



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Petra Klímová

Ošetřovatelský proces u pacientky s diagnózou Uterus myomatosus

The nursing process by a patient with diagnosis Uterine myomatosis

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miluše Kulhavá

Praha, 2017

Prohlášení:

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

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

V Praze, 27. 3. 2017.

PETRA KLÍMOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

KLÍMOVÁ, Petra. OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY S DIAGNÓZOU UTERUS MYOMATOSUS. [*The nursing process by a patient with diagnosis Uterine myomatosis*]. Praha, 2017. 55 s., 5 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Kulhavá, Miluše.

ABSTRAKT

Téma práce je ošetrovatelský proces u pacientky s diagnózou Uterus myomatosus. Považuji zvolené téma je velmi aktuální, neboť počet operací, konkrétně hysterektomií, pro myomatózní dělohu, je stále na nejvyšším místě v tabulkách, jak vyplývá ze statistiky Registru Komplikací gynekologické laparoskopie. Myomy jsou nádory hormonálně závislé na estrogenech a může jimi onemocnět každá čtvrtá žena v produktivním věku, a to nejčastěji kolem 40. roku života.

Cílem práce na základě konkrétní případové studie jedné pacientky byla analýza péče o pacientku na gynekologickém oddělení, která měla podstoupit plánované odstranění dělohy laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií. Dalším cílem bylo zjistit, jaká je edukace těchto pacientek v rámci hospitalizace na gynekologickém oddělení, konkrétně před a po operaci.

Metodou mé práce je případová studie, realizovaná kazuistikou, u pacientky na gynekologickém oddělení v nemocnici okresního typu. Informace k vypracování bakalářské práce byly čerpány z literatury, odborných českých i zahraničních článků, dále formou rozhovoru s pacientkou a zdravotnickým týmem, který se na léčbě účastnil a také z dokumentace pacientky.

Analýzou ošetrovatelské péče na gynekologickém oddělení jsem zjistila, že se sestry při vykonávání ošetrovatelské péče řídí standardy oddělení a doporučenými postupy. Dalším výsledkem mé práce je zjištění, že edukace po operaci a před odchodem do domácího prostředí proběhla u pacientky nedostatečnou formou. Na základě mého zjištění jsem vytvořila edukační informační brožurku pro pacientky po hysterektomii, která může být k dispozici sestrám na gynekologickém oddělení a usnadnit jim tak edukaci v pooperačním období. V druhé řadě může edukační brožurka posloužit pacientkám jako jejich podpora v domácím ošetřování.

klíčová slova:

děloha, myomy dělohy, hysterektomie, LAVH, ošetrovatelský proces, edukace

ABSTRACT

The topic of the bachelor thesis is the nursing process of a patient diagnosed Uterus myomatosus. The chosen theme seems to be a truly current issue as the number of operations, particularly hysterectomy due to Uterus myomatosus, is on the top chart position (due to statistics of Registr komplikací gynekologické laparoskopie). Myomas are tumors hormonally connected with estrogens. They are significant for every fourth woman in her productive age, most common at about 40 years of age.

The goal of thesis is based on a specific case study of a patient of department of gynecology, who was supposed to have her uterus removed through laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. Furthermore I wanted to inspect what is the education of such patients in terms of their stay at department of gynecology, particularly before and after the operation.

The methods I used were: case study, casuistry of a patient of department of gynecology of a regional hospital. The sources of information were literature, professional Czech as well as foreign articles, interviews with the patient and the nursing staff and the patient's records.

The analysis of nursing care at the department of gynecology showed, that nurses in performing nursing care department manages standards and recommended practices. Another result of my work is that the post-operation education and before the discharge from hospital is insufficient in terms of the form. I created an information booklet for the patients after hysterectomy. It can be used by the nurses at the department of gynecology and make the post-operation education easier. It can also be used as the support of the patient at home aftercare.

keywords:

uterus, uterine myomatosis, hysterectomy, LAVH, nursing process, education

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Kulhavé Miluši za odborné vedení mé práce, trpělivost, cenné rady, připomínky a čas strávený nad mou bakalářskou prací. Dále bych chtěla poděkovat své přítelkyni Věře Urbánkové Svobodové za pomoc s překladem abstraktu do anglického jazyka. Poděkování patří i pacientce, která mi umožnila zpracovat tuto práci na základě jejich informací a skvělé spolupráce. Také bych chtěla poděkovat lékařům a sestřám gynekologického oddělení za skvělý přístup, spolupráci i cenné rady. Největší poděkování patří mé rodině, mému manželovi i dětem, kteří mi umožnili tuto práci zpracovat a poskytli mi oporu po celou dobu studia.

Obsah

1	Úvod	9
2	Péče o pacientku s myomy dělohy	10
2.1	Etiopatogeneze myomů	10
2.2	Klinický obraz a vývoj onemocnění	11
2.3	Diagnostika myomů	12
2.4	Léčba myomů	12
2.5	Ošetrovatelská péče o pacientky s plánovanou laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií	15
2.5.1	Příjem pacientky	15
2.5.2	Předoperační péče	17
2.5.3	Pooperační péče	20
2.5.4	Propuštění pacientky	23
2.6	Komplikace spojené s LAVH	24
2.7	Prognóza onemocnění	24
2.8	Preventivní opatření	25
3	Použité metody	26
3.1	Případová studie	26
3.2	Etické aspekty	26
3.3	Ošetrovatelský proces	27
3.4	Edukace	28
4	Případová studie	30
4.1	Základní informace o pacientce	30
4.2	Anamnéza	30
4.3	Zhodnocení stavu pacientky	31
4.3.1	Příjem pacientky	31
4.3.2	Operační den	33
4.3.3	Pooperační průběh hospitalizace	34
4.3.4	Vlastní zhodnocení stavu	38
4.3.5	Farmakoterapie v době hospitalizace	41
4.3.6	Dietoterapie v době hospitalizace	44
4.4	Plán péče	46
4.4.1	Stanovení ošetrovatelských diagnóz	46
4.4.2	Ošetrovatelské diagnózy, cíle, plány, realizace a zhodnocení péče	46
5	Diskuse	52

6	Závěr a doporučení pro klinickou praxi.....	55
7	Seznam použité literatury	56
8	Přílohy	62

1 Úvod

Myomy dělohy jsou velmi aktuální téma. Důvodem k výběru tohoto tématu na bakalářskou práci mě vedl nejen fakt, že se poslední dobou setkávám s velkou spoustou žen v mém okolí, kterým byl zjištěn minimálně jeden myom dělohy, ale i mé zkušenosti z gynekologického operačního sálu, kdy je velmi častým důvodem k hysterektomii diagnóza myomatózní dělohy. Velmi často je myomů v děloze více, odtud název myomatózní děloha, které způsobují obtíže různého druhu. Rozhodla jsem se toto téma zpracovat, protože zjišťuji, jak malá je informovanost u žen v oblasti této tematiky, a dokonce i u žen, které již prodělaly operaci z tohoto důvodu. Konkrétně na mé případové studii u jedné pacientky chci ukázat, jak probíhala ošetrovatelská péče, jak reagovala na pobyt při hospitalizaci a jak byla realizována u této pacientky edukace.

Touto nemocí může onemocnět 30-40 % žen v produktivním věku a nejčastěji kolem 40. roku věku. Léčbu onemocnění lze řešit více způsoby, pacientka v mé práci byla léčena chirurgicky.

Nejčastějším typem operace pro myomatózní dělohu je Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH). Proto mou případovou studii zaměřuji na pacientku, která byla touto metodou operována. Počet operací, konkrétně hysterektomií, pro myomatózní dělohu je stále na nejvyšším místě v tabulkách, jak vyplývá ze statistiky Registru Komplikací gynekologické laparoskopie (viz Příloha A). Konkrétně LAVH bylo v roce 2010 provedeno 3173, a z toho bylo 60 % indikováno pro myomatózní dělohu (viz Příloha A1).

V posledních letech je snaha o co nejmenší zásah do dělohy, neboť se myomy objevují stále častěji u žen, které ještě nebyly těhotné a již překročily 30. rok svého života, nebo kterým se podařilo poprvé otěhotnět až v tomto pozdním věku. Myomy mohou být velkou překážkou otěhotnění a tím příčinou sterility žen a zároveň velkým problémem v době těhotenství a porodu.

Příčina vzniku není zatím přesně známa, ale je řada faktorů, které ovlivňují vznik myomů. Je to zejména působení estrogenů, které mají vliv na růst myomů, protože myomy jsou nádory hormonálně dependentní. Je zákeřné, že myomy mohou zůstat dlouhou dobu asymptomatické a s jejich růstem pak přibývá i příznaků této nemoci. Každá žena má průvodní příznaky různě závažné, a proto i jejich léčba se liší.

Každé lékařské vyšetření vyžaduje citlivý přístup. V gynekologii obzvláště dbáme na taktní jednání a respekt k soukromí pacientky od všech členů zdravotnického i ošetrojícího personálu. Psychika žen s jakýmkoliv gynekologickým onemocněním je velmi citlivá, a proto je nesmírně důležitá přesná, srozumitelná, a především dostatečná edukace pacientek v této problematice. Proto edukaci pacientky věnuji v této práci zvláštní pozornost.

2 Péče o pacientku s myomy dělohy

2.1 Etiopatogeneze myomů

Děložní myomy (leiomyomy, fibroidy) patří mezi nezhoubné nádory vycházející z hladké svaloviny dělohy mezenchymálního původu. Řadí se mezi nejčastější nádory dělohy. Postihují asi 30-40 % všech dospělých žen a maximum výskytu myomů je zjištěno kolem 40. roku života ženy (Mára et al., 2009).

Anatomické a fyziologické souvislosti

Ženské vnitřní pohlavní orgány (viz Příloha B1) tvoří: vaječníky, vejcovody, děloha a pochva. Vaječníky jsou místem dozrávání ženských pohlavních buněk - vajíček (oogeneze). Produkují ženské pohlavní hormony - estrogeny a progesteron. Děloha je uložena v centru pánevní oblasti. Mikroskopicky je stěna dělohy složena ze tří vrstev - sliznice (endometrium); hladká svalovina (myometrium) a serózní vrstva (perimetrium). Endometrium se účastní menstruačního cyklu u pohlavně zralých dívek a žen. Menstruační cyklus má za následek cyklickou přestavbu endometria, a to pod vlivem pohlavních hormonů - estrogenů, kdy se sliznice připravuje na případné otěhotnění (Dylevský, 2009). Pochva je jedním z přístupů při operačním řešení odstranění dělohy.

Patofyziologie myomů

Pro myomy je typické, že to jsou bělavé, oválné, tuhé nádory, které bývají ostře ohraničené oproti okolnímu myometriu a ve 2/3 případů bývají mnohočetné. Podle lokalizace jsou rozdělovány (viz Příloha B2) na podslizniční (submukózní), ve svalovině (intramurální) a pod serózou dělohy (subserózní). Mohou vyrůstat směrem do dutiny dělohy (intrakavitální) a mohou být stopkaté (pedunkulující). Vyskytují se také v oblasti čípku (cervikální). Pokud se děloha snaží vypudit intrakavitální myom pomocí kontrakcí svaloviny přes čípek do pochvy, nazývá se tento stav rodící se myom (myoma nascens). Myomy jsou nádory hormonálně dependentní, protože nádorové buňky obsahují estrogenové i progesteronové receptory (Mára et al., 2009).

Vyskytují-li se jednotlivě, solitárně, nazýváme tento stav jako *myom dělohy*. Pokud se vyskytují jako mnohočetné myomy v různých stádiích vývoje, tak tento stav nazýváme *myomatózní děloha* (uterus myomatosus).

Příčiny vzniku myomů

Přesnou příčinu vzniku myomů se zatím nepodařilo přesně určit, ani přes značný pokrok v objasnění vlivu hormonálních, genetických a růstových faktorů a role molekulární biologie u těchto nádorů. Tyto faktory nesou pravděpodobně odpovědnost za iniciaci získaných genetických změn, které byly nalezeny v myomech i v myometriu, i za vrozené zvýšení počtu estrogenních receptorů v myometriu a za hormonální změny a odpovědi na ischemické změny v období menstruace (Mára et al., 2009). Bylo prokázáno, že děložní

myomy se vyskytují častěji u žen s pozitivní rodinnou zátěží. Růst myomů je pod vlivem ženských pohlavních hormonů a četnost výskytu myomů stoupá v průběhu reprodukčního období a klesá po menopauze. Rizikovým faktorem výskytu myomů může být i časnější nástup menarche (kolem 10 roku života) jako následek delší expozice steroidním hormonům. V buňkách myomů byly nalezeny nízké hladiny enzymů konvertujících estradiol na estron, což vede ke zvýšení počtu estrogenových a progesteronových receptorů a k růstu myomů. Mezi protektivní faktory se řadí kouření, které může redukovat vznik myomů, přestože je v mnoha jiných případech vzniku nádorů velmi rizikovým faktorem. Dále je to gravidita v období mezi 25-29 roky života ženy. U žen starších 30 -ti let může těhotenství probíhat již za přítomnosti myomu v děloze, což může být komplikací jak v těhotenství, tak při porodu. Protektivní faktory nelze považovat za 100 % ochranné, pokud lze u ženy zjistit některé jiné rizikové faktory, například genetickou dispozici.

2.2 Klinický obraz a vývoj onemocnění

U většiny žen může toto onemocnění probíhat bezpříznakově, avšak s růstem myomů a blížícím se klimakteriem často příznaky přibývají. V postmenopauze obvykle myomy podléhají involuci, spontánně se zmenšují a pak již většinou léčbu nevyžadují.

Klinický obraz

Klinicky významné jsou ty myomy, které způsobují obtíže, nápadně rostou, mohou být objemné nebo mnohočetné a následně zvětšují dělohu, ty pak vyžadují léčbu. Velmi zásadní je vybrat správný typ léčby u žen mladých, které plánují ještě otěhotnění, zejména jsou-li sterilní či infertilní (Mára et al., 2009).

V průběhu vývoje myomu se mohou projevit sekundární změny: **nekróza myomu** (vzniká při torzi, kompresi nebo trombóze cév vyživujících myom), **infekce myomu** (přechodem infekce lymfatickou nebo hematogenní cestou anebo přestupem z okolí myomu), **atrofie myomu** (po ukončení ovariální činnosti v klimakteriu, kdy se sníží stimulační účinek ovariálních estrogenů, dochází ke snížení perfuze myomu a k jeho atrofickým změnám), **kalcifikace - ztvápenění** (ukládání vápenných solí do tkáně myomu, stává se tuhým), **maligní zvrát** - vzácná komplikace, nejčastěji leiomyosarkom nebo fibrosarkom s vysokým maligním potenciálem, rychle metastazují a jsou rezistentní na radioterapii a chemoterapii (Roztočil, 2011).

Klinické příznaky mohou být genitální a extragenitální.

Genitální příznaky jsou **krvácivé poruchy** (nadměrné menstruační krvácení – hypermenorea, prodloužená délka menses - menoragie), **výtok** (následkem infikování ischemizovaného subserózního myomu), **bolestivé příznaky** (chronická bolest v malé

pánvi, bez závislosti na cyklu menses, bolest při pohlavním styku - dyspareunie). Při akutní nekróze myomu nebo při torzi stopkatého myomu se může projevit akutně vzniklou bolestí a peritoneálním drážděním v oblasti podbřišku (Mára et al., 2009). U objemných či specificky lokalizovaných myomů se mohou objevit nespecifické tlakové obtíže a pocit prosáknutí až edému podbřišku, které může provázet obstipace a obtížné nebo časté močení. Myomy též v závislosti na velikosti a lokalizaci negativně ovlivňují ženskou fertilitu, spolupodílí se na sterilitě ženy, opakovaném potrácení i mnoha těhotenských a porodnických komplikacích.

Extragenitálními příznaky jsou **sekundární sideropenická anémie** (následkem zvýšených ztrát krve, přičemž tělo nezvládá tyto krevní ztráty kompenzovat; projevuje se únavou, bledostí kůže a sliznic, dušností a palpítacemi) a **varikozita dolních končetin, pánevních a parametrálních cév** (v důsledku tlaku myomů na cévy v jeho okolí, čímž je vyšší riziko vzniku tromboembolické nemoci), (Roztočil, 2011).

2.3 Diagnostika myomů

Každé vyšetření v gynekologii vyžaduje individuální a citlivý přístup. U všech následujících vyšetření je nutné jednání založené na taktu a respektu k soukromí pacientky.

Základní vyšetření při diagnostice myomů:

- **anamnéza** (příznaky - hypermenorea, metroragie, bolesti v podbřišku, polakisurie, obstipace; a data z anamnézy - osobní, gynekologické, rodinné, sociální, pracovní), **klinické gynekologické vyšetření** (pohledem per vaginam, bimanuálním palpačním vyšetřením lékař prokáže přítomnost myomů), **ultrazvukové vyšetření = ultrasonografie (USG)** – hraje velkou roli v diagnostice myomů, **hysteroskopie (HSK)** – endoskopické vyšetření dutiny děložní v celkové anestezii, přínosem u submukozních myomů, **rentgenové (RTG) metody** – Nativní snímek břicha se provádí u kalcifikovaných myomů, **počítačová tomografie (CT – Computed Tomography) malé pánve** (doplňkové vyšetření, a to v případě postižení metastatickým procesem orgánů v malé pánvi a lymfatických uzlin), **magnetická rezonance (MRI - Magnetic Resonance Imaging)** – je vynikající pro diferenciaci měkkých tkání. Pro diagnostiku děložních myomů ve vybraných indikacích je suverénní metodou. Její užití v praxi je však limitováno vysokými náklady a dostupností, horší tolerancí u některých pacientek (např. klaustrofobie) a také proto, že ji provádí a hodnotí radiolog, ne gynekolog (Mára et al., 2009).

2.4 Léčba myomů

Léčba děložních myomů se dělí na expektační, konzervativní, chirurgickou a radiologickou.

Expektační léčba znamená pouhé sledování pacientek a řadí se mezi nejčastěji používané postupy v léčbě myomů, zejména u žen asymptomatických. Pacientka je zvána na pravidelné klinické a ultrazvukové kontroly, které by měl provádět nejlépe jeden lékař, který má k dispozici kvalitní ultrasonografický přístroj a má znalosti o celém spektru možností léčby. Interval kontrol je obvykle 6 měsíců a zkracuje se na základě změn v růstu myomů. U žen s reprodukčními plány, zejména u nulipar, žen sterilních či potrácejících je hlavním hlediskem léčby zachovat reprodukční funkci dělohy. Intervence se zařazují jen v případě, že myom s velkou pravděpodobností snižuje šanci na otěhotnění, na donošení plodu nebo tehdy, když existuje léčba, jejíž rizika jsou menší než její očekávaný přínos (Mára et al., 2009). U starších pacientek, které jsou asymptomatické, je zařazena intervence v případě, že je přítomna obava z přehlédnutí malignity.

Konzervativní léčba je léčba medikamentózní, dělí se na hormonální a symptomatickou.

- **Hormonální léčba**

Agonisté gonadotropiny uvolňujícího hormonu (GnRHa) působí na receptory gonadoliberinu (GnRH) v hypofýze, vzniká hypoestrogenní stav, v jehož důsledku dochází ke zmenšení objemu myomů a tím i celé dělohy. Protože navozují předčasnou menopauzu s klimakterickými příznaky, vznikají obavy o úbytek kostní hmoty, a proto jsou tyto léky schváleny jen ke krátkodobému užívání (Šimetka a Klát, 2016). Nevýhodou samostatné léčby GnRHa je návrat myomů do původní velikosti (některé jsou dokonce větší) již během několika měsíců po vysazení léčby, proto se doporučují jen k podávání před operačním výkonem ke zmenšení velikosti myomů.

Hormonální nitroděložní tělíška s kontinuálním uvolňováním levonorgestrelu jsou další metodou, není však vhodná pro ženy, které chtějí otěhotnět (Šimetka a Klát, 2016). *Selektivní modulátory progesteronových receptorů (SPRM)* - zástupce ulipristal acetát (Esmya), redukuje projevy a působí zmenšení velikosti myomů v předoperační léčbě. Pro účinnost léčby je nutná léčba ve 4 cyklech 13 -ti týdenní kůry s měsíčními pauzami, aby byla léčba bezpečná. Po ukončení léčby se po 3 měsících myom opět začíná zvětšovat, proto jsou SPRM vhodné ke krátkodobému užití před chirurgickým řešením (Jefferys a Akande, 2016).

- **Symptomatická léčba**

Léčí obtíže, které jsou s myomy spojeny. Podávají se analgetika a spasmolytika, hemostyptika, uterotonika nebo některé hormonální preparáty (gestageny, kontraceptiva). Při chudokrevnosti se podávají antianemika (preparáty železa). Obecně je symptomatická léčba užívána u pacientek, u nichž nejsou myomy objemné, potíže jsou mírné, u žen, kterým se blíží menopauza (naděje na involuci myomu v postmenopauze) nebo u těch, které rovnou odmítají doporučenou operační léčbu.

Chirurgická léčba

- **Myomektomie**

Je to metoda, kdy se odstraní samotný myom. Provádí se přístupem abdominálním, laparoskopicky nebo hysteroskopicky. *Hysteroskopická myomektomie (Transcervikální*

resekce myomu - TCRM) se provádí v dutině děložní pod optickou kontrolou hysteroskopem, kdy je přístup přes čípek děložní. Využívá se u myomů submukózních, které prominují do dutiny děložní.

- **Ischemizující výkony**

Alternativním laparoskopickým řešením k myomektomii je *myolýza*, při níž je cílem ischemizovat (a postupně zmenšit) myom pomocí elektrokoagulace. Další metodou je *laparoskopická okluze děložních tepen (LUAO – Laparoscopic uterine artery occlusion)*, která se řadí mezi minimálně invazivní výkony. Vede k účinnému omezení cévního zásobení myomu. Tyto metody je nutno je indikovat jen v přísně vybraných případech (Mára et al., 2009).

- **Hysterektomie**

Je to výkon, kdy se odstraní celá děloha. Je nejčastější velkou operací v gynekologii obecně a zejména z důvodu obtíží způsobených myomy v děloze. *Abdominální hysterektomie (AH)* je přístupem přes stěnu břišní z řezu přímého (dolní střední laparotomie) nebo z řezu příčného (Pfannenstielův řez), (viz Příloha B3). V dnešní době je od ní ústup, je indikována hlavně v případech, kdy nelze provést hysterektomii laparoskopicky nebo vaginálně, nebo je nepříznivý nález myomů (Mára et al., 2009). *Vaginální hysterektomie (VH)* je zatím řazena mezi základní operační techniky sloužící k odstranění dělohy. Volba tohoto přístupu závisí na velikosti myomů a pohyblivosti dělohy.

Laparoskopická hysterektomie (LH) zahrnuje spektrum laparoskopických výkonů, nejčastěji se používá *Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH)*. Při LAVH je část výkonu provedena laparoskopicky a děloha je odstraněna vaginálním přístupem, poté následuje ještě laparoskopická kontrola dutiny břišní a poševního pahýlu s prošívanými částmi závěsného aparátu a děložních cév. Lze takto odstranit samotnou dělohu nebo případně i vaječníky s vejcovody. *Totální laparoskopická hysterektomie (TLH)* se dnes provádí už jen zřídka. U laparoskopické hysterektomie byla prokázána kratší doba hospitalizace, nižší spotřeba analgetik po operaci a nižší akutní pooperační skóre bolesti než u vaginální hysterektomie (Pokkinen et al., 2015).

