Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Komparace různých typů hysterektomie

Bc. Eva Plšková

Diplomová práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2012/2013**

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Bc. Eva Plšková**
Osobní číslo:	**Z12224**
Studijní program:	**N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor:	**Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu:	**Komparace různých typů hysterektomie**
Zadávající katedra:	**Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování:

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací:	**dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy:	**50 stran**
Forma zpracování diplomové práce:	**tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. HOLUB, Zdeněk, David KUŽEL a kol. Minimálně invazivní operace v gynekologii. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0834-5.
2. KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. Repetitorium gynekologie. 2. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-267-4.
3. ROB, Lukáš, Alois MARTAN, Karel CITTERBART et al. Gynekologie. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galen, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
4. ROZTOČIL, Aleš et al. Moderní gynekologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.

Vedoucí diplomové práce:	**doc. MUDr. Milan Košťál, CSc.** Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Datum zadání diplomové práce:	**1. října 2012**
Termín odevzdání diplomové práce:	**5. května 2014**

prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.

Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. února 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 4. 2014

Bc. Eva Plšková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat doc. MUDr. Milanu Košťálovi, CSc., vedoucímu této diplomové práce, za jeho odborné vedení, připomínky a čas, který mi věnoval. Děkuji také všem ostatním konzultantům za jejich cenné rady. Poděkování patří rovněž zdravotnickým zařízením a klientkám za umožnění provedení výzkumného šetření. Ráda bych poděkovala mé rodině a mému příteli za podporu během studia.

ANOTACE

Tématem diplomové práce je komparace různých typů hysterektomie. Teoretická část je zaměřena především na jednotlivé typy hysterektomie, jejich charakteristiku, výhody a nevýhody, indikace, operační techniku, komplikace a perioperační péči. Výzkumná část srovnává počty provedených hysterektomií za období dvou let na dvou pracovištích a perioperační péči o klientku podstupující abdominální, vaginální a laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii.

KLÍČOVÁ SLOVA

gynekologické operace, abdominální hysterektomie, vaginální hysterektomie, laparoskopická hysterektomie, perioperační péče v gynekologii

TITLE

Comparison of Different Types of Hysterectomy

ANNOTATION

The topic of the master thesis is a comparison of different types of hysterectomy. The theoretical part is focused on the different types of hysterectomy, their characteristics, advantages and disadvantages, indications, surgical technique, complications and perioperative care. The research part compares the number of hysterectomies performed for a period of two years at two facilities and perioperative care of the client undergoing abdominal, vaginal and laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy.

KEYWORDS

gynecologic surgery, abdominal hysterectomy, vaginal hysterectomy, laparoscopic hysterectomy, perioperative care in gynecology

