

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DĚTSKOU
PACIENTKU S DIAGNÓZOU JUVENILNÍ
METRORAGIE**

Bakalářská práce

ANNA PECHÁČOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová

Studijní obor: Porodní asistentka

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 31. 3. 2010

Datum obhajoby práce:

Praha 2010

Čestné prohlášení

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

V Praze dne:

.....

Pecháčová Anna

PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se na problematiku péče o dětskou pacientku s diagnózou juvenilní metroragie. Chceme poukázat na skutečnost, že otázce juvenilní metroragie není věnována dostatečná pozornost ze strany lékařů, ale je zároveň podceňována samotnými pacientkami a jejich nejbližším okolím. Pokusím se vysvětlit jednotlivé problémy týkající se péče o dětskou pacientku s juvenilní metroragií a nastínit možnosti jejich řešení.

Výběr daného tématu byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence a také absolvováním klinické praxe na oddělení konzervativní gynekologie gynekologicko – porodnické kliniky Fakultní nemocnice v Motole v Praze. Podklady pro práci jsem čerpala nejen z knižních, ale hlavně časopiseckých zdrojů.

Práce by mohla být podnětná pro studentky oboru porodní asistentka, zdravotnickému personálu, ale i samotným pacientkám a jejich rodičům.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Reně Hanušové za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracování tohoto textu.

ABSTRAKT

PECHÁČOVÁ, Anna. *Ošetrovatelská péče o dětskou pacientku s diagnózou juvenilní metroragie*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová, Praha. 2010. s. 66.

Tématem bakalářské práce je kasuistika pacientky s onemocněním juvenilní metroragií. Teoretická část je zaměřena na fyziologii menstruačního cyklu, na jeho poruchy a samotnou juvenilní metroragii. Poukazuje také na to, že toto onemocnění, jeho komplikace a hlavně prevence komplikací je v rukách lékařů, ale z velké části i samotných pacientek.

Empirická část obsahuje ošetrovatelskou péči dle M. Gordonové u dětské pacientky s diagnózou juvenilní metroragie na oddělení konzervativní gynekologie, která byla z důvodu opakující se hospitalizace hospitalizována již podruhé za jeden měsíc.

Klíčová slova: Dětská gynekologie. Juvenilní metroragie. Menstruační cyklus.

ABSTRACT

PECHÁČOVÁ, Anna. *Nursing care about child's patient with metrorrhagia juvenilis diagnosis. Prague, 2010. Bachelor's work. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Praha. Bachelor in midwife. Tutor: PhDr. René Hanušová.*

The dominant theme of my bachelor's work is disorder problem of metrorrhagia juvenilis. The theoretic part drala with the physiology of menstrual cycle, its disorders and the mere metrorrhagia juvenilis. It's also focused on the fact that disorder, comlication and especially prevention of complication are not only in hands of doctors.

The empirical part includes nursing care in child patient with metrorrhagia juvenilis diagnosis which was contet of diagnosis hospitalized twice in one month in the department of konservative genealogy by M. Gordonová.

Keywords: Child gynekology. Menstrual cycle. Matrorrhagie juvenilis.

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 ANATOMIE	13
1.1 ZEVNÍ RODIDLA	13
1.2 VNITŘNÍ RODIDLA	14
2 GYNEKOLOGIE DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH	15
2.1 ROZDĚLENÍ DĚTSKÉHO VĚKU	15
2.1.1 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ.....	15
2.1.2 Klidové období.....	16
2.1.3 Období pohlavního dospívání	16
3 MENSTRUAČNÍ CYKLUS.....	17
3.1 ŽENSKÉ HORMONY.....	17
3.2 FYZIOLOGICKÝ MENSTRUAČNÍ CYKLUS	18
3.2.1 Menarche	19
3.2.2 Ovariální cyklus	19
3.2.3 Děložní cyklus	20
3.2.4 Vaginální cyklus.....	21
3.3 PORUCHY MENSTRUAČNÍHO CYKLU	21
3.3.1 Poruchy rytmu menstruačního cyklu	21
3.3.2 Amenorea	22
3.3.3 Poruchy intenzity a délky krvácení	22
3.3.4 Přidatné krvácení.....	23
3.3.5 Dysfunkční krvácení.....	23
3.3.6 Dysmenorea.....	23
3.3.7 Anovulační krvácení.....	24
4 JUVENILNÍ METRORAGIE – METRORRHAGIA JUVENILIS	25
4.1 ETIOPATOGENEZE JUVENILNÍ METRORAGIE.....	25
4.2 KLINICKÝ OBRAZ	26
4.3 DIAGNOSTIKA	27
4.4 LÉČBA	28
4.4.1 Chirurgická léčba	28
4.4.2 Konzervativní léčba.....	28
4.5 PROBLEMATIKA HOSPITALIZACE DĚTSKÉ PACIENTKY NA GYNEKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ	30

4.5.1 Vyšetření gynekologem	31
4.6 PREVENCE.....	32
EMPIRICKÁ ČÁST	37
5 ANAMNÉZA	37
5.1 RODINNÁ ANAMNÉZA.....	37
5.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA.....	37
5.3 ALERGICKÁ ANAMNÉZA.....	37
5.4 FARMAKOLOGICKÁ ANAMNÉZA	37
5.4 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA	37
5.5 GYNEKOLOGICKÁ ANAMNÉZA.....	38
5.6 NYNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:	38
6 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL DLE MARJORY GORDON.....	40
7 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE	42
8 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA.....	44
8.1 VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ.....	44
8.2 VÝŽIVA A METABOLISMUS	44
8.3 VYLUČOVÁNÍ – MOČE, STOLICE, POTU	45
8.4 AKTIVITA, CVIČENÍ	45
8.5 SPÁNEK, ODPOČINEK.....	46
8.6 VNÍMÁNÍ	46
8.7 SEBEPOJETÍ.....	46
8.8 ROLE, MEZILIDSKÉ VZTAHY.....	47
8.9 SEXUALITA, REPRODUKČNÍ SCHOPNOSTI	47
8.10 STRESOVÉ A ZÁTĚŽOVÉ SITUACE.....	48
8.11 VÍRA, ŽIVOTNÍ HODNOTY.....	48
9 PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	49
9.1 PRVNÍ DEN HOSPITALIZACE (16. 1. 2009).....	49
9.1.1 Plán péče	49
9.1.2 Medikace	52
9.1.3 Ostatní ordinace:.....	52
9.1.4 Ošetřovatelská péče	52
9.2 DRUHÝ HOSPITALIZAČNÍ DEN (17. 1. 2009).....	53
9.2.1 Plán péče	53
9.2.2 Medikace	55
9.2.3 Ošetřovatelská péče	55

9.3 TŘETÍ HOSPITALIZAČNÍ DEN (18. 1. 2009)	56
9.3.1 Plán péče	56
9.3.2 Medikace	56
9.3.3 Ošetrovatelská péče	56
9.4 ČTVRTÝ HOSPITALIZAČNÍ DEN (19. 1. 2009)	57
9.4.1 Medikace	57
9.4.2 Ošetrovatelská péče	57
9.4.3 Výsledky vyšetření	57
9.5 PÁTÝ HOSPITALIZAČNÍ DEN (20. 1. 2009).....	58
9.5.1 Plán péče	58
9.5.2 Medikace	58
9.5.3 Ošetrovatelská péče	58
9.6 ŠESTÝ HOSPITALIZAČNÍ DEN (21. 1. 2009).....	59
9.6.1 Propouštěcí zpráva	59
11 NÁVRH PRO PRAXI.....	61
12 ZÁVĚR.....	62
POUŽITÁ LITERATURA	64
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Schéma anatomie pohlavních orgánů ženy

Obrázek 2 Ukázka správného vedení menstruačního kalendáře

Obrázek 3 Menstruační kalendář s léčbou juvenilní metroragie

SEZNAM ZKRATEK

amp.....	ampule
apod.....	a podobně
cm.....	centimetry
č.....	číslo
dg.....	diagnóza
FF.....	fyziologické funkce
FSH.....	folikulo stimulační hormon
hCH.....	lidský choriový gonadotropin
HCT.....	hematokryt
HGB.....	hemoglobin
hod.....	hodina
inf.....	infuze
i.v.....	intra venózně
kg.....	kilogram
KO.....	krevní obraz
LH.....	luteinizační hormon
min.....	minuta
ml.....	mililitr
např.....	například
obr.....	obrázek
p.o.....	per os
prof.....	profesor
tbl.....	tablety
TF.....	tepová frekvence
TK.....	tlak krve
TRF.....	transfuze
TT.....	tělesná teplota
tzv.....	takzvaný
UZ.....	ultrazvuk
ZŠ.....	základní škola

ÚVOD

Menstruace je pravidelné každoměsíční krvácení, které provází ženu celým jejím fertlím obdobím a bývá považováno za znak plodnosti. Každá žena menstruaci „prožívá“ jinak, u žádné neprobíhá stejně. Jsou ženy, které jsou v době menstruace bez potíží a mohou se věnovat svým obvyklým aktivitám. Je ale bohužel mnoho žen, které jsou menstruací pro nejrůznější problémy značně omezeny. Poruchy menstruačního krvácení patří mezi nejčastější problémy, se kterými ženy docházejí do ordinací gynekologů. Příčiny těchto nepravidelností mohou být fyziologické, ale mohou být také příznakem onemocnění. Každý typ poruchy vyžaduje důkladné vyšetření a odpovídající léčbu. Některé poruchy menstruace s vyskytují častěji v určitých věkových kategoriích, tak jako tomu je v případě tzv. juvenilní metroragie. Vzhledem k tomu, že se jedná o onemocnění u mladých dívek, často ještě děvčátek, má přístup k pacientce a její léčba zvláštní specifika. Prvním lékařem se kterým se gynekologicky nemocné dívka setká je ve většině případů pediatr. Je tedy nezbytné, aby byl dětský lékař seznámen s problematikou a symptomatologií gynekologických patologií a při svých diferenciálně diagnostických rozvahách na ně také myslel. Neznalost nebo malé povědomí dětského lékaře či obvodního gynekologa o tomto onemocnění může mít leckdy nepříznivé důsledky ohrožující dívku na zdraví. Důležitý je také citlivý přístup personálu k dětské pacientce, neboť její psychický stav odpovídá věku a onemocnění.

Za cíl své práce považuji snahu najít největší a nejzávažnější nedostatky jak v nemocniční, tak v ambulantní a také „domácí“ péči. Tyto nedostatky jsem se snažila nastínit a navrhla jsem řešení, které nezabrání onemocnění, ale v rámci prevence může předejít jeho vážným komplikacím.

V teoretické části jsem se zaměřila na vysvětlení základních pojmů. Zaměřila jsem se především na popis onemocnění, jeho diagnostiku, léčbu a prevenci. Již v této části poukazuji na určité nedostatky v práci lékařů a sester a zároveň na bagatelizaci a podceňování nemoci samotnými pacientkami nebo jejich rodiči.

V praktické části jsem se věnovala kasuistice dětské pacientky, která byla pro juvenilní metroragii opakovaně hospitalizovaná na oddělení konzervativní gynekologie gynekologicko – porodnické kliniky Fakultní nemocnice v Motole v Praze. V rámci popisu jejího případu jsem si potvrdila poznatky získané studiem odborných článků a názorů lékařů, což zmíním v závěru své práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie

Pohlavní orgány ženy se dělí na zevní a vnitřní. Jak zevní, tak vnitřní orgány se mění pod vlivem hormonů, přičemž největšími změnami prochází v období prepuberty a puberty (2, 4)

1.1 Zevní rodidla

Hrma (mons pubis) je tuková vrstva před stydkou sponou v dolní části podbřišku. Od puberty je ochlupená (2, 4).

Velké stydké pysky (labia pudendi maiora) jsou kožní valy vedoucí od hrmy směrem ke konečníku. Jsou řídce ochlupené. V jejich zadní části jsou uloženy žlázy, které produkují hlenovou látku a zajišťují tak při sexuálním vzrušení vlhnutí (2, 4).

Malé stydké pysky (labia pudendi minora) jsou uloženy mediálně od velkých stydkých pysků a jsou tvořeny elastickým vazivem a žilní sítí. Jsou kryty neochlupenou jemnou kůží (2, 4).

