

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Ošetřovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

**Zuzana Kosová**

**Ošetřovatelská kazuistika u pacientky s diagnózou karcinom děložního  
hrdla**

*The nursing case study of patient with diagnosis cervical cancer*

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Miluše Kulhavá

Slaný, 20. 03. 2009

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje.

Ve Slaném, 20. 03. 2009

Podpis.....*Kateřina Křivá*.....

**Poděkování:**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé závěrečné práce Mgr. Kulhavé za rady a připomínky, které mi poskytla a které přispěly k napsání mé závěrečné práce. Dále bych ráda poděkovala mému příteli Michalovi Fialovi za pomoc při formátování práce a s její grafickou úpravou.

## OBSAH

A. Úvod .....	6
B. Klinická část .....	7
1 Zhoubné nádory děložního hrdla - charakteristika onemocnění .....	7
1.1 Incidence a mortalita .....	7
1.2 Epidemiologie a rizikové faktory .....	7
1.3 Příznaky .....	7
1.4 Diagnostika .....	8
1.4.1 Kolposkopie .....	8
1.4.2 Onkologická cytologie .....	8
1.4.3 Biopsie .....	10
1.5 Šíření .....	10
1.6 Terapie .....	10
1.7 Prognóza .....	11
1.8 Ošetrovatelská péče .....	11
1.8.1 Předoperační ošetrovatelská péče .....	12
1.8.2 Pooperační ošetrovatelská péče .....	13
1.9 Edukace .....	14
2 Základní identifikační údaje nemocné .....	15
3 Lékařská anamnéza a diagnóza .....	16
3.1 Lékařská anamnéza .....	16
3.2 Lékařská diagnóza .....	17
4 Přehled provedených vyšetření .....	17
5 Přehled terapie podle způsobu aplikace .....	20
5.1 Léky podané per os .....	20
5.2 Léky podané per rektum .....	20
5.3 Subkutánní injekce .....	21

5.4	Intravenózní injekce .....	21
5.5	Léky podané do epidurálního katétru.....	22
5.6	Infuzní roztoky .....	22
5.7	Krevní deriváty.....	22
5.8	Dietoterapie .....	22
5.9	Fyzioterapie.....	22
6	Průběh hospitalizace .....	23
C.	Ošetřovatelská část .....	25
1	Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu .....	25
1.1	Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví .....	25
1.2	Výživa a metabolismus .....	25
1.3	Vylučování .....	26
1.4	Aktivita, cvičení .....	26
1.5	Spánek a odpočinek.....	27
1.6	Vnímání a poznávání.....	27
1.7	Sebepojetí a sebeúcta .....	27
1.8	Role a mezilidské vztahy .....	28
1.9	Sexualita - reprodukční schopnost .....	28
1.10	Stres a zátěžové situace .....	28
1.11	Víra a životní hodnoty.....	28
2	Ošetřovatelské problémy .....	29
3	Plán ošetřovatelské péče .....	30
4	Edukace .....	51
5	Závěr a prognóza.....	52
D.	Použitá literatura .....	53
E.	Seznam použitých zkratk .....	54
F.	Seznam příloh .....	56

## A. Úvod

Pro napsání své závěrečné bakalářské práce jsem si vybrala pacientku s diagnózou zhoubný nádor exocervixu. Společenská závažnost tohoto onemocnění je značná a podle mého mínění vězí především v tom, že přestože je onemocnění jednoduše diagnostikovatelné, umírají na něj zbytečně stovky žen (myšleno v ČR), neboť zanedbávají gynekologické preventivní prohlídky.

Je nutné opakovaně zdůrazňovat důležitost a význam preventivních prohlídek zaměřených na vyhledávání tohoto onemocnění. Snad k tomu přispěje i napsání a posléze i přečtení mé práce.

Mé pacientce, díky zmíněné preventivní prohlídce, byl diagnostikován zhoubný nádor exocervixu ve stádiu, které se řeší radikální hysterektomií.

Péče o ženu po hysterektomii, ať už radikální, prosté, abdominální, vaginální či laparoskopicky asistované nebo provedené pro nezhoubný nádor dělohy tvoří značnou část mé náplně práce. Ženy po hysterektomii jsou častými klientkami na našem oddělení. To je další důvod, proč jsem si zmíněnou ženu a problematiku vybrala. (Jako ukázkou „typického“ ošetřovatelského procesu na našem pracovišti.)

## **B. Klinická část**

### **1 Zhoubné nádory děložního hrdla - charakteristika onemocnění**

#### **1.1 Incidence a mortalita**

Nádory děložního hrdla patří mezi nádory snadno diagnostikovatelné, a při včasném záchytu jejich prekanceróz či zhoubných nádorů malého rozsahu, i snadno léčitelné. Proto je zbytečné, že se toto onemocnění v České republice objevuje v rozsahu, v jakém se objevuje. V ČR se ročně diagnostikuje 1100 až 1200 nových onemocnění. V souvislosti s tímto onemocněním umírá u nás přibližně 450 až 480 žen ročně. Je třeba o tomto onemocnění vědět a také je třeba vědět o důležitosti preventivních gynekologických prohlídek, které jsou na vyhledávání tohoto onemocnění zaměřené. V zemích s dobrou organizací screeningových programů je výskyt tohoto nádoru pod 10 na 100 000 žen (ve Finsku dokonce méně než 5 na 100 000 žen). Na preventivní prohlídky by proto měla chodit každá žena po zahájení pohlavního života. (1)

#### **1.2 Epidemiologie a rizikové faktory**

Mezi nejvýznamnější rizikové faktory patří infekce rizikovým typem humánního papilomaviru (HPV). HPV se přenáší právě pohlavním stykem. Riziko přenosu HPV stoupá s počtem sexuálních partnerů, při časném začátku sexuálního života a při časném věku prvního těhotenství. Dalšími rizikovými faktory jsou defekty imunity (zvláště buněčné) a kouření. Nepřímo potom hormonální antikoncepce (u žen užívajících antikoncepci se předpokládá vyšší sexuální aktivita). (1)

#### **1.3 Příznaky**

Symptomatologie v časných stádiích je nemá. V pokročilých stádiích jsou to: vodnatý výtok, bolest, krvácení až hematurie. Krvácení bývá často kontaktní - po pohlavním styku, gynekologickém vyšetření, po defekaci tuhé stolice. Bolest se objevuje, když nádor překročí hranice čípku a postihne okolní tkáň. (1)

## 1.4 Diagnostika

Diagnostika prekancerózy ZN děložního hrdla je založena na **prebioptických vyšetřovacích metodách**: onkologické cytologii, kolposkopii, (může je doplňovat typizace HPV). Závažnost nálezů potvrdí bioptické vyšetření s histopatologickým závěrem.

Při potvrzení zhoubnosti nádoru *se dále provádí*:

- komplexní gynekologické vyšetření, včetně vyšetření per rektum;
- cystoskopie;
- předozadní RTG snímek plic.

*Výběrově se provádí*:

- rektoskopie (k vyloučení progresu do rekta);
- intravenózní vylučovací urografie;
- detekce lymfatických uzlin (CT retroperitonea nebo lymfografie);
- MNR (určení rozsahu lokálního nádoru a jeho vztahu k okolním tkáním). (1)

### 1.4.1 Kolposkopie

Kolposkopie je základní prebioptická metoda sloužící k diagnostice, tj. přesnému určení závažnosti léze, vztahu léze k endocervikálnímu kanálu a jejího plošného rozsahu. K vyšetření se používá kolposkop, což je binokulární optický přístroj se silným zdrojem světla. Kolposkop umožňuje přímé prohlížení vulvy, pochvy a děložního hrdla při 8 až 40 násobném zvětšení. Může být doplněn kamerou nebo fotoaparátem. **Nativní kolposkopie** hrdla děložního se provádí po nastavení hrdla v zrcadlech a mechanickém odstranění hlenu z jeho povrchu. Slouží ke sledování změn na hrdle, k detekci případné infekce a zdroje krvácení. Při **rozšířené kolposkopii** se hlen z hrdla odstraní aplikací 3% roztoku kyseliny octové. Kyselina zároveň zvýrazní patologické změny epitelu. Dále se aplikuje Lugolův roztok, který přesně léze ohraničí a umožní rozlišení epitelu obsahující glykogen od epitelu bez glykogenu. (1, 5)

### 1.4.2 Onkologická cytologie

Onkologická cytologie je základní screeningovou metodou v diagnostice cervikálních lézí. Základem onkologické cytodiagnostiky je popis morfologických kritérií malignity



v buňce. Pro diagnostiku je nejvýznamnější buněčné jádro a jeho změny. Zvláště jeho zvětšení, změny a nepravidelnosti tvaru jádra, změny barvitelnosti, změny jadérek (jejich zvětšení, mnohočetnost, nepravidelný tvar) jsou podezřelé. Odběr buněk pro vyšetření se provádí z endocervixu vatovou štětičkou, speciálními kartáčky nebo platinovou kličkou. Získaný materiál se natírá na podložní sklíčko a fuxuje nejlépe 95% alkoholem. Sklíčko se barví podle Papanicolaoua, užívají se barviva – hematoxylin ke zbarvení jádra a oranž G jako cytoplasmatické barvivo. Dle Papanicolaoua se provádí i hodnocení nálezů, dnes již překonané hodnotícím systémem **Bethesda**. Bethesda systém je popisná diagnostická terminologie, kdy se hodnotí nejen buněčné změny epitelů, ale i kvalita nátěru, popisuje infekci a hormonální stav vyšetřované. (1, 5)

#### Bethesda systém - cytodiagnostika

**Kvalita nátěru:** optimální, suboptimální, nehodnotitelný (specifikuje důvod)

**Popis infekce:** smíšená bakteriální flóra, koky, gardnerely

**Hormonální stav:** odpovídá nebo neodpovídá věku a menstruačnímu cyklu

#### **Buněčné změny dlaždicového epitelu**

- normální nález
- ASCUS (neurčité epitelové atypie vyžadující kontroly)
- low grade SIL – nízký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (odpovídá HPV infekci a lehké dysplazii/CIN I)
- high grade SIL (vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze) (odpovídá dysplazii střední, těžké a CIS / CIN II, III)
- karcinom

#### **Buněčné změny žlázového epitelu:**

- normální nález endocervikálních buněk
- normální nález endometriálních buněk
- AGUS (neurčité epitelové atypie vyžadující další kontrolu)
- atypie
- adenokarcinom endocervikální
- adenokarcinom endometriální

**Doporučení:** např. kontrola, přeléčit zánět

(1)

### 1.4.3 Biopsie

Biopsie slouží k definitivnímu potvrzení závažnosti prekancerózy nebo invazivního karcinomu. K odběru tkáně může dojít různými technikami (každá z nich má své výhody i úskalí). Při **minibiopsii** (neboli **punch biopsii**) se odebírá tkáň z endocervixu speciálními kleštičkami pod kolposkopickou kontrolou. Další metodou je **cílená excize skalpelem** opět pod kolposkopickou kontrolou. K získání tkáně z endocervikálního kanálu slouží **kyretáž** ostrou kyretou. Vyšetření tkáně se provádí po **konizaci hrdla** (konizace je kuželovité vytěžení tkáně děložního hrdla). Konizace se může provést skalpelem, nůžkami, laserem nebo radiofrekvenční kličkou (viz příloha č. 1). (1, 5)

### 1.5 Šíření

ZN děložního hrdla se nejčastěji a poměrně záhy šíří lymfatickými cestami, hematogenně se šíří později. Sporadicky prorůstá do okolních orgánů, to je spíše problém recidiv a primárně zanedbaných nádorů. (1)

### 1.6 Terapie

Terapie ZN hrdla závisí na stádiu onemocnění, věku pacientky (zachování plodnosti), předléčebných rizikových faktorech vlastního nádoru a rizikových faktorech pacientky. U **časných stádií** (rozsah nádoru do stadia *IIa*) je základní metodou léčba chirurgická. (klasifikace stádií ZN nádorů hrdla děložního viz příloha č. 2) Stadium *T-Ia1* se řeší buď konizací hrdla, pokud žena plánuje těhotenství, nebo hysterektomií v opačném případě. Stadia *T-Ia2* až *IIa* se řeší radikální hysterektomií – laparotomickou lymfadenektomií s radikální vaginální hysterektomií. Stadium *Ia2* a *Ib1* se může řešit laparoskopickou lymfadenektomií s tracheoplastikou pokud si pacientka přeje otěhotnět. U žen s vysokým rizikem operační léčby se užívá radioterapeutických metod léčby. Aktinoterapií lze dosáhnout srovnatelných terapeutických výsledků jako operační léčbou. Aktinoterapie je však rizikovější co se týče výskytu komplikací jak časných, tak i pozdních. Proto se užívá jen u žen s vysokým operačním rizikem. V **pozdních stádiích** (stadium *T-IIIb* až *T-IV*) je základní léčebnou metodou aktinoterapie. Ve stádiích *T-IIIb*, *IIIa* a *IIIb* se používá kombinovaná aktinoterapie nebo kombinace aktinoterapie s konkomitantní chemoterapií (chemoterapie konkomitantní = použití

cytostatik k potenciaci efektu radioterapie). Ve stadiu T-IV je léčba individuální, záleží na nálezu. (1)

## 1.7 Prognóza

Prognóza ve velmi časných stádiích onemocnění je příznivá. Pokud je onemocnění léčeno ve stádiu *Ia1*, přežívá 100% žen s touto diagnózou (pětileté období). Ve stádiu *Ia2* je to jen o 1% méně žen. Při nádorem nezasazených uzlinách je ve stádiu *T1* pětileté přežití minimálně 80%, v závislosti na stádiu dle TNM klasifikace. Ve stádiu *III* přežívá pět let od zahájení terapie pouze 30 až 40% postižených žen. Ve *IV.* stádiu je to již pouhých 5 až 10%!

Prognóza podle stádií (pětileté přežití) T = tumor, N = nodus, uzlina, M = metastáza

TUMOR	UZLINY	METASTÁZY	PROGNÓZA
Ia1	N0	M0	100%
Ia2	N0	M0	99%
Ib1	N0	M0	95%
Ib2	N0	M0	80%
T 1	N1	M0	50 - 70%
IIb	-	-	50 - 70%
III	-	-	30 - 40%
IV	-	-	5 - 10%

(1)

## 1.8 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelská péče o ženu s *ca colli uteri* je rozsáhlá a pestrá. Je závislá na stádiu onemocnění a zvoleném léčebném postupu. Jelikož stav mé pacientky vyžadoval operační léčbu, popíšu zde předoperační a pooperační ošetrovatelskou péči.

### 1.8.1 Předoperační ošetrovatelská péče

V předoperačním období se provádí příprava ženy k operaci. Příprava se skládá z fyzické a psychické přípravy k operačnímu zákroku. Lékař ženu seznámí s operačním výkonem a jeho riziky, žena podepisuje informovaný souhlas.

V tomto období se věnuje pozornost:

- výživě a tekutinám: Dva dny před operací pacientka konzumuje pouze lehkou stravu, doporučujeme hodně pít. Den před operací přijímá pouze tekutiny a od předcházející půlnoci dne operace nesmí jíst, pít a kouřit.
- vylučování: Provádí se vyprázdnění tlustého střeva pomocí projímadel a klyzmat. Obvykle se s vyprázdněním tlustého střeva začíná večer dva dny před operací, na našem pracovišti se podává Yal. Večer den před operací se podává očistné klyzma pomocí irigátoru.
- přípravě operačního pole: Operační pole holíme jednorázovým holicím strojkem večer před operací.
- hygieně: Večer před operací se provádí vyčištění pupeční jizvy alkoholovým prostředkem. Dále žena provede celkovou koupel, odstraní líčidla, odlakuje nehty. Ráno v den operace se opět vysprchuje. Zvýšená pozornost se věnuje hygieně intimních partií.
- prevenci TEN: Aplikujeme nízkomolekulární Heparin dle ordinace lékaře, s aplikací se začíná zpravidla večer den před operací. Ráno v den operace provedeme pacientce bandáž dolních končetin pomocí elastických obinadel nebo elastických punčoch.
- anesteziologické přípravě: Jedná se o podání léků a splnění ordinací dle anesteziologa, tzv. premedikace. Jedním z účelů premedikace je zajistit dostatečný spánek a odpočinek pacientky před výkonem.
- Objednání krve do rezervy dle ordinace operatéra.
- psychické přípravě: Má za úkol minimalizovat strach a stres z operačního výkonu. Zodpovězením všech otázek, které pacientka má. S pacientkou jednáme taktně, respektujeme její obavy a úzkosti, umožníme jejich verbalizaci.
- Poučení ženy, co vše má před operačním výkonem odložit:
  - sundat šperky, které uložíme do trezoru;
  - kontaktní čočky, brýle, naslouchadlo, paruku, protézy, včetně zubní.

Pacientku informujeme o:

- pooperačním režimu;
- změně ve způsobu vyprazdňování po operaci – zavedení permanentního močového katétru;
- vhodném dechovém cvičení po operaci;
- poloze na lůžku.

Bezprostřední předoperační příprava zahrnuje kontrolu dokumentace, operačního pole, dodržení lačnění, hygieny, bandáže dolních končetin. Před transportem na operační sál se žena vymočí, převleče do empíru. Na sál ji doprovází sestra, která ji a její dokumentaci předá sestře anesteziologické.

## 1.8.2 Pooperační ošetrovatelská péče

Po operaci je žena přeložena na jednotku intenzivní péče s dokumentací. Ze sálu ji doprovází lékař a sestra. Na jednotce intenzivní péče pravidelně monitorujeme krevní tlak, pulz, dech (zpravidla první dvě hodiny po 15 minutách, další dvě hodiny po 30 minutách a po stabilizaci stavu po jedné hodině). Dále monitorujeme křivku EKG, TT, saturaci hemoglobinu kyslíkem. Také sledujeme a zaznamenáváme:

- stav vědomí – orientaci v čase, místě, prostoru;
- pooperační nauzeu a zvracení;
- operační ránu – kontrolujeme krytí, zda nekrvácí, neprosakuje;
- drény – jejich funkčnost, průchodnost, množství a vzhled odpadu;
- kůži – její barvu, prokrvení, turgor, teplotu;
- žilní vstupy – jejich funkčnost, zda jsou bez známek infekce;
- močení – zajímá nás barva, množství, případné příměsi moči, měříme příjem a výdej tekutin;
- odchod plynů a stolice;
- bolest v operační ráně – její lokalizaci, intenzitu, stupeň, účinky podaných analgetik;
- laboratorní výsledky.

V pooperačním období se dále provádí:

- hygienická péče – pravidelný oplach rodidel, výměna vložek, povlečení, prádla. V prvních dnech po operaci pacientce s hygienou značně pomáháme.
- péče o odpočinek a spánek – snažíme se pacientce zajistit dostatečný spánek v noci a odpočinek během dne;

- prevenci TEN – miniheparinizací, bandážemi dolních končetin, cvičením s dolními končetinami, včasným vstáváním z lůžka;
- podávání tekutin a stravy – nultý den se podává čaj po lžičkách za čtyři hodiny po zavezení pacientky, pokud tato nezvrací; první a druhý pooperační den přijímá per os pouze tekutiny, postupně se přidává bujón, bramborová kaše; po obnovení peristaltiky se přechází na normální nenadýmavou stravu;
- postupná mobilizace – nultý den provádíme dechová cvičení, cviky na prokrvení dolních končetin; první den se nacvičuje sed a vstávání z lůžka a chůze okolo něj, fixace operační rány při kašli a pohybu;
- saturace psychosociálních potřeb - dostatek informací o průběhu operace, o následných terapeutických opatřeních; umožníme kontakt s rodinou; respektujeme stud, soukromí, zajistíme intimitu při ošetřování; v neposlední řadě je to empatický přístup a taktní jednání.

