicní embolii

Osobní anamnéza: 16 let léčený diabetes mellitus II. typu na PAD, steatóza jater, obezita

Alergická anamnéza: nejuje

Abusus: kouří 5 – 7 cigaret denně po dobu pěti let, alkohol příležitostně, káva denně jeden šálek

Farmakologická anamnéza:

Glucophage 100mg tbl. 0-1-0

Avandamet tbl. 1-0-1

Glimepirit 4mg 1-0-0

Torvacord tbl. 0-0-1

Pracovní anamnéza – pracuje jako účetní u soukromé firmy

Sociální anamnéza – žije s rodinou v rodinném domě

Nynější onemocnění – pacientka J.S. byla na preventivní gynekologické prohlídce, kde byl na ultrasonografickém vyšetření nalezen endometriální hyperplazie, poté odeslána do FN, kde byla doporučena hysteroscopie s kyretáží.

Histologický nálezn: v obou odběrech zjištěna krevní koagula a zánětlivě změněná *atypická adenomatoidní hyperplázie korporální sliznice endometria s přechodem do poměrně dobře diferencovaného adenokarcinomu grade I*. Fokálně zastižena nepatrná ložiska dlaždicobuněčné diferenciace. K hloubce invaze se z tohoto vyšetření nelze vyjádřit.

Pacientka si stěžuje na silné nepravidelné krvácení, je přecitlivější, bolesti a jiné obtiže neudává.

3.2 Provedená vyšetření

Přítomný stav: TK 130/70 mmHg, váha 86 kg, výška 167 cm, TT 36,7°C

Cystoskopie: sliznice klidná, ureterální ústí bilat. štěrbinové, ejakulace moči zastižena pouze vlevo. Doporučeno UZ ledvin

RTG: Plicní parenchym bez prokazatelných ložisek

UZ vyšetření: děloha v AV, děloha 77/35/41 mm, endometrium 2.7 mm, pravé ovarium 20/10/0 mm, volná tekutina není. Levé ovarium nediferencuji pro dilatované střevní kličky

Ledviny: vpravo 86/44 mm, bez dilatace KPS, vlevo 86/49 mm, bez dilatace KPS, ve střední části dutiny dilatace 6.4 mm

Laboratorní vyšetření:

Koagulační: APTT 25.90; QUICK 10.60; RATIO 0.86; QUICK% 131;
INR 0.85;

KO: WBC 8.0; RBC 4.14; HGB 12.8; HCT 0.383; PLT 281

Biochemie: ionty v normě, ALP 1.06; AST 0.31; ALT 0.29, GMT 0.39;
bili-celk. 7.2, Amyláza 0.75; kreatin 85; krea/eGFR 0.97; urea 5.4, KM 296,
CRP 0.9

Moč - sediment: ery 19, leu 1, hyalijní válce 0, dlaždicový epitel 1;
moč-chemicky.: specifická hmotnost 1.012; pH 5; leu neg.; glukóza norma;
ketolátky – norma

Interní konzilium: EKG norma, schopna plánovaného výkonu
v celkové anestezii (při vynechání antidiabetik podat 500ml 10 % glukózy –
18j. Actrapidu i.v.), ponechat stávající medikaci, kontrola glykémie

3.3. Průběh hospitalizace

1. Předoperační fáze

V této fázi byly prováděny především diagnostické výkony.

- předoperační vyšetření bylo provedeno obvodním lékařem (viz. 3.2 stanovení lékařské diagnózy).
- při přijetí bylo provedeno opakované gynekologické UZ vyšetření a anesteziologické vyšetření.

Předoperační příprava proběhla následovně:

- Psychická příprava, vysvětlení léčebných a ošetrovatelských postupů
- Příprava operačního pole (oholit, umýt, vyčistit pupek), celková hygiena

- Vyprázdnění střeva (provedeno 3krát klyzma – odpoledne, večer, ráno)
- Lačnost (lehký oběd, večer jen tekutiny, od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit)
- Návčik dechové rehabilitace, odkašlávání, sebeobsluhy, cvičení dolních končetin, návčik sedu a vstávání

Bezprostřední příprava pacientky:

- celková hygiena
- uložení cenností a šatů
- vyprázdnění močového měchýře
- bandáž dolních končetin od prstů po třísla
- změření TK, P, TT a glykémie a záznam výsledných hodnot do chorobopisu
- premedikace v 7:30 hod. (30 min před operačním výkonem)
Dolsin 65mg i.m., Atropin 0,6 mg i.m. (dle ordinace anesteziologa)
- příprava dokumentace a odvoz pacientky na lůžku na centrální operační sál (předána do péče anesteziologické sestry)
- kód funkční úrovně: 0

2. Intraoperační fáze

Paní J.S. byla provedena abdominální hysterektomie extrafasciální s oboustranou adnexektomií, appendectomia s následnou revizí dutiny břišní. Pacientka byla během operace monitorována a průběh operace byl bez komplikací.

3. Pooperační fáze

2. den hospitalizace = 0. pooperační den

Po operaci byla pacientka přeložena na JIP gynekologického oddělení. Dle chorobopisu z JIP byl objektivní nález při přijetí: Pacientka klidná, pospává, eupnoická, afebrilní. Obvaz suchý, Redonův drén odvádí nepatrné množství tekutiny. Saturace O₂ 98%, EKG nález fyziologický, P 74/min., TK 130/80 mmHg

Sestra, která převzala paní J.S. do péče, v pravidelných intervalech sledovala:

- stav vědomí, bolest, barvu kůže
- případné prosáknutí obvazu operační rány, drenáž a eventuální krvácení z rodidel
- monitor – sledování vitálních funkcí: TK, P, D, EKG, saturace O₂, TT á 3 hodiny dle ordinace lékaře (vitální funkce byly ve fyziologických hodnotách)
- kontrola glykémie 3krát denně
- příjem a výdej tekutin, specifickou váhu moče, péče o zavedený permanentní močový katétr
- aplikace O₂ (nosní brýle), sledování oxymetrem
- péče o periferní kanylu, sledování známek flebitidy
- prováděná rehabilitace dýchacích cest
- dieta čajová od 15.00 hod.
- medikace:
 - ❖ DOLSIN 65 mg i.m. (v 10, 16, 22 hod.) analgetikum – anodynum

NÚ: závrať, psychické změny, pocení, sucho v ústech, nauzea až zvracení, hypotenze, poruchy srdeční frekvence, zrakové poruchy, útlum dýchacího centra, zácpa, retence moče, spasmus žlučovýchodů a alergické reakce. Podléhá ustanovení o omamných látkách, na přípravek vzniká závislost.

