

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S LAPAROSKOPICKY  
ASISTOVANOU VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIÍ PRO  
MYOMATÓZU DĚLOHY

Bakalářská práce

BARBORA MARGARISOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
PRAHA 5

Vedoucí práce: MUDr. Zuzana Fučíková Csc.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2009-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem Bakalářskou práci na téma Ošetrovatelská péče o pacientku s laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií vypracovala samostatně za použití uvedené literatury.

V Praze 18.2.2009

.....

# Abstrakt

MARGARISOVÁ, Barbora: Ošetrovatelská péče o pacientku s laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií. Praha 2009. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v ošetrovatelství

Školitel: MUDr Zuzana Fučíková CsC Fakultní Thomayerova nemocnice - Praha 4 Krč

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacientku s laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií pro myomatosu dělohy. Teoretická část práce charakterizuje samotné onemocnění, jeho diagnostiku, možnosti léčby, případné komplikace, dále prognózu a ošetrovatelské diagnózy, které v souvislosti s tímto onemocněním mohou vzniknout.

Praktická část, která je hlavní částí mé práce, se věnuje ošetrovatelské péči o pacientku dle modelu Marjory Gordonové rozpracovanou do NANDA II diagnostických domén. Je v ní zahrnuta osobní anamnéza pacientky, fyzikální vyšetření sestrou a ošetrovatelské diagnózy stanovené dle priorit pacientky.

V závěru práce je vypracován edukační proces zaměřený na předoperační přípravu pacientky před gynekologickou operací.

## **Klíčová slova**

Pacient, myomatoza, laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, ošetrovatelské diagnózy, edukace.

## Abstract

MARGARISOVÁ, Barbora: Nursing Care for Patient with Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy, Prague 2009, Bachelor Thesis, Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.. Qualification Degree: Bachelor in Nursing Care

Tutor: MUDr. Zuzana Fučíková CsC, Fakultní Thomayerova nemocnice - Prague 4 Krč

Topic for my bachelor thesis is Nursing Care for Patient with Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy for uterus myomatosus. Theoretical part focuses on the disease itself, its characteristics, diagnostics, possible treatments, complications, prognosis and nursing diagnoses which can be connected to this disease.

Practical part, main part of my thesis, is oriented toward nursing care for patient according the model of Marjory Gordon divided into NANDA II domains. It contains of patient personal anamnesis, physical assessment by nurse and nursing diagnose determined according patient priorities.

This thesis is closed by educational process that focuses on pre-operational preparation of patient before gynecological operation.

### **Keywords**

Patient, uterus myomatosus, laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, nursing care, diagnoses, educational process

## Předmluva

Moderní ošetrovatelství se vyznačuje systematickým vyhledáváním a uspokojováním potřeb pacienta. Uspokojování potřeb a jejich vyhledávání se děje skrze ošetrovatelský proces. Velké množství odborných prací se zaměřuje na pooperační péči a edukaci pacientek po gynekologické operaci. Problematice předoperačního období a nutné edukaci, zvláště pak edukaci perioperační sestrou, je věnováno méně pozornosti. Proto jsem se ve své práci zaměřila i na tuto oblast.

K volbě konkrétního tématu Bakalářské práce mne inspiroval nárůst kombinované operativy v gynekologii. Kombinace laparoskopických a klasických operačních postupů přináší mnohé výhody nejen lékařům a zdravotnickému personálu, ale především pacientce samotné.

Výběr tématu byl zajisté ovlivněn i faktem že již mnoho let pracuji jako instrumentářka operačního sálu gynekologicko-porodnického oddělení a jsem v denním kontaktu s pacientkami.

Práci jsem vypracovala na základě studia literatury, periodik a internetových zdrojů uvedených v seznamu literatury. Pro praktickou část jsem také využila zdravotnickou dokumentaci sledované pacientky.

Problematiku jsem zpracovala s ohledem na potřeby praxe, může tak pomoci zdravotním sestřím v jejich práci či studentkám zdravotních škol při jejich studiu.

Dovoluji si vyslovit poděkování MUDr. Zuzaně Fučíkové Csc. za odborné vedení a rady při zpracování této odborné práce. Dále děkuji magistře Zuzaně Pohlové za odborné znalosti, které jsem získala v jejích hodinách a které jsem využila při zpracování této práce. Děkuji také paní D.K. za možnost nahlédnout do její zdravotnické dokumentace a ochotu, kterou projevila při naší spolupráci. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za podporu, kterou mi věnovali po celou dobu mého studia.

# Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Cíl a metodika práce</b> .....	<b>5</b>
1.1 Cíl práce .....	5
1.2 Metodika práce .....	5
<b>2 Vnitřní ženské pohlavní orgány - základní anatomické údaje</b> .....	<b>6</b>
2.1 Vaječník (ovarium) .....	6
2.2 Vejcovod (tuba uterina) .....	7
2.3 Děloha (uterus) .....	8
2.4 Pochva (vagina) .....	9
<b>3 Klinická charakteristika onemocnění</b> .....	<b>11</b>
3.1 Definice a charakteristika .....	11
3.2 Etiologie a patofyziologie .....	11
3.3 Lokalizace myomů .....	12
3.4 Klinický obraz .....	13
3.5 Klinický průběh, příznaky a komplikace .....	13
3.6 Diagnostika .....	14
3.7 Terapie .....	16
3.7.1 Chirurgická léčba .....	16
3.7.2 Nejnovější postupy v léčbě myomů .....	19
3.7.3 Konzervativní léčba .....	21
3.7.4 Farmakoterapie .....	22
3.7.5 Dietoterapie .....	22
3.7.6 Pohybový režim .....	22
3.7.7 Psychoterapie .....	23
3.7.8 Prognóza .....	23
<b>4 Základy ošetrovatelské péče</b> .....	<b>24</b>
4.1 Modely humanistické .....	25
4.2 Modely interpersonálních vztahů .....	26
4.3 Systémové modely .....	27
4.4 Modely energetických polí .....	27
<b>5 Ošetrovatelská péče u pacientky s uterus myomatosus Crescens</b> .....	<b>29</b>
5.1 Ošetřování nemocné .....	29
5.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného .....	29
5.1.2 Sledování nemocné .....	29
5.1.3 Stravování nemocné .....	30
5.1.4 Edukace nemocné .....	30
5.2 Možné ošetrovatelské problémy .....	30
<b>6 Posouzení stavu pacienta</b> .....	<b>31</b>
6.1 Identifikační údaje .....	31
6.2 Výtah z lékařské dokumentace .....	31
6.2.1 Lékařská anamnéza .....	31
6.2.2 Vyšetření .....	33

6.2.3	Vyšetření gynekologické .....	34
6.2.4	Závěr při příjmu .....	34
6.3	Terapie .....	34
6.3.1	Chirurgická léčba .....	34
6.3.2	Předoperační příprava - interní .....	35
6.3.3	Anesteziologická příprava .....	36
6.3.4	Předoperační chirurgická příprava .....	37
6.3.5	Dietoterapie .....	37
6.3.6	Psychoterapie .....	37
6.3.7	Fyzikální vyšetření sestrou .....	38
6.4	Posouzení stavu potřeb klienta dle "Functional Health Patterns" rozpracované do NANDA II diagnostických domén .....	38
6.4.1	Podpora zdraví .....	38
6.4.2	Výživa a metabolismus .....	39
6.4.3	Vylučování .....	39
6.4.4	Aktivita - odpočinek .....	39
6.4.5	Vnímání - poznávání .....	40
6.4.6	Vnímání sebe sama .....	40
6.4.7	Vztahy .....	40
6.4.8	Sexualita .....	40
6.4.9	Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu .....	41
6.4.10	Životní princip .....	41
6.4.11	Bezpečnost - ochrana .....	41
6.4.12	Komfort .....	41
6.4.13	Růst - vývoj .....	41
<b>7</b>	<b>Ošetrovatelská péče .....</b>	<b>42</b>
7.1	Seznam ošetrovatelských diagnóz (výčet seřazen dle priorit pacientky) ...	42
7.2	Plán ošetrovatelské péče .....	42
<b>8</b>	<b>Edukace pacienta .....</b>	<b>50</b>
8.1	Edukační záznam .....	50
8.2	Edukační plán .....	50
8.2.1	Výukové cíle – kognitivní, afektivní .....	50
8.2.2	Podmínky – zájem pacienta .....	50
8.2.3	Organizační forma – individuální .....	50
8.2.4	Didaktické pomůcky – fotografická dokumentace .....	50
8.2.5	Použité metody .....	50
8.2.6	Tématické okruhy edukace .....	51
8.2.7	Motivace k výuce .....	51
8.2.8	Efekt .....	51
8.2.9	Význam edukace .....	51
8.2.10	Ověření orientovanosti sestry v problému .....	52
8.2.11	Postup při zaškolování pacienta .....	52
8.2.12	Ověření orientovanosti pacienta v problému .....	53
<b>9</b>	<b>Zhodnocení ošetrovatelské péče .....</b>	<b>54</b>
<b>10</b>	<b>Prognóza .....</b>	<b>55</b>

<b>Závěr .....</b>	<b>56</b>
<b>Seznam literatury .....</b>	<b>57</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>59</b>
<b>Seznam použitých symbolů a zkratk .....</b>	<b>60</b>
<b>Přílohy .....</b>	<b>62</b>



# Úvod

V současné době neustále stoupá počet operačních výkonů na děloze. Laparoskopické operační postupy, žhavá novinka minulých let, se staly běžnou součástí dnešních operačních zákroků. Kombinování klasických operačních postupů a laparoskopie přináší pro pacienta mnohé výhody: menší pooperační bolest, časnější mobilizaci, zkrácení doby hospitalizace, zkrácení doby rekonvalescence a v tomto případě i neméně důležitý efekt malé ranné plochy.

Pro zdravotníky pak přináší laparoskopická část výkonu přehled o stavu orgánů v dutině břišní. Ve stínu těchto pozitiv pak často zůstává běžná předoperační příprava pacienta.

Citlivý a individuální přístup zdravotníků v předoperačním období může mnohdy pozitivně ovlivnit i průběh samotného operačního výkonu. Navázání dobrého vztahu s pacientem, nastolení ovzduší důvěry je pro operaci samotnou a pro pooperační průběh velmi důležité.

Samotná předoperační příprava může být pro pacienta velmi nepříjemná a může působit negativně. Je-li zanedbána a pacient má nedostatek informací nemusí věřit v pozitivní vliv operace na svůj zdravotní stav. Pobyt na oddělení pak pacient snáší špatně. Jsem pevně přesvědčena o nutnosti citlivého přístupu zaměřeného na daného pacienta.

# 1 Cíl a metodika práce

## 1.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je demonstrovat význam a přínos předoperační ošetrovatelské péče o pacienta na případu konkrétní pacientky s laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií pro myomatózu dělohy.

## 1.2 Metodika práce

Bakalářská práce bude zpracována na základě studia příslušné literatury, která se stane základem ke zpracování praktické části práce. Dále bude využita zdravotnická dokumentace a nestandardizované rozhovory s pacientkou a členy ošetřujícího personálu.

Kapitoly 3 až 5 budou věnovány teoretickým východiskům, další kapitoly pak budou tvořit praktickou část práce.

## 2 Vnitřní ženské pohlavní orgány - základní anatomické údaje

### 2.1 Vaječník (ovarium)

- **Anatomický popis**

Ženská pohlavní žláza, produkuje pohlavní hormony a ženské pohlavní buňky. Je oválného tvaru, ze dvou stran oploštělé, jeho velikost závisí na funkčním stavu organismu ženy, pohybuje se mezi 3-5cm x 1,5-3cm. Má šedorůžovou barvu a zvrásněný (gyrifikovaný) povrch (Elišková, Ňaňka; 2006).

- **Poloha, fixace, projekce, syntopie**

Ovarium je zavěšeno pomocí duplikatur peritonea na bočních stěnách malé pánve ve fossa ovarica, mezi vasa ilica interna a externa. K pánevní stěně je fixováno pomocí ligamentum suspensorium ovarii, jím vede i cévní zásobení ovária. K ovariu vede od dělohy ligamentum ovarii proprium. Pravé ovarium je uloženo v blízkosti appendixu. Mezi nimi mohou být vazivové a lymfatické spojky, které mohou napomáhat k šíření infekce oběma směry (Elišková, Ňaňka; 2006).

- **Makroskopická a mikroskopická stavba ovaria**

Povrch ovaria je kryt jednovrstevným kubickým epitelem, pod kterým je uložena vazivová vrstva, tunica albuginea. Ovarium tvoří vazivo, ve kterém se rozlišuje kůra a dřev. Kůra obsahuje řídké vazivo s ovarialními folikuly, ty obsahují zárodečné buňky. Dřev ovaria tvoří hustší vnitřní oblast s krevními a mízními cévami a nervy (Elišková, Ňaňka; 2006).

- **Cévní a nervové zásobení, lymfatická drenáž**

A. ovarica vpravo odstupuje přímo z aorta abdominalis. Vlevo odstupuje a. ovarice z a. renalis. Žilní krev odvádí v. ovarica vpravo do v. cava inferior a vlevo do v. renalis (Elišková, Ňaňka; 2006).

Vegetativní nervy přicházejí k ovariu z plexus aorticus (Elišková, Ňaňka; 2006).

Lymfatické cévy jsou vedeny do n. lymphatici lumbales (Elišková, Ňaňka; 2006).

## 2.2 Vejcovod (tuba uterina)

- **Anatomický popis**

Tuba uterina je trubice dlouhá 8 až 15 cm. Její zevní ústí směřuje do dutiny břišní, směrem k ovariu. Druhý konec prochází děložním rohem do dutiny děložní. Abdominální část je nálevkovitě rozšířená a opatřena fimbriemi. Střední zúžená část tuby (isthmus) navazuje na tu část tuby, která ústí do dutiny děložní a prochází její stěnou (pars uterina) (Elišková, Ňaňka; 2006).

- **Poloha, fixace, projekce, syntopie**

Isthmus tuby a část ampuly leží příčně, tedy směrem od dělohy ke stěně malé pánve. Ampula tuby s fimbriemi směřuje vzhůru a dosahuje nad ovarium. Vejcovod je fixován tenkým závěsem k ligamentum latum uteri (Elišková, Ňaňka; 2006).