Po stabilizaci stavu je pacientka přeložena na standardní oddělení, kde se pokračuje v ošetrovatelské péči. Zpravidla sedmý pooperační den se z operační rány odstraňují stehy. Při nekomplikovaném průběhu je následující den pacientka propuštěna domů.

## 1.9 Edukace

Edukace pacientky je prováděna průběžně po celou dobu hospitalizace. Při příjmu ženu seznámíme s chodem oddělení, právy pacienta, nutností identifikace každého pacienta identifikačním náramkem. Před operačním zákrokem je pacientka poučena o předoperační přípravě, o průběhu operace (o průběhu operace informuje lékař) a o pooperačním období. Po operaci na jednotce intenzivní péče je informována o postupné mobilizaci, aktivizaci, výživě, vyprazdňování, o péči o operační ránu. Míru a formu edukace přizpůsobíme každé pacientce, jejímu věku, vzdělání, psychickému stavu. Snažíme se odpovédět na vše, co ji zajímá v souvislosti s jejím pobytem v nemocnici.

Před propuštěním do domácího léčení pacientku poučíme o:

- pohybu, přiměřené tělesné aktivitě, šetřícím režimu po dobu tří měsíců;
- sexuálním životě – operací sexuální život nekončí;
- pravidelné intimní hygieně, nutnosti dodržování šestinedělí;
- kontrole u praktického lékaře;
- následné dispenzarizaci v onkogynekologickém centru;
- zákazu zvedání těžkých břemen, o nutnosti postupné zátěže břišní stěny;

- kontaktování lékaře (obvodního gynekologa, lékaře v nemocnici) při případných problémech;
- ukončení menstruačního cyklu (pokud se to pacientky týká);
- pokud se to ženy týká, informujeme ji o ukončení činnosti vaječníků a nástupu příznaků předčasného přechodu – návaly horka, pocení, poruchy spánku, změny nálady. (Výše zmíněné příznaky lze zmírnit vhodnou hormonální substituční terapií.)

## **2 Základní identifikační údaje nemocné**

*jméno a příjmení:* H. CH.

*oslovení:* paní CH.

*rodné číslo:* 405103

*věk:* 68

*stav:* vdaná

*adresa:* P9

*osoba, kterou lze kontaktovat:* manžel Jaroslav dtto

*pojišťovna:* 111

*povolání:* sekretářka v důchodu

*vzdělání:* střední s maturitou

*národnost:* česká

*vyznání:* bez vyznání

*datum přijetí:* 25. 11. 2008 v 8.01

*hlavní důvod přijetí:* ZN exocervixu, dovyšetření a určení dalšího postupu

O pacientku jsem se starala den před operací, nultý, první a druhý pooperační den (1. 12. až 4. 12. 2008).

### 3 Lékařská anamnéza a diagnóza

Paní H. CH. byla přijata na gynekologicko - porodnickou kliniku pro zhoubný nádor exocervixu, k dovyšetření a určení dalšího postupu.

#### 3.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza:

- běžné dětské nemoci bez komplikací
- revmatický zánět svalů (od roku 2005, revmatologie Praha 1)
- vertebrogenní algický syndrom (bolestivé onemocnění páteře)
- dráždivý tračník
- 1999 postinfekční myokarditis
- 2007 provedena cholecystektomie pro litiázu

Rodinná anamnéza:

- otec – ca hrtanu, zemřel v 75 letech na IM
- matka – ICHS, zemřela v 73 letech
- bratr – zemřel na IM v 70 letech
- děti jsou zdravé

Gynekologická anamnéza:

- menarche od 13 let, cyklus pravidelný, 28/ 5 – 6, nebolestivý, krvácení přiměřené, menopauza od 50 let
- porody 3x, v termínu, spontánně záhlavím, III. doba porodní - bez komplikací; kojila všechny děti asi půl roku; děti žijí, jsou zdravé
- UPT: 1x – na vlastní žádost, v 8. týdnu těhotenství, bez komplikací
- HST ne užívá, gynekologicky se dosud neléčila

Alergie: Tramal, ACP.

Pracovní anamnéza: sekretářka, v důchodu.

Farmakologická anamnéza:

- Prednison 5mg 1- 0- 0 tbl. p.o.
- Prosulpin 1-0-1 tbl. p.o.



- Vigantol 15 gtt 1x týdně (pondělí)
- Ca 500 0-0-1 tbl. p.o.
- KCl 1-0-0tbl. p.o.

Abusus: neudává, alkohol nepije, nekouří, neužívá drogy ani jiné návykové látky.

Sociální anamnéza: žije s manželem v třípokojevém bytě.

Nynější onemocnění: zjištěno při preventivní gynekologické prohlídce.

TK 130/70 mm Hg, P 80' min., TT 35,9°C, hmotnost: 76 kg, výška: 170 cm, BMI 26,3

### 3.2 Lékařská diagnóza

zhoubný nádor exocervixu Ib1 – C 53.1

## 4 Přehled provedených diagnosticky významných vyšetření

Předoperační laboratorní vyšetření:

- *Hematologická vyšetření:* APTT, QUICK v normě, u KO je zvýšená hodnota leukocytů a objemu (viz tabulka výsledků), u diff. je lehce zvýšena hodnota absolutního počtu granulocytů.
- *Biochemické vyšetření krve:* Na, K, Cl, ALT, AST, GMT, bilirubin, KM, urea, kreatinin, CB, glykemie, vše v normě, hodnota CK lehce zvýšena.
- *Vyšetření moče a močového sedimentu* v normě.
- *Tumorové markery:* SCC, CEA negativní.
- *Krevní skupina:* O Rh pozitivní, protilátky neprokázány. K operaci objednány 2 TU erytrocytového koncentrátu do rezervy.

Ostatní vyšetření:

- Odeslána pro verukósní ca colli uteri Ib1 – st. p. probatorní kyretáži.
- 18. 11. 2008: *RTG srdce a plic:* Plicní parenchym bez ložiskových změn a známek městnání, bránice hladká, klenutá, costofrenické úhly jsou volné, srdeční stín nedilatován. Sytější kresba perihilosně bilaterálně. Truncus pulmonalis nerozšířený. Závěr: Při srovnání s minulým vyšetřením z roku 2006 je nález bez podstatnějších změn.

- 25. 11. 2008: *Vaginální vyšetření*: Zevně bez patologií, palpačně děloha volná v AVF, adnexa normální, per rektum hemoroidy, parametria volná. Kolposkopicky: atrofie, na hrdle HGL – BE, na předním pysku proráží typ. V.
- 25. 11. 2008: *Interní vyšetření*: Sub.: bez obtíží, Obj.: orientovaná, spolupracující, bez klidové dušnosti, cyanózy a ikteru. Hlava a krk: malá struma. Poslech v normě. TK 130/ 80 mm Hg, P 80' min., tapot. negativní; játra nehmatám; DK prosáklé, klidné varixy bilaterálně.

Doporučení:

- Vzhledem k anamnéze ECHO, kontrolní glykemie nalačno.
- K operačnímu výkonu Clexane 0,4 ml s.c. a 24 hod;
- bandáže DK;
- ATB krytí výkonu.
- Ráno v den operace podat Hydrocortison 200 mg i. v. v malé infuzi 100 ml Fyziologického roztoku a
- 1. pooperační den Hydrokortison 100 mg i. v. v malé infuzi 100 ml Fyziologického roztoku.

Odebrat KO + diff., CRP, ionty, kreatinin., urea, TSH, glykemie nalačno. Objednat ECHO. Kontrola s výsledky.

- 26. 11. 2008: *Cystoskopie*: Močový měchýř naplněn 150 ml sterilní aqua pro injectione. Volně zaveden cystoskop. Sliznice měchýře bez ložiskových změn. Ureterální ústí bilaterální štěrbinovitá, ejakulující čirou moč. Trigonum a proximální uretra bez patologického nálezu. Závěr: normální nález.
- 26. 11. 2008: *ECHO*: Závěr: Bez nápadných odchylek od normy, bez chlopenní vady, oddíly nezvětšeny s normální kinetikou bez hypertrofie.
- 27. 11. 2008: *USG malé pánve*: Děloha v AVF 56 x 35 x 29 mm, endometrium 2,0 mm, pravé ovarium 18 x 16 x 0 mm, levé ovarium 16 x 10 x 0 mm, volná tekutina není. Ledviny bilaterálně bez dilatace. V hrdle endocervikálně lokalizované velmi obtížně diferencovatelné podélně protáhlé ovoidní ložisko 14 x 8 x 13 mm.
- 28. 11. 2008: *Onkologické konzilium*: carcinoma colli uteri Ib1, indikována radikální hysterektomie.
- 28. 11. 2008: natočeno *EKG* – sinusový rytmus, bez patologických změn.
- 28. 11. 2008: *Interní vyšetření*: Závěr: Pacientka je kardiopulmonálně kompenzovaná, schopná výkonu v CA.

*Nejvýznamnější hodnoty krevního obrazu:*

Krevní obraz	26. 11.	2. 12. ve 20:00	3. 12. v 6:00	4. 12. v 6:00	Norma
Leukocyty	<b>↑10,3</b>	15,6	<b>↑21,0</b>	<b>↑14,1</b>	4,0-10,0x10 <sup>9</sup> /l
Erytrocyty	4,3	4,0	<b>↓3,91</b>	<b>↓4,05</b>	4,2-5,4x10 <sup>12</sup> /l
Hemoglobin	13,6	13,2	12,8	12,7	12,0-16,0 g/dl
Hematokrit	0,413	0,380	0,370	0,379	0,370-0,460
Objem	<b>↑96,1</b>	<b>↑94,2</b>	<b>↑94,6</b>	<b>↑93,6</b>	82,0-92,0 fl

*Důležité hodnoty biochemického vyšetření:*

Biochemické vyšetření krve	26. 11.	3. 12. v 6:00	4. 12. v 6:00	Norma
Natrium	144	142	142	137-144 mmol/l
Kalium	4,1	<b>↓3,8</b>	<b>↓3,8</b>	3,9-5,3 mmol/l
Chloridy	107	107	<b>↑109</b>	98-107 mmol/l
CRP	2,5	<b>↑32</b>	<b>↑30,2</b>	0,0-6,5 mg/l
Celková bílkovina	65,0	<b>↓51,0</b>	<b>↓50,6</b>	62,0-77,0 g/l

Odchylující se parametry jsou zvýrazněny.

## 5 Přehled terapie podle způsobu aplikace

### 5.1 Léky podané per os

Chronická medikace:

- Calcium 500 mg, kalciový přípravek, 1 tbl p. o. večer, po dobu pobytu na JIP lék vysazen
- Kálium chlorátum (Kalii chloridum) 0,5 g, přípravek obsahující draslík, 1 tbl p. o. ráno, po dobu pobytu na JIP lék vysazen
- Prednison (Prednisonum) 5 mg, hormon ze skupiny glukokortikoidů, 1 tbl p. o. ráno, po dobu pobytu na JIP lék vysazen
- Prosulpin 50 mg, antipsychotikum, 1 tbl p. o. 2 x denně, ráno a večer
- Vigantol gtt, vitamín, 15 gtt 1 x týdně, v pondělí

Jiné léky podané per os:

- Hypnogen (Zolpidemi tartras) 10 mg, hypnotikum  
nežádoucí účinek: bolesti hlavy, neklid, ospalost během dne  
datum aplikace: 31. 11. až 9. 12. 2008, na noc 1 tbl. p. o.
- Oxazepam (Oxazepanum) 10 mg, anxiolytikum  
nežádoucí účinek: únavnost, ospalost, závratě  
datum aplikace: 2. 12. 2008, ráno před operací 1 tbl p. o.

### 5.2 Léky podané per rektum

- Dicloream (Diclofenacum natricum) 100 mg, nesteroidní antirevmatikum  
nežádoucí účinek: bolest v oblasti žaludku, nadýmání, průjem, krvácení do trávicího traktu  
datum aplikace: 2. až 9. 12. 2008, při bolesti 1 x denně
- Paralen (Paracetamolium) 500 mg, analgetikum, antipyretikum  
nežádoucí účinek: kožní vyrážka  
datum aplikace: 2. a 3. 12. 2008, při tělesné teplotě nad 38°C

### 5.3 Subkutánní injekce

- Fraxiparine (Nadroparinum calcicum) 0,4 ml, antitrombotikum, antikoagulant  
nežádoucí účinek: lokální reakce v místě vpichu, hemoragie  
datum aplikace: 31. 11. až 9. 12. 2008, ve 20.00

### 5.4 Intravenózní injekce

- Amoksiklav (Amoxicillinum natriicum a kalii clavulanas) 1,2 g, antibiotikum  
nežádoucí účinek: nauzea a průjem  
datum aplikace: 31. 11. až 4. 12. 2008, 1,2 g i. v. ve 100 ml Fyziologického roztoku po 8 hodinách
- Degan (Metoclopramidi hydrochloridum) 10 mg, prokinetikum, antiemetikum  
nežádoucí účinek: únava, ospalost, neklid  
datum aplikace: 2. a 3. 12. 2008, 1 ampule po 8 hodinách
- Hydrocortison (Hydrocortisoni natrii succinas) 100 mg, hormon ze skupiny glukokortikoidů  
nežádoucí účinky: téměř výhradně pouze při dlouhodobém užívání nebo užití megadávek  
datum aplikace: 1. až 3. 12. 2008, 200, 100 a 100 mg i. v. ve 100 ml Fyziologického roztoku v 6.00
- Kalium chlorátum (Kalii chloridum) 7,5 %, elektrolytový roztok  
nežádoucí účinek: při dodržení doporučeného dávkování k nežádoucímu účinku nedochází  
datum aplikace: 2. a 3. 12. 2008, 10 a 20 ml do infúze
- Perfalgan (Paracetamolum), analgetikum, antipyretikum  
nežádoucí účinek: kožní vyrážka  
datum aplikace: 2. až 4. 12. 2008
- Torecan (Thiethylperazini), antiemetikum  
nežádoucí účinek: bolest hlavy, neklid, závratě, křeče, somnolence  
datum aplikace: 2. 12. 2008, 1 ampule při nauzeu a zvracení, maximálně 3 x denně

## **5.5 Léky podané do epidurálního katétru**

- Bupivacain (Bupivacaini hydrochloridum) 0,5% 10 ml, lokální anestetikum
  - Sufenta forte (Sufentanili citras) 1 ampule, analgetikum, anodynum
  - doplnit do 50ml Fyziologického roztoku, rychlost podání 5 ml za hodinu
- nežádoucí účinek: hypotenze, snížení hybnosti a citlivosti dolních končetin

## **5.6 Infuzní roztoky**

- Fyziologický roztok 100 ml (Natrii chloridum 0,9%), elektrolytový roztok, izotonický krystaloid  
datum aplikace: 31. 11. až 4. 12. 2008, 200 ml/ hod
- Glukóza 10% 500 ml (Glucosum monohydricum), hypertonický infúzní roztok  
datum aplikace: 3. 12. 2008, 250 ml/ hod
- Ringer 1/1 1000 ml (Ringerův roztok), elektrolytový roztok, izotonický krystaloid  
datum aplikace: 2. a 3. 12. 2008, 500 a 250 ml/ hod
- Hartman 1/1 500 ml (Hartmanův roztok), hypotonický elektrolytový roztok  
datum aplikace: 2. a 3. 12. 2008, 250 ml/ hod
- Voluven 500 ml (Hydroxyethylamynum), infundabilium, náhrada tekutin  
datum aplikace: 2. 12. 2008, 500 ml/ hod

## **5.7 Krevní deriváty**

- 2 transfuzní jednotky stejnoskupinového erytrocytového koncentrátu  
datum aplikace: 2. 12. 2008
- 2 transfuzní jednotky stejnoskupinové čerstvě mražené plazmy  
datum aplikace: 2. 12. 2008

## **5.8 Dietoterapie**

Popsána v průběhu hospitalizace.

## **5.9 Fyzioterapie**

Popsána v průběhu hospitalizace.

## 6 Průběh hospitalizace

Paní H. CH. byla dne 25. 11. 2008 přijata na oddělení onkogynekologie gynekologicko-porodnické kliniky FNM, s diagnózou zhoubný nádor exocervixu, k dovyšetření a k určení dalšího postupu léčby. Ve dnech 25. 11. až 27. 11. absolvovala vstupní gynekologické vyšetření, interní vyšetření, cystoskopii, ECHO a USG malé pánve. Byla jí odebrána krev k vyšetření krevního obrazu, k vyšetření koagulačních parametrů, CRP a dalšímu biochemickému vyšetření. Na základě výsledků zmíněných vyšetření byla pacientka indikována k provedení radikální abdominální hysterectomie. Dne 28. 11. byla zahájena předoperační příprava. Na 1. 12. byla naplánována operace, ta byla z technických důvodů přeložena na následující den. Dne 2. 12. 2008 byla provedena plánovaná operace. Operována byla v kombinované anestezii (kombinace celkové a epidurální anestezie). Odhadovaná krevní ztráta při operaci byla 1200 ml.

Po operaci byla pacientka převezena na jednotku intenzivní péče, kde byla kontinuálně monitorována. Krevní ztráta byla hrazena podáním 2 TU erytrocytového koncentrátu, 2 TU čerstvě mražené plazmy a náhradními koloidními roztoky. Tekutiny byly hrazeny krystaloidními roztoky. Paní H. CH. byla po příjezdu z operačního sálu spavá. Měla zavedený epidurální katétr, Redonův drén z dutiny břišní, permanentní močový katétr a dvě nitrožilní kanyly. Bolest byla tlumena analgetiky, byly podávány léky proti zvracení a na snížení tělesné teploty. Během pobytu na JIP se pokračovalo v miniheparinizaci. Již před operací byla aplikována antibiotika, v jejich aplikaci se pokračovalo po osmi hodinách. Průběžně se sledovaly hodnoty krevního obrazu a biochemického vyšetření krve. Pravidelně se kontrolovalo krytí operační rány, průchodnost močového katétru a Redonova drénu a okolí nitrožilních kanyl. Dvakrát denně byla prováděna hygiena. Od prvního pooperačního dne s paní H. CH. dvakrát denně cvičila fyzioterapeutka. Pacientka nejprve cvičila na lůžku, poté nacvičovala posazování, vstávání z lůžka a chůzi. Nultý a první pooperační den pila pacientka pouze tekutiny, druhý pooperační den byl podán k obědu a k večeři bujón. Třetí den dostala pacientka k obědu i večeři bramborovou kaši, od čtvrtého dne přešla na racionální šetřící stravu. Podávanou stravu tolerovala. Epidurální katétr byl odstraněn první pooperační den. Druhý pooperační den byl odstraněn Redonův drén, permanentní močový katétr a jedna nitrožilní kanyla a pacientka byla v odpoledních hodinách přeložena na standardní oddělení. Zde se pokračovalo v podávání antibiotik, miniheparinizaci, rehabilitaci a péči o operační ránu. Na pooperačním oddělení je pacientka bez obtíží, stravu toleruje. Vyprazdňování moči a

stolice probíhá bez vážnějších problémů. Operační rána se hojí per primam. Sedmý pooperační den jsou odstraněny stehy a následující den je pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Je soběstačná, bez subjektivních obtíží. O dalším postupu je srozuměna lékařem.



