

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU  
PO LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÉ  
VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMII**

**Bakalářská práce**

**KRISTÝNA LEBDUŠKOVÁ**

Praha 2011

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU PO LAPAROSKOPICKY  
ASISTOVANÉ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMII

Bakalářská práce

KRISTÝNA LEBDUŠKOVÁ

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

Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová

Komise pro studijní obor: Porodní asistence

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-03-31

Praha 2011

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezentačním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze

*Podpis.....*

## ABSTRAKT V ČESKÉM JAZYCE

LEBDUŠKOVÁ, Kristýna. *Ošetrovatelská péče o pacientku po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze 5, stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová RS, RM. Praha. 2011. s. 55.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o pacientku po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Teoretická část se zabývá psychologickými důsledky hysterektomie na psychosexuální sféru ženy, prožívání nemoci a identifikací s ženskou rolí. Významem menstruace a dělohy z psychosexuálního hlediska a v neposlední řadě psychologickými a sexuálními důsledky hysterektomie. Hysterektomie vzbuzuje u žen značné obavy a je provázena od samého počátku „mýtem špatné pověsti“, protože představuje hrubý zásah do psychosexuální sféry a při současné ovariectomii i do endokrinních funkcí organismu.

Empirická část se zabývá aplikací ošetrovatelské péče dle Major Gordon na gynekologickém oddělení v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze, u pacientky po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. U pacientky jsem stanovila ošetrovatelské diagnózy a vypracovala plán ošetrovatelské péče. U pacientky jsem aplikovala ošetrovatelskou péči po dobu 10 dní.

Klíčová slova: Hysterektomie. Ošetrovatelská péče. Psychologie. Pacientka.

## ABSTRAKT V ANGLICKÉM JAZYCE

LEBDUŠKOVÁ, Kristýna. *Nursing care of woman after laparoscopically assisted vaginal hysterectomi*. University of Health, o.p.s., Prague 5, the level of qualification: Bachelor. Bachelor thesis supervisor: Mgr. Rene Hanušová RS, RM. Prague. 2011th, pages 56.

The topic of this work is a nursing care of a patient after laparoscopically assisted vaginal hysterectomi. The theoretical part deals with the psychological effects of hysterectomi on the psychosexual sphere of women experiencing illness and identification with the feminine role. Then there is described the significance of menstruation and the uterus of psychosexual perspective, and last but not least the psychological and sexual consequences of hysterectomi. Hysterectomi raises significant concerns for women and is guided from the very beginning of "the myth of bad reputation" because it represents a gross interference in the psychosexual sphere and coexistens of a ovariectomy into endocrine functions of organism.

The empirical part interprets the application of nursing care by Major Gordon from the gynekology department at the institute for Mother and Child in Prague, the patient after laparoscopic assisted vaginal hysterectomi. It was determined for the patient a nursing diagnosis and developed the plan of 10 – day nursing care.

Keywords: Hysterectomy. Nursing care. Psychology. Patient. Laparoscopically assisted vaginalhysterectomi.

# PŘEDMLUVA

Téma pro bakalářskou práci jsem si vybrala na základě své zkušeností při ošetřování žen na gynekologickém oddělení v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze 4 – Podolí. Hlavní motivací k volbě tématu byla snaha proniknout hlouběji do ošetrovatelské péče o ženu po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii (dále jen LAVH). Ta vzbuzuje u žen značné obavy, protože představuje hrubý zásah do psychosexuální sféry ženy. Hysterektomie patří mezi jednu z nejčastějších gynekologických operací.

Téma jsem si zvolila v době odborné praxe na oddělení gynekologie. Text je vhodný pro studentky oboru porodní asistentka, pro stávající porodní asistentky i všeobecné sestry, které zajímá gynekologická problematika.

Chtěla bych touto cestou na prvním místě poděkovat vedoucí své práce PhDr. René Hanušové, RS, RM, a MUDr. Jiřímu Hanušovi, CSc., kteří mi věnovala svůj čas, trpělivost a svými cennými radami mě vždy příkladně vedli správným směrem při realizaci práce. Dále děkuji PhDr. Veronice Blažkové, PhD., ženě u které jsem ošetrovatelskou péči aplikovala, personálu gynekologického oddělení Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze 4 – Podolí. Děkuji všem, kteří mi jakkoliv při vypracování této práce pomáhali.

# OBSAH

ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	
1.2 Identifikace s ženskou rolí.....	16
1.3 Význam dělohy a menstruace z psychosexuálního hlediska.....	19
1.4 Vliv laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie na psychosexuální sféru ženy.....	20
2 PROBLEMATIKA GYNEKOLOGICKÝCH ZÁKROKŮ.....	22
2.1 Psychologické důsledky laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie .....	22
2.2 Sexuální důsledky laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie .....	23
3 EMPIRICKÁ ČÁST.....	27
3 ZÍSKÁNÍ INFORMACÍ OD PACIENTKY PO LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÉ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMII	
3.1 Anamnéza o osobní údaje.....	27
3.2 Fyzikální vyšetření pacientky.....	30
3.3 Objektivní fyzikální vyšetření pacientky.....	30
4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE M. GORDONOVÉ.....	34
4.1 Aplikace ošetrovatelské péče.....	37
4.2 Stanovení ošetrovatelských diagnóz.....	45
4.3 Realizace a hodnocení.....	49

ZÁVĚR, NÁVRH PRO PRAXI.....52

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....53

PŘÍLOHY



# SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**AIM** – akutní infarkt myokardu

**BMI** – body mass index

**cca** – asi, přibližně (circa)

**D** – dech

**dg.** – diagnóza

**DK** – dolní končetiny

**EKG** – elektrokardiografie

**FF** – fyziologické funkce

**HAK** – hormonální antikoncepce

**i. m.** – intramuskulárně

**in situ** – na původním místě

**i. v.** – intravenózně

**KCl** – kaliový přípravek

**LAVH** – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

**LMWH** – low molecular weight heparin = nízkomolekulární heparin

**NaCl** – roztok chloridu sodného

**NANDA** – severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku

**P** – puls

**PMK** – permanentní močový katétr

**PŽK** – permanentní žilní katétr

**P+V** – příjem a výdej tekutin za 24 hodin

**RCUI** – revize cavi uteri instrumentalis

**RTG** – rentgen

**s. c.** – subkutánn

**st. p.** – stav po ...

**tbl.** - tableta

**TK** – tlak krevní

**TT** – tělesná teplota

**TLH** – totální laparoskopická hysterektomie

**UUT** – umělé ukončení těhotenství

**ÚPMD** – Ústav pro péči o matku a dítě

# SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Hysterektomie** – chirurgické odstranění dělohy

**Incize** – naříznutí

**Laparoskopie** – endoskopické vyšetření břišní dutiny

**Laparotomie** – chirurgické otevření dutiny břišní

**Ligatura** – podvázání např.: cévy před chirurgickým přetětím zabrání krvácení

**Ligamentum** – vaz

**Prekanceróza** – předrakovinový stav

**Resekce** – chirurgické odstranění části orgánů

**Sutura** – sešití rány

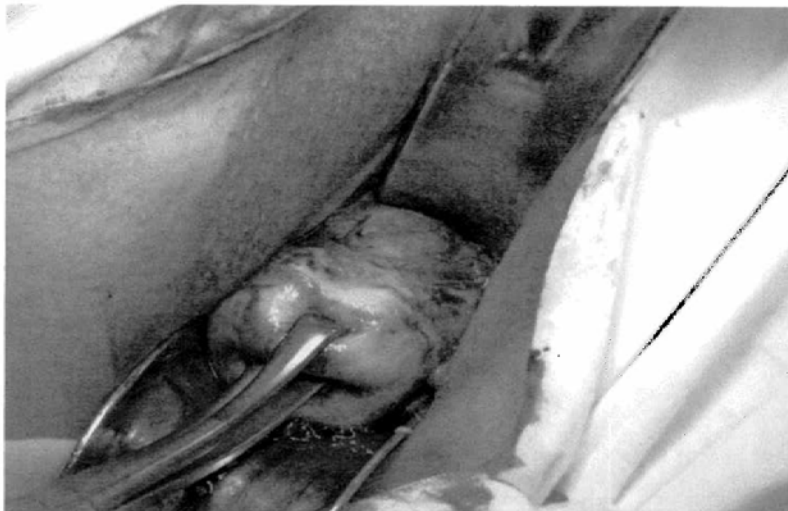
## **PŘÍLOHY**

## SEZNAM PŘÍLOH

A	Přední část poševní cirkulární incize děložního hrdla (vaginální fáze LAVH)	I
	Zachycení levého sakrouterinního vazů (vaginální fáze LAVH)	I
B	Prostřížení vezikouterinní pliky (vaginální fáze LAVH)	II
	Zachycení svazku uterinních cév vpravo (vaginální fáze LAVH)	II
C	Oddělení hrdla od dělohy (vaginální fáze LAVH)	III
	Hemisekce dělohy (vaginální fáze LAVH)	III
D	Dokončení hemisekce (vaginální fáze LAVH)	
	Zachycení reziduálních postranních parametrií před jejich ligaturou a prostřížením a definitivním vybavením levé poloviny děložního těla z pánve (vaginální fáze LAVH)	IV
E	Souhlas zdravotnického zařízení s nahlížením do ošetrovatelské dokumentace	V

A - Přední část poševní cirkulární incize děložního hrdla (vaginální fáze LAVH)

Zachycení levého sakrouterinního vazů (vaginální fáze LAVH)



Obr. 3.4a Přední část poševní cirkulární incize hrdla (vaginální fáze LAVH)

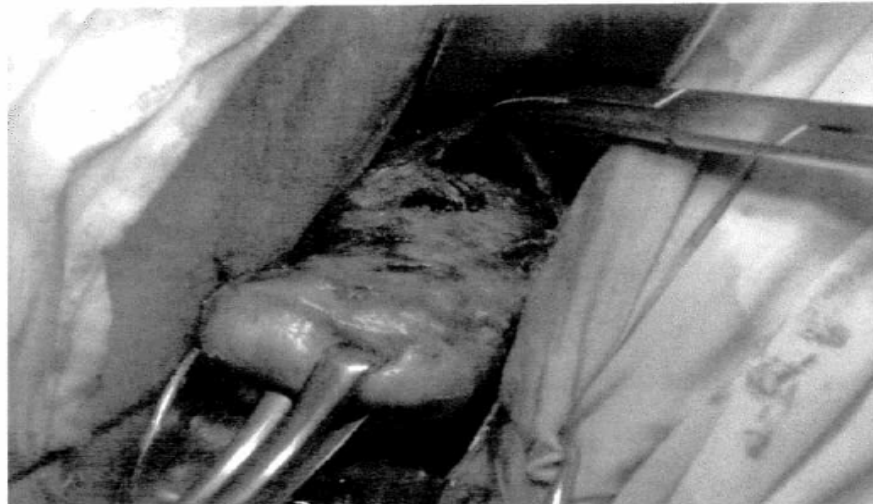


ZDROJ:

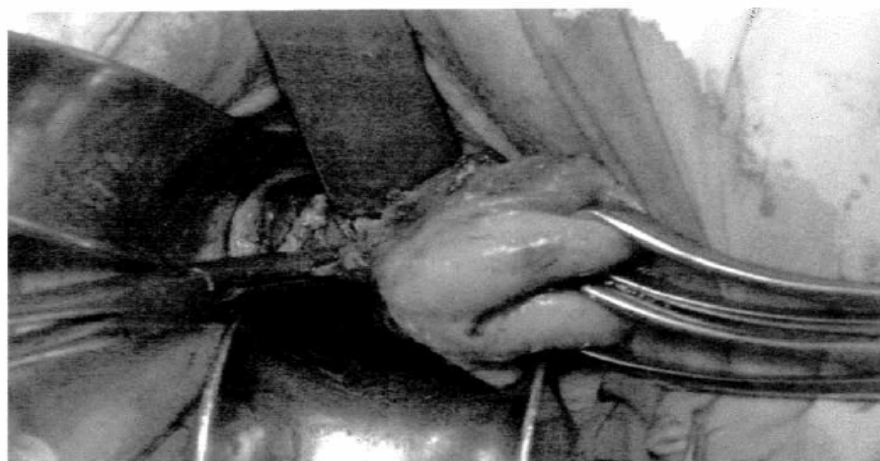
MÁRA, M.; HOLUB, Z. 2009. *Děložní myomy: Moderní diagnostika a léčba*. Praha : GRADA, 2009. s 99. ISBN 978-80-247-1854-5.