❖ FRAXIPARINE 0,3 sol. inj. s.c. ve 20.00 hod. - antitrombotikum

NÚ: krvácivé projevy v různých místech, kožní a podkožní reakce, malé krevní výrony v místě vpichu, náhlé objevení pevných uzlíků, nejsou cystické struktury, spontánně vymizí, zřídka kožní nekrózy v místě vpichu kterým předchází zčervenání, bolestivé zarudlé skvrny – léčbu okamžitě přerušit

➤ ATB: 0

- Infúze:
1. Ringer 1000 ml
 2. Glukóza 10 % 500 ml + 18 j. Actrapid i.v.
 3. Hartmann 1000 ml

Zhodnocení:

- Pacientka byla v 10.20 hod. přivezena z operačního sálu, při vědomí, klidná, orientovaná
- TK, P, D, TT - po celou dobu fyziologické hodnoty
- Glykémie 5,8 mmol/l
- Saturace O₂ 94 – 98 % během celého dne
- P+V tekutin: *příjem celkem* 2830 ml (2500 ml i.v. infúze (flexila) + 330 ml čaje per os)

výdej: močový katétr odvedl celkem 2300 ml čiré moči,
specifická váha 1017 – 1119

- obvaž suchý, rána klidná, z rodidel nekrvácela, Redonův drén odváděl nepatrně
- léky aplikovány dle ordinace lékaře, nežádoucí účinky se nevyskytly, v noci spala
- periferní kanyla bez známek flebitidy
- kód funkční úrovně: 5
- pacientce zajištěna úlevová poloha, lůžko bylo dle potřeby upravováno, provedena večerní toaleta včetně ošetření dutiny ústní, kůže sledována a promazávána
- dechová rehabilitace (série hlubokých nádechů a výdechů, zdůraznění výdechu) + odkašlávání hlenu. Dále byla pacientka vyzývána k jednoduchým pohybům končetinami, přetáčení se z boku na bok dle možnosti.

3. den hospitalizace = 1. pooperační den

Pacientka nadále zůstává na JIP, stěžuje si na velkou bolestivost nad operační jizvou a na mírnou nauzeu, subfebrilní, operační rána klidná, z rodidel nekrvácí, moč čirá

- nadále pravidelně sledován TK, P á 3hod., TT 3x denně, glykémie 3x denně, P+V tekutin
- odběr krve: KO, ionty, celková bílkovina, glykémie – laboratorní nálezy v normě
- infúze: 1. Glukóza 10 % 500 ml + 18 j. Actrapid i.v.
 2. Ringer 500 ml
 3. Hartmann 500 ml
- medikace ošetřujícího lékaře:

❖ FRAXIPARINE 0,3 sol. inj. s.c. ve 20.00 hod.

❖ DEGAN 1 amp. i.v. podle potřeby – antiemetikum – prokinetikum

NÚ: vzácné, přechodně únava, ospalost, neklid, zmatenost, bolest hlavy,
kopřivka, sucho v ústech

❖ TRAMAL 1 amp. i.m. á 6 hod. - analgetikum – anodynum

NÚ: ospalost, únava, závrať, sucho v ústech, nauzea, zvracení, zácpa,
poeni, ojediněle změny TK, křeče, alergické reakce

❖ PARALEN supp. Antipyretikum – analgetikum

➤ Dieta čajová

➤ Rehabilitace

Zhodnocení:

➤ TK, P a glykémie – v normě

➤ TT ráno v 6.00 hod. 37,8°C aplikován Paralen supp., tekutiny

➤ P+V tekutin: - *příjem celkem* 2300ml (1500ml parenterálně,
800ml per os)

- *výdej* 2100 ml moč čirá, péče o peramentní katétr

➤ kanyla i.v. po aplikaci infúzí odstraněna, vpich bez známek
flebitidy

➤ převaz operační rány, rána klidná, břicho měkké

➤ po aplikaci Deganu 1 amp. i.v. pocit nauzey odezněl

➤ dieta čajová

➤ větry neodchází

➤ po aplikaci analgetik pacientka spává, je klidná, bolest
pocituje jen mírně, po aplikaci Paralen supp., teploty ustoupily

- kód funkční úrovně: 4
- rehabilitace: mobilizace na lůžku, posazování, vstávání z lůžka, dechová rehabilitace
- ráno hygienická péče v doprovodu sestry u umyvadla, pacientka si stěžovala na velkou bolest nad operační ránou – podán Tramal 1 amp. i.m.
- úprava lůžka podle potřeby

4. den hospitalizace = 2. pooperační den

Pacientka byla ráno v 8:30 hod. přeložena z JIP na standardní gynekologické oddělení na třílůžkový pokoj.

Při propuštění z JIP: pacientka ráno vstávala, chodila, větry 0, operační rána klidná, nauzea odezněla, stav stabilizovaný, diuréza dostatečná, z rodidel nekrvácí, permanentní močový katétr v 8:00 hod. zrušen. Drén neodváděl – odstraněn, rána klidná.

- TK a P 3x denně – fyziologické hodnoty, TT afebrilní
- Glykémie 3x denně - norma
- Vyprazdňování: P+V zrušen, pacientka močí spontánně, moč čirá, větry se objevily, stolice 0
- Dieta bujón
- Medikace dle ošetřujícího lékaře:
 - ❖ FRAXIPARINE sol. inj. s.c. ve 20.00 hod.
 - ❖ TRAMAL 1 amp. i.m. při bolesti (á 6 hod.)
 - ❖ HYPNOGEN tbl. 0-0-1 hypnotikum – sedativum

NÚ: objevují se 1hod. od požití, pokud pacient neulehne, bolesti hlavy, ospalost, závratě, citová otupělost, snížená činnost, zmatenost, průjem,

zvracení, dvojité vidění, vyrážka, výpadky paměti, únava, svalová slabost, poruchy hybnosti, deprese, podrážděnost, agresivita, bludy, vztek, noční děsy, halucinace, nevhodné chování

➤ Dlouhodobá medikace pacientky:

❖ GLUCOPHAGE 100 mg tbl. 0-1-0 perorální antidiabetikum

NÚ: nevolnost, zvracení, řídká stolice nebo průjem

❖ AVANDAMET tbl. 1-0-1 perorální antidiabetikum

NÚ: bolesti břicha, snížení hladiny cukru pod normální hladinu (hypoglykémie), ohraničený otok (edém), změny počtu krvinek, nadýmání, pocit na zvracení, zánět žaludku, zvracení, průjem, zvýšení tělesné hmotnosti, kovová pachuť v ústech, zvýšení hladiny tuků v krvi, srdeční selhávání a plicní otok – hl. příznak dušnost, nechutenství, zácpa, bolesti hlavy, závratě...