## **C. Ošetřovatelská část**

### **1 Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení současného stavu**

Ošetřovatelská anamnéza dle modelu M. Gordonové

Ošetřovatelskou anamnézu jsem sbírala den před operací a první pooperační den.

#### **1.1 Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Paní H. CH. vnímala, do stanovení nynější diagnózy, svůj zdravotní stav jako uspokojivý. Používá vyjádření: „Co bych chtěla v mezech letech.“ Nyní ho vnímá jako narušený. V loňském roce prodělala CHCE pro litiasu, v roce 1999 postinfekční myokarditidu. Léčí se pro revmatický zánět svalů, zlobí ji dráždivý tračník. Na gynekologické prohlídce byla po 3 letech.

Paní CH. je 1. den po operaci. K pooperační analgezií byl ponechán epidurální katétr. Svůj nynější zdravotní stav hodnotí slovy (s mírným náznakem pousmání). „Už mi bylo i lépe, ale zas bude.“ Trápí ji nauzea a zhoršení citlivosti PDK.

#### **1.2 Výživa a metabolismus**

Paní CH. má nadváhu, dietu nedrží, pouze se snaží dodržovat režimová opatření. V minulosti se pokoušela několikrát shodit, vždy však znovu nabrala. V posledním roce přibrala téměř pět kilogramů. „Po operaci žlučníku, snesu, co jsem dříve nemohla.“ Denně vypije 1 až 1,5 litru tekutin; slazenou minerálku, kávu (jeden až dva šálky denně), černý nebo ovocný neslazený čaj. Alkohol pije pouze příležitostně, nejčastěji červené víno. Každé ráno sní jogurt s živou kulturou, pomáhá jí to od zažívacích problémů.

Objektivní vyšetření:

*výška:* 170 cm

*hmotnost:* 76 kg

*BMI:* 26,3

*TT:* 35,9 °C

*TK:* 130/75 mm Hg

*P:* 80' min, pravidelný

*D:* 16' min

První pooperační den je na čaji, který se snaží během dne popíjet. Trápí ji nauzea, bojí se více pít. Díky infuzní terapii je dostatečně zavodněna. Kůže a sliznice jsou bez defektů. Kůže se zdá být bledá díky použitému barvivu k identifikaci nádorem postižených uzlin během operace. Dutina ústní je čistá, rty si pravidelně zvlhčuje glycerinovými štětičkami s citrónovou příchutí. Má zubní protézu, o kterou pravidelně pečuje. Operační rána je čistá, bez sekrece a hematomu. Drén odvádí minimálně.

### **1.3 Vylučování**

S močením dle svých slov nemá potíže. „Moc toho nevypiju, tak toho ani moc nenačůráám.“ „Občas jen taktak doběhnu, to když toho naráz moc vypiju.“ Se stolicí teď již problémy nemá. „Sním si svůj jogurt a je mi dobře.“

V den operace byl paní CH. zaveden permanentní močový katétr. Ten bude ponechán do 2. pooperačního dne. Katétr je průchodný, odvádí v dostatečném množství nazelenalou moč (1700 ml/ 24 hod., sp. v. 1012). Příjem a výdej je sledován po šesti hodinách, bilance za 24 hodin je + 1200 ml. Peristaltika se pomalu rozbíhá, flaty nemá, nepotí se.

### **1.4 Aktivita, cvičení**

„Sportu se moc nevěnuju. Občas si jdu zaplavat, to mám ráda, jinak nic.“ Ráda čte a luští křížovky. Také ráda sleduje televizní seriály. Jinak se věnuje běžným denním aktivitám, nákupům, úklidu, vaření. Potrpí si na pořádek. Je zcela soběstačná.

Pod vedením fyzioterapeutky provádí první pooperační den dechová cvičení, dále nacvičují posazování se na lůžku a vstávání z něj. Chůze je pro snížení citlivosti PDK obtížnější. Přesto se snaží a velmi ochotně spolupracuje.

## **1.5 Spánek a odpočinek**

Doma spí s manželem v ložnici v manželské posteli. Před usnutím je zvyklá důkladně vyvětrat. Do diagnostikované ca colli uteri se spánkem potíže neměla. Usínala bez problémů, často s knížkou v ruce, spala celou noc. Ráno se cítila odpočatá a vyspalá. V nemocnici se často budí, usíná i během dne. „A pak jsem jak praštěná.“ Na noc jsou jí ordinována lékařem hypnotika.

Na dnešek spala celou noc, ale cítí se být unavená a slabá. Přes den si několikrát zdřímla. Na noc má ordinována hypnotika.

## **1.6 Vnímání a poznávání**

Paní H. CH. je při plném vědomí, orientovaná ve vlastní osobě, čase, místě i prostoru. Mluví plynule, srozumitelně, je komunikativní. Řeč je klidná, přiměřeně rychlá. Na otázky odpovídá bez prodlení. Snadno a rychle se rozhoduje. Paměť má neporušenou. Informace o svém zdravotním stavu a rozsahu operace vnímá dostatečně. Slyší dobře, brýle používá na čtení. Poslední kontrolu u očního lékaře měla před rokem.

Bolest je tlumena kontinuální epidurální analgezií. Rychlost analgetické směsi je 5 ml/hod. Sama pacientka hodnotí bolesti za dobře snesitelné. Nepříjemný pocit má ze snížení citlivosti a hybnosti PDK.

## **1.7 Sebepečení a sebeúcta**

Charakterizuje sebe sama za klidnou, vyrovnanou osobnost. Mezi její vlastnosti patří starostlivost, někdy je trochu nedůsledná. Je optimisticky laděná. Spoléhá sama na sebe a na manžela. V náročných životních situacích potřebuje podporu manžela a dětí. Chtěla by něco shodit, má nadváhu (BMI 26,3). Operace se bála, ještě teď má obavy, aby vše dobře dopadlo. Ale je už klidnější. Snaží se řídit radami zdravotníků.

Pacientka působí příjemným dojmem. Dobře se přizpůsobuje situaci, je snaživá. Zdá se být optimistická.

## **1.8 Role a mezilidské vztahy**

Bydlí s manželem ve třípokojovém bytě. Mají spolu tři dospělé děti. Všichni spolu dobře vycházejí. Se členy rodiny se pravidelně navštěvují. Na Vánoce se vždy všichni sejdou, už se těší na ty letošní. Velkou oporou je jí manžel a nejstarší dcera. S ní a její rodinou se stýká nejčastěji (bydlí nejbliže). Občas si vyrazí s bývalými kolegyněmi někam za kulturou. Svou sociální situaci hodnotí jako uspokojivou.

## **1.9 Sexualita - reprodukční schopnost**

Menarche od 13 let, menstruaci mívala pravidelnou 30/5 dní. Od 50 let nemenstruuje. Jedenkrát prodělala umělé přerušování těhotenství, porodila tři zdravé děti. Porody probíhaly bez komplikací. HST nežívala.

Díky odnětí „ženských orgánů“ se necítí nijak méněcenná. Nepokládá to za ztrátu ženství, ale za nutnost a povinnost, kterou cítí vůči sobě a svým blízkým.

## **1.10 Stres a zátěžové situace**

Nyní si s tímto onemocněním užila stresu dost a dost. „Ten loňský žlučník mě tak nepotrápil.“ Své reakce hodnotí jako přiměřené. Problémy se snaží řešit sama, cítí-li potřebu podpory, najde ji u manžela a dětí. Obvodní lékař jí, v souvislosti s diagnózou, předepsal antipsychotika, která pravidelně užívá.

Je ráda, že má operaci za sebou. Už je mnohem klidnější, ale bojí se výsledků histologie.

## **1.11 Víra a životní hodnoty**

Paní H. CH. je nevěřící. Nejvýše v hodnotovém žebříčku staví rodinu, zdraví svoje i všech jejích členů.

## 2 Ošetřovatelské problémy

1. 12. 2008:

- Nedostatek informací v souvislosti s hospitalizací, onemocněním a léčbou, projevující se neklidem.
- Úzkost v souvislosti s pobytem v nemocnici, projevující se verbalizací.
- Strach týkající se vlastního zdraví, operace a terapie, projevující se verbalizací, nervozitou a neklidem.
- Porucha spánku z důvodu nemoci a změny prostředí, projevující se nespavostí a únavou během dne.

2. 12. 2008:

- Změna tělesné teploty z důvodu operace a vlivu anesteziologických látek, projevující se chvěním a slovním vyjádřením.
- Nausea a zvracení následkem působení anesteziologických látek.
- Akutní bolest následkem operace, projevující se verbalizací a omezením hybnosti.
- Snížení objemu tělesných tekutin z důvodu velké krevní ztráty, projevující se hypotenzí a sníženou diurézou.
- Omezení sebepěče a tělesné hybnosti v souvislosti s operačním výkonem, projevující se neschopností zvládnout péči o sebe sama.
- Porucha kožní a tkáňové integrity jako následek chirurgického výkonu, projevující se objektivně suturou.
- Potenciální riziko vzniku dekubitu na pravé patě z důvodů snížené hybnosti a citlivosti dolních končetin.
- Potenciální riziko vzniku infekce v souvislosti s operační ránou.
- Potenciální riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedenými intravenózními kanylami.
- Potenciální nebezpečí vzniku infekce v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katétrem.

3. 12. 2008:

- Porucha citlivosti a hybnosti pravé dolní končetiny jako důsledek vedlejšího účinku epidurální analgezie, projevující se omezením hybnosti při rehabilitaci.
- Riziko pádu v souvislosti se snížením citlivosti a hybnosti pravé dolní končetiny.

### 3 Plán ošetrovatelské péče

#### 3.1 Nedostatek informací v souvislosti s hospitalizací, onemocněním a léčbou, projevující se neklidem.

*Cíl:* Pacientka je informována o průběhu hospitalizace a operace. Neklid je minimalizován.

*Výsledná kritéria:*

- Pacientka je poučena o terapeutickém režimu.
- Pacientka chápe význam operace a nutnost jejího provedení.
- Pacientka je seznámena s předoperační a pooperační péčí.
- Pacientka aktivně spolupracuje během příprav k operaci.
- Pacientka bude dodržovat terapeutický režim.
- Pacientka rozumí neznámým pojmům.

*Intervence:*

- Zjistit všeobecnou znalost pacientky.
- Posoudit její schopnost učit se a její motivaci k učení.
- Všimnout si charakteristik nemocné (věk, úroveň vzdělání).
- Snažit se odhalit příčiny, které by mohly v přijímání nových informací překážet (cizí obor, nesnadné téma).
- Odhadnout, co by pacientku nejvíce zajímalo.
- Snažit se zapojit pacientku do procesu poznávání své choroby a její léčby.
- Vysvětlit pacientce srozumitelnou formou průběh hospitalizace a léčby.
- Seznámit pacientku s pooperačním oddělením a s jeho chodem.
- Využít metod zpětné vazby a pozitivního přesvědčování (chválení).
- Ujistit se, že pacientka informacím porozuměla.
- V případě nutnosti informovat lékaře, že je třeba sdělit pacientce další informace.

*Realizace 1. 12. 2008:*

S paní H. CH. jsem probrala nastávající průběh hospitalizace, operace a terapeutických opatření. Srozumitelnou formou jsem jí sdělila, jak bude probíhat předoperační příprava, operace a pooperační péče. Vysvětlila jsem jí, proč je tak důležité den před operací nejíst, nepít a nekouřit a z jakého důvodu dostane premedikaci. Dále jsem jí

informovala, jak to bude vypadat v předšálí operačního sálu. Co se tam bude dít, zavedení EDK, zajištění žilních vstupů, zavedení permanentního močového katétru. Z jakého důvodu se výše zmíněné vstupy zavádějí, jak se ošetřují a kdy budou odstraněny. Odpověděla jsem jí na doplňující otázky. O průběhu operace byla také informována ošetřujícím lékařem.

*Hodnocení 1. 12. 2008:*

Po mém vysvětlení se paní H. CH. cítila klidnější. Byla ráda, že ví, co se s ní bude dít a co ji čeká. Je poučena, že v případě potřeby se může obrátit na ošetřující personál. Cíl se podařilo splnit.

### **3.2 Úzkost v souvislosti s pobytem v nemocnici, projevující se verbalizací.**

*Cíl:* Úzkost snížíme na minimum.

*Výsledná kritéria:*

- Pacientka nepocítuje napětí a nemá obavy.
- Pacientka udává větší fyzickou a psychickou pohodu.

*Intervence:*

- Pozorovat všechny projevy nemocné, dle kterých se dá určit stupeň úzkosti.
- Všimnout si reakcí na zátěž, které je pacientka vystavena.
- Sledovat fyziologické funkce nemocné (TK, P, D).
- Snažit se navodit vzájemné pozitivní vztahy.
- Přijímat pacientku takovou jaká je, respektovat její individualitu.
- Nebránit nemocné vyjádřit své opravdové pocity, jako je pláč, smutek.
- Uznat její obavy a strach ve vypjatých situacích.
- Zajistit optimální podmínky ke spaní.

*Realizace 1. 12. 2008:*

S paní H. CH. jsem hovořila o její úzkosti. Její úzkost jsem klasifikovala jako mírnou (projevuje se neklidem a stížnostmi na nespavost). V tomto stavu je pacientka schopna sama zvládat běžné činnosti. Doporučila jsem jí, ať si na noc vyvětrá (jak je zvyklá

z domova) a před spaním myslí na něco příjemného. Také jsem jí připomněla, že má naordinována hypnotika (v rámci premedikace).

*Hodnocení 2. 12. 2008:*

Pacientka vřele uvítala náš rozhovor. Před spaním si vyvětrala, naklepala polštář, užila hypnotikum. Druhý den se cítila odpočatá a připravená na operaci. Úzkost a obavy již nepociťovala. Cíl se podařilo splnit.

### **3.3 Strach týkající se vlastního zdraví, operace a terapie, projevující se verbalizací, nervozitou a neklidem.**

*Cíl:* Zmírnění strachu na minimálně možnou úroveň.

*Výsledná kritéria:*

- Pacientka je informována o nemocničním prostředí a chodu jednotlivých oddělení.
- Pacientka zná příčiny strachu.
- Pacientka projevuje zmírnění strachu.

*Intervence:*

- Být nemocné stále k dispozici.
- Zhodnotit pocity pacientky, do jaké míry strach ovládá a jak hluboce na ní působí.
- Všimnout si verbálních i neverbálních projevů a reakcí, možných poruch chování (např. nervozity, paniky, pláče, uzavřenosti, impulzivnosti).
- Věnovat pozornost subjektivnímu sdělení pacientky.
- Snažit se odhadnout její vnitřní a zevní obranné mechanismy.
- Sledovat hodnoty vitálních funkcí (TK, P, D).
- Věnovat se pacientce s pochopením a trpělivostí.
- Dát jí prostor k vyjádření strachu a emocí.
- Dopřát jí čas na kladení otázek a respektovat její obavy.
- Pokusit se pacientku uklidnit a rozptýlit, vhodně ji motivovat.
- Naučit pacientku správně relaxovat.
- Naučit pacientku vstávat z lůžka.



*Realizace 1. 12. 2008:*

Zjistily jsme, že příčinou jejího strachu je obava z anestezie, ze smrti, z bolesti a nevolnosti, kterou bude cítit po operaci. Vysvětlila jsem jí, jak bude probíhat anestezie. Zajistila jsem jí informativní schůzku s anesteziologem, který jí ozřejmil vše nejasné a rozptýlil obavy ze smrti. Dále byla seznámena s průběhem pooperační ošetrovatelské péče. Vysvětlila jsem jí, jak bude realizována pooperační analgezie, jak se bojuje proti nevolnosti. Poučila jsem jí jak vstávat z lůžka po operaci a zdůraznila důležitost pohybu pro obnovení střevní peristaltiky a spontánního močení.

*Hodnocení 1. 12. 2008:*

Paní H. CH. byla dostatečně poučena o průběhu anestezie, operace, pooperační analgezie a možnosti antiemetické léčby. Nacvičily jsme vstávání z lůžka. Pacientka se plně zapojila do ošetrovatelského procesu. Cítí se klidnější, strach pociťuje v menší míře. Cíl se podařilo z velké části splnit.

### **3.4 Porucha spánku z důvodu nemoci a změny prostředí, projevující se nespavostí a únavou během dne.**

*Cíl:* Normalizace spánkového rytmu pacientky (zkvalitnění jejího spánku, zajištění odpočinku, nerušený spánek v noci). Pacientka spí alespoň 6 hodin bez přerušování a po probuzení se cítí odpočatá.

*Výsledná kritéria:*

- Pacientka chápe potřebu rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem.
- Pacientka má kvalitní spánek.

*Intervence:*

- Informovat pacientku o příčině poruchy spánku.
- Informovat pacientku o terapeutickém ovlivnění noční nespavosti.
- Sledovat průměrnou délku spánku pacientky.
- Zajistit klidné tiché prostředí a upravené lůžko.
- Minimalizovat rušivé podněty.
- Upozornit na opatření, která usnadňují navození spánku.
- Respektovat spánkové návyky pacientky.
- Umožnit před spaním činnosti, na které je zvyklá.

- Doporučit omezení spánku během dne.
- Snažit se rozvrhnout ošetrovatelskou činnost tak, aby nenarušovala odpočinek, především noční spánek.
- Podat hypnotika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinky.

*Realizace 1. 12. 2008:*

Společně s pacientkou jsem se snažila zjistit příčinu nespavosti a rozebrat její spánkové návyky. Před spaním jsem jí doporučila činnosti, na které je zvyklá z domova. Vysvětlila jsem jí význam relaxačních technik. Dále jsem jí vysvětlila, že se nemusí během hospitalizace obávat užívat lék na spaní, že na něj nevznikne návyk. Je důležité, aby se kvalitně vyspala a přes den se necítila unavená. Před spaním si nechala upravit lůžko. Následující den jsem se ujistila, že naordinovaný lék na spaní užila a že neměl vedlejší účinky.

*Hodnocen 2. 12. 2008.*

Cíl splněn. Po aplikaci léku na spaní a při respektování spánkových návyků pacientky tato v noci klidně spala. Ráno se cítila odpočatá.

### **3.5 Změna tělesné teploty z důvodu operace a vlivu anesteziologických látek, projevující se chvěním a slovním vyjádřením.**

*Cíl:* Tělesná teplota pacientky je v normálních mezích. Pacientka má pocit tepla, nechvěje se.

*Výsledná kritéria:*

- Pacientka zná příčinu pocitu zimy a chvění.
- Pacientka ví, jak minimalizovat únik tepla a jak zvýšit tělesnou teplotu.

*Intervence:*

- Zabránit dalšímu podchlazení, zbytečně pacientku neodkrývat a neobnažovat.
- Monitorovat tělesnou teplotu a ostatní fyziologické funkce a zaznamenávat jejich hodnoty.
- Sledovat barvu nehtových lůžek a kůže pacientky.
- Zajistit teplé přikrývky a termofory.

