

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor Intenzivní péče



Bc. Marcela Šebestová

Náhlé příhody břišní v gynekologii pohledem sestry v intenzivní péči

Acute severe abdominal pain in gynaecology from the point of view of a nurse in the intensive care unit

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 14. 07. 2011

Bc. Marcela Šebestová

Podpis.....

Identifikační záznam:

ŠEBESTOVÁ, Marcela. *Náhlé příhody břišní v gynekologii pohledem sestry v intenzivní péči. [Acute Severe Abdominal Pain in Gynaecology from the Point of View of a Nurse in the Intensive Care Unit]*. Praha, 2011. 68 s., 10 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe v ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Kulhavá, Miluše.

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na náhlé příhody břišní v gynekologii pohledem sestry intenzivní péče. Teoretická část je věnována anatomii a fyziologii ženského reprodukčního systému. Velkou část práce zaujmají náhlé příhody břišní v gynekologii a to především mimoděložní těhotenství, tedy stav, se kterým se může setkat každá žena ve svém reprodukčním období.

Empirická část práce je věnována kvalitativnímu výzkumu se zaměřením na zjištění spokojenosti respondentek s poskytovanou ošetrovatelskou péčí po operaci mimoděložního těhotenství. Pohled na hospitalizaci ze strany pacientek je velice cenný, protože dokládá výsledky zdravotnické, v tomto případě ošetrovatelské práce jinak, než běžné statistiky. Výzkumný soubor je tvořen pěti ženami v reprodukčním věku, které byly hospitalizovány na gynekologicko-porodnické klinice s diagnózou ektopická gravidita.

Práce shromažďuje co nejvíce informací o mimoděložním těhotenství a pomáhá nahlédnout do problematiky ošetrovatelské péče o pacientky s akutními gynekologickými příhodami.

Klíčová slova: Gynekologie, náhlé příhody břišní, mimoděložní těhotenství, intenzivní ošetrovatelská péče

Abstract

The thesis is aimed on the acute severe abdominal pain in gynecology, from the point of view of a nurse in the intensive care unit. In the theoretical part was described the anatomy and the physiology of female reproductive system. Most of the work concerns acute severe abdominal pain in gynecology, specifically ectopic pregnancy, which can affect every woman in the reproductive period.

The empirical part consists on a qualitative research about the respondents' satisfaction with the nursing care after the ectopic pregnancy surgery. The point of view of patients is very valuable because it shows results about nursing care that is not possible to find in common statistic. Research survey came from five female patients in reproductive age, who were hospitalized on gynecological – maternity department with ectopic pregnancy diagnosis.

The thesis collects most information about ectopic pregnancy and help to look into the problematic of the nursing care for patients with acute gynaecological problems.

Key words: Gynecology, abdominal emergency, ectopic pregnancy, intensive nursing care

Poděkování

Děkuji tímto Mgr. Miluši Kulhavé za připomínky, vedení a cenné rady, které mi pomohly při sestavování mé diplomové závěrečné práce.

V Praze, 2011

Obsah

A. Teoretická část.....	9
1. Anatomie a fyziologie ženského reprodukčního systému.....	9
2. Definice náhlých příhod břišních.....	12
2.1. Klasifikace náhlých příhod břišních v gynekologii.....	12
2.2. Rozdělení náhlých příhod břišních dle příčiny.....	12
2.2.1. Poranění rodidel.....	12
2.2.2. Náhlé příhody břišní krvácivé	13
2.2.3. Náhlé příhody břišní bolestivé	14
2.2.4. Náhlé příhody břišní zánětlivé	15
2.2.5. Ileózní náhlé příhody břišní.....	16
2.3. Symptomatologie náhlých příhod břišních.....	17
2.4. Diagnostika náhlých příhod břišních.....	20
2.4.1. Anamnéza.....	20
2.4.2. Základní fyzikální vyšetření.....	20
2.4.3. Laboratorní a další pomocná vyšetření.....	21
2.5. Terapeutický závěr.....	21
3. Mimoděložní těhotenství (ektopická gravidita).....	22
3.1. Historický vývoj a pohled na problematiku mimoděložního těhotenství	22
3.2. Současné trendy ve vývoji péče o akutní stavy v gynekologii.	22
3.3. Epidemiologie a rizikové faktory.....	23
3.3.1. Porovnání výskytu mimoděložních těhotenství v průběhu let na území ČR.....	24
3.4. Patofyziologie mimoděložního těhotenství	26
3.5. Symptomatologie mimoděložního těhotenství.....	27
3.6. Diagnostika mimoděložního těhotenství	28
3.7. Terapie mimoděložního těhotenství	30
3.8. Prognóza.....	31
4. Charakteristika lidských potřeb.....	32
5. Psychologická problematika žen s dg. mimoděložní těhotenství.....	34
B. Empirická část.....	36
6. Zpracování výzkumu.....	36
6.1. Průběh výzkumu.....	36
6.2. Metodika práce	36
6.3. Výzkumné otázky.....	37
6.4. Charakteristika souboru.....	39
6.4.1. Charakteristika zkoumaných nemocničních zařízení.....	39
6.5. Práce zdravotní sestry na jednotce intenzivní péče.....	45
7. Výsledky výzkumu.....	48
8. Diskuze	58
8.1. Doporučení pro praxi.....	59
9. Závěr.....	61
10. Bibliografie.....	62
11. Seznam grafů a tabulek.....	66
12. Seznam příloh	69

Úvod

Téma své diplomové práce „Náhlé příhody břišní v gynekologii pohledem sestry v intenzivní péči“ jsem si zvolila na základě zájmu o problematiku akutních stavů v gynekologii. Gynekologicko-porodnická praxe pro mě byla významným přínosem ve studiu a ukázala mi mnohé případy, které jsou pro mě zajímavé nejen z pohledu studentky, ale i jako klientky gynekologické ambulance. Každá žena navštěvující pravidelně gynekologa je podrobena preventivním vyšetřením a doufá, že zrovna ona nemá žádný gynekologický problém. Většinou tomu tak bývá, ale mohou nastat i situace, že u ženy, která doposud neměla žádný gynekologický problém, se vyskytne náhlá příhoda břišní. Proto bych ve své práci chtěla přiblížit problematiku mimoděložního těhotenství a upozornit tak na jejich stálý a neměnný výskyt v dnešní době. Mnohdy ženy pohlížejí na těhotenství jako na nejšťastnější období jejich života. Existuje však skupina žen, které neměly toto štěstí, a jejich těhotenství bylo zkomplikováno. Tyto komplikace jim přinesly bolest a psychické oslabení a zcela tak zatemnily pocit štěstí.

Byla bych ráda, kdyby má práce byla ukázkou toho, že mimoděložní těhotenství a akutní stavy v gynekologii stále existují.

Cílem této práce je zjistit, jaká je spokojenost hospitalizovaných žen po operaci mimoděložního těhotenství s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a navrhnout metodiky pro sestry ošetřující pacientky s touto diagnózou.

A. Teoretická část

1. Anatomie a fyziologie ženského reprodukčního systému

K reprodukční soustavě patří rodidla zevní a vnitřní.

Mezi vnější pohlavní orgány řadíme hrmu, velké stydké pysky, malé stydké pysky, topořivá tělesa, poševní předsíň, panenskou blánu, vestibulární žlázy a hráz.

Hrma: (*mons pubis*) stydký pahorek je tvořen měkkou trojúhelníkovitou vyvýšeninou nad stydkou kostí nacházející se před vulvou. Volně navazuje na stydké pysky a tvoří jej silná kůže, pod níž je tukový polštář. V pubertě je zde viditelné pubické ochlupení.

Velké stydké pysky: (*labia majora pudendi*) jsou párové kožní valy, které obloukovitě obklopují poševní vchod.

Malé stydké pysky: (*labia minora pudendi*) jsou dvě kožní řasy, situovány mezi velkými stydkými pysky.

Topořivá tělesa: (*corpora cavernosa*) mezi topořivá tělesa patří poštvěáček, který je situován nad ústím močové trubice a párových erektilních orgánů (pod spodinou malých stydkých pysků). Jejich dráždění vyvolává pohlavní vzrušení.

Poševní předsíň: (*vestibulum vaginae*) je podélná štěrbina či vkleslina mezi malými stydkými pysky, která v poševním vchodu přechází ve sliznici pochvy.

Panenská blána: (*hymen*) je slizniční řasa, která zcela nebo částečně překrývá poševní otvor žen. Při prvním pohlavním styku dochází k jejímu protržení (defloraci).

Vestibulární žlázy: (*glandulae vestibulares*) udržují vlhkost poševního vchodu. Největší z nich Bartolinova žláza má velikost v průměru okolo 1 centimetru a nachází se na dolní vnitřní straně velkých stydkých pysků.

Hráz: (*perineum*) je definována jako silná svalnatá oblast mezi konečníkem a pochvou. U žen je tato oblast silně namáhána během porodu, a proto bývá někdy nastřížena.

Mezi vnitřní pohlavní orgány řadíme: pochvu, dělohu, vejcovody a vaječníky.

Pochva: (*vagina*) je elastická trubice ze svalů, dlouhá 7-8 cm. Spojuje vulvu na vnějšku s děložním hrdlem uvnitř. Končí klenbou poševní. Poševní stěna je pružná a měkká. Poskytuje kanál pro odtok menstruační krve a za porodu je součástí měkkých porodních cest.

Děloha: (*uterus*) je dutý orgán hruškovitého tvaru speciálně přizpůsobený k přijetí oplozeného vajíčka, které se zahnízdí do její sliznice. U ženy, která ještě nerodila a není těhotná se uvádí délka 7,5–8 cm, šířka (v horní části) 5 cm, tloušťka zhruba 2,5 cm. Váha dělohy je asi 50g. Rozlišujeme na ní dvě části, a to děložní hrdlo a děložní tělo. Děložní dutina je složena ze tří vrstev: endometrium (sliznice, která vystylá děložní dutinu), myometrium (děložní svalovina) a perimetrium (vnější serózní vrstva). Dále rozlišujeme přední a zadní stěnu dělohy, děložní rohy a děložní hrany.

Vejcovod: (*tuba uterina*) je 10–12 cm dlouhá a 0,5 cm široká trubice, začínající v děložním rohu a ústící do břišní dutiny v blízkosti vaječníku. Vejcovody jsou párový svalový orgán, který spojují vaječník s dělohou. Ve vejcovodu dochází ke kontaktu vajíčka a spermie a k následnému oplodnění. Vejcovod má za úkol dopravit vajíčko po ovulaci do dělohy pomocí brv, které se rytmicky pohybují. Tím zajišťují pro vajíčko bezpečné prostředí.

Vaječník: (*ovarium*) je párová ženská pohlavní žláza délky 3–5 cm, šířky 1,5–3 cm a tloušťky přibližně 1 cm. Je zdrojem vajíček a pohlavních ženských hormonů. Skládá se ze dvou stavebně odlišných částí, a to z kůry a dřeně. Kůra vaječníku obsahuje folikuly. Dřeň je tvořena vazivem a probíhají v ní velké cévy a nervy.

Nedílnou součástí ženských pohlavních orgánů jsou i prsy s mléčnou žlázou. Je to párový orgán na přední části hrudníku. (CITTERBART, 2007; ROZTOČIL a kol., 2008)

Období ženy rozdělujeme na:

- a) období novorozenecké a dětské, které charakterizuje funkční klid v reprodukčním systému
- b) puberta je období nástupu generačních funkcí
- c) období generační, které je nejdůležitějším obdobím v životě ženy, je obdobím zralosti a plodnosti, v němž žena plní své biologické poslání
- d) klimakterium je přechodným obdobím, ve kterém činnost ovaria postupně vyhasíná
- e) senium znamená funkční klid v ovariu

Rozmnožování je biologickým posláním každé ženy. K jeho plnění je žena automaticky a funkčně přizpůsobena. Schopnost reprodukce je však vázána na období pohlavní zralosti od první menstruace do příchodu menopauzy. V té době probíhají na rodidlech ženy a jejím regulačním systému cyklicky se opakující změny. Cílem těchto změn je příprava ženské zárodečné buňky – vajíčka a zároveň příprava sliznice vystylající děložní dutinu k případnému přijetí oplozeného vajíčka. Zevním projevem těchto změn je (nebylo-li vajíčko oplodněno) menstruační krvácení. (SLEZÁKOVÁ, 2007)

2. Definice náhlých příhod břišních

Pod pojmem náhlé příhody břišní se označují onemocnění břicha, které nastupují nečekaně, prudce a nemocného postihují většinou z plného zdraví. Postiženou osobu mohou ohrožovat na životě a je zde indikace k urgentnímu řešení, nejlépe mezioborové spolupráce.

Jsou to onemocnění častá a významná. Většina jich je natolik závažných, rychle progredujících, že mohou při zhoršování celkového stavu pacienta skončit do 72 hodin smrtelně a již při 6-12 hodinovém diagnostikovaném zpoždění mohou být provázeny těžkými komplikacemi, které někdy znamenají následky pro celý následný život. (ŠVÁB, 2007)

2.1. Klasifikace náhlých příhod břišních v gynekologii

Pro osud nemocné s bolestmi břicha je nejdůležitější včasné stanovení diagnózy. Záleží především na rozhodnutí, zda běží o náhlou příhodu břišní (dále jen NPB) či nikoliv. Toto rozhodnutí je vysoce zodpovědným úkolem každého lékaře, který nemocnou vidí a vyšetřuje. Našemu rozhodnutí pomáhá především dobrá znalost subjektivních i objektivních příznaků NPB. Na základě těchto znalostí má lékař také rozhodnout, do které z hlavních skupin NPB onemocnění u konkrétního nemocného patří. Rozdělení NPB vychází především z patologicko-anatomického podkladu vzniklého onemocnění, tj. zánětu či střešní neprůchodnosti.

Diferenciální diagnostika NPB gynekologické povahy je velice obtížná a někdy před operací i prakticky nemožná. Proto chirurg i gynekolog musí v péči o ženy s bolestmi v břiše vzájemně spolupracovat a někdy i společně operovat. Z náhlých příhod gynekologických jde o následující onemocnění, která mohou NPB napodobit. (ŠVÁB, 2007)

2.2. Rozdělení náhlých příhod břišních dle příčiny

2.2.1. Poranění rodidel

Poranění rodidel otevřená či krytá, postihují zejména zevní rodidla.

Setkáváme se s nimi především v dětské gynekologii. U batolat a dětí předškolního věku vznikají následkem pádu na ostré hrany nábytku. U školních dětí především pádem obkročmo při sportovních aktivitách (sáňkování, jízda na kole). Tato poranění jsou obvykle lokalizována na přední komisuře (klitoris s prepuciem, malá labia, krajina zevního meatu uretry). Po traumatech na rodidlech pátráme i při zneužívání mladých dívek. Rozsáhlé poranění rodidel diagnostikujeme při polytraumatech (autonehody), zde je však v první řadě záchrana životně důležitých orgánů. U dospívajících dívek a žen mohou být poranění způsobena i cizími tělesy zavedenými do pochvy.

Hlavním symptomem je zevní krvácení zvláště intenzivní u tržných ran. Zhmoždění po úderu či nárazu bývá příčinou krytých poranění. Nad objemnými hematomy je kůže napjatá, lesklá a lividní. Poševní vchod může být dislokován ke zdravé straně. Dochází k ohrožení močového systému. Je nutné přesvědčit se o jeho funkčnosti cévkováním.

Cílem terapie je zástava krvácení a dokonalá náprava poškozených anatomických struktur pomocí chirurgických technik. U velkých hematomů zahajujeme léčbu konzervativní (gely, ledové obklady) a s odstupem času chirurgicky evakuujeme. Dle příčiny je nutné zvážit i antibiotickou léčbu. (CITTERBART, 2007; <http://www.levret.cz/publikace/casopisy>)

2.2.2. Náhlé příhody břišní krvácivé

Zevní krvácení:

K zevnímu krvácení dochází nejčastěji při karcinomu děložního hrdla. Dochází k prudkému krvácení a pochva je plná krevních sraženin. Léčba je zahájena zástavou krvácení pevnou poševní tamponádou a hrazením krevních ztrát. (CITTERBART, 2007)

Intraabdominální krvácení:

Náhlé příhody břišní v gynekologii bývají velmi často spojeny s nitrobřišním krvácením, a proto mnohdy vyžadují operační výkon. Řadíme mezi ně komplikace VVV, rupturu ovariální cysty či pouzdra stěny cysty a extrauterinní graviditu.

Cystické změny na ováriích mohou být provázeny bolestí či krvácením do dutiny břišní. Folikulární cysta je vlastně folikul, který nepraskl, dále roste a zmnožuje se v něm tekutina, takže dosáhne průměru 5 až 15 i více cm. Na ultrazvuku je dobře ohraničená, kulatá či oválná. Korpusluteální cysta neboli cysta žlutého tělíska bývá menší a zpravidla prokrváčená. Při ruptuře vejcovodu vzniká náhlá prudká bolest v podbřišku. Krev vyvolá dráždění peritonea a v závislosti na síle krvácení se dostavuje pocit slabosti a mdloby a eventuálně kardiopulmonální dekompenzace (pokles TK, zrychlený nitkovitý nebo nehmatný pulz, dušnost). Vyvíjí se typický obraz hemoragického šoku. Nitrobřišní krvácení je ověřováno ultrazvukovým vyšetřením břišní dutiny a stanovení hladin HCG. Stav vyžaduje obvykle neodkladnou laparoskopii (laparotomii) a protišoková opatření. Snažíme se vždy o co nejméně radikální přístup se zachováním ovariální tkáně s ohledem na budoucí fertilitu pacientky. Terapie spočívá v odstranění cysty a šetrné koagulaci krvácejícího ložiska. (CITTERBART, 2007)

2.2.3. Náhlé příhody břišní bolestivé

Jsou to stavy jejich převládajícím symptomem může být bolest dostavující se v záchvatech, prudká, opakující se a později doprovázená nauzeou a poruchou střevní průchodnosti.

Torze ovariální cysty vzniká otočením stopky, kterou může tvořit buď mezosalpinx nebo isthmická část tuby s uteroovariální chordou. Při otočení nad 180° dochází k cirkulační poruše v žilním oběhu a obsah cysty se zvětšuje, až stěna cysty prosákne krví a slepuje se s omentem i dalšími okolními orgány. Bolest v podbřišku vznikne nečekaně z plného zdraví. Po diagnostickém ověření přistupujeme k chirurgickému řešení laparoskopicky či enukleací cysty.

U Torze adnex se objevují příznaky stejného charakteru v popředí s bolestivostí na straně v podbřišku. Diagnostikujeme palpačně a pomocí ultrazvukového vyšetření. Torzi adnex řešíme laparoskopicky. Vše se rozhoduje na základě vitality adnex.

Torze stopkovitého myomu má poměrně chudý symptomatologický nález. Rotací stopky subserózního stopkatého myomu se přeruší jeho cévní zásobení

a myom nekrotizuje. Vzniká malé množství výpotku, které dráždí okolní peritoneum. Léčebný postup je obdobný léčbě torze adnex.