Poštěváček (klitoris) se nachází na vrcholu srůstu malých stydkých pysků. Je to topořivé tělíčko, které má svou funkci hlavně při pohlavním vzrušení, kdy se jeho stimulací obvykle dosáhne orgasmu (2, 4).

Panenská blána (hymen) je slizniční řasa v oblasti poševního vchodu. Poruší se většinou až při prvním pohlavním styku, kdy je deflorace doprovázena slabým krvácením (2, 4).

1.2 Vnitřní rodidla

Pochva (vagina) je spojením mezi vnějšími a vnitřními rodidly. Je to trubicový orgán se šěrbinovitou dutinou. Ční do ní část hrdla, zvaná „děložní čípek“, která tvoří klenby poševní (viz. obr. 1) (2, 4, 6).

Děloha (uterus) je dutý svalový orgán, ve kterém se v těhotenství vyvíjí plod. Její vnitřní část je vystlána endometriem, které každý měsíc od menarche prodělává cyklické změny až do menopauzy (viz. obr. 1) (2, 4, 6).

Vejcovody (tubae uterinae) jsou párové trubice přibližně 10 – 15 cm dlouhé, které slouží k transportu vajíčka (oplozeného či neoplozeného) do dělohy (viz. obr. 1) (2, 4, 6).

Vaječníky (ovaria) patří žlázy s vnitřní sekrecí. Jsou to párové orgány, jejichž velikost se s věkem mění. V produktivním věku je jejich funkcí tvořit a uvolňovat vajíčka a produkovat sexuální hormony na nichž závisí menstruační cyklus (viz. obr. č. 1) (2, 4, 6).



Obrázek 1 Schéma anatomie vnitřních pohlavních orgánů ženy (20).

2 Gynekologie dětí a dospívajících

Gynekologie dětí a dospívajících je podobor gynekologie a porodnictví. Je zaměřena na prevenci poruch budoucí ženské plodnosti. Toto období je odlišné od toho dospělého hlavně proto, že se týká pohlavních orgánů, které se pod vlivem hormonů zcela mění (13).

Zakladatelem dětské gynekologie u nás i ve světě byl český lékař a vědec, profesor Rudolf Peter (1900 – 1966), který otevřel v roce 1942 – 1943 v Praze gynekologickou ambulanci pro dětskou gynekologii. Ta byla vůbec první svého druhu ve světě a profesor Rudolf Peter se tak stal zakladatelem dětské gynekologie, dnes nazývané gynekologie dětí a dospívajících (5).

2.1 Rozdělení dětského věku

Dětský věk v gynekologii není rozdělen podle věku dívky, ale podle hormonů, které v té určité době působí nebo naopak nepůsobí.

2.1.1 Novorozenecké období

Při prenatálním vývoji proudily k plodu přes pupečník mateřské estrogenu. Po narození trvá asi tři dny než se z těla dítěte vyloučí. V té době se u dívek může objevit slabé krvácení z vagíny, které je fyziologické a pochází z rozpadajícího se endometria, které zbytnělo vlivem mateřského estrogenu. Děvčátka se také rodí se zduřelým zevním genitálem a z pochvy může vytékat *fluor neonatalis*. Z nadbytku estrogenu jsou také zduřelé prsní žlázy a to i u chlapců. Děloha novorozence má dvakrát větší hrdlo než tělo (2, 6).

2.1.2 Klidové období

V tomto období je hladina estrogenů velmi nízká – prakticky nulová. Tělesně se děvčata neliší od chlapců. Děloha je stále ve stejném poměru jako v období novorozeneckém (*uterus infantilis*) (1, 6).

2.1.3 Období pohlavního dospívání

Změny spojené s dospíváním začínají kolem devátého roku, ale jsou značně individuální. V této době začnou vyzrávat sexuální centra v hypotalamu a přes hypofýzu se aktivují vaječníky k vlastní tvorbě estrogeneru. Estrogen způsobí změny na rodidlech a začne vytvářet druhotné pohlavní znaky jako je ochlupení, postupné zvětšování prsní žlázy a ukládání tuku na typicky ženských místech. Postupně se orgány a tkáně vyvíjí až do období plné ženské zralosti a tomuto procesu se říká puberta(1, 6).

Na zevních rodidlech se změny projeví zduřením, pochva proliferuje a stává se prostornější a proporcionálně se přestavuje děloha, která je stejně objemná jako děložní hrdlo (*uterus pubertalis*) (1, 6).

3 Menstruační cyklus

Jak řekl pan Profesor Rudolf Peter, menstruace je pláčem zklamané dělohy, která se marně připravovala na těhotenství (5).

Menstruační cyklus je cyklicky opakující se koloběh na ženských pohlavních orgánech, jehož trvání je v průměru 28 dní. Považuje se za opakovanou přípravu k oplodnění a následnému těhotenství (2, 4, 5, 6).

Je ovlivňován několika hormony, které zajišťují jeho funkci.

3.1 Ženské hormony

Hormony jsou látky, které v lidském těle zajišťují růst a správné funkce jednotlivých orgánů. Jsou produkovány žlázami s vnitřní sekrecí (2, 6).

Existují dva hlavní typy ženských sexuálních hormonů. Jsou to estrogeny a gestageny (2, 6).

Estrogeny jsou skupina steroidů. Má tři hlavní druhy, kterými jsou estradiol, estriolu a estron. Jsou to ženské primární hormony, které se ale v malém množství vyskytují i u mužů. Vznikají produkcí ve vaječnicích, ve žlutém tělísku a v placentě. Malé množství vzniká i v játrech, nadledvinkách a prsech. Hodnoty estrogenů se mění v průběhu celého života ženy, ale také během každého menstruačního cyklu, kdy je jeho hodnota nejvyšší před ovulací. Mají stimulační a proliferační účinek na pohlavní orgány, vyvíjí sekundární pohlavní znaky, přidatné reprodukční orgány a svůj účinek má také na metabolismus (2, 6).

Gestageny (hlavním přirozeným gestagenem je progesteron) jsou produkovány hlavně žlutým tělískem (corpus luteum) ve druhé polovině menstruačního cyklu. Dále v trofoblastu, v placentě a v malém množství nadledvinkami. Jeho hlavním úkolem je příprava a udržení těhotenství. Působí na endometrium, myometrium

a děložní hrdlo. Pokud nedojde k oplodnění ke konci menstruačního cyklu, hladina klesá, v opačném případě stoupá (2, 6).

Prolaktin je uvolňován z adenohipofýzy. Způsobuje změny v prsní žláze a zahajuje laktaci. Fyziologicky je jeho hladina zvýšená v graviditě a při laktaci. Pokud je tato hodnota zvýšená i mimo tyto případy, je častou příčinou neplodnosti a amenorei. Vylučování probíhá ve dvacetí - čtyř hodinovém rytmu a nejvyšší hladiny dosahuje kolem půlnoci (2, 6).

Dalšími hormony, s jejichž názvem se při této problematice setkáme, jsou FSH (folikulostimulační hormon) a LH (luteinizační hormon). Oba hormony jsou produkovány v hypofýze. Vzájemně se doplňují při kontrole ovariálních funkcí, způsobují ovulaci a přispívají k rozvoji žlutého tělíska (2, 6).

FSH podporuje růst folikulů ve vaječnicích a tvorbu estrogenu. Jeho hladina cyklicky kolísá. Tím, že zvýší hladinu pohlavních steroidů je zodpovědný za ovulaci (2, 6).

LH podporuje rozvoj žlutého tělíska, které poté produkuje zvyšující se množství progesteronu a estradiolu. V těhotenství jeho přebírá hCG, který podporuje sekreci progesteronu žlutým tělískem (2, 6).

3.2 Fyziologický menstruační cyklus

Menstruační cyklus je souborem více cyklů, při kterých se mění hladiny hormonů tak, aby každý měsíc došlo k menstruaci. Mezi tyto cykly patří cyklus ovariální, děložní (endometriální cyklus, myometrální cyklus, cervikální cyklus) a vaginální cyklus (2, 5, 6).

Menstruace trvá přibližně 3 – 5 dní, ale toleruje se i 1 – 8. V této době proběhne fáze deskvamační a regenerační. Normální menstruační cyklus je takový, který splňuje následující podmínky:

- interval mezi krvácením je 21 – 35 dní

- délka krvácení je 2 – 8 dní
- krevní ztráta nepřesahuje 80 ml
- 10 – 14 dní před menstruací nastává ovulace, následovaná normální funkcí žlutého tělíska

Během menstruace by neměla ztráta krve přesáhnout 80 ml. Větší opakované ztráty vedou k sideropenické anémii (z nedostatku železa) (2, 5, 6).

3.2.1 Menarche

Menarche znamená první menstruace. V naší zemi se objevuje v průměru mezi 12. a 14. rokem. První menstruace často bývá slabá a trvá třeba jen jediný den (2, 5, 6).

Jsou určité faktory, které menarche ovlivní. Patří mezi ně například dědičnost. To znamená, že se dá očekávat určitá podobnost cyklu dívky s cyklem matky. Dalším faktorem je podváha nebo naopak obezita. Oba váhové extrémy také ovlivňují nástup první menstruace. Nadváha ho většinou urychlí a podváha oddálí. U dívek, které hodně sportují, je menarche obvykle později. Mezi další faktory lze zařadit například stres (2, 5, 6).

V odlišných kulturách se na první menstruaci pohlíží odlišně. My považujeme menstruaci za běžný vývoj a je proto brána jako samozřejmá a fyziologická věc. V jiných kulturách, například v Africe, se pořádají rituály, které probíhají podle tamních tradic. Někde se menstruační krev musí pít, někde je dívka po první menstruaci provdána, podle jiných zvyklostí se menstruuující ženy nesmí koupat, jinde musí být menstruuující ženy pohromadě a nesmí se stýkat s ostatními a jinde zase muži dívkám zpívají pod okny (2, 5, 6).

3.2.2 Ovariální cyklus

Je cyklus, který se odehrává v ovariích. Současně s ním probíhají ostatní menstruační cykly. Základní jednotkou ovaria je folikul, který obsahuje ovocyt.

V každém cyklu se zvětšuje několik folikulů, ale pouze jeden z nich začíná v ovariu růst rychleji a tím vznikne folikul dominantní (asi kolem 6. dne). Z tohoto dominantního folikulu se stane Graafův folikul, uvnitř kterého je zralé vajíčko, folikulární tekutina a folikulární buňky. Přibližně 12. – 15. den folikul praskne a do vejcovodu se uvolní vajíčko. Uvolnění vajíčka se nazývá ovulace. Folikulární buňky syntetizují estrogény a po ovulaci se vyvíjí corpus luteum. Corpus luteum syntetizuje další hormony, kterým je zejména progesteron. Tyto děje přímo ovlivňují gonadotropiny FSH a LH. (příloha B) (2, 5, 6).

V ovariu hormony vznikají, ale také jsou cílovým orgánem pro pohlavní steroidy. Z toho vyplývá, že všechny tyto hormony se účastní na vzniku folikulu, ovulace a corpus luteum. (příloha B) (2, 5, 6).

Pokud dojde k oplodnění vajíčka, buňky žlutého tělíska začnou produkovat progesteron a vyživovat sliznici dělohy. Pokud k oplodnění nedojde, stává se ze žlutého tělíska tělísko bílé a cyklus se opakuje (2, 5, 6).

3.2.3 Děložní cyklus

Děložní cyklus je cyklus, který zahrnuje změny na endometriu (děložní sliznici), myometriu (svalová vrstva děložní sliznice) a cervixu (čípku) (2, 5, 6).

Nejzásadnější a nejdůležitější je endometriální cyklus. Ten je zahájen proliferační fází, která způsobí přibližně 5. den menstruačního cyklu proliferaci žlázek, cév a povrchového epitelu. Endometrium dosahuje výšky 3 – 5 mm (2, 5, 6).

Následuje fáze sekreční, která trvá od 15. do 26. dne. Endometrium se mění z proliferačního na sekreční a měří v průměru 7 mm. V této fázi probíhá ovulace a endometrium se připravuje na případnou nidaci (2, 5, 6).