- **Makroskopická a mikroskopická stavba**

Sliznice z jednovrstevného epitelu je zřasena, obsahuje i buňky s řasinkami, které usnadňují transport vajíčka směrem k děloze. Hladká svalovina tuby je dvouvrstevná a vytváří peristaltické vlny ve směru od ostium abdominale k děloze (Elišková, Ňaňka; 2006).

- **Cévní a nervové zásobení, lymfatická drenáž**

Arteriální krev je tuba zásobena z a. uterina a a. ovarica, venosní krev odvádí plexus venosus do v. ovarica (Elišková, Ňaňka; 2006).

Nervové zásobení přichází z pánevních vegetativních pletení (Elišková, Ňaňka; 2006).

K lymfatické drenáži dochází podél cév do n. lymphatici lumbales (Elišková, Ňaňka; 2006).

## 2.3 Děloha (uterus)

- **Anatomický popis**

Jedná se o dutý svalový orgán. Na děloze můžeme rozlišit, corpus uteri (tělo děložní), které je v kraniální části rozšířeno, na tělo děložní navazuje isthmus uteri (můstek děložní), na isthmus uteri směrem kaudálním navazuje cervix uteri (hrdlo děložní). Horní rozšířenou část těla děložního nazýváme fundus uteri (dno děložní). Z fundu vpravo a vlevo vycházejí cornua uteri (rohy děložní), v jejich oblasti ústí vejcovody. Cervix uteri dělíme na horní a dolní část, horní část nazýváme portio supravaginalis, dolní část (která vyčnívá do pochvy) portio vaginalis (Elišková, Ňaňka; 2006).

- **Poloha, fixace, projekce, syntopie**

Základní pozice dělohy je anteverze a anteflexe. Anteflexe je ohnutí dělohy v isthmu dopředu, anteverze je překlopení anteflektované dělohy dopředu. Krom toho může být děloha pootočená do strany (torze), nebo posunutá stranou (lateropozice). V této poloze fixuje dělohu podpurný a závěsný aparát. Tvoří ho parametrální vazy (Elišková, Ňaňka; 2006):

1. ligamenta cardinalia uteri - směřují od isthmus a cervixu ke stěně pánve
2. ligamenta sacrouterina - směřují od dělohy vzad k os sacrum
3. ligamenta vesikouterina - směřují kupředu na boční stěnu močového měchýře a dál pokračují k symfyse jako ligamenta pubovesicalia
4. ligamenta teretia uteri - směřují od děložních rohů laterálně ke stěně pánve, probíhají tříselným kanálem a končí až ve vazivu velkých stydkých pysků

- **Makroskopická a mikroskopická stavba**

Stěna děložní je silná asi 10-15mm. Je tvořena třemi vrstvami, vnitřní endometrium (sliznice), střední myometrium (svalovina) a vnější vrstvou tela subserosa. Děloha je směrem do dutiny břišní kryta peritoneem (Elišková, Ňaňka; 2006).

- **Cévní a nervové zásobení, lymfatická drenáž**

Arteriální zásobení dělohy je pravou a levou a. uterina, které jsou odstupem a. iliaca interna. Žilní krev je odváděna širokou pletení, která se sbíhá do v. uterina, ta ústí do

v. iliaca interna. Hojné žilní spojky vedou i do okolních venozních plexů (Elišková, Ňaňka; 2006).

Sympatické zásobení dělohy vychází ze segmentů Th11 - 12, parasympatické zásobení pak z S2 - 4 (Elišková, Ňaňka; 2006).

Lymfatická drenáž je v oblasti hojná, její hlavní odtok směřuje do n. lymphatici lumbales, další směřuje do n. iliaci interni a další pak vede do n. lymphatici inguinales superficiales (Elišková, Ňaňka; 2006).

## 2.4 Pochva (vagina)

- **Anatomický popis**

Jde o svalovou trubici předozadně oploštělou. Kaudálně se otvírá jako ostium vaginale (vchod poševní) do prostoru ohraničeného malými stydkými pysky. Kraniálně pak obepíná čípek děložní (Elišková, Ňaňka; 2006).

- **Poloha, fixace, projekce, syntopie**

Přední poševní stěna naléhá na močovou trubici a močový měchýř. Zadní poševní stěna sousedí s přední stěnou rekta, mezi nimi se nachází husté vazivo. Zadní klenba poševní, která se nachází v horní čtvrtině pochvy, naléhá již na peritoneum (Elišková, Ňaňka; 2006).

- **Makroskopická a mikroskopická stavba**

Stěna pochvy je silná 3 - 4cm. Složena je z 3 vrstev, sliznice, svalovina a adventice. Sliznice je tvořena mnohvrstevným dlaždicovým epitelem, přechází i na čípek dělohy. Hladká svalovina stěny je vrstevnatě uspořádána. Vnitřní vrstva je cirkulární, zevní longitudinální. Adventice pochvy je tvořena kolagenním vazivem (Elišková, Ňaňka; 2006).

- **Cévní a nervové zásobení, lymfatická drenáž**

Hlavní arteriální zásobení je přes a. vaginalis, odstup a. uterina. Část arteriálního zásobení přichází i z a. rectalis a a. pudenda interna. Žilní pleteň vytváří plexus venosus

vaginalis. Z něj je krev odváděna do v. iliaca interna a v. pudenda interna (Elišková, Ňaňka; 2006).

Větve plexus uretrovaginalis zajišťují vegetativní inervaci. Senzitivní inervace pak pochází z oblasti vestibula. Z horních částí pochvy je lymfa svedena do nn. l. iliaci interni a nn. l. sacrales (Elišková, Ňaňka; 2006).

Z dolních částí pak do nn. l. inguinales superficiales a nn. l. iliaci externi (Elišková, Ňaňka; 2006).

## 3 Klinická charakteristika onemocnění

### 3.1 Definice a charakteristika

Jedná se o nejběžnější elementy vyskytující se v děloze. Jsou nejen nejčastějším gynekologickým nádorem, ale zřejmě jedním z nejčastějších ženských onemocnění vůbec (40-80 %). Většinou se objevují ve shlucích či ve větším počtu rozesety po děloze (Sosna, Kužel, Mára; 2008) (Bartošová, Žižka, Hájek, Kužel; 2008).

Jedná se o benigní nádor (nezhoubný), histologicky je tvořen pojivovou tkání a hladkou svalovinou (Střítezký, Bouška; 1993).

### 3.2 Etiologie a patofyziologie

Myomy jsou lokalizovaná bujení hladkých svalových buněk. Při zvětšování myomu dochází k přibývání vláknitého materiálu (Střítezký, Bouška; 1993).

Etiopatogeneze myomů je přes jejich velmi častý výskyt nejasná. Předpokládá se, že svůj vliv, mimo působení dalších faktorů, má genetika (častější myomatóza u dcer žen, které byly operovány pro myom). Svoji roli hraje také otázka hormonální, civilizační choroby (častější obezita u žen s myomy) a posunutí doby prvního porodu (nad 30 let). Myomy se nevyskytují u dívek před zahájením menstruačního cyklu. Zkušenosti z USA poukazují na častější výskyt myomů u Afroameričanek, který je až 3krát častější než u Američanek jiných ras (Pluta, 2000).

Myom vzniká z nematurovaných svalových buněk, stimulace těchto buněk je dána koncentrací svaloviny. Množství myomů je nejspíš závislé na estrogení aktivitě ženy, myom se velmi zřídka vyvine v pubertě či po menopauze zato v průběhu těhotenství se počet myomů a jejich velikost rapidně zvětšuje. Po porodu, či po jiném ukončení těhotenství se většinou zmenší či nekrotizují. Myomy se často vyskytují při hyperestrogenismu, endometriálních polypech a endometriální hyperplazii. Objevují se i u žen, které mají normální hormonální cyklus (Bednář, 1980).



Myomy jsou proti okolí přesně ohraničeny, vlastně nenapadají okolní tkáň, pouze jí utlačují, ačkoliv ve skutečnosti nemají pouzdro, jeví se tak. Pomyslné pouzdro se skládá z vláknité a svalové tkáně, která tvoří i vlastní nádor (Mára, 2008).

### 3.3 Lokalizace myomů

Lokalizace myomů výrazným způsobem ovlivňuje jak jejich projevy, tak i jejich léčbu. Naprostá většina (přes 90%) leiomyomů vychází z děložního těla. Pouze malá část z oblasti děložního hrdla (Mára, 2008).

K níže uvedené klasifikaci myomů se hlásí celá řada autorů (Rob, Martan, Citterbart; 2008) (Mára, 2008) (Křepelka, 1999) (Kužel, 1996) (Pontůch, 1984):

- **Cervikální stopkatý myom**
  - jde o pendulující stopkatý myom prolabující děložním hrdlem do pochvy.
- **Cervikální intramurální myom**
  - je uložen ve stěně cervikálního myometria.
- **Submukósní široce nasedající myom**
  - se svým největším obvodem klene do dutiny děložní intimně pod děložní sliznicí.
- **Submukósní stopkatý myom (rodící se myom)**
  - roste těsně pod děložní sliznicí, kterou prorůstá a prominuje do dutiny děložní. Je pevně spojen s děložní stěnou různě širokou stopkou. Již při menších velikostech vyvolává klinické potíže, způsobuje atrofii endometria, nepravidelnosti v menstruačním cyklu a v neposlední řadě i sterilitu. Jde o stopkatý pendulující myom rodící se děložním hrdlem do pochvy, který se myometrium snaží kontrakcemi vypudit.
- **Intramurální myom (transmurální)**
  - je lokalizován v myometriu dělohy. Klinické projevy jsou shodné se submukósním stopkatým myomem.
- **Subserózní myom**
  - je lokalizován pod serozou děložní stěny, směrem do dutiny břišní. Dosahuje větší velikosti než předchozí zmiňované lokalice, klinické projevy jsou méně výrazné.

- **Subserózní stopkatý myom**
  - je důsledkem aktivity myometria, díky níž může dojít k vytlačení subserózního myomu mimo dělohu, čímž vzniká stopkou spojený myom se stěnou.
- **Subserózní intraligamentózní myom**
  - je zvláštní variantou subserózního myomu. Roste mezi listy plica lata.

### 3.4 Klinický obraz

Příznaky jsou závislé na věku pacientky, její hormonální aktivitě a především na velikosti a umístění myomů. Jedním z nejobvyklejších příznaků je menometroragie, hypermenorea, nepravidelné menstruační krvácení. Zvýšené krvácení může vést až k chudokrevnosti. Bolestivě vnímá žena myom pouze v momentě, kdy myom vyrostе do velikosti při níž utlačuje okolní orgány a nebo nekrotizuje. Obvyklejší je pocit tlaku v podbřišku či obtíže s močením či defekací. Tlačí-li myom na močový měchýř objevuje se polakisurie, oligurie až anurie, vychýlil-li myom dělohu do RVF. Doroste-li myom do té velikosti, že utlačuje tlusté střevo, dochází k obstipaci. Další komplikací je sterilita a infertilita ženy, ta je způsobena malformací dutiny děložní, která brání implantaci plodového vejce či jeho donošení (Rob, Martan, Citterbart; 2008).

Po menopauze se myomy obvykle zmenší a ve většině případů nevyžadují léčbu (Mára, 2008).

### 3.5 Klinický průběh, příznaky a komplikace

Klinický průběh může být nezřetelný někdy asymptomatický. Pokud žena nevěnuje pozornost prodlužující se menstruaci, nebo nenavštíví-li lékaře z jiného důvodu, diagnostikuje se myom až při jeho značné velikosti. Vzhledem k tomu, že jde o nezhoubný novotvar, neohrožuje pacientku na životě (Pont'uch, 1984).

Mezi další příznaky děložních myomů, mimo dysmenorei a dispareunie, patří příznaky, které souvisí s větším objemem dělohy. Častější frekvence močení, ztížené vyprazdňování stolice (Giuntoli, Bristol; 2006).

Mnohdy žena vyhledá lékaře až po delší době s bolestivými poruchami souvisejícími se sexem (Jensen, 2006).

Jednou z komplikací myomatózy dělohy je sterilita a infertilita, to je dosti často i jeden z důvodů, který přivádí ženu k lékaři. Při dnešních operačních technikách je operační odstranění myomu z dělohy poměrně běžný výkon s minimálním rizikem. Následná možnost otěhotnění je velmi vysoká. Nechce-li žena již děti a je-li myomatóza větších rozměrů, doporučuje se ženě hysterektomie. I u tohoto výkonu je prognóza velmi dobrá (Bartošová, Žižka, Hájek, Kužel; 2008).

Pro ženu mnohdy velmi nepříjemnou komplikací jsou degenerativní změny v myomu, které vznikají následkem torze stopky, ta omezí krevní zásobení. Dalším možným mechanismem, který způsobí okluzi nebo obturaci vyživující cévy a následnou nekrózu myomu, může být např. embolizace. Nekróza myomu je komplikace, která připomíná náhlou příhodu břišní. Nejméně vážnou, ale diagnosticky zřejmou (UZ) komplikací, je ukládání soli kalcia do myomu (Rob, Martan, Citterbart; 2008) (Pont'uch, 1984). Diskutabilní otázka je malignizace leiomyomu. Přibližně u 0,5% hysterektomií provedených z indikace myomu se histologicky diagnostikuje leiomyosarkom (Giuntoli, Bristow; 2006) (Rob, Martan, Citterbart; 2008). Predikce je velmi obtížná.

Komplikace myomatozy jsou závažnější v graviditě. Vedle nárůstu myomu se mohou vyskytovat i závažnější komplikace jako porucha růstu placenty, vklínění myomu do porodních cest (myoma praevium) nebo riziko spontánního potratu či předčasného porodu. V neposlední řadě se může nekróza myomu stát jednou z nejzávažnějších, život matky i plodu ohrožujících komplikací (Bartošová, Žižka, Hájek, Kužel; 2008).

### 3.6 Diagnostika

Myom je diagnostikován nejčastěji při běžném bimanuálním gynekologickém vyšetření. Gynekolog si zde ozřejmí stav a uložení jednotlivých orgánů vnitřních rodidel, případně určí charakter zjištěné patologie. Pohmatově je děloha zvětšena, nepravidelných tvarů, hrbolatá. Palpační nález je dále porovnán a upřesněn pomocí ultrazvukového vyšetření. Při nejasném nálezu je vhodné připojit další vyšetření, např. rentgenologické vyšetření, počítačovou tomografii a magnetickou rezonanci malé pánve či různá endoskopická vyšetření (cystoskopie, rektoskopie) (Macků, 1995).