B - Prostřížení vezikouterinní plíky (vaginální fáze LAVH)

Zachycení svazku uterinních cév vpravo (vaginální fáze LAVH)



ř. 3.4c Prostřížení vezikouterinní plíky (vaginální fáze LAVH)



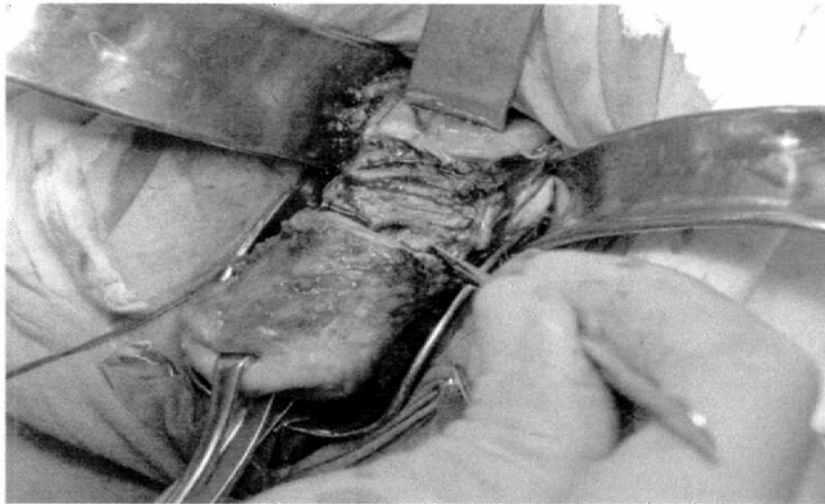
ZDROJ:

MÁRA, M.; HOLUB, Z. 2009. *Děložní myomy: Moderní diagnostika a léčba*. Praha : GRADA, 2009. s 100. ISBN 978-80-247-1854-5.

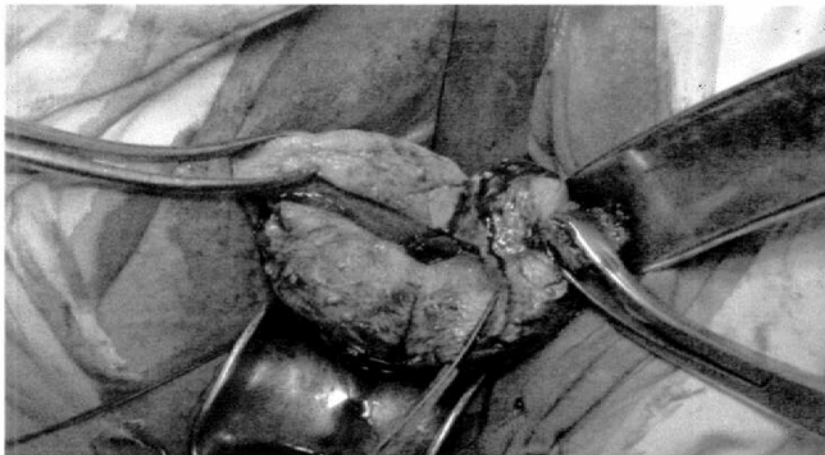
C - Oddělení hrdla od dělohy (vaginální fáze LAVH)

Hemisekce dělohy (vaginální fáze LAVH)

Chirurgická léčba myomů



Obr. 3.4c Oddělení hrdla od těla dělohy (vaginální fáze LAVH)



ZDROJ:

MÁRA, M.; HOLUB, Z. 2009. *Děložní myomy: Moderní diagnostika a léčba*. Praha : GRADA, 2009. s 101. ISBN 978-80-247-1854-5.

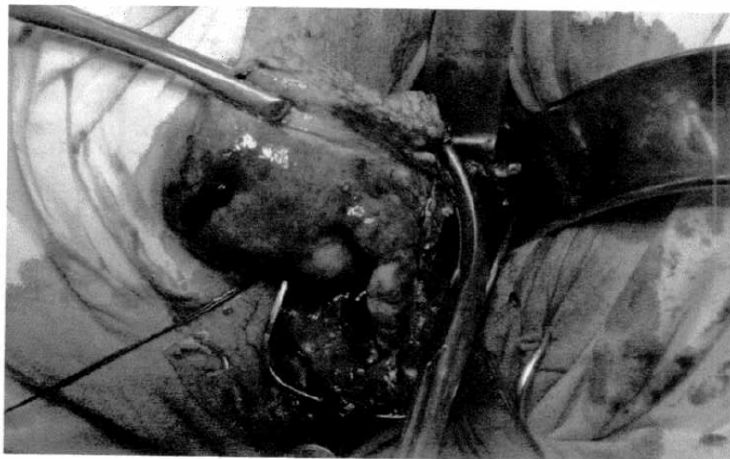


## D - Dokončení hemisekce (vaginální fáze LAVH)

Zachycení reziduálních postranních parametrií před jejich ligaturou a prostřížením a definitivním vybavením levé poloviny děložního těla z pánve (vaginální fáze LAVH)



Obr. 3.4g Dokončení hemisekce (vaginální fáze LAVH)



Obr. 3.4h Zachycení reziduálních postranních parametrií před jejich ligaturou a prostřížením a definitivním vybavením levé poloviny děložního těla z pánve (vaginální fáze LAVH)

ZDROJ:

MÁRA, M.; HOLUB, Z. 2009. *Děložní myomy: Moderní diagnostika a léčba*. Praha : GRADA, 2009. s 102. ISBN 978-80-247-1854-5.



## ÚVOD

Téma pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala na základě zkušeností při ošetřování žen na gynekologickém oddělení v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze 4 - Podolí. Hlavní motivací k volbě daného tématu byla snaha proniknout hlouběji do ošetřovatelské péče o ženu po zákroku laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Hysterektomie vzbuzuje u žen značné obavy, protože představuje hrubý zásah do psychosexuální sféry a rovněž velké obavy z pooperační kvality pohlavního života a poruch v psychosexuální oblasti, které souvisejí jednak ze ztrátou jejich generativní funkce a ze ztrátou důležitého pohlavního ústrojí.

V rozsáhlé gynekologické a psychiatrické literatuře lze najít řadu publikací, které se věnují psychologickým a sexuálním důsledkům a komplikacím po hysterektomii. Starší studie většinou popisují výrazně negativní vliv této operace na psychiku, i na sexualitu žen. Novější práce naopak tento negativní vliv operace na psychosexuální oblast popírají.

Proto jsem se rozhodla blíže se seznámit s uvedenou literaturou, která se problematikou zabývá a připravit text, který popisuje aplikaci ošetřovatelské péče podle ošetřovatelského modelu Major Gordon.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

Chirurgické odstranění dělohy – hysterektomie (z řeckých slov: hystera – děloha, ektomo – vytěti), patří mezi nejčastější gynekologické operace. Její incidence celosvětově stále stoupá. Ve Spojených státech amerických bylo v roce 1995 provedeno 810 tisíc hysterektomií. V Ústavu pro péči o matku a dítě (dále jen ÚPMD) bylo jen pro myomatózu dělohy operováno v roce 2010 276 žen (4, 5, 24).

Mezi nejčastější indikace k hysterektomii pro benigní onemocnění dělohy patří myomatoza, recidivující metrorrhagie a menometrorrhagie nereagující na konzervativní léčbu, adenomyoza, endometrióza a hyperplazie endometria. Samozřejmou indikací k operaci jsou rovněž maligní onemocnění dělohy a děložních adnex, které jsou ovšem speciální kapitolou gynekologické chirurgie. Podle nálezů Urbánka a jeho spolupracovníků má vliv hysterektomie, provedená z onkologické indikace, specifický vliv na psychosexuální sféru operované ženy, který je značně odlišný od pooperačních následků hysterektomie z indikace benigního onemocnění (28).

Zcela jen výjimečně je hysterektomie prováděna z indikace vážného, život ohrožujícího a nezvladatelného poporodního krvácení nebo rozsáhlého porodního traumatu dělohy a tkání (například ruptura dělohy), či při poruchách III. doby porodní např.: placenta accreta (14, 17, 21).

Tak jako každý chirurgický zákrok, má i laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie vedle indikace k operaci, která je dána povahou a rozsahem onemocnění, také své podmínky (například celkový zdravotní stav pacientky) a samozřejmě i kontraindikace a rizika pooperačních následků. Při rozhodování o operaci se určuje, z jaké přístupové cesty a jakou operační technikou se bude hysterektomie provádět. V současné době existují tři způsoby jak hysterektomii provést (21).

Hysterektomie: **1. abdominální, 2. vaginální, 3. laparoskopická.** Při exstirpaci dělohy jakýmkoliv způsobem je možné – je-li třeba – děložní adnexa buď současně s dělohou odstranit, nebo je ponechat in situ. Rozhodnutí závisí na stavu děložních adnex a rovněž na věku operované ženy (2, 5, 9, 12).

**Ad 1. Abdominální hysterektomie** se provádí z laparotomického přístupu. Forma operace, kdy se odstraní celá děloha, se nazývá totální či prostá (simplexní) hysterektomie. Podle užití operační techniky je možné hysterektomii provádět extrafasciálně nebo intrafasciálně. Extrafasciální techniku operace vypracoval a první jí na světě vykonal, údajně již v roce 1853, německý gynekolog Burnham. Další literární zprávy o provedení hysterektomie jsou až z roku 1879. Novější intrafasciální technika operace byla prováděna v polovině 20. století americkým gynekologem Aldridgem. Druhou formou abdominální hysterektomie je tzv. supravaginální hysterektomie nazývaná také supravaginální amputace dělohy nebo subtotální hysterektomie. Při této operaci se odstraňuje pouze děložní tělo a děložní hrdlo se ponechává in situ. Při maligním onemocnění děložního hrdla se provádí radikální, tzv. rozšířená abdominální hysterektomie s odstraněním tkáně parametrální a parakolpické, s resekcí části vaginy a s exstirpací regionálních lymfatických uzlin a děložních adnex. První takovou operaci popsal a provedl již v roce 1898 německý gynekolog Ernst Wertheim, podle kterého se tento typ gynekologické operace nyní nazývá (3,4).

**Ad 2. Indikace vaginální hysterektomie** závisí, mimo jiné, především na pohyblivosti a velikosti dělohy a rovněž na prostornosti vaginy. První zmínka o provedení této operace je z roku 1887. Stejně jako při abdominální hysterektomii se rozlišuje, podle rozsahu exstirpované tkáně, vaginální hysterektomie prostá a radikální. Radikální vaginální operaci při karcinomu děložního hrdla popsal a jako první na světě vykonal v roce 1911 rakouský gynekolog Schauta (3,6).

**Ad 3. Laparoskopická hysterektomie** se provádí za použití endoskopické techniky. První operace byla provedena Reichem v roce 1988 a v roce 1992 byla

francouzským gynekologem Dargentem vykonána první radikální laparoskopická hysterektomie (14).