(ČEPICKÝ A KURZOVÁ, 2003; <http://www.levret.cz/publikace/casopisy>)

2.2.4. Náhlé příhody břišní zánětlivé

Za příčinu zánětlivých NPB považujeme nejčastěji bakteriální napadení organismu, které má buď čistě orgánové projevy, nebo se zánět z primárně napadeného orgánu šíří do nejbližšího okolí. Někdy vzniká zánět v peritoneální dutině i vlivem dráždění chemickými látkami. Jindy se vyvíjí vlivem pokročilého zánětu subfrenický, mezikličkový nebo Douglas abces.

Pokud nejsou zánětlivé příhody léčené včas, mohou vést k závažným ohrožujícím stavům. Jsou většinou provázené ostrou a trvalou bolestí. Při rozvinutém zánětu je pobřišnice stažená a stěna břišní tvrdá. Nemocný omezuje pohyby dolních končetin. Puls je zrychlený a hodnoty leukocytů jsou zvýšené.

Náhlé příhody zánětlivé dělíme podle vzniku na primární peritonitidu, která je vzácná. K infekci dutiny břišní dochází hematogenním zavlečením mikrobů (pneumokoky, streptokoky, gonokoky, TBC). Jako komplikace onemocnění orgánu dutiny břišní se vyznačují sekundární peritonitidy. K sekundární peritonitidě dochází nejčastěji při perforaci dutého orgánu GIT (appendicitida 70%), vřed gastroduodena, nádory GIT, divertikulida, dále zánět žlučníku, pankreatu, akutní mezenterální cévní uzávěr.

Podle původce NPB dělíme na mikrobiální hnisavou peritonitidu nebo aseptickou, chemickou peritonitidu (žluč, moč, pankreatické šťávy), která má pozvolný průběh.

NPB zánětlivé můžeme dělit také dle lokalizace a rozsahu na difuzní a ohraničenou peritonitidu.

Zánětlivé NPB jsou velmi závažné a rychle progredují. Při 6 až 12 hodinovém diagnostickém zpoždění mohou být provázeny těžkými komplikacemi, znamenajícími ohrožení života z akutní peritonitidy.

Akutní apendicitida vzniká pomnožením bakterií v lumen appendixu při jeho úplné nebo částečné obstrukci (př. zduření lymfatické tkáně při interkurentní infekci, nádor, paraziti). Zánět začíná na sliznici, kde vznikají vřídka, pak se šíří v submukóze a posléze po celé stěně vzniká nekróza. Hrozí možnost perforace a peritonitidy. Onemocnění začíná z plného zdraví náhlou atakou a to i z probíhajícího chronického zánětu v akutní. Projevuje se náhlým pocitem tlaku ve středním nadbříšku trvající několik hodin s přidruženou nauzeou, nechutenstvím, zvracením a teplotami. Řešení tohoto závažného stavu je chirurgická apendektomie. (PAFKO, 2005; ŠVÁB, 2007)

2.2.5. Ileózní náhlé příhody břichní

Střevní neprůchodnost může být úplná nebo částečná. Důvodem vzniku je mechanická nebo funkční překážka, či můžeme pojednávat o získané patologii. Jednotným znakem je bolest břicha, zvracení, zástava odchodu plynů a stolice.

Obstrukční ileus charakterizuje městnání žluče ve žlučovodu a ucpání jeho lumen. Příčinou jsou kameny ve žlučovodu (choledocholithiasa), zánět slinivky břichní, zúžení Vaterovy papily či nádory. Klinický obraz ikteru je tmavá moč, světlá stolice, únava a svědění kůže. Choledocholithiasa i stenóza Vaterovy papily jsou indikovány k endoskopické intervenci nebo k operaci. Při paliativním výkonu u nádorových onemocnění se obnoví vyprazdňování žluče do trávicí trubice buď pomocí spojky, nebo endoskopicky zavedené protézy do místa zúžení.

Strangulační ileus se vyznačuje uskřínutím průsvitu střevního lumen, cév a nástupem nekrózy. Mezi příznaky řadíme krutou, náhle vznikající bolest, zvracení, neklid, bledost, které mohou vést až k rozvoji šokového stavu.

Volvulus je otočení střeva i mezenteria kolem své osy.

Invaginace je vsunutí jedné části střeva do druhé.

Léčbu zahájíme konzervativním postupem. Zavedeme NGS a odčerpáme obsah, parenterálně rehydratujeme a nahrazujeme živiny a pokračujeme chirurgickým řešením odstraněním příčiny a resekcí nekrotického střeva.

Neurogenní ileus vzniká na podkladě funkční poruchy nervových pletení střešní stěny – paralytický, vzácněji se setkáváme zejména při mentálních retardacích a poranění míchy se spastickým ileem. Je doprovázen bolestmi celého břicha, zástavou plynů stolice, břicho je jako „buben“ a při poslechu nic neslyšíme tzv. „ticho v břiše“. Důležitá je úprava vnitřního prostředí a podpora motility střev. (PAFKO, 2005; ŠVÁB, 2007)

Cévní ileus je porucha cévního zásobení střeva. Vzniká náhlá prudká bolest s reflexním zvracením, zástava plynů a stolice. Vyskytuje se i příměs krve ve stolici. Specifické jsou velké subjektivní potíže s malým objektivním nálezem. Na RTG snímku jsou viditelné distenze kliček a difuzní hladinky. Časné operační řešení je desobliterace cévy (embolectomie, trombolectomie). Při pozdním odhalení dochází k nekróze střeva a musí být operačně provedena resekce postiženého úseku. (PAFKO, 2005; <http://www.levret.cz/publikace/casopisy>)

2.3. Symptomatologie náhlých příhod břišních

2.3.1. Bolesti břicha

Bolest je nepříjemná sensorická a emoční zkušenost, která souvisí se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně a je základním znamením NPB. Rozoznáváme význam bolesti pozitivní, kdy slouží jako ochranný signál a negativní. Snažíme se vystihnout charakter bolesti.

Bolest vycházející z orgánů uložených v dutině břišní nazýváme bolestí viscerální. Šíří se z postiženého orgánu většinou sympatickým nervstvem. Je to typická hluboká bolest, kterou není nemocný schopen přesně lokalizovat a nemění se při pohybu či napínání břišní stěny.

Bolest parietální, která se šíří z parietálního peritonea somatickými nervy. Je bolest ostrá, stálá, lze poměrně přesně lokalizovat místo, odkud se šíří a zvětšuje se při pohybu a otřesech nástěnného peritonea. Při hodnocení je nutné myslet na změny intenzity bolesti, její stěhovavost a jiné subjektivní vnímání každého jednotlivce. Z důvodu správné diagnostiky bychom neměli začít s léčbou bolesti před pečlivým sběrem informací. (ČEPICKÝ A KURZOVÁ, 2003)

2.3.2. Vzhled nemocného

Ke změnám vzhledu dochází postupem času s rozvojem patologického procesu. Při bledosti, opocenosti tváře můžeme usuzovat na krvácení s rozvojem hypovolemického šoku či anémii. Podezření na zvýšenou hladinu bilirubinu v krvi nám signalizuje nažloutlé zbarvení sliznic a kůže. Cyanotické zbarvení rtů a nehtových lalůček vyplývá z nedostatečného okysličení tkání a v neposlední řadě suchost a vlhkost sliznic nás informuje o stavu hydratace.

(ČEPICKÝ A KURZOVÁ, 2003; <http://www.levret.cz/publikace/casopisy>)

2.3.3. Nechutenství, nauzea, zvracení

Hlavní doprovázející příznaky náhlých příhod břišních. Jejich přítomnost je současná či následovná. Zvracení je průvodním znakem reflexního podráždění mezenterálních cév u uskřínutých kýl, volvulů, invaginací a strangulačních ileů způsobených adhezemi. Hematemeza bývá hlavní příznak u těžkých gastritid, bráničních kýl, při krvácení z gastroduodenálních vředů a u nádorů žaludku. S ublinknutím se setkáváme při tzv. vysokém ileu, kde je překážka na jejunu. Masivní zvracení krve pozorujeme při krvácení z jícnových varixů. Pečlivě hodnotíme konzistenci zvratků, jejich charakter a frekvenci zvracení.

(ČEPICKÝ A KURZOVÁ, 2003; <http://www.levret.cz/publikace/casopisy>)

2.3.4. Změna krevního tlaku pulsu a dechu

Reakce organismu na bolest působí zvýšení krevního tlaku, který se později ustálí a je v normě. Opačně k snížení tlaku dochází při krvácení a rozvoji hypovolemického šoku. U dechových parametrů hodnotíme frekvenci dechu, hloubku jednotlivých dechů a postup dýchacích vln po stěně břišní. Při zánětu pobřišnice se setkáváme s dechem zkráceným a zrychleným. Jde-li o rozvinutou peritonitis nebo o pokračující krvácení, stává se pulz slabě hmatným a označuje se pak jako nitkovitý. Zpomalený puls může být znakem výlevu žluči do dutiny břišní (perforace žlučníku, gastroduodenálního vředu).

(ČEPICKÝ A KURZOVÁ, 2003; <http://www.levret.cz/publikace/casopisy>)

2.3.5. Poruchy močení

Rozlišujeme retenci moči neboli zadržetí a anurii, kde je zástava tvorby a vylučování moči (100ml/ 24hod). Při retenci je třeba nemocného vycévkovat. Poruchy močení nám signalizují známky zánětu vývodných cest močových, přítomnost zaklíněných močových konkrementů nebo močového písku. Jsou-li spojeny s tlakovou bolestí v lumbální krajině, je přítomný ledvinový konkrement nebo zánět ledvin.

(ČEPICKÝ A KURZOVÁ, 2003; <http://www.levret.cz/publikace/casopisy>)

2.3.6. Zástava plynů a stolice

Dominující příznak u příhod ileózních a zánětlivých. Záněty se nejprve manifestují průjmy, ale s rozvojem onemocnění dochází k ochrnutí střeva. Ileózní příhody bývají obvykle provázeny zástavou odchodu plynů a stolice. U dětí při invaginaci se objevuje řídká stolice s příměsí krve. Základními projevy jsou vzedmuté břicho a mnohdy i prázdná rektální ampula.

(ČEPICKÝ A KURZOVÁ, 2003; <http://www.levret.cz/publikace/casopisy>)

2.3.7. Teplota

Měření teploty slouží jako pomocné diagnostické kritérium. Změřené hodnoty nejsou vždy směrodatné pro rozpoznání anatomicko-patologického podkladu NPB.

(ČEPICKÝ A KURZOVÁ, 2003; <http://www.levret.cz/publikace/casopisy>)

2.3.8. Škytavka

Projevuje se jako následek podráždění bránice krví, žaludečním obsahem, vzduchem či hnisem. Považujeme ji jako vedlejší příznak ne vždy přítomný.

(ČEPICKÝ A KURZOVÁ, 2003; <http://www.levret.cz/publikace/casopisy>)

2.4. Diagnostika náhlých příhod břišních

Diagnostický postup se musí pro časovou tíseň často omezit převážně na klinická vyšetření se základní laboratoří, není-li diagnostické jistoty, doplní se další potřebná vyšetření. V případě potřeby se správná diagnóza a léčebný postup stanovuje ve spolupráci s chirurgy, urology, internisty a dalšími odborníky.

2.4.1. Anamnéza

Soubor údajů o zdravotním stavu od narození do současnosti. Zjišťujeme informace, kdy k příhodě došlo, jak se projevuje. Bolest, její charakter a intenzita, nauzea, pocity na zvracení, škytavka, tenesmy, krvácení. Zaměříme se i na celkové projevy jako teplota, třesavka, slabost, žízeň a jaká situace této příhodě předcházela (stres, namáhavá práce, sportovní aktivita).

Následují otázky zaměřené na menstruační cyklus, které jsou pro nás velmi podstatné. Průběh poslední menstruace, pravidelnost, interval a délka, počet porodů, potratů (spontánní či umělé přerušování těhotenství), gynekologické onemocnění, operace a užití antikoncepce.

Po těchto základních informacích přejdeme ke zjištění osobní, rodinné, pracovní, farmakologické a alergické anamnézy. Popřípadě pokládáme další doplňující otázky k specifikaci stavu. Přílohy 1. a 2. (PAFKO, 2005)

2.4.2. Základní fyzikální vyšetření

Pozorujeme změny v držení těla, stylu chůze a v bolestivém výrazu obličeje. Změříme hodnotu krevního tlaku, puls, dechu, teplotu a zaměříme se na vyšetření břicha. Břicho vyšetřujeme poslechem, pohledem, poklepem, pohmatem a per rektum (pravidlo 5P). Vyšetřovat začneme na protější straně od bolesti. Hodnotíme stav stěny břišní (napětí, tuhost, vzednutí, prohmatnost), rezistenci (velikost, hloubku, tuhost, fluktuaci), místo a rozsah bolestivosti a peritoneální známky. Příkladem je Pleniesovo znamení, kdy se vyskytuje bolestivost při poklepu na břišní stěnu v apendikální krajině.

Dále hodnotíme změny kožního krytu v oblasti břicha a okolí. Kýly a jejich reponability, operace a hematomy. U žen hodnotíme oblast třísel, pod tříslu a výtoku z rodidel. Per rektum zhodnotíme tonus svěračů, vyklenutí a bolestivosti Douglasova prostoru, známek krvácení, případně konsistenci stolice. Informace doplníme gynekologickým vyšetřením. Význam palpačního vyšetření per vaginam je spíše vylučovací, aby se lékař ujistil, že nejde o záležitost spíše gynekologickou než chirurgickou afekci. Lékař na závěr provede vyšetření bederní krajiny poklepem tzv. Tappottment.(CITTERBART, 2007; PAFKO, 2005)

2.4.3. Laboratorní a další pomocná vyšetření

K základní laboratorní vyšetření u náhlých příhod břišních patří vyšetření krevního obrazu zejména leukocytů, jaterních testů, amylázy, vyšetření moče chemicky a sedimentu. Vždy doplníme hodnoty CRP (známky zánětu) a HCG (těhotenský hormon).

Při dostupnosti zobrazovacích metod se obracíme na ultrazvukové a endoskopické vyšetření dutiny břišní, RTG břicha popřípadě srdce a plic a CT vyšetření. (PAFKO, 2005)

2.5. Terapeutický závěr

Náhlé příhody břišní vyžadují velmi často operační ošetření, které je tím účinnější, čím je včasnější. Významná je i řádná předoperační příprava a dobré pooperační doléčení. Všechny NPB patří zásadně do chirurgické ústavní péče. Každý lékař a zvláště lékaři první linie a lékaři pohotovostních služeb si musí být vědomi nebezpečí, závažnosti i zálučnosti NPB. Stačí pouhé podezření na NPB, aby byla nemocná poslána na lůžkové chirurgické oddělení. Je lépe odesílat nemocnou k chirurgovi předčasně než ji odeslat pozdě nebo vůbec ne. Můžeme tedy říci, že základním úkolem u NPB je jejich včasné rozpoznání a včasné léčení. Jedině tak zabráníme závažným a často i smrtelným komplikacím těchto příhod. (HOLUB a kol., 2005)

3. Mimoděložní těhotenství (ektopická gravidita)

3.1. Historický vývoj a pohled na problematiku mimoděložního těhotenství

Mimoděložní těhotenství je stav dojde-li k implantaci oplozeného rýhujícího se vajíčka mimo děložní dutinu. Jelikož se jedná o nejčastější NPB, jedná se i o jednu z častých příčin mateřské úmrtnosti, nejčastěji z důvodu mylné či pozdní diagnózy. Z tohoto důvodu je důležité na tento stav vždy myslet a co nejdříve jej správně diagnostikovat a indikovat následnou včasnou a vhodnou terapii. (CITTERBART, 2007)

První zmínka o ektopické graviditě byla roku 936-1013 ve spise arabského lékaře Albucasisse (Abul Qasim Al-Zahrawi). (ALBUCASIS, 1778) Roku 963 n. l. lidé ektopickou graviditu chápali jako Alláhovu zlobu. Dokonce i Babičtí Hebrejci byli přesvědčeni o božím potrestání a o hříchu. Některé texty se nachází i ve Starém zákoně. V učebnicích se dovídáme, že roku 300 n. l. Reiner de Graaf poprvé popsal vejcovod jako jedinečné spojení mezi vaječníkem a dělohou, což zapříčinilo významný pokrok v diagnostice. Díky vývoji v medicíně roku 1752 Böhmer popsal studii těhotné prostitutky s mimoděložním těhotenstvím a 1682 De Saint Maurice z Perigodu popsal případ ovariální gravidity post mortem. Následně přichází zjištění vědce Rudolfa Vericha roku 1821-1902 o spojení chronické pánevní zánětlivé choroby a ektopického těhotenství.

19. stol. 1816 John King byl první lékař se zásluhami za operaci ektopické gravidity z vaginálního přístupu s uzdravením. S odstupem času Tait provedl tisíce laparotomií pro mimoděložní těhotenství a chirurgická léčba se celosvětově rozšířila. (TAIT, 1984) Následně začala klesat i mortalita žen. Až ve 30. a 40. letech 20 stol. byla ektopická gravidita všeobecně vnímána jako akutní stav.

3.2. Současné trendy ve vývoji péče o akutní stavy v gynekologii.

V minulosti bylo zaměření gynekologicko-porodnické péče pouze jediné, a to porodnické. K porodům přicházely porodní báby, jejichž znalosti a zkušenosti byly sice v dané době veliké a rozhodně nedokázali řešit případy, které se dneska stávají

velice rutinními. Péče o akutní stavy v gynekologii vlastně neexistovala, neboť jejich následkem byla smrt. Nebylo metody, jak akutní stav odhalit a jak zasáhnout. Gynekologická péče v podstatě neexistovala. S rozvojem vědy a medicíny se dosáhlo i v této oblasti velkého pokroku.

S vynálezem ultrasonografie a jeho uvedením do praxe se gynekologická a porodnická praxe mohla začít směle rozvíjet. K samotnému rozvoji techniky se přidával i fakt, že lidé začali více dbát o své zdraví. Zde byl však vývoj ještě mnohem pomalejší a není ještě zdaleka na svém vrcholu. Mladé ženy (pod 35 let) si jsou již často vědomy potřeby pravidelných gynekologických kontrol. K tomu ovšem z velké části přispívá fakt, že ženy užívají hormonální antikoncepci a při vyzvednutí receptu jsou jednou za rok vyzvány k prohlídce. U generace starší je ale alarmujícím faktem, že ženy po menopauze nepovažují návštěvu gynekologa za důležitou a často tak zanedbávají závažná onemocnění. O něco jiný je vývoj v trendech, které zajímají mě, tedy v akutních stavech. Ženy s akutními problémy se nebojí vyhledat pomoc svého gynekologa nebo pohotovostní služby, nicméně i tak přichází později. Z mého výzkumu však vyplývá, že ženy jsou ke gynekologickým operacím doporučovány svými praktickými gynekology. Z obecných statistik je pak zřejmé, že jen nepatrná část pacientek je operována akutně (tedy v den přijetí do nemocnice).