Roboticky asistovaná laparoskopická hysterektomie je pro indikaci myomatózní dělohy prováděna pouze ve specializovaných robotických centrech, kde je efektivita návratnosti finančních prostředků. Výhodou této metody je snížení komplikací během operace díky omezení třesu rukou operátora, dále snížení komplikací při i po operaci, kratší doba hospitalizace i rekonvalescence (Blšťák a Vančo, 2012, Lim et al., 2016). Je používána především u obézních pacientek a u pacientek s přidruženými chorobami nebo velkou dělohou nad 250 g. Je výhodou hlavně v rukou zkušených operátorů, kteří mají zkušenosti s velkoobjemovou roboticky asistovanou operativou (Lim et al., 2016).

Chirurgická léčba je dominantní léčbou myomů. Dominují zejména přístupy miniinvazivní. Lékař musí zvážit zejména morfologický nález, klinické a reprodukční souvislosti a samozřejmě i je, že respektuje i názor adekvátně poučené pacientky.

Radiologická léčba je v posledních zhruba 20 letech hitem. Významně se na ní podílí intervenční radiolog a indikuje jí gynekolog.

- **Embolizace děložních tepen (UAE – Uterine artery embolisation)**

Léčba spočívá v cílené embolizaci cév myomů pomocí speciálních nevstřebatelných mikročástic, které jsou zavedeny pomocí katétru v oblasti třísla do a. femoralis a dále až k odstupu větví děložních tepen k myomům pod skiaskopickou kontrolou. Dochází k devitalizaci myomu neboli k aseptické nekróze a tím zmenšení myomu. Indikována je především u žen již neplánujících otěhotnění. Laparoskopickou alternativou této léčby je *laparoskopická okluze děložních tepen (LUAO)*, která byla popsána v předchozím textu.

- **Destrukční a ablační výkony**

Principem je destrukce nádorové tkáně myomů určitým typem energie pod kontrolou některé zobrazovací metody. Cílem není úplné odstranění myomu, ale jeho zmenšení (Mára et al., 2009). Patří sem *Radiofrekvenční ablace myomu (RFA)*, *Fokusaný ultrazvuk naváděný magnetickou rezonancí (MRgFUS)*, *Intersticiální termoablace myomu laserem*, ovšem tento výkon lze provádět také pod laparoskopickou kontrolou (*Laparoskopická laserová myolýza*), *Kryomyolýza*.

Všechny tyto popsané metody mohou představovat alternativu k hysterektomii, a to zejména u žen rizikových k většímu chirurgickému výkonu. Jsou doporučovány především u žen bez reprodukčních plánů vzhledem k významnému riziku děložní ruptury v graviditě.

2.5 Ošetrovatelská péče o pacientky s plánovanou laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií

Odbornou ošetrovatelskou péčí na gynekologickém oddělení vykonávají porodní asistentky nebo všeobecné sestry. V následujícím textu uvádím pouze výraz sestra pro lepší srozumitelnost textu.

2.5.1 Příjem pacientky

Průběh hospitalizace před plánovanou operací závisí na zdravotním stavu pacientky, lékařské diagnóze a především druhu plánované operace. Nejvhodnější doba k operaci je v období po menstruaci, protože během menstruace je zvýšena krvácivost a těsně před menstruací hrozí větší ztráty krve z důvodu překrvení orgánů (Slezáková et al., 2011).

LAVH je prováděna v celkové inhalační anestezii, se kterou obeznámí pacientku anesteziologický lékař den před operací. Předpokládaná doba hospitalizace bez komplikací trvá 7 dnů. Rekonvalescence nutná k plnému vyhojení je v délce 4-6 týdnů.

Neboť se nejedná o indikaci k operaci z důvodu ohrožení života pacientky, je den přijetí určen na den před plánovanou operací v ranních hodinách. Pacientka přichází na centrální příjem zdravotnického zařízení, kde je dle doložených dokumentů (zpráva ošetřujícího gynekologa s indikací k operaci a datem plánované operace, občanský průkaz, karta pojištěnce) vystavena dokumentace o přijetí k hospitalizaci, případně je vystaveno potvrzení o pracovní neschopnosti, tzv. „neschopenka“, pokud jej nemá již vystavené od praktického lékaře.

„Prevence a vědomé odstraňování všech nepříjemných činitelů napomáhá k rozvoji přiměřených reakcí nemocného na personál, hospitalizaci, léčebný a ošetrovatelský proces.“(Vytejšková et al., s. 39, 2011).

Poté pacientka odchází na gynekologickou ambulanci zdravotnického zařízení nebo přímo na gynekologické oddělení (dle zvyklostí zařízení). Zde předkládá dokumenty z centrálního příjmu se zprávou o interním vyšetření a výsledky laboratorních vyšetření. Zpráva o interním předoperačním vyšetření obsahuje závěrečné zhodnocení lékaře s vyjádřením ke zdravotnímu stavu pacientky a s jakým rizikem je pacientka schopna operace (Vytejšková et al., 2011). Nemělo by být starší 12 dnů, ale záleží na zvyklostech pracoviště. Výsledky vyšetření krve zahrnují biochemické vyšetření na ureu, kreatinin, celkovou bílkovinu, albumin, jaterní testy, glukózu, cholesterol a minerály, dále krevní obraz, vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru, krvácivost a srážlivost (APTT, QUICK), HIV, BWR, HBsAg. Také je třeba chemické vyšetření moči. Tato vyšetření by neměla být starší 14 dnů. K povinným vyšetřením se též řadí elektrokardiogram (EKG) u pacientek starších 40 let a RTG srdce a plic u pacientek starších 60 let.

Přijímací sestra provede identifikaci pacientky a na základě ověření totožnosti bývá na některých pracovištích připevněn identifikační náramek na ruku. Provede základní měření fyziologických funkcí - tělesnou teplotu (TT), krevní tlak (TK), puls (P) a dechovou frekvenci (DF), zjistí tělesnou hmotnost a výšku postavy, odebere sesterskou anamnézu a zaznamená do dokumentace. Seznámí pacientku s průběhem hospitalizace, nemocničním řádem, zjistí informace o nejbližších příbuzných a souhlasu s podáváním informací konkrétním osobám, vysvětlí všechny podrobnosti z dokumentu zvaného Informovaný souhlas a po ověření informovanosti pacientky je provedeno stvrzení informovanosti i poučení pacientky podpisem obou stran. Lékař provede příjem pacientky, který spočívá v odběru lékařské anamnézy, fyzikálním vyšetření, UZ vyšetření, vysvětlí průběh operace a sepiše zjištěné informace do přijímací zprávy, kam také vypíše potřebné ordinace. Pacientka podepíše souhlas s operací, kdy jí lékař vysvětlí všechny podrobnosti a zodpoví případné dotazy (Vytejšková et al., 2011).

Poté je pacientka odeslána na gynekologické oddělení. Pokud příjem probíhá rovnou na oddělení, je odvedena na pokoj, kde je uložena a případně seznámena s přítomnými dalšími pacientkami. Sestra vysvětlí pacientce chod oddělení a jsou jí ukázány veškeré

potřebné místnosti (např. WC, koupelna, pracovna sester, jídelna apod.) pro správnou orientaci na oddělení. Je poučena o používání signalizačního zařízení, jak manipulovat s lůžkem a stolkem. Sestra pacientku vyzve, aby se nebála zeptat na případné nejasnosti. Pokud má pacientka s sebou nějaké cenné věci (např. šperky, platební karty, větší hotovost peněz, elektroniku, důležité doklady apod.) je poučena, že je možnost tyto předměty přesně popsat, sepsat seznam řádně podepsaný pacientkou a uložit do ústavního trezoru (Vytejková et al., 2011) nebo je může mít na pokoji, ale pak za tyto předměty ručí sama. Případně po dohodě s příbuznými je může nechat odnést domů. Pacientka se sama nebo za dopomoci převlékne do nemocničního úboru nebo vlastního úboru, určeného k pobytu na oddělení. Věci, šatstvo, cestovní zavazadlo zůstávají uloženy ve skříni na pokoji pacientky, do stolku u lůžka pacientky jsou uloženy jen předměty denní potřeby, hygienické potřeby, nápoje apod. Ošetřující sestra provede u pacientky základní měření fyziologických funkcí, sběr informací pro ošetřovatelskou anamnézu, která musí být sepsána nejpozději do 24 hodin od přijetí do nemocnice a plní ordinace přijímacího lékaře. Dokumenty jako jsou Práva a povinnosti nemocných, domácí řád oddělení, důležitá telefonní čísla a návštěvní hodiny jsou na dostupném místě k dispozici pacientce.

2.5.2 Předoperační péče

Psychická příprava

Plánovaná operace a příchod pacientky k hospitalizaci je velkým stresujícím faktorem, a to zejména pro ženy staršího věku a ty, které jsou hospitalizovány poprvé. Je pro ně těžké se rozhovořit o svých intimních problémech, mají strach z operace a všeho, co je čeká. Při představě ztráty dělohy se mohou některé pacientky cítit jako „neúplné“ ženy s neschopností rodit děti, obavou ze snížení sexuální reaktivity a tím ztrátou partnerova zájmu. Je nutný profesionální a empatický přístup sestry, aby k ní pacientka získala důvěru a byly odstraněny zábrany a obavy.

Nejčastější důvod k rozhodnutí odstranění dělohy je zlepšení kvality života po hysterektomii. Hysterektomie dle Bayram a Beji (2009) nezpůsobuje dlouhodobé psychiatrické problémy a psychický stav obecně zlepšuje. Studie sexuální funkce ukázaly různé výsledky, přičemž bylo zjištěno zlepšení nebo žádná změna v sexuální funkci u většiny žen.

Nutné je pacientce vysvětlit veškeré informace týkající se operačního výkonu a všeho, co ji čeká po operaci. Lékař podává informace týkající se průběhu a druhu léčby. Pacientka své pochopení a rozhodnutí k průběhu hospitalizace a léčby stvrzuje podpisem dokumentu zvaného Souhlas s provedením operace, který je specificky pojmenován dle druhu dané operace (Slezáková et al., 2011).

Sestra podává informace týkající se předoperační a pooperační péče, zejména problematiky hygienické péče, stravování, poučení před operací, nebo i pooperační rehabilitace (Slezáková et al., 2011). V průběhu předoperačního dne může probíhat i nácvik činností, které bude pacientka provádět po operaci, např. dechová gymnastika, provádění jednoduchých cviků dolními končetinami apod.

Edukace pacientky

Je velmi důležitá pro další spolupráci pacientky se zdravotnickým personálem a zejména její psychickou pohodu a tím i následnou rekonvalescenci. Chování ženy je před operací nejčastěji ovlivněno strachem, studem, úzkostí a pocitem méněcennosti. Může být narušeno sexuální prožívání ženy, které může změnit vnímání sebe sama a hlavně ve vztahu k sexuálnímu partnerovi, má obavy z dopadů menopauzy, ztráty fyzické energie (Bayram a Beji, 2010), a to vše může narušit i rozhodování ženy v oblasti léčby onemocnění.

Je důležité, aby se pacientka pomocí taktního jednání sestry a vhodného rozhovoru rozhovořila o svých obavách. Sestra podporuje zájem pacientky o další informace a sleduje její reakce na nové informace a jejich pochopení (Roztočil, 2009).

Pacientky v 21. století nejsou pouhými příjemci péče, mají mnohem více možností zjišťovat si informace o nemocech a zajímají se více o svůj zdravotní stav (Oyler a Obeck, 2014). Stávají se partnery v rozhodování o své léčbě. Sestry pomáhají pacientkám pochopit souvislosti díky edukaci, čímž je dále vzdělávají a zahrnují do edukace i rodinné příslušníky, čímž všichni získávají lepší přehled o zdravotním stavu pacientky a mohou se lépe účastnit rozhodování o dalších postupech léčby a jsou schopny lépe zajistit ošetření po propuštění do domácího ošetřování.

Předoperační edukace zahrnuje rozhovor, který sestra navazuje s opatrností, protože pacientka může cítit strach a úzkost z operace. Vysvětlí pacientce vše, co ji čeká před odjezdem na operační sál, jak se má k operaci správně přichystat a vlídně odpovídá na dotazy pacientky.

Na některých pracovištích již funguje služba, kterou poskytují sestry perioperační péče. Den před operací navštíví pacientku a vysvětlí jí vše, co se týká činností na operačním sále. Jak se tam pacientka dostane, kdo jí tam odveze, jak s ní budou na sále manipulovat. Vybízí pacientku k rozhovoru a ke kladení otázek, na které jí adekvátně odpovídá (Vavrová, 2014).

Sestra na oddělení vede s pacientkou rozhovor také na téma pooperační péče, vysvětlí jí některá omezení, která jí po operaci čekají. Snaží se komunikovat s pacientkou tak, aby v ní nevyvolala ještě větší obavy. Pomůže pacientce celou situaci pochopit a ujišťuje se, že pacientka vše dobře chápe.

Somatická příprava

- *Krátkodobá předoperační příprava*

Trvání této přípravy zahrnuje 24 hodin před operací.

Úprava stravy - v den před operací dostane pacientka poslední jídlo v poledne, a to bujón, večer už jen tekutiny. Sestra provede poučení pacientky, že od půlnoci už nesmí jíst a pít a důležité je též nekouřit a doporučuje se i nežvýkat a necucat bonbony. Lačnění má být minimálně 6-8 hodin před výkonem. U pacientek s diabetem nebo s poruchou výživy je zajištěn přívod energie a tekutin parenterální cestou. Infuzní roztok glukózy s inzulínem pro diabetičky je připraven a aplikován dle ordinace lékaře na základě ranního vyšetření glykémie.

Vyprázdnění tlustého střeva - specifická příprava u výkonů, kde se předpokládá při operaci možnost narušení střevních kliček. Večer a ráno (záleží na zvyklostech oddělení) před výkonem dostane pacientka očistné klyzma nebo je vyprazdňována pomocí podání projímavého roztoku (např. fosfátové soli), který pije v odpoledních hodinách před výkonem. V obou případech již od podání nejí, pouze doplňuje dostatek tekutin.

Premedikace – den před operací přichází k pacientce anesteziolog, který jí seznámí s druhem podané anestezie, dá jí možnost, aby se zeptala na všechny nejasnosti. Sepíše s ní souhlas k anestezii a většinou ordinuje večer a ráno před výkonem premedikaci per os, ráno může být i injekční. Večerní „pre-premedikace“ má pacientku uklidnit a navodit nerušený spánek před operací. Ranní premedikace umožní snazší nástup anestezie při operaci.

Příprava operačního pole - ráno před výkonem je oholen genitál, podbřišek i břicho. Některé ženy se často holí samy, v tomto případě sestra pouze zkontroluje oholení operačního pole. Dle zvyklostí a ordinace operátora lze provést předoperační dezinfekci operačního pole (Slezáková et al., 2011). Dále se provádí vyčistění pupku.

Hygiena - důležitá je i celková koupel před operací, vyjmutí zubní protézy, odlakování nehtů a převázání případných ran na těle pacientky.

Prevence tromboembolické nemoci (TEN) - pokud je ordinována miniheparinizace, aplikuje sestra nízkomolekulární heparin subkutánně (s.c. – do podkoží) dle ordinace lékaře. Poučí ji, že si má ráno po koupeli nasadit kompresní punčochy, ev. jí sama ráno zabandážuje dolní končetiny nebo pomůže nasadit punčochy.

Cenné věci - šperky, mobilní telefon, doklady, hodinky, protetické pomůcky, jako jsou brýle, kontaktní čočky, zubní protéza, naslouchátko apod. nesmí mít pacientka během operace u sebe. Nutno pacientce vysvětlit důvod odebrání těchto cenností a nabídnout jí možnost uschovat je v trezoru na oddělení. Odevzdané cennosti sepíše sestra před pacientkou a seznam podepíše sestra i pacientka + jeden zdravotnický pracovník jako svědek.

- *Bezprostřední předoperační příprava*

Dle ordinace lékaře se provádí:

Zajištění periferní žilní kanyly (PŽK) - pokud jsou ordinovány léky nebo infuze k intravenóznímu (i. v.) podání před operačním výkonem a dle ordinace poté aplikovány.

Zavedení permanentního močového katétru (PMK) – je zaveden z důvodu sledování odvodu moči do sběrného sáčku při operaci. V některých případech je permanentní katétr zaveden až na operačním sále po úvodu do anestezie.

Premedikace – podává se dle ordinace anesteziologa na základě telefonické výzvy z operačního sálu. Sestra zapíše čas podání a potvrdí svou jmenovkou a podpisem.

Profylaxe – podání antibiotik jako prevence infekce ordinované operatérem, a to buď před odjezdem na sál s premedikací, nebo až po převzetí na sál těsně před zahájením anestezie.

Bezprostředně před odvozem pacientky na sál sestra provede kontrolu oholení a přípravy operačního pole, vyndání zubní protézy a jiných kompenzačních pomůcek, sundání šperků, bandáže dolních končetin, vyše pacientku vymočít, pokud nemá zavedený PMK, poté podá premedikaci, uzamkne cenné věci, které si pacientka přála ponechat na pokoji a klíč uloží do trezoru na pracovně sester až do návratu pacientky po operaci. Pacientka je oblečena do košile určené na operační sál a vyčkává odvozu k operaci. Sestra zapíše záznam o provedení ordinace a provede kontrolu v dokumentaci pacientky. Dokumentaci a léky, které byly naordinované k podání na operačním sále, předá i s pacientkou sálovému sanitáři k odvozu na operační sál. Tam je pacientka odvezena vleže a nemá u sebe žádné osobní věci (Schneiderová, 2014).

2.5.3 Pooperační péče

Po operaci je pacientka obvykle překládána na oddělení Jedinoty intenzivní péče (JIP), kde si ji do péče přebírá sestra specializovaná v oboru intenzivní a resuscitační péče a probíhá zde monitoring vitálních funkcí (TK, P, SpO₂ – saturace okysličené krve, DF, vědomí a TT) a stabilizace stavu pacientky. Pooperační péče je zajišťována dle druhu operačního výkonu, typu anestezie, stavu pacientky a požadavků operátora (Slezáková et al., 2011, Roztočil, 2011).

Během prvních 24 hodin po operaci ošetrovatelská péče zahrnuje pokračující pomoc pacientce zotavit se z účinků anestezie. Sestra provádí posuzování fyziologického stavu pacientky a monitorování základních životních funkcí – TK, P, DF (každých 15 minut během první hodiny a každých 30 minut po dobu dalších 2 hodin, poté se se měří méně často, pokud zůstanou stabilní). TT se sleduje každé 4 hodiny po dobu prvních 24 hodin. Nutné je sledování bolesti u pacientky a její zvládnání. Věnuje se péči o operační rány a drény, sleduje jejich stav, množství a charakter odpadu. Kontroluje krvácení z rodidel, stav a funkci invazivních vstupů, močový katetr a jeho odvod, podává léky a infúze, plní

ordinace dle lékaře. Dále sleduje nevolnost a zvracení, zajistí potřebné pomůcky, správnou polohu pacienta pro zlepšení komfortu, bezpečnosti a správnou funkci plic. Také posuzuje úroveň vědomí, orientaci a schopnost pohybovat končetinami. Poskytujte informace pacientce, případně její rodině z oblasti ošetrovatelské péče (Smeltzer et al., 2010) a to hned, jak to její zdravotní stav dovolí.

Operatér dokládá do chorobopisu operační protokol, který obsahuje popis průběhu operace a výpis ordinací, které požaduje k plnění na pooperačním oddělení (JIP) - léky, infuzní roztoky, transfuze, laboratorní vyšetření, pokyny ohledně polohy pacientky, převazů operační rány apod. (Tlstá, 2013).

Při překladi z JIP na standardní oddělení je pacientka převzata ošetřující sestrou. Sestra upraví pacientce lůžko do požadovaného stavu, přiloží signalizační zařízení, aby bylo dobře přístupné, a zopakuje manipulaci s ním. Poučí pacientku, aby si přivolala sestru v případě jakýchkoli komplikací. Provede kontrolu fyziologických funkcí (TT, TK, P), prosaku operačních ran, krvácení z rodidel, odpadu z drénů, odvod PMK, funkci PŽK a jiných invazivních vstupů.

Poučí ji o dodržování dietních opatření, která se budou v průběhu hospitalizace měnit postupně od tekuté stravy k běžné, kterou měla před operací: *1. den* po operaci bude dieta č. 0 (tekutá), po radikálním výkonu po celý den; jinak k snídani dieta č. 0 a od oběda dieta č. 1 (kašovitá). *2. den* po operaci v případě radikálních operací dieta č. 1, kašovitá, jinak dieta, která byla před operací (nejčastěji č. 3 = racionální nebo č. 9 = pro diabetiky). Od *3. pooperačního dne* dieta č. 3 nebo č. 9, ev. dle přidružených onemocnění (Vavrová, 2014).

Péče o operovanou pacientku po LAVH zahrnuje:

- **sledování:**

- *krvácení z rodidel* (vločky, poševní tamponáda – pokud je zavedena), prosakování krve z operačních ran do sterilního krytí, sekrece z drénu (Redonův, vaginální), známky vnitřního krvácení (slabost, závratě, bledá kůže, nitkovitý pulz, tachykardie, hypotenze);
- *bilance tekutin* – z důvodu krvácení dochází ke ztrátám tělesných tekutin a tím ke změně elektrolytového a vodního hospodářství těla. Je nutno sledovat fyziologické funkce, krvácení, zvracení, příjem a výdej tekutin až do třetího dne po operaci (Tlstá, 2013). Ztráty jsou vyrovnávány podáváním infúzních roztoků s minerály, případně transfúzí krevních derivátů intravenózně do PŽK nebo centrálního žilního katétru (CŽK) dle ordinace lékaře;
- *pooperační bolesti a analgetizace* – bolest nepodceňujeme, sledujeme ji společně s fyziologickými funkcemi. Analgetika jsou podávána až po odeznění účinků anestezie dle ordinace lékaře (Slezáková et al. 2011, Tlstá, 2013).

- **péči:**

- *o vyprazdňování močového měchýře* - nejprve sledujeme odvod PMK do sběrného sáčku, dále po odstranění PMK spontánní močení, a to do 6 hodin od vyndání (v některých

případech může být epicystostomie, kdy také sledujeme průchodnost a odvod moči), (Slezáková et al., 2011);

- *o střevní peristaltiku a odchod stolice* – problémem je plynatost, která působí bolesti břicha. Je třeba pacientce vysvětlit nutnost přiměřeného pohybu a včasné mobilizace. Stolice by měla odejít již třetí den po operaci, jinak se začínají podávat léky na podporu odchodu stolice (např. glycerinový čípek, lactulóza apod.). Je třeba zachovat intimitu pacientky, podpořit ji psychicky, pokud musí vyprazdňování provést na lůžku na pokoji;

- *o operační ránu* – pokud nejsou známky infekce, je preferováno volné hojení ran bez krytí (Roztočil, 2011), které se snímá 3. den po operaci. Obvyklé odstranění stehů je plánováno na 10. den po operaci, které je zajištěno u ošetřujícího gynekologa;

- *o zvýšenou hygienu genitálu a operační rány* – nutné poučení o sprchování, omytí genitálu po vyprázdnění, pravidelné výměně vložek a osobního prádla (Slezáková et al., 2011);

- *o dutinu ústní* - z nedostatku tekutin v období lačnění dochází k osychání jazyka a úst a dochází tak k nepříjemnému zápachu z úst (Tlstá, 2013). Také je kladen důraz na celkovou hygienu. Pokud pacientka není sama schopna hygienu provést, má k dispozici sestru či ošetřovatelku;

- *o psychickou pohodu ženy*, kdy jí hrozí posthysterektomický syndrom. Při současném odstranění vaječníků při hysterektomii může ženu provázet po operaci také klimakterický syndrom, obavy ze stárnutí a přibývání na tělesné hmotnosti (Slezáková et al., 2011).

