

**Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Praha 5**

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU  
S DIAGNÓZOU GRAVIDITAS EXTRAUTERINA**

**Bakalářská práce**

**IVA OLŠINOVÁ**

Praha 2010

# **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU S DIAGNÓZOU GRAVIDITAS EXTRAUTERINA**

Bakalářská práce

IVA OLŠINOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Němcová, PhD.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-04-30

Praha 2010

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Souhlasím také s případným prezenčním zpřístupněním této práce pro potřeby školy.

V Praze dne: 2010-04-30

*podpis*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Jitce Němcové, PhD. za rady, cenné připomínky a za ochotu a čas, který věnovala odbornému vedení mé absolventské práce.

## **ABSTRAKT**

OLŠINOVÁ, Iva. *Ošetrovatelská péče o pacientku s diagnózou graviditas extrauterina*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2010. s. 68

Hlavním tématem mé bakalářské práce je ošetrovatelský proces u ženy s mimoděložním těhotenstvím. Práce samotná je rozdělena do dvou částí, teoretické, tato se skládá z patofyziologie tohoto onemocnění a jeho léčby a empirické části, která obsahuje samotný ošetrovatelský proces u ženy s tímto onemocněním.

Použitá ošetrovatelská dokumentace je založena na funkčním ošetrovatelském modelu dle M. Gordon, ošetrovatelské diagnózy jsou sestaveny ve shodě s ošetrovatelskými intervencemi a programy.

Klíčová slova: Mimoděložní těhotenství. Ošetrovatelský model dle M. Gordon. Ošetrovatelský proces.

## **ABSTRACT**

OLŠINOVÁ, Iva. *Nursing care for a patient with the diagnosis graviditas extrauterina*. Medical college,o.p.s., grade of qualification: bachelor. Trainer: PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2010. p. 68

The main point of my graduation bachelor work is the nursing care for a woman with graviditas extrauterina. The work itself is divided into two parts, the theoretical one that contains of the patophysiology of this illness and its treatment and the empirical one that contains of the nursing care for a woman with this illness.

Elaborated nursing documentation is based on Mrs. M. Gordons functional health care model, the nursing diagnoses are done including the nursing interventions and programmes.

Key words: Graviditas extrauterina. Planning model due Mrs. M.Gordon. Nursing process.

## **PŘEDMLUVA**

Gynekopatologii byly v minulosti i současnosti věnovány mnohasetstránkové monografie. Patologii ženských pohlavních orgánů, těhotenství a plodových obalů popisují i objemné kapitoly v monografiích patologie.

Záměrem sepsání této práce nebylo v žádném případě nahradit tyto díla, ani jim konkurovat v úplnosti pohledu na vymezený úsek gynekologické patologie. Hlavní pohnutkou k napsání této bakalářské práce bylo jen stručně a přehledně prezentovat problematiku mimoděložního těhotenství v rámci patologie ženského lékařství.

Mimoděložní těhotenství, jinak i graviditas extrauterina, je stav, kdy se plodové vejce implantuje mimo dutinu děložního těla. Tento stav patří mezi nejčastější gynekologické náhlé příhody bříšní.

Výběr tohoto tématu byl ovlivněn několika faktory. Nejen mou každodenní prací na pozici porodní asistentky, absolvováním spousty specifických, gynekologicky zaměřených seminářů, ale i kontaktem s pacientkami, které tímto onemocněním trpěly.

Tato bakalářská práce je určena především studentům porodní asistence a všeobecného zdravotnictví, ale podnětné rady v ní mohou najít i porodní asistentky a sestry z praxe, které se věnují péči o těhotné ženy.

Poděkování, s vděčností a úctou, hlavně za pedagogické usměrnění a podnětné rady, patří vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Jitce Němcové, PhD. Touto cestou vyjadřuji poděkování i MUDr. Martě Nováčkové za podporu a pomoc s ucelením informačních zdrojů potřebných pro sepsání této práce. Poděkování touto cestou věnuji i Michalu Novotnému.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

ALT – alaninaminotransferáza, enzym v jaterních buňkách, přenášející v biochemických reakcích aminokyselinu alanin

AST – aspartátaminotransferáza, enzym v jaterních buňkách, přenášející v biochemických reakcích aminokyselinu aspartát

Ca prsu – carcinoma prsu

DM – diabetes mellitus

DM II. typu - diabetes mellitus II. typu

ICHS – ischemická choroba srdeční

IM – infarkt myokardu

i.v. - intravenózní

JT – jaterní transaminázy, enzymy přenášející aminokyseliny v jaterních buňkách při tvorbě bílkovin

paní T.I. - paní Telváková Ivana

partus spontaneus – spontánní potrat

SE – salpingectomie

Sectio caesarea – císařský řez

syn, 3 500 g / 51 cm – syn s hmotností 3 500 gramů a délkou 51 centimetrů

TBC – tuberkulóza

UPT – umělé přerušování těhotenství



## **OBSAH**

ÚVOD.....	10
1 PATOFYZIOLOGIE.....	11
1.1 Lokalizace mimoděložního těhotenství.....	12
1.2 Rizikové faktory mimoděložního těhotenství.....	13
1.3 Diagnóza mimoděložního těhotenství.....	13
1.4 Terapie.....	18
2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY U ŽEN A MUŽŮ PO DIAGNOSTIKOVÁNÍ MIMODĚLOŽNÍHO TĚHOTENSTVÍ.....	19
3 OŠETŘOVATELSTVÍ.....	21
3.1 Koncepční modely obecně.....	22
3.2 Ošetrovatelský proces.....	23
3.2.1 Zhodnocení.....	25
3.2.2 Diagnostika.....	27
3.2.3 Plánování.....	29
3.2.4 Realizace.....	30
3.2.5 Vyhodnocení.....	31
3.3 Koncepční model ošetrovatelství podle Dr. Marjory Gordonové : Funkční vzorce zdraví.....	31
4 ÚVOD A IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE O PACIENTCE.....	34
4.1 Anamnéza.....	35
4.2 Základní medicínský management k 7.3.2010.....	37
4.3 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení pacientky podle koncepčního modelu ošetrovatelství podle Dr. Marjory Gordonové.....	38
5 ROZPRACOVÁNÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ PODLE PRIORIT PACIENTKY V 1. DEN HOSPITALIZACE.....	42
6 ROZPRACOVÁNÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ PODLE PRIORIT PACIENTKY V 4. DEN HOSPITALIZACE.....	56
7 DISKUSE.....	65
ZÁVĚR.....	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67

## ÚVOD

Téma mimoděložního těhotenství je u nás stále častěji diskutované. Hlavně v souvislosti s nárůstem počtu těhotenství vzniklých s dopomocí asistované reprodukce počet diagnostikovaných mimoděložních těhotenství v posledních letech vzrůstá.

O mimoděložním těhotenství mluvíme dnes už u jednoho procenta všech těhotenství.

U mimoděložního těhotenství jde v podstatě o stav, kdy k nidaci plodového vejce dochází mimo sliznici dutiny.

Mimoděložní těhotenství, jinak i graviditas extrauterina nebo ektopická gravidita, patří také mezi nejčastější gynekologické náhlé příhody břišní. Proto je včasná diagnóza vzhledem k dopadům na mateřskou morbiditu důležitá v práci každého gynekologa.

Důvodem sepsání mé práce byl mimo jiné i fakt, že jsem se sama s tímto onemocněním léčila. Myslím, že mou velkou výhodou bylo, že jsem jako porodní asistentka měla spoustu teoretických znalostí, naopak zajímavé bylo sledovat, jak samotný proces zjišťování diagnózy a léčby v praxi našich nemocnic probíhá.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PATOFYZIOLOGIE

Podle definice, kterou uvádí Motlík a Živný, chápeme mimoděložní těhotenství jako implantaci oplozeného vejce na místě, kde nejsou vhodné podmínky pro jeho další vývoj. Jde jak o omezení prostorové, tak i o nedostatečné přizpůsobení krevního zásobení s tím spojené, čímž jde i o špatné podmínky pro rozvoj deciduy (MOTLÍK, ŽIVNÝ, 2001, s. 349).

Mimoděložní těhotenství (graviditas extrauterina, ektopická gravidita) je tedy stav, kdy se plodové vejce implantuje mimo dutinu děložního těla.

Nejčastější příčinou vzniku mimoděložního těhotenství bývá narušení slizničního krytu tuby a fimbrií, a tím porušení transportu embrya, které nabývá nidační schopnosti dříve než dosáhne dutiny děložní. Nebo je příčina v samotném plodovém vejci – tj. vajíčka předčasně nebo opožděně ovulovaná. Také hormonální změny koncentrace progesteronu, prostaglandinů a estrogenů mohou ovlivňovat transport fertilizovaného vejce. Další možnou příčinou může být hypoplazie tuby. Velmi zřídka bývají příčinou vzniku mimoděložního těhotenství metody asistované reprodukce GIFT – tj. aplikace do vejcovodů, nebo ET do dělohy, kdy došlo k vycestování embrya retrogradně do vejcovodu.

Další osud mimoděložního těhotenství závisí na místě nidace a vitalitě trofoblastu, který svou proteolytickou aktivitou napadá okolní tkáň. Embryo může krátce po nidaci odumřít a podlehnout regresí. V případě umístění ve vejcovodu nastává zhojení ad integrum.

Pokud je plodové vejce větší a narušilo cévy, dochází k prokrvácení plodových obalů a odloučení nedostatečně zakotvené placenty, jehož následkem je mola cruenta (carnosa), která se časem může také vstřebat. Často však kontrakce vejcovodu vypuzují

plodové vejce do břišní dutiny. Jedná se pak o abortus tubarius abdominalis. Pokud trofoblast nahlodá celou stěnu vejcovodu, dochází zpravidla k její ruptuře. Jedná se pak o graviditas tubaria ruptura. Ať už v případě ruptury nebo moly v Douglasově prostoru můžeme najít krevní koagula a tekutou krev – tj. haematocaele rectouterina (MACKŮ, 1997).

Endometrium při mimoděložním těhotenství jeví těhotenskou přeměnu – tj. decidualizaci. V případě odumření gravidity dochází k rozpadu endometria a krvácení z dělohy. Velmi vzácně se vyskytuje tuboabdominální nebo abdominální mimoděložní těhotenství, kdy při pokročilejším tubárním těhotenství bývá plod vypuzen do dutiny břišní a placenta zůstává v tubě, nebo se uchytlí na zadní děložní stěně. Plodové vejce se také může primárně uchytit kdekoliv na serózách dutiny břišní, a vzniká tak abdominální gravidita, která se může i ojediněle donosit. Plod pak bývá často malformovaný. Děloha může být zvětšená a prosáklá, rovněž prsní žláza reaguje zduřením, napětím a někdy sekrecí kolostra.

## **1.1 LOKALIZACE MIMODĚLOŽNÍHO TĚHOTENSTVÍ**

Nejčastěji dochází k nidaci mimoděložního těhotenství ve vejcovodu, a to v 95 - 97 procentech, z čehož v ampulární části v 55 - 80 %, v istmické části ve 12 - 25 %, ve fimbriální části v 5 - 17 %.

V oblasti uterinní je to v intersticiální části ve 2 %, v rudimentárním rohu v 0,1 %, v cervikální části v 0,1 %.

V oblasti ovariální 0,5 - 3 %. V oblasti abdominální 0,3 - 1,4 %.

Za zmínku také stojí i vzácná 1:15 000- 30 000 koexistence intrauterinní a ektopické gravidity, tzv. heterotopická gravidita. S rozvojem metod asistované reprodukce stoupá její výskyt až 1:2 600. Existuje také bilaterální tubární gravidita 1:722 – 1:1 520 ektopických gravidit (CITTERBART et al., 2001, s. 191).

## 1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY MIMODĚLOŽNÍHO TĚHOTENSTVÍ

Vysoké riziko – tubární patologie s nejrůznější etiologií: sterilizace, předchozí mimoděložní těhotenství, tubární chirurgie, endometrioza.

Střední riziko – infertilita a s ní spojené vyšetřovací metody a terapie: asistovaná reprodukce, indukce ovulace, a jako další se uvádí promiskuita.

Nízké riziko – pánevní břišní chirurgie, poševní výplachy, začátek sexuálního života před 18. rokem, kouření cigaret (ČECH et al., 1999, s. 161).

## 1.3 DIAGNÓZA MIMODĚLOŽNÍHO TĚHOTENSTVÍ

Diagnóza mimoděložního těhotenství se opírá o:

- anamnézu
- klinické vyšetření
- ultrazvukové vyšetření
- biochemické vyšetření (hCG, progesteron)
- laparoskopii

V jednotlivých diagnostických metodách se určité příznaky objevují podle lokalizace a osudu mimoděložního těhotenství.

Tubární gravidita může mít trojí osud:

- **Rostoucí neporušená tubární gravidita** vzácně přetrvává déle než 8 týdnů, většinou přechází v některou z dalších forem.
- **Tubární abort** – často mezi 6. - 8. týdnem těhotenství.
- **Ruptura tubární nebo intersticiální gravidity.**

Klinický obraz může mít také trojí charakter:

**1. Hemodynamicky nestabilní pacientky.** Tyto ženy přicházejí se známkami nitrobršního krvácení při počínajícím nebo rozvinutém hypovolemickém šoku s peritoneálními příznaky. Nejčastěji při ruptuře tubární nebo intersticiální gravidity.

**2. Symptomatické neurgentní pacientky.** Jednotlivé příznaky jsou u nich vyjádřeny v různé míře – zde záleží na stavu ektopické gravidity. Může se jednat o tubární abort, růst neporušené ektopické gravidity nebo i regrese časně odumřelého mimoděložního těhotenství.