❖ GLIMEPIRIT 4 mg tbl. 1-0-0 – perorální antidiabetika

NÚ: zvláště na začátku léčby může dojít k přechodnému zhoršení zraku, vzácně se může objevit hypoglykémie, změny krevního obrazu, alergické reakce např. svědění, kopřivka nebo vyrážka, nevolnost, zvracení, průjem, pocit tlaku nebo plnosti v nadbříšku, bolesti břicha porucha jaterních funkcí

❖ TORVACORD tbl. 0-0-1 hypolipidemikum

NÚ: nevolnost, zácpa, nadýmání, poruchy trávení, bolesti břicha, průjem, svalové bolesti, bolesti zad a kloubů, pocity tzv. mravenčení, otoky, stavy slabosti, bolesti hlavy, závratě a nespavost. Dále zvýšení hodnot jaterních enzymů, alergické reakce.

Zhodnocení:

- Pacientka se cítí citově rozrušená, plačtivá, bolest operační rány mírná
- Léky podány dle ordinace lékaře, vedlejší účinky léků nebyly zpozorovány
- Celková hygiena byla provedena ve sprše s dopomocí sestry
- Kód funkční úrovně: 3
- Rehabilitace ráno s rehabilitační sestrou, přes den chůze s doprovodem sestry, kondiční a dechová cvičení

5. den hospitalizace = 3. pooperační den

- TK+P 2x denně – v normě
- Glykémie 3x denně - norma
- TT 2x denně – afebrilní
- Vyprazdňování: větry+, stolice 0 – dle ordinace lékaře aplikace glycerinového čípku, zvýšený příjem tekutin
- Kód funkční úrovně: 3
- Rehabilitace
- Dieta diabetická
- Medikace dle ošetřujícího lékaře:
 - ❖ FRAXIPARINE 0,3 sol. inj. s.c. ve 20:00 hod.
 - ❖ TRAMAL 1 tbl. při bolesti
 - ❖ HYPNOGEN 1 tbl. 0-0-1
 - ❖ Dlouhodobá medikace pacientky

6.- 8. den hospitalizace - 4. – 6. pooperační den

Pacientka se cítí dobře, udává mírnou bolest, stolice +, větry odchází, močení bez obtíží, rána klidná.

- TK – normotenze
- Glykémie 3x denně v normě
- TT – afebrilní
- Medikace dle ošetřujícího lékaře:
 - ❖ FRAXIPARINE 0,3 sol. inj. s.c. ve 20:00 hod. (6. pooperační den antitrombotická léčba dle ordinace lékaře vysazena)
 - ❖ TRAMAL 1 tbl. při bolesti
 - ❖ HYPNOGEN 1 tbl. 0-0-1
 - ❖ Dlouhodobá medikace pacientky
- dieta diabetická
- kód funkční úrovně: 3

9.- 11.den hospitalizace - 7. – 9. pooperační den

Pooperační průběh nekomplikovaný, pacientka afebrilní, z rodidel nekrvácela, operační rána klidná, hojení per primam, subjektivně bez obtíží, 9. pooperační den stehy odstraněny. Glykémie nadále 3x denně, hodnoty v normě. Pacientka nadále užívala dlouhodobou medikaci, analgetika podávána při bolesti. Kód funkční úrovně: 2

12. den hospitalizace = 10. pooperační den

Pacientka propuštěna do domácího léčení , cítila se dobře. Ráno kontrola glykémie honota 5,8 mmol/l. Doporučená kontrola v nemocnici do dvou dnů, kontrola u obvodního lékaře do 3 dnů a na gynekologické ambulanci za 14 dní. Ošetřující lékař poučil pacientku o šetrčím režimu.

4. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Pro zpracování informací o pacientce J.S. jsem využila metodu ošetřovatelského procesu, přičemž vycházím z ošetřovatelského modelu fungujícího zdraví Majory Gordonové. Vzhledem k rozsáhlosti hospitalizace, jsem se rozhodla stanovit krátkodobý ošetřovatelský plán k 0. - 1. pooperačnímu dni což je 2. - 1 den hospitalizace a dlouhodobý plán k zbývajícím dnům hospitalizace.

4.1 Teorie ošetřovatelského modelu dle Majory Gordonové

Tento model byl poprvé publikován v letech 1982, 1987 ve Spojených státech amerických. V Evropě se začal tento model akceptovat v 90. letech a v různých modifikovaných podobách. „Model funkčního typu zdraví“ je jedním z ošetřovatelských modelů, který umožňuje koncepční rámec pro systematické ošetřovatelské zhodnocení zdravotního stavu pacienta v jakékoli oblasti systému péče. Ošetřovatelským cílem je co nejvyšší úroveň zdraví a přijetí zodpovědnosti jedince za své zdraví. Klient/pacient dospívá k rovnováze bio-psycho-sociální interakcí (porucha jedné oblasti narušuje zdraví celého organismu). Klient/pacient je vnímán jako holistická bytost se svými biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami. Jako bytost s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví.

Pokud sestra identifikuje dysfunkční vzorec zdraví, musí stanovit ošetřovatelské diagnózy a pokračovat v ostatních krocích ošetřovatelského procesu.

Základní strukturu modelu tvoří 12 vzorců zdraví:

1. *Vnímání zdraví – udržování zdraví* – jak pacient vnímá svůj zdravotní stav a jak udržuje své zdraví a způsoby, kterými se o vlastní zdraví stará

2. *Výživa a metabolismus* – zahrnuje způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu

3. *Vylučování* - zahrnuje exkreční funkci střev, močového měchýře, kůže, pravidelnost, užívání projímadel, vyprazdňovací rituál

4. *Aktivita a cvičení* – obsahuje způsoby udržení tělesné kondice cvičením nebo jinými aktivitami, zahrnuje aktivity denního života, volného času a rekreační aktivity. U sebepečce se využívá kódů pro funkční úroveň:

Úroveň 0: nezávislý, soběstačný nemocný

Úroveň 1: potřebuje minimální pomoc, sám používá pomocný prostředek (pomůcku a zařízení)

Úroveň 2: potřebuje menší pomoc, dohled, radu

Úroveň 3: potřebuje pomoc druhé osoby, pomůcky nebo zařízení

Úroveň 4: potřebuje úplný dohled

Úroveň 5: potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat

5. *Spánek a odpočinek* – zahrnuje způsob spánku, oddechu, relaxace

6. *Vnímání, citlivost a poznávání* – obsahuje schopnost smyslového vnímání a poznávání, včetně bolesti a poznávací (kognitivní) schopnosti jedince

7. *Sebepojetí a sebeúcta* – vyjadřuje jak jedinec vnímá sám sebe, jakou má o sobě představu

8. *Role – mezilidské vztahy* – obsahuje plnění a přijetí životních rolí a úroveň interpersonálních vztahů

9. *Sexualita* – zahrnuje reprodukční období a sexualitu, včetně spokojenosti, změn

10. *Stres* – obsahuje celkový způsob tolerance a zvládnání 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* – získané informace o pacientce, které se jinam nehodí

4.2 Ošetřovatelská anamnéza

Následující informace jsem získala standardizovaným rozhovorem a objektivním pozorováním pacientky při *rozhovoru*.