- Podávat ohřáté infuzní roztoky.
- Poučit pacientku, jak zabránit ztrátám tepla.

*Realizace 2. 12. 2008:*

Pacientku jsem přikryla dvěma dekami. Do lůžka z každé strany hrudníku jsem jí dala termofor naplněný teplou vodou. Ordinované infuze jsem podávala přes ohřívač infuzních roztoků. Omezila jsem odkrývání přikrývek v průběhu prvních hodin po operaci na minimum. Poučila jsem pacientku, aby ležela klidně a tím minimalizovala únik tepla. Pacientce jsem pravidelně monitorovala hodnoty tělesné teploty a ostatních fyziologických funkcí.

*Hodnocení 2. 12. 2008:*

Cíl splněn. Během několika hodin se pacientka zahřála, nechvěla se a měla pocit tepla.

### **3.6 Nauzea a zvracení následkem působení anesteziologických látek.**

*Cíl:* Odstranit zvracení, snížit pocit nevolnosti na minimum a zabránit aspiraci žaludečního obsahu. Pacientka zvýší příjem tekutin ústy.

*Výsledná kritéria:*

- Pacientka je informována o příčině žaludeční nevolnosti.
- Pacientka je informována o léčebném postupu.
- Pacientka je poučena o správné technice dýchání, snaží se správnému dýchání.
- Pacientka je poučena o vhodné poloze.
- Pacientka toleruje čaj po doušcích.
- Pacientka je dostatečně hydratována.
- Pacientka pečuje o dutinu ústní a zvlhčování rtů.

*Intervence:*

- Informovat pacientku o příčině žaludeční nevolnosti.
- Informovat pacientku o terapeutickém postupu (aplikace antiemetik, infuzní terapie).
- Všimnout si projevů chování pacientky – neverbálních, verbálních, polohy, postoje, barvy.
- Zhodnotit její pocity před, během a po nevolnosti.
- Zajistit a poučit o správné poloze, především hlavy, během zvracení.

- Zajistit emitní misku a buničinu na dosah pacientce.
- Podat antiemetika dle ordinace lékaře.
- Zajistit dostatečnou hydrataci podáním infuzní terapie dle ordinace lékaře.
- Doporučit pacientce pít tekutiny po malých doušcích, doporučit cucání ledu namísto pití tekutin.
- Zajistit dostatečnou péči o dutinu ústní.
- Doporučit používat prostředky ke zvlhčování rtů.
- Pobízet pacientku k hlubokému, pomalému dýchání.
- Být na blízku, dohlížet na pacientku.
- Sledovat fyziologické funkce pacientky.
- Sledovat účinnost terapie a doporučení.
- Kontrolovat stav dutiny ústní, sledovat známky dehydratace, měřit příjem a výdej tekutin.
- Průběžně zaznamenávat stav pacientky.
- Zaznamenávat častost zvracení, charakter zvratků.

*Realizace 2. 12. 2008:*

Paní H. CH. jsem vysvětlila příčiny nevolnosti a jak se dá terapeuticky ovlivnit. Podala jsem jí studený obklad, zajistila správnou polohu hlavy, emitní misku a buničinu. Dále jsem jí vysvětlila, jak má při pocitu nevolnosti dýchat, kam má obrátit hlavu (prevence aspirace). Umožnila jsem jí výplach úst a doporučila vlhčené tyčinky s citronovou příchutí na zvlhčení rtů. Dle ordinace lékaře jsem jí podala antiemetika.

*Hodnocení:*

2. 12. 2008: Cíl byl splněn částečně. Přes aplikaci antiemetik dle ordinace lékaře přetrvává nauzea a občasné zvracení. Pacientka je dostatečně hydratovaná.

3. 12. 2008: Cíl splněn. Pacientka toleruje příjem tekutin per os, pije bez problémů. Již nezvrací, nauzeu nepocítuje.

### **3.7 Akutní bolest následkem operace, projevující se verbalizací a omezením hybnosti.**

*Cíl: krátkodobý:* U pacientky dojde ke snížení bolesti alespoň o dva stupně na vizuální analogové škále bolesti.

*dlouhodobý:* Analgezie je účinná, pacientka nemá trvalou bolest. Zná úlevové polohy.

*Výsledná kritéria:*

- Pacientka zná příčinu bolesti.
- Pacientka udává snížení bolesti (z č. 6 na č. 4)
- Pacientka je informována o možnosti ovlivnění bolesti (podání analgetik, zvýšení rychlosti analgetické směsi).
- Pacientka umí zaujmout úlevovou polohu.
- Pacientka nemá neverbální ani verbální projevy bolesti.
- Pacientka je schopna pohybu s pocitem minimální bolesti.

*Intervence:*

- Provézt rozbor bolesti z hlediska její lokalizace, rozsahu, nástupu, druhu, trvání bolesti a vyvolávající nebo bolest zhoršující příčiny.
- Nechat pacientku vyhodnotit stupeň bolesti na škále 0 až 10.
- Povšimnout si reakce na bolest a projevů chování.
- Respektovat výrazy, kterými nemocná svou bolest popisuje.
- Všimnout si mimoslovních projevů pacientky.
- Sledovat její vitální funkce (TK, P, D).
- Vysvětlit pacientce příčinu bolesti a plán jejího zvládnutí.
- Aplikovat pacientce naordinovaná analgetika.
- Zajistit pacientce klid a maximální pohodlí.
- Doporučit jí úlevové polohy.
- Sledovat účinnost analgetik.
- Vše průběžně dokumentovat.

*Realizace 2. 12. 2008:*

S pacientkou jsme provedly rozbor bolesti na škále bolesti (0 až 10), uvedla č. 6. Trvalou bolest cítí v oblasti operační rány od pupku výše. Bolest se zvyšuje při napínání

břišních svalů (pohybu, kašli). Rychlost analgetické směsi jsem zvýšila (podle ordinace lékaře) o 1 ml na 6 ml/ hod. a aplikovala Diclofenac supp. p. r. Dále jsem pacientku poučila o tom, jak se na lůžku pohybovat a jak odkašlávat. Doporučila jsem jí vhodné úlevové polohy. Průběžně jsem sledovala účinky podaných analgetik.

3. a 4. 12. 2008: Společně jsme se pokoušely nalézt úlevovou polohu a optimální uspořádání lůžka a jeho příslušenství, tak, aby měla pohodlí. Naučila jsem ji správné fixaci operační rány při pohybu a kašli. Poučila jsem ji o nefarmakologických metodách tišení bolesti. 3. 12. byl odstraněn epidurální katétr pro jeho nežádoucí účinky. Pacientka byla poučena, že bude pravidelně dostávat infuze proti bolesti, v mezidobí může dostat čípek.

*Hodnocení:*

2. 12. 2008: Paní H. CH. udává, že bolest po podání analgetik do 30 minut ustoupila. Pociťuje nyní bolest minimální (na stupnici bolesti udává č. 2). Našla si úlevovou zvýšenou polohu. Při pohybu a odkašlávání udává snesitelnou bolest. Cíl byl splněn.

3. a 4. 12. 2008: Cíl splněn. Léčba analgetiky je efektivní. Bolest má intenzitu 2 až 3, a to pouze při kašli a pohybu.

### **3.8 Snížení objemu tělesných tekutin z důvodu velké krevní ztráty, projevující se hypotenzí a sníženou diurézou.**

*Cíl:* Udržení objemu tělesných tekutin na funkční úrovni. Pacientka má hodnoty fyziologických funkcí v normě. Nedojde k poškození pacientky z důvodu podaných krevních derivátů.

*Hodnotící kritéria:*

- Pacientka chápe potřebu doplnění objemu tekutin infuzemi a krevními deriváty.
- Pacientka je dostatečně informována o jejich podání a možných nežádoucích účincích.
- U pacientky dojde k úpravě fyziologických funkcí na normální hodnoty.
- U pacientky se zvýší diuréza.

*Intervence:*

- Průběžně monitorovat a zaznamenávat hodnoty fyziologických funkcí.

- Sledovat a zaznamenávat barvu kůže a sliznic pacientky.
- Připravit a aplikovat infúze dle ordinace lékaře.
- Poučít pacientku o nutnosti podání krevních derivátů a o možných nežádoucích účincích (učiní lékař).
- Zodpovědět případné dotazy pacientky ohledně podání krevních derivátů a infuzí.
- Podat pacientce krevní deriváty dle ordinace lékaře.
- Před podáním krevních derivátů provést stanovená vyšetření.
- Zdokumentovat podání krevních derivátů.
- Sledovat pacientku a její reakce během podávání krevních derivátů.
- Sledovat a zaznamenávat bilanci tekutin.
- Zaznamenávat ztrátu tekutin zvracením, krvácením, sledovat odpad drénů.
- Sledovat známky dehydratace – snížený turgor kůže, suché sliznice, zmatenost.
- Ujistit pacientku, že může kdykoli zazvonit a přivolat mě.

*Realizace 2. 12. 2008:*

Při převzetí pacientky z operačního sálu jsem byla anesteziologem informována o krevní ztrátě během operace a nutnosti hrazení tělesných tekutin krevními deriváty. Transfuzní jednotka krve již vykapala během operace. Po příjezdu z operačního sálu jsem napojila pacientku na monitor fyziologických funkcí a pravidelně tyto monitorovala a zaznamenávala. Podávala jsem infuzní roztoky dle ordinace lékaře. Objednala jsem jednu transfuzní jednotku erytrocytového koncentrátu a dvě transfuzní jednotky čerstvě zmražené plazmy. Pacientka byla lékařem poučena o nutnosti podání krevních derivátů. Zkontrolovala jsem, zda má podepsaný informovaný souhlas s podáním krevních derivátů. Před jejich podáním jsem změřila fyziologické funkce, provedla orientační vyšetření moči. Společně s lékařem jsme provedli zajišťovací pokus a biologický pokus. Lékař pacientku poučil o možných nežádoucích účincích. Pacientce jsem připomněla signalizační zařízení, kterým mě může kdykoli přivolat. Během podávání krevních derivátů jsem sledovala a zaznamenávala hodnoty fyziologických funkcí a stav vědomí pacientky. Též jsem kontrolovala obvaz operační rány, jeho okolí a charakter a množství odpadu v drénu. Dále jsem zaznamenávala ztrátu tekutin zvracením.

*Hodnocení:*

2. 12. 2008: Cíl byl splněn částečně. Nedošlo k poškození pacientky, krevní deriváty vykapaly bez reakce. Pulz je normální, hypotenze přetrvává. Diuréza se zvýšila, bilance je přiměřená.

### **3.9 Omezení sebeděče a tělesné hybnosti v souvislosti s operačním výkonem, projevující se neschopností zvládnout péči o sebe sama.**

*Cíl: krátkodobý:* Pacientka je schopna samostatně zvládat základní sebeděči do dvou dnů od operace. Před překladem na standardní oddělení bude schopná základní sebeděče. Nedojde ke vzniku dekubitů a imobilizačního syndromu.

*dlouhodobý:* Sebeděče a pohyblivost bude u pacientky plně obnovena do propuštění k domácímu ošetřování.

*Hodnotící kritéria:*

- Pacientka chápe důležitost pohybu a nácviku sebeděče.
- Pacientka je poučena o nebezpečnosti imobilizačního syndromu.
- U pacientky dojde k obnově tělesné hybnosti a sebeděče.

*Intervence:*

- Určit míru soběstačnosti dle Barthelova testu ADL.
- Zjistit jak pacientka vnímá snížení hybnosti a soběstačnosti.
- Všimnout si verbálních i neverbálních projevů pacientky.
- Pomáhat jí při aktivní změně polohy, hygieně.
- Podporovat pacientku při provádění základních samoobslužných činností.
- Motivovat ji a chválit za každý její pokrok.
- Zajistit potřebné věci a pomůcky na dosah pacientky.
- Zajistit čisté ložní prádlo a osobní prádlo.
- Předcházet vzniku komplikací, které mohou vzniknout z důvodu imobility.
- Kontrolovat stav kůže a sliznic, denně hodnotit riziko vzniku dekubitů dle škály Nortonové. Pravidelně pečovat o pokožku.
- Informovat pacientku o významu a nutnosti rehabilitace a časného vstávání.
- Zajistit rehabilitační péči.
- Povzbuzovat pacientku ke cvičení v průběhu dne.



- Sledovat hodnoty fyziologických funkcí v průběhu rehabilitace, sledovat projevy bolesti, případnou bolest účinně tlumit.
- Naučit pacientku ovládat polohování lůžka.

*Realizace 2. až 4. 12. 2008:*

Denně jsme s paní H. CH. určovaly míru soběstačnosti a hodnotily riziko vzniku dekubitů. Společně s ostatním ošetrovatelským personálem a lékaři jsme pacientku motivovali k mobilizaci a rehabilitaci. Noční stolek s věcmi denní potřeby jsem pacientce umístila tak, aby na vše dosáhla. Při hygieně jsem umístila pomůcky do dosahu pacientky. Pacientku jsme pobízely k samostatné aktivitě, za kterou byla chválena. Když bylo potřeba aktivně jsme nabízely pomoc s některými aktivitami. Lůžko jsme udržovaly čisté a suché, prostěradlo vypnuté. Pravidelně jsme kontrolovaly predilekční místa vzniku dekubitů. Zada opakovaně masírovaly masážním krémem Menalind. Paty, kolena a hlavu jsme podkládaly molitanovými věnečky.

Pacientka se nejprve myla vsedě u lůžka, poté na židli u umyvadla na pokoji, druhý pooperační den zvládla sprchu s naší dopomocí. Paní H. CH. dvakrát denně cvičila s rehabilitační sestrou. Také jsme ji naučily zacházet s ovládáním lůžka, aby si sama mohla zvolit vhodnou polohu.

*Hodnocení:*

2. 12. 2008: Cíl splněn částečně. Paní H. CH. chápe význam mobilizace a snaží se v lůžku pohybovat. Je však závislá na naší pomoci, potřebuje pomoc při hygieně a sebepěči.

3. 12. 2008: Cíl splněn částečně. Pacientka je lehce závislá na naší pomoci. Potřebuje pomoc při hygieně, je schopná základní sebepěče. Potřebuje pomoc při vstávání a chůzi pro pocit jistoty.

4. 12. 2008: Cíl splněn. Paní H. CH. je v den přeložení na pooperační oddělení pohyblivá a schopná základní sebepěče. Při chůzi nepotřebuje doprovod. Nedošlo ke vzniku dekubitů a imobilizačního syndromu.

10. 12. 2008: Dlouhodobý cíl splněn z velké části. Paní H. CH. je do konce hospitalizace soběstačná. Pohyblivost je obnovena, pacientka je pouze limitována pooperačními opatřeními (zákaz zvedání těžkých předmětů).

### **3.10 Porucha kožní a tkáňové integrity jako následek chirurgického výkonu, projevující se objektivně suturou.**

*Cíl:* Rána se u pacientky hojí bez komplikací, bez příznaků infekce.

*Výsledná kritéria:*

- Rána po operačním zákroku se dobře hojí.
- Pacientka aktivně spolupracuje, naučí se o suturu pečovat.

*Intervence:*

- Povšimnout si kožního turgoru, barvy a pigmentace kůže pacientky.
- Zhodnotit stav výživy kůže a rizikových míst vzniku komplikací.
- Věnovat pozornost všem přítomným sekretům v oblasti rány.
- Kontrolovat funkčnost drenážního systému.
- Informovat pacientku o možných komplikacích.
- Sledovat proces hojení rány.
- Snažit se docílit toho, aby se rána hojila bez komplikací.
- Okolí rány udržovat v suchu.
- Zajistit sterilitu rány.
- Dbát na přiměřenou hygienu pacientky.
- Informovat pacientku o důležitosti spolupráce.

*Realizace 2. až 4. 12. 2008:*

Pacientku jsem seznámila s tím, jak pečovat o ránu. Jak je nutné, aby okolí rány bylo čisté a suché. Pravidelně jsem kontrolovala funkčnost drenážního systému, a zda drénovaná tekutina neprosakuje do rány. Po každé hygieně a znečištění obvazu jsem provedla převaz rány za sterilních podmínek. Druhý pooperační den si pacientka ránu osprchovala vlažnou vodou a umyla mýdlem (bez použití žínky či houby, pouze čistýma rukama). Po osprchování jsem ránu osušila, zkontrolovala, vydesinfikovala a překryla sterilními čtverci.

*Hodnocení 4. 12. 2008:*

Rána se hojí bez komplikací a bez sekrece. Paní H. CH. je poučena o péči o suturu, dodržuje aseptické zásady v péči o ni. Sutura je klidná, bez sekrece a známek zánětu. Rána se hojí bez komplikací. Cíl byl splněn.

### **3.11 Potenciální riziko vzniku dekubitu na pravé patě z důvodů snížené hybnosti a citlivosti dolních končetin.**

*Cíl:* Zamezit vzniku dekubitů u pacientky.

*Výsledná kritéria:*

- Pacientka dodržuje antidekubitální prevenci do úplného obnovení citlivosti a hybnosti dolních končetin.
- Pacientka aktivně rehabilituje dle pokynů rehabilitační sestry.

*Intervence:*

- Zjistit rozsah poruchy hybnosti a citlivosti dolních končetin pacientky.
- Vyslechnout pacientku, jak tento stav popisuje.
- Zhodnotit celkový stav pacientky (výživa, energie).
- Pátrat po komplikacích z nepohyblivosti.
- Domluvit se s pacientkou na následném rehabilitačním plánu.
- Informovat lékaře o stavu pacientky.
- Zajistit a poučit pacientku o antidekubitární péči (zajistit pohodlnou fyziologickou polohu dolních končetin, podložit antidekubitárními kolečky paty a pod kolena).
- Zajistit rehabilitační sestru pro nácvik vertikalizace a chůze.
- Podporovat a povzbuzovat pacientku.
- Být jí nablízku.
- Zapojit jí, aby se aktivně podílela na všech krocích.
- Pátrat po lokálním zčervenání a nebo otlaku kůže.

*Realizace 2. a 3. 12. 2008:*

Klientku jsem poučila o příčině snížené hybnosti a citlivosti pravé dolní končetiny. Vysvětlila jsem jí, že je to vedlejší účinek epidurální analgezie. Zjistily jsme v jakém rozsahu je snížená citlivost a hybnost pravé dolní končetiny. Dala jsem jí pod paty a kolena molitanová antidekubitární kolečka. Pravidelně jsem kontrolovala a zaznamenávala hybnost a citlivost dolních končetin. Též jsem pravidelně kontrolovala vzhled pokožky na patách, nohy jsem opakovaně masírovala. Po obnovení hybnosti dolních končetin paní H. CH. cvičila cviky na prokrvení dolních končetin.

*Hodnocení 3. 12. 2008:*

Cíl splněn, pacientka je informována o příčině snížené citlivosti a hybnosti dolních končetin. Po extrakci epidurálního katétru (3. 12.) se hybnost a citlivost dolních končetin obnovila. Nedošlo ke vzniku otlaků a dekubitů na patách.

### **3.12 Potenciální riziko vzniku infekce v souvislosti s operační ránou.**

*Cíl: krátkodobý:* Pacientka je bez známek infekce, okolí operační rány je klidné.