Posthysterektomický syndrom je reakce na operační odnětí dělohy, provázená únavou, poruchami spánku, bolestmi hlavy, návaly, závratěmi a močovými obtížemi (Slezáková et al., 2011).

Klimakterický syndrom zahrnuje postižení systému vazo-motorického, psychického, kožního, urogenitálního, pohybového a cévního (viz Příloha A7).

V průběhu léčby po operaci sestra plní ordinace lékaře, kontroluje funkci PŽK, PMK, případně je dle ordinace odstraní. Po odstranění PMK kontroluje stav spontánního močení. Sleduje nadále stav operačních ran, drénů, které případně dle ordinace odstraní. Dále zjišťuje pooperační bolest a sleduje její projevy, podá ordinovaná analgetika pro tlumení bolesti a hodnotí jejich účinek. Sleduje projevy pooperačních komplikací (např. nevolnost, zvracení apod.) a také bilanci tekutin. Vše zapisuje do dokumentace. Pečuje o bio-psycho-sociální potřeby pacientky formou ošetřovatelského procesu. Saturuje potřeby sebeděče a soběstačnosti u pacientky v co nejkratší době a edukuje ji. Je třeba se věnovat i psychosociální stránce ženy, kdy je vhodné jí po operaci znovu vysvětlit, co pro ni výkon znamená, že to není konec sexuálního života, ale zlepšení kvality jejího života (Roztočil, 2011).

Edukace v pooperačním období

Sestra edukuje pacientku o správné sebek péči po operaci. Řadí se sem edukace v oblasti stravování, ošetřování operačních ran, správný postup při hygieně genitálu a celkové hygieně (sprchování, bidet), informace o potížích s vyprazdňováním moči i stolice, upozornění na možné pooperační komplikace (bolesti, nauzea, zvracení) a případné komplikace u zavedených invazivních vstupů (PŽK, PMK apod.). Je velmi důležité vysvětlit pacientce, jak rozpozná případné komplikace, jaké to jsou a jak se zachovat v případě jejich zjištění. Po každé edukaci provede sestra záznam do edukačního listu, kontroluje pacientku, zda informace pochopila a provádí naučené činnosti správně, což na závěr jednotlivé edukační lekce může ztvrdit také svým podpisem do edukačního listu (Svěráková, 2012).

2.5.4 Propuštění pacientky

Pacientky odchází do domácího ošetřování většinou, pokud nenastanou komplikace, které hospitalizaci prodlouží, ještě před vyndáním stehů z operačních ran. Lékař sepisuje lékařskou zprávu o průběhu hospitalizace a s doporučením dalšího postupu pro pacientku. Sestra se při předávání zprávy ujistí, zda pacientka chápe své povinnosti a postup rekonvalescence v domácím prostředí. Poučí pacientku o případném užívání léků. Zodpoví dotazy, snaží se zamezit nejasnostem. Domluví se na další kontrole (stanovené lékařem) s vyndáním stehů v gynekologické ambulanci. Pacientka dostává propouštěcí lékařskou zprávu pro svého ošetřujícího gynekologa a praktického lékaře, kterému oznámí návrat z nemocnice nejpozději do 3 dnů od propuštění (Slezáková et al., 2011). Návštěva u gynekologa bývá za 2-3 týdny po propuštění do domácího ošetřování, v případě obtíží dříve. Velmi důležitá je edukace ženy sestrou i lékařem, jak se chovat v pooperačním období doma.

Edukace při propuštění do domácího ošetřování

Zásadní témata:

- *zásady životosprávy* = dostatek tělesného a psychického klidu, nenosit těžká břemena, důraz na hygienu (preferovat sprchování), péči o operační rány, stolici, prevenci infekcí, sexuální abstinence po dobu 6 týdnů, postupná rehabilitace a následné posilování pánevního dna - vše je nutno vysvětlit, dbát na dostatek živin a vitamínů, ochrana před prochlazením (vhodné oblečení);
- *sexuální problematika* = zaměření na vnímání změn po operaci (jizvy), problémy při pohlavním styku (změna anatomických poměrů v pochvě, jizvy), hygienické návyky pohlavního života, užívání antikoncepce a hormonální substituce, nástup klimakteria;

- *informace o následné léčbě* = návštěva gynekologa, pracovní neschopnost, nárok na lázeňskou léčbu, dodržování pravidelných preventivních prohlídek (Slezáková et al., 2009).

2.6 Komplikace spojené s LAVH

Komplikace laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie lze dle časového hlediska rozdělit na komplikace během operačního výkonu a pooperační komplikace. Pooperační komplikace dle lokalizace dělíme na komplikace v místě operačního výkonu (krvácení, dehiscence, infekce, kýla v jizvě) a komplikace, které postihují jiný orgán nebo systém v lidském těle, a to v důsledku operační zátěže (kardiální, respirační, renální, zažívacího ústrojí, tromboembolické). Dále je lze rozdělit na časné (bezprostředně po operaci do 24 hodin) a pozdní komplikace (Schneiderová, 2014).

Komplikace, které může sestra odhalit během ošetrovatelské péče: dušnost, změna monitorovaných vitálních funkcí, změna barvy, vlhkosti a teploty kůže, zvýšené krvácení z operačních ran, zvýšený odvod odpadů z drénů, změna kvality vědomí, orientace, pohyblivosti, bolest, nauzea a zvracení, infekce v oblasti operační rány, infekce invazivních vstupů, retence moči, tromboembolická nemoc, pád, zácpa, zvýšená tělesná teplota nebo horečky, dehydratace a nozokomiální nákazy (Smeltzer et al., 2010).

Všechny zjištěné informace musí sestra řádně zapisovat do dokumentace, hlásit včas lékaři a provádět takové intervence, aby předcházela rozvoji komplikací a zabránila prohlubování již vzniklých komplikací. Plní ordinace lékaře a spolupracuje na zlepšení zdravotního stavu pacientky.

2.7 Prognóza onemocnění

Prognóza u pacientek po hysterektomii, zejména po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii je velmi dobrá. Dnes již výrazně dominují tyto miniinvazivní přístupy, které navíc umožňují ovlivnit konečné rozhodnutí o typu zákroku dle nálezu zjištěného peroperačně v průběhu laparoskopie. Vzhledem k miniinvazivitě výkonu je zde menší riziko pooperačních komplikací (Mára et al., 2009). Pacientky se mohou většinou po 6 týdnech od operace, pokud nenastanou nečekané komplikace, vrátit do normálního koloběhu života, ovšem je velmi důležité řídit se radami lékaře a sestry, kteří je edukovali.

U pacientek, které již neplánují těhotenství, je doporučena chirurgická léčba, tedy hysterektomie, jako definitivní řešení myomů (Kadlecová et al., 2015).

Pokud žena plánuje ještě otěhotnět, jsou voleny postupy dělohu zachovávající (myomektomie), je zde však riziko recidivy myomu a možných komplikací během porodu (Mára et al., 2009).

2.8 Preventivní opatření

Primární edukace je chápána jako oblast činnosti zdravotnických pracovníků nebo odborníků jiných profesí, jejichž cílem je předcházení vzniku nemocí. Jsou to takové aktivity, které se zaměřují na konkrétní rizikové faktory prokazatelně ovlivňující vznik a vývoj nemoci (Svěráková, 2012).

Sekundární edukace znamená vlastní výchovné působení na pacientky, které již nějakou nemocí onemocněly. Jejím cílem je přispět k vyléčení nemoci a zamezit tak případnému vzniku komplikací. Zahrnuje edukační činnost sester na gynekologickém oddělení, jejichž snahou je dobrovolná změna chování pacientek za účelem zlepšení jejich zdravotního stavu, např. změna stravovacích zvyklostí, zařazení pohybových aktivit do jejich týdenního rozvrhu, nebo i jen nácvik nějaké dovednosti (aplikaci inzulínu, ošetřování operačních ran apod.). Účelem edukace není jen předání informací sestrou pacientce, ale je nutná i její aktivní spoluúčast na tvorbě svého edukačního plánu, která pak může zaručit úspěšnou spolupráci obou subjektů (Svěráková, 2012). V ošetrovatelské péči na gynekologickém oddělení se dají sekundární opatření nalézt např. v pooperačním období, kdy sestra edukuje pacientku v mnoha oblastech úspěšné sebezpečí již zmíněných v předchozím textu.

Terciální edukace zahrnuje řešení následků po prodělaném onemocnění nebo úrazu a jejím cílem je obnovení funkce poškozených orgánů, nácvik sebeobsluhy pacientky a její snažší návrat do běžného života. Uplatňují se zde metody fyzioterapie, balneoterapie, ergoterapie a rehabilitace (Svěráková, 2012). V ošetrovatelské péči mohou terciální opatření nejlépe zabezpečit sestry specialistky v oboru fyzioterapie. Ovšem na oddělení můžeme takové intervence nalézt, např. když sestra provádí s pacientkou první mobilizaci po operaci (sed, stoj, chůze), pokud trénuje s pacientkou samoobsluhu při stravování, oblékání, hygieně apod., a to zejména u pacientek seniorského věku.

3 Použité metody

3.1 Případová studie

Pro svou práci jsem si zvolila metodu případové studie, abych mohla porovnat péči o pacientky na gynekologickém oddělení s poznatky mého studia literatury, odborných článků a postupů ošetrovatelské péče českých i zahraničních autorů.

Případová studie (též kazuistika, anglicky case study) je metoda kvalitativního výzkumu, která je zaměřena na detailní studium a rozbor jednoho nebo jen několika málo případů. Oproti statistickému sběru dat, kde shromažďujeme jen omezené množství dat od mnoha jedinců, zde shromažďujeme velké množství dat od jednoho nebo jen několika málo jedinců. Na konci studie jsou poznatky dávány do širších souvislostí, lze je porovnat s jinými případy nebo provést validaci výsledků (Hendl, 2016).

Mezi zdravotníky je tento typ studie oblíbený a provádí ji jak lékaři, tak pracovníci nelékařských oborů (všeobecné sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti, adiktologové aj.). Jsou dobrým zdrojem informací o zajímavých případech z medicínské praxe.

3.2 Etické aspekty

V ošetrovatelském výzkumu jsou zdrojem informací pacienti. Proto je velmi důležité, aby měli zkoumané osoby zabezpečena všechna svá práva, která jim náleží. Aby nebyla tato práva porušována, byly v minulosti sestaveny etické kodexy, kterými se zdravotníci mají řídit. Etický kodex sester byl vytvořen Mezinárodní radou sester (International Council of Nurses – ICN) a vydán v roce 1953.

„V úvodu kodexu se říká: Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.“ (Kutnohorská, s. 154, 2010).

K principům etických tradic západní kultury patří úcta k lidem, respektovat lidskou důstojnost, požadavek neškodit, prospěšnost, spravedlnost, informovaný souhlas, anonymita a důvěrnost (Kutnohorská, 2009).

Výzkum v ošetrovatelství pomáhá sestřám zkvalitnit nejen jejich péči o pacienty ve všech oblastech zdravotnictví, ale právě i v oblasti prevence a výchovy ke zdraví.

K výběru pacientky, která se účastnila mé studie, mě přivedla informace o průběhu léčby této pacientky před operací a její zajímavý nález myomů dělohy. Chtěla jsem zjistit, co předcházelo takovému zdravotnímu nálezu a jaké informace jí byly poskytnuty.

Souhlas s účastí na výzkumu od pacientky jsem získala ústní formou, vysvětlila jsem jí podrobnosti, co od ní požaduji. Ujistila ji, že nikde v mé práci nebude zmíněno její jméno a rodné číslo ani název nemocnice, kde byla operovaná. Její účast na mé studii byla dobrovolná. Pacientka má možnost mít kopii mé práce po dokončení k dispozici, pokud si to bude přát a kdykoli od úmluvy odstoupit. Má můj kontakt pro potřeby jakéhokoli jednání se mnou.

Ve zdravotnickém zařízení, kde jsem případovou studii prováděla, jsem podala „Žádost o provedení a zpracování kazuistiky na gynekologickém oddělení“ manažeru pro nelékařské zdravotnické obory, která mi byla se souhlasem vrácena. Vzor je přiložen v příloze (viz Příloha C), originál je k nahlédnutí u autora.

Pacientka byla velice ochotná spolupracovat, odpověděla mi na všechny otázky, ale nejvíce ostychu bylo při otázkách pohlavního života. Spolupráce s ošetřujícím personálem byla na velmi dobré úrovni a všichni mi ochotně pomáhali zjistit vše potřebné. Největší problémy jsem měla s vyhledáváním validních odborných článků k mé práci, neboť sesterských příspěvků, kromě diplomových prací, je poskromnu. Také byly menší problémy se stylistikou práce, ale zpracovávala jsem ji se zaujetím.

3.3 Ošetřovatelský proces

Péči o pacientku jsem prováděla formou ošetřovatelského procesu. Během ošetřování jsem několikrát hovořila s pacientkou na téma mé práce a podle ošetřovatelského modelu Marjory Gordon jsem si zjistila potřebné informace ke zpracování této práce.

Ošetřovatelský proces je hlavní pracovní metodou ošetřovatelského personálu. Zahrnuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů užívaných profesionály v ošetřovatelství. *„Skládá se ze vzájemně propojených a podmíněných fází (kroků) – posouzení, diagnostiky, plánování, realizace a hodnocení, uskutečňovaných ve prospěch jednotlivce (rodiny, komunity), což umožňuje systémový přístup k ošetřovatelské péči.“* (Plevová et al., s. 105, 2011).

Dle Konceptu ošetřovatelství MZ ČR: *„Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů.“* (2004).

Jednotlivé kroky ošetřovatelského procesu:

- **Posuzování (posouzení)** = označuje sběr, třídění a záznam údajů o zdravotním stavu pacienta, zjišťuje i jeho silné stránky.
- **Diagnostika** = sestra provádí analýzu získaných dat, stanovuje si potencionální problémy, identifikuje silné stránky pacienta potřebné k vytvoření úspěšného plánu.

- **Plánování** = je proces stanovení plánu ošetrovatelské péče, sestra si určí priority, stanoví cíle a očekávané výsledky, určí činnosti potřebné k dosažení daných cílů a zaznamenává plán péče dle individuality pacienta.
- **Realizace** = je vykonání ošetrovatelských intervencí, které jsou zaměřeny na dosažení stanovených výsledků u pacienta, nutno posoudit momentální stav pacienta a eventuálně změnit plán.
- **Vyhodnocení** = hodnocení provedených intervencí, zda bylo dosaženo cíle, nebo nedošlo ke změně priorit (Tóthová et al., 2014).

3.4 Edukace

Edukace znamená výchovně vzdělávací činnost zdravotníků zaměřenou na pacienty, a to formou primární, sekundární a terciární edukace. Je velmi důležitou součástí léčebné a ošetrovatelské péče o pacienty. „*Smyslem edukačního procesu je systematické vedení pacienta k osvojení si odpovídajících dovedností, k vytvoření nových hodnotových, postojoyých a volných struktur osobnosti, které vedou k vyvolání a k postupnému upevnění požadované změny chování.*“ (Svěráková, s. 24, 2012).

Změna chování u pacienta se týká především jeho životního stylu, stravovacích návyků, pohybových aktivit, kouření, ale může znamenat i nácvik nějaké činnosti důležité při jeho ošetřování (např. aplikace injekcí – inzulínu). Velkým úskalím bývá správná *motivace* pacienta, zejména u dospělých pacientů, u kterých bývají některé zvyklosti pevně zafixované, a jejich ochota ke změně není dostatečná.

Aby edukace probíhala tak jak má, měla by ji provádět speciálně školená edukační sestra, která má v přiměřené míře svůj čas, který může věnovat pacientům. Má k dispozici správné informace i materiály, které jí v edukaci významně pomáhají. Každá osoba, která edukuje se nazývá *edukátor*.

Edukační proces má 5 fází:

- **Posouzení pacienta** - edukátor musí znát důležité údaje o pacientce, rozhovorem zjistit její ochotu a schopnosti se učit a přijmout změnu, okolí pacientky a podmínky k úspěšnému přijetí změn.
- **Určení edukačních témat** - edukátor na základě zjištěných informací stanoví *edukační diagnózy* neboli témata. Na základě diagnóz určí, jaký *typ edukace* bude následovat – základní (při nově zjištěné nemoci), komplexní (edukační kurzy zasahující celostně do života pacientky) nebo reedukaci (pokračující, rozvíjející, napravující).
- **Sestavení edukačního plánu** - musí obsahovat priority v edukaci, cíle, vhodné metody (mluvené slovo, audiovizuální prostředky), obsah edukace, harmonogram, organizaci a pomůcky (CD, DVD, tištěné materiály apod.).

Důležité je dodržování *zásad při edukaci* - individuální přístup k pacientce, trpělivost, takt a empatie; ohled na zdravotní stav pacientky; délku a čas edukace řídit dle potřeby pacientky; upravit učební plán dle aktuálních potřeb; odstranit rušivé elementy; využít učebních pomůcek.

- **Realizace edukačního plánu** – probíhá formou výuky, musí obsahovat část motivační, opakovací, expoziční, fixační a závěrečné shrnutí. Realizaci mohou být kladeny překážky ve formě *bariér*, a to buď ze strany pacientky (únava, změněná schopnost vnímání vzhledem k nemoci, jazyková bariéra, odlišné kulturní zvyklosti apod.) anebo ze strany edukátora (nedostatečná příprava, únava, přílišné zaneprázdnění a tím časová tíseň, nespolupráce v kolektivu apod.).
- **Vyhodnocování výsledků edukace** – hodnocení výsledků edukace musí probíhat průběžně a na závěr je vytvořeno závěrečné hodnocení a ujištění, že pacientka pochopila cíl edukace, osvojila si nové znalosti a dovednosti, změnila si svůj denní režim a je schopna jej uskutečňovat. K ověření účinnosti lze použít písemný test znalostí, dále lze ověřovat znalosti formou kladení kontrolních otázek nebo předvedením konkrétního výkonu. Při edukaci a následném hodnocení výsledků je třeba stále povzbuzovat pacientku a chválit ji za každý pokrok.

O provedené edukaci je třeba vést pravidelný záznam v dokumentaci pacienta. Poskytuje informace o provedené edukaci, brání duplicitě a zároveň chrání edukátora před případnými stížnostmi o neposkytnutí informací. Je vhodné, aby každé ukončení edukace podepsal v dokumentaci i pacient, čímž vzniká vazba mezi edukací a uvědoměním si pacienta závažnosti situace, pro kterou byl edukován (Svěráková, 2012).

V průběhu hospitalizace byla má pacientka edukována několikrát, a to před operací i po operaci. Na oddělení, kde pacientka pobývala, žádné edukační sestry nejsou. Edukaci provádí lékaři a sestry z daného oddělení. Edukace probíhá formou rozhovoru. Edukačních pomůcek a materiálů je vzhledem k danému tématu ve zdravotnickém zařízení, kde je pacientka hospitalizována, minimum.

4 Případová studie

4.1 Základní informace o pacientce

Na gynekologické oddělení nemocnice okresního typu byla přijata 48letá pacientka s diagnózou Uterus myomatosus crescens (rostoucí myomy dělohy) k plánované operaci Laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii s oboustrannou salpingektomií (odstranění vejcovodů).

První nález myomů pocházel z doby přibližně 2 a půl roku před plánovanou operací, kdy byly náhodně při pravidelné prohlídce USG vyšetřením zjištěny myomy na děloze. Pacientka byla prozatím sledována bez léčebných zásahů. Při pravidelných prohlídkách po půl roce byl zaznamenán postupný nárůst myomů. Rok před plánovanou operací obvodní gynekolog naordinoval léky, které měli způsobit zmenšení myomů – SPRM preparát Esmya (ulipristal acetát). Léčba trvala celkem 3 měsíce, ale místo zmenšení se myomy se začaly více zvětšovat. Pacientka další léčbu těmito léky odmítla, jejím rozhodnutím bylo léčit myomy cestou alternativní medicíny, vyzkoušela metody přírodního léčení, což zapůsobilo také bez efektu. Poslední kontrola gynekologem zhruba čtvrt roku před naplánováním operace odhalila 2 zvětšené myomy. Jeden o velikosti cca 6 x 5 cm na zadní stěně dělohy uložený v Douglasově prostoru (mezi dělohou a konečníkem) a druhý o velikosti cca 7 x 5 cm na pravé straně dělohy vedle prvního myomu. Tento nález už pacientku přesvědčil o nutnosti hysterektomie. Velké rozhodování pro pacientku bylo, zda odebrat dělohu i s adnexy nebo ponechat vaječníky a odebrat s dělohou pouze vejcovody. Pacientka byla náležitě seznámena s rizikem ponechat vaječníky, a přestože má v rodinné anamnéze zhoubný novotvar prsu a štítné žlázy, svolila k odebrání dělohy jen s vejcovody. Vaječníky si přála odstranit v pozdější době v případě pozitivního histologického nálezu.

Hospitalizace probíhala v zimním období roku 2016, celková doba hospitalizace trvala 7 dní. Období mého sledování pacientky zahrnuje den příjmu pacientky, dále 0. až 5. den po operaci, kdy byla pacientka propuštěna do domácího ošetřování. Mé vlastní ošetřování pacientky probíhalo 1. až 3. den po operaci.

4.2 Anamnéza

Ze zdravotnické dokumentace a rozhovorem s pacientkou zjištěno:

Pacientka byla při příjmu při vědomí, plně orientovaná, soběstačná, spolupracovala, známky jiné nemoci nevykazovala.

V rodinné anamnéze uvedeno úmrtí sestry v 36-ti letech na karcinom prsu, otec zemřel na akutní srdeční selhání (uzávěr věnčitých tepen) v 61 letech, matka v 50-ti letech

operace štítné žlázy pro karcinom a nyní se léčí na Diabetes mellitus (DM) perorálními antidiabetiky (matka matky karcinom GIT).

Z osobní anamnézy zjištěno, že netrpí vážnějšími chorobami, prokázány žilní městky na dolních končetinách, v roce 2012 prodělala úraz pokousání psem s následkem sutury rozsáhlého poranění s rizikem ztráty 4. prstu pravé ruky a operační korekce zlomeniny loketní kosti pravé horní končetiny, vyléčeno bez následků. Léky trvale neužívá, alergii neudává, nekouří, pije kávu, alkohol jen příležitostně.

Z pracovní a sociální anamnézy vyplývá, že pacientka pracuje jako zdravotní sestra ve směnném provozu se zátěží nočních směn. Je svobodná, žije sama v domácnosti, dojíždí za matkou do blízké vesnice, o kterou průběžně pečuje. Starala se o svého synovce, po úmrtí jeho matky vypomáhala otci dítěte spolu s babičkou. Na založení vlastní rodiny nepomýšlela. Nynější přítel žije v oddělené domácnosti.

Z gynekologické anamnézy zjištěno, že první menstruace byla v 15-ti letech, cyklus má pravidelný 28/7 dnů, menstruace je nebolestivá, pacientka je nullipara, nikdy žádné gynekologické operace neprodělala. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala vzhledem k vaskulárnímu onemocnění. Chodí na pravidelné gynekologické prohlídky i prohlídky prsu mamografem – bez patologického nálezu.

Nynější onemocnění děloha s rostoucími myomy přivádí pacientku k hospitalizaci pro plánovanou hysterektomii. Zvětšené myomy už ji omezují, chodí častěji močit a při běhu má nezvyklé tlaky v podbřišku. Jiné obtíže neudává.

4.3 Zhodnocení stavu pacientky

4.3.1 Příjem pacientky

Ze zdravotnické dokumentace:

V den přijetí přišla pacientka na gynekologické oddělení v 7.00. Lékař oddělení provedl příjem pacientky, zkontroloval doložené laboratorní výsledky a interní předoperační vyšetření, jehož závěr zněl, že je pacientka kardiopulmonálně kompenzovaná a schopna výkonu v celkové anestezii. Poté odebral anamnézu a provedl fyzikální a gynekologické vyšetření. Vysvětlil pacientce postup operace, ještě jednou s ní prodiskutoval odstranění či ponechání vaječníků. Na závěr pacientka i lékař podepsali souhlas s operací. Lékař vypsál potřebné ordinace do dokumentace.