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví

Od svých třicetijedna let se pacientka léčí s diabetes mellitus II. typu kompenzovaným perorálními antidiabetiky. Předtím kromě běžných dětských nemocí vážněji nestonala. Veškeré stomatologické a gynekologické preventivní prohlídky absolvuje pravidelně. Poslední půl rok udává velmi časté a bolestivé krvácení. Vzhledem k tomu, jak sama udává, začala být dosti přecitlivělá, myslela si že je „v přechodu“. Po preventivní prohlídce u svého gynekologa byla odeslána do FN na další vyšetření. Diagnóza byla stanovena jako adenokarcinom endometria a pacientce byla doporučena operace. Jak sama pacientka říká: „vždy, když se dovím o svém

zdravotním stavu špatnou zprávu, snažím se nepřipouštět, že by mi mohlo něco být, ale určitou nejistotu v sobě mám, a ta mě nakonec přiměje, abych o tom víc přemýšlela a připustila si to.“ Na základě získání dostatečných informací co vše léčba obnáší, se rozhodla operaci podstoupit.

2. *Výživa a metabolismus*

Od té doby co byla u pacientky zjištěna cukrovka, se snaží udržovat pravidelný dietní stravovací režim. Za posledního půl roku výrazně nezhubla ani nepřibrala.

Od hospitalizace nemá moc hlad ani chuť k jídlu. Pitný režim dodržuje velmi pravidelně, její denní příjem tekutin před hospitalizací činil asi 1,5 – 2,5 litru. Operační rána jí nesvědí, je klidná, krytá sterilními čtverci, jiné problémy neuvádí. Stav kůže v normě.

3. *Vylučování*

Doma udává pravidelnou stolici. Čas od času trpí zácpou. Projímadla užívá jen v krajní nouzi. Po operaci na stolici ještě nebyla, větry odcházejí, ale udává při nich bolestivost břicha a také stydlivost vůči spolupacientkám. Problémy s močením neudává. Po operačním výkonu měla zavedenou močovou cévku. Po jejím odstranění močí spontánně, pálení, řezání, tlak v močovém měchýři nemá. Zvýšeně se nepotí.

4. *Aktivita a cvičení*

Díky pracovní době od sedmé hodiny ráno do šesté večerní na aktivní sportování mnoho času neměla. Nikdy pravidelně nesportovala. Snaží se chodit co nejvíce pěšky a občas jezdí s manželem na kole. Aktivní je

především v trávených chvílích na chalupě, kde se stará o svou zahradu, což jí i těší, jelikož je to jejím velkým koníčkem.

5. *Spánek a odpočinek*

Se spánkem problémy nemá, ba naopak je to věc, s jejíž kvalitou je opravdu spokojená. Doma pravidelně usíná kolem deváté maximálně desáté hodiny večerní a vstává kolem páté – šesté hodiny. Pro navození spánku využívá četby knihy. Svůj spánek hodnotí velmi kvalitně.

Od operace se jí v noci budí bolesti břicha.

6. *Vnímání (citlivost), poznávání*

Po operaci se cítí plačtivější, vše jí dojíká. Má obavy z výsledku histologie a také nečekala, že bude pociťovat tak velkou bolest. Má také obavy co se týče zaměstnání, jeho ztráty z důvodu dlouhodobé absence.

Obtíže ze zrakem ani sluchem nemá. Orientuje se a odpovídá přiměřeně. O svůj zdravotní stav se zajímá, má však pocit, že jí lékaři neříkají přesné informace, což je zdrojem její obavy o zdárný průběh rekonvalescence. Pokud se objeví bolest operační rány, je domluvena se sestřičkou a dostane tišící léky.

7. *Sebepojetí a sebeúcta, vnímání sebe sama*

V poslední době vnímá sebe sama negativně, nic jí nejde a připadá si že, nic neumí. Rozhoduje se, co nadále se svým zaměstnáním a přemýšlí co jiného by mohla dělat. Vždy ji potěší telefonát či návštěva rodiny.

8. *Role, mezilidské vztahy*

Bydlí v trojgeneračním rodinném domě se svými dvěma dcerami a manželem, se svou sestrou a jejím synem a přítelem a se svými rodiči. Za celou dobu soužití, v tom vidí výhody i nevýhody. Se svými dětmi a manželem mají velice kladný vztah. S rodiči vychází také dobře, zejména s otcem, se svou sestrou spolu nemluví od té doby co má nového přítele a její přístup se ke všem rodinným příslušníkům změnil se k horšímu. V poslední době je tak v dění hádek a neschod. Proto velice často odjíždí a mužem na chalupu, kde mají svůj klid a pohodlí.

V pracovní atmosféře je vcelku spokojena, až na opožděné výplaty, díky kterým přemýšlí o změně zaměstnání. Většinu času je v práci sama, pracuje u soukromé firmy, se svým nadřízeným a jeho ženou mají kladný přátelský vztah. S manželem mají také spoustu přátel, se kterými rádi tráví volný čas. V partnerském životě s manželem je velmi spokojená.

9. *Sexualita, reprodukční období*

Posledního půl roku měla nepravidelnou, častou a bolestivou menstruaci (díky základnímu onemocnění). Porodila dvě dívky v termínu, komplikace při porodu neuvádí, ve 22 letech potratila v 7. měsíci těhotenství dvojčata. Hormonální terapii neužívá. Sexuální život jí vyhovuje, obavy má ze sexu po operaci, jak ale říká: „v operaci vidím i výhodu totální antikoncepce“.

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

V těžkých chvílích má největší oporu od manžela a dětí. Stresové situace se snaží řešit v klidu, žádné zvláštní postupy při řešení problémů nepoužívá. Snaží relaxovat při práci na zahrádce. Pravidelně užívá své léky

na cukrovku, užívání ostatních léků se vyhýbá a snaží se vše léčit bylinkami.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Paní J.S. je nevěřící. Je toho názoru, že největší moc má příroda a člověk proti ní nic nezmůže. Nejvyšší hodnotou je pro ní zdraví, které by si přála pro sebe i celou svou rodinu.

12. Jiné:

Před hospitalizací kouřila 5-7 cigaret denně. Když se dověděla, že musí chodit kouřit dolů do přízemí (kam by díky bolesti nedošla), rozhodla se pokusit přestat kouřit.