Z těchto poznatků je možno usoudit, že ženy mnohem více pečují o své zdraví a při jakýchkoliv obtížích chtějí dojít řešení co nejdříve a nejméně bolestivou cestou. Je však stále nutné ženy nabádat a vybízet k pravidelným kontrolám. Kromě lepší péče o zdraví se tak zlepší i důvěra mezi lékařem a zdravotnickým personálem a pacientem, který se pak nebojí zdravotníka oslovit i se sebemenším problémem. Včasný zásah je, nejen u akutních stavů tím, čeho chtějí dosáhnout jak lékaři, tak pacient. Včasným zásahem se zvyšuje možnost úspěšné terapie a minimalizuje se počet komplikací. To ušetří zdravotnickému systému mnoho peněz a pacientům starosti a zdravotní obtíže, které si způsobí pozdní návštěvou lékaře.

3.3. Epidemiologie a rizikové faktory

Uvádí se, že v poslední době incidence mimoděložního těhotenství nápadně stoupá, což je zapříčiněno mimo jiné neustále se zvyšujícím počtem výkonů

asistované reprodukce, používáním nitroděložních antikoncepčních tělísek, plánovaná gravidita v pozdějším věku se zvyšujícím se podílem rizikových faktorů, a také v neposlední řadě časnější a přesnější diagnostikou tohoto stavu. Na vzniku mimoděložního těhotenství se účastní příčiny anatomické, funkční i jejich kombinace.

3.3.1. Porovnání výskytu mimoděložních těhotenství v průběhu let na území ČR

Jak vyplývá z předcházejících odstavců, odhalování případů mimoděložního těhotenství je stále lepší a péče o pacientky stále kvalitnější, takže nevede k fatálním komplikacím tak často, jako tomu bylo v minulosti.

Dle statistiky UZIS, která shrnuje mimoděložní těhotenství v České republice za rok 2009, vyplývá, že celkový počet mimoděložních těhotenství byl 1263. Jeho početní zastoupení v rámci jednotlivých krajů nebylo rovnoměrné, ale velice se lišilo, jak dokládají vybrané kraje Zlínský a Moravskoslezský, kde bylo v roce 2009 evidováno 59, respektive 146 mimoděložních těhotenství.

Absolutní čísla, která jsou využita v předchozím odstavci, nám nemohou dát pravý obraz vývoje výskytu ektopických těhotenství a zcela znemožňují porovnání. K lepší demonstraci počtu mimoděložních těhotenství je možno použít tabulku UZIS, která ukazuje potraty dle druhu na 100 narozených dětí, navíc vztažené k místu bydliště. Tato statistika shrnuje stejně jako předchozí rok 2009. Tato data se opět velice liší podle krajů, proto zde budu kromě počtu potratů uvádět také nejvyšší a nejmenší počet v rámci České republiky. Celkové počty potratů, které zahrnují samovolné potraty, umělá přerušení těhotenství, mimoděložní těhotenství a ostatní potraty, byly v roce 2009 nejmenší v Jindřichově Hradci v počtu 26,68 na 100 narozených, nejvyšší pak v Rakovníku 44,13 na 100 narozených. Samovolné potraty se v roce 2009 vyskytovaly nejméně v regionu Nymburk, kde počet byl 6,88 na 100 narozených. Nejvyšší počet samovolných potratů byl 15,97 na 100 narozených v Benešově. Umělá přerušení těhotenství se napříč celou republikou vyskytovala více než spontánně. Nejméně pak 18,29 na 100 narozených v Táboře a nejvíce 29,01 na 100 narozených v Kladně. Čísla, která se nejvíce dotýkají tématu

mé práce, tedy počty mimoděložních těhotenství, byla v roce 2009 nejmenší 0,39 na 100 narozených ve Strakonících a nejvyšší 2,17 na 100 narozených v Benešově.

V další statistice je ukázáno rozložení potratů vzhledem k věku ženy. Celkové počty potratů jsou nejvýrazněji zvýšené ve věkových kategoriích do 14 let a poté ve věku 45-49 let. Nejmenší počet potratů se vyskytuje ve věkové kategorii 25-29 let. Za velice alarmující považuje počet potratů ve věkové kategorii do 14 let. Z jednoho hlediska je pro mě pochopitelné, proč si tyto mladé matky své děti „nechávají vzít“ nebo je z fyziologického hlediska nedonosí. Na stranu druhou je k zamyšlení fakt, že tolik dívek otěhotní již v tak mladém věku.

Jedna ze statistik z roku 2009 ukazuje vývoj potratovosti od roku 1987 do roku 2009. Z mé práce vyplývá, že za tuto dobu došlo k velkému zlepšení v lékařské a preventivní péči. Vzhledem ke zvýšenému zájmu o životní styl a zdravé stravování v posledních letech by bylo možné očekávat snížení počtu mimoděložních těhotenství. Počet miniinterupcí bych s ohledem na zvyšující se dostupnosti očekávala stagnující nebo mírně vzrůstající. Moje předpoklady se však nepotvrdily. Počet miniinterupcí se na konci osmdesátých let pohyboval v rozmezí 31,4 až 33,3 na 1000 žen ve fertilním věku. Postupem 90. let se počet miniinterupcí snižoval tak, že v roce 1999 dosáhl 11,8 na 1000 žen ve fertilním věku. Podobný vývoj pokračoval i po roce 2000, kdy došlo k dalšímu snížení mininterupcí až na konečné číslo 7,2 na 1000 žen ve fertilním věku v roce 2009. S ohledem na to, jak se možnosti a miinterupce staly dostupnějšími pro veřejnost, jsem očekávala trend spíše opačný. Tato čísla však klesají a jejich klesající trend se ještě nezastavil. Statistiky za poslední roky ještě nebyly vydány, ale předpokládám, že jejich trend bude stále klesající, ale postupně se bude zpomalovat. Vzhledem ke zjištění, které jsem učinila ve statistice miniinterupcí jsem podobný vývoj čekala i v mimoděložním těhotenství. V roce 1987 se mimoděložní těhotenství vyskytlo 0,7 na 1000 žen ve fertilním věku. Takto pokračoval vývoj během let devadesátých i po vstupu do nového tisíciletí tak, že v roce 2009 činila 0,5 na 1000 žen ve fertilním věku. Z celé statistiky je patrné, že došlo jen k velice nepatrnému poklesu výskytu mimoděložního těhotenství. Tyto výsledky zřejmě svědčí o tom, že i se zlepšující se péčí, nedošlo ke zlepšení zdravotního stavu žen ve fertilním věku.

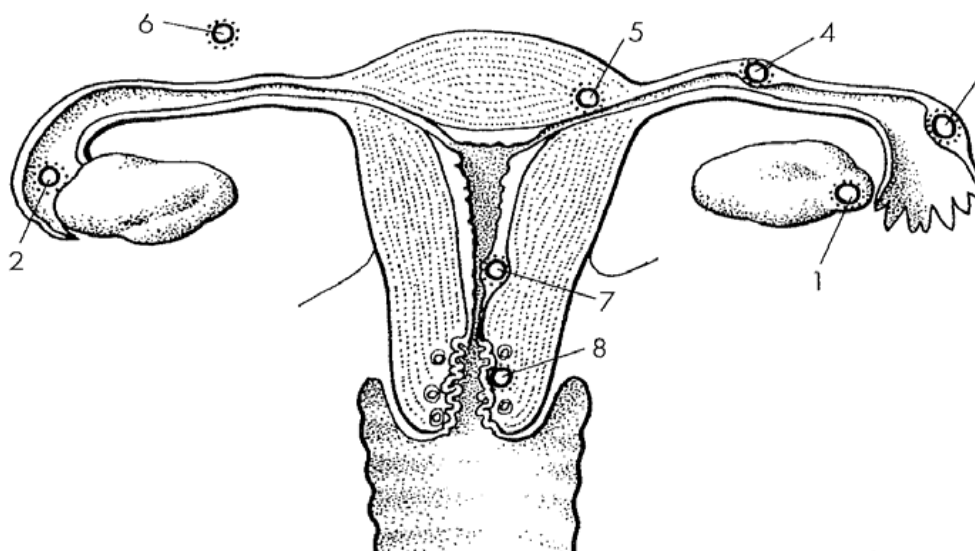
Všechny statistiky tak dokazují, že vzhledem na vývojovost potratů došlo k

jejich snížení, počet ektopických těhotenství však zůstává stejný. Co ovšem stojí za zmínku i za ocenění je fakt, že mimoděložní těhotenství jsou stále více odhalována v brzkém stádiu a jejich odstranění je tak mnohem snazší. Fatální následky neodhaleného mimoděložního těhotenství se od dob, kdy pomáhaly rodit porodní báby, rozhodně zmenšily, což je trend, který by stál za velké ocenění. Přílohy č. 3 - 6. (<http://www.uzis.cz>)

3.4. Patofyziologie mimoděložního těhotenství

Oplozené vajíčko niduje mimo děložní dutinu. Podle toho, kde se blastocysta uhnízdí, rozeznáváme různé formy ektopické gravidity.

Nejčastěji dochází k ektopickému umístění v tubě (95,3 %), a to hlavně v ampulle (97,6 %), pak v istmické oblasti (12,3 %), v 6,2 % v oblasti fimbrií a v 1,98 % v intersticiální části. Mimo vejcovod umístěná ektopická gravidita se vyskytuje vzácně, podíl asi 1,4 % zahrnuje gravidita abdominální, 3 % gravidita ovariální a cervikální těhotenství pouze v 0,15 %.



Obr. 3.1 Ektopická nidace plodového vejce (podle Kerna)

- 1) ovariální 2) infundibulární 3) ampulární 4) istmická 5) intersticiální
6) abdominální 7) dolní děložní segment 8) cervikální

Vejcovodové těhotenství: (graviditas tubaria) příčinou bývají prodělané záněty adnex, hypoplazie vejcovodu, jeho vrozené zúžení, vyvolané tlakem nebo

strangulací, popřípadě příliš dlouhé vejcovody. Vajíčko má nidační schopnost dříve, než se dostane do děložní dutiny. To se většinou usídí v ampulární části, méně často v části istmické nebo intramurální. V tubách nemá vhodné podmínky pro svůj vývoj, a proto odumírá a vstřebává se dřív nebo je vypuzeno z ampulární části do dutiny břišní – tubární potrat. Klinicky bývá patrné mírné krvácení a pomalu se rozvíjející hemoperitoneum.

Břišní těhotenství: (graviditas abdominalis) nazýváme, když se plodové vejce usídí na parietálním nebo viscerálním peritoneu, na mezenteriu, omentu apod. abdominální těhotenství nevzniká obvykle sekundárně z tubárního potratu, neboť již jednou implantované vejce se podruhé neimplantuje. Při břišním těhotenství plod většinou umírá nebo podléhá regresivním změnám, mumifikaci. Někdy se do plodu mohou ukládat vápenné soli a vzniká tak kamenný plod (lithopaedion).

Vaječnickové těhotenství: (graviditas ovarica) vzniká, když se oplozené vajíčko usídí buď ve folikulu (g. ovarica follicularis) nebo na povrchu ovaria (g. ovarica superficialis). Někdy může plodové vejce uváznout na dlouhé fimrii. Vaječník neposkytuje dostatek výživy pro vývoj, a proto zárodek brzy odumírá. Pouzdro plodového vejce se trhá a krvácí do břišní dutiny.

Těhotenství v hrdle děložním: (graviditas cervikalis) je vzácné, kdy oplozené plodové vejce se usadí do cervikální sliznice, nezasahuje do děložní dutiny a tím vznikají špatné podmínky pro růst. Klinicky probíhá jako potrat se závažným krvácením. (CITTERBART, 2007)

3.5. Symptomatologie mimoděložního těhotenství

Příznaky se odvíjejí podle druhu lokalizace a stádia patologického procesu. Rostoucí neporušené mimoděložní těhotenství ženy přivádí k lékaři s tupým pobolíváním v podbříšku a vynecháním termínu poslední menstruace s následným špiněním či krvácením. Bolesti silného, ostrého charakteru, peritoneální dráždění a pocity slabosti až kardiopulmonální dekompenzace signalizují hemoperitoneum s rozvojem hemoragického šoku. Ženy jsou hemodynamicky nestabilní a jejich stav vyžaduje akutní operační zásah. (CITTERBART, 2007)

3.6. Diagnostika mimoděložního těhotenství

Klíčovým úkolem je správné stanovení diagnózy. K objasnění obtíží nám poslouží podrobná anamnéza, klinické vyšetření, laboratorní a zobrazovací metody.

3.6.1. Anamnéza

U shromažďování informací se zaměřujeme především na gynekologickou anamnézu. Zjišťujeme abnormality v menstruačním cyklu ženy. Ptáme se na datum poslední menstruace, její interval, předchozí těhotenství, operace, potraty, antikoncepce, záněty či jiné gynekologické onemocnění. Další otázky z rodinné, alergické, medikamentózní, sociální a pracovní anamnézy klademe podle aktuálního stavu pacientky. Nedílnou součástí jsou cílené otázky zaměřené na celkový stav, bolest dutiny břišní, pánve, jejich charakter, intenzitu a šíření. (ČEPICKÝ A KURZOVÁ, 2003)

3.6.2. Klinické vyšetření

Klinické vyšetření nás upozorňuje jen na určité příznaky, jelikož mnohé z nich mohou probíhat skrytě. Při gynekologickém vyšetření v zrcadlech je přítomen krvavý, hnědavý výtok a zbarvení sliznic je lividního charakteru. Vyklenutí Douglasova prostoru je přítomno při hemoperitoneu. Při palpačním vaginálním vyšetření lékař hodnotí dělohu jako měkkou, prosáklou a lehce zvětšenou. (ČEPICKÝ A KURZOVÁ, 2003)

3.6.3. Laboratorní metody

Z laboratorních vyšetřovacích metod je prioritní vyšetření hCG (lidský choriový gonadotropin), který nám potvrdí či vyvrátí možnost přítomného těhotenství. Stanovujeme hladinu hCG v moči a v krevním séru. Při nitroděložním těhotenství hCG stoupá nad hodnotu 15mg/ml a více, při mimoděložním těhotenství tyto hladiny zůstávají nižší. (CITTERBART, 2007)

3.6.4. Zobrazovací metody

Zcela v popředí stanovení diagnózy mimoděložního těhotenství je

ultrasonografie. Pracuje na principu vysokofrekvenčního zvukového vlnění o určité frekvenci. Pro dnešní využití se pracuje s vlnovými délkami zvuku 20kHz. Ultrazvukové vyšetření je bezpečné, nebolestivé a nevyžaduje speciální přípravu. Zobrazuje přesnou lokalizaci plodového vejce a vyvrací jeho přítomnost v děložní dutině, kde je změněná vysoká sliznice někdy i s přítomností pseudogestačního váčku. Dále ultrasonografie zobrazuje rozšířený vejcovod s náplní krve (hematosalpinx) a volnou tekutinu v Douglasově prostoru. (CITTERBART, 2007)

3.6.5. Invazivní metody

Minimální invazivní metoda tzv. kuldocentéza neboli punkce Douglasova prostoru, je prokázání krve punkční jehlou v dutině břišní. (HOLUB a kol., 2005)

Laparoskopie je invazivní vyšetřovací metoda, která umožňuje vizualizaci orgánů malé pánve, je neobyčejně cenná při diagnostice a umožňuje přechod k operačnímu řešení.

Dle zvyklostí zdravotnického zařízení je nástup k plánované laparoskopii den předem nebo, častěji, ráno v den zákroku. Laparoskopické operaci předchází předoperační příprava. Pacientka šest hodin před operací nesmí jíst, pít a kouřit. Bezprostředně před výkonem musí pacientka sundat všechny šperky, vyjmout si kontaktní čočky, zubní náhrady, musí být nenalíčené a s odlakovanými nehty.

Operační výkon se provádí za sterilních podmínek na operačním sále v celkové narkóze, aby byly uvolněny všechny svaly. Délka operačního výkonu závisí na obtížnosti prováděného léčebného zásahu, běžně se ale pohybuje mezi 30 a 60 minutami. Břicho a podbříšek se odezinfikuje a operátor zavede do dutiny břišní speciální optiku, která snímá operační pole. Operátor může provést operační zákrok a dobře se orientovat. V případě potřeby se provádějí další pomocné vpichy, jimiž se zavádějí ostatní speciální laparoskopické nástroje. Vpichy jsou velké maximálně 0,5 – 1cm, dle používaných laparoskopických nástrojů. Po zhodnocení příslušné oblasti nebo po provedení léčebného zákroku v dutině břišní se odsaje plyn, jsou odstraněny trokary a řezy jsou zašity.

Bezprostředně po operačním výkonu je sledovaný celkový stav pacientky

a doporučuje se dvě hodiny nepít a nejíst.

Laparoskopie pro pacientku přináší minimální operační zátěž avšak zvýšené riziko poranění okolních orgánů (močovodu, močového měchýře, tlustého střeva). Těsně po výkonu se mohou objevit tlaky a bolestivost klíčních kostí, které jsou způsobeny zbytky plynu. Nevhodná je při silném krvácení do dutiny břišní, zánětech a adhezích v dutině břišní. (HOLUB a kol., 2005)

3.7. Terapie mimoděložního těhotenství

Mimoděložní těhotenství se musí vždy ukončit, i když nejeví žádné patologické známky. U pacientek hemodynamicky stabilních z počátku volíme vyčkávací postup, který spočívá ve sledování hladin hCG pod současnou ultrazvukovou kontrolou. Podle výsledků se zvolí konzervativní nebo chirurgický postup. Příloha č. 7.

Konzervativní postup zvolíme, jedná-li se o časně těhotenství. Do vejcovodu lze aplikovat léčivé látky (metotrexát, prostaglandiny, hypertonické roztoky), které způsobí odumření plodového vejce a jeho vstřebání. Léky se aplikují při laparoskopii nebo pod ultrazvukovou kontrolou. Příloha č. 8.

