

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

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO  
LAPAROSKOPICKÉ HYSTEREKTOMII

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

BARBORA DOČEKALOVÁ

Praha 2015

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA5

OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO  
LAPAROSKOPICKÉ HYSTEREKTOMII

Bakalářská práce

BARBORA DOČEKALOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová

Praha 2015



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
*se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00*

**Dočekalová Barbora**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 6. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacientky po laparoskopické hysterektomii

*Der Pflegeprozess bei einer Patientin nach der laparoskopischen  
Hysterektomie*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivana Jahodová

V Praze dne: 9. 7. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, a uvedla v ní veškeré zdroje, kterých jsem v práci použila.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze 11. 8. 2015

.....

vlastnoruční podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji vedoucí práce paní PhDr. Ivaně Jahodové za odborné vedení a cenné rady, které mi poskytla při zpracovávání bakalářské práce.

## ABSTRAKT

DOČEKALOVÁ, Barbora. *Ošetrovatelský proces u pacientky po laparoskopické hysterektomii*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivana Jahodová, Praha 2015. 56 stran.

Cílem teoretické části práce bylo podat základní informace o problematice laparoskopické hysterektomie. Informovat ženy o možných onemocněních dělohy, diagnostických metodách v gynekologii, popsání operačního řešení gynekologických obtíží pomocí laparoskopické hysterektomie. Nedílnou součástí teoretické části bylo zaměření na psychické změny, vliv operačního výkonu na pohlavní život a zaměstnání. Cílem praktické části bylo zpracování ošetrovatelského procesu, který byl zaměřen na anamnézu a sběr informací o pacientce podle třinácti domén NANDA I taxonomie II. Další částí bylo stanovení ošetrovatelských diagnóz, plánu ošetrovatelské péče, realizace ošetrovatelské péče během hospitalizace, somatická a psychická příprava na výkon, edukace pacientky před a po operaci. V neposlední řadě bylo cílem naší práce uspokojení potřeb pacientky během hospitalizace a zajištění její fyzické a psychické pohody v tomto období.

### **Klíčová slova**

Hysterektomie. Laparoskopická hysterektomie. LAVH. Ošetrovatelský proces. Předoperační příprava. Operační technika.

## **DER ABSTRACT**

DOČEKALOVÁ, Barbora. *Pflegeprozess bei Patientin nach der laparoskopischen Hysterektomie*. Medizinische Hochschule, o. p. s. Qualifikationsstufe: Bachelor (Bc.). Leiter der Arbeit PhDr. Ivana Jahodová, Prag 2015. 56 Seiten.

Das Ziel der theoretischen Arbeit war es, Grundinformationen zur Problematik der laparoskopischen Hysterektomie zu geben, den Frauen, Gebärmuttererkrankungen und diagnostische Methoden in Gynäkologie anzudeuten und weiter die Beschreibung der Operationslösung von gynäkologischen Schwierigkeiten mithilfe der laparoskopischen Hysterektomie. Einen wichtigen Bestandteil bildete das Thema der Sexualität von Frauen, Einfluss des Operationseingriffs auf das Geschlechtsleben und den Beruf. Das Ziel des praktischen Teils war die Bearbeitung des Pflegeprozesses, der auf die Anamnese und das Sammeln von Informationen über die Patientin nach dem ausgewählten Pflegemodell ausgerichtet ist. Für das Sammeln von Informationen wurde das Pflegemodell NANDA I taxonomie II ausgewählt. Im weiteren Teil wurden das Feststellen von Pflegediagnosen, die Realisierung der pflegerischen Betreuung während der Hospitalisierung, die somatische und psychische Vorbereitung auf den Eingriff und die Edukation der Patientin vor und nach der Operation beschrieben. Ein weiteres Ziel dieser Arbeit war die Zufriedenstellung der Bedürfnisse der Patientin während der Hospitalisierung und die Sicherstellung ihrer physischen und psychischen Behaglichkeit in dieser Lebensphase.

### **Schlüsselwörter**

Die Hysterektomie, Die laparoskopische Hysterektomie. LAVH. Der Pflegeprozess. Präoperative Vorbereitung. Die Operationstechnik.

## OBSAH

**SEZNAM TABULEK**

**SEZNAM ZKRATEK**

**SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>13</b>
<b>1 HYSTEREKTOMIE.....</b>	<b>14</b>
<b>2 LAPAROSKOPIE.....</b>	<b>15</b>
<b>3 LAPAROSKOPICKÁ HYSTEREKTOMIE.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 INDIKACE K LAPAROSKOPICKÉ HYSTEREKTOMII.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 ROZDĚLENÍ HYSTEREKTOMIE PODLE OPERAČNÍHO     PŘÍSTUPU.....</b>	<b>18</b>
<b>3.3 TYPY LAPAROSKOPICKY PROVEDENÉ     HYSTEREKTOMIE.....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 KONTRAINDIKACE LAPAROSKOPICKÉ     HYSTEREKTOMIE.....</b>	<b>22</b>
<b>3.5 KOMPLIKACE LAPAROSKOPICKÉ HYSTEREKTOMIE... </b>	<b>23</b>
<b>4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1 SPECIFIKA PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVY.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2 PSYCHICKÁ PŘÍPRAVA.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3 SPECIFIKA POOPERAČNÍ PÉČE.....</b>	<b>26</b>
<b>4.4 EDUKACE.....</b>	<b>28</b>



<b>5 PSYCHSOMATICKÉ ZMĚNY U ŽEN PO HYSTEREKTOMII.....</b>	<b>29</b>
<b>6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....</b>	<b>31</b>
<b>6.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE .....</b>	<b>31</b>
<b>6.2 ANAMNÉZA .....</b>	<b>32</b>
<b>6.3 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU ZE DNE 1. 8. 2014.....</b>	<b>34</b>
<b>6.4 UTŘÍDĚNÍ INFORMACÍ PODLE TŘINÁCTI DOMÉN     NANDA I TAXONOMIE II .....</b>	<b>35</b>
<b>6.5 STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY .....</b>	<b>43</b>
<b>6.6 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE.....</b>	<b>50</b>
<b>6.7 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>53</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>57</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Základní údaje o pacientce.....	29
Tabulka 2 Farmakologická terapie.....	32

## SEZNAM ZKRATEK

<b>BMI</b> .....	body mass index
<b>CB</b> .....	celková bílkovina
<b>ČR</b> .....	Česká republika
<b>D</b> .....	dech
<b>DK</b> .....	dolní končetiny
<b>EKG</b> .....	elektrokardiograf
<b>HD</b> .....	high definition (vysoké rozlišení)
<b>HVA</b> .....	hepatitis typu A
<b>IUD</b> .....	nitroděložní tělíčko
<b>JIP</b> .....	jednotka intenzivní péče
<b>KO</b> .....	krevní obraz
<b>LA VH</b> .....	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
<b>LSH</b> .....	laparoskopická supracervikální hysterektomie
<b>M+S</b> .....	moč + sediment
<b>P</b> .....	pulz
<b>PM</b> .....	poslední menstruace
<b>PMK</b> .....	permanentní močový katétr
<b>PŽK</b> .....	periferní žilní katétr
<b>s.c</b> .....	subkutánně
<b>sO<sub>2</sub></b> .....	saturace kyslíku
<b>Tbl</b> .....	tablety
<b>TEN</b> .....	trombo-embolická nemoc
<b>TILH</b> .....	totální intrafasciální laparoskopická hysterektomie
<b>TK</b> .....	tlak krve
<b>TT</b> .....	tělesná teplota
<b>UI</b> .....	jednotka
<b>UPT</b> .....	umělé přerušování těhotenství
<b>USA</b> .....	Spojené státy Americké

(VOKURKA et al., 2010)

## SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Adheze** – přilnavost

**Adnexa** - připojené orgány

**Bioceóza** – společenstvo, společný

**Cervicis** – děložní hrdlo

**Cytologie** – věda zabývající se studiem buněk

**Descensus** – sestup, snížení

**Děložní myomy** – nezhoubné nádory dělohy

**Diabetes mellitus** – cukrovka

**Endometrióza** – onemocnění, při kterém dochází k růstu endometria

**Endometrium** – vnitřní slizniční výstelka děložní dutiny

**Explorace** – výzkum, průzkum

**Hemoperitoneum** – přítomnost volné krve v peritoneální dutině

**Hemostáza** – zástava krvácení

**Hyperplazie** – zmnožení buněk a tkání

**Hysterektomie** – chirurgické odstranění dělohy

**Instabilita** – nestálost, nevyrovnanost

**Karcinom** – nádorové onemocnění

**Kolpotomie** – chirurgické otevření, naříznutí pochvy

**Konizace** – odstranění změněné tkáně děložního čípku

**Laparoskopie** – endoskopická operační metoda břišní chirurgie

**Laparotomie** – chirurgické otevření dutiny břišní

**Leiomyom** – nezhoubný nádor endometria

**Ligamentum** – vaz, povázka

**Lymfadenektomie** – odstranění mízních uzlin

**Lýza** – rozpuštění

**Nulligravidita** – žena, která nebyla dosud těhotná

**Ovaria** – vaječníky

**Panhysterektomie** – odstranění dělohy, vaječnicků a vejcovodů

**Pararektální** – vedle konečníku

**Paravezikální** – v okolí močového měchýře

**Per primam** – hojení rány bez komplikací, hladkou jizvou

**Pneumoperitoneum** – přítomnost vzduchu v peritoneální dutině

**Postmenopauza** – období následující po menopauze

**Retroperitoneum** – štěrbinovitý prostor za peritoneální dutinou

**Subserózní** – ležící pod serózou

**Trokar** – ostrý chirurgický nástroj

**Vazokonstrikce** – zúžení cév

(DICARA, 2007)

## ÚVOD

V naší bakalářské práci se zabýváme problematikou laparoskopické hysterektomie. Hysterektomie – odstranění dělohy je v současné době jedna z nejčastějších gynekologických operací na celém světě. Během naší praxe na gynekologickém oddělení jsme se s těmito zákroky poměrně často setkávali. Setkávání se s ženami, které tento výkon podstoupily, bylo pro nás motivací pro výběr tohoto tématu. Gynekologické obtíže narušují fungování ženy v každodenním životě a snižují kvalitu života (VRZÁČKOVÁ, 2010). Hysterektomie má za úkol tyto obtíže odstranit a kvalitu života zlepšit. Tento zákrok je velkým zásahem do psychiky ženy, děloha totiž pro většinu žen symbolizuje ženství a mateřství, proto je nutné psychice ženy věnovat zvýšenou pozornost. Návrat ženy do běžného života je individuální. Stav po operačním výkonu omezuje některé činnosti. Další důležitou složkou je dostatečná edukace ženy před operačním výkonem a po operačním výkonu, srozumitelné vysvětlení pojmu hysterektomie a seznámení s možnými komplikacemi, které jsou spojené s operačním výkonem. Všeobecná sestra poskytuje ošetrovatelskou péči v období před a po operaci. Naše bakalářská práce na téma „Ošetrovatelský proces u pacientky po laparoskopické hysterektomii“ popisuje činnosti, které všeobecná sestra provádí, aby zajistila pacientce tělesný komfort a dobrý psychický stav. Cílem bakalářské práce je zpracování ošetrovatelského procesu u pacientky po laparoskopické hysterektomii. Dále informujeme pacientku v oblasti laparoskopické hysterektomie, a poskytujeme jí dostatek materiálu o dané problematice. V bakalářské práci jsou uvedena doporučení pro praxi, doporučení pro pacientku a všeobecnou sestru. Tato doporučení by měla pomoci jak pacientce, tak ošetřujícímu personálu pochopit podstatu laparoskopické hysterektomie.

# 1 HYSTEREKTOMIE

Hysterektomie jako nejčastější gynekologický operační výkon je prováděna u žen pro mnoho indikací. U laparoskopicky operovaných žen dochází ke snížení doby trvání pracovní neschopnosti a spokojenost pacientek je vyšší, než po operaci břišní cestou (MOKRÁ, 2008).

Hysterektomie jako řešení děložních myomů by mělo být nabídnuto ženám, které nechtějí zachovat fertilitu, a byly dostatečně seznámeny s metodami, které zachovávají dělohu. Odstranění dělohy je definitivní vyřešení symptomatologie děložních myomů a je zde vysoká úroveň spokojenosti pacientek (HOLUB et al., 2005).

Hysterektomie nemá v současné době zastupitelnost, jen u pacientek s adenolézí děložního hrdla. A to z důvodu nárůstu rizika negativních dopadů na stabilitu pánevního dna a pro vysokou efektivitu konzervativních chirurgických postupů (SLÁMA, 2011). Hysterektomie nemá statisticky významný vliv na funkční stav pánevního dna.

U pacientek po vaginální hysterektomii se mohou objevit nepříjemné subjektivní pocity při vaginálním vyšetření a pohlavním styku. U některých pacientek po vaginální hysterektomii může být síla svalového pánevního dna nižší, než u pacientek po abdominální hysterektomii.

V gynekologii však dochází postupem času k zdokonalování operační techniky. Mezi nové techniky patří laparoskopická vaginální hysterektomie a laparoskopická hysterektomie. Cílem těchto technik je eliminovat pooperační obtíže pacientek v co největší míře (HAGOVSKÁ et al., 2010).

