



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocnou po
laparoskopicky asistované vaginální
hysterektomii**

*Nursing care of patient after laparoscopic
assisted vaginal hysterectomy*

případová studie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha, únor 2009

Helena Šuchová

Autor práce : Helena Šuchová

Bakalářský studijní program : Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor : Zdravotní vědy

Vedoucí práce : Bc Jana Wichsová

Pracoviště vedoucího práce : FN Motol

Odborný konzultant : MUDr Pavla Líbalová PhD

Pracoviště odborného konzultanta : FN Královské Vinohrady v Praze

Klinika gynekologie a porodnictví

Bc Libuše Hofmannová FN Motol

Termín obhajoby : duben 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby byla tato bakalářská práce používána ke studijním účelům.

V Praze dne 19.února 2009

Helena Šuchová

Poděkování :

ráda bych poděkovala svým milým konzultantkám MUDr Pavle Líbalové,
Bc Janě Wichsové a Bc Libuši Hofmannové

Obsah

1. Úvod

2. Klinická část

2.1 Anatomie a fyziologie ženských vnitřních rodidel

2.2. Myomatóza, příznaky, terapie

2.3. Základní údaje o nemocné

3. Ošetrovatelská část

3.1. Úvod, model ošetrovatelského procesu

3.2. Ošetrovatelská anamnéza

3.3. Ošetrovatelské diagnózy

3.3.1. Aktuální ošetrovatelské diagnózy

3.3.2. Potencionální ošetrovatelské diagnózy

3.4. Psychologie nemoci

3.5. Edukace

4. Závěr

5. Zdroje údajů a použitá literatura

6. Přílohy

1. Úvod

Cílem této práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou, která byla hospitalizována na gynekologicko – porodnickém oddělení k operačnímu řešení děložní myomatózy. V klinické části se tato práce zabývá anatomii a fyziologií ženských vnitřních rodidel a popisem příznaků a léčby děložních myomů. V ošetrovatelské části jsem použila model Virginie Hendersonové. Práce popisuje kazuistiku u pacientky s myomatózou děložní a její operační léčbou. Je zde podrobně popsán průběh dne operace včetně ošetrovatelské anamnézy, ošetrovatelských diagnóz aktuálních a potencionálních. Podrobně je popsán plán a realizace ošetrovatelského procesu včetně edukace.

Tuto pacientku jsem si vybrala, protože hysterektomie patří mezi nejčastější gynekologické operace a v kombinaci s laparoskopickou částí je stále více prováděna. Je to velký zásah do ženského organismu a podle toho se odvíjí ošetrovatelský proces u těchto pacientek. Přestože laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (dále LAVH) je operace závažná, při nekomplikovaném průběhu je pacientka třetí den po operaci propuštěna do domácího ošetrování.

Za poslední desetiletí zaznamenaly laparoskopické operace značný rozvoj, který přinesl velký přínos pro pacienta. Nespornou výhodou je výrazné zkrácení doby hospitalizace i celkové léčby pacienta a jeho brzký návrat do práce, což je důležitý ekonomický benefit.

2. Klinická část

2.1. Anatomie ženských vnitřních rodidel

Ženské pohlavní orgány dělíme na zevní a vnitřní. Zevní jsou hrma (mons pubis), velké stydké pysky (labia majora pudendi), malé stydké pysky (labia minora pudendi), poštvávček (klitoris), poševní předsíň (vestibulum vaginae), vestibulární žlázy (glandulae vestibulares majores Bartholini), vchod poševní (ostium vaginae et hymen) a hráz (perineum).

Ženské vnitřní pohlavní orgány jsou uloženy v pánvi. Pánev se skládá z kosti křížové (os sacrum), pánevních kostí (ossa coxae) a kostrče (os coccygis). Pánev dělíme na velkou a malou a hranici mezi nimi tvoří linea innominata, která jde od horního okraje kosti křížové k hornímu okraji kosti stydké a k symfýze. Uzávěr pánve tvoří pánevní dno, které je složeno ze svalových vrstev diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale. Diaphragma pelvis je nálevkovitý svalový útvar, který je tvořen převážně musculus levator ani. Vlákna tohoto svalu vybíhají oboustranně od symfýzy dorzomediálně a obkružují rektum. Diaphragma urogenitale tvoří fibromuskulární přepážku pod symfýzou a mezi rameny kostí stydkých k okrajům kostí sedacích. Je tvořena musculus transversus perinei profundus a superficialis, musculus bulbocavernosus a ischiocavernosus a musculus sphincter ani externus. Mezi těmito svaly pak probíhají uretra, pochva a rektum.(9)

Pochva je dutý svalový orgán, velmi elastický, dlouhý asi 10 cm. Ventrálně od pochvy leží močový měchýř a uretra. Přední stěna poševní je od močové trubice a měchýře oddělena vazivovou přepážkou - septum urethrovesicovaginale. Horní část pochvy se upíná na vaginální část dělohy, která se nazývá portio vaginalis cervicis uteri, tvoří štěrbinovitý prostor nazývaný poševní klenba. Vzadu odděluje pochvu od rekta vazivová přepážka

septum rectovaginale. Podélná osa pochvy svírá s osou děložního těla úhel 70 – 100°. Sliznice poševní je tvořena nerohovějícím dlaždicovým epitelem, který reaguje na změny hormonálních hladin v těle. Hladké svaly stěny pochvy probíhají spirálovitě, vnitřní vrstva je cirkulární, zevní svalová vlákna jsou převážně podélná. Distální konec pochvy je obkroužen vlákny příčně pruhovaného svalstva, zejména okraji musculus levator ani (9).

Děloha je dutý svalový orgán, vystlaný mukózou a částečně krytý peritoneem. Je umístěna v malé pánvi mezi močovým měchýřem a rektumem, je dlouhá 7 až 8 cm, široká 5 cm a má hruškovitý tvar. Skládá se ze tří částí: děložního těla, hrdla a úžiny (isthmus). Děložní tělo u dospělé ženy má dvojnásobnou délku než hrdlo, rozeznáváme na něm přední a zadní stěnu, které se v okrajích spojují v hrany děložní a tvoří fundus děložní. Ten laterálně přechází v rohy děložní, ze kterých odstupují ligamenta teres uteri, vejcovody a ligamenta ovarii propria. Děloha je téměř celá kryta peritoneem, které na ni přechází zezadu z rekta, jde přes fundus na přední stranu a na močový měchýř. Vytváří tak prostor za dělohou (Douglasův prostor) a před dělohou (excavatio vesicouterina). Děložní hrdlo má válcovitý tvar a kónicky se zužuje směrem do pochvy. Hrdlo se dělí na dvě části – portio vaginalis cervicis uteri a portio supravaginalis. Vaginální část cervixu je hladká, uprostřed se nachází zevní branka, která má u ženy, jež nerodila kruhovitý tvar a u rodivší ženy je příčně štěrbinovitá, čímž rozděluje čípek na přední a zadní pysk. Děloha je uložena v centru malé pánve a podélná osa těla děložního svírá s osou hrdla dopředu otevřený úhel 160° - anteflexe dělohy. Celá děloha je vůči pochvě skloněna dopředu a svírá s ní úhel 70 – 100° - antevertze dělohy. Asi u 15% žen je děloha zakloněná – retrovertze zároveň s retroflexí(9). Ve své poloze je děloha v pánvi držena závěsným aparátem (retinaculum uteri), který je tvořen vazy ligamentum teres uteri (ligamentum rotundum, chorda uteroinguinalis, ligamentum sacrouterinum, ligamentum cardinale Mackenrodti, ligamentum vesicouterinum et pubovesicale) . Oblé vazy (ligamenta teres uteri, rotunda) začínají v oblasti děložních rohů, procházejí inguinálním kanálem a končí ve

velkých stydkých pyscích. Skládají se z kolagenního vaziva a obsahují i vlákna hladké svaloviny. Tyto vazy napomáhají udržovat dělohu v anteverzi. Ligamenta sacrouterina (též nazývaná zadní vazy) začínají na děložním hrdle, probíhají podél rekta ke kosti křížové a ohraničují excavatio rectouterina čili Douglasův prostor. Nejdůležitější pro závěs dělohy jsou vazy, které jdou od hrdla děložního ke stěně pánevní – ligamenta cardinale Mackenrodti, nebo - li parametria. Ligamenta vesicouterina vycházejí z přední strany hrdla děložního k bázi močového měchýře a dále jdou podél měchýře k symfýze jako ligamentum pubovesicale (9).