**3. Asymptomatické pacientky.** Mimoděložní těhotenství je u nich zachyceno většinou náhodně, například v programu asistované reprodukce. Může se jednat o intaktní počínající mimoděložní těhotenství nebo již odumřelé mimoděložní těhotenství v tubě ve fázi regrese. Nebo starší tubární abort – při podrobnější anamnéze se většinou některé již odeznělé příznaky zjistí.

## ANAMNÉZA

Po tom, co zhodnotíme všechny rizikové faktory, pátráme po symptomatologii. Přítomnost amenorrhoei nám v případě pravidelných menses může napovídat o závažnosti stavu a je důležitá v souvislosti s ultrazvukovým nálezem a titrem hCG. Bolesti břicha a podbřišku se vyskytují téměř u všech pacientek s mimoděložním těhotenstvím. U rostoucí neporušené gravidity jsou způsobené distenzí tuby, která se může projevovat jako tupá bolest v oblasti postižených adnex. V případě tubárního abortu se bolest projevuje jako křečovitá - je způsobena peristaltikou tuby a při postupném vývoji haemoperitonea i iritací pánevního peritonea. V případě ruptury tuby dochází k náhle vzniklé prudké bolesti v podbřišku téměř vždy s další symptomatologií haemoperitonea a haemoragického šoku. Někdy se může objevit i krvácení z rodidel, specifické pro odumření ektopické gravidity. Setkáváme se i s nejistými známkami gravidity (napětí v prsou, nauzea), pacientky udávají nucení na stolici, pocit na omdlení.

## KLINICKÉ VYŠETŘENÍ

V klinickém obraze lze v urgentním stavu prokázat známky haemoperitonea, břicho je vzedmuté, palpačně bolestivé, se známkami peritoneálního dráždění, při palpačním vyšetření je diferenciací orgánů v malé pánvi velmi obtížná. U štíhlých žen může být patrné modravé zbarvení kůže v oblasti pupeční jamky nebo v herniích. Krevní koagula vyvolávají dojem tření, hnětení tajícího sněhu. Haemoperitoneum vyvolávající peritoneální dráždění se může také projevit reflektorickým kolapsovým stavem. Podle závažnosti krvácení, dekompenzací a oběhovým selhání s laboratorními známkami akutní anémie (dochází k poklesu tlaku, puls je nitkovitý nebo nehmatný, dyspnoe). Bolesti břišní stěny bývají v celé malé pánvi. Dále se může vyskytovat dráždění n.phrenicus v horizontální poloze s propagací bolesti pod lopatku nebo do ramenního kloubu. Vyskytuje se i nucení na močení nebo rektální tenesmy. Pokleповě je možné zjistit volnou tekutinu v dutině břišní.

## ULTRAZVUKOVÉ VYŠETŘENÍ

Ultrazvukové vyšetření patří spolu se stanovením hladiny hCG a laparoskopii k nejdůležitějším vyšetřením při diagnostice mimoděložního těhotenství. Transvaginální ultrazvukové vyšetření umožňuje detekci intrauterinní gravidity při dobrých akustických podmínkách již 3 - 4 týdny po koncepci při hladinách hCG 1 000 IU/l. To znamená detekce plodového váčku v pátém gestačním týdnu a plodu s pulzacemi v šestém gestačním týdnu. Týden po vynechání menses při sérových hladinách beta hCG 1 500 IU/l by mělo být bezpečně ultrazvukově prokazatelné intrauterinní těhotenství. Je-li tato hladina vyšší a dutina děložní je prázdná, jedná se prakticky ve většině případů o mimoděložní těhotenství.

Někdy lze pozorovat v dutině děložní tzv. pseudogestační váček (centrálně uložený hypoechogenní prostor s jedním echogenním lemem), jehož podkladem je kolekce tekutiny v děložní dutině. Při ektopické tubární graviditě můžeme prokázat vitální tubární graviditu už ve třetině případů. Intaktní mimoděložní těhotenství lze vaginální sondou diagnostikovat při velikosti 1 cm (BREYER et al., 2000, s.262).

## BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ

Při laboratorním vyšetření se opíráme o stanovení hodnoty beta subjednotky hCG a progesteronu.

Důležité je stanovení beta subjednotky hCG (lidský choriový gonadotropin), která je produkována trofoblastem. Počátek jeho tvorby spadá do období implantace, kdy se trofoblast blastocysty diferencuje v syncytium a cytotrofoblast. HCG je produkován syncytiotrofoblastem a objevuje se v krvi a následně v moči devátý až jedenáctý den po koncepci. Mezi třetím až devátým gestačním týdnem hladina gonadotropinů rychle exponenciálně stoupá a dosahuje maxima v desátém týdnu s mediánem 110 000 IU/l (40-220 000 IU/l) (ČECH et al., 1999, s. 162).

Využíváme tedy stanovení beta subjednotky hCG: stanovení je kvalitativní pomocí one-step testů. Citlivost těchto testů je od 50 IU/l, což znamená pozitivitu v období vynechání menses. Jedná se o metodiku imunoenzymatickou (ELISA, EI As). Stanovení se provádí z moči a přináší odpověď pouze o tom, zda je žena gravidní. Přesnější kvantitativní stanovení se provádí z krevního séra metodami RIA, přičemž se využívá i dynamiky nárůstu hladin hCG. Za dva týdny dosahují hladiny dvojnásobku (doubling time). Po ukončení šestého týdne se doubling time prodlužuje, ale stále platí, že pomalý nárůst nebo stagnace jsou typické pro abnormální graviditu. Dynamické sledování hladin hCG je však vyhrazeno pouze u dynamicky stabilní pacientky. Při rozvoji klinické symptomatologie je nutné vzniklou situaci řešit (například laparoskopií, laparotomií) (ČECH et al., 1999, s. 162).

Stanovení progesteronu: progesteron stanovený RIA metodami může přinést informaci o viabilitě, hladiny nad 35 ng/l nebo nonviabilitě gravidity, kde jsou hladiny pod 5 ng/l. Stanovení progesteronu může být pouze pomocným vyšetřením pro jeho nespolehlivost. I u některých normálně se vyvíjejících těhotenství se mohou vyskytovat abnormální hodnoty (CITTERBART et al., 2001, s. 191).



## **LAPAROSKOPIE**

Laparoskopie doplňuje předešlá vyšetření a téměř vždy potvrzuje správnost diagnostiky mimoděložního vyšetření již jako single test. Přímou vizualizací orgánů malé pánve a dutiny břišní je umožněna diferenciální diagnóza.

Při diferenciální diagnostice bereme v úvahu některé stavy spojené s krvácením do dutiny břišní:

1. ruptura folikulární nebo corpusluteální cysty
2. heterotopická gravidita
3. spontánní abortus (hrozící, probíhající nebo proběhlý)
4. hyperstimulační syndrom

Zánětlivé afekce:

5. apendicitis
6. adnexitis (nebo jiné pánevní infekce )

Jiné afekce:

7. endometriosis
8. torze adnex (MARTIUS et al., 1997).

## **KULDOCENTÉZA**

Jedná se o punkci Douglasova prostoru, v minulosti hojně využívanou. Aspirací nesrážlivé krve (pozitivní výsledek) prokazujeme pouze přítomnost krve – haemoperitonea. Ale nejedná se o specifický průkaz mimoděložního těhotenství (MOTLÍK, ŽIVNÝ, 2001).

## 1.4 TERAPIE

Rozhodnutí o způsobu léčby záleží na několika faktorech:

1. na paritě
2. na lokálním nálezu
3. na celkovém nálezu
4. na zachování reprodukčních funkcí ženy

Terapii můžeme dělit na chirurgickou a medikamentózní.

**1. Chirurgický přístup** k řešení mimoděložního těhotenství využívá metody laparoskopické a nebo laparotomické. Laparotomie je vyhrazena pro akutní hemodynamicky nestabilní pacientky s velkou krevní ztrátou, kdy by laparoskopie znamenala další odklad zástavy krvácení, většinou při rozsáhlých nálezech. Těmi může být amenorrhoea nad 8 týdnů, při cervikální graviditě – pokud se řeší hysterektomií, při kornuální nebo intersticiální graviditě.

Laparoskopie má oproti laparotomii řadu výhod. Patří mezi minimálně invazivní chirurgii. Hospitalizace je nutná pouze pár dnů a pracovní neschopnost je také kratší. V dnešní době patří mezi metodu volby. Kontraindikací představuje pouze masivní intraabdominální krvácení se šokovým stavem, rozsáhlý adhezivní proces v malé pánvi.

**2. Medikamentózní přístup** využívá oproti terapii chirurgické aplikaci systémovou nebo lokální.

Využívá se:

1. chemoterapie – systémová nebo lokální aplikace metotrexátu
2. použití hypertonických roztoků (KCl, hypertonická glukóza)
3. aplikace prostaglandinů

Za méně toxickou alternativu metotrexátu je považováno cytostatikum Aktinomycin D. Další možností je použití Enzaprostu nebo antiprogesteronu RU 486. Z abortiv rostlinného původu byl vyzkoušen Trichosantin (ČEPICKÝ, KURZOVÁ, 2003, s. 138).

## 2 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY U ŽEN A MUŽŮ PO DIAGNOSTIKOVÁNÍ MIMODĚLOŽNÍHO TĚHOTENSTVÍ

Poté, co lékař těhotné ženě sdělí aktuální diagnózu mimoděložního těhotenství, cítí se tato žena v prvních chvílích šoku bezradná a často se stává, že tuto diagnózu odmítá přijmout. Přemýšlí ve zděšení v prvních chvílích o to, že to není možné, že to musí být omyl. Jde o typický obranný mechanismus, kdy se žena cítí otupělá, všechno se jí zdá být neskutečné, cítí se osamělá, vzdálená od ostatních.

Tyto pocity může pak střídat úzkost a zlost. Otázky jako: Proč se to stalo právě mně? Jak se to stalo? Co se stalo špatně? Hněv a hledání viníka jako reakce na ztrátu je přirozená. Obviňovat v této době bezmoci mohou ženy nejen sami sebe, ale i zdravotníky, ostatní členy rodiny či Boha. Obviňování se objevuje téměř u tří pětín žen (ČEPICKÝ, 1999).

Pocit lítosti, ztráty části sama sebe, pocit prázdna, zklamání pak přirozeně nastupují spolu s obavou o další možné otěhotnění a možnosti opakování se stejné situace- GEU. U žen s opakovanou diagnózou mimoděložního těhotenství jsou popisovány různé psychické odchylky jako: vyšší úzkost, psycho-sexuální nezralost, emoční labilita, neschopnost řešit problémy. To však může být stejně tak i důsledkem než příčinou. Žena má obavu o partnerský vztah a pocit viny vůči rodině. Její stres se může kumulovat, stoupá deprese, která se může rozvinout v chronický stav deprese, ztráty sebeúcty, porucha vnímání tělesného obrazu, nespavost, pokles libida.

Zajímat bychom se měli i o psychiku otce dítěte. Situace u mužů v souvislosti s ukončením těhotenství jejich partnerek je různá. Někteří z nich se pokouší chránit matku od prožitků, které by je mohly rozrušit. Stávají se z nich prostředníci mezi matkou a zdravotnickým personálem. Často komunikují s celou širší rodinou, které předávají informace. Zatímco se tím vším zabývají, ještě navíc řeší problémy a povinnosti doma a ve svém zaměstnání. Není proto divu, že se muž často stáhne do sebe. Může se zdát, že se schovává před tím, co se stalo, ale on se pravděpodobně

pokouší dát tomu všemu, co se stalo, smysl svým vlastním způsobem. Někdy se zahrne spoustou úkolů, což bere jako způsob odpovědi na ztrátu. Pokud vše propojí se svými pocity, vzniká reálná naděje, že se ze své uzavřenosti vrátí zpět.

Záleží přitom na tom, jestli muž chápe svou mužskou roli jako roli silného muže, kdy je přesvědčen, že by neměl být slaboch, neměl by jako správný chlap brečet. Měl by se projevovat jako silák, který všechno zvládá.

Svou mužskou roli však může chápat i jako roli ochránce. Má pak pocit selhání v tom, že neochránil dítě, že nyní není schopen uchránit zbytek rodiny před bolestí a žalem. Všichni mu připomínají jeho roli dotazem: Jak se daří manželce?

Svou roli může muž chápat i jako roli soběstačného muže. Stojí pevně na svých vlastních nohách, což mu brání zhroutit se stejně jako ostatní, nepřipouští si své emoce, nezabývá se svými pocity.

Další variantou může být, že muž chápe svou roli jako roli zajistitele. Chce zajistit rodinu, cítí nutnost vrátit se do práce, kde se ale chovají spolupracovníci jinak než obvykle – posiluje se tak pocit jeho selhání, sílí pocit izolace. Muž pak pracuje přesčas, svůj únik směřuje ke koníčkům, chodí do hospody.

Různé způsoby chování muže mohou být posuzovány jako jeho pokus o zapomenutí na svůj žal a domácí realitu. Ve skutečnosti to může být jeho vlastní způsob zvládání žalu. Existují důkazy o tom, že otcové se vyrovnávají se svým smutkem rychleji než ženy. To může způsobit problémy ve vzájemných vztazích, vznikají manželské i sexuální problémy. Vše se může komplikovat tím, že partneři nejsou zvyklí sdílet své pocity, nebo dokonce činí jeden druhého odpovědným za nedonošené těhotenství (ENKIN, 1998).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 3 OŠETŘOVATELSTVÍ

S pomocí slovníků českého jazyka bychom k pojmu ošetřovatelství našli výklad: odborná péče o nemocné. Podívali bychom se však na tento pojem komplexněji, pochopili bychom ošetřovatelství v souvislosti nejen výkladové. Ošetřovatelství je dnes velmi dynamicky se rozvíjející obor umožňující sestřám, a nejen jim, účinně pomáhat lidem ve zdraví i v době nemoci, v uspokojování jejich potřeb a v zajišťování jistot i v těch nejbolestnějších, nejsmutnějších, ale mnohdy i nejradostnějších chvílích života (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

Ošetřovatelství by mělo obsáhnout nejen odbornou péči o pacienty, ale i komplexní ošetřovatelskou péči poskytovanou ve zdraví i během nemoci. V tomto smyslu by nemělo v rámci ošetřovatelství jít jen o praktické ošetřovatelské postupy, ale celkově o ucelený myšlenkový proces podmíněný nejen preventivními, diagnostickým a terapeutickými principy a východisky různých medicínských oborů, ale i psychickými, sociálními, společenskými hledisky péče o zdraví.

