

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Martina Čuřínová**

**Ošetřovatelské péče o pacientku  
po hysterektomii**

*Nursing care of the patient after hysterectomy*

Bakalářská práce

Praha, červen 2014

Autor práce: **Martina Čuřínová**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Nováková, MBA**

Pracoviště vedoucího práce: **FN MOTOL**

Konzultant: **as. MUDr. Jiří Pavlásek**

Pracoviště odborného konzultanta: **Gynekologicko - porodnická  
klinika FNKV a 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: **červen 2014**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 26. května 2014

Martina Čuřínová

Podpis:

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Janě Novákové MBA za cenné rady a trpělivost při zpracování ošetrovatelské části, as. MUDr. Jiřímu Pavláskovi za odbornou pomoc v teoretické části.

## Obsah

Úvod.....	6
1. Ženský pohlavní systém (organa genitalia feminina) .....	7
1.1 Vaječník /ovarium/ .....	7
1.2 Vejcovod (tuba uterina).....	7
1.3 Děloha (uterus).....	8
1.4 Pochva (vagina).....	10
1.5 Velké stydké pysky (labia majora pudendi) .....	11
1.6 Malé stydké pysky (labia minora pudendi) .....	11
1.7 Poštěváček (clitoris).....	12
1.8 Předšíň poševní (vestibulum vaginae) .....	12
2. Fyziologie a patofyziologie pohlavního cyklu ženy.....	12
2.1 Menstruační cyklus.....	12
2.2 Poruchy menstruačního cyklu .....	14
2.3 Menopauza .....	15
3. Charakteristika onemocnění.....	16
3.1 Lokalizace myomu .....	17
3.2 Sekundární změny v průběhu vývoje myomu .....	17
3.3 Klinické příznaky .....	18
4. Vyšetřovací metody .....	18
4.1 Ultrazvukové vyšetření .....	18
4.2 Magnetická rezonance .....	19
4.3 Posouzení biologické povahy .....	19
5. Terapie .....	19
5.1 Konzervativní terapie.....	19
5.2 Hysterektomie .....	20
5.3 Myomektomie – enukleace myomu.....	23
5.4 UAE – katetrizační intraarteriální embolizace myomu.....	24
5.5 Zásady gynekologického operování .....	24
6. Stav pacientky při příjmu.....	25
7. Průběh hospitalizace.....	28
7. 1 Předoperační příprava .....	28
7. 2 Pooperační péče.....	28

7.3 Prognóza .....	31
8. Charakteristika ošetrovatelského procesu.....	32
8.1 Kroky ošetrovatelského procesu.....	32
8.2 Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví.....	33
8.3. Ošetrovatelská anamnéza .....	35
9. Ošetrovatelské diagnózy .....	42
9.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy .....	42
10. Cíl, plán, realizace, hodnocení .....	43
11. Hodnocení psychického stavu pacientky .....	54
12. Edukace.....	55
<b>Závěr .....</b>	<b>57</b>
<b>Seznam odborné literatury: .....</b>	<b>58</b>
<b>Seznam použitých zkratk: .....</b>	<b>60</b>

## Úvod

Tématem této bakalářské práce byl ošetrovatelský proces u pacientky po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii (LAVH). LAVH je minimálně invazní metoda, při které je odstraněna děloha. Vzhledem k tomu, že se jedná o zásadní zásah do organismu ženy, který může mít trvale negativní vliv na psychickou stránku pacientky, rozhodla jsem se zpracovat toto téma formou případové studie

Teoretické část byla zaměřena na anatomicko – fyziologický úvod, na charakteristiku onemocnění, byly uvedeny vyšetřovací metody, terapie, stav nemocné při příjmu, průběh hospitalizace a prognóza.

V ošetrovatelské části byl vybrán ošetrovatelský model M. Gordon, charakterizován ošetrovatelský proces, zpracována ošetrovatelská anamnéza a diagnózy, vypracován krátkodobý plán péče včetně cílů, realizace a hodnocení, zhodnocen psychický stav nemocné a popsána edukace.

Informace byly získané rozhovorem s pacientkou, pozorováním během hospitalizace, ze zdravotnické dokumentace a od ošetrovatelského personálu na základě souhlasu pacientky.

## **Teoretická část**

### **1. Ženský pohlavní systém (organa genitalia feminina)**

Ženský pohlavní systém (organa genitalia feminina) rozdělujeme na orgány vnitřní a zevní. K vnitřním pohlavním orgánům (organa genitalia feminina interna) patří párové vaječníky a vejcovody, k nepárovým pak děloha a pochva. Zevní ústrojí (organa feminina externa) tvoří párové velké a malé stydké pysky a nepárové útvary (předsíní poševní a poštváček)(14).

#### **1.1 Vaječník /ovarium/**

**Ovarium** je ženská pohlavní žláza produkující ženské pohlavní buňky a pohlavní hormony (endokrinní funkce). Ovarium má šedorůžovou barvu a zvrásněný povrch. Tvar je oválný, ze dvou stran oploštělý, velikost kolísá mezi 3-5 cm x 1,5-3 cm, závisí na funkčním stavu organismu ženy. Poloha ovaria se liší u nulipary a u ženy, která již rodila. Mezi pravým ovariem a appendixem mohou být vazivové a lymfatické spojky, přes které se může šířit zánět oběma směry. Na povrchu je ovarium kryto jednovrstevným kubickým epitelem (zárodečný epitel). Pod ním je vazivová vrstva, ve které se rozlišuje kůra a dřeň. Kůra (**cortex ovarii**) je tvořena řídkým vazivem s ovarialními folikuly, ve kterých se nachází ženské pohlavní buňky v různém stupni vyžívání. V období pohlavní dospělosti folikuly dozrávají a zvětšují se. Zralý folikul (**Graafův folikul**) se dostává postupně velmi blízko k povrchu ovaria a při ovulaci zhruba 12. až 14. den cyklu praská, vajíčko se uvolní a je nasáto do ústí vejcovodu. Ze zbytků prasklého folikulu vzniká žluté tělíčko produkující hormony. Pokud dojde k oplození vajíčka, žluté tělíčko funguje až do konce 4. měsíce, kdy jeho funkci přebírá placenta (14, 2).

#### **1.2 Vejcovod (tuba uterina)**

**Tuba uterina** je pohyblivá párová trubice dlouhá 8-15 cm a slouží k transportu vajíčka do dělohy. V místě děložního rohu se jedním koncem spojuje s dělohou a ústí do jejího nitra (**ostium tubae uterinae**). Rozšířený konec (**ampulla tubae uterinae**) je volný, u vaječníku se otevírá do pobřišnicové dutiny (**ostium abdominale tubae uterinae**) a je lemovaný 10-15 řasami. Stěna



vejcovodu se skládá ze tří vrstev: ze sliznice, vrstvy svalové a serózní. Epitel sliznice je jednovrstevný cylindrický a obsahuje buňky s řasinkami a buňky sekreční. Svalovinu tvoří buňky hladkého svalstva. Vajíčko zachycené vejcovodem je pohybem řasinek a peristaltickými pohyby svaloviny vejcovodů dopravováno do dělohy (2).

### 1.3 Děloha (uterus)

Nepárový dutý orgán se silnou svalovou stěnou hruškovitého tvaru, uložený mezi močovým měchýřem a konečníkem. Umožňuje zachycení a vývoj oplozeného vajíčka od zárodku až do jeho porodu. Má tvar komolého kužele, který je v předozadním směru oploštělý. Zadní děložní stěna je obvykle vyklenutější, je dlouhá 7 cm, tělo (fundus) je široké 4-5 cm, v předozadním průměru 2,5 cm. Váží asi 50 g. **Uterus** má dvě části: děložní tělo (**corpus uteri**) a děložní hrdlo (**collum uteri, cervix**). Kaudální část děložního hrdla tvoří čípek, vaginální část dělohy (**portio vaginalis**). Na těle děložním se rozlišuje dno děložní (**fundus uteri**), rohy děložní (**cornua uteri**) a hrany děložní (**margo uteri**). V oblasti rohů děložních ústí vejcovody a odstupuje lig. teres uteri, které pokračuje dál pod peritoneem pánve do tříselného kanálu a končí v labia majora. **Cervix uteri** se pak dále dělí na horní úsek hrdla děložního (**portio supravaginalis**), nad připojením dělohy k pochvě a čípek děložní (**portio vaginalis**). Čípek děložní je část dělohy, která vyčnívá do pochvy a na jeho vrcholu je zevní branka děložní (**ostium uteri**). Sliznice v oblasti cervixu je složena do řas (**plicae palmatae**) (12, 14).

#### 1.3.1 Poloha dělohy

Základní postavení dělohy je v tzv. **anteflexi** a **anteverzi**. Anteflexe je ohnutí dělohy v isthmu dopředu, takže tělo míří dopředu nahoru a cervix dopředu dolů. Antevertze je překlopení anteflektované dělohy dopředu, takže tělo dělohy je nakloněno dopředu a cervix dozadu proti zadní stěně poševní. Díky tomu pak děloha s pochvou svírá úhel 70-100 stupňů. Kromě toho může být děloha pootočena do strany (torze) a posunuta stranou (lateropozice). Děloha je fixována podpurným aparátem děložním, který je tvořený svalovými a vazivovými strukturami označované jako **diaphragma pelvis** a **diaphragma urogenitale** a

závěsným aparátem, který tvoří parametrium. Parametrium je vazivo, které vybíhá ze subserózního vaziva dělohy pod peritoneum a je zahuštěno v charakteristické pruhy, tzv. parametrální vazy. Lig. cardinale uteri – kolem tohoto vaziv se děloha naklání vpřed či vzad. Jde od boků isthmus a cervixu až ke stěně pánevní. Lig. sacrouterina - párové vazy, které vedou od děložních hran vzad, obemykají rektum zprava i zleva. Lig. vesicouterina – párové vazy vedoucí od děložních okrajů kupředu na boční stěnu močového měchýře. Lig. teres uteri – jde od děložních rohů ke stěně pánve, probíhá tříselným kanálem a končí ve vazivu v labia majora. Serózní povlak dělohy je pevně srostlý s myometriem (12, 14).

### 1.3.2 Makroskopická a mikroskopická stavba

Děložní stěna je 10-15 mm tlustá. Stěna je tvořena sliznicí (**endometrium**), hladkou svalovinou (**myometrium**) a vrstvou subserózní (**tela subserosa**). Děloha je kryta serózou, na své horní ploše pak peritoneem. Endometrium je sliznice tvořená jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami, které kmitají směrem k ostium uteri. V podslizničním vazivu jsou žlázy tubulózního charakteru (**glandulae uterinae**). V oblasti ostium uteri externum na děložním čípku přechází epitel děložní v epitel poševní, mnohvrstevný dlaždicový s ostrou hranicí. Přesahuje-li děložní epitel až na zevní plochu čípku, hovoří se po tzv. erozi čípku. Tento epitel může být traumatizován či napaden některými z papilomavirů a může maligně transformovat. Děložní sliznice prodělává cyklické změny, které jsou vyvolány hormonálními vlivy. Myometrium je tvořeno snopci hladkého svalstva spolu s vmezeřeným vazivem. Svalovina je uspořádána do několika vrstev vzájemně se prolínajících a tvořících spirály, které při porodu kontrahují a pomáhají při vytlačování děložního obsahu. S myometriem je pevně srostlý serózní povlak dělohy. Na dělohu přechází vpředu z močového měchýře peritoneum ve výši isthmus a vytváří záhyb (**excavatio vesicouterina**) - mezi dělohou a rektum vzniká peritoneem vystlaná hluboká kapsa tzv. **Douglasův prostor** – lze punktovat z vaginy přes zadní klenbu poševní (12, 14).