Úžina děložní je úzký asi 1 cm široký pruh mezi tělem a hrdlem, který v těhotenství a za porodu je součástí tzv. dolního děložního segmentu, mimo graviditu nemá funkční význam.

Dutina děložní má trojúhelníkovitý tvar, do hrdla pokračuje jako kanál hrdla děložního, který je ohraničen vnitřní a zevní brankou.

Děložní stěnu tvoří tři vrstvy – perimetrium, myometrium a endometrium. Perimetrium je vlastně peritoneum, pokrývá dělohu a přechází do širokého vazů děložního – ligamentum latum uteri. Pod perimetriem je tenký vazivový obal, který v oblasti hrdla zesiluje a tím tvoří závěsný aparát dělohy. Myometrium je nejsilnější část dělohy, je tvořeno hladkou svalovinou, která je uložena ve třech vrstvách. Vnitřní a zevní vrstvu tvoří vlákna podélná, střední nejmohutnější vrstvu tvoří vlákna cirkulární. Toto anatomické uspořádání umožňuje zvětšení dělohy v těhotenství. Svalová vlákna převažují v těle děložním, kde mají aktivní roli za porodu. Hrdlo děložní obsahuje svalovinu pouze v oblasti vnitřní branky. V ostatních částech, zejména ve vaginální, je svalovina jen v povrchové vrstvě, jinak zde převládá kolagenní vazivo.

Endometrium tvoří výstelku dutiny děložní a přechází do cervikálního kanálu, dělí se na dvě vrstvy – zona basalis a zona functionalis. Po menstruaci zůstává v děloze jen zona basalis, ze které v dalších fázích menstruačního

cyklu proliferuje funkční vrstva. Po ovulaci dochází k sekreční přeměně funkční vrstvy, která odchází při dalším menstruačním krvácení, pokud nedojde k otěhotnění. Celý cyklus se opakuje. Cylindrický epitel v hrdle děložním se za normálních okolností setkává s dlaždicovým epitelem vaginálním v místě zevní branky. Pokud je dlaždicový epitel překryt cylindrickým, hromadí se zde hlen z endocervikálních žlázek a vznikají retenční cysty zvané ovula Nabothi. Místo, kde se stýkají dva druhy epitelů, se nazývá pásmo epiteliální přeměny, junkční zóna. Toto pásmo může být posunuto dovnitř i navenek zevní branky a epitely se mohou překrývat, což vytváří předpoklady ke vzniku prekancerózních změn.

Vejcovod vychází z rohu děložního a směřuje laterálně k vaječníku, je dlouhý 8-11 mm, pokryt je peritoneem, které vytváří jeho závěs mesosalpinx. Prochází svalovinou rohu děložního (pars interstitialis), přechází v pars isthmica, rozšiřuje se směrem k ovariu (pars ampularis) a končí infundibulem.

Abdominální ústí vejcovodu je nálevkovitě rozšířeno a po obvodu má 10 – 15 řasnatých fimbrií, které se v období ovulace přibližují k vaječníku a snaží se zachytit uvolněné vajíčko. Stěna vejcovodu je tvořena sliznicí, svalovou vrstvou, adventicí a serózou. Sliznice je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami a sekrečními buňkami. Po ovulaci je zachycené vajíčko kmitavým pohybem řasinek a peristaltickými stahy svaloviny transportováno do dělohy.

Vaječník je orgán oválného tvaru, u ženy ve fertilním věku je velký 3 x 2 x 1,5cm. Ve své poloze je udržován peritoneální duplikaturou nazývanou mezoovarium, kterým je spojen s ligamentum latum uteri. Část ovaria spojená s mezoovariem se nazývá hilus. Fixace vaječníku je zajištěna infundibulopelvickým vazem (ligamentum suspensorium ovarii), tento vaz probíhá laterálně k pánevní stěně a obsahuje ovarické cévy. Mediálně jde od vaječníku k rohu děložnímu ligamentum ovarii proprium. Na řezu ovariem rozeznáváme dvě vrstvy – vrstvu korovou (zona corticalis) a vrstvu dřevňovou

(zona medullaris). V kortikální vrstvě jsou folikuly v různém stadiu vývoje, dřevnou vrstvu tvoří vazivo s velkým počtem cévních kapilár. Volný povrch vaječníku je pokryt jednovrstevným epitelem, pod kterým je vazivová vrstva nazývána tunica albuginea (9).

2.2. Myomatóza

Děložní myom je nezhoubný nádor hladkého svalu těla děložního a je to vůbec nejčastější gynekologický nádor. Vyskytuje se u 30 – 40 % žen mezi 30 – 50 rokem věku (6). Podle uložení ve stěně děložní rozeznáváme myomy submukózní, intramurální, subserózní a stopkaté. Podle lokalizace dělíme myomy na cervikální, intraligamentózní, vyrůstající z fundu, přední nebo zadní stěny děložní. Myomy mohou velmi rychle progredovat, mohou podlehnout nekróze nebo kalcifikaci, ve výjimečných případech může dojít k malignímu zvratu v leiomyosarkom (6).

Příznaky

Symptomatologie myomů je různá, často jsou zcela bez příznaku i nádory velké až 10 -15cm (6). Obvyklé obtíže jsou tlakové bolesti v podbříšku, časté nucení na močení způsobené sníženou kapacitou močového měchýře, tlaky na konečník, obstipace, bolesti při pohlavním styku. Submukózní lokalizace myomů způsobuje časté poruchy cyklu ve smyslu menometroragie. Cervikální myom se liší lokalizací v hrdle děložním. V těhotenství může být významnou porodní překážkou nebo může být příčinou nepravidelných poloh plodu. Stopkatý myom v hrdle děložním nazýváme myoma nascens.

Terapie

Myom je nádor estrogen dependentní. Léčba u mladších žen může být farmakologická preparáty tlumícími gonadotropní sekreci, v menopauze se obvykle růst nádorů zastavuje a tumory regredují (6). U žen, které ještě plánují graviditu lze volit novější metodu – devitalizaci. Jedná se o blokádu přívodných arterií embolizací nebo laparoskopicky provedenou ligací uterinních cév. Pokud jsou příznaky již výrazné, je obvykle indikována operační terapie. Podle věku pacientky, velikosti a uložení myomu lékař volí enukleaci myomu laparotomickou nebo laparoskopickou cestou, hysteroskopickou resekci, supravaginální amputaci dělohy nebo hysterektomii abdominální či laparoskopickou.