*dlouhodobý:* Operační rána se hojí per primam. Pacientka je bez projevů infekce.

*Hodnotící kritéria:*

- Pacientka zná péči o ránu.
- Pacientka ví, jak má rána vypadat.

*Intervence:*

- Pravidelně kontrolovat operační ránu – barvu kůže, otok, bolestivost.
- Sledovat hodnoty fyziologických funkcí a zaznamenávat je.
- Dodržovat aseptický postup při převazech.
- Dodržovat správný postup při ošetřování jednotlivých pacientek a klientek. Používat ochranné prostředky.
- Převazovat operační ránu podle potřeby a vždy po každé hygieně.
- Informovat pacientku, jak má rána vypadat.
- Naučit pacientku správně o ránu pečovat.
- Zaznamenávat subjektivní obtíže, všimnout si verbálních i neverbálních projevů pacientky, které mohou souviset s potenciální infekcí.
- Kontrolovat laboratorní výsledky zánětlivých markerů, zvýšené hodnoty včas hlásit lékaři.
- Podávat ATB dle ordinace lékaře.
- Při místních i celkových známkách infekce informovat lékaře.

*Realizace 2. až 4. 12. 2008:*

Pravidelně jsem operační ránu kontrolovala a asepticky ošetřovala za pomoci dezinfekce Cutasept spray a sterilního krytí Mepore. Pacientku jsem poučila, jak má o ránu pečovat, za jakých podmínek ji může sprchovat. Naučila jsem ji kontrolovat vzhled operační rány. Dále jsem pravidelně měřila a zaznamenávala hodnoty fyziologických

funkcí. Pacientce jsem vysvětlila nutnost a důležitost podání antibiotik, které jsem podávala dle ordinace lékaře. Vyhledávala a zapisovala jsem výsledky laboratorních hodnot zánětlivých markerů, patologické hodnoty hlásila lékaři. Také jsem hodnotila a zaznamenávala subjektivní pocity pacientky, které by mohly mít souvislost s potenciální infekcí. Požádala jsem ji, aby všechny změny a nepříjemné pocity hlásila.

*Hodnocení:*

2. 12. 2008: Cíl je splněn částečně. Operační rána je kryta sterilním krytím, krytí je suché. Tělesná teplota je zvýšená. Riziko vzniku infekce nelze vyloučit.

3. a 4. 12. 2008: Cíl splněn částečně. Operační rána je bez známek infekce. Tělesná teplota a hodnoty zánětlivých markerů jsou lehce zvýšeny. Riziko vzniku infekce nelze vyloučit.

### **3.13 Potenciální riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedenými intravenózními kanylami.**

*Cíl: krátkodobý:* Pacientka nemá známky infekce. Okolí i. v. vstupů je klidné.

*dlouhodobý:* Pacientka je bez projevů infekce.

*Výsledná kritéria:*

- Pacientka ví, jak má vypadat vpich zavedených i.v. kanyl a jeho okolí.
- Vpich a průběh žíly je nebolestivý, bez známek zánětu.

*Intervence:*

- Průběžně a pravidelně kontrolovat okolí zavedených i.v. kanyl – barva kůže, otok, bolestivost.
- Pravidelně sledovat a zaznamenávat hodnoty fyziologických funkcí.
- Dodržovat správný postup při ošetřování jednotlivých pacientek, používat ochranné prostředky.
- Dodržovat aseptický postup při manipulaci s i.v. kanylou a při přípravě infuzních roztoků, transfuzí, antibiotik a i.v. podávaných léků.
- Převazovat i. v. vstupy dle potřeby.
- Sledovat a zaznamenávat subjektivní obtíže pacientky, všimnout si jejích verbálních a neverbálních projevů při manipulaci s i.v. kanylou, které mohou souviset s potenciální infekcí.

- Kontrola laboratorních výsledků zánětlivých markerů, zvýšené hodnoty včas hlásit lékaři.
- Podávat ATB dle ordinace lékaře.
- Při celkových i místních známkách infekce informovat lékaře.

*Realizace 2. až 4. 12. 2008:*

Pravidelně jsem kontrolovala vzhled intravenózních vstupů a jejich okolí. Postupovala jsem přísně asepticky při přípravě infuzních roztoků, transfuzí, antibiotik a léků podávaných i.v. cestou, při jejich podávání a manipulaci s infuzním setem. Při jejich převazu jsme používaly Cutasept spray, sterilní štětičky a sterilní průhledné krytí Tegaderm, které umožňuje vizuální kontrolu zavedených i.v. kanyl. Dále jsem pravidelně sledovala a zaznamenávala hodnoty fyziologických funkcí, podávala ATB dle ordinace lékaře. Vyhledávala a zaznamenávala jsme výsledky zánětlivých markerů, patologické hodnoty jsem hlásila lékaři. Hodnotily jsme a zaznamenávaly subjektivní pocity pacientky, které by mohly souviset s potenciální infekcí. Upozornila jsem pacientku, aby všechny změny a nepříjemné pocity hlásila.

*Hodnocení*

2. 12. 2008: Cíl splněn částečně. Okolí nitrožilních kanyl je klidné a bez známek infekce. Tělesná teplota je zvýšená. Riziko vzniku infekce nelze vyloučit.

3. a 4. 12. 2008: Cíl splněn částečně. Okolí i. v. kanyl je bez známek infekce. Tělesná teplota a hodnoty zánětlivých markerů jsou lehce zvýšeny. Riziko vzniku infekce nelze zcela vyloučit.

### **3.14 Potenciální nebezpečí vzniku infekce v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katétrem.**

*Cíl:* Pacientka nebude mít příznaky infekce močových cest. Pacientka po extrakci močového katétru močí bez obtíží.

*Výsledná kritéria:*

- Pacientka je dostatečně informovaná o péči o močový katétr.
- Pacientka je poučena o důležitosti pitného režimu.
- U pacientky dojde k obnovení spontánní mikce.

#### *Intervence:*

- Sledovat denní příjem a výdej tekutin.
- Hodnotit stav sliznic a kůže.
- Informovat pacientku o nutnosti a významu dostatečného příjmu tekutin.
- Poučit pacientku o možných komplikacích dlouho zavedeného močového katétru.
- Dbát na dodržování hygienických opatření (zvýšená hygiena intimních partií).
- Pravidelně sledovat vzhled a množství moče.
- Pečovat o katétr, kontrolovat jeho průchodnost.
- Správně upevnit sběrný sáček, tak, aby byl zajištěn kontinuální odtok moče.
- Aktivně sledovat subjektivní pocity pacientky (pálení, řezání, bolestivost).
- Všimnout si eventuálních známek infekce, pravidelně měřit tělesnou teplotu.
- Kontrolovat laboratorní hodnoty zánětlivých markerů.
- Manipulaci s permanentním močovým katétrem provádět dle metodického pokynu.

#### *Realizace 2. až 4. 12. 2008:*

Na operačním sále byl pacientce zaveden permanentní močový katétr. Po operaci jsme pravidelně sledovaly a zaznamenávaly množství a vzhled odváděné moči. Pacientku jsem znovu poučila o zavedeném permanentním katéttru, příčině zavedení a možných komplikacích. Vysvětlila jsem jí, že po dobu zavedeného permanentního katétru a po jeho odstranění je důležité, aby přijímala dostatečné množství tekutin. Při manipulaci s katétrem a sběrným sáčkem jsme postupovaly dle metodického pokynu. Snažily se minimalizovat rozpojování močového katétru a sběrného systému. Prováděly jsme hygienickou péči o intimní partie při ranních a večerních hygienách a dle potřeby. Aktivně jsme se ptaly na subjektivní obtíže pacientky.

#### *Hodnocení 2. až 4. 12. 2008:*

Cíl splněn. Pacientka nemá příznaky infekce močových cest. Po odstranění permanentního močového katétru (4. 12. 2008) močí pacientka bez obtíží. Nestěžuje si na žádné negativní subjektivní pocity.

### **3.15 Porucha citlivosti a hybnosti pravé dolní končetiny jako důsledek vedlejšího účinku epidurální analgezie, projevující se omezením hybnosti při rehabilitaci.**

*Cíl:* Pacientka má obnovenou citlivost a hybnost pravé dolní končetiny. Bude moci rehabilitovat a chodit. Aktivně se podílí na rehabilitaci.

*Výsledná kritéria:*

- Pacientka je plně informována o příčině poruchy hybnosti a citlivosti pravé dolní končetiny.
- Pacientka je srozuměna s dalším terapeutickým postupem a možnostmi řešení tohoto problému.
- Pacientka dodržuje antidekubitární prevenci do úplného obnovení citlivosti a hybnosti dolních končetin.
- Pacientka je poučena o bezpečnosti při vertikalizaci a chůzi.
- Pacientka aktivně rehabilituje dle pokynů rehabilitační sestry.
- Pacientka má plně obnovenou citlivost a hybnost pravé dolní končetiny.

*Intervence:*

- Zjistit rozsah poruchy hybnosti a citlivosti dolních končetin.
- Vyslechnout pacientku, jak tento stav popíše.
- Vyhodnotit, do jaké míry tato porucha pacientku omezuje.
- Zhodnotit celkový stav pacientky (výživa, energie).
- Vysvětlit příčinu nehybnosti dolních končetin a to, že se jedná pouze o dočasný stav související s epidurální analgezií.
- Informovat o dalším terapeutickém postupu a možnostech řešení tohoto problému.
- Pátrat po komplikacích z nepohyblivosti.
- Zkontrolovat okolí zavedeného epidurálního katétru.
- Domluvit se s pacientkou na následném plánu rehabilitace.
- Informovat lékaře o stavu pacientky.
- Odpovídat na případné dotazy pacientky.
- Upozornit na možné zvýšení bolesti břicha po extrakci epidurálního katétru.
- Informovat o možnostech podání analgetik při bolesti.
- Zajistit a poučit pacientku o antidekubitální prevenci (pohodlná fyziologická poloha DK, antidekubitální kolečka pod paty a pod kolena).



- Zajistit rehabilitační sestru pro nácvik vertikalizace a chůze.
- Podporovat a povzbuzovat pacientku.
- Být jí co nejvíce na blízku.
- Vyjadřovat zájem o její stav.
- Zapojit pacientku, aby se aktivně podílela na všech krocích.
- Zajistit bezpečnost a dbát na prevenci pádu při nácviku vertikalizace a chůze (doprovod sestry nebo RHB pracovnice).
- Průběžně kontrolovat hybnost a citlivost DK (dotazy na pacientku, sledováním pacientky při vstávání a chůzi).
- Pomáhat pacientce při vertikalizaci a chůzi.
- Pátrat po lokálním zčervenání nebo otlaku kůže.
- Poskytnout dostatek času na odpočinek během rehabilitace.

*Realizace 3. a 4. 12. 2008:*

Pacientku jsem poučila o příčině snížené hybnosti a citlivosti pravé dolní končetiny. Vysvětlila jsem jí, že je to vedlejší účinek epidurální analgezie a že po jejím vysazení, tento nežádoucí účinek odezní. Společně jsme zjistily v jakém rozsahu je snížení citlivosti a hybnosti pravé dolní končetiny. Paní H. CH. jsem vysvětlila, jak se dá situace řešit. Společně s lékařem jsme se domluvili na odstranění katétru po dokapání analgetické směsi. Pacientka byla seznámena s důsledky vytažení epidurálního katétru (možnosti bolesti v oblasti operační rány). Epidurální katétr byl odstraněn, do čtyř hodin po jeho odstranění se navrátila citlivost a hybnost nohy v plném rozsahu. Po obnovení hybnosti dolní končetiny pacientka pravidelně cvičila cviky na prokrvení dolních končetin.

*Hodnocení 4. 12. 2008:* Cíl byl splněn. Citlivost a hybnost nohy byla zcela obnovena. Paní H. CH. udává, že je stejná jako před operací. S dolními končetinami na lůžku rehabilituje. Během odpoledne již chodí bez problémů.

### **3.16 Riziko pádu v souvislosti se snížením citlivosti a hybnosti pravé dolní končetiny.**

*Cíl:* Zamezit riziku poranění a pádu pacientky.

*Výsledná kritéria:*

- Pacientka je plně informována o příčině poruchy hybnosti a citlivosti pravé dolní končetiny.
- Pacientka je srozuměna s dalším terapeutickým postupem a možnostmi řešení poruchy hybnosti a citlivosti pravé dolní končetiny.
- Pacientka je poručena o bezpečnostních opatřeních a pravidlech při vertikalizaci a chůzi.
- Pacientka aktivně rehabilituje dle pokynů rehabilitační sestry.
- Pacientka má plně obnovenou citlivost a hybnost pravé dolní končetiny.

*Intervence:*

- Zjistit rozsah poruchy hybnosti a citlivosti dolních končetin.
- Vyslechnout pacientku jak tento stav popisuje.
- Vyhodnotit riziko pádu.
- Vysvětlit příčinu nehybnosti dolní končetiny a to, že se jedná jen o dočasný stav související s epidurální analgezií.
- Vyhodnotit, do jaké míry tato porucha pacientku omezuje v pohybu.
- Zhodnotit celkový stav pacientky.
- Informovat pacientku o možném léčebném postupu a možnostech vedoucích ke zlepšení hybnosti a citlivosti dolních končetin.
- Domluvit se s pacientkou na plánu rehabilitačního postupu.
- Upozornit na možné zvýšení bolesti břicha při snížení rychlosti podávané analgetické směsi nebo extrakci epidurálního katétru.
- Informovat o možnostech analgetického ovlivnění při pocitu bolesti.
- Odpovídat na případné dotazy.
- Zajistit rehabilitační sestru pro nácvik vertikalizace a chůze.
- Podporovat a povzbuzovat pacientku.
- Být pacientce co nejvíce nablízku.
- Vyjadřovat zájem o stav pacientky.
- Zapojit pacientku, aby se aktivně podílela na všech krocích.

- Zajistit bezpečnost a dbát na prevenci pádu při nácviku vertikalizace a chůze – doprovod sestry nebo RHB pracovníka.
- Průběžně kontrolovat citlivost a hybnost dolních končetin.
- Pomáhat pacientce při vertikalizaci a chůzi.
- Odstranit překážky, které by mohly způsobit pád (mokrý podlaha, rozsypané a poházené věci na podlaze, nevhodně umístěný nábytek).

*Realizace 3. 12. 2008:* Pacientce jsem vysvětlila vše o příčině snížené hybnosti a citlivosti dolní končetiny. Informovala jsem jí, jak se situace dá řešit a uklidnila ji informací, že je to pouze dočasný stav. Epidurální katétr byl odstraněn. Dále jsem jí pověděla, jaký důsledek má snížená citlivost a hybnost nohou při posazování a chůzi. Vysvětlila jsem jí, jak má při vertikalizaci postupovat. Zdůraznila jsem, že z lůžka může vstávat pouze za asistence sestry nebo fyzioterapeuta. Před každým nácvikem chůze jsem z cesty odstranila všechny potenciální překážky. Při nácviku vstávání a chůze jsme pacientku jistily, až do úplné obnovy hybnosti a citlivosti dolních končetin, z obou stran.

*Hodnocení 3. 12. 2008:* Cíl splněn. Pádu a poranění pacientky jsme zamezily. Po odstranění epidurálního katétru došlo u pacientky do několika hodin k úplné obnově hybnosti a citlivosti a riziko pádu a poranění se tím minimalizovalo.

## **4 Edukace**

Edukace pacientky probíhala průběžně po celou dobu hospitalizace. Při příjmu byla paní CH. seznámena s chodem oddělení, byl jí přidělen identifikační náramek a vysvětlen jeho význam. Dále byla seznámena s právy pacienta. Před každým diagnostickým a terapeutickým zákrokem byla seznámena s jeho významem a možnými komplikacemi. Byl jí vysvětlen význam a průběh předoperační přípravy. Lékařem byla poučena o průběhu operace, anesteziologem o anestezii a významu premedikace. Pověděla jsem jí, jak to vypadá v den operace před výkonem. Dále jsem ji seznámila s pooperačním režimem, nacvičily jsme společně posazování na lůžku a vstávání z něj. Také byla poučena jak pečovat o suturu, o šetřícím režimu po operaci a dodržení šestinedělí. Před koncem hospitalizace byla informována o existenci organizace Liga proti rakovině, byly jí předány některé z jejich informačních brožur. Dále jí byly

doporučeny internetové stránky této organizace a předáno telefonní číslo na Nádorovou telefonní linku.

## **5 Závěr a prognóza**

Paní H. CH. byla hospitalizována na gynekologicko – porodnické klinice naší nemocnice od 25. 11. 2008 do 10. 12. 2008. O pacientku jsem se starala den před operací a nultý až druhý den po operaci. Po překladu na pooperační oddělení jsem ji několikrát navštívila. 10. 12. 2008 byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Při propuštění byla plně soběstačná, schopná sepeče. Operační rána byla klidná, zhojena per primam, pacientka o ni umí pečovat. Z ošetřovatelského hlediska není nutná následná péče. Paní H. CH. je schopna vrátit se do normálního života při respektování určitých omezení plynoucích z operace. Domů se těší, hlavně na společně strávené svátky s rodinou. Ve své rodině, hlavně v manželovi a nejstarší dceři, má oporu. Pomáhají jí vyrovnat se s onemocněním a léčbou.

Pacientka je poučena o pravidelných kontrolách na onkogynekologické ambulanci. Manžel a dcera jsou poučeni o šetřícím režimu pacientky a o nutnosti pravidelných lékařských kontrol.

Histologické vyšetření: lymfatické uzliny jsou bez nádorového postižení, v děložním hrdle je dobře diferencovaný dlaždicobuněčný karcinom, rozšířený do hloubky maximálně 3 mm.

Dle onkologického konzilia je operace dostačujícím léčebným výkonem. Onkologická léčba není nutná, pouze pravidelná dispenzarizace na onkogynekologické ambulanci. Předpokládaná délka rekonvalescence bude tři měsíce.

## **D. Použitá literatura**

1. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2001. 277 s. ISBN 80-7262-094-0.
2. ČERVINKOVÁ, E. a kol. *Ošetrovatelské diagnózy*. 4. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. 190 s. ISBN 80-7013-443-7.
3. DOEGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
4. MIKŠOVÁ, Z.; FRONKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
5. ROZTOČIL, A. a kol. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1998. 179 s. ISBN 80-7013-255-8.
6. STAŇKOVÁ, M. *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 2001. 55 s.
7. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: IDV PZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
8. VOKURKA, M.; HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 6. vydání. Praha: Maxdorf s.r.o. 2006. 1017 s. ISBN 80-7345-105-0.