K minimálním invazivním laparoskopickým metodám se uchylujeme, pokud ženy nejsou v akutním ohrožení života. Jestliže je vejcovod již značně devastován nebo došlo-li k jeho ruptuře, uchylujeme se k salpingektomii. V případě stavů s velkou krevní ztrátou a kde je laparoskopie kontraindikována, se obracíme k invazivní laparotomii. (HOLUB a kol., 2005)

Laparotomie je otevření dutiny břišní z kožního řezu od pupku ke sponě stydké nebo příčně nad sponou. Výhodou laparotomie je přehlednější operační oblast pro operujícího lékaře a tedy možnost rozsáhlejších výkonů. Definitivní rozsah operačního výkonu na nemocných orgánech může být stanoven až během operace. Nevýhodou laparotomie je větší rozsah výkonu a z toho plynoucí delší doba rekonvalescence. Léčebný postup je vždy velmi individuální a odvíjí se podle věku, fertility a celkového stavu ženy. (HOLUB a kol., 2005; PAFKO, 2005)

3.8. Prognóza

Prognóza na další nekomplikované otěhotnění není zcela příznivá. Z údajů v literatuře třetina pacientek po ektopické graviditě neotěhotní. Ze zbývajících 70%, které přijdou znovu do jiného stavu, se u 12% objeví opakovaně ektopická gravidita a u 15-20% se vyskytne spontánní potrat. Současnou snahou je zachytit ektopickou graviditu co nejdříve, aby se podařilo v léčbě pokračovat co nejkonzervativněji. Péče o tyto nemocné je výhradně nemocniční. (ČEPICKÝ A KURZOVÁ, 2003)

4. Charakteristika lidských potřeb

Potřeba je projevem nedostatku nebo nadbytku s charakteristickou dynamickou silou a napětím. Představitel humanistické psychologie A. H. Maslow (1908-1970) vypracoval originální teorii, v které rozdělil potřeby a s nimi korelující motivy jednání na nedostatkové (deficitní) a růstové (rozvojové). Nedostatkové se hlásí tehdy, jestliže organismus postrádá něco co je podmínkou k přežití a životu. Jsou-li tyto potřeby uspokojené, hlásí se potřeby růstové a kvalitativně vyšší. A. H. Maslow je uspořádal do pyramidy o více patrech.

Základna pyramidy je tvořena potřebami, které umožňují přežití člověku jako jedinci (dýchání, hydratace, výživa, vyprazdňování moči a stolice, spánek, teplo, hygiena, tělesná aktivita a absence bolesti). Následuje skupina potřeb, jež nabývají na významu a zahrnujeme je pod společným názvem bezpečí a jistota. Třetí oblast potřeb volně navazuje na předchozí. Jsou to potřeby převážně sociální. Patří mezi ně nutnost někam a k někomu náležet. Dále potřeby z oblasti rodičovství a sexuality. Další místo v pyramidě zaujímají potřeby vázaný na „já“ člověka. Oblast zahrnující sebepojetí, sebeúctu, uznání, sebeprosazení. Má-li jedinec veškeré předchozí potřeby uspokojeny, nastupují pak potřeby rozvíjející osobnost tzv. seberealizační. Lidská bytost usiluje o to, aby se stala takovou, jakou se stát může.

Vedle uvedených hierarchicky uspořádaných potřeb působí potřeby vývojové jako je například zvědavost. Vývojové potřeby jsou určité pro určitou vývojovou věkovou fázi.

Zdravotní újma mění potřeby a psychiku lidí. Čím více jsou ohroženy nejzákladnější životní potřeby, tím lze očekávat větší regresy. Kvalifikovaná sestra se musí umět rychle orientovat, vyhledávat a uspokojovat potřeby nemocného člověka.

Uspokojování potřeb ovlivňuje kulturní a sociální struktura. Sestra by měla respektovat a vytvořit podmínky, aby si všichni lidé byli rovni a přistupovat k nim individuálně. Každý člověk má právo chovat se podle svých zvyklostí. Snažíme se zachovat důstojnost a respekt. Úkolem sestry je pečovat, pomáhat, podporovat, chápat a edukovat, nikoliv soudit.

Všichni lidé mají společné potřeby, ale tyto potřeby jsou uspokojovány různými způsoby a žádné z nich si nejsou podobné. Proces uspokojování potřeb je

velmi dynamický a odvíjí se od aktuálního stavu jedince. Objeví-li se dlouhodobá překážka (onemocnění) v uspokojení potřeby, vzniká u člověka frustrace. (TRACHTOVÁ, 2004)

5. Psychologická problematika žen s dg. mimoděložní těhotenství

Těhotenství a porod jsou velmi významnou vývojovou krizí v životě ženy. Změny probíhají v oblasti somatické, fyziologické, endokrinní, psychické a sociální. V době těhotenství se žena vyrovnává s velkým množstvím zásadních životních změn. Vývoj psychických změn a reakcí ženy v době těhotenství je z velké části podmíněno osobností těhotné, věkem a zralostí osobnosti, postojem k těhotenství, připraveností na novou roli matky, na jejím sociálním zázemí a momentálním životním prostředí apod.

Psychologicky nepříznivě je těhotná žena ovlivněna, pokud předchází těhotenství skončilo potratem (spontánním, ale především ukončeným z genetické indikace) nebo porodem mrtvého plodu. Žena může být úzkostnější, je pod větším psychickým tlakem i z důvodu většího sledování těhotenství jako rizikového.

Ošetřující sestra musí být velmi citlivá, být schopna opakovaně naslouchat obavám takových žen, zjišťovat falešné představy a opatrně je oslabovat. Svým chováním a jednáním usiluje o redukci nežádoucí psychické zátěže a pomáhá stabilizovat narušenou psychickou nebo somatickou činnost. Rozhodující je vytvoření přátelského klimatu a příjemné atmosféry důvěry, která napomáhá vytvoření dostatečně silného pozitivně laděného vztahu. K tomu ošetřující sestra používá především psychologických prostředků:

- otevřená komunikace
- empatie, podpora
- akceptace klientky
- profesionalita v práci (vědomosti, dovednosti)
- individuální přístup
- respekt, úcta, ocenění
- nedirektivní přístup, který ponechává odpovědnost za rozhodování těhotné
- rovnocenné partnerství s klientkou a spolupráce
- autenticita projevu, opravdovost

- úprava prostředí.

Opora ze strany zdravotníků je důležitou součástí profesionální péče.

Významnou roli v období těhotenství ženy představuje její partner a rodina. Žena v období těhotenství většinou očekává více zájmu, pozornosti, uznání a ocenění. Na roli partnera těhotné ženy jsou kladeny vysoké nároky. Na jedné straně má být oporou a poskytovatelem bezpečí, existenční jistoty, pomoci a ochrany, osobou pevnou a stabilní. Na druhé straně těhotná očekává od partnera roli citlivého, něžného a chápavého přítele, který ji bude hladit a bude s ní komunikovat.

Úkolem ošetřující sestry je podporovat komunikaci v páru a umožnit jim sdílet jejich prožitky a emoce, aby pár vyšel z tohoto období posílen.

(ZACHAROVÁ a kol., 2007)

B. Empirická část

6. Zpracování výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí u pacientek s diagnózou mimoděložního těhotenství pomocí strukturovaného rozhovoru.

6.1. Průběh výzkumu

Výzkumné šetření bylo prováděno v termínu listopad 2010 - květen 2011. Po schválení podaných žádostí zdravotnickými zařízeními.

Rozhovory byly provedeny podle předem definovaného schématu. Jedná se o tzv. strukturovaný (standardizovaný rozhovor). Při tomto rozhovoru je obsah otázek a jejich posloupnost předem připravena. Ve výzkumném šetření byla využita forma dotazování založená na přímé komunikaci tazatele s respondentkou tzv. tváří v tvář. Název této metody pochází z anglického překladu face to face. Výhodou této formy je přímý kontakt tazatele a repondentky, což umožňuje získat nejen více informací, ale i bezprostřední reakce na danou otázku. (BÁRTLOVÁ a kol., 2008)

Získané informace z provedených rozhovorů byly doplněny informacemi od ošetrujícího personálu a daty ze zdravotnické dokumentace.

6.2. Metodika práce

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno technikou sběru dat pomocí strukturovaného rozhovoru. Výzkumným souborem byl ošetrující personál a pacientky s diagnózou mimoděložního těhotenství. Rozhovory probíhaly osobně v přímém kontaktu na gynekologicko-porodnickém oddělení příslušné nemocnice.

Strukturovaný rozhovor obsahoval celkem 27 otázek zaměřených na spokojenost s hospitalizací. Otázky byly specificky stanovené pro ženy s diagnózou mimoděložní těhotenství.

První čtyři otázky byly zaměřeny na příjem, délku a počet absolvovaných

hospitalizací na gynekologickém oddělení. Otázky č. 5 a 6 nás informovaly o přístupu seznámení respondentek s právy pacientů a s denním režimem. Otázky pod číslem: 7, 8, 9, 10 a 23 zjišťovaly spokojenost respondentek s přístupem ošetřujícího personálu, jejich dosažitelností a způsobu podání informací o výkonu, postupu léčby, eventuálních komplikacích, předoperační, pooperační péči a o režimu po propuštění do domácí péče. Pod číslem otázek 11 a 16 se promítla spokojenost respondentek se sociálním zařízením a poskytováním služeb na oddělení. Vyhovující množství, kvalita stravy a pitný režim byly zaznamenány pod číslem 12 a 13. Možnost přístupu návštěv na oddělení a jejich časový harmonogram zjišťovaly otázky č. 14 a 15. Otázky č. 17, 18 a 19 byly zaměřeny na zjištění pocitu bezpečí a možnosti psychologické odborné pomoci. Spokojenost respondentek s prodělaným zákrokem a pocitem soukromí a intimity za dobu hospitalizace nám bylo zodpovězeno otázkami č. 20 a 21. Pod číslem 22 a 23 byly promítnuty všechny zdravotní problémy, bolest a její medikace, dále pak nedostatky a další připomínky byly zmíněny v otázkách č. 24 a 26.

Závěrečná otázka č. 27 byla věnována celkové spokojenosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí při hospitalizaci na gynekologickém oddělení.

Data z rozhovoru byla částečně doplněna i pozorováním z mé strany. Veškeré zaznamenané písemné rozhovory byly anonymní.

6.3. Výzkumné otázky

1. Na základě čeho jste se rozhodla pro tuto nemocnici?
2. Dnes je kolikátý den Vaší hospitalizace?
3. Kolik hospitalizací jste doposud absolvovala v této nemocnici?
4. Představil se Vám v nemocnici ošetřující personál?
5. Byla jste při příjmu seznámena s právy pacientů?
6. Byla jste seznámena s denním režimem (doba ranního buzení, čas podávání stravy, aj.) na oddělení?
7. Byla jste lékařem dostatečně a srozumitelně informována o výkonu, postupu léčby

a eventuálních možných komplikací?

8. Informovaly Vás sestry o předoperační přípravě a pooperační péči.
9. Jaký byl přístup ošetřujícího personálu. Byl ošetřující personám vstřícný?
10. Byla po Vašem přivolání reakce ošetřujícího personálu dostatečně rychlá?
11. Jak hodnotíte sociální zabezpečení na oddělení (sprchy, toalety, pohodlí, čistota).
12. Spokojila jste se s množstvím a kvalitou stravy?
13. Vyhovoval Vám pitný režim?
14. Byla Vám umožněna návštěva rodiny na oddělení?
15. Vyhovoval Vám časový harmonogram návštěv?
16. Byla jste spokojena se službami na oddělení jako je možnost sledovat TV, telefonovat, zakoupit si kávu?
17. Při Vaší hospitalizaci pociťujete pocit bezpečí?
18. Byla Vám nabídnuta odborná péče psychologa či jiného odborníka?
19. Měla jste zájem o tuto psychologickou pomoc?
20. Jak se cítíte po provedeném zákroku?
21. Bylo Vám zabezpečeno v době hospitalizace dostatek soukromí a intimity?
22. Pociťovala jste za dobu hospitalizace bolest či jiné zdravotní problémy?
23. Byly Vám podány léky na bolest, když jste si zažádala?
24. Pociťovala jste po dobu hospitalizace nějaké nedostatky?
25. Poučili Vás zdravotníci před propuštěním z nemocnice, jak máte dále užívat léky a pečovat o sebe?
26. Máte nějaké další připomínky k ošetrovatelské péči, o kterých jsem se nezmínila, a chtěla byste je nyní sdělit?
27. Byla jste celkově spokojená s hospitalizací a péčí o Vás?

6.4. Charakteristika souboru

Cílovou skupinu tvořilo pět cíleně vybraných pacientek z jednotky intenzivní péče a standardního oddělení s diagnózou mimoděložní těhotenství, které byly hospitalizované v období od prosince do května. Rozhovory s hospitalizovanými respondentkami byly prováděny v cíleně vybraných nemocnicích v Praze před jejich propuštěním do domácí péče. Zdravotnická zařízení jsem zvolila na základě svých zkušeností a doporučení z praxe. Pojednává se o zdravotnické zařízení Fakultní nemocnici v Motole a zdravotnické zařízení Fakultní Thomayerovu nemocnici s poliklinikou. Se souhlasem respondentek byl rozhovor v písemné formě zaznamenán.

6.4.1. Charakteristika zkoumaných nemocničních zařízení

6.4.1.1. Zdravotnické zařízení č. 1. Fakultní nemocnice v Motole

Poskytuje základní, specializovanou a super specializovanou zdravotní péči a služby v lékařských oborech, formou ambulantní a lůžkové péče pro děti, dospělé a seniory

- je největší zdravotnické zařízení v ČR
- stavebně ji tvoří dva propojené monobloky a několik samostatných pavilonů - má 2 410 lůžek
- ambulantně ošetří více jak 860 tisíc pacientů ročně
- na lůžku ošetří přes 70 tisíc pacientů ročně
- má přes 5000 zaměstnanců

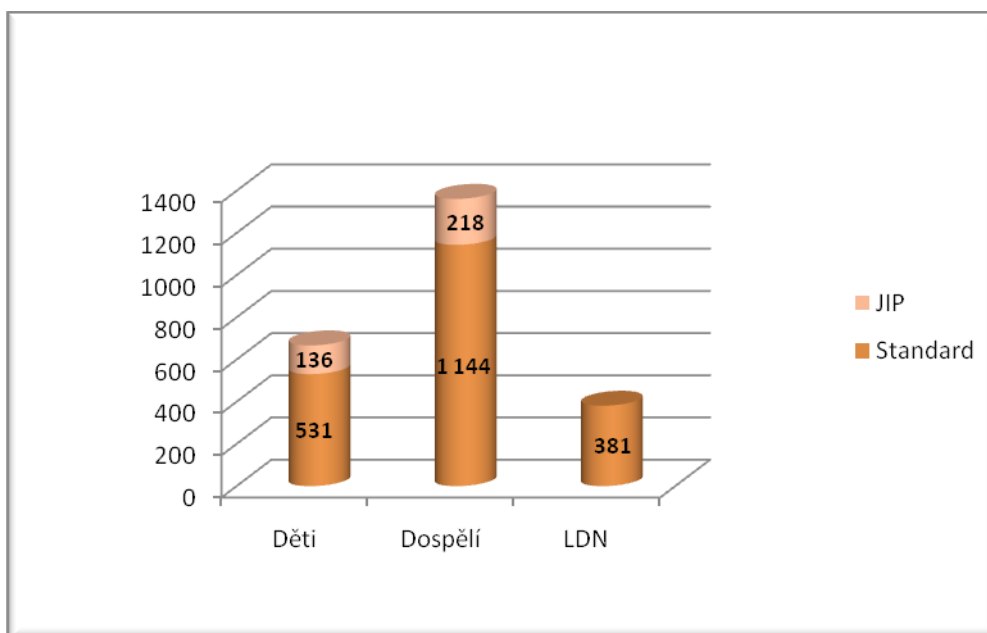
Tab. 6.1. Základní údaje za rok 2010 ve zdravotnickém zařízení č. 1.

Počet hospitalizací	73 411
Počet ambulantních ošetření	722 794
Počet anesteziologických výkonů	38 253
Počet porodů	3 461

Tab. 6.2. Kapacita lůžek ve zdravotnickém zařízení č. 1.

Lůžka	Standard	JIP	Celkem
Děti	531	136	667
Dospělí	1 144	218	1 362
LDN	381	-	381
Celkem	2 056	354	2 410

Gr. 6.3. Kapacita standardních lůžek a lůžek jednotek intenzivní péče ve zdravotnickém zařízení č. 1.



Gynekologicko-porodnická klinika poskytuje komplexní péči v oboru gynekologie a porodnictví. Zaměřuje se především na subspecializace. Klinika má k dispozici tři gynekologické operační sály.

V gynekologické části kliniky je prioritou subspecializace onkogynekologie. Samostatné onkogynekologické oddělení poskytuje komplexní péči (diagnostiku, chirurgickou léčbu, chemoterapii, dispenzarizaci) zhoubných nádorů a prekanceróz ženských reprodukčních orgánů včetně prsu. Pracoviště je největším akreditovaným onkogynekologickým centrem v ČR. Další zaměření kliniky je na IVF program v rámci akreditovaného Centra reprodukční medicíny. Urogynekologie je vybavena

špičkovým diagnostickým zařízením. Oddělení minimální invazivní chirurgie (endoskopie) řeší celé spektrum operací od výkonů v dětské gynekologii po nejobtížnější onkogynekologické operace.

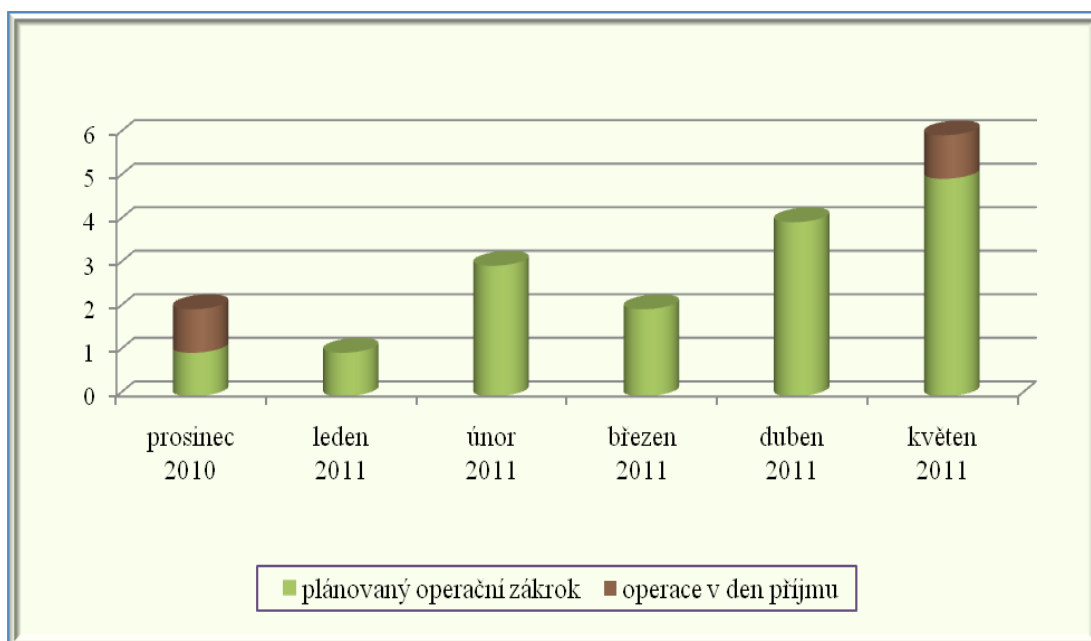
Na pooperačním oddělení jsou hospitalizovány pacientky těsně před a po operacích. Doba hospitalizace po laparoskopických operacích jsou průměrně tři dny, po operacích prsu pět dní, po operacích vaginálních pět dní, po operacích abdominálních sedm dní.