4.3 Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Krátkodobý ošetřovatelský plán:

Ošetřovatelská diagnóza č. 1: Akutní bolest v operační ráně v důsledku chirurgického výkonu

Ošetřovatelská diagnóza č.2: Nevolnost z důvodu chirurgického zákroku

Ošetřovatelská diagnóza č.3: Porucha soběstačnosti (kód funkční úrovně 5) v důsledku operačního výkonu

Ošetřovatelská diagnóza č.4: Změna tělesné teploty (horečka) z důvodu operačního výkonu

Ošetřovatelská diagnóza č.5: Porušení integrity kůže v důsledku operační rány

Ošetrovatelská diagnóza č.6: Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení močového katétru, i.v. kanyly, drénu (infekce, dekubitus sliznice, neprůchodnost apod.)

Ošetrovatelská diagnóza č.7: Riziko změny fyziologických funkcí z důvodu operačního zákroku

Ošetrovatelská diagnóza č.8: Riziko pádu/úrazu z důvodu medikace

Dlouhodobý ošetrovatelský plán:

Ošetrovatelská diagnóza č.9: Strach z důvodu ztráty životních jistot – zaměstnání

Ošetrovatelská diagnóza č. 10: Porucha spánkového rytmu z důvodu bolesti

Ošetrovatelská diagnóza č.11: Riziko změny ve vyprazdňování střeva – zácpa – z důvodu snížené úrovně aktivity a změny denního režimu

Ošetrovatelská diagnóza č.13: Riziko vzniku komplikací cukrovky (hypoglykémie, hyperglykémie) z důvodu operace

Ošetrovatelská diagnóza č.14: Riziko změny stavu výživy z důvodu snížení chuti k jídlu

Ošetrovatelská diagnóza č.15: Riziko vzniku TEN z důvodu operačního výkonu

Ošetrovatelská diagnóza č.16: Riziko deficitu objemu tekutin – dehydratace z důvodu sníženého příjmu tekutin

4.4 Plán ošetrovatelské péče, realizace a hodnocení efektu poskytnuté péče

Pacientku jsem přijímala z operačního sálu, po uložení na pokoj a zajištění všech potřebných věcí, jsem začala se stanovováním diagnóz. Stanovila jsem krátkodobý ošetrovatelský plán k 1. pooperačnímu dni (3 den hospitalizace) a dlouhodobý plán ke zbylým dnům hospitalizace.

Krátkodobý plán ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská diagnóza č. 1: Akutní bolest v operační ráně v důsledku chirurgického výkonu

Cíl: zmírnění akutní bolesti operační rány

Plán péče:

- aplikovat léky dle ordinace lékaře a sledovat vedlejší účinky léku
- podávat léky v přesných časových intervalech, než odezní účinek předchozí dávky
- zajistit úlevovou polohu na boku
- akceptovat a uznat bolest tak jak ji vnímá pacientka
- zaznamenávat intenzitu bolesti pomocí škály od 1 – 10 do ošetrovatelské dokumentace

Realizace a hodnocení:

Analgetika byla aplikována dle ordinace lékaře, 1 amp Tramalu i.m.při bolesti á 6 hod. (v 6-12-18-24 hod.). Pacientka zaujmula úlevovou polohu

na boku. Svoji bolest hodnotí jako střední intenzity, po instruktáži vyjadřuje pomocí škály 4.

U pacientky jsem nezaznamenala žádné průvodní známky bolesti (jako verbální projevy bolesti či bolestivý výraz v obličeji).

Cíl byl splněn, po podání analgetik v pevných časových intervalech došlo ke zmírnění bolesti.

Ošetřovatelská diagnóza č.2: Nevolnost z důvodu chirurgického zákroku

Cíl: Pacientka nepociťuje nevolnost, je dostatečně hydratována

Plán péče:

- zjistit příčinu nevolnosti
- podávat antiemetika dle ordinace lékaře
- sledovat účinek antiemetik
- sledovat a zaznamenávat příjem a výdej tekutin
- tišit bolest
- pacientka má k dispozici emitní misku a buničinu

Realizace a hodnocení:

Pacientce byl v 6 hod. aplikován Degan 1 amp i.v. dle ordinace lékaře, vše rádně zapsáno do dokumentace. Vedlejší účinku léku jsem nezpozorovala. Během dnešního dne byl příjem tekutin celkem 2300 ml (1500 ml parenterálně a 800 ml per os).

Cíl splněn pacientka nepociťuje po podání léku nevolnost a je dostatečně hydratována.

Ošetřovatelská diagnóza č.3: Porucha soběstačnosti
(kód funkční úrovně 5) v důsledku operačního výkonu

Cíl: Pacientka bude mít po operaci pocit pohodlí, spokojenosti a čistoty

Plán péče:

- v 8 – 20 hod. provést celkovou hygienu, včetně dutiny ústní a genitálu, vyměnit osobní a ložní prádlo
- zajistit udržení osobního vzhledu v přiměřeném stavu
- aplikovat analgetika a sledovat jejich účinnost a případné nežádoucí účinky
- udržovat klidné prostředí, zajistit bezpečí a pohodlí
- provádět záznamy do dokumentace

Realizace a hodnocení:

Hygiena byla provedena pouze v 20 hod. v doprovodu sestry u umyvadla z důvodu ranní nevolnosti a bolesti pacientky. Ložní a osobní prádlo bylo vyměněno dle potřeby. Podán Tramal 1 amp i.m. a Degan 1 amp i.v. dle ordinace lékaře. Po vykonání hygieny má pání J.S. pocit pohody a čistoty a cítí se lépe. Veškerou vykonanou hygienickou péči a podané léky jsem zaznamenala do dokumentace.

Ošetřovatelská diagnóza č.4: Změna tělesné teploty (horečka)
z důvodu operačního výkonu

Cíl: pacientka bude mít normální tělesnou teplot, budou jí aplikovány léky podle ordinace lékaře

Plán péče:

- pravidelně a přesně měřit tělesnou teplotu á 3 hodiny
- hodnoty zaznamenávat do dokumentace
- podávat ordinovaný lék (Paralen)
- zajistit zvýšený příjem tekutin alespoň 2,5 litrů za den
- zajistit optimální teplotu prostředí
- dle potřeb vyměnit ložní i osobní prádlo

Realizace a hodnocení:

Tělesná teplota jsem sledovala pravidelně a pečlivě. Hodnoty jsem zapisovala do dokumentace. Aplikován Paralen supp. dle ordinace lékaře v 6 a 18 hod. Poslední naměřená tělesná teplota je 37,2°C.

Ošetrovatelská diagnóza č.5: Porušení integrity kůže v důsledku operační rány

Cíl: pacientce se zhojí rána per primam

Plán péče:

- dodržování všech aseptických pravidel sterilního ošetřování operační rány
- při převazu sledovat vzhled operační rány, eventuelně prosakování
- péče o drén (napojení, podtlak, odsávání, vzhled a množství tekutiny)

Realizace a hodnocení:

Obvaz není prosáklý, drén odvádí bez problémů.