Ošetřovatelství samotné jako obor je založeno na vědeckých základech. Jeho význam však každý člověk úplně pochopí až tehdy, dostane-li se do kritického stavu nebo na nemocniční postel. Specifičnost ošetřovatelství je v tom, že se týká každého člověka od narození až do konce života. Právě proto lze pojem ošetřovatelství chápat jako nauku o uspokojování potřeb jedinců vzhledem k jejich stavu zdraví a podmínkám prostředí. V podstatě bereme v úvahu všechny ošetřovatelské aspekty péče o jedince v souvislosti jejich vzájemného působení jednotlivých složek člověka, zdraví a prostředí.

Pátráme - li po samotné definici ošetřovatelství, nabízí se několik srovnání. Mastiliaková ve své práci uvádí pod pojmem ošetřovatelství systém specifických teoretických poznatků (předmět zkoumání) a metodu praxe - ošetřovatelský proces (MASTILIAKOVÁ, 2002). Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství jako systém typicky ošetřovatelských činností týkající se jedince, rodiny, společenství,

v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. Staňková píše, že hlavním cílem ošetřovatelství je všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozměněné onemocněním (STAŇKOVÁ, 1996).

### 3.1 KONCEPČNÍ MODELY OBECNĚ

Samo o sobě je dnes ošetřovatelství, komplexně řečeno, postaveno na souboru metaparadigmat a z nich se jednotlivě rozvíjejících koncepčních ošetřovatelských modelů. Vezmeme-li v úvahu metaparadigmata jako soubor nejširších pohledů na zkoumání ošetřovatelských problémů, pak koncepční modely chápeme pouze jako myšlenkové postupy. Metaparadigmata samy o sobě určují předmět a obsah ošetřovatelství jako vědního oboru, kdežto koncepční modely slouží jen jako jakési myšlenkové kombinace umožňující nám určitý přístup k řešení specifického problému (STAŇKOVÁ, 1996).

Koncepční modely mají každý svou strukturu a zdůrazňují činnosti, dávají návod řešení otázek jevů a ukazují směr řešení praktických problémů. Poskytují možnosti potřebná k rozpoznání, že problém byl vyřešen. Definují cíl a rozsah ošetřovatelství a nabízí jakýsi rámec pro objektivní zaznamenávání jeho efektu. Stanovují oblast zodpovědnosti ošetřovatelství jako disciplíny a umožňují zdokumentovat nejen služby a jejich výsledky, ale i adekvátní komunikaci mezi sestrami.

Práce různých autorek zabývajících se ošetřovatelstvím se dnes považují za koncepční modely. Souhrn všech uvádí Farkašová:

Nightingale Florence: Moderní ošetřovatelství, 1859

Henderson Virginia: Teorie základní ošetřovatelské péče, 1955

Abdellah Faye: Dvacet jedna ošetřovatelských problémů, 1960

Hall Lýdia: Jádru, péče a léčebný model, 1964

Orem Dorothea: Teorie deficitu sebedpéče, 1970

Adam Evelyn: Koncepční model ošetřovatelství, 1975

Roper Nancy, Logan Winifred, Tierney Alison: Model životních aktivit, 1976

Watson Jean: Filozofie a věda ošetřovatelství, 1979  
Leiniger Madeleine: Teorie transkulturní péče, 1980  
Rizzo Parse Roemarie: Člověk – žití – zdraví, 1981, Teorie lidského bytí, 1992  
Benner Patricia: Od novicky k expertovi: Dokonalost a síla klinické ošetřovatelské praxe, 1984  
Peplau Hildegard: Psychodynamické ošetřovatelství, 1952  
Orlando Ida Jean: Teorie ošetřovatelského procesu, 1961  
Wiedenbach Ernestine: Model umění pomoci, 1964  
Travelbee Joyce: Vztahy člověka k člověku, 1966  
Riehl Sisca Joan: Symbolický interakcionalismus, 1980  
Bernard Kathryn: Interakční model rodiče – děti, 1984  
Mercer Ramona: Dosahování mateřské role, 1985  
Gordon Marjory: Model funkčních vzorců zdraví, 1987  
Johnson Dorothy: Model behaviorálního systému, 1959  
King Imogene: Systém a teorie cíle, 1971  
Neuman Betty: Systémový model, 1974  
Roy Callista: Adaptační model, 1976  
Levine Myra: Teorie čtyř konzervačních principů, 1967  
Rogers Martha: Model jednotných lidí, 1970  
Newman Margaret: Model zdraví, 1979  
Fitzpatrick Joyce: Perspektivní model života, 1983 (FARKAŠOVÁ, 2006).

### **3.2 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES**

Všechny tyto autorky svým specifickým přístupem dopomohly k tomu, že je dnes hlavní pracovní metodou práce ošetřovatelského personálu ošetřovatelský proces. Ten se stal brzy mezinárodním standardem, jehož využití v klinické praxi bylo legitimováno v USA v roce 1973.

Termín ošetřovatelský proces poprvé použila Hallová v r. 1955. Od té doby proces ošetřovatelství popsaly další sestry různým způsobem. V roce 1967 Západní mezistátní komise o vyšším vzdělávání (Western Interstate Commission on Higher Education, WICHE) zavedla pět kroků v ošetřovatelském procesu: percepci, komunikaci,

intervenci a vyhodnocení. Ta samá komise označila ošetrovatelský proces za vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou v daném prostředí. V roce 1967 Fakulta ošetrovatelství Katolické americké univerzity předložila čtyři části ošetrovatelského procesu: posuzování, plánování, zásah a vyhodnocení (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

Využití ošetrovatelského procesu v klinické praxi se legitimizovalo v roce 1967, kdy Sdružení amerických sester (ANA) uveřejnilo *Normy ošetrovatelské praxe* a uvedlo pět součástí ošetrovatelského procesu: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

S vývojem ošetrovatelského procesu se čím dál tím více začal používat termín *sesterská diagnóza*. Pojem se používal v 50. a 60. letech na označení pacientových problémů a potřeb. V roce 1973 Gebbieová a Lavinová na Katedře ošetrovatelství Univerzity v St. Louis pomohly zorganizovat první národní konferenci o klasifikaci sesterských diagnóz. Roku 1982 se založila na konferenci organizace Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA). V roce 1982 Národní sbor Státních rad ošetrovatelství (National Council of State Boards of Nursing) definoval a popsal pět kroků ošetrovatelského procesu: posuzování, analýza, plánování, realizace a vyhodnocení (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

Ošetrovatelský proces dnes chápeme v podstatě jako racionální metodu poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových postupů, které profesionálové v ošetrovatelství používají:

1. ke **zhodnocení** stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity
2. ke **stanovení** ošetrovatelských problémů (**ošetrovatelských diagnóz**)
3. k **plánování** ošetrovatelské péče
4. k **realizaci** ošetrovatelské péče
5. k **vyhodnocování efektivity** ošetrovatelské péče (Věstník MZ ČR, 2004).

Aplikace ošetrovatelského procesu vyžaduje odpovídající vzdělání a dovednosti sester specialistek, primárních všeobecných sester nebo porodních asistentek, jež se prioritně soustředí na aplikaci diagnostického algoritmu ve specifické ošetrovatelské



situaci. Sestry musí mít jednak interpersonální dovednosti ve smyslu adekvátní individuální komunikace s lidmi, měly by zároveň umět naslouchat, projevit zájem a empatii. Stejně tak by měly být technicky vybavené ve smyslu zručnosti při naplánovaných výkonech. I intelektově by měly být na výši natolik, že by měly být schopné řešit problémy, vytvářet adekvátní úsudky.

Své nesporné výhody má ošetrovatelský proces nejen pro pacienty: zajišťuje jim příjem kvalitní plánované ošetrovatelské péče, návaznost a kontinuitu péče, jejich účast na péči, ale i pro sestry. Jim umožňuje uspokojení při výkonu svého zaměstnání, odborný růst, vyhnutí se rozporu se zákonem, realizaci standardů ošetrovatelské praxe, splnění standardů akreditovaného pracoviště.

Ošetrovatelský proces obecně je:

- dynamický, otevřený, přizpůsobivý
- plánovitý
- cílený
- má individuální přístup k potřebám pacienta
- přizpůsobivý k osobním potřebám pacienta
- interpersonální
- spolupráce sestry a pacienta při hledání společného řešení
- umožňuje zpětnou vazbu
- obecně použitelný (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

### 3.2.1 ZHODNOCENÍ

Z pěti fází ošetrovatelského procesu má nemalý význam už první fáze procesu a to **zhodnocení**. Nejprve sesbíráme dostupné informace, posoudíme subjektivní i objektivní stav zdraví pacienta. V této fázi se tedy snažíme systematicky a logicky získat a uspořádat údaje o pacientovi nejen při vstupním pohovoru či vyšetření, ale během celé doby kontaktu s pacientem. Tato prvotní fáze ošetrovatelského procesu zahrnuje všechny informace získané sestrou, všechny priority označené pacientem samotným

i pacientovo očekávání vzhledem k jeho nemoci. Všechny údaje a informace získává sestra na základě odborných znalostí a porozumění lidského chování ve zdraví i nemoci.

Zdroje informací se získávají od pacienta nebo doprovodné osoby, ze zdravotnické dokumentace, od příbuzných, od ostatních zdravotnických pacientů, vlastním pozorováním a fyzikálním vyšetřením.

Informace musí sestra písemně zdokumentovat. Pro zaznamenávání údajů se může použít formulář, ve kterém je různá struktura otázek. Neexistuje předepsaný vzor formuláře. Každá nemocnice i oddělení má svůj.

Sběr informací zahrnuje biografické údaje, anamnézu, subjektivní a objektivní údaje o současném zdravotním stavu nemocného získané metodou rozhovoru, pozorováním a fyzikálním vyšetřením a jeho subjektivní a objektivní problémy v oblasti bio - psycho - sociální a spirituální.

Metody získávání informací: pozorování, rozhovor a naslouchání a fyzikální vyšetření.

- **pozorování** je jedna ze základních metod pro nacházení informací o somatickém a psychickém stavu klienta, o jeho prožívání nemoci, hospitalizaci. Nejčastěji používaným způsobem pozorování je extrospekce - záměrné a cílevědomé pozorování jiného člověka. Pozorování je v podstatě uvědomělá, cílevědomá dovednost sestry.

- **rozhovor a naslouchání** patří k dalším metodám získávání informací. Jde o slovní komunikaci mezi sestrou a nemocným, obvykle doplňovanou neverbální komunikací, přičemž pozornost je kladena i na paralingvistické projevy. Těmi mohou být: tón řeči, její rychlost, hlasitost. Dialog s pacientem by měl být kontinuální, během celého ošetřování. Pokud je to možné, by nejlepší si podle možnosti rozhovor s pacientem naplánovat tak, aby se konal v čase, kdy je nemocný ve fyzické pohodě, bez bolesti a vyrušování.

Při získávání informací je možné použít dvě formy rozhovoru: direktivní forma rozhovoru je zaměřená na získávání specifických informací v limitovaném čase. Nedirektivní forma rozhovoru se používá k navázání spolupráce s pacientem nebo skupinou pacientů (NAKONEČNÝ, 1997).

- **fyzikální vyšetření** umožňuje shromáždování objektivních údajů pro doplnění subjektivních údajů a úplnosti systematického hodnocení stavu zdraví pacientů.

Pokud se jedná o každodenní praxi sester, osvědčilo se provádět ošetrovatelskou anamnézu ve dvou stádiích. První stádium ošetrovatelské anamnézy se sestavuje krátce po přijetí pacienta do nemocnice a poskytuje dostatek informací pro sestru, aby zahájila péči o nemocného. Jde o povrchní rozhovor, systematické vyšetření, zhodnocení náchylnosti k potenciálním nemocem. Druhé stádium ošetrovatelské anamnézy představuje více detailnější tělesné a psychologické vyšetření a může zahrnovat více nástrojů. Porovnáváme dřívější a současný stav nemocného.

Obtížné situace, které ovlivňují pozorování:

- úzkost
- zlost a nepřátelství
- nevidomí pacienti
- pláč
- deprese
- hluchota
- jazykové bariéry
- příliš umluvení pacienti
- mlčení

### **3.2.2 DIAGNOSTIKA**

Další fází ošetrovatelského procesu je **diagnostika**. Vůbec poprvé se slovo ošetrovatelská diagnóza objevuje v americké literatuře v roce 1950. Publikovala ho Mac Manus. Nejstarší definici tohoto slova zformulovala Abdellahová v roce 1957. Seriózně se pak problematikou standardních názvů ošetrovatelských diagnóz zabývala až Národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz v roce 1973, kdy byla také přijata první oficiální definice ošetrovatelské diagnózy (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

Ošetrovatelská diagnóza se dnes chápe jako úsudek nebo závěr, který vzniká jako následek ošetrovatelského zhodnocení (posouzení zdravotního stavu klienta).

V roce 1982 byl schválen mezinárodní odborným seskupením NANDA - International (North American Association for Nursing Diagnoses International, Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku) systém NANDA. Jeho úkolem je podporovat rozvoj standardní terminologie a systematického seřazení ošetrovatelských diagnóz, intervencí a očekávaných výsledků pro profesionální praxi. Diagnózy NANDA jsou seřazeny do taxonomie I a II, přičemž taxonomie II uvádí strukturu třinácti diagnostických domén:

- podpora zdraví
- výživa
- výměna a vylučování
- aktivita - odpočinek
- vnímání - poznávání
- vnímání sebe sama
- vztahy
- sexualita
- zvládání zátěže - odolnost vůči stresu
- životní princip
- bezpečnost - ochrana
- komfort
- růst - vývoj (MAREČKOVÁ, 2006).