## **E. Seznam použitých zkratek**

ACP – acylpyrin  
ADL – aktivity všedního dne  
ALP – alkalická fosfatáza  
ALT – alaninaminotransferáza  
APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový test  
AST – aspartátaminotransferáza  
ATB – antibiotika  
atyp. V – atypické cévy  
AVF – anteverzeflexe  
bilat. – oboustranně  
BMI – body mass index  
CA – celková anestezie  
Ca – kalcium  
ca – karcinom  
CB – celková bílkovina  
CEA – karcinoembryonální antigen  
CK – kreatinkináza  
CRP – C reaktivní protein  
CT – počítačová tomografie  
ČR – Česká republika  
D – dech  
DK – dolní končetiny  
EBR – erytrocytový koncentrát resuspendovaný bez buffy coatu  
EDK – epidurální katétr  
ECHO – sonografické vyšetření srdce  
EKG – elektrokardiografické vyšetření  
FF – fyziologické funkce  
FIGO – Mezinárodní federace gynekologů a porodníků  
GMT – glutamyltransferáza  
GSC – Glasgow coma scale  
HGL – BE – high-grade lesion – bílý epitel  
HPV – lidský papilomavirus  
HST – hormonální substituční terapie  
CHCE – cholecystektomie  
i. m. – intramuskulárně  
i. v. – intravenózně  
ICHS – ischemická choroba srdeční

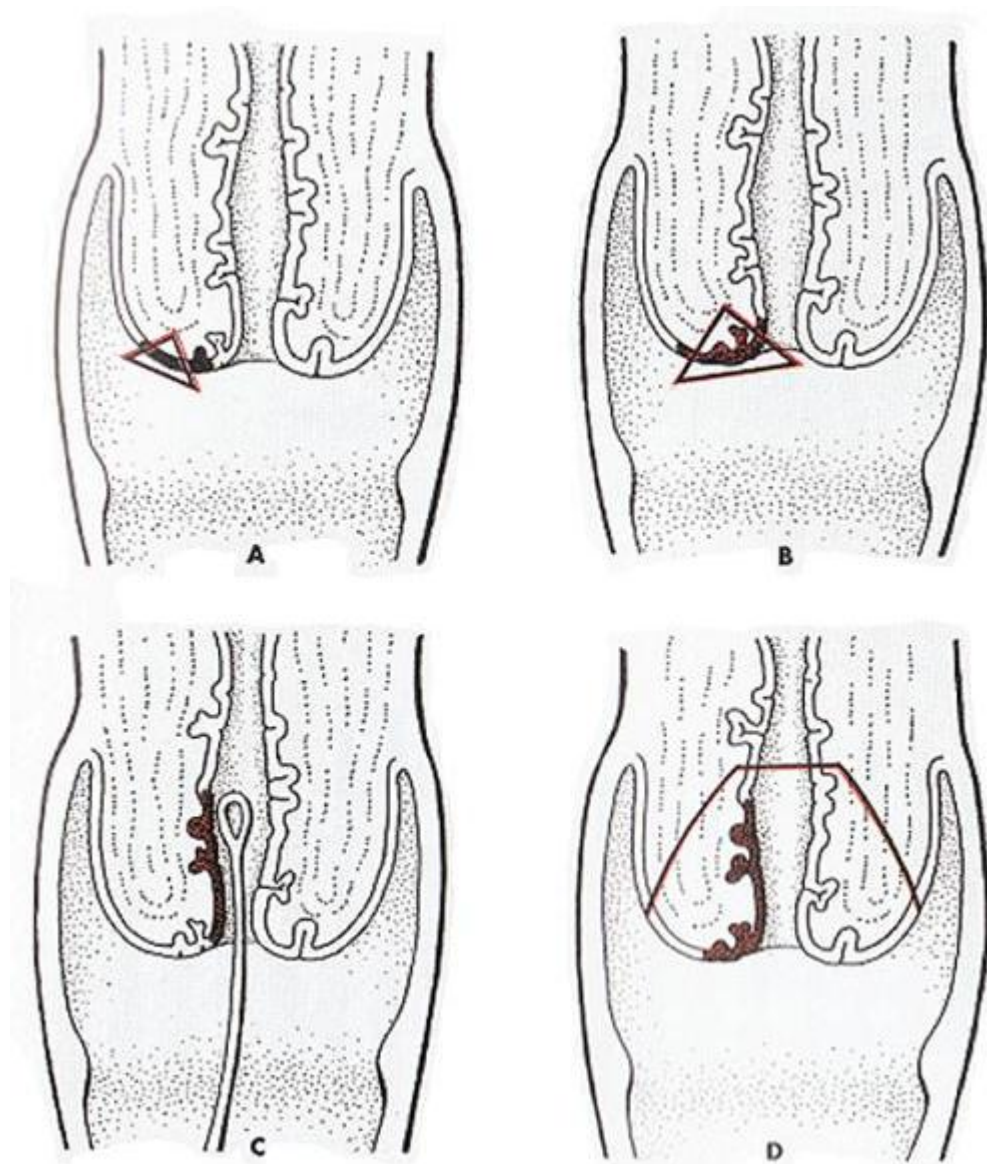
JIP – jednotka intenzivní péče  
KCl – kalium chlorátum, kalii chloridum  
KM – kyselina močová  
KO – krevní obraz  
KO + diff. – krevní obraz s diferenciálním rozpočtem leukocytů  
M – metastáza  
MNR – magnetická rezonance  
N – uzlin  
NS – Norton skóre  
obj. – objektivně  
P – pulz  
P + V – příjem, výdej tekutin  
PDK – pravá dolní končetina  
QUICK – vyšetření protrombinového času  
Rh – rhesus faktor, druh krevní skupiny  
RHB – rehabilitace  
RTG – rentgenové vyšetření  
s. c. – subkutánně  
SCC – nádorový marker  
st. p. – stav po  
sub. – subjektivně  
T – nádor  
tbl. – tableta  
TEN – tromboembolická nemoc  
tj – to je  
TK – krevní tlak  
TNM – tumor, uzlina, metastáza  
TSH – thyreostimulační hormon  
TT – tělesná teplota  
TU – transfuzní jednotka  
UPT – umělé přerušování těhotenství  
USG – ultrazvukové vyšetření  
VAS – vizuální analogová škála  
ZN – zhoubný nádor

## **F. Seznam příloh**

- 1) Místo odběru tkáně z děložního hrdla pro bioptické vyšetření
- 2) TNM klasifikace karcinomů děložního hrdla
- 3) Vstupní ošetřovatelský záznam
- 4) Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí
- 5) Hodnotící systém podle Nortonové
- 6) Vizuální analogová škála bolesti
- 7) Barthelův test základních všedních činností
- 8) Tabulka k hodnocení rizika pádu
- 9) Plán ošetřovatelské péče



**Místo odběru tkáně z děložního hrdla pro bioptické vyšetření**



- A - punch biopsie (odběr bioptickými kleštěmi)
- B - cílená excize skalpelem
- C - kyretáž endocervikálního kanálu
- D - konizace

**TNM klasifikace karcinomů děložního hrdla**

<b>TNM</b>	<b>DĚLOŽNÍ HRDLO</b>	<b>FIGO</b>
Tis	In situ	0
T1	omezen na dělohu	I
T1a	diagnostikován pouze mikroskopicky	IA
T1a1	hloubka ≤ 3 mm, horizontální šíření ≤ 7 mm	IA1
T1a2	hloubka > 3 – 5 mm, horizontální šíření ≤ 7 mm	IA2
T1b	klinicky viditelná nebo mikroskopická léze větší než T1a 2	IB
T1b1	≤ 4 cm	IB1
T1a2	> 4 cm	IB2
T2	mimo dělohu, ale ne až k pánevní stěně nebo do dolní třetiny pochvy	II
T2a	parametrium nepostižené, šíření na pochvu	IIA
T2b	parametrium postižené	IIB
T3	šíří se do dolní třetiny pochvy a nebo k pánevní stěně a nebo hydronefróza	III
T3a	dolní třetina pochvy	IIIA
T3b	pánevní stěna/hydronefróza	IIIB
T4	sliznice měchýře/rekta, mimo malou pánev	IVA
M1	vzdálené metastázy	IVB

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

## VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení: H. CH.

Oslovení: PANI - CH.

Rodné číslo: xxxxx 405703

Věk: 68

Stav: sdaná

Adresa: P9

Osoba, kterou lze kontaktovat: manžel Jaroslav, dcera Alena

Pojišťovna: MM

Povolání: sekretářka v duchovním

Vzdělání: střední s maturitou

Národnost: česká

Vyznání: bez vyznání

Datum přijetí: 25. 11. 2008

Hlavní důvod přijetí: C 53.1 - ZH - exstirpace, dnyšetání a uzavření postupu  
nabít léky

Lékařská diagnóza: C 53.1 - křivkový nádor cervicium

Jak je nemocný informován o své diagnóze? ústně odborným gynekologem

Osobní anamnéza:

řidná dětská meningitida  
rmatoidní artritida krční páteře (z 2005)  
myelodysplastický syndrom r.v. 1999  
dřavičiny

operace: CACE (2004) pro křivku  
křivky: x  
narkóza: x  
dítě 3

Rodinná anamnéza:

MM I+II (r 45 let), H+I (r 43 let)  
matka I+II (r 43 let)  
matka I+II (r 40 let)  
dětí jsou zdravé

Gynekologická anamnéza:

menarche r.v. 13 let, pravidelně, bez bolesti, 28/5-6 dní, bez příměsí  
menopauza r.v. 50 let  
porody 3x, r. normální, spont. náhodně, III. dítě porodní - bez komplikací;  
křivka včasná, děti ani při poku, děti mají, jsou zdravé

Vyšetření:

1x r.v. 8. 11. na státní nádor, bez komplikací; HST neuvěřitelně  
střihem gyn. r.v. rektro kolonoskopie, uš. malé páne, ECHO srdce,  
cystoskopie, státní r.v., křivka - křivka, humerologické,  
mrtví, tumor marker

Terapie:

chronická medikace: PREDNISON 5mg 1-0-0 100. p.o.  
PROVLPIN 1-0-1 100. p.o.  
NEMOCNÝ MÁ U SEBE TYTO LÉKY: VIGANTOL 15 giv 1x s.v. (10)  
KCC 1-0-0 100. p.o.  
Ca 500 0-0-1 100. p.o.

Je poučen, jak je má brát?

ano

**Obecná rizika:**

(Zhodnoťte, využijte hodnotící škály)

nikotismus		ne	ano	pokud ano, kolik denně:
alkoholismus		ne	ano	
drogy		ne	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho:
alergie	jídlo	ne	ano	pokud ano, které:
	léky	ne	ano	pokud ano, které: <i>TRAMALY ACP</i>
	jiné	ne	ano	pokud ano, na co:

dekubity *NS 20*  
 pneumonie */*

**Důležité informace o stavu nemocného:** .....

.....

.....

**Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:**

1. Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)? *u zdravotního gynekologa bylo při prevent. prohlídce zachycen suspektní nálezn na děložním mžle*
2. Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc? *nerím, ani to s netrou nerozta, ne klou zájmu*
3. Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak? *Spatru spím. Poslední dtrou jsem samostatně jedl o doměno*
4. Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane? *Průfami, ně se tyrači ně sposti*
5. Jaké to pro vás je být v nemocnici? *Stempeji, ale chce být odiana*
6. Kolik času podle vašeho odhadu strávíte nemocnici? *do kate mi, ně max. 2 týdny*
7. Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu? *rumáři*
8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? *Kašim ano*
9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte: *ne*

**Stupeň soběstačnosti** (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):

*Ono je cela soběstačná*

.....

.....

.....

**Komunikace:**

• stav vědomí	<i>✓</i> při vědomí	somnolence	kóma
• kontakt navázán	<i>✓</i> rychle	s obtížemi	nenavázán
• komunikace	<i>✓</i> bez problémů	bariéry	nekomunikuje
• spolupráce	<i>✓</i> snaha spolupracovat	nedůvěřivost	odmítá spolupráci

## HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

### 1. Bolest a nepohodlí

- ✓ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? ano ne  
pokud ano, upřesněte: *bolest hlavy nad a svalů*
- ✓ Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice? ano ne  
pokud ano, upřesněte: *nada, svaly*  
jak dlouho? .....
- ✓ Na čem je vaše bolest závislá? *nerve*
- ✓ Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíže)? *protitrombolin, natrium na elmitu*
- ✓ Kde pociťujete bolest? *nada* *zadní náplava, analgetika, masáže*
- ✓ Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?..  
*masáže nad, analgetika*

#### Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo), projevy bolesti: *nepracují, už by momentálně jac. nůžko, nada, žádné na projevy bolesti*

charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte): *nytní bolest neprošívá*

### 2. Dýchání

- ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním? ano ne  
pokud ano, upřesněte: *nadýchala jsem se při rytmu dýchání, nikdy do nemocnice*
- ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice? ano ne  
pokud ano, upřesněte: *nada*  
jak jste je zvládal? *vydýchala jsem se a šla na d*
- ✓ Máte nyní potíže s dýcháním? ano ne  
pokud ano, co by vám pomohlo? .....
- ✓ Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? (pokud pacient odpověděl na předchozí otázku negativně, tuto otázku nepokládejte) nevím ano ne  
pokud ano, zvládnete to? *ano*
- ✓ Kouříte? ano ne  
pokud ano, kolik? .....

#### Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.: *Pacientka nemá dušnost, frekvence dýchání je 16 dechů/min. je bez rýmy a kašle*

## Osobní péče

- |  |                          |    |
|--|--------------------------|----|
| ✓ Můžete si všechno udělat sám?                | ano                      | ne |
| ✓ Potřebujete pomoc při mytí?                  | ano                      | ne |
| ✓ Potřebujete pomoc při čištění zubů?          | ano                      | ne |
| ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? | ano                      | ne |
| ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete?      | <i>nečím před spaním</i> |    |

### Objektivní hodnocení sestry:

soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.: *pac. je upravená a čistá. je zcela soběstačná.*

## 4. Kůže

- |  |                     |                |                 |
|--|---------------------|----------------|-----------------|
| ✓ Pozorujete změny na kůži?                              | ano                 | ne             |                 |
| ✓ Máte obvykle kůži?                                     | <i>suchou</i>       | <i>mastnou</i> | <i>normální</i> |
| ✓ Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?..... | <i>nečím mýdlem</i> |                |                 |
| ✓ Svědí vás kůže?  | <i>ne</i>           | ano            | ne              |

### Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.: *kůže je čistá bez vyrážek, hematomů a opruzenin. na kůži je jizva po krevní cévě.*

## 5. Strava a dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup?
- |  |              |              |               |
|--|--------------|--------------|---------------|
|  | <i>dobry</i> |              | <i>vadny</i>  |
| • Máte zubní protézu?  | <i>dolní</i> | <i>horní</i> | <i>žádnou</i> |
| • Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže?<br>pokud ano, upřesněte..... | <i>ano</i>   |              | <i>ne</i>     |
| • Máte rozbolavělá ústa?<br>pokud ano, ruší vás to při jídle?.....           | <i>ano</i>   |              | <i>ne</i>     |
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu *přiměřenou* vyšší (o kolik) *5 kg* nižší (o kolik)
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? *ano* *ne*  
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral: *4 kg*
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? *ano* *ne*
- Co obvykle jíte? .....
  - Je něco co nejíte? Proč? *žírny sýr.*
  - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? *ano* *ne*  
pokud ano, upřesněte: *jen v nemocnici, občas denně sladká alepni 1 kg*
  - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice?  
pokud ano, přesněte: *divně mi chutná a trochu a kůže svědí.*  
co by mohlo problém vyřešit?.....
  - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? *ne*  
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat?.....

### Objektivní hodnocení sestry

stav výživy, enterální výživa, dieta, parenterální výživa, soběstačnost: *pac. je dobře upravená, BMI 26,3. je soběstačná, dietu dodržuje.*

## 6. Příjem tekutin

- ✓ Změnil jste příjem tekutin od té doby, co jste onemocněl?  
zvýšil ..... snížil ..... nezměnil ✓
- ✓ Co rád pijete? ..... čerstvý, roztok, různé minerály, čaj
- ✓ Co nepijete rád? .....
- ✓ Kolik tekutin denně vypijete? ..... 1 až 1,5 litru
- ✓ Máte k dispozici dostatek tekutin? ..... ano ..... ne

### Objektivní hodnocení sestry:

(projevy dehydratace, soběstačnost při příjmu tekutin, tekutiny v dosahu):

pac. si pro jak dostatečně hydratovaná, tekutiny má k dispozici dostatek. je soběstačná.

## 7. Vyprazdňování stolice

- ✓ Jak často chodíte obvykle na stolicí? ..... 1x denně ✓
- ✓ Máte obvykle ..... nyní ..... normální stolice ..... často ..... pravidelně  
často ..... zácpu ..... často ..... pravidelně  
často ..... průjem
- ✓ Kdy se obvykle vyprazdňujete? ..... ráno
- ✓ Pomáhá vám něco, abyste se vyprázdnil? ..... jogurt a citron kulturem
- ✓ Berete si projímadlo? ..... nikdy ..... příležitostně ..... často ..... pravidelně
- ✓ Pokud ano, jaké? ..... glycerinové čípky
- ✓ Máte nyní problémy se stolicí? ..... ano ..... ne  
pokud ano, jak by se daly vyřešit? ..... pokud nepomohou čípky

### Objektivní hodnocení sestry:

konzistence, barva, frekvence, příměsí atd. (pokud při vyplňování vstupního záznamu znám), meteorismus, flatulence: ..... normální hodnoty

## 8. Vyprazdňování moči

- ✓ Měl jste potíže s močením před příchodem do nemocnice? ..... ano ..... ne ✓  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Co by vám pomohlo řešit potíže s močením v nemocnici? .....
- ✓ Očekáváte potíže s močením po návratu z nemocnice? ..... ano ..... ne ✓  
pokud ano, myslíte, že to zvládnete? .....

### Objektivní hodnocení sestry:

diuréza, barva atd.: ..... normální hodnoty

## 9. Lokomotorické funkce

- ✓ Máte potíže s chůzí? ..... ano ..... *ne*  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Měl jste potíže s chůzí už před přijetím? ..... ano ..... *ne*  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Řekl vám zde v nemocnici někdo, abyste nechodil? ..... ano ..... *ne*  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Očekáváte nějaké problémy s chůzí po propuštění? ..... *nevím* ..... ano ..... ne .....  
pokud ano, jak očekáváte, že je zvládnete? .....

**Objektivní hodnocení sestry:** *Pro s chůzí problémy nemá, chodí bez potíží.*

## 10. Smyslové funkce

- ✓ Máte potíže se zrakem? ..... ano ..... *ne*  
pokud ano, upřesněte: .....
- ✓ Nosíte brýle? ..... ano ..... ne .....  
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? ..... *napomínám ji* .....
- ✓ Slyšíte dobře? ..... ano ..... ne .....  
pokud ne, užíváte naslouchadlo? ..... ano ..... *ne* .....  
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl? .....

**Objektivní hodnocení sestry:** *Pro: má brýle na čtení, jinak se žádným problémem nemá. Slyší dobře, v šepot.*

## 11. Fyzická a psychická aktivita

- ✓ Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? ..... *ne* .....
- ✓ Máte potíže pohybovat se v domácnosti? ..... ano ..... *ne* .....
- ✓ Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte: ..... *int. na protahání* .....
- ✓ Víte, jaký váš pohybový režim v nemocnici? ..... ano ..... *ne* .....
- ✓ Co děláte rád ve volném čase? ..... *čtu, sleduji seriály, udělám, plavbu* .....
- ✓ Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici? ..... *čtení* .....
- ✓ Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění? .....