Při menstruační fázi dojde k degenerativním změnám na endometriu. Přibližně 26. den dojde ke spazmu arteriol, který za pár hodin povolí, ale už zanechá

poškozenou stěnu cév. Poté začne odcházet z dělohy přes pochvu menstruační krev, která obsahuje nekrotickou sliznici endometria a krev (2, 5, 6).

Při myometrálním cyklu probíhají spontánní kontrakce myometria, které se během menstruace podílí na odlučování sliznice, vypuzování obsahu děložní dutiny a na zástavě krvácení (2, 5, 6).

Cervikální cyklus také prodělává cyklické změny, ale jeho sliznice se při menstruaci neodlučuje. Značné změny prodělává cervikální hlen, který se mění v průběhu cyklu. mění se jak jeho biochemické, tak biofyzikální vlastnosti hlenu. Mění se jeho viskozita a tažnost. V době ovulace je průnik cervikálním kanálem pro spermie nejrychlejší (2, 5, 6).

3.2.4 Vaginální cyklus

Poševní epitel je citlivý na stimulaci pohlavními hormony a mění svou výšku a hustotu v průběhu cyklu. Tyto změny jsou shodné s cyklem ovariálním. Vrcholné proliferace poševní sliznice dosáhne při maximální tvorbě estrogenů v ovariu. Naopak v luteální fázi se povrchové buňky poševní sliznice odlučují (2, 5, 6).

3.3 Poruchy menstruačního cyklu

Do poruch menstruačního cyklu řadíme všechna krvácení, která probíhají mimo cyklus, v jiné intenzitě.

3.3.1 Poruchy rytmu menstruačního cyklu

Polymenorea je krvácení, které je ve zkráceném cyklu. Interval je i pod 23 dní, některé zdroje uvádějí, že se jedná o krvácení častější než jednou za 21 dní. Cyklus může být ovulační i anovulační (2, 11).

Oligomenorea je krvácení, které je při prodlouženém cyklu. Krvácení je v intervalu delším než 35 dní a kratším než 90 dní., často je kratší a má slabší intenzitu. Je vhodné rozlišit ovulační a anovulační oligomenorey (2, 11).

3.3.2 Amenorea

Primární amenorea je takový stav, kdy dívka nezačala menstruovat do 15 let svého věku. Příčiny mohou být genetické nebo může být porušen hypotalamo – hypofyzární systém (2, 11).

Sekundární amenorea je absence menstruačního krvácení po různě dlouhém období spontánních cyklů. Výjimkou je těhotenství. Příčinou bývají stavy, které ovlivňují hladinu estrogenu (stres, úbytek na váze, nemoc...), poruchy hypofýzy, nadledvin nebo štítné žlázy a nádorová onemocnění (2, 11).

3.3.3 Poruchy intenzity a délky krvácení

Hypermenorea je silné krvácení, často i v koagulech, provázené ztrátou větší než 80 ml a někdy delší než 7 – 8 dní¹. K jeho příčinám se řadí například poruchy krevní srážlivosti, hypertenze, děložní nádory a poruchy ovariální sekrece (2, 11).

Hypomenorea je krvácení slabé a obvykle i kratší. Často se vyskytuje po chronických zánětech. Je vhodné rozlišit hormonálně normální ovulační hypomenoreu a hypomenoreu při hormonální dysfunkci (2, 11).

¹ V běžné klinické praxi je objektivní změření krevní ztráty téměř nemožné (zhruba se lze orientovat podle počtu použitých vložek, za „nadměrné“ krvácení se považuje takové, které vede k známám anemie nebo které žena hodnotí jako důvod k terapii. Jeli krvácení delší než 8 dní, můžeme mluvit o menoragii (23).

3.3.4 Přidatné krvácení

Intermenstruační krvácení je slabé a krátce trvající krvácení v termínu ovulace (2, 11).

Premenstruační krvácení je obvykle ve formě špinění několik dní před začátkem menstruace. Příčinou je nedostatečná funkce žlutého tělíska (2, 11).

Postmenstruační krvácení je špinění nebo slabé krvácení navazující na menstruační krvácení. Jeho příčinou je zánět nebo zpoždění výstavby děložní sliznice (2, 11).

3.3.5 Dysfunkční krvácení

Za dysfunkční krvácení lze považovat krvácení z (hyper)proliferálního endometria u anovulačních cyklů, často po epizodě několikátýdenní absence menstruace, při nepřítomnosti organické příčiny nebo systémového onemocnění. Je to nepravidelné krvácení, při němž se mění intenzita a jednotlivé intervaly mezi krváceními.

U juvenilní metroragie chybí v děloze anatomická příčina která by nepravidelné krvácení vysvětlovala (myom, endometriální polyp, maligní nádor), u dospělých žen, bývá velmi naopak častou příčinou (2, 11).

Acyklické anovulační krvácení se vyskytuje nejčastěji po menarche v podobě juvenilní metroragie a v perimenopauze (2, 11).

3.3.6 Dysmenorea

Dysmenorea je bolestivá menstruace s bolestmi v oblasti podbřišku a někdy i v podobě křížových bolestí. Ženy je mohou pociťovat již od menarche nebo se tyto bolesti objevují až později. Podle toho se dělí na primární a sekundární. Primární vzniká při menarche nebo do dvou let po jejím počátku a její příčina není

zcela známa. Většinou vymizí po porodu nebo s přibývajícím věkem. Sekundární dysmenorea má za příčiny patologické jevy jako například myomy či polypy v dutině děložní. V tomto případě je nutné příčinu najít a odstranit ji (2).

3.3.7 Anovulační krvácení

Anovulační krvácení je obvykle nepravidelné krvácení, jemuž nepředchází kompletní ovariální a endometriální cyklus. Zralý folikul nepraskne, nevytvoří se žluté tělísko a není tvořen progesteron. Krvácí jen hyperproliferační sliznice. Fyziologicky je v období po menarche a v perimenopauze. U některých žen to může být příčinou neplodnosti (2).

4 Juvenilní metroragie – Metrorrhagia juvenilis

Jedná se o dysfunkční děložní krvácení, jež se vyskytuje u mladých dívek, které jsou v pubertě až postpubertě. Etiologicky a patogeneticky je téměř shodná s perimenopausálním krvácením u dospělých žen.. U juvenilního krvácení se ovšem díky věku vyskytují zvláštnosti v jejím průběhu, terapii i léčbě.

Juvenilní metroragie se nejčastěji vyskytuje v prvních šesti měsících po menarche a se stabilizací hormonální sekrece během jednoho až dvou let výskyt klesá (9, 11).

Před metrorágií je obvykle delší období oligomenorey. Dívka silně krvácí (20 vložek za den, prokrváčené lůžko, krvácení v koagulech) (9, 10, 11).

Tato porucha není vzácná, ale je často opomíjená či následně špatně léčená. Není výjimkou, že dívka přijde k dětskému gynekologovi již v různém stupni chronické ztrátové anemie, jež za extrémní situace může způsobit zpětně snížený tonus děložního svalu a tím způsobit „začarovaný kruh“. Obvodní gynekologové se s touto problematikou často neseškávají a proto se v léčbě často přiklánějí k léčbě vysokými dávkami hormonů, která nezabírá, stav se nelepší a pacientka dále anemizuje (9, 10, 11).

4.1 Etiopatogeneze juvenilní metroragie

První menstruaci často nepředchází ovulace. Je to dáno tím, že osa hypotalamus – hypofýza – ovarium (příloha č. 3), která působí na cílovou tkáň – endometrium, teprve dozrává. Při anovulaci se nevytvoří žluté tělísko a z toho důvodu není produkován progesteron. Endometrium je pod vlivem množství estrogenů produkovaného buňkami folikulu. Sliznice stále proliferuje do doby, kdy nenastane relativní nedostatek estrogenu, který již není schopen plně udržovat hyperproliferované endometrium. Nastane nekróza sliznice s krvácením, které se nazývá krvácení ze „spádu estrogenů“. Toto krvácení ale nebývá úplné, protože

sliznice pod vlivem estrogenů může stále dorůstat. K zastavení krvácení je třeba sekreční transformace proliferovaného endometria, po kterém může nastat úplné odloučení (10, 15).

Během následujících dvou let po menarche ovulačních cyklů přibývá a mezi 18 – 20 lety je téměř každý cyklus ovulační (10, 15).

Vzácnou příčinou juvenilní metroragie navazující na menarche je hemokoagulační porucha. Tato porucha je ale většinou diagnostikována již před pubertou (10, 15).

Juvenilní metroragie může být vyjímečně vyvolána i zánětlivými onemocněními. Mezi ně například patří endometritida, prodělání horečnatého onemocnění, infekce močových cest, zánět horních cest dýchacích... (10, 15).

4.2 Klinický obraz

Juvenilní metroragie může nastoupit po postupně se zvyšujícím krvácení (polymenorea a hypermenorea) nebo naopak po oligomenoree až amenoree (10, 15).

Silné krvácení, které dívky udávají, je až 20 vložek denně, přes noc prokrváčené lůžko, krvácení v koagulech (10, 15).

To by samo o sobě nebylo tak nebezpečné, kdyby přišly okamžitě k lékaři. Často se ale stává, že se dívky nikomu nesevěří, stydí se, a tím se jejich stav zhoršuje. Někdy dochází i k situacím, že se dívky svěří, ale rodiče, hlavně matky, začnou problém bagatelizovat a vyčkávají, co se stane (9, 14).

V době, kdy se dívka dostane k lékaři, je často silně anemizovaná až v kolapsovém stavu. Není totiž výjimkou, že dívka krvácí i šest týdnů (9, 10).

V klinickém obraze převládá anemie chronická, někdy až hemoragický šok. Z rodidel odtéká růžový výtok a při užití břišního lisu odcházejí z pochvy veliká koagula (9, 10).

Někdy se k příznakům juvenilní metroragie přidává i bolest břicha, nevolnost i zvracení.

4.3 Diagnostika

V tomto případě je jednoznačně na prvním místě správné zkompletování anamnézy. Patří sem jednak anamnéza rodinná (onemocnění v rodině, hlavně onemocnění stejného rázu, výskyt hypertenze, DM, rakoviny, IM), dále pak osobní (úrazy, operace, chronická onemocnění), sociální (finanční stránka rodiny, kam chodí do školy), farmakologická (léky, které užívá nebo užívala), alergická (co vyvolává alergii a jaká je alergická reakce), abusus (návyk na cigarety, alkohol, drogy), gynekologická anamnéza a nynější onemocnění (10, 11, 12).



Obrázek 2 Ukázka správného vedení menstruačního kalendáře (22).

Do gynekologické anamnézy patří co nejpřesnější popis menstruačních cyklů. Kdy proběhla menarche, jak následovaly další cykly, jaká byla pravidelnost a intenzita menstruačního krvácení, jak probíhalo období před juvenilní metroragií. Tyto informace lze nejlépe zjistit z menstruačního kalendáře (viz. obr. č. 2), pokud si ho dívka vedla, dále pak také rozhovorem s pacientkou a rodiči (9, 10, 11, 13).

Fyzikální vyšetření zahrnuje hlavně pohled na pacientku. Při tomto vyšetření se na první pohled zjistí rozsah anémie. Palpačním vyšetřením se často odhalí hypoplazie (neúplné vyvinutí) dělohy (9, 10, 11, 14).

Z laboratorních testů se provádí sedimentace, krevní obraz, hemokoagulace a dle potřeby zánětlivé parametry. Často může pomoci i vyšetření hormonální cytologie (9, 13).

4.4 Léčba

Po zhodnocení stavu pacientky se rozhoduje, zda je nutná hospitalizace nebo postačí ambulantní péče. V každém případě se postupuje podle daného schématu. Léčba juvenilní metroragie sestává z několika fází a vždy ji aplikuje gynekolog, nejlépe s erudiicí v dětské gynekologii (10, 17).

4.4.1 Chirurgická léčba

Jednou z variant léčby je kyretáž, ale ta se používá jen v nejnutnějším případě, kdy selhává léčba konzervativní. Při selhávající léčbě je nutné též myslet na možnost zánětlivé příčiny a proto je nutné sledovat hodnoty zánětlivých markerů (10, 11, 13).