Laparoskopie

Vývoj nových medicínských technologií přinesl velké změny v aplikaci minimálně invazivní chirurgie. Jejím základním principem je výrazné snížení traumatizace tkání, které přímo nesouvisí s operovaným orgánem (6). Zavedení laparoskopických operací v gynekologii umožnilo mnoha ženám absolvovat chirurgickou léčbu při minimálním perioperačním stresu a rychlejší rekonvalescenci(6). Dnes lze laparoskopickou metodou provádět téměř všechny abdominální gynekologické operace, kromě některých operací onkogynekologických. Neposledním přínosem je také zkrácení doby hospitalizace a tím ekonomická výhodnost této léčby jak pro pacientku, tak pro zdravotní pojišťovny.

LAVH

LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie je operační postup, při němž je část výkonu provedena z laparoskopického přístupu a část z vaginálního přístupu. Podíl laparoskopické a vaginální preparace se mění v závislosti na lokalizaci a rozsahu pánevní patologie, na individuálních fyzických parametrech pacientky a na míře znalostí a zkušeností operátora v oblasti endoskopické a vaginální operativy. Hlavní výhodou této metody je snadnější provedení současné adnexektomie a dokonalá revize malé pánve (6).

Indikace k LAVH :

nejčastěji děložní myomy

dále prekancerózy děložního hrdla, těla

a karcinomy endometria a děložního hrdla v časném stadiu (6).

Kontraindikace LAVH:

především pacientky s kardiálním onemocněním III. a IV. stupně, kde hrozí riziko selhání krevního oběhu vzhledem k insuflaci oxidem uhličitým a k nepříznivé Trendelenburgově poloze

nemocné s hemoperitoneem s oběhovým selháním (6)

relativní kontraindikací jsou předchozí mnohočetné laparotomie, peritonitida, rozsáhlé tumory, těhotenství nad 12 týdnů, ale také extrémní obezita.

Mezi rizikové pacientky můžeme také počítat např. pacientky s plicními chorobami (asthma bronchiale, chronická obstruktivní pulmonální nemoc aj.), pacientky se zvýšeným rizikem tromboembolické nemoci (dále TEN), s diabetes mellitus.

Komplikace LAVH

konverze v laparotomii je nejčastější komplikací (12)

poranění trokarem při jeho zavádění do dutiny břišní (12), může dojít k perforaci velkých cév, jsou popsána poranění aorty, dolní duté žíly, společných, pravých i levých arterií a vén, horních mezenterických a dolních epigastrických cév (6)

poranění jiných orgánů např. močového měchýře nebo střeva při manipulaci chirurgickými nástroji nebo koagulací

plynová embolie oxidem uhličitým

extraperitoneální únik plynu vedoucí k podkožnímu emfyzému

kardiovaskulární komplikace způsobené zvýšeným tonem sympatiku ve smyslu arytmií a výkyvů krevního tlaku

mezi závažné pooperační komplikace vaginální části LAVH patří krvácení , které však lze příznivě ovlivnit lokální instilací ředěných vazopresorů.

Komplikace pooperační časné :

mezi časné pooperační komplikace patří krvácení, infekce v ráně nebo okolí, septický šok, pánevní flebotrombóza, tromboflebitida, vzácně se může vyskytnout paralytický nebo obstrukční ileus či poranění periferních nervů související s uložením pacientky na operačním stole

nauzea a zvracení patří mezi obecné nejméně závažné komplikace, ale doprovázejí 15 – 30% operačních výkonů a jsou významně častější po laparoskopických výkonech (6)

ještě několik hodin po výkonu je stále vyšší hladina oxidu uhličitého v krvi, což způsobuje bolesti pod klíčními kostmi, pokud je pacientka hypotermická a má

třesavku, její spotřeba kyslíku stoupá až 4x, proto je také důležitá monitorace vitálních funkcí (6).

Komplikace pooperační pozdní :

Infekce z invazivních vstupů

infekce močového ústrojí

hematom, absces

instabilita močového měchýře

tromboembolická nemoc

kýla.

Laparoskopické operace se řadí mezi velké gynekologické výkony. Chirurgická léčba a volba druhu operace gynekologických onemocnění musí být závislá na povaze onemocnění, věku , celkovém stavu pacientky a na očekávaném léčebném efektu (6). Jako každé jiné operaci, tedy i laparoskopii musí předcházet předoperační vyšetření a předoperační příprava.

Předoperační vyšetření:

Zahrnuje gynekologické klinické vyšetření, laboratorní eventuelně jiná pomocná vyšetření . Dnes v zájmu co nejkratší doby hospitalizace se u většiny pacientek preferuje provedení všech vyšetření (EKG, krevní obraz, biochemické vyšetření krve a moče a interní závěr) v ambulantních zařízeních.

Předoperační příprava:

Zajišťuje příznivé podmínky během operace a je především zaměřena na úpravu stravy před výkonem, vyprázdnění střev a přípravě operačního pole. Pacientka již v den příjmu jí velmi lehce nebo již vůbec, ale pije dostatek tekutin. Naposledy se může napít 6 hodin před operací. Dále je proveden výplach střev několika nálevy, aby vyprázdnění bylo pokud možno důkladné. Pacientka je pak na zevních rodidlech oholena. Na noc jsou obvykle ordinovány léky na uklidnění a na spaní. Ráno v den operace je v rámci prevence TEN provedena bandáž dolních končetin. Tato prevence je velmi důležitá, neboť tromboembolické komplikace patří mezi jedny z nejčastějších a nejzávažnějších komplikací spojených s operačním výkonem. Součástí profylaxe TEN je také podávání nízkomolekulárních heparinů a vstávání z lůžka již první den po operaci nebo, není-li to možné, tedy alespoň provádění aktivních cvičení zejména dolních končetin na lůžku. Samozřejmě součástí předoperační přípravy je také informovaný souhlas s anestezií, operačním výkonem a použitím krevních derivátů, poučení pacientky o důvodu operace, technice výkonu, možných chirurgických nebo anesteziologických komplikacích, o alternativních řešeních a o předpokládaném pooperačním průběhu.

Postup operace LAVH :

Po umístění pacientky do základní polohy, uvedení do celkové anestézie a po uložení nemocné do laparoskopické polohy, po přípravě operačního pole je Veresovou jehlou založeno kapnoperitoeum a zaveden 11mm teleskopický port v pupku nebo jeho dolním okraji, další dva 5 mm přídavné porty jsou zavedeny laterálně pod kontrolou zraku a při transluminiscenci břišní stěny s cílem vyhnout se poranění epigastrických cév.

Následuje detailní inspekce břišní dutiny a orgánů malé pánve. LAVH superiorního typu sestává z několika kroků. První krok spočívá v disekci infundibulopelvickeho nebo uteroovarického ligamenta, poté následuje protětí ligamentum rotundum, prostřizení vezikouterinní pliky a sesunutí močového měchýře, izolace děložních cév při hraně děložní, protětí přední nebo zadní stěny poševní s disekcí sakrouterinních vazů. Následuje poševní fáze provedením cirkulární incize pochvy s otevřením obou prostor. Další postup je již stejný jako standardní postup při vaginální hysterektomii. V poslední fázi je obnoveno kapnoperitoneum a provedena inspekce operačního pole, poté jsou odstraněny jednotlivé porty za pečlivého sledování peritoneálních incizí a výkon je zakončen suturou břišních řezů. Je zaveden Nelatonův katetr, někdy podle zvyklostí pracoviště je též zaveden drén a poševní tamponáda.

2.3. Základní informace o nemocné :

Pacientka 52 let, vdaná, zaměstnána jako úřednice, žije s manželem a dvěma dospívajícími dětmi ve vlastním bytě.