V České republice se laparoskopické hysterektomie provádí od roku 1994. Podle operační techniky a postupu se rozlišuje tzv. laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) a totální laparoskopická hysterektomie (TLH). Stejně jako předchozí metody hysterektomie mají laparoskopické operace své přísné indikace a podmínky (28).

## **1.2 Identifikace s ženskou rolí a její význam pro prožívání nemoci**

Ženská identita se nevyvíjí automaticky pouze na podkladu genetické informace, nýbrž je komplexní reakcí na vliv biologických a sociálních faktorů. Při identifikaci s ženstvím řadíme dvě linie: **1. linie je biologická a 2. linie je sociální.** Jak biologické změny (menarche, reprodukce, menopauza), které jsou dány geneticky, tak i sociálně (dětství, puberta, dcera, milenka, přítelkyně, manželka, matka, babička) si žena osvojuje a prožívá v průběhu svého života. Žena tak zaujímá ve svém životě různé a měnící se funkce (role) a úlohy. Přizpůsobení těmto rolím je biologicky determinováno a může být (a většinou je) významně ovlivněno vlivy sociálními. Od samého počátku prenatalního období se ženský organismus vyvíjí odlišně od mužského. S anatomíí a fyziologií ženského těla souvisí kvalita psychiky (18).

Identifikace s ženstvím tak představuje postupný proces, během kterého si žena uvědomuje a akceptuje skutečnost, že je „ženou“ a osvojuje si a plní všechny biologické a sociální funkce a úlohy, které s ženstvím souvisí. Žena, která akceptuje své biologické pohlaví a sexualitu, by měla bez podstatnějších psychologických problémů přijmout a zvládnout všechny pozitivní i negativní prožitky a jevy, které ji její biologické a sociální určení přináší: menstruaci, graviditu, mateřství, výchovu dětí, klimakterium, menopauzu a v neposlední řadě i nemoci, které souvisejí s její genitální oblastí. Identifikace s ženstvím tedy probíhá po celý život. Současná věda se snaží nalézt odpověď na otázku, co vše z mužského a z ženského chování je podmíněno biologicky a co je ovlivněno sociálně. Žena, která přijímá své biologické pohlaví a sexualitu, by měla bez podstatnějších psychologických problémů přijmout a zvládnout všechny biologické, specificky „ženské události“, které ji její ženskost přináší. V sociální linii

procesu identifikace má významnou a nezastupitelnou úlohu rodina a kvalita rodinného prostředí, ve kterém žena vyrostla a ve kterém žije. Rodiče při výchově dětí dělají rozdíly podle pohlaví dítěte, aniž si to uvědomují. Rodina vytváří prostor pro naučení se rolím osobního života, získání potřebných postojů, motivů a aktivit. Přes citlivou vazbu na matku se dívky identifikují se svým pohlavím a osvojují si budoucí ženskou roli. Díky vztahu k otci se učí vztahu k druhému pohlaví. Od matky přijímají techniky vyrovnání se s příjemnostmi i nepříjemnostmi ženství. To formuje potřebné postoje, motivace a aktivity, které s ženskou rolí souvisí a které si mladá žena během dospívání osvojuje a nese do dalšího života (6,18).

Kvalita ženské psychiky, tj. prožívání a chování, samozřejmě těsně souvisí s anatomickým a fyziologickým uspořádáním ženského organismu. Psychika a její vyváženost (spokojenost se vzhledem a funkcí těla, přijímání a zvládání všech prožitků, které ženství přináší) je v procesu identifikace závislá na schopnosti reagovat jak na biologické, tak i sociální změny v průběhu celého života a míra adaptace na změny zpětně ovlivňuje a utváří psychiku. Čepický zdůrazňuje, že se psychika ženy periodicky mění v závislosti na jejím menstruačním cyklu. V první polovině menstruačního cyklu stoupá fyzická i psychická aktivita a „příjemná“ nálada, zatímco ve druhé polovině menstruačního cyklu tyto hodnoty prudce klesají a naopak stoupá anxióza a agresivita, které dosahují vrcholu při nástupu menstruačního krvácení. Největší emocionální zvraty, napětí a neklid jsou v období premenstruačním a ženy se s nimi často obtížně vyrovnávají. Všeobecně je druhá polovina menstruačního cyklu považována z hlediska psychiky za negativní (2, 3, 4, 5, 6).

Obtížné a závažné psychické a sociální problémy a úkoly stojí před ženou – dívkou již v období puberty, kdy se musí postupně uvolnit z vazby na rodičích a navázat diferencované vztahy s jedinci jak ženského tak i mužského pohlaví. Prožitek tělesného sexuálního vývoje v dospívání, úspěšnost či neúspěšnost adaptace na tyto změny má rovněž značný vliv na psychiku. Je silně vyjádřena touha po samostatném utváření vlastního života (6).

Stejně tak menarche a menopauza (ať fyziologická či arteficiální) představují pro ženu velký psychologický problém. Při vzniku psychických potíží, v těchto hraničních obdobích života ženy, hrají vedle hormonálních faktorů významnou roli i vlivy sociální. Menarche je v mnoha kulturách vnímána jako mimořádná událost, která

je často provázána různými rituálními obřady a je předmětem mnoha pověr a mýtů. Menstruující žena byla odedávna pokládána za „nečistou a nebezpečnou“, protože menstruační krev je „věc“, kterou je hanba zveřejnit. V naší kultuře je menstruace stále velmi osobní a intimní a jde o „ženskou jedinečnost“, která odráží osobní svět ženy, reaguje na vztahy a komunikaci s ostatními lidmi a odráží emocionální stav ženy. Většina žen se domnívá, že menstruace je nutnou a nezbytnou složkou jejich ženskosti a vnímají jí pozitivně, jako přirozenou, leč nežádoucí, součást „ženského údělu“. Sociální důsledky menstruace jsou naopak vnímány negativně, protože menstruace je „nešikovná“ a nepříznivě ovlivňuje sociální aktivity. Menstruace se tak výrazně promítá do psychologicko – sociální oblasti života ženy. Není to jen banalita, kterou lze posuzovat jako „nepříjemný s nepotřebný odpad“, neboť je spjata s individualitou ženy a také s „objektivní skutečností přírody“, kdy napomáhá pochopení mnoha, často obtížně pochopitelných jevů (5).

Z uvedených skutečností lze tedy konstatovat, že stupeň identifikace s ženskou rolí je poslední etapou ve vývoji ženy. Její „míra ženskosti“ pak záleží na tom, zda tuto, ne jednoduchou, životní roli přijme a zvládne, byť s určitými výhradami, nebo ji odmítne díky životním zkušenostem, které její ženství trvale představovaly (22).

Onemocnění pohlavního ústrojí představuje pro ženu obtížný psychologický problém, protože genitál má v ženské psychice specifické postavení. Jeho postižení může být někdy bráno jako „trest za sexuální přestupky“ a to ať reálné nebo pouze fantazijní, může vést k pocitům „hanby“ a žena se za své onemocnění stydí. Prožívání nemoci v této oblasti je navíc ovlivněno kvalitou socializačního procesu identity více než při onemocnění jiných orgánů. Většina gynekologických onemocnění má nepříznivý vliv i na sexualitu, a to jak fyziologický (bolest), tak i psychologický. Nemocná žena se vidí jako „tělesně poškozená“, neatraktivní s nízkým sebehodnocením jako sexuální partnerky při narušeném „tělesném schématu“. Ženy se se svými genitáliemi, zvláště s dělohou, často loučí těžce, protože mají o její funkci a významu nejasné a zkreslené představy. Tzv. „syndrom zmrzačení“ po exstirpaci s následnými psychovegetativními somatickými příznaky a psychosociálními projevy, může někdy vyústit až do odmítnutí ženské role s následnými poruchami partnerských vztahů. Některé ženy se domnívají, že když „přijdou o menstruaci“, tak již nemohou souložit, protože se „to nehodí“. To vše zvyšuje význam nezbytnosti dostatečné a řádné informovanosti o onemocnění a o eventuelních následcích léčby. Je nezbytně nutné



ženu poučit o průběhu její nemoci, o průběhu o způsobu léčby , o vlivu léčby na její další život, o tělesných a psychických následcích a o vlivu na její sexuální život. Jak uvádí Mellanová „nemá žena jenom genitál, ale má i duši“ a také proto významně ovlivňuje prožívání nemoci u ženy kvalita a míra její identifikace s ženskou rolí. Žena je hlavně bytostí , která prošla určitým vývojem, který ji předznamenal v jejím postoji a prožitku skutečnosti. Reakce pacientky na gynekologické onemocnění je v zásadě dvojí: racionální nebo iracionální. Racionální reakce je taková, kdy nemocná žena správně odhadne závažnost příznaků onemocnění, včas vyhledá odbornou lékařskou pomoc a podrobí se léčbě. Čepický však soudí, že tato reakce je v praxi vzácná (2, 6, 22).

**Pacientka se musí vypořádat se třemi psychologickými úkoly: 1. Musí uznat, že je nemocná, 2. Musí uznat, že se stává závislá na jiných lidech, 3. Musí si uvědomit, že po skončení nemoci nebo léčby se musí vrátit do normálního života.**

K jistému psychologickému problému může dojít v kterékoliv z těchto situací. Iracionální reakcí na onemocnění, která je častější, je popírání nemoci a anxiózně – depresivní stav (22).

### **1.3 Význam dělohy a menstruace z psychosexuálního hlediska**

Vedle samozřejmého významu pro fertilitu a reprodukci má děloha jednoznačné postavení a důležitou úlohu v ženské psychice a sexualitě. Děloha představuje jakýsi symbol, do kterého ženy promítají svou sexualitu a identifikují s ním svoji feminní roli. Děloha tak představuje „fyziologický metronom“, regulátor a kontrolor ostatních důležitých funkcí, zdroj energie, síly, zdatnosti a vitality, tvůrce mládí a plodnosti, ženské sexuální atraktivity a v neposlední řadě i nezbytný sexuální orgán (5, 6, 13) .

Čepický soudí, že každá žena si vytváří vlastní představu o anatomii a fyziologii svého pohlavního ústrojí, které bývá často až neuvěřitelně zkreslená. Názory žen na význam a funkci dělohy pro zdraví a život jsou velmi často značně vzdáleny realitě a nejsou obvykle v souladu s medicínskými poznatky. Mnohé ženy nerozlišují rozdíl mezi dělohou a vaginou a domnívají se, že bez dělohy není možný orgasmus a že dokonce není možný ani pohlavní styk. Představují si, že děloha je zdrojem jejich libida, sexuální reaktivity a že je tedy nezbytná pro normální sexuální život. Menstruace

je podle Čepického opředená mnoha pověrami a mýty. Je to „velice složitá a privátní“ událost a jev v životě ženy a je spojena s „nevysvětlitelným děním a mystikou“ jak říká Enslarová. Existují dvě hlavní představy o významu menstruace. Za prvé, že „perioda“ má „očisťující“ význam pro tělo a za druhé, že představuje, stejně jako děloha, „fyziologický metronom“, který reguluje a kontroluje ostatní životní funkce a aktivity. Menstruační krvácení ztotožňují ženy se svojí ženskou rolí, sexuální funkcí, zdravím a plodností. Menstruace může být obtěžující a nepohodlná, avšak žádoucí, protože je nutnou složkou ženskosti. Podle Jindrové ji většina žen vnímá jako nezbytnou a její ztrátu po hysterektomii pociťuje úkorně. Ze ztráty menstruace jsou po operaci některé ženy více nešťastné než ze ztráty fertility, jak uvádí Linhardtová (2, 5, 6, 18).