## 2 LAPAROSKOPIE

Laparoskopie je minimálně invazivní endoskopická metoda, která za pomoci trokarů umožňuje vstup do dutiny břišní. Je to jedna z nejčastěji používaných metod v gynekologii. Výkon se provádí v celkové anestezii. Z historického hlediska laparoskopie začíná od roku 1847 zavedením chloroformnarkózy. Narkózu zavedl sir James Y. Simpson. Ve 20. století se objevují první poznatky o endoskopickém vyšetření peritoneální dutiny. Toto vyšetření provedl Georg Kelling v roce 1901 a to na živém psovi. První laparoskopický výkon u člověka byl proveden v roce 1911 (HOLUB et al., 2011). Do USA se laparoskopie začala rozšiřovat ve 30. letech 20. Století, do té doby byla používána nejvíce v Evropě. Největší rozvoj laparoskopického přístupu byl zaznamenán v 60. letech (ROZTOČIL, 2011).

„V souvislosti s významným přesunem od břišního přístupu k přístupům méně invazivním se objevila celá řada studií, které se pokusily srovnat objektivní přínos a výsledky endoskopických operací s konvenčními typy alternativních hysterektomií. Jako srovnávací kritéria byly použity standardní klinické metody hodnotící trvání operačního výkonu, ztrátu krve, perioperační morbiditu, bolesti po operaci, délku hospitalizace a náklady na operaci a pobyt na lůžku. Klinické zkušenosti ukazují, že perioperační stres u laparoskopických operací je nižší než u laparotomií. Uvedení laparoskopické hysterektomie do širší klinické praxe na začátku devadesátých let významně ovlivnilo vývoj v poměru mezi abdominálními a vaginálními hysterektomiemi“ (HOLUB et al., 2005, s. 115).

Laparoskop se začal využívat při minimálně invazivních zákrocích. Během let došlo k výraznému technologickému pokroku (zlepšení vizualizace pomocí digitálních HD systémů, zdokonalení a rozšíření laparoskopického instrumentária). V roce 2002 byly zveřejněny první zkušenosti s robotem asistovanou laparoskopickou hysterektomií.



Výhodou robotem asistované hysterektomie je kratší doba hospitalizace, nižší krevní ztráty, menší počet komplikací. Nevýhodou je delší operační čas (PILKA et al., 2014).

Technologický pokrok zahrnuje lepší optiku, silnější zdroj světla bezpečnější elektrochirurgické vybavení, toto vede k rozšíření laparoskopicky asistovaných vaginálních, laparoskopicky supracervikálních a totálních laparoskopických hysterektomií, které v jisté míře nahradily abdominální hysterektomii. Robotickou chirurgii lze považovat jako další posun v minimálně invazivní hysterektomii (PILKA et al., 2010). Novinkou v robotické chirurgii je systém Da Vinci využívaný ke gynekologickým zákrokům. Ve srovnání s otevřenou chirurgií je tento zákrok méně zatěžující. Výhodou systému Da Vinci je menší krevní ztráta. V gynekologii je hysterektomie proplácena pojišťovnou (TVARŮŽEK, 2013). Velkým trendem u roboticky asistované laparoskopie je trojrozměrné (3D) zobrazení. Výhodou je kosmetický efekt. Další výhodou je minimalizace rizika vzniku infekce, osvobozuje od negativních jevů jako je třes rukou operátéra (MACEK, 2013).

## **3 LAPAROSKOPICKÁ HYSTEREKTOMIE**

Laparoskopická hysterektomie je soubor postupů od jednoduché (například lýza adhezí) a následované vaginální hysterektomie až po hysterektomii, která je provedena pouze endoskopickou technikou. Podíl mezi vaginální a laparoskopickou metodou se liší závislostí na lokalizaci a rozsahu pánevní patologie, na fyzických a osobnostních parametrech pacientky. K odlišení druhů hysterektomie se používá celá řada klasifikací. Nejvíce rozšířenou klasifikací v klinické praxi je Garryho, Reicha a Lui klasifikace z roku 1994. Mezi laparoskopickou hysterektomii lze zařadit všechny výkony, které se používají k odstranění dělohy laparoskopii. Operátor provádí ligaturu nebo disekci děložních arterií laparoskopickým přístupem. Přerušení cév může být provedeno poševní nebo laparoskopickou cestou (HOLUB et al., 2005).

### **3.1 INDIKACE K LAPAROSKOPICKÉ HYSTEREKTOMII**

Indikace laparoskopické hysterektomie jsou děleny do tří hlavních oblastí:

- Benigní choroby dělohy a adnex (děložní leiomyom, endometrióza, chronické zánětlivé onemocnění adnex, benigní ovariální tumor, descenzus dělohy a pochvy).
- Prekancerózy děložního hrdla a těla (atypická hyperplazie endometria, hyperplazie endometria v postmenopauze).
- Karcinom dělohy hrdla a těla (karcinom cervicis, karcinom endometria) (HOLUB et al., 2005).

### **3.2 ROZDĚLENÍ HYSTEREKTOMIE PODLE OPERAČNÍHO PŘÍSTUPU**

**Abdominální** – přístup k děloze je přes břišní stěnu. Řez je svislý ve střední čáře, nebo z příčného řezu nad sponou stydkou. Tento typ je typický pro případy, kdy je zvětšená děloha, úzká pochva, u četných srůstů v malé pánvi a u nádorů vaječníků. Provádíme přerušování všech vazů, které drží dělohu a případně i vaječníků. Pochva je protnuta v oblasti úponu na dělohu, poté je zašita a zavěšena na vazy, které držely dělohu. Zavěšením pochva nesestoupí a má stále svůj původní sklon.

**Vaginální** – děloha je odstraněna pochvou. Tento typ je vhodný pro odstranění menší dělohy. V první fázi je pochva kolem čípku odříznuta, poté jsou protnuty vazy držící dělohu v malé pánvi a na závěr je oboustranně přerušena vejcovod.

**Laparoskopický a laparovaginální** – kombinace laparoskopie a vaginálního odstranění dělohy. Vhodná pro ženy s menší dělohou, kdy se odstraňují vaječníky. Vstup do dutiny břišní je nejčastěji z pupeční jizvy pomocí trubkovitých nástrojů. Nástroje umožňují vizuální kontrolu a uvolnění vaječníků, eventuálně děložních vazů (FAIT et al., 2007).

### **3.3 TYPY LAPAROSKOPICKY PROVEDENÉ HYSTEREKTOMIE**

**„Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie** – odstranění dělohy poševním přístupem. Operátor podváže poševní cévy a následně je přeruší v průběhu laparoskopie. Výhodou je laparoskopický přístup do retroperitonea a možnost hodnocení a odstranění regionálních mízních uzlin.“ (HOLUB et al., 2005str. 96). Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie je vhodnější, než totální laparoskopická hysterektomie pro její všeobecné použití u většiny žen s benigním onemocněním dělohy. Tato operační metoda má kratší operační čas i čas anestezie, menší výskyt komplikací, nižší potřebu analgetik a je univerzálním výkonem, který

spojuje laparoskopický a vaginální přístup. Nevýhodou může být vyšší naměřená perioperační krevní ztráta (DRAHOŇOVSKÝ et al., 2006). Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie je bezpečná metoda, která zcela respektuje princip minimálně invazivní chirurgie (MÜLLER et al., 2011).

V ČR je každý rok provedeno kolem 20 000 hysterektomií. V USA je to třetí nejčastější operace. V lednu roku 1988 provedli jako první laparoskopickou hysterektomii Reich a De Caprio použitím elektrochirurgie. Poloha pacientky na operačním stole je v litotomické poloze s pokrčenými flektovanými dolními končetinami v úhlu 45° (výhodou je manipulace s dělohou během operace). Polohu končetin je možné měnit během operace například z důvodu zvýšení prostoru pro poševní fázi. Pacientce je zaveden PMK. Rychlou změnu polohy operačního stolu zajišťuje centrální elektrické ovládání. Jelikož poloha pacientky je i Trendelenburgova je nezbytné zajistit ramena pacientky opěrkou proti útlaku.

LAVH lze rozdělit na dva typy. První je superiorní typ, kdy dochází k protěti děložní tepny a poševní klenby z poševního přístupu. Druhým typem je inferiorní, kdy předešlé úkony jsou provedeny v laparoskopické fázi. Operátor stojí na levé straně pacientky. První asistent stojí vpravo blíže k hlavě pacientky a levou rukou vede kameru. Druhý asistent stojí vpravo blíže k dolním končetinám nebo mezi končetinami a manipuluje pravou rukou s dělohou. Při laparoskopicky asistované hysterektomii je důležitá důkladná příprava. Dostatek zkušeností a dovedností pomáhají zvyšovat bezpečnost provedených laparoskopických hysterektomií. Bez znalostí a dovedností by laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie byla pro lékaře frustrující a rizikovou pro pacientku. Nutností pro zdravotnický personál je informovat pacientku o potencionálních rizicích laparoskopické operace. Laparoskopicky asistovaná hysterektomie má za hlavní cíl, aby došlo ke snížení břišních operací provedených klasickou technikou.

Pokrok moderní technologie a rozvoj laparoskopické hysterektomie přinesl nové operační techniky. Mezi nové operační techniky můžeme zařadit elektrochirurgickou techniku, která se skládá z bipolárních a monopolárních nástrojů. Což znamená provedení koagulace a řezu ve tkáni a jejich současnou hemostázu. Další novou technikou je vaginální modelační nebo-li zmenšovací technika. Tato technika se

nejčastěji užívá u větší myomatózní dělohy. Poslední novou technikou je ultrazvuková technika jejímž cílem je hladký řez a zástava krvácení. Operační techniky jako staplerová, klipová, stehová a laserová nejsou široce rozšířeny pro své nevýhody. Mezi nevýhody patří například vysoké ekonomické náklady, zvýšená délka trvání výkonu, zvýšený výskyt komplikací (ROZTOČIL, 2011).

První fáze elektrochirurgické metody začíná uložením pacientky do Trendelenburgovy polohy. V této poloze můžeme snadno manipulovat s dělohou během výkonu. Anesteziolog uvede pacientku do celkové narkózy. Po přípravě operačního pole přistupujeme k zavedení děložního manipulátoru. Základem k provedení je kvalitní manipulátor hlavně u pacientek s velkou dělohou nebo se subserózním myomem. Ve druhé fázi zakládáme kapnoperitoneum, což znamená naplnění dutiny břišní oxidem uhličitým (CO<sub>2</sub>). Port je nejčastěji zaváděn do pupku. Prvním krokem je incize pupku skalpelem (incizi vedeme při okraji pupeční jizvy). Poté je zavedena Veressova jehla a napojen insuflátor. Následuje zavedení dvou dalších teleskopických portů laterálně do oblasti podbříšku. Čtvrtý trokar zavádíme podle velikosti dělohy, pánve a anatomie dutiny břišní. Ve třetí fázi kontrolujeme dutinu břišní a orgány malé pánve. Při superiorním typu LAVH je prvním krokem zastavení krvácení. V dalším kroku se provádí izolace děložních cév a nakonec přetěti přední nebo zadní poševní klenby. Ve čtvrté fázi je aplikován vazokonstriční roztok. Pokud se tak nestalo v první fázi. Posledním krokem je obnovení pneumoperitonea a inspekce operačního pole pomocí kamery. Kontrolujeme hemostázu a odstraňují se jednotlivé porty. Operační výkon zakončíme sešitím řezů (HOLUB et al., 2005).

**Vaginálně asistovaná laparoskopická hysterektomie** – výkon začíná poševní incizí a konec je proveden laparoskopicky. Výhodou je možnost extirpace velkých myomů.

**Laparoskopická supracervikální (subtotální) hysterektomie** – děloha je odstraněna zmenšením, poševní cestou nebo incizí v břišní dutině. Prvně popsaná supracervikální hysterektomie byla v roce 1878 a to W. A. Freudem. Od roku 1940 dochází k rozvoji radikality v celosvětovém měřítku a to z důvodu objevení antibiotik, zdokonalení anestezie, vznik krevních bank. Zvýšený zájem o LSH byl v roce 1990 zavedením minimálně invazivních operačních přístupů. Indikacemi k laparoskopické subtotální hysterektomii jsou dysfunkční krvácení, syndrom chronické

a pánevní bolesti, endometrióza, chronický pánevní adhezivní proces, apendektomie s indikovanou hysterektomií, obtížná vaginální hysterektomie (úzká pochva u nulligravidity, poševní a anatomické abnormality. Za kontraindikaci lze považovat karcinom endometria a cervixu. LSH představuje riziko vzniku pahýlovitého karcinomu děložního hrdla. Mezi výhody můžeme zařadit zkrácení doby operace, rychlejší rekonvalescenci, kratší dobu hospitalizace, lepší pooperační komfort, nízký výskyt komplikací, menší riziko poranění ureteru, pokles rizika poševního prolapsu a inkontinence po hysterektomii. Krevní ztráty jsou v průměru 65-125 ml (HOLUB et al., 2005).

**Totální laparoskopická hysterektomie** – laparoskopická verze abdominální hysterektomie. Úplné uvolnění dělohy od závěsného aparátu a odstranění dělohy břišní stěnou (HOLUB et al., 2005). U totální laparoskopické hysterektomie se mohou objevit závažné urologické komplikace (DRAHOŇOVSKÝ et al., 2006). K provedení TLH můžeme použít všechny operační techniky (laser, elektrochirurgie).

**„Laparoskopicky asistovaná radikální vaginální hysterektomie** – provedení pánevní lymfadenektomie, preparace paravezikálních a pararektálních prostor, separace děložních cév, močovodů a resekce paravaginálních ligament. Poté se přechází k poševní části operace“ (HOLUB et al., 2005, s. 99).

**Laparoskopická radikální hysterektomie** – rozšířená verze abdominální hysterektomie doplněná o pánevní lymfadenektomii. V České republice operaci tohoto typu provedl jako první Eim. V onkologii je tato metoda výhodná z důvodu minimálně invazivního přístupu (HOLUB et al., 2005).

**Laparoskopická panhysterektomie podle Ostrzenského** - kombinace monopolární koagulace a stehové techniky. Využívá se při totální laparoskopické hysterektomii. Tato technika je významná v prevenci prolapsu poševní jizvy.

**LAVH kombinace s korečnými operacemi descenzu a prolapsu** - kombinace hysterektomie a ověření nejasného nálezu v pánvi nebo dutině břišní (patologicky změněná adnexa).

**Döderleinova modifikace laparoskopické hysterektomie** - poševní operační metoda, jejímž základním principem je provedení přední kolpotomie a vpáčení děložního fundu do incize. Tato metoda je výhodná u žen při pánevní nebo rektovaginální endometrióze.

**Chakravorthyho laparoskopická hysterektomie** - amputace dělohy s konizací či amputací děložního hrdla.

**Totální intrafasciální laparoskopická hysterektomie** - někteří odborníci považují TILH za rychlejší a bezpečnější metodu, než totální laparoskopickou hysterektomii. Další výhodou je zachování anatomických struktur pochvy. Tyto výhody mohou pozitivně ovlivnit sexuální život pacientek a působit jako prevence prolapsu rodidel (HOLUB et al., 2005).

### **3.4 KONTRAINDIKACE LAPAROSKOPICKÉ HYSTEREKTOMIE**

**Mezi absolutní kontraindikace patří například:** difúzní zánět pobřišnice, stavy akutního a masivního hemoperitonea s instabilitou oběhu, kardiální onemocnění III. a IV. stupně, kde hrozí arytmie a selhání oběhu z důvodu Trendelenburgovy polohy.

**Relativní kontraindikace:** mnohočetné laparotomie při komplikované peritonitidě, diafragmatická hernie bez kýlního vaku nebo s defektem bránice, obezita (hmotnost pacientky by neměla výrazně překročit 100 kg), diabetes mellitus (u pacientky je nutná dokonalá předoperační příprava) (HOLUB et al., 2005).

### 3.5 KOMPLIKACE LAPAROSKOPICKÉ HYSTEREKTOMIE

K pochopení příčin a snižování komplikací přispívá Národní registr komplikací laparoskopické hysterektomie v České republice sledováním počtu indikací a komplikací gynekologických laparoskopických operací (NOVOTNÝ et al., 2007). Komplikace abdominální hysterektomie: nejčastější místo poranění ureterů je v místě křížení s cévním svazkem a. uterina. Při nešetrné preparaci může dojít k poranění venózního svazku, který začne krváčet. K zástavě krvácení používáme peán, přímou koagulaci, kompresi tamponem. U vaginální hysterektomie: prevencí poranění ureterů je při vaginální operaci sledování děložních hran.

Pooperační péče po laparoskopických výkonech zahrnuje zotavení pacientek z anestezie a předcházení pooperačním komplikacím, tlumení bolesti a nepohody. Všeobecná sestra kontinuálně sleduje pacientku, provádí preventivní opatření a zamezuje vzniku možných komplikací (NOVOTNÝ et al., 2007).

**Při vstupu do peritoneální dutiny:** poranění epigastrických cév v dutině břišní, poranění orgánů dutiny břišní, infekce v místě incize, hernie v místě incize. V průběhu výkonu může dojít k poranění močovodu a konečníku. Dále může dojít ke vzniku pánevního hematomu nebo abscesu, infekce a k sekundárnímu hojení operační rány (HOLUB et al., 2005).



## **4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Gynekologické operace jsou nejčastěji prováděny za účelem odstranění, rekonstrukce genitálií nebo ukončení těhotenství. V současné době je trendem stále více užívat minimálně invazivní zákroky pomocí endoskopických metod. Výhodou těchto metod jsou nepatrné vpichy, menší bolestivost a kratší doba hospitalizace. Hysterektomii lze zařadit podle délky a náročnosti mezi tzv. střední gynekologický výkon. Operační výkon se provádí v Trendelenburgově poloze, kdy nejvyšším bodem trupu je symfýza, trup pacientky je skloněn hlavou dolů (až 20 °). Poloha negativně ovlivňuje dýchání (snižuje vitální kapacitu plic), srdeční činnost (zvýšený srdeční návrat a zvýšená spotřeba kyslíku, což má za následek vznik hypertenze). Dále je zvýšen nitrolební a nitrooční tlak a zvýšené riziko vzduchové embolie z důvodu toho, že operační rána je nad úroveň srdce. Litotomická poloha je poloha na zádech, dolní končetiny jsou pokrčené v kyčlích a kolenou, uloženy v tzv. Schautových opěrách. U této polohy je zvýšené riziko vzniku tlakového poškození (útlak periferních nervů). Litotomická a Trendelenburgova poloha se často kombinují (HOLUB et al., 2005).

### **4.1 SPECIFIKA PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVY**

„Předoperační příprava závisí na zdravotním stavu pacientky, lékařské anamnéze, druhu operačního výkonu a naléhavosti. Vhodná doba pro operaci je po menstruaci, jelikož během menzes je zvýšená krvácivost a v době těsně před menstruací jsou větší krevní ztráty z důvodu překrvení orgánů“ (SLEZÁKOVÁ et al., 2010 s. 32). Příprava k laparoskopické hysterektomii se skládá z klinického a laboratorního vyšetření. Celkový stav pacientky se hodnotí podle ASA klasifikace (American society of Anesthesiologists), která je rozdělena do 5 skupin podle závažnosti.

## ASA I

Zdravý pacient bez psychosomatického a laboratorního nálezu. Předoperační vyšetření zahrnuje anamnézu, užívání dlouhodobé medikace, fyzikální vyšetření, pomocná a laboratorní vyšetření (KO, M+S, RTG plic nad 60 let, EKG nad 40 let, krevní skupinu, eventuelně hemokoagulační vyšetření).

## ASA II-V

Vyšetření u pacientů s komplikovaným onemocněním jako diabetes mellitus, onemocnění jater, žlučových cest, kardiiovaskulární choroby, malignity, onemocnění ledvin a respiračního ústrojí. Laboratorní a doplňkové vyšetření u diabetes mellitus zahrnuje KO, M+S, urea, kreatinin, glykémie eventuálně glykemický profil, albumin + CB, EKG.

Předoperační vyšetření se provádí ambulantně. U zdravých pacientů s ASA I provádí předoperační vyšetření praktický lékař. U hospitalizovaných pacientů je vyšetření provedeno interním konziliářem. U pacientů bez komplikujícího onemocnění může toto vyšetření provést i přijímající lékař nebo anesteziolog v anesteziologické ambulanci. Pacientky přicházejí do nemocnice na základě gynekologického doporučení, které by mělo obsahovat výsledky poševní biocenózy a cytologie. Indikaci k laparoskopické hysterektomii stanovuje přednosta oddělení. Při nejasném klinickém nálezu lze pohmatovou exploraci doplnit USG vyšetřením (vaginální sondou nebo dopplerovská technika). U pacientek s rizikem trombo-embolické nemoci nebo u předpokladu delší doby operačního výkonu více jak dvě hodiny se preventivně aplikuje nízkomolekulární heparin. Společně s bandáží obou DK. Bandáže DK se provádí pomocí trombo-embolických punčoch, jejich účelnost spočívá v kompresi končetiny po celou dobu mechanické profylaxe. Výhodou je správná komprese, spokojenost pacientky, jelikož jí punčochy nepadají, pokud má správnou velikost punčoch. Spokojenost ošetřujícího personálu z důvodu minimální ztráty času, punčochy si zvládne nasadit i pacientka sama. Den před operačním výkonem má pacientka naordinovanou lehkou stravu. Od půlnoci nesmí pacientka přijímat nic per os. Dále provádíme oholení břišní stěny a pubického ochlupení, toaletu pupku tampónem s dezinfekčním roztokem. Střevní očistu provádíme den před operačním výkonem pomocí čípku, který podáme v poledne. Večer pacientce podáme očistné klyzma.

Příprava pochvy spočívá v lokálním výplachu dezinfekčním prostředkem a aplikací tablety vaginálně. U žen s rizikem infekce provádíme profylaktické podání antibiotik (HOLUB et al., 2005).

## **4.2 PSYCHICKÁ PŘÍPRAVA**

Pobyt v nemocnici a plánovaný operační výkon jsou velice stresující situace. Působením stresu, pacientky obtížně hovoří o svých intimních problémech. Předoperační úzkost ovlivňuje osobnostní rysy pacientky a vliv operačního zákroku na reprodukční schopnost. Gynekologické problémy mohou působit na změny v sebepojetí, tělesném vzhledu, osobní identity a plnění rolí. Chování ženy před operací nejčastěji ovlivňuje strach, stud, úzkost a pocit méněcennosti. V poslední řadě může být ovlivněna reprodukční schopnost, sexuální prožívání a sexuální aktivity. Úkolem všeobecné sestry je boj proti strachu, tím že je ženě před zákrokem vše srozumitelně vysvětleno, lékař informuje o operačním výkonu a zdravotním stavu. Všeobecná sestra seznamuje pacientku s ošetrovatelskými intervencemi. V před a pooperačním období všeobecná sestra podává informace o problematice bolesti a jejím tlumení, hygienické péči, rehabilitaci, péči o operační ránu, invazivních vstupech, možnosti vedlejších účinků anestezie jako je nauzea, zvracení a také o problematice vyprazdňování (meteorismus, obstipace, PMK). Všeobecná sestra věnuje pozornost otázkám o sexuálním životě pacientky (možnost změn hormonálních hladin a prožitku při pohlavním styku) (SLEZÁKOVÁ et al., 2010).

## **4.3 SPECIFIKA POOPERAČNÍ PÉČE**

Po operaci je většina patientek uložena na dospávací pokoj nebo na JIP k monitoringu fyziologických funkcí a stabilizaci stavu. Běžná doba hospitalizace je 5 až 10 dnů, nenastanou-li žádné pooperační komplikace. Pooperační péče na standardním oddělení zahrnuje určitá pravidla, kterými se všeobecná sestra řídí. Všeobecná sestra sleduje krvácení z rodidel a operační rány, sekreci z drénů, eventuálně

příznaky vnitřního krvácení, bilanci tekutin, podává analgetika dle ordinace lékaře (SLEZÁKOVÁ et al., 2010). K omezení krvácení do pochvy je zavedena obvazová tamponáda, která se odstraňuje 1. pooperační den, pokud není prosáklá. Kontrolují se invazivní vstupy jako PŽK, kdy všeobecná sestra zachovává aseptický přístup pomocí (rukavic, dezinfekce, sterilních tamponů a sterilního krytí dle velikosti a místa zavedení PŽK). Kanyla je zavedena po dobu 3-5 dnů dle standardu oddělení. Všeobecná sestra pravidelně kontroluje funkčnost kanyly, učí pacientku, jak manipulovat s kanylou. Provádí pravidelné ošetření a záznam do ošetřovatelské dokumentace. Všeobecná sestra pečuje o střevní peristaltiku a vyprazdňování močového měchýře (PMK).

U PMK dodržujeme zásady asepse, pomocí dezinfekce speciálním roztokem a sterilních tamponů. PMK je zaveden po dobu 4 dnů po výkonu, během této doby dbáme zvýšené hygieny genitálu (sprchování, výměna vložek) jako prevence infekce močových cest. Po odstranění PMK se u pacientky provádí jednorázové cévkování (kontrolujeme močové reziduum) z důvodu, zda nedošlo během operačního výkonu k poranění močového měchýře.

Péče o operační rány (odstranění stehů 5-7 den), pravidelné sprchování. Péče o Redonův drén, který se ponechává v operační ráně po dobu 1-2 dnů. Všeobecná sestra ošetřuje Redonův drén za aseptických podmínek. Pokud Redonův drén neodvádí žádnou tekutinu, může být dle ordinace lékaře odstraněn.

Tekutiny per os může pacientka přijímat nejdříve 2 hodiny po operačním výkonu. V den operace je dieta čajová. 1-3 den má pacientka dietu šetřící a dále racionální nebo dle onemocnění (diabetická).

První vstávání z lůžka se uskutečňuje nejdříve po 6 hodinách po operačním výkonu, a to za doprovodu všeobecné sestry.

Zvláštní péči by měla všeobecná sestra věnovat psychické stránce ženy. Ženy po tomto výkonu mohou vnímat pocity viny jako jsou „neúplná ženskost“ a ztráta schopnosti родit děti. Po hysterektomii je riziko vzniku posthysterektomického syndromu, který se projevuje únavou, poruchami spánku, bolestmi hlavy, závratěmi a močovými obtížemi (SLEZÁKOVÁ et al., 2010).

Rehabilitace v den operace zahrnuje odkašlávání a současné přidržení operačních ran. První den po operaci provádíme s pacientkou dechovou a cévní gymnastiku, izometrické cvičení DK, nácvik abdominálního dýchání. Pro zlepšení střevní peristaltiky, hlazení břicha ve směru peristaltiky a otáčení na bok. Dále s pacientkou provádíme postupnou vertikalizaci. Druhý až čtvrtý den opakujeme předešlé cviky a při dobrém hojení operačních ran začínáme intenzivně posilovat pánevní dno (na zádech, na boku, v sedě) (SLEZÁKOVÁ et al., 2010).

#### **4.4 EDUKACE**

Pacientku edukujeme, aby po operačním výkonu dodržovala zásady správné životosprávy. Především dostatek tělesného a psychického klidu. Pacientka by měla dbát zvýšené hygieny (častěji se sprchovat). Po odstranění stehů 5-7 den a po zaschnutí strupů začíná pacientka pečovat o jizvy. Péče o jizvy se zakládá na pravidelném sprchování, promazávání jizev mastným krémem, aby nedocházelo k přesychání kůže. K promazávání můžeme použít krém s vitamínem E, měsíčkovou mast, nesolené vepřové sádlo nebo mast kalcium pantothenikum. Jizvy chráníme před slunečním zářením minimálně po dobu 3 měsíců. K prevenci keloidních jizev patří tzv. tlaková masáž. Tlakovou masáž provádíme na zhojenou jizvu, kdy prstem tlačíme po dobu 30 sekund proti podkladu. Takto masírujeme celou délku jizvy. Masáž aplikujeme 3x denně po 10 minutách a čím častěji, tím lépe. Účinek můžeme očekávat cca za 1 až 2 měsíce, a pokud je masáž provedena správně mívá výborný efekt. Pacientku dále edukujeme jak správně předcházet vzniku infekce. Upozorňujeme pacientku, že po operačním výkonu musí po dobu 6 týdnů sexuálně abstinovat. Po operaci by měla zvýšit příjem živin a vitamínů. Podáváme jí informace o následné péči u gynekologa. Upozorňujeme na délku trvání pracovní neschopnosti a nabízíme možnosti lázeňské péče (SLEZÁKOVÁ et al., 2010).

## **5 PSYCHOSOMATICKÉ ZNĚMY U ŽEN PO HYSTEREKTOMII**

Úkolem všeobecné sestry při komunikaci s pacientkou je aktivně naslouchat. Naslouchání pomáhá vytvořit příznivou atmosféru. Důležitou schopností pro všeobecnou sestru je také empatie. Empatie je schopnost pochopit emoční rozpoložení pacientky (LEDEREROVÁ, 2014). Velký význam u plánované hysterektomie má diskuze s pacientkami o sexuálních funkcích. Určité procento žen však udává nově vzniklé sexuální dysfunkce (KUŽEL et al., 2009). Onemocnění dělohy ovlivňují ženy po fyzické i psychické stránce, jelikož ženské pohlavní orgány jsou úzce spojeny s mateřstvím, fertilitou a sexualitou. Na kvalitu života může mít také vliv následná péče. Na sexuální funkce působí anatomické, funkční a psychické změny (VRZÁČKOVÁ, 2010).

Po hysterektomii mizí menstruační krvácení a možnost otěhotnět. V současné době se v literatuře uvádí, že somatopsychické důsledky hysterektomie jsou nevelké, přesto tento významný zásah do těla ženy může přinášet menší psychické problémy. Hysterektomie přináší i řadu úlev. Operace zbaví ženu obav před možným nežádoucím otěhotněním ve vyšším věku, problémů spojených s menstruací a strachu před dalším onemocněním dělohy (VYMĚTALÍKOVÁ et al., 2008). Nejčastější obavou žen po hysterektomii je možnost následného sexuálního života. Po výkonu je třeba nemít 6 týdnů pohlavní styk, než dojde ke zhojení uzávěru poševního pahýlu. Odstranění dělohy nemá vliv na pohlavní styk. Pochva je stále dostatečně prostorná, dlouhá a její směr není změněn. Ani svaly pánevního dna, které tvoří tzv. orgastickou manžetu, nejsou porušeny. Pokud jsou zároveň s dělohou odstraněny i vaječníky, mohou ženy pociťovat snížení pohlavní touhy a snížení lubrikačních schopností. Tento stav lze léčit celkovým nebo lokálním podáním ženských hormonů (estrogenů) (FAIT et al., 2007).

U pacientek po hysterektomii může vzniknout riziko vzniku deprese. Mezi rizikové faktory, které se podílejí na vzniku deprese lze zařadit na první místo nezájem partnera o ženu. Dalšími faktory mohou být nespokojenost s partnerovou podporou, nespokojenost ve vztahu s partnerem, narušení ženské identity, nesprávné informace o hysterektomii před operačním zákrokem, nepřizpůsobivost změnám, pocit neschopnosti ovlivňovat důležité situace v životě, nedůvěra v sebe sama. Problematika sexuality je u hysterektomie velmi citlivě vnímána, její vnímání ovlivňují společenské, kulturní a regionální faktory. Vlivem těchto faktorů vznikají sexuální poruchy. Velkým problémem je jak pro pacientku, tak pro lékaře a sestru o těchto problémech hovořit. Závěrem tedy lze říci, že hysterektomie a psychika bývají zatlačovány do intimního pozadí ženy (ŽŮČKOVÁ, 2009).

Délka pracovní neschopnosti je úměrná výkonu a charakteru práce. U laparoskopických a vaginálních operací je tato neschopnost 5-14 dní, u abdominálních operací 6 týdnů. Šest měsíců po operaci by měla pacientka dodržovat klidový režim a vyvarovat se zvedání těžkých břemen nad 15 kg. Při nedodržení se výrazně zvyšuje riziko sestupu dělohy (FAIT et al., 2007). Vaginální hysterektomie je rozsáhlejší vaginální operace, která vyžaduje delší pracovní neschopnost. Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie zkracuje dobu, která je nutná k rekonvalescenci (KOBILKOVÁ et al., 2005).

## 6 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

### 6.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTCE

Na gynekologické oddělení Oblastní nemocnice Kladno byla dne 1. 8. 2014 přijata pacientka k plánovanému výkonu. Základní údaje o pacientce byly získány po nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, od zdravotnického personálu, z rozhovoru s pacientkou a pozorováním v průběhu naší praxe na gynekologickém oddělení.

Tabulka 1 Základní údaje o pacientce

Pohlaví: žena	Jméno a příjmení: XX
Věk: 47	Bydliště: okres Kladno
Vzdělání: středoškolské	Datu narození: 1967
Stav: vdaná	Zaměstnání: sekretářka
Datum přijetí: 1. 8. 2014	Státní příslušnost: ČR
Datum operace: 2 .8. 2014	Typ přijetí: plánované

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2014

#### **Důvod přijetí udávaný pacientem:**

„ Již několik let mám slabé bolesti břicha, ale poslední 2 roky se stále stupňovaly. Při pravidelné prohlídce u mého gynekologa mi byla doporučena operace.“

#### **Medicínská diagnóza hlavní:**

D 259 Intramurální leiomyom dělohy.

#### **Medicínská diagnóza vedlejší:**

E 107 Diabetes mellitus I. typu závislý na inzulinoterapii.

I 10 Esenciální (primární) hypertenze.

E 785 Hyperlipidemie.



**Nynější onemocnění:** Dne 13. 5. 2014 přichází pacientka do ordinace svého gynekologa. Pacientka se cítila slabá a měla bolesti v podbříšku. Gynekolog diagnostikoval uterus myomatosus. Pacientka odeslána svým gynekologem k provedení plánované laparoskopické hysterektomie a revizi adnex.

**Informační zdroje:** rozhovor s pacientkou a ošetřujícím personálem, zdravotnická dokumentace.

## 6.2 ANAMNÉZA

### **Rodinná anamnéza**

**Matka:** zemřela na karcinom prsu v roce 1997

**Otec:** zemřel na plicní embolii v roce 1994

**Sourozenci:** bratr a sestra oba zdraví, nestýká se s nimi

**Psychiatrická heredita:** není známa

**Děti:** 1 dcera, 1 syn oba zdraví

### **Osobní anamnéza**

**Překonaná a chronická onemocnění:** hypertenze, diabetes mellitus I. typu od roku 1974, kompenzovaný inzulinoterapií (inzulinová pumpa), hypercholesterolemie, stav po HVA (hepatitis typu A) v dětství.

**Hospitalizace a operace:** 0

**Úrazy:** 0

**Transfúze:** 0

**Očkování:** běžné, dle očkovacího kalendáře

### **Alergologická anamnéza**

**Léky:** 0

**Potraviny:** 0

**Chemické látky:** 0

**Jiné:** 0

**Abúzy**

**Alkohol:** 0

**Kouření:** 0

**Káva:** 2x denně ráno a po obědě

**Léky:** 0

**Jiné návykové látky:** 0

**Gynekologická anamnéza**

**Menarché:** od 12 let

**Cyklus:** pravidelný

**Trvání:** 7 dní

**Intenzita, bolesti:** běžné bolesti

**PM:** 20. 7. 2014

**A:** 0

**UPT:** 0

**Antikoncepce:** IUD (nitroděložní tělísko) od roku 2010

**Menopauza:** 0

**Potíže klimakteria:** 0

**Samovyšetřování prsou:** provádí pravidelně

**Poslední gynekologická prohlídka:** před 14 dny

**Sociální anamnéza**

**Stav:** vdaná

**Bytové podmínky:** bydlí s rodinou (manžel, syn, dcera) v rodinném domě.

**Vztahy, role a interakce:** s dětmi vychází velmi dobře

**Záliby:** čtení, sledování televize

**Volnočasové aktivity:** procházky

**Pracovní anamnéza****Vzdělání:** středoškolské ekonomické a zdravotnické**Pracovní zařazení:** sekretářka**Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého:** 0**Vztahy na pracovišti:** různorodé**Ekonomické podmínky:** dobré**Spirituální anamnéza****Religiózní praktiky:** nevěřící**Terapie**

Tabulka 2 Farmakologická terapie

PrestariumNeo	Tbl	5 mg	½ - 0 - 0	Antihypertenzivum
Zocor	Tbl	20 mg	0 - 0 - 1	Hypolipidemikum
Novorapid	Injekční roztok-subkutánně inzulínovou pumpou	100 U v 1 ml	20,5 jednotek kontinuálně za 24 hodin, 12 jednotek bolus před jídlem	Antidiabetikum

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2014

**6.3 POSOUZENÍ CELKOVÉHO STAVU ZE DNE 1.8.2014****Tělesná hmotnost:** 57 kg**Výška:** 157 cm**BMI:** 23,12 (v normě)**TK:** 120/65**P:** 73/min**D:** 16/min**TT:** 36,7 °C**Celkový nález:** při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou, spolupracuje. Při příjmu se pacientka cítí dobře, bolesti nemá.**Hlava:** normocefalická, na poklep nebolestivá, bez známek deformit.

**Oči:** bulby ve středním postavení, spojivky růžové, skléry bílé, zornice izokorické, fotoreakce +, krátkozrakost, pravé i levé oko 2 dioptrie.

**Dutina ústní:** rty souměrné, hydratované, bez známek cyanózy, jazyk plazí ve střední čáře, sliznice růžové bez povlaků, chrup vlastní.

**Uši:** bez známek sekrece.

**Nos:** bez známek sekrece.

**Krk:** šije volná, krční páteř bez deformit, oboustranná pulzace karotid, náplň krčních žil nezvětšená, uzliny nehmatné, štítná žláza nehmatná.

**Hrudník:** souměrný, bez deformit, dýchání poslechově čisté, sklípkové, bez vedlejších patologických fenoménů.

**Srdce:** srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené bez šelestů.

**Břícho:** souměrné, v nivo, měkké, nebolestivé, játra a slezina nehmatná, bez známek peritoneálního dráždění.

**Genitál:** vyvinut normálně bez známek výtoku.

**Reflexy:** zachované.

**Čítí:** zachované.

**Periferní pulzace:** oboustranně hmatná.

**Varixy:** bez varixů.

**Kůže:** kožní turgor v normě, bez známek ikteru a cyanózy.

**Otoky:** bez otoků.

## 6.4 UTRÍDĚNÍ INFORMACÍ PODLE TŘINÁCTI DOMÉN NANDA I TAXONOMIE II

### 1. Podpora zdraví

- Uvědomování si zdraví.
- Management zdraví.

**Subjektivně doma:** „Cítím se velmi dobře, jsem nekuřačka. Nikdy jsem kouření ani nezkoušela.“

**Objektivně doma:** Pacientka je nekuřák. Farmakologickou terapii bere pravidelně každý den. Pacientka užívá léky na vysoký krevní tlak a zvýšený cholesterol. Od sedmi

let je diabetička na inzulínové terapii (kontinuálně inzulínovou pumpou). Pacientka má tendence k hypoglykémii. Na preventivní prohlídky k praktickému lékaři dochází pravidelně 1x do roka. Na gynekologické preventivní prohlídky 1x nebo 2x do roka.

**Subjektivně v nemocnici:** „Vím, jaký výkon budu podstupovat.“

**Objektivně v nemocnici:** Pacientka je informována o průběhu operačního výkonu. Snaží se dodržovat léčebný režim.

## 2. Výživa

- Příjem potravy.
- Trávení.
- Vstřebávání.
- Metabolismus.
- Hydratace.

**Subjektivně doma:** „Teplé jídlo si dám jednou za den, většinou v poledne, jím nepravidelně a i nezdravě, protože mi chutná úplně všechno. Co se týče pití, tak piji pravidelně, aby mě nebolela hlava. Alkohol vůbec nepiji, nechutná mi a také kvůli cukrovce.“

**Objektivně doma:** Stravování je nepravidelné a nezdravé. Sladké jídlo jí příležitostně. Pacientka pije pravidelně (cca 2-2,5 litru za den), k pití preferuje čaj, místo cukru používá sacharin (náhradní sladidlo). Kromě čaje si k pití dává vodu (jemně perlivou minerálku).

**Subjektivně v nemocnici:** „Od půlnoci nesmím nic jíst ani pít. Teď po operaci musím držet dietu.“

**Objektivně v nemocnici:** BMI index je 23,12 to znamená v normě. Při příjmu má pacientka dietu číslo 9 šetřící. Pacientka je poučena, že od půlnoci nemá přijímat nic per os (ústy). Po operačním výkonu nesmí pacientka nic per os. Pokud nemá nauzeu a nezvrací, může po 4 hodinách čaj po lžičkách.

## 3. Vylučování a výměna

- Funkce močového systému.
- Funkce gastrointestinálního systému.
- Funkce kožního systému.
- Funkce dýchacího systému.

**Subjektivně doma:** „Při čůrání občas pocít'uji pálení a mám časté pocity na malou. Když jdu na velkou tak s velkými problémy. Chodím i třikrát za sebou.“

„Běžně se mi dýchá dobře, hůře při zátěži, např. chůze do schodů a při onemocnění (při chřipce, nachlazení).“

„Občas mě svědí kůže, musím si promazávat celé tělo.“

**Objektivně doma:** Vylučování moče - pacientka občas trpí dysurií a nykturií. Barva moči čirá, bez příměsí. Vylučování stolice je nepravidelné, pacientka trpí velmi často zácpou, stolice je formovaná bez příměsí, projímadla neužívá. Pacientka trpí námahovou dušností, v klidu obtíže s dýcháním neudává, dýchání je čisté a pravidelné 16/minutu. Kožní systém - pacientka má suchou kůži, kterou si denně po večerní koupeli promazává mastí. Citlivější místa jako obličej, ruce a paty promazává i několikrát za den. Hematomy ani otoky dolních končetin pacientka nemá. Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové je 31 bodů = žádné riziko.

**Subjektivně v nemocnici:** „Po operaci budu mít zavedenou cévku do močového měchýře. Na stolicí jsem byla dnes ráno, ale doma. Tady se mi dýchá dobře, protože ležím a jsem v klidu.“

**Objektivně v nemocnici:** Pacientka je na oddělení přijata s PMK, moč je čirá bez příměsí. Bilance tekutin je vyrovnaná. Peristaltika +, poslední stolice byla dne 1. 8. 2014. Při přijetí není pacientka dušná.

#### 4. Aktivita – odpočinek

- Spánek, odpočinek.
- Aktivita, cvičení.
- Rovnováha energie.
- Kardiovaskulární-pulmonální reakce.
- Sebepéče.

**Subjektivně doma:** „Spím ráda a pořad, chodím spát třeba i v 8 hodin večer a problém mám spíše se vstáváním. Přes den odpočívám málo, protože bych potom nic doma nestihla, ale pokud by to šlo, tak bych odpočívala ráda.“

**Objektivně doma:** Pacientka je často unavená, problémy se spánkem nemá. Denně spí 8 hodin. Spánkové rituály - pacientka před spaním vypije hrnek čaje a při usínání musí mít pod hlavou malý polštářek. Pacientka ráda chodí na procházky se psem. Pacientka je zcela soběstačná ve všech činnostech. Hodnocení soběstačnosti dle Barthelové testu

základních všedních činností je 100 bodů = nezávislý. Pacientka doma spí v manželské posteli, spí v poloze na břiše, která jí zcela vyhovuje.

**Subjektivně v nemocnici:** „Spím dobře, s usínáním problém nemám nikde.“

**Objektivně v nemocnici:** Při přijetí pacientka pospává. Pacientka nemá během hospitalizace narušený spánek.

## 5. Percepce/kognice

- Pozornost.
- Orientace.
- Kognice.
- Komunikace.

**Subjektivně doma:** „Jmenuji se XX, dnes je 1. 8. 2014. Nacházím se v nemocnici a zítra jdu na plánovanou operaci.“ „Nedělá mi problém komunikovat na úřadech, nemám ráda, když si někdo hraje na chytrého a má do toho hodně daleko.“

**Objektivně doma:** Pacientka byla plně orientovaná osobou, časem i místem. Spolupracovala a komunikovala velmi dobře. Řeč byla srozumitelná, paměť dobrá.

**Subjektivně v nemocnici:** „Nosím brýle na dálku už od dětství, slyším velmi dobře, zuby mám svoje.“

**Objektivně v nemocnici:** Pacientka nosí brýle, chrup má vlastní.“

## 6. Sebepercepce

- Sebepojetí.
- Sebeúcta.
- Obraz těla.

**Subjektivně doma:** „Jsem hodně emotivní, je mi líto i neštěstí ostatních, které neznám a totéž platí i u zvířat.“

**Objektivně doma:** V důsledku své nemoci (diabetes mellitus) očekává pacientka mnoho změn, změny ve vzhledu a v tělesných funkcích nezaznamenala. Svou osobnost popisuje jako přecitlivělou. Emočně byla pacientka vyrovnaná, velmi lítostivá a empatická.

**Subjektivně v nemocnici:** „Obavy jaký bude můj život po operaci nemám.“

**Objektivně v nemocnici:** Pacientka nemá obavy z toho, že by hysterektomie ovlivnila její běžný život.

## 7. Vztahy mezi rolemi

- Role pečovateli.
- Rodinné vztahy.
- Plnění rolí.

**Subjektivně doma a v nemocnici:** „Se všemi vycházím dobře jak doma tak v nemocnici.“

**Objektivně doma a v nemocnici:** Pacientka hodnotí vztahy v rodině jako velmi kladné. Během hospitalizace neudává žádné konflikty se zdravotnickým personálem. Dodržuje nemocniční řád.

## 8. Sexualita

- Sexuální funkce.
- Reprodukce.

**Subjektivně doma:** „Vždy bylo všechno v pořádku a dokazují to mé děti.“

**Objektivně doma:** Pacientka má dvě děti. Obě přišly na svět spontánním porodem. Pacientka udává, že nemá obavy ze změny sexuálních funkcí po operaci. Menstruační cyklus je pravidelný, potraty pacientka neguje.

**Subjektivně v nemocnici:** „Na kontroly na gyndu chodím.“

**Objektivně v nemocnici:** „Pacientka chodí na pravidelné gynekologické prohlídky.“

## 9. Zvládání/tolerance zátěže

- Posttraumatické reakce.
- Reakce na zvládání zátěže.
- Neurobehaviorální stres.

**Subjektivně doma:** „Když mám nějaký problém snažím se ho co nejlépe vyřešit.“

**Objektivně doma:** „pacientka zvládá zátěž celkem dobře.“

**Subjektivně v nemocnici:** „Mám strach, abych se po operaci probudila a bojím se, abych se po operaci dobře hojila, když mám cukrovku.“

**Objektivně v nemocnici:** Pacientka udává obavy z operačního výkonu, konkrétně z anestezie. Jelikož je pacientka diabetička má strach z možných komplikací, které by mohly nastat během výkonu (komplikace při hojení operačních ran).



## 10. Životní principy

- Hodnoty.
- Přesvědčení.
- Soulad hodnot/přesvědčení/jednání.

**Subjektivně doma a v nemocnici:** „Nevěřím v Boha, protože pokud by existoval, nemohl by dopustit vše, co se děje. I když boží mlýny melou pomalu, ale jistě.“

**Objektivně doma a v nemocnici:** Pacientka i celá její rodina jsou nevěřící v Boha, do kostela nechodí.

## 11. Bezpečnost – ochrana

- Infekce.
- Fyzické poškození.
- Násilí.
- Environmentální rizika.
- Obranné procesy.
- Termoregulace.

**Subjektivně doma:** „Jedna velká katastrofa, pohybuji se hlavně v práci, tam si myslím, že i dost. Doma téměř ne. Občas se mi točí hlava a to mám i strach, abych nespadla třeba při chůzi na schodech a na eskalátorech.“ „Oblékám se hlavně podle počasí.“

**Objektivně doma:** Pohyb nedostatečný, sport a cvičení pacientka neudává. Občas se pacientce točí hlava, proto je důležité brát v potaz možné riziko pádu. V oblasti udržování tělesné teploty se pacientka obléká podle toho, jaké je venku počasí. Pokud je zima, obléká se dostatečně, aby neprochladla.

**Subjektivně v nemocnici:** „Sestřička mě poučila o tom jak rozpoznat známky začínající infekce.“

**Objektivně v nemocnici:** U pacientky je riziko vzniku infekce z důvodu zavedení invazivních vstupů a operačních ran. Pacientka je edukována o všech rizicích, která mohou nastat po operačním výkonu.

## 12. Komfort

- Tělesný komfort.
- Komfort prostředí.
- Sociální komfort.

**Subjektivně doma:** „Mám bolesti břicha hlavně v ráno, ale když se začnu, hýbat je to lepší.“

**Objektivně doma:** Pacientka pociťovala před hospitalizací tlakovou bolest v oblasti podbříšku, bolest hodnotí číslem 6 (dle škály od 1 do 10, čímž 1 je nejmenší, 10 je největší bolest). Bolest trvala od roku 2009 v denním intervalu. Pacientka nepoužívala opatření ke zmírnění bolesti ani neužívala léky proti bolesti. Úlevovou polohu udává jako ležení na boku s pokrčenými nohama. Přidružené syndromy neudává, bolest u pacientky vyvolává pocit únavy. Ekonomickou situaci v rodině hodnotí v mezích normy, bydlí s rodinou v rodinném domě. Pracuje jako sekretářka, svou práci hodní kladně. Vztahy na pracovišti jsou různorodé.

**Subjektivně v nemocnici:** „Teď jsem po operaci břicho mě trochu pobolívá, ale není to taková bolest jako před operací. Léky na bolest nechci, stačí mi když si lehnu na bok a pokrčím si nohy.“

**Objektivně v nemocnici:** Pacientka udávala po operačním výkonu zmírnění bolesti. Intenzitu bolesti hodnotila číslem 2 na stupnici 0-10. Pacientka byla poučena o možnosti úlevové polohy. Pacientce byly nabízeny analgetika, které odmítla.

### 13. Růst/vývoj

- Růst.
- Vývoj.

**Subjektivně doma a v nemocnici:** „Vážím pořád stejně.“

**Objektivně doma a v nemocnici:** Pacientka nezaznamenala v poslední době výraznější přírůstek ani úbytek na váze. BMI je v normě.

## Medicínský management

### Gynekologické vyšetření ze dne 13. 5. 2014

**Závěr:** myoma uteri, dolores hypogastrii chronica.

### Cytologické vyšetření ze dne 23. 5. 2014

**Nález:** bez změn a malignit, stěr uspokojivý.

**Jiné změny:** neaktivní buněčné změny.

## **Předoperační vyšetření ze dne 20. 7. 2014**

**Předoperační laboratorní vyšetření:** příloha A

### **Interní závěr:**

Pacientka orientovaná, spolupracuje, srdeční akce pravidelná, dýchání čisté, sklípkové, břicho měkké, nebolestivé, dolní končetiny bez otoků.

**TK:** 115/65 torrů

**P:** 73/min

**Váha:** 57 kilogramů

**EKG:** v normě bez specifických poruch.

**Závěr:** z interního hlediska schopna výkonu v celkové anestezii.

### **Diabetologie**

Diabetes mellitus 1. typu kompenzovaný kontinuálně inzulínovou pumpou, tendence k hypoglykémii.

**Závěr:** schopna výkonu (kontrola glykémie po výkonu, při delším průběhu kontrola glykémie během výkonu).

**Ordinace lékaře po operačním výkonu:** při přijetí na standardní oddělení lékař naordinoval hrazení tekutin parenterálně 10% Glukóza 500 ml/24 hodin. Při bolestech Novalgín 2 ml do 100 ml fyziologického roztoku intravenózně (do žíly) eventuálně Dípídolor 1 amp. intramuskulárně (do svalu). Pro prevenci vzniku infekce byly lékařem naordinovány antibiotika Zinnat 500 mg po 12 hodinách 1 tableta per os (5:00 a 17:00). Jako prevence TEN byl naordinován Zibor 2500 IU subkutánně 1x za den po dobu tří dnů. Pacientka měla užívat svou chronickou medikaci (Prestarium Neo ½ tablety per os ráno, Zocor 20 mg 1 tableta per os večer, kontinuálně inzulín Novorapid subkutánně aplikovaný inzulínovou pumpou). Dále lékař naordinoval pravidelné kontroly fyziologických funkcí a glykemického profilu.

## Situační analýza

Pacientka 47 let byla dne 1. 8. 2014 přijata na gynekologické oddělení nemocnice v Kladně na doporučení svého gynekologa k plánované operaci LAVH a revizi adnex pro děložní myom. Pacientka udává, že již několik let pociťovala bolesti břicha, intenzitu bolesti hodnotila číslem 6 na stupnici 0-10. Při přijetí na oddělení byla pacientka při vědomí, orientovaná místem, časem, osobou i prostorem, komunikativní a spolupracovala se zdravotnickým personálem. Pacientce byly při příjmu naměřeny tyto fyziologické funkce – TK: 120/70 torrů, P: 68/min, D: 16/min, TT: 36,4°C, sO<sub>2</sub>: 98%. Pacientka byla seznámena s chodem oddělení. Pacientka podepsala souhlas s hospitalizací, podepsala souhlas s operačním výkonem a anestezií. Byla seznámena s nemocničním řádem a právy pacientů, poučena o možnosti uložení cenností do trezoru, o používání signalizace. Byla informována o umístění na jednotce intenzivní péče po výkonu. Kontrola předoperačního, interního, gynekologického a diabetologického vyšetření lékařem. Druhý den hospitalizace byla pacientka převezena na operační sál. Na operačním sále byl pacientce zaveden PŽK a PMK. Operační výkon proběhl bez komplikací a větších krevních ztrát. Po provedení LAVH byla pacientka 1. pooperační den v 10:15 hodin přijata na standardní oddělení.