Rodinná anamnéza : otec zemřel v 76 letech na srdeční selhání

matka 74 let, hypertenze, revmatická polyarthritis, žije

sourozenci : bratr 54 let, zdrav

Osobní anamnéza : v dětství běžné nemoci

v r. 1981 léčba peptického vředu, nyní bez obtíží

alergie neudává

Farmakologická anamnéza : neužívá žádné léky

Gynekologická anamnéza : menarche ve 13 letech

menopauza v 50 letech

gynekologicky nestonala

před prvním porodem užívala přibližně 10 let hormonální antikoncepci, po druhém porodu až do menopauzy nitroděložní tělísko

porody : v r. 1985 spontánní, bez komplikací

v r. 1988 spontánní, lysis manualis placentae, po porodu 2 x transfuze bez reakce, děti zdravý

potraty : žádné

Sociální anamnéza : úřednice, vdaná, žije s manželem a dvěma dospívajícími dětmi v bytě v osobním vlastnictví

Okolnosti přijetí :

Několik měsíců obtíže ve smyslu bolestí v podbřišku tlakového charakteru, opakovaným vyšetřením u obvodního gynekologa a sonografickým vyšetřením byla stanovena diagnóza děložní myomatóza a prokázána progrese. Vzhledem k věku a intenzitě obtíží doporučena operační léčba.

20. 11. přijata na gynekologické oddělení k operaci.

Laboratorní vyšetření:

leukocyty	8,3 · 10 ⁹ /l
erytrocyty	4,82 · 10 ¹² /l
hemoglobin	148,3 g/l
hematokrit	0,437
trombocyty	334 · 10 ⁹ /l
Quickův test	v normě
INR	0,91
moč + sediment	negativní
sodík	137 mmol/l
draslík	4,2 mmol/l
chloridy	98 mmol/l
kreatinin	66 umol/l
kyselina močová	269 umol/l
ALT	0,21 ukat/l
AST	0,28 ukat/l

Váha 58kg, výška 170 cm, tělesná teplota 36,5°C, tlak krevní 110 / 60 mm Hg, orientovaná, spolupracuje, bolesti nemá.

Gynekologické vyšetření : děloha v AVF, myomatózní, zvětšená do velikosti 3. měsíce gravidity, okolí dělohy i adnexa bilaterálně bez patologického nálezu.

Závěr : uterus myomatosus crescens.

Průběh hospitalizace:

Pacientka byla přijata 20.11. den před operací z důvodu standardní předoperační přípravy. Dieta pouze tekutiny, střevní příprava. Pacientka byla poučena ošetřujícím lékařem a anesteziologem a podepsala informovaný souhlas s operací. Na noc dostala Hypnogen 1 tbl. p.o. Od půlnoci již nepije. Ráno v den operace po hygienické očištění zabandážovány dolní končetiny. Aplikována premedikace Oxazepam 1 tbl. p.o., Clexane 0,4 mg. s.c.

Operace:

Na operačním sále zavedena i.v. kanyla a pacientka uvedena do celkové anestezie. Poté umbilikální Veresovou jehlou založeno kapnoperitoneum 10 mm Hg a zavedeny trokary 1 x 10 mm umbilikálně a 2 x 5 mm v podbřišku. Děloha zvětšena do velikosti grav. m. III, ovaria s funkčními změnami, tuby volné. Postupně bipolární koagulace, prostřížení lig. infundibulopelvica a chordy, listů plica lata, prostřížení vesikouterinní pliky a měchýř kaudálně odpreparován. Poté vaginálně aplikován Adrenalin 20 ml do hrdla děložního, otevřen Douglasův prostor a vesikouterinní exkavace. Sakrouterinní vazy, bazální parametria a uterinní cévy zachyceny resekčními kleštěmi a ošetřeny Vicrylovým stehem. Extrakce preparátu, peritonealizace a sutura poševní stěny Vicryl pokračovacím stehem. Laparoskopická revize dutiny břišní. Výkon bez komplikací, peroperačně aplikován Amoksiklav

1,2 mg i.v., délka výkonu 90 min, krevní ztráta cca 150 ml. Zaveden permanentní katetr. Přeložena na JIP.

O. pooperační den

V 11 hod 30 min přijata na JIP, aplikována infuzní terapie, moč v katetru lehce sangvinolentní, TK 100/60 mm Hg, P 72, ordinován Tralgit 100 mg i.m. při bolesti, Dipidolor 1 amp. i.m. po 6 hod., Clexane 0,4 mg s.c. každých 24 hod.

Pacientka oběhově stabilizovaná, kontrola příjmu a výdeje tekutin, kontrola fyziologických funkcí. Třesavka, tělesná teplota 36 °C. Nechodí. Dechová cvičení a protahovací cviky DK na lůžku, bandáž dolních končetin.

1. pooperační den

Bez obtíží, bolesti mírné, kardiopulmonálně kompenzovaná, sutura klidná, flatus +, moč čirá, permanentní katetr ex, za pomoci sestry vstává z lůžka, medikace – dále Clexane 0,4 mg s.c. 1 /24 hod., Tralgit 50 mg tabl. při bolesti, bandáž dolních končetin, překlad na standardní oddělení, dieta kašovitá.

2. pooperační den

Bez obtíží, kompenzovaná, afebrilní, bolesti mírné, snesitelné, břicho měkké, nebolestivé, močení bez obtíží, stolice +, dieta č.3, medikace Clexane 0,4 mg s.c. 1/24 hod., bandáž dolních končetin.

3. pooperační den

Bez obtíží, afebrilní, operační rány klidné, bolesti neudává, propuštění do domácího ošetřování.

Další průběh léčby :

7. den po operaci provedeno ambulantní odstranění stehů, operační vstupy a jejich okolí klidné, bez zarudnutí, mírné bolesti v podbřišku, pacientka udává bolesti při močení, doporučen dostatek tekutin a kontrola při neustupujících potížích.

14. den po operaci výsledek histologického vyšetření - potvrzen myom, pacientka projevuje velkou psychickou úlevu, příznaky zánětu močových cest ustoupily

5 týdnů po operaci kontrola u obvodního gynekologa, pacientka zcela bez obtíží, schopna práce.

3. Ošetrovatelská část

3.1. Úvod

Ošetrovatelským procesem rozumíme systematické shromažďování údajů z dokumentace, z pozorování, z rozhovoru, z verbálních i neverbálních projevů nemocných. Rozpoznání a analyzování pacientových problémů, volbu řešení, plánování ošetrovatelských intervencí, kladení a uskutečňování cílů a jejich hodnocení, posouzení účinnosti ošetrovatelských intervencí. Ošetrovatelský proces znamená také celkové porozumění pacientovi. Je to nejen fundovaná odborná péče o nemocného, ale je to také míra empatie, schopnost poskytnout svému pacientovi pocit bezpečí, porozumění. Každý člověk, pacient, není jen souborem lékařských diagnóz, je to lidská bytost se vším všudy, se svými nemocemi, fyzickou nepohodou, ale i se svým psychickým prožíváním, svými sociálními vazbami.

Ošetrovatelský proces je neustále se měnící, variabilní proces, který ale má svá pravidla. Poskytování ošetrovatelské péče je rozděleno do několika kroků.

Prvním krokem je shromáždění a shromažďování údajů, ověřování a analýza informací, hledání odpovědi na otázku „kdo je můj pacient?“ (17), co nejdůkladnější zhodnocení pacienta, jeho předchozí život, sociální prostředí, jeho osobnost a postoje, jeho vztah k vlastnímu zdraví i k okolí. V tomto kroku je nejdůležitější dobře provedená odebraná ošetrovatelská anamnéza, a tím logicky správné zhodnocení aktuálního stavu nemocného.