4.4.2 Konzervativní léčba

V první řadě se zastavuje krvácení, po pauze 3 – 5 dní nastává tzv. odlučovací krvácení, upraví se krevní obraz a v poslední fázi se předchází recidivám (10, 11, 13, 18).

V dnešní době je nejúčinnějším prostředkem k zástavě krvácení estrogen – gestagenní hormonální terapie. Jinými slovy se také říká „malý hormonální náraz“ nebo „hormonální kyretáž“. Podává se 1 mg estradiolu a 10 mg

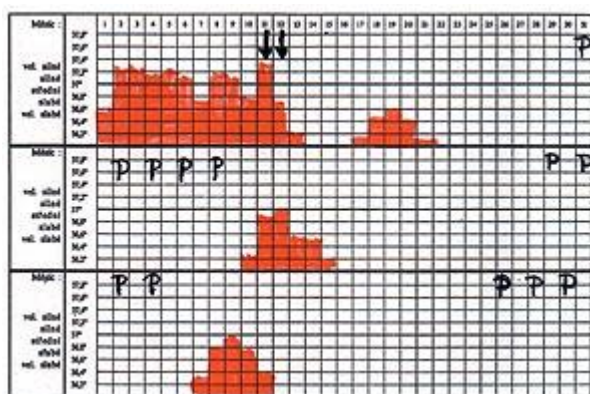
progesteronu, které se aplikují současně intramuskulárně dva dny po sobě (viz. Obr. 3). Estrogeny zastaví krvácení, které ustane velice rychle. Progesteron se podává, aby způsobil dostatečné uzrání a odloučení děložní sliznice. Zástavu krvácení podporuje klid na lůžku, uterotonika, aplikace antifibrinolytik a vazopresorik (10, 11, 13, 18).

Po podání hormonální terapie krvácení na tři až pět dní ustane a poté nastane krvácení nové, při kterém se odloučí dysfunkční sliznice (10, 11, 13, 18).

Krvácení většinou nebývá nijak dramatické. Pokud se ale nastane situace, že pacientka krvácí nadměrně, je nutné zavést symptomatickou léčbu. K tomu se používají léky na vazokonstrikci (hemostyptika) (9, 10, 11, 13).

Od hormonálního nárazu se podává kyselina listová, která působí jak na obnovu krvetvorby, tak na metabolismus estrogenů a tím snižuje jejich hladinu. K úpravě krevního obrazu se dále používá ferroterapie. Z vitální indikace lze podat také transfuzi (9, 10, 13, 18).

K prevenci recidiv se používá podávání gestagenů ve druhé polovině menstruačního cyklu (obvykle ve formě tablet per os) (viz. obr. č. 3), vyšetřování hormonální cytologie. Prevence podáváním gestagenů se provádí po dobu minimálně šesti měsíců a dále pacientka navštěvuje ambulantně obvodního gynekologa. Často se pro prevenci doporučuje užívání antikoncepčních preparátů. Tento postup ale není zcela vhodný, neboť dívka je zatěžována dávkami estrogenů, kterých má sama dostatek. Dále se klade důraz na měření bazální teploty a laboratorní vyšetření progesteronu ke zjištění, zda je menstruační cyklus ovulační (10, 13, 17, 18).



Obr. 3 - Menstruační kalendář s léčbou juvenilní metroragie
 ↓ = injekce malých dávek estrogenu a progesteronu
 P = progesteron per os jako prevence recidiv dysfunkčního krvácení (7).

V případech zánětlivé etiologie je nutné podávat širokospektrá antibiotika spolu s metronidazolem (10, 13).

Při opakované juvenilní metroragii se doporučuje lázeňská léčba (10, 13).

Prognóza onemocnění je dobrá, ženy s juvenilní metroragií v anamnéze nemívají častější poruchy cyklu a plodnosti (10, 13).

4.5 Problematika hospitalizace dětské pacientky na gynekologickém oddělení

Pro každého dospělého je hospitalizace minimálně stresující záležitost, která není nikomu příjemná. Pro dívky, které jsou hospitalizovány nebo ambulantně docházejí k dětskému gynekologovi, je tato skutečnost často dosti traumatizující. Je proto velice důležité, aby byl zdravotnický personál velice empatický a dívkám se snažil celou situaci ulehčit empatickým přístupem a ohleduplností (14, 16).

Je vůbec možné, aby dívka, která se s tímto problémem setká, měla důvěru ke svému okolí a aby jí stud dovolil se svěřit? Vzhledem k tomu, že se juvenilní metroragie objevuje v období puberty se dá předpokládat, že komunikace mezi dospívající dívkou a dospělými z okolí může „váznout“.

Při juvenilní metroragii je velmi důležitá komunikace dívky s rodiči a lékaři. Pokud dívce připadá normální se s rodiči, hlavně tedy s matkou, bavit

o menstruaci, je většinou léčba zahájena dříve a probíhá i lépe. Pokud se ale dívka za silné krvácení stydí a použité vložky ukrývá pod polštář, vyhazuje do odpadkového koše krvavé kalhotky a nikomu se nesvěří, je téměř jisté, že léčba bude zahájena se značným zpožděním než by tomu bylo v případě dostatečné informovanosti (5, 16).

V případě juvenilní metroragie jsou pacientky v období puberty a všechna vyšetření berou jinak než dospělí. Jsou ještě na rozhraní mezi dětským a dospělým věkem a podle toho je s nimi také nutné komunikovat. Je třeba v první řadě získat jejich důvěru a vysvětlit jim závažnost onemocnění a nutnost vyšetření, která se budou provádět. Každé jednotlivé vyšetření by mělo být vysvětleno přiměřeně věku a inteligenci a měl by být dán dostatečný prostor k otázkám. V tomto případě je více než v jiných oblastech vítána názorná ukázka například na fantomech (14, 16).

Velice důležité je pro léčbu získat i rodiče, kterým je nutné také vše vysvětlit. Ti většinou musí pomoci sestavit anamnézu. Pomáhají často i tím, že s dívkou promluví a opakovaně a klidně jí vysvětlí, co je nutné udělat. Občas jsou totiž dívky více dětmi než dospělými a v nemocničním zařízení se projeví psychická závislost na rodičích i přes to, že už mohou vypadat dospěle.

4.5.1 Vyšetření gynekologem

Tím, že většinou jde o dětskou pacientku, a jedná se nejen s pacientkou, ale i její rodinou, stává se někdy, že rodiče začnou mít obavy z vyšetření. Tyto obavy mají především matky, které mohou být až hysterické, neboť se bojí, že při gynekologickém vyšetření bude jejich dcera trpět, protože ještě neměla pohlavní styk a lékař bude ten, kdo jí defloruje. Obavy rodičů se často přenesou na nic netušící pacientku. Proto je nutné veškeré, třeba i sebemenší, obavy vyvrátit a ve všech případech podrobně vysvětlit, jak celé vyšetření bude probíhat.

Lékař by měl rodičům i nemocné dívce vysvětlit, že nejde o způsob vyšetření jako u dospělé pacientky, ale že se provádí tzv. rektoabdominální vyšetření, při

kterém lékař zavede jeden prst do konečníku a druhou rukou provádí palpaci podbřišku. Zjišťuje se tím vyvinutí a postavení dělohy. Další potřebné informace při fyzikálním vyšetření jsou viditelné pouhým okem. Lékař se zaměřuje na přítomnost výtoků z rodidel, na jejich ochlupení a ochlupení ostatních částí těla a na vyvinutí prsních žláz.

Do dokumentace se zaznamenává výška a váha, kterou pak lékař srovná s normou dívek v pacientčíně věku.

Do dalších vyšetřovacích metod řadíme ultrazvuk a laparoskopické metody vyšetření a celou škálu laboratorních vyšetření, které se provádí podle potřeby.

Doporučuje se, aby i u gynekologického vyšetření byla přítomna matka, která by spolupracovala s lékařem a sestrou a společně by tak docílili toho, že dívka bude klidná a v co největší míře spolupracující.

4.6 Prevence

Prevence neboli předcházení juvenilní metroragie před jejím začátkem není vlastně možná, neboť není způsob zjištění tohoto onemocnění před začátkem menarche. Co ale lze zajistit, je dostatečná informovanost dívek o problematice dospívání, menstruace a sexuálního života vůbec. Tím lze předejít pozdnímu zjištění dg. juvenilní metroragie a zajistit tak co nejrychlejší a neúčinnější léčbu pacientky.

Otázkou je, kdo by měl tu informovanost zajišťovat. Rodiče? Škola? Speciální přednášky? Časopisy? Starší sourozenci? Kamarádi? Odpověď na to není tak jasná. Každá dívka by jistě měla mít přístup k co největšímu zdroji informací. Ale není důležitý jen počet získaných informací, záleží především na obsahu a kvalitě.

Pokud se zaměříme na články v časopisech, tak zjistíme, že ne všechny jsou napsané odborně a na potřebné úrovni. Do rukou mladých a dospívajících dívek se většinou nedostanou odborné časopisy, ale časopisy určené mládeži (např. Bravo). A nutno přiznat, že většina těchto časopisů sice o problematice

dospívání a sexu pojednává, ale úroveň článků je hodně diskutabilní. Málokdy se totiž stane, že je článek napsán lékařem. Dost často se jedná o formu dotazů a odpovědí a většinou jde o autory– redaktory, kteří se danou problematikou zabývají pouze povrchně a jen někdy otázky konzultují s odborníky. Domnívám se, že je třeba zajistit, aby se dívkám dostaly do rukou časopisy odbornějšího charakteru.

A jaké informace podává škola? Školu lze považovat za důležitý a spolehlivý zdroj informací. V hodinách biologie se probírá biologie člověka, samozřejmě tedy i otázky, které souvisejí s rozmnožováním, sexem a pohlavními orgány. Je zcela na místě, aby se chlapci i dívky o problémech dospívání dozvěděli. A je zcela v pořádku, aby se dětem vysvětlilo, co je menstruace, proč přichází a proč se opakuje pravidelně každý měsíc. Problémem je, že toto citlivé téma se probírá na základní škole a žákům je kolem 12 let. Dívky v tomto věku jsou již vyspělejší a zralejší, ale dvanáctiletí chlapci jsou ještě opravdu „dětmi“ a na probíranou látku reagují svým způsobem. Většinou nastane situace, že když se pedagog zmíní o menstruaci a o tom, že dívka jednou měsíčně krvácí a že je to normální, začnou se nedospělí chlapci ošívát, mnohdy dostávají záchvat smíchu, na adresu dívek mají nevhodné poznámky. V ten okamžik jsou dívky velice nejisté a na dané téma se nechtějí bavit. Těžko si lze představit, že by o svých problémech bez zábran hovořily. Záleží samozřejmě na vyučujícím, jakým způsobem biologii člověka přednáší. Je mnoho pedagogů, kteří se výuce pohlavních orgánů, jejich funkci a rozmnožování, snaží věnovat jen okrajově a dané téma přejdou několika větami. Najdou se ale i takoví pedagogové, kteří látku probírají důkladně, ale přitom zajímavě, poutavě (např. formou nejrůznějších kvízů, her, promítání apod.). A pubertální žáci si ani neuvědomí, jak citlivé téma je probírané a nevznikají tak nepříjemné situace pro dívky.

Domnívám se, že velkým přínosem pro dívky mohou být odborné přednášky. Na mnoha základních a i středních školách jsou pořádány přednášky zaměřené na sexuální výchovu, pohlavní dospívání. Tyto přednášky jsou určeny zvláště chlapcům a zvláště dívkám. Přednášejícím je většinou odborník - lékař gynekolog, někdy praktický lékař pro děti a dorost. Ti jsou schopni podat žádané informace na potřebné úrovni, ale zároveň adekvátně s ohledem na věk

posluchačů. Rozdělením na dívky a chlapce pak posluchači většinou ztrácí zábrany a dávají spoustu otázek. Z vlastní zkušenosti vím, že po účasti na takovéto přednášce jsme si se spolužačkami o našich problémech celkem bez zábran povídaly.