Informace od zdravotnického personálu:

Ošetřující sestra uložila pacientku na pokoj, kde nikdo jiný nebyl. Upravila jí lůžko, ukázala, jak se lůžko ovládá, kde je signalizační zařízení a jak se ovládá. Pomohla jí uložit osobní věci do zamykací skříně a vysvětlila, co si může nechat v nočním stolku u sebe a co raději uzamknout do skříně. Cenné věci raději odnést příbuznými nebo je může uložit do trezoru. Seznámila pacientku s chodem oddělení, sepsala ošetřovatelskou anamnézu

(viz Příloha D) a soupis všech dokumentů potřebných k hospitalizaci včetně získání podpisů od pacientky. Poučila pacientku o přípravě k operaci. Vysvětlila jí dietní opatření – v den příjmu může pít jen tekutiny, k obědu bude bujón a během dne bude probíhat vyprázdnění tlustého střeva před operací. Vysvětlila pacientce, jaká vyšetření jí čekají – odpoledne anesteziologické vyšetření a USG vyšetření druhý den ráno v 7.00 hodin před operací. Příprava i ordinace lékaře byly v průběhu dne provedeny a zaznamenány v dokumentaci. V odpoledních hodinách pacientku navštívil lékař anesteziolog a prodiskutoval s ní způsob vedení anestezie, vysvětlil jí průběh a možné komplikace. Své pochopení pacientka stvrdila podpisem souhlasu s anestezií, který podepsal i lékař. Anesteziolog naordinoval večerní pre-premedikaci a ranní premedikaci. V 17.00 podala ošetřovatelka očistné klyzma. V 18.00 byla pacientka poučena sestrou, aby od půlnoci už nejedla, nepila, nekouřila. Ráno dostane další klyzma a po vyprázdnění se musí osprchovat, převléknout do sálové košile a nasadit kompresní punčochy na dolní končetiny, veškeré šperky sundat. Bylo jí sděleno, že ráno ji přijde ošetřovatelka oholit břicho, podbříšek a genitál, pokud si nepřeje oholit sama a po koupeli jí vyčistí pupek štětičkou a lihobenzínem. Předala jí informaci, že půjde na operaci jako první v pořadí, musí být tedy do půl 8 připravena a ležet na lůžku na pokoji. Ve 20.00 dostala pacientka pre-premedikaci s poučením, ať ji užije těsně před uložením ke spánku.

Antropometrické údaje při příjmu:

Hmotnost pacientky 71 kg, výška postavy 170 cm, Body Mass Index – BMI – 24,5 (ideální váha: 18,5 – 25) → v normě

Fyziologické funkce při příjmu:

TK - 133/93 (referenční hodnoty: 100/60 – 140/90) → v normě

P - 75/min (referenční hodnoty: 60 – 90/min) → v normě

TT - 36,7 °C (referenční hodnoty: 36 – 36,9°C) → v normě

DF - 16/min (referenční hodnoty: 14 – 18 dechů/min) → v normě

Dieta: OSB (čajová – bujón) + poučena od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit

Střevní příprava: 17.00 – očistné klyzma

Večerní pre-premedikace: Neurol 0,5 mg per os

V den příjmu v odpoledních hodinách jsem provedla s pacientkou první rozhovor na téma mé práce, kdy jsem jí požádala, zda by byla ochotná účastnit se mé studie a poskytnout mi veškeré informace týkající se jejího zdravotního stavu, rodinné anamnézy a všeho, co se týká její léčby. Ujistila jsem jí, že se její jméno, rodné číslo, název nemocnice nebo data, která by mohla vést k její identifikaci, v mé práci nikde neobjeví. Získala jsem touto cestou ústní souhlas pacientky a sdělila jsem jí také informaci, že se budu podílet na jejím ošetřování v době prvních tří dní po operaci v rámci ranních směn. Pacientka ochotně spolupracovala. Další informace jsem získala z dokumentace a od ošetřujícího personálu.

4.3.2 Operační den

Informace získané od ošetřujícího zdravotnického personálu:

V den operace již pacientka nesměla nic per os. Noční sestra změřila fyziologické funkce před operací (TK, P, TT) a zapsala do dokumentace. Ošetřovatelka provedla bezprostřední předoperační přípravu – oholení a přípravu operačního pole, podání očistného klyzmatu. Po vyprázdnění provedla pacientka celkovou koupel osprchováním a bandáž dolních končetin nasazením kompresních punčoch. V 7.00 hodin byla pacientka odeslána na kontrolní USG vyšetření a po návratu jí byla podána ranní premedikace dle ordinace anesteziologa s poučením, aby už nevstávala z lůžka a čekala připravena v operační košili. Podání premedikace sestra zapsala do dokumentace s časem podání a ztvrdila svým razítkem a podpisem. Po telefonické informaci z operačního sálu, že může být pacientka převezena na operační sál, sestra provedla kontrolu operačního pole, odstranění šperků a všech kompenzačních pomůcek, uzamkla skříň pacientky s jejími cennostmi, které si tam přála ponechat a klíč uložila v trezoru na pracovně sester až do návratu pacientky zpět na oddělení. Ranní sestra z oddělení sepsala překladovou ošetřovatelskou zprávu pro oddělení JIP, kam měla být pacientka přeložena po operaci a vložila ji do dokumentace pacientky. Dle ordinace operátéra byly antibiotika a permanentní katetr pro zacévkování na operačním sále předány s dokumentací sanitáři, který odvezl pacientku na operační sál.

Ze zdravotnické dokumentace:

6.00 *Fyziologické funkce*: TK – 128/84, P – 76/min, TT - 36,2 °C (vše v normě)

6.15 *Střevní příprava*: očistné klyzma

7.00 *Ultrazvukové vyšetření*:

Děloha v AVF deformovaná mnohočetnou myomatósou, dominantní myomy v pravé hraně 77 x 55 mm a na zadní stěně nad sakrouterinními vazy 67 x 50 mm, děloha sama 55 x 30 mm, centrální echo do 9 mm, adnexa bilaterálně nediferencují, CD bez volné tekutiny.

7.15 *Ranní premedikace*: Neurol 0,5 mg per os

7.40 Odvoz pacientky na operační sál, antibiotika Cefuroxim 750 mg i.v. a PMK foley č. 12 poslány s pacientkou na operační sál

Ze záznamu v operačním protokolu:

Operace proběhla bez komplikací, krevní ztráta 300 ml, moč čirá, odvod moči během operace přes PMK 100 ml.

Medikace z operačního protokolu:

Cefuroxim bolus 750 mg i.v. při úvodu do anestezie, dále ex

Fraxiparin 0,3 ml s.c. ā 24 hodin, první dávka 2 hodiny po operaci

ACC 300 mg 1-1-1 amp i.v.

Degan 1-1-1 amp i.v.

Lineomat – kontinuálně Morphin 0,02 s.c. na 12 hodin
Novalgin 1 amp intramuskulárně (i.m.) při bolesti
Infuze + laboratorní vyšetření dle ARO lékaře.

Ze zdravotnické dokumentace:

Po operaci byla pacientka předána sestře z oddělení JIP a za jejího doprovodu převezena sanitářem na JIP. Zde byly pacientce monitorovány základní životní funkce (TK, P, TT, DF, SpO₂), sledován stav vědomí, krvácení z operačních ran, vaginální krvácení, odpady z drénů a PMK, bolest a její tlumení, kontrolován žilní vstup a podávány léky a infuze dle ordinace lékaře. V operační den v 18.00 a 1. den po operaci v 6.00 byly provedeny odběry krve, které lékař zhodnotil jako vyhovující normě. Pobyt na JIP proběhl bez komplikací, pacientka přeložena na standardní oddělení 1. den po operaci v dopoledních hodinách.

4.3.3 Pooperační průběh hospitalizace

1. pooperační den je 3 dnem hospitalizace. Pacientka byla přeložena z oddělení JIP na standardní gynekologické oddělení v 11.30 hodin. Po převzetí dokumentace a pacientky na pokoji jsem pacientce upravila lůžko do polohy v polosedě, tak, aby to bylo pacientce příjemné a zároveň se ujistila, že umí ovládat lůžko. Signalizační zařízení jsem jí dala na dosah ruky a upozornila, aby zazvonila v případě jakékoli potřeby, neboť bude do večerních hodin ještě upoutána na lůžko, aby mohla vykapat infúze. Vrátila jsem jí klíč od šatní skříně a vyndala jsem jí osobní věci, které si tam uschovala po dobu operace. Upozornila jsem ji, že po dokapání bude následovat první vertikalizace za doprovodu sestry, aby tedy nevstávala z lůžka sama bez dozoru. Bandáže dolních končetin ponechány do 2. dne po operaci.

Provedla jsem změření fyziologických funkcí (TK, P, TT). Zkontrolovala jsem místo vpichu PŽK. Vysvětlila jsem pacientce, jak se projevují komplikace v okolí zavedeného PŽK. Zkontrolovala jsem krytí operačních ran. Vaginální krvácení bylo slabé. Upozornila jsem pacientku na nutnost časté hygieny genitálu po každém použití WC, a aby si často měnila vložky. Redonový vak jsem zavěsila na okraj lůžka a zkontrolovala množství odpadu v drénu. Poučila jsem pacientku o dodržování dietního režimu, v 1. den po operaci má pouze bujón a musí dodržovat pitný režim. Jako přídavek dostala již ráno na JIP Nutridrink, který si měla rozdělit do několika dávek a popíjet po celý den. PMK odváděl čistou moč.

Na dotaz, zda nemá nějaké bolesti, mi sdělila bolest v oblasti břicha a podbřišku, dle numerické analogové škály od 0 do 10 na stupni č. 2.

Numerická hodnotící škála bolesti (Pokorná et al., s. 178, 2013):

- 0 – žádná bolest
- 1 - 2 – mírná bolest, lze odvést pozornost od bolesti
- 3 - 5 – střední bolest, dominuje nad snahou o soustředění
- 6 - 9 – těžká bolest, bolestivá grimasa
- 10 – nesnesitelná bolest, pacient neovládne své chování

Zatím žádné analgetikum nepožadovala, ale přesto jsem jí požádala, aby zhoršení bolesti oznámila, a následně dostane lék dle ordinace lékaře, který má předepsaný. Ptala jsem se pacientky na obtíže rázu nauzey a zvracení, ale ty pacientka popřela. Ještě jednou jsem ji upozornila, aby zazvonila na sestru v případě jakýchkoli obtíží. Ve zdravotnické dokumentaci jsem vyplnila ošetřovatelský záznam s časem a ztvrdila svou jmenovkou a podpisem. Doplnila jsem plán péče, ošetřovatelské diagnózy, zapsala splněné ordinace a ošetřovatelský záznam z průběhu mé ranní směny. V průběhu dne byla pacientka sledována, po dokapání infúze byl zrušen PŽK i PMK, vertikalizována bez obtíží. Ordinace dle lékaře plněny podle časového rozpisu, zaznamenávány do zdravotnické dokumentace pacientky. První den po operaci proběhl bez komplikací.

Ze zdravotnické dokumentace:

FF: 12.00 TK – 109/70 (referenční hodnoty: 100/60 – 140/90) → v normě

P – 86' (referenční hodnoty: 60' – 90') → v normě

TT – 36,3°C (referenční hodnoty: 36 – 36,9°C) → v normě

18.00 TK – 115/73, P – 77', TT – 36,2 °C (a ráno v 6.00) → v normě

17.45 První vertikalizace pacientky po dokapání infúze okolo lůžka ke skříni a zpět bez obtíží.

18.00 PMK dle ordinace odstraněn.

19.40 První chůze na WC pod dohledem sestry, pacientka močí spontánně, večerní hygienu zvládla bez obtíží, je plně soběstačná.

Medikace ze zdravotnické dokumentace:

Paralen supp. 1-1-1 p.p.

Indometacin supp. 100 mg 0-0-1 podle potřeby (p.p.)

Fraxiparin 0,3 ml s.c. ā 24 hodin (2. den) – podání ve 13.00

Novalgín 1 amp i.m. ā 6-8 hodin při bolesti – podání ve 14.30

Infúze: Plasmanyte 1000 ml i.v. kapat na 6 hodin (podání ve 12.00, dokapala 17.45).

2. pooperační den je 4 dnem hospitalizace. Pacientka spala dobře, vaginální krvácení je slabé, bolesti má mírné, větry jí odchází. Byly změřeny fyziologické funkce, ordinace během dne plněny a zapsány do dokumentace. Dieta změněna na č. 0 – tekutou.

Po lékařské vizitě jsem zjistila a splnila ordinace z ranní vizity dle dokumentace. Převaz operačních ran a odstranění redonova drénu jsem provedla za dodržení aseptických

podmínek na vyšetřovně. Poté jsem hotové úkoly zapsala do dokumentace a potvrdila svou jmenovkou a podpisem. Druhý pooperační den proběhl bez komplikací.

Ze zdravotnické dokumentace:

FF: 6.00 TK – 122/76, P – 69', TT – 36,4 °C; 18.00 TT – 36,7 °C → vše v normě

Medikace ze zdravotnické dokumentace:

Novalgín tbl 1-1-1 p.p.

Indometacín supp 100 mg 1-1-1 p.p.

Fraxiparin 0,3 ml s.c. ā 24 hodin (3. den) – podáno ve 13.00 hodin

3. pooperační den je 5 dnem hospitalizace. Pacientka spala dobře, bolesti břicha nemá, pouze mírné bolesti hlavy, vaginálně špiní, větry odchází. Ráno byla změřena TT, dieta změněna na č. 1 – kašovitou. Ordinance během dne plněny a zapsány do dokumentace pacientky.

Po lékařské vizitě jsem zjistila a splnila ordinance z ranní vizity dle dokumentace.

Ze zdravotnické dokumentace:

Tělesná teplota: 6.00 TT – 36,4 °C; 18.00 TT – 36,6 °C → vše v normě

Medikace ze zdravotnické dokumentace:

Novalgín tbl 1-1-1 p.p.

Glycerin supp 1-1-1 p.p. – podán v 16.00

Fraxiparin 0,3 ml s.c. ā 24 hodin – podáno ve 13.00 hodin (4. den)

4. pooperační den je 6 dnem hospitalizace. Pacientka spala dobře, bez obtíží. Bolesti neudává, močí spontánně, měla první stolici po operaci. Vaginálně nekrvácí, sutury operačních ran jsou klidné. Přes den měřena TT, po ranní vizitě lékařem plněny jeho ordinance a vše zapisováno do dokumentace pacientky. Dieta byla změněna na č. 2 (šetřící). Pacientka plně spolupracuje, je soběstačná.

Ze zdravotnické dokumentace:

Tělesná teplota: 6.00 – 36,5°C; 18.00 – 36,7°C → vše v normě

Medikace ze zdravotnické dokumentace:

Novalgín tbl 1-1-1 p.p.

Glycerin supp 1-1-1 p.p.

Fraxiparin 0,3 ml s.c. ā 24 hodin – podáno ve 13.00 hodin (5. den) dále ex

5. pooperační den je 7 dnem hospitalizace. Pacientka spala dobře, je bez obtíží. Bolesti neudává, močí spontánně, stolice v normě. Vaginálně nekrvácí, operační rány jsou klidné. Ráno změřena TT – po celou dobu hospitalizace byla afebrilní. Dieta změněna na č. 3 (racionální). Při ranní vizitě domluveno ukončení hospitalizace během dopoledních hodin a odchod domů s doprovodem.

Lékař provedl edukaci v oblasti domácího ošetřování - dostatek tělesného šetření a psychické pohody, hygienické požadavky, sexuální apetence po dobu 6 týdnů, postupné zatěžování břišních svalů a posilování pánevního dna (viz Příloha B4), prevence vzniku infekce, dbát na dostatek živin a vitamínů, ochrana před prochlazením (vhodné oblečení), možnost rychlejšího nástup klimakteria.

Ze zdravotnické dokumentace:

Tělesná teplota: 6.00 – 36,5°C (v normě)

Medikace ze zdravotnické dokumentace:

Novalgin tbl 1-1-1 p.p.

Glycerin supp 1-1-1 p.p.

Gynekologické vyšetření lékařem před propuštěním:

Objektivně: Pacientka afebrilní, bez obtíží, eupnoe, kardiopulmonálně kompenzovaná, orientovaná, vaginálně nekrvácí, břicho měkké, prohmatné, aperitoneální, dolní končetiny bez známek TEN, sutury po LSK vpiších klidné, stehy in situ, hojí se per primam.

Vyšetření:

- *speciální:* pochva klidná, poševní pahýl – stehy in situ, bez dehiscence.

- *vaginálně:* pochva končí slepě, poševní pahýl bez infiltrátu, okolí bez patologického nálezu.

- *per rectum:* indagace (vyšetření tělesných dutin) nebolestivá, CD bez patologického nálezu, v dosahu prstu bez patologie, stolice na rukavici bez patologické příměsi.

Závěr propouštěcí zprávy:

Pacientka poučena, kontrola ošetřujícím gynekologem za 3 týdny, při obtížích ihned. Stehy možno extrahovat XX. X. 2016 (po 10 dnech od operace). Pracovní neschopnost (PN) vystavena zde, neukončena, labora inapta (práce neschopna), vycházky stanoveny od XX. X. 2016 v hodinách: 12-18 hodin.

Rcp. sine

Sestra předala pacientce propouštěcí zprávy pro ošetřujícího gynekologa a praktického lékaře, potřebné listy Pracovní neschopnosti, lístek na peníze po dobu hospitalizace, poučila ji, jak se zachovat dle doporučení lékaře v propouštěcí zprávě. Zdůraznila jí

jednotlivé body edukace lékařem a ujistila se, že pacientka všemu rozumí. Pacientka opustila oddělení za doprovodu svého přítele.

4.3.4 Vlastní zhodnocení stavu

- **VNÍMÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU, AKTIVITY K UDRŽENÍ ZDRAVÍ:**

Pacientka je hospitalizovaná z důvodu plánované hysterektomie. Nyní je první den po operaci. Hospitalizaci zvládá dobře, již měla zkušenosti dříve při poranění ruky. Před nástupem do nemocnice se cítila dobře, aktivně sportovala až do nástupu k hospitalizaci. Po překladi z JIP na oddělení byla plně při vědomí, orientovaná, spolupracovala, v psychické pohodě, dýchání čisté, bez obtíží. Poloha na lůžku nastavena do polosedu, pacientka poučena o pokračování v provádění jednoduchých cviků a dechové rehabilitace průběžně až do první vertikalizace. Vertikalizace proběhla první den po operaci večer bez obtíží, nyní plně mobilní. Je oběhově stabilní, fyziologické funkce měřeny 3 x denně, od druhého dne po operaci již jen TT 2 x denně. První pooperační den je krytí operačních ran bez prosaku, pacientka edukována o péči o operační rány a o možných komplikacích. Vaginální krvácení je slabé, pacientka byla edukována o dodržování hygieny v oblasti operačních ran na břicho i o hygieně zevních rodidel. Informace přijímá s pochopením, ochotně spolupracuje. Druhý pooperační den zrušen Redonův drén, operační rány klidné, po převazu ponechány bez krytí, vaginální krvácení jen slabé. Třetí pooperační den byly operační rány klidné, ponechány bez krytí, vaginálně jen špinění.

- **VÝŽIVA, METABOLISMUS:**

Pacientka se doma stravuje 3 – 4 x denně, raději si vaří vlastní stravu i do zaměstnání. Nemá ráda vepřové maso, preferuje spíše kuřecí, krůtí nebo hovězí. Nesladí cukrem, pouze medem. Ráda připravuje zeleninové pokrmy, těší se na své domácí jídlo.

První den po operaci má pacientka dietu č. OSB (čajová + bujón) a přídatek Nutridrink: *snídaně* - čaj a Nutridrink k pití po celý den, *oběd* – bujón a Nutridrink z rána, *večeře* – čaj a Nutridrink k doplnění z rána; pitný režim (čaj). Byla poučena o dietním režimu, který bude postupovat po dnech od OSB (speciální čajová dieta + bujón), O (tekutá), 1 (kašovitá), 2 (šetrčící), až 3 (racionální). Zajištěn dostatek tekutin (čaj v konvici, vlastní zásoby balené vody na dosah). Poučena, aby přes den nepojídala potraviny od návštěv, aby je upozornila předem, že nic k jídlu nemůže, pouze k pití. K zajištění dostatku tekutin podána první pooperační den infúze na 6 hodin dle ordinace lékaře. Vykapala bez komplikací.

Druhý den po operaci má pacientka dietu č. 0 (tekutá): *snídaně* - bílá káva, cukr, ovocná přesnídávka, piškoty, *oběd* – polévka a bramborová kaše; *večeře* – smetanový dezert, piškoty; pitný režim

Třetí den po operaci má pacientka dietu č. 1 (kašovitá): *snídaně* - bílá káva, cukr, loupák; *oběd* – polévka, bramborová kaše, mleté maso, kompot; *večeře* – lučina, veka, jogurt; pitný režim. Pacientka se řídí radami o dietním opatření. Zajištěn dostatek tekutin (čaj v konvici, vlastní zásoby balené vody).

- **VYLUČOVÁNÍ:**

Doma se pacientka vyprazdňuje bez obtíží, stolice pravidelně 1 x denně. Potí se zvýšeně jen při zátěži a sportu. Problémy s močením neudává. Nyní má pacientka zavedený PMK, je funkční, odvádí čistou moč, bez příměsí. Stolice z důvodu nízkého množství pevné stravy zatím nebyla, větry odchází volně, pacientka poučena o brzké vertikalizaci z důvodu povzbuzení střevní pasáže a tím i prevence bolení břicha ze zvýšené plynatosti. Redonův drén odvádí minimální množství tmavé krve. Množství odpadu při překladu z JIP 100 ml, při kontrole v 16.00 množství 120 ml, tedy odvod 20 ml přes den. Redonův drén ponechán do druhého dne. Pocení v normě, odpovídající stavu pacientky a prostředí.

Druhý pooperační den již pacientka močí spontánně, bez obtíží. Stolice z důvodu nízkého množství pevné stravy zatím nebyla, větry odchází volně, pacientka poučena o nutné defekaci, nutná mobilizace z důvodu povzbuzení střevní pasáže a tím snížení bolestí břicha ze zvýšené plynatosti. Redonův drén již neodvádí, dle ordinace lékaře odstraněn.

Třetí pooperační den pacientka močí spontánně, bez obtíží, stolice stále není, větry odchází volně, ordinován glycerinový čípek pro usnadnění první stolice.

- **AKTIVITA, CVIČENÍ:**

Ve volném čase doma se věnuje ručním pracím, chodí běhat a cvičí jógu, na což se těší, hned jak bude moci zase sportovat. V domácím prostředí je plně soběstačná, nezávislá na cizí pomoci. Při hospitalizaci si ve volném čase na pokoji čte nebo sleduje televizi ve společenské místnosti. Druhý pooperační den je již plně mobilní, chodí po oddělení bez obtíží. Při hygieně je plně soběstačná. S návštěvou jde i mimo oddělení.

- **SPÁNEK, ODPOČINEK:**

Pacientka doma spí dobře, denně kolem 6-7 hodin, léky neužívá. Stačí jí vyvětraná místnost. Běžně chodí spát kolem půlnoci a vstává později kolem 9 hodiny, pokud nemusí vstávat do zaměstnání. V nemocnici usíná také později až kolem 22.00 hodiny. V noci na JIP spala špatně, rušily ji přístroje a práce sester kolem ostatních pacientů. Zde na oddělení má pokoj sama pro sebe, cítí se dobře, jen pociťuje únavu po prodělané operaci, protože v noci na JIP spala přerušovaně. Dnes to dospává i přes den. Den před operací spala dobře, vzala si předepsaný lék. Od druhého pooperačního dne spí dobře, léky nevyžaduje, odpočívá při čtení na pokoji a u sledování televize na společenské místnosti.