### 1.3.3 Cévní a nervové zásobení

Děloha je zásobena z a. uterina a větvemi z anastomózy mezi a. uterina a a. ovarica. Žíly vytvářejí rozsáhlou pletěň, která se sbírá do v. uterinae, žilní spojky vedou do okolních venózních plexů. Plexus uterovaginalis dostává vlákna z plexus hypogastricus. Zdrojem sympatiku jsou segmenty Th11 – Th12 a parasimpatiku S2 – S4. V subserózním vazivu corpus uteri začíná hlavní lymfatická síť a směřuje do nn. lymphatici lumbales, do nn. liliaca interni a do nn. liliaca superficiales. Z oblasti cervixu a hrdla děložního směřuje do nn. liliaca interni a do nn. sacrales (12, 14).

### 1.4 Pochva (vagina)

**Vagina** je svalově vazivová trubice a její horní část je upevněna kolem děložního hrdla. Část hrdla vyčnívá do pochvy jako čípek děložní (**portio vaginalis cervicis uteri**). Rozlišuje se tzv. přední klenba poševní, která je kratší a méně vyklenutá. Druhá část se nazývá zadní klenba poševní, je hlubší, vyklenutější a hromadí se zde ejakulát. Dolní konec se nazývá zevní otvor poševní (**ostium vaginae**) a ústí mezi malé stydké pysky **do vestibulum vaginae** pod vyústěním močové trubice. Vchod je překryt tenkou proděravěnou slizniční řasou, která se označuje jako tzv. panenská blána – **hymen**. Stěna pochvy se skládá ze tří vrstev: sliznice, svaloviny a vazivové adventicie. Sliznice je tvořena vrstevnatým dlaždicovým epitelem, který je totožný v úseku děložního hrdla, který do ní vyčnívá. Vaginální epitel ovlivňovaný estrogény produkuje glykogen, který je zkvašen zvláštním druhem bakterií na kyselinu mléčnou. Tím se okyseluje hlenový sekret žlázek děložního hrdla, který stéká do pochvy a kyselá reakce brání přemnožení bakterií v pochvě /baktericidní účinek/, v krátké době usmrcuje i spermie. Pochva je bez žlázek. Další vrstva poševní stěny je vazivová vrstvička prostoupená hladkou svalovinou. Tato hladká svalovina je uspořádána ve vrstvách a to umožňuje její rozšíření do průměru hlavičky plodu během porodu. Zevně je pochva obklopená a připojená k okolním strukturám, jako je močový měchýř a močová trubice, adventiciálním obalem (paracolpium), který je bohatý na elastická vlákna. V dolní části pochvy se nacházejí příčně pruhované svalové

snopce mající charakter svěrače (**m. bulbospongiosus**). Ve vazivu procházejí žilní pleteně a svazky nervových vláken. Fixace pochvy k okolním orgánům, ke svalům pánevního dna a hráze je zajištěna adventiciálním vazivem. Před vaginou se nachází močový měchýř a močová trubice, za ní je uloženo rektum. Pánevní orgány jsou shora kryté peritoneem, které přechodem po zadní straně močového měchýře přes dělohu na rektum vytváří vkleslá místa. Nejhlubším místem je excavatio rectouterina (Douglasův prostor). Nachází se mezi přední stěnou rekta a zadní stranou dělohy, kde se za patologických stavů hromadí tekutina (krev, výpotek). Druhým mělkým prostorem je excavatio vesicouterina (Prousti), který leží mezi močovým měchýřem a dělohou. Pochva a uretra prochází štěrbinou, která se nazývá **hiatus urogenitalis**. Tato štěrbina vzniká tak, že m. levator ani a m. coccygeus ventrálně nespojí. Jinak centrální spojení svalových snopců tvoří vazivové centrum perineale uložené mezi perineem a rektum. Za rektum se snopce upínají do vazivového septum anococcygeum (12, 14).

### 1.5 Velké stydké pysky (**labia majora pudendi**)

**Labia majora pudendi** jsou kožní řasy, které obsahují velké množství tukové tkáně a tenkou vrstvu hladké svaloviny. Ve střední rovině svírají podélně uloženou štěrbinu zvanou **rýha stydká (rima pudendi)**. Jejich přední konce před a současně nad symfýzou spolu srůstají a přecházejí v zaoblený **trojhranný val (mons pubi)**. Vyvýšení – **hrma** - je tvořeno tukovým polštářem a shora je pokryto pubickým ochlupením s přesně ostrou hranicí kraniálně. Kůže na zevní straně stydkých pysků je více pigmentovaná a porostlá chlupy (pubes). Kůže na vnitřní straně je tenká, růžová, bohatá na žilní pleteně a četné mazové i potní žlázy. Přes tříselný kanál prochází do vazivové části velkých stydkých pysků **lig. teres uteri**. Obě labia majora se před preputium clitoridis spojují v commissura labiorum anterior, vzadu za vestibulum vaginae v sebe přecházejí v commissura labiorum posterior (2, 14).

### 1.6 Malé stydké pysky (**labia minora pudendi**)

**Labia minora pudendi** jsou kožní řasy bez ochlupení, jejich podklad tvoří řídké kolagenní vazivo, elastická vlákna a bohaté žilní pleteně. Jsou tenčí než labia majora pudendi a obsahují velké množství mazových žlázek. Na povrchu

jsou kryté vrstevnatým dlaždicovým epitelem. Vzadu za poševní předsíni pysky v sebe vzájemně přecházejí, vpředu se pysk každé strany rozděluje na dvě kožní duplikatuty, které **kolem glans clitoridis** vytvářejí prepucium **clitoridis**. V zevních genitáliích ženy je velké množství hmatových zakončení sensorických nervů (Vater-Pacciniho a Meissnerova tělíska) (2, 14).

### 1.7 Poštěváček (clitoris)

Klitoris je tvořen dvěma erektilními tělisky, která jsou zakončena glans clitoridis a jsou kryta kůží s četnými nervovými zakončeními. Začíná dvěma raménky (**crura clitoridis**), která jsou připojena k dolním ramenům stydkých kostí. Spojením obou ramének vzniká **corpus clitoridis** zakončený nepárovým hrbolkem **glans clitoridis**. **Corporus cavernosum dextrum et sinistrum** tvoří dvě topořivá tělesa klitorisu. Dalším párovým erektilním orgánem ovoidního tvaru, který je uložený kolem vaginální stěny pod spodinou velkých stydkých pysků, je **bulbus vestibuli**. Základem je žilní pleteň obklopená hladkou svalovinou a vazivem a při pohlavním vzrušení dochází pouze k jeho zduření (14).

### 1.8 Předsíň poševní (vestibulum vaginae)

**Vestibulum vaginae** je štěrbinovitý prostor ohraničený ze stran malými stydkými pysky, na jeho dno ústí močová trubice (**ostium urethrae externum**), za ním poševní otvor (**ostium vaginae**). Poševní otvor je z obou stran ohraničený malými stydkými pysky, do nichž tečkovitě ústí párové žlázy **glandulae vestibulares majores (Bartholini)**. Jsou párové a uloženy na m. transversus perinei profundus. Produkují mucinózní sekret, který zvlhčuje vchod poševní. Dále pak kolem močové trubice a klitorisu v předsíni poševní jsou uloženy **glandulae vestibulares minores** a udržují vlhkost kožního povrchu (14).

## 2. Fyziologie a patofyziologie pohlavního cyklu ženy

### 2.1 Menstruační cyklus

Jedná se o opakované periodické krvácení u žen začínající v pubertě a končící menopauzou. Děložní sliznice prodělává cyklické změny vyvolané

hormonálními vlivy a tyto změny a se označují jako menstruační cyklus a menstruace trvající obvykle 28 dní. Menarche neboli začátek menstruace se obvykle objevuje okolo 12. roku života. Poslední menstruační krvácení nastává u většiny okolo 50. roku, závisí na mnoha faktorech a nastává klimakterium. Menstruační cyklus trvá zhruba 24-36 dní a probíhá v několika fázích (4, 7).

### 2.1.1 Ovariální cyklus

**Fáze folikulární:** základní jednotkou v ovariu je folikul, který obsahuje oocyt. Na počátku každého cyklu se začíná zvětšovat několik folikulů, kolem 6. dne vzniká folikul dominantní, který má nejvíce receptorů FSH (FSH hormon stimuluje růst folikul). Obaly oocytů produkují estrogény (estradiol), které zajišťují růst nové sliznice (endometria). Hladina estrogenů se reguluje negativní vazbou na hypofýzu, největší folikul produkuje inhibin, který snižuje hladinu FSH.

**Ovulace:** k ovulaci dochází kolem 14. dne menstruačního cyklu a vajíčko je vypuzeno do břišní dutiny. Je uchopeno fimbriemi vejcovodu a dopraveno do dělohy. Pokud nedošlo k oplození vajíčko, to degeneruje a je vypuzeno. Ovulace nastává, když dozraje folikul. Uvolňuje velké množství estradiolu a zpětná vazba uvolní luteinizační hormon. Na podnět tohoto hormonu vzniká žluté tělísko. Pokud nedojde k oplození, zaniká.

**Luteální fáze:** stěna folikulu je po vypuzení vajíčka zřasená a v krátké době po ovulaci dojde k jejímu zmožutnění a vytvoří se tzv. žluté tělísko (corpus luteum). Vylučuje progesteron, který je důležitý pro přípravu endometria v raném stadiu těhotenství a jeho vývoj závisí na tom, zda bylo vajíčko oplodněno či nikoliv. V prvním případě vzniká těhotenské žluté tělísko, v druhém případě žluté tělísko menstruační, které pokračuje v růstu 10-12 dní po ovulaci. V tomto období má slabě nažloutlou barvu. V dalších dnech se postupně zmenšuje a po několika týdnech zůstává pouze vazivová jizvička. Zánik žlutého tělíska trvá delší dobu, proto se ve vaječniku ženy v době pohlavní zralosti nachází vždy několik žlutých tělísek v různém stádiu zániku. Pokud dojde k otěhotnění, vývoj a trvání

jsou stimulovány choriovým gonadotropinem. Obvykle je plně vyvinuto po dobu 6 měsíců, pak postupně zaniká. Jeho funkci přebírá placenta.

### 2.1.2 Endometriální cyklus

**Proliferační fáze:** začíná asi 5. den menstruačního cyklu a projevuje se proliferací žlázek, cév a povrchového epitelu. Ke konci této fáze dosahuje endometrium výšky 3-5 mm.

**Sekreční fáze:** začíná 15. den cyklu a končí 26. den. Endometrium je transformováno na sekreční a dosahuje výšky 7mm. Délka této fáze je zhruba 14 dní.

**Menstruační fáze:** asi 26. den cyklu začínají degenerativní změny na endometriu a vyvíjí se ischemická nekróza. Nekróza postihne endometrium a to se pak odlučuje a odchází s krví z dělohy jako menstruační krvácení. Menstruační krev se za normálních okolností nesráží. V období menstruace rozeznáváme 2 fáze – **deskvamační** (trvá 1 až 2 dny) a **regenerační** (trvá 2 až 3 dny). Délka trvání menstruace je 5-7 dní, z děložní dutiny vytéká do pochvy a odtud ven menstruační krev. Je nesrážlivá, obsahuje sekret endometriálních žlázek a cervikální hlen. Průměrná ztráta krve při menstruaci je 30 – 80 ml.