Nemyslím si ale, že získání informací o dospívání, menstruaci a sexu od kamarádek či sourozenců je to nejlepší. Ano, kamarádka či starší sourozenec, především sestra, je třeba o něco zkušenější, může něco vysvětlit, ale i ona je většinou poučena jen z časopisů a často má sama zkreslené či neúplné informace. A ani kamarádka ani sourozenec nemohou při své nejlepší vůli bez dostatku svých zkušeností při nějakém problému poradit. Mohou ale ovlivnit to, že se dívka nebude stydět a půjde se svým problémem za rodiči a odborníky.

Žádný časopis, žádná škola nebo přednášky však nemohou zajistit, aby se dívky nestyděly o intimních věcech mluvit otevřeně a bez zábran. Tím, kde se o intimních věcech hovoří otevřeně, bez zábran a skrupulí by měla být především rodina. Rodina by totiž měla být nejdůležitějším a hlavně prvním zdrojem informací tak potřebných pro dospívající dívky.

V dnešní době, která je otevřenější a shovívavější k těmto tématům, se jistě rodičům se svými dětmi mluví lépe. Ale i přes to si rodiče těžko připouští, že jejich dcera je už dostatečně velká na informace o reprodukčních orgánech. Je všeobecně známo, že v dnešní době dívky dospívají dříve než tomu bylo například před padesáti lety. Také proto často přijde první menstruace nečekaně. Ve škole se o funkcích lidského těla učí kolem 12 let. Většina dívek si to opravdu vyslechne před svou první menstruací, ale jsou i takové, které již menstruaci mají. V takovém případě je velká pravděpodobnost, že pokud nebyly poučeny doma, tak o menstruaci téměř nevěděly. Z tohoto důvodu je důležité dívkám objasňovat skutečnost menstruace postupně, ale také s předstihem.

Před první menstruací se obvykle objevují znaky, které mohou napovědět, že se již z dítěte stává žena. Zhruba dva roky před první menstruací se začne růst dívka zpomalovat a estrogeny začnou ovlivňovat druhotné pohlavní znaky. Dívce obvykle začnou pomalu růst prsa a začne se jí tvořit axilární a kubické ochlupení.

Podle těchto příznaků mohou rodiče poznat blížící se nástup menstruace. Právě v tomto období by dívky měly být o dospívání a problémech s ním spojených poučeny.

Asi pro každého rodiče je těžké se odhodlat a mluvit se svými dětmi na téma pohlaví, pohlavní ústrojí, sexuální život, rozmnožování. Rodiče často neví ani jak začít, ale kdo zná lépe jejich dítě než ony samy? Každý rodič by se měl včas zamyslet nad tím, kdy a jakou formou tuto problematiku s dítětem probrat. Každý rodič by měl vědět, jak se svým dítětem navázat rozhovor na choulostivé téma. Je vhodné k takovému rozhovoru vybrat klidnou dobu, kdy je jistota, že v jeho polovině nebude nutné ho přerušit a přeložit na jindy. Je také důležité vybrat k tomu vhodnou příležitost a hlavně nevést dítě do trapné situace. Určitě je dobré se takovým rozhovorům vyhnout před kamarádkami ve snaze navázat přes ně hovor se svou dcerou. Není ani dobré mluvit před sourozenci, jak staršími, tak mladšími. Jen například na konci rozhovoru podotknout, že starší sestra už o tom něco ví, že je možnost si promluvit i s ní. Dívka by neměla mít pocit, že je po přílišném dohledem a je proto dobré, když se hovoru zúčastní pouze jeden rodič. Domnívám se, že ve většině případech by to měla být matka, která si s dcerou na choulostivé téma pohovoří, neboť je žena a má k ní blíž. V každém případě by to měla být osoba, ke které má dívka dobrý vztah postavený na důvěře.

Rodič by se na tuto situaci měl připravit a držet se daného tématu. K dceři by měl přijít a rovnou se chovat jako k dospělému, aby dívce od začátku bylo jasné, že v tomto případě je plně na úrovni dospělých.

Samotný rozhovor by měl začít tím, že se nastíní téma rozhovoru a nechá se prostor k vyjádření. Rodiče mohou být překvapení tím, kolik toho dívka ví nebo neví. Pak je dobré, když se ujmou slova rodiče. Dívce by mělo být vysvětleno, že menstruace není nemoc, je to běžný proces a potká každou ženu. Je třeba také zdůraznit, že se jedná o známku její pohlavní dospělosti. Rodiče by také měli laicky vysvětlit, co se v jejím těle odehrává a co to znamená. V žádném případě by nemělo zaznít „prostě to tak je“ jen proto, že neví, jak to vysvětlit nebo se jim do vysvětlování nechce. Je dokonce nezbytné dát do souvislosti menstruaci s těhotenstvím a pohlavním stykem. Pro rodiče by mělo být

samozřejmě dívky doporučit i nějakou odbornou literaturu. Rozhodně nic nezkazí ani tím, když vhodnou publikaci sami koupí.

Na konci rozhovoru by měli být rodiče přesvědčení, že dcera chápe, o čem se mluvilo a že zatím nemá žádné další otázky. Celý rozhovor by totiž neměl být pouze monolog rodiče, ale opravdu rozhovor formou otázek a odpovědí. Je třeba, aby rodiče dívky zdůraznili, že pokud bude mít nějaké otázky, může za nimi kdykoli přijít a oni jí rádi odpoví. A neměli by také zapomenout vysvětlit, proč by se dívka měla rodičům svěřit, až přijde první menstruace nebo nějaké problémy s ní spojené.

Když už dcera přijde oznámit, že menstruaci dostala, je vhodné jí vysvětlit, jak dodržovat hygienu, jak si vést menstruační kalendář a proč je to důležité. Matka by se také měla zajímat o to, jak dívka silně krvácí, zda si vede menstruační kalendář, případně s jeho vedením jí alespoň z počátku pomáhat. Důležitý je samozřejmě citlivý přístup všech členů domácnosti. Dívka musí vědět, že rodičům může důvěřovat a se svými intimními problémy se svěřovat. Jen tak se dá předejít silným anemiím a komplikacím spojených s poruchami menstruačního cyklu.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 ANAMNÉZA

5.1 Rodinná anamnéza

Bratr pacientky má diabetes mellitus 1. typu a roztroušenou sklerózu. Matka matky se léčí s diabetem mellitu 2. typu na perorálních antidiabetikách. Rodiče jsou zdraví.

5.2 Osobní anamnéza

Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, interně se s ničím neléčila. Neměla vážný úraz ani operaci. Nikdy jí nebyla podána transfuze. Dieta 3, racionální.

5.3 Alergická anamnéza

Pacientka neudává žádné alergie.

5.4 Farmakologická anamnéza

Pacientka neužívá dlouhodobě žádné léky.

5.4 Sociální anamnéza

Pacientka je svobodná, žije s rodiči a bratrem v panelákovém bytě. Navštěvuje základní školu.

5.5 Gynekologická anamnéza

Pacientka měla menarche ve 13 letech. Menstruační cyklus má nepravidelný a nebolestivý. Poslední menstruaci měla 11. 12. 2008. Nikdy nebyla těhotná. Hormonální antikoncepci neužívá.

Na počátku ledna 2009 byla hospitalizována s juvenilní metroragií.

5.6 Nynější onemocnění:

Pacientka přijata dne 16. 1. v 15:10 k opakované hospitalizaci na oddělení konzervativní gynekologie ve Fakultní nemocnici v Praze - Motole. Ve dnech 9. a 10. 1. 2009 byl podán za hospitalizace hormonální náraz pro prokázanou dg. juvenilní metroragie. Krvácí po pauze dvou dní, odlučovací krvácení 4. den.

První dny krvácela silně v koagulech, v době přijetí je krvácení již slabší, od rána pouhé dvě vložky. Na oddělení byla odeslána z ambulance po laboratorních testech (Hgb 55, hct 17) k hospitalizaci.

Při přijetí byla pacientka subjektivně unavená, udávala hučení v uších. Bolesti a dysurické potíže negovala.

Objektivně byla při vědomí, orientovaná, spolupracovala. Na první pohled byla jednoznačně anemizovaná a bledá, ale nekolabovala. Palpačně bylo zjištěno měkké a volně prohmatné břicho bez známek náhlé příhody břišní. Peristaltika střev zachována. Dolní končetiny byly bez otoků a známek zánětu. Byla bez zjevných známek jiného onemocnění, traumatu nebo malignity. Při gynekologickém vyšetření byly zjevně vyvinuté sekundární pohlavní znaky, vulva byla klidná, mírně zakrvácená.

Per rektum hmatná děloha dospělého typu, nebolestivá, při kompresi pochvy vytékalo jen minimální množství krve. Adnexa bez hmatné rezistence.

Pacientka i její matka byly poučeny o jejích právech a hospitalizaci (viz příloha A).

6 OŠETŘOVATELSKÝ MODEL dle Marjory Gordon

Marjora Gordonová je autorkou ošetrovatelského modelu zvaného „Model funkčního typu zdraví“. Je to model, který umožňuje koncepční rámec pro systematické ošetrovatelské zhodnocení zdravotního stavu pacienta v jakékoli oblasti systému péče (primární, sekundární i terciální) (1).

Do základních pojmů tohoto modelu patří: zdraví, funkční a dysfunkční typ zdraví, holistické potřeby, základní lidské reakce, interakce s prostředím (1).

Ošetrovatelským cílem je co možná nejvyšší úroveň zdraví a přijetí odpovědnosti každého jedince za své zdraví. Pacient je vnímán jako holistická bytost, která má své biologické, vývojové, psychologické, sociální, kulturní, behaviorální, kognitivní, duchovní a spirituální potřeby (1).

Zdraví člověka závisí na rovnováze bio – psycho – sociální interakci, kterou ovlivňují různé již výše zmíněné faktory. Pokud dojde k poruše jedné z těchto oblastí, nazýváme tento stav dysfunkční a je třeba ho řešit stanovením ošetrovatelských diagnóz. Obsahem modelu je základní struktura 12 oblastí, podle nichž sestra nebo porodní asistentka získává potřebné informace (1):

1. Vnímání
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita, cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Vnímání, citlivost a poznání
7. Sebepojetí a sebeúcta
8. Role – mezilidské vztahy
9. Sexualita
10. Stres
11. Víra – životní hodnoty
12. Jiné

Model dle Gordonové vyhovuje ošetrovatelské praxi, vzdělávání i výzkumu. Tento model splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetrovatelské zhodnocení zdravotního stavu pacienta a to jak v primární, sekundární i terciální oblasti a také v oblasti akutní, následné, lázeňské, domácí a komunitní péče (1).

Role sestry zahrnuje dovednosti v oblasti:

1. Systematického získávání informací v jednotlivých oblastech
2. Zvládnutí a používání standardních metod
3. Posouzení funkčního a dysfunkčního zdraví
4. Analýz informací
5. Diagnostikování pacientových problémů s použitím odborné terminologie
6. Plánování a vyhodnocení péče u zdravého i nemocného klienta, dospělého i dítěte (1).

7 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Iniciály: PA

Pohlaví: žena

Rok narození: 1995

Věk: 13 let

Bydliště: Praha

Vztah k zařízení: hospitalizace

Důvod přijetí: akutní onemocnění

Oddělení: Konzervativní gynekologie

Den pobytu: 1.