U pacientky byly po přijetí na standardní oddělení zjištěny tyto ošetrovatelské problémy: akutní bolest po operačním výkonu, riziko vzniku infekce z důvodu operační rány a invazivních vstupech, narušení tkáňové integrity z důvodu operační rány a invazivních vstupů. Pacientka udávala strach z možných komplikací, které mohou nastat po operačním výkonu. U pacientky sledujeme riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi, riziko krvácení po operačním výkonu, riziko poškození po operačním výkonu.

## 6.5 STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny ke dni 2. 8. 2014 dle NANDA I taxonomie II - NANDA INTERNATIONAL, 2013. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2012-2014*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4328-8.

## **AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGÓZY ZE DNE**

Akutní bolest 00132

Narušená integrita tkáně 00044

Strach 00148

## **RIZIKOVÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY**

Riziko infekce (operační rány, PŽK, PMK, Redonův drén) 00004

Riziko nestabilní hladiny glukózy v krvi 00179

Riziko krvácení 00206

Riziko poškození 00035

### **Akutní bolest (00132)**

**Definice:** Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potencionálního poškození tkáně nebo popsany pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti), náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným nebo předvídatelným koncem a s trváním kratším než 6 měsíců.

**Doména 12:** Komfort.

**Třída 1:** Tělesný komfort.

#### **Určující znaky:**

- Změny chuti k jídlu.
- Změny krevního tlaku.
- Změny srdečního rytmu.
- Změny dýchání.
- Nesoustředěné chování.
- Expresivní chování (neklid, pláč, podrážděnost).
- Výraz obličeje (grimasa).

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka do konce hospitalizace nepocítí uje klidovou bolest.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka neudává žádnou bolest do 12 hodin po výkonu.

**Priorita:** střední.

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka ví, jaká je příčina vzniku bolesti do 10 minut.
- Pacientka dodržuje farmakologický režim do 15 minut.
- Pacientka používá metodu stupnice od 0 do 10 k měření intenzity bolesti do 15 minut.
- Pacientka využívá relaxační techniky dle individuální situace do 1 dne.

**Plán intervencí: 2. 8.-3. 8. 2014**

- Proved' důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání, závažnosti – do 10 minut, všeobecná sestra.
- Posud' možné patofyziologické příčiny bolesti (strach, úzkost) – do 10 minut, všeobecná sestra.
- Akceptuj pacientky líčení bolesti - vždy, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.
- Pomocí stupnice od 0 do 10 urči, nakolik je pacientka schopna bolest akceptovat – několikrát za den, všeobecná sestra.
- Pečuj o pohodlí pacientky – denně, všeobecná sestra, ošetrovatelský personál.
- Podávej analgetika dle ordinace lékaře a potřeb pacientky – denně, všeobecná sestra.

**Realizace: 2. 8.-3. 8. 2014**

Pacientka byla z JIP po provedení LAVH přijata v 10:15 na standardní oddělení. Pacientka pociťuje bolest v podbřišku, kterou ohodnotila číslem 2 na stupnici 0-10. Pacientce jsem nabídla možnost podání analgetik a seznámila ji s technikami zvládnání bolesti jako je úlevová poloha. Pacientka léky na tlumení bolesti odmítla. Úlevová poloha poskytla pacientce dostatečný komfort, bolest ohodnotila číslem 0, což znamená žádná bolest.

**Hodnocení: ze dne 3. 8. 2014**

Stanovené cíle byly splněny. Pacientka nepociťovala akutní bolest do 12 hodin po operačním výkonu.

**Narušená integrita tkáně (00044)**

**Definice:** poškození sliznice, rohovky, kůže nebo podkožních tkání.

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana.

**Třída 2:** Fyzické poškození

**Určující znaky:**

- Poškozená tkáň.

**Související faktory:**

- Mechanické faktory.

**Cíl dlouhodobý:** U pacientky dojde ke zhojení operačních ran per primam do 3 týdnů.

**Cíl krátkodobý:** Pacientky operační rány se hojí per primam po dobu hospitalizace.

**Očekávané výsledky:**

- U pacientky se neprojeví známky místní ani celkové infekce po celou dobu hospitalizace.
- Pacientka je seznámena o zásadách péče o operační rány – denně.
- Pacientka je informována o možných komplikacích hojení ran, umí je rozpoznat, a pokud změny zaznamená, ihned informuje všeobecnou sestru – denně.

**Plán intervencí: 2. 8.-3. 8. 2014**

- Při převazování operačních ran postupuj vždy asepticky – denně, všeobecná sestra.
- Dle potřeby převazuj operační rány dle indikace lékaře – denně, všeobecná sestra.
- Kontroluj krytí operačních ran, zda neprosakuje, a zda pacientka nekrvácí z pochvy – několikrát za den, všeobecná sestra.
- Sleduj, jak se operační rány hojí a známky počínající infekce – při převazu, během služby, všeobecná sestra.
- Edukuj pacientku o vzniku možných komplikací při hojení operačních ran – do 24 hodin, všeobecná sestra.
- Sleduj a zaznamenávej fyziologické funkce, odchylky hlas neprodleně lékaři – během služby, všeobecná setra.

**Realizace: 2. 8.-3. 8. 2014**

Po přijetí z JIP sleduji stav operačních ran a jejich okolí. Kontroluji, zda rány neprosakují. Kontroluji, zda pacientka nekrvácí z pochvy. Pacientku jsem edukovala o možných komplikacích, které mohou vzniknout během hojení ran. Pravidelně kontroluji fyziologické funkce, a provádím záznam do ošetřovatelské dokumentace. Při převazu operačních ran dne 3. 8. 2014 hodnotím okolí ran jako klidné, bez známek počínající

infekce. Hojení ran (čtyř vpichů v oblasti břišní dutiny) probíhá per primam, rány ani pochva nekrvácí. Ošetřování operačních ran provádím za aseptických podmínek a zapisuji do ošetřovatelské dokumentace.

**Hodnocení: ze dne 3. 8. 2014**

Dlouhodobý cíl je splněn částečně, operační rány ještě nejsou zcela zhojeny. Krátkodobý cíl je splněn, operační rány nejeví známky vzniku infekce, ošetřování ran probíhalo asepticky. Pacientka nekrvácí z rodidel.

**Strach (00148)**

**Definice:** Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

**Doména 9:** Zvládání/tolerance zátěže.

**Třída 2:** Reakce na zvládání zátěže.

**Určující znaky:**

- Uvádí obavy.
- Uvádí strach.
- Nechutenství.
- Únava.
- Zvýšené pocení.
- Zrychlený pulz.
- Zrychlené dýchání.
- Zvýšený krevní tlak.
- Bledost.

**Související faktory:**

- Oddělení od podpůrného systému v potencionálně stresující situaci (hospitalizace, nemocniční procedury).
- Neobeznámenost s prostředím.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nejeví známky strachu do konce hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je dostatečně informována o pooperačním režimu do 12 hodin.

**Priorita:** střední.



**Očekávané výsledky:**

- Pacientka chápe strach a dokáže o svých obavách hovořit do 1 hodiny.
- Pacientka řeší daný problém a aktivně se podílí na procesu odstranění strachu do 2 hodin.

**Plán intervencí: 2. 8.-3. 8. 2014**

- Naslouchej pacientce, aktivně naslouchej jejím obavám do 1 hodiny, všeobecná sestra.
- Poskytni ústní i písemné informace. Mluv v jednoduchých větách a konkrétních termínech, při rozhovoru, všeobecná sestra.
- Dej příležitost k otázkám a upřímně je zodpověz, při rozhovoru, všeobecná sestra.
- Vysvětli pacientce potřebné postupy na takové úrovni, aby byla schopna je pochopit a realizovat do 2 hodin, všeobecná sestra.

**Realizace: 2. 8.-3. 8. 2014**

Pacientce jsem podala dostatečné informace o průběhu operačního výkonu. Pacientka měla strach z anestezie a z operačního výkonu. Obávala se možných komplikací jako špatné hojení operačních ran. Pacientka dostala prostor pro své dotazy. Ochotně jsem pacientce odpovídala, a poskytla jí dostatek informačních materiálů. Na základě mého rozhovoru s pacientkou byl informován ošetřující lékař. S pomocí lékaře jsme pacientku o všem informovali. A po naší jednoduché a konkrétní edukaci udává pacientka zmírnění strachu z komplikovaného hojení ran.

**Hodnocení: ze dne 3. 8. 2014**

Cíle byly splněny. Pacientka pociťovala snížení strachu před operačním výkonem. Pacientka měla dostatek informací o průběhu operačního výkonu a o pooperační péči.

**Riziko infekce (00004)**

**Definice:** Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

**Doména 11:** Bezpečnost/ochrana.

**Třída 1:** Infekce.

**Rizikové faktory:**

- Chronické onemocnění (diabetes mellitus).
- Nedostatek znalostí, jak se nevystavovat patogenům.

- Porušená kůže (intravenózní katetrizace, invazivní postupy).
- Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů.

**Cíl dlouhodobý:** Pacientka nemá projevy místní ani celkové infekce po dobu zavedení periferního žilního katétru, permanentního močového katétru, Redonova drénu. Okolí operačních ran a pochvy je klidné a bez známek zánětu do konce hospitalizace.

**Cíl krátkodobý:** Pacientka je informována o zásadách prevence vzniku infekce do 24 hodin.

**Priorita:** střední.

**Očekávané výsledky:**

- Pacientka chápe příčiny a rizikové faktory.
- Pacientka umí předcházet infekci nebo snížit riziko vzniku do 24 hodin.
- Pacientka usiluje o včasné zhojení ran dodržováním léčebného režimu dle doporučení ošetřovatelského zdravotnického personálu – každý den do konce hospitalizace.

**Plán intervencí: 2. 8.-3. 8. 2014**

- Pátřej po místních známkách infekce v místě vstupu kanyl, sutur, chirurgických incizí a ran – denně, během služby, všeobecná sestra
- U všech invazivních postupů pečlivě dodržuj sterilní techniku (nitrožilní kanyly, močové katetry) – denně a při převazu, všeobecná sestra.
- Denně ošetři incize a místa vstupů vhodným dezinfekčním roztokem – při převazu, všeobecná sestra.
- Dle potřeby nebo indikace měň obvazy – několikrát za den, všeobecná sestra.
- Pravidelně pečuj o močový katétr. Je účinný způsob, jak snížit riziko ascendentní infekce močových cest – denně, všeobecná sestra.
- Edukuj o způsobech, jak chránit kůži, pečovat o rány a bránit rozšíření infekce do 24 hodin, všeobecná sestra.
- Edukuj pacientku v rámci předoperační přípravy také o způsobech, jak snížit riziko pooperační infekce (péče o rány) do 24 hodin, všeobecná sestra.

**Realizace 2. 8.-3. 8. 2014**

U pacientky jsem každý den kontrolovala invazivní vstupy (jejich délku zavedení a funkčnost). Kontrola invazivních vstupů, operačních rana krvácení z pochvy probíhala za aseptických podmínek. Během ošetřování jsem neshledala známky počínající infekce. Ošetření jsem zaznamenala do ošetřovatelské dokumentace. Pacientku jsem

edukovala o tom jak rozpoznat známky počínající infekce a o nutnosti dodržování léčebného režimu.

#### **Hodnocení: ze dne 3. 8. 2014**

Cíle byly splněny. Pacientka pochopila příčiny infekce. Uměla předcházet infekci sledováním operačních ran, drenáže a intravenózní kanyly. U pacientky se nevyskytly známky infekce (okolí intravenózní kanyly bylo klidné, operační rány se hojily per primam, okolí drenáže bylo bez známek zánětu). Pacientka dodržuje léčebný režim.

## **6.6 CELKOVÉ ZHODNOCENÍ PÉČE**

Pacientka 47 let přijata pro plánovaný výkon LAVH na gynekologické oddělení. Pacientka po celou dobu hospitalizace spolupracovala, komunikovala, byla orientovaná časem, místem, osobou i prostorem. Při přijetí byly pacientce změřeny fyziologické funkce, byla edukována o průběhu a přípravě na operační výkon. Při příjmu byly zjištěny tyto ošetrovatelské problémy: akutní bolest, narušení tkáňové integrity, strach, riziko dekompenzace hladiny glukózy v krvi, riziko vzniku infekce, riziko krvácení a riziko poškození.

Pacientka měla naordinovanou diabetickou (šetřící) dietu. Vyprazdňování stolice bylo pravidelné, bez příměsí, močení bylo pravidelné, bez příměsí. Lékařem byla naordinována pravidelná kontrola glykémie a to 3x denně. Večer proběhla příprava pacientky na operační výkon (podáno klyzma, oholení). Hygienickou péči prováděla pacientka samostatně. Od půlnoci měla pacientka dietu nic per os. Pacientce byla večer naměřena nízká hodnota glykémie konkrétně 2,1 mmol/l. Volán ošetřující lékař. Dle ordinace lékaře byl jednorázově podán glukopur per os. Byla naordinována kontrolní glykémie, která měla hodnotu 5,6 mmol/l (v normě). Pro dezinfekci poševního vchodu byla pacientce podána jedna globule Betadine vaginálně. Pro střevní očistu bylo pacientce podáno večer před výkonem očistné klyzma. Jako prevence tromboembolické nemoci byl pacientce aplikován Zibor 2500 IU subkutánně. Ráno druhý den hospitalizace byla podána premedikace Neuro1 0,5 mg 1 tableta per os, změřeny fyziologické funkce (krevní tlak, puls), bandáže DK (prevence tromboembolické nemoci), změřena glykémie, která byla v pořádku (6,1 mmol/l). Poté byla pacientka

odvezena na operační sál. Na operační sál sebou pacientka dostala antibiotika Unasyn 1,5 g intravenózně jako prevenci vzniku infekce. Pacientce byl na operačním sále zaveden PŽK a PMK. U pacientky byla provedena LAVH a revize adnex. Operační výkon proběhl bez komplikací a bez významných krevních ztrát.

Pacientka byla po operačním výkonu sledována na jednotce intenzivní péče. Pacientka byla při vědomí, spolupracovala, dospávala celkovou anestezií. Bolest hodnotí číslem 2 na stupnici 0-10. Pacientka nezvracela, měla pouze krátkodobou nauzeu, dýchání bylo spontánní, dieta – čaj (omezený příjem tekutin). Na oddělení byly u pacientky monitorovány fyziologické funkce á 15 minut. Později á 1 hodina. Kontrola glykémie 3x denně. Z operačního sálu měla pacientka v pravé horní končetině zavedený PŽK (okolí katétru je klidné). Tekutiny byly hrazeny parenterálně (10% Glukózou 500 ml a Plazmalyte 1000 ml). Močový katétr byl průchodný a odváděl čistou moč. V operační ráně měla pacientka zavedený Redonův drén, který odváděl krvavou tekutinu v přiměřeném množství. Obvazová tamponáda v pochvě nebyla prosáklá, pacientka nekrvácela z rodidel. Okolí drénu bylo klidné, operační rány byly klidné a bez sekrece. Střevní peristaltika byla dobrá (plyny odcházely). Hygienickou péči prováděla pacientka sama, kůže byla hydratovaná, vlasy a nehty čisté. Pacientka měla na DK navlečené bandáže jako prevence TEN. Dutina ústní, nos a rty bez změn. Na oddělení byl pacientce proveden výtěr z nosu a krku a odeslán do mikrobiologické laboratoře. Výtěr se provádí jako prevence nozokomiálních nákaz. Výtěr z krku nález byl *Neisseria species*, viridující streptokoky, *Klebsiella oxytoca*. Výtěr z nosu nález byl negativní *Staphylococcus plasmakoaguláza*.

První pooperační den byla pacientka přeložena z JIP na standardní oddělení. Pacientka nepocítovala žádnou bolest. Pacientce byla poskytnuta pomoc při prvním vstávání z lůžka a chůzi, péče o PŽK, o PMK, o Redonův drén, podávání tekutin, dieta byla tekutá. Změřeny fyziologické funkce a kontrola glykémie. Tekutiny byly hrazeny parenterálně (10% Glukóza 500 ml). Příklad/výdej tekutin byl přiměřený 1700/2450 ml. PMK odváděl čistou moč, proto byl dle ordinace lékaře odstraněn. Dále pacientka močila spontánně, bez obtíží. Na stolicí pacientka nebyla. PŽK byla v pravé horní končetině, stav kanyly byl dobrý, okolí kanyly bylo klidné. Redonův drén byl funkční, ale již z operační rány neodváděl tekutinu. Operační rány byly klidné bez známek

sekrece a obvazová tamponáda byla suchá, proto byla dle ordinace lékaře odstraněna. Jako prevence vzniku infekce po operačním výkonu byly podány antibiotika Zinnat 500 mg po 12 hodinách 1 tableta per os. Dle ordinace lékaře jako prevence TEN podán ve 20:00 hodin Zibor 2500 IU subkutánně.

### **Histologické vyšetření ze dne 3. 8. 2014**

**Makroskopicky:** dodána děloha bez adnex. Svalovina bez ložiskových změn.

**Mikroskopicky:** excize z čípku - drobné ložiskové změny, chronická středně intenzivní, mírně aktivní endocervicitida. Řez těla děložního, vyvinuté sekreční změny.

### **Konziliární vyšetření ze dne 3. 8. 2014**

**Subjektivně:** pacientka se cítí dobře, vertikalizována bez obtíží, vertigo neudává, nezvracela.

**Objektivně:** při vyšetření v 10.00 hodin břicho lehce citlivé, operační rány klidné, PMK odvádí čirou moč, Redonův drén odvedl 70 ml krvavé tekutiny, dolní končetiny s bandážemi.

Druhý pooperační den pacientka chodila, byla ve sprše (osprchování operačních ran), cítila se dobře, nekrvácela, bolesti neměla. Změřeny fyziologické funkce a kontrola glykémie. Redonův drén již neodváděl tekutinu, proto byl dle ordinace lékaře odstraněn. Pacientka byla jednorázově cévkována (cévkování se provádí jako prevence, zda nebyl během operačního výkonu poraněn močový měchýř), během cévkování se měří močové reziduum. Pacientka měla močové reziduum 55 ml (mírně zvýšené). Na stolici pacientka nebyla. Rehabilitace pacientky zahrnovala léčebnou tělesnou výchovu, postizometrickou relaxaci, respirační fyzioterapii, prevenci tromboembolické nemoci, nácvik vertikalizace přes bok.

Třetí pooperační den se pacientka cítila dobře, nekrvácela, okolí operačních ran bylo klidné, bez známek infekce, bolesti pacientka neměla. Změřeny fyziologické funkce a kontrola glykémie. Pro zjištění, zda trvá mírně zvýšené močové reziduum byla pacientka znovu jednorázově cévkována. Močové reziduum bylo 5 ml (normální hodnota). Rehabilitace pacientky zahrnovala léčebnou tělesnou výchovu, postizometrickou relaxaci, respirační fyzioterapii, péči o jizvy, prevenci trombo-

embolické nemoci, posilování pánevního dna. Příjem/výdej byl přiměřený 2500/1300 ml. Dieta kašovitá. Na stolicí pacientka stále nebyla, močila bez obtíží.

Čtvrtý až osmý pooperační den pacientka se cítila dobře, operační rány byly klidné, nekrvácely. Změřeny fyziologické funkce a kontrola glykémie – po dohodě s lékařem si pacientka může kontrolovat glykémii již sama (selfmonitoring) pomocí vlastního glukometru. Dietu měla pacientka diabetickou (šetřící). Stolice již byla pravidelná, bez příměsí, močila pravidelně, moč byla čirá, bolesti neměla. Pacientka byla soběstačná, prováděla samostatně ranní hygienu a rehabilitaci. Měla dobrou náladu a udávala pocity úlevy, že má již operaci za sebou. Rodina pacientku několikrát navštívila. Vztahy mezi pacientkou a rodinou jsou výborné. Zdravotnický personál hodnotil spolupráci s pacientkou a rodinnými příslušníky velmi kladně. Pacientka byla bez obtíží, proto byla 10. 8. 2014 propuštěna domů. Efekt ošetrovatelské péče byl úplný, stanovené ošetrovatelské cíle byly splněny. Pacientka dodržovala všechny dohodnuté terapeutické postupy.

## **6.7 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Největší strach udávají pacientky z neznalosti. Proto je důležité, aby se pacientky lékaře ptali na vše, co je o problematice zajímavé. Cílem pro zdravotnický personál by mělo být, podat dostatečné informace a správně edukovat pacientky. Edukace by měla probíhat individuálně nebo skupinově. Sestry podávají srozumitelné informace, vycházejí z dosavadních zkušeností a znalostí pacientek o dané problematice, podávají aktualizované a nejnovější informace, informují o plánovaných předoperačních vyšetření, poskytují pacientkám psychickou podporu. Nejčastější otázky, které si pacientky kladou, se týkají pohlavního života, sportu a návratu do práce po absolvované hysterektomii. Sestry tedy informují pacientky o délce hospitalizace, hygienickém režimu, zahájení pohybových aktivit, zahájení pohlavního života. Důležité je, aby sestry informovaly o vymizení menstruace a možnosti otěhotnět, avšak prožívání pohlavního styku není ovlivněno (ZÁVODNÁ, 2006).

## **Doporučení pro pacientku:**

- Dodržování zásad životosprávy (pestrá a vyvážená strava). Vhodné je v prvních týdnech po operaci jíst častěji po malých porcích, vyhnout se nadýmavým potravinám a potravinám dráždivým.
- Dostatek tělesného a psychického klidu. Pacientka by měla brát na vědomí, že může nastat období smutku a deprese.
- Vyhnout se zvedání těžkých břemen po dobu 6 měsíců, aby se vytvořila pevná jizva, při nedodržení se zvyšuje riziko sestupu dělohy.
- Dbát zvýšené hygieny častým sprchováním, vyhnout se koupání ve vaně, bazénu apod.
- Sexuálně abstinovat po dobu 6 týdnů, aby došlo ke zhojení poševního pahýlu.
- Pokud není pacientce něco jasné, nebát se zeptat.
- Pravidelné kontroly u svého gynekologa, který stanoví další postup léčby (lázeňská léčba, hormonální substituce).
- Aktivně se podílet na vyhledávání informací o problematice laparoskopické hysterektomie.
- Bezpečné a pohodlné domácí prostředí, v domácím prostředí jsou vhodnou součástí rehabilitace (např. krátké procházky, běžná sebeobsluha).

## **Doporučení pro všeobecnou sestru:**

- Připravit pacientku fyzicky, psychicky i emocionálně na výkon.
- K pacientce přistupovat holisticky, bio-psycho-sociální přístup.
- Profesionální postoj celého ošetřovatelského týmu pomáhá pacientce zvládnout nelehkou životní situaci.
- Dodržování etických zásad.
- Efektivně, srozumitelně a jasně s pacientkou komunikovat.
- Při rozhovoru s pacientkou pokládáme pouze jednu otázku.
- Získat si důvěru pacientky a přistupovat empaticky.
- Aktivně pacientce naslouchat.
- Pracovní neschopnost ukončíme dle stavu pacientky.

- Všeobecná sestra upozorňuje pacientku na možný výskyt slabého krvácení nebo růžového výtoku z důvodu uvolňování vsřebatelných stehů ve vrcholu pochvy.
- Všeobecná sestra poukazuje na dobu zhojení rány, které trvá minimálně 6 týdnů, pacientce doporučuje pečlivé sprchování a po odstranění stehů provádět tlakovou masáž.
- Všeobecná sestra upozorňuje pacientku, že po výkonu nebude menstruuovat a nelze otěhotnět.



## ZÁVĚR

Pro naši bakalářskou práci jsme si vybrali téma „Ošetrovatelský proces u pacientky po laparoskopické hysterektomii.“ Některé zdroje literatury mohou uvádět, že z psychologického hlediska je hysterektomie vnímána jako negativní výkon „ničící“ podstatu ženství. Na druhou stranu přináší tato operace odstranění dlouhodobých a obtěžujících potíží. Proto musí být pacientky řádně informovány o důvodech operace, o vhodném operačním přístupu, o průběhu operace a o pooperačním období. Měly by také mít informace o možných komplikacích a alternativních postupech léčby. Při edukaci je nutné ke každé pacientce přistupovat individuálně. Cílem naší práce bylo zpracovat a zhodnotit ošetrovatelský proces. Sběr informací o pacientce a stanovení ošetrovatelských diagnóz proběhlo podle NANDA I taxonomie II. Práce poskytla dostatečné množství informací o dané problematice. Obsahovala doporučení pro pacientku a všeobecnou sestru, tuto kapitolu shledáváme v práci za velmi důležitou, jelikož podá ucelené informace o problematice laparoskopické hysterektomie. Všechny stanové ošetrovatelské cíle byly splněny a efekt péče byl úplný.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- DICARA, V. a H. VIDOVIČOVÁ, 2007. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing ISBN 978-80-247-2240-5.
- DRAHOŇOVSKÝ, J. et al., 2006. *Klinické srovnání vaginální hysterektomie, laparoskopické vaginální hysterektomie a totální laparoskopické hysterektomie s benigním onemocněním dělohy*. Praha: Iga MZ ČR. Číslo garantové zprávy NR 7915.
- FAIT, T. a T. KOLEŠKA, 2007. *Hysterektomie – odstranění dělohy*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-983-2.
- HAGOVSKÁ, M. a P. TAKÁČ, *Česká gynekologie*. 2010. roč. 75, č. 6, s. 540-546. ISSN 1210-7832.
- HOLUB, Z. et al., 2005. *Česká gynekologie*. roč. 70, č. 2, s. 165-167. ISSN 1210-7832.
- HOLUB, Z., 2000. *Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-045-2.
- HOLUB, Z. et al., 2005. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0834-5.
- JIRKOVSKÝ, D., 2012. *Ošetřovatelské postupy a intervence*. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice Motol. ISBN 978-80-87347-13-3.
- KOBILKOVÁ, J. et al., 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-315-X.
- KUŽEL, D. et al., 2009. *Česká gynekologie*. roč. 74, č. 2, s. 130-137. ISSN 1210-7832.
- LEDEREROVÁ, K., 2014. *Sestra*. č. 1, s. 25-26. ISSN 1210-0404.
- MACEK, P., 2013. *Lékařské listy*. č. 8, s. 19. ISSN 1805-2355.
- MOKRÁ, V., 2008. *Revizní a posudkové lékařství*. roč. 11, č. 1, s. 15-21. ISSN 1214-3170.
- MÜLLER, R. et al., 2011. *Endoskopie*. roč. 20, č. 2, s. 51-53. ISSN 1211-1074.

NANDA INTERNATIONAL., 2013. *Ošetrovatelské diagnózy, Definice a Klasifikace 2012-2014.1* české vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4328-8.

NOVOTNÝ, Z. et al., *Česká gynekologie*. 2007, roč. 72, č. 2, s. 109-112. ISSN 1210-7832.