Názvy ošetrovatelských diagnóz s jejich mezinárodním číselným kódem, podstata NANDA systému, lze chápat jako pojmenování ošetrovatelských problémů. Přítomností ošetrovatelského problému vychází z předpokladu, že v konkrétní potřebě nemocného nebo i zdravého člověka není z ošetrovatelského pohledu vše v pořádku. Ošetrovatelský problém může být:

- aktuální - nyní je určitá lidská potřeba dysfunkční
- potenciální - v současnosti je pacient ohrožen vznikem dysfunkce v určité potřebě

- edukační - orientovaný na zlepšení zdraví (potřeba klienta je funkční, nevykazuje dysfunkci ani potenciál dysfunkce, ale edukací a podporou můžeme její fungování zlepšit)

Na základě taxonomie NANDA můžeme formulovat ošetrovatelskou diagnózu složenou ze tří částí:

**1. P = problém pacienta.** Pomocí sesbíraných údajů stanovíme ošetrovatelský problém (stav nebo situace, ve které pacient potřebuje pomoc pro udržení svého zdraví) podle NANDA taxonomie.

**2. E = etiologie.**

**3. S = symptom** - obsahující objektivní i subjektivní příznaky (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

### 3.2.3 PLÁNOVÁNÍ

**Plánování** ošetrovatelské péče patří ke třetímu kroku ošetrovatelského procesu. Jde v něm o proces vytyčení ošetrovatelských strategií či intervencí s cílem prevence, redukce pacientových zdravotních problémů, řadu aktivit sestry. Plán ošetrovatelské péče má pak svou charakteristickou písemnou formou naplánovat strategii ošetrovatelské péče na základě fakt zjištěných a ověřených během diagnostické fáze. Na plánování se podílí sestry, pacienti, rodina pacienta, podpůrné osoby.

V rámci plánování stanovujeme priority. Ty se samozřejmě liší podle toho, v jakém druhu zařízení je ošetrovatelská péče poskytována. Na základě analýzy získaných informací v ošetrovatelském procesu a stanovení ošetrovatelské diagnózy pak určujeme prioritu akutní střední a nízkou.

Ve fázi plánování ošetrovatelského procesu stanovujeme pro pacienta očekávané výsledky (cíle - krátkodobé nebo dlouhodobé a výsledná kritéria). Jde o očekávaný výsledek nebo žádoucí změnu stavu k cestě ke zdraví po realizaci ošetrovatelských zásahů. Cíl má být natolik reálný, aby pojal i schopnosti a možnosti sestry a musí se shodovat s léčebným plánem lékaře. U cíle se má určit i čas.

K dosažení vytyčených cílů se sestavuje návrh vhodných ošetřovatelských intervencí- zásahů. Ordinance ošetřovatelských intervencí provádí sestra co nejpřesněji s tím, že je musí během hospitalizace neustále aktualizovat podle individuálního stavu pacienta. Intervence by měly obsahovat datum, činné sloveso, měly by mít obsahovou část a časový prvek s následným podpisem sestry.

Ošetřovatelský plán zabezpečuje kontinuitu péče, dokumentuje potřeby pacienta. Může být podle typů uváděn jako ošetřovatelský plán péče:

- individuální plán péče- plán orientovaný na ošetřovatelské diagnózy
- denní plán péče
- standardní plán péče (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

### **3.2.4 REALIZACE**

Významným aspektem ošetřovatelského procesu je **realizace**. Realizace neboli vykonávání, zásah je uplatnění ošetřovatelských strategií v ošetřovatelském plánu. Realizace je ovlivněna chodem oddělení, jeho charakterem a individuálním přístupem sestry k pacientovi. Proto rozlišujeme:

- **system skupinové péče** - sestra řídí plánovanou ošetřovatelskou péči u svých přidělených pacientů, spolupracuje s ostatními profesionály a nese odpovědnost za koordinaci celkové péče u svých pacientů.
- **system individuální péče** primární sestrou (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

Realizace ošetřovatelského procesu bere v úvahu, jak uvádí Mastiliaková šest složek:

- individuální přístup
- potřebu zapojení a účasti klienta
- prevenci komplikací
- zachování obranných mechanismů
- poskytnutí psychické podpory a pohody
- přesné provádění všech ošetřovatelských aktivit (MASTILIAKOVÁ, 2002).

V rámci ošetrovatelského procesu obsahuje proces realizace, jak uvádí Mastiliaková:

- opakované posouzení pacienta
- ověřování plánu ošetrovatelské péče
- posouzení potřeby asistence
- realizaci ošetrovatelských strategií
- záznam ošetrovatelských činností (MASTILIAKOVÁ, 2002).

### 3.2.5 VYHODNOCENÍ

Závěrečnou fází ošetrovatelského procesu je **vyhodnocení** efektivity naplánované a poskytnuté péče. V této části procesu posoudíme změnu zdravotního stavu pacienta, jeho konání a chování v důsledku činnosti sestry, která použila ošetrovatelský proces.

Závěry ve finálním vyhodnocení určují, zda mají ošetrovatelské zásahy skončit, pokračovat, revidovat nebo změnit. Hodnocení má proto tři stupně:

- cíl se splnil (tedy **efekt úplný**)
- cíl se splnil částečně (tedy **efekt částečný**)
- cíl se nesplnil (**efekt neúplný**), (KOZIEROVÁ a kolektiv, 1995).

Výsledek hodnocení ošetrovatelského plánu sestra zaznamenává do dokumentace spolu se svým podpisem. Pokud byl cíl plánu splněn částečně nebo nebyl splněn, musí sestra plán přehodnotit- obnovit, doplnit, případně změnit.

## 3.3 KONCEPČNÍ MODEL OŠETŘOVATELSTVÍ PODLE Dr. MARJORY GORDONOVÉ: FUNKČNÍ VZORCE ZDRAVÍ

Jak již bylo řečeno, ošetrovatelský proces je integrován do koncepčních modelů. To jsou v podstatě abstrakce, které poskytují systematický přístup k ošetrovatelské praxi. Koncepční model ukazuje, co pozorovat, čeho si všímat, o čem přemýšlet, jak se dívat na svět a která hlediska brát v úvahu, a tak pomáhá zkvalitnit práci sester. Koncepční modely soustředí pozornost na některé oblasti, které autor považuje za důležité a jiné, méně důležité, vylučuje. Jednotlivě se konkrétní model může soustředit na schopnost

sebepečce (model Oremové) nebo na hodnocení a hledání potencionálních a aktuálních stresů (model Nemanové).

Pro aplikaci ošetrovatelského procesu u mé pacientky s diagnózou mimoděložního těhotenství jsem si vybrala model Funkčních typů zdraví dr. Marjory Gordon.

Dr. Marjory Gordonová ve svém modelu Funkčních typů zdraví:

- chápe člověka v globále celistvosti jeho osobnosti jako bio - psycho - sociální jednotky

- vychází z hodnocení kvality zdraví jedince z hlediska funkčního stavu jeho organismu

- cílem jejího modelu je vytvoření rovnováhy ve všech složkách: bio - psycho - sociální

- pacienta Gordonová chápe v souvislosti celku jednotlivých jeho faktorů: biologických, vývojových, kulturních, sociálních, spirituálních buď ve funkčním, nebo disfunkčním postavení

- role sestry v tomto modelu spočívá v získávání informací v jednotlivých oblastech

- zdrojem potíží pacienta je problém v některé z oblastí bio – psycho - sociálně - spirituální

- ohniskem zásahu ošetrovatelské péče je proto konkrétní porušená oblast

- klíčovou myšlenkou v modelu je pojetí typu. Typ Gordonová chápe jako úsek chování v určitém čase. Dysfunkční typ může později vyvolat onemocnění.

- důsledkem modelu je funkční vzorec zdraví

- kritéria Gordonové pro hodnocení funkčního zdraví:

- 1. Vnímání zdraví- snaha o udržení zdraví- řízení zdraví.**

- 2. Výživa- metabolismus**

- 3. Vylučování.**

- 4. Aktivita- cvičení.**

- 5. Spánek- odpočinek.**

- 6. Poznávání- smyslové vnímání.**

- 7. Vnímání sebe samého- představa o sobě- sebeúcta.**

- 8. Životní role- mezilidské vztahy.**



**9. Reprodukce- sexualita.**

**10. Přizpůsobení se- odolávání stresu- reakce na zátěžové situace.**

**11. Hodnotová orientace- náboženské přesvědčení.**

**12. Různé.** Zahrnuje všechno další, co může ovlivňovat funkční zdraví jedince a nebylo zahrnuto v předchozích okruzích.

- součástí modelu je ošetřovatelský proces, složený z pěti úrovní:

**1. Hodnocení.** Znamená sběr specifických údajů o klientových problémech.

**2. Diagnostika.** Následuje po analýze získaných dat a znamená identifikaci aktuálních a potencionálních ošetřovatelských diagnóz.

**3. Plánování.** Znamená formulaci cílů, výsledných kritérií i plánu ošetřovatelských intervencí.

**4. Realizace.** Představuje provedení intervencí.

**5. Vyhodnocení.** Stanovuje, zda bylo dosaženo stanoveného cíle. Pomáhá sestře vyhodnotit účinnost celého ošetřovatelského procesu a v podstatě i ošetřovatelského modelu, který si sestra zvolila.

Model Gordonové - Funkčních typů zdraví- jsem si k vypracování vybrala proto, že obsahuje ucelené informace o fyzickém, psychickém a spirituálním aspektu zdraví člověka, jako i o jeho vztazích a schopnostech adaptovat se. Přínosem jejího modelu, který jsem nejednou ocenila, je jednoduchý ale přitom i celistvý přístup k pacientovi. Další cennou výhodou tohoto modelu je bezesporu i fakt, že souvisí nejen se zdravím, kvalitou života, ale i s rozvojem schopností člověka, v daném případě pacientky s diagnózou mimoděložního těhotenství.

## 4 ÚVOD A IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

Lékařská diagnóza O 001 graviditas extrauterina byla stanovena třicetileté pacientce, paní T.I.. Ta byla s diagnózou susp. mimoděložního těhotenství přijata k akutní laparoskopii, revisi cavi uteri instrumentalis a drainani. Průběh léčby jsem sledovala ve FN Motol, kde jsem vykonávala odbornou praxi při VŠ ZDRAV v Praze.

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení: T. I.

Datum narození: 10. 9. 1979

Rodné číslo: 795910----

Číslo pojištění: 795910----

Pohlaví: ženské

Státní příslušnost: česká

Vzdělání: středoškolské

Stav: vdaná

Pojišťovna: Všeobecná zdravotní pojišťovna – číslo 111

Adresa bydliště a telefon: Pod Barvířkou 7, Praha 5

Telefon: 775 262 536

Adresa příbuzných: manžel- Pod Barvířkou 7, Praha 5

Komu podávat informace: manžel

Kontakt na osobu, které podávat informace- adresa: Pod Barvířkou 7, Praha 5,

Kontakt na osobu, které podávat informace - telefon: 728 058 055

Zaměstnání: uklízečka - ZŠ Radlice, Praha 5

Číslo chorobopisu: 002--/--

Datum přijetí: 7.3.2010

Typ přijetí: akutní

Ošetřující lékař: MUDr. Matěj Komár

## **4.1 ANAMNÉZA**

### **Osobní anamnéza**

Paní T. I. prodělala běžné dětské nemoci bez komplikací. TBC, DM, IM, ICHS neguje. V současnosti je sledována pro gastroduodenální vředy, jinak interně nestonala. Úrazy žádné neuvádí. Hospitalizovaná byla 8x pro UPT – datumově není schopná upřesnit. Operaci prodělala v roce 1999 při salpingectomii, GEU, kdy dostala transfuzi. Reakci na ni neměla. Další operace byly v letech 1996 a 1997 pro kryo čípku.

### **Rodinná anamnéza**

Otec 63 let, zdrav. Matka 62 let, DM II. typu, revmatická artritida, glaukom, Ca prsu. Bratr 27 let, zdrav, vážněji nestonal. Syn 5 let, zdravý.

### **Sociální anamnéza**

Paní T. I. je vdaná, má pětiletého syna. Je vyučená prodavačka, nyní pracuje jako uklízečka – ZŠ Radlice, Praha 5. Bydlí v pronajatém bytě 2+1 s manželem Zdeňkem a synem Matějem. Ze zálib uvádí volejbal a lyžování, vše provádí rekreačně. Z volno-časových aktivit uvádí čtení a návštěvu kina.

### **Pracovní anamnéza**

Po ukončení střední školy, oboru prodavačka, byla přijata na pozici uklízečky, na ZŠ Radlice, Praha 5, kde pracuje dodnes. Pracuje v kolektivu, bez větších problémů. Ekonomicky je zajištěná.

### **Farmakologická anamnéza**

Trvale užívá Helicid tbl 1 - 0 - 0.

Nyní naordinováno:

Degan 1amp. i.v. při nauce – maximálně á 8 hodin.

Analgetická medikace v pořadí:

Tralgit 100 mg i.m. při bolesti- maximálně á 4 – 8 hodin.

Při nedostatečném efektu:

Diclorem 100 mg supp. rect. Maximálně 1 x 1 při bolesti.

Infuze:

Ringer sol. 1000 ml i.v. 250 ml/hod.

### **Gynekologická anamnéza**

Na preventivní gynekologické prohlídce docházela v minulosti pravidelně, vždy v půlročním intervalu. Menarche uvádí ve dvanácti letech. Menstruaci má nepravidelnou, nebolestivou. Menstruační cyklus jí trvá 28 – 35 dní v délce 3 – 4 dny. Poslední menstruaci měla 29.12.2010.