Příjem: opakované přijetí

Sociální situace

Žije sám: Ne, v bytě s rodinou

Zaměstnání: žákyně ZŠ

Stav: svobodná

Příbuzná nebo osoby, které můžeme informovat

Jméno: PL, matka (zákonný zástupce), PK, otec (zákonný zástupce)

Lékařská diagnóza:

Nadměrná menstruace v pubertě N922

Důvod přijetí: léčebný

Alergie: neguje

Riziko: ne

HbsAg: ne

HIV: ne

Fyzikální vyšetření sestrou:

Celkový vzhled: anemická

Úprava, hygiena: pacientka upravená, čistě oblečená

Puls: 110/min., pravidelný

Krevní tlak: při přijetí: 110/65, aktuální: 112/70

Dýchání: rychlost: 18/min., pravidelné

Tělesná teplota: při přijetí: 37,2 °C, aktuální: 36,8 °C

Kůže: bledá

Výška: 150 cm

Hmotnost: 40 kg

Chybějící části těla: ne

Chůze: zcela samostatná

Riziko pádu: ne

Riziko vzniku dekubitů: ne, skóre dle Nortonové 35 bodů

Mentální bodovací test dle Gaida: 9 bodů, plně orientovaná

Invaze:

Periferní žilní katétr: ano

Centrální žilní katétr: ne

Močový katétr: ne

Drén: ne

Sonda: ne

Léky:

Ascorutin tbl.	1 – 1 – 1	Per os	vitamin
Acidum folicum tbl.	1 – 1 – 1	Per os	antianemika
Sorbifer durules tbl.	1 – 0 – 1	Per os	antianemika
Duphaston tbl.	1 – 0 – 1	Per os	hormon

Infúze: ano

Vyšetření: ne

Ostatní ordinace: TK, TF, TT 3x/denně

8 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

8.1 Vnímání zdraví

můj zdravotní stav: dobrý

pro udržení zdraví: sportuji, dodržuji zdravou výživu

nemoci za poslední rok: nadměrné krvácení, minulý týden

úrazy za poslední rok: žádné

při objevení současných obtíží jsem: „Svěřila jsem se mamince“

8.2 Výživa a metabolismus

stav výživy: přiměřený

chuť k jídlu: dobrá

způsob přijímání stravy: per os

forma stravy: normální

porucha polykání: ne

stav chrupu: dobrý

potíže: žádné

typický denní příjem jídla: „ Jím normálně snídaně, dopolední svačina, oběd, večere a svačiny mezi tím.“

dietní omezení doma: „Nejím tak normálně, ale snažím s jíst ovoce a zeleninu.“

dieta: 3, racionální

schopnost se sám najíst: ano

příjem tekutin za 24 hodin: 1,5 – 2 litry

k dispozici dostatek tekutin: ano

pocit sucha v ústech: ne

defekty v ústech: ne

kožní turgor: dobrý

stav sliznic: dobrý

stav vlasů: dobrý

8.3 Vylučování – moče, stolice, potu

mikce: bez problémů

změna v poslední době: ne

vylučování moče: sám

obtíže: bez obtíží

příměsy: ne

vyprazdňování střeva: sám

stolice: pravidelná, 1x denně

inkontinence: ne

vyprazdňovací návyky: běžné

užívání preparátů na vyprazdňování: ne

obtíže během vyprazdňování: ne

8.4 Aktivita, cvičení

pocit dostatečné síly a energie: ano

cvičím: „Cvičím pravidelně, hlavně ve škole a občas ve volném čase.“

doma: bez problémů

nyní: bez problémů

chybějící části těla: ne

Kompenzační pomůcky: ne

úroveň soběstačnosti – funkční úroveň: nezávislá

prevence imobilizačního syndromu: ne

pohybový režim v nemocnici: bez omezení

držení těla: vzpřímené

koordinace: dobrá

8.5 Spánek, odpočinek

kvalitní spánek přes celou noc: ano
cítí se: odpočatá
rušivé faktory: ne
zvyky: „Doma mám vždy zapnutou televizi, když usínám.“

8.6 Vnímání

vědomí: jasné
sluch: dobrý
zrak: normální
řeč: plynulá
udržuje kontakt: otevřený
vědomí: jasné
orientace: plně orientovaná
paměť: neporušená
pozornost: úmyslná, stálá
styl učení: logické
bolest: nemá
intenzita: žádná

8.7 Sebepojetí

jsem: optimista, schopná
důvěra: důvěřuji si méně
talent: ano, kreslení
pocity: strach: „No, trochu se bojím tý nemoci...“
hněv: ne
zlost: ne
smutek: ne

úzkost: ano, z chybění ve škole. „Bojím se, že až přijdu zase do školy, tak se mi budou smát, radši se s nima o tom nebudu bavit. Je to trapný.“

co je pomáhá odstranit: rodiče vždy a kamarádi jen v jistých případech

spokojenost se svým vzhledem: částečně

nervózní: bývám před hodně lidmi

8.8 Role, mezilidské vztahy

bydlí: s rodiči a bratrem

struktura rodiny: matka, otec, bratr

rodinné problémy: ne

reakce rodiny na onemocnění: zájem

jsem: student

kontakty s lidmi: časté, denně

druh kontaktů: ve škole, na kroužcích (kreslení, keramika), s širší rodinou

chování k lidem: přátelské

spokojenost se školou: „Občas mám nějakou špatnou známku, ale celkově se učím dobře.“

8.9 Sexualita, reprodukční schopnosti

sexuální vztahy: nežije sexuálně

menstruace: začátek ve 13 letech, nebolestivá

cyklus: nepravidelný

počet těhotenství, porodů, potratů: žádné

gynekologické operace: žádné

antikoncepce: ne

8.10 Stresové a zátěžové situace

napětí prožívám: zřídka

co ho vyvolá: škola

napětí snáším: jak kdy

Vyrovnávám se rychle: ne, chvíli mi to trvá

stresové situace zvládám: s podporou rodiny

8.11 Víra, životní hodnoty

náboženství je: nepřemýšlela jsem o tom

pořadí hodnot: zdraví, rodina, práce, záliby, cestování, peníze, víra

9 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

9.1 První den hospitalizace (16. 1. 2009)

15.10 Příjem na oddělení konzervativní gynekologie, pacientka po hormonálním nárazu podaného dne 9. a 10. 1.. Nyní čtyři dny krvácí, z toho první dva dny silně v koagulech. Dnes slaběji. Cítí se unavená a udává hučení v uších. Objektivně je při vědomí, orientovaná, spolupracuje. Na první pohled anemická a bledá, ale nekolabuje.

Fyziologické funkce: TF 100/min, TK 105/60, TT 37,2 °C

Při fyzikálním vyšetření nebyly zjištěny žádné patologie. Břicho bylo měkké, volně prohmatné bez známek náhlé příhody břišní, peristaltika byla zachována. Dolní končetiny byly bez otoků a známek zánětu. Při vyšetření per rectum hmatná děloha dospělého typu, nebolestivá. Jen mírně krvácí z pochvy.

9.1.1 Plán péče

Transfuze, uterotonika, feroterapie, dieta racionální.

00126 Deficit znalostí z důvodu malé informovanosti o onemocnění, projevující se verbalizací pacientky.

Cíle: Pacientka nemá deficit znalostí.

Pacientka má dostatek znalostí o svém onemocnění.

Pacientka dokáže rozpoznat příznaky nemoci a verbalizovat je.

Intervence: Podej pacientce dostatek informací.

Ověř si zpětnou vazbou, zda pacientka všemu porozuměla.

Ujistí se, že pacientka dokáže svůj problém verbalizovat.

Realizace: Pacientce jsem vysvětlila závažnost anémie, poučila jsem jí o příznacích anémie. Vysvětlila jsem rodinným zástupcům nebezpečí nesvěření se s příznaky anémie. Vstřebané informace jsem ověřila zpětnou vazbou.

Hodnocení: Pacientka zná příznaky anémie a chápe jejich závažnost. Rodina i pacientka spolupracují s lékaři i sestrami.

00148 Strach z důvodu hospitalizace, projevující se verbalizací pacientky.

Cíle: Zmírnění strachu na minimum nebo jeho odstranění.

Pacientce zajistit rozptýlení v době hospitalizace.

Intervence: Zjistí příčinu strachu.

Zajisti si dostatečný čas na komunikaci.

Pokus se navázat při rozhovoru s pacientkou uvolněnou atmosféru.

Realizace: Na pacientku jsem si udělala dostatek času, při rozhovoru jsem se snažila navázat přátelskou atmosféru, zjistila jsem příčinu strachu.

Hodnocení: Pacientka nadále neverbalizuje svůj strach. Pacientka se cítí uvolněně.

00046 Porušená kožní integrita z důvodu zavedení periferního žilního katétru projevující se místem vpichu.

Cíl: Okolí rány bude po celou dobu zavedení periferního žilního katétru klidné.

Intervence: Denně kontroluj okolí vpichu.

Denně pozoruj změny na kůži v okolí vpichu.

Denně převazuj místo vpichu.

Vždy při manipulaci s periferním žilním katétrem postupuj asepticky.

Realizace: Každý den jsem sterilně převázala místo vpichu. Sledovala jsem zda se neobjevují změny na kůži v okolí rány. Pokračuje až do konce hospitalizace.

Hodnocení: Okolí vpichu je klidné. Na kůži v okolí vpichu nedošlo k žádným změnám.

00004 Riziko infekce z důvodu zavedení periferního žilního katétru

Cíle: Pacientka je bez známek infekce do konce hospitalizace.

Pacientka bude znát projevy příznaků infekce.

Intervence: Kontroluj místo a okolí vpichu.

Při manipulaci postupuj přísně asepticky.

Monitoruj fyziologické funkce pacienta.

Edukuj pacienta o projevech infekce.

Realizace: Každý den jsem asepticky převazovala periferní žilní katétr. Pravidelně jsem kontrolovala okolí rány a zaměřovala jsem se na možné projevy infekce. Monitorovala jsem 3x denně fyziologické funkce pacienta. Pokračuje až do konce hospitalizace.

Hodnocení: Okolí místa vpichu bylo klidné. Pacientka byla dostatečně edukována o projevech infekce.

00058 Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte z důvodu odloučení.

Cíle: Neoslabí se vztahy mezi rodiči a dítětem.

Rodiče budou mít možnost navštívit pacientku kdykoli během dne.

Intervence: Promluv s rodiči o nutnosti každodenního kontaktu s dítětem.

Zajisti nejbližší rodině možnost návštěv kdykoli během dne.

Rozvíjej pouto mezi rodiči a dítětem.

Navrhněte rodičům, aby dali dítěti společnou fotografii.

Realizace: Promluvila jsem s rodiči o možné úpravě návštěvních hodin. Zajistila jsem v době návštěv soukromí na pokoji. Snažila jsem se omezit počet personálu,

který v době návštěv vstupoval na pokoj. Rodiče pacientce přinesli rodinnou fotografii. Pokračuje až do konce hospitalizace.

Hodnocení: Vztahy mezi rodiči a dítětem se neoslabil. Rodiče mohou navštěvovat dítě kdykoli během dne.

9.1.2 Medikace

Ascorutin tbl. p.o. 1 – 1 – 1

Acidum folicum tbl p.o. 1 – 1 – 1 (dále jen 1 – 0 – 1)

Sorbifer durules tbl. p.o. 1 – 0 – 1

Ergometrin 1 amp i.v. á 12 hod.

1.inf. 5% Glukoza 500 ml i.v. (kapat 250 ml/hod)

2. inf. Ringem 1000 ml i.v. (kapat 200 ml/hod)

9.1.3 Ostatní ordinace:

3x denně – TT, TK, TF

objednat 2x TU EBR statim, 17.1. KO

9.1.4 Ošetrovatelská péče

16.00 Uložena na nemocniční pokoj.

FF: TF 103/min, TK 105/62, TT 37,2 °C

16.15 Zajištěn žilní vstup a podána 1. infuze dle ordinace lékaře, podány léky p.o.

17.40 Proveden sangvitet u lůžka, pozitivní výsledek,

FF: TF 104/min, TK 105/70, TT 37,5 °C, matka podepsala souhlas s podáním transfuze, byla jí vysvětlena veškerá rizika

17.45 Začátek podání 1. transfuze, provedena biologická zkouška, negativní, pacientka poučena o možných nežádoucích účincích

19.30 Ukončení podání 1. transfuze,

FF: TF 100/min, TK 110/60, TT 37,5 °C

20.25 Proveden sangvitetest u lůžka, pozitivní výsledek,

FF: TF 125/min, TK 114/59, TT 37,8 °C

20.28 Začátek podání 2. transfuze, provedena biologická zkouška, negativní

21.20 Ukončení podání 2. transfuze,

FF: TF 106/min, TK 111/69, TT 37,4 °C, oba vaky a sety s přibližně 10 ml krve byly ponechány 24 hodin na oddělení v lednici.

21.30 Podána 2. inf. dle ordinace lékaře

22.30 pacientka spí

2.30 ukončena 2. inf., pacienta se cítí dobře, spí

9.2 Druhý hospitalizační den (17. 1. 2009)

Pacientka se cítí subjektivně bez obtíží, je orientovaná, bolesti neguje. Disurické potíže neudává. Střevní peristaltika je v pořádku, větry i stolice odchází.