Fyziologický průběh menstruačního cyklu a menstruačního krvácení se označuje jako **eumenorea** (4, 7).

### 2.2 Poruchy menstruačního cyklu

**Oligomenorea:** menstruační krvácení přichází v intervalech delších než 31 dnů až po několika měsících v různě dlouhých intervalech. Krvácení může být pouze naznačené až slabé. Oligomenorea nemá specifický podklad, odráží sníženou cyklickou hormonální aktivitu.

**Amenorea:** menstruační cyklus není vůbec přítomen z důvodu fyziologických (těhotenství, menopauza), z důvodu nedostatečné výživy a nadměrné fyzické zátěže, z důvodu poruchy ovarií, z důvodu nádoru atd.

**Menoragie:** prodloužené a intenzivní menstruační krvácení. Příčinou může být hormonální porucha nebo i porucha ve srážlivosti krve.

**Metrorage:** krvácení z ženských pohlavních orgánů, které není menstruační. Příčinou může být hormonální deregulace, ale také nádorové onemocnění.

**Dysmenorea:** vystupňované obtíže vyskytující se během menstruačního krvácení. Potíže jsou lokalizovány do podbřišku, často křečovitého charakteru.

**Premenstruační syndrom:** dostavuje se 2 až 10 dnů před zahájením menstruačního cyklu. Patří sem změny nálad (podráždění, úzkosti, deprese), somatické změny (bolesti hlavy, střevní plynatost, napětí v prsou, otoky končetin). Patogeneze není známa (5).

### 2.3 Menopauza

Již od 35. roku věku můžeme zaznamenat první známky snižování ovariální funkce a tyto změny se postupně prohlubují, až posléze menstruační cyklus vymizí.

**Menopauza:** poslední menstruace v životě, následně rok nenastalo žádné další krvácení.

**Postmenopauza:** začíná rok po poslední menstruaci.

**Perimenopauza:** období kolem menopauzy.

**Klimakterium:** začíná zhruba v době, kdy se objeví klinické příznaky klesající funkce ovarií a končí nástupem postmenopauzy.

**Menopauza** představuje výraznou a viditelnou životní hranici, má psychologické a sociální důsledky. Reakce na menopauzu jsou individuální. U těžce fyzicky pracujících žen s menší mentální kapacitou se jedná o reakci pasivní. Pak může probíhat reakce hyperaktivní a reakce neurotická. Tyto ženy cítí ztrátu hodnot bez náhrady (odchod dospělých dětí, nemoc, stáří).



- **vazomotorické příznaky:** návaly horka, které trvají v průměru 3 – 4 minuty, jsou často provázeny až profuzním pocením. Návaly se někdy objevují i v noci a počet během 24 hodin je různý.
- **psychické změny:** změny nálady, úzkost, vyčerpání, pocit osamělosti, podrážděnost, ztráta libida, bolesti hlavy, nespavost.
- **osteoporóza:** jedná se o dlouhodobou změnu. Metabolismus kosti se v tomto období zrychluje, zvyšuje se resorpce kosti, novotvorba klesá, což vede ke ztrátě kostní hmoty. V důsledku to znamená častější zlomeniny.
- **ateroskleróza:** nedostatek estrogenů vede k proaterogenním změnám.
- **urogenitální změny:** deficit estrogenů prohlubuje morfologické změny pánevního dna, které jsou příčinou stresové inkontinence. Snížení prokrvení urogenitálního traktu a degenerace sliznice snižuje uzávěrový uretrální tlak i odolnost vůči uroinfekcím.
- **kůže a vazivové tkáně:** nedostatek estrogenů způsobuje rychlejší stárnutí kůže, ztenčování, atrofii epidermis.
- **onemocnění centrální nervové soustavy:** nejčastějším projevem klimakterického syndromu je deprese (3).

### 3. Charakteristika onemocnění

Pacientka byla hospitalizována k operačnímu řešení Uterus myomatosus. Jedná se o nejčastější mezenchymální nádor těla děložního – myom. Vyskytuje se nejvíce mezi 35. – 55. rokem života ženy a směrem k menopauze jeho výskyt narůstá. Rizikovými faktory jsou časná menarché, pozdní menopauza po 55. roce života, nulligravidita nebo porod jednoho dítěte. Jako prevence se dá považovat užívání hormonální antikoncepce (7, 10).

Růst myomu začíná v myometriu v podobě kulovitěho uzlu, který se postupně diferencuje od struktury původního myometria. Konzistence myomu je

tužší a barva světlejší, bělejší. Pruhy myometria v jeho okolí vytvářejí pouzdro myomu.

### 3.1 Lokalizace myomu

- **Intramurální myom** – zůstává ve stěně děložní a dochází ke zvětšení dělohy.
- **Subserózní myom** – větší část myomu se nachází mimo stěnu děložní.
- **Myoma pendulum** – tento typ myomu je s myometriem spojen pouze stoupkou, kterou vedou cévy vyživující myom. Je volně pohyblivý v dutině břišní.
- **Myoma intraligamentosum** – při růstu tohoto typu myomu dochází k jeho šíření mezi listy širokého děložního vazů do parametrií.
- **Submukózní myom** – vyvíjí se z nádoru blíže k dutině děložní a stahy myometria vytlačují myom do dutiny děložní. Sliznice myomu je zdrojem krvácení.
- **Uterus myomatosus** – naroste několik myomů v různých stádiích vývoje a různé velikosti (10).

### 3.2 Sekundární změny v průběhu vývoje myomu

- **Nekróza myomu:** je vyvolána torzí, kompresí nebo trombózou vyživujících cév a dojde k jejich ischemii a následné nekróze myomu nebo jeho části
- **Infekce myomu:** může nastat přechodem infekce lymfatickou cestou.
- **Atrofie myomu:** nastává po ukončení ovariální činnosti v seniu snížením vlivu estrogenů
- **Kalcifikace (zvápenatění):** jedná se o proces ukládání vápenných solí do tkáně myomu
- **Maligní zvrát:** jedná se o vzácnou komplikaci, histologicky jde o myosarkom nebo fibrosarkom (10).

### 3.3 Klinické příznaky

#### Genitální:

- **Krvácení:** zvětšené plochy endometria vzniká jako důsledek a jeho nepravidelným vývojem.
- **Bolest:** je vyvolána napínáním lůžka myomu při jeho růstu a rozpínáním dutiny děložní. Je intenzivní v období menses, při zvýšené námaze, při pohlavním styku a při stolici.
- **Tlak na okolní orgány:** může působit na ureter, močový měchýř a rektum.
- **Výtok:** vzniká následkem infekce ischemizovaného submukózního myomu.

#### Extragenitální:

- **Sekundární anemie:** vzniká v důsledku zvýšených krevních ztrát a sníženou schopností organismu tyto ztráty kompenzovat. Anemický syndrom se projevuje únavností, bledostí kůže a sliznic, dušností a palpácemi.
- **Riziko vzniku TEN:** jedná se o důsledek tlaku myomatózních uzlů (15).

## 4. Vyšetřovací metody

Základem diagnostiky jsou vyšetřovací metody a zobrazovací vyšetřovací metody, které upřesní klinické podezření. Podílí se pak také na optimálním sledování pacientek po léčbě (7).

### 4.1 Ultrazvukové vyšetření

Ultrasonografie před plánovanou hysterektomií poskytuje dostačující stručný popis myomatózní dělohy. Udává celkovou velikost dělohy, dominantního myomu (topografická lokalizace) a okolních pánevních struktru.

Detailní popis obsahuje:

- velikost v milimetrech
- sono – morfologie: echogenita oproti zdravému myometriu

homogenita tumoru a jeho vaskularizace

- umístění ve vztahu k vrstvám stěny děložní (submukózní, intramurální, subserózní případně pendulující) a přechody mezi těmito základními typy
- topografická lokalizace

Pro správnost vyšetření se kombinuje transvaginální sonda s frekvencí kolem 7 MHz se sondou transabdominální s frekvencí 3-5 MHz. V posledních letech se uplatňuje 3D ultrazvuk, který přesněji vyjadřuje velikost myomů pomocí objemu.

#### **4.2 Magnetická rezonance**

V diagnostice děložních myomů je nejpřesnější metodou. Je však limitována náklady a dostupností, u některých pacientek horší tolerancí. Diagnostické zobrazení děložních myomů přináší T2 (T2W) a T1 (T1W) vážené obrazy. T2 vážené obrazy posuzují strukturu myomu, T1 vážené obrazy s aplikací kontrastní látky nitrožilně zobrazují rozsah vaskularizace myomu.

#### **4.3 Posouzení biologické povahy**

Zobrazovací vyšetření poskytují nejednoznačné stanovení biologické povahy útvaru a je upřesněno histologickým vyšetřením. Například vyloučit sarkom je pomocí zobrazovacích metod velmi obtížné (8, 10).

### **5. Terapie**

#### **5.1 Konzervativní terapie**

K této terapii patří pouhé sledování pacientek a medikamentózní léčba. Volí se v případě, jestliže je cílem zachovat dělohu.

##### **5.1.1 Expektační postup (sledování)**

###### **- u žen plánujících graviditu**

Důležité je brát v úvahu údaje z reprodukční anamnézy (po úspěšné graviditě je postup konzervativnější než u pacientek s komplikacemi po abortech a

předčasných porodech). Sledování kromě standartního gynekologického vyšetření spočívá v pravidelných ultrazvukových kontrolách v intervalech 6 měsíců, adekvátně se zkracuje při nástupu obtíží.

#### **- u žen neplánujících graviditu**

Postup se výrazně neliší, cílem vyčkávání je vyhnout se zbytečným intervencím. Hlavním riziko představuje mylná diagnostika myomu. V případě nejasností je vhodné včas doporučit u těchto pacientek hysteroskopii s biopsickým odběrem z endometria (8).

### **5.1.2 Medikamentózní léčba**

#### **- léčba hormonální**

Preparát pro léčbu myomů GnRHa má za následek rychlé zmenšení myomů a celé dělohy, ale výsledek je limitovaný časem. Po vysazení preparátu dochází během několika měsíců k návratu myomu do původní (či dokonce větší) velikosti.

#### **- léčba symptomatická**

Mezi typické příznaky myomatózy patří abnormální děložní krvácení (hypermenorea, menoragie) a s nimi souvisí sideropenická anemie. Ostatní příznaky jsou pánevní bolest, dysmenorea, nadýmání, urologické obtíže. Používaná farmaka působí cíleně a patří sem antianemika, analgetika, preparáty železa, farmaka k léčbě krvácení.

V současné době je nejvyužívanější kombinace s léčbou chirurgickou. V další části práce bych se chtěla jednou z možností chirurgické léčby – hysterektomií (7).

## **5.2 Hysterektomie**

Odstranění dělohy je stále nejčastější velkou gynekologickou operací u žen. Nejčastější důvod k odstranění dělohy je zcela jednoznačně leiomyom

dělohy. Název vznikl spojením dvou slov řeckého původu **hystera** (děloha) a **ectomy** (odejmutí orgánu).