Komplexní péče o pacientky po operacích je zabezpečena na dvanácti plně vybavených lůžkách jednotky intenzivní pooperační péče.

Na konzervativním oddělení jsou hospitalizovány pacientky, které jsou většinou léčeny menšími chirurgickými zákroky, konzervativně pro záněty, hrozící potrat, ale také podezření na mimoděložní těhotenství, pacientky k přerušení těhotenství po 8. týdnu těhotenství.

Všechny pokoje jsou standardně vybaveny sociálním zařízením se sprchovými kouty, k dispozici jsou i televizory.

Gr. 6.4. Statistika počtu hospitalizovaných pacientek s dg. mimoděložní těhotenství za časový úsek od prosince 2010 do května 2011 ve zdravotnickém zařízení č. 1.



Graf znázorňuje množství operačních výkonů, které byly provedeny urgentně v den příjmu ve Fakultní nemocnici v Motole.

Celkový počet pacientek s dg. mimoděložní těhotenství, které byly odoperovány ve zdravotnickém zařízení č. 1. za období prosinec 2010 až květen 2011 bylo 18 žen.

6.4.1.2. Zdravotnické zařízení č. 2. Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Nemocnice se zaměřuje především na pediatrické obory a dále na traumatologii, onkologii a pneumologii. Současně se profiluje jako zdravotnické zařízení, které je schopno poskytnout zázemí občanům města Prahy v krizových situacích.

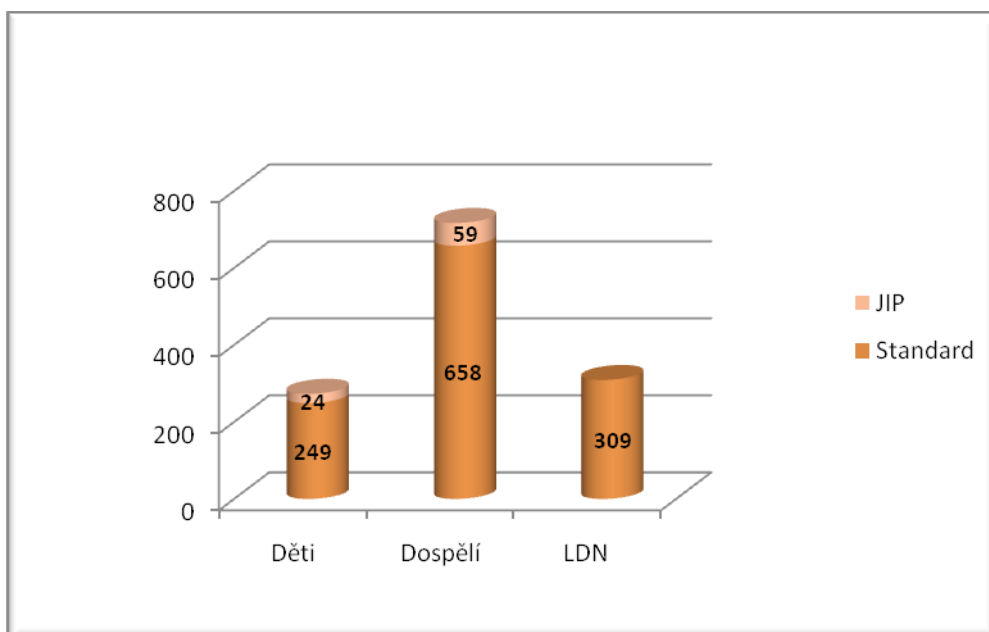
Tab. 6.5. Základní údaje za rok 2010 ve zdravotnickém zařízení č. 2.

Počet hospitalizací	40 708
Počet ambulantních ošetření	712 712
Počet anesteziologických výkonů	12 048
Počet porodů	2 491

Tab. 6.6. Kapacita lůžek ve zdravotnickém zařízení č. 2.

Lůžka	Standard	JIP	Celkem
Děti	249	24	273
Dospělí	658	59	717
LDN	309	0	309
Celkem	1 216	83	1 299

Gr. 6.7. Kapacita standardních lůžek a lůžek jednotek intenzivní péče ve zdravotnickém zařízení č. 2.

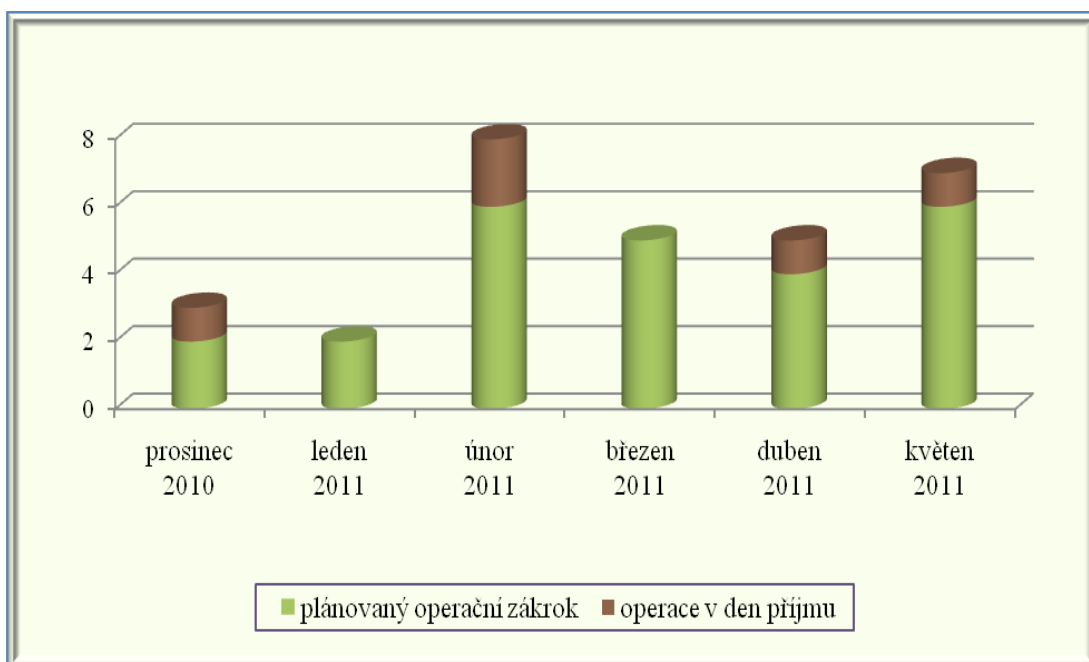


Gynekologicko-porodnické oddělení se zabývá léčbou nemocí ženského pohlavního ústrojí. Nabízí možnost operativních zákroků včetně mikroinvazivních, léčbu zánětů, endometriózy i sterility. Neprovádí IVF, ale úzce spolupracuje s lékaři, kteří se mimotělním oplodněním zabývají (PRONATAL).

Gynekologicko-lůžkové oddělení zahrnuje pooperační oddělení, které je složeno s dvou a třílůžkových pokojů a jednotky intenzivní péče. Ta má k dispozici pět polohovacích lůžek pro zajištění neodkladné péče o rodičky po císařských řezech, o ženy po gynekologických operacích, nebo akutních stavech.

Lůžka na oddělení s individuálním režimem si hradí ženy samy.

Gr. 6.8. Statistika počtu hospitalizovaných pacientek s dg. mimoděložní těhotenství za časový úsek od prosince 2010 do května 2011 ve zdravotnickém zařízení č. 2.



Graf znázorňuje množství operačních výkonů, které byly provedeny urgentně v den příjmu ve Fakultní Thomayerově nemocnici s poliklinikou.

Celkový počet pacientek s dg. mimoděložní těhotenství, které byly odoperovány ve zdravotnickém zařízení č. 2. za období prosinec 2010 až květen 2011 bylo 30 žen.

6.5. Práce zdravotní sestry na jednotce intenzivní péče

Práce zdravotní sestry na jednotce intenzivní péče je velice komplexní a o její celkový výpis se snaží tabulka v závěru této kapitoly. Pro potřeby této práce jsem zvolila rozdělení péče zdravotní sestry na péči preoperační, perioperační a pooperační.

1) Preoperační péče

Do preoperační péče patří vše, co je potřeba provést před operací, tedy od přijetí na oddělení až po doprovod na operační sál. Toto se zpravidla odehrává na

běžném oddělení, nejedná-li se o akutní případy, které ovšem po příjezdu do nemocnice směřují do několika hodin na operační sál.

Povinností sestry při příjmu pacienta na oddělení je jeho seznámení s chodem oddělení, denní rytmus a běžné potřeby (sociální zařízení, jídelna, atd.). Zde je velkým přínosem pozitivní a vřelý přístup personálu, který formuje důvěru pacienta. Důležitou součástí příjmu je pak předvedení možností přivolání zdravotnického personálu. Při příjmu se zpravidla odebírá ošetrovatelská anamnéza, jejíž nedílnou součástí by měla být dieta, předepsané léky a monitorování základních fyziologických funkcí (teplota, krevní tlak, pulz).

Před operací poučí pacienta lékař a zdravotní sestra na jeho žádost pacienta připraví. Jedná se v gynekologické oblasti především o hygienu pohlavních orgánů, včetně jejich oholení, přípravu farmakologickou a přípravu žilního přístupu. Jelikož se zde bavíme o gynekologicko-porodnickém oddělení, je třeba zmínit, že i zavádění močové cévky je práce zdravotní sestry.

Další péče je poskytována stejně jako na jiných odděleních.

2) Perioperační péče

Jedná se o péči, která je poskytována těsně před operací, nejčastěji tedy v den operace. Jedná se o podání speciální diety nebo o hlídání lačnění, často také o vyprázdnění střev za pomoci klyzmat či přípravků k tomu určených. Další nezbytnou péčí je podání léků či infuzí dle lékařského předpisu, kontrola krevního tlaku a teploty a odebrání všeho, co by mohlo bránit operaci (šperky, zubní náhrady, atd.). V neposlední řadě patří do povinností zdravotní sestry také doprovod na operační sál, který probíhá za všech okolností na lůžku, a předání pacienta kompetentní osobě s podáním důležitých informací.

3) Pooperační péče

Pooperační péče probíhá nejčastěji na JIP, a to i v případech, kdy operace probíhala zcela bez problémů. Na JIP jsou monitorovány životní funkce (EKG, krevní tlak, saturace kyslíkem, eventuelně plicní funkce) a jakákoliv změna, která by

mohla znamenat změnu stavu pacientky by měla být sestrou okamžitě rozpoznána a nahlášena lékaři. S ohledem na velké množství infuzí a léků podávaných nitrožilně, je třeba dbát na správnou hygienu žilních vstupů a dodržování rychlosti dávkování léků. Jelikož jsou pacienti často v komatu nebo mají po operaci zhoršenou mobilitu, měla by zde být zvýšena antidekubitální péče. Také hygiena pacientů je zde často celá v rukou sester.

I když se může zdát, že je zde péče hodně manuální, na gynekologicko-porodnické JIP je velice důležitá psychologická složka péče. Nedá se zcela přesně označit, co je její součástí, ale rozhodně je to empatie a porozumění s poskytnutím pocitu bezpečí. Psychická pohoda pacienta je pro jeho další vývoj v terapii velice důležitá.

Tab. 6.9. Práce zdravotní sestry na jednotce intenzivní péče

VÝŽIVA	enterální, parenterální, doplňková
HYGIENA	zajištění hygieny k plnému komfortu pacienta
	prevence dekubitů, péče o již vzniklé dekubity
SLEDOVÁNÍ FYZIOLOGICKÝCH FUNKCÍ	sledování tělesné teploty
	sledování krevního tlaku, tepu
	sledování dechu
	jiné monitorovací přístroje
ZAJIŠTĚNÍ VYPRAZDŇOVÁNÍ	podpora fyziologického vyprazdňování
	péče o stomie a vývody
	podpory při inkontinenci
ZAJIŠTĚNÍ POHOHY	terapie bolesti
	zajištění vhodného prostředí
	psychická podpora
APLIKACE LÉKŮ	dle ordinace lékaře
PÉČE CHIRURGICKÁ	péče předoperační
	péče pooperační
	péče o rány, drény

PSYCHOLOGICKÁ PODPORA	vytvoření vhodného a příjemného prostředí
	minimální psychologická intervence
	empatie, vyslechnutí, aj.

7. Výsledky výzkumu

Rozhovor respondentky č. 1

Paní X narozena roku 1976. Pracovní anamnéza: je zaměstnaná v manažerské firmě jako sekretářka. Pracovní režim je stresující, jelikož je nepravidelný a psychicky náročný, což se odráží na jejím zdravotním stavu. Sociální anamnéza: návrat do klidného domova, kde žije společně s manželem a s dcerou jí přináší celkovou úlevu. V rodinné anamnéze neudává respondentka žádná závažná onemocnění. Osobní anamnéza: prodělala běžné dětské nemoci. Gynekologická anamnéza: menstruuje od 14 let. Cyklus je pravidelný po 28 dnech, čtyři dny krvácí silně a tři dny lehce špiní. Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně. Stěžuje si na časté gynekologické záněty, které jsou léčeny antibiotiky. Porod dcery byl přirozenou cestou bez komplikací. Druhé těhotenství paní X bylo chtěné. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala. Měla zavedené IUD a jeho extrakce byla 10/2010.

Nyní je hospitalizovaná čtvrtým dnem po provedeném laparoskopickém zákroku na gynekologicko-porodnické klinice pro suspektní mimoděložní těhotenství.

Po představení a uvedení problematiky mého výzkumu jsem dostala její svolení k zahájení strukturovaného rozhovoru. Rozhovor s pacientkou proběhl v příjemné atmosféře. Odpovídala stručně a bez zaváhání.

Sdělila mi, že do nemocnice se dostavila na doporučení svého praktického gynekologického lékaře. Jednalo se o její první pobyt v této nemocnici, a proto byla značně při příjmu nervózní. Sestra, která jí přijímala se představila a zavedla ji na pokoj, kde jí ukázala její lůžko a nechala ji několik minut o samotě, aby si na pokoji uspořádala své osobní věci. Po uplynutí této doby se sestra vrátila a informovala pacientku o denním režimu a podala jí k přečtení na tiskopise práva pacientů, které si měla sama přečíst ve volné chvíli. S organizací času, byla velmi spokojená. Poté společně se sestrou prošly oddělením a sestra jí ukázala základní místnosti pro její lepší orientaci a signalizaci na pokoji. V odpoledních hodinách se dostavil sloužící lékař, který se jí představil a informoval ji o výkonu a možných eventuálních komplikacích. Následně odkázal sestru poučit pacientku o předoperační a pooperační

péči, z důvodu uklidnění a včasné přípravy. Respondentka s informovaností od lékaře i ošetřujících sester byla spokojená.

Po vyslechnutí informací měla pacientka čas na odpočinek a sprchu. Sociální zařízení však nebylo zcela podle její představy, tak se spokojila s krátkou sprchou se slovy, že spokojená není a těší se na domácí prostředí.

Množství stavy bylo pro pacientku vyhovující, ale preferovala by stravu více orientovanou na tmavé celozrnné pečivo. Tento nedostatek vyřešil její manžel, který jí při své návštěvě přinesl oblíbené potraviny. S pitným režimem byla spokojena. V odpoledních hodinách proběhla návštěva rodiny a zpříjemnila tím pacientce čas trávený na lůžku. Návštěvy byly vždy předem oznámeny sloužícím sestrami na oddělení. Ostatní služby v nemocnici využívala paní X jen zřídka.

Po provedeném zákroku se cítila lépe, ale pociťovala mírnou bolest (VAS 1). K prvnímu vstávání z lůžka si přivolala signální pomoc sestry, která přišla ihned. S rychlým přístupem a vstřícností sester byla velmi spokojena. Na bolesti dostávala léky, s kterými byla spokojena. Vyšší dávku léku nevyžadovala. Nezažádala si ani o psychologickou pomoc, jelikož nevěděla, že má možnost mluvit s klinickým psychologem. Její oporou byl vždy její manžel a o psychologickou pomoc by i za předpokladu, že by byla informována o její možnosti nepožádala.

Po přijetí další pacientky na pokoj pociťovala méně soukromí, ale neviděla v tom žádný problém. Zlepšení by uvítala především v pestřejší stravě a omezení hluku na oddělení v nočních hodinách, který byl zapříčiněn nejen ošetřujícím personálem, ale i samotnými pacientkami.

V době propuštění obdržela veškeré informace o následné péči a bylo jí doporučeno kontaktování a domluvení následné kontroly u svého gynekologického lékaře. Sdělila mi, že lékařka, která ji informovala, byla velmi vstřícná a ochotná. S jejím přístupem byla velmi spokojena.

Paní X byla celkově velmi spokojená s přístupem zdravotního personálu jak ze strany ošetřujících sester tak i lékařů. Žádné další připomínky k ošetrovatelské péči neměla.

Rozhovor respondentky č. 2

Paní Y narozena 1978. Pracovní anamnéza: je zaměstnaná jako poštovní doručovatelka. Sociální anamnéza: je rozvedená. Nyní žije se svým přítelem, s kterým má druhého syna. Rodinu však tvoří i syn z předchozího manželství. Děti spolu dobře vychází a rodina žije v harmonickém stavu. V rodinné anamnéze neudává respondentka žádná závažná onemocnění. Osobní anamnéza: v dětství byla hospitalizována na chirurgickém oddělení pro frakturu lýtkové kosti na pravé dolní končetině. Má však i zkušenosti s hospitalizací na gynekologicko – porodnickém oddělení v této nemocnici, kde porodila dva syny. Hospitalizaci považovala jako nutnou z důvodu zlepšení svého zdravotního stavu. Gynekologická anamnéza: menstruuje od 13 let. Cyklus je pravidelný po 28 dnech. Menstruační krvácení je střední intenzity a trvá šest dní. Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně. Prodělala dva porody přirozenou cestou. Nynější těhotenství paní Z bylo chtěné. Hormonální antikoncepci užívala od svých 16 let do 18 let. Nyní antikoncepci neužívá. Nitroděložní tělísko neměla nikdy zavedené.

Nyní je hospitalizovaná třetím dnem po laparoskopickém výkonu na gynekologicko-porodnické klinice s diagnózou mimoděložní těhotenství. K hospitalizaci byla odeslána svým praktickým gynekologickým lékařem.