#### **1.4 Vliv hysterektomie na psychosexuální sféru ženy**

Mnoho žen se domnívá, že jejich pohlavní orgány jsou zranitelnější než jiné části těla a že jejich „křehkost“ je zvláště mimořádná. Operace v genitální oblasti jsou vnímány jako „poranění vnitřku“, což může být v určitých případech důvodem vzniku pooperačních psychosexuálních problémů říká Slolan. Ženy identifikují své reprodukční orgány se svojí ženskou identitou a sexualitou. Ztráta dělohy je tudíž brána jako ekvivalent symbolické kastrace a to bez ohledu na to, jsou-li při hysterektomii funkční ovaria ponechána či odstraněna (6, 18).

Soubor nejrůznějších psychosexuálních poruch po hysterektomii byl popsán jako tzv. „stress response syndrom“. Vedle ztráty fertility, což je významný stresový faktor, představuje odstranění dělohy ztrátou „něčeho co dělá ženu ženou“ – tj. ztrátou menstruace, sexuální atraktivity a reaktivity, libida a orgasmu, zdroje energie, síly, výkonnosti a zdatnosti. Ženy se často obávají, že po operaci již není možný normální pohlavní styk, že rychleji zestárnou, ztloustnou a tak ztratí svoji sexuální přitažlivost. Jak zjistili Jindrová s Čepickým tak i ty ženy, které si již nepřejí další děti a nereflektují již na „bohatý“ sexuální život, považují hysterektomii za „něco“, čím ztratí svoji ženskost (5, 6, 18).

Hysterektomie s ponecháním funkčních ovarií samozřejmě vede k trvalé amenorrhoe a sterilitě, ale ne však k menopauze. Ta nastane až při trvalé ztrátě

ovariálních funkcí v době, která je geneticky zakódovaná. Přesto se u operovaných žen, kterým ovaria nebyla při hysterektomii odstraněna, často vyvíjí pocit, že nejsou již „plnohodnotnými“ ženami, protože jsou „vykastrovány“. Podle Čepického je proto pochopitelné, že tyto představy výrazně ovlivní to, jak bude žena reagovat na odstranění dělohy a jak se s tím vyrovná. Hysterektomie jistě představuje náročnou stresovou situaci a jak se s ní dokáže pacientka vyrovnat závisí především na funkční zdatnosti její psychiky a také na všech ostatních adaptačních a regulačních mechanismech. Čepický se domnívá, že žen, které se k operaci odhodlávají snadno, protože jsou názoru, že děloha je pro jejich další život už zbytečným orgánem, který je pouze zdrojem jejich zdravotních potíží (bolestí, nadměrného krvácení), je méně než těch, které si to nemyslí (2, 3, 4, 5, 6, 18).

Vyrovnaní se s operací a jejími eventuálními následky záleží podle Linhardtové i na tom, jak pacientka vnímá a posuzuje informaci o nevyhnutelnosti operačního řešení svého zdravotního stavu (18).

Je přirozené, že mnoho žen má velké obavy z kvality života po hysterektomii. Pro zmírnění těchto obav je třeba ženy, které podstupují operaci ve fertilním věku a při zachovalém menstruačním cyklu, dostatečně informovat o tom, že následkem odstranění dělohy je sterilita a ztráta menstruace. Rovněž je jim nutné sdělit, že pouhé odstranění dělohy s ponecháním funkčních vaječníků, nebude mít žádný podstatný vliv na jejich sexuální život a že není důvodu se negativních změn v této oblasti obávat. Podrobné vysvětlení podstaty operace je důležitým předpokladem dobré spolupráce pacientky se zdravotnickým personálem při řešení eventuálních následků operace. Operovanou ženu je nutné na možnosti vzniku pooperačních potíží předem připravit, upozorňuje Váchová se spolupracovníky (18).

Důležitým poznatkem je rovněž to, že jak typ hysterektomie (totální nebo subtotální), tak i operační technika (abdominální, vaginální, laparoskopická) nemá žádný podstatný vliv na vznik a rozvoj pooperačních psychosexuálních problémů (18).

## 2 PROBLEMATIKA GYNEKOLOGICKÝCH ZÁKROKŮ

Pohlavní ústrojí zaujímá v psychice ženy zvláštní postavení. Proto mají gynekologické chirurgické zákroky svojí specifickou psychologickou problematiku, které je věnována značná pozornost.

### 2.1 Psychologické důsledky hysterektomie

Váchová se spolupracovníky říká, že každý operační výkon představuje zásah do integrity organismu, přičemž gynekologické operace navíc narušují specificky ženskou psychofyzilogickou integritu. Čepický zmiňuje, že v písemnictví lze nalézt řadu publikací, které popisují psychologické důsledky a komplikace hysterektomie. Řada starších publikací uvádí negativní vliv této operace na psychiku, nejčastěji rozvoj reaktivních neurotických stavů, emočního distresu a deprese. Už v roce 1890 jako první upozornil Krafft – Ebing, přední rakouský psychiatr z univerzity ve Štýrském Hradci, na to, že operace na ženských genitáliích bývají častěji doprovázeny různými psychologickými komplikacemi v pooperačním období, než operace na jiných orgánech (6, 29).

Soubor těchto psychických příznaků různého charakteru (ulpívavé, nepříjemné představy a myšlenky, bolestivé vzpomínky, deprese, emocionální rozlady a napětí, poruchy spánku, bolesti hlavy, pocity úzkosti apod.) byl ve starších publikacích popisován jako tzv. posthysterektomický syndrom. Jejich zvýšený výskyt, ve srovnání s operacemi jiných částí těla, se vysvětloval symbolickým významem dělohy pro ženu. Někteří autoři v této souvislosti poukazovali na možnost psychosomatického původu depresivních reakcí na hysterektomii. Ve starší psychiatrické literatuře je uváděna deprese a zvýšená anxiosita jako následek hysterektomie až u 80 % operovaných žen. Novější studie tyto nálezy nepotvrzují. Nebyl zjištěn signifikantně vyšší výskyt psychických poruch po hysterektomii a také psychologická a psychiatrická morbidita není častější než po jiných operacích (5, 29).

Jak zjistili Jindrová a Čepický, tak pocit zvýšeného sebevědomí a zlepšení identifikace ženskosti uvádí po operaci 10 % žen, zhoršení těchto ukazatelů 20 % pacientek a pocit méněcennosti po operaci má pouze 15 % žen. Pokud se výraznější

psychické reakce po operaci objeví, je to u těch žen, které měly problémy již před operací (6, 13).

Hysterektomie sama o sobě tedy nemá zpravidla nepříznivý vliv na psychiku a nemá za následek vznik nějaké psychické poruchy. Problémy v této oblasti se objevují převážně u těch žen, které je měly již před operací a operace je pouze „zviditelní“ říká Raboch. Přesto ale asi 30 % žen má po odstranění dělohy výraznější neurotické rysy, zvýšenou hladinu emocionálního napětí, úzkost a častější sklon k depresím (26).

Bylo zjištěno, že různé operační postupy a techniky hysterektomie nemají žádný vliv na negativní dopad na psychiku operované ženy a nejsou mezi nimi žádné rozdíly (26).

Není bez zajímavosti a stojí za pozornost, že až 50 % žen, které podstupují hysterektomii, by uvítalo psychologickou poradu a pomoc jak před operací, tak i po ní (26).

## **2.2 Sexuální důsledky hysterektomie**

Jak v gynekologickém tak v psychiatrickém písemnictví je řada studií o vlivu hysterektomie na sexuální funkce ženy. Starší publikace připisují hysterektomii značně negativní vliv, zatím co nejnovější práce to zpochybňují. Podle nich nemá většina operovaných žen své sexuální funkce změněné nebo výrazněji zhoršené. Samozřejmě se sexuální poruchy po odstranění dělohy vyskytují, ale v mnohem menší míře, než se traduje ve starším písemnictví (24).

Starší, většinou retrospektivní výzkumy, uváděly výskyt těchto poruch po operaci ve 30 % – 45 %. Novější studie, prospektivní, tvrdí, že se poruchy v sexuálním životě po hysterektomii vyskytují v rozmezích kolem 6 % – 37 % a tedy, že tato operace není příčinou změny nebo dokonce zhoršení kvality sexuálního života, jak uvádějí Oates a Gath v přehledném referátu (24).

U ženy, která žije dlouhodobě normálním pohlavním životem a její sexuální stereotyp je dostatečně fixován, by hysterektomie neměla vést k podstatné změně sexuální aktivity a reaktivity. Většina autorů se shoduje, že schopnost orgasmu je

funkce značně stabilní. Ženám se však ztráta dělohy jeví jako hrubý zásah do velmi intimní genitální sféry, hluboce se dotýká jejich „ženské podstaty“ a představuje výrazné trauma, které maximálně postihuje oblast sexu. Sexualita je totiž jedním z nejdůležitějších aspektů, které ovlivňují kvalitu života po gynekologické operaci. Jak zjistila Linhardtová, je případný negativní vliv operace dáván do souvislosti s pocitem „kastrace“ (18, 24).

Dlouhodobá frustrace z potíží, které vedly k operaci (bolest, krvácení apod.) snižuje libido i frekvenci pohlavních styků a je příčinou nejrůznějších sexuálních poruch (např. anorgasmie, frigidity apod.) již před operací. Mnoho žen proto předpokládá, že po operaci nedojde u nich k podstatnému zlepšení pohlavního života, a naopak často počítají s možným zhoršením (18).

Propagace a favorisace mládí a krásy v současné proamerické kultuře ženám neúprosně připomíná, že nezbytnou podmínkou erotické přitažlivosti je dokonalé, neporušené tělo. Ztrátou dělohy dochází ke „zpochybnění“ ženské tělesné integrity, což může potencovat sexuální obtíže plynoucí ze ztráty dělohy jako „důležitého pohlavního orgánu“ a změněné anatomie. Po operaci se ženy velmi často hodnotí jako „méněcenné“ sexuální partnerky. Podle Linhardtové jsou méně vzrušivé, chladné a jejich sexuální aktivita a uspokojení bývá nižší. Trpí často nesouladem s partnerem při koitu, jejich nálada před pohlavním stykem, ale zejména po styku, je horší než před operací. Považují se za méně přitažlivé a některé mají ze sexuálního sblížení a koitu strach, takže přestávají ze strachu sexuálně žít. Jindy se u nich projevuje nechuť akceptovat vlastní ženství, mají úzkostný postoj ke koitální aktivitě, což posléze může vést až k odmítnutí ženské sexuální role v životě ženy. Důležitým faktorem, který ovlivňuje sexuální funkce po operaci je, jak z pohledu žen, tak i z pohledu jejich sexuálních partnerů, pocit „defeminizace“. To hraje negativní roli zejména u mladších žen, které mají strach ze ztráty mladosti, atraktivity a „prázdnoty“ po odstranění dělohy (18).

Obecně se usuzuje, že ke zhoršení sexuálních funkcí po hysterektomii dochází u těch žen, kde operace aktivovala nějaký psychologický problém, kde sexuální poruchy existovaly již před operací. Oates a Gath soudí, že pooperační stav sexuálního života tak determinuje eventuální negativní důsledky operace. Ke zhoršení sexuálních funkcí pod vlivem operace dochází podle literárních údajů v 15 % – 39 %. Ovšem až v 60 %

se časem vzniklé poruchy upraví. Podle Rabocha sexuální aktivitu neobnoví po operaci asi 5 % žen (26).