**Objektivní hodnocení sestry:** *Pro: je aktivní, ráda si prochází s ostatními pacientkami*



## 12. Odpočinek a spánek

- ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání? ..... *minimálně 6 hodin*
- ✓ Máte doma potíže se spánkem? ..... *ano* *ne*  
pokud ano, upřesněte: ..... *z poslední době, po stavění diagnózy*
- .....
- ✓ Kolik hodin obvykle spíte? ..... *7 hodin*
- ✓ Usínáte obvykle těžko? ..... *ano* *ne* *často*
- ✓ Budíte se příliš brzo? ..... *ano* *ne*  
pokud ano, upřesněte ..... *budím se ráno a 6 hodin*
- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže? ..... *dyž se vstává ráno*
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? ..... *rychlý hrůzný, naturový potěšáček*
- ✓ Berete doma léky na spaní? ..... *ano* *ne*  
pokud ano, které: .....
- ✓ Zdrímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? ..... *doma ne. Jedy, má, nikdy*  
*a někdy i na den, tak má pár min. zidromi budírnou!*

### Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.: ..... *nemá ráno vstávání. Zdá se být čítá.*

## 13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu? ..... *ano* *ne*  
pokud ano, upřesněte: .....
- .....
- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život? ..... *ano* *ne*  
pokud ano, upřesněte: .....
- .....

- *pacient o sexualitě nechce hovořit*

- *otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného*

## 14. Psychologické hodnocení

- |  |                   |                     |            |
|--|-------------------|---------------------|------------|
| • <b>emocionalita</b>                  | stabilní          | ✓ spíše stabilní    | labilní    |
| • <b>autoregulace</b>                  | ✓ dobře se ovládá | hůře se ovládá      |            |
| • <b>adaptabilita</b>                  | ✓ přizpůsobivý    | nepřizpůsobivý      |            |
| • <b>příjem a uchovávání informací</b> | ✓ bez zkreslení   | zkresleně (neúplně) |            |
| • <b>orientace</b>                     | ✓ orientován      | dezorientován       |            |
| • <b>celkové ladění</b>                | ✓ úzkostlivý      | smutný              | rozzlobený |
|  | sklíčený          | apatický            |            |

## 15. Rodina a sociální situace

- ✓ S kým doma žijete? ..... s manželem
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk? ..... manžel, děti
- ✓ Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu? ..... dcera, kinata, manžel
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? ..... být si o mně, manžel se o sebe musí postarat sám.
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? ..... ano, ..... musí postarat sám.
- ✓ Je na vás někdo závislý? ..... manžel, sestra, matka
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? ..... manžel a sestrou
- ✓ Kdo se o vás může postarat? ..... můj přítel

**Sociální situace** (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

pac. žije s manželkou a dvěma dětmi (16 letý a 14 letý) v domě, často je navštěvují dcera, kinata (s přítelkyní a sestrou) a další blízcí.

**Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:**

manž. starý se s tímto jeví těžce. Na zemi je vidět, že se na sebe stále s kým, jak to ne dopadne.

## 16. Souhrnné hodnocení nemocného

**Shrnutí závěru** důležitých pro ošetrovatelskou péči

nytní je třeba se zaměřit na zmírnění star a pocitů vdanosti. Prakticky je poskytnout vše, co se týče péče a rehabilitační péče. Ověřit se o důležitost naší práce na straně, aby byla dokonale započata a pokračovala na straně. Dát informaci o poskytnutí vše, vše týkáme a pokračujeme to staru. Staru staru zmírnění se, pravidelně a upřímně jejich aktuálních potřeb a předpoklady.

**Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí**  
**GCS (Glasgow Coma Scale)**

**1. otevření očí**

spontánní	4 body
na oslovení	3
na bolest	2
bez reakce	1

**2. slovní odpověď**

orientovaná	5
zmatená	4
nekomunikuje	3
nesrozumitelné zvuky	2
žádná odpověď	1

**3. reakce na bolest**

provede na příkaz pohyb	6
lokalizuje podnět (pohyb k podnětu)	5
úniková reakce (pohyb od podnětu)	4
necílená flexe končetin (dekortikační reakce)	3
necílená extenze končetin (decerebrační reakce)	2
nereaguje	1

**celkem**

-----

hodnocení:	15 - 13 bodů	lehká porucha vědomí
	12 - 9 bodů	střední porucha vědomí
	8 - 3 body	závažná porucha vědomí

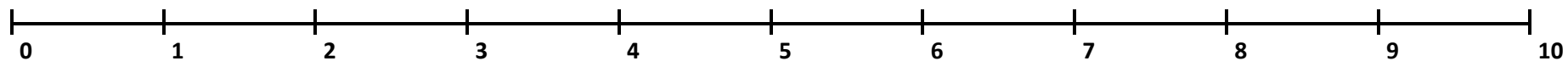
**HODNOTÍCÍ SYSTÉM PODLE NORTONOVÉ**

<b>BODY</b>	<b>FYZICKÝ STAV</b>	<b>STAV VĚDOMÍ</b>	<b>AKTIVITA</b>	<b>POHYBLIVOST</b>	<b>INKONTINENCE</b>
4	dobry	dobry	chodící	plná	není
3	zhoršený	apatický	s pomocí	omezená	občasná
2	špatný	zmatený	sedící	velmi omezená	trvalá - moči
1	velmi špatný	bezvědomí	ležící	žádná	moči a stolice

**VYHODNOCENÍ:****HODNOCENÍ: PŘEDPOKLÁDANÁ ÚROVEŇ RIZIKA:**

- 17 – 20 pravděpodobně žádné riziko vzniku dekubitu
- 15 – 16 nízké riziko vzniku dekubitu
- 13 – 14 střední riziko vzniku dekubitu
- 10 – 12 vysoké riziko vzniku dekubitu
- 5 – 9 velmi vysoké riziko vzniku dekubitu

**VIZUÁLNÍ ANALOGOVÁ ŠKÁLA BOLESTI**



slabá bolest	VAS menší než 4
střední bolest	VAS 4 - 6
silná bolest	VAS 7 - 10

**Barthelův test základních všedních činností (ADL - activity daily living)**

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 metrů	15
	s pomocí 50 metrů	10
	na vozíku 50 metrů	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti:

- 0 – 40 bodů      vysoce závislý
- 45 – 60 bodů    závislost středního stupně
- 65 – 90 bodů    lehká závislost
- 95 – 100 bodů    nezávislý

**Tabulka k hodnocení rizika pádu**

Parametr	Stav /podmínka	Skóre
Úroveň vědomí /duševní stav	Orientovaný	0
	Desorientovaný	2
	Intermitentně deliriózní	4
Záchyt pádů (v posledních 3 měsících)	Žádné pády	0
	1 – 2 pády	2
	3 nebo více pádů	4
Chůze /samostatnost	Samostatná /kontinentní	0
	Pomocí vozíku	2
	Samostatná / inkontinentní	4
Vizus	Přiměřený	0
	Špatný	2
	Nevidoucí	4
Chůze /rovnováha	Chůze a rovnováha normální	0
	Potíže s rovnováhou při stoji	1
	Potíže s rovnováhou při chůzi	1
	Snížená svalová koordinace	1
	Změna ve způsobu chůze	1
	Trhnutí nebo nestabilita při obratu	1
	Vyžaduje použití pomůcky, opory	1
Systolický krevní tlak	Bez snížení	0
	Snížení < 20 mmHg	2
	Snížení > 20 mmHg	4
Léčba (jaká - vypsát)	Žádné během posledních 7 dnů	0
	Užívá 1 – 2 během posledních 7 dnů	2
	Užívá 3 – 4 během posledních 7 dnů	4
	Měněna léčba v současnosti	1
Predispoiční faktory (hypotenze, vertigo, CMP, PN, ztráta končetin, záchvaty, artritida, osteoporóza, fraktury)	Žádné	0
	1 – 2	2
	3 nebo více	4
<b>Celkové skóre (větší než 10 představuje značné riziko)</b>		_____

## Plán ošetrovatelské péče

datum	Ošetrovatelské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovatelské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovatelské aktivity <i>činnosti sester zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt <i>(ve vztahu k cílům)</i>	datum podpis primární sestry
1. 12. 2008	Nedostatek informací v souvislosti s hospitalizací, onemocněním a léčbou, projevující se neklidem.	Pacientka je informována o průběhu hospitalizace a operace. Neklid je minimalizován.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zjistit všeobecnou znalost pacientky.</li> <li>▪ Posoudit její schopnost učit se a její motivaci k učení.</li> <li>▪ Všimnout si charakteristik nemocné (věk, úroveň vzdělání).</li> <li>▪ Snažit se odhalit příčiny, které by mohly v přijímání nových informací překážet (cizí obor, nesnadné téma).</li> <li>▪ Odhadnout, co by pacientku nejvíce zajímalo.</li> <li>▪ Snažit se zapojit pacientku do procesu poznávání své choroby a její léčby.</li> <li>▪ Vysvětlit pacientce srozumitelnou formou průběh hospitalizace a léčby.</li> <li>▪ Seznámit pacientku s pooperačním oddělením a s jeho chodem.</li> <li>▪ Využít metod zpětné vazby a pozitivního přesvědčování (chválení).</li> <li>▪ Ujistit se, že pacientka informacím porozuměla.</li> </ul> <p>V případě nutnosti informovat lékaře, že je třeba sdělit pacientce další informace.</p>	Po mém vysvětlení se paní H. CH. cítila klidnější. Byla ráda, že ví, co se s ní bude dít a co ji čeká. Je poučena, že v případě potřeby se může obrátit na ošetřující personál. Cíl se podařilo splnit.	1. 12. 2008
1. 12. 2008	Úzkost v souvislosti s pobytem v nemocnici, projevující se verbalizací.	Obavy snížíme na minimum.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pozorovat všechny projevy nemocné, dle kterých se dá určit stupeň úzkosti.</li> <li>▪ Všimnout si reakcí na zátěž, které je pacientka vystavena.</li> <li>▪ Sledovat fyziologické funkce nemocné (TK, P, D).</li> <li>▪ Snažit se navodit vzájemné pozitivní vztahy.</li> <li>▪ Přijímat pacientku takovou jaká je, respektovat její individualitu.</li> <li>▪ Nebránit nemocné vyjádřit své opravdové pocity, jako je pláč, smutek.</li> <li>▪ Uznat její obavy a strach ve vypjatých situacích.</li> </ul> <p>Zajistit optimální podmínky ke spaní.</p>	Pacientka vřele uvítala náš rozhovor. Před spaním si vyvětrala, naklepala polštář, užila hypnotikum. Druhý den se cítila odpočatá a připravená na operaci. Úzkost a obavy již nepocítovala. Cíl se podařilo splnit.	2. 12. 2008



## Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovateľské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovateľské aktivity <i>činnosti sestry zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt <i>(ve vztahu k cílům)</i>	datum podpis primární sestry	
1. 12. 2008	Strach týkající se vlastního zdraví, operace a terapie, projevující se verbalizací, nervozitou a neklidem.	Zmírnění strachu na minimálně možnou úroveň.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Být nemocné stále k dispozici.</li> <li>▪ Zhodnotit pocity pacientky, do jaké míry strach ovládá a jak hluboce na ní působí.</li> <li>▪ Všimát si verbálních i neverbálních projevů a reakcí, možných poruch chování (např. nervozity, paniky, pláče, uzavřenosti, impulzivnosti).</li> <li>▪ Věnovat pozornost subjektivnímu sdělení pacientky.</li> <li>▪ Snažit se odhadnout její vnitřní a zevní obranné mechanismy.</li> <li>▪ Sledovat hodnoty vitálních funkcí (TK, P, D).</li> <li>▪ Věnovat se pacientce s pochopením a trpělivostí.</li> <li>▪ Dát jí prostor k vyjádření strachu a emocí.</li> <li>▪ Dopřát jí čas na kladení otázek a respektovat její obavy.</li> <li>▪ Pokusit se pacientku uklidnit a rozptýlit, vhodně ji motivovat.</li> <li>▪ Naučit pacientku správně relaxovat.</li> </ul> Naučit pacientku vstávat z lůžka.	Paní H. CH. byla dostatečně poučena co se týče průběhu anestezie, operace, pooperační analgezie a možnosti antiemetické léčby. Nacvičily jsme vstávání z lůžka. Pacientka se plně zapojila do ošetrovateľského procesu. Cítí se klidnější, strach pociťuje v menší míře. Cíl se podařilo z velké části splnit.	1. 12. 2008	
1. 12. 2008	Porucha spánku z důvodu nemoci a změny prostředí, projevující se nespavostí a únavou během dne.	Normalizace spánkového rytmu pacientky (zkvalitnění jejího spánku, zajištění odpočinku, nerušený spánek v noci). Pacientka spí alespoň 6 hodin bez přerušení a po probuzení se cítí odpočatá.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informovat pacientku o příčině poruchy spánku.</li> <li>▪ Informovat pacientku o terapeutickém ovlivnění noční nespavosti.</li> <li>▪ Sledovat průměrnou délku spánku pacientky.</li> <li>▪ Zajistit klidné tiché prostředí a upravené lůžko.</li> <li>▪ Minimalizovat rušivé podněty.</li> <li>▪ Upozornit na opatření, která usnadňují navození spánku.</li> <li>▪ Respektovat spánkové návyky pacientky.</li> <li>▪ Umožnit před spaním činnosti, na které je zvyklá.</li> <li>▪ Doporučit omezení spánku během dne.</li> <li>▪ Snažit se rozvrhnout ošetrovateľskou činnost tak, aby nenarušovala odpočinek, zvl. noční spánek.</li> </ul> Podat hypnotika dle ordinace lékaře a sledovat jejich účinky.	Cíl splněn. Po aplikaci léku na spaní a při respektování spánkových návyků pacientky tato v noci klidně spala. Ráno se cítila odpočatá.	2. 12. 2008	

## Plán ošetrovatelské péče

datum	Ošetrovatelské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovatelské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovatelské aktivity <i>činnosti sester zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt <i>(ve vztahu k cílům)</i>	datum podpis primární sestry
2. 12. 2008	Změna tělesné teploty z důvodu operace a vlivu anesteziologických látek, projevující se chvěním a slovním vyjádřením.	Tělesná teplota pacientky je v normálních mezích. Pacientka má pocit tepla, nechvěje se.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zabránit dalšímu podchlazení, zbytečně pacientku neodkrývat a neobnažovat.</li> <li>▪ Monitorovat tělesnou teplotu a ostatní fyziologické funkce a zaznamenávat jejich hodnoty.</li> <li>▪ Sledovat barvu nehtových lůžek a kůže pacientky.</li> <li>▪ Zajistit teplé příkrývky a termofory.</li> <li>▪ Podávat ohřáté infuzní roztoky.</li> </ul> Poučít pacientku, jak zabrání ztrátám tepla.	Cíl splněn. Během několika hodin se pacientka zahřála, nechvěla se a měla pocit tepla.	2. 12. 2008
2. 12. 2008	Nauzea a zvracení následkem působení anesteziologických látek.	Odstranit zvracení, snížit pocit nevolnosti na minimum a zabránit aspiraci žaludečního obsahu. Pacientka zvýší příjem tekutin ústy.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informovat pacientku o příčině žaludeční nevolnosti.</li> <li>▪ Informovat pacientku o terapeutickém postupu (aplikace antiemetik, infuzní terapie).</li> <li>▪ Všimát si projevů chování pacientky – neverbálních, verbálních, polohy, postoje, barvy.</li> <li>▪ Zhodnotit její pocity před, během a po nevolnosti.</li> <li>▪ Zajistit a poučit o správné poloze, především hlavy, během zvracení.</li> <li>▪ Zajistit emitní misku a buničinu na dosah pacientce.</li> <li>▪ Podat antiemetika dle ordinace lékaře.</li> <li>▪ Zajistit dostatečnou hydrataci podáním infuzní terapie dle ordinace lékaře.</li> <li>▪ Doporučit pacientce pít tekutiny po malých doušcích, doporučit cucání ledu namísto pití tekutin.</li> <li>▪ Zajistit dostatečnou péči o dutinu ústní.</li> <li>▪ Doporučit používat prostředky ke zvlhčování rtů.</li> <li>▪ Pobízet pacientku k hlubokému, pomalému dýchání.</li> <li>▪ Být na blízku, dohlížet na pacientku.</li> <li>▪ Sledovat fyziologické funkce pacientky.</li> <li>▪ Sledovat účinnost terapie a doporučení.</li> <li>▪ Kontrolovat stav dutiny ústní, sledovat známky dehydratace, měřit příjem a výdej tekutin.</li> <li>▪ Průběžně zaznamenávat stav pacientky.</li> <li>▪ Zaznamenávat četost zvracení, charakter zvratků.</li> </ul>	Cíl byl splněn částečně. Přes aplikaci antiemetik dle ordinace lékaře přetrvává nauzea a občasné zvracení. Klientka je dostatečně hydratovaná.	2. 12. 2008
				Cíl splněn. Klientka toleruje příjem tekutin per os, pije bez problémů. Již nezvrací, nauzeu nepociťuje.	3. 12. 2008

## Plán ošetrovateľskej péče

datum	Ošetrovateľské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovateľské problémy alebo poruchy v uspokojovaní potrieb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovateľské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovateľské aktivity <i>činnosti sester zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt <i>(ve vztahu k cílům)</i>	datum	podpis primární sestry
2. 12. 2008	Akutní bolest následkem operace, projevující se verbalizací a omezením hybnosti.	<p><i>krátkodobý:</i> U pacientky dojde ke snížení bolesti alespoň o dva stupně na vizuální analogové škále bolesti.</p> <p><i>dlouhodobý:</i> Analgezie je účinná, pacientka nemá trvalou bolest. Zná úlevové polohy.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Provést rozbor bolesti z hlediska její lokalizace, rozsahu, nástupu, druhu, trvání bolesti a vyvolávající nebo bolest zhoršující příčiny.</li> <li>▪ Nechat pacientku vyhodnotit stupeň bolesti na škále 0 až 10.</li> <li>▪ Povšimnout si reakce na bolest a projevů chování.</li> <li>▪ Respektovat výrazy, kterými nemocná svou bolest popisuje.</li> <li>▪ Všimnout si mimoslovních projevů pacientky.</li> <li>▪ Sledovat její vitální funkce (TK, P, D).</li> <li>▪ Vysvětlit pacientce příčinu bolesti a plán jejího zvládnání.</li> <li>▪ Aplikovat pacientce naordinovaná analgetika.</li> <li>▪ Zajistit pacientce klid a maximální pohodlí.</li> <li>▪ Doporučit jí úlevové polohy.</li> <li>▪ Sledovat účinnost analgetik.</li> </ul> <p>Vše průběžně dokumentovat.</p>	<p>Paní H. CH. udává, že bolest po podání analgetik do 30 minut ustoupila. Pociťuje nyní bolest minimální (na stupnici bolesti udává č. 2). Našla si úlevovou zvýšenou polohu. Při pohybu a odkášlávání udává snesitelnou bolest. Cíl byl splněn.</p>	2. 12. 2008	
				<p>Cíl splněn. Léčba analgetiky je efektivní. Bolest má intenzitu 2 až 3, a to pouze při kašli a pohybu.</p>		
2. 12. 2008	Snížení objemu tělesných tekutin z důvodu velké krevní ztráty, projevující se hypotenzí a sníženou diurézou.	Udržení objemu tělesných tekutin na funkční úrovni. Pacientka má hodnoty fyziologických funkcí v normě. Nedojde k poškození pacientky z důvodu podaných krevních derivátů.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Průběžně monitorovat a zaznamenávat hodnoty fyziologických funkcí.</li> <li>▪ Sledovat a zaznamenávat barvu kůže a sliznic pacientky.</li> <li>▪ Připravit a aplikovat infúze dle ordinace lékaře.</li> <li>▪ Poučit pacientku o nutnosti podání krevních derivátů a o možných nežádoucích účincích (učiní lékař).</li> <li>▪ Zodpovědět případné dotazy pacientky ohledně podání krevních derivátů a infuzí.</li> <li>▪ Podat pacientce krevní deriváty dle ordinace lékaře.</li> <li>▪ Před podáním krevních derivátů provést stanovená vyšetření.</li> <li>▪ Zdokumentovat podání krevních derivátů.</li> <li>▪ Sledovat pacientku a její reakce během podávání krevních derivátů.</li> <li>▪ Sledovat a zaznamenávat bilanci tekutin.</li> <li>▪ Zaznamenávat ztrátu tekutin zvracením, krvácením, sledovat odpad drénů.</li> <li>▪ Sledovat známky dehydratace – snížený turgor kůže, suché sliznice, zmatenost.</li> </ul> <p>Ujistit pacientku, že může kdykoli zazvonit a přivolat mě.</p>	<p>Cíl byl splněn částečně. Nedošlo k poškození pacientky, krevní deriváty vykapaly bez reakce. Pulz je normální, hypotenze přetrvává. Diuréza se zvýšila, bilance je přiměřená.</p>	2. 12. 2008	