Ani vaginální ani ultrazvukové vyšetření nevyžaduje speciální přípravu pacientky. Vhodná je však edukace pacientky ambulantní sestrou zaměřená na způsob provedení a průběh vyšetření.

## 3.7 Terapie

### 3.7.1 Chirurgická léčba

S rozvojem operačních technik a postupů se rozšířily i možnosti léčby děložních myomů. Mimo klasické řešení, kterým je hysterektomie, přicházejí v úvahu i další postupy. Moderní postupy dávají postiženým pacientkám šanci na zachování fertility. Mezi tyto postupy řadíme embolizaci děložních tepen a laparoskopickou myomektomii.

- **Hysterektomie**

- Hysterectomy abdominalis

V případě abdominální hysterektomie jde o odstranění dělohy abdominální cestou (s adnexectomií nebo bez adnexectomie). Nejčastější cestou je tzv. příčný Pfannenstielův řez. Další možností je dolní střední laparotomie tento řez umožní chirurgovi dostatečný přístup k pánevním orgánům. Je však spojen s rizikem dehiscencí a kýl v jizvě. Proto i s delší hospitalizací a pooperačním diskomfortem pro pacientku (Zábranský, 2006) (Macků, 1995).

- Hysterectomy vaginalis

Vaginální hysterektomie (s adnexectomií nebo bez adnexectomie) spočívá v odstranění dělohy vaginální cestou. Před provedením zákroku je třeba zvážit, zda je pochva pro výkon dostatečně prostorná, děloha přiměřeně pohyblivá a zda flexe a abdukce dolních končetin, dovolí dostatečný přístup pro operátora (Zábranský, 2006) (Macků, 1995).

- Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

Jedná se o kombinovaný operační výkon. Děloha je laparoskopickou cestou uvolněna ze svých závěsů a po té odstraněna vaginální cestou. Děložní arterie mohou být podvázány vaginálně nebo koagulovány či ligovány a následně přerušeny při laparoskopické fázi operace. I tento výkon může být proveden s adnexectomií či bez adnexectomie. Výkon probíhá v několika fázích. (Holub, Kužel; 2005) (Holub, 2000) (Holub, 1999).

Pacientka je položena na operační stůl do litotomické operační polohy s mírně pokrčenými dolními končetinami. Tato poloha umožní asistentovi manipulovat

s dělohou během výkonu. Po uvedení do celkové anestezie je zaveden i permanentní katetr. Poloha končetin během výkonu bude podle potřeby operátora měněna, proto je výhodou, je-li operační stůl ovládán centrálně (elektricky), pak je pohyb končetin plynulý a umožňuje použití jednoho sterilního krytí (Holub, Kužel; 2005).

Pro laparo-vaginální operace je vhodný pětičlenný operační tým-operátor, první asistent, druhý asistent, instrumentářka a obsluha laparoskopické věže. Operátor by měl být zkušený jak v laparoskopické, tak vaginální technice vzhledem k tomu, že LAVH sdružuje možnost komplikací jak laparoskopické, tak vaginální techniky (Holub, 2000).

Pacientka má být informována nejen o výhodách této operační techniky, ale i o jejích nevýhodách. Možnost konverze na abdominální výkon by měla být pacientkou stvrzena podpisem. Základní indikační skupinou pacientek pro LAVH metodu operačního zákroku, jsou pacientky s benigním onemocněním pánevních orgánů (Holub, 2000).

K technickému vybavení operačního sálu, kde lze provádět LAVH, patří mimo standardního vybavení i kvalitní technická laparoskopická jednotka. Automatický insuflátor, bipolární i monopolární koagulační jednotka, irigační i sukční technika. Dostatečně široký výběr laparoskopického instrumentaria je samozřejmostí (Holub, 2000).

Po uložení pacientky do operační polohy a uvedení do celkové anestezie je provedena dezinfekce operačního pole (běžným dezinfekčním prostředkem), následuje sterilní rouškování. Prvním krokem výkonu je zavedení děložního manipulátoru, který fixujeme americkými kleštěmi. Manipulátor dovolí asistentovi pohybovat dělohou podle potřeb operátora (Holub, 2000).

Po založení pneumoperitonea pomocí Veressovy jehly, je zaveden 10mm port v oblasti dolního okraje pupku. Sekundární 5mm porty jsou zavedeny pod kontrolou zraku, pomocí prosvícení stěny břišní laparoskopickou optikou. Tento postup je prevencí poranění epigastrických cév. Porty se zavádí suprapubicky a laterálně. Operátor má možnost zavedení ještě čtvrtého portu. K této možnosti přistupuje až po videolaparoskopické inspekci dutiny břišní a pánevních orgánů. V této fázi výkonu je možné odebrat peritoneální tekutinu na případné cytologické či bakteriologické

vyšetření. Případné omentální či meziorgánové adheze může operatér přerušit ostře s pomocí termokoagulace nebo elektrickým řezem (Holub, 2000).

Prvním krokem uvolnění těla děložního je přetětí oblého vazů a to opět ostře s pomocí termokoagulace. Následuje přetětí vejcovodů oboustranně s ligaturou či koagulací pahýlu. Postupně při hranách děložních způsobem pálení - stříh jsou oddělena parametria. Po vizualizaci arteria uterina následuje koagulace svazku a jeho přerušení s ligaturou či koagulací. Abdominální část LAVH končí protětím plika vesicouterina (Holub, 2000).

Další částí operace je její vaginální část. Po odstranění vaginálního manipulátoru je čípek zachycen americkými kleštěmi. Následuje cirkumcize čípku a odsrá preparace ve fascia paracervicalis. Dalším krokem výkonu je Douglasectomie. Následuje přerušení a ligace sacrouterinních vazů. Děloha je vyluxována, na zbytek paracolpia a parametria je naložen peán. Po jejich bilaterálním přerušení a ligaci je dokončena operace a děloha je vyňata. Dalším krokem je důsledná kontrola krvácení. Po této kontrole je přistoupeno k peritonealizaci malé pánve cirkulárním stehem. Před suturou pochvy jsou obvykle kontralaterálně zkříženě kotveny pahýly sacrouteriních vazů do přední poševní stěny. Následuje sutura pochvy a zauzlení kotvících stehů. Tím je ukončena vaginální část operace (Holub, 2000).

Při přechodu z vaginální části operace k laparoskopické si operační skupina mění operační pláště a rukavice. Poslední částí operace je znovu založení pneumoperitonea a videoinspekce operačního pole. Případné krvácení je stavěno endostehem, je-li drobnější, koagulací. Pomocné porty se odstraňují pod kontrolou laparoskopické optiky. Zhusta se zavádí před vynětím suprapubického portu Redonova sukční drenáž. Výkon je ukončen suturou břišních incizí (Holub, 2000).

- **Embolizace děložních tepen**

Původně byla embolizace děložních tepen využívána k ošetření postpartálního krvácení. U některých takto ošetřených pacientek zcela vymizely příznaky děložních myomů. V posledních letech se tato metoda slibně rozvíjí i u nás. Uvedený zákrok vyžaduje spolupráci gynekologa a intervenčního radiologa. Běžnou angiografickou metodou se do arteria uterina zavede katétr, poté se vstříkne embolizační materiál (mikročástice -

např. Embosphere). Krev zanese mikročástice do dělohy, následkem čehož dojde k trombotizaci drobných cév v okolí myomu. Tím je blokován přísun kyslíku k myomatózní tkáni, která je na jeho nedostatek velmi citlivá (Fučíková, Mára; 2005) (Siegel, 2006).

- **Laparoskopická myomektomie**

Laparoskopická myomektomie přichází do úvahy u stopkatých, subserózních a intramurálních myomů. Nejjednodušším výkonem bývá odstranění stopkatého myomu. Stopka myomu se obvykle koaguluje a myom se následně ostře oddělí. Operace subserózních a intramurálních myomů bývá již technicky náročnější. Neboť porušená seróza a myometrium vyžadují nejen ošetření koagulací, ale i suturu zanořujícími endostehy v několika vrstvách (Holub, Kužel; 2005).

### 3.7.2 Nejnovější postupy v léčbě myomů

Od poloviny 90 let, kdy byla embolizace děložních tepen zavedena do klinické praxe, došlo i k zvýšenému zájmu intervenčních radiologů o gynekologické pacientky. Tento multidisciplinární zájem nastartoval i prudký rozvoj nových terapeutických metod v léčbě myomů. Je třeba podotknout, že dále zmiňované metody jsou zatím ve fázi výzkumu a jejich klinické využití v širokém měřítku je spíše věcí budoucnosti. Mohou však dobře demonstrovat rychlý posun léčby (Kubíková, 2009).

- **Radiofrekvenční ablace myomu**

Principem této metody je zavedení střídavého proudu do cílové tkáně. Proud o frekvenci 460Hz je do tkáně zaveden pomocí jehlové elektrody. Rozkmitáním elektronů v tkáni, které způsobí převod radiofrekvenční energie, vede k zahřátí tkáně a její destrukci. Teplota v zasažené tkáni je 90 - 120°C. Pakliže jsou v ložisku větší cévy, dojde k prodloužení doby aplikace, protože proudící krev ložisko ochlazuje. Drobné cévy jsou koagulovány, tím se snižuje i možnost krvácivých komplikací (Kubíková, 2009).

Tato metoda je prováděna pod kontrolou USG, CT či MRI. Jehlové elektrody jsou zaváděny buď perkutánně (nejméně invazivní možnost), laparoskopicky nebo i otevřeným přístupem. Laparoskopická a otevřená metoda je přesnější v možnosti



zavedení elektrod a je vhodná u nepříznivě uložených a tím pádem obtížně přístupných myomů. Délka hospitalizace se pohybuje okolo dvou dnů (Kubíková, 2009).

Radiofrekvenční ablace myomů patří k poměrně bezpečným metodám. Komplikace jako je tepelné poškození kůže nebo okolních orgánů či krvácivé komplikace a infekce, mají nízkou incidenci okolo 5%. Soubory pacientek uváděné v literatuře jsou však velmi malé (například italští autoři uvádějí soubor 18 pacientek), proto jejich závěry nejsou statisticky významné (Kubíková, 2009).

Radiofrekvenční ablace myomů nevede k jejich úplnému odstranění, ale pouze k redukci jejich objemu. A to v průměru od 40 do 60%. Pacientky, které podstoupily tuto léčbu, popisují významný ústup subjektivních potíží (Kubíková, 2009).

- **Léčba myomů fokusovaným ultrazvukem**

Tato léčba spočívá v průchodu ultrazvukových vln stěnou břišní, pod kontrolou magnetické rezonance. Mechanická energie je koncentrována do zaměřeného ohniska, kde se přemění na energii tepelnou. Ta způsobí vznik koagulační nekrózy (Kubíková, 2009).

Magnetická rezonance zde neslouží pouze k lokalizaci myomu, ale pomocí MRI termometrie je lékař schopen určit i to, zda dosažená teplota je dostatečná k destrukci myomu. Teploty, které myom destruuje se pohybují mezi 65 až 85°C. I při této metodě nedochází k úplnému odstranění myomu, ale pouze k redukci jeho objemu asi o 13%. U takto ošetřených pacientek nebyly zatím zaznamenány závažnější komplikace (Kubíková, 2009).

- **Intersticiální termoablace myomu laserem**

Tato metoda patří do skupiny výkonů s minimální invazivitou. Pod kontrolou magnetické rezonance jsou v místním znecitlivění perkutánně zavedeny do myomu MRI kontrastní jehly, v nichž jsou vedena laserová vlákna. K tomuto výkonu je používán infračervený laser. MRI termometrie v reálném čase zobrazí průběh a rozsah termoablace. Při použití této metody také nedochází k úplnému odstranění myomu, ale pouze k jeho redukci (Kubíková, 2009).

Další možností této léčby je zavedení laserových vláken do myomu pod laparoskopickou kontrolou. Tento výkon se provádí v celkové anestézii. Výhodou u tohoto přístupu je, že provádí-li výkon zkušený endoskopista, nevyžaduje si nákladné MRI vybavení k monitoringu tepelných změn v tkáních (Kubíková, 2009).

- **Kryomyolýza**

Destrukce myomu zmražením, podobně jako výše uvedené metody, je zatím doporučována pouze u pacientek, které neplánují graviditu. Pod kontrolou MRI jsou do oblasti myomu zavedeny speciální kryo-sondy, způsobující rychlé podchlazení tkáně. K vytvoření těchto extrémně nízkých hodnot se nejčastěji využívá argonového plynu (Kubíková, 2009).

Během několika sekund se teploty ve fokusu pohybují kolem hodnot až  $-100^{\circ}\text{C}$ . Kruhovitá zmražená zóna, kterou sonda způsobí, vede k nekróze tkáně a následné redukci objemu myomu. Velikost myomu není redukována najednou, počet nutných zásahů je určován jeho velikostí. Kryo-sondy mohou být do myomu zavedeny jak přes stěnu břišní, tak i vaginálně přes klenbu poševní (Kubíková, 2009).

- **Fotodynamická léčba**

Tato léčba spočívá v intravenózní aplikaci fotosenzitivní látky a její následné aktivaci pomocí světla o určené vlnové délce. Ve tkáni dojde k vzniku volných radikálů a následnému poškození buněk. O této metodě je v literatuře zatím pouze velmi málo informací, v humánní medicíně existuje zatím pouze v rámci teoretických studií (Kubíková, 2009).

### 3.7.3 Konzervativní léčba

Pacientka je pouze dispenzarizována. Dochází pravidelně na kontroly po 3 – 6 měsících. Léčba probíhá bez chirurgického zákroku, ovšem s vědomím jeho možného provedení v budoucnosti. Tento postup je možný u asymptomatických myomů do velikosti 4 centimetrů.

### 3.7.4 Farmakoterapie

V úvodu jsou myomy obvykle léčeny medikamentózně. K vylepšení menstruačních příznaků je někdy používána perorální antikoncepce. Při tišení bolestí mnohdy velmi účinně pomáhají nesteroidní protizánětlivé léky, jako je Ibuprofen. Další léčebnou možností je dlouhodobá léčba agonisty gonadotropin uvolňujícího hormonu tento postup je v podstatě předléčbou. K výraznému zmenšení myomu však většinou nedochází. Nicméně může dojít k dočasnému zmírnění menstruačního krvácení. Jedinou kauzální léčbou je však chirurgické řešení (Giuntoli, Bristow; 2006).