Druhým krokem je stanovení ošetrovatelské diagnózy, které vychází z analýzy všech informací o pacientovi. Sestra spolu s nemocným eventuálně i s jeho rodinou identifikuje aktuální i potencionální problémy svého pacienta, stanovuje priority : co nemocného trápí, který problém se musí řešit hned a který se může odložit na pozdější dobu. Tuto fázi nemůže sestra

uskutečňovat sama, vždy se kromě klienta zúčastňují i ostatní členové ošetrovatelského týmu.

Třetím krokem je vypracování individuálního ošetrovatelského plánu, stanovení krátkodobých i dlouhodobých cílů, návrhy opatření na dosažení cílů, co očekává pacient a co očekává sestra a celý ošetrovatelský tým a co pro dosažení těchto cílů může udělat sestra a co pacient a jeho okolí. Spolu s pacientem pak sestra vypracuje individualizovaný ošetrovatelský plán, navrhne způsob a činnosti jak uskutečnit stanovené cíle.

Dalším krokem je samotná realizace ošetrovatelského plánu, diagnosticko terapeutická činnost ordinovaná lékařem. Ani tato fáze není rigidní, neustále se mění a modifikuje, mohou vystávat nové dříve neidentifikované či netušené problémy, realizaci sestra musí přizpůsobovat aktuální situaci, průběžně zpracovávat další poznatky a zapracovávat je do dalších ošetrovatelských plánů ve spolupráci s celým ošetrovatelským týmem.

Posledním krokem je zhodnocení efektu poskytnuté péče, ověření zda bylo dosaženo vytyčených cílů, objektivní změření úspěchu, subjektivní hodnocení pacienta, úprava plánu další péče, stanovení ostatních cílů, korekce již stanovených diagnóz a ošetrovatelských plánů.

Od sestry jsou vyžadovány nejen odborné znalosti, ale i kreativita, umění komunikace, chuť do práce, neustálé zdokonalování sama sebe i svých pracovních postupů, sebevzdělávání po celý profesní život.

Kvalita práce sester, jejich prestiž, společenské ocenění, to vše je ovlivňováno hlavně sestrami samotnými, jejich odbornou způsobilostí, lidskými kvalitami a odpovědností ke své práci.

Ve své práci jsem použila ošetrovatelský model Virginie Hendersonové. Koncepce tohoto modelu tkví v základních potřebách, které jsou složeny z potřeb biologických, psychických, sociálních a spirituálních. Je to souhrn 14 elementárních potřeb:

1. normální dýchání
2. dostatečný příjem potravy a tekutin
3. vylučování
4. pohyb a udržování vhodné polohy
5. spánek a odpočinek
6. vhodné oblečení
7. udržování fyziologické tělesné teploty
8. udržování upravenosti a čistoty těla
9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe nebo druhých
10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů
11. vyznávání vlastní víry
12. smysluplná práce
13. hry a účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. učení, objevování nového, zvědavost (17).

Tyto potřeby v různých stupních a intenzitě mají všichni lidé. Problém nastane, když člověk své potřeby uspokojovat nemůže např. z důvodu nemoci, stáří, neschopnosti. Zde nastupuje pomoc druhé osoby. Cílem ošetrovatelské péče je pomoci znovu obnovit soběstačnost a nezávislost člověka, klienta, pacienta. Moderní ošetrovatelství je zaměřeno na identifikaci a řešení ošetrovatelských problémů, na udržování a podpoře zdraví, na navrácení zdraví ale i na mírnění utrpení těžce nemocných a umírajících.

1. normální dýchání

Pacientka je nekuřačka, v anamnéze neudává žádné dýchací potíže, po výkonu je spontánně ventilující, bezprostředně po přijetí na JIP je však saturace kyslíkem pouze 84 %, proto je aplikována oxygenoterapie 6 l / min, dechová frekvence 18 dechů za minutu, po 30 minutách již saturace 95 %.

2. dostatečný příjem potravy a tekutin

Pacientka je zvyklá bohatě snídat, přes den jí málo, spíše odpoledne si dá nějaké hodnotnější jídlo. BMI je 20,8 takže tato pacientka může mít stravu pestrou a nemusí se vyhýbat „nedietním“ jídlům. Přesto preferuje ovoce a zeleninu, luštěniny, mléko a mléčné výrobky. Alkohol pije pouze výjimečně.

V pooperačním období je vyživována parenterálně, 4 hodiny po operaci zkouší čaj po lžičkách, 6 hodin po operaci je schopna si sama nalévat teplý čaj z termosky a napít se z hrnečku.

3. vylučování

Pacientka neudává v anamnéze problémy s vylučováním, kromě posledních několika měsíců před operací, kdy popisuje častější nucení na močení. Problémy se stolicí nemá. Po operaci má zavedený permanentní katétr, který odvádí lehce sangvinolentní moč, jež se však postupem času vyčistila. Pasáž střevní zatím několik hodin po operaci není, ale vzhledem k tomu, že zákrok byl proveden v dutině břišní, je nutno tomuto problému věnovat zvýšenou pozornost v následující péči.

4. pohyb a udržování vhodné polohy

Po operaci zaujímá spontánně úlevovou polohu na boku s koleny přitaženými k břichu, často se převrací na druhý bok, po aplikaci analgetik usíná opět v úlevové poloze.

5. spánek a odpočinek

Pacientka udává dlouholeté potíže s usínáním, léky nebere, snaží se zachovávat spánkové rituály, nespavost zvládá bylinkovými čaji, spí pouze 6 hodin denně, není zvyklá spát dlouho, ráno vstává brzy i o víkendech. Nyní bezprostředně po výkonu doznívají účinky anestetik a pacientka pospává, je však rušena provozem oddělení a zvukovými efekty infuzní pumpy a monitoru, což označuje jako nepříjemné ale nutné. Po pravidelných aplikacích analgetik, však vždy znovu usíná.

6. vhodné oblečení

V tomto pooperačním období není vhodná volba oděvu příliš důležitá, pacientka má na sobě nemocniční oděv, který chrání její stud. Sama uvádí, že svůj oděv momentálně nepotřebuje.

7. udržování fyziologické tělesné teploty

Pacientka v anamnéze udává intoleranci k chladu, říká, že je velmi „zimomřivá“. Při příjmu na JIP byla hypotermická a třásla se, po přidání další teplé přikrývky i po zaujmutí nejvhodnější polohy a trvalo několik minut než třes pominul a pacientka udává tepelnou pohodu.

8. udržování upravenosti a čistoty těla

Pacientka je zvyklá sprchovat se dvakrát denně ráno a večer, zuby si čistí také ráno a večer někdy i častěji. Nucený pobyt na lůžku vnímá negativně a velmi se těší na ráno první den po operaci, kdy bude moci vstát a osprchovat se. Prozatím také vzhledem k tomu, že trpí pooperační bolestí sama říká, že důkladná hygienická očista není příliš nutná. Oceňuje však umyvadlo s teplou vodou a s navlhčenou žínkou, pastu a zubní kartáček. Večer je schopna se otřít a vyčistit si zuby.

9. odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe nebo druhých

Bezprostředně po operaci hrozí výrazné riziko pádu z důvodu doznívající anestezie, proto je lůžko zabezpečeno zábranami. Pacientka je také několikrát v mezidobí podávání analgetik výrazně neklidnější a častěji se

převrací. Signalizační zařízení má v dosahu. Po čtyřech hodinách je však již zcela při vědomí a plně orientovaná, proto jsou zábrany odstraněny.

10. komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů

Pacientka je plačtivá, její pozornost je namířena k úlevě od bolesti a ke spánku, komunikuje velmi málo, ale mluvit s ošetřujícím personálem neodmítá. 6 hodin po operaci již komunikuje ochotněji.

11. vyznávání vlastní víry

Z předchozího rozhovoru s pacientkou vyplynulo, že je věřící nikoliv však aktivní. Momentálně možnost duchovní podpory neodmítá, spíše odkládá na pozdější dobu.

12. smysluplná práce

Pacientka má značně stresující zaměstnání a uvítá možnost fyzického i psychického odpočinku. Ve volném čase se věnuje výrobě bižuterie.

13. hry a účast na různých formách odpočinku a rekreace

Těší se, že se v období rekonvalescence bude moci více věnovat rodině a svým koníčkům. Má ráda dlouhé pěší vycházky do lesa.

14. učení, objevování nového, zvědavost

Pacientka je velmi inteligentní, o své chorobě získala mnoho pro ni užitečných informací, edukace a informace od ošetřujícího personálu vnímá

jasně a snaží se všemu porozumět. Je velmi zvědavá a jakmile odeznívá pooperační nevolnost vyptává se jasně a věcně, zajímá ji provoz na JIP, ptá se na účel a činnost přístrojů u svého lůžka.

3.2. Ošetřovatelská anamnéza :

Úřednice, často stresující situace v zaměstnání (pracuje na sociálním odboru MČ).

Zájmy a koníčky : dlouhé pěší výlety s rodinou, čtení – literatura faktu, výroba bižuterie.

Sociální a ekonomické poměry dobré.

Zcela orientována časem i místem, soběstačná, riziko pádu není.

Smyslová omezení – nosí brýle, jiná omezení nemá.

Komunikace bez problémů, všechny informace chápe, ale sama aktivně nevyhledává kontakt se sestrami ani s ostatními pacientkami. Chování spíše uzavřené.

Emoční stav labilní, projevuje obavy z operace a z výsledku histologie, je hospitalizována pro nemoc zcela poprvé a nemocniční prostředí na ni působí depresivně. Rodina projevuje velkou podporu, pacientka sama říká, že jí manžel a děti velmi pomáhají. I když prognóza jejího onemocnění je velmi dobrá, pacientka má přesto velké obavy o sebe a svou rodinu, má strach z bolesti a z pooperačního průběhu, ze ztráty kontroly sama nad sebou. Nabízenou pomoc ústavního psychologa odmítá, říká, že „to přece musí zvládnout sama, tak vážné to zase není“. Přesto ošetřovatelská diagnóza „úzkost“ je v tuto chvíli nejaktuálnější.

Po rozhovoru s lékařem a sestrou se strach z operace a z výsledku histologie poněkud zmírňuje.

Vzhled kůže a sliznic normální, stav výživy uspokojivý, žádná omezení stravy nemá a nevyžaduje.

Krátkodobý ošetrovatelský plán stanoven 1. den hospitalizace, 0. pooperační den, 15 minut po přijetí na JIP

Cíle tohoto dne :

pacientka bude pociťovat bolest v mezidobí pravidelných podávání analgetik maximálně do výše 4 desetistupňové škály

do odeznění anestezie zajistit bezpečnost na lůžku zábranami

do 30 minut po přijetí stabilizovat tělesnou teplotu

pacientka bude převážně spát

pacientka večer sama provede hygienickou očistu dutiny ústní

Zhodnocení dne:

Po odeznění anestezie nabyla nemocná bezpečně plného vědomí, večer na konci směny nemocná udává bolesti mírné intenzity stupně 3, provedla hygienickou očistu na lůžku. Plán byl splněn.

Dlouhodobý ošetrovatelský plán stanoven v den příjmu do nemocnice :

0. den

pacientka absolvuje předoperační přípravu, bude edukována a pochopí instrukce ošetřujícího personálu

1. den

ráno po operaci pacientka vstane a dojde s doprovodem sestry do sprchy

do poledne bude sama chodit

do večera bude spontánně močit

večer bude schopna sama provést hygienickou očistu

bude spát celou noc

2. den po operaci

budou spontánně odcházet plyny

pacientka nebude mít žádné známky infekce

bude udávat bolest do stupně 2 nebo nižší

bude přijímat normální stravu

3. den po operaci

propuštění do domácího ošetřování

pacientka nebude jevit známky infekce, bude bez bolesti

Zhodnocení dlouhodobého plánu :

rekonvalescence proběhla bez komplikací, plán byl splněn

3.3. Ošetrovatelské diagnózy

3.3.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy

Bolest z důvodu operačního zákroku

Bolest je nepříjemný prožitek, který doprovází onemocnění nebo jakékoliv porušení tkáňové integrity.

Pacientka v 11,30 hod přivezena z operačního sálu na JIP, pospává z důvodu doznívající anestezie, ale hladina anestetik postupně klesá a pacientka bude pociťovat bolest.

Cíl : v mezidobí pravidelné aplikace analgetik bude bolest co nejmenší, na škále od 1 do 10 do stupně 3 – 4.

Plán : sledovat projevy bolesti a chování pacientky, dotazem zjišťovat intenzitu bolesti, plnit přesně ordinace lékaře.

Realizace : plnění všech ordinací lékaře, kontrola bolesti po jedné hodině, v dalších hodinách po výkonu podání informací pacientce o aplikaci analgetik mimo pravidelnou ordinaci lékaře dle potřeby, pomoc pacientce zaujmout úlevovou polohu, důsledné vedení dokumentace.

Hodnocení : pacientka udává pouze mírnou bolest, ale k večeru se bolest zesiluje, pacientka uvádí stupeň 6 – 7, mimořádná aplikace analgetik dle ordinace lékaře, bolest ustupuje, plán byl splněn pouze částečně.

Změny fyziologických funkcí z důvodu anestezie a operačního výkonu

Monitorování fyziologických funkcí je nezbytné pro hladký průběh léčby a pro včasnou diagnostiku časných pooperačních komplikací.

Cíl : stabilizace sledovaných funkcí - saturace krve kyslíkem, dechová frekvence, krevní tlak, tělesná teplota, EKG, příjem a výdej tekutin budou ve fyziologických hodnotách.

Plán : sledovat hodnoty fyziologických funkcí na přístrojích, na kterých jsou nastaveny mezní hodnoty, kontrolovat účinnost podávaných léků, každou odchylku zaznamenávat, při významnějších výkyvech neprodleně informovat lékaře.

Realizace : sledování hodnot na přístrojích v daných časových intervalech, pečlivé záznamy do chorobopisu, po předání na JIP saturace kyslíkem pouze 84%, lékař ordinuje oxygenoterapii 6l/min, do 60 min je hodnota saturace 94%.

Hodnocení : monitorované hodnoty v normě, plán splněn.

Hypotermie z důvodu prochlazení organismu během operačního výkonu

Hypotermie nastává v důsledku vystavení organismu teplotě nižší než 37 ° C, delšího operačního výkonu a také v důsledku použití neohřívaného oxidu uhličitého použitého k insuflaci dutiny břišní.

Cíl : pacientka bude udávat tepelnou pohodu.

Plán : připravit další přikrývku, sledovat tělesnou teplotu.