Ošetrovatelská diagnóza č.6: Riziko změny fyziologických funkcí z důvodu operačního zákroku

Cíl: Včasná identifikace příznaků selhávání vitálních funkcí v bezprostředním pooperačním období

Plán péče:

- sledování vitálních funkcí TK, P, D, TT, vědomí
- čas, frekvenci a údaje získané při měření vitálních funkcí zaznamenávat do dokumentace
- sledovat výskyt příznaků souvisejících se selháváním vitálních funkcí (hypotenze, tachykardie, dyspnoe, poruchy vědomí)
- nepravidelnost vitálních funkcí a změny zdravotního stavu pacientky ihned hlásit lékaři

Realizace a hodnocení:

Vitální funkce byly sledovány pomocí monitoru, tělesná teplota měřena á 3 hod.. V bezprostředně pooperačním období byl tlak v normotenzi 115 – 140/80 mmHg, puls 72-78/min., pravidelný, počet dechů za minutu 16-18, pravidelný. Tělesná teplota pacientky 37,7°C pacientce aplikován Paralen supp. dle ordinace lékaře. Naměřené hodnoty byly zaznamenávány do dokumentace.

Barva kůže a sliznic normální, z rodidel nekrvácí. Obvaz operační rány prosáklý není. Pacientka při vědomí, komunikuje. Při hodnocení funkcí nebyly žádné nepravidelné změny zaznamenány.

Cíl byl splněn pacientka nadále bez zvýšených hodnot fyziologických funkcí.

Ošetrovatelská diagnóza č. 7: Riziko vzniku infekce v důsledku zavedení močového katétru, i.v. kanyly, drénu (infekce, dekubitus sliznice, neprůchodnost apod.)

Cíl: pacientka bude ještě v předoperační fázi informována o výkonech, průběh výkonů bude bez komplikací. Katétr, drén a kanyla splní svou funkci a budou včasné rozpoznány příznaky zánětu

Plán péče:

- sledovat místo vpichu, odvádění drénu a močové cévky
- při převazu postupovat přísně asepticky
- ošetřit místo vpichu vhodnými prostředky
- soustavu infúzních hadiček měnit jednou za den, minimálně rozpojovat
- při známkách začínajícího zánětu periferní kanylu ihned vyjmout

Realizace a hodnocení:

Při podání infúzních roztoků jsem postupovala přísně asepticky. Po dokapání poslední infúze byla kanyla odstraněna, známky zánětu se neobjevily. Redonův drén a cévka odvádějí bez problémů.

Ošetrovatelská diagnóza č. 8: Riziko pádu/úrazu z důvodu medikace

Plán péče:

- poučit pacientku o nebezpečí pádu/úrazu
- zajistit k ruce signalizační zařízení
- upozornit na vedlejší účinky léků

Realizace a hodnocení:

Pacientka byla poučena o vedlejších účincích užívaných léků, zajištěno signalizační zařízení do bezprostřední blízkosti pacientky.

Cíl byl splněn k pádu ani úrazu nedošlo.

DLOUHODOBÝ OŠETŘOVATELSKÝ PLÁN

Dlouhodobý plán jsem stanovila pro 4. – 11. hospitalizovaný den (2. – 10. pooperační den).

Ošetrovatelská diagnóza č. 9: Strach z důvodu ztráty životních jistot –zaměstnání

Cíl: zmírnění strachu pacientky, pacient si uvědomuje příčiny strachu

Plán péče:

- zjistit příčiny strachu
- sledovat fyziologické funkce pacientky
- sledovat verbální a neverbální projevy strachu
- informovat pacienta o plánovaném diagnostickém a léčebném programu
- nabídnout vhodné aktivity, které odvedou pozornost pacienta od zdroje strachu
- umožnit kontakt s rodinnými příslušníky

Realizace a hodnocení:

Paní J.S měla především strach ze ztráty svého zaměstnání, jelikož bude ještě následovat dlouhá doba rekonvalescence (nakupení práce a chaos). Obavy byly také ze sexuálního života po operaci. Byly jí poskytnuty veškeré možné informace a rady. Pacientka byla také informována o plánovaných diagnostických a léčebných programech a také prováděných ošetrovatelských výkonech. Během hospitalizace luštila především sudoku a

především sudoku a pozornost od strachu a stresu zvládala začtením se do knihy. Rodina navštěvovala pacientku každý den. Cíl byl splněn, pacientka si uvědomuje příčiny svého strachu, verbální a neverbální projevy strachu se zmírnily.

Ošetrovatelská diagnóza č. 10: Porucha spánkového rytmu z důvodu bolesti

Cíl: Pacientka bude spát klidně celou noc. Bude mít nepřerušovaný spánek 6 hod.

Plán péče:

- podat vhodná hypnotika eventuelně analgetika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinek
- před spaním řádně vyvětrat místnost
- nebudit pacientku před šestou hodinou ranní
- zorganizovat práci ve prospěch pacientky

Realizace a hodnocení:

Večer před spaním byl pokoj pacientky vyvětrán. Byla podána analgetika a hypnotika dle ordinace lékaře. Pacientka spala klidně, bez bolesti celou noc po zbylou dobu hospitalizace. Na oddělení byl zajištěn klid, paní J.S byla probouzena po šesté hodině ranní.

Ošetřovatelská diagnóza č.11: Riziko změny ve vyprazdňování střeva – zácpa – z důvodu snížené úrovně aktivity a změny denního režimu

Cíl: pravidelné, bezproblémové vyprazdňování stolice

Plán péče:

- kontrolovat množství a pravidelnost vyprazdňování
- poučít o vhodné mobilizaci na lůžku i mimo něj
- ve spolupráci s dietní sestrou sestavte vhodnou stravu s dostatkem vlákniny, tekutin

Realizace a hodnocení:

Paní J.S. poučena o vhodné mobilizaci na lůžku i mimo něj. 3. pooperační den byl pacientce aplikován glycerinový čípek dle ordinace lékaře, byl zajištěn zvýšený příjem tekutin, poté stolice byla. Pravidelné vyprazdňování pacientka měla, stěžovala si však na bolesti operační rány. Proti bolesti byl podáván dle ordinace lékaře Tramal 1 amp. i.m. při bolesti á 6 hod., od 3. pooperačního dne Tramal 1 tbl. při bolesti.

Ošetřovatelská diagnóza č.13: Riziko vzniku komplikací cukrovky (hypoglykémie, hyperglykémie) z důvodu operace

Cíl: pacientka bude mít hodnotu glykémie ve fyziologickém rozmezí

Plán péče:

- pravidelně sledovat hodnoty glykémie a zapisovat získané výsledky do dokumentace
- rozpoznat příznaky komplikací (hypoglykémie, hyperglykémie)
- zajistit odběr a zaznamenat laboratorní hodnoty
- monitorovat základní životní funkce
- zajistit žilní vstup
- edukovat o zásadách předcházení komplikací

Realizace a hodnocení:

Hodnoty glykémie byly dle ordinace lékaře měřeny 3x za den. Pacientka měla během hospitalizace hodnotu glykémie ve fyziologické normě. Vše zapisováno do dokumentace. Neobjevily se známky komplikací. Fyziologické funkce byly monitorovány, edukována o zásadách předcházení komplikací.