### 3.7.5 Dietoterapie

Při léčbě myomu nemá dietoterapie přímo na onemocnění samotné žádný vliv. Je však více než nežádoucí, aby žena s myomy trpěla obezitou. Neboť ta přímo zhoršuje případné potíže s udržení moči, nehledě na to že obezita je nežádoucí pro případné chirurgické řešení. Je-li žena obézní je, třeba nasadit dietu chudou na sacharidy. To znamená dietu, která obsahuje méně než 225 g sacharidů denně. Kromě restrikce sacharidů, je třeba dbát na dostatečný přísun vlákniny (prevence obstipačních problémů). Ovoce, které je nejlepším zdrojem přírodní vlákniny, je také zdrojem vitamínů, které napomáhají k udržení celkově dobré kondice pacientky.

### 3.7.6 Pohybový režim

Ani pohybový režim v případě myomatózy dělohy nemá přímý léčebný vliv na základní onemocnění. Avšak pohybová aktivita napomáhá dosáhnout optimální energetické bilance. Fyzické cvičení vede ke zvýšené spotřebě energie a tím pádem k udržení nebo i snížení hmotnosti. Optimální hmotnost a dobrá fyzická kondice je předpokladem ke zmírnění případných obtíží s vyprazdňováním, ale také dobrým základem k možnému chirurgickému řešení.

Důraz by měl být kladen spíše na obecné zvýšení úrovně pohybové aktivity (chůze, rekreační sporty, prostá chůze do schodů), než na jednorázové, nárazové aktivity (posilování). Pohybová aktivita musí akceptovat aktuální stav pacientky, její kondici a v neposlední řadě ostatní možná onemocnění.

### 3.7.7 Psychoterapie

Cílem psychoterapie je v tomto případě snaha šetrně připravit pacientku na případné chirurgické řešení. Ženy totiž v obavě z pobytu v nemocnici a operačního výkonu disimulují a k lékaři přichází mnohdy ve vážném stavu (anemie pro protrahované krvácení). Proto je výhodné je-li žena srozuměna s vývojem nemoci a připravena spolupracovat. Dobrá psychoterapeutická příprava zlepší spolupráci mezi pacientkou a zdravotnickým personálem.

Důvěra je prvním krokem k úspěšnému řešení problému (Zacharová; 2007). Mnoho žen se domnívá, že děloha je důležitá pro sexuální touhu, reaktivitu, atraktivitu, prožitek partnera (Barešová, 2005). Mnohdy nemají zcela jasno v rozdílech vaječníky, pochva, děloha. Proto se budou dělohy těžko vzdávat (Barešová, 2005). Pokud pacientce skutečnost jednoduše vysvětlíme může snáze překonat nedůvěru (Šimková, Navrátilová; 2007). Je naším úkolem strach a úzkost pacientky, která přichází do nemocnice společně překonat (Čámská; 2007).

### 3.7.8 Prognóza

Prognóza konzervativní léčby myomů je sporná. Většina případů končí dříve nebo později operačním řešením. U chirurgického řešení je vzhledem k tomu, že ho podstupují relativně mladé a tím pádem i zdravé ženy, prognóza velmi dobrá. Podle výzkumů například v USA je délka hospitalizace po abdominální hysterektomii 5 dnů, 3 dny po vaginální hysterektomii a 2,6 dny po laparoskopicky asistované hysterektomii (Brooks, Gordon; 2004). V české republice celoplošný výzkum v tomto směru nebyl oficiálně proveden, vzhledem k jiným zvyklostem je však délka hospitalizace v průměru o 2 dny u laparoskopických a 3 dny u abdominálně vedených výkonů delší.

## 4 Základy ošetrovateľskej péče

Ošetrovateľstvá a medicína jsou spolu velmi úzce spjaty a po staletí se vyvíjely současně. Teprve za poslední desetiletí se medicína začala ubírat směrem, který by se dal označit za racionální. Medicína 20. století integrovala poznatky z mnoha oborů. Tato integrace tvoří základ biomedicínského zaměření, tedy zaměření na biologickou podstatu zdraví a choroby. Cílem medicíny přestává být zdraví člověka v jeho souvislostech, ale spíše konkrétní choroba jako taková, či určité onemocnění nebo poškození orgánu (Staňková, 1996).

Ošetrovateľstvá jako samostatný obor, jehož základy položila Florence Nightingal v roce 1859 ve své knize Poznámky o ošetrovateľstvá, se ubíralo spíše směrem celostního tedy holistického zaměření. Holistický směr v ošetrovateľstvá je tedy snahou o zachování rovnováhy, mezi technickým rozvojem a z něj vyplývajícími možnými léčebnými metodami a potřebami jednotlivce (pacienta) nejen na biologickém podkladě, ale i na podkladě psychických, sociálních a duchovních potřeb (Pavlíková, 2007).

Ošetrovateľstvá je tedy systém typicky ošetrovateľských činností, týkajících se jednotlivce, rodin i skupin, který jim pomáhá pečovat o své zdraví a psychickou i sociální pohodu. Hlavním cílem ošetrovateľstvá, je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby, vzniklé či pozměněné onemocněním (Staňková, 1996).

Je zřejmé, že přestože se medicína a ošetrovateľstvá vyvíjejí v posledních letech jako dva samostatné obory, je jejich spolupráce a v některých případech prolínání nezbytně nutné pro další rozvoj a prospěch jedince i celku (Pavlíková, 2007).

Základem ošetrovateľské péče je ošetrovateľský proces, který umožňuje shromažďovat údaje o pacientovi, rozpoznávat ošetrovateľské problémy, plánovat jejich řešení, realizovat tato řešení a na závěr hodnotit účinnost plánu a operativně podle potřeby plán měnit (Doenges, Moorhouse; 2001).

Termín ošetrovatelský proces byl zaveden v 50 letech v USA, byl všeobecně přijat jako součást ošetrovatelské péče a stal se součástí koncepce i právní definice ošetrování ve většině evropských států (Doenges, Moorhouse; 2001).

Součástí ošetrovatelského procesu a jednou z pomůcek sestry při uskutečňování ošetrovatelské péče o pacienta, je koncepční ošetrovatelský model, který sestře pomůže shromáždit, utřídit a vyhodnotit poznatky o pacientovi a jeho možných potřebách či problémech (Doenges, Moorhouse; 2001).

Tomuto tématu se věnovala celá řada autorů. Ti formulovali své modely podle svých aktuálních ošetrovatelských potřeb a samozřejmě se v této formulaci odráží i filozofické zaměření autora samotného. Ošetrovatelské modely můžeme rámcově rozdělit na humanistické modely, modely interpersonálních vztahů, systémové modely a modely energetických polí (Doenges, Moorhouse; 2001).

## 4.1 Modely humanistické

Základním humanistickým modelem a zároveň prvním ošetrovatelským modelem vůbec byl ošetrovatelský model Florence Nightingalové. Tento model vychází podle teoretiků ošetrovatelství ze tří základních bodů (Pavlíková, 2007):

- Fyzické prostředí
  - čistý vzduch, čistá voda, osobní čistota, čistota prostředí, funkční kanalizace, teplo, strava, poloha, zvukové podněty
- Sociální prostředí
  - životní podmínky v domácnosti či v nemocnici, rodina a její zabezpečení
- Emocionální prostředí
  - komunikace s pacientem, jeho citové prožívání a aktivity stimulující psychiku

Po zajištění těchto podmínek může ošetrovatel, dnes tedy sestra, a pacient dojít k cíli, kterým je zdravý jedinec, nebo pokojné a důstojné umírání a smrt. Tento model odráží dobu v níž vznikl, kdy byla hygiena a zacházení s nemocnými jedním z nejzávažnějších zdravotnických problémů (Pavlíková, 2007).

Dalšími autory, kteří vypracovali humanistické modely, jsou Virginia Henderson, Dorothea Elizabeth Orem, Nancy Roper, Winfred Logan a Alison Tierney (Pavlíková, 2007).

## 4.2 Modely interpersonálních vztahů

Příkladem modelu interpersonálních vztahů může být Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon. Odborníci na ošetrovatelskou teorii tento model považují za nejkompexnější pohled na člověka v ošetrovatelství, z hlediska holistického přístupu (Pavlíková, 2007).

Tento model, stejně jako další modely interpersonálních vztahů, vychází z interakcí osoba – prostředí. Zdravotní stav jedince je vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Zde sestra při kontaktu s pacientem rozpoznává a určuje funkční či dysfunkční vzorce zdraví, přičemž dysfunkční vzorec je nejen projevem akutního onemocnění, ale může být i znakem potencionálního problému (Pavlíková, 2007).

Vychází z 12 funkčních vzorců zdraví (Pavlíková, 2007):

1. Vnímání - udržení zdraví
2. Výživa - metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita - cvičení
5. Spánek - odpočinek
6. Vnímání - poznávání
7. Sebepojetí - sebeúcta
8. Role - vztahy
9. Reprodukce - sexualita
10. Stres - zvládání, tolerance
11. Víra - životní hodnoty
12. Jiné - další

Přičemž bod 12 dovoluje funkční vzorce zdraví dle aktuální potřeby rozšířit. Vzhledem k celistvosti, šíři a flexibilitě je tento model široce použitelný. Model byl od doby svého

vzniku již několikrát upraven a přepracován. Pro potřeby praktické části práce byla využita jeho současná podoba (Pavlíková, 2007).

K dalším autorům pracujícím s modelem interpersonálních vztahů patří H.E. Peplau, I.J. Orlando a E. Wiedenbach (Pavlíková, 2007).

### 4.3 Systémové modely

Tyto modely vycházejí z předpokladu interakce mezi jednotlivými systémy, například chování pacienta ve vztahu k onemocnění či prevenci, nebo interakce jedinec - jedinec či skupina (pacient - sestra či pacient - ošetřující personál). Příkladem systémového modelu je model behaviorálního systému Doroty E. Johnson (Pavlíková, 2007).

Obsahem modelu je jedinečnost způsobu chování každého jedince. Chování ovlivňují, předurčují, ale i vymezují interakce s prostředím. Chování se opakuje, je systematické, zaměřené na cíl a do jisté míry předvídatelné. Behaviorální systém jedince se skládá z několika subsystémů. Činnost těchto subsystémů a schopnost plnit své funkce, je základem činnosti jedince jako celku. Mezi subsystémy řadíme subsystém sdružování a příslušnost, závislosti, přijímání potravy, vylučování, sexuální, výkonu, agresivně-ochranný. Jedinec se snaží udržet rovnováhu mezi fungováním všech subsystémů, z této rovnováhy vyplývá funkční chování (zdraví). Dysfunkční chování (nemoc) tedy nerovnováha. Nerovnováha může být způsobená jak chováním jedince (neadekvátní zaměření jedním směrem), tak nepřiměřeným vlivem okolního prostředí. Cílem ošetrovatelské péče v tomto modelu je udržet či znovu navodit již zmiňovanou rovnováhu (Pavlíková, 2007).

Dalšími autory systémových modelů jsou I.King, B.Neuman, C.Roy (Pavlíková, 2007).

### 4.4 Modely energetických polí

Modely energetických polí zahrnují koncepci energie jedince a energie prostředí ve vzájemných vztazích. Zástupcem těchto modelů je například Model jednotných lidí (jedinců), který vytvořila M.E.Rogers (Pavlíková, 2007).



Jeho základem je vzájemné působení, ovlivňování a prolínání lidského energetického pole a energetického pole prostředí v universu. Jejich vzájemné interakce ovlivňují celkový stav jedince. Tyto modely nejsou v našich podmínkách příliš užívány (Pavlíková, 2007).

## 5 Ošetrovatelská péče u pacientky s uterus myomatosus Crescens

### 5.1 Ošetřování nemocné

#### 5.1.1 Příjem na oddělení, volba pokoje, poloha nemocného

Tato pacientka byla přijata vzhledem k následnému operačnímu výkonu na dvojlůžkový pokoj Gyn. por. odd. Dispozičně je pokoj umístěn naproti denní místnosti sester a vedle vyšetřovny. Také sociální zařízení je v těsné blízkosti pokoje. Tato lokalizace byla zvolena kvůli pooperační péči o pacientku (krátká vzdálenost mezi setrou a pacientkou), ale také vzhledem k pooperační mobilitě pacientky, neboť pohyb vzhledem k operační ráně je bolestivý.

Protože operační zákrok dočasně sníží soběstačnost pacientky, bylo zvoleno lůžko přístupné ze tří stran.

Pacientka byla seznámena jak s dispozičním uspořádáním odd., tak s jeho provozem - čas podávání stravy a periodických návštěv pacienta lékařem.

Aby byl průběh pooperační rekonvalescence pro pacientku bezpečný, byla seznámena se zvláštnostmi pooperačního pohybového režimu a s používáním interkomu mezi sestrou a pacientem.

#### 5.1.2 Sledování nemocné

Vzhledem k dobrému zdravotnímu stavu a stabilním vitálním funkcím nebylo do operace pacientku nutně zvýšeně sledovat. Byla však znovu seznámena s předoperační přípravou a dietetickými opatřeními před operačním výkonem.

### 5.1.3 Stravování nemocné

Nutriční terapeut spolu se zdravotní sestrou seznámili pacientku s dietními omezeními, které ji čekají při pobytu v nemocnici. Probrali také možnosti, které naše oddělení pacientům v oblasti stravování poskytuje až pominou dietní omezení.

### 5.1.4 Edukace nemocné

Pacientka bude seznámena s provozním řádem oddělení a lokalizací důležitých prostor (toalety, koupelna, sesterny, návštěvní místnost, jídelna) oddělení. Další edukace bude zaměřena na předoperační přípravu a nebude opomenuta ani edukace perioperační sestrou.