Objektivně nekrvácí, mírně špiní. Břicho je měkké, prohmatné bez známek náhlé příhody břišní. Dolní končetiny jsou bez otoků.

9.2.1 Plán péče

feroterapie, kontrola krvácení, dieta racionální.

00053 Sociální izolace z důvodu hospitalizace, projevující se zhoršenou náladou pacientky

Cíle: Pacientka nebude v sociální izolaci.

Pacientka vyjádří ochotu zapojit se do činnosti spolu s ostatními.

Pacientce se zlepší nálada.

Intervence: Zjistí příčinu sociální izolace.

Zajisti individuální možnost návštěv.

Vyčleň si dostatek času na komunikaci s pacientkou.

Realizace: Zajistila jsem individuální možnost návštěv. Promluvila jsem s rodinou o vhodnosti naplánování návštěv. Za pacientkou jsem pravidelně chodila a vedla konverzaci o různých tématech. Pokračuje až do konce hospitalizace.

Hodnocení: Pacientce se zlepšila nálada. Návštěvy chodí v průběhu celého dne, pacientka se nenudí.

00097 Nedostatek zájmových aktivit z důvodu změny prostředí, projevující se uzavřeností.

Cíle: Zjistit oblíbené zájmové aktivity.

Zajistit podobné nebo stejné zájmové aktivity.

Pacientka nebude uzavřená.

Intervence: Zjistí oblíbené zájmové aktivity.

Promluv s rodinou o možnosti donesení oblíbených her, notebooku, knížek...

Dej pacientce nějakou pomocnou práci (trhání čtverečků, linkování sešitu, stříhání perlanu...).

Realizace: Zjistila jsem oblíbené zájmové aktivity pacientky. Pacientku jsem poprosila o pomoc s trháním čtverečků. Poprosila jsem rodinu o donesení notebooku s oblíbenými filmy. Pokračuje až do konce hospitalizace.

Hodnocení: Pacientka není uzavřená. Rodina donesla notebook s oblíbenými filmy. Pacientka byla vděčná za poskytnutou aktivitu.

00054 Riziko osamělosti z důvodu sociální izolace.

Cíle: Pacientka se nebude cítit osamělá.

Pacientka bude zapojená do společenských aktivit.

Intervence: Všiměj si přítomnosti a chování rodinných příslušníků.

Vytvoř si s pacientkou takový vztah, aby s tebou dokázala hovořit o svých problémech.

Povzbuzuj pacienta k zájmovým aktivitám.

Realizace: Vytvořila jsem si s pacientkou vřelý vztah. Pacientka mi důvěřovala a byla by schopná se mnou hovořit o problémech. Pacientce jsem navrhla zájmové aktivity.

Hodnocení: Pacientka se necítila osamělá.

9.2.2 Medikace

Ascorutin tbl. p.o. 1 – 1 – 1

Acidum folicum tbl p.o. 1 – 0 – 1

Sorbifer durules tbl. p.o. 1 – 0 – 1

19.1. KO

TT, TK, TF – 1x denně

9.2.3 Ošetrovatelská péče

6.00 odběr krve na KO, spala celou noc

FF: TF: 100/min., TK 110/70, TT 36,9 °C

7.00 snídá, podána ranní medikace p.o. dle ordinace lékaře, cítí se lépe

9.00 vyšetřena lékařem

13.00 Podány polední medikace, obědvá

14.30 Matka se informovala o stavu své dcery

17.00 Podány večerní medikace, večeří

9.3 Třetí hospitalizační den (18. 1. 2009)

Subjektivně pacientka neudává žádné obtíže. Objektivně mírně špiní, jinak bez potíží. Stav se stále zlepšuje, Pacientka je již bez veškerých známek anemie.

9.3.1 Plán péče

Feroterapie, kontrola krvácení, dieta racionální

9.3.2 Medikace

Ascorutin tbl. p.o. 1 – 1 – 1

Acidum folicum tbl p.o. 1 – 0 – 1

Sorbifer durules tbl. p.o. 1 – 0 – 1

19.1. KO

TT, TK, TF – 1x denně

9.3.3 Ošetrovatelská péče

6.00 Spala celou noc

FF: TF: 91/min., TK 112/69, TT 36,7 °C

7.00 Snídá, podána ranní medikace p.o. dle ordinace lékaře, cítí se lépe

9.00 Vyšetřena lékařem

13.00 Podány polední medikace, obědvá

14.30 Návštěva rodiny

17.00 Podány večerní medikace, večeří

20.00 Čte si

22.00 Spí

9.4 Čtvrtý hospitalizační den (19. 1. 2009)

Pacientka se cítí subjektivně v pořádku, neudává žádné obtíže. Objektivně jen slabě špiní, nekrvácí, jinak bez potíží.

9.4.1 Medikace

Ascorutin tbl. p.o. 1 – 1 – 1

Acidum folicum tbl p.o. 1 – 0 – 1

Sorbifer durules tbl. p.o. 1 – 0 – 1

TT, TK, TF – 1x denně

Dnes UZ (s plným močovým měchýřem)

9.4.2 Ošetrovatelská péče

6.00 Spala celou noc, odběr krve na KO

FF: TF: 85/min., TK 109/70, TT 36,7 °C

7.00 Snídá, podána ranní medikace p.o. dle ordinace lékaře, cítí se lépe

9.00 Vyšetřena lékařem

10.00 Dovedena na vyšetření

13.00 Podány polední medikace, obědvá

14.30 Návštěva rodiny

17.00 Podány večerní medikace, večeří

20.00 Dívá se na televizi

9.4.3 Výsledky vyšetření

Krevní obraz: WBC – 6,5/1, RBC – 2,81/1, HGB – 81 g/l, HCT – 0,246, MCHC – 329 g/l, PLT – 250/1

UZ: děloha 77x43x44 mm, endometrium 5,3 mm, pravé ovarium 26x22 mm, levé ovarium 20x13 mm, volná tekutina není

9.5 Pátý hospitalizační den (20. 1. 2009)

Pacientka bez obtíží, cítí se dobře. Objektivně je vidět slabé špinění.

9.5.1 Plán péče

zítra dimise, Duphaston tbl. p.o. na tři týdny, kontrola na ambulanci dětské gynekologie po menses

9.5.2 Medikace

Ascorutin tbl. p.o. 1 – 1 – 1

Acidum folicum tbl p.o. 1 – 0 – 1

Sorbifer durules tbl. p.o. 1 – 0 – 1

Duphaston tbl. p.o. 1 – 0 – 1

TT, TK, TF – 1x denně

9.5.3 Ošetrovatelská péče

6.00 Spala celou noc

FF: TF: 85/min., TK 109/70, TT 36,7 °C

7.00 Snídá, podána ranní medikace p.o. dle ordinace lékaře, cítí se lépe

9.00 Vyšetřena lékařem

13.00 Podány polední medikace, obědvá

14.30 Návštěva rodiny

17.00 Podány večerní medikace, večeří

22.00 Spí

9.6 Šestý hospitalizační den (21. 1. 2009)

9.6.1 Propouštěcí zpráva

Průběh hospitalizace:

Při příjmu byla odebrána laboratorní vyšetření. Na statim se objednávaly 2 TU EBR. Byla zavedena infuzní terapie, feroterapie. 16.1. byly podány TRF bez komplikací, dále probíhala observace, pokračovalo se v zavedené terapii.

Subjektivně se pacientka cítí mnohem lépe, nekolabuje, vertigo nejuje, je afebrilní, normotenzní. Neudává žádné bolesti. Do domácího ošetření je propouštěna v dobrém stavu.

Objektivně je orientovaná, spolupracuje, břicho je nebolestivé a prohmatné. Pacientka nekrvácí, jen slabě špiní. DK má bez známek otoků. Je normotenzní a afebrilní.

Terapie v průběhu hospitalizace – 2x TU EBR, Sorbifer durules tbl. p.o., Ascorutin tbl. p.o., Acidum folicum tbl. p.o.

19.1.2009 proveden UZ - děloha 77x43x44 mm, endometrium 5,3 mm, pravé ovarium 26x22 mm, levé ovarium 20x13 mm, volná tekutina není

Výsledky krevních testů - WBC – 6,5/l, RBC – 2,81/l, HGB – 81 g/l, HCT – 0,246, MCHC – 329 g/l, PLT – 250/l

Doporučená terapie, doporučení:

Acidum folicum tbl p.o. 1 – 0 – 1

Sorbifer durules tbl. p.o. 1 – 0 – 1

Duphaston tbl. p.o. 1 – 0 – 1

Duphaston na tři týdny, poté kontrola na ambulanci dětské gynekologie.
V případě obtíží ihned. Pacientka i matka jsou poučeny.

11 NÁVRH PRO PRAXI

Domnívám se, že největší rezervy v možnostech zlepšení mají školy, přednášející v rámci přednášek a populární časopisy. Ve školách by se v rámci výuky biologie a sexuální výchovy měl věnovat dostatečný prostor pro otázky dospívání, sexuality, rodičovství. V rámci těchto okruhů by bylo vhodné dostatečně seznámit žáky a posluchače s vývojovými vadami, odchylkami a nemocemi pohlavního ústrojí, které se mohou během života objevit. I v těchto hodinách by mělo být zdůrazněno, že je třeba se i s nepatrnými nesrovnalostmi svěřit rodičům nebo lékařům.

Stejným tématům by se do hloubky měly věnovat i odborné přednášky pořádané na školách nebo ve vzdělávacích agenturách. Bylo by vhodné, aby některá témata byla probírána pouze v kolektivu dívek. Taktéž by měly být v ordinacích dětských lékařů a gynekologů informační materiály jako například letáčky, plakáty... s jasnou zprávou pro dívky, že se s každým problémem mohou na svého lékaře bez problémů obrátit.

V populárních časopisech by se problematikou dospívajících měli samozřejmě zabývat i nadále, ale je nutné zlepšit obsahovou stránku článků. Nejdůležitější je, aby se na psaní článků a odpovědí na dotazy podíleli především odborníci, ať už z řad pediatrů či gynekologů. Populární časopisy jsou totiž pro svoji oblíbenost mezi adolescenty jedním z důležitých zdrojů informací a právě z nich mohou čerpat spoustu důležitých poznatků, zvláště když jsou podány odborně, ale přitom zajímavou formou. Odborné časopisy jsou podle mého názoru na vysoké úrovni, ale je třeba jejich větší dostupnost či zajímavost, aby dívky dali přednost odborným časopisům před klasickými komerčními.

12 ZÁVĚR

V této práci jsem se snažila vysvětlit nepříliš často zmiňované gynekologické onemocnění u dospívajících dívek zvané juvenilní metroragie. Je pravda, že se jedná o onemocnění, které se dá celkem rychle a dobře vyléčit. Je ale také fakt, že mnoho pacientek do ordinace lékaře přichází velice pozdě, v době velkých ztrát krve a těžké anemie, což už pacientku může ohrožovat i na životě. Hlavním důvodem pozdního příchodu je neznalost a neinformovanost. Je třeba bohužel přiznat i skutečnost, že dostatečně neinformovaná či neznalá věci je nejen pacientka, ale v nejednom případě i ošetřující lékař. Z poznatků odborníků je zřejmé, že ne každý pediatr a gynekolog je s tímto onemocněním dostatečně seznámen a že je schopen i přes správně podané informace juvenilní metroragii včas odhalit a léčit, případně odeslat na specializované pracoviště.

Velkým problémem při léčbě juvenilní metroragie je také psychické rozpoložení pacientky. Vzhledem k tomu, že se jedná o pacientky nižšího věku, odpovídá tomu také jejich přístup k nemoci, lékařům i léčbě. Mnoho dívek není schopna si zpočátku přiznat nějaký zdravotní problém. Mají sice pocit, že jejich menstruace není normální, ale protože se stydí o svých intimnostech, jakými je i menstruace, hovořit s rodiči, tak vlastně ani nemají možnost posoudit či porovnat, jak menstruace probíhá u jiných dívek či žen. V mnoha rodinách k sobě jednotliví členové nemají blízko, nejsou zvyklí si o nejrůznějších problémech povídat a dívka pak vlastně neví, že může za rodiči přijít. V některých, povětšinou sociálně slabších, rodinách pak naopak často dochází k bagatelizaci problémů, k nedůvěře k lékařům apod.