Při příjmu se jí představila sestra, která ji přijímala na oddělení a požádala o chvíli strpení, než dokončí předchozí příjem pacientky a bude se jí moci věnovat. Ošetřující sestra jí seznámila s právy pacientů i s chodem oddělení. Potom následovalo poučení o tom, kde je sociální zařízení, kuchyňka a hlavně sesterský pokoj kam si mohla dojít pro jakoukoliv pomoc. Zároveň jí bylo vysvětleno, jak se používá signalizační zařízení. Pacientka pocítovala, že sestry jsou pracovně zatíženy a její příjem proběhl v rychlosti. Následně dorazil lékař, který ji informoval o výkonu, postupu léčby a možných eventuálních komplikacích. Paní Y byla spokojena s poskytnutím informací a pochvalovala si i přístup lékaře, který oproti sestřám měl více času na vysvětlování a její otázky. Informovanost sester o předoperační a pooperační péči byla pro respondentku dostačující, avšak s jejich přístupem byla spokojena méně z důvodu časové vytíženosti sester.

Otázku týkající se sociálního zabezpečení hodnotila jako dostačující nemocničnímu prostředí. Byla spokojena se sociálním zařízením i s celkovou

čistotou oddělení. Ohledně stravy a pitného režimu neměla žádné připomínky.

Rodina ji navštívila pouze jednou v odpoledních hodinách, když přítel skončil v práci. Čas trávila především čtením knihy, kterou si přinesla z domova a sledováním televize, kterou měla možnost využívat. Jiné služby na oddělení nevyužila. Služby byly pro paní Y dostačující. Pocit bezpečí měla po celou dobu hospitalizace.

O psychologické péči na oddělení neměla tušení, nikdo ji o této možnosti neinformoval. Zda by ji však využila si nebyla jistá.

Po zákroku následující den se cítila o mnoho lépe. Nejen, že pociťovala velmi slabou pooperační bolest (VAS 1), ale i ošetřující sestry měly na ní více času. Léky, které ji tlumily bolest byly dostačující. Být na pokoji s cizími ženami znamenalo pro pacientku ztrátu soukromí, ale snažila se s touto skutečností vyrovnat.

Za nedostatečný považovala respondentka především čas sester. Tento nedostatek pociťovala zejména v první den hospitalizace. Uvedla, že kvalita péče o ní samotnou však časem sester nebyla narušena.

Informace o propuštění a následné péči pro pacientku byly dostačující a byla s těmito informacemi spokojena.

Celkově byla s hospitalizací spokojena méně v porovnání s předchozími zkušenostmi. Jelikož pociťovala ze strany sester menší zájem o svoji osobu, hodnotí celkovou péči za uspokojující.

Rozhovor respondentky č. 3

Paní Z narozena roku 1977. Sociální anamnéza: pacientka je evidována na úřadě práce. Žije s přítelem. Pochází ze slabších sociální vrstvy. Rodiče nezná, jelikož byla vychovávána v dětském domově. Osobní anamnéza: prodělala dětské běžné nemoci. V současné době je její stav vážný z důvodu užívání drog. Je narkomanka a užívá Pervitin 400mg za týden po dobu pěti let. Aplikace i. v. Nyní tvrdí, že nic nebere. Kouří deset cigaret denně a alkohol pije příležitostně. Gynekologická anamnéza: menstruuje od 13 let. Menstruační cyklus se opakuje po 28 dnech, je bolestivý, silné intenzity a trvá pět dní. Na gynekologické prohlídky chodí nepravidelně. Má za sebou celkem tři porody s.c. po třetí s.c. porodu byla provedena sterilizace podvázáním vaječníků. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala. Hospitalizována byla na gynekologickém oddělení třikrát při porodu svých dětí. Nyní se jedná o její čtvrtou hospitalizaci. O nynějším těhotenství paní Z nevěděla. Sděluje mi, že ho neplánovala a ani by nechtěla další dítě.

Pacientka prošla přes urgentní příjem v nemocnici a byla odeslána na gynekologickou ambulanci na příjem. Nyní je hospitalizovaná čtvrtým dnem po laparotomii na gynekologicko-porodnické klinice s diagnózou mimoděložní těhotenství.

Po představení a uvedení problematiky mého výzkumu jsem dostala její svolení k zahájení strukturovaného rozhovoru. Rozhovor s pacientkou byl vzhledem k jejímu stavu časově náročný.

Paní Z byla velmi spokojena s ošetřující sestrou, která jí přijímala. Po představení a sepsání anamnézy jí zavedla na pokoj, kde jí sestra přečetla práva pacientů a ukázala, jak se zachází ze signalizací. Pacientka sama přiznala, že má problémy s koncentrací a proto velmi ráda uvítala, že jí sestra vše důkladně vysvětlila a informaci o denním režimu si nechala zopakovat. Chtěla by však připomenout, že nejenom přijímající sestra byla velmi vstřícná a obětavá, ale i ostatní sloužící sestry a lékaři, kteří o ni pečovali v době hospitalizace.

Informace, které byly respondentce poskytnuty od lékaře ohledně jejího zdravotního stavu a postupu léčby byly pro ní dostačující. Následovaly i informace od ošetřujících sester o předoperační a pooperační péči. I s jejich interpretací

a přístupem sester byla velmi spokojena. I zde však přiznala, že si nechala veškeré informace od ošetřujících sester zopakovat, aby se utvrdila, že všemu porozuměla.

Na otázku pohotovosti sester po přivolání signalizací mi uvedla, že sestry jednaly ihned.

Sociální zařízení respondentka hodnotila kladně. Byla spokojena nejen s čistotou sprchy a toalety ale i s čistotou oddělení celkově. I poskytnutí služeb jako byla televize jí velmi těšilo a poskytovalo dostatečné pohodlí.

Strava a pitný režim pro pacientku bylo vyhovující. Neměla k množství ani její kvalitě žádné připomínky. Přiznala, že byla spokojena.

Připomínky neměla ani k harmonogramu a k možnostem. Nikdo jí za dobu hospitalizace však nenavštívil. Proto tyto otázky nehodnotila.

Kladně však hodnotila přístup odborného psychologa, který jí byl nabídnut a paní Z tuto možnost využila. Byla ráda, že má možnost si s někým o problému promluvit a domluvila se se sestrou na jednom sezení s psychologkou. Schůzka pacientce pomohla a byla spokojená, že tuto možnost využila. Neměla možnost problematiku svého zdravotního stavu sdílet s blízkou osobou, a proto jí psychologická pomoc byla velkým přínosem.

Po zákroku se respondentka cítila lépe a většinu času trávila sledováním televizních pořadů. Nepociťovala nedostatek soukromí ani intimity. S nikým se nesnažila navázat kontakt. Sama sebe hodnotila spíše jako uzavřenou osobnost a v nemocnici se cítila bezpečně.

Bolest pro pacientku byl nejzávažnější problém, jelikož léky na její tlumení pro ní nebyly dostačující (VAS 3). Zažádala si o zvýšení dávek na tlumení bolesti po zákroku. Lékař z hlediska její osobní anamnézy požadavku vyhověl. Paní Z po zvýšení dávek byla spokojena, jelikož bolest byla více tlumena. Dávky se následující dny upravovaly podle jejího aktuálního stavu.

Spokojena byla i s informacemi před propuštěním do domácí péče.

Pacientka si není vědoma nedostatků, které by se týkaly její péče o ni samotnou během hospitalizace. Chtěla by pochválit přístup personálu ke své osobě. Sama se setkala s lidmi, kteří po zjištění určitých informací o jejím stavu, změnili

k ní celkový přístup a náhled na její osobu.

V nemocnici se cítila velmi dobře a celkově byla s hospitalizací velmi spokojena.

Rozhovor respondentky č. 4

Paní A se narodila v roce 1987. Pracovní anamnéza: je zaměstnána jako textilní dělnice. Sociální anamnéza: pacientka je svobodná. Žije s přítelem v garsoniéře. Rodinná anamnéza: u prarodičů se vyskytly kardiovaskulární nemoci. Otec je zdravý, matka se léčí s onemocněním štítné žlázy. Má sestru, která je zdráva. Osobní anamnéza: prodělala běžné dětské nemoci. Hospitalizována nikdy nebyla. Kouří 3 cigarety denně. Alkohol a kávu pije jen příležitostně. Alergická anamnéza: na pyl a roztoče. Gynekologická anamnéza: menstruuje od 12 let. Menstruační cyklus je pravidelný po 29 dnech. Menstruační krvácení trvá šest dní a je slabé intenzity. Na gynekologické prohlídky dochází pravidelně. Hormonální antikoncepci přestala užívat v listopadu roku 2009. Užívala ji od svých 17let. Těhotná nikdy nebyla, a nyní se jednalo o její první těhotenství, které bylo plánované a chtěné.

Nyní je třetím dnem hospitalizována po provedené laparoskopii na gynekologicko-porodnické klinice s diagnózou mimoděložní těhotenství.

Pacientka byla odeslána svým praktickým gynekologickým lékařem k hospitalizaci. Při příjmu se jí představila sestra, která ji přijímala na oddělení. Paní A potěšilo, že věděla, kdo o ni pečuje. Sestra ji zavedla na pokoj a seznámila s právy pacientů a denním režimem. Pacientka mi sdělila, že sestra byla velmi vstřícná. Při prohlídce oddělení jí ošetřující sestra ukázala všechny místnosti, které při pobytu v nemocnici bude užívat.

Na otázku zda byla dostatečně informována lékařem o výkonu, postupu a eventuelních možných komplikací mi odpověděla, že lékař na ní působil příjemně a s interpretací poskytnutých informací byla velmi spokojena. Přiznala, že obdobně na ní působila i ošetřující sestra, která jí poskytovala informace o předoperační a pooperační péči. Celkový přístup a pohotovost ošetřujícího personálu chválila.

K sociálnímu zařízení se vyjádřila, že bylo dostačující, ale nepůsobil na ní dostatečně čistě. Při vstupu do sprchy se necítila příjemně.

Překvapivě spokojená byla s kvalitou stravy, neboť se obávala, jak slyšela z vyprávění od známých, že v nemocnici je strava nekvalitní, což nebyla podle pacientky pravda. I s pitným režimem byla velmi spokojená a stravování v nemocnici velmi chválila.

Rovněž byla umožněna paní A návštěva přítele na oddělení a i to ji příjemně překvapilo, jelikož ji tím mohl zpříjemnit čas, který pro ni ubíhal velmi pomalu.

Služby na oddělení byly pro ni dostačující a byla s nimi spokojena.

Na otázku pocitu bezpečí na oddělení, sdělila, že obavy nemá. Z jejího pohledu se personál o všechny pacientky velmi dobře staral.

O možnosti odborné pomoci psychologa v nemocnici byla informována od ošetřující sestry při sdělování informací při příjmu. O psychologickou pomoc ovšem neměla zájem. Cítila se po stránce psychiky v dobré kondici.

Po zákroku respondentka nepocítovala žádné zdravotní komplikace. Pooperační bolest hodnotí jako slabou (VAS 1) a medikaci na její snižování jako dostačující. S tlumením bolesti byla spokojena, a proto si nezažádala o zvyšování dávky.

Soukromí pacientky bylo narušeno s hlediska personálu i dalších pacientek hospitalizovaných společně s ní na pokoji. Při příjmu si zažádala o jednolůžkový nadstandardní pokoj, který však nebyl k dispozici, tím bylo narušeno její soukromí jak s hlediska personálu i dalších pacientek, které byly hospitalizovány společně s ní na pokoji.

Opět připomněla nedostatky v čistotě sociálního zařízení, jelikož se jí zdálo, že by se zde výrazně mohla zlepšit kvalita. Jiné připomínky k hospitalizaci neměla.

Informovanost o následném režimu po propuštění byly pro paní A dostačující, byla spokojena s vysvětlením lékaře, který ji o všem informoval.

Celkově s ošetřujícím personálem byla spokojena.

Rozhovor respondentky č. 5

Paní B narozena roku 1983. Sociální anamnéza: v České republice žije s manželem 4 roky a je bezdětná. Osobní anamnéza: prodělala běžné dětské nemoci. V nemocničním zařízení doposud hospitalizována nebyla. Gynekologická anamnéza: menstruuje od 13 let. Menstruační cyklus je pravidelný po 28 dnech a trvá 6 dní. Na gynekologické prohlídky dochází pravidelně. Těhotná byla jednou ve svých devatenácti letech, kdy se rozhodla o umělé přerušení těhotenství. Nynější těhotenství paní B bylo chtěné. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala.

Nyní je hospitalizovaná třetím dnem po provedené laparoskopii na gynekologicko-porodnické klinice s diagnózou mimoděložní břišní těhotenství. K hospitalizaci byla odeslána svým praktickým gynekologickým lékařem.

Rozhovor probíhal v příjemné atmosféře, byl však časově náročnější, jelikož pacientka nebyla české národnosti.

Nevzpomněla si, zda se jí při příjmu představila ošetřující sestra. Pamatovala si, že se jí věnovala a zavedla ji na pokoj, tam však musela poprosit manžela, aby jí pomohl přeložit práva pacientů. Poté jí byl vysvětlen i denní a noční harmonogram na oddělení. Následně si se sestrou prošla oddělení, aby měla přehled o všech potřebných místnostech a cítila se bezpečněji. Zároveň jí bylo vysvětleno, jak se používá signalizační zařízení. Paní B byla spokojena s přístupem ošetřujícího personálu, poněvadž se jí věnovala sestra, které měla základy anglického jazyka, a v době příjmu byl přítomen její manžel, který ji přeložil informace, kterým nerozuměla.

Informovanost o výkonu, postupu léčby a možných eventuálních komplikacích od lékaře byla pro ni srozumitelná a dostačující, jelikož lékař mluvil anglicky a i sama pacientka měla přiměřené znalosti českého jazyka, jak mi sama sdělila.

Informace od sester o předoperační a pooperační léčbě byly pro paní B také dostačující a s přístupem personálu byla velmi spokojena. Přivolání sester pomocí signalizace hodnotila tak, že se dostavily ihned.

Sociální zařízení bylo pro pacientku vyhovující a čisté. Cítila se příjemně, když se mohla osprchovat. I na pokoji se cítila pohodlně. Chválila, že ošetřující

personál měnil povlečení každé ráno, a to jí dodávalo pocit komfortu.

S množstvím a kvalitou stravy byla spokojená. K pitnému režimu podotkla, že čaj není její oblíbený nápoj, a proto si v den příjmu zakoupila minerální vody.

Pacientku navštívil za dobu hospitalizace manžel, který se při vstupu ohlásil ošetřujícím sestřám. S harmonogramem i možností návštěv manžela byla spokojena.

O služby na oddělení nejevila velký zájem, využila pouze možnost zakoupení kávy a nápojů. Televizi nesledovala z důvodu jazykové bariéry.

Na otázku pocitu bezpečí odpověděla, že se na oddělení cítila příjemně. Personál jí dodával pocit klidu a bezpečí.

O psychologické péči ji informovala ošetřující sestra, když ji seznamovala s denním režimem. Protože se cítila psychicky dobře, o tuto péči nezažádala. O všem podstatném mluvila se svým manželem, který jí byl oporou.

Po provedeném zákroku pocítila úlevu, že operace proběhla bez komplikací. Těšila se, že bude brzy propuštěna do domácí péče.

Na otázku jaké bylo soukromí a intimita v době hospitalizace si pacientka vzpomněla na cestu k operačnímu sálu, kdy se obávala narušení intimity. Byla však přikryta a zahalena příkrývkou, což ji velmi uspokojilo. Soukromí pro ni bylo dostačující.

Bolest pocítovala slabou (VAS 1), a proto si nezažádala o žádné další léky.

Není si vědoma žádných nedostatků, které by narušovaly její pobyt v nemocnici.

Informace o následném postupu léčby po propuštění do domácí péče jí sděloval lékař. Porozuměla všemu, co jí bylo sděleno.

Opět připomněla ochotu personálu, který se s ní i přes jazykové komplikace snažil komunikovat a vysvětlovat jí pomalu veškerý chod oddělení.

I když byla pacientka v nemocničním zařízení hospitalizována poprvé a neměla s ním dřívější zkušenosti, byla celkově spokojena s přístupem ošetřujícího personálu a poskytovanou péčí.

8. Diskuze

Téma, které jsem si vybrala pro diplomovou práci, se zdaleka nedotýká pouze fyzického stavu žen. Je jím ovlivňována především psychika, která může mít vliv na léčbu a návrat do běžného života. V neposlední řadě je téma mimoděložního těhotenství a povědomí o ztrátě potencionálního potomka stresující nejen pro ženu samotnou, ale i pro ostatní příbuzné, především partnera.

Z předchozího odstavce vyplývá, že ošetřování žen s mimoděložním těhotenstvím by mělo zasáhnout nejen oblast fyzickou, ale i psychickou. Navíc by se tato péče měla dotýkat nejen pacientky, ale i všech zúčastněných, neboť i oni jsou v této situaci vystaveni velkému stresu.

Součástí mé práce byl rozhovor s pacientkami zaměřený na kvalitu péče, která se jim dostává. Zahrnula jsem do toho již přijetí na oddělení a vysvětlení jeho chodu včetně ochoty přizpůsobení návykům pacientky. S touto oblastí péče byly pacientky spokojeny, jedinou výjimku ve spokojenosti tvořil případný nedostatek času, který byl jednotlivým pacientkám vyhrazen. V oblasti informovanosti o možnostech péče byly již odpovědi rozmanitější. S popisem operačních úkonů, který byl součástí lékařské intervence, byly pacientky spokojeny. Popis byl dostatečně srozumitelný a byl prostor pro případné dotazy a nesrovnalosti. Mnohem méně však byly pacientky informovány o možnosti využití dalších služeb, v našem případě především služeb psychologa. Některé pacientky byly o této možnosti informovány přímo od zdravotních sester, jiné o této možnosti měly informace z vlastních zdrojů, ale nebyly jim poskytnuty od personálu. Jedna z pacientek se o možnosti psychologické péče dozvěděla až ode mě, neboť jí podobná péče nabídnuta nebyla.

Celkově byly pacientky s úrovní léčby a péče spokojeny. Byly si vědomy velkého problému, kterým je nedostatek času způsobený nedostatkem personálu. S ohledem na relativně dobrou informovanost a spokojenost s další péčí byly ochotny tento problém chápat, ale o jeho odstranění by se přisadily. Některé z pacientek cítily mírný dyskomfort, neboť nechtěly svým zvoněním a dotazy přivolávat již tak vytížené sestry, což ovšem vedlo ke stresu i u pacientek samotných.

8.1. Doporučení pro praxi

Úkolem zdravotní sestry na gynekologickém oddělení a jeho jednotkách intenzivní péče je v první řadě perfektně zvládnutá ošetrovatelská péče v návaznosti na lékařské zákroky. Jedná se o péči o hygienu vývodů a kanyl. Samozřejmostí by měla být prevence eventuálních komplikací a tišení bolesti. V případě sester spočívá tišení bolesti v nemedikamentózní formě, k čemuž velice přispívá i celková pohoda pacientky, a také pružné informování lékaře o bolestech pacientky, který je schopen posoudit a především vydat potřebné medikamenty. Fyzické pohodlí a péče o pacientky by mělo být standardem na všech odděleních všech nemocnic. Bohužel tomu v naší republice ještě tak není, ale z reakcí respondentek je patrné, že se tato situace již výrazně změnila k lepšímu. Dosažení lepší péče o fyzické pohodlí pacientek tkví ve vzdělávání personálu a jeho následném školení, které se v posledních letech velice rozmohlo.