## 5.2 Možné ošetrovatelské problémy

1. 00148 Strach
2. 00016 Porušené vyprazdňování moči
3. 00011 Zácpa
4. 00126 Deficitní neznalost
5. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin
6. 00059 Sexuální dysfunkce

## 6 Posouzení stavu pacienta

### 6.1 Identifikační údaje

Tab. č. 1. Identifikační údaje pacientky

Jméno	D. K.
Pohlaví	žena
Věk	46 let
Datum narození	00.00.1963
Bydliště	Praha 4
Datum přijetí	00.00.2009
Den hospitalizace	1
Pojišťovna	VZP
Výška	170 cm
Váha	68 kg
Kontaktní osoba	J.K.-syn

### 6.2 Výtah z lékařské dokumentace

#### 6.2.1 Lékařská anamnéza

Tab. č. 2. Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza	Matka diabetes melitus, pouze dieta
	Otec infarkt myokardu, nežije, † 67 let

Tab. č. 3. Osobní anamnéza

---

Osobní anamnéza	nikdy vážněji nestonala běžné dětské nemoci vertebrogení alogický syndrom v 16 letech APPE v roce 1999 CHCE alergie 0 kouří 20 cigaret denně alkohol, káva příležitostně transfuze 0 léky pravidelně 0, příležitostně analgetika
-----------------	---

---

Tab. č. 4. Gynekologická anamnéza

---

Gynekologická anamnéza	menarche ve 14 letech menzes 28/4 nyní nepravidelně dlouhodobé krvácení, silné, bolestivé poslední menzes 1.2.09. porody: 1984 – chlapec, spont. 3250/51 bez kompl. 1986 – chlapec, spont. 3400/53 bez kompl. 1989 – děvče, spont. 3100/50 bez kompl. UPT – 1987 spont. abort 0 eliminace IUD - 2000 opakované kolpitis gynekol. operace: 2005 – hysteroskopie a PC Dg-PC benigní histologie, myomatoza dělohy
------------------------	--

---

Tab. č. 5. Sociální anamnéza

Sociální anamnéza	paní D. K. bydlí v bytě 3+1 se svojí 20 letou dcerou a 23 letým synem, nejstarší syn 25 let studuje a domů dojíždí na víkendy je rozvedená pracuje jako úřednice
-------------------	---

## 6.2.2 Vyšetření

Paní D. přichází na doporučení svého gynekologa k operačnímu řešení, hysterektomii pro uterus myomatosus crescens.

Tab. č. 6. Vstupní vyšetření

TK	110/70
P	80 t/min
TT	36,0 °C
Hm	68 kg
Moč	orientačně negativní
Stav při přijetí	normostenická, orientovaná, spolupracuje, hybnost neomezena, hydratace přiměřená
Hlava	pokleповě nebolestivá, zornice izokorické, symetrické, bulvy ve středním postavení, hrdlo klidné, jazyk plazí ve střední čáře, vlhký bez povlaku
Krk	štítná žláza nehmatná, uzliny nehmatné
Hrudník	poklep plný jasný, dýchání sklípkové, čisté, srdeční akce pravidelná, klidná, ozvy ohraničené
Břícho	v úrovni hrudníku, palpačně měkké, nebolestivé, bez hmatné rezistence, jizvy po APPE a CHCE zhojeny
HK	bez patol. Nálezu
DK	bez otoku a známek varikozity, mírná venostáza

### 6.2.3 Vyšetření gynekologické

Tab. č. 7. Gynekologické vstupní vyšetření

Zevně	vulva bez patologického nálezu
Vaginálně	čípek hladký, pochva klidná, KOLPO-K1
Palpačně	děloha nerovná, velikostí odpovídá graviditě III měsíce, okolí BPN, děloha AVF až vzpřímená
Ultrazvukové vyšetření	děloha v AVF délky 117mm, v přední stěně intramurální myom 62mm, na zadní stěně subserózní myom 56mm, endometrium 4mm proliferativního typu, bilaterálně fyziologická ovaria s drobnými folikly, za dělohou srpek volné tekutiny.

### 6.2.4 Závěr při příjmu

Uterus myomatosus crescens, metrorrhagia, příjem k operačnímu řešení.

Tab. č. 8. Ordinace lékaře

Ordinace	dieta č. 3 (racionální) TT 2x denně TK 1x denně
Předoper. Příprava	bandáže DK antibiotika krevní skupina krev do rezervy kontrola KO na noc Rohypnol
Premedikace	anesteziolog

## 6.3 Terapie

### 6.3.1 Chirurgická léčba

Při indikačním vyšetření primářem odd. potvrzuje primář odd. příjmovou diagnózu uterus myomatosus crescens a rozhoduje o chirurgickém řešení. Po dohodě s pacientkou (přeje si malé jizvy) a vzhledem k tomu, že gynekologický nález umožňuje splnit přání

pacientky a neporušit postupy lege artis, rozhoduje o provedení LAVH (aparoskopicky asistované vaginální hysterektomie) dle možností s ponecháním obou ovárií.

### 6.3.2 Předoperační příprava - interní

Tab. č. 9. Interní vyšetření

nemocnění srdce	0
revmatická horečka	0
hypertenze	0
chronická bronchitis	0
alergie	0
diabetes melitus	0
TBC a jiné inf. Choroby	0
hmotnost	68kg
P	70 t/min
TK	100/70 Torr
dýchání	klidné čisté
varixy, otoky	0

Tab. č. 10. Laboratorní vyšetření krve a moči

	vyšetření	hodnoty	referenční mez	jednotky
krev	sedimentace erytrocytů	5	3 – 10	mm/1 hod.
	za 1 hod.			
	leukocyty	7,4	3,9 – 10,0	x 10 <sup>3</sup> /uL
	hemoglobin	13,3	12,0 – 16,0	g/dl
	hematokrit	38,7	34,0 – 46,0	%
moč	specifická hustota	1020	1010 – 1028	kg/m <sup>3</sup>
moč kvalitativně	PH	5.0	4.5 – 5.5	
	ery – peroxydáza	neg.		
	leuko – estráza	neg.		

Tab. č. 11. Krvácivost srážlivost

Krvácivost	0,98 sec
APTT	29 sec



Tab. č. 12. Vyšetření srdce a plic

---

EKG	fyzio. křivka bez známek ICHS
RTG srdce a plic	přiměřený nález

---

Interní nález fyziologický včetně EKG křivky, laboratoř v normě. Schopna výkonu v celkové anestézii, další postup dle rozhodnutí anesteziologa.

### 6.3.3 Anesteziologická příprava

Anesteziolog na základě celkového vyšetření indikoval provedení operace v celkové anestézii. A stanovil anesteziologickou přípravu takto (čas předpokládané operace 10:30 hodin):

Tab. č. 13. Pokyny anesteziologa

---

Den před výkonem	12 hodin před výkonem – nejíst, nepít, nekouřit 22:00 hodin – 1 tableta Rohypnolu per os
V den výkonu	premedikace: 2 hodiny před výkonem 1 ampule Atropinu + 50 mg Dolsin i.m. + první dávka ATB (chráněné koagulum) krev do rezervy kanylace žíly + 500 ml F-roztoku pomalu kapat bandáž DK per oper. Clexan – mini heparinizace

---

### 6.3.4 Předoperační chirurgická příprava

Tab. č. 14. Rozpis předoperační přípravy

V předvečer výkonu	oholení genitálu a třísel ostříhat nehty a vyvázat vlasy celková koupel péče o pupek ve 20:00 hodin klyzma 1. očistné
V den operace	v 6:00 hodin klyzma 2. očistné nepředpokládá se ošetření střeva – bez střevní antimikrobiální přípravy necévkovat – provede operatér během výkonu

### 6.3.5 Dietoterapie

Tab. č. 15. Dietní rozpis

24 hodin před operací	čaj po lžičkách
12 hodin před operací	nic per os
operační den	nic per os – intravenosní hrazení tekutin
1. pooperační den	D0 – tekutá
2. pooperační den	D1b – přísně šetřící
3. pooperační den	D1 – šetřící
4. pooperační den	D3 – racionální

### 6.3.6 Psychoterapie

Účelem psychické přípravy před operací je odstranit negativní emoce před operací, strach z operačního zákroku a jeho následků, obavy z narkózy, má navodit pozitivní vztah pacient-zdravotnický personál a důvěru v možnosti léčby. Psychicky vyrovnaný pacient pak lépe snáší zátěž operačního výkonu, není vyděšen z pooperačního průběhu a hojení a rekonvalescence probíhá lépe.

### 6.3.7 Fyzikální vyšetření sestrou

Tab. č. 16. Sesterské vstupní vyšetření

Celkový vzhled (hygiena, úprava)	pečlivě upravená
Dutina ústní, nos	v normě
Zuby (náhrady)	nemá
Sluch, zrak, řeč	bez zjevné vady, brýle nenosí
Držení těla	vzpřímené, chůze jistá
Kůže	dobře prokrvená, bez kožních lézí, turgor v normě
Pulz	70
TK	100/70
Dýchání	16/min
Výška	170
Hmotnost	68 kg
BMI	23,5 – v normě
Teplota	36,5
Pohybový režim	bez omezení

## 6.4 Posouzení stavu potřeb klienta dle “Functional Health

Patterns“ rozpracované do NANDA II diagnostických domén

### 6.4.1 Podpora zdraví

Pacientka považovala svůj zdravotní stav za velmi dobrý, asi před rokem se objevily potíže. Je si vědoma nutnosti je řešit, protože ji obtěžují. Snažila si udržovat váhu, nepřipouští si však, že by kouření mohlo mít negativní vliv na její zdraví. Na našem oddělení není hospitalizovaná poprvé, doporučení zdravotníků vždy dodržovala. Na kontrolu k lékaři nechodila vždy pravidelně z rodinných důvodů. Souhlasí s operací nechce však velké jizvy. Nyní ji obtěžuje dlouhé menstruační krvácení, neví zda-li jí zůstanou po operaci ovaria.

*Závěr - ošetřovatelský problém 00126 Deficitní znalost*

## 6.4.2 Výživa a metabolismus

Pacientka je přiměřené výživy a hydratace. BIM-23,5. Jí pravidelně 3x denně, žádné speciální diety nedrží. Pije asi 2 litry tekutin denně, alkohol, káva příležitostně. Zvláštní požadavky ani návyky při stravování nemá. Je poučena o dietních omezeních v rámci předoperační přípravy. Kouří dvacet cigaret denně.

*Závěr - ošetřovatelský problém 00126 Deficitní znalost*

*00028 Riziko deficitu tělesných tekutin*

## 6.4.3 Vylučování

Nikdy neměla žádné potíže. Defekace 1x denně, snad před lety prodělala cystitis, ale neví to přesně. Nyní má pocit tlaku na močový měchýř a chodí častěji močit, někdy i v noci. Před rokem začala mít potíže s defekací, 1x za týden, po použití glycerinového čípku. Jiné zvláštní vyprazdňovací návyky nemá.

*Závěr - ošetřovatelský problém 00016 Porušené vyprazdňování moči*

*00011 Zácpa*

## 6.4.4 Aktivita - odpočinek

Pacientka má pocit, že je v poslední době více unavená, přičítá to zaměstnání. Nijak výrazně necvičí, občas si doma udělá několik kondičních cviků, ale ne pravidelně. Chodí na procházky, občas plavat. Relaxuje raději s knihou a u televize.

Držení těla má fyziologické, koordinace pohybů dobrá.

Doma nemívá žádné problémy s usínáním. Jak sama říká, usne, i kdyby se střílelo z děla. To, že chodí močit i v noci nepovažuje za rušivé spíš se tomu diví. Žádné léky na spaní nikdy nebrala ani při poslední hospitalizaci. Spolupacienty ani ruch na oddělení nevnímala při usínání ani při spánku nijak rušivě. V případě, že by se během pobytu v nemocnici nějaké problémy objevily, bude informovat sestru a po poradě s lékařem dostane léky.

#### 6.4.5 Vnímání - poznávání

Pacientka je orientovaná v čase i prostoru, nemá potíže s udržením rovnováhy. Nepoužívá kompenzační pomůcky (brýle ani kontaktní čočky). Sluch dobrý, vadu řeči nemá. Nikdy neměla obtíže, nenavštěvovala žádnou specializovanou poradnu. Při minulé hospitalizaci se na odd. zorientovala rychle. Problémy s pamětí nemá, pozornost udrží. Lehce neklidná.

#### 6.4.6 Vnímání sebe sama

Paní se vždy považovala za úspěšného člověka, mimo krátké období kolem rozvodu, kdy měla pocit, že selhala jako žena. Tento stav již pominul, s rozvodem se již vyrovnala. V zaměstnání dosáhla poměrně velmi slušného postavení, vychovává tři děti, všechny studují, je na ně pyšná. Obtíže spojené s myomatózou jí trochu znepríjemňuje život, těší se, že po operaci se vše vrátí k normálu. Pečlivě dbá na svůj zevnějšek, obává se však jizev po operaci, chce je co nejmenší.

#### 6.4.7 Vztahy

Paní D. bydlí s dětmi, i když nejstarší syn během studií bydlí na koleji. S dětmi vychází dobře, nemají větší rozpory. V zaměstnání má vedoucí postavení, s podřízenými vychází dobře, má pocit že je oblíbeným nadřízeným. Má již léta přítele, ale vdávat se nechce po předchozím zklamání. Přítel vychází dobře i s dětmi. Během pobytu v nemocnici bude udržovat kontakt s dětmi mimo pravidelných návštěv i pomocí mobilního telefonu. Žádné problémy během její nepřítomnosti neočekává, děti jsou již velké a postarají se o sebe.

#### 6.4.8 Sexualita

Mimo krátké období po rozvodu, kdy si připadala ošklivá a nepřitažlivá, neměla žádné problémy. Nyní na toto téma sama zavádí řeč, bojí se, že jí jizvy po operaci znetvoří tělo a není si jista, zda bude po odstranění dělohy schopna normálního sexuálního života. Má již dlouholetého přítele, jejich sexuální život jí vyhovuje a nechtěla by ho měnit.

*Závěr - ošetřovatelský problém 00059 Sexuální dysfunkce*

#### 6.4.9 Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Drobné stresové situace zažívala, když děti byly malé. Neměla problém s jejich zvládním. Větší potíže se zvládním stresu měla během rozvodu (depresivní stavy, plačtivost). Po poradě s obvodním lékařem se soustředila na práci a děti a tyto nepříjemné stavy odezněly spontánně bez farmakologické léčby po několika týdnech.

Trochu se bojí operace, přípravy na ni jí přijdou složité. Má pocit, že jí chystají k „nějaké velké věci“. Neví, jestli je to všechno nutné.