### **5.2.1 Abdominální hysterektomie**

Jedná se o klasický způsob pomocí řezu přes břišní stěnu. První vědecky doložená hysterektomie byla provedena v roce 1878 ve Vratislavi W. A. Freudem. Postup byl proveden v několika částech – incize břišní stěny, vysunutí střevních kliček, tři základní ligatury na každé straně. Po odstranění dělohy byla sešita pochva, pobřišnice a uzavřena břišní stěna. Operační techniku představil také v Praze, ale většina operatérů se obávala pooperačního zánětu pobřišnice, proto preferovali poševní přístup. V roce 1929 byla představena zjednodušená technika (Richardson ) (10).

Podle rozsahu a způsobu odstranění dělohy rozlišujeme:

- **hysterektomie úplná /totální/**
- **hysterektomie neúplná /subtotální/**

Nejčastějšími a nejzávažnějšími komplikacemi jsou krvácení, poranění okolních orgánů a tkání nejobávanější poranění dolních močových cest. Proto je velmi důležitá pečlivá pooperační kontrola. Je třeba věnovat pozornost zvýšené teplotě, necharakteristickým bolestem, kdy se může jednat o přítomnost infikovaného hematomu, abscesu, lézi močovodu či pánevní flebotrombózu. Pak přichází v úvahu moderní diagnostické postupy (sonografie, CT dutiny břišní a pánve, hematologické vyšetření, hemokultura, CRP). Nejzávažnějším stavem je plicní embolie, která je preventivně zajištěna miniheparinizací.

Zásadní indikací k abdominální hysterektomii jsou myomy, které svou velikostí nedovolují zvolit laparoskopický nebo vaginální přístup, popř. jsou spojené s nálezy na adnexech, event. je objemná myomatóza spojená s úzkou pochvou či má pacientka v anamnéze břišní operace, které mohou znamenat zvýšené riziko adhezivního procesu.

### 5.2.2 Vaginální hysterektomie (VH)

Vaginální hysterektomie se řadí k základním operačním technikám řady operatérů, pomocí kterého odstraňují dělohu. Operační technika vaginální hysterektomie souvisí s anatomickými podmínkami a dělí se:

- **vaginální hysterektomie při sestupu a výhřezu rodidel**
- **standartní vaginální hysterektomie** (častý způsob provádění VH, velikost dělohy odpovídá cca 2. měsíci gravidity)
- **vaginální hysterektomie při objemné děloze** (hmotnost dělohy do 300g)

Základem bezpečného provedení VH je správné zhodnocení velikosti dělohy a polohy mezi přední poševní stěnou, močovým měchýřem a cervixem. Rozdělení komplikací: pooperační časné, pozdní pooperační.

VH je indikována u žen s odpovídající velikostí myomu, pohyblivostí dělohy a prostorností pochvy.

### 5.2.3 Laparoskopická hysterektomie (LH)

První laparoskopická hysterektomie u nás byla provedena v roce 1992 v Brně MUDr. Vladimírem Dvořákem. Pod pojem LH lze přiřadit typy výkonů, které k odstranění dělohy používají laparoskopii. K nejčastějším indikacím LH se řadí benigní choroby pánevních a pohlavních orgánů a také děložní myomatóza.

#### - Laparoskopická supracervikální hysterektomie (LSH)

LSH se provádí u mladých žen, které neplánují další graviditu, byl u nich diagnostikován děložní myom a výsledek onkologické cytologie byl opakovaně normální. Tato metoda celkově umožňuje kratší operační čas a jsou chráněny důležité struktury pánevního dna.

### **- Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH)**

Jedná se o zákrok, kdy je část operačního výkonu provedena laparoskopicky a děloha je vyjmuta vaginálně. Operační technika LAVH probíhá v pěti fázích.

K nejčastějším indikacím LAVH patří benigní choroby dělohy a adnex, prekancerózy děložního hrdla, těla a ovaria, karcinomy endometria v časném stadiu.

Relativní kontraindikací je obezita, předchozí mnohočetné laparotomie. U pacientek s kardiálním onemocněním III. a IV. stupně hrozí riziko selhání oběhu, protože se výkon provádí v nevýhodné Trendelenburgově poloze a tudíž LAVH není vhodným přístupem.

### **- Totální laparoskopická hysterektomie (TLH)**

Častou indikací k metodě TLH je úzká pochva u žen, které dosud nerodily, nebo hmotnost dělohy přesahující 1000 g, dále pak patologické benigní nebo maligní nálezy u obézních žen.

Operační technika TLH spočívá v úplném uvolnění dělohy od závěsných a podpurných struktur laparoskopicky a může se kombinovat se známými operačními technikami (elektrochirurgie, laser, atd.).

Při volbě operačního postupu se jednotlivá pracoviště přiklání k tradičně používaným technikám lékařů, k technickému a personálnímu vybavení, ale obecně se v posledních letech preferují miniinvazivní postupy (vaginální, laparoskopická, laparo – vaginální) (8).

### **5.3 Myomektomie – enukleace myomu**

Odstranění asymptomatických myomů lze provést pomocí myomektomie jak laparoskopicky tak abdominálně. Pro pacientku to znamená zachování dělohy. Existují také určitá rizika tohoto postupu (perioperační komplikace, ruptura dělohy). Lze tak odstranit menší myomy pomocí pevných úchopových kleští, kdy



se v prořízne povrchní kapsula dlouhými zahnutými nůžkami. Větší myomy se odstraňují po částech (10).

#### **5.4 UAE – katetrizační intraarteriální embolizace myomu**

Jedná se o použití embolizačních materiálů, které pronikají do mikrocirkulace myomu, což má za následek výrazné zmenšení myomu a úpravu pacientčinych obtíží. Původně byla UAE používána jako příprava např. před myomektomií, ale vzhledem k dosaženému efektu se využívá také jako samostatná terapie (10).

#### **5.5 Zásady gynekologického operování**

Operace je invazivní způsob léčby gynekologického onemocnění v případě, že onemocnění je neléčitelné jiným známým a účinným způsobem léčby a jsou-li možnosti neinvazivní léčby vyčerpány.

##### **5.5.1 Příprava nemocné k operaci**

- **psychická** – jedná se o důležitou součást přípravy před plánovanou operací, pobyt v nemocnici je potřeba zkrátit na nejnutnější dobu a veškerá možná vyšetření provést ambulantně
- vhodně vedeným rozhovorem informujeme pacientku o možném průběhu operace a pooperačního období, uvedeme eventuální možné komplikace a možnosti jim předcházet
- poskytujeme čas na promyšlení případných otázek
- předkládáme k podpisu informovaný souhlas s operací
- **obecná somatická příprava:** hospitalizace pacientky 1 den před výkonem, provádíme běžná laboratorní vyšetření biologického materiálu (hematologické, biochemické, mikrobiologické, sérologické), vyšetření moči, onkocytologii děložního hrdla
- další doplňující vyšetření provádíme dle individuálních rizik ženy

- **speciální somatická příprava:** spočívá v úpravě stravy, vyprázdnění střev (projímová směs např. Fortrans, Yal nebo očistné klyzma) a v přípravě operačního pole oholením (podbřišek, hrma, popř. vulva, perineum), (15).

## **6. Stav pacientky při příjmu**

Pacientka R. K., 49 let, přijata k plánované laparoskopicky vaginální hysterektomii pro uterus myomatosus.

### **Sociální anamnéza**

Paní R.K. žije v Trutnově se svým přítelem v bytovém domě a má dvě dospělé děti. Mladší dcera žije s přítelem v Praze, proto na základě doporučení dcery podstoupila zákrok na pražském gynekologickém pracovišti. Starší syn žije s manželkou v Úpici nedaleko Trutnova a s paní R. K. se příliš nestýká v důsledku špatných vztahů po rozvodu rodičů. Volný čas tráví s přítelem v přírodě.

### **Rodinná anamnéza :**

Matka zemřela v 63 letech (IM), otec zemřel v 67 letech (IM), mladší sestra ŠZ, 2 děti – astmatici

### **Pracovní anamnéza:**

Pacientka pracuje ve vlastním obchodě s bytovými doplňky, vystudovala VŠE

### **Osobní anamnéza:**

astma bronchiale

Stp. 1x susp. Epileptický záchvat (2004)

Stp. operaci vazů pravého kolene, pooperační trombóza (2007)

Stp. Operaci varixů vpravo

Uterus myomatosus k operačnímu řešení

### **Gynekologická anamnéza:**

2 porody (1983, 1986)

1x UPT (1992, 6. týden)

menarche v 10 letech, posledních 6 let nepravidelně cyklus 20-23/6

hormonální antikoncepce - ne

mamografie – ne

gynekologické kontroly – pravidelně každého cca ½ roku

gynekologické operace: cur.probat. neg. hist. 2007

HSK (2012)

### **Alergická anamnéza**

pyly, peří, kočka

### **Abusus**

kouření – ne

drogy – ne

alkohol - příležitostně

**Očkování:** tetanus 2008

### **Farmakologická anamnéza:**

**Combair 100/6** – (Beta2- sympatomimetikum)

- roztok k inhalaci používaný k terapii průduškového astmatu

**Berodual** – (Bronchodilatancia, antiastmatika)

- forma: tobolky do inhalátoru

- přípravek vhodný k léčbě akutních záchvatů astmatu

**Lamictal 50** – (Lamotriginum)

- forma: tablety

- blokuje v mozku přenos signálů vyvolávající epileptické křeče (záchvaty), příznivě ovlivňuje psychický stav nemocného a jeho povahové vlastnosti

**Sorbifer** – (antianemikum)

- forma: tableta

- suplementace železa

**Flonidan** – (Loratadinum) – antialergické účinky(11)

### **Nynější onemocnění**

Pacientka odeslána k LAVH + preventivní odstranění obou adnex bez ohledu na jejich vzhled a stav.

### **Lékařská anamnéza**

EKG: SR, TF 80, převody v normě, neg. T III., bez ischemických změn

Plicní vyšetření: 8. 1. 2014 z hlediska spirometrického není výhrad proti výkonu v celkové anestezii.

TK 135/90

178cm/ 84 kg

Vyšetření: subjektivně bez obtíží, nyní před menses, graviditu neplánuje,

vaginálně pochva klidná, palpačně nebolestivá.

DG: N 924 Nadměrné krvácení v období před menopauzou.

Indikace k LAVH + preventivní odstranění obou adnex bez ohledu na jejich vzhled a stav.

**Závěr:** Pacientka schopna operace v celkové anestezii. Vzhledem k pooperačnímu trombosu po operaci úrazu kolene je vhodná předoperační prevence TEN – miniheparinizace.

## **7. Průběh hospitalizace**

### **7.1 Předoperační příprava**

Pacientka byla hospitalizována 1 den před výkonem- v odpoledních hodinách proběhla příprava operačního oholením, bylo podáno klyzma

- večerní příprava – ve 20 hod. podán Fragmin 2500j.

ve 22 hod., 1 tbl p.o. Hypnogen

- ranní příprava – zavedení PŽK na LHK, bandáž dolních končetin
- 6 hod Dormicum 7,5g 1tbl p.o.
- premedikace Dipidolor 1 amp. i.m. ½ hod. před výkonem
- operace probíhala 8,15 – 10,15 hod.
- výkon bez komplikací, pacientka dle zvyklostí oddělení umístěna po výkonu na JIP

### **7.2 Pooperační péče**

1. sledovat fyziologické funkce TK, P po 15 min – 4x, dále po 1 hod.

bilance tekutin za 6 hod.

kontrola krvácení

2. O<sub>2</sub> brýle, 3l/min, zvlhčení
3. Fragmine 2500j. s.c. ve 20,00 hod
4. Analgezie: Dipidolor 3-1 ml/hod i.v. dávku snižovat

Diclorem 100mg supp. (1 supp. p.r. po 12hod.)