Druhým a rozhodně ne podřadným úkolem je péče o psychické pohodlí pacientek. Toho je dosahováno především vstřícným přístupem a dokonalým vysvětlením všech náležitostí spojených s hospitalizací. Zde je zdravotní sestra důležitým elementem, neboť s pacientkou tráví většinu jejího pobytu v nemocnici a často se stává více psychologem než pomocníkem ve fyzickém zdraví. Součástí péče o ženy (eventuelně její příbuzné) na gynekologické JIP by měla být nabídnutá pomoc psychologa. Ať je, nebo není, tato modalita v dané nemocnici dostupná, měl by se zdravotnický personál snažit o dokonalou psychickou pohodu pacientky, která je svým stavem většinou velice těžce zasažena. Psycholog je často na oddělení přítomen jen určitou dobu, ale zdravotní sestra je s pacientkou v kontaktu neustále a měla by umět rozpoznat volání pacientky o psychickou pomoc a také by ji měla umět poskytnout. Vzdělání zdravotnického personálu v tomto ohledu je velice těžké, neboť se nedá vyčíst z knih, ani naučit. Část se dá získat praxí, ale část musí být přítomna v člověku samém. Mým doporučením je, aby se pacientky mohly podílet na hodnocení personálu v jeho chování, přístupu, vysvětlování, atd. Dlouhodobé špatné hodnocení jednotlivých pracovníků by pak mohlo vést k jejich přeřazení na jiné pracoviště, což by mohlo být ziskem nejen pro oddělení, ale i pro ně samotné. Nedílnou součástí psychické pomoci je také správné vysvětlení zákroku a chodu oddělení vzhledem k inteligenci pacienta. Navíc je potřebné, aby měla pacientka

pocit, že se kdykoliv může zeptat znovu na to, čemu nerozuměla a co jí není jasné a nebude za to kárána. Porozumění pacientky vede k lepší spolupráci při léčbě a v rekonvalescenci.

Z výzkumu vyplynulo, že pacientky byly spokojeny s vysvětlením daných postupů a z popisu chodu oddělení. Problémem však bylo, že personál měl na pacientky v dopoledních hodinách méně času, což některé pochody zrychlilo a pacientkám nevyhovovalo. Zde se bohužel naráží na problém posledních let, kdy je nedostatek zdravotních sester, především kvalifikovaných zdravotních sester. Nedostatek personálu pak vede ke zkrácení času na jednotlivé pacienty, což ve vztahu pacient-zdravotnický pracovník působí velice rušivě. S tímto problémem se české zdravotnictví potýká a zřejmě ještě dlouho potýkat bude. Zdravotnického personálu je málo a jeho počty se snižují se stoupajícími odchody zdravotníků do zahraničí, kde jsou za svou práci mnohem více finančně odměňováni. V tomto případě by bylo potřeba doporučit změnu financování zdravotnictví, což je ovšem otázka spíše ekonomického charakteru, která ovšem velkou měrou zasahuje do kvality českého zdravotnictví.

Dle mého názoru je současný stav českého zdravotnictví (se zaměřením na gynekologické JIP) dobrý a má nakročeno správným směrem, aby se stal vynikajícím. Problémem je jako ve všech oblastech medicíny financování. Práce sester na odděleních jako jsou gynekologická, není jen prací fyzickou, ale zahrnuje i velkou dávku psychické pomoci a empatie. To zapříčiňuje, že tato práce není časově ohraničená, ale prolíná celý život zdravotnického pracovníka (pokud je vykonávána správně). Jejím důsledkem by pak měla být odpovídající finanční odměna a péče o aktivní odpočinek zdravotnického personálu tak, aby se co nejvíce oddálilo nebo zabránilo vzniku syndromu vyhoření, který může být hrozbou pro personál i pacientky.

9. Závěr

Z mé práce vyplývá, že akutní stavy v gynekologii jsou stále tématem aktuálním. Díky zlepšující se diagnostice a zobrazovacím metodám se však jejich fatální následky zmenšují, až mizí a jejich komplikace jsou o poznání mírnější. To vše závisí ovšem na skvělé zdravotnické péči, ale i na informovanosti obyvatelstva o této problematice.

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na téma mimoděložního těhotenství, jehož frekvence výskytu se v posledních 30 letech na území České republiky vůbec nezměnil. Jedná se o závažný stav, u něhož odložení řešení může mít fatální důsledky. Jak ovšem vyplývá ze statistik, akutně operovaných, tedy operovaných v den přijetí rapidně ubývá a tyto případy tvoří v celkovém součtu minoritu. Hlavní podíl na operativně tak mají plánované výkony na základě vyšetření praktickým gynekologem.

Výzkum, který jsem prováděla, nebyl zaměřen na kvalitu operací a lékařskou péči. Chtěla jsem zjistit, jak dobrá je ošetrovatelská péče se všemi náležitostmi, které by měla mít.

Z odpovědí pacientek je patrné, že poskytované ošetrovatelské služby jsou na úrovni a odpovídají požadavkům a očekáváním pacientek. Velkým problémem napříč výzkumem ovšem byl fakt, že zdravotnický personál nemá na pacienta mnoho času a to na pacientky nepůsobilo příjemně. Jinak byly se službami personálu dle svých slov spokojené, včetně vysvětlování prováděných výkonů.

Problémem byla psychologická podpora pacientek, která nebyla často ani nabídnuta. O službách psychologa se pacientky dozvěděly až ode mne. Personál se choval profesionálně, ale psychologická podpora z jeho strany byla ztížena především nedostatkem času. Kvalitního personálu je v České republice velice málo, což může způsobovat mezery v kontextu bio-psycho-sociální péče o pacienta. Tento trend ještě není u nás zcela rozvinutý, ale z výzkumu je patrné, že jeho začátky jsou již v našich nemocnicích standardem. Česká republika je tak na dobré cestě k celostní péči o člověka.

10. Bibliografie

1. ALBUCASIS, *Altrasrif* (11th century), English translation, Oxford. 1778. 110-115 s.
2. ARULKUMARAN *Emergencies in obstetrics & gynaecology*, Oxford University Press, 2006. 297 s. ISBN 978-0-19-856730-1.
3. ARULKUMARAN, S., SYMONDS, I. M., FOWLIE, A. *Oxford handbook of obstetrics and gynaecology*. Oxford medical publications, 2004. 804 s. ISBN 978-0-19-263181-7.
4. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., *Výzkum a ošetrovatelství*, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2. vyd., 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
5. BERAN, J., TUMPACHOVÁ, N. *Základy lékařské psychologie pro studenty lékařství*. Praha: Karolinum, 2. vyd., 2003. 191 s. ISBN 80-246-0659-3.
6. CITTERBART, K., et al. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2007. 319 s. Dostupné z WWW: <www.galen.cz> ISBN 978-80-7262-501-7.
7. ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum, 2003. 174 s. ISBN 80-246-0677-1.
8. HÁJEK, Z., et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
9. HÁLOVÁ, M., TÓTHOVÁ, V. *Informovanost pacientů při propouštění do domácí léčby*. In: *Nové trendy v ošetrovatelství III*. České Budějovice: ZSF JU, 2004. s. 110-117. ISBN 80-7040-705-0.

10. HOLUB, Z., Kužel D. et al. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*, Praha: Grada, 1. vyd., 2005. 236 s. ISBN 80-247-0834-5.
11. JURÁSKOVÁ, D. *Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik*. Sestra. Praha: 2004. roč. XIV, č. 3, s. 18-20. ISSN 1210-0404.
12. KOLAŘÍK, D., HALAŠKA, M., FEYEREISL, J. *Repetitorium gynekologie*. Praha: MAXDORF s.r.o., 2008. 1030 s. ISBN 978-80-7345-138-7.
13. KOBILKOVÁ, J., et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. 368 s. Dostupné z WWW: <www.galen.cz>. ISBN 80-7262-315-X.
14. KOMŮRKOVÁ, K. *Ministerstvo chce, aby se kvalita péče z pohledu pacienta měřila jedním metrem*. Zdravotnické noviny. Praha: 2003. roč. 52, č. 38, s. 12. ISSN 0044-1996.
15. KŘEMENOVÁ, E. *Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení*. Sestra. Praha: 2006. roč. 16, č. 4, s. 15-16. ISSN 1210-0404.
16. LÁVIČKOVÁ, J. *Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů*. Sestra. Praha: 2006. roč. 16, č. 4, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
17. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada 1. české vyd., 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
18. MAŠEK, J. *Kvalita zdravotnické péče jako výsledek procesu efektivního řízení v nemocnici*. Medicína v praxi. Praha: 2001. č. 4, s. 17-18. ISSN 1212-8759.

19. MIKŠOVÁ, M., et al. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče*. Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
20. PAFKO, P., et al. *Náhlé príhody břišní*. Praha: Grada, 2005. 136 s. ISBN 80-247-0981-3.
21. PLAČKOVÁ, R. *Vliv výživy na celkový stav pacienta*. Sestra. Praha: 2006, roč. 16, č. 5, s. 46. ISSN 1210-0404.
22. PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. et al. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada, 1. vyd., 2007. 143 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
23. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2. přepracované vyd., 2008. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
24. ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 1. vyd., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
25. RADA PRO ROZVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ MZ ČR. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovateľskej péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. Brno: IDV PZ, 1. vyd., 2001. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
26. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Grada: ISBN, 2011. 280 s. 978-80-247-3373-9.
27. ŠVÁB, J. *Náhlé příhody břišní*. Praha: Galén, 1. vyd., 2007. 205 s. ISBN 978-80-7262-485-0.

28. TAIT, R. L. *Five cases of extra uterine pregnancy operated upon at the time of rupture*. British Medical Journal, 1984. 1250 s.

29. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2. vyd., 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

30. TUTKOVÁ, J. *Komunikace sestry-pacient*. Sestra, Praha: 2007. roč. 17, č 1, s. 22-23. ISSN 1210-0404.

31. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 1. vyd., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

32. WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada, 1. vyd., 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.

33. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 1. vyd., 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Internetové zdroje:

<http://www.ftn.cz>

<http://www.florence.cz>

<http://www.levret.cz/publikace/casopisy>

<http://www.fnmotol.cz>

<http://www.uzis.cz>

<http://www.zdn.cz>

11. Seznam grafů a tabulek

Obr. 3.1.	Ektopická nidace plodového vejce (podle Kerna)	str. 26
Tab. 6.1.	Základní údaje za rok 2010 ve zdravotnickém zařízení č. 1.	str. 39
Tab. 6.2.	Kapacita lůžek ve zdravotnickém zařízení č. 1.	str. 40
Graf. 6.3.	Kapacita standardních lůžek a lůžek jednotek intenzivní péče ve zdravotnickém zařízení č. 1.	str. 40
Graf. 6.4.	Statistika počtu hospitalizovaných pacientek s dg. mimoděložní těhotenství za časový úsek od prosince 2010 do května 2011 ve zdravotnickém zařízení č. 1.	str. 41
Tab. 6.5.	Základní údaje za rok 2010 ve zdravotnickém zařízení č. 2.	str. 42
Tab. 6.6.	Kapacita lůžek ve zdravotnickém zařízení č. 2.	str. 42
Graf. 6.7.	Kapacita standardních lůžek a lůžek jednotek intenzivní péče ve zdravotnickém zařízení č. 2.	str. 43
Graf. 6.8.	Statistika počtu hospitalizovaných repondentek s dg. mimoděložní těhotenství za časový úsek od prosince 2010 do května 2011 ve zdravotnickém zařízení č. 2.	str. 44
Tab. 6.9.	Práce zdravotní sestry na jednotce intenzivní péče.	str. 46

Přehled použitých zkratek.

CRP	C-reaktivní protein.
CT	Computed tomography, počítačová tomografie.
FF	Fyziologické funkce.
hCG	Lidský choriový gonadotropin.
IUD	Nitroděložní antikoncepční tělísko (IntraUterine Device).
GEU	Graviditas extrauterina.
gr.	Graf.
JIP	Jednotka intenzivní péče.
JT	Jaterní testy.
MTX	Metotrexát.
NGS	Nasogastrická sonda.
NPB	Náhlé příhody břišní.
P	Puls.
PID	Pelvic inflammatory disease – pánevní zánětlivá nemoc.
RTG	Rentgenové vyšetření.
UZ	Ultrasonografie.
str.	Strana.
tab.	Tabulka.
TK	Tlak krve.
TT	Tělesná teplota.
UPT	Umělé přerušení těhotenství.
VAS	Vizuální analogová škála.
VVV	Vrozené vývojové vady.

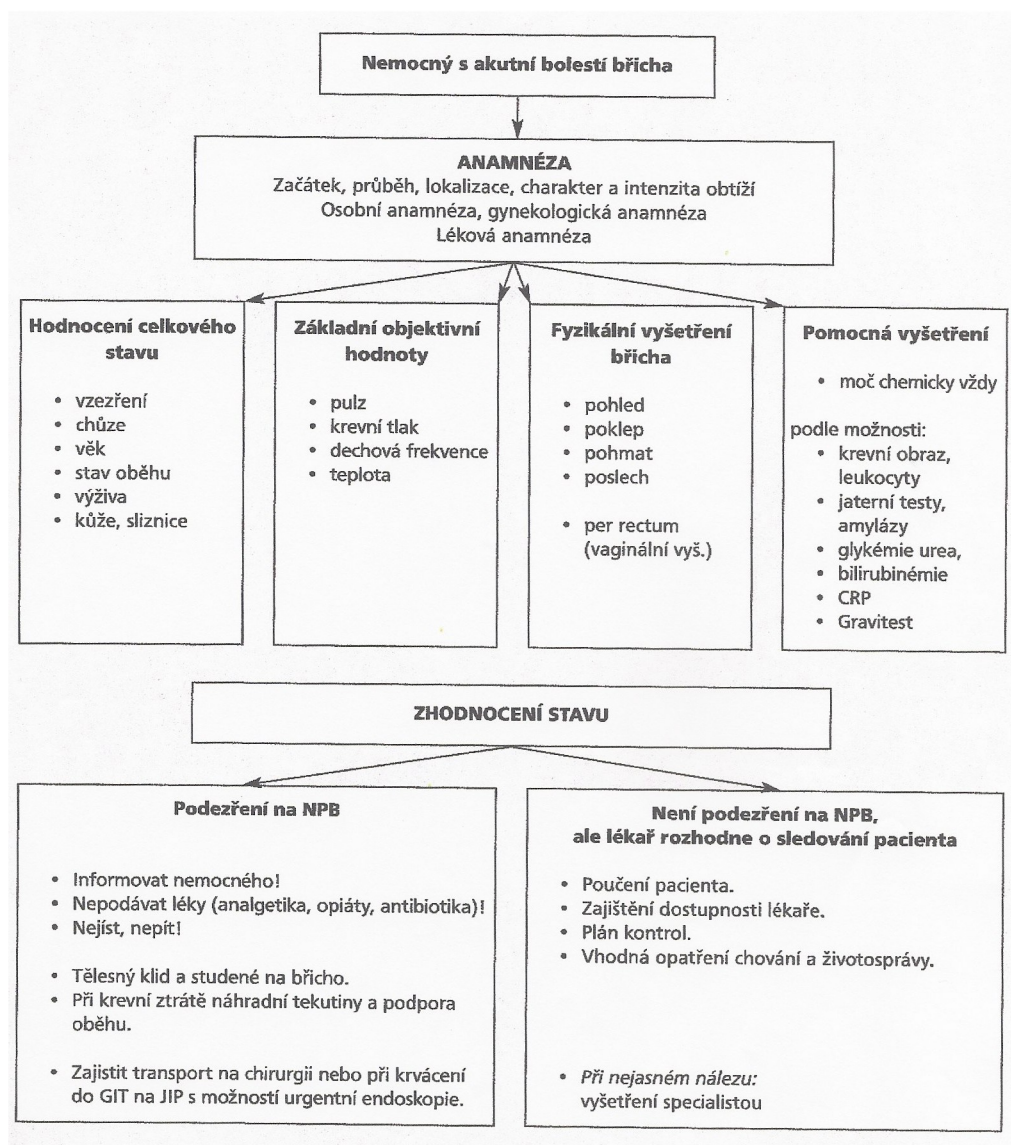
Přehled gynekologických termínů.

Adnexa	(zde ve smyslu děložní adnexa) – Vaječníky a vejcovody.
Antikoncepce	Reverzibilní metody zábrany početí.
Corpora cavernosa	Topořivá tělesa.
Endometritis	Zánět děložní sliznice.
Estrogeny	Ženské pohlavní hormony.
Fertilita	Plodnost.
Folikul	Vajíčko s vrstvou buněk, které ho obklopují.
Glandulae vestibulares	Vestibulární žlázy.
Graviditas abdominalis	Břišní těhotenství.
Graviditas cervikalis	Těhotenství v hrdle děložním.
Graviditas ovarica	Vaječnickové těhotenství.
Graviditas tubaria	Vejcovodové těhotenství.
Hemosalpinx	Rozšířený vejcovod s náplní krve.
Hymen	Panenská blána, u panen uzavírá vchod do pochvy.
Hrma	Mons pubis.
Cholelithiasa	Kameny ve žlučovodu.
Labia majora pudendi	Velké stydké pysky.
Labia minora pudendi	Malé stydké pysky.
Menstruace	Podle vědecké definice krvácení nastávající při odlučování sekrečního endometria cca 14 dnů po ovulaci.
Ovarium	Vaječník.
Perineum	Hráz.
Tappottment	Vyšetření poklepem bederní krajiny.
Tuba uterina	Vejcovod.
Uterus	Děloha.
Vagina	Pochva.
Vestibulum vaginae	Poševní předsíň.