Důvodem zhoršení sexuálních funkcí jsou ale většinou různé pooperační komplikace, které vedou ke změněným anatomickým poměrům v malé pánvi. Jsou to zejména následující stavy: zkrácení vaginy, citlivost vaginální jizvy, stenóza vaginy, adheze v malé pánvi, prolaps vaginálního pahýlu, inkontinence moče, porušení nervového zásobení v malé pánvi apod. To vše může vést k dyskomfortu při koitu a tím k negativnímu ovlivnění sexuálních funkcí, zejména orgasmu. Ke snížení schopnosti orgasmu může přispívat i ztráta děložních kontrakcí a vnímání dotyku děložního hrdla penisem při koitu, které mohou být „spouštěčem“ orgasmu. Mezi nejčastější pozorované negativní důsledky gynekologické operace na sexuální oblast patří: dyspareunie, algopareunie, pokles libida až frigidita a snížení intenzity a kvality orgasmu vlivem omezené schopnosti mimovolního rozšíření kraniální části vaginy. Samozřejmě se projeví negativní vliv na sexualitu při oboustranné ovariectomii dosud funkčních ovaríí, kdy dojde k rychlé či okamžité depleci ovariálních sexuálních steroidů s rozvojem postkastračního estrogen – deficitního syndromu provázeného snížením vaginální lubrikace a poklesem libida (24).

Čepický zjistil, že zlepšení sexuálních funkcí po odstranění dělohy je častější než zhoršení – a to v průměru 2 : 1. Zlepšení se pozoruje zvláště u žen, kterým onemocnění bránilo v normálním a uspokojivém prožívání sexu a také u těch, které se obávaly nechtěného těhotenství. Za hlavní důvod zlepšení sexuálního života a sexuální aktivity po hysterectomii se považuje to, že operace zbaví ženu potíží, které onemocnění dělohy přináší – pánevní bolesti z překrvení malé pánve, nadměrného a nepravidelného krvácení apod. Celkově se zlepšení sexuálních funkcí po operaci udává v 9 % – 60 %. Nejčastěji se ale sexualita po odstranění dělohy nemění. Nebyly zjištěny signifikantní změny v sexuálním životě žen před operací a po operaci. Ztráta dělohy tedy nemá žádný podstatný vliv na sexuální funkce. Ty zůstávají u 40 % – 78 % operovaných žen nezměněny (2, 3, 4, 5, 6).

Oates a Gath potvrdili, že ze sledovaných demografických faktorů (např. stav ženy, parita, sociální postavení, věk, váha) má validitu pouze faktor věku. Mladší ženy

mají větší obavy z porušení sexuálního života po operaci než starší, ale zároveň se u nich potvrzuje častěji zlepšení sexuálních funkcí po odstranění dělohy (24).

Pocit sexuální méněcennosti nemá podle literárních údajů po operaci až 52 % žen a u 12 % pocit sexuální méněcennosti dlouhodobě přetrvává (26).

V otázce „vyrovnání se“ z hysterektomií po sexuální stránce existují značné rozdíly. Zde jsou důležité informace, které je třeba ženě poskytnout jak před operačním výkonem, tak i po něm, na což se často zapomíná. Raboch soudí, že dostatečně poučeno v tomto směru není více než 50 % patientek (26).

Negativní vliv typu hysterektomie a různých operačních technik na sexuální funkce nebyl prokázán (13, 18, 26).



## EMPIRICKÁ ČÁST

### 3 ZÍSKÁNÍ INFORMACÍ OD PACIENTKY PO LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÉ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMII

Pacientka byla dne 01.02.2011 přijata na gynekologické oddělení v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze 4, Podolí. Byla přijata k plánovanému operačnímu výkonu – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomii s diagnózou metrorrhagia irregularis.

U pacientky jsem aplikovala ošetrovatelskou péči na gynekologickém oddělení G3 po 9 dní (od 01.02.2011 – 09.02.2011). Informace o pacientce i o operačním výkonu jsem získala z ošetrovatelské dokumentace, do které jsem se souhlasem vedení Ústavu pro péči o matku a dítě mohla nahlížet a všechny aplikované ošetrovatelské výkony zapisovat. Dalším zdrojem informací byl osobní rozhovor s pacientkou, se členy zdravotnického týmu (jejím ošetřujícím lékařem / operátorem a zdravotními sestrami). Nejvíce informací o pacientce jsem však získala od ní samotné – rozhovorem.

#### 3.1 Anamnéza a osobní údaje o pacientky

32 letá žena

Vzdělání: vyučená

Povolání: servírka

Stav: svobodná

Bydliště: Praha

Kontaktní osoba: přítel Jiří

Pojišťovna: VZP - 111

Národnost: česká

Státní příslušnost: ČR

Datum přijetí: 01.02. 2011

Datum plánované operace: 02.02. 2011

### **Osobní anamnéza**

Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění. Od puberty trpěla na opakované tonsilitidy a proto ji ve 13 letech byla indikována tonsilektomie, kterou podstoupila. Od 15 let je léčena pro opakované záněty močových cest, které léčila bylinnými čaji. Jinak vážněji nestonala.

### **Rodinná anamnéza**

Matka se léčí s karcinomem pankreatu – radioterapie a chemoterapie. Otec zemřel v 65 letech na ischemickou chorobu srdeční. Sestra a bratr jsou zdraví.

### **Sociální anamnéza**

Pacientka bydlí v malém bytě společně s přítelem. Byt s nimi obývají 3 psi. Pracuje jako servírka v nočním klubu v centru Prahy.

## **Farmakologická anamnéza**

Pacientka užívá obvykle 2x do roka antibiotika Augmentin tablety z důvodu opakovaných zánětů nosohltanu. Od 14 let užívá hormonální antikoncepci Belara. Od roku 2007 užívá Detralex, ráno 1 tabletu p. o. (1- 0- 0). V období jara a podzimu užívá pouze vitamín C a B komplex, ráno 1 tabletu p. o.(1- 0- 0). V době pylové sezony užívá Dithiaden 2 mg , Zyrtec 10 mg nebo Zodac 10 mg pouze při obtížích 1 tabletu p. o.

## **Alergická anamnéza**

Pacientka udává alergii na Penicilin, která se projevuje otokem v oblasti obličeje a urputným pruritem celého těla. Dále udává pylovou alergii, která se projevuje sennou rýmou a otokem v oblasti očních víček. Potravinová alergie na jablka, papriky, lískové a vlašské oříšky, projevující se otokem dutiny ústní a jazyka.

## **Gynekologická anamnéza**

Menarche ve 13 letech. Menstruační cyklus nepravidelný 25 – 45/10 – 15 dní. Menstruace byla vždy velmi bolestivá, doprovázena silnou nevolností a zvracením. Krvácela přiměřeně cca 6 vložek za den, ale dlouho. V 18 letech podstoupila diagnostickou laparoskopii kvůli velmi bolestivému a nepravidelnému menstruačnímu cyklu. V roce 2008 umělé ukončení těhotenství (UUT) a revize cavi uteri instrumentalis (RCUI) v 8. týdnu těhotenství, bez komplikací. Pravidelně dochází k preventivním gynekologickým prohlídkám, naposledy v prosinci 2010. Trpí na opakované mykotické záněty. Venerické choroby neprodělala. Od 14 let užívá hormonální antikoncepci Belaru.

## **Nynější onemocnění**

Pacientka byla přijata k plánovanému operačnímu výkonu – laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii pro diagnózu metrorrhagia irregularis. Absolvovala

celkové předoperační vyšetření (interní vyšetření, laboratorní vyšetření, rentgenové vyšetření hrudníku, ultrazvukové vyšetření malé pánve).

### **3.2 Fyzikální vyšetření pacientky**

#### **Situační kazuistika**

Pacientka byla dne 01.02.2011 v 9 hodin přijata na gynekologické oddělení v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze 4, Podolí. Byla přijata k plánovanému operačnímu výkonu – laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie (LAVH) pro diagnózu metrorrhagia irregularis.

#### **Fyziologické hodnoty pacientky při přijetí:**

TK: 120/75

Puls: 68 tepů za minutu, pravidelný, plný

Dech: 17 za minutu, dýchání pravidelné, bez známek dušnosti

TT: 36,7 °C, v normě, afebrilní

KS Rh faktor: 0 Rh pozitivní

Výška: 168 cm

Hmotnost: 65 kg

Vědomí: pacientka při vědomí, orientovaná v čase, místě i osobě

Pohyblivost: dobrá, bez problémů a omezení

### **3.3 Objektívni fyzikální vyšetření pacientky**

#### **Hlava a krk:**

Hlava: mezocefalická, nebolestivá, držení hlavy normální

Oči: bělmo bílé, zornice izokorické – reagují na světlo

Uši: bez sekrece, slyší dobře

Nos: bez sekrece

Štítná žláza: nezvětšená, nehmatná

Arteria carotis: obě hmatné, pulzace symetrické

Lymfatické uzliny na krku: hmatné, zvětšené

#### **Hrudník a dýchací soustava:**

Hrudník: souměrný, na poklep nebolestivý

Prsy: asymetrické, bez rezistence

Dýchání: čisté, spontánní

Frekvence: 17 dechů za minutu, pravidelná

Kašel: nepřítomný

Dušnost: bez známek dušnosti

Cyanóza: nepřítomna

#### **Srdečně – cévní soustava:**

Akce srdce: pravidelná

TK: 125/75 Torrů, P: 68 tepů za minutu, pravidelný, plný

Varixy: na levé dolní končetině

Otoky: nepozorují

### **Břicho a trávicí soustava:**

Dutina ústní: jazyk růžový, vlhký, bez povlaku, plazí středem, rty růžové, krční mandle nehmatné – st. p. tonsilektomií.

Chrup: zdrav

Břicho: souměrné, na pohmat a poklep nebolestivé, patrné jizvy po laparoskopii

Játra: nehmatná

Slezina: nehmatná

Nauzea: nepřítomna

Vomitus: nepřítomen

Peristaltika střev: přítomna, plyny odcházejí

### **Močová a pohlavní soustava:**

Moč: čirá, normální koncentrace, jantarově žlutá, bez příměsí

Diuréza: neměřena

### **Kosterně – svalová soustava:**

Pohyb: dobrý, bez zjevného omezení

Pohyb v kloubech: dobrý, přiměřený věku, bez omezení

Svalový tonus: v normě

**Nervově – smyslová soustava:**

Vědomí: plné

Orientace: pacientka orientována v čase, místě, prostoru i osobě

Reflexy: zachovalé

Sluch, čich, hmat, chuť, zrak: bez omezení

**Endokrinní soustava:**

Glykémie: 4,4 mmol /l

**Kožní systém:**

Turgor: přiměřený

Kůže: růžová, bez viditelných patologií

Celistvost kůže: břicho – jizvy po laparoskopii

Vlasy, nehty: vlasy husté, nehty nelámavé

## 4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES DLE MAJOR GORDON

### Vnímání zdraví

Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění. Od puberty trpěla na opakované tonsilitidy a v 13 letech prodělala odstranění krčních mandlí – tonsilektomii. Od 15 let trpí na opakované záněty močových cest , které léčí pouze bylinnými čaji. V 18 letech prodělala diagnostickou laparoskopii kvůli bolestivému a nepravidelnému menstruačnímu cyklu. Jinak vážněji nestonala.

Momentálně pociťuje mírnou bolest.

### Výživa a metabolismus

Pacientka má racionální dietu číslo 3. Stravuje se 3 – 4 krát denně. Snaží se během dne vypít 2 – 2,5 litrů neslazené vody. Nejraději pije neperlivou vodu s citrónem nebo limetou. Je kuřačka, denně vykouří cca 15 cigaret. Černou kávu pije každé ráno, alkohol pije jen příležitostně.

Váží 65 kg, měří 168 cm, její BMI je 23 (normální váha).

Ošetrovatelský problém: 0.