Perfalgan 1 g i.v. při bolesti (max 4g/24hod.)

5. Infuze: 2x Plasmalyte - roztok 1000ml s 5% glukózou (125ml/hod.)+6 j. Humulin R (dle glykémie – 5,4 nepodávat) + 10 j.Calcium Biotika do 1. Plasmalyte, Celaskon do 2.Plasmalyte

6. volně popíjet čaj / vodu za 2 hod.

7. ATB dávky i.v. /100ml FR

Cefazolin 1g (16, 24 hod)

6. ráno kontrolní náběry (KO), kontrola glykémie před infuzí G

7. Diazepam 10mg tbl. Na noc

#### **Aktuální medikace:**

**Fragmin 2500 j.** – (Nízkomolekulární heparin)

- prevence operační trombózy, téměř úplná biologická dostupnost při s.c.podání, v jedné denní dávce

**Hypnogen** – ( Zolpidem), tablety

- krátkodobé netoxické hypnotikum, při nespavosti
- po podání zkracuje dobu usínání, snižuje počet nočních probuzení, prodlužuje spánek

**Dormicum 7,5mg** – (Midazolam), tablety

- hypnotikum s velmi krátkým účinkem, premedikace před celkovou anestezií

**Dipidolor 1 amp.-** (Piritramid)

- silné opioidní analgetikum, účinek cca 6 hod., podání parenterálně

**Dicloream 100mg supp.** -(Analgetikum, antipyretikum)

- tlumí bolest, snižují zvýšenou tělesnou teplotu

**Perfalgan 1g** –(Paracetamol)

- analgetické, antipyretické účinky, i.v. podání

**Plasmalyte 1000ml** – (Elektrolyt)

- izotonický infúzní roztok k i.v. podání
- nahrazuje objem ztracené tekutiny např. při operaci

**Humulin R** – ( Inzulin)

- rychle působící inzulínový přípravek, používá se k dlouhodobé kontrole hladiny cukru v krvi

**Cefazolin** – (Antibiotikum cefalosporinové)

- antimikrobiální, baktericidní účinky
- profylaktický účinek, i.v. podání

**Diazepam** – (Sedativum, anxiolitikum)

- zklidňující účinek, odstraňuje úzkost, při léčbě epilepsie
- tablety

**Celaskon** – (Vitamín)

- při rekonvalescenci, podporuje hojení ran

**Calcium biotika** – (kalcium –glukonát)(11)

Pacientka byla z operačního sálu převezena na JIP, kde strávila 24 hodin po operaci. 1. pooperační den byla přeložena na standartní oddělení, kde byla hospitalizována do 5. pooperačního dne. Poté byla propuštěna do domácí péče a byla jí doporučena šestitýdenní sexuální abstinence, o zákazu zvedání těžkých břemen a návštěvě svého gynekologa.

### **7.3 Prognóza**

Paní R. K. byla propuštěna do domácí péče po 6 denní hospitalizaci. Z hlediska somatického po prodělaném zákroku bez obtíží, bez bolestivých projevů. Vzhledem k tomu, že byla odstraněna příčina zdravotních problémů a pacientka si uvědomuje nutnost dodržování správné životosprávy (úprava váhy, změna jídelníčku), stav po LAVH je velmi uspokojivý. Doporučena kontrola u obvodního gynekologa po 6 týdnech, v akutním případě návštěva ihned.



## OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

### 8. Charakteristika ošetrovatelského procesu

Ošetrovatelský proces vychází z potřeb fyzických, psychických, sociálních a duchovních. Cílem ošetrovatelského procesu je stanovení a vypracování odborného postupu při uspokojování potřeb nemocného. Probíhá v jednotlivých fázích, které se vzájemně prolínají a doplňují. Vzhledem k tomu, že je cílený a plánovaný, umožňuje individuální přístup ke každému pacientovi. Pacient má možnost se spolu se sestrou aktivně zapojit do jednotlivých aktivit při hledání řešení zdravotního problému. Základem správného stanovení ošetrovatelského procesu je komunikace mezi sestrou a pacientem. Celý proces je průběžně zaznamenáván do ošetrovatelské dokumentace.

#### 8.1 Kroky ošetrovatelského procesu

**HODNOCENÍ** - získáme specifické informace o individuálních potřebách pacienta, o zdravotních problémech, o způsobu života, o obavách a strachu, o rodině a příbuzných pacienta, o fyziologických funkcích. Kvalitní údaje sestra získá na základě důvěryhodnosti, která je součástí interpersonální kompetence sestry (11). Výsledkem je ošetrovatelská anamnéza.

**DIAGNÓZA** – analýza veškerých sebraných dat umožní stanovit ošetrovatelské diagnózy. Pro stanovení správné diagnózy musí být sestra vybavena intelektuálními kompetencemi, tzn., že sestra musí znát definice a určující znaky diagnóz, které jsou běžné v populaci. Měly by mít také přístup k adekvátním informacím. Dalším důležitým aspektem je schopnost přemýšlet, přestože donedávna nebyl kladen důraz na myšlenkové procesy (11).

Dělení diagnóz: **aktuální** – problémy nebo potřeby již existují

**potencionální** – problémy nebo rizika, které mohou v rámci

nemoci nastat

**PLÁNOVÁNÍ** – ošetřovatelské diagnózy jsou podkladem pro vytvoření individuálního plánu péče o konkrétního pacienta. Je stanoven krátkodobý cíl ošetřovatelské péče, který se aktualizuje v intervalu 24 hod a upravuje podle vývoje zdravotního stavu pacienta. Dále pak je stanoven dlouhodobý plán péče, který se vztahuje na delší časové období a výsledkem je cíl, který se dosáhne např. postupným nácvikem činnosti (11, 15).

**REALIZACE** – plán péče je realizován pomocí ošetřovatelských intervencí, které pomáhají dosáhnout pocitu osobní pohody pacienta.

**VYHODNOCENÍ** – podle reakce a přizpůsobení pacienta, podle rozsahu, podle aktuálního stavu a sestra má možnost zhodnotit účinnost zvoleného postupu (11, 15).

## **8.2 Marjory Gordon: Model funkčních vzorců zdraví**

Studovala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku, kde získala základní ošetřovatelské vzdělání. V bakalářském a magisterském studiu pokračovala na Unter College of the City University v New Yorku. Na Boston College pak obhájila doktorantskou práci z pedagogické psychologie na téma diagnostické hodnocení. V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování a v roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Působila jako první ředitelka NANDA, podílela se na sjednocení ošetřovatelské terminologie a diagnostiky, Na Boston College se účastní přípravy amerických sester k výkonu jejich povolání.

Model ošetřovatelství M. Gordon vychází z holistické a humanistické filozofie. Model vychází ze vztahu osoba – prostředí a sestra identifikuje funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. U zdravého jedince jsou identifikovány funkční

vzorci zdraví, pokud dojde k porušení rovnováhy, jsou identifikovány dysfunkční vzorce zdraví (13).

## **M.Gordon : 12 vzorců zdraví**

### **1. vnímání zdraví – udržování zdraví**

- popisuje, jak jedince vnímá své vlastní zdraví a jak o sebe pečuje v rámci životního stylu

### **2. výživa – metabolismus**

- základem jsou stravovací návyky nemocného (množství potravy, skladba jídelníčku, časové intervaly, pitný režim)

### **3. vylučování**

- zabývá se funkcí močového měchýře a střev (pravidelnost, inkontinence), kůže (pocení)

### **4. aktivita – cvičení**

- patří sem aktivity běžného denního života, volného času, rekreační aktivity, popř. aktivní způsob udržování kondice

### **5. spánek – odpočinek**

- důležitou součástí života spánek (pravidelné usínání, rituály před usnutím, používání hypnotik, noční buzení), relaxační a oddechové činnosti

### **6. citlivost (vnímání) – poznávání**

- vystihuje schopnost smyslového vnímání zejména bolesti (práh bolesti) a poznávací schopnosti jedince (řeč, paměť, orientace, schopnost rozhodování).

### **7. sebepojetí – sebeúcta**

- ukazuje, jak jedinec hodnotí sám sebe a jakou má o sobě představu

## **8. role – vztahy**

- jedná se o přijetí a plnění životních rolí, kvalitu mezilidských vztahů

## **9. reprodukce – sexualita**

- další důležitou součástí života jedince je sexualita, reprodukční období a s tím související změny, problémy

## **10. stres, zátěžové situace – zvládání, tolerance**

- popisuje celkový způsob tolerance, zvládání zátěžových či stresových situací

## **11. víra – životní hodnoty**

- obsahuje individuální životní hodnoty, cíle, náboženské vyznání

## **12. bezpečnost, ochrana**

- po zhodnocení dvanácti vzorců zdraví sestra rozezná funkční a dysfunkční chování v jednotlivých vzorcích zdraví. Pokud sestra identifikuje dysfunkční vzorec zdraví, jedná se o projev aktuálního onemocnění jedince nebo může být znakem potenciálního problému. Je potřeba ho označit, zformulovat ošetřovatelskou diagnózu v rámci ošetřovatelského procesu (6).

### **8.3. Ošetřovatelská anamnéza**

Ošetřovatelská anamnéza byla vytvořena 1. pooperační den na základě rozhovoru s pacientkou, s lékařem, s ošetřovatelským personálem, vlastním pozorováním, z dokumentace.

Údaje do anamnézy se získají od pacienta na základě správně vedeného rozhovoru, nejprve otevřenými otázkami a pak konkrétními zjišťujícími podrobnosti. Již v této fázi má zdravotník možnost si vytvořit příznivý vztah s pacientem a poznat způsob, jakým se pacient vyjadřuje (tón hlasu, výraz tváře) a uvažuje. Pacient zpravidla nebývá hned ochoten se se vším svěřit, je zapotřebí získat důvěru.

Mezi komunikační dovednosti patří naslouchání, protože pacient získá pocit důležitosti. Empatie umožňuje poznat duševní stav pacienta, rozpoložení a umožní o pacientovi přemýšlet. V důsledku nejasné komunikace může sdělení druhá osoba pochopit jinak, než jak bylo zamýšleno. Je třeba se ujistit, že pacient chápe souvislosti a zkontrolovat pochopení pomocí zpětné vazby.

Rozhovor by měl přinést poznání, čemu se pacient vyhýbá, co naopak líčí velmi podrobně. Důležitý je také postoj pacienta k nemoci a co nemocí získává nebo naopak ztrácí (1).

Vztah mezi pacientem a sestrou založený na důvěře vytváří základ úspěšné komunikace, neboť sestra získává nejvíce dílčích informací umožňujících lékaři přesnější diagnózu a pro edukační proces, který je součástí ošetrovatelského procesu.