*Závěr - ošetřovatelský problém 00148 Strach*

#### 6.4.10 Životní princip

Pacientka je nevěřící. Do kostela nechodí, spolupacient jakéhoko-li vyznání jí nebude vadit. Je přesvědčena, že jsou důležitější věci než chodit do kostela, například vychovat děti a věnovat se jim.

#### 6.4.11 Bezpečnost - ochrana

Pacientka je dobře pohyblivá, samostatná. Ústní sliznice bez erozí a bez známek infektu, chrup sanován, úplný. Kůže růžová, neporušená. Alergie neudává. Tělesná teplota 36°C.

#### 6.4.12 Komfort

Paní D.K. nemá v současné době žádné bolesti. Žádné léky trvale neužívá, analgetika bere zcela výjimečně. Rodina (děti a přítel) ji budou navštěvovat, jak jen to bude možné. Kontakt udržují i pomocí mobilního telefonu. Při předchozích pobytech v nemocnici netrpěla pocitem osamění a nepředpokládá, že by to nyní mělo být jinak.

#### 6.4.13 Růst - vývoj

Pacientka je v celkově dobré duševní i tělesné kondici. Informace zpracovává dobře, její sociální dovednosti jsou v normě. Nemá deficit sebezpečí. Jejím chronickým problémem je protrahované menstruační krvácení.

*Závěr - ošetřovatelský problém 00028 - Riziko deficitu tělesných tekutin*

## 7 Ošetrovatelská péče

### 7.1 Seznam ošetrovatelských diagnóz (výčet seřazen dle priorit pacientky)

**1. 00148 Strach** z blížící se operace z důvodu předešlých zkušeností projevující se neklidem, obavami o svůj další osud (neví zda se probudí z narkózy).

**2. 00059 Sexuální dysfunkce** z důvodu gynekologické operace projevující se obavou ze znetvoření těla a domněnkou, že po hysterektomii nemůže vést normální sexuální život.

**3. 00016 Porušené vyprazdňování moči** z důvodu zvětšené dělohy projevující se častějším močením a pocitem tlaku zvláště v noci.

**4. 00011 Zácpa** z důvodu tlaku zvětšené dělohy v malé pánvi projevující se ztíženou, bolestivou defekací 1x týdně.

**5. 00126 Deficitní znalost** z důvodu zkreslených informací o důvodech a příčinách předoperační přípravy, o rozsahu operačního zákroku a nevědomosti o škodlivosti kouření, projevující se neochotou spolupracovat při předoperační přípravě, vyjádřením obav (neví zda jí zůstanou vaječníky) a kouřením.

**6. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin** z důvodu sníženého příjmu tekutin per os (předoperační příprava) a vyšších krevních ztrát (protrahované menstruační krvácení).

### 7.2 Plán ošetrovatelské péče

#### 1. 00148 Strach

⇒ z blížící se operace z důvodu předešlých zkušeností projevující se neklidem, obavami o svůj další osud (neví, zda se probudí z narkózy).

#### ○ Cíl

Pacientka nemá pocit strachu do 8 hodin.

- Priorita

Střední.

- Výsledná kritéria

Pacientka zná příčinu strachu do 4 hodin.

Pacientka má dostatek informací o anestézii spojené s výkonem do 8 hodin.

Pacientka udává snížení pocitu strachu na stupnici od 1 do 10 o 5 stupňů do 8 hodin.

Pacientka nejeví známky neklidu do 12 hodin.

- Intervence

Zhodnot' pocit strachu pacientky na stupnici od 1 do 10 do 2 hodin.

Průběžně pacientce naslouchej, nezlehčuj její pocit strachu.

Průběžně sleduj projevy strachu u pacientky (pláč, neklid, výraz tváře).

Kontaktuj lékaře, který podá pacientce dostatek informací o průběhu celkové anestézie do 8 hodin.

O případných změnách informuj ošetřujícího lékaře ihned.

Informuj pacientku o možném podání sedativ při přetrvávání neklidu a jejich účincích do 10 hodin.

Zapoj rodinu a osoby blízké kontaktuj je v návštěvních hodinách.

Provede primární sestra.

- Realizace

Kontaktovala jsem lékaře, který podal pacientce informace o průběhu celkové anestézie do 8 hodin.

Sledovala jsem verbální i neverbální projevy strachu u pacientky průběžně po celou dobu pobytu.

Opakovaně jsme s pacientkou hodnotili její pocit strachu na stupnici a zapisovaly.

Rodině byl umožněn kontakt s pacientkou v nejvyšší možné míře.

Provedla primární sestra Margarisová.

- Hodnocení

Bylo dosaženo cíle částečně, pacientka udává snížení pocitu strachu na stupnici od 1 do 10 ze stupně 7 na stupeň 2, nejeví známky neklidu.



## 2. 00059 Sexuální dysfunkce

⇒ z důvodů gynekologické operace projevující se obavou ze znetvoření těla a domněnkou, že po hysterektomii nemůže vést normální sexuální život.

### ○ Cíl

Pacientka vede normální sexuální život.

### ○ Priorita

Střední.

### ○ Výsledná kritéria

Pacientka je informována o lokaci a velikosti jizvy do 2 hodin.

Pacientka je informována o sexuálním životě po gynekologické operaci do 4 hodin.

Pacientka je informována o délce nutné sexuální abstinence po operačním výkonu do 2 dnů.

### ○ Intervence

Pouč pacientku o lokaci a velikosti jizvy do dvou hodin.

Kontaktuj lékaře, který podá pacientce informace o sexuálním životě po gynekologické operaci do 4 hodin.

Kontaktuj lékaře, který podá pacientce informace o nutné době sexuální abstinence po operaci do 2 dnů.

Zhodnoť míru vědomostí o sexuálním životě po gynekologické operaci u pacientky do 3 dnů.

Nabídni pacientce zapojení osoby blízké do 3 dnů.

### ○ Realizace

Pacientku jsem informovala lokaci a velikosti jizvy do 2 hodin.

Kontaktovala jsem lékaře, který informoval pacientku o sexuálním životě po gynekologické operaci do 4 hodin.

Kontaktovala jsem lékaře, který informoval pacientku o délce nutné sexuální abstinence do 2 dnů.

Rozhovorem s pacientkou jsem zjistila míru jejích vědomostí o sexuálním životě po gynekologické operaci do 3 dnů.

Po souhlasu pacientky jsem provedla edukaci o sexuálním životě po gynekologické operaci u osoby blízké do 3 dnů.

Provedla primární sestra Margarisová.

- Hodnocení

Vzhledem k operačnímu zákroku a pobytu v nemocnici nebylo dosaženo cíle. Pacientka má však dostatek informací a vnímá celou situaci příznivěji.

### **3. 00016 Porušené vyprazdňování moči**

⇒ z důvodu zvětšené dělohy projevující se častějším močením a pocitem tlaku zvláště v noci.

- Cíl

Pacientka má fyziologické močení a nemá pocit tlaku.

- Priorita

Střední.

- Výsledná kritéria

Pacientka zná příčiny častého močení a pocitu tlaku do 4 hodin.

Pacientka zná vliv pitného režimu na noční nucení na močení do 4 hodin.

Pacientka ví o změnách, které po operaci nastanou v malé pánvi a jejich vlivu na nutkání k častému močení do 6 hodin.

- Intervence

Pouč pacientku o důvodech častého močení a pocitech tlaku v podbřišku do 4 hodin.

Pouč pacientku o nutnosti změny pitného režimu do 4 hodin.

Pouč pacientku o změnách v malé pánvi po odstranění dělohy a jejich vlivu na nucení k častému močení do 6 hodin.

Sleduj četnost mikce s důrazem na noční hodiny, průběžně.

Četnost mikce a množství moči zapisuj průběžně.

Provede primární sestra.

- Realizace

Edukovala jsem pacientku o důvodech častého močení a pocitech tlaku v malé pánvi způsobených zvětšenou dělohou do 4 hodin.

Edukovala jsem pacientku o vlivu změny pitného režimu na četnost nočního močení do 4 hodin.

Informovala jsem pacientku o změnách poměrů v malé pánvi po odstranění dělohy do 6 hodin.

Sledovala jsem četnost mikce s důrazem na noční hodiny průběžně po dobu hospitalizace.

Četnost močení a množství moči jsme průběžně zapisovaly.

Provedla primární sestra Margarisová a další službu mající sestry.

- Hodnocení

Cíle dosaženo, po změně pitného režimu pacientka v nočních hodinách nemočí.

#### **4. 00011 Zácpa**

⇒ z důvodu tlaku zvětšené dělohy v malé pánvi projevující se ztíženou, bolestivou defekací 1x týdně.

- Cíl

Pacientka má fyziologickou, nebolestivou defekaci.

- Priorita

Střední.

- Výsledná kritéria

Pacientka zná příčinu zhoršené defekace do 6 hodin.

Pacientka je poučena o možném podání léků na zlepšení defekace do 6 hodin.

Pacientka zná dietní opatření, které ji ulehčí pravidelnou defekaci do 12 hodin.

- Intervence

Sleduj četnost defekace a pravidelně zapisuj po celou dobu hospitalizace.

Informuj pacientku o možnosti podání léků k usnadnění defekace (dle ordinace lékaře) do 6 hodin.

Informuj pacientku o vhodných potravinách usnadňujících defekaci do 12 hodin.

Informuj pacientku o vhodné změně jídelních návyků a dodržování pitného režimu do 12 hodin.

- Realizace

Informovala jsem pacientku o možnosti podání léků k usnadněné defekaci dle ordinace lékaře do 6 hodin.

Edukovala jsem pacientku o vhodných potravinách usnadňujících defekaci do 6 hodin.

Informovala jsem pacientku o vlivu pravidelného příjmu a dostatečného příjmu tekutin na defekaci do 12 hodin.

Sledovala jsem četnost defekace a průběžně zapisovala po celou dobu hospitalizace.

Denně jsem podávala léky dle ordinace lékaře.

Provedla primární sestra Margarisová a další službu mající sestry.

- Hodnocení

Vzhledem k předoperační přípravě, pooperačních dietních opatřeních a délce hospitalizace nebylo cíle dosaženo.

## **5. 00126 Deficitní znalost**

⇒ z důvodu zkreslených informací o důvodech a příčinách předoperační přípravy, o rozsahu operačního zákroku a nevědomosti o škodlivosti kouření. Projevující se neochotou spolupracovat při předoperační přípravě, vyjádřením obav (neví, zda jí zůstanou vaječníky) a kouřením.

- Cíl

Pacientka je plně informována.

- Priorita

Střední.

- Výsledná kritéria

Pacientka je informována o rozsahu operačního výkonu do 2 hodin.

Pacientka je informována o důvodech, rozsahu a způsobu provedení předoperační přípravy a adekvátně spolupracuje do 4 hodin.

Pacientka je informována o škodlivém vlivu kouření na organismus a uvědomuje si škodlivost svého návyku do 6 hodin.

- Intervence

Kontaktuj lékaře, který podá pacientce informace o rozsahu operačního výkonu do 2 hodin.

Informuj pacientku o důvodech předoperační přípravy do 4 hodin.

Taktně informuj pacientku o rozsahu a provedení předoperační přípravy do 4 hodin.

Umožni pacientce aktivní účast při předoperační přípravě (sama provede oholení genitálu) v ranních hodinách operačního dne.

Informuj pacientku o škodlivosti kouření do 6 hodin.

- Realizace

Kontaktovala jsem lékaře, který pacientce poskytl informace o rozsahu operačního výkonu do 2 hodin.

Informovala jsem pacientku o důvodech předoperační přípravy do 4 hodin.

Pacientku jsem informovala rozsahu a způsobu provedení předoperační přípravy do 4 hodin.

Umožnila jsem pacientce aktivní účast při předoperační přípravě (oholení genitálu, celková koupel, vyčištění pupku) ráno v operační den.

Taktně jsem provedla kontrolu samostatné části přípravy, ráno v operační den.

Podala jsem očistná klyzmata a léky dle ordinace lékaře.

Edukovala jsem pacientku o škodlivosti kouření do 6 hodin.

Provedla primární sestra Margarisová.

- Hodnocení

Cíle bylo dosaženo, pacientka plně spolupracuje při předoperační přípravě, zná zcela rozsah operačního výkonu, a uvažuje o možnosti přestat kouřit.

## **6. 00028 Riziko deficitu tělesných tekutin**

⇒ z důvodů sníženého příjmu tekutin per os (předoperační příprava) a vyšších krevních ztrát (protrahované menstruační krvácení).

- Cíl

Pacientka je dostatečně hydratována po celou dobu hospitalizace.

- Priorita

Střední.

- Intervence

Pouč pacientku o nutnosti hradit příjem tekutin i.v. dle ordinace lékaře do dvou hodin.

Kontroluj turgor kožní a stav sliznic průběžně každý den hospitalizace.

Plň ordinace lékaře každý den a podávej léky a infuzní roztoky po celou dobu hospitalizace.

Kontroluj a zapisuj příjem a výdej tekutin průběžně každý den po celou dobu hospitalizace.

- Realizace

Pacientku jsme poučily o nutnosti hradit příjem tekutin i.v. (zákaz příjmu per os) do 2 hodin.

Kontrolovaly jsme turgor kožní a stav sliznic průběžně po celou dobu hospitalizace.

Podávaly jsme infuzní roztoky i.v. dle ordinace lékaře po celou dobu hospitalizace.

Zapisovaly jsme příjem a výdej tekutin po celou dobu hospitalizace.

Provedla primární sestra Margarisová a další službu mající sestry.

- Hodnocení

Cíle bylo dosaženo, pacientka byla dostatečně hydratovaná po celou dobu hospitalizace.

## 8 Edukace pacienta

### 8.1 Edukační záznam

Viz příloha č. 1.

### 8.2 Edukační plán

#### 8.2.1 Výukové cíle – kognitivní, afektivní

Pacientka pochopí a přijme nutnost preventivních předoperačních zásahů, v rozsahu, který uzná operatér a anesteziolog za nutný. Nebude je považovat za neopodstatněný zásah do integrity své osobnosti a bude spolupracovat.

#### 8.2.2 Podmínky – zájem pacienta

Pacientka má zájem o informace o účelu, způsobu provedení a rozsahu předoperační přípravy.

#### 8.2.3 Organizační forma – individuální

Vzhledem k citlivosti (zásah v intimních oblastech těla) tématu je vhodnější volit individuální přístup.