### Vylučování

S vylučováním moče nemá žádné problémy. Moč je jantarově žlutá a neobsahuje žádné příměsi. Nyní má zaveden permanentní močový katétr – PMK. Vyprazdňování stolice je pravidelné, jedenkrát denně vždy v ranních hodinách. Barva stolice je normální hnědá, bez hlenu a příměsí.

Ošetrovatelský problém: Porucha vyprazdňování moče z důvodu zavedeného permanentního močového katétru.



### **Aktivita a cvičení**

Pacientka během života nikdy aktivně nesportovala. Volný čas věnuje odpočinku a procházkám se psy, kterým věnuje hodně času. Její největší koníček je vaření.

Momentálně je její pohyb omezen. Pacientka je 2. den po operaci, ale o hygienu těla se dokáže postarat s pomocí zdravotnického personálu sama.

Ošetrovatelský problém: Porucha sebezpečí.

### **Spánek a odpočinek**

Pacientka má převrácený spánkový režim. Většinou spí část dne protože v noci pracuje jako servírka v nočním klubu. Ráno po příchodu z práce se nasnídá a osprchuje a jde na 3 – 5 hodin spát. Po probuzení se cítí odpočatá a vyspalá.

Při hospitalizaci pacientka nemůže usnout, necítí se dobře a proto dostává léky na zlepšení psychického neklidu – Plegomazin 25mg.

Ošetrovatelský problém: Porucha spánku.

### **Vnímání a poznávání**

Pacientky vědomí je jasné. Je orientovaná v prostoru, čase i osobě. Soustředění a paměť jsou dobré. Sluch má pacientka v pořádku, řeč je plynulá.

Ošetrovatelský problém: 0.

### **Sebepojetí a sebeúcta**

Pacientka je optimistka, cítí se ráda vesele a ráda se směje. Celý život pracuje v nočních barech, kvůli špatné finanční situaci a v klubu si vydělá několik tisíc na spropitném za jednu noc. Věnuje se mnoha aktivitám, které ji naplňují a uspokojují.

Největším přítelem jí je její věrný pes. V nemocnici má jen obavy z chodu domácnosti a péči o domácí mazlíčky, která je na partnerovi.

Ošetrovatelský problém: Strach a úzkost.

### **Plnění rolí a mezilidské vztahy**

Pacientka bydlí v malém bytě společně s přítelem se kterým 4 roky žije a dvěma jejich psy. Nikdy neplánovala rodinu s dětmi, protože nikdy neměla kladný vztah k dětem. Před 6 lety si pořídila psy a ty jí dělají společnost. Má spoustu přátel, kteří jí pravidelně navštěvují a chodí spolu na dlouhé procházky.

Ošetrovatelský problém: 0.

### **Sexualita a reprodukční schopnost**

Pacientka neudává žádné sexuální obtíže. Sexuální vztahy byly vždycky dobré. Menarche ve 13 letech. Menstruační cyklus nepravidelný 25 – 45/10 – 15 dní. Menstruace byla vždy velmi bolestivá doprovázena silnou nevolností a zvracením. Krvácela přiměřeně cca 6 vložek za den, ale dlouho. Těhotenství I/0, v roce 2008 umělé ukončení těhotenství – UUT a revizi cavi uteri instrumentalis – RCUI v 8 týdnu těhotenství, bez komplikací. Pacientka pravidelně dochází k preventivním gynekologickým prohlídkám. Naposledy v prosinci v roce 2010. Trpí na opakované mykotické záněty. Venerické choroby nikdy neprodělala. Od 14 let užívá hormonální antikoncepci Belaru.

Ošetrovatelský problém: 0.

### **Stres a zátěžové situace**

Pacientka v poslední době nebyla vystavěna stresovým situacím, až při nedávné zjištění karcinomu pankreatu u matky. V práci stres nemá. Má obavy ze smrti matky. Relaxaci najde při procházkách a poslechu oblíbené hudby. Snaží se užívat si života,

nejvíce se však baví s přítelem a jejich přáteli. Nyní stres neprožívá a na bolest po operačním výkonu se snaží v tuto chvíli nemyslet.

Ošetrovatelský problém: 0.

### **Víra a životní hodnoty**

Pacientka je ateistka. Má jen víru v sama sebe.

Ošetrovatelský problém: 0.

### **Jiné**

Pacientka zodpovídá skoro na všechny mé otázky bez ostychu a obtíží. V oblasti kolem sexuality a reprodukční schopnosti je znát značný stud a ostýchavost. Stydí se, že byla nedůsledná v užívání hormonální antikoncepce a podstoupila v roce 2008 UUT v 8. týdnu těhotenství. Je schopná a ochotná dodržovat všechna lékařská opatření, která její zdravotní stav vyžaduje a která povedou k jejímu brzkému uzdravení.

## **4.1 Aplikace ošetrovatelské péče o pacientku**

### **01.02. 2011 – 1. den hospitalizace**

Pacientka byla dne 01.02. 2011 přijata na gynekologické oddělení v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze 4 – Podolí v dopoledních hodinách k plánovanému operačnímu výkonu.

9:00 – příjem pacientky, seznámení s gynekologickým oddělením a uložení na pokoj

11:30 – vyšetření gynekologem

12:00 – lehký oběd

16:00 – příprava k operaci (očistné klyzma, příprava operačního pole – očištění pupeční jizvy, oholení)

17:00 – měření TT, TK a P, komunikace s pacientkou, psychická podpora

18:00 – lehká večeře

20:00 – premedikace dle ordinace anesteziologa: Diazepam 10 mg (anxiolytikum) per os

21:00 – kontrola celkového stavu pacientky, noční klid, pacientka od půlnoci nejí, nepije, nekouří

## **02.02. 2011 – 2. den hospitalizace, 0. operační den**

6:00 – měření TT, TK a P, ranní hygiena

7:00 - zaveden za aseptických podmínek permanentní žilní katétr (PŽK) do levé horní končetiny, aplikace Ringrova krystaloidního infuzního roztoku dle ordinace anesteziologa

7:30 – premedikace dle ordinace anesteziologa: 1 ampule Dolsinu 50 mg (analgetikum, anodynum) intramuskulárně, 1 ampule Atropinu 0,5 mg (ophthalmologikum, mydriatikum) i. m., bandáže DK (prevence tromboembolické nemoci). Celková kontrola pacientky (zda nemá šperky, nalakované nehty na rukou ani nohou, kontaktní čočky,...), důkladná kontrola ošetřovatelské dokumentace

8:00 – pacientka převezena s dokumentací sanitářem na operační sál k plánovanému operačnímu výkonu

10:00 – pacientka po výkonu převezena s dokumentací na gynekologickou jednotku intenzivní péče – JIP, pacientka podstoupila laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii bez andnexeomie na operačním sále byl zaveden Foleyův permanentní močový katétr – PMK a vaginálně založená tamponáda. Nyní je sledována akce srdeční a oxymetrem, který je umístěný na prstě pravé ruky po dobu 2 hodin po operačním výkonu, jsou kontinuálně sledovány fyziologické funkce, musíme sledovat příjem a výdej tekutin za 24 hodin, dnes dieta, dnes nic nepřijímá ústy, pacientka smí pít až po 13 hodině,

TK: 130/75, P: 87 za minutu

10:15 – měření FF, TK 135/80, P:84 za minutu, přísný klid na lůžku

10:30 – měření FF, TK 140/85, P:84 za minutu, podána medikace dle ordinace lékaře – Dolsin 50 mg i. m. z důvodu bolesti, kontrola celkového stavu pacientky, vědomí, krvácení, diuréza

10:45 – měření FF, TK 135/80, P:84 za minutu

11:00 – měření FF, TK 125/75, P:84 za minutu

11:30 – měření FF, TK 135/80, P:85 za minutu

12:00 – měření FF, TK 130/80, P:84 za minutu

13:00 – měření FF, TK 135/80, P:80 za minutu, dle ordinace lékaře aplikace: krystaloidní infuzní intravenózní Hartmanův roztok 1/1 500 ml + 10 ml NaCl + 10 ml KCl i. v., z důvodu zvýšení objemu kolující krve a doplnění minerálů v organismu

14:00 – měření FF, TK 135/80, P:84 za minutu, aplikace infuzního roztoku pokračuje, pacientka popíjí po lžičkách vodu nebo černý neslazený čaj

15:00 – měření FF, TK 130/75, P:80 za minutu, aplikace infuzního roztoku ukončena

16:00 – měření FF, TK 125/70, P:81 za minutu, aplikace Kefazolinu 1g (antibiotikum) i.v., krytí antibiotiky z důvodu prevence vzniku pooperační infekce, Dolsin 50 mg i. m. z důvodu bolesti, kontrola celkového stavu pacientky vědomí, krvácení, diurézy, péče o PMK a PŽK

17:00 – měření FF, TK 135/80, P:80 za minutu, TT: 36,7 °C

18:00 – měření FF, TK 135/70, P:84 za minutu, dle ordinace lékaře aplikován: krystaloidní infuzní intravenózní Hartmanův roztok 1/1 500 ml + 10 ml NaCl + 10 ml KCl i.v., kontrola stavu pacientky, vědomí, krvácení, denní diurézy,

19:30 – lékařská vizita, subjektivní obtíže neudává, klid na lůžku

21:00 – aplikace infuzního roztoku pokračuje, vaginální tamponáda vyjmuta – středně prokrvená, pacientce aplikován Plegomazin 25 mg (neuroleptikum) i. m., aby pacientka snadněji usínala

22:00 – aplikace Kefazolinu 1g i. v., Dolsin 50 mg i. m. z důvodu bolesti, kontrola celkového stavu pacientky vědomí, krvácení, diurézy, aplikace infuzního roztoku ukončena

23:00 – příjem tekutin od 10:00 do 23:00 hodin byl 1500 ml a výdej byl 600 ml.

### **03.02. 2011 – 3. den hospitalizace, 1. operační den**

2:30 – aplikován Novalgin (analgetikum, antipyretikum) 1 ampule i. m.

5:30 – měření FF, TK 120/80, P:80 za minutu, TT: 36,7 °C, kontrola celkového stavu, vědomí, krvácení, diurézy, pomoc při ranní hygieně

7:00 – aplikován Fraxiparine 0,3 ml (antikoagulancium) s.c. z důvodu prevence tromboembolické nemoci, aplikace krystaloidního infuzního intravenózního Hartmanova roztoku 1/1 500 ml + 10 ml NaCl + 10 ml i. v., aplikace infuzního roztoku pokračuje

8:30 – dle ordinace lékaře podán Triprim 100 mg (antimikrobiální chemoterapeutikum) 1 tbl. p. o., aplikace infuzního roztoku pokračuje

8:15 – na gynekologickém oddělení lékařská vizita, pacientka subjektivní obtíže neudává, aplikace infuzního roztoku pokračuje

9:00 – měření FF, TK 125/80, P:76 za minutu, z důvodu bolesti aplikován Dolsin 50 mg i. m. z důvodu bolesti, péče o PMK a PŽK, aplikace infuzního roztoku ukončena

11:00 – kontrola celkového stavu pacientky vědomí, krvácení, diurézy,

12:00 – měření FF, TK 125/80, P:70 za minutu, TT: 36,5 °C, dnes kašovitá dieta číslo 1/S, pacientka preferuje neperlivou vodu a bujón, má velkou chuť na coca colu

13:00 – aplikace krystaloidního infuzního intravenózního Hartmanova roztoku 1/1 500 ml + 10 ml NaCl + 10 ml KCl i.v., aplikace infuzního roztoku ukončena

15:00 – měření FF, TK 125/80, P:70 za minutu, aplikován Dolsin 50 mg i. m. z důvodu bolesti, aplikace infuzního roztoku ukončena

17:00 – měření FF, TK 130/80, P:78 za minutu, , TT: 36, 7 °C

20:00 – měření FF, TK 125/85, P:72 za minutu, , pacientce aplikován Plegomazin 25 mg i. m.