**Diagnóza:** Nadměrné krvácení v období před menopauzou

**Výkon:** LAVH

**KS+Rh:** A neg.

**Přidružené choroby:** astma bronchiale

**Chronické medikace**

LAMICTAL

COMBAIR

BERODUAL

FLOMIDAN

**Alergie:** pyly, peří, kočka

**Fyziologické funkce:** TK 135/90, P 82/min, TT 36,3 st.C, D – 19/min., pravidelné, volné dýchací cesty.

**Krvácení:** ne.

**Příjem tekutin:** p.o.

**Peristaltika:** ano.

**Stolice:** ano (klyzma)

**Močení:** spontánní.

**Port:** ne.

**Spánek:** hypnotika.

**Mobilita:** samostatná, soběstačná.

**Minihaparinizace:** ano.

**Opiáty:** ne.

**Celkový vzhled, úprava:** pacientka působí čistě a upraveně, chtěla by zkrátit účes, nehty nelakuje.

**Konstituce:** výška 178 cm, váha 84 kg, BMI = 26,5

**Vědomí:** pacientka je plně orientovaná v čase a prostoru.

**Paměť a myšlení:** otázky chápe, rozumí rozhovoru.

**Pozornost:** při rozhovoru udržuje oční kontakt, soustředí se na rozhovor.

**Poloha a postoj:** poloha jen udržována aktivní a postoj vzpřímený.

**Chůze:** přirozená, neomezená.

**Kompenzační pomůcky:** polohovací lůžko a hrazdička.

**Úroveň soběstačnosti (podle Gordonové):** pacientka uspokojuje své životní potřeby.

**Kůže:** hydratovaná, bez edémů, bez krvácivých projevů, bez patologických změn

**Riziko dekubitů (podle Nortonové):** nehrozí.

**Chrup:** úplný, bez poškození.

**Zápach z úst:** není.

**Řeč:** srozumitelná, plynulá.

**Spolupráce s rodinou:** ano, kontakt s přítelem a s dcerou

### **8.3.1 Vnímání zdraví – udržování zdraví**

V dětství pacientka prodělala běžné nemoci bez vážného úrazu. V roce 2006 prodělala operaci vazy pravého kolene s pooperační trombózou, pak operaci varixů na PDK. Nyní se léčí s astma bronchiale, je alergická na pyly, peří, kočky. Vzhledem k prodělanému epileptickému záchvatu pravidelně užívá léky. Na gynekologické prohlídky docházela pravidelně. Současný zdravotní stav vnímá jako zhoršený, protože ji v posledních měsících trápilo silné menstruační krvácení doprovázené bolestí v podbříšku.

### **8.3.2 Výživa – metabolismus**

Pacientka udává váhový přírůstek během posledních tří let asi 12kg. Popisuje velmi pomalý růst váhy v rámci nepravidelného stravování. Po rozvodu s manželem zhruba před 5 lety a v důsledky špatných vztahů se synem občas kompenzuje psychickou nerovnováhu sladkým nebo přejídáním. Ráno většinou nestihne snídat, dává si pouze kávu. Během dopoledne stihne další dva šálky oslazené kávy a první jídlo je oběd kolem 12 hodiny v podobě bagety nebo obloženého chleba. Odpoledne většinou zhřeší další kávou se sladkým zákuskem, jinak tekutin vypije max. 1 litr slazené perlivé vody. Večer přichází domů už s citelným hladem a večere je velmi často teplé jídlo v podobě klasické české kuchyně (knedlíky, hranolky, smažené jídlo). Po večeři ještě většinou sáhne po sýru, tyčinkách, sladkostech. Usíná kolem půlnoci a v noci se budí v důsledku „těžkého žaludku“, jak sama říká.

### **8.3.3 Vylučování**

Paní R. K. udává problémy se zácpou. Stolice bývá 2-3x do týdne a velice obtížně. Často mívá pocit plnosti a trpí plynatostí. Projímadlo zatím nezkoušela, ale ráda by tento problém řešila.

### **8.3.4 Aktivita – cvičení**

Posledních pět let se paní R. K. nevěnuje žádné sportovní aktivitě, přestože byla velice aktivní. Dvakrát do týdne chodila na trénink volejbalu, v sobotu velice často odehrála turnaj. Ráda jezdila na kole.

### **8.3.5 Spánek – odpočinek**

Pacientka doma usíná kolem půlnoci, ráno vstává po šesté hodině. O víkendu většinou nevydrží spát déle, vstává zhruba kolem sedmé hodiny. Většinou s blížícím se koncem týdne je velice unavená a podaří se jí jeden večer usnout kolem 21. hodiny.

Na oddělení je umístěna na čtyřlůžkovém pokoji, má strach z operace a z cizího prostředí a určitě uvítá léky na spaní. Další dny byl spánek narušován chodem oddělení, brzkým ranním podáváním léků a ostatními pacientkami. Snažila se respektovat chod oddělení, ale těšila se na svůj klid domů.

### **8.3.6 Citlivost (vnímání), poznávání**

Pacientka používá brýle na čtení, nemá problémy se zrakem se sluchem. Je orientovaná časem i prostorem, na otázky odpovídá adekvátně. Ráda se pohybuje ve známém kolektivu, při kontaktu s novým prostředím potřebuje adaptaci. Při rozhodování potřebuje čas na zvážení a někdy hledá radu u přítele.



### **8.3.7 Sebepojetí, sebeúcta**

Pacientka sama sebe popisuje jako flegmatika, hodně váhá při rozhodování. V posledních letech prožívá zklamání z rozvodu a nevydařeného vztahu se synem. Vždy měla představu o společném životě celé rodiny dohromady s vnoučaty a nyní se s dětmi stýká velmi omezeně. Má hezký vztah s přítelem, ale bojí se budoucnosti. Navíc přibrala na hmotnosti, takže se fyzicky necítí úplně ideálně. Plánuje odpočinek, úpravu jídelníčku a zevnějšku, aby posílila nízké sebevědomí.

### **8.3.8 Role, vztahy**

Pacientka dodnes cítí nevyrovnanost v rámci soukromého života a velice ráda by obnovila vztah se starším synem, ale zatím se jí to nedaří. S přítelem má velice hezký vztah, jak sama říká, ale cítí obavu z budoucnosti. Váhá nad přestěhováním do Prahy, protože tím by byla v častějším kontaktu s dcerou. Zatím dcera studuje, definitivní rozhodnutí bude spojené s jejím setrváním v Praze.

V pracovním kolektivu je podle jejích slov oblíbená, nekonfliktní. Volný čas ráda tráví v přírodě na procházkách s přítelem, letos by ráda vyjela na cyklostezky na kole. Občas se dostane s přítelem do divadla, v televizi sleduje staré české filmy.

Nemá pocit, že by operací ztratila na účtě k sobě samé, nebo že by tento výkon nějak zásadně ovlivnil její soukromý život. Přistupuji k této záležitosti velice pragmaticky, doufá, že celkově zlepší její zdravotní stav a spíše se chce zaměřit na zlepšení rodinných vztahů.

### **8.3.9 Reprodukce, sexualita**

Paní R. K. si uvědomuje, že hysterektomie je velký zásah do jejího organismu a vzhledem k tomu, že je v posledních měsících psychicky labilnější, je připravená na to, že tento zásah jí může způsobovat psychické potíže. Také doufá,

že nebude narušen její hezký sexuální vztah. Pacientka byla informována o 6 týdenní sexuální abstinenci po výkonu a také o tom, že nemá zvedat těžká břemena.

### **8.3.10 Stres, zátěžové situace – zvládnání, tolerance**

Pacientka cítila stres před výkonem, obávala se anestezie a celkově toho, jak se bude cítit po operaci. Má negativní zkušenost z operace kolenního vazů, kdy trpěla nauzeou a zvracela. Byla ubezpečena anesteziologem, že jí bude podáno šetrnější anestetikum a stav po probuzení bude velice pečlivě sledován lékařem a popř. ordinována antiemetika. Sama popisuje respekt z nemocničního prostředí a chtěla by hospitalizaci zkrátit na nejnutnější dobu.

### **8.3.11 Víra, životní hodnoty**

Rodiče paní R. K. jsou věřící, ale sama nikdy neměla potřebu ani se k vyznání nehlásila. V současné době, kdy prožívá složité období ať po stránce zdravotní nebo rodinné, zjistila, že „věří“ v jakýsi osud a že co se má stát, se stane. Doufá, že má nepříznivé období za sebou a chtěla by změnit svůj životní styl, vytvořit dobré vztahy s rodinou a věnovat se vnoučatům. Nejvíce si váží zdraví u sebe a svých blízkých.

### **8.3.12 Bezpečnost, ochrana**

Pacientka uvádí alergickou reakci na pyly, peří a kočky, jinak alergická reakce na léky není známa. Z důvodu vzniku pooperační trombózy v roce 2007 po operaci kolenního vazů je rizikem TEN, rizikem infekce je ohrožena operační rána, z důvodu omezeného pohybu po operačním výkonu je aktuální riziko pádu.

## **9. Ošetrovatelské diagnózy**

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny na základě priorit pacientky

1. pooperační den.

### **9.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy**

Bolest z důvodu operačního zákroku

Nauzea z důvodu anestezie

Narušený spánek z důvodu nemocničního prostředí

Snížená schopnost sebepéče při koupání z důvodu operačního zákroku

Strach z důvodu delšího pobytu v nemocničním prostředí

Zácpa z důvodu nepravidelného stravování

### **9.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy**

Riziko infekce z důvodu zavedení PŽK a z důvodu operační rány

Riziko vzniku infekce a jiných komplikací z důvodu zavedeného PMK a změněného vyprazdňování močového měchýře

Riziko pádu v souvislosti s prvním vstáváním z lůžka po operaci

Riziko krvácení z důvodu operačního výkonu

Riziko vzniku TEN z důvodu změny pohybového režimu

## **10. Cíl, plán, realizace, hodnocení**

### **Aktuální ošetřovatelské diagnózy**

- **Bolest z důvodu operačního zákroku** – bolest je nepříjemný smyslový a emoční prožitek, upozorňuje organismus před poškozením nebo onemocněním. Nastupuje náhle nebo pozvolna od mírné až po silnou intenzitu měřitelnou číselnou škálou. Projevuje se výrazem obličeje, změnou dýchání, neklidem (11).

**Cíl:** sledovat projevy bolesti, bolest vnímaná pacientkou nad VAS 4 bude snížena na stupnici alespoň do půl hodiny po podání analgetik VAS o dva stupně

- pacientka je informovaná o příčině bolesti
- pacientka umí používat číselnou škálu pro hodnocení bolesti
- pacientka bude umět vyhledat a použít úlevovou polohu

**Plán:** pravidelné hodnocení stupně bolesti pomocí číselné škály

- zjišťovat u pacientky v pravidelných intervalech míru bolesti
- na základě hodnocení podávat léky dle ordinace lékaře
- pacientce je vysvětleno, jak zaujmout úlevovou polohu a fixovat ránu při pohybu
- sledovat účinek analgetik
- sledovat FF
- hodnotit neverbální projevy pacientky
- záznam do dokumentace

**Realizace:** z operačního sálu byla pacientka převezena na JIP. Zde probíhala pravidelná kontrola pacientky, měření FF a hodnocení stupně bolesti. Pro hodnocení byla použita numerická hodnotící škála, kdy stupeň 0 znamená stav bez bolesti, hodnota 10 maximální bolest. Pacientce byla vysvětlena úlevová poloha, kterou během dne zaujímal. Nejlépe se cítila v poloze na zádech s mírně zvednutým lůžkem a pokrčenýma nohama. Pak se pacientka dobře cítila v poloze na boku.