Porod uvádí jeden v roce 2005 (partus spontaneus, syn, 3500 g/51 cm). Sectio caesarea neguje. Předčasně nebo mrtvě narozené děti nemá. UPT prodělala 8 krát. Datumově neuvádí – nevzpomíná si přesně. Spontánní aborty neměla. Z gynekologických operací uvádí v letech 1996 a 1997 kryo čípku a v roce 1999 salpingectomii (salpingectomia l.sin. per laparotomiam, GEU l.sin., podle propouštěcí zprávy, kterou má k dispozici).

Transfuzi dostala při SE 1krát, byla bez reakce. Hormonální antikoncepci neužívá žádnou. Lokální estrogenery a HRT neužívá.

### **Alergologická anamnéza**

Veškeré alergie (lékové, potravinové, na chemické látky, či jiné) neguje.

### **Abúzy**

Alkohol neguje. Kouří asi 10 cigaret denně. Kávy vypije 2 – 3 šálky denně. Jiné drogy neguje.

### **Spirituální anamnéza**

Uvádí, že je ateistka a žádné religiózní praktiky neprovádí. Myslí si, že něco mezi nebem a zemí je, ale nedokáže přesně specifikovat co.

## **4.2 ZÁKLADNÍ MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT K 7.3.2010**

### **Lékařská diagnóza**

O 001 graviditas extrauterina

### **Operační diagnóza**

Graviditas extrauterina. Haemoperitoneum.

### **Provedené operační výkony**

Laparoskopie. Revisio cavi uteri instrumentalis. (Po nálezu mimoděložního těhotenství jeho odstranění vejcovodem vpravo.) Drainage.

### **Medikamentózní léčba**

Nyní naordinováno:

Degan 1 amp. i.v. při nausee– maximálně á 8 hodin.

Analgetická medikace v pořadí:

Tralgit 100 mg i.m. při bolesti- maximálně á 4– 8 hodin.

Při nedostatečném efektu:

Dicloremum 100 mg supp. rect. maximálně 1 x 1 při bolesti.

Trvale užívá:

Helicid tbl 1 – 0 - 0.

### **Diagnosticky významná vyšetření**

Krevní skupina: O Rh- negativní. Biochemické vyšetření krve: Na: 138 mmol/l, K: 4,8 mmol/l, Cl: 99 mmol/l, ALT: 0,26  $\mu$ kat/l, AST: 0,27  $\mu$ kat/l, cholesterol: 2,66 mmol/l, glukóza: 4,7 mmol/l. Moč chemicky: negativní.

### **Naordinovaná vyšetření a terapie**

Monitorace SaO<sub>2</sub> a vitálních funkcí vždy po jedné hodině. Ostatní ordinace: KO, ionty, koagulace, hCG – vše statim. Měření příjmu a výdeje čtyřikrát za 24 hodin. Zaveden Redonův drén. Dieta: 3 racionální. Ponechat vstupy: periferní i.v. katetr. Kontrola vpichů po trokarech – sutura kůže čtyřmi neresorbovatelnými stehy.

## **4.3 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ PACIENTKY PODLE KONCEPČNÍHO MODELU OŠETŘOVATELSTVÍ PODLE Dr. MARJORY GORDONOVÉ**

### **ÚVOD K OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI**

Diagnóza mimoděložního těhotenství byla stanovena 7.3.2010 u třicetileté pacientky. Poslední preventivní gynekologická prohlídka této pacientky proběhla podle jejích slov v lednu 2010. Vaginální vyšetření bylo bez patologického nálezu. Byla jí nabrána cytologie- s negativním výsledkem. I mikrobiální obraz poševní, nabraný téhož dne, byl negativní.

Od ledna 2010 si stěžovala na amenorrhoeu a bolesti v zádech lumbálně vlevo, později i v podbřišku. Po gynekologickém vyšetření už jinou lékařskou prohlídku neprodělala. Od 19.2.2010 krvácela střídavou intenzitou. První 2 dny silnou menses, poté jen spotting.

7.3.2010 přichází do FN Motol pro slabé krvácení a bolesti křečovitého charakteru, které difúzně lokalizuje v podbřišku. Tyto bolesti se jí zhoršily od rána téhož dne natolik, že navštívila gynekologickou ambulanci FNM. Po vaginálním a ultrazvukovém vyšetření byl stanoven diagnostický závěr lékaře na podezření na probíhající mimoděložní těhotenství.

Diagnosticky významné byly tyto objektivní zjištění: oběhově stabilní, afebrilní, břicho klidné, palpačně citlivé, zevní genitál klidný. Spec: Pochva s hnědavým fluorem, hrdlo masivnější. Vaginální vyšetření: děloha v AVF, volná, taxe bolestivá, adnexální krajina vpravo bolestivá, ale jednoznačná rezistence nehmatná. Vlevo bez hmatné patologie. Poté bylo lékařem doporučeno doplňující ultrazvukové vyšetření. To proběhlo s výsledkem: v dutině děložní drobná kavitace 3,9 milimetrů. V oblasti pravých adnex útvar s kavitací velikosti 31 x 25 milimetrů. Minimální množství volné tekutiny v CD.

Na základě těchto vyšetření byl stanoven závěr na podezření na probíhající mimoděložní těhotenství a paní T. I. byla přijata k hospitalizaci pro RCUI + LSK revisio.

Nyní je paní T. I. hospitalizovaná na jednotce intenzivní péče ve FN Motol.

# OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

## 1. Doména: Vnímání zdraví

Cítila se zdravá až do doby, kdy upozorovala amenorrhoeu. Následná gynekologická prohlídka s výsledkem, že je vše v pořádku, ji uklidnila. Nyní byla přijata do FN Motol s diagnózou mimoděložního těhotenství.

Nynější hospitalizace je její druhá dlouhodobější. Na preventivní gynekologické prohlídky chodila pravidelně. Diagnóza gravidity extrauteriny ji velmi překvapila. Hospitalizaci prodělává dosud bez větších obtíží.

Kouří asi 10 cigaret denně, alkohol nepije.

## 2. Doména: Výživa, metabolismus

Paní T. I. se stravuje pravidelně doma, do zaměstnání si nosí pokrmy připravené doma. Jí všechno, nemá neoblíbená jídla. Pije 1,5- 2 litry denně, převážně ovocné čaje a většinou 2krát denně černou kávu. Čaj v nemocnici ji moc nechutná. Paní T. I. při příjmu vážila 41 kg, v průběhu terapie zhubla 0,5 kg.

## 3. Doména: Vylučování

Močení má paní T. I. pravidelné, na stolicí chodí každý den. Dnes 2krát průjmovitá stolice bez patologických příměsí. Výrazně se nepotí. Aktuálně má po operaci zaveden Redonův drén.

Má pocit, že s vylučováním nemá potíže, jen ji teď trápí nepříjemný pocit ze zavedeného drénu. Má snahu ho schovávat a bojí se ho vůbec dotýkat.

## 4. Doména: Aktivita, cvičení

Dříve ráda sportovala. V létě plavala, hrála volejbal a v zimě lyžovala. Vše prováděla rekreačně. Často také jezdila s manželem a synem za rodiči na jejich chatu na Slapy, kde se starala o zeleninovou zahrádku. V poslední době se cítí unavená a převážnou část dne tráví doma se synem a manželem.

Z volno-časových aktivit uvádí také čtení a návštěvu kina.

## **5. Doména: Spánek, odpočinek**

Doma obvykle spí asi šest hodin, léky na spaní neužívá žádné ani příležitostně.

Paní T. I. je nyní ve FNM umístěna na klimatizovaném pětilůžkovém pokoji. V nemocnici spí špatně. Udává, že tady nemá soukromí a navíc má obavu z možných pooperačních komplikací. Proto se jí tady špatně usíná.

Je zvyklá na dostatek čerstvého vzduchu, lépe se jí spí v chladnějším prostředí. Proto doma usíná a spí vždy při otevřeném okně. Tady v nemocnici- v nevětraném, klimatizovaném pokoji- to, podle jejích slov, není ono.

Na přikrytí jí stačí doma jedna deka. Tady v nemocnici potřebovala dvě.

## **6. Doména: Smyslové vnímání, pozorování**

Sluch i zrak má v pořádku.

Komunikuje přiměřeně času i mísu. Analgeticky pro bolesti teď dostává Tralgit a Dicloreum. Paní T. I. udává na desetistupňovém rozmezí určování intenzity bolesti svůj pocit o síle bolesti teď aktuálně na 5 stupni.

## **7. Doména: Vnímání sebe samého, představa o sobě, sebeúcta, sebepojetí.**

Paní T. I. je nyní úzkostlivá, smutná. Nejistý pocit, podle jejích slov, má ze zavedeného drénu. Bojí se ho vůbec dotýkat a má snahu ho schovávat pod peřinou.

Těžko snáší hospitalizaci v souvislosti s tím, že nemůže být se svým synem, kterého teď hlídá manžel doma. Má obavy, jak to asi oba doma sami zvládají.

Nemá ráda nemocniční prostředí obecně. Plně si uvědomuje, že je po operaci, chtěla by ale co nejdříve odsud domů.

## **8. Doména: Mezilidské vztahy, plnění životních rolí**

Paní T. I. má velmi dobrý vztah ke své rodině, zejména k manželovi, který jí je velkou oporou. O svém synovi mluví pravidelně a s láskou. Ten již přes den navštěvuje mateřskou školu, tak si paní T. I. užívá alespoň chvíle po tom, kdy jsou spolu.

Svou roli matky a manželky zvládá tedy výborně. I vztah s rodiči má, jak uvádí, bezproblémový.

Žije v pronajatém bytě velikosti 2 + 1 společně s manželem a pětiletým synem.



## **9. Doména: Sexualita, reprodukce**

Na toto téma jsem se paní T. I. neptala vzhledem k přítomnosti spolu-pacientek, tedy díky nedostatku soukromí. Avšak samotný fakt, že má jedno dítě, v anamnéze 8krát UPT a GEU, svědčí o tom, že sexuálním životem žije. V jaké je intenzitě, se mi nepodařilo zjistit. Na jasnou otázku, zda je manžel i otcem jejího dítěte, odpověděla bez váhání, že ano.

Na preventivní gynekologické prohlídky docházela paní T. I. v minulosti pravidelně, vždy v půlročním intervalu. Menarche uvádí ve dvanácti letech. Menstruaci má nepravidelnou, nebolestivou. Menstruační cyklus jí trvá 28–35 dní v délce 3–4 dny. Poslední menstruaci měla 29.12.2010.

Porod uvádí v roce 2005 (partus spontaneus, syn, 3500 g/51 cm). Sectio caesarea neguje. Předčasně nebo mrtvě narozené děti nemá. UPT prodělala 8krát. Datumově neuvádí – nevzpomíná si přesně. Spontánní aborty neměla. Z gynekologických operací uvádí v letech 1996 a 1997 kryo čípku a v roce 1999 salpingectomii (salpingectomia l.sin. per laparotomiam, GEU l.sin., podle propouštěcí zprávy, kterou má k dispozici).

Transfuzi dostala při SE 1krát, byla bez reakce. Hormonální antikoncepci neužívá žádnou. Lokální estrogenery a HRT neužívá.

## **10. Doména: Přizpůsobení se, odolávání stresu, reakce na zátěžové situace.**

Potřebuje vlídné a laskavé zacházení ze strany zdravotnického personálu. Stěžuje si, že jí chybí kontakt hlavně se synem, kterého obvykle po příchodu z mateřské školy vidá denně.

Není zvyklá spát a být na velkém pokoji se spolu-pacientkami. Je to pro ni nová situace, se kterou se plačtivě pomalu vyrovnává.

## **11. Doména: Víra, náboženské přesvědčení, životní hodnoty**

Paní T. I. je ateistka. Je ale přesvědčena, že něco mezi nebem a zemí je. Nedokáže specifikovat co přesně. Důležitá je pro ni rodina, chce co nejdříve domů za svým synem.

## **12. Doména: Jiné**

## **5 ROZPRACOVÁNÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ PODLE PRIORIT PACIENTKY V 1. DEN HOSPITALIZACE**

Přehled ošetrovatelských diagnóz podle priorit v 1. den hospitalizace pacientky pomocí NANDA taxonomie:

### **1. Aktuální diagnózy:**

- 1) 00132 Akutní bolest
- 2) 00046 Porušená kožní integrita
- 3) 00095 Porušený spánek
- 4) 00011 Zácpa
- 5) 00051 Zhoršená verbální komunikace
- 6) 00125 Bezmocnost
- 7) 00146 Úzkost
- 8) 00084 Hledání zdravého životního stylu (MAREČKOVÁ, 2006).

### **2. Potencionální diagnózy:**

- 1) 00047 Riziko intolerance aktivity
- 2) 00003 Riziko nadměrné výživy
- 3) 00004 Riziko infekce
- 4) 00151 Riziko poškození
- 5) 00005 Riziko nerovnováhy tělesné teploty (MAREČKOVÁ, 2006).

## PRVNÍ AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA – AKUTNÍ BOLEST

**00132 Akutní bolest** v důsledku operace mimoděložního těhotenství projevující se verbalizací bolesti břicha v oblasti operační rány, na VAS stupeň 3, s aktuální snahou zaujímání úlevové polohy a expresivním chováním.