21:00 – z důvodu bolesti aplikován Dolsin 50 mg i. m., kontrola celkového stavu pacientky, vědomí, krvácení, diurézy

22:00 – vaginálně aplikován chloramfenikol 1 tbl.

23:00 – příjem tekutin od 1:00 do 24:00 hodin byl 2000 ml a výdej byl 1490 ml.

#### **04.02. 2011 – 4. den hospitalizace, 2. operační den**

6:00 - měření FF, TK 130/80, P:78 za minutu, ,TT: 36, 7 °C, ranní hygiena

7:00 – aplikace Fraxiparinu 0,3 ml s. c.

9:00 – lékařská vizita, pacientka se subjektivně cítí dobře, aplikován Novalgin 1 ampule i.m., podán Triprim 100 mg 1 tbl., p. o.

9:15 – pacientka přeložena z jednotky intenzivní péče na standardní pokoj na pooperační gynekologické oddělení, kontrola celkového stavu pacientky, vědomí, krvácení, diurézy, bandáže DK sundány

10:00 – aplikace krystaloidního infuzního Hartmanova roztoku 1/1 500 ml i. v., aplikace infuzního roztoku pokračuje

12:00 – měření FF, TK 130/80, P:78 za minutu, aplikace infuzního roztoku pokračuje, dnes dieta č.1. – kašovitá strava, pacientka preferuje slazený čaj a bujón

14:00 – infuzní roztok Hartman 1/1 500 ml odpojen, PŽK na levé horní končetině vyndán – místo vpichu PŽK bez známek počínající infekce

18:00 – měření FF, TK 135/75, P:76 za minutu, ,TT: 36, 5 °C, podán Triptim 100,0 mg 1 tbl., p. o.

19:00 – večerní hygiena, péče o PMK

21:00 – vaginálně aplikován chloramfenikol 1 tbl.

22:00 – noční klid

23:00 – příjem tekutin od 1:00 do 24:00 hodin byl 1200 ml, výdej byl 850 ml.

### **05.02. 2011 – 5. den hospitalizace, 3. operační den**

6:30 – měření FF, TK 130/80, P:78 za minutu, TT: 36,7 °C, ranní hygiena

7:00 – aplikace Fraxiparinu 0,3 ml s. c.

8:15 – PMK odstraněn

8:45 – aplikace infuzního roztoku pokračuje, lékařská vizita na oddělení, pacientka se subjektivně cítí dobře

9:00 – podán Triptim 100,0 mg 1 tbl., p. o.

11:00 – kontrola celkového stavu pacientky, krvácení, močení, dieta č. 1., kašovitá dieta pacientka preferuje slazené čaje a bramborovou kaši s omáčkou

13:00 – pacientka spontánně močila, reziduum 250 ml

17:00 – měření FF, TK 125/80, P:76 za minutu, TT: 36,3 °C

18:00 – podán Triptim 100,0 tbl., p. o., večerní hygiena

20:00 – pacientka spontánně močila, reziduum 200 ml, defekace bez obtíží – stolice formovaná

21:00 – aplikace Novalgin 1 ampule i. m.

22:00 – vaginálně aplikován chloramfenikol 1 tbl., noční klid

### **06.02. 2011 – 6. den hospitalizace, 4. operační den**

6:30 – měření FF, TK 125/80, P:76 za minutu, TT: 36,7 °C

7:00 – aplikace Fraxiparinu 0,3 ml, s. c., pacientka spontánně močila, reziduum 150 ml

9:00 – podán Triprim 100,0 mg 1 tbl. p. o.



9:30 – lékařská vizita na oddělení, pacientka se subjektivně cítí dobře

10:45 – pacientka spontánně močila, reziduum 250 ml

12:00 – dnes dieta č. 2 – šetřící, pac preferuje kaši s omáčkou a bujón, pije slazený černý čaj

13:00 – kontrola celkového stavu pacientky, krvácení a močení

17:00 – měření FF, TK 125/80, P:76 za minutu TT: 36,7 °C

18:00 – pacientka spontánně močila +, reziduum 210 ml

20:00 – večerní hygiena

21:00 – aplikace Novalgin 1 ampule i.m., defekace bez obtíží – stolice formovaná

22:00 – vaginálně aplikován chloramfenikol 1 tbl., noční klid

**07.02. 2011 – 7. den hospitalizace, 5. operační den**

6:30 – měření FF, TK 125/80, P:76 za minutu, TT: 36,7 °C

7:00 – pacientka spontánně močila, reziduum 150 ml

9:30 – lékařská vizita na oddělení, pacientka se subjektivně cítí dobře

10:55 - pacientka spontánně močila , reziduum 50 ml

12:00 – dieta č. 2 šetřící, pacientka preferuje lehnou stravu, jí jen přílohy, pije čistou vodu a slazený černý čaj, strava v nemocnici jí, ale nechutná, dnes po lžičkách coca cola

13:00 – kontrola celkového stavu pacientky, krvácení a močení

17:00 – měření FF, TK 125/80, P:76 za minutu TT: 36,7 °C

18:00 – pacientka spontánně močila, reziduum 110 ml

20:00 – večerní hygiena

22:00 – noční klid

### **08.02. 2011 – 8. den hospitalizace, 6. operační den**

6:30 – měření FF, TK 125/70, P:76 za minutu, TT: 36,2 °C

7:00 – pacientka spontánně močila, reziduum 50 ml

9:30 – lékařská vizita na oddělení, pacientka se subjektivně cítí dobře a žádá o propuštění do domácího ošetřování

10:55 – pacientka spontánně močila, reziduum 150 ml

12:00 – dieta číslo 3 racionální, pacientka jí velmi malé porce, v nemocnici ji nechutná a pije ředěné ovocné džusy s piškoty nebo knackebrotky

13:00 – kontrola celkového stavu pacientky, krvácení a močení

17:00 – měření FF, TK 135/80, P:78 za minutu TT: 36,5 °C

19:00 – pacientka spontánně močila, reziduum 150 ml

20:00 – večerní hygiena

22:00 – noční klid, defekace bez obtíží – stolice formovaná

23:45 – pacientka spontánně močila, reziduum 20 ml

### **09.02. 2011 – 9. den hospitalizace, 7. operační den**

6:30 – měření FF, TK 125/75, P:86 za minutu, TT: 36,4 °C

7:00 – pacientka spontánně močila

9:30 – lékařská vizita na oddělení, pacientka se subjektivně cítí výborně, opět se vyžaduje propuštění do domácího ošetřování

9:50 – dnes dimise, ukončení hospitalizace, pacientka odchází za přítomnosti přítele do domácího ošetřování. Do 3 dnů se musí hlásit u svého gynekologa a do týdne by se měla dostavit na kontrolu do ÚPMD, kde ji byla operace provedena.

## **4.2 Stanovení ošetrovatelských diagnóz**

### **Akutní ošetrovatelské diagnózy ze dne 02.02. 2011 (0. pooperační den) – 03.02. 2011 (1. pooperační den)**

1. Bolest akutní z důvodu provedeného operačního výkonu projevující se verbalizací problému a bolestivou grimasou a vyhledáváním úlevové polohy. – 00132
2. Úzkost a strach z důvodu neznámého prostředí projevující se nervozitou a verbalizací problému. – 00148
3. Porucha vyprazdňování stolice z důvodu gynekologického operačního výkonu projevující se zácpou. – 00011
4. Porucha vylučování močového měchýře z důvodu gynekologické operace projevující se zavedením permanentního močového katétru. – 00016
5. Porucha integrity kůže z důvodu provedeného operačního výkonu projevující se suturou kůže. – 00044
6. Porucha spánku z důvodu hospitalizace projevující se nespavostí. – 00095
7. Porucha sebezpečí z důvodu provedeného operačního výkonu v hygieně projevující se nemožností provést hygienu zcela samostatně. – 00108
8. Úbytek tepla z důvodu provedeného operačního výkonu projevující se třesem. – 00069
9. Sexuální dysfunkce z důvodu gynekologické operace projevující se obavami z pohlavního styku. – 00059
10. Zhoršení pohyblivosti na lůžku z důvodu gynekologické operace projevující se bolestivou grimasou a verbálně. – 00091
11. Únava z důvodu provedeného gynekologického operačního výkonu projevující se podrážděností. – 00093

## **Potencionální ošetrovatelské diagnózy:**

12. Riziko vzniku uroinfekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru.  
– 00004

13. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentní intravenózní kanyly. – 00004

14. Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu sníženého objemu tekutin per os a vyšších krevních ztrát. – 00028

15. Krvácení ze sutur z důvodu provedeného operačního výkonu projevujícím se prosáknutím krytí operační rány.

16. Krvácení do dutiny břišní z důvodu operačního výkonu projevující se verbálizací, poklesem TK, zvýšením P, bledostí apatií.

## **Plánování ošetrovatelského procesu ze dne 02.02. 2011 (0. pooperační den)**

**Ad.1. Bolest akutní z důvodu provedeného operačního výkonu projevující se verbalizací problému a bolestivou grimasou a vyhledáváním úlevové polohy.**

Cíl (krátkodobý): Zmírnit bolest.

Priorita: Vysoká.

Výsledná kritéria: Pacientka udává do 24 – 48 hodin snížení bolesti na vizuální škále ze stupně č. 5 na stupeň 2. Pacientka chápe příčiny vzniku bolesti. Pacientka umí a vyhledává úlevovou polohu.

Ošetrovatelská intervence:

- pohovorem s pacientkou zjistí na vizuální škále bolesti stupeň bolesti, její charakter a trvání
- zajistí úlevovou polohu
- aplikace analgetika dle ordinace lékaře

- sleduj účinnost podaných analgetik
- uprav lůžko
- sleduj fyziologické funkce (TK, P, D, TT)

**Ad. 2. Úzkost a strach z důvodu neznámého prostředí projevující se nervozitou a verbalizací problému.**

Cíl (krátkodobý): snížit projevy úzkosti a strachu pacientky

Priorita: střední

Výsledná kritéria: Pacientka si je vědoma příčiny vyvolající úzkost a strach. Pacientka je dobře informována o nutnosti hospitalizace .

Ošetřovatelské intervence:

- sleduj psychický stav pacientky a jaké jsou projevy úzkosti a strachu
- zjisti příčiny a zdroje úzkosti a strachu
- jednej trpělivě a taktně
- informuj pacientku o nutnosti hospitalizace a o léčebném plánu
- umožni časté návštěvy rodiny a přátel po dobu hospitalizace
- zajisti případnou konzultaci s psychologem

**Ad. 5. Porucha integrity kůže z důvodu provedeného operačního výkonu projevující se suturou kůže.**

Cíl (krátkodobý): sutura bez známek infekce

Priorita: střední

Výsledná kritéria: Pacientka je edukována jak pečovat o ránu, aby se zhojila per primam. Pacientka dodržuje pravidla důkladné hygieny. Porušená tkáň je bez známek zánětu.

Ošetrovatelské intervence:

- pouč pacientku o péči o operační ránu
- sleduj sutury a jejich okolí
- dodržuj zásady asepse
- pouč pacientku o zásadách správné hygieny
- informuj lékaře o počínajících známkách infekce
- sleduj pravidelné fyziologické funkce (TK, P, D, TT)

### **Plánování ošetrovatelského procesu ze dne 03.02. 2011 (1. pooperační den)**

#### **Ad. 12. Riziko vzniku uroinfekce z důvodu zavedeného permanentního močového katétru.**

Cíl (dlouhodobý): zabránit vzniku uroinfekce

Priorita: střední

Výsledná kritéria: Místo aplikace PMK je bez známek počínající infekce. Pacientka zná důvod zavedení PMK. Pacientka zná péči o okolí zavedeného PMK.