**Hodnocení:** Perfalgan 1 g podán ve 13.30 hod., kdy pacientka udávala stupeň bolesti 7, za 30 min. hodnotila bolest na VAS stupněm 5-6, pak v 17.15hod., kdy stupeň bolesti udávala na stupni 5. Zhruba do 30 min. bolest hodnotila na VAS stupněm 4. Ve 22. hod. podán Diazepam 10mg.

- **Nauzea z důvodu anestezie** – subjektivní nepříjemný pocit v hrdle a žaludku, následkem může být zvracení. Určujícím znakem může být odpor k jídlu, zvýšené slinění a polykání, kyselá chuť v ústech, pocit na zvracení. Vyvolávat ji mohou pocity úzkosti, strach, nepříjemné zápachy, bolest, nepříjemná optická stimulace. Může souviset s podrážděním žaludku po jeho vyšetření, s některými léky (11).

**Cíl:** minimalizovat nauzeu a zvracení.

**Plán:** pravidelná kontrola pacientky

- upravit polohu pacientky na lůžku (bok, zvýšená poloha zad)
- připravit k lůžku emitní misku, buničinu a signalizační zařízení
- výměna osobního a ložního prádla podle potřeby
- v případě nutnosti informovat lékaře a podle ordinace podat  
antiemetika

**Realizace:** pacientka si po operaci stěžovala na nepříjemné pocity v ústech a silné slinění, snažila se zaujmout zvýšenou polohu a po 2 hodinách začala po lžičkách pít čaj. Snažila se ve chvílích intenzivního pocitu na zvracení zhluboka dýchat a na čelo jí byl přikládána vlhká chladná žínka. Během odpoledne nezvracela a večer udávala pocit celkového zklidnění žaludku.

**Hodnocení:** pacientka zvládla nepříjemné pocity spojené s nauzeou a nezvracela.

- **Narušený spánek z důvodu nemocničního prostředí** - množství a kvalita spánku je narušená v určitém období vlivem vnějších faktorů. Vliv na narušení může mít nedostatek soukromí při spánku, světlo, hluk, neznámé prostředí, tělesná omezení, nepříjemné pachy, rušení z důvodu monitorování nebo laboratorního testování (11).

**Cíl:** pacientka spí v noci alespoň 4 hodiny bez probuzení

- zajistit pacientce jednolůžkový pokoj

**Plán:** zajistit soukromí pomocí přepážek mezi jednotlivými lůžky

- osvětlení v pokoji používat u každého lůžka individuální

- podat hypnotika dle ordinace lékaře

- na přání pacientky dle možného zdravotního stavu přesun na jednolůžkový pokoj

**Realizace:** ošetřující personál navštěvoval pokoj v nočních hodinách v tichosti a bylo využíváno podle potřeby jednotlivých pacientek individuální osvětlení u lůžek, nikoliv centrální osvětlení celého pokoje.

**Hodnocení:** pacientka se v noci budila 4-5 krát, až po přesunutí na jednolůžkový pokoj se budila pouze 1 – 2krát během noci.

- **Snížená schopnost sebepéče při osobní hygieně z důvodu operačního zákroku** - po operačním zákroku je schopnost pacientů samostatně provést aktivity spojené s osobní hygienou snížena z důvodu slabosti, neschopnosti vnímat části těla, z důvodu poškození částí těla, kvůli překážkám v prostředí, sníženou motivací. Pacient není schopný se dostat do koupelny, neusuší si tělo, není schopný se umýt, regulovat vodu (11).

**Cíl:** provádění osobní hygieny 1. den s dopomocí sestry.

**Plán:** edukace pacientky o fixaci rány při pohybu na lůžku a přesunu do koupelny, o potřebě přítomnosti sestry při provádění hygieny.

**Realizace:** pacientka první den z důvodu bolesti a operační rány měla strach ze změny polohy do sedu na lůžku a pak z přesunu do koupelny. Popisovala nepříjemné pocity v dutině břišní a strach z narušení operační rány. S dopomocí nakonec zvládla přesun na židli do sprchy, osobní hygienu se snažila provést sama, ale s velkou opatrností a omezením pohybu. Také z důvodu studu chtěla provést hygienu intimních partií sama.

**Hodnocení:** pacientka zvládla osobní hygienu s dopomocí sestry, překonala obavy z pohybu a přesunu, odmítala přítomnost sestry při osobní hygieně.

- **Strach z důvodu delšího pobytu v nemocničním prostředí** - jedná se o ohrožení, které je vědomě hodnoceno jako nebezpečí. Celkové vnímání je doprovázeno zvýšeným napětím obavami, panikou, zvýšenou ostražitostí, změnou



chování. Dále pak se z fyziologických znaků může vyskytnout únava, zvýšené pocení, průjem, nauzea, zvýšený krevní tlak, zrychlené dýchání (11).

**Cíl:** - sledovat chování pacientky, hodnotit doprovodné projevy a

minimalizovat strach

- seznámit pacientku s harmonogramem na oddělení
- vysvětlit pacientce průběh předoperační přípravy
- objasnit pacientce, jak bude probíhat pobyt na JIP
- reagovat na dotazy pacientky
- zajistit kontakt s rodinou

**Plán:** pacientka bude mít dostatek informací o výkonu, o přípravě před operačním výkonem, o průběhu operace a pobytu na JIP. Komunikace s pacientkou a podání léků na spaní nebo na uklidnění dle ordinace lékaře.

**Realizace:** pacientka byla ošetřujícím lékařem seznámena s výkonem, byl jí vysvětlen důvod operačního výkonu. Pacientka kladla otázky ohledně dalšího vývoje zdravotního stavu, protože měla pocit, že se jedná o těžký zásah do organismu. Po rozhovoru s lékařem se zmírnily obavy, ale pacientka se určitě bude vyrovnávat se situací hlavně v prvních měsících po zákroku.

V rámci edukace pacientka vyzkoušela úlevové polohy. Zmírnily se obavy ohledně pobytu na JIP, pacientce bylo vysvětleno, že se jedná o standardní postup z důvodu nepřetržité monitorace fyziologických funkcí a v případě náhlých komplikací je možnost rychlého zásahu.

**Hodnocení:** pacientka byla seznámena s chodem oddělení. Často se dotazovala na průběh zákroku, pociťovala strach především z anestezie a z nauzey po jejím odeznění. Nevylučovala ani strach po propuštění z nemocnice z celkového vyrovnání.

- **Zácpa z důvodu nepravidelného stravování** - projevem zácpy je pokles běžné frekvence defekace, obvykle doprovázený obtížným a nekompletním odchodem stolice, která může být tuhá, suchá. Celkově se může u pacienta projevovat únava, borborygmus, pocit plnosti, vzdušné břicho, porucha trávení, nauzea, silná plynatost, bolest při defekaci (11).

**Cíl dlouhodobý:** u pacientky dojde ke zvýšení frekvence na každý druhý den, dojde k úpravě stravovacích návyků po konzultaci s dietologem.

**Plán:** pacientka zvýší příjem tekutin o 200ml každý den, bude dodržovat pravidelný stravovací režim 5x denně, zvýší příjem vlákniny, mléčných výrobků.

**Realizace:** před operačním výkonem večer bylo aplikováno klyzma, 0. pooperační den pacientka přijímala pouze čaj, 1. pooperační den bujon. Byla jí vysvětlena nutnost pravidelného stravování a navržena eventuální návštěva nutričního specialisty.

**Hodnocení:** během hospitalizace z důvodu pravidelného stravování a pitného režimu pacientka byla na stolici 2. a 5. den.

## Potencionální ošetrovatelské diagnózy

- **Riziko infekce z důvodu zavedení PŽK a z důvodu operační rány** – porušená kůže v místě i. v. vstupu je ohrožena rizikem vstupu infekce do organismu napadením patogenními organismy.

- při operačním zákroku došlo k narušení kožního povrchu a tělesných struktur mechanickým faktorem. Rizikovým faktorem je prostředí se zvýšeným výskytem patogenů, chronické onemocnění (diabetes mellitus, obezita),(11).

**Cíl:** - včasné odhalení příznaků infekce (zarudnutí, zánět, neprůchodnost vstupů, bolestivost v okolí) a zabránění rozvoji infekce.

- sledování stavu a bolestivosti operační rány, minimalizování vzniku komplikací v podobě infekce nebo krvácení

**Plán:** - pravidelná kontrola okolí invazivního vstupu, výměna infuzního a dětského setu dle příslušného ošetrovatelského standardu.

- dle ošetrovatelských standardů pravidelný převaz rány, pravidelná kontrola lékařem a sledování případných nežádoucích komplikací

**Realizace:** - okolí vstupu PŽK bylo kontrolováno 3x denně a při aplikaci léků nebo infuzních roztoků byla sledována průchodnost a bolestivost okolí PŽK.

- operační rána byla nejprve sledována, zda neprosakuje obvaz a po 24 hodinách po operaci bylo lékařem provedeno celkové hodnocení rány a převaz. Byla jí objasněna větší objemnost dutiny břišní z důvodu založení pneumoperitonea (naplnění dutiny břišní speciálním plynem). Pacientka měla

možnost vidět operační ránu a překvapil ji rozměr vpichů. Byla snížena obava z pohybu.

**Hodnocení:** - i.v. vstup bez známek infekce a zarudnutí, průchodný,

nebolestivý

- operační rána je bez známek infekce a známek krvácení

• **Riziko vzniku infekce a jiných komplikací z důvodu zavedeného PMK a změněného vyprazdňování močového měchýře** - PMK odvádí moč do močového sáčku, kde je možné sledovat barvu, množství, příměsi moči a regulovat tak bilanci tekutin po operačním zákroku (11).

**Cíl:** pacientka byla poučena o nutnosti zavedení permanentního močového katetru a chápe důvod zavedení, včasné odhalení vzniku zánětu a zabránění rozvoji jiných komplikací.

**Plán:** sledování stavu moči (barva, příměsi, koncentrace, zápach), udržování okolí zavedeného katetru v čistotě.

**Realizace:** pacientka byla informována o nutnosti zavedení PMK, spolupracovala při hygieně, PMK byl udržován průchodný a byl sledován stav odvedené moči.

**Hodnocení:** pacientka pochopila důvod zavedení PMK, sledování stavu odváděného obsahu. Po celou dobu zavedení se močové cesty podařilo udržovat

bez známek zánětu a jiných komplikací. Druhý den po operaci byl PMK odstraněn a pacientka se po 4 hodinách spontánně vymočila. Nestěžovala si na žádné subjektivní známky zánětu močových cest.

- **Riziko pádu v souvislosti s prvním vstáváním z lůžka po operaci** – z důvodu změněného zdravotního stavu vlivem operačního zákroku se zvyšuje náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu (11).

**Cíl:** zamezit pádu

**Plán:**

- pacientka je poučena, že v případě potřeby prvního opuštění lůžka po operačním zákroku a pak kdykoliv podle potřeby signalizačním zařízením přivolá sestru
- zajistit bezpečné prostředí
- vysvětlit pacientce zásady chování, které pomůžou k prevenci pádu
- zajisti pacientce bezpečnost při léčebných a ošetrovatelských výkonech
- edukace pacientky o vhodném způsobu vstávání z lůžka a fixaci rány při pohybu

**Realizace:** pacientka pomocí signalizačního zařízení přivolala sestru, která jí pomohla se posadit v lůžku. Poté vyčkala několik minut v sedu na lůžku a teprve následně potom s dopomocí sestry se přesunula na toaletu a zpět.