Realizace : dodání jedné přikrývky navíc, po 10 minutách kontrola stavu, sledování neverbálních projevů pacientky (třes).

Hodnocení : při příjmu na JIP je tělesná teplota pouze 36°C, avšak během 10 minut se tělesná teplota upravuje a pacientka udává tepelnou pohodu, plán byl splněn.

Porucha soběstačnosti z důvodu pooperačního stavu

Pacientka je upoutána na lůžko, smí vstát až následující den, má tedy jen omezené možnosti sebeobsluhy.

Cíl : pacientka do 6 hodin po operaci bude schopna se sama napít, večer provede hygienu dutiny ústní.

Plán : připravit do dosahu nemocné čaj, hygienické potřeby.

Realizace : konvice s čajem a sklenice jsou v dosahu pacientky, stejně tak jako její osobní věci, mobilní telefon, papírové kapesníčky, hygienické potřeby, umožnění úkonů spojených s osobní hygienou – ručník, kelímek, pasta a kartáček na zuby, emitní miska.

Hodnocení : pacientka si sama nalévá čaj, večer si sama vyčistila dutinu ústní, plán splněn.

Nevolnost z důvodu anestezie

Nauzea a zvracení jsou častými důsledky celkové anestezie a operačního zákroku zejména v dutině břišní.

Cíl : pacientka nebude pociťovat nauzeu, nebude zvracet.

Plán: přesné plnění ordinací lékaře, aplikace Degan 1 amp. i.v., pomoc zaujmout úlevovou polohu.

Realizace : po překladu na JIP si pacientka stěžuje na nauzeu, čemuž nasvědčují i její neverbální projevy. Dostatečná hydratace infuzními roztoky dle ordinací lékaře.

Hodnocení : pacientka nezvrací, plán splněn.

Riziko pádu z důvodu odeznívající anestezie

Cíl : pacientka nespadne.

Plán : zabezpečit pacientku na lůžku, vytvořit bezpečné prostředí.

Realizace : zajištění lůžka postranicemi až do plného vědomí pacientky, po čtyřech hodinách pacientka plně orientována, odstranění zábran, které již nejsou zapotřebí.

Hodnocení : pacientka bezpečně nabyla plného vědomí, plán splněn.

Úzkost

Tato pacientka je obzvlášť plačtivá a úzkostná.

Cíl : pacientka bude psychicky stabilizovaná.

Plán : zajistit zmírnění úzkosti

Realizace : vhodným rozhovorem navodit atmosféru důvěry, namířit pozornost směrem k uzdravování a zlepšování zdravotního stavu, ústupu obtíží.

Hodnocení : úzkost mírně ustoupila, plán splněn částečně, další edukace je nutná.

3.3.2. Potencionální ošetřovatelské diagnózy

Riziko infekce

Cíl : nedojde k infekci

Plán : péče o operační rány, i.v. kanylu a o uzavřený močový systém, dodržování všech zásad asepse, pravidelné kontroly tělesné teploty

Realizace : sledování potencionálních známek infekce, edukace pacientky o dodržování správné hygieny rukou a o péči o kůži a operační rány, kontrola tělesné teploty v nařízených intervalech, ochrana před nozokomiální infekcí.

Hodnocení : pacientka nejeví žádné známky infekce, cíl splněn.

Potencionální riziko TEN z důvodu operačního zákroku a omezené pohyblivosti.

Cíl : pacientka nebude ohrožena TEN.

Plán : edukovat pacientku o nutnosti bandážování DK a aplikaci antikoagulancií, rehabilitace.

Realizace : aplikace Clexanu s.c. dle ordinací lékaře, bandáž dolních končetin, kontrola funkčnosti bandáže, kontrola dostatečné hydratace pacientky, v den operace dechová rehabilitace a procvičování dolních končetin na lůžku, první pooperační den úplná mobilizace, sledování potencionálních příznaků TEN (otoky, zarudnutí dolních končetin) a v tomto smyslu i poučení pacientky.

Hodnocení : žádné příznaky TEN, plán splněn.

3.4. Psychologie nemoci :

Choroba je velký zásah do života. Ze zdravého člověka se stává pacient a často tento stav změní celý jeho osud. Tato změna je rychlá, nečekaná, nevíтанá. Člověk je zaskočen, zasažen na nejcitlivějších místech, je nucen bojovat s obavami, studem, strachem a úzkostí. Dostávají se nové pocity, obtíže a problémy do nyníška neaktuální – bolest, stud, strach ze smrti, strach ze ztráty soběstačnosti. Většina lidí prožívá onemocnění jako ohrožující situaci. Velmi často se pak člověk zamýšlí nad svým dosavadním životem a přehodnocuje své priority. Mění se sociální role a mění se někdy velmi zásadně i uspokojování potřeb. Nejčastější potřeba všech pacientů je zcela pochopitelná a logická potřeba „být zdravý“. Nemoc často brání v uspokojování základních potřeb, mění způsob jejich vyjadřování. Psychická odezva na neuspokojení základních fyziologických potřeb je různá, mění se s osobností pacienta, délkou a závažností jeho chorob, odolností každého jedince.

V současné medicíně je zdůrazňován holistický, bio – psycho – sociální přístup k nemocnému člověku. Při ošetřování musí sestra postupovat se zřetelem na osobu jako celek, protože pacient v souvislosti se svým onemocněním prožívá celou řadu negativních emocí, pocitů a duševních stavů. Chování pacienta pak může nabývat nejrůznějších forem od úniku až po agresi. Ošetřovatelský tým a jeho profesionální kvality a postoje pak pomáhají pacientovi zvládnout jeho nelehkou životní situaci.

Tato pacientka však je velmi úzkostná, svou nemoc prožívá těžce, obzvlášť fakt, že operace je nutná. Obává se bolesti a výsledku histologického vyšetření. Snaží se potlačovat své znepokojující myšlenky. Pobyt v nemocnici vnímá velmi negativně, hlavně jí vadí ztráta soukromí, protože je na pokoji se dvěma dalšími pacientkami. Bojí se ztráty sebekontroly v bezprostředních chvílích po operaci. Po několika rozhovorech s ošetřujícím lékařem a sestrami však svou situaci hodnotí jako „nutné a přechodné nepohodlí“. Sama uznává,

že její stav je sice vážný nikoliv však ohrožující na životě. Negativně hodnotí své vyřazení z běžného života v práci i v rodině. Ve zvládnání její situace jí velmi pomáhá manžel a děti a jejich každodenní návštěvy.

3.5. Edukační plán

Edukace je komunikační proces, který pomáhá pacientovi zvládnout jeho strach a úzkostné stavy. U této pacientky je edukace a psychická podpora její a její rodiny velmi důležitá, neboť se jedná o nemocnou emočně labilní. Velký důraz je kladen na informovanost nemocné o pooperačním průběhu a o pobytu na jednotce intenzivní péče. Pacientka komunikuje bez problémů, všemu rozumí a chápe plně svá dočasná fyzická omezení. Obdržela pokyny o předoperační přípravě i v písemné formě. Všem prý rozumí, měla několik doplňujících otázek, které jí sestra a ošetřující lékař zodpověděli. Dále s ní bylo vedeno několik víceméně neformálních rozhovorů o průběhu pooperační péče, o diagnóze „tumor“ a o prognóze jejího onemocnění. Každý den provede sestra zhodnocení psychického stavu nemocné, poznatky zanesou do dokumentace, popřípadě navrhnou řešení.