- **VNÍMÁNÍ, POZNÁVÁNÍ:**

Pacientka je plně orientovaná, při vědomí, informace přijímá bez problémů. Z kompenzačních pomůcek používá brýle na dálku (dioptrie + 1,25), lékaře navštěvuje pravidelně. Bolesti uváděla mírné, na stupnici numerické škály od 0 do 10 - ústně uvedla č. 2, analgetika podána jednou. Bolest lokalizovala v oblasti podbříšku a břicha. Noc prospala bez potřeby podání analgetik. Pacientku jsem edukovala o provádění dodržování dietních opatření, osobní hygieny (preferovat sprchování, po použití WC použít bidet, měnit vložky dle potřeby, výměna osobního prádla), o péči o operační rány a možných komplikacích, o udržování čistoty kolem PŽK a možných komplikacích, o vyprazdňování

moči i stolice. Pacientka plně spolupracuje, má zájem o informace, svou situaci zvládá bez obtíží, těší se na odchod domů s pocitem správného rozhodnutí k operaci.

Druhý pooperační den je pacientka plně orientovaná, při vědomí, informace přijímá bez problémů. Bolesti uváděla jen mírné, na stupnici od 0 do 10 - ústně uvedla č. 1, analgetika nevyžadovala. Noc prospala bez potřeby podání analgetik. Má zájem o informace, svou situaci zvládá bez obtíží, těší se na odchod domů.

- **SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA:**

Pacientka se hodnotí jako optimistka, společensky založená. Má ráda práci, kterou vykonává. Pociťuje v ní naplnění svého poslání. Cítí se dobře, nevádí jí, že nemá dělohu, jen trochu cítí obavy z přijetí jejího stavu přítelem. Velkou oporu cítí ve své mamince. Při rozhovoru je vyrovnaná, udržuje oční kontakt, mluví klidně a s ochotou. Obavy z přijetí jejího stavu přítelem se snížily po jeho návštěvě v nemocnici.

- **PLNĚNÍ ROLÍ, MEZILIDSKÉ VZTAHY:**

Žije sama v domácnosti s kočkou, má stálého přítele, který žije mimo domácnost. Často navštěvuje svou matku, o kterou pečuje. Stará se o psy své matky, se kterými chodí běhat a na cvičiště pro psy. Miluje zvířata. V době po smrti její sestry se ujala péče o synovce a necítila potřebu vlastní rodiny. Je svobodomyšlná, netouží po rodinném životě. Sousedské vztahy udržuje dobré. V zaměstnání má vztahy v pořádku, je nekonfliktní typ. Na oddělení ji navštěvuje maminka, přítel a kolegyně z práce a kamarádky. Na pokoji je sama, má dostatečné soukromí. Pacientka si uvědomuje nezávislost na mužích a preferuje vztah s matkou, je společenská, návštěvy přijímá s potěšením.

- **SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOST:**

Menstruaci měla pacientka v 15 letech, cyklus je pravidelný 28/7 dnů, menstruace nebolestivá. Je nullipara (nikdy nerodila), neprodělala žádné umělé ani přirozené potraty. Antikoncepci nebere, z důvodu vaskulárního onemocnění. Má stálého přítele, který nežije ve společné domácnosti. Reprodukční plány neměla, nevádí jí stav bez dělohy. Má obavy z přijetí jejího zdravotního stavu partnerem. Jak bude fungovat jako žena a milenka, jestli nebude mít hysterektomie vliv na její sexuální život. I po ujištění, že mnoho žen udává po hysterektomii normální sexuální život, malé obavy přetrvávají.

- **STRES, ZÁTĚŽOVÉ SITUACE:**

Stresové situace zvládá dobře. Obavy má z nově zjištěných nemocí jak svých, tak u rodinných příslušníků. Napětí snižuje relaxací a sportem. Nekouří, drogy neužívá. Pije černou kávu bez mléka a cukru. Alkohol pije příležitostně s přáteli. Problémy řeší přímo. V posledních dvou letech řeší situaci myomů a je ráda, že už je to vyřešené. Nyní se cítí dobře, napětí nepociťuje.

- **VÍRA, PŘESVĚDČENÍ, ŽIVOTNÍ HODNOTY:**

Pacientka je nevěřící, ani nemá potřebu v někoho věřit (v boha ani v nadpřirozeno). Je spokojená se svým životem, jaký je. Má ráda společenský život, navštěvuje divadla, zajímavá místa, cestuje, učí se anglicky. Pacientka věří v dobrý stav po operaci a brzký návrat do běžného života.

- **BEZPEČNOST, OCHRANA:**

Na pokoji i na oddělení se cítí bezpečně, nevnímá žádnou hrozbu. Ví, že se oddělení zamyká. Ohrožena pádem není, lůžko je dostatečně široké, pokoj prostorný. Je ohrožena infekcí v oblasti operačních ran v oblasti břicha a pochvy, dále infekcí z důvodu zavedeného PŽK a PMK. Jako prevenci TEN po operaci má pacientka kompresní punčochy a naordinovaný Fraxiparin 1 x denně.

Druhý a třetí pooperační den je pacientka ohrožena infekcí v oblasti operačních ran na břicho a v pochvě, dodržuje správné postupy péče a hygieny, disponované oblasti udržuje v suchu a čistotě. Má naordinovaný Fraxiparin 1 x denně jako profylaxi TEN po operaci.

- **KOMFORT:**

Se stavem oddělení je pacientka spokojená. Líbí se jí pokoj pro dvě pacientky a sociální zařízení u pokoje. Jídelna je pěkně řešena, je zde posezení pro více pacientek u televize a lednice na zásoby jídla. Lůžko je pohodlné, pokoj prostorný, barevný a prosvětlený. Na pokoji je zatím sama a má maximální soukromí. Udává, že je vše v pořádku, ale těší se na pořádnou domácí stravu.

- **RŮST A VÝVOJ:**

Po dobu hospitalizace se seznámila se svým zdravotním stavem, jak probíhá léčba a co má dělat pro své brzké uzdravení. Je si vědoma příčin a důsledků a má snahu o zlepšení. Plně spolupracuje, chápe své povinnosti, aby se léčba urychlila.

4.3.5 Farmakoterapie v době hospitalizace

Informace k lékům čerpány z databáze léků Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Neurol 0,5 mg

- Forma léku: tablety k perorálnímu podání
- Léková skupina: psycholeptikum, anxiolytikum, benzodiazepinový derivát
- Indikace: k celkovému zklidnění, snižuje úzkost a strach. Nebezpečí vzniku závislosti se zvyšuje s dávkou a délkou léčby.
- Dávkování během léčby: 1 tableta (0,5 mg) večer a ráno - premedikace
- Způsob podání: per os

Cefuroxim 750 mg

- Forma léku: prášek pro injekční/infuzní roztok
- Léková skupina: antibiotikum ze skupiny Cefalosporinů
- Indikace: k léčbě bakteriálních infekcí plic a hrudníku, močových cest, kůže a měkkých tkání, břicha; k prevenci infekcí během chirurgických výkonů.
- Dávkování během léčby: 1 ampule (750 mg) jako bolus při úvodu do anestezie
- Způsob podání: intravenózně

ACC INJEKT 300 mg/3 ml

- Forma léku: injekční roztok a roztok k rozprašování
- Léková skupina: mukolytikum
- Indikace: k léčení akutních i chronických onemocnění dýchacích cest, usnadňuje vykašlávání
- Dávkování během léčby: 1-1-1 ampule (300 mg) po operaci na JIP
- Způsob podání: intravenózně

Degan 10 mg

- Forma léku: roztok pro injekci
- Léková skupina: antiemetikum, prokinetikum
- Indikace: k prevenci pooperační nevolnosti a zvracení, symptomatické léčbě nevolnosti a zvracení i vyvolaných akutní migrénou, k prevenci nevolnosti a zvracení vyvolaných radioterapií
- Dávkování během léčby: 1-1-1 (10 mg) ampule po operaci na JIP
- Způsob podání: intravenózně

Morphin Biotika 1% 10 mg/ml

- Forma léku: injekční roztok
- Léková skupina: analgetikum, anodynum, opiát
- Indikace: k léčbě silné akutní bolesti po těžkých úrazech, popáleninách, po operacích, při akutní bolesti při infarktu myokardu, k léčbě nádorové bolesti a k premedikaci před anestezií
- Dávkování během léčby: 0,02 g na 12 hodin kontinuálně přes lineomat po operaci na JIP
- Způsob podání: subkutánně

Fraxiparin 0,3 ml

- Forma léku: Injekční roztok v předplněné injekční stříkačce
- Léková skupina: antikoagulancium, antitrombotikum, nízkomolekulární heparin
- Indikace: k prevenci tvorby krevních sraženin, působí proti srážení krve
- Dávkování během léčby: 0,3 ml a 24 hodin
- Způsob podání: subkutánně

Indometacin supp 100 mg

- Forma léku: čípek
- Léková skupina: nesteroidní antiflogistikum / antirevmatikum
- Indikace: symptomatická léčba bolesti a zánětu při akutní artritidě, chronické artritidě, artróze a spondyloartróze, revmatismu měkkých tkání, bolestivých otocích nebo zánětech po úrazech; zmírňuje bolest, otok a horečku

- Dávkování během léčby: 0-0-1 (100 mg) podle potřeby od 1. dne po operaci
- Způsob podání: per rectum (do konečníku)

Paralen 500 mg supp

- Forma léku: čípky
- Léková skupina: analgetikum, antipyretikum
- Indikace: k úlevě při bolestech hlavy, migréně, bolestech zad, zubů, revmatických a svalových bolestech a bolestech při menstruaci; tlumí bolest a snižuje horečku
- Dávkování během léčby: 1-1-1 (500 mg) podle potřeby od 1. dne po operaci
- Způsob podání: per rectum

Suppositoria glycerini

- Forma léku: čípky
- Léková skupina: laxativum
- Indikace: při zácpě různého původu (např. změnou prostředí, životosprávy, dlouhodobým upoutáním na lůžku, po operaci, u zahuštěné a zatvrdlé stolice, v těhotenství, v šestinedělí a při kojení, k návniku pravidelného odchodu stolice při dlouhodobé zácpě).
- Dávkování během léčby: 1 čípek denně podle potřeby od 3. dne po operaci
- Způsob podání: per rectum

Novalgin injekce

- Forma léku: injekční roztok
- Léková skupina: pyrazolové analgetikum
- Indikace: silná akutní nebo chronická bolest, horečka nereflektující na jinou léčbu; tlumí bolesti, snižuje horečku a tlumí křeče
- Dávkování během léčby: Novalgin 1 ampule ā 6-8 hodin při bolesti 1. den po operaci
- Způsob podání: intramuskulárně

Novalgin tbl

- Forma léku: tablety
- Léková skupina: pyrazolové analgetikum
- Indikace: léčba silné náhlé nebo přetrvávající bolesti a horečky nereagující na jinou léčbu; tlumí bolesti, snižuje horečku a tlumí křeče
- Dávkování během léčby: 1-1-1 podle potřeby od 2. dne po operaci
- Způsob podání: per os

Plasmalyte 1000 ml

- Forma léku: roztok

- Léková skupina: izotonický roztok elektrolytů
- Indikace: k udržení acidobazické rovnováhy organismu; zdroj tekutin při popáleninách, úrazech hlavy, zlomeninách, infekcích, peritoneálním podráždění (zánět v břiše), během chirurgických zákroků, k léčbě šoku vlivem ztráty krve a dalších stavů, kdy je třeba rychlá náhrada krve nebo tekutin
- Dávkování během léčby: 1000 ml kapat na 6 hodin 1. den po operaci
- Způsob podání: intravenózně

4.3.6 Dietoterapie v době hospitalizace

Dieta je soubor opatření, který má pomoci zlepšit kompenzaci onemocnění, zmírnit nebo odstranit potíže pacienta (např. vyloučit zatěžující potraviny), případně umožnit využít diagnostický postup (např. dieta při zjišťování okultního krvácení). Jednotlivé diety ve zdravotnickém zařízení mají doporučené výživové dávky, jsou označené názvem, který označuje jejich charakter a číslem, které slouží k lepší orientaci v dietním systému (Vytejšková et al., 2011).

Dietní systém ve zdravotnických zařízeních má také výchovný význam pro pacienty, aby se naučili se svou nemocí žít. Mnohokrát došlo k jeho obměně s rozvojem poznatků o výživě. I v rámci diet by měl být pacientovi umožněn výběr jídel po konzultaci s dietní sestrou nebo nutričním terapeutem (Svačina et al., 2013).

Diety ordinované během hospitalizace pacientky na gynekologickém oddělení:

Dieta č. OS = čajová

- řadí se mezi speciální diety. Podává se čaj s cukrem zvlášť. Diabetici mají neslazený. Indikace: časně po operačních výkonech, nebo jako první dieta po zažívacích obtížích.

Dieta č. OSB = čajová + čistý bujón

- řadí se mezi speciální diety. Podává se čaj (s cukrem zvlášť nebo bez) a k obědu čistý bujón.

Indikace: krátkodobě před a po operaci orgánů v dutině břišní a peritoneální, jako jedna z diet při postupné realimentaci. Při přípravě před vyšetřením tlustého střeva.

Dieta č. 0 = tekutá (6000 kJ)

- patří mezi základní diety. Je to neplnohodnotná dieta upravená do tekutého stavu, předepisuje se krátkodobě.

Indikace: při zahájení perorálního příjmu po operacích trávicího traktu, při postižení horní části GIT zánětem či nádorem, po operacích dutiny ústní, po tonsilektomiích, při nemocech, poranění a poleptání dutiny ústní, hltanu a jícnu, při všech změnách

způsobujících zúžení jícnu. Přechodně podání u těžkých horečnatých stavů nebo u některých otrav.

Dieta č. 1 = kašovitá (11000 kJ)

- patří mezi základní diety. Je energeticky i nutričně plnohodnotná, upravená do kašovité konzistence.

Indikace: po operacích na trávicím traktu (kaše, haše) k realimentaci, u poruch polykání, po operačních výkonech, onemocněních a poranění v oblasti dutiny ústní (např. poleptání jícnu, ezofagitida, stenóza, achalázie a karcinom jícnu), u akutního bolestivého stadia vředové choroby žaludku a dvanáctníku.

Dieta č. 2 = šetřící (12000 kJ)

- patří mezi základní diety. Je energeticky i nutričně plnohodnotná, upravená pro lehčí stravitelnost, s pestrým výběrem potravin.

Indikace: u funkčních poruch zažívání s dlouhodobým průběhem, horečnatých onemocnění, stavů po infarktu myokardu a stavů po odeznění akutní fáze infekční žloutenky, ev. u chronických onemocnění jater.

Dieta č. 3 = racionální (12000 kJ)

- patří mezi základní diety. Je energeticky i nutričně plnohodnotná, upravená podle zásad správné výživy. Podání u starších dětí a dospělých pacientů.

Indikace: u nemocných, kde není potřeba žádná zvláštní úprava stravy či dietní opatření (Vytejková et al., 2011).

4.4 Plán péče

4.4.1 Stanovení ošetrovatelských diagnóz

Jednotlivé ošetrovatelské diagnózy jsem sestavila 1. pooperační den a sledovala jejich náplň po 3 dny, ostatní informace získány z dokumentace pacientky.

1. Akutní bolest břicha a podbřišku z důvodu operačního výkonu projevující se změnou v obličeji a verbálními stesky.
2. Porucha spánku z důvodu změny prostředí, hluku, nedostatku soukromí projevující se přerušovaným spánkem a verbálními stesky.
3. Porušení integrity kůže z důvodu operačních ran a zavedení PŽK spojené s potencionálním rizikem infekce.
4. Změna močení z důvodu zavedeného PMK spojený s pocitem dyskomfortu a s potencionálním rizikem infekce močových cest.
5. Potencionální riziko TEN z důvodu operačního výkonu a s tím spojené krátkodobé imobilizace a z vaskulárního onemocnění dolních končetin.
6. Potenciální riziko zácpy z důvodu operačního výkonu, změny složení potravy a snížené mobility.
7. Potenciální sexuální dysfunkce z důvodu odstranění dělohy projevující se obavou z reakce partnera na její stav.

4.4.2 Ošetrovatelské diagnózy, cíle, plány, realizace a zhodnocení péče

Diagnóza č. 1: **Akutní bolest břicha a podbřišku z důvodu operačního výkonu projevující se změnou v obličeji a verbálními stesky.**

Cíl:

- pacientka pocítí i verbálně potvrdí úlevu od bolesti, chápe a zná důvody své bolesti, zná možnosti úlevy od bolesti, ví, jak si poradit v případě zhoršení bolesti, dovede zhodnotit bolest na škále bolesti.

Plán:

- všimnout si neverbálních i verbálních projevů bolesti;
- včas reagovat na bolest;
- použít k hodnocení bolesti numerickou škálu bolesti;
- sledovat intenzitu, charakter, lokalitu bolesti;
- informovat o možnostech bolesti a co jí může způsobit;

- podat ordinovaná analgetika a sledovat jejich účinek;
- kontrolovat místa potencionální bolesti (operační rány, PŽK, PMK);
- kontrolovat stav bolesti minimálně 3 x denně.

Realizace:

- po překladi pacientky z oddělení JIP po operaci jsem pacientce upravila lůžko do pohodlné polohy, zkontrolovala operační rány na břicho i invazivní vstupy, stav krvácení na krytí operačních ran i na vložce. Rozhovorem jsem zjistila charakter i lokalitu bolesti, použila jsem numerickou škálu hodnocení bolesti od 0 do 10, vysvětlila jí, jak se vyhodnocuje a zjistila intenzitu bolesti. Vysvětlila jsem pacientce důvody její bolesti a jaké má možnosti úlevy od bolesti, ujistila jsem se, že pacientka chápe podané informace. Podala jsem ordinovaná analgetika, sledovala ústup bolesti a vše pravidelně zaznamenávala do dokumentace pacientky.

Hodnocení:

- v průběhu hospitalizace po operačním výkonu bolest výrazně nestoupala, obtíže postupně vymizely, analgetika podána jen jednou, pacientka verbalizovala ústup bolesti již třetí den po operaci. Cíle splněny.

Diagnóza č. 2: Porucha spánku z důvodu změny prostředí, hluku, nedostatku soukromí projevující se přerušovaným spánkem a verbálními stesky.

Cíl:

- pacientka spí dobře celou noc, necítí únavu, chápe příčiny, které mohou způsobit poruchy spánku, verbálně potvrdí zlepšení spánku.

Plán:

- omezit příčiny poruchy spánku;
- zajistit soukromí pacientky;
- udržovat klidné a tiché prostředí během noci;
- větrat dostatečně během dne i před spaním;
- umožnit pacientce činnosti, na které je před spaním zvyklá;
- sledovat délku spánku pacientky;
- podat léky na spaní a sledovat jejich účinek.

Realizace:

- pacientka je uložena na pokoji, kde nikdo jiný není, čímž je zajištěno dostatečné soukromí, noční vyrušování je omezeno na minimum, místnost je dostatečně větraná. Vysvětlila jsem pacientce, co může způsobit špatné spaní, a je umožněno pacientce dělat ty rituály před spaním, na které je zvyklá (čtení, sledování televize). Hodnocení kvality spánku pravidelně zaznamenáváno do dokumentace.

Hodnocení:

- pacientka spí dobře, chápe příčiny způsobující rušení spánku, spaní se zlepšilo hned po první noci na oddělení, léky nebylo potřeba podat. Cíle splněny druhý den po operaci.

Diagnóza č. 3: Porušení integrity kůže z důvodu operačních ran a zavedení PŽK spojené s potencionálním rizikem infekce.

Cíl:

- zabránění vzniku infekce v místě operačních ran a zavedeného PŽK, průběh hojení per primam, převazy provádět asepticky, pacientka chápe riziko vzniku infekce a zná možné příčiny vzniku infekce, zná význam PŽK, ví, jak pečovat o operační rány a PŽK, rozezná a umí vyjmenovat případné komplikace hojení ran a ze zavedeného PŽK, dodržuje hygienické požadavky.

Plán:

- vysvětlit zásady hygieny a péče o operační rány, genitál a PŽK, prakticky ukázat a nacvičit;
- vysvětlit, jak vypadají možné komplikace hojení - dodržovat zásady asepsy při převazech;
- pravidelné kontroly operačních ran a PŽK;
- vysvětlit pacientce význam PŽK a jeho možné komplikace;
- vysvětlit pacientce, jak se zachovat v případě jejich zjištění;
- udržovat oblast operačních ran a místo vpichu PŽK suché a čisté.

Realizace:

- při překladi z oddělení JIP jsem pacientce zkontrolovala místo vstupu PŽK a jeho funkčnost, vysvětlila jsem pacientce péči o PŽK a jaké mohou nastat komplikace, jak je rozezná a aby při jejich zjištění okamžitě informovala sestru. PŽK byl odstraněn druhý den po operaci.
- vysvětlila jsem pacientce, jak pečovat o operační rány v průběhu převazu. Edukovala jsem ji jak dodržovat hygienická pravidla (sprchování, častá hygiena genitálu), jak vypadají komplikace v okolí operační rány a v ráně, proč hlídat krvácení z rodidel. Při převazu jsem dodržovala aseptický postup a vše jsem pravidelně zapisovala do dokumentace.

Hodnocení:

- pacientka plně spolupracuje, ví jak pečovat o operační rány i zavedený PŽK, jak vypadají komplikace hojení ran i u PŽK. K zanesení infekce u PŽK nedošlo, místo vpichu je klidné, cíle splněny druhý den po operaci. Operační rány jsou klidné, při ukončení hospitalizace hojení ran per primam, bez komplikací, vaginálně nekrvácí. Cíle splněny pátý den po operaci.

Diagnóza č. 4: Změna močení z důvodu zavedeného PMK spojený s pocitem dyskomfortu a s potencionálním rizikem infekce močových cest.

Cíl:

- pacientka zná význam zavedení PMK a spolupracuje při ošetřování, udržování hygieny a prevenci komplikací, zná možné komplikace zavedeného PMK, PMK zaveden po dobu nezbytně nutnou, pacientka nepociťuje pálení, řezání, zamezení vzniku infekce močových cest, pacientka má zajištěn dostatečný přísun tekutin.

Plán:

- vysvětlit význam PMK a jeho zavedení na nezbytně nutnou dobu;
- objasnit možné komplikace a jejich projevy a ujistit se o jejich pochopení a znalostech;
- vysvětlit význam dostatečného pitného režimu a později i nutnost spontánního močení po odstranění PMK;
- udržovat suché a čisté okolí genitálií;
- kontrolovat polohu a průchodnost PMK;
- sledovat příjem a výdej tekutin.

Realizace:

- po překladi pacientky z oddělení JIP, jsem pacientce upevnila močový sáček na okraj lůžka, vysvětlila nutnost PMK a jaké jsou možné komplikace ze zavedení PMK, provedla jsem kontrolu funkce PMK a množství a kvality moče, vysvětlila jsem jí zásady hygieny o genitál i PMK, upozornila jsem pacientku na nutný pitný režim a po odstranění PMK i potřebu brzkého prvního močení. Dostatek tekutin zajištěn na dosah ruky (čaj, balená voda), podána infuze dle ordinace lékaře po zbytek dne až do večera. Ujistila jsem se, že pacientka chápe všechny informace a vše zapsala do dokumentace.