#### 8.2.4 Didaktické pomůcky – fotografická dokumentace

Vzhledem k tomu, že operační sály nejsou volně přístupné, zhotovili jsme fotografickou dokumentaci operačních sálů pro názornější edukaci pacientek.

#### 8.2.5 Použité metody

1. slovní
2. názorná demonstrace – fotoalbum
3. diskuze – otázky a odpovědi

## 8.2.6 Tématické okruhy edukace

1. Úvod
2. Proč celková koupel a sejmutí šperků
3. Jaký účel má klyzma a příprava střeva
4. Jaký důvod má oholení genitálu
5. Proč bandáže dolních končetin
6. K čemu slouží premedikace
7. Pořadí v operačním programu a možné změny
8. Přesun na operační sál a prostředí op.sálu
9. Přesun na operační stůl a poloha potřebná k operaci
10. Přesun po op.výkonu na pooperační pokoj
11. Otázky a odpovědi

## 8.2.7 Motivace k výuce

Pacientka jeví zájem o edukaci, není proto nutné motivaci k edukaci zvyšovat.

## 8.2.8 Efekt

Úplný, pacientka pochopila a přijala nutnost předoperační přípravy, se zdravotnickým personálem spolupracuje.

## 8.2.9 Význam edukace

Pacientka se celkově zklidnila, nepovažuje předoperační přípravu za nadbytečnou a ponižující, je připravena na pobyt na operačním sále a jeho prostředí ji již neznepokojuje.



## 8.2.10 Ověření orientovanosti sestry v problému

Tab. č. 17. Kontrolní otázky pro sestru

<b>Kontrolní otázky</b>	<b>Správné odpovědi</b>
Proč odmítají pacientky předoperační přípravu?	Mají pocit studu a předoperační přípravu vnímají jako neodůvodněný zásah do integrity osobnosti.
Proč mají strach z pobytu na operačním sále?	Strach z neznámého je přirozenou součástí lidské psychiky a operační sál je pro většinu populace neznámým prostředím.
Víte jak překonat pocit studu a zásahu do integrity osobnosti pacientky?	Citlivým a individuálním přístupem ke každému jednotlivci.

## 8.2.11 Postup při zaškolování pacienta

Seznámila jsem pacientku s nutností předoperační přípravy.

Projeveným zájmem o problémy pacientky se snažím pacientku získat pro spolupráci.

Pacientce jsem poskytla obrazové album operačního sálu.

Zajistila jsem pacientce soukromí při zajišťování předoperační přípravy.

Snažila jsem se pochopit a vycházet z pocitů pacientky.

Edukace proběhla na předoperačním pokoji gyn. por. oddělení.

Diskuzí a projeveným zájmem se mi podařilo navázat edukačně – pozitivní vztah, získat její důvěru a rozptýlit nejasnosti týkající se předoperační příprav.

## 8.2.12 Ověření orientovanosti pacienta v problému

Tab. č. 18. Kontrolní otázky pro pacienta

<b>Kontrolní otázky</b>	<b>Správné odpovědi</b>
Proč je důležitá předoperační příprava?	Předoperační příprava je důležitá pro celkově hladký průběh operačního výkonu a dobrý průběh pooperační rekonvalescence.
Co Vám na předoperační přípravě nejvíce vadí?	Zásah v intimních partiích mého těla, ale chápu, že je z hygienických důvodů nezbytný.
Víte co je součástí předoperační přípravy?	Součástí předoperační přípravy je celková koupel, oholení, klyzma a léková příprava před operací.
Víte jak a kdy budete přesunuta na operační sál?	Ano, na patientském vozíku, půl hodiny před operací.
Víte, kdo vás bude provázet na operačním sále?	Perioperační sestra, se kterou jsem již byla seznámena.

## 9 Zhodnocení ošetrovatelské péče

V průběhu předoperační přípravy pacientky byl zjevný posun v jejím přístupu k předoperační přípravě a v náhledu na vlastní budoucnost.

Viditelně kladně hodnotila přístup zdravotnického personálu ke své osobě a přestala odmítat některé výkony, které se jí zdály při příjmu na oddělení nadbytečné. Získala důvěru ke zdravotnickým pracovníkům a začala se těšit na zlepšení svého zdravotního stavu. Dodržovala léčebný režim.

## 10 Prognóza

Prognóza u této pacientky s diagnózou uterus myomatosus crescens je velmi dobrá. Po odstranění dělohy ustanou potíže s tlakem na močový měchýř a dodrží-li dietní opatření (větší přísun vlákniny) dojde postupně k úpravě defekace. Vzhledem k tomu, že při operaci nebyla odstraněna adnexa, nebude nutná hormonální substituce. Budou však vhodné následné preventivní gynekologické prohlídky se zaměřením na velikost ovárií a jejich patologii. Odstraněním dělohy bude také vyřešen problém s protrahovaným menstruačním krvácením. Provedená operace pacientku neinvalidizuje a její sociální a pracovní zařazení bude bez změn. Přes poměrně mutilující zákrok zůstanou ženiny sexuální funkce bez změn. Obvyklá délka pracovní neschopnosti je u laparoskopicky asistované hysterektomie, proběhne-li bez komplikací, 4 až 6 týdnů. U paní D.K. bude vhodná následná spolupráce s ambulantní sestrou u obvodního gynekologa (případné zodpovězení dalších možných otázek týkajících se dalšího partnerského soužití a vhodného povzbuzení k dodržení pravidelnosti při gynekologických prohlídkách). Tato okolnost bude zmíněna v sesterské propouštěcí zprávě.

## Závěr

Překvapivý byl počáteční odpor pacientky k úkonům spojeným s předoperační přípravou. A to především vzhledem k jejím předchozím zkušenostem s hospitalizací na gyn. por. odd. Negativně se stavěla např. k podání klyzmatu či oholení zevního genitálu.

V průběhu ošetrovatelské péče vyplynulo, že odpor souvisí s nepochopením významu jednotlivých úkonů a pocitem ztráty možnosti ovlivnit probíhající činnosti, které se bezprostředně týkají jejího těla a mají vliv na vnímání vlastní důstojnosti. Také strach z neznámého prostředí operačního sálu a operace samotné měl svůj podíl na počátečním postoji pacientky.

Závěrem je třeba znovu zdůraznit, že i zdánlivé maličkosti, jako je oholení ochlupení na genitálu může pacient vnímat jako negativní zásah do integrity své osobnosti. Je-li tento stav umocněn strachem z operačního výkonu a nezvyklého prostředí na operačním sále, kde se personál pohybuje v jednotném oblečení se zakrytou tváří, může dojít k negativním reakcím pacienta, které ovlivní celý průběh léčby.

Proto je citlivý a hlavně individuální přístup zdravotnického personálu nezbytný. Pokud jsou problémy pacienta bagatelizovány, jeho dotazy zůstávají bez odpovědi, může to zcela logicky vyústit ve ztrátu důvěry pacienta ve zdravotnický personál. Případná nespolupráce pacienta pochopitelně podstatným způsobem komplikuje i proces uzdravení.

## Seznam literatury

- BAREŠOVÁ, L. Gynekologie, porodnictví Děložní myomy. *Sestra*, 2005, 15 (4), 47-48.
- BARTOŠOVÁ, L.; ŽIŽKA, Z.; HÁJEK, Z.; KUŽEL, D. Abdominální myomektomie 2200 g vážícího myomu ve 20. týdnu gravidity. *Česká gynekologie*, 2008, 73 (5), 289-293.
- BEDNÁŘ, B. *Patologie*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1980. 682 s. ISBN 08-015-82.
- BROOKS, S. E.; GORDON, N. J. Hysterektomie - hodnocení komplikací a nákladů. *Gynekologie po promoci*, 2004, 4(6), 18-24.
- ČÁMSKÁ, I. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Florance*, 2007, 3 (1), 27.
- DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2nd vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
- ELIŠKOVÁ, M., ŇAŇKA, O. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 08-246-1216-X.
- FUČÍKOVÁ, Z.; MÁRA, M. Embolizace děložních tepen při léčbě myomů z pohledu pacientek. *Česká gynekologie*, 2005, 70 (5), 383-388.
- GIUNTOLI, R.L.; BRISTOW, R.E. Nádory vycházející z hladké svaloviny děložní stěny. *Gynekologie po promoci*, 2006, 6 (6), 16-21.
- HOLUB, Z. *Laparoskopická hysterektomie*. 1. vydání. Praha: Galén, 1999. 112 s. ISBN 80-7262-001-0.
- HOLUB, Z. *Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. 159 s. ISBN 80-7262-045-2.
- HOLUB, Z.; KUŽEL, D. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 232 s. ISBN 80-247-0834-5.
- JENSEN, J.T. Myalgie pánevního dna jako příčina dyspareunie. *Gynekologie po promoci*, 2006, 6 (1), 25-29.
- KŘEPELKA, P. Děložní leiomyom - epidemiologie a léčba. *Gynekolog*, 1999, 9 (6), 256.
- KUBÍNOVÁ, K. a kol. Novinky a perspektivy v radiologické léčbě děložních myomů. *Česká gynekologie*, 2009, 74 (1), 22-26.
- KUŽEL, D. *Gynekologická endoskopie*. 1. vydání. Praha: Galén, 1996. 188 s. ISBN 80-85824-40-X.

- MACKŮ, F. *Kompendium Gynekologických operací*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 1995. 600 s. ISBN 80-7169-154-2.
- MÁRA, M. Děložní myomy. *Myomy diagnostika a léčba* [online]. 2007 [cit. 2009-01-03]. Dostupné z www: <<http://myomy.cz/myomy/71.htm>>
- MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelstva v kocke*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 141 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
- PLUTA, M., et al. Zhoubné nádory děložního těla. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2000, 9 (4), 661.
- PONŤUCH, A. *Gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1984. 380 s. ISBN 08-006-87.
- ROB, L.; MARTAN, A.; CITTERBART, K. *Gynekologie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
- SIEGEL, D. Embolizace děložních tepen v léčbě děložních myomů. *Gynekologie po promoci*, 2006, 6 (5), 50-58.
- SOSNA, O.; KUŽEL, D.; MÁRA, M. Současné poznatky o etiopatogenezi děložních myomů. *Česká gynekologie*, 2008, 73 (3), 184-187.
- STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 08-7184-243-5.
- STŘÍTESKÝ, J.; BOUŠKA, I. *Patologie*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1993. 228 s. ISBN 08-7013-155-1.
- ŠIMKOVÁ, V.; NAVRÁTILOVÁ, E. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra (mimořádná příloha instrumentářka)*, 2007, 17 (4), 3.
- ZÁBRANSKÝ, F. Hysterectomy abdominalis. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2006, 15(2), 207-215.
- ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

## Seznam tabulek

Tab. č. 1. Identifikační údaje pacientky.....	31
Tab. č. 2. Rodinná anamnéza.....	31
Tab. č. 3. Osobní anamnéza.....	32
Tab. č. 4. Gynekologická anamnéza.....	32
Tab. č. 5. Sociální anamnéza.....	33
Tab. č. 6. Vstupní vyšetření.....	33
Tab. č. 7. Gynekologické vstupní vyšetření.....	34
Tab. č. 8. Ordinace lékaře.....	34
Tab. č. 9. Interní vyšetření.....	35
Tab. č. 10. Laboratorní vyšetření krve a moči.....	35
Tab. č. 11. Krvácivost srážlivost.....	35
Tab. č. 12. Vyšetření srdce a plic.....	36
Tab. č. 13. Pokyny anesteziologa.....	36
Tab. č. 14. Rozpis předoperační přípravy.....	37
Tab. č. 15. Dietní rozpis.....	37
Tab. č. 16. Sesterské vstupní vyšetření.....	38
Tab. č. 17. Kontrolní otázky pro sestru.....	52
Tab. č. 18. Kontrolní otázky pro pacienta.....	53



## Seznam použitých symbolů a zkratek

a	arteria
APPE	apendektomie
APTT	aktivovaný parciální tromboplastový test
ATB	antibiotika
AVF	anteverze flexe
BMI	body mass index
BPN	bez patologického nálezu
°C	stupňů celsia
cm	centimetr
CT	počítačová tomografie
DK	dolní končetina
EKG	elektrokardiograf
ery	erytrocyt
g	gram
g/dl	gram na decilitr
Gyn. Por. odd.	gynekologicko-porodnické oddělení
HK	horní končetina
Hm	hmotnost
hod.	hodina
CHCE	cholecystektomie
ICHS	ischemická choroba srdeční
i.m.	intramuskulárně
IUD	intrauterine device
kg	kilogram
KO	krevní obraz
KOLPO	kolposkopické vyšetření
kompl.	komplikace
K2	hodnocení kolposkopického nálezu
LAVH	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
leuko	leukocyt
min.	minuta
mm	milimetr
MRI	magnetická rezonance
n	nodí
odd.	oddělení
P	puls
PC	probatorní curetage
per oper.	per operační
PH	pondrus hydrogeni
RTG	rentgenové vyšetření
RVF	retroverze flexe
S	sakrální
sec.	sekunda
spont.	spontánní
t	tepů
TBC	tuberkulóza
TK	tlak krevní

Th	torakální
TT	tělesná teplota
u/l	jednotek na litr
UPT	umělé přerušeni těhotenství
USG	ultrasonografie
USA	Spojené státy americké
UZ	ultrazvuk
v	vena
VZP	všeobecná zdravotní pojišťovna

# Přílohy

Příloha č. 1. Edukační záznam

Příloha č. 2. Fotodokumentace

# ZÁZNAM O EDUKACI list č. ....



Vypracoval/a: *B. Hájek* ..... Studijní skupina: *3. CVS* ..... Dne: *02.02.09*

Jméno, příjmení: (iniciály)	<i>D. K.</i>		
Lékařská diagnóza:	Oddělení:	<i>Gyn. por. odd.</i>	
1) <i>Menopauz. změny</i>	Edukovaný je:	<input checked="" type="checkbox"/> PA pacient	<input type="checkbox"/> RO rodina
2) <i></i>	Vztah k zařízení:	<input checked="" type="checkbox"/> hospitalizovaný	<input type="checkbox"/> OST ostatní
3) <i></i>		<input type="checkbox"/> ambulantní	
4) <i></i>		<input type="checkbox"/> účastník vzdělávací akce	
5) <i></i>		<input type="checkbox"/> jiné:	
Edukace je zaměřena:	Používání pomůcek, závislost na přístroji:		
<input checked="" type="checkbox"/> vstupní informace	<input type="checkbox"/> naslouchadla		
<input checked="" type="checkbox"/> jednorázové vzdělávání	<input type="checkbox"/> inzulin		
<input type="checkbox"/> průběžné vzdělávání	<input type="checkbox"/> respirační terapie		
<input checked="" type="checkbox"/> reedukace	<input type="checkbox"/> stomie		
<input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input type="checkbox"/> zubní protéza		
<input type="checkbox"/> <i></i>	<input type="checkbox"/> berle/vozik		
<input type="checkbox"/> <i></i>	<input type="checkbox"/> neschopnost řeči		
<input type="checkbox"/> <i></i>	<input checked="" type="checkbox"/> PE		
<input type="checkbox"/> <i></i>	Medikace ovlivňující edukaci: <i>ne</i>		