## Plán ošetrovatelské péče

datum	Ošetrovatelské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovatelské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovatelské aktivity <i>činnosti sester zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt <i>(ve vztahu k cílům)</i>	datum	podpis primární sestry
2. 12. 2008	Omezení sebeděže a tělesné hybnosti v souvislosti s operačním výkonem, projevující se neschopností zvládnout péči o sebe sama.	<p><i>krátkodobý:</i> Pacientka je schopna samostatně zvládat základní sebeděže do dvou dnů od operace. Před překladem na standardní oddělení bude schopna základní sebeděže. Nedojde ke vzniku dekubitů a imobilizačního syndromu.</p> <p><i>dlouhodobý:</i> Sebeděže a pohyblivost bude u pacientky plně obnovena do propuštění k domácímu ošetrování.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Určit míru soběstačnosti dle Barthelova testu ADL.</li> <li>▪ Zjistit jak pacientka vnímá snížení hybnosti a soběstačnosti.</li> <li>▪ Všimnout si verbálních i neverbálních projevů pacientky.</li> <li>▪ Pomáhat jí při aktivní změně polohy, hygieně.</li> <li>▪ Podporovat pacientku při provádění základních samoobslužných činností.</li> <li>▪ Motivovat ji a chválit za každý její pokrok.</li> <li>▪ Zajistit potřebné věci a pomůcky na dosah pacientky.</li> <li>▪ Zajistit čisté ložní prádlo a osobní prádlo.</li> <li>▪ Předcházet vzniku komplikací, které mohou vzniknout z důvodu imobility.</li> <li>▪ Kontrolovat stav kůže a sliznic, denně hodnotit riziko vzniku dekubitů dle škály Nortonové. Pravidelně pečovat o pokožku.</li> <li>▪ Informovat pacientku o významu a nutnosti rehabilitace a časného vstávání.</li> <li>▪ Zajistit rehabilitační péči.</li> <li>▪ Povzbuzovat pacientku ke cvičení v průběhu dne.</li> <li>▪ Sledovat hodnoty fyziologických funkcí v průběhu rehabilitace, sledovat projevy bolesti, případnou bolest účinně tlumit.</li> </ul> <p>Naučit pacientku ovládat polohování lůžka.</p>	Cíl splněn částečně. Paní H. CH. chápe význam mobilizace a snaží se v lůžku pohybovat. Je však závislá na naší pomoci, potřebuje pomoc při hygieně a sebeděže.	2. 12. 2008	
				Cíl splněn částečně. Pacientka je lehce závislá na naší pomoci. Potřebuje pomoc při hygieně, je schopná základní sebeděže. Potřebuje pomoc při vstávání a chůzi pro pocit jistoty.	3. 12. 2008	
				Cíl splněn. Paní H. CH. je v den přeložení na pooperační oddělení pohyblivá a schopná základní sebeděže. Při chůzi nepotřebuje doprovod. Nedošlo ke vzniku dekubitů a imobilizačního syndromu.	4. 12. 2008	
				Dlouhodobí cíl splněn z velké části. Paní H. CH. je do konce hospitalizace soběstačná. Pohyblivost je obnovena, pacientka je pouze limitována pooperačními opatřeními (zákaz zvedání těžkých předmětů).	10. 12. 2008	

## Plán ošetrovatelské péče

datum	Ošetrovatelské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovatelské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovatelské aktivity <i>činnosti sester zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt <i>(ve vztahu k cílům)</i>	datum podpis primární sestry
2. 12. 2008	Porucha kožní a tkáňové integrity jako následek chirurgického výkonu, projevující se objektivně suturou.	Rána se u pacientky hojí bez komplikací, bez příznaků infekce.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Povšimnout si kožního turgoru, barvy a pigmentace kůže pacientky.</li> <li>▪ Zhodnotit stav výživy kůže a rizikových míst vzniku komplikací.</li> <li>▪ Věnovat pozornost všem přítomným sekretům v oblasti rány.</li> <li>▪ Kontrolovat funkčnost drenážního systému.</li> <li>▪ Informovat pacientku o možných komplikacích.</li> <li>▪ Sledovat proces hojení rány.</li> <li>▪ Snažit se docílit toho, aby se rána hojila bez komplikací.</li> <li>▪ Okolí rány udržovat v suchu.</li> <li>▪ Zajistit sterilitu rány.</li> <li>▪ Dbát na přiměřenou hygienu pacientky.</li> </ul> Informovat pacientku o důležitosti spolupráce.	Rána se hojí bez komplikací a bez sekrece. Paní H. CH. je poučena o péči o suturu, dodržuje aseptické zásady v péči o ni. Sutura je klidná, bez sekrece a známek zánětu. Rána se hojí bez komplikací. Cíl byl splněn.	4. 12. 2008
2. 12. 2008	Potenciální riziko vzniku dekubitu na pravé patě z důvodů snížené hybnosti a citlivosti dolních končetin.	Zamezit vzniku dekubitů u pacientky.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zjistit rozsah poruchy hybnosti a citlivosti dolních končetin pacientky.</li> <li>▪ Vyslechnout pacientku, jak tento stav popisuje.</li> <li>▪ Zhodnotit celkový stav pacientky (výživa, energie).</li> <li>▪ Pátrat po komplikacích z nepohyblivosti.</li> <li>▪ Domluvit se s pacientkou na následném rehabilitačním plánu.</li> <li>▪ Informovat lékaře o stavu pacientky.</li> <li>▪ Zajistit a poučit pacientku o antidekubitární péči (zajistit pohodlnou fyziologickou polohu dolních končetin, podložit antidekubitárními kolečky paty a pod kolena).</li> <li>▪ Zajistit rehabilitační sestru pro nácvik vertikalizace a chůze.</li> <li>▪ Podporovat a povzbuzovat pacientku.</li> <li>▪ Být jí nablízku.</li> <li>▪ Zapojit jí, aby se aktivně podílela na všech krocích.</li> <li>▪ Pátrat po lokálním zčervenání a nebo otlaku kůže.</li> </ul>	Cíl splněn, pacientka je informována o příčině snížené citlivosti a hybnosti dolních končetin. Po extrakci epidurálního katétru (3. 12.) se hybnost a citlivost dolních končetin obnovila. Nedošlo ke vzniku otlaků a dekubitů na patách.	3. 12. 2008

## Plán ošetrovatelské péče

datum	Ošetrovatelské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovatelské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovatelské aktivity <i>činnosti sester zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt <i>(ve vztahu k cílům)</i>	datum podpis primární sestry
2. 12. 2008	Potenciální riziko vzniku infekce v souvislosti s operační ránou.	<i>krátkodobý:</i> Pacientka je bez známek infekce, okolí operační rány je klidné.  <i>dlouhodobý:</i> Operační rána se hojí per primam. Pacientka je bez projevů infekce.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pravidelně kontrolovat operační ránu – barvu kůže, otok, bolestivost.</li> <li>▪ Sledovat hodnoty fyziologických funkcí a zaznamenávat je.</li> <li>▪ Dodržovat aseptický postup při převazech.</li> <li>▪ Dodržovat správný postup při ošetřování jednotlivých pacientek a klientek. Používat ochranné prostředky.</li> <li>▪ Převazovat operační ránu podle potřeby a vždy po každé hygieně.</li> <li>▪ Informovat pacientku, jak má rána vypadat.</li> <li>▪ Naučit pacientku správně o ránu pečovat.</li> <li>▪ Zaznamenávat subjektivní obtíže, všimnout si verbálních i neverbálních projevů pacientky, které mohou souviset s potenciální infekcí.</li> <li>▪ Kontrolovat laboratorní výsledky zánětlivých markerů, zvýšené hodnoty včas hlásit lékaři.</li> <li>▪ Podávat ATB dle ordinace lékaře.</li> </ul> Při místních i celkových známkách infekce informovat lékaře.	Cíl splněn částečně. Operační rána je kryta sterilním krytím, krytí je suché. Tělesná teplota je zvýšená. Riziko vzniku infekce nelze vyloučit.	2. 12. 2008
				Cíl splněn částečně. Operační rána je bez známek infekce. Tělesná teplota a hodnoty zánětlivých markerů jsou lehce zvýšeny. Riziko vzniku infekce nelze vyloučit.	3. a 4. 12. 2008
2. 12. 2008	Potenciální riziko vzniku infekce v souvislosti se zavedenými intravenózními kanyly.	<i>krátkodobý:</i> Pacientka nemá známky infekce. Okolí i. v. vstupů je klidné.  <i>dlouhodobý:</i> Pacientka je bez projevů infekce.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Průběžně a pravidelně kontrolovat okolí zavedených i.v. kanyl – barva kůže, otok, bolestivost.</li> <li>▪ Pravidelně sledovat a zaznamenávat hodnoty fyziologických funkcí.</li> <li>▪ Dodržovat správný postup při ošetřování jednotlivých pacientek, používat ochranné prostředky.</li> <li>▪ Dodržovat aseptický postup při manipulaci s i.v. kanylou a při přípravě infuzních roztoků, transfuzí, antibiotik a i.v. podávaných léků.</li> <li>▪ Převazovat i. v. vstupy dle potřeby.</li> <li>▪ Sledovat a zaznamenávat subjektivní obtíže pacientky, všimnout si jejích verbálních a neverbálních projevů při manipulaci s i.v. kanylou, které mohou souviset s potenciální infekcí.</li> <li>▪ Kontrola laboratorních výsledků zánětlivých markerů, zvýšené hodnoty včas hlásit lékaři.</li> <li>▪ Podávat ATB dle ordinace lékaře.</li> </ul> Při celkových i místních známkách infekce informovat lékaře.	Cíl splněn částečně. Okolí nitrožilních kanyl je klidné a bez známek infekce. Tělesná teplota je zvýšená. Riziko vzniku infekce nelze vyloučit.	2. 12. 2008
				Cíl splněn částečně. Okolí i. v. kanyl je bez známek infekce. Tělesná teplota a hodnoty zánětlivých markerů jsou lehce zvýšeny. Riziko vzniku infekce nelze zcela vyloučit.	3. a 4. 2008

## Plán ošetrovatelské péče

datum	Ošetrovatelské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovatelské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovatelské aktivity <i>činnosti sester zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt <i>(ve vztahu k cílům)</i>	datum podpis primární sestry
2. 12. 2008	Potenciální nebezpečí vzniku infekce v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katétre.	Pacientka nebude mít příznaky infekce močových cest. Pacientka po extrakci močového katétru močí bez obtíží.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sledovat denní příjem a výdej tekutin.</li> <li>▪ Hodnotit stav sliznic a kůže.</li> <li>▪ Informovat pacientku o nutnosti a významu dostatečného příjmu tekutin.</li> <li>▪ Poučit pacientku o možných komplikacích dlouho zavedeného močového katétru.</li> <li>▪ Dbát na dodržování hygienických opatření (zvýšená hygiena intimních partií).</li> <li>▪ Pravidelně sledovat vzhled a množství moče.</li> <li>▪ Pečovat o katétr, kontrolovat jeho průchodnost.</li> <li>▪ Správně upevnit sběrný sáček, tak, aby byl zajištěn kontinuální odtok moče.</li> <li>▪ Aktivně sledovat subjektivní pocity klientky (pálení, řezání, bolestivost).</li> <li>▪ Všimát si eventálních známek infekce, pravidelně měřit tělesnou teplotu.</li> <li>▪ Kontrolovat laboratorní hodnoty zánětlivých markerů.</li> <li>▪ Manipulaci s permanentním močovým katétre provádět dle metodického pokynu.</li> </ul>	Cíl splněn. Pacientka nemá příznaky infekce močových cest. Po odstranění permanentního močového katétru (4. 12. 2008) močí pacientka bez obtíží. Nestěžuje si na žádné negativní subjektivní pocity.	2. a 4. 12. 2008

## Plán ošetrovatelské péče

datum	Ošetrovatelské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovatelské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovatelské aktivity <i>činnosti sester zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče		
				efekt <i>(ve vztahu k cílům)</i>	datum podpis primární sestry	
3. 12. 2008	Porucha citlivosti a hybnosti pravé dolní končetiny jako důsledek vedlejšího účinku epidurální analgezie, projevující se omezením hybnosti při rehabilitaci.	Pacientka má obnovenou citlivost a hybnost pravé dolní končetiny. Bude moci rehabilitovat a chodit. Aktivně se podílí na rehabilitaci.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zjistit rozsah poruchy hybnosti a citlivosti dolních končetin.</li> <li>▪ Vyslechnout pacientku, jak tento stav popíše.</li> <li>▪ Vyhodnotit, do jaké míry tato porucha pacientku omezuje.</li> <li>▪ Zhodnotit celkový stav pacientky (výživa, energie).</li> <li>▪ Vysvětlit příčinu nehybnosti dolních končetin a to, že se jedná pouze o dočasný stav související s epidurální analgezií.</li> <li>▪ Informovat o dalším terapeutickém postupu a možnostech řešení tohoto problému.</li> <li>▪ Pátrat po komplikacích z nepohyblivosti.</li> <li>▪ Zkontrolovat okolí zavedeného epidurálního katétru.</li> <li>▪ Domluvit se s pacientkou na následném plánu rehabilitace.</li> <li>▪ Informovat lékaře o stavu pacientky.</li> <li>▪ Odpovídat na případné dotazy pacientky.</li> <li>▪ Upozornit na možné zvýšení bolesti břicha po extrakci epidurálního katétru.</li> <li>▪ Informovat o možnostech podání analgetik při bolesti.</li> <li>▪ Zajistit a poučit pacientku o antidekubitální prevenci (pohodlná fyziologická poloha DK, antidekubitální kolečka pod paty a pod kolena).</li> <li>▪ Zajistit rehabilitační sestru pro návlek vertikalizace a chůze.</li> <li>▪ Podporovat a povzbuzovat pacientku.</li> <li>▪ Být jí co nejvíce na blízku.</li> <li>▪ Vyjadřovat zájem o její stav.</li> <li>▪ Zapojit pacientku, aby se aktivně podílela na všech krocích.</li> <li>▪ Zajistit bezpečnost a dbát na prevenci pádu při návleku vertikalizace a chůze (doprovod sestry nebo RHB pracovnice).</li> <li>▪ Průběžně kontrolovat hybnost a citlivost DK (dotazy na pacientku, sledováním pacientky při vstávání a chůzi).</li> <li>▪ Pomáhat pacientce při vertikalizaci a chůzi.</li> <li>▪ Pátrat po lokálním zčervenání nebo otlaku kůže.</li> </ul> Poskytnout dostatek času na odpočinek během rehabilitace.	Cíl byl splněn. Citlivost a hybnost nohy byla zcela obnovena. Paní H. CH. udává, že je stejná jako před operací. S dolními končetinami na lůžku rehabilituje. Během odpoledne již chodí bez problémů.	4. 12. 2008	



## Plán ošetrovatelské péče

datum	Ošetrovatelské diagnózy <i>aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy nebo poruchy v uspokojování potřeb seřazené v pořadí jejich naléhavosti</i>	Cíle ošetrovatelské péče <i>časově vymezené a měřitelné cíle</i>	Plánované ošetrovatelské aktivity <i>činnosti sester zajišťující dosažení cílů</i>	Hodnocení poskytnuté péče	
				efekt <i>(ve vztahu k cílům)</i>	datum podpis primární sestry
3. 12. 2008	Riziko pádu v souvislosti se snížením citlivosti a hybnosti pravé dolní končetiny.	Zamezit riziku poranění a pádu pacientky.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zjistit rozsah poruchy hybnosti a citlivosti dolních končetin.</li> <li>▪ Vyslechnout pacientku jak tento stav popisuje.</li> <li>▪ Vyhodnotit riziko pádu.</li> <li>▪ Vysvětlit příčinu nehybnosti dolní končetiny a to, že se jedná jen o dočasný stav související s epidurální analgezií.</li> <li>▪ Vyhodnotit, do jaké míry tato porucha pacientku omezuje v pohybu.</li> <li>▪ Zhodnotit celkový stav pacientky.</li> <li>▪ Informovat pacientku o možném léčebném postupu a možnostech vedoucích ke zlepšení hybnosti a citlivosti dolních končetin.</li> <li>▪ Domluvit se s pacientkou na plánu rehabilitačního postupu.</li> <li>▪ Upozornit na možné zvýšení bolesti břicha při snížení rychlosti podávané analgetické směsi nebo extrakci epidurálního katétru.</li> <li>▪ Informovat o možnostech analgetického ovlivnění při pocitu bolesti.</li> <li>▪ Odpovídat na případné dotazy.</li> <li>▪ Zajistit rehabilitační sestru pro nácvik vertikalizace a chůze.</li> <li>▪ Podporovat a povzbuzovat pacientku.</li> <li>▪ Být pacientce co nejvíce nablízku.</li> <li>▪ Vyjadřovat zájem o stav pacientky.</li> <li>▪ Zapojit pacientku, aby se aktivně podílela na všech krocích.</li> <li>▪ Zajistit bezpečnost a dbát na prevenci pádu při nácviku vertikalizace a chůze – doprovod sestry nebo RHB pracovníka.</li> <li>▪ Průběžně kontrolovat citlivost a hybnost dolních končetin.</li> <li>▪ Pomáhat pacientce při vertikalizaci a chůzi.</li> </ul> <p>Odstranit překážky, které by mohly způsobit pád (mokrý podlaha, rozsypané a poházené věci na podlaze, nevhodně umístěný nábytek).</p>	Cíl splněn. Pádu a poranění pacientky jsme zamezily. Po odstranění epidurálního katétru došlo u pacientky do několika hodin k úplné obnově hybnosti a citlivosti a riziko pádu a poranění se tím minimalizovalo.	3. 12. 2008

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta**

**Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí**

**do závěrečné práce absolventa studijního programu**

**uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