Sestra, lékař, celý ošetřovatelský tým si na prvním místě musí získat důvěru pacienta a projevit schopnost empatie a ochotu pomoci, respekt k osobnosti nemocného. Celý tým musí komunikovat jasně a efektivně, ověřovat zpětnou vazbu, vyhodnotit komunikační bariery, zhodnotit faktory ovlivňující edukační proces nemocného jako např. zdravotní stav, emocionální ladění pacienta, zaměstnání, vzdělání, motivace, hierarchie hodnot, věk, sociální zázemí.

Prognóza :

Myom je nádor nezhoubný, možnost maligního zvratu je asi 1% (6), proto je prognóza této pacientky velmi dobrá.

4. Závěr:

Tato gynekologická diagnóza je jednou z nejčastějších indikací k operačnímu řešení, je to velký zásah do organismu ženy se zásadními fyzickými a psychickými dopady na její život. Moderní lékařská a ošetrovatelská péče se dnes zabývá nejen fyzickou chorobou, ale bio -psycho – sociálním stavem celého člověka. Kvalitní sesterský tým je její nedílnou součástí.

Seznam použitých zkratk :

AVF anteverse flexe

EKG elektrokardiograf

i.v. nitrožilně

LAVH laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

MČ městská část

s.c. podkožně

TEN tromboembolická nemoc

TK krevní tlak

TT tělesná teplota

5. Zdroje údajů a použitá literatura

lékařský chorobopis

ošetřovatelská dokumentace

pozorování pacientky

rozhovor s pacientkou a její rodinou

Seznam použité literatury:

1. Citterbart, K. et al. Gynekologie. Praha : Galén 2001. ISBN 80 – 7262 – 094 - 0
2. Červinková E. a kol., Ošetrovatelské diagnózy . Brno: NCO a NZO 2006. ISBN 80 - 7013 – 443 – 7
3. Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha : Grada 2001. ISBN 80 – 247 – 0242 – 8
4. Froňková, M., Mikšová, Z., Zajíčková, M., Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Praha : Grada 2006. ISBN 80 – 247 – 1443 – 4
5. Haškovcová, H., Informovaný souhlas. Proč a jak? Praha : Galén 2007 ISBN 978 – 80 – 7262 – 497 – 3
6. Holub,Z., Kužel, D. a kolektiv, Minimálně invazivní operace v gynekologii. Praha : Grada, Avicenum 2005 ISBN 80 – 247 – 0834 – 5
7. kolektiv autorů, Základy ošetrování nemocných. Praha : Karolinum 2005 ISBN 80 – 246 – 0845 - 6
8. Křivohlavý, J., Psychologie nemoci. Praha : Grada, 2002 ISBN 80 – 247 – 0179 – 0
9. Kudela, M. a kol., Základy gynekologie a porodnictví. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci 2004 ISBN 80 – 244 – 0837 – 6
10. Mastiliaková, D., Úvod do ošetrovatelství I.díl. Praha: Karolinum 2003 ISBN 80 – 246 – 0428 – 0
11. Mastiliaková, D., Úvod do ošetrovatelství II. díl. Praha : Karolinum 2002 ISBN 80 – 246 – 0429 – 9
12. Národní registr komplikací v gynekologické laparoskopii : www.gynekologie.org
13. Nejedlá, M., Šafránková, A., Interní ošetrovatelství I. Praha : Grada 2006 ISBN 80 – 247 – 1148 – 6

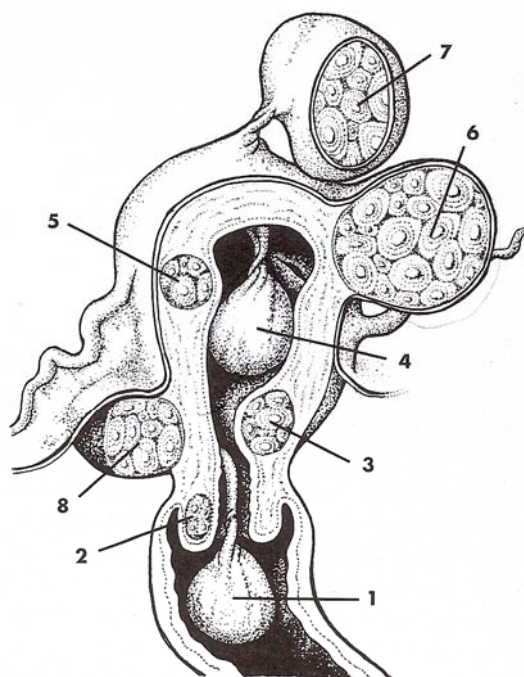
14. Nejedlá, M., Šafránková, A., Interní ošetřovatelství II. Praha : Grada 2006 ISBN 80 – 247 – 1777 – 8
15. Pavlíková, S., Modely ošetřovatelství v kostce. Praha : Grada 2006 ISBN 80 – 247 – 1211 – 3
16. Říčan, P., Psychologie. Praha : Portál 2005 ISBN 80 – 7178 – 923 – 2
17. Trachtová E. a kol., Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno : IDVZP, 2001. ISBN 80 – 7013 – 324 – 8
18. Vágnerová, M., Základy psychologie. Praha : Karolinum 2005 ISBN 80 – 246 – 0841 – 3

Přílohy :

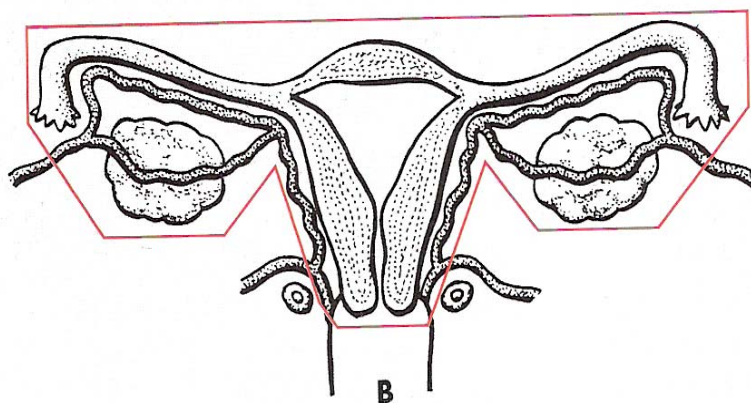
Kopie ošetrovatelské dokumentace

Lokalizace myomů v děloze (6)

Schéma hysterektomie s oboustrannou adnexektomií (6)



Obr. 15.14A. Lokalizace myomů v děloze. 1 - cervikální stopkatý »rodící se myom - myoma nascens«; 2 - cervikální intramurální; 3 - submukózní široce nasedající; 4 - intramurální; 5 - submukózní stopkatý; 6 - subserózní; 7 - subserózní stopkatý; 8 - subserózní intraligamentózní



Jméno pacienta:	datum	záznam č.
	hospitalizace na JIP	den
	<i>těl. hmotnost</i>	
ALRGIE		

PŽK	den
CŽK	
<i>dialyz. kat.</i>	
<i>Port/dlouhodobý kat.</i>	
ART. kat.	
Epid. katétr	
ETK/TSK	
Drén	
Moč. katétr	
Epicystostomie	

NGS	den
Sonda enter.	den
PEG	den
<i>filter/clave/posiflow</i>	
filtr epid. katétr	
<i>tlak. převodník</i>	CVP
	MAP
<i>filtr UPV</i>	
<i>odsávací souprava</i>	
<i>nebulizace/inhalace</i>	
<i>okruh/zvlhčovač</i>	
<i>vrap. adaptér</i>	

Hodnocení bolesti – použitá škála	VAS 0-10	FS 0-5	FLACC
	EDIN	NIPS	COMFORT