12. Seznam příloh

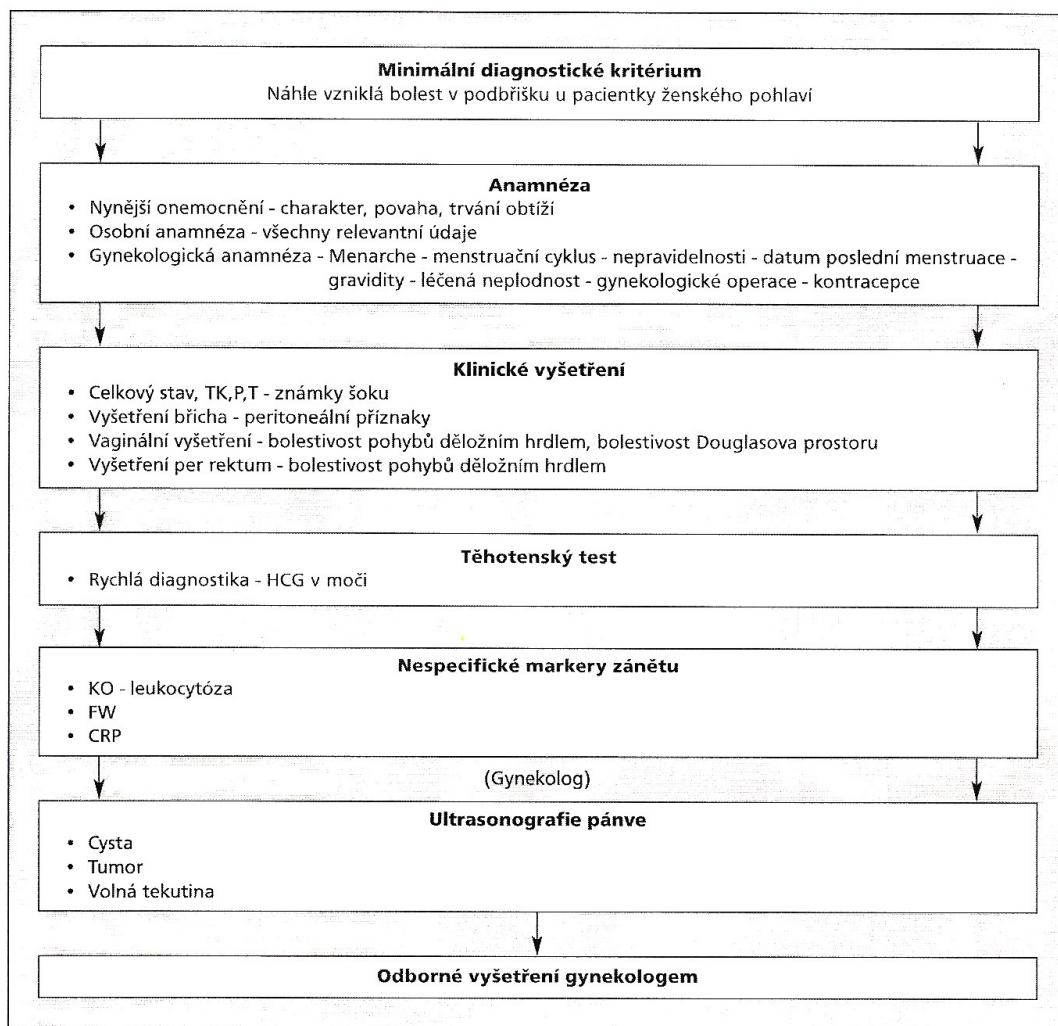
Příloha č. 1.	Přístup k pacientům s podezřením na náhlou příhodu břšní.
Příloha č. 2.	Minimální diagnostické kritérium.
Příloha č. 3.	Vývoj ukazatelů potratovosti – miniinterupce a mimoděložní těhotenství.
Příloha č. 4.	Potraty podle druhu a věku ženy na 100 narozených.
Příloha č. 5.	Potraty podle druhu, kraje a okresu bydliště ženy, na 100 narozených.
Příloha č. 6.	Počet mimoděložních těhotenství podle kraje bydliště a věku ženy.
Příloha č. 7.	Hladina hodnoty hCG na začátku těhotenství a její vývoj.
Příloha č. 8.	Metotrexát.
Příloha č. 9.	Ultrasonografické vyšetření respondentek.
Příloha č. 10.	Žádosti o umožnění provádění výzkumu a jejich písemné schválení.

Příloha č. 1. Přístup k pacientům s podezřením na náhlou příhodu břicha



Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. 2005

Příloha č. 2. Minimální diagnostické kritérium.



Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. 2005

Příloha č. 3.

Potraty ČR 2009 / Abortions CR 2009

Vývoj ukazatelů potratovosti - miniinterrupce a mimoděložní těhotenství

Trend of abortion rate indicators

- induced abortions till 8th week of pregnancy and ectopic pregnancies

Rok	Miniinterrupce			Mimoděložní těhotenství		
	na 100 ukonč. těhotenství	na 100 potratů	na 1 000 žen fertilního věku ¹⁾	na 100 ukonč. těhotenství	na 100 narozených	na 1 000 žen fertilního věku ¹⁾
Year	Menstrual regulations ²⁾			Ectopic pregnancies		
	per 100 terminated preg.	per 100 abortions	per 1 000 women at fertile age ¹⁾	per 100 terminated preg.	per 100 births	per 1 000 women at fertile age ¹⁾
1987	30,7	63,0	31,4	0,7	1,4	0,7
1988	32,8	67,2	33,8	0,7	1,4	0,7
1989	33,7	68,7	33,3	0,8	1,5	0,8
1990	33,9	69,9	33,3	0,7	1,4	0,7
1991	33,7	70,6	32,2	0,7	1,3	0,7
1992	33,4	71,0	29,3	0,7	1,4	0,6
1993	27,7	67,8	21,5	0,8	1,3	0,6
1994	26,4	69,1	17,2	0,8	1,4	0,5
1995	26,0	67,8	15,3	0,9	1,5	0,5
1996	26,3	67,2	14,7	1,0	1,7	0,6
1997	25,0	66,4	13,8	1,0	1,7	0,6
1998	23,7	64,2	13,0	1,0	1,7	0,6
1999	22,1	62,3	11,8	1,1	1,6	0,6
2000	19,7	59,7	10,3	1,0	1,5	0,5
2001 ³⁾	19,3	58,3	10,2	1,0	1,6	0,5
2002	18,4	57,5	9,9	1,0	1,4	0,5
2003	17,1	55,1	9,2	0,9	1,4	0,5
2004	15,6	52,5	8,6	1,0	1,4	0,5
2005	14,4	51,3	8,1	0,9	1,3	0,5
2006	13,4	48,9	7,8	0,9	1,2	0,5
2007	12,3	46,9	7,6	0,9	1,2	0,6
2008	12,0	46,7	7,6	0,9	1,2	0,6
2009	11,4	44,9	7,2	0,8	1,1	0,5

¹⁾ Fertilní věk: 15–49 let¹⁾ Fertile age: 15–49 years²⁾ Menstrual regulations = induced abortion till 8th week of pregnancy³⁾ Do roku 2000 pouze za tuzemky, od roku 2001 souhrnná data za potraty českých občanek a cizinek³⁾ By the year 2000 data only for Czech citizens, since 2001 total data cover abortions of Czech citizens and foreigners

Příloha č. 4.

Potraty ČR 2009 / Abortions CR 2009

Potraty podle druhu a věku ženy na 100 narozených
Abortions by category and age of the woman per 100 births

Věk ženy	Samovolné potraty	Umělá přerušeni těhotenství				Mimoděložní těhotenství	Ostatní potraty	Potraty celkem vč. mimoděložního těhotenství
		mini-interrupce	jiná legální	celkem	z toho ze zdr. důvodů			
Age of the woman	Spontaneous abortions	Legally induced abortions				Ectopic pregnancies	Other abortions	Abortions total including ectopic pregnancies
	menstrual regulations ¹⁾	other	total	o.w. medically indicated				
-14	33,33	206,67	93,33	300,00	140,00	6,67	-	340,00
15-19	14,05	43,61	18,37	61,98	3,08	0,33	-	76,36
20-24	10,99	19,25	8,32	27,58	2,34	0,91	-	39,48
25-29	10,42	9,18	3,69	12,87	1,82	0,89	-	24,18
30-34	10,81	10,61	3,39	14,01	2,14	1,08	-	25,90
35-39	17,69	25,69	7,34	33,03	5,19	1,63	-	52,35
40-44	48,80	74,66	21,12	95,78	77,79	2,45	-	147,03
45-49	106,76	216,22	43,24	259,46	225,68	5,41	-	371,62
celkem total	12,33	15,35	5,41	20,76	3,85	1,06	-	34,15

¹⁾ Menstrual regulations = induced abortion till 8th week of pregnancy

Příloha č. 5.

Potraty ČR 2009 / Abortions CR 2009

**Potraty podle druhu, kraje a okresu bydliště ženy,
na 100 narozených**

*Abortions by category, region and district of residence of the woman,
per 100 births*

Území, kraj, okres	Samo- volné potraty	Umělá přerušení těhotenství				Mimodě- ložní těho- tenství	Ostatní potraty	Potraty celkem
		miniinter- rupce	jiná legální	celkem	z toho ze zdr. důvodů			
Territory, region, district	Sponta- neous abortions	Legally induced abortions				Ectopic preg- nancies	Other abor- tions	Abor- tions total
		menstrual regulations ¹⁾	other	total	o.w. medically indicated			
na 100 narozených <i>per 100 births</i>								
Hl. m. Praha	9,19	15,84	5,59	21,43	2,76	0,61	-	31,23
Benešov	15,97	17,60	3,61	21,21	3,70	2,17	-	39,35
Beroun	15,80	15,50	4,80	20,30	3,30	1,30	-	37,40
Kladno	10,70	22,39	6,62	29,01	4,63	1,10	-	40,82
Kolín	11,57	12,99	7,51	20,49	3,45	0,88	-	32,95
Kutná Hora	12,63	15,56	4,72	20,28	4,85	1,40	-	34,31
Mělník	11,24	22,73	5,58	28,31	4,75	0,42	-	39,97
Mladá Boleslav	10,87	15,52	4,44	19,96	2,32	0,75	-	31,58
Nymburk	6,88	18,03	6,97	25,00	3,40	0,17	-	32,06
Praha-východ	7,34	14,79	4,04	18,82	3,11	0,58	-	26,75
Praha-západ	8,38	11,71	3,61	15,32	2,50	0,61	-	24,31
Příbram	14,77	15,53	6,03	21,56	5,09	2,04	-	38,37
Rakovník	14,54	22,59	5,78	28,37	3,68	1,23	-	44,13
Středočeský	11,08	16,77	5,20	21,98	3,64	0,98	-	34,05
České Budějovice	15,85	13,65	5,97	19,62	4,34	1,67	-	37,14
Český Krumlov	10,50	21,51	5,89	27,40	4,10	1,02	-	38,92
Jindřichův Hradec	10,90	10,29	2,65	12,93	1,93	2,85	-	26,68
Písek	14,91	14,77	3,83	18,60	3,69	0,41	-	33,93
Prachatice	11,55	17,07	4,14	21,21	4,83	0,69	-	33,45
Strakonice	9,75	15,34	4,55	19,90	3,90	0,39	-	30,04
Tábor	13,06	13,24	5,05	18,29	3,69	0,54	-	31,89
Jihočeský	13,01	14,57	4,82	19,40	3,80	1,23	-	33,64

Příloha č. 6.

Potraty ČR 2009 / Abortions CR 2009

Počet mimoděložních těhotenství podle kraje bydliště a věku ženy
Numbers of ectopic pregnancies by region of residence and age of the woman

Území, kraj	Věk ženy	Počet případů	Territory, region	Age of the woman	Number of cases
Zlínský kraj	-14	-	Moravskoslezský kraj	-14	-
	15-19	-		15-19	1
	20-24	5		20-24	15
	25-29	15		25-29	46
	30-34	27		30-34	45
	35-39	10		35-39	35
	40-44	2		40-44	3
	45-49	-		45-49	1
	50+	-		50+	-
	celkem	59		celkem	146
ČR	-14	1			
	15-19	12			
	20-24	145			
	25-29	343			
	30-34	476			
	35-39	235			
	40-44	47			
	45-49	4			
	50+	-			
	celkem <i>total</i>	1 263			

Příloha č.7.

Hladina hodnoty hCG na začátku těhotenství a její vývoj.

Doba od početí	IU/ml
7 dní (1. týden)21 dní (3 týdny)	0 - 5
14 dní28 dní (4 týdny)	1.3.426
21 dní35 dní (5 týdnů)	18 – 7 340
28 dní42 dní (6 tt)	1080 – 56 500
35 - 42 dní49 - 56 dní (7 - 8 tt)	7 650 – 229 000
43 - 64 dní57 - 78 dní (8 – 11 tt)	25 700 – 288 000
57 - 78 dní79 - 100 dní (11 – 15 tt)	13 300 – 253 000
17 - 24 týden	4 060 – 65 400
Od 25 týdne	3 640 – 117 000

Vrchol hladiny hCG v krvi těhotné ženy nastává kolem 9. -10. týdne těhotenství a pak mírně opadá. Přibližně v 16. týdnu se ustálí na určité hladině.

Příloha č. 8.

Metotrexát je antimetabolit a antifolát používaný v léčbě nádorů, autoimunních poruch a dalších onemocnění. V gynekologii (zejména v USA) se používá k ukončování těhotenství. MTX zpomaluje metabolismus kyseliny listové, zabraňuje tedy růstu embrya. V České republice se metotrexát při léčbě mimoděložního těhotenství používá velice vzácně. V případě mimoděložního těhotenství se MTX podává buď nitrožilně v infúzi, anebo nitrosvalovou injekcí. Protože mívá taková léčba nejistý výsledek, někteří lékaři preferují přímou aplikaci MTX do embrya, a to pod ultrazvukovým, anebo laparoskopickým dohledem. Embryo vlivem působení MTX přestává růst a postupně se vstřebává. MTX nelze podávat v případě, že je prokázána srdeční akce embrya. Je-li tato léčba úspěšná, není třeba těhotné odebírat vejcovod, případně provádět další chirurgické výkony.

Příloha č. 9.

Ultrasonografické vyšetření respondentek.

Respondentka č. 1	Ultrasonografie prokazuje prázdnou děložní dutinu a extrauterinní graviditu bez akce. Děloha AVF velikosti 65x35x30mm, endometrium 9mm. Gestační váček nepřítomen. Těhotenský test byl pozitivní.
Respondentka č. 2	Ultrasonografie znázorňuje endometrium 11mm vysoké. Gestační váček v dutině je nepřítomen. Pravé ovarium má rozměry 32x33mm a levé ovarium 25x17mm, na které z mediální strany nasedá útvar 28x28 mm. Děloha je AVF velikosti 79x43x33mm.
Respondentka č. 3	Ultrasonografie potvrzuje extrauterinní graviditu v pravé tubě, fluidioperitoneum jasně hemoragického vzhledu odhadem 500ml.
Respondentka č. 4	Ultrasonografie potvrzuje nezvětšenou dělohu a endometrium 12mm, V CD volná tekutina v rozměru 4x4 cm. Vpravo na adnexech nepřehledný nález. Vlevo bez patologického nálezu.
Respondentka č. 5	Ultrasonografie prokázala levá adnexa bez nálezu. Na pravé straně ovarium bez nálezu, mediálně od ovaria útvar. Děloha v AVF, endometrium 9mm bez přítomnosti gestačního váčku.

Příloha č. 10.

Žádosti o umožnění provádění výzkumu a jejich písemné schválení.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, 121 08 Praha 2
(dále jen 1. LF UK)

Fakultní nemocnice v Motole
V úvalu 84
150 06 Praha 5

V Praze dne : 29.11.2010

Věc: Žádost

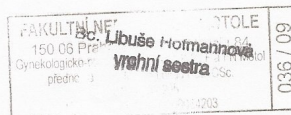
Vážený pane náměstků/yně, jelikož ve studijním roce 2010 – 2011 končím magisterské studium na 1. LFUK v Praze a jednou z podmínek zdárného ukončení mého studia je sepsání závěrečné výzkumné diplomové práce, prosím Vás tímto o možnost získání informací pro podklady ve Vaší nemocnici na JIP gynekologie. Moje diplomová práce bude pojednávat o náhlých příhodách břišních v gynekologii (kvalitativní výzkum).
Předem Vám děkuji za odpověď.

Tel.733601612

Marcela Šebestová
Praha 2, Vratislavova 21
12800

Marcela Šebestová
studentka 2.roč. MIP 1. LFUK
podpis : *Šebestová*

Gondlová
2.3.2011





FN MOTOL



FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

150 06 Praha 5 - Motol, V úvalu 84

☎ 22443 1050, Fax: 22443 1020

E-mail: jana.novakova@fnmotol.cz

V Praze dne 29.11.2010

Vážená paní
Marcela Šebestová
Vratislavova 21
128 00 Praha 2

Věc: Žádost o umožnění provádění výzkumu

Vážená paní Šebestová,

vyhovuji Vaší žádosti a **souhlasím** s prováděním výzkumu pro Vaši diplomovou práci na téma „Náhlé příhody bříšní v gynekologii“. Obraťte se prosím s distribucí Vašich dotazníků na vrchní sestru Bc. Libuši Hofmannovou, Gynekologicko – porodnická klinika UK 2. LF a FN Motol.

S pozdravem

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
náměstkyně pro oš. péči
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, 121 08 Praha 2
(dále jen 1. LF UK)

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou
Václavská 800,
140 59 Praha 4 – Krč

V Praze dne : 31.1.2011

Věc: Žádost

Vážený pane náměstků/yně, jelikož ve studijním roce 2010 – 2011 končím magisterské studium na 1. LFUK v Praze a jednou z podmínek zdárného ukončení mého studia je sepsání závěrečné výzkumné diplomové práce, prosím Vás tímto o možnost získání informací pro podklady ve Vaší nemocnici na JIP gynekologie. Moje diplomová práce bude pojednávat o náhlých příhodách břišních v gynekologii (kvalitativní výzkum).
Předem Vám děkuji za odpověď.

Tel.733601612

Marcela Šebestová
Praha 2, Vratislavova 21
12800

Marcela Šebestová
studentka 2.roč. MIP 1. LFUK
podpis : Šebestová



FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE
V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: SEDEŠTOVÁ MARCELA

Kontaktní adresa: VRATISLAVOVA 21, PRAHA 2

Telefon: 753 601 612 e-mail: MARCEL.LA@SZMAN.CZ

Škola/Fakulta: ALFUK

obor studia: INTENZIVNÍ PÉČE - navazující MGR studium

Téma závěrečné práce: NÁHLÉ PŘÍHODY BŘÍŠNÍ V GYNEKOLOGII POHLEDEM SESTRY IP

Způsob provedení sběru dat: STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR Termín sběru: ÚNOR - BŘEZEN

Pracoviště, kde bude sběr dat proveden: GYNEKOLOGICKÁ KLINIKA

Presentace dat: DIPLOMOVÁ PRÁCE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 31.1.2011 Podpis: *Lenka Cejpková*

Soubklová prim. MUDr. P. PETERKA

Cejpková Lenka
vrchní sestra

Vyplňuje Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Vyjádření odpovědného náměstka:

ANO NE

Úhrada

ANO NE

Datum: 31.1.2011

Fakultní Thomayerova nemocnice
s poliklinikou
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
náměstek pro nelékařská
zdravotnická povolání

Mgr. Lenka CEJPKOVÁ

Podpis odpovědného náměstka

BANKOVNÍ SPOJENÍ
KB Praha 4 č.ú.36831-041/0100

IČO
00064190

TELEFON
26108 1111
23433 1111

FAX
241721260

E-MAIL
ftn@ftn.cz

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

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

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis