

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU PO
HYSTEREKTOMII**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

RADKA ŠKALOUDOVÁ

Stupeň kvalifikace: bakalář
Komise pro studijní obor: Porodní asistentka
Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová

Praha 2012

Abstrakt

ŠKALOUDOVÁ, Radka. *Ošetrovatelká péče o pacientku po hysterektomii*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. René Hanušová. Praha. 2012.

Tématem mé bakalářské práce je „Ošetrovatelká péče o pacientku po hysterektomii“. Práce je rozdělena na teoretickou část a praktickou část se zaměřením kazuistiky podle modelu Marjory Gordon. Teoretická část se skládá z anatomie ženských pohlavních orgánů, fyziologie ženských pohlavních orgánů, hysterektomie, její možné pooperační komplikace a psychiky pacientky po této operaci. Praktická část je zaměřená na pacientku, která byla hospitalizovaná na oddělení pooperační gynekologie Gynekologicko-porodnické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Fakultní nemocnice v Motole, podle níž jsme vypracovali ošetrovatelskou kazuistiku podle modelu Marjory Gordon. Dále jsme stanovovali ošetrovatelskou diagnózu a na závěr hodnocení péče.

Klíčová slova

Hysterektomie, Ošetrovatelká diagnóza, model podle Marjory Gordon.

Abstrakt

ŠKALOUDOVÁ, Radka. *Nursing care of a patient after hysterectomy*. Vysoká škola zdravotnická. o. p. s. Level of qualification : Bachelor (Bc.). Supervisor : PhDr. René Hanušová. Praha. 2012.

Topic of my thesis is : nursing care of a patient after hysterectomy with the diagnosis of atypical hyperplasia endometria . The work is divided into theoretical and practical case studies focusing Mayor Gordon model . The theoretical part consists of the anatomy of the female genitalia, female genitalia fyziology , hysterectomy and its distribution , preparation for hysterectomy patients , its possible postoperative complications and the patient's psyche after this operation . The practical part is focused on the patient lying on the Department of Gynaecology - Obstetrics, 2nd Medical Faculty of Charles University in Prague and University Hospital Motol, with whom I developed the model of nursing case report of Mayor Gordon . I also established nursing diagnosis and evaluation of care at the end .

Key words: hysterectomy , endometrial atypical hyperplasia , ošřovatelská diagnosis , according to Mayor Gordon model

Čestné prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ASA klasifikace.....(American Society of Anesthesiologist)

BMI.....body mass index

FF.....fyziologické funkce

FSH.....folikulostimulační hormon

JIP.....jednotka intenzivní péče

KO.....krevní obraz

LAVH.....laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

LH.....lutenizační hormon

TEN.....tromboembolická nemoc

UPT.....umělé přerušování těhotenství

Seznam cizích slov

- Androgeny**.....steroidní hormon, ovládají hlavně vývoj muže
- ASA klasifikace**..... anesteziologický stav pacientka před operací
- Endometrální cyklus**.....cyklické změny na děložní sliznici ženy
- Estrogeny**.....ženský pohlavní hormon
- Gestageny**.....ženské pohlavní hormony, mezi které patří progesteron
a progestin
- Progesteron**.....ženský pohlavní hormon
- Hypovolemický šok**.....vzniká v důsledku velké ztráty krve
- Hysterektomie**.....chirurgické odstranění dělohy
- Ovariální cyklus**.....cyklus, ve vaječnících
- Reprodukční cyklus**.....cyklicky se opakující změny na pohlavních orgánech
ženy

Obsah

Seznam použitých zkratk

Seznam cizích slov

Úvod.....	8
Teoretická část.....	9
1 Anatomie.....	9
1. 1 Vnitřní pohlavní orgány.....	9
1. 2 Zevní pohlavní orgány.....	12
2 Fyziologie ženských reprodukčních orgánů.....	14
2. 1 Ženské pohlavní hormony.....	14
2. 1. 1 Estrogeny.....	14
2. 1. 2 Gestageny.....	14
2. 1. 3 Androgeny.....	15
2. 2 Reprodukční cyklus.....	16
2. 2. 1 Ovariální cyklus.....	16
2. 2. 2 Endometriální cyklus.....	16
3 Hysterektomie.....	17
3. 1 Rozdělení hysterektomie.....	17
3. 1. 1 Hysterectomia vaginalis.....	17
3. 1. 2 Hysterectomia abdominalis.....	17
3. 1. 3 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH).....	17
4 Pooperační komplikace.....	18
4. 1 Trombóza periferních žil.....	18
4. 1. 1 Tromboflebitida.....	18
4. 1. 2 Flebotrombóza.....	18
4. 2 Krvácení.....	19
4. 3 Hypovolemický šok.....	19
4. 4 Porucha střevní peristaltiky.....	19
5 Předoperační příprava pacientky z pohledu porodní asistentky.....	20
6 Ošetrovatelská péče o pacientku v době předoperační z pohledu porodní asistentky.....	22
6. 1 Předoperační příprava den před operací.....	22
6. 2 Předoperační příprava v den operace.....	23
7 Ošetrovatelská péče o pacientku v době pooperační z pohledu porodní asistentky.....	24
8 Problematika psychiky u pacientky po hysterektomii z pohledu porodní asistentky.....	25

Praktická část.....	26
1 Status praesens.....	26
1. 1 Anamnéza.....	26
1. 2 Nynější onemocnění.....	27
1. 3 Fyzikální vyšetření.....	27
2 Ošetrovatelská péče o pacientku při hospitalizaci.....	28
3 Model Marjory Gordon.....	38
3. 1 Kazuistika dle Marjory Gordon.....	39
4 Hodnocení ošetrovatelské péče.....	40
Doporučení pro praxi.....	41
Závěr.....	42
Seznam použité literatury.....	43

ÚVOD

Před dvěma lety jsem měla praxi ve Fakultní nemocnici v Praze, na pooperačním oddělení gynekologicko – porodnické kliniky v Motole, které bylo určené ženám po hysterektomii. Po nějaké době jsem si uvědomila, že mě toto téma velmi zajímá a ráda bych se mu věnovala ve své bakalářské práci. Hysterektomie je v dnešní době velmi častým zákrokem a její počet každým rokem stoupá. Hlavním cílem mé bakalářské práce je realizovat individuální plán ošetrovatelské péče o pacientku po hysterektomii.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Do teoretické části jsem zařadila anatomii a fyziologii reprodukčních orgánů, rozdělení hysterektomie, pooperační komplikace, přípravu na zákrok a na závěr jsem se zaměřila na psychiku ženy po operaci.

V praktické části jsem se zaměřila na pacientku, u které jsem sestavila ošetrovatelskou dokumentaci podle modelu Majory Gordon. Pacientku jsem sledovala každý den, zároveň jsem se věnovala stanovením její ošetrovatelského plánu.

Teoretická část

Pro ošetrovatelskou péči je důležité, aby porodní asistentka velmi podrobně znala anatomii pohlavních orgánů ženy.

1 Anatomie pohlavních orgánů ženy

Ženské pohlavní orgány rozdělujeme na vnitřní a zevní. K vnitřním pohlavním orgánům řadíme párové vaječníky (ovaria), vejcovody (tubae uterinae) a nepárovou dělohu (uterus) a pochvu (vagina). Mezi zevní pohlavní orgány ženy patří hrma (mons pubis), velké stydké pysky (labia majora pudendi), malé stydké pysky (labia minora pudendi), poštváček (clitoris), párový erektilní orgán (bulbus vestibuli), poševní vchod (vestibulum vaginae), panenskou blánu (hymen) a vestibulární žlázy (glandulae vestibulares majores et minores).

K reprodukčním orgánům také patří i párová kožní žláza – prso (TURKOVÁ. 2004).

1. 1 Vnitřní pohlavní orgány

Pochva (vaginy, kolpos)

Pochva je kopulační orgán, který je trubicovitého tvaru, přibližně 8cm dlouhý a je rozdělena na přední a zadní stěnu poševní. Pochvu vystýlá vrstevnatý dláždíkový epitel. Vchod poševní je pod močovou trubicí mezi malými stydkými pysky. Horní konec pochvy vytváří poševní klenbu. V zadní části klenby poševní se při souloži po ejakulaci schromažďuje sperma .

Stavba poševní stěny se skládá ze tří vrstev:

Sliznice poševní – je narůžovělá, během menstruace je sliznice tmavší barvy. Je tvořena mnohvrstevnatým rohovějícím dláždíkovým epitelem. Sliznice poševní nemá žlázy.

Svalová vrstva – je tvořena hladkou svalovinou, jejíž pruhy jsou uspořádány cirkulárně a podélně.

Adventicie – je tvořena kolagenním vazivem, které dále přechází do okolního řídkého vaziva.

Poloha pochvy směřuje dopředu dolů. Před pochvou se nachází močový měchýř a močová trubice, za pochvou se nachází rektum.

U panen (virgo) je na hranici pochvy a poševního vchodu (ostium vaginae) tenká slizniční řasa – panenská blána (ROZTOČIL, A. 2008 ; TURKOVÁ. 2004).

Děloha (uterus, metra, hystera)

Děloha je dutý, nepárový, silnostěnný svalový orgán, uložený ve středu malé pánve, mezi močových měchýřem a konečníkem. Má tvar hruškovitý a je předozadně oploštělá. Rozdělujeme ji na tělo děložní (corpus uteri) a hrdlo děložní (cervix uteri). Úsek mezi hrdlem děložním a tělem děložním se nazývá isthmus uteri. Má bezfunkční význam, ale v době těhotenství se přeměňuje na tzv. dolní děložní segment.

Tělo dělohy má tvar trojúhelníku do jehož horních rohů (cornua uteri) ústí vejcovody. Vrchní část těla děložního se nazývá dno děložní (fundus uteri). Přechod přední a zadní stěny dělohy vytváří po stranách děložní hrany (margo uteri dexter et sinister). Hrdlo děložní se dělí na horní úsek (portio vaginalis) a dolní úsek (portio supravaginalis), při přechodu do dutiny děložní je zúžen ve vnitřní branku (canalis isthmi). Portio vaginalis se v praxi označuje jako děložní čípek, který je přístupný pro vyšetření hmatem a gynekologickými zrcadly.

Děloha se skládá z děložní sliznice (endometrium), děložní svaloviny (myometrium) a serosní vrstvy (perimetrium).

Endometrium – je kryta jednovrstevným cylindrickým epitelem, které obsahuje tubulosní žlázy.

Rozděluje se na : pars functionalis

pars basalis

V období menstruace se odlučuje část sliznice (stratum functionalis), ta se po zkončení menstruace obnovuje ze spodní vrstvy (pars basalis).

Myometrium – skládá se z buněk hladké svaloviny s příměsí vaziva.

Člení se do čtyř vrstev : stratum submucosum

stratum basculare

stratum vasculare

stratum subserosum

Perimetrium: pokrývá téměř celou dělohu a po stranách přechází do širokého vazů děložního (ligamentum latum uteri).

Děložní hrdlo: je kryto dvěma typy epitelů. Povrch je kryt vrstevnatým dláždicovým epitelem (ectocervix) a sliznici kanálu kryje cylindrický jednovrstevný epitel (endocervix). Ectocervix se dá kolposkopicky vyšetřit (ROZTOČIL, 2008; TURKOVÁ, 2004).

Vejcovod (tuba uteri)

Vejcovod je párová trubice, dlouhá asi 10 až 12 cm a silná přibližně 0,5 cm uložená po stranách dělohy. Laterálním koncem se otvírá do dutiny peritoneální a mediálním koncem navazuje na dutinu děložní.

Vejcovod rozdělujeme na čtyři části:

- infundibulum
- ampulla
- isthmus
- pars intramuralis

Vejcovod obsahuje řasinkový epitel, který napomáhá svými pohyby k transportu vajíčka směrem do dělohy, kde dojde k jeho uhnízdění – nidace.

Vaječník (ovarium)

Vaječník je ženská pohlavní párová žláza, která zajišťuje produkci pohlavních buněk vajíček (oovum), zároveň dochází v měsíčních intervalech k jejich uvolnění. Současně je žlázou s vnitřní sekrecí produkující ženské pohlavní hormony. Vaječník má tvar švestky a je šedorůžové barvy. V mládí je vaječník hladký, v době pohlavní dospělosti je hrbolatý vlivem vyklenujících se folikulů s vajíčky a ve stáří se vaječník zmenšuje a zároveň svrašťuje.

Vaječník se skládá z kůry (cortex), kde jsou folikuly a ze dřene (medulla), kde jsou nervově cévní svazky. Ovárium leží laterálně od dělohy v pánevní dutině a je zavěseno na zadním listu širokého vazů děložního (plica lata uteri) pomocí mezovaria.

Při narození obsahuje vaječník přibližně 700 tisíc primordiálních folikulů, pak dochází k jejich postupné redukci přibližně na 300 až 400 tisíc v období puberty a nazývají se primární folikuly (ROZTOČIL, 2008 ; TURKOVÁ, 2004).

1. 2 Zevní pohlavní orgány

Hrma (mons pubis, Venušin pahorek)

Hrma neboli stydký pahorek leží nad a před sponou stydkou v dolní části podbříšku, na povrchu je tlustá pokožka s hojnými mazovými a potními žlázami. Po pubertě je kůže porostlá silným ochlupením (pubes).

Velké stydké pysky (labia majora pudendi)

Velké stydké pysky jsou přímým pokračováním hrmy, jejich podkladem je vazivová tuková tkáň. Zevní strany velkých stydkých pysků jsou kryté ochlupením a zároveň obsahují potní a mazové žlázy. Prostor mezi velkými stydkými pysky a análním otvorem se nazývá hráz (perineum).

Malé stydké pysky (labia minora pudendi)

Malé stydké pysky jsou tenké kožní řasy pokryté velkými stydkými pysky. Na jejich vnitřní straně obsahují mazové žlázy. Tyto mazové žlázy spolu s odloupaným epytelem tvoří bělavý maz (smegma preputii). Jejich kůže není porostlá chlouky a má charakter sliznice. Přední okraj malých stydkých pysků se rozděluje na dvě řasy, které obkružují poštváček (clitoris).

Poštváček (clitoris)

Viditelná část je umístěna ve vulvě u zevního spojení malých stydkých pysků, nad poševním vchodem. Jeho funkcí je navození pohlavního vzrušení a orgasmu.

Panenská blána (hymen)

Panenskou blánu tvoří tenká sliznice s kruhovitým otvorem uprostřed. Když dojde k první souloži, dojde k jejímu protržení.

Buslbus vestibuli

Erektivní orgán tvořený žilní pletením, na povrchu je tenký vazivový obal. Uložen po stranách poševního vchodu.

Hráz

Tvoří část mezi zadní komisurou veských stydkých pysků a řitním otvorem.

Dno pánevní

Svalové dno pánevní je svalový a vazivový systém tvořící spodinu malé pánve. Nejmohutnějším svalem pánevního dna je zdvihač řitní (musculus levator ani), má tvar nálevky. Za stydkou sponou je svalové dno neúplné, štěrbinou mezi svaly prostupuje močová trubice a pochva s konečníkem. Obě ramena kosti stydké spojuje příčný sval hráze (musculus transversus perinei superficialis et profundus). Když dojde k ochabnutí pánevního dna, dochází u ženy k poklesu dělohy. Toto může vést až k vyhřeznutí dělohy (TURKOVÁ. 2004).

2 Fyziologie ženských reprodukčních orgánů

Na řízení činnosti ženských reprodukčních orgánů se vzájemně podílí nervový systém a humorální systém. Také se na jejich činnosti podílí zevní vlivy, jako je např. stres, výživa aj. Cyklické změny jsou řízeny centrálním nervovým systémem, který přes hypotalamus a hypofýzu reguluje výdej hormonů. V adenohipofýze se tvoří gonadotropní hormony – FSH (folikulostimulační hormon) a LH (luteinizační hormon). Na celkovém řízení reprodukčních orgánů se podílí také řídicí mechanismy, které jsou založeny na principu negativní a pozitivní zpětné vazby.

2.1 Ženské pohlavní hormony

2.1.1 Estrogeny

Estrogeny patří do skupiny steroidních hormonů. Mají stimulační a metabolické účinky. Rozdělují se na : estron E1, estradiol E2, estriol E3.

Tvoří se hlavně ve folikulech, placentě a nadledvinách.

Účinky estrogenu :

- působí na vývoj sekundárních pohlavních znaků
- zvyšuje dráždivost děložního svalstva a motilitu vejcovodů
- podpora růstu mléčné žlázy
- zvyšuje retenci vody a soli
- má vliv na ženské chování
- působí na sexuální chování
- podporují funkci osteoblastů
- snižuje hladinu cholesterolu v krevní plazmě
- stimulují sekreci řidkého hlenu ve žlázách děložního hrdla

Pod vlivem estrogenů rostou buňky sliznice vejcovodů, dělohy i pochvy.

Koncentrace estrogenu se v průběhu menstruačního cyklu mění, největší vrchol sekrece je před ovulací a uprostřed luteální fáze. (ROKYTA. 2008 ; TURKOVÁ. 2004).

2.1.2 Gestageny

Gestageny patří stejně jako estrogeny do skupiny steroidních hormonů. Jejich produkce je na rozdíl od estrogenů výrazněji nižší. Mezi gestageny patří progesteron a progestin.

Mezi hlavní gestageny se řadí progesteron.

Progesteron je derivát cholesterolu, který vzniká jak ve žlutém tělísku, placentě a nadledvinách. Hladina progesteronu se zvyšuje ve druhé fázi menstruačního cyklu a v těhotenství.

Účinky progesteronu :

- příprava organismu na těhotenství a udržení těhotenství
- zvyšuje viskozitu hlenu v děložním hrdle
- snižuje produkci hlenu v děložním hrdle
- snižuje citlivost hladké svaloviny děložní stěny na oxytocin
- působí na růst alveolů a lobulů v prsní žláze
- stimuluje respiraci
- zvyšuje vylučování sodíku a chloru v moči
- zpomaluje transport vejce
- působí na termoregulační centrum
- tlumivě působí na nervový systém

Tím, že gestageny produkují hlavně luteinizační folikulární buňky žlutého tělíska je bifázická křivka bazálních teplot důkazem o proběhlé ovulaci.

2. 1. 3 Androgeny

Androgeny jsou hormony, které se v malém množství tvoří i u žen a patří mezi steroidní hormony.

Účinky androgenu :

- udržují libido
- ovlivňují růst ochlupení v pubickém a axilární části těla
- prekurzory estrogenů

Nejvýznamější androgen je testosteron (dihydrotestosteron). Dále patří mezi androgeny androstendion a androsteron (VOKURKA ; HUGO. 2008 ; TURKOVÁ. 2004).

2. 2 Reprodukční cyklus

Reprodukční cyklus je charakteristický cyklicky se opakující změny na pohlavních orgánech ženy.

2. 2. 1 Ovariální cyklus

Ovariální cyklus je rozdělen do několika fází : folikulární, ovulační a luteální.

Před každým cyklem začne růst několik folikulů. S růstem folikulů roste tvorba folikulárních hormonů (estrogenů). Jeden z folikulů začne růst rychleji a stane se z něj dominantní folikul. Dominantní folikul dorůstá velikosti přibližně 1,5 cm. Dominantní folikul postupně dozraje a stává se z něho Graafův folikul. Graafův folikul tvoří dutina (antrum folliculi), ve které je tekutina (liquor folliculi), a ní je zralé vajíčko.

Když dojde k ovulaci, Graafův folikul praskne a zralé vajíčko je zachyceno fimbriemi vejcovodu. Pohyby řasinkatého epitelu je vajíčko posouváno až do dutiny děložní. Ve folikulu, ze kterého bylo zralé vajíčko uvolněno, se ukládá žluté barvivo – lutein, proto se nazývá žluté tělísko (corpus luteum). Pokud bylo vajíčko oplodněno, žluté tělísko se mění na corpus luteum graviditatis). Pokud vajíčko nebylo oplodněno, žluté tělísko zaniká a stává se z něj bílé tělísko (corpus albicans). Během celého cyklu se hormonální hladina mění (ROKYTA. 2008 ; TURKOVÁ. 2004).

2. 2. 2 Endometrální cyklus

Pod vlivem hormonů způsobuje cyklické změny v děložní sliznici a připravuje sliznici na graviditu. Délka cyklu je v rozmezí 24 až 34 dní.

– 1. až 5. den fáze menstruační : při krvácení dojde k odplavení pars functionale

5. až 6. den začíná obnova z pars bazale

– 6. až 14. den fáze proliferační : folikulární fáze

tato fáze je pod vlivem estrogenů

14. den dojde k ovulaci a snížení estrogenů, produkuje se progesteron

–15. až 27. den fáze sekreční : luteální fáze

ukládání živin do děložní sliznice

– 28. den fáze ischemická : vasokonstrikce artreiol , ischemie děložní sliznice

3 Hysterektomie

Hysterektomie je chirurgické odstranění dělohy, které lze provést poševní cestou nebo přes břišní stěnu, též se provádí laparoskopicky.

3. 1 Rozdělení hysterektomie

3. 1. 1 Hysterectomy vaginalis

Chirurgické odstranění dělohy, eventuálně i u adnexe poševní cestou.

Hlavními výhodami vaginální hysterektomie jsou:

- dobře tolerována u vysoce rizikových i obézních pacientek
- operace netrvá dlouho a dochází k malé krevní ztrátě
- menší komplikace a rychlejší rekonvalescence
- může být s velkou výhodou provedena i ve svodné anestezii

Hlavní nevýhoda je nemožnost revize dutiny břišní.

Hysterectomy vaginalis radicalis : tzv. rozšířená vaginální hysterektomie, při Ca cervixu.

3. 1. 2 Hysterectomy abdominalis

Abdominální hysterektomie je nejčastější gynekologickou operací. Tato hysterektomie může být prováděna bez odnětí adnex nebo s oboustrannou adnexektomií. Operace se provádí v celkové anestezii a provádí se dolní střední laparatomie (DSL).

3. 1. 3 Laparoskopicky asistovaná hysterektomie (LAVH)

Miniinvazivní endoskopická metoda, která slouží k odstranění dělohy, případně i adnex. Je to jedna z nejmodernějších metod v gynekologii. Část operace se provádí pomocí laparoskopu a dokončuje se poševní cestou.

Výhody této operace jsou : malé operační rány, lepší hojení, menší krvácení, lepší rekonvalescence.

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie umožňuje dokonalou revizi malé pánve nebo celé dutiny břišní (HOLUB. 1999 ; HOLUB ; KUŽEL. 2005 ; HOLUB. 2005).

4 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace je stav, který narušuje a komplikuje pooperační stav pacientky.

4. 1 Trombóza periferních žil

Trombóza je srážení krve v cévách. K jejímu vzniku přispívá poškození cévní stěny, hyperkoagulační stav nebo snížená rychlost průtoku krve.

Trombóza periferních žil se rozděluje na tromboflebitidu a flebotrombózu.

4. 1. 1 Tromboflebitida : zánět žil, který se projevuje zčervenáním a bolestivostí v průběhu postižené žíly, může být mírný otok v důsledky trombozy v žíle. Často bývá na dolních končetinách (hlavně, když má pacient křečové žíly). Na horních končetinách může vzniknout injekčním podáním některých látek do žíly. Tromboflebitida neohrožuje nemocného vznikem embolie.

Tromboflebitida se léčí zejména protizánětlivými léky, dostatečným pohybem a v některých případech se podávají antikoagancia, ojediněle je nutný chirurgický zákrok.

Tromboflebitida se dělí na : povrchní (superficiální)

hlubokou (profunda)

4. 1. 2 Flebotrombóza : projevuje se nejčastěji hlavně na dolních končetinách nebo v pánvi, který je spojený se vznikem sraženiny (trombózy). Hlavní rizikové faktory vzniku jsou zpomalení toku krve, zvýšená koagulace, poškození cévní stěny. Postihuje hlavně pacienty po operacích, obézní pacienty, pacienty mající varixy, pacienty po traumatu či porodu a kardiaky. Projevuje se otokem a zarudnutím v postižené oblasti a celkovými příznaky (teplota, zvýšená srdeční činnost).

Flebotromboza se léčí pomocí antikoagulancii.

Flebotromboza se dělí na : povrchní (superficiální)

hluboká (profunda)

U flebotrombózy může dojít k závažné komplikaci : embolii plicnice – TEN (VOKURKA ; HUGO. 2008 ; MAČÁK ; MAČÁKOVÁ. 2004).

4. 2 Krvácení

Pooperační krvácení, je jako každé jiné velmi nebezpečné. Velká krevní ztráta ohrožuje postiženého vykrvácením a vznikem šoku nebo opakovaným drobným krvácením, které vede k anemii. Pooperační krvácení do dutiny břišní se nejčastěji projevuje do 48 hodin hemiperitoneem. Klinické projevy určují, zdali tato komplikace vede k revizi operační nebo medikamentózní léčbě.

4. 3 Hypovolemický šok

Hypovolemický šok je velmi nebezpečný a může vést až k smrti. Je důsledkem velkých krevních ztrát, jak zevních, tak i vnitřních. Hypovolemický šok se rozděluje do čtyř stupňů I – IV. Hypovolemický šok IV. stupně je ohrožení života, vzniká při krevní ztrátě více než 2000 ml a pak dochází k ischemii.

Léčba hypovolemického šoku se provádí transfuzní léčbou.

Průběh šoku se dělí na : časný

kompenzovaný

nekompenzovaný

4. 4 Porucha střevní peristaltiky

Porucha střevní peristaltiky může vést až k ileózní chorobě, která se projevuje bolestivou peristaltikou (VOKUKRA ; HUGO. 2008 ; MAČÁK ; MAČÁKOVÁ. 2004).

5 Předoperační příprava pacientky z pohledu porodní asistentky

Základní předoperační vyšetření obsahuje :

- anamnestické data a dlouhodobé medikace
- fyzikální vyšetření
- laboratorní vyšetření (KO, urea u žen, sedimentace, rtg plic, EKG)

Obecná somatická příprava pacientky :

Celkový stav pacientky je hodnocen v systému ASA klasifikace (American Society of Anesthesiologist), která je rozdělena podle závažnosti stavu pacientky do 5 skupin.

ASA I

Pacient bez patologie laboratorního nálezu.

ASA II

Mírně závažné onemocnění, pro které je pacient operován.

ASA III

Závažně onemocnění systémové.

ASA IV

Závažné systémové onemocnění, životu ohrožující život, operací není vždy řešitelné.

ASA V

Terminální stav života pacienta, u něhož je operace poslední možnost záchrany pro pacienta (HOLUB. 1999; HOLUB. 2000; MIKŠOVÁ ; FRONKOVÁ ; ZAJÍČKOVÁ. 2006).

Psychická příprava pacientky :

Tuto přípravu, bychom neměli podněcovat a měli bychom ji věnovat mimořádnou pozornost.

V širším slova smyslu jde o klasifikovanou péči o pacientku, které byla operační léčba doporučena a provedla se jí veškerá ambulantně dostupná vyšetření tak, aby pobyt v nemocničním prostředí byl co nejkratší, zejména v době čekání na operaci. Nezbytným momentem je právě zevrubná psychická příprava.

Speciální somatická příprava :

Před operací je důležitá úprava stravy, předoperační klyzma a příprava operačního pole (např. při vaginální operaci je důležité oholení genitálu). Den před operací pacientka od půlnoci nejí, nepije a nekouří (pokud je kuračka). Tekutiny může pacientka pít 4 až 6 hodin před operací. V den operace je pacientce zaveden do močové trubice Foleyův permanentní močový katetr. A přibližně 30 minut před operací jsou pacientce aplikována sedativa i.m., které předepsal anesteziolog.

Všeobecná příprava pacientky porodní asistentkou :

- psychická příprava pacientky
- informovaný souhlas pacientky k výkonu
- kompletní interní vyšetření
- vyšetření krve (biochemie, hematologie, serologie)
- základní fyziologické funkce (teplota, dech, krevní tlak, pulz)
- příprava operačního pole

zvláštní příprava : podle druhu výkonu a stavu pacientky (MIKŠOVÁ ; FROŇKOVÁ. ZAJÍČKOVÁ. 2006).

6 Ošetrovatelská péče o pacientku v době předoperační z pohledu porodní asistentky

Hlavním cílem porodní asistentky v předoperačním období je připravit pacientku na operaci po stránce jak psychické, tak i fyzické. Porodní asistentka by měla pacientce v klidu vysvětlit, co pacientku před operací čeká a proč se operace musí provést.

6. 1 Předoperační příprava den před operací :

- provést předoperační poučení a rozhovor o nadcházející operaci
- vhodnou komunikací a slovem zmírňovat obavy z operace
- objasnit, kdo bude přítomen
- seznámit s plánovanou dobou výkonu podle operačního rozpisu a s plánovaným návratem na pokoj
- vysvětlit průběh přípravy
- zkontrolovat všechny údaje anamnézy
- zajistit nutné konzultace v den před výkonem
- zajistit podepsání souhlasu s léčbou a operací – informovaný souhlas
- zajistit přítomnost nejbližší osoby a telefonního čísla na tuto osobu
- připravit operační pole a desinfikovat operační oblast, na holení použít jednorázovou holicí soupravu
- zkontrolovat pokožku po odstranění chloupků, vlasů
- zajistit dokonalé vyprázdnění střeva pomocí klyzma
- zajistit celkovou hygienu, ostříhat nehty, odstranit lak z nehtů
- odstranit ostatní kosmetické přípravy
- pravidelný monitoring fyziologických funkcí
- zajistit potřebnou dokumentaci k zákroku
- dle ordinace lékaře aplikovat premedikaci na noc
- sledovat celkový současný psychický a zdravotní stav pacientky
- zajistit u pacientky, aby nepřijímala nic per orálně nejméně 8 hodin před výkonem , v poledne poslední jídlo, odpoledne a večer pouze tekutiny

6. 2 Předoperační příprava v den operace :

- zkontrolovat zda má pacientka punčochy na dolních končetinách nebo bandáže (prevence embolie)
- zajistit a zkontrolovat vyprázdnění močového měchýře
- zkontrolovat, jestli pacientka nemá na sobě šperky, případně zubní protézu
- zkontrolovat operační pole
- aplikovat léky, dle ordinace lékaře přibližně 30 minut před výkonem
- převoz pacientky s dokumentací na operační sál (MIKŠOVÁ ; FROŇKOVÁ ; ZAJÍČKOVÁ. 2006).

7 Ošetrovatelská péče o pacientku v době pooperační z pohledu porodní asistentky

Pooperační období začíná probuzením pacientky z anestezie, která zhoršuje schopnost reagovat na podněty. V této fázi se všechny funkce organismu postupně vracejí k výchozímu stavu.

1. pacientka je převezena z operačního sálu na pokoj a měla by být stabilizovaná
2. sledování kardiovaskulárního stavu : frekvence a pravidelnost tepu, teplota, barva akraálních částí těla
3. sledování dechu : frekvence, pravidelnost
4. sledování rovnováhy v příjmu a výdeji tekutin
5. sledování neurologického stavu
6. poskytnutí pohodlí
7. sledování psychického stavu
8. sledování bolesti
9. sledování operační rány
10. povzbuzování k pohybu
11. aplikace analgetik, dle ordinace lékaře (MIKŠOVÁ ; FRONKOVÁ ; ZAJÍČKOVÁ 2006).

8 Problematika psychiky u pacientky po hysterektomii z pohledu porodní asistentky

Každá pacientka se cítí po zákroku jinak. Některé ho snáší hůře, jiné lépe a některé jsou dokonce rády, protože se zbaví problémů, které měly. Jedna skupina žen má po operaci pocit ztráty ženství a proto o svém problému nedokáže mluvit. Druhá skupina žen se s odstraněním dělohy smíří. O pacientky po hysterektomii pečují porodní asistentky, které mají za úkol pacientkám poskytnout maximální péči a dbát o jejich zdraví. V případě komplikací nebo zhoršení psychického stavu pacientky kontaktuje porodní asistentka odborného psychologa.

Zhoršení psychického stavu pacientky se pozná dle uvedeným příznaků:

- uzavřenost
- nervozita
- neschopnost vnímání
- nezájem o okolí a rodinu
- špatná komunikace
- agrese, pláč
- nadměrné pocení
- zimomřivost
- tachykardie
- bledost

Porodní asistentka musí s pacientkou mluvit, protože komunikace je předpokladem i důsledkem mezilidských vztahů a zároveň ji edukovat o této operaci. Tímto by se měla zlepšit psychika a spolupráce pacientky po operaci (KLAPAČ. 1994).

Praktická část

1 Status praesens :

Pacientka přijata k hospitalizaci ve Fakultní nemocnici v Motole na gynekologicko – porodnickou kliniku z důvodu plánovaného výkonu abdominální hysterektomie s oboustranou adnexektomií pro diagnózu atypická hyperplazie endometria.

Pacientka je orientovaná, při vědomí, spolupracuje, bez cyanozy, visus v normě.

Hlava, krk, hrudník bez patologického nálezu (BPN), břicho měkké, nebolestivé, volně prohmatné, DK bez edémů a varixů. Pacientka je bez zjevných známek jiného onemocnění, traumatu nebo malignity.

Zevní vyšetření : břicho volné, prohmatné, zevní genitál bez patologického nálezu

Dg. závěr : Atypická hyperplazie endometria

1.1 Anamnéza :

Jméno : A. M.

Rok narození : 1947

Stav : vdaná

Vzdělání : střední bez maturity

Povolání : důchodce

Pojišťovna : 111

Státní příslušnost : ČR

Datum přijetí : 26. 12. 2011

Osobní anamnéza :

V dětství pacientka prodělala běžná dětská onemocnění.

Ve 14 letech apendektomie, v 15 letech trpěla pacientka mentální anorexií, ve 35 letech operace dolní končetiny.

Hypertenze

Transfuze : 0

Dieta : 3

Farmakologická anamnéza :

Indap 1 – 0 – 1, Amprilan 1 – 0 – 1, Amaril 1 – 0 – 1, Siofor 0 – 0 – 1

Sociální anamnéza :

Pacientka je v důchodu, žije s manželem v malém rodinném domku na kraji Prahy.

Abusus : kouření – 0

drogy – 0

alkohol – příležitostně

Gynekologická anamnéza :

Menarche v 14 letech, cyklus pravidelný 28/5, menstruace bolestivá, krvácení vždy v normě.

Menopauza : v 50 letech

Porody : 2

S. C. : 0

UPT : 0

1. 2 Nynější onemocnění :

Pacientka přijata k naplánovanému operačnímu výkonu abdominální hysterektomie s oboustranou adnexektomií pro diagnózu atypická hyperplazie endometria.

1. 3 Fyzikální vyšetření :

Pacientka přijata dne 26. 12. 2011 ve Fakultní nemocnici v Motole na gynekologicko – porodnickou kliniku v Praze. Pacientka přijata k plánovanému výkonu abdominální hysterektomie s oboustranou adnexektomií pro atypickou hyperplazii endometria.

Vitální hodnoty při přijetí :

TK : 150 / 85 mmHg, P : 67 tepů / min., pravidelný, TT : 36,6 °C

Hmotnost : 70 kg

Výška : 167 cm

BMI : 25,1

2 Ošetřovatelská péče o pacientku při hospitalizaci :

1. den (26. 12. 2011)

Pacientka přijata na oddělení operační gynekologie ve Fakultní nemocnici gynekologicko - porodnické kliniky v Motole z důvodu krvácení z rodidel. Pacientka byla uložena na pokoj, seznámena s oddělením a informována o průběhu hospitalizace a léčby.

Dále byla pacientka přijata lékařem, který ji vaginálně vyšetřil a vše vysvětlil ohledně operace.

18:00 měření fyziologických funkcí (TK, P, TT)

19:00 lékařská vizita

22:00 kontrola pacientky, noční klid

Aktuální ošetřovatelská diagnóza : Stres z důvodu hospitalizace a nastávající operace, projevující se nervozitou a úzkostí

Cíl : Eliminovat stres.

Priorita : střední

Výsledná kritérium : Pacientka sdělí, že už se cítí lépe a není ve stresu.

Intervence : Zjistí faktory ovlivňují stres.

Edukuj pacientku o operaci.

Zajisti odbornou pomoc.

Zapisuj do dokumentace.

Realizace : U pacientky jsem zjistila faktory, které ovlivňují její stres, edukovala pacientku o operaci, zavolala odbornou pomoc a vše zapsala do ošetřovatelské dokumentace.

Hodnocení : Pacientka se cítí lépe.

Potenciální ošetřovatelská diagnóza : Vznik špatného vylučování z důvodu emocionálního stresu.

Cíl : Zlepšit vylučování pacientky.

Výsledná kritéria : Pacientka nemá problémy s vylučováním.

Intervence : Edukuj pacientku o stravě prospívající správnému vylučování.

Ordinuj léky dle lékaře.

Zapisuj vše do dokumentace.

2. den (27. 12. 2011)

Pacientka se cítí dobře, žádné bolesti neudává, stěžuje si na problémy se spánkem.

6:00 ranní hygiena, měření TK : 146/85 mmHg, P : 80 tepů/min., TT : 36,6°C

7:00 lékařská vizita, ordinace dle lékaře

15:00 návštěva pacientky rodinou

18:00 měření TK : 150/80 mmHg, P : 76 tepů/min., TT : 36,5°C, pacientka se cítí dobře, ale má obavy z operace,

19:00 lékařská vizita

22:00 noční klid, kontrola pacientky

Aktuální ošetrovatelská diagnóza : Porucha spánku z důvodu pobytu v neznámém prostředí, projevující se verbálním sdělením.

Cíl : Zlepšit kvalitu spánku pacientky.

Priorita : střední

Výsledná Kritéria : Pacientka sdělí, že je spánek lepší a není unavená.

Intervence : Zjistí, zda pacientka má nějaké návyky, které ji napomáhají ke spánku.

Zjistí pacientce dostatek čerstvého vzduchu, který napomáhá lepšímu spánku.

Zeptej se pacientky, jestli ji něco při jejím spánku neruší.

Ordinuj dle lékaře

Zapisuj vše do dokumentace.

Realizace : Pacientky jsem se zeptala, jestli má nějaké návyky, které ji napomáhají ke zlepšení spánku. Dále jsem pacientce zajistila dostatek čerstvého vzduchu, který napomáhá ke zlepšení spánku a zeptala se, jestli ji něco neruší při spánku. Nakonec jsem pacientce dala léky dle ordinace lékaře (Stilnox) a vše zapsala do dokumentace.

Hodnocení : Kvalita spánku pacientky je mnohem lepší, cítí se mnohem lépe.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza : Riziko vzniku unávy z důvodu špatného spánku.

Cíl : Zlepšit spánek.

Výsledná kritéria : Pacientka se cítí dobře, unavená není.

Intervence : Ordinuj léky dle ordinace lékaře.

Zlepši podmínky k zajištění lepšího spánku.

Vše zapisuj do dokumentace.

3. den (28. 12. 2011)

6:00 ranní hygiena, měření TK : 145/85 mmHg, P : 70 tepů/min., TT :36,4°C

7:00 lékařská vizita, ordinace dle lékaře, pacientka se cítí dobře

14:00 očistné klyzma

18:00 očistné klyzma, oholení, pacientka se cítí dobře, bolesti neudává, měření TK : 145/80 mmHg, P : 67tepů/min., TT : 36,6°C

19:00 lékařská vizita

22:00 noční klid, pacientka vyžaduje léky na spaní

Aktuální ošetřovatelská diagnóza : Zhoršení verbální komunikace z důvodu blížící se operace, projevující se nesoustředěností pacientky.

Cíl : Zlepšit komunikativnost pacientky.

Priorita : nízká

Výsledná Kritéria : Pacientka edukována o průběhu operace.

Intervence : Edukuj pacientku o průběhu operace.

Snaž se pacientku psychicky podpořit a odpověz na všechny její otázky.

Vše zapisuj do dokumentace.

Realizace : Pacientku jsem edukovala o průběhu operace a zároveň ji psychicky podpořila a odpověděla na její otázky. Vše jsem zapsala do dokumentace.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza : Riziko oslabeného přizpůsobení z důvodu nastávající operace.

Cíl : Zlepšení přizpůsobení pacientky.

Výsledná kritéria : Pacientka se přizpůsobuje dobře a cítí se psychicky lépe.

Intervence : Promluv si o všem s pacientkou.

Pacientku psychicky podpoř.

Vše zapisuj do dokumentace.

4. den (29. 12. 2011)

6:00 ranní hygiena, měření TK : 150/85 mmHg, P : 75tepů/min., TT :36,7°C

7:00 lékařská vizita

Ordinace dle lékaře: Tralgit 100mg i. m. Při bolesti po cca 5hodinách, Stilnox na noc, Diclorem 50mg supp rect 3krát denně, Fraxiparin 0,3 ml po 24hod.

7:30 příprava na operační sál, zaveden permanentní žilní katetr (PŽK) do levého předloktí, bandáže dolních končetin, aplikace infuze Ringerova roztoku 1000 ml i.v. zaveden Folleyův permanentní močový katetr, Amoksiklav 1,2mg k výkonu

9:00 převoz pacientky na operační sál i s dokumentací, provedena celková abdominální hysterektomie s oboustrannou adnexektomií

Po výkonu převezena na jednotku intenzivní péče (JIP), zde měření fyziologických funkcí 4 krát po 30minutách, a kontrola saturace, podána ATB Augmentin i. v.

18:00 lékařská vizita, aplikován Tralgit 100mg i. m., bandáže zanechány, kontrola fyziologických funkcí.

22:00 kontrola celkového stavu pacientky, kontrola převazu rány a Redonova podtlakového drénu, aplikace Fraxiparinu 0,3ml s. c.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza : Bolest z důvodu operační rány, projevující se úlevovou polohou a verbálním sdělením.

Cíl : Zmírnit bolest.

Priorita : vysoká.

Výsledná kritéria : Pacientka sdělí, že se bolest zmírnila nebo zcela eliminovala.

Intervence : Zjistí charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti.

Edukuj pacientku o úlevové poloze.

Podej analgetika dle ordinace lékaře a její účinnost.

Zapisuj vše do dokumentace.

Realizace : U pacientky jsem zhodnotila bolest, její charakter a lokalizaci. Edukovala pacientku o úlevové poloze a podala léky dle ordinace lékaře. Vše zapsala do dokumentace.

Hodnocení : Pacientka hodnotí bolest za mírnější, analgetika jsou pacientce dále aplikována a našla si úlevovou polohu.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza : Riziko pádu z důvodu pooperačního stavu.

Cíl : Zabránit riziku pádu

Výsledná kritéria : Pacientka je poučena o riziku pádu a je zamezeno riziko pádu.

Intervence : Častěji kontroluj pacientku.

Zajisti u lůžka zábrani.

Dej k pacientce signalizační zařízení v případě nevolnosti.

5. den (30. 12. 2011)

6:00 měření TK : 145/85 mmHg, P : 72 tepů/min., TT : 36,5°C, kontrola celkového zdravotního stavu, bandáže dolních končetin sundány, pacientka požaduje léky na bolest, aplikace Tralgitu 100mg i. m.

7:00 lékařská vizita, ordinace dle lékaře mírná bolest v podbříšku, sutura klidná, převaz operační rány, Folleyův permanentní močový katetr a Redonův drén stále zanechán, vytažen epidurální katetr

8:00 překlád pacientky na pooperační oddělení gynekologie, pacientka může popíjet čaj

13:00 měření TK : 145/85mmHg, P : 65 tepů/min., TT : 36,5°C

17:00 měření TK : 150/80mmHg, P : 70 tepů/min., TT : 36,6°C, léky na bolest si nepřije

19:00 lékařská vizita, kontrola rány

22 :00 Fraxiparin 0,3ml s. c., noční klid, aplikace léčiv na spaní (Stilnox)

Aktuální ošetřovatelká dianóza : Nekoordinace pohybu z důvodu dlouhodobého pobytu na lůžku, projevující se slabostí až mdlobou.

Cíl : Zlepšit koordinaci pohybu pacientky

Priorita : střední.

Výsledná kritéria : Pacientka sdělí, že má lepší koordinaci.

Intervence : Použij při přemístění pacientky vozík.

Drž a pomoz pacientce při přemístění do sprchy.

Vše zapisuj do dokumentace.

Realizace : Pacientce jsem pomohla, když potřebovala na záchod a stále ji sledovala, aby se neuhodila a neztratila stabilitu. Vše jsem zapisovala do dokumentace.

Potencionální ošetřovatelská diagnóza : Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány.

Cíl : Zabránit vzniku infekce v místě operační rány.

Výsledná kritéria : Místo operační rány bez vzniku infekce.

Intervence : Kontroluj operační ránu.

Přezuj a pravidelně ošetřuj operační ránu.

Vše zapisuj do dokumentace.

6. den (31. 12. 2011)

6:00 ranní hygiena, kontrola celkového zdravotního stavu pacientky, měření TK: 140/85, P :73 pulzů/min., TT :36,7°C, Folleyův permanentní močový katetr z močové trubice odstaněn, Redonův podtlakový drén stále zaveden

7:00 lékařská vizita, pacientka si stěžuje na meteorismus, podán Espumizan, léky na bolest nepožaduje, ordinace dle lékaře

12:00 k obědu polévka

13:00 měření TK :140/80, P : 69tepů/min., TT : 36,5°C

14:00 návštěva pacientky rodinou, je velice ráda, cítí se po psychické stránce lépe.

18:00 měření TK: 145/80, P: 72tepů/min., TT: 36,4°C, lékařská vizita, kontrola rány

22:00 aplikace Fraxiparinu 0,3ml s. c., Tralgit 100mg i. m. na bolest

Aktuální ošetrovatelská diagnóza : Bolest břicha z důvodu meteorismu, projevující se úlevovou polohou.

Cíl : Zlepšit peristaltiku střev.

Priorita : střední

Výsledná kritéria : Pacientka dodržuje návyky, které vedou ke zlepšení peristaltiky.

Intervence: Edukuj pacientku o potravinách, které napomáhají střevní peristaltice.

Edukuj pacientku o pohybu, který napomáhá proti meteorismu.

Edukuj pacientku o úlevové poloze.

Aplikuj léky dle ordinace lékaře.

Zaznamenávej vše do dokumentace.

Realizace : Pacientku jsem edukovala o potravinách a pohybu zlepšující peristaltiku střev, dále jsem ji edukovala o úlevové poloze, aplikovala léky dle ordinace lékaře a zaspala vše do dokumentace.

Hodnocení : Pacientka nemá problémy s meteorismem, snaží se jíst potraviny napomáhající proti meteorismu, cítí se mnohem lépe.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza : Riziko infekce v místě zavedení Redonova podtlakového drénu.

Cíl : Zabránit infekci v místě zavedení Redonova podtlakového drénu.

Výsledná kritéria : Místo zavedení Redonova podtlakového drénu bez známek infekce.

Intervence : Pravidelně ošetřuj místo zavedení Redonova podtlakového drénu.

Edukuj pacientku o správně hygieně v oblasti zavedení drénu.

Vše zaznamenávej do dokumentace.