Ošetřovatelská diagnóza č.14: Riziko změny stavu výživy z důvodu snížení chuti k jídlu

Cíl: Pacientka bude mít chuť k jídlu, bude mít stabilní hmotnost

Plán péče:

- zjistit příčinu snížené chuti k jídlu
- zajistit pacientce vhodnou polohu
- tišit bolest
- má k dispozici emitní misku a buničinu
- kontroluj tělesnou hmotnost
- sleduj laboratorní vyšetření
- sleduj dodržování dietního režimu, případně podej informace o výživě

Realizace a hodnocení:

Pocity nauzey se u pacientky v dalších dnech neobjevily, chuť k jídlu má. Pacientka výrazně nezhubla ani nepřibrala, její váha při posledním měření byla 85 kg. Nauzea nejspíše souvisela s odezníváním anestezie a opiátů.

Ošetřovatelská diagnóza č.15: Riziko vzniku TEN z důvodu operačního výkonu

Cíl: pacientka nebude ohrožena komplikacemi

Plán péče:

- informovat o nezbytnosti cvičení DK na lůžku, názorně ukázat
- kontrolovat funkčnost BDK
- časně mobilizovat pacientku
- podávat antitrombotika dle ordinace lékaře a sledovat nežádoucí

účinky

- zajistit elevaci DK
- Sledovat barvu a teplotu DK
- zajistit hygienu DK

Realizace a hodnocení:

Pacientka byla informována o nezbytnosti používání bandáží dolních končetin a nezbytnosti cvičení DK na lůžku. Pravidelně docházel fyzioterapeut. Paní J.S byla mobilizována 1. pooperační den. Podáván Fraxiparine 0,3 sol. inj. s.c. ve 20.00 hod. dle ordinace lékaře, jeho nežádoucí účinky se neprojevily. Hygiena dolních končetin probíhala dvakrát denně ráno a večer. Antitrombotická léčba byla dle ordinace lékaře 7. pooperační den zrušena.

Cíl byl splněn, během hospitalizace se nevyskytly komplikace tromboembolické nemoci.

Ošetřovatelská diagnóza č.16: Riziko deficitu objemu tekutin – dehydratace z důvodu sníženého příjmu tekutin

Cíl: rovnováha příjmu a výdeje tekutin, pacientka nebude mít pocit žízně

Plán péče:

- vyvážení příjmu a výdeje tekutin (2,5-3 l/den)
- dobrý turgor kůže, vlhké sliznice
- nemá pocit žízně

Realizace a hodnocení:

Příjem a výdej tekutin pacientky byl vyvážen. Hodnoty denní diurézy se pohybovaly v rozmezí 2300 ml – 2830 ml. Sliznice vlhké, turgor kůže přiměřený. Pacientka neměla pocit žízně.

Ošetřovatelská diagnóza č.15: Riziko změny ve vyprazdňování střeva – zácpa – z důvodu snížené úrovně aktivity a změny denního režimu

Cíl: pravidelné, bezproblémové vyprazdňování stolice

Plán péče:

- kontrolovat množství a pravidelnost vyprazdňování
- poučit o vhodné mobilizaci na lůžku i mimo něj

- ve spolupráci s dietní sestrou sestavte vhodnou stravu s dostatkem vlákniny, tekutin

Realizace a hodnocení:

Paní J.S. poučena o vhodné mobilizaci na lůžku i mimo něj. 3. pooperační den byl pacientce aplikován glycerinový čípek dle ordinace lékaře, byl zajištěn zvýšený příjem tekutin, poté stolice byla. Pravidelné vyprazdňování pacientka měla, stěžovala si však na bolesti operační rány. Proti bolesti byl podáván dle ordinace lékaře Tramal 1 amp. i.m. při bolesti á 6 hod., od 3. pooperačního dne Tramal 1 tbl. při bolesti.

4.4 Zhodnocení psychického stavu

Sdělení závažné diagnózy náleží lékaři nebo psychologovi. Názory jak sdělit pacientovi pravdu o nemoci se liší, a je na lékaři jakým způsobem diagnózu sdělit. V úvahu se musí brát pacientky osobnost, její povaha, zájem a zdravotní stav. Onkologicky nemocný prožívá značně silný stres. Vyrovnávání se s nemocí závisí na předchozích životních zkušenostech a struktuře osobnosti nemocného. Typy reakcí jsou různé.

Paní J.S byla sdělena diagnóza v plném rozsahu s nadějí na možnost uzdravení. Byly jí vysvětleny a nabídnuty možnosti terapie, o které projevovala zájem. Během hospitalizace jsem se snažila pacientku motivovat a emotivně podporovat. Velký přínost pro ni měly návštěvy rodiny. Vždy po jejich odchodu, působila vyrovnaněji.

Po sdělení výsledku histologického vyšetření, který byl příznivý (adenokarcinom odstraněn v plném rozsahu), se pacientce značně ulevilo. Měla také velké obavy ze sexuálního styku po operaci, které se podařilo zmírnit, díky dostatečné informovanosti. Ještě jednou jsem zdůraznila, jak potřebná je v tomto případě trpělivost obou partnerů.

Zotavování paní J.S. probíhalo bez větších komplikací. Na základě úspěšné hysterektomie s oboustronou adnexektomií, nemusí pacientka podstupovat žádnou další onkologickou léčbu. Byla doporučena hormonální terapie. Pacientku jsem ještě poučila o pravděpodobném výskytu tzv. posthysterektomického syndromu, který se velmi podobá syndromu klimakterickému. Upozornila jsem ji na možné vyskytující se příznaky, které zahrnují únavu, depresi, bolesti hlavy, návaly horka, závratě, poruchy spánku či močové obtíže.

Hospitalizace byla pro pacientku motivací k lepšímu přístupu péči o své zdraví, na základě toho se rozhodla přestat kouřit.

4.5 Edukace pacientky

Při přijetí na gynekologické oddělení byla paní J.S. seznámena s oddělením a jeho chodem. Byla ošetřujícím personálem poučena o předpokládaném průběhu hospitalizace a byly jí vysvětleny veškeré ošetřovatelské výkony.

Před propuštěním do domácího léčení byla edukována lékařem o šetřícím režimu. Dále bylo cílem edukace osvojení si získaných informací k dosažení optimální celkové pohody a dosažení celkového zdravého životního stylu.

Poučení bylo zaměřeno především na toaletu operační rány, kterou je nutné udržovat v čistotě. Doporučila jsem pouze sprchování vlažnou vodou alespoň dvakrát denně, dbát na vzdušnost rány a nenosit těsné spodní prádlo.