OBSAH

ÚVOD 12

CÍLE PRÁCE 13

TEORETICKÁ ČÁST 14

1 GYNEKOLOGICKÉ OPERACE 14

1.1 Klasifikace gynekologických operací 14

2 HYSTEREKTOMIE 15

2.1 Klasifikace hysterektomií 15

2.2 Faktory ovlivňující volbu hysterektomie 15

3 ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE 17

3.1 Výhody a nevýhody AH 17

3.2 Indikace AH 18

3.3 Operační technika extrafasciální AH bez adnexektomie 18

3.4 Komplikace AH 19

4 VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE 20

4.1 Výhody a nevýhody VH 20

4.2 Indikace VH 21

4.3 Operační technika standardní VH bez adnexektomie 21

4.4 Komplikace VH 22

5 LAPAROSKOPICKá HYSTEREKTOMIE 23

5.1 Klasifikace LH 23

5.2 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie 24

5.2.1 Výhody a nevýhody LAVH 24

5.2.2 Indikace LAVH 25

5.2.3 Operační technika LAVH 25

5.2.4 Komplikace LAVH 26

6 PERIOPERAČNÍ PÉČE Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY 27
6.1 Předoperační péče 27
6.2 Intraoperační péče 29
6.3 Pooperační péče 31
VÝZKUMNÁ ČÁST 33
7 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY 33
8 METODIKA VÝZKUMU 34
8.1 Kvantitativní výzkum 34
8.2 Kvalitativní výzkum 35
9 PREZENTACE VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU 36
10 PREZENTACE VÝSLEDKŮ KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU 43
10.1 Kazuistika č. 1 43
10.1.1 Anamnéza 43
10.1.2 Fyzikální vyšetření porodní asistentkou 44
10.1.3 Posouzení současného stavu potřeb dle NANDA domén 45
10.1.4 Zvažované ošetřovatelské diagnózy 47
10.1.5 Průběh hospitalizace 49
10.1.6 Popis operačního výkonu 51
10.2 Kazuistika č. 2 52
10.2.1 Anamnéza 52
10.2.2 Fyzikální vyšetření porodní asistentkou 53
10.2.3 Posouzení současného stavu potřeb dle NANDA domén 53
10.2.4 Zvažované ošetřovatelské diagnózy 56
10.2.5 Průběh hospitalizace 58
10.2.6 Popis operačního výkonu 60
10.3 Kazuistika č. 3 61

10.3.1 Anamnéza 61
10.3.2 Fyzikální vyšetření porodní asistentkou 62
10.3.3 Posouzení současného stavu potřeb dle NANDA domén 62
10.3.4 Zvažované ošetřovatelské diagnózy 65
10.3.5 Průběh hospitalizace 67
10.3.6 Popis operačního výkonu 69
10.4 Komparace perioperační péče u jednotlivých typů hysterektomie 70
10.4.1 Předoperační péče 70
10.4.2 Intraoperační péče 70
10.4.3 Pooperační péče 71
10.5 Komparace ošetřovatelských diagnóz u jednotlivých typů hysterektomie 72
10.5.1 Předoperační období 73
10.5.2 Intraoperační období 74
10.5.3 Pooperační období 76
11 DISKUZE 80
12 ZÁVĚR 85
13 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ 87
14 PŘÍLOHY 91

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 *Četnosti jednotlivých typů hysterektomie na pracovišti A* 36

Tabulka 2 *Četnosti jednotlivých typů hysterektomie na pracovišti B* 38

Tabulka 3 *Četnosti jednotlivých typů hysterektomie na pracovišti A a na pracovišti B* 40

Tabulka 4 *Kontingenční tabulka pozorovaných četností jednotlivých typů hysterektomie na pracovišti A a na pracovišti B*.....41

Tabulka 5 *Kontingenční tabulka očekávaných četností jednotlivých typů hysterektomie na pracovišti A a na pracovišti B*.....41

Tabulka 6 *Zvažované ošetřovatelské diagnózy u klientky X. Y.* 47

Tabulka 7 *Zvažované ošetřovatelské diagnózy u klientky N. A.* 56

Tabulka 8 *Zvažované ošetřovatelské diagnózy u klientky Ž. M.* 65

Tabulka 9 *Ošetřovatelské diagnózy shodné u všech tří klientek*.....73

SEZNAM ZKRATEK

AH – abdominální hysterektomie

amp. – ampule

ATB – antibiotika

AVF – anteverze flexe

BMI – body mass index

bpn – bez patologického nálezu

D – dech

GCS – Glasgow coma scale

GEU – graviditas extrauterina

i. m. – intramuskulárně

i. v. – intravenózně

JIP – jednotka intenzivní péče

KS – krevní skupina

LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

LH – laparoskopická hysterektomie

l. dx. – lateris dextri

O_2 – kyslík

P – pulz

PA – porodní asistentka

p. os – perorálně

spont. – spontánní

SpO_2 – saturace krve kyslíkem

stp. – status post

s. c. – subkutánně

tbl. – tableta

TEN – tromboembolická nemoc

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota

UPT – umělé přerušení těhotenství

VF – vitální funkce

VH – vaginální hysterektomie

ÚVOD

Tato práce se zabývá komparací různých typů hysterektomie. Hysterektomie je označení pro operační výkon, při němž je odstraněna děloha. V některých případech jsou současně odstraněny i vejcovody a vaječníky (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 157).