**Doména 12: Komfort** (MAREČKOVÁ, 2006).

### **Cíl:**

- krátkodobý - pacientka nezaujímá úlevovou polohu, cítí zmírnění bolesti a zlepšení celkové pohody – do 4 dnů po přijetí
- dlouhodobý - neverbalizuje již bolest, která pominula – do doby propuštění

**Priorita:** vysoká

### **Výsledná kritéria:**

- pacientka má dostatek podaných informací zdravotní sestrou o příčině bolesti (do 30 minut)
- pacientka byla informována zdravotní sestrou o možnosti užití léků na bolest a zná jejich vedlejší účinky (do 30 minut)
- pacientka je obeznámena zdravotní sestrou o možnosti přivolání zdravotnického personálu v případě neutlumení bolesti (do 1 hodiny)
- pacientka umí zaujímat úlevovou polohu doporučenou zdravotní sestrou (do 30 minut)
- pacientka neverbalizuje bolest do 1 hodiny od provedení ošetřovatelských intervencí.

### **Plán intervencí:**

- pozoruj neverbální projevy bolesti (sezení, držení těla, výraz v obličeji, chladné prsty) a další objektivní příznaky (zdravotní sestra, do 30 minut)
- zhodnot' stupeň intenzity bolesti pacientky dle VAS a zapiš do ošetřovatelské dokumentace - záznamu o bolesti - 1 hodinu po podání analgetik (zdravotní sestra při přijetí, do 1 hodiny)

- zjistí možnou etiologii vyvolávající akutní bolest (zdravotní sestra při příjmu, do 15 minut)
- zpětnou vazbou vizuálního kontaktu kontroluj účinek farmakoterapie (zdravotní sestra, do 1 hodiny od podání léků)
- ulož pacientku do jí příjemné polohy a přilož studený obklad na bolestivé místo rány (zdravotní sestra, do 30 minut)
- uprav okolí lůžka pacientky tak, aby vše potřebné měla v dosahu (zdravotní sestra, popřípadě sanitář, do 2 hodin)
- uprav prostředí pokoje k lepšímu pocitu pacientky – tlumené světlo, ticho, vyvětrání (zdravotní sestra, popřípadě sanitář, do 1 hodiny)
- dbej na pečlivé vedení záznamu o bolesti – farmakologie, čas podání léku, intenzita bolesti (zdravotní sestra, do 1 hodiny)

#### **Realizace:**

- v 8: 00 jsem zhodnotila intenzitu bolesti dle škály VAS a založila záznam o bolesti. Pacientka uvedla na škále VAS stupeň 3 v jizvě po operačním výkonu, charakter bolesti: tupá.
- v 8: 00 jsem sledovala neverbální projevy bolesti pacientky při všech úkonech, které jsem u ní prováděla, všímala jsem si držení těla, typu a frekvence dýchání, pocení a barvy v obličeji. Pacientka byla neklidná, zaujímala intuitivně úlevovou polohu, proto jsem v 9: 00, poté, co jsem dokončila všechny vstupní příjmové intervence, objednala fyzioterapeuta. Ten přislíbil příchod ve 13 hodin.
- v 8: 05 jsem dotazováním se pacientky zjišťovala možné vyvolavatele bolesti, které bych mohla svou intervencí zmírnit či odstranit. Spolu s lékařem jsme pacientku seznámili s příčinami bolesti.
- v 8: 00 jsem dle rozpisu lékaře podala naordinované léky, vysvětlovala pacientce, za jak dlouho asi může čekat zlepšení a zaznamenala veškerá podání do chorobopisu a ošetřovatelského záznamu bolesti.
- v 8: 10 jsem pacientku uložila do jí příjemné úlevové polohy, upravila lůžko a okolí k jejímu komfortu, vyměnila studený obklad.
- v 8: 15 jsem pacientce vysvětlila používání signalizace k přivolávání zdravotnického personálu.
- v 8: 15 jsem pacientce ztlumila osvětlení, vyvětrala místnost, odstranila rušivé faktory (puštěnou televizi)

- v 13: 10 přišel za pacientkou fyzioterapeut a poradil jí, jak zaujímat úlevovou polohu.
- v 17: 30 jsme opět s pacientkou provedly škálování bolesti. Uvádí, že je bolest na stupni 1 VAS a analgetika nechce.

### **Hodnocení:**

Den hospitalizace tedy pacientka udává zmírnění bolesti (škála VAS z 3 na 1). Na škále VAS umí tedy zhodnotit intenzitu a charakter bolesti. Uvádí, že zná a chápe příčiny bolesti v operační ráně. Ví o možnosti užití analgetik. Úlevovou polohu je schopna zaujmout sama. Pacientka spolupracuje a podílí se na dodržování léčebného režimu. Cíl splněn částečně - intervence pokračují (viz 4. den hospitalizace a dále).

## **DRUHÁ AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA – PORUŠENÁ KOŽNÍ INTEGRITA**

**00046 Porušená kožní integrita** v důsledku operačního výkonu projevující se viditelnou operační ranou.

**Doména 11: Bezpečnost – ochrana** (MAREČKOVÁ, 2006).

### **Cíl:**

- krátkodobý - pacientka vnímá hojení rány, jejíž okolí nenekrotizuje, je bez známek infekce – do 4 dnů po přijetí.
- dlouhodobý – pacientka nemá porušenou kožní integritu, vnímá tedy zhojení operační rány per primam – do doby propuštění.

**Priorita:** vysoká

### **Výsledná kritéria:**

- pacientka má dostatek podaných informací zdravotní sestrou o příčině vzniku operační rány (do 30 minut)

- pacientka zná možné komplikace při hojení rány, které jí vysvětlil lékař i zdravotní sestra (do 30 minut)
- pacientka dodržuje zásady hygieny v okolí operační rány, které jí vysvětlila zdravotní sestra (do 30 minut)
- pacientka má dostatečně prokrvenou tkáň v okolí operační rány (do 4 hodin)
- pacientka má zhojenou operační ránu per primam.

#### **Plán intervencí:**

- zjistí rozsah porušení kožní integrity (zdravotní sestra, do 30 minut)
- při převazu operační rány dodržuj zásady asepse (zdravotní sestra, do 30 minut)
- při převazu zkontroluj operační ránu a její okolí (zdravotní sestra, do 30 minut)
- informuj pacientku o možných komplikacích při hojení rány (zdravotní sestra, do 30 minut)
- zajisti prokrvení okolí operační rány pro lepší hojení (zdravotní sestra, 3x denně, tj. 2, 10, 18 hodin po dobu celé hospitalizace)

#### **Realizace:**

- v 8: 30 jsem zjistila rozsah operační rány a pacientku seznámila s možnými komplikacemi při hojení.
- v 9: 00 jsem při převazu zajistila aseptické podmínky a zároveň zkontrolovala stav operační rány. Ta se začíná, dle mého subjektivního názoru, hojit uspokojivě.
- v 10: 00 jsem namasírovala okolí operační rány pro podporu prokrvení.
- v 10: 18 jsem pacientu informovala o zásadách hygieny v okolí operační rány a pomohla jsem jí s koupelí.
- v 18: 00 jsem opět namasírovala pacientce okolí operační rány pro podporu prokrvení.

#### **Hodnocení:**

Pacientka uvedla, že rozumí možným komplikacím při hojení operační rány. Umí dodržovat hygienu v okolí operační rány. Rána je dobře prokrvená, bez známek infekce. Vzhledem k dlouhodobému cíli musím prohlásit, že cíl byl splněn částečně – intervence pokračují (viz 4. den hospitalizace a dále).

## **TŘETÍ AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA – PORUŠENÝ SPÁNEK**

**00095 Porušený spánek** v důsledku bolesti a změny prostředí z důvodu hospitalizace projevující se probouzením se v noci, usínáním přes den a nedostatečným odpočínutím a únavou.

**Doména 4: Aktivita – odpočinek** (MAREČKOVÁ, 2006).

### **Cíl:**

- krátkodobý - pacientka se probudí maximálně 1krát za noc – do 4 dnů po přijetí.
- dlouhodobý - pacientka má nepřerušovaný fyziologický spánek, při kterém si dostatečně odpočine a necítí se po něm unavená a nemusí tak usínat přes den - do doby propuštění.

**Priorita:** střední

### **Výsledná kritéria:**

- pacientka ví, jak nahradit nedostatek spánku díky střídání denních aktivit v režimu odpočinku a aktivity pomocí informací podaných zdravotní sestrou (do 1 dne)
- pacientce byly zdravotní sestrou podány informace o příčinách porušeného spánku (do 1 dne)
- pacientka zná možnosti užití léků na spaní a jejich účinky (do 1 dne)
- pacientka usíná do 30 minut po uložení, spí bez probuzení alespoň 8 hodin (do 4 dnů)
- pacientka se bude cítit odpočatá a svěží (do 4 dnů)
- pacientka není nevyspalá a unavená (do 4 dnů)

### **Plán intervencí:**

- seznam pacientku s příčinami porušeného spánku (lékař, zdravotní sestra, do 1 dne)
- seznam pacientku s možností užití léků na spaní a jejich účinky (lékař, zdravotní sestra, do 1 dne)

- včas před spaním podávat léky na bolest (zdravotní sestra, po celou dobu hospitalizace)
- pozoruj známky únavy (zdravotní sestra, vždy při promazávání okolí operační rány, tedy denně ve 2, 10, 18 hodin po dobu celé hospitalizace)
- před spaním zajisti vhodné podmínky pro kvalitní spánek (zdravotní sestra, sanitář, denně ve 22 hodin)

#### **Realizace:**

- v 8: 30 jsem spolu s ošetřujícím lékařem seznámila pacientku s příčinami porušeného spánku, možnosti užití léků na spaní a jejich účinky.
- v 9: 45 byla pacientka po odebrání anamnézy a edukaci unavená a usnula.
- v 18: 15 jsem připomněla pacientce možnost vyžádat si lék na spaní. Ona sama ihned odpověděla, že momentálně léky nechce, ale případně se dotáže později.
- ve 22: 00 jsem si promluvila se spolupacientkami a poté s jejich souhlasem vyvětrala pokoj.

#### **Hodnocení:**

Pacientka zná příčiny nespavosti. Pacientka zná i příznaky únavy a střídáním aktivity a odpočinku nahrazuje spánkový deficit a aktivně se tak zapojuje do léčebného režimu. Cíl byl splněn částečně - intervence pokračují. Je nutné vyhodnotit výsledný efekt po delším časovém úseku.

## **ČTVRTÁ AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA – ZÁCPA**

**00011 Zácpa** v důsledku špatných dietních návyků projevující se sníženou frekvencí vyprazdňování, bolestí břicha a pocitem plnosti.

**Doména 3: Vylučování a výměna** (MAREČKOVÁ, 2006).



**Cíl:**

- krátkodobý - dojde k vyprázdnění - do 3 dnů po přijetí.
- dlouhodobý - pacientka má obnovené fyziologické fungování střev a vyprazdňování - do doby propuštění.

**Priorita:** střední**Výsledná kritéria:**

- pacientka dodržuje správný způsob stravování (do konce hospitalizace)
- pacientka se aktivně podílí na prevenci zácpy (do konce hospitalizace)
- pacientka se vyprázdnila (do 72 hodin)
- pacientka netrpí zácpou, vyprazdňuje se pravidelně, nebolí ji břicho a nemá pocit plnosti (do konce hospitalizace)

**Plán intervencí:**

- zjistí celodenní příjem a výdej tekutin a zaznamenej vše do ošetrovatelské dokumentace (zdravotní sestra, do 24 hodin)
- seznam pacientku s důležitostí aktivity pro motilitu střev (zdravotní sestra, do 1 dne)
- edukuj pacientku o důležitosti konzumace vlákniny (zdravotní sestra, do 1 dne)
- dbej na dostatek soukromí při defekaci (zdravotní sestra, při nutnosti na defekaci pacienta)
- dle ordinace lékaře podávej změkčovadla, stimulantia nebo prostředky zvětšující objem stolice (zdravotní sestra, 1krát denně na vyžádání pacientky)
- edukuj pacienta, jak postupovat v případě návratu potíží se zácpou (zdravotní sestra, do 1 dne)

**Realizace:**

- v 11: 20 jsem během hovoru s pacientkou zjišťovala, zda má přiměřenou míru aktivity (pohyb, cvičení). Pacientka sice uvedla, že má při svém zaměstnání pohybu dostatek, ale skladba jejího jídelníčku není úplně optimální. Doporučila jsem jí proto některé základní změny ve stravování s přidáváním ovoce, zeleniny a tmavého pečiva.
- v 11: 20 jsem během dotazování pacientky také zjišťovala, zda je defekace bolestivá, jak dlouho probíhá, jaký je vzhled, množství, příměsí stolice.

- v 11: 20 jsem také edukovala pacientku o důležitosti konzumace potravin obsahující velké množství vlákniny, o možnostech zakoupení potravinových doplňků s vysokým obsahem vlákniny ke zlepšení střevní peristaltiky. Vysvětlila jsem jí, jak sledovat celodenní příjem a výdej nejen potravin, ale i tekutin.
- ve 12: 20 jsem pacientce zabezpečila soukromí a dostatek času při vykonávání potřeby defekace.
- ve 14: 30 jsem na požádání pacientky dle ordinace lékaře podala změkčovačla, stimulantia, prokinetika a prostředky zvětšující objem stolice.
- ve 14: 20 jsem pacientku seznámila s možností aplikace mikroklyzmatu, kterou jsem předem konzultovala s lékařem. Pacientka této možnosti rozumí, ale využít ji prozatím nechce.
- ve 14: 30 jsem s pacientkou provedla edukační pohovor, jak postupovat v případě návratu zácpy.
- ve 14: 40 jsem si dotazy ověřovala, zda si klientka nějaká doporučení osvojila.

#### **Hodnocení:**

Pacientka byla důkladně seznámena s nutností úpravy skladby jídelníčku. Byl jí zabezpečen dostatek soukromí při defekaci. 1. den hospitalizace zná i příčiny zácpy, má snahu se aktivně zapojit do naplánovaných intervencí ke zlepšení vyprazdňování - cíl splněn částečně.