Ošetrovatelské intervence:

- sleduj pravidelně okolí aplikace PMK průchodnost / funkčnost
- dodržuj při manipulaci s PMK aseptické zásady
- pouč pacientku a projevech počínající uroinfekce
- sleduj pravidelné fyziologické funkce (TK, P, D, TT, P+V)

#### **Ad. 13. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení permanentní intravenózní kanyly.**

Cíl (dlouhodobý): zabránit vzniku infekce

Priorita: střední

Výsledná kritéria: Místo zavedení je bez známek počínající infekce. Pacientka zná důvod aplikace permanentní intravenózní kanyly. Pacientka zná péči v okolí zavedení permanentní intravenózní kanyly.

Ošetrovatelské intervence:

- dodržuj při manipulaci s kanylou zásady asepse
- sleduj pravidelně okolí zavedení permanentní intravenózní kanyly funkčnost / průchodnost
- pouč pacientku a projevech počínající infekce
- podávej léky dle ordinace lékaře
- sleduj pravidelné fyziologické funkce (TK, P, D, TT)

### **4.3 Realizace a hodnocení**

**Ad.1. Bolest akutní z důvodu provedeného operačního výkonu projevující se verbalizací problému a bolestivou grimasou a vyhledáváním úlevové polohy.**

Realizace (02.02. 2011 – 0. pooperační den):

11:00 – hovořím s pacientkou o bolesti, dodržuji ordinace lékaře v podávání analgetik – porodní asistentka

11:45 – pacientka udává zmírnění bolesti na vizuální škále ze stupně č. 5 na č. 2. – porodní asistentka

13:00 – měřím a zaznamenávám FF do ošetrovatelské dokumentace – porodní asistentka

13:30 – poučuji pacientku a možnostech využití úlevové polohy na lůžku- porodní asistentka

**Hodnocení:**

Cíl byl splněn, pacientka udává zmírnění bolesti. Pacientka zná příčiny vzniku bolesti a umí bolesti předcházet úlevovou polohou, kterou jsi sama zvolila.

**Ad. 5. Porucha integrity kůže z důvodu provedeného operačního výkonu projevující se suturou kůže.**

Realizace (02.02. 2011 – 0. pooperační den):

10:00 – sleduji stav rány a jejího okolí – porodní asistentka

11:00 – důkladně edukuji pacientku o správné hygieně – porodní asistentka

15:00 – pravidelně a asepticky ošetřuji sutury dle ordinace lékaře – porodní asistentka

**Hodnocení:**

Cíl byl splněn, pacientce se sutura hojí bez komplikací.

**Ad. 2. Úzkost a strach z důvodu neznámého prostředí projevující se nervozitou a verbalizací problému.**

Realizace (03.02. 2011 – 1. pooperační den):

8:00 – kontroluji psychický stav a náladu pacientky – porodní asistentka

8:30 – informuji pacientku o nutnosti hospitalizace a léčebném plánu – porodní asistentka

10:00 – návštěva pacientky a kontrola její nálady – porodní asistentka

13:00 – zajišťuji co nejčastější návštěvy rodinných příslušníků a přátel – porodní asistentka

**Hodnocení:**

Cíl byl splněn protože u pacientky během mnou aplikované ošetrovatelské péče došlo ke zmírnění strachu a úzkosti.



**Ad. 12. Riziko vzniku uroinfekce z důvodu zavedení permanentního močového katétru.**

Realizace (03.02.2011 – 1. pooperační den)

10:00 – pravidelně sleduji místo aplikace permanentního močového katétru – porodní asistentka

12:30 – za aseptických podmínek ošetřuji okolí permanentního močového katétru – porodní asistentka

16:00 – sleduji obsah sběrného močového sáčku – porodní asistentka

17:00 – pravidelně sleduji TT, P+V – porodní asistentka

**Hodnocení:**

Cíl byl splněn, pacientka po dobu hospitalizace neprobělala uroinfekci způsobenou zavedením permanentního močového katétru.

**Ad. 13. Riziko vzniku infekce z důvodu zavedení intravenózní kanyly.**

Realizace (03.02. 2011 – 1. pooperační den)

9:00 – za aseptických podmínek ošetřuji okolí zavedení permanentní intravenózní kanyly – porodní asistentka

10:45 – sleduji intravenózní vstup a případné počínající známky infekce (zarudnutí, otok, bolest, TT, poškozenou funkci ) – porodní asistentka

11:00 – poučuji pacientku o počínajících známkách infekce – porodní asistentka

17:00 – pravidelně sleduji FF – porodní asistentka

**Hodnocení:**

Cíl byl splněn, pacientka neprodělala infekci z důvodu zavedení intravenózní kanyly.

## ZÁVĚR, NÁVRH PRO PRAXI

V bakalářské práci jsem popisovala aplikaci ošetrovatelské péče o pacientku po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Cíl, který jsem si dala na začátku práce jsem splnila. Při zpracovávání ošetrovatelského procesu jsem použila model dle Major Gordon. Jsem ráda, že jsem si toto téma vybrala a rozpracovala protože tato problematika mě vždy velice zajímala. Kazuistiku u pacientky po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii je přínosem nejen pro mě, ale pevně věřím, že i pro studentky porodní asistence.

V ošetrovatelském procesu se setkáváme s duševním prožíváním pacientky, neboť onemocnění pohlavního ústrojí představuje pro ženu obtížný psychologický problém. Genitál má v ženské mysli specifické postavení. Proto mají gynekologické chirurgické zákroky svojí specifickou psychologickou problematiku, které je věnována značná pozornost. Nemocná žena se vidí jako „tělesně poškozená“ a proto musíme k pacientce přistupovat s velkou empatií, vyslechnout ji a zároveň ji být oporou. Nálada a psychické rozpoložení pacientky velmi ovlivňuje celkový stav pacientky.

Mezi nejčastější indikace k hysterektomii pro benigní onemocnění dělohy patří myomatoza, recidivující metrorrhagie a menometrorrhagie nereagující na konzervativní léčbu, adenomyoza, endometrióza a hyperplazie endometria. Samozřejmě indikací k operaci jsou rovněž maligní onemocnění dělohy a děložních adnex, které jsou ovšem speciální kapitolou gynekologické chirurgie.

Pacientka, se kterou jsem při psaní mé bakalářské práce spolupracovala podstoupila laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii pro diagnózu metrorrhagia irregular. Obvyklá doba hospitalizace po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii je 7 – 10 dní z důvodu pozdního nástupu fyziologické spontánní mikce.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BOROŇOVÁ, J. 2010. Vysoká škola zdravotnická. *Kapitoly z ošetrovatelství I.* Maurea, 2010. 193 s. ISBN 80-9028-764-6, 9788090287648.
2. ČEPICKÝ, P. 1993. *Psychosomatická problematika v gynekologii a porodnictví.* In Psychologická medicína. Praha: Grada, 1993, 246 s.
3. ČEPICKÝ, P. 1992. *Psychologie ženy.* Praha: IKEM, 1992, 49s.
4. ČEPICKÝ, P. 1986. *Psychosomatické onemocnění v gynekologii.* Praha: Avicentrum, 1986, 104 s.
5. ČEPICKÝ, P. 1999. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví.* Moderní gynekologie a porodnictví, 1999, vol. 8, č. 3, s. 211 – 213. ISSN 1211-1058.
6. ČEPICKÝ, P. 1997. *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví.* Doktorská disertační práce, 1. LF KU, Praha, 1997, 549 s.
7. DOENGES, M. E.; MOORHOUSE, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 2. dopl. vyd. Praha : GRADA, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
8. DONÁT, J. 2001. *Perimenopauza : Menopauzální přechod v klinické praxi.* Praha : DoMeNa, 2001. 160 s. ISBN 80-238-8245-7.
9. FAIT, T. 2010. *Přechodem bez obav.* Praha : MAXDORF, 2010. 85 s. ISBN 978-80-7345-219-3.
10. HOLUB, Z. 1999. *Laparoskopická hysterektomie.* první. Praha : Galén, 1999. 115 s. ISBN 80-7262-001-0.
11. HOLUB, Z. 2000. *Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému.* Praha : Galén, 2000. 159 s. ISBN 80-7262-045-2.
12. HOLUB, Z; KUŽEL, D. 2005. *Minimálně invazivní operace v gynekologii.* Praha : Grada, 2005. 224 s. ISBN 80-247-0834-5.
13. JINDROVÁ, Z.; ČEPICKÝ, P.; URBAN, E. aj. 1986. *Psychologické následky hysterektomie,* Čs. Gynekol., 1986, 51, 6 s. 415 – 420.
14. KOBILKOVÁ, J.; ŽIVNÝ, J.; BOCHMAN, J. 2000. *Technika gynekologických abdominálních operací.* první. Praha : Grada, 2000. 284 s. ISBN 80-7169-494-0.

15. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ R. 1995. *Ošetrovatelstvo 1. a 2. díl*. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
16. KUBEROVÁ, H. 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha : Portál 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
17. KUŽEL, D. 1996. *Gynekologická endoskopie*. Praha : Galén, 1996. 188 s. ISBN 80-85824-40-X.
18. LINDHARTOVÁ, M. 1982. *Subjektívne prežívanie zmaže a stresu po hysterektomii*. Čs. Gynekol., 1982, 47, 4 s. 267 – 271.
19. MATURA, D.; KOLIBA, P.; KRHUT, J. 2000. *Gynekologie a porodnictví : Obrazový atlas*. první. Praha : Pharmacia Corporation s.r.o., 2000. Onemocnění těla děložního- LAVH, s. 40.
20. MOTLÍK, K.; ŽIVNÝ, J. 2001. *Patologie v ženském lékařství*. první. Praha : Grada, 2001. 588 s. ISBN 80-7169-460-6.
21. MÁRA, M.; HOLUB, Z. 2009. *Děložní myomy: Moderní diagnostika a léčba*. Praha : GRADA, 2009. 236 s. ISBN 978-80-247-1854-5.
22. MELLANOVÁ, A. 1995. *Psychologická problematika v ženském lékařství*. In Speciální psychiatrie. Brno: IDVPZ, 1995, 173 s., ISBN 80-7013-197-7.
23. NĚMCOVÁ, J.; MAURITZOVÁ, I. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : Maurea, 2009. 76 s. ISBN 978-80-902876-0-0.
24. OATES, M.; GATH, D. 1974. *Psychological aspekt of gynaecological Sumery*. Clin. Obstet. Gynaecol. 1974, 118, s. 417 – 426.
25. RATISLAVOVÁ, K. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha : Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
26. RABOCH, J.; BOUDNÍK, V.; RABOCH, J. jr. 1983. *Pohlavní život po hysterektomii*. Čs. Gynekol., 1983, 48, 5, s. 352 – 356. 26.
27. TOŠNER, J. 2003. *Faktory ovlivňující provedení hysterektomie*. Gynekolog, 2003, 12, 1, s. 8.
28. URBÁNEK, V.; KOFRÁNEK, J.; ZVĚŘINA, J. aj. 1995. *Sexualita žen po léčbě maligního tumoru rodidel*. Čs. Gynekol., 1995, 60, 1, s. 31 – 37.

29. VÁCHOVÁ, D.; MARTAN, A.; LÍBALOVÁ, Z. aj. 2001. *Psychologické aspekty gynekologických operací*. Čs. Gynekol., 2001, 66, 4, s. 254 – 258.