Zdůraznila jsem důležitost pravidelného vyprazdňování a doporučila nedráždivou a nenadýmavou stravu. Další rady spočívaly při přidržování operační rány zejména při kýchání, kašli a defekaci.

Fyzická a pracovní aktivita by měla být pozvolná, není vhodné zvedat břemena těžší 5 kg. Zdůraznila jsem důležitost pravidelné tělesné aktivity, která by měla být zaměřena především na cviky břišního svalstva a dolních končetin. Také to, jak vhodný je pro pacientku pohyb na čerstvém vzduchu a důležitost relaxace. Dále jsem paní J.S. věnovala potřebný

edukační materiál z naší kliniky a nabídla jí v případě dalších pochybností se na cokoli zeptat.

Nyní se paní J.S těší na propuštění domů a návrat k rodině, doufá, že bude moci prožít v klidu nadcházející vánoční svátky a bude moci trávit zbylou dobu rekonvalescence na své chalupě.

5. Závěr

Paní J.S byla v souvislosti s provedenou abdominální hysterektomií hospitalizována od 10.12. 2006 do 21.12. 2006, tj. 11 dní. Při propuštění do domácího prostředí byl stav pacientky dobrý a nevyžadoval další pravidelný lékařský dohled ani ošetrovatelskou péči.

Ošetřujícím lékařem byla poučena o předpokládané době rekonvalescence a o nutnosti dodržení lékařských kontrol. Byla poučena o tom, aby se do tří dnů hlásila u svého obvodního lékaře a o další kontrole, která bývá na gynekologické ambulanci za 14 dní, poté po měsíci a pak po půl roce. Dále byla pacientka seznámena s výsledkem histologického vyšetření. Pohlavní styk byl pacientce doporučen, v případě že neproběhnou komplikace, až za 4 - 6 týdnů.

Rady, které jsem dala pacientce, se týkaly především hygienicko - dietetického režimu, tělesného šetření a cvičení. Pro lepší zapamatování jsem pacientce věnovala informační letáčky, kde byly veškeré potřebné informace napsány a doplnila jsem důležitá telefonní čísla (gynekologické ambulance a gynekologického oddělení nemocnice). Opakovaně jsem zdůraznila potřebu operační rány sprchovat a důležitost prevence zácpy. Upozornila jsem, že únava a snížený výkon může přetrvávat až tři měsíce. Náročnější aktivity by měla vykonávat až po půl roce, po propuštění jsou vhodné především vycházky.

Dále jsem pacientce vysvětlila, že díky odstranění obou vaječnicků a ztráta jejich funkce vyvolá známky přechodu. Velké obavy z ovlivnění sexuálního života se zdály být zmírněné. Ještě jednou jsem ji upozornila, že

může vést plnohodnotný sexuální život a nemusí se cítit v tomto ohledu méněcenná.

Pacientka kladně zhodnotila přístup celého zdravotnického personálu, který v ní vyvolal pocit důvěry a bezpečí. Tato hospitalizace jí pomohla přehodnotit pohled na svůj život. Přikláněla se k možnosti změny zaměstnání kratší pracovní dobou, aby se mohla věnovat sobě sama a své rodině. Jedny z jejích posledních slov než byly propuštěna zněla: „Za penězi jsem se honila už dost dlouho, je načase si života trocha víc užít“

Seznam použité literatury

ČAPOV,I; WECHSLER,J.: Drény a jejich využití v chirurgických oborech. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0228-2

MACEK,F.: Kompendium gynekologických operací. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-154-2

KOBILKOVÁ,J.: Základy gynekologie a porodnictví. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X

LINC,R.;DOUBKOVÁ,A.: Anatomie hybnosti II.díl Splachnologie. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-835-0

ROKYTA,R.: Fyziologie pro bakaláře. Praha: ISV nakladatelství,2000. ISBN 80-85866-45-5

ŠAFRÁNKOVÁ,A.; NEJEDLÁ,M.: Interní ošetřovatelství II. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1777-8

PAVLÍKOVÁ,S.: Modely ošetřovatelství v kostce. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1211-3

ARCHALOUSOVÁ,A.; SLEZÁKOVÁ,Z.: Aplikace vybraných ošetřovatelských modelů do klinické a komunitní praxe. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005. ISBN 80-86225-63-1

TRACHTOVÁ,E.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-324-4

<http://gyne.cz/clanky/2002/602c/1.htm>

http://www.instrumentarky.cz/detail_stu.php?id_clanek=388,romat

<http://www.linkos.cz/pacienti/brozury/25.pof>

http://www.mou.cz/mou/upload/rubriky/pro_odborni/protokoly/054.pdf

[http://www.onkoforum.cz/podrobnosti_o/pohlavni_organy/gynekologic
ka_zhoubne_nadory.htm](http://www.onkoforum.cz/podrobnosti_o/pohlavni_organy/gynekologic
ka_zhoubne_nadory.htm)

[http://www.instrumentarky.cz/si/detail_clanka_delozni_myom_399html/
?PHPS](http://www.instrumentarky.cz/si/detail_clanka_delozni_myom_399html/
?PHPS)

Seznam zkratk a příloh

UZ	ultrazvukové vyšetření
IVU	intravenózní vylučovací urografie
CT	počítačová tomografie
EKG	elektrokardiografie
RTG	rentgenové vyšetření
PAD	perorální antidiabetika
FN	fakultní nemocnice
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
P	tepová frekvence, pulz
D	dech
KPS	kalichopánvičkový systém
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas (time), test hemokoagulace
QUICK	protrombinový čas, test hemokoagulace
INR	viz. QUICK
HCT	hydrochlorothiazid
ALP	alkalická fosfatáza, enzym
AST	aspartátaminotransferáza, enzym
ALT	alaninotrasferáza, enzym
GMT	gamaglutamyltranspeptidáza, enzym
CRP	C-reaktivní protein, zvýšený u zánětů a malignit
Ery	erytrocyty, červené krvinky
Leuko	leukocyty, bílé krvinky

KO	krevní obraz
NÚ	nežádoucí účinky
JIP	jednotka intenzivní péče
BDK	bandáže dolních končetin
DK	dolní končetina
TEN	tromboembolická nemoc
P+V	příjem a výdej tekutin
Inj.	injekce
Supp.	čípek
i.m.	intramuskulární injekce (do svalu)
i.v.	intravenózní injekce (do žíly)
s.c.	subcutánní injekce (pod kůži)
amp.	ampule
tbl.	tabulettae (tableta)
sol.	solutio (roztok)

Přílohy

Příloha číslo 1

Příloha číslo 2

Příloha číslo 3

Příloha číslo 4

Příloha číslo 5

Příloha číslo 6

Příloha číslo 7