PILKA, R. a P. DZVINČUK, 2010. *Česká gynekologie*. roč. 75, č. 6, s. 512-517. ISSN 1210-7832.

PILKA, R., et al., *Gynekologie* 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 217 s. ISBN 978-80-244-3019-5

PILKA, R. et al., 2014. *Robotická chirurgie v gynekologii*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-398-5.

ROZTOČIL, A., 2011. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2832-2

SLÁMA, J., 2011. *Česká gynekologie*. roč. 76, č. 3, s. 180-183 ISSN 1210-7832.

SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. ISBN 80-247337-30.

TRACHTOVÁ, E. et al., 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 10-09398-23

TVARŮŽEK, J., 2013. *Zdravotnické noviny*. č. 22, s. 15. ISSN 0044-1996.

VOKURKA, M., J. HUGO et al., 2010. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345.202-5.

VRZÁČKOVÁ, P., 2010. *Klimakterická medicína*. roč. 15, č. 2, s. 15-18. ISSN 1211-4278.

VYMĚTALÍKOVÁ, V. a Š. JEŽORSKÁ, 2008. *Vliv hysterektomie na psychiku ženy*. *Diagnóza v ošetrovatelství*. roč. 4, č. 8, s. 20-21. ISSN 1801-1349.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., *Ošetrovatelské dokumentace Marjory Gordon*. Diagnostické domény M. Gordon – 13 domén koncepčního modelu rozšířená verze [online] [cit. 2015-02-28] Dostupné z: <http://sharepoint.vsdrav.cz/>

ZÁVODNÁ, V., 2006. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Osveta. ISBN 80-8063-193-X.

ŽŮČKOVÁ, K., 2009. *Diagnóza v ošetrovatelství*. roč. 5, č. 9. ISSN 1801-1349.

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Laboratorní vyšetření při předoperačním vyšetření	II
Příloha B – Laboratorní vyšetření ze dne 3. 8. 2014	III
Příloha C – Fyziologické funkce	IV
Příloha D – Glykemické profily	V
Příloha E – Instrumentarium	VI
Příloha F – Hodnocení rizika vzniku dekubitů	IX
Příloha G – Barthelové test základních všedních činností	X
Příloha H – Rešerše	XI
Příloha CH – Čestné prohlášení o sběru dat	XII

**Příloha A - Laboratorní vyšetření při předoperačním vyšetření**

<b>Biochemie</b>	<b>Hodnota</b>	<b>Referenční hodnota</b>
Kreatinin	43 ↓ umol/l	(53-97 umol/l)
Cholesterol	5,4 ↑ mmol/l	(2,9-5,0 mmol/l)
Glukóza	5,2 mmol/l	(3,3-5,6 mmol/l)
CRP	7 ↑ mg/l	(0-5 mg/l)
MPV	7,17 fl	(7,50-11,50 fl)
LDL cholesterol	3,04 ↑ mmol/l	(1,30-3,00 mmol/l)

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2014

**Příloha B - Laboratorní vyšetření ze dne 3. 8. 2014**

<b>Bioche mie</b>	<b>Hodnota</b>	<b>Referenční hodnota</b>
Sodík	140 mmol/l	(136-145 mmol/l)
Draslík	3,7 ↓ mmol/l	(3,8-5,3 mmol/l)
Chloridy	107 ↑ mmol/l	(96-106 mmol/l)
Urea	1,7 ↓ mmol/l	(2,5-6,5 mmol/l)
Kreatinin	42 ↓ umol/l	(53-97 umol/l)
<b>Hematologie</b>		
Erytrocyty	4,08 10*12/l	(3,90-5,10 10*12/l)
Hemoglobin	123 g/l	(120-160 g/l)
Hematokrit	0,37 %	(0,37-0,48%)
MCV	91 fl	(84-98 fl)
MCH	30 pg	(26-34 pg)
MCHC	334 g/l	(320-360 g/l)
RDW	14 % CV	(11-16 % CV)
Leukocyty	9,3 10*9/l	(3,9-11,0 10*9/l)
Trombocyty	314 10*9/l	(150-400 10*9/l)
MPV	7,45 ↓ fl	(7,50-11,50 fl)
PDW	17 % CV	(12-19 % CV)

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2014

**Příloha C -Fyziologické funkce**

<b>Fyziologická funkce</b>	<b>Tělesná teplota</b>			<b>Krevní tlak</b>		
	<b>Ráno</b>	<b>Poledne</b>	<b>Večer</b>	<b>Ráno</b>	<b>Poledne</b>	<b>Večer</b>
1. 8. 2014	36,4	36,5	36,8	120/70	110/80	120/80
2. 8. 2014	36,4	37,2 ↑	36,3	140/80	135/70	130/70
3. 8. 2014	37,3 ↑	36,7	36,5	110/70	120/70	120/80
4. 8. 2014	36,6	36,6	36,7	95/60 ↓	100/60 ↓	120/80
5. 8. 2014	36,6	36,5	36,6	140/80	130/80	115/70
6. 8. 2014	36,3	36,5	36,6	115/70	95/60 ↓	120/70
7. 8. 2014	36,6	36,5	36,6	120/70	110/70	100/60 ↓
8. 8. 2014	36,6	36,6	36,5	100/60 ↓	100/60 ↓	115/70
9. 8. 2014	36,4	36,7	36,3	120/70	120/70	120/70
10. 8. 2014	36,5	X	X	120/80	X	X

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2014

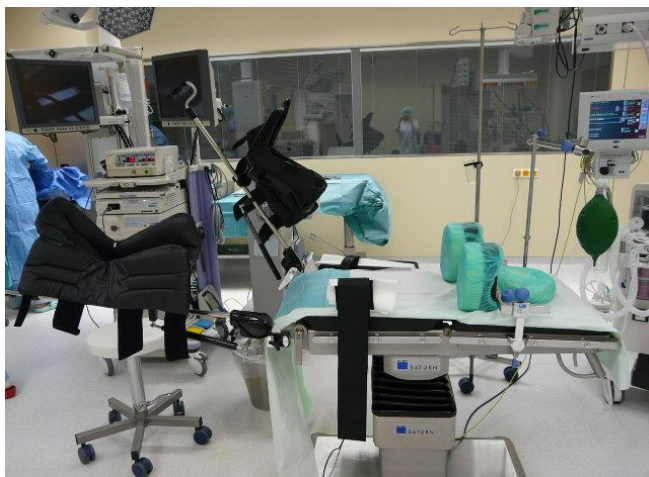
**Příloha D - Glykemické profily**

<b>Hodnota glykémie v mmol/l (normální hodnota 3,3-5,6 mmol/l)</b>			
<b>Datum</b>	<b>Ráno</b>	<b>Poledne</b>	<b>Večer</b>
1. 8. 2014	5,4	4,9	2,1 ↓  (podán glukopur)
2. 8. 2014	6,1 ↑	4,9	5,8
3. 8. 2014	3,5	4,7	4,9
4. 8. 2014	4,3	5,3	6,3 ↑
5. 8. 2014	8,6 ↑	4,5	5,3
6. 8. 2014	9,6 ↑	7,4 ↑	5,1
7. 8. 2014	Selfmonitoring glykémie		
8. 8. 2014	Selfmonitoring glykémie		
9. 8. 2014	Selfmonitoring glykémie		
10. 8. 2014	Selfmonitoring glykémie		

Zdroj: zdravotnická dokumentace, 2014



## Příloha E - Instrumentárium



Operační stůl

Zdroj: autor, 2014



Anesteziologický přístroj

Zdroj: autor, 2014



Přístroj k laparoskopii  
Zdroj: autor, 2014



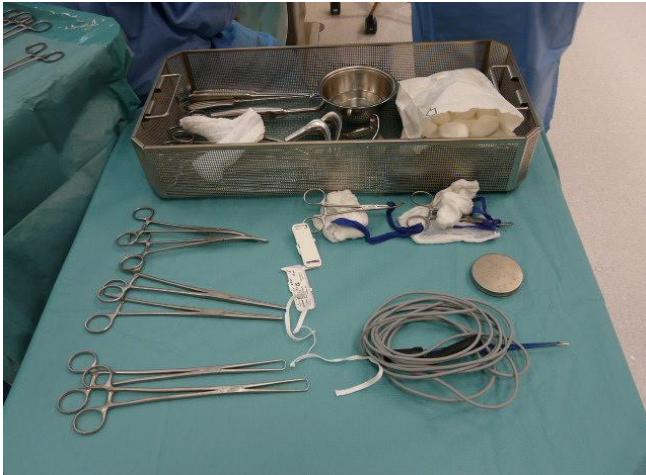
Pomůcky pro zajištění intravenózní a intubační kanyly  
Zdroj: autor, 2014



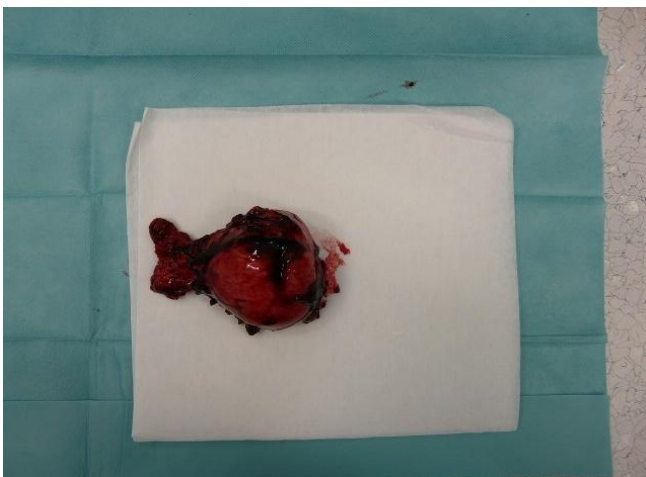
Instrumenty k zajištění permanentního močového katétru  
Zdroj: autor, 2014



Instrumenty k laparoskopii  
Zdroj: autor, 2014



Instrumenty k vynětí dělohy poševní cestou  
Zdroj: autor, 2014



Myomatózní děloha  
Zdroj: autor, 2014

## Příloha F - Hodnocení rizika vzniku dekubitů

Stupnice Nortonové

schopnost spolupráce		věk		pokožka		další onemocnění dle odp. stupně		fyzický stav	
úplná	4	<10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4
malá	3	<30	3	alergie	3	diabetes, teplota, anémie	3	vcelku dobrý	3
částečná	2	<60	2	vlhká	2	kachexie, ucpání tepen	2	špatný	2
žádná	1	>60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1

psychický stav		aktivita		mobilita		inkontinence	
čilý	4	chodící	4	plná	4	žádná	4
apatický	3	chodící s dopom.	3	mírně omezená	3	občasná	3
zmatený	2	sedící	2	velmi omezená	2	inkont.moče	2
strnulý	1	ležící	1	nepohyblivý	1	obojí inkontinentní	1

**Celkové bodové hodnocení nemocného:**

Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitu je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů )  
čím méně bodů, tím vyšší riziko

Zdroj: ANON, 2014

[http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz\\_text.php?id\\_kap=4&kod\\_kurzu=kos\\_392](http://eamos.pf.jcu.cz/amos/kos/modules/low/kurz_text.php?id_kap=4&kod_kurzu=kos_392)

## Příloha G - Barthelové test základních všedních činností

### Barthelové test základních všedních činností

Najezení, napití	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Oblékání	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Koupání	samostatně, s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Osobní hygiena	samostatně, s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Kontinence moči	plně kontinentní	10	10
	občas kontinentní	5	5
	trvale kontinentní	0	0
Kontinence stolice	plně kontinentní	10	10
	občas kontinentní	5	5
	trvale kontinentní	0	0
Přesun na lůžko, židli	samostatně bez pomoci	15	15
	s malou pomocí	10	10
	vydrží sedět	5	5
	neprovede	0	0
Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15	15
	s pomocí 50 m	10	10
	na vozíku	5	5
	neprovede	0	0
Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10	10
	s pomocí	5	5
	neprovede	0	0
Hodnocení rizika	0 nezávislý 100-96 b		
	1 lehká závislost 95-65 b		
	2 střední závislost 60-45 b		doma nyní
	3 vysoce závislý 40- 0 b		
Celkové bodové hodnocení			

### Hodnocení stupně závislosti

Hodnocení:	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	Lehká závislost	65 – 95 bodů
	Nezávislý	96 – 100 bodů

Zdroj: ANON, 2014, <http://www.ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

## **Příloha H – Rešerše**

**Název práce:** Ošetrovatelský proces u pacientky po laparoskopické hysterektomii

**Jméno a příjmení:** Barbora Dočekalová

**Jazyk vymezení:** čeština, němčina, slovenština

**Klíčová slova:** ošetrovatelský proces – der pflegeprozess, hysterektomie – die hysterektomie, laparoskopická hysterektomie – die laparoskopische hysterektomie, LAVH – LAVH, předoperační příprava – präoperative Vorbereitung, operační technika – die Operationstechnik.

**Časové vymezení:** 2005-2015

**Druhy dokumentů:** monografie a knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje, vysokoškolské práce

**Počet záznamů:** 65 (monografie a knihy: 14, články a příspěvky ve sborníku: 13, elektronické zdroje: 3, vysokoškolské práce: 6)

**Použitý citační styl:** Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011(česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

**Základní parametry:** katalog národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))

## **Příloha CH – Čestné prohlášení o sběru dat**

Prohlašuji, že údaje, které jsem zpracovala v praktické části bakalářské práce s názvem Ošetrovatelský proces u pacientky po laparoskopické hysterektomii byly realizovány v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze, dne: 23. 8. 2015

Dočekalová

.....  
Příjmení a podpis studenta