## **PÁTÁ AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA – ZHORŠENÁ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

**00051 Zhoršená verbální komunikace** v důsledku operačního výkonu projevující se ztíženou mluvou, pomalejším chápáním slov a neverbálními projevy.

**Doména 5: Vnímání - poznávání** (MAREČKOVÁ, 2006).

**Cíl:**

- krátkodobý - pacientka vnímá projevy okolí, reaguje na ně - do 4 dnů po přijetí.
- dlouhodobý - pacientka verbálně komunikuje v maximální možné míře - do doby propuštění.

**Priorita: nízká****Výsledná kritéria:**

- pacientka má dostatek podaných informací zdravotní sestrou o příčině poruchy řeči a vnímání (do 30 minut)
- pacientka se neostýchá požádat o opakování údajů, jimž při komunikaci se sestrou nerozumí (do 5 minut)
- pacientka se neostýchá použít verbální komunikaci (do 2 hodin)
- pacientka akceptuje a používá alternativní způsoby komunikace (do 4 hodin)
- pacientka je schopna uvést správně svoje požadavky (do 8 hodin)
- pacientka je v dobrém psychickém stavu (do 4 dnů)
- pacientka nemá ztíženou mluvu, chápe slova v běžném tempu a nepomáhá si už v takové míře neverbálními projevy ke svému vyjadřování.

**Plán intervencí:**

- posuď a zaznamej schopnost pacientky hovořit, poslouchat, psát (zdravotní sestra, do 1 hodiny)
- při každém kontaktu povzbuzuj pacientku k řeči (celý ošetřovatelský tým, do 48 hodin)
- zajisti konzultaci psychologa (zdravotní sestra, psycholog, do 3 hodin)
- při každém hovoru mluv s pacientkou pomalu, srozumitelně, v jednoduchých větách (zdravotní sestra, při každém kontaktu s pacientkou)
- udržuj oční kontakt (zdravotní sestra, po celou dobu hospitalizace, při každém kontaktu s pacientkou)
- seznam rodinu se způsobem komunikace s pacientkou (zdravotní sestra, do 48 hodin)

**Realizace:**

- v 8: 30 při odebírání anamnézy jsem s pacientkou mluvila pomalu, srozumitelně, neboť jsem chápala její šok, žal a úzkost ze ztráty těhotenství.
- v 8: 40 jsem kladla otázky tak, aby mohla pacientka odpovídat jednoslovnými výrazy nebo jednoduchými větami. Pacientka mluvila velmi pomalu, některé výrazy si nemohla vybavit.
- v 9: 50 vysvětlil přivolaný psycholog pacientce příčiny poruchy řeči a možnost zlepšení.
- v 15: 10 jsem při návštěvách seznámila manžela pacientky s možnostmi a hranicemi komunikace a upozornila, ať pacientku dnes do řeči nikdo nenutí. Až se jí bude chtít mluvit, rádi ji povzbudíme až od zítra – na doporučení psychologa.
- v 17: 00 mě manžel pacientky po návštěvách vyhledal a uvedl, že pacientka moc nemluvila, naopak chtěla, aby mluvil on.
- ve 22: 00 mi unaveně pacientka popřála dobrou noc.

**Hodnocení:**

Pacientka po našem vzájemném hovoru o příčinách poruchy komunikace odpověděla na přímou otázku, zda všemu rozumí, že ano. Během dne si od ošetřujícího personálu nestyděla pomalu říci o vše, co potřebovala. Mluvila ovšem nesoustředěně, nemohla si vzpomenout na některá slova. Je zřejmé, že je momentálně velmi pesimisticky naladěná. Stanovené cíle byly splněny částečně, proto musíme pokračovat v naplánovaných intervencích.

**PRVNÍ POTENCIONÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA –  
INTOLERANCE AKTIVITY**

**00092 Intolerance aktivity** v souvislosti s pooperačním stavem projevující se neochotou o sebepěči a péči o operační ránu.

#### **Doména 4: Aktivita – odpočinek (MAREČKOVÁ, 2006).**

##### **Cíl:**

- krátkodobý – pacientka se sama aktivně polohuje dle dohodnutého harmonogramu - do 2 dnů.
- dlouhodobý - pacientka toleruje aktivitu - do doby propuštění.

##### **Priorita: nízká**

##### **Plán intervencí:**

- podej pacientce dostatek informací o možné příčině poruše tolerance aktivity (zdravotní sestra, do 30 minut)
- podej pacientce dostatek informací, jak předcházet problému intolerance aktivity (zdravotní sestra, do 1 hodiny)
- vyber nejvhodnější čas k edukaci a zpětnou vazbou zjistí, zda má pacientka dostatek informací a umí je prakticky využít (zdravotní sestra, do 1 hodiny)
- edukuj pacientku o dostatečném a pravidelném polohování na hospitalizačním lůžku (zdravotní sestra, do 1 hodiny)

##### **Realizace:**

- v 8: 00 jsem edukovala pacientku rozhovorem a demonstrací polohování na lůžku. S polohováním pacientka souhlasí a pokusí se sama podle námi stanoveného harmonogramu se vždy 1krát za 3 hodiny dát do jiné polohy.
- v 8: 15 jsem se znova dotazovala pacientky, zda danému rozvrhu polohování kvůli aktivitě rozumí. Ta odpověděla, že ano.

##### **Hodnocení:**

Zda pacientka nepodlehla intoleranci aktivity, se bude moci komplexně říci až na konci hospitalizace. 1. den to vyhodnotit nelze. Cíl byl splněn částečně.

## **DRUHÁ POTENCIONÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA – RIZIKO NADMĚRNÉ VÝŽIVY**

**00003 Riziko nadměrné výživy** v souvislosti se špatnými stravovacími návyky z důvodu soustředění příjmu potravy do pozdně odpoledních nebo večerních hodin, kdy jídlo je jako odpověď na vnitřní signály jiné než hlad, např. úzkost.

**Doména 2: Výživa** (MAREČKOVÁ, 2006).

### **Cíl:**

- krátkodobý - pacientka zná důvod soustředění potravy do pozdně odpoledních a večerních hodin - do 1 dne.
- dlouhodobý - pacientka bude chápat energetické potřeby svého těla - do doby propuštění.

**Priorita:** nízká

### **Plán intervencí:**

- edukuj pacientku o energetických potřebách člověka ve stravě (zdravotní sestra, do 1 hodiny)
- pouč pacientku o predisponujících faktorech ke vzniku obezity (zdravotní sestra, do 1 hodiny)
- edukuj pacientku o nutnosti udržovat tělesnou hmotnost na uspokojivé úrovni (zdravotní sestra, do 1 hodiny)
- zjisti věk, druh a úroveň pohybové aktivity (zdravotní sestra, do 1 dne)
- zjisti vývoj tělesné hmotnosti, životní styl a kulturní faktory predisponujících k hmotnostnímu přírůstku (zdravotní sestra, do 1 dne)
- posuď způsob stravování a vynechávání jídel, které snižuje metabolismus (zdravotní sestra, do 3 dnů)
- rozeber s pacientkou držení různých diet, princip jo-jo efektu a onemocnění bulimií (zdravotní, dietní sestra, do 1 dne)

- poskytni informace o rovnováze mezi příjmem a výdejem energie (zdravotní sestra, do 3 dnů)

### **Realizace:**

- v 8: 15 jsem s pacientkou probrala úroveň pohybové aktivity vzhledem k jejímu věku. Zaměřila jsem se na otázky životního stylu, kulturních vlivů v souvislosti s vývojem nadměrné tělesné hmotnosti.

- v 8: 20 jsem pacientce vysvětlila princip metabolismu, kdy vynechávání jídel, strava jednou denně, stravování se ve fast - foodech přispívá k nárůstu tělesné hmotnosti. Kdežto pravidelná strava šestkrát denně obsahující více bílého masa a zeleniny brání nárůstu tělesné hmotnosti.

- v 8: 30 jsem s pacientkou prodiskutovala držení různých diet, jejich vztah k jo-jo efektu a bulimii a jejich záludnost.

- v 8: 50 jsem motivovala pacientku pohovorem ke změně stravovacích návyků (např. jíst pravidelně a pomaleji, jídlo si upravovat vzhledově a na menších talířcích, což evokuje pocit velkého množství).

### **Hodnocení:**

Pacientka aktivně spolupracovala, došlo ke zvýšení znalosti o energetických potřebách těla člověka. Pacientka chápe význam pohybové aktivity pro snížení tělesné hmotnosti. Pacientka verbalizuje snahu o dodržování správného životního stylu i po ukončení hospitalizace – cíl splněn částečně.

## **6 ROZPRACOVÁNÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ PODLE PRIORIT PACIENTKY V 4. DEN HOSPITALIZACE**

Přehled ošetrovatelských diagnóz podle priorit v 1. den hospitalizace pacientky pomocí NANDA taxonomie:

### **1. Aktuální diagnózy:**

- 1) 00132 Akutní bolest
- 2) 00046 Porušená kožní integrita
- 3) 00095 Porušený spánek
- 4) 00011 Zácpa
- 5) 00051 Zhoršená verbální komunikace
- 6) 00125 Bezmocnost
- 7) 00146 Úzkost
- 8) 00084 Hledání zdravého životního stylu (MAREČKOVÁ, 2006).

### **2. Potencionální diagnózy:**

- 1) 00047 Riziko intolerance aktivity
- 2) 00003 Riziko nadměrné výživy
- 3) 00004 Riziko infekce
- 4) 00151 Riziko poškození
- 5) 00005 Riziko nerovnováhy tělesné teploty (MAREČKOVÁ, 2006).



## **PRVNÍ AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA – AKUTNÍ BOLEST**

**00132 Akutní bolest** v důsledku operace mimoděložního těhotenství projevující se verbalizací bolesti břicha v oblasti operační rány, na VAS stupeň 3, s aktuální snahou zaujímání úlevové polohy a expresivním chováním.

**Doména 12: Komfort** (MAREČKOVÁ, 2006).

### **Cíl:**

- krátkodobý - pacientka nezaujímá úlevovou polohu, cítí zmírnění bolesti a zlepšení celkové pohody - do 4 dnů po přijetí.
- dlouhodobý - neverbalizuje již bolest, která pominula – do doby propuštění.

**Priorita:** nízká

### **Výsledná kritéria:**

- pacientka má dostatek podaných informací zdravotní sestrou o příčině bolesti (do 30 minut)
- pacientka byla informována zdravotní sestrou o možnosti užití léků na bolest a zná jejich vedlejší účinky (do 30 minut)
- pacientka je obeznámena zdravotní sestrou o možnosti přivolání zdravotnického personálu v případě neutlumení bolesti (do 1 hodiny)
- pacientka umí zaujímat úlevovou polohu doporučenou zdravotní sestrou (do 30 minut)
- pacientka neverbalizuje bolest do 1 hodiny od provedení ošetřovatelských intervencí.

### **Plán intervencí:**

- pozoruj neverbální projevy bolesti (sezení, držení těla, výraz v obličeji, chladné prsty) a další objektivní příznaky (zdravotní sestra, do 30 minut)
- zhodnot' stupeň intenzity bolesti pacientky dle VAS a zapiš do ošetřovatelské dokumentace - záznamu o bolesti - 1 hodinu po podání analgetik (zdravotní sestra při přijetí, do 1 hodiny)

- zjistí možnou etiologii vyvolávající akutní bolest (zdravotní sestra při příjmu, do 15 minut)
- zpětnou vazbou vizuálního kontaktu kontroluj účinek farmakoterapie (zdravotní sestra, do 1 hodiny od podání léků)
- ulož pacientku do jí příjemné polohy a přilož studený obklad na bolestivé místo rány (zdravotní sestra, do 30 minut)
- uprav okolí lůžka pacientky tak, aby vše potřebné měla v dosahu (zdravotní sestra, popřípadě sanitář, do 2 hodin)
- uprav prostředí pokoje k lepšímu pocitu pacientky - tlumené světlo, ticho, vyvětrání (zdravotní sestra, popřípadě sanitář, do 1 hodiny)
- dbej na pečlivé vedení záznamu o bolesti - farmakologie, čas podání léku, intenzita bolesti (zdravotní sestra, do 1 hodiny)

#### **Realizace:**

- v 8: 00 jsem zhodnotila intenzitu bolesti dle škály VAS. Pacientka bolest neudává.
- v 8: 00 jsem sledovala neverbální projevy možné bolesti pacientky při všech úkonech, které jsem u ní prováděla, všímala jsem si držení těla, typu a frekvence dýchání, pocení a barvy v obličejí. Pacientka byla klidná.
- v 8: 10 jsem pacientce upravila lůžko a okolí k jejímu komfortu, studený obklad už nedala.
- v 8: 15 jsem pacientce vyvětrala místnost.

#### **Hodnocení:**

4. den hospitalizace pacientka udává, že bolest necítí, nevyhledává úlevovou polohu. Cíl byl splněn.

## **DRUHÁ AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA – PORUŠENÁ KOŽNÍ INTEGRITA**

**00046 Porušená kožní integrita** v důsledku operačního výkonu projevující se viditelnou operační ranou.

## **Doména 11: Bezpečnost – ochrana (MAREČKOVÁ, 2006).**

### **Cíl:**

- krátkodobý - pacientka vnímá hojení rány, jejíž okolí nenekrotizuje, je bez známek infekce - do 4 dnů po přijetí.
- dlouhodobý - pacientka nemá porušenou kožní integritu, vnímá tedy zhojení operační rány per primam - do doby propuštění.

### **Priorita: nízká**

### **Výsledná kritéria:**

- pacientka má dostatek podaných informací zdravotní sestrou o příčině vzniku operační rány (do 30 minut)
- pacientka zná možné komplikace při hojení rány, které jí vysvětlil lékař i zdravotní sestra (do 30 minut)
- pacientka dodržuje zásady hygieny v okolí operační rány, které jí vysvětlila zdravotní sestra (do 30 minut)
- pacientka má dostatečně prokrvenou tkáň v okolí operační rány (do 4 hodin)
- pacientka má zhojenou operační ránu per primam.