7. den (1. 1. 2012)

6:00 ranní hygiena, měření TK: 150/90 mmHg, P: 75tepů/min., TT: 36,6°C

7:00 lékařská vizita, kontrola operační rány, ordinace dle lékaře

12:00 dnes klasicky oběd

13:00 měření TK: 145/80 mmHg, P: 70tepů/min., TT: 36.5°C

14:00 Redonův podtlakový drén odstraněn, operační rána klidná, bez zarudnutí

15:00 návštěva pacientky rodinou, pacientka se cítí psychicky mnohem lépe

17:00 TK : 145/85mmHg, P : 65 tepů/min., TT : 36,5°C

19:00 lékařská vizita, kontrola rány, nekrvácí, převaz

22:00 aplikace Fraxiparinu 0,3 ml s. c., noční klid, léky na spaní pacientka nepožaduje

Aktuální ošetrovatelská diagnóza : Špatná sebepéče z důvodu pobolívání operační rány, projevující se verbálním oznámením pacientky.

Cíl : Zlepšení sebepéče pacientky.

Priorita : nízká

Výsledná kritéria : Pacientka sdělí, že její sebepéče je lepší, cítí se lépe.

Intervence : Pomož pacientce při hygieně.

Ptej se pacientky jestli něco nepotřebuje přinést.

Podávej léky dle ordinace lékaře.

Zapisuj vše do dokumentace.

Realizace : Pacientce jsem pomohla při její hygieně, zároveň jsem ji přinesla vše potřebné, co potřebovala, aplikovala jsem léky na bolest i. m. (Tralgit 100mg) a vše zapsala do dokumentace.

Hodnocení : Pacientčin stav je mnohem lepší, zvládne dojít do sprchy bez pomoci.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza : Deficit hygieny z důvodu operační rány.

Cíl : Zlepšit hygienu pacientky

Výsledná kritéria : Pacientka sdělí, že lépe zvládá hygienu.

Intervence : Pouč pacientku o správně hygieně operační rány.

Zkontroluj, zda hygienu operační rány provádí dobře.

Zapisuj do dokumentace.

8. den (2. 1. 2012)

6:00 ranní hygiena, měření TK : 140/85 mmHg, P : 70 tepů/min., TT : 36,6°C

7:00 lékařská vizita, kontrola a převaz rány, ordinace dle lékaře

13:00 měření TK : 145/85 mmHg, P : 70 tepů/min., TT :36,4°C

14:00 pacientka navštívena rodinou, cítí se dobře, močí spontánně, meteorismus nemá

17:00 TK : 150/80 mmHg, P : 76 tepů/min.,TT : 36,5°C

19:00 lékařská vizita, převaz rány, pacientka sama zvládá hygienu bez pomoci

22:00 aplikace Fraxiparinu 0,3 ml s. c., noční klid, léky na spaní nevyžaduje

Aktuální ošetrovatelská diagnóza : Bolest břicha v místech vpichu z důvodu aplikace Fraxiparinu 0,3ml s. c., projevující se zarudnutím a pálením v místech vpichu.

Cíl : Zamezit bolesti v místě vpichu.

Priorita : střední

Výsledná kritéria : Pacientka edukována o péči místa vpichu a maže si postižené místa mastí Heparoid.

Intervence : Ukaž pacientce jak o místo postižení pečovat.

Vše zapisuj do dokumentace.

Realizace : Pacientce jsem ukázala, jak o místo postižení pečovat a vše zapsala do dokumentace.

Hodnocení : Pacientku místa vpichu nebolí, velmi ji pomohla aplikace masti Heparoid.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza : Riziko vzniku hematomu z důvodu aplikace Fraxiparinu 0,3 ml s. c.

Cíl : Zamezit tvorbě hematomu.

Výsledná kritéria : Pacientka edukována o tvorbě hematomu.

Intervence : Kontroluj místa vpichu.

Edukuj pacientku o péči postiženého místa.

Zapisuj do dokumentace.

9. den (4. 1. 2012)

6:00 pacientka zvládá ranní hygienu sama, kontrola TT: 36,65°C TK : 145/86 mmHg, P :76tepů/min.

7:00 lékařská vizita, kontrola rány, rána klidná, bez zarudnutí, nebolestivá, nekrvácí, močí spontánně, ordinace dle lékaře

13:00 měření TT : 36,5°C, TK : 150/85 mmHg, P :79 tepů/min.

15:30 návštěva rodiny

17:00 měření TK: 145/80, P: 72tepů/min., TT: 36,4°C

19:00 lékařská vizita, ordinace dle lékaře, převaz rány

22:00 aplikace Fraxiparinu 0,3 ml s. c.

Aktuální ošetrovatelská dagnóza : Ochota spolupracovat z důvodu lepšího navrácení se do normálního režimu, projevující se ochotou a snahou pacientky.

Cíl : Lepší navrácení se do normálního režimu pacientky.

Priorita : střední

Výsledná kritéria : Pacientka se snaží a je velmi ochotná do navrácení normálního režimu.

Intervence : Podporuj psychicky pacientku.

Edpovídej na zodpovězené otázky pacientky.

Pomáhej pacientce při pohybových aktivitách.

Realizace : Paceintku jsem podporovala a odpověděla ji na otázky, které mi stanovila, pacientce jsem pomohla při přechodu do ošetrovny.

Hodnocení : Pacientka se cítí velmi dobře a je velice ochotná a snaživá.

Potencionální diagnóza : Riziko vzniku chronicky nízké sebeúcty z důvodu prodělané operace.

Cíl : Zamezit riziku vzniku nízké sebeúcty.

Výsledná kritéria. Paceintka je velice podporována sestrami i rodinou, velice jí to pomáhá.

Intervence : Zvyšuj pacientce sebedůvěru podporou a ochotou.

Zavolej její rodinu, kdyby měla psychické problémy.

Podporuj pacientku.

10. den (4. 1. 2012)

6:00 ranní hygienu pacientka zvládá velice dobře, TT: 36,5°C TK : 150 / 85 mmHg, P : 75 tepů / min., pravidelný,

7:00 lékařská vizita, převaz a kontrola rány, pacientka dostala propouštěcí zprávu

10:00 pacientka propuštěna domů, bez jakýchkoliv obtíží.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza : Snaha pacientky o zlepšení sebepojetí a vykonávání aktivit z důvodu lepšího pocitu pacientky, projevující se trpělivostí a ochotou pacientky.

Cíl : Lepší sebepojetí pacientky.

Priorita : střední

Výsledná kritéria : Pacientka edukována o odborné pomoci.

Intervence : Edukuj pacientku o odborné pomoci.

Podpoř psychicky pacientku.

Realizace : Pacientku jsem edukovala o možné odborné pomoci, kdyby měla psychických problémech a zároveň jsem pacientku při odchodu domů podpořila, že vše bude tak, jako dříve.

Potencionální ošetrovatelská diagnóza : Riziko vzniku zapojit se do sexuálních aktivit z důvodu nynější operace.

Cíl : Zamezit riziku vzniku zapojení se do sexuálních aktivit.

Výsledná kritéria : Pacientka edukována o zapojení se do sexuálních aktivit.

Intervence : Edukuj pacientku o možnosti sexuálních aktivit.

Zodpověz na všechny otázky pacientky.

Dne 4. 1. 2012 byla pacientka propuštěna a zároveň zakončila moje ošetrovatelská péče o pacientku.

3 Model Marjory Gordon

Pro svoji absolventskou práci jsem si vybrala model podle Marjory Gordonové.

Mezi odborníky na ošetrovatelskou teorii v mezinárodním kontextu existuje v současné době názor, že tento model je z hlediska holistické filozofie to nejkompexnější pojetí člověka v ošetrovatelství, které bylo zatím vytvořeno. Tento model se uplatňuje jak při výuce kvalifikovaných sester (I.úrovně) na univerzitách, tak při řízení a poskytování ošetrovatelské péče v praxi, takto vzdělanými sestrami. Podle tohoto modelu (rámce), může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka (TRACHTOVÁ. 2008).

Model je rozdělen do 12 oblastí a ty představují funkční nebo dysfunkční zdraví.

1. vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví.
2. výživa a metabolismus
3. vylučování
4. aktivita, cvičení
5. spánek, odpočinek
6. vnímání, poznávání
7. sebekoncepce, sebeúcta
8. plnění rolí, mezilidské vztahy
9. sexualita, reprodukční schopnost
10. stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance
11. víra, přesvědčení, životní hodnoty
12. jiné

3. 1 Kazuistika dle Marjory Gordon

1. vnímání zdraví

Pacientka prodělala během svého života běžné dětské onemocnění, ve 35 letech zlomenina dolní končetiny a lečí se s hypertenzí. Po ninější operaci, kterou prodělala se cítí mnohem lépe a je ráda, že vše dopadlo dobře. Všechny léky, které má předepsané lékařem, pravidelně užívá. Pacientka nekouří a alkohol pije příležitostně.

2. výživa a metabolismu

Pacientka váží 70 kg a měří 167, její BMI je 21.5.

Pacientka si je vědoma toho, že její jídelníček není moc zdravý, ale snaží se dodržovat pitný režim (za den vypije přibližně 2 až 3litry tekutin). Preferuje sladké nápoje a sladká jídla. Ovoce a zeleninu se také do jídelníčku snaží zařadit. Dva roky má fixní zubní protézu.

3. vylučování

Problémy s vylučováním nemá, občas se u ni vyskytuje meteorismus, na stolicí chodí téměř každý den. Barva a konzistence stolice je normální. Žádná projímadla nikdy neužívala.

4. aktivita a cvičení

Pacientka se snaží aspoň 5krát týdně chodit s vnoučaty na procházky, žádný sport nikdy aktivně nedělala. Po operaci se cítí více unavená, preferuje spíše klid na lůžku.

5. spánek a odpočinek

Potíže se spánkem nikdy neměla, ale poslední dobou se cítí nevyspalá a unavená, bere léky na spaní. Chodí spát pravidelně, kolem 21hodiny večer a vsátává kolem 7hodiny ráno.

6. smyslové vnímání

Pacientka je plně při vědomí, orientovaná, nosí brýle na dálku, naslouchátka, je soustředěná. Pacientka udává boles, která se při pohybu zvyšuje.

7. sebepojetí, sebeúcta

Pacientka je optimistka, přátelská, úzkost nepocituje. Po operaci se cítí unavená, ale v pořádku, protože ví, že jí rodina se vším pomůže a může se na ně vždy spolehnout.

8. plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka bydlí s rodinou a svým mužem v rodinném domku se zahrádkou v Prahy. Její rodina ji ve všem podporuje, nikdy spolu neměli spory, vždy stáli při sobě. Pacientka je v důchodu a užívá si vnoučat. Vždy měla spoustu přátel, se kterými velmi dobře vycházela.

9. sexualita, reprodukční schopnost

Pacientka byla stydlivá, tak jsem se na tuto otázku nevyptávala.

10. stres, stresové situace, jejich zvládnutí, tolerance

Za celý život pacientka prošla velkými stresovými situacemi, jeden čas dokonce brala antidepressiva Silgart. V dětství se jí děti posmívaly a kvůli tomu trpěla mentální anorexií, z té se nakonec dostala. Když se chce uklidnit, tak jde ven na zahrádku a čte si své oblíbené knihy. V poslední době byla ve stresu, kvůli svému gynekologickému problému. Pacientka spolupracuje výborně. Moc se snaží, ale přesto má někdy problémy s psychikou.

11. víra, přesvědčení, osobní hodnoty

Pacientka není věřící, nikdy se o to ani moc nezajímala. Služby duchovního nepotřebuje.

12. jiné

Pacientka se cítí dobře, na všechny dotazy mi zodpověděla bez jakýchkoliv problémů, spolupracuje výborně.

4 Hodnocení ošetrovatelské péče

Pacientka A. M. byla přijata dne 26. 12. 2011 na oddělení pooperační gynekologie Gynekologicko – porodnické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy V Praze, z důvodu krvácení z rodidel a následné diagnózy atypická hyperplazie endometria.

Den před operací byla provedena příprava pacientky na operaci. Obavy z operace měla. V den operace zaveden Folleyův permanentní katetr do močového měchýře, intravenózní žilní katetr do levého předloktí, zabandážovány dolní končetiny a aplikovány léky dle ordinace lékaře. Operace proběhla bez komplikací. Po operaci byla pacientka převezena na jednotku intenzivní péče (JIP), kde byl kontrolován její zdravotní stav. Den po operaci byla pacientka převezena zpět na oddělení pooperační gynekologie. Pacientka se cítila dobře, zpočátku měla problémy se spánkem. Rána se hojila dobře, bez známek infekce a každý den kontrolována a převazována. Psychika pacientky se postupně zlepšovala s pomocí rodiny a zdravotního personálu. Šestý den po operaci byla pacientka propuštěna do domácí péče. Během hospitalizace spolupracovala velmi dobře.

Doporučení pro praxi.

Má bakalářská práce na téma může být využita ke vzdělání a studiu jak pro obor porodní asistentka, tak i pro obor všeobecná sestra v klinické praxi. Dále bych doporučila studentkám zdravotnických škol, aby se o své pacienty staraly s největší péčí a přistupovaly k nim s profesionálním přístupem. Velmi důležitá je komunikace a psychická podpora, která pacienta velmi podpoří a potěší. Největším potěšením a „zahřátím u srdce“ pro porodní asistentku nebo pro všeobecnou sestru je to, že pacient za ní přijde a z celého srdce ji poděkuje za péči, kterou mu věnovala.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo poskytnout ošetrovatelskou péči pacientce po hysterektomii na oddělení pooperační gynekologie Gynekologicko – porodnické kliniky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Sledovala jsem 65letou pacientku, která musela podstoupit abodminální hysterektomii s oboustranou adnexektomií pro atypickou hyperplazii endometria. S pacientkou se velmi dobře spolupracovalo, byla velmi milá a ochotná.

Po celou dobu její hospitalizace jsem pacientku sledovala a kontrolovala její základní fyziologické funkce. Ze začátku měla problémy s meteorismem, ale pomohly ji léky předepsané lékařem. Další problém se kterým se potýkala, byla porucha spánku. Snažila jsem se zjistit problém, který narušoval její spánek a následně podala léky na spaní dle ordinace lékaře. Pacientku jsem edukovala o prevenci vzniku infekce v operační ráně a její správné hygieně. Dále jsem pacientku edukovala o správném ošetřování a hygieně místa vpichu intravenózního žilního katetru a Redonova podtlakového drénu. Pacientka žádnou úzkost necítila, cítila se mnohem lépe. Velmi ji pomáhala a povzbuzovala rodina, kterou má moc ráda.

Zjistila jsem a také se potvrdilo, že je velmi důležitá profesionální ošetrovatelská péče a vše zaznamenávat do ošetrovatelské dokumentace. Péče, která je zrealizovaná zdravotnickým týmem je pro pacientku velmi důležitá a velmi napomáhá navrácením do každodenního běžného života.

Seznam literatury

1. VOKURKA, M.; HUGO, J. A kol. *Velký lékařský slovník*. 8.vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 1143 s. ISBN 978-80-7345-166-0.
2. ROZTOČIL, A. A kol. *Moderní porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
3. ROKYTA, R. A kol. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 2.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008. 426 s. ISBN 80-86642-47-X.
4. MAČÁK, J.; MAČÁKOVÁ, J. *Patologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 347 s. ISBN 80-247-0785-3.
5. HOLUB, Z. *Laparoskopická hysterektomie*. 1.vyd. Praha: Galén, 1999. 119 s. ISBN 80-7262-001-0.
6. HOLUB, Z.; KUŽEL, D. A kol. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 236 s. ISBN 80-247-0834-5.
7. HOLUB, Z. *Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 159 s. ISBN 80-7262-045-2.
8. VOJÁČEK, J.; MALÝ, M. A kol. *Arteriální a žilní tromboza v klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 276 s. ISBN 80-247-0501-X.
9. KLAPAČ, M. *Psychologie v praxi*. 2.vyd. Praha: Transal books, 1994. 87 s. ISBN 80-900954-1-0.
10. TRACHTOVÁ, E. A kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Mikadapress s.r.o., 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
11. MIKŠOVÁ, Z.; FRONKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
12. MIKŠOVÁ, Z.; FRONKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
13. TURKOVÁ, Z. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha : Eurolex Bohemia, 2004. 116 s. ISBN 80-86432-74-2.