Forma edukace:	Existující komunikační bariéra:
<input checked="" type="checkbox"/> UK - ukázka	<input type="checkbox"/> smyslová: <input type="checkbox"/> sluch <input type="checkbox"/> zrak <input type="checkbox"/> chuť <input type="checkbox"/> hmat <input type="checkbox"/> čich
<input checked="" type="checkbox"/> LE - letáček	<input type="checkbox"/> fyzická:
<input checked="" type="checkbox"/> VE - verbálně	<input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> cizí jazyk:
<input type="checkbox"/> VI - video	<input type="checkbox"/> řeč, čtení, psaní: <input type="checkbox"/> afázie <input type="checkbox"/> dysfázie <input type="checkbox"/> apraxie <input type="checkbox"/> dyslexie <input type="checkbox"/> koktání
<input type="checkbox"/> TV - televize	<input type="checkbox"/> etnické:
<input type="checkbox"/> PI - písemně	<input type="checkbox"/> duchovní:
<input type="checkbox"/> IN - instrukce	<input type="checkbox"/> psychologické: <input type="checkbox"/> stres <input type="checkbox"/> úzkost <input type="checkbox"/> deprese <input type="checkbox"/> jiné
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Feedback</i>	<input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> afázie: ..... <input type="checkbox"/> jiné
Edukační potřeba v oblasti:	<input type="checkbox"/> iatrogenní <input type="checkbox"/> lékař <input type="checkbox"/> sestra <input type="checkbox"/> jiné
<input type="checkbox"/> 1. vnímání zdraví	<input type="checkbox"/> biorytmus <input type="checkbox"/> „sova“ <input type="checkbox"/> „skřivan“ <input type="checkbox"/> léky <input type="checkbox"/> bolest: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
<input checked="" type="checkbox"/> 2. výživa, metabolismus	<input type="checkbox"/> akutní nemoc <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
<input checked="" type="checkbox"/> 3. vylučování	<input type="checkbox"/> PLANOVANÉ TÉMA EDUKACE: <i>název</i>
<input type="checkbox"/> 4. aktivita, cvičení	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Reedukace - vstupní informace o odd.</i>
<input type="checkbox"/> 5. spánek, odpočinek	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Reedukace - vstupní informace</i>
<input type="checkbox"/> 6. vnímání, smysly	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Spánek - život po operaci</i>
Edukační anamnézu odebral/a, podpis: <i>D. K.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Pouč. nebudí</i>
Dne: <i>02.02.09</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Změna etaty - vyř. v příj. režim, personel, abstr. papr.</i>
	Zdroj informací: <input checked="" type="checkbox"/> <i>pacientka, zdravotník</i>



### EDUKAČNÍ ZÁZNAM - REALIZACE

DATUM Od - do	EDUKAČNÍ POTŘEBA V OBLASTI: (Číslo) TÉMA EDUKACE: (název, vypsát) FORMA EDUKACE: (zkratka)	REAKCE NA EDUKACI: (zkratka)	DOPORUČENÍ/ŘEŠENÍ:	PŘÍJEMCE EDUKACE (vztah k nemocnému)	EDUKÁTOR: (podpis)
	1. <i>Průjem intra-abdominálně - odd. 9 lebeční parazit Forma - VE</i>	<i>VP</i>	<i>Opakovat hosp. odd. Pacientka ke zdravot.</i>	<i>Pacientka</i>	<i>s. Hergancová</i>
	2. <i>Průjem intra-abdominálně - odd. 9 lebeční parazit Forma - VE + Fobakem</i>	<i>VP DT</i>	<i>Zeduplikovat oběhy, aktivně zapojit pátr. zbrusovat</i>	<i>Pacientka</i>	<i>s. Hergancová</i>
	3. <i>Svalová gymnastika po operaci Forma - VE + VE</i>	<i>DT</i>	<i>Kontrolovat UŽFF, k porpadlé referenci zapojit ostatní dětské</i>	<i>Pacientka</i>	<i>s. Hergancová</i>
	4. <i>Průjem intra-abdominálně - odd. 9 lebeční parazit Forma - VE + VE</i>	<i>DT</i>	<i>Opakovat oběhy</i>	<i>Pacientka</i>	<i>s. Hergancová</i>
	5. <i>Změna schůvovných režimů + vitaj. režim, prevence obet.</i>	<i>VP</i>	<i>Kontrolovat vitaj. režim betrasovat</i>	<i>Pacientka</i>	<i>s. Hergancová</i>







### Plán ošetrovateľské péče

č.	II. f. diagnostika		III. f. plánování		IV. f. realizace	V. f. vyhodnocení
	Ošetrovateľská diagnóza	Cíle výsledná kritéria	Intervence	Realizace		
1.	0044P - Strach z úrazu blízké se operace, poranění - el se neblížtem obrovno evý zdravotní	dl - pac. nemá pociť strach z úrazu vl - Pac. má právní schopn dl - h. P. má absolutně int. a anestetizaci do k. dl - pac. má dy zvládne ke zranění. vl - Pac. má právní jas. ke zranění do 4 hod. P. zne klir příjme k. na část zranění.	Zhodnot' pac i strach z úrazu shypni' od 1 do 10 do 2 h. Pobídnit pacienta práce - chý, vrcholky pac i strach. kontaktky klast' k toj int. akcepta.	e. Napsaním' dlk akce dlk akce	e. Napsaním' dlk akce dlk akce	
2.	0001k - Porušené vyžad. vnet z úrazu zranění dl. poranění se částí těla mrdením a poraněním.	dl - pac. má dy zvládne ke zranění. vl - Pac. má právní jas. ke zranění do 4 hod. P. zne klir příjme k. na část zranění.	Pac má právní jas. ke zranění do 4 hod. P. zne klir příjme k. na část zranění.	e. Napsaním' dlk akce dlk akce	e. Napsaním' dlk akce dlk akce	
3.	0001M - Zelená z diuho k. v ar. dlků poranění se zranění a poranění at. tubsta' na floru	dl - pac. má dy zvládne ke zranění. vl - Pac. má právní jas. ke zranění do 4 hod. P. zne klir příjme k. na část zranění.	Pac má právní jas. ke zranění do 4 hod. P. zne klir příjme k. na část zranění.	e. Napsaním' dlk akce dlk akce	e. Napsaním' dlk akce dlk akce	
4.	0010b - Ježiti vnet z dlvoh akce dlvoh akce vnet z dlvoh akce dlvoh akce vnet z dlvoh akce dlvoh akce	dl - pac. má dy zvládne ke zranění. vl - Pac. má právní jas. ke zranění do 4 hod. P. zne klir příjme k. na část zranění.	Pac má právní jas. ke zranění do 4 hod. P. zne klir příjme k. na část zranění.	e. Napsaním' dlk akce dlk akce	e. Napsaním' dlk akce dlk akce	







# TÉMA EDUKACE

<b>TÉMA EDUKACE:</b>	.....		
<b>EDUKÁTOR:</b>	Dětské - slyšení vyznání e adal. Průběžně - příprava, sledování. Metodicky, záměr, obsah, realizace.		
<b>EDUKANT:</b>	s. Kaganová		
<b>PODMÍNKY:</b>	organizace		
<b>ČAS:</b> od - do	podle požadavků		
<b>VYUKOVÉ CÍLE:</b> kognitivní, afektivní, psychomotorické	kognitivní, afektivní		
<b>ORGANIZAČNÍ FORMA:</b>			
	<input checked="" type="checkbox"/> individuální	<input type="checkbox"/> týmová	<input type="checkbox"/> diferencovaná
	<input type="checkbox"/> skupinová	<input type="checkbox"/> hromadná	<input type="checkbox"/>
<b>DIDAKTICKÉ POMŮCKY:</b>			
	<input type="checkbox"/> model	<input checked="" type="checkbox"/> textový materiál	<input type="checkbox"/> televize
	<input checked="" type="checkbox"/> zobrazení	<input type="checkbox"/> počítač	<input type="checkbox"/>
<b>POUŽITÉ METODY:</b>			
<b>METODY:</b>	a) SLOVNÍ (např. vysvětlení, přednáška, rozhovor, diskuse, dramatizace, písemná práce, práce - učebníci, knihou, letákem aj) b) NÁZORNĚ DEMONSTRACNÍ (např. pozorování, předvádění, modely, demonstrace obrázků, projekce, TV, video aj) c) PRAKTICKÉ ČINNOSTI: (např. nácvik pohybových činností, nácvik pracovních dovedností, grafické a výtvarné činnosti)		
<b>OBSAH TÉMATU:</b>			
1.	Dětské - slyšení vyznání e adal. Průběžně - příprava, sledování. Metodicky, záměr, obsah, realizace.		
2.	Dětské - slyšení vyznání e adal. Průběžně - příprava, sledování. Metodicky, záměr, obsah, realizace.		
3.	Dětské - slyšení vyznání e adal. Průběžně - příprava, sledování. Metodicky, záměr, obsah, realizace.		
4.	Dětské - slyšení vyznání e adal. Průběžně - příprava, sledování. Metodicky, záměr, obsah, realizace.		
5.	Dětské - slyšení vyznání e adal. Průběžně - příprava, sledování. Metodicky, záměr, obsah, realizace.		
<b>MOTIVACE K VÝUCE:</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>			
<b>OVĚŘOVÁNÍ ÚROVNĚ DOSAŽENÝCH CÍLŮ U EDUKANTA:</b>			
	<input checked="" type="checkbox"/> průběžně	<input type="checkbox"/> dílčí	<input type="checkbox"/> závěrečné
	<input checked="" type="checkbox"/> rozhovorem	<input type="checkbox"/> testem	<input type="checkbox"/> analýzou modelových úloh
	<input type="checkbox"/> zkoušením	<input type="checkbox"/> srovnáním	<input type="checkbox"/> kladením otázek
	<input type="checkbox"/> prezentací	<input type="checkbox"/> obhajobou	<input type="checkbox"/> individuální výstup
	<input type="checkbox"/> předvedením	<input type="checkbox"/> učení ostat.	<input type="checkbox"/> srovnání s ostatními eduk.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> praktické provedení
<b>EFEKT - EVALVACE VÝSLEDKŮ VÝUKY EDUKÁTOREM:</b>			
	<input checked="" type="checkbox"/> ÚPLNĚ	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNĚ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNY
<b>SEBEHODNOCENÍ EDUKOVANÉHO: EFEKT</b>			
	<input checked="" type="checkbox"/> ÚPLNĚ	<input type="checkbox"/> ČÁSTEČNĚ	<input type="checkbox"/> ŽÁDNY
<b>DOPORUČENÍ:</b> Průběžně - příprava, sledování. Metodicky, záměr, obsah, realizace.			
DNE:			
EDUKACI PROVEDL/A podpis: <i>Sy</i>			

Příloha č. 2. Fotodokumentace  
Vozík na transport pacienta



Předsálí operačního traktu



Anesteziologická přípravná



Administrativní pracoviště instrumentárek





Operační sál pro vaginální výkony



Operační sál pro abdominální výkony



Operační poloha k vaginálnímu výkonu



Operační poloha k laparoskopickému výkonu

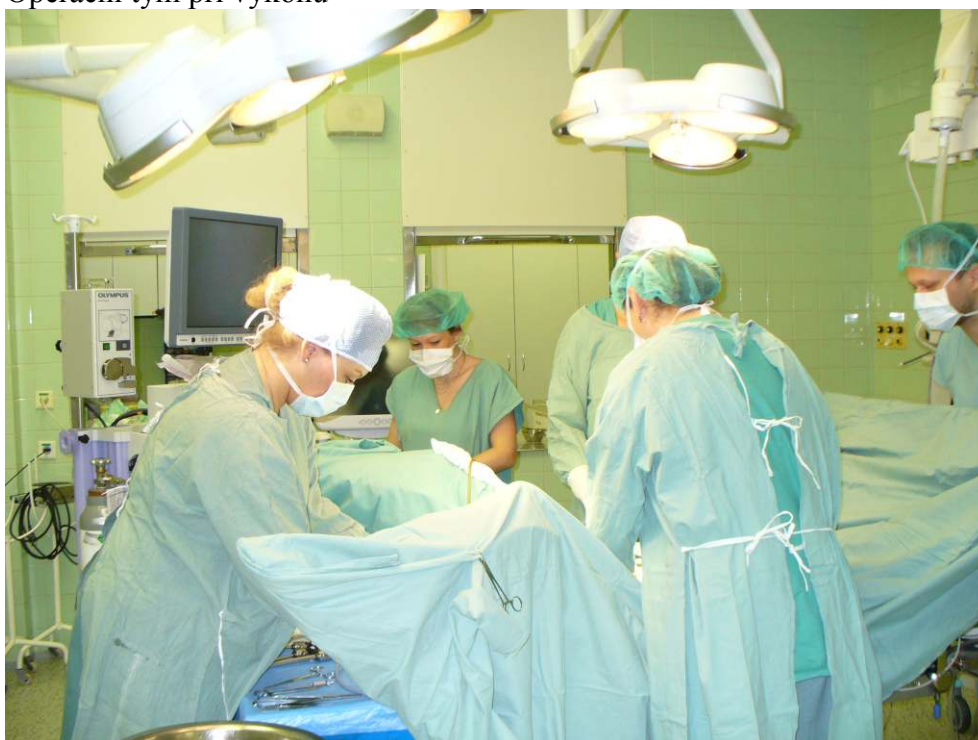




Operační poloha k abdominálnímu výkonu



Operační tým při výkonu



Pracoviště anesteziologa