**Hodnocení:** během prvního dne pacientka žádala o dopomoc při opuštění lůžka, následující den zvládla přesun sama. K pádu nedošlo.

- **Riziko krvácení z důvodu operačního výkonu** – po operačním zákroku může dojít ke snížení množství krve, které ohrozí zdraví (11).

**Cíl:** zamezit vzniku krvácení, hojení rány per primam

**Plán:** pravidelná kontrola operační rány lékařem a sestrou, převaz dle potřeby a ordinace lékaře, správná fixace rány pacientkou při pohybu

**Realizace:** pravidelná kontrola stavu rány a převazy, pacientka poučena o správné fixaci rány při pohybu a o šetrném zacházení s ránou.

**Hodnocení:** rána se hojí per primam bez komplikací.

- **Riziko vzniku TEN z důvodu změny pohybového režimu** – při delším pobytu na lůžku s omezením pohybu dochází ke stagnaci krevního oběhu a hrozí vznik TEN (11)

**Cíl:** zamezit vzniku TEN včasným odhalením projevů TEN

**Plán:** podání antikoagulačního léku dle ordinace lékaře, bandáže dolních končetin, po operačním zákroku mobilizace pacientky v lůžku, kontrola barvy kůže na končetinách, bolestivosti dolních končetin.

**Realizace:** 1x za 24 hodin podat Fragmin, ráno před operačním výkonem provést bandáž dolních končetin, v odpoledních hodinách po operačním zákroku aktivovat pacientku a doporučit opakování flexe chodidel, pokrčení končetin v kolenou, střídat s protažením.

**Hodnocení:** 3 hodiny po operaci pacientka začala s doporučeným pohybem dolních končetin, následující den s dopomocí vstala z lůžka a snažila se o pohyb po oddělení. Nedošlo ke vzniku TEN.

## **11. Hodnocení psychického stavu pacientky**

Nemoc velice významně ovlivňuje kvalitu života jedince a přináší s sebou celou řadu problémů, které musí nemocný řešit. Pod vlivem nemoci je snižená odolnost vůči stresu, po fyzické stránce chybí výkonnost nemocného, což v praxi znamená omezená schopnost sebezpečí, po finanční stránce je také nemocný v nevýhodě z důvodu absence v zaměstnání. V případě vážného onemocnění se musí pacient vyrovnat s chorobou a se vším, co s tím souvisí. K pacientovi je potřeba přistupovat celkově, tzn. pracovat jak s fyzickým tak psychickým celkem.

Psychický stav nemocné jsem měla možnost posuzovat při ošetřovatelské péči a rozhovory s pacientkou. V první den hospitalizace pacientka působila nervózně a popisovala strach z operačního výkonu, hlavně z anestezie, z bolesti po výkonu a neznámého prostředí. Celkově se pacientka jevila jako běžný pacient přijatý do nemocnice k operaci.

Paní R. K. byla přijata k plánované laparoskopicky asistované hysterektomii pro uterus myomatosus. V posledních 2 letech trpěla silným

menstruačním krvácením a během menstruace nepříjemnými bolestmi břicha, které musela často tlumit analgetiky nebo zůstat doma. Při běžné prohlídce u gynekologa jí bylo doporučena podrobná vyšetření a závěrem byla doporučena LAVH. Pacientka doufala, že se stav zklidní a nastane menopauza, protože zákrok nechtěla podstoupit. Gynekolog doporučil 3 měsíce vyčkat, ale protože se stav nezlepšil, LAVH byla řešením. Lékař pacientce vysvětlil závažnost jejího zdravotního stavu a nutnost výkonu. K zákroku byla přijata na pražské gynekologické pracoviště.

Po operačním zákroku byla převezena na JIP, kde se probouzela po anestezii. Téměř celé odpoledne přerušovaně pospávala, po 2 hodinách mohla pít po lžičkách čaj, ale kvůli lehké nauce přijímala tekutiny minimálně. Problém, který řešila při hospitalizaci v dalších dnech, byl přerušovaný spánek. Špatně usíná v cizím prostředí a na pokoji byla s dalšími čtyřmi pacientkami, což narušovalo její soukromí. Po přeložení na samostatný pokoj 2. pooperační den se usínání a spaní velice zlepšilo a v noci spala až 6 hodin bez probuzení.

Stav po operaci se velice rychle stabilizoval, nenastaly žádné komplikace a paní R. K. se zbavila strachu z operace a z pobytu v nemocnici. Přetrvávaly obavy z toho, jak se vyrovná s tak zásadním zásahem do svého organismu, přestože už vzhledem k věku neplánuje těhotenství. Necítila se méněcenně, s přítelem tento problém prodiskutovali mnohokrát a ubezpečil ji, že to nevnímá nijak negativně. Přesto očekávala, jak bude celou situaci vnímat s odstupem času.

Zásadní problém, který řešila do budoucna, byl neuspokojivý vztah se starším synem. Plánuje úpravu stravovacích návyků, zvýšení pohybové aktivity a doufá, že vztah se synemlepší.

## 12. Edukace

Jedná se záměrné, plánové a cílevědomé vychovávání. Celkový proces probíhá v několika fázích za účasti více osob = **edukační proces**. Význam edukace tkví v tom, že umožňuje edukantovi (subjekt učení) získat informace a možnosti řešení aktuálního problému od edukátora (sestra, lékař). Cílem je předat



edukantovi plán, předpisy, doporučení, zajistit zlepšení zdravotního stavu a předejít tak možným komplikacím. Edukace probíhá v několika fázích a výsledek edukace je ovlivněn motivací edukanta, jeho věkem, schopností učení. Pak se na výsledku podílí osobnost edukátora, jeho temperament, zkušenosti, zodpovědnost (6).

Pacientka byla průběžně informována o svém zdravotním stavu. Základním bodem edukace bylo naučit pacientku správně vstávat z lůžka s fixací rány, jak měnit polohu v lůžku. Dále byla poučena o nutnosti rehabilitace z důvodu prevence vzniku TEN. Cvičení prováděla s fyzioterapeutkou.

Dalším bodem edukace byla péče o operační ránu. Byl kladen důraz na hygienickou péči v oblasti rány a v oblasti genitálu a preferování sprchy. Bylo doporučeno nosit bavlněné spodní prádlo.

Další doporučení po propuštění:

1. **Životospráva** – po propuštění do domácí péče by měla mít pacientka dostatek tělesného a psychického klidu, neměla by nosit těžká břemena. Strava by měla být bohatá na dostatek bílkovin, vlákniny a vitamínů, měla se chránit před prochlazením vhodným oblékáním.
2. **Sexuální problematika** – byla doporučena sexuální abstinence po dobu 6 týdnů, změnou anatomie pohlavních orgánů mohly nastat problémy při pohlavním styku a také z hlediska psychických zábran.
3. **Následná léčba** – po propuštění do domácí péče je doporučena návštěva gynekologa, pracovní neschopnost, popř. lázeňské léčba (15).

## **Závěr**

Cílem této bakalářské práce bylo zpracování kazuistiky 49. leté pacientky po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Hospitalizace trvala 6 dní, průběh operace a pooperační období proběhlo bez komplikací.

V ošetrovatelské části byly stanoveny aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy pro 1. pooperační den. Veškeré informace jsem získala rozhovorem s pacientkou a jejím pozorováním. Paní R. K. v první fázi velmi podléhala strachu z operace a z hospitalizace, ale pak jsem postupně získávala důvěru. Další informace mi poskytl zdravotnický personál a dokumentace pacientky. Odborný materiál pro teoretickou část jsem získala z použité literatury. Zásadně se do psychiky pacientky promítal neuspokojivý stav rodinných vztahů. Přítel pacientky ji denně navštěvoval spolu s její dcerou, syn do Prahy na návštěvu nepřišel z časových důvodů.

V průběhu hospitalizace byla pacientka edukována hlavně v péči o operační ránu a při propuštění byla informována o omezeních, která musí v prvních 6 týdnech po operaci dodržovat.

Téma LAVH jsem si zvolila z toho důvodu, že se jedná o velmi častý gynekologický zákrok, který je pomocí laparoskopického přístupu mnohem šetrnější než klasická metoda. Díky minimálně invazivnímu přístupu je zkrácena doba hospitalizace, méně peroperačních a pooperačních komplikací a v neposlední řadě je dosaženo pozitivního estetického výsledku (9). Je-li pacientka adekvátně ošetřována po stránce fyzické ale také psychické, předpokládá se rychlejší návrat k běžnému životnímu rytmu. Jednotlivá období v životě ženy jsou velmi náročná, proto si zaslouží empatický a citlivý přístup v těchto nelehkých situacích.

## Seznam odborné literatury:

1. Beran J., Chaloupková L., Tumpachová N.: Základy lékařské psychologie pro bakalářské studium ve zdravotnictví. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0463-9
2. Doubková A., Linc R: Anatomie pro bakalářský studijní Fyzioterapie II. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2094-7
3. Fait T.: Klimakterická medicína. Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-001-8
4. Ferin M., Jewelewicz R., Warren M.: Menstruační cyklus. Překlad MUDr. Strnad P. CSc. Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-350-2
5. Hynie S.: Farmakologie v kostce. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-181-1
6. Juřeninová P.: Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2
7. Kobilková J. et al: Základy gynekologie a porodnictví. První vydání. Galén, 2005. ISBN 80-246-1112-0
8. Kobilková J., Živný J., Bochman J.: Technika gynekologických abdominálních operací. Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-494-0
9. Kučera, Eduard. Postavení laparoskopických hysterektomií v doškolovacím centru. Endoskopie. 2008, 17(3-4), str. 71- 73. ISSN 1804-6096
10. Mára M., Holub Z. a kolektiv: Děložní myomy. Moderní diagnostika a léčba. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-1854-5
11. NANDA International: Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014. Editor: T. Heather Herdman, PhD, RN. Překlad: Mgr. et Bc. Kudlová P., PhD. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4328-8
12. Naňka O., Elišková M.: Přehled, anatomie. Druhé doplněné a přepracované vydání. Karolinum, ISBN 978-80-246-1717-6
13. Pavlíková S.: Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3
14. Rob L., Martan A., Citterbart K. et al.: Gynekologie. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2001, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7

15. Slezáková L. a kolektiv: Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9

## Seznam použitých zkratk:

Amp	-	ampule
ATB	-	antibiotikum
a.	-	arteria
FF	-	fyziologické funkce
FR	-	fyziologický roztok
G	-	glukóza
hod.	-	hodina
i.m.	-	intramuskulární podání
i.v.	-	intravenózní podání
j.	-	jednotky
KO	-	krevní obraz
LH	-	laparoskopická hysterektomie
lig.	-	ligamentum
max.	-	maximálně
MHz	-	megahertz
ml	-	milimetr
min.	-	minuta
mg	-	miligram
m.	-	musculus
např.	-	například
neg.	-	negativní

p.o.	-	per os podání
PMK	-	permanentní močový katetr
PŽK	-	permanentní žilní katetr
s.c.	-	subkutánní podání
tbl.	-	tableta
TEN	-	tromboembolická nemoc
tzv.	-	takzvaně
VH	-	vaginální hysterektomie
v.	-	vena