K dalšímu psychickému bloku může docházet v ordinaci lékaře, neboť dívka je často poprvé u gynekologa, neví přesně, co má od této návštěvy očekávat. V těchto situacích může být výhodou, když je ošetřujícím lékařem žena, protože je zde aspoň větší možnost, že se dívka před lékařkou nebude tak stydět a o svých zdravotních problémech bude otevřeně hovořit. Občas ke špatnému psychickému stavu pacientky nepomáhá ani umístění dívky na oddělení mezi dospělé pacientky.

V první řadě je tedy nutné, aby pediatři i gynekologové byli dostatečně informovaní nejen o poruchách cyklu, ale i dalších gynekologických patologiích. Dostatečné znalosti by měli získat již v rámci svého studia na lékařské fakultě a po nástupu praxe by mělo být samozřejmostí další vzdělávání. Další vzdělávání je velice důležité, neboť se neustále objevují nové poznatky v diagnostice, léčbě, prevenci apod.. Důležitá je také znalost psychologie, neboť v případě dg. juvenilní metroragie se lékaři setkávají s dospívajícími dívkami, ke kterým musí být zvolen jiný přístup než k dospělé pacientce. I zde je tedy důležitá výuka psychologie, účast na kurzech zaměřených na psychologii dětí a dospívajících. Znalost psychologie všech věkových skupin je důležitá i pro ostatní zdravotnický personál, především pak pro zdravotní sestry na ambulancích i v nemocnicích.

Jak jsem se již zmiňovala, vliv na psychiku dívky má také přístup rodiny a komunikace mezi jejími členy. V tomto případě by bylo třeba, aby rodičům byla již od narození dítěte vštěpována zásada otevřenosti, komunikativnosti, ale i tolerance a pochopení. I pro rodiče by byla vhodná účast na přednáškách nejrůznějších druhů, ale nejdůležitější by se také měly týkat psychologie. Bohužel není možné dát to rodičům jako povinnost a nějak kontrolovat. Snad jen při pravidelných preventivních prohlídkách dětí je třeba na rodiče apelovat a upozorňovat je na nutnost v době menstruace dívku sledovat a pomoci jí vést menstruační kalendář. Samozřejmostí by také měla být podpora rodičů při první návštěvě gynekologa a to i v případě, že dívka nemá žádný problém a jedná se o preventivní prohlídku. Dívka musí vycítit, že i rodiče lékaři důvěřují.

POUŽITÁ LITERATURA

1. ARCHALOUZOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1.vyd. Hradec Králové: Nucleus 2005. 286 s. ISBN 80-86225-63-1.
2. CITTERBART, K. aj. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 242 s.
3. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
4. ELIŠKOVÁ, M. NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
5. HOŘEJŠÍ, J. *gynekologické Problémy u děvčátek a dospívajících dívek*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 132s., ISBN 80-247-0553-2.
6. MACKŮ, F. ČECH, E. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 171 s. ISBN 80-7333-001-6.
7. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
8. NĚMCOVÁ, J., MAURITZOVÁ, I. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. 1. vyd. Plzeň: Maurea, 2009. 76 s. ISBN 978-80-902876-0-0.
9. *Gynekologie dětí a dospívajících*. Postgraduální medicína, 2004. roč. 6, č. 6, s. 630–635, ISSN 1210-1133.
10. *Juvenilní metroragie*. Trendy v medicíně, 2000, roč. 2, č. 4, s. 33–34, ISSN 1212-9046.

11. *Juvenilní metroragie, její příčiny a léčení*. Zdravotnické noviny, 1996, roč. 45, č.48, s. 1, 4, ISSN 0044-1996.
12. *Menstruační cyklus a jeho poruchy z pohledu dětského gynekologa*. Trendy v medicíně, 2000, roč. 2, č. 4, s. 29–32, ISSN 1212-9046.
- 13 *Metrorrhagie juvenilis*. ČS. Gynekologie, 1981, roč. 46, č. 4. s. 318–321, ISSN 0374-6852.
14. *Niektoré otázky detskej gynekologie*. Zdravotnické noviny SR, 2000, roč. 5/49, č. 7, s. 2–3, ISSN 1335-4477.
15. *Problematika dětské gynekologie v ordinaci dětského lékaře*. Pediatrie pro praxi, 2002, roč. 3, č. 4, s. 158–161, ISSN 1213-0494.
16. *Starostlivosť o pacientky s juvenilnou metrorrhagiou*. Revue profesionálnej sestry, 1995, roč. 2, č. 5, s. 7–8.
17. *Včasné podchytenie odstráni riziká (Starostlivosť o pacientky s juvenilnou metrorrhagiou)*. Slovenský zdravotník, 119, roč. 5, č. 3, s. 8–9.
18. *Zvláštnosti farmakoterapie v gynekologii dětí a dospívajících (Farmakoterapie v gynekologii)*. Moderní gynekologie a porodnictví, 2003, roč. 12, č. 3, s. 550–553, ISSN 1211-1058.
19. *Charta práv dětí v nemocnici*. [online]. [cit. 2009-1-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.ditevnemocnici.cz/index.php?clanek=6>>
20. *Anatomie ženských pohlavních orgánů*. [online]. [cit. 2008-12-10]. Dostupné z WWW: <www.foxygirl.blog.cz>
21. *Menstruace: Hormony*. [online]. [cit. 2008-12-12]. Dostupné z WWW: <<http://gyn.cz/tree.php?up=214>>

22. *Menstruační kalendář: Dívky*. [online]. [cit. 2009-1-12]. Dostupné na WWW:
<http://www.hanakova-gynekologie.wz.cz/6_03.html>

23. *Doporučení k diagnostice a terapii poruch menstruačního cyklu*. [online]. [cit. 2008-12-10] Dostupné na WWW:
<<http://www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/postupy/files/cyklus.htm>>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Charta práv dětí v nemocnici	I
Příloha B Hormonální změny v průběhu menstruačního cyklu	III
Příloha C Osa hypotalamus – hypofýza – ovarium	IV

Příloha A **Charta práv dětí v nemocnici**

Vydal: Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky

Děti musejí být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.

Děti v nemocnici musejí mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.

Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

Děti a/nebo jejich rodiče musejí mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.

S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.

Děti musejí mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.

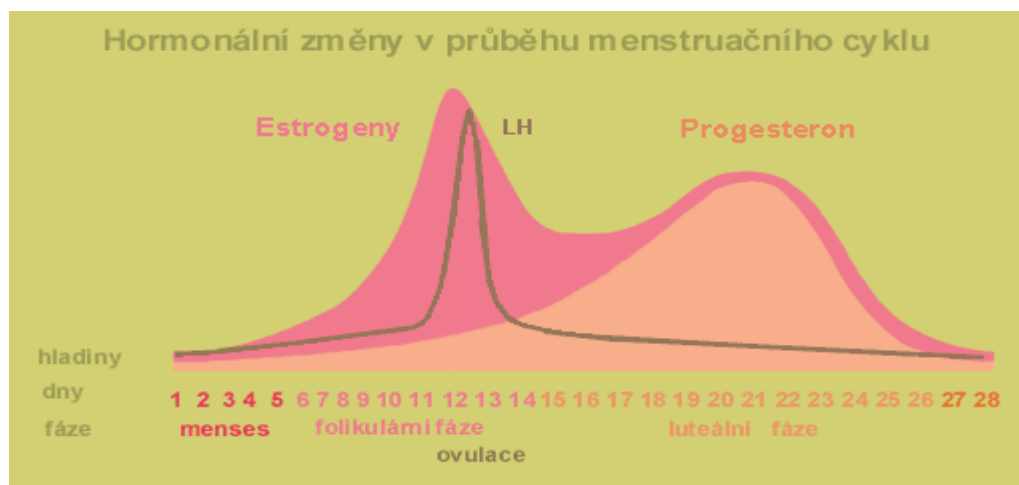
O děti musí být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.

Děti musejí být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.

Děti musejí mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Viz. seznam literatury 19

Příloha B **Hormonální změny v průběhu menstruačního cyklu**



Viz seznam literatury 21

Příloha C Osa hypotalamus – hypofýza - ovarium

P – primární folikl

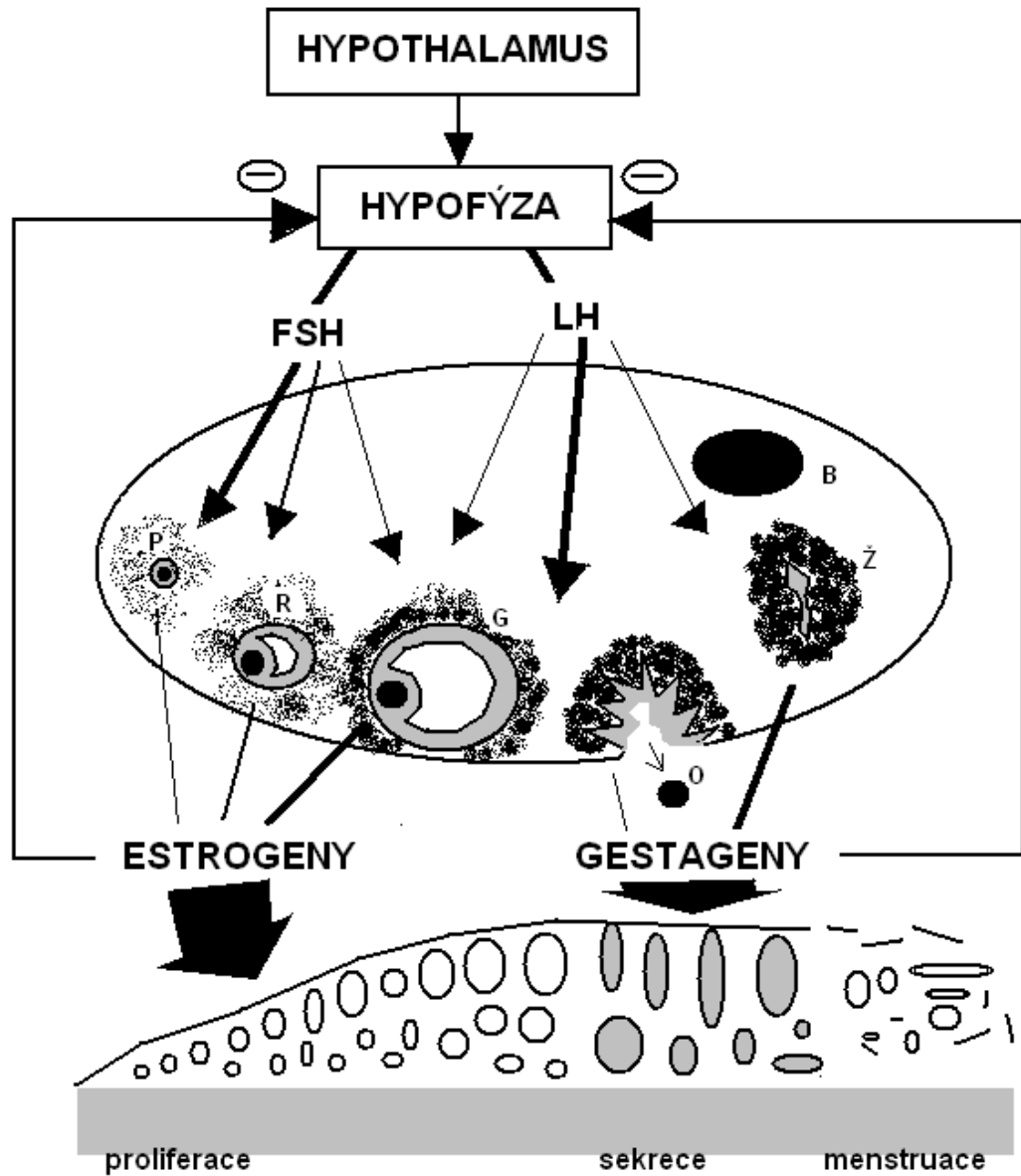
R – rostoucí folikl

G – Graafův folikl

O – ovulace

Ž – žluté tělísko

B – bílé tělísko



viz seznam literatury 9