Hodnocení:

- pacientka plně spolupracuje, chápe nutnost PMK, pitného režimu, zná možné komplikace a jak se zachovat, necítí žádný dyskomfort, PMK odstraněn tentýž den večer, spontánní močení proběhlo do 2 hodin od vyndání. K zanesení infekce nedošlo. Cíle splněny první den po operaci.

Diagnóza č. 5: Potencionální riziko TEN z důvodu operačního výkonu a s tím spojené krátkodobé imobilizace a z vaskulárního onemocnění dolních končetin.

Cíl:

- zabránění vzniku TEN, pacientka chápe příčinu vzniku TEN a preventivní opatření, zná možné projevy vzniku TEN a umí je vyjmenovat.

Plán:

- sledovat příznaky vzniku TEN (otok, lividní zbarvení DK, bolest DK);
- pacientku informovat o rehabilitaci na lůžku (dechová, cvičení DK) a o včasné vertikalizaci;
- kontrolovat funkčnost bandáží DK;
- podat antikoagulační léčbu dle ordinace lékaře;
- kontrolovat projevy krvácení.

Realizace:

- ráno před operací nasazeny kompresní punčochy. 2 hodiny po operaci na oddělení JIP podána první dávka antikoagulační léčby. Pacientka seznámena s významem antikoagulační léčby a orientuje se v ní. Již na oddělení JIP byla pacientka poučena, jak má provádět jednoduché cviky DK na lůžku, a dechovou rehabilitaci.

Na oddělení jsem informovala pacientku o pokračování v rehabilitaci až do první vertikalizace, zkontrolovala stav kompresních punčoch (shrnutí, zaškrcení končetiny apod.) a v 13.00 hodin podala antikoagulační léčbu (Fraxiparin). Sledovala jsem bolest DK, teplotu a barvu. Provedla jsem pravidelné zápisy do dokumentace.

Hodnocení:

- pacientka plně spolupracuje, chápe podané informace, k vzniku TEN nedošlo. Cíle splněny.

Diagnóza č. 6: **Potenciální riziko zácpy z důvodu operačního výkonu, změny složení potravy a snížené mobility.**

Cíl:

- odchod stolice u pacientky 3. den po operaci, pacientka chápe význam brzkého vyprázdnění stolice, zná příčiny zástavy stolice.

Plán:

- vysvětlit pacientce význam vyprázdnění stolice a jak toho docílit;
- poučit o nutnosti dodržovat dietní opatření a pitný režim;
- poučit o významu brzké vertikalizace;
- vysvětlit důvody zástavy peristaltiky střev a jaké jsou projevy;
- ujistit se, že pacientka podané informace chápe;
- sledovat první odchod a pravidelnost stolice;
- provádět pravidelný záznam, v případě neúspěchu provést opatření.

Realizace:

- vysvětlila jsem pacientce důvod brzkého odchodu stolice již 3. den po operaci, co způsobuje zástavu peristaltiky střev a jak si pomoci k lepší funkci střev, vysvětlila jsem jí význam brzké vertikalizace, důležitost dietních opatření a pitného režimu, zajištěna správná strava a dostatek tekutin, byl sledován odchod stolice v intervalu 2 x denně a zaznamenám do dokumentace.

Hodnocení:

- pacientka chápe význam stolice a všech opatření, stolice se 3. den nedostavila, cíl nesplněn, provedena opatření.

Změna plánu:

- dosažení odchodu stolice co nejdříve po podání laxativ ordinovaných lékařem.

Realizace:

- pacientce podán třetí den v 16.00 glycerinový čípek k vyprázdnění, sledování prvního odchodu stolice a pravidelný záznam do dokumentace, kombinováno se stravou a pitným režimem.

Hodnocení:

- pacientka se vyprázdnila 4. den po operaci, cíl splněn, dle záznamu odchod stolice i 5. den.

Diagnóza č. 7: Potenciální sexuální dysfunkce z důvodu odstranění dělohy projevující se obavou z reakce partnera na její stav

Cíl:

- pacientka necítí obavy, chápe svou situaci, partner je pacientce oporou.

Plán:

- zajistit rozhovor pacientky s lékařem;
- vysvětlit pacientce výsledný zdravotní stav, jaké jsou anatomické poměry v pochvě;
- informovat o výsledcích výzkumu sexuálního života po hysterektomii;
- informovat partnera pacientky v případě potřeby.

Realizace:

- po rozhovoru s pacientkou a zjištění druhu její obavy, jsem jí zajistila rozhovor s lékařem, který jí vysvětlil anatomické poměry v pochvě po hysterektomii. Informoval jí o výzkumech dokládajících bezproblémový pohlavní styk po hysterektomii. Na žádost pacientky rozhovor s partnerem uskutečněn nebyl. Při setkání s partnerem při návštěvě, byl z jeho přístupu vidět zájem a starost o pacientku, bez nějakých náznaků odporu.

Hodnocení:

- pacientka chápe všechny souvislosti spojené s životem po hysterektomii, plně spolupracuje, po rozhovoru s lékařem je klidnější. Cíle splněny částečně. Malá nejistota přetrvává, vyřeší se až po prvním pohlavním styku s partnerem.

5 Diskuse

V této práci jsem se zaměřila na ošetřovatelský proces u pacientky s diagnózou Uterus myomatosus, řešené laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií. Zajímalo mě, jak probíhá předoperační a pooperační péče a zejména, jaká je edukace pacientky. Zvolila jsem si výzkum v podobě případové studie na jedné pacientce. Mnoho informací jsem zjistila rozhovorem se sestrami, které tuto péči vykonávají, a od pacientky jsem zjistila, jaký vliv měla realizovaná edukace na její psychický stav. Předoperační příprava u žen na gynekologickém oddělení zahrnuje i edukaci, která je prováděna sestrami z oddělení. Ty se zaměřují pouze na oblast předoperační přípravy prováděné na oddělení a zahrnují částečně i popis péče po operaci, co pacientku čeká, jak se bude muset po operaci starat o své tělo, jaká pravidla bude muset dodržovat. Na základě informací získaných od pacientky i zdravotnického personálu jsem zjistila, že nejsou edukovány ohledně perioperační péče. To mohlo mít dle mého názoru vliv na psychický stav informantky mé případové studie a následně i na průběh operace. Při úzkosti a neklidu se totiž zrychluje srdeční frekvence, čímž se zrychluje krevní oběh a zvyšuje se spotřeba anestetik při operaci, které mají i své vedlejší účinky. Po provedené hysterektomii dochází k traumatizaci okolních tkání, a tím se spouští stresová chirurgická reakce, která má za následek hypertenzi, tachykardii a ovlivnění koncových orgánů, jako jsou játra, slinivka a ledviny, čímž se zvyšuje i pooperační morbidita (Sepeedech a Majumdar, 2012). Z toho vyplývá, že úzkost a panika nejsou dobrými pomocníky, proto by se těmto stavům mělo předcházet účinnou edukací. Pacientka sama potvrdila, že i když na operaci již byla s poraněnou rukou, přesto by si ráda vyslechla informace předem, jaký je provoz na gynekologickém sále a co se s ní bude dít. Stejně výsledky zájmu pacientek o edukaci potvrdily ve svých studiích i Tlstá (2013) a Vavrová (2014).

Forma edukace, zahrnující perioperační péči, je již na některých pracovištích zavedena a shledává se s pozitivními reakcemi ze strany pacientek, jak uvádí ve své práci i Vavrová (2014). Tato edukace je prováděna pomocí edukační knihy, která obsahuje mnoho informací od příjmu pacientky, přes perioperační průběh, až po pooperační péči a ukončení hospitalizace. Je doplněna obrázkovou galerií, což umožňuje pacientkám snazší orientaci a snižuje jejich obavy a úzkost z průběhu hospitalizace zejména z pobytu na operačním sále. Je to velmi zajímavý způsob edukace a může se stát příkladem pro jiná pracoviště.

Průběh pooperační péče na gynekologickém pracovišti, kde jsem svou studii prováděla, se nijak zvlášť neliší od jiných pracovišť. Sestry provádějí stejná opatření a věnují stejnou péči pacientkám, jako se uvádí i v zahraničních materiálech, např. v díle od Smeltzer et al. (2010). Dle mého názoru jsme s takovou péčí na velmi dobré úrovni, zejména díky dostupnosti kvalitních přístrojů a pomůcek, se kterými mohou sestry pracovat. Negativně může však práci ovlivnit nedostatek materiálu z ekonomických důvodů.

Líbí se mi, jak se na tomto pracovišti uplatňují postupy dle standardů, dokumentace je zpracovaná přehledně a výstižně, avšak ubírá svou náročností čas sestřím pro péči, kterou by mohly více věnovat svým pacientkám.

Dle mého názoru jsou nedostatky v pooperační edukaci. Sestry se věnují pouze edukaci v rámci hospitalizace a edukaci v domácím ošetřování se již nevěnují. Tato forma edukace je zajišťována lékaři a sestra pouze vysvětlí pacientce, co má učinit po propuštění dle závěru v propouštěcí zprávě. V takovém případě zůstává spousta otázek nevyřešených a odpovědi v nedohlednu. Pacientky samy netuší, na co by se samy měly ještě zeptat a pak jsou zaskočeny situacemi, které je zastihnou až doma. Navíc, když si tyto informace vyslechnou, nemají je již nikde napsané a některé mohou zapomenout. Na základě tohoto zjištění jsem vypracovala edukační leták pro pacientky po hysterektomii, který by mohly dostat do rukou před propuštěním a kde by našly odpovědi na své otázky. Jistě tam nebudou všechny otázky, které by mohly být v budoucnu vyřešeny, ale je tam rada, co v takovém případě dělat.

V rámci mého studia odborných článků jsem objevila zajímavé výsledky ze studií týkající se rychlejšího zotavení pacientů po operaci. Dle díla de Groot et al. (2015) existuje program zvaný ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), který by se dal přeložit jako „Zrychlené zotavení po operaci“. Zapojení tohoto programu do praxe sledovala studie de Groot et al. (2015) ve velkých zdravotnických zařízeních v Nizozemí, jejichž výsledkem bylo zjištění, že ERAS snižuje nejen délku hospitalizace pacientek po velkých gynekologických operacích (3-5 dní), ale zároveň tím snižuje náklady na jejich léčbu, aniž by byla ohrožena bezpečnost a kvalita života pacientek. Stejně výsledky zaznamenala již dříve studie Sepeedech a Majumdar (2012) ve Velké Británii. Navíc studie autorů Wijk et al. (2014) ze Švédska potvrdila, že zkrácení hospitalizace po zařazení protokolu ERAS, nemělo nijak významný podíl na zvýšení počtu pooperačních komplikací, reoperací v rámci hospitalizace nebo pozdější návrat k reoperaci po propuštění.

Protokol ERAS byl poprvé představen a je nyní běžně používán v kolorektální operativě. Stále více se stává součástí chirurgického systému v mnoha lékařských oborech, jako jsou gynekologie, urologie a ortopedie. Byl sestaven zejména pro snížení pooperační morbidity (Sepeedech a Majumdar, 2012). Je to systém opatření, která mají vliv na organismus a umožňují jeho rychlejší zotavení. Systém se opírá o plnou spolupráci multidisciplinárního týmu po celou dobu hospitalizace. Klíčové skupiny jsou gynekologové, anesteziologové a sestry na gynekologických operačních sálech a odděleních.

Dle díla Sepeedech a Majumdar (2012) mezi opatření ERAS patří:

Předoperační období:

- **předoperační posouzení dle ASA** – znamená i adekvátní kompenzaci přidružených onemocnění, tromboprophylaxi, předoperační podání informací pacientovi a spoluúčast na rozhodnutí o léčbě;

- **předoperační stav hydratace** – je doloženo, že před operací je třeba dostatek tekutin nejméně 2 hodiny před začátkem operace a lehká jídla nejméně 6 hodin před začátkem. Zákaz pití od půlnoci však může přinést i pooperační problémy z důvodu dehydratace a vzniku inzulínové rezistence.

- **premedikace** – může snížit riziko vzniku pooperační stresové chirurgické reakce. Doporučován je Klonidin, který má účinky opioidů, pozitivně působí na ztráty krve, nevolnost a zvracení.

Perioperační období:

- **volba správného operačního přístupu** s ohledem na anatomické souvislosti a zkušenosti operátora a co nejméně používat katetrizaci (PMK), nebo alespoň na co nejkratší dobu;

- **volba způsobu anestezie** – v zahraničí je preferována epidurální anestezie, ovšem závisí na konkrétním pacientovi;

- **perioperační stav hydratace** – význam pro minimalizaci pooperační nevolnosti a zvracení, snížení pooperačních komplikací a tím délku hospitalizace. Ovšem pozor na převodnění, které působí plicní a srdeční dysfunkce a potencionálně brání hojení ran.

- tělesná teplota – hypotermie zhoršuje stresovou reakci, snižuje srážlivost krve a hojení ran, inklinuje k infikování rány. Nutno sledovat TT během operace, oteplovat nitrožilní tekutiny u pacientů v narkóze déle než 30 minut. Vhodné je použití vyhřívané podložky pod pacientem na operačním stole, nebo zakrývat pacienty aluminiovou folií.

- **pooperační nevolnost a zvracení** – doporučuje se profylaktická antiemetická léčba.

Pooperační období:

- **balancovaná analgezie** – podat takové analgetikum, které má maximální analgetický účinek a minimální nežádoucí účinky. Doporučuje se Paracetamol v kombinaci s nesteroidními analgetiky, čímž se eliminuje podání opioidů a s nimi spojené nežádoucí účinky (sedace, ileus, dýchací obtíže).

- **časná enterální výživa** – doporučuje se orální příjem tekutin a potravy během prvních 24 hodin, bez ohledu na funkci střev, ovšem zvyšuje se riziko nevolnosti, proto je nutný individuální přístup;

- **podání laxativ** – po operaci zlepšuje funkci GIT po hysterektomii;

- **časná mobilizace** – pomáhá snižovat katabolické funkce v kosterním svalstvu, zlepšuje funkci plic, stimuluje krevní oběh a tím se zlepšuje dodávka kyslíku do tkání a snižuje se riziko tromboembolické nemoci, podporuje návrat funkce střev a může pomoci zabránit vzniku pooperačního ileu.

Na základě těchto zjištění konstatuji, že téměř všechna tato opatření jsou prováděna i na pracovišti, kde jsem prováděla studii. Pouze tekutiny jsou podávány do půlnoci před operací a pak až na operačním sále. A rozdíl nacházím v podávání stravy, kdy první plnohodnotná strava je podávána až třetí den po operaci, a to dieta č. 1.

6 Závěr a doporučení pro klinickou praxi

Děloha je pro mnohé ženy znamením ženství a plodnosti. Ne každá se snadno smíří s tím, že by o ni měla přijít. Když už taková situace nastane, není to lehké rozhodování, a proto by měl pomoci hlavně gynekolog. Vysvětlit ženě, jaké jsou možnosti léčby a hlavně s porozuměním a citem jí dovést k úspěšnému konci léčby. Velkou oporou by měly být i sestry nebo porodní asistentky, ať už v ambulanci nebo na lůžkovém gynekologickém oddělení. Už z toho důvodu, že jsou také ženami a umí se lépe vcítit do role pacientky. Myomy dělohy se mohou objevit u kterékoli z nich. Pokud onemocní touto nemocí všeobecná sestra, je na tom úplně stejně, jako jiné pacientky. I když má patřičné znalosti, stejně touží po pochopení, radě, pomoci. Sestry musí přistupovat k pacientkám s citlivostí, empatií a pochopením pro jejich obavy a úzkost. Je vhodné se neustále vzdělávat, aby sestry měly dostatek znalostí a návodů, jak zajistit správný přístup. A pokud by měla sestra zajistit pacientce dostatek informací, měla by vědět i jak je předávat. K tomu slouží právě edukace, ke které máme stále nedostatek správných informací, materiálů i pomůcek. Cílem této práce bylo zjistit, kde se skrývá největší nedostatek pro správnou edukaci žen po hysterektomii a zpracovat takový materiál, který by mohl sestřám v takové situaci pomoci.

Je velká škoda, že všeobecných sester je takový nedostatek, že se nemohou uplatnit specializace, které by ještě více zlepšily úroveň kvality péče o pacienty. Mám na mysli kvalifikaci edukační sestry, a to zejména v malých nemocnicích okresního typu. Zde ovšem hraje roli i ekonomická situace těchto zařízení, zejména pak, jsou-li nestátními zařízeními. Edukační sestra by mohla zajistit správné podmínky pro kvalitní edukaci pacientů na kterémkoli oddělení. Aby se dala nějak tato situace vyřešit, je mým návrhem zpracování edukačních standardů pro různé chorobné stavy.

Jako výsledek mého výzkumu jsem vypracovala informační brožuru pro gynekologické pacientky po hysterektomii (viz Příloha E). Tato brožura může pomoci sestřám na gynekologických odděleních ke správné edukaci u pacientek po provedené hysterektomii, nebo může být předána pacientkám jako průvodce v domácím ošetřování. Takových edukačních materiálů by bylo potřeba více, ale toto může být právě začátek.

7 Seznam použité literatury

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha: Portál, 2016. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

MÁRA, Michal, Zdeněk HOLUB et al. *Děložní myomy. Moderní diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 228 s., 8. obrázkových příloh. ISBN 978-80-247-1854-5.

PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

POKORNÁ, Andrea et al. *Ošetrovatelství v geriatrii. Hodnotící nástroje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 200 s. + 2 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-4316-5.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 272 s. + 8 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3373-9.

SMELTZER Suzanne C. et al. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 12th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2010. 2240 pages, 96 pages: illustrations (some color); 29 cm + 1 DVD-ROM (4 3/4 in.). ISBN 978-1-60831-080-7.

SVAČINA, Štěpán, Dana MÜLLEROVÁ a Alena BRETŠNAJDROVÁ. *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. 331 s. ISBN 978-80-7387-347-9.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry. Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠIMETKA, Ondřej a Jaroslav KLÁT. *Možnosti užití selektivních modulátorů progesteronových receptorů v léčbě děložních myomů*. *Česká gynekologie*, 2016, 81, č. 4, s. 317-320. ISSN 1210-7832.

TÓTHOVÁ, Valerie et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. akt. vyd. Praha: Triton, 2014. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

TROJAN, Stanislav a Michal SCHREIBER. *Knižní atlas biologie člověka*. 2. vyd. Praha: Scientia, 2007. 136 s. ISBN 978-80-8696-011-1.

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ a Jana HOLUBOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. Obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 232 s. + 24 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3419-4.

Internetové zdroje:

BAYRAM, Güliz Onat a Nezihe Kizilkaya BEJI. Psychosexual Adaptation and Quality of Life After Hysterectomy. [online]. *Sexuality & Disability*, March 2010; **28**(1):3-13. [cit. 2016-12-13]. ISSN 01461044. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=9b30e135-3db6-4e4c-8d62-3ed2607253ea%40sessionmgr4006&vid=36&hid=4205>

BLŠŤÁK, IVO a Marcel VANČO. Roboticky asistovaná chirurgie v gynekologii - tříleté zkušenosti Gynekologicko-porodnického oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem. [online]. *Actual Gyn*. 2012, **4**, 39-42. [cit. 2017-01-21]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: http://www.actualgyn.com/pdf/cz_2012_70.pdf

DE GROOT, Jeanny J. A., José M. C. MAESSEN, Brigitte F. M. SLANGEN, et al. A stepped strategy that aims at the nationwide implementation of the Enhanced Recovery After Surgery programme in major gynaecological surgery: study protocol of a cluster randomised controlled trial. [online]. *Implementation Science*. 2015, **10**(1), 1-9. [cit. 2017-01-11]. ISSN 17485908. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebsco&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=108652311&lang=cs>

JEFFERYS, Amanda a Valentine AKANDE. Modern management of fibroids. [online]. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2016, **26** (1), 127-132. [cit 2017-01-08]. ISSN: 1751-7214. Dostupné z:

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S1751721416300434>

KADLECOVÁ, Jana et al. Histologické typy děložních myomů u pacientek v reprodukčním věku a postmenopauze. [online]. *Czech Gynaecology / Česká Gynekologie* 2015, **80**(5), 360-364. [cit. 2016-11-13]. ISSN 12107832. Dostupné z:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=a48b1e87-6c3f-44a0-b52c-e5f49c44febe%40sessionmgr4010&vid=4&hid=4111>

LIM, Peter C., John T. CRANE, Eric J. ENGLISH, Richard W. FARNAM, Devin M. GARZA, Marc L. WINTER a Jerry L. ROZEBOOM. Clinical article: Multicenter analysis comparing robotic, open, laparoscopic, and vaginal hysterectomies performed by high-volume surgeons for benign indications. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* [online]. 2016 Jun; **133** (3): 359-364. [cit. 2017-01-22]. ISSN 00207292. Dostupné z:

<http://sfx.is.cuni.cz/sfxlcl3?ID=doi:10.1016/j.ijgo.2015.11.010>

MÁRA, Michal. Myomy. Diagnostika a léčba. [online]. *Myomy.cz*. [cit. 2016-11-17]. Dostupné z: <http://myomy.cz/myomy/index.htm>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Koncepce ošetřovatelství*. [online]. Praha, VĚSTNÍK č. 9 - MZ ČR, 2004, Metodická opatření. [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/koncepce-osetrvatelstvi_9584_3196_3.html

OYLER, Jane A. a Samantha M. OBECK. Health Literacy: Nursing Education and Practice. *Pennsylvania Nurse* [online]. 2014, **69**(3), 20-21 [cit. 2017-01-11]. ISSN 00314617. Dostupné z:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&an=110595012&scope=sit>
e

POKKINEN, Satu M., Maija-Liisa KALLIOMÄKI, Arvi YLI-HANKALA a Kari NIEMINENET. Less postoperative pain after laparoscopic hysterectomy than after vaginal hysterectomy. [online]. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*. Germany, 2015 July; **292** (1): 149-154. [cit. 2016-12-12]. ISSN: 1432-0711. Dostupné z:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3970adc3-606b-4fdc-bc2a-e2b6484678e2%40sessionmgr4008&vid=1&hid=4001>

REGISTR KOMPLIKACÍ GYNEKOLOGICKÉ LAPAROSKOPIE. *Grafy a tabulky*. [online]. [cit. 2016-12-13]. Dostupné z: <http://registr.gynekologie.org/public.tabulky-grafy/tab3>

SEPEEDEH Saleh a Amitabha MAJUMDAR. Innovations in the Care of Postoperative Hysterectomy Patients. [online]. *Hysterectomy*, 2012, Dr. Ayman Al-Hendy (Ed.), InTech. s. 251-268 [cit. 2016-10-16]. ISBN: 978-953-51-0434-6. Dostupné z:

<http://www.intechopen.com/books/hysterectomy/innovations-in-the-care-of-postoperative-hysterectomy-patients>

STÁTNÍ ÚŘAD PRO KONTROLU LÉČIV. *Databáze léků*. [online]. Praha. [cit. 2017-01-24].

Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>

TLSTÁ, Lenka. *Vliv edukace na pooperační průběh u žen po gynekologické operaci*. [online]. Plzeň, 2013. Bakalářská práce, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. [cit. 2017-01-21]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/11025/9980>

VAVROVÁ, Aneta. *Vliv edukace prostřednictvím perioperační knihy na předoperační úzkost pacienta*. [online]. Pardubice, 2014. Diplomová práce, Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. [cit. 2017-01-21]. Dostupné z:

<http://dspace.upce.cz/handle/10195/55763>

WIJK, Lena, Karin FRANZEN, Olle LJUNGQVIST a Kerstin NILSSON. Implementing a structured Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol reduces length of stay after abdominal hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. 2014, **93**(8), 749-756 [cit. 2017-01-11]. ISSN 00016349. Dostupné z:

<http://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebSCO&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=103975890&lang=cs>

Jiné:

Zdravotnická dokumentace pacientky

Seznam zkratek

ADP – adenosindifosfát

AH – abdominální hysterektomie

APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

BMI – Body Mass Index, index tělesné hmotnosti

BWR - Bordet-Wassermanova reakce, vyšetření na syfilis

CT – Computed Tomography, počítačová tomografie

CŽK – centrální žilní katetr

D – dech

DK – dolní končetina, dolní končetiny

DM – diabetes mellitus, cukrovka

ERAS – Enhanced Recovery After Surgery, rychlé zotavení po operaci

FF – fyziologické funkce

FSH – folikuly stimulující hormon

GIT – gastrointestinální trakt, zažívací trakt

GnRH – Gonadotropin Releasing Hormon, hormon uvolňující gonadotropiny, gonadoliberin

GnRHa – Gonadotropin Releasing Hormon agonist, agonista gonadoliberinu

HBsAg – Hepatitis B surface Antigen, též australský antigen

HIV – human imunodeficiency virus, HIV virus

HSK – hysteroskopie

ICN – International Council of Nurses, mezinárodní rada sester

i. m. – intramuskulární aplikace injekce

i. v. – intravenózní, nitrožilní aplikace injekce

JIP – jednotka intenzivní péče

LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

LH – laparoskopická hysterektomie

LH – luteinizační hormon

LUAO – laparoskopická okluze děložních tepen

MRI – Magnetic Resonance Imaging, magnetická rezonance

MRgFUS – Fokusovaný ultrazvuk naváděný magnetickou rezonancí

P – puls, tep

PMK – permanentní močový katetr

p. p. – podle potřeby

PŽK – periferní žilní kanyla

QUICK – neboli PT test (protrombinový čas)

RFA – radiofrekvenční ablace myomu

RTG – rentgenové metody

s. c. – subkutánní (podkožní) podání injekce

SpO₂ – saturační tlak kyslíku, nasycení arteriální krve kyslíkem

SPRM – selektivní modulátory progesteronových receptorů

TCRM – transcervikální resekce myomu

TEN – tromboembolická nemoc

TK – krevní tlak

TLH – totální laparoskopická hysterektomie

TT – tělesná teplota

UAE – Uterine artery embolisation, embolizace děložních tepen

VH – vaginální hysterektomie

8 Přílohy

Příloha A: Seznam tabulek.....	63
Příloha B: Seznam obrázků	64
Příloha C: Žádost o provedení a zpracování kazuistiky na gynekologickém oddělení (vzor)	72
Příloha D: Ošetřovatelská anamnéza	73
Příloha E: Edukační brožura po hysterektomii	74

Příloha A: Seznam tabulek

Tabulka A 1: Počet operací za rok 2009-2010 a jejich indikace	65
Tabulka A 2: Počet operací za rok 2007-2008 a jejich indikace	65
Tabulka A 3: Počet operací za rok 2005-2006 a jejich indikace	66
Tabulka A 4: Počet operací za rok 2003-2004 a jejich indikace.....	66
Tabulka A 5: Počet operací za rok 2001-2002 a jejich indikace	67
Tabulka A 6: Počet operací za rok 2000 a jejich indikace.....	67
Tabulka A 7: Klimakterický syndrom	68
Tabulka A 8: Komplikace LAVH za rok 2010 v ČR	69

Příloha B: Seznam obrázků

Obrázek B 1: Ženské vnitřní pohlavní orgány.....	70
Obrázek B 2: Typy myomů dělohy.....	70
Obrázek B 3: Typy incizí při gynekologických operacích	71
Obrázek B 4: Cviky na posilování pánevního dna.....	71

Tabulky

Tab.3 Hysterektomie: Základní údaje (1.část: 2009-2010)										
	2010					2009				
	LAVH	LH	TLH	LSH	LARVH	LAVH	LH	TLH	LSH	LARVH
Operace										
celkem za rok	3173	38	196	0	3	3303	24	81	64	24
celkem procentuálně za rok	93,0	1,1	5,7	-	0,1	94,5	0,7	2,3	1,8	0,7
počet pracovišť	50	2	11	0	1	53	3	7	2	3
procentuálně počet pracovišť	100,0	4,0	22,0	-	2,0	100,0	5,7	13,2	3,8	5,7
Indikace	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]
Myomatozní děloha	60	53	23	-	-	48	21	41	25	-
Děložní krvácení	16	24	19	-	-	20	46	25	19	-
Adnexální rezistence	4	5	1	-	-	6	0	0	8	-
Chorobné hrdlo děložní	7	13	8	-	-	7	17	19	9	-
Nesestupující děloha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Adheze nebo endometrióza	3	3	1	-	-	4	0	4	0	-
Odstranění adnex	4	5	0	-	-	8	17	3	5	-
CA děložního hrdla	1	0	6	-	67	1	0	1	2	46
CA děložního těla	4	0	17	-	33	2	0	7	2	54
Jiné	6	0	15	-	-	7	0	1	31	-

Tabulka A 1: Počet operací za rok 2009-2010 a jejich indikace (Zdroj: Registr Komplikací gynekologické laparoskopie)

Tab.3 Hysterektomie: Základní údaje (2.část: 2007-2008)										
	2008					2007				
	LAVH	LH	TLH	LSH	LARVH	LAVH	LH	TLH	LSH	LARVH
Operace										
celkem za rok	2778	42	82	8	21	3633	269	89	3	31
celkem procentuálně za rok	94,8	1,4	2,8	0,3	0,7	82,3	6,1	2,0	0,1	0,7
počet pracovišť	43	4	7	3	4	53	3	6	2	4
procentuálně počet pracovišť	100,0	9,3	16,3	7,0	9,3	100,0	5,7	11,3	3,8	7,5
Indikace	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]
Myomatozní děloha	48	31	26	0	-	51	80	60	0	-
Děložní krvácení	18	29	27	0	-	16	3	17	0	-
Adnexální rezistence	4	5	4	0	-	6	0	0	0	-
Chorobné hrdlo děložní	9	5	7	63	-	9	0	11	0	-
Nesestupující děloha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Adheze nebo endometrióza	2	0	0	0	-	4	12	3	0	-
Odstranění adnex	6	0	0	0	-	7	0	1	33	-
CA děložního hrdla	1	12	2	0	90	1	1	1	0	94
CA děložního těla					nesledováno					
Jiné	6	19	33	0	-	6	0	6	67	-

Tabulka A 2: Počet operací za rok 2007-2008 a jejich indikace (Zdroj: Registr Komplikací gynekologické laparoskopie)

Tab.3 Hysterektomie: Základní údaje (3.část: 2005-2006)										
	2006					2005				
	LAVH	LH	TLH	LSH	LARVH	LAVH	LH	TLH	LSH	LARVH
Operace										
celkem za rok	4212	80	82	3	36	4062	49	126	0	72
celkem procentuálně za rok	95,4	1,8	1,9	0,1	0,8	94,3	1,1	2,9	-	1,7
počet pracovišť	62	4	9	2	3	61	5	7	0	4
procentuálně počet pracovišť	100,0	6,5	14,5	3,2	4,8	96,8	7,9	11,1	-	6,3
Indikace										
	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]
Myomatozní děloha	56	59	50	67	-	58	61	53	-	0
Děložní krvácení	20	13	18	0	-	18	18	26	-	0
Adnexální rezistence	6	15	4	0	-	6	4	0	-	0
Chorobné hrdlo děložní	7	4	11	33	-	8	6	17	-	17
Nesestupující děloha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Adheze nebo endometrióza	4	5	5	0	-	6	2	2	-	0
Odstranění adnex	5	0	1	0	-	9	0	0	-	0
CA děložního hrdla	1	0	0	0	94	nesledováno				
CA děložního těla	nesledováno									
Jiné	1	0	0	0	94	8	0	4	-	83

Tabulka A 3: Počet operací za rok 2005-2006 a jejich indikace (Zdroj: Registr Komplikací gynekologické laparoskopie)

Tab.3 Hysterektomie: Základní údaje (4.část: 2003-2004)										
	2004					2003				
	LAVH	LH	TLH	LSH	LARVH	LAVH	LH	TLH	LSH	LARVH
Operace										
celkem za rok	2279	102	270	5	10	3909	168	120	3	66
celkem procentuálně za rok	85,5	3,8	10,1	0,2	0,4	91,6	3,9	2,8	0,1	1,5
počet pracovišť	43	6	8	1	2	66	7	11	2	8
procentuálně počet pracovišť	97,7	13,6	18,2	2,3	4,5	100,0	10,6	16,7	3,0	12,1
Indikace										
	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]
Myomatozní děloha	63	57	52	80	10	71	56	61	0	0
Děložní krvácení	13	19	14	0	0	14	17	26	33	0
Adnexální rezistence	5	10	9	0	0	7	13	2	0	0
Chorobné hrdlo děložní	10	8	1	0	0	9	6	3	0	42
Nesestupující děloha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Adheze nebo endometrióza	4	2	6	0	0	6	5	2	0	5
Odstranění adnex	6	2	2	20	0	6	2	0	0	0
CA děložního hrdla	nesledováno									
CA děložního těla	nesledováno									
Jiné	4	2	6	0	90	6	1	4	0	56

Tabulka A 4: Počet operací za rok 2003-2004 a jejich indikace (Zdroj: Registr Komplikací gynekologické laparoskopie)

Tab.3 Hysterektomie: Základní údaje (5.část: 2001-2002)										
	2002					2001				
	LAVH	LH	TLH	LSH	LARVH	LAVH	LH	TLH	LSH	LARVH
Operace										
celkem za rok	2851	144	116	4	38	3018	117	150	9	21
celkem procentuálně za rok	90,4	4,6	3,7	0,1	1,2	91,0	3,5	4,5	0,3	0,6
počet pracovišť	58	5	6	1	2	58	4	5	4	1
procentuálně počet pracovišť	100,0	8,6	10,3	1,7	3,4	100,0	6,9	8,6	6,9	1,7
Indikace	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]	[%]
Myomatozní děloha	10	13	17	0	0	63	57	47	44	
Děložní krvácení	7	12	9	0	0	11	16	38	11	
Adnexální rezistence	8	6	3	0	34	7	3	0	33	
Chorobné hrdlo děložní	6	4	3	0	0	8	5	7	0	
Nesestupující děloha	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Adheze nebo endometrióza	4	0	0	0	0	5	6	5	0	
Odstranění adnex	4	2	2	0	66	7	0	0	0	
CA děložního hrdla	nesledováno									
CA děložního těla	nesledováno									
Jiné	0	0	0	0	0	3	15	1	44	

Tabulka A 5: Počet operací za rok 2001-2002 a jejich indikace (Zdroj: registr Komplikací gynekologické laparoskopie)

Tab.3 Hysterektomie: Základní údaje (6.část: 2000)				
	2000			
	LAVH	LH	TLH	LSH
Operace				
celkem za rok	2425	186	67	7
celkem procentuálně za rok	90,3	6,9	2,5	0,3
počet pracovišť	56	6	3	5
procentuálně počet pracovišť	97,0	10,0	5	9
Indikace	[%]	[%]	[%]	[%]
Myomatozní děloha	65	66	69	57
Děložní krvácení	16	31	27	2
Adnexální rezistence	7	8	0	0
Chorobné hrdlo děložní	8	18	2	0
Nesestupující děloha	4	6	0	0
Adheze nebo endometrióza	9	8	12	14
Odstranění adnex	11	5	0	0
CA děložního hrdla	nesledováno			
CA děložního těla	nesledováno			
Jiné	3	7	2	0

Tabulka A 6: Počet operací za rok 2000 a jejich indikace (Zdroj: Registr Komplikací gynekologické laparoskopie)

Postižený systém	Klinický obraz	Postižený systém	Klinický obraz
Vazo-motorický	<ul style="list-style-type: none"> ▪ návaly horka ▪ záchvaty pocení ▪ palpitace (bušení srdce) ▪ nevolnost ▪ parestezie (nepříjemný pocit brnění, svědění či pálení kůže) 	Urogenitální	<ul style="list-style-type: none"> ▪ atrofie ▪ dyspareunie ▪ kolpitida ▪ inkontinence moči ▪ infekty močových cest
Psychický	<ul style="list-style-type: none"> ▪ poruchy spánku ▪ podrážděnost ▪ únava ▪ apatie ▪ deprese ▪ zapomnětlivost ▪ úzkost 	Pohybový	<ul style="list-style-type: none"> ▪ osteoporóza ▪ fraktury ▪ bolesti kloubů ▪ bolesti svalů
Kožní	<ul style="list-style-type: none"> ▪ suchost ▪ ztráta turgoru ▪ vypadávání vlasů 	Cévní	<ul style="list-style-type: none"> ▪ skleróza cév ▪ riziko infarktu

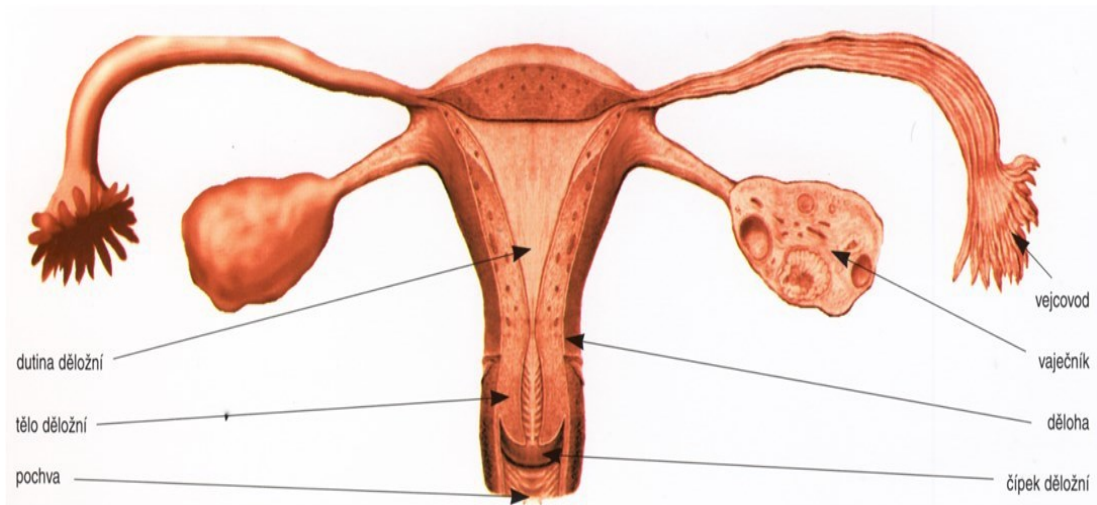
Tabulka A 7: Klimakterický syndrom (Zdroj: Svěráková, 2011, s. 25)

Tab.2 LAVH: Komplikace (1.část: 2007 - 2010)

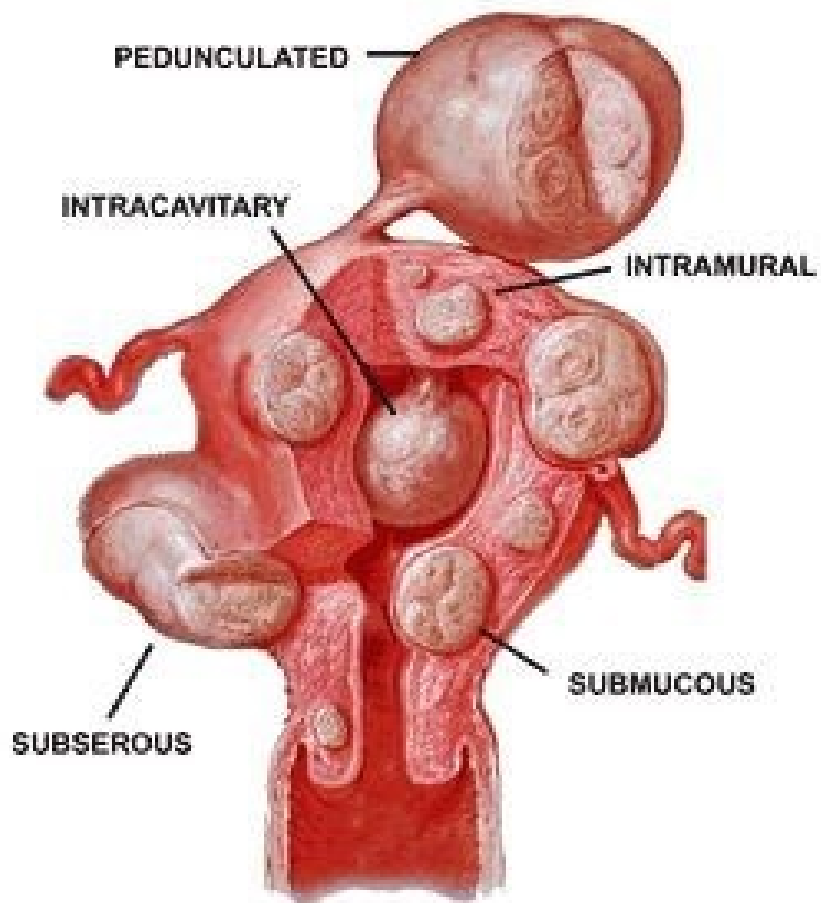
	ČR 2010		
	počet	‰	%
Poranění trokárem	18	5,4	
Dolní epigastrické cévy	13	3,9	
Iliakální cévy, aorta, dolní dutá žíla	0	0,0	
Střevo	5	1,5	
Poranění ureteru	1	0,3	
Bipolární koagulace	0	0,0	
Unipolární koagulace	0	0,0	
Lineárním staplerem	0	0,0	
Jiné	1	0,3	
Poranění močového měchýře	17	5,1	
Poranění střeva	2	0,6	
Konverze v laparotomii	134	40,6	
Nemožnost dokončit laparoskopicky	106	32,1	
Ošetření útroeb	12	3,6	
Krvácení	16	4,8	
Návrat na operační sál	25	7,6	
Krvácení	21	6,4	
Poranění střeva	2	0,6	
Hernie v incizi	2	0,6	
Jiné	0	0,0	
Znovupřijetí (do 6-ti týdnů)	31	9,4	
Krvácení	7	2,1	
Ileus	3	0,9	
Hernie v incizi	1	0,3	
Příštěl ureterální nebo moč.měch.	3	0,9	
Trombophlebitis	0	0,0	
Hematom v pávni	14	4,2	
Peritonitis	3	0,9	
Komplikace celkem	228		7,2
Úmrtí	0		

Tabulka A 8: Komplikace LAVH za rok 2010 v ČR (Zdroj: Registr komplikací gynekologické laparoskopie)

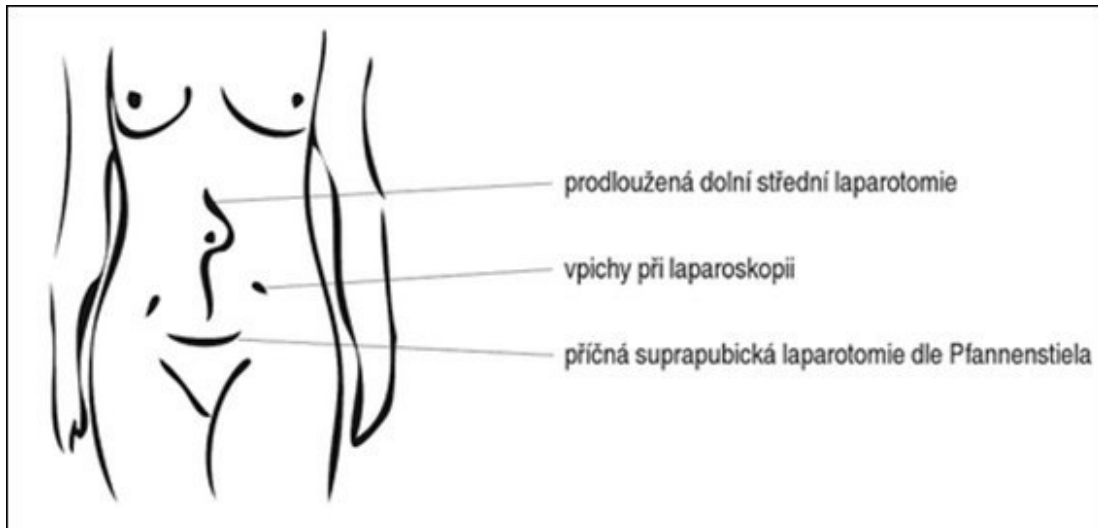
Obrázky



Obrázek B 1: Ženské vnitřní pohlavní orgány (Zdroj: Trojan a Schreiber, Knižní atlas biologie člověka, 2007, s. 85)



Obrázek B 2: Typy myomů dělohy (Zdroj: Mára, Myomy.cz)



Obrázek B 3: Typy incizí při gynekologických operacích (Zdroj: Slezáková, 2011, s. 35)

CVIČENÍ ZAMĚŘENÉ NA POSÍLENÍ SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA	KEGELOVY CVIKY – SPEVNĚNÍ SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA												
<ul style="list-style-type: none"> • Kegelovy cviky slouží na posílení svalstva pánevního dna a redukcí nebo odstraňují stresový únik moči. • Vhodné je posilování svalů páneve i tehdy, když se vás problém s mimovolním únikem moči ještě netýká. Pravidelné cvičení zpevňuje břišní stěnu i svaly pánevního dna včetně svěračů. • Pravidelné cvičení též napomáhá k lepšímu prožití sexuálních aktivit a může napomoci ke snadnějšímu dosažení orgasmu. Zároveň redukuje pocit bolesti při pohlavním styku. • Úspěšnost cvičení není závislá na věku! 	<p>5</p> <p>Lehněte si a opřete se o lokty. Nohy pokrčte v kolenu a střídavě se dotýkejte špičkami u patami země.</p> <p>6</p> <p>Zůstanete ležet, opřete se o lokty a nohama napodobujte jízdu na kole.</p> <p>7</p> <p>Lehněte si na záda a nohy, rozkročené na šířku chodidel, pokrčte v kolenu. Ruce překřížte, sepněte a natáhněte je nad hlavu. Pomalu zdvižte lopatky od země. Nezapomínejte pravidelně dýchat.</p> <p>8</p> <p>Lehněte si, pokrčte nohy a ruce natáhněte dopředu. Pomalu bez švihů se posaďte, ruce položte až na kolena, při tomto úkonu vydechujte.</p>												
<p>1</p> <p>Stůjte vzpřímeně, pokrčte jednu nohu, uchopte ji pod kolenem a přitáhněte k sobě. Chvilu držte a totéž opakujte s druhou nohou.</p> <p>2</p> <p>Stůjte vzpřímeně a překřížte nohy. Pomalu se předkloníte a pokuste se dotknout dlaněmi země. Dbejte na to, abyste se předklánění pomalu a namáhavě obrátil po obrátli.</p>	<p>Více cviků najdete též na www.incovena.eu nebo žádejte v ambulanci Vašeho urologa, gynekologa či praktického lékaře.</p>												
<p>3</p> <p>Posaďte se na paty a pomalu mírně zdvižte zadní část těla – zadek.</p> <p>4</p> <p>Klekněte si na zem a podpírejte se rukama. Dbejte na to, aby byla ramena a nohy v pravém úhlu. Hlava je v prodloužení těla. Jednu nohu propněte nad zem, nechte ji nataženou a mírně ji lomtejte. Cvik opakujte i s druhou nohou.</p>	<table border="0"> <tr> <td style="color: green;">✓</td> <td>LEN SETY</td> <td>přípravá k posílení svalů pánevního dna, k pohodlí během menopauzy a zmírňuje její symptomy</td> </tr> <tr> <td style="color: green;">✓</td> <td>HOŘČÍK</td> <td>příspěvá k normální činnosti nervové soustavy a svalů</td> </tr> <tr> <td style="color: orange;">✓</td> <td>VITAMIN D</td> <td>pospívá k udržení normální činnosti svalů</td> </tr> <tr> <td style="color: orange;">✓</td> <td>VITAMIN C</td> <td>příspěvá k normální činnosti nervové soustavy a ochrání lumbk před oxidativním stresem</td> </tr> </table>	✓	LEN SETY	přípravá k posílení svalů pánevního dna, k pohodlí během menopauzy a zmírňuje její symptomy	✓	HOŘČÍK	příspěvá k normální činnosti nervové soustavy a svalů	✓	VITAMIN D	pospívá k udržení normální činnosti svalů	✓	VITAMIN C	příspěvá k normální činnosti nervové soustavy a ochrání lumbk před oxidativním stresem
✓	LEN SETY	přípravá k posílení svalů pánevního dna, k pohodlí během menopauzy a zmírňuje její symptomy											
✓	HOŘČÍK	příspěvá k normální činnosti nervové soustavy a svalů											
✓	VITAMIN D	pospívá k udržení normální činnosti svalů											
✓	VITAMIN C	příspěvá k normální činnosti nervové soustavy a ochrání lumbk před oxidativním stresem											

Obrázek B 4: Cviky na posilování pánevního dna (Zdroj: Ovládejme každou kapku - Průvodce problematikou inkontinence moči, VOLM)

Příloha C: Žádost o provedení a zpracování kazuistiky na gynekologickém oddělení (vzor)

Petra Klímová
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED], 8. 11. 2016

[REDACTED]
Manažer pro nelékařské zdravotnické obory
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Žádost o provedení a zpracování kazuistiky na gynekologickém oddělení

Dobrý den paní magistro,

žádám o povolení nahlédnout a zpracovat data z dokumentace pacientek z gynekologického oddělení v [REDACTED] z důvodu zpracovávání mé bakalářské práce k ukončení bakalářského studia na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Souhlas pacientek zajistím předem a zaručuji se o zachování jejich anonymity, dále se také zaručuji, že nikde v mé práci nebude uveden název [REDACTED].