### **Plán intervencí:**

- zjistí rozsah porušení kožní integrity (zdravotní sestra, do 30 minut)
- při převazu operační rány dodržuj zásady asepsy (zdravotní sestra, do 30 minut)
- při převazu zkontroluj operační ránu a její okolí (zdravotní sestra, do 30 minut)
- informuj pacientku o možných komplikacích při hojení rány (zdravotní sestra, do 30 minut)
  
- zajisti prokrvení okolí operační rány pro lepší hojení (zdravotní sestra, 3x denně, tj. 2, 10, 18 hodin po dobu celé hospitalizace)

### **Realizace:**

- v 9: 00 jsem při převazu zajistila aseptické podmínky a zároveň zjistila, že je rána zhojena per primam, proto jsem už ránu nepřevazovala.

- v 10: 00 jsem namasírovala okolí operační rány pro podporu prokrvení.

**Hodnocení:**

Rána je dobře zhojená, bez známek infekce. Cíl byl splněn.

## **TŘETÍ AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA – PORUŠENÝ SPÁNEK**

**00095 Porušený spánek** v důsledku bolesti a změny prostředí z důvodu hospitalizace projevující se probouzením se v noci, usínáním přes den a nedostatečným odpočínutím a únavou.

**Doména 4: Aktivita – odpočinek** (MAREČKOVÁ, 2006).

**Cíl:**

- krátkodobý - pacientka se probudí maximálně 1krát za noc - do 4 dnů po přijetí
- dlouhodobý - pacientka má nepřerušovaný fyziologický spánek, při kterém si dostatečně odpočine a necítí se po něm unavená a nemusí tak usínat přes den - do doby propuštění.

**Priorita:** nízká

**Výsledná kritéria:**

- pacientka ví, jak nahradit nedostatek spánku díky střídání denních aktivit v režimu odpočinku a aktivity pomocí informací podaných zdravotní sestrou (do 1 dne)
- pacientce byly zdravotní sestrou podány informace o příčinách porušeného spánku (do 1 dne)
- pacientka zná možnosti užití léků na spaní a jejich účinky (do 1 dne)
- pacientka usíná do 30 minut po uložení, spí bez probuzení alespoň 8 hodin (do 4 dnů)
- pacientka se bude cítit odpočatá a svěží (do 4 dnů)
- pacientka není nevyspalá a unavená (do 4 dnů)

### **Plán intervencí:**

- seznam pacientku s příčinami porušeného spánku (lékař, zdravotní sestra, do 1 dne)
- seznam pacientku s možností užití léků na spaní a jejich účinky (lékař, zdravotní sestra, do 1 dne)
- včas před spaním podávat léky na bolest (zdravotní sestra, po celou dobu hospitalizace)
- pozoruj známky únavy (zdravotní sestra, vždy při promazávání okolí operační rány, tedy denně ve 2, 10, 18 hodin po dobu celé hospitalizace)
- před spaním zajisti vhodné podmínky pro kvalitní spánek (zdravotní sestra, sanitář, denně ve 22 hodin)

### **Realizace:**

- ve 22: 00 jsem si promluvila se spolupacientkami. Ty mi potvrdily, že pacientka bez problému usíná, v noci se nebudí a ráno je vyspalá a odpočatá. Totéž mi poté potvrdila i pacientka.

### **Hodnocení:**

Cíl byl splněn.

## **ČTVRTÁ AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA – ZÁCPA**

**00011 Zácpa** v důsledku špatných dietních návyků projevující se sníženou frekvencí vyprazdňování, bolestí břicha a pocitem plnosti.

**Doména 3: Vylučování a výměna** (MAREČKOVÁ, 2006).

### **Cíl:**

- krátkodobý - dojde k vyprázdnění - do 3 dnů po přijetí.
- dlouhodobý - pacientka má obnovené fyziologické fungování střev a vyprazdňování - do doby propuštění.

**Priorita:** nízká

**Výsledná kritéria:**

- pacientka dodržuje správný způsob stravování (do konce hospitalizace)
- pacientka se aktivně podílí na prevenci zácpy (do konce hospitalizace)
- pacientka se vyprázdnila (do 72 hodin)
- pacientka netrpí zácpou, vyprazdňuje se pravidelně, nebolí ji břicho a nemá pocit plnosti (do konce hospitalizace)

**Plán intervencí:**

- seznam pacientku s důležitostí aktivity pro motilitu střev (zdravotní sestra, do 1 dne)
- edukuj pacientku o důležitosti konzumace vlákniny (zdravotní sestra, do 1 dne)
- dbej na dostatek soukromí při defekaci (zdravotní sestra, při nutnosti na defekaci pacienta)
- dle ordinace lékaře podávej změkčovadla, stimulantia nebo prostředky zvětšující objem stolice (zdravotní sestra, 1krát denně na vyžádání pacientky)
- edukuj pacienta, jak postupovat v případě návratu potíží se zácpou (zdravotní sestra, do 1 dne)

**Realizace:**

- v 11: 20 jsem pacientce opět doporučila některé změny ve stravování s přidavkem ovoce, zeleniny a tmavého pečiva.
- v 11: 20 jsem od pacientky zjistila, že už nemá bolestivou defekaci a nemá pocit plnosti.
- v 11: 20 jsem edukovala pacientku o důležitosti konzumace potravin obsahující velké množství vlákniny, o možnostech zakoupení potravinových doplňků s vysokým obsahem vlákniny ke zlepšení střevní peristaltiky.
- ve 14: 20 jsem s pacientkou provedla edukační pohovor, jak postupovat v případě návratu zácpy.

**Hodnocení:**

Pacientka se sice vyprázdnila, ale nedá se říci, zda byl cíl splněn nebo ne, neboť dnes ještě nejde o poslední den hospitalizace pacientky.

## **PÁTÁ AKTUÁLNÍ SESTERSKÁ DIAGNÓZA – ZHORŠENÁ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

**00051 Zhoršená verbální komunikace** v důsledku operačního výkonu projevující se ztíženou mluvou, pomalejším chápáním slov a neverbálními projevy.

**Doména 5: Vnímání – poznávání** (MAREČKOVÁ, 2006).

### **Cíl:**

- krátkodobý - pacientka vnímá projevy okolí, reaguje na ně - do 4 dnů po přijetí.
- dlouhodobý - pacientka verbálně komunikuje v maximální možné míře - do doby propuštění.

**Priorita:** nízká

### **Výsledná kritéria:**

- pacientka má dostatek podaných informací zdravotní sestrou o příčině poruchy řeči a vnímání (do 30 minut)
- pacientka se neostýchá požádat o opakování údajů, jimž při komunikaci se sestrou nerozumí (do 5 minut)
- pacientka se neostýchá použít verbální komunikaci (do 2 hodin)
- pacientka akceptuje a používá alternativní způsoby komunikace (do 4 hodin)
- pacientka je schopna uvést správně svoje požadavky (do 8 hodin)
- pacientka je v dobrém psychickém stavu (do 4 dnů)
- pacientka nemá ztíženou mluvu, chápe slova v běžném tempu a nepomáhá si už v takové míře neverbálními projevy ke svému vyjadřování.

### **Plán intervencí:**

- při každém kontaktu povzbuzuj pacientku k řeči (celý ošetřovatelský tým, do 48 hodin)

- při každém hovoru mluv s pacientkou pomalu, srozumitelně, v jednoduchých větách (zdravotní sestra, při každém kontaktu s pacientkou)
- udržuj oční kontakt (zdravotní sestra, po celou dobu hospitalizace, při každém kontaktu s pacientkou)
- seznam rodinu se způsobem komunikace s pacientkou (zdravotní sestra, do 48 hodin)

#### **Realizace:**

- v 8: 30 jsem při běžném rozhovoru s pacientkou mluvila pomalu, srozumitelně.
- v 8: 40 jsem zjistila, že pacientka komunikuje bez omezení. Pro jistotu jsem ke konzultaci objednala znova psychologa.
- v 10: 50 psycholog pacientce i zdravotním sestřám sdělil, že je pacientka již bez problému - v pořádku.
- v 15: 10 jsem při návštěvách sdělila vše manželovi.

#### **Hodnocení:**

Pacientka verbálně komunikuje bez problému. I její pesimistická nálada zmizela. Cíl byl splněn.

**Potencionální ošetrovatelské diagnózy** ve všech svých krocích ošetrovatelského procesu pokračují i 4. den v nezměněné podobě. Jejich výsledné hodnocení neuvádím. Hospitalizace pacientky totiž nadále trvá, proto je třeba vyčkat nejprve jejího konce. Teprve poté by bylo vyhodnocení možné provést.



## 7 DISKUSE

V odborné literatuře jsem našla jen velmi málo článků a statí o tématu mimoděložního těhotenství. Přestože jde o tematiku velmi závažnou a důležitou - ve smyslu fatálního konce úmrtí matky i plodu - zabývá se jí jen hrstka autorů. Žádnou specializovanou publikaci, věnovanou této problematice se mi za celou dobu sbírání údajů a literatury k mé bakalářské práci, nepodařilo objevit. Mohu proto jen porovnávat statě autorů v uvedených publikacích mého seznamu literatury s tím, že jejich obsah i rozsah byl mnohdy až zarážející.

Co však již mohu dost dobře posoudit, jsou obecné principy ošetrovatelské péče v rámci onemocnění mimoděložního těhotenství. Ty jsou pro praxi nejen dnes už nezbytné, ale i výhodné. Zjistíme-li totiž potřeby pacientky, sestavíme-li pak jejich pořadí důležitosti dle priorit pacientky a v tomtéž pořadí se je budeme snažit uspokojovat, budou se nám vytyčené cíle v rámci ošetrovatelského procesu snáze plnit. Posílíme důvěru nemocného v naše ošetrovatelské intervence i realizace a zapojíme jej do léčebného procesu. Nezbytnou součástí péče je i edukace pacientky, při níž často získáme kontrolní zpětnou vazbou, zda pacientka vše dostatečně pochopila a umí používat námi poskytnuté informace.

To vše mohu tvrdit na základě mé každodenní práce v praxi, kde se jako porodní asistentka se ženami s prodělanými operacemi mimoděložního těhotenství setkávám. Na základě svých zkušeností s nimi mohu říci, že je při realizaci ošetrovatelského procesu pro nás, jako ošetrovatelský personál, velkou výhodou dopomoc koncepčních modelů. Dík němu jasně, rychle a přehledně máme během ošetrovatelské péče přehled o aktuálních potřebách pacientky a snáze nalézáme potencionální problémy, které by nás v rámci provádění ošetrovatelské péče mohly přinejmenším překvapit.

## ZÁVĚR

Záměrem sepsání mé bakalářské práce nebylo v žádném případě nahradit statě vážených pánů doktorů, ani jim konkurovat v úplnosti pohledu na vymezený úsek gynekologické patologie. Hlavní pohnutkou k napsání této práce bylo jen stručně a přehledně prezentovat problematiku mimoděložního těhotenství v rámci patologie ženského lékařství.

Záměrem, který byl v průběhu celé této práce sledován, bylo z části analyzovat tvorbu ošetrovatelského procesu u mimoděložního těhotenství a z části nechat čtenáře se v teoretické oblasti této problematiky zorientovat.

Na základě získaných poznatků chci zdůraznit skutečnost, že celý proces mimoděložního těhotenství u ženy je velmi složitý. Rozmanitost sociálních situací a problémů, které tento proces s sebou nese, vyžaduje nejen konkrétní znalosti problematiky u ošetrovatelského personálu, ale i jejich praktické zkušenosti. Neodborná pomoc a neznalost některých procesů a jevů, kterými je mimoděložní těhotenství doprovázeno, by totiž mohlo mít za následek dlouhodobé poškození psychického i tělesného stavu ženy.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BREYER, B. aj. 2000. *Manuál ultrazvukové diagnostiky*. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-689-7.
2. CITTERBART, K. aj. 2001. *Gynekologie*. Praha : Galén, 2001. s. 191. ISBN 80-7262-094-0.
3. ČECH, E. aj. 1999. *Porodnictví*. Praha : Grada Publishing, 1999. s. 161, 162. ISBN 80-7169-355-3.
4. ČEPICKÝ Pavel, 2006. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. Moderní gynekologie a porodnictví 8, 1999, č.3.
5. ČEPICKÝ Pavel; KURZOVÁ Hana. 2003. *Gynekologie a porodnictví*. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2003. s. 138. ISBN 80-246-0677-1.
6. Dokumentace pacientky, uložená v archivu FNM (nelze uvést číslo archivace)
7. ENKIN, M. aj. 1998. *Efektivní péče v perinatologii*. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-716-9417-7.
8. FARKAŠOVÁ, D. aj. 2006. 1.české vydání. *Ošetrovatelství-teorie*. Martin : Osvěta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
9. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
10. MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.

11. MACKŮ, František. 1996. *Porodnictví*. Praha : Nakladatelství Univerzity Karlovy, 1996. ISBN 80-7184-290-7.
12. MARTIUS, G. aj. 1997. *Gynekologie a porodnictví*. Martin : Osveta, 1997. ISBN 80-88824-56-7.
13. MASTILIAKOVÁ, D. 2002. *Úvod do ošetrovatelství I - systémový přístup*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.
14. MOTLÍK, Karel; ŽIVNÝ, Jaroslav. 2001. *Patologie v ženském lékařství*. Praha : Grada Publishing, 2001. s. 349. ISBN 80-7169-460-6.
15. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, 2009. s. 76. ISBN 978-80-902876-0-0.
16. STAŇKOVÁ, Marta. 1997. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-243-5.
17. TRACHTOVÁ, Eva a kolektiv. 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Druhé nezměněné vydání. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-8.
18. Věstník MZ ČR, 2004, roč. 2004, částka 9, s. 37.