Žádám také o využití starší dokumentace uložené v depozitáři dokumentace [REDACTED] [REDACTED] pro dodatečné doplnění informací k mé bakalářské práci, pokud to bude třeba.

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Petra Klímová

Sestra perioperační péče na oddělení COS v [REDACTED]

Kontakt:

Tel.: 724 471 018

e-mail: petraklimova2014@seznam.cz

Příloha D: Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza

Jméno: [redacted]
 Příjmení: [redacted]
 R.č.: [redacted]

<p>Příjem</p> <p>datum přijetí: [redacted] / 6</p> <p>čas: 4.00</p> <p>opakované přijetí: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Pacient je svéprávný: <input checked="" type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Alergie</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>Vědomí</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> při vědomí</p> <p><input type="checkbox"/> porucha vědomí</p> <p><input type="checkbox"/> bezvědomí</p> <p>Orientace</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> úplně orientován</p> <p><input type="checkbox"/> dezorientován</p> <p><input type="checkbox"/> místem</p> <p><input type="checkbox"/> časem</p> <p><input type="checkbox"/> osobou</p> <p>Psychický stav</p> <p><input type="checkbox"/> nechápe nic co se kolem děje</p> <p>Kontakt</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> bez omezení</p> <p><input type="checkbox"/> spolupracuje</p> <p><input type="checkbox"/> nespolupracuje</p> <p><input type="checkbox"/> ztížený</p> <p><input type="checkbox"/> nelze navázat</p> <p>Soběstačnost/pohyblivost</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> soběstačný</p> <p><input type="checkbox"/> soběstačný s pomocí</p> <p><input type="checkbox"/> při chůzi</p> <p><input type="checkbox"/> při hygieně</p> <p><input type="checkbox"/> při oblékání</p> <p><input type="checkbox"/> při jídle</p> <p>(v případě nesoběstačnosti: provedl Barthelův test)</p> <p>Bolest</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická</p> <p>(založ záznam Hodnocení bolesti)</p> <p>intenzita: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Výživa / hydratace</p> <p>potíže: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (provedl určení nutričního stavu)</p> <p><input type="checkbox"/> enterální</p> <p>sonda</p> <p>zavedena dne: [redacted]</p> <p>diabetik</p> <p>dieta č.: 3</p> <p>kontakt s NT: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Vyprazdňování</p> <p>problém s močením: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p>MK zaveden dne: [redacted]</p> <p>problém se stolicí: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>poslední stolice dne: [redacted] 16</p> <p><input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie</p> <p>Pomůcky</p> <p><input type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> berle / hůl</p> <p><input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> proteza</p> <p><input type="checkbox"/> problémy se sluchem</p> <p><input type="checkbox"/> problémy s řečí</p> <p><input type="checkbox"/> amputace</p> <p><input type="checkbox"/> ochrnutí</p> <p>Kůže</p> <p>změny na kůži: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> ekzem</p> <p><input type="checkbox"/> otoky</p> <p><input type="checkbox"/> jiné rány</p> <p><input type="checkbox"/> dekubity</p> <p>stupeň:</p> <ol style="list-style-type: none"> zčervenání tvorba puchýřů hluboké poškození kůže a tkáně dekubitus na kost – nekroza 	<p>Spánek</p> <p>narušený: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>Dýchání</p> <p>potíže: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>kuřák: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>dušnost: <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> cyanóza <input type="checkbox"/> kašel</p> <p>Schopnost edukace</p> <p><input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>viz edukační záznam</p> <p>Rizika</p> <p>– riziko pádu (provedl zjištění rizika pádu):</p> <p>výsledné skóre: [redacted]</p> <p>– riziko poruchy kožní integrity (provedl hodnocení Norton):</p> <p>výsledné skóre: [redacted]</p> <p>Informace o propuštění</p> <p>bydlí doma sám/a: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>je v péči: <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> pečovatelské služby</p> <p>kdo se bude starat o nemocného po propuštění:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> domácí péče <input type="checkbox"/> následná cš péče</p> <p><input type="checkbox"/> domov důchodců <input type="checkbox"/> pečovatelské služby</p> <p>kontakt s rodinou: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Jiná sdělení</p> <p>Cennosti a šaty</p> <p>uloženy v trezoru oddělení: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>v centrálním trezoru: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>jaké: [redacted]</p> <p>doklad o úschově šatů: <input type="checkbox"/> ano <input checked="" type="checkbox"/> ne</p> <p>podpis: [redacted] podpis pacienta: [redacted]</p> <p>datum/čas: [redacted] 2016</p>
---	---	---

Příloha E: Edukační brožura po hysterektomii

Příložena zvlášť jako další soubor v pdf.

EDUKACE PACIENTEK PO HYSTEREKTOMII

**Příručka pro porodní asistentky, všeobecné sestry a pacientky
na gynekologickém oddělení**



Foto:istock.com

2017

Milé kolegyně a vážené pacientky,

přináším Vám touto formou některé odpovědi na otázky, které by Vás mohly trápit v období po operaci, kdy se odstraní z těla děloha, po tzv. hysterektomii. Toto období bývá náročné a je vhodné vědět, co se v těle děje a co se může přihodit. Pokud se člověk dopředu připraví na nečekané události, lépe je snáší. Neváhejte se zeptat svého lékaře nebo sestry na jakékoli nejasnosti, které tu nejsou uvedeny. Pokud i Vám tyto rady poslouží, bude mít má práce svůj smysl.

Děkuji Vám za Váš zájem

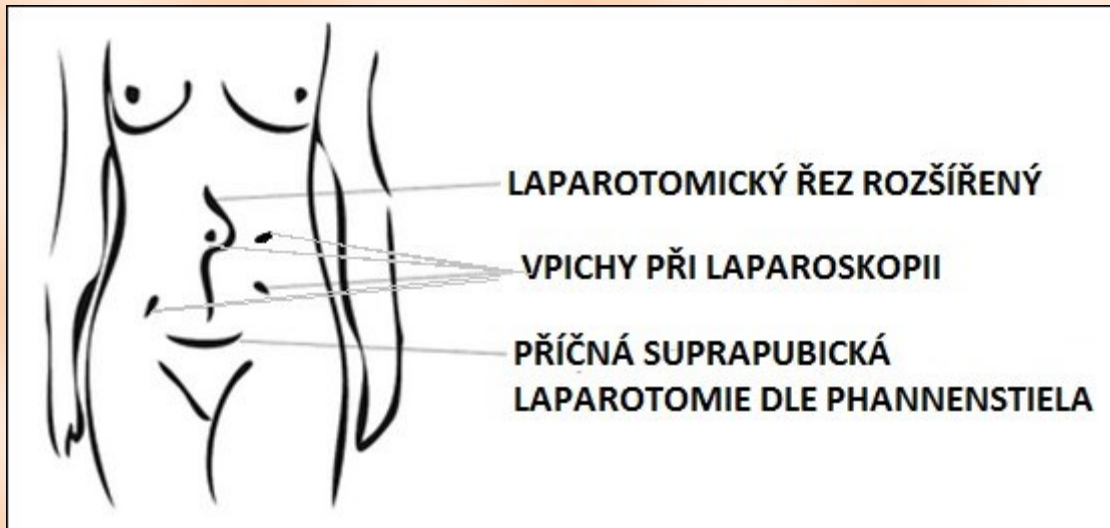
Autorka projektu

POTÍŽE, KTERÉ SE MOHOU DOSTAVIT PO HYSTEREKTOMII:

Bolest

Kde se může objevit?

- *V místě pooperační sutury*



Obrázek č. 1: Typy incizí při gynekologických operacích (Zdroj: Slezáková, 2011, s. 35, upraveno)

- **v oblasti bederní páteře**, které mohou být příznakem hojení jizvou v dutině břišní

- **bolest v zádech** může být reakcí na polohu, kterou pacientka zaujímá během operace

- **bolesti břicha** mohou být reakcí na operační zásah v dutině břišní nebo na zpomalení peristaltiky po operaci → doporučují se cviky dolních končetin na lůžku, brzká vertikalizace (vstávání z lůžka)

- k odstranění větší bolesti lze užívat lékařem předepsaná analgetika a úlevovou polohu

- **bolesti ramen a pod žebry** po laparoskopické hysterektomii jsou způsobené naplněním břicha oxidem uhličitým → po vstřebání plynu bolest vymizí přibližně do 3 dnů.

Pooperační jizvy

Jak o ně pečovat?

- 4 řezy po LSK nebo řez suprapubický či laparotomický na břicho
- důležitá je zvýšená hygienická péče, sprchovat rány, lehce osušit,

netřít, udržovat v suchu a čistotě

První známka infekce:

- zarudnutí v místě jizev → použít lokální dezinfekční a hojivé přípravky (Jodisol apod.) + sterilní krytí, lékař naordinuje antibiotika jako prevenci vzniku větší zánětlivé komplikace



Obrázek 2: Zarudnutí v ráně kolem sutury (Zdroj: <http://www.vylecime.cz/jak-na-nehoji-se-rany>)

- při lehké sekreci z rány – antiseptický obvaz Inadine (napuštěný jodovou dezinfekcí, žluté zabarvení, nechává se na ráně, dokud úplně nezbělá; mění se jen sterilní čtverce).



Obrázek č. 3: Aseptické krytí Inadine (Zdroj: <https://www.lekarna.cz/inadine-9-5x9-5cm-5ks-jodovy-steril/>)

Kdy budou odstraněny stehy po operaci?

Odstranění stehů z operačních ran na břicho probíhá 10-15 den po operaci v závislosti na hojení rány. Kde tento výkon proběhne, určí ošetřující gynekolog. Stehy na poševním pahýlu jsou vstřebatelné, neodstraňují se.

• Poševní pahýl

- pochva je slepě zakončena suturou (zašita vstřebatelnými stehy), ještě asi jeden týden může žena slabě špinit nebo krvácet → je nutná důsledná hygiena po každém použití WC a pravidelná výměna vložek i osobního prádla.

Známka nesprávného hojení nebo počínající infekce – stále nelepší

se větší množství krve na vložce, výtok z pochvy, který dříve nebyl.

Jak tomu předejít?

- Dodržovat klidový režim, spíše odpočívat, ležet, nezvedat těžká břemena nad 2 kg, až do zhojení poševního pahýlu, tedy minimálně 6 týdnů, je nevhodné koupání ve veřejných koupalištích a bazénech, doma je vhodné sprchování, nutná je hygiena po každém použití WC, pohlavní zdrženlivost trvá 6 týdnů.

Potíže s močením

Jaké potíže můžu očekávat?

- Tyto potíže se mohou objevit zejména, pokud je operace spojena s plastikami pánevního dna
- je doporučováno pít dostatečné množství tekutin a pravidelně močit, nejlépe po 3-4 hodinách. Pokud je nutné ponechat několik dní v močovém měchýři permanentní katétr (močovou cévku) nebo epicystostomickou cévku vyvedenou nad sponou stydkou v podbříšku → je nutná správná hygiena a péče o tento vstup.

U epicystostomie sprchovat, udržovat v suchu a čistotě, dezinfekce a sterilní čtverec okolo vstupu v kůži, přelepit náplastí. Permanentní katétr nezastrkávat hlouběji do močové trubice, omývat vodou po každém použití WC.

Jaké problémy mě mohou potkat doma?

- Po návratu domů je možné, že budete chodit častěji močit. Dodržujte pitný režim, provádějte cviky dle návodu pro posilování pánevního dna (svaly, které drží před operací i dělohu, močový měchýř i konečník ve správné pozici v těle). O možnosti cvičení se zeptejte svého gynekologa. Posilování svalstva pánevního dna vám může pomoci od samovolného úniku moči. Noste vhodné oblečení, abyste zabránily prochlazení!

Dočasně zpomalená střevní pasáž

Jak se může projevit?

- Zvýšená plynatost a zácpa je běžným projevem po operaci. Je vhodné postupné zatěžování nenadýmavou stravou, pohybem

a ev. i šetrnými projímadly (glycerinový čípek, lactulóza). Dodržujte pitný režim, ať usnadníte odchod stolice. Využívejte rituálů, které Vám pomáhaly před operací a nejsou v rozporu s pooperační léčbou.

Jak má vypadat správná strava?

V nemocnici vám bude strava měněna postupně, aby se střeva příliš nepřetížila a začala dobře fungovat.

Doma pak jezte pestrou stravu, abyste zajistily dostatek vitamínů a živin pro lepší hojení. Doporučuje se bezobylková strava (s nižším obsahem vlákniny a jiných nestravitelných součástí), dále potraviny s větším obsahem bílkovin - drůbeží, králičí nebo hovězí maso, mléčné výrobky, například jogurty, sýry nebo tvaroh. Je zapotřebí i hodně minerálů a esenciálních mastných kyselin, tedy je dobré zařadit do jídelníčku kvalitní oleje a ryby ve vhodné úpravě. Vyhněte se nevhodným pokrmům, smaženým a tučným jídlům a také alkoholu. Zeleninu a ovoce v přiměřené míře, obsahují hodně nestravitelných zbytků. Vitamíny lze po určitý čas doplňovat uměle, a to multivitaminovými doplňky z lékárny.

Pohlavní styk

Kdy nejdříve mohu začít s pohlavním stykem?

- Není doporučován prvních 6 týdnů po operaci, až do zhojení poševního pahýlu, hrozí zanesení infekce.

Pokud jsou během operace odstraněna ovaria - můžete pociťovat omezení lubrikace poševního vchodu → doporučuje se používání lubrikačních gelů nebo je možné lokální podávání estrogenů dle ordinace obvodního gynekologa.

Pooperační rehabilitace

Jak správně cvičit?

- Hned po operaci jednoduchá dechová cvičení (prohloubené dýchání) a protahovací cvičení na lůžku např. zvedání dolních končetin pánve nad podložku. Později postupně přidávejte další cviky. Doma lze provádět posilovací cviky pánevního dna dle přiloženého návodu.

- Po propuštění je doporučená kondiční chůze, nedoporučuje se cvičení spojené se skoky a otřesy.
- Jízda na kole po rovině je doporučována nejdříve za 4 až 6 týdnů. Jízda členitým terénem až po půl roce, zejména je-li operace spojena s plastikou pánevního dna. Během prvního půl roku se má žena vyvarovat zvedání těžkých břemen nad 2 kg - hrozí sestup pochvy a vytlačení části pochvy ven poševním vchodem.

Návod k provádění cviků na posilování pánevního dna:

KEGELOVY CVIKY NA ZPEVNĚNÍ SVALŮ PÁNEVNÍHO DNA

- slouží na posílení svalstva pánevního dna a redukují nebo odstraňují stresový únik moči
- vhodné je posilování svalů pánve i tehdy, když se vás problém s mimovolným únikem moči ještě netýká, pravidelné cvičení zpevňuje břišní stěnu i svaly pánevního dna včetně svěračů močového měchýře
- pravidelné cvičení též napomáhá k lepšímu prožití sexuálních aktivit a může napomoci ke snadnějšímu dosažení orgasmu, zároveň redukuje pocit bolesti při pohlavním styku
- úspěšnost cvičení není závislá na věku!

1.

Stůjte vzpřímeně, pokrčte jednu nohu, uchopte ji pod kolenem a přitáhněte k sobě. Chvíli držte a totéž opakujte s druhou nohou.

2.

Stůjte vzpřímeně a překřižte nohy. Pomalu se předkloňte a pokuste se dotknout dlaněmi země. Dbejte na to, abyste se předkláněly pomalu a namáhali obratel po obratli.

3.

Posaďte se na paty a pomalu mírně zdvihejte zadní část těla – zadek.

4.

Klekněte si na zem a podpírejte se rukama. Dbejte na to, aby byly ramena a nohy v pravém úhlu. Hlava je v prodloužení těla. Jednu nohu propněte nad zem, nechte ji nataženou a mírně s ní kmítejte. Cvik opakujte i s druhou nohou.

5.

Lehněte si a opřete se o lokty. Nohy pokrčte v kolenou a střídavě se dotýkejte špičkami a patami země.

6.

Zůstaňte ležet, opřete se o lokty a nohama napodobujte jízdu na kole.

7.

Lehněte si na záda a nohy, rozkročené na šířku chodidel, pokrčte v kolenou. Ruce překřížte, sepněte a natáhněte je nad hlavu. Pomalu zdvihejte lopatky od země. Nezapomínejte pravidelně dýchat.

8.

Lehněte si, pokrčte nohy a ruce natáhněte dopředu. Pomalu bez švihů se posaďte, ruce položte až na kolena, při tomto úkonu vydechujte.

Obrázek č. 4: Cviky na posilování pánevního dna (Zdroj: Ovládejme každou kapku - Průvodce problematikou inkontinence moči, VOLM)

Doporučené zásady při posilování svalů pánevního dna:

- cvičte denně, avšak s ohledem na výchozí zdravotní stav a po konzultaci s lékařem
- při cvičení dodržujte předepsaný postup prováděných cviků
- jednotlivé cviky opakujte zpočátku 3 – 5 x, později 5 – 10 x
- cvičte 10, 15, 20 minut denně po dobu minimálně 3 měsíců
- cvičte koordinovaně s dechem, vdechujte nosem a vydechujte ústy
- dbejte na kvalitu prováděných cviků, nikoliv na jejich množství
- nikdy necvičte těsně po jídle a při únavě
- před cvičením se vždy vymočte
- cvičte ve vyvětrané místnosti na lůžku, koberci, žíněnce apod. ve volném cvičebním úboru
- svěrače močových cest posilujte i během močení (během močení stahujte svěrače – přerušujte močení – a hned svěrače uvolněte)
- zásadně se řiďte pokyny ošetřujícího lékaře, fyzioterapeuta včas upozorněte na zdravotní změny během cvičení

Pracovní neschopnost

Kdy se mám dostavit k obvodnímu gynekologovi po propuštění z nemocnice?

- Obvykle za týden od propuštění byste se měla hlásit u svého gynekologa, který převezme dohled nad vaší pracovní neschopností a stanoví data dalších kontrol.

Jak dlouho zůstanu v pracovní neschopnosti?

- Délka pracovní neschopnosti se pohybuje mezi 5-6 týdny. Záleží nejen na typu a rozsahu operace, ale i na průběhu hojení operačních ran.

- Po laparoskopických operacích bývá rekonvalescence kratší, ale je také nutné brát v úvahu přidružená onemocnění a druh práce, kterou žena v zaměstnání vykonává. Pracovní neschopnost po laparoskopické hysterektomii trvá přibližně 1 až 2 týdny.

Žena během těchto týdnů postupně zvyšuje fyzickou i psychickou zátěž a opětovně se zapojuje do každodenního, běžného života a vrací se ke svým zálibám.

Komplexní lázeňská léčba

Může mi lékař předepsat lázeňský pobyt po operaci?

- Plně hrazená lázeňská léčba ze zdravotního pojištění může být po hysterektomii schválena jen v případě komplikovaného operačního či pooperačního průběhu.

Klimakterický syndrom

Co je to?

Klimakterium neboli přechod je sled hormonálních změn, které nastanou po ukončení reprodukční schopnosti, kdy se přestanou tvořit ženské pohlavní hormony. U 75 % žen se objevuje soubor specifických příznaků, které se u nich dosud neobjevovaly.

Klimakterický syndrom zahrnuje projevy, které jsou zobrazeny v tabulce. Můžou se projevit zejména, jsou-li odstraněny spolu s dělohou i vaječníky, nebo i jejich část. V takovém případě to hlase svému gynekologovi, který vám může naordinovat léčbu podáváním hormonů uměle. Je to buď náhradní léčba samotnými estrogeny, nebo hormonální terapie v širším slova smyslu, tzn. kombinací estrogenů s gestageny.

Toto je soubor dle mého nejčastějších dotazů. Pokud zde nějaké nenajdete, určitě se zeptejte svého ošetřujícího gynekologa, který Vám na ně rád odpoví.

POSTIŽENÝ SYSTÉM	KLINICKÝ OBRAZ - PROJEVY
VAZO-MOTORICKÝ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ návaly horka ▪ záchvaty pocení ▪ palpitace (bušení srdce) ▪ nevolnost ▪ parestezie (nepříjemný pocit brnění, svědění či pálení kůže)
PSYCHICKÝ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ poruchy spánku ▪ podrážděnost ▪ únava ▪ apatie (netečnost) ▪ deprese ▪ zapomnětlivost ▪ úzkost
KOŽNÍ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ suchost ▪ ztráta turgoru (napětí kůže) ▪ vypadávání vlasů
UROGENITÁLNÍ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ atrofie (zmenšení orgánu úbytkem či zmenšením buněk) ▪ dyspareunie (bolest při pohlavním styku) ▪ kolpitida (zánět pochvy s výtokem) ▪ inkontinence moči (samovolný únik moči) ▪ infekce močových cest)
POHYBOVÝ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ osteoporóza (řidnutí kostní hmoty) ▪ zlomeniny ▪ bolesti kloubů ▪ bolesti svalů
CÉVNÍ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ skleróza cév (zesílení stěny cév vazivovými pláty) ▪ riziko infarktu (odúmrť tkáně z nedostatku zásobení kyslíkem, např. ucpáním cévy)

Tabulka č. 1: Klimakterický syndrom (Zdroj: Slezáková, 2011, s. 25, upraveno pro snazší srozumitelnost)

Použité zdroje:

SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

Obrázková galerie:

- titulní obrázek: istock.com. Dostupné z:

<http://www.babyweb.cz/menstruace-po-porodu>

<http://www.vylecime.cz/jak-na-nehoji-se-rany>

<https://www.lekarna.cz/inadine-9-5x9-5cm-5ks-jodovy-steril/>

Informační leták „Ovládejme každou kapku - Průvodce problematikou inkontinence moči“, VOLM

Autor: Petra Klímová, 23. 3. 2017

petraklimova2014@seznam.cz