Důvodů pro odstranění dělohy je celá řada. Mezi nejčastější patří děložní myomy, prolaps dělohy, endometrióza, karcinom či hyperplazie, dále abnormální krvácení, menstruační potíže, pánevní bolest, onemocnění děložního hrdla, vejcovodů, vaječníků, ale také některé poporodní indikace jako například poporodní krvácení (Shimizu, 2011, s. 95–97).

Hysterektomii podstupují ženy všech věkových skupin. U žen do 20 let je nejčastěji důvodem k hysterektomii poporodní krvácení, u žen od 20 do 59 let jsou to myomy, menstruační problémy a endometrióza a u starších žen (nad 60 let) patří mezi nejčastější indikace prolaps dělohy a karcinom (Shimizu, 2011, s. 96–97).

Hysterektomie je prováděna především proto, aby ženě ulevila od symptomů, které výrazně ovlivňují kvalitu jejího života (Berhardt, 2012, s. 84).

Odstranění dělohy ale není jedinou možnou léčbou některých výše uvedených onemocnění a potíží. Z tohoto důvodu je vhodné před rozhodnutím o provedení hysterektomie ženě doporučit alternativní léčbu. Například menstruační krvácení může redukovat zavedení hormonálního nitroděložního tělíska a děložní myomy mohou být v některých případech odstraněny pomocí myomektomie. Některé ženy si ale přejí definitivní řešení potíží a rozhodnou se podstoupit hysterektomii (Barbieri and Reece, 2010, s. 366).

Dle přístupových cest se hysterektomie dělí na tři základní typy, a to abdominální, vaginální a laparoskopickou (Mára, Holub a kol., 2009, s. 84–107). Každá z variant hysterektomie má své výhody i nevýhody, přičemž je pro klientku všeobecně nejvýhodnější vaginální hysterektomie (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 118–119). Tu ale nelze provést u všech klientek. Při rozhodování o volbě operačního přístupu k hysterektomii je nutné zvážit řadu faktorů a respektovat přání klientky (Tošner, 2003, s. 8).

CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části diplomové práce je podat přehled o různých typech hysterektomie a popsat perioperační péči o klientku podstupující tuto operaci. Konkrétně je záměrem definovat gynekologické operace a jejich klasifikaci, hysterektomie a jejich klasifikaci a u jednotlivých typů hysterektomie popsat jejich druhy, výhody a nevýhody, indikace, provedení a komplikace. Důležitou součástí je charakterizovat péči o klientku před, v průběhu a po hysterektomii.

Ve výzkumné části práce byly stanoveny dva hlavní cíle. První komparuje, který typ hysterektomie je u klientek na dvou pracovištích prováděn nejčastěji. Druhý je zaměřen na perioperační péči u tří klientek s různým typem hysterektomie.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda je mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na prvním pracovišti rozdíl.
2. Zjistit, zda je mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na druhém pracovišti rozdíl.
3. Zjistit, zda je mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na prvním pracovišti v porovnání s druhým pracovištěm rozdíl.

TEORETICKÁ ČÁST

1 GYNEKOLOGICKÉ OPERACE

„Gynekologické operace jsou invazivní, tkáňovou integritu organismu porušující chirurgické diagnostické a terapeutické zákroky prováděné na pohlavních orgánech ženy“ (Roztočil et al., 2011, s. 396). Tyto operace jsou prováděny u žen s gynekologickým onemocněním, jedná-li se o takové onemocnění, které není jiným účinným způsobem léčitelné, nebo jsou-li všechny možnosti neinvazivní léčby vyčerpány (Rob, Martan, Citterbart et al., 2008, s. 61).

1.1 Klasifikace gynekologických operací

V současné době neexistuje jednotná klasifikace gynekologických operací. Lze je členit dle různých hledisek na:

- malé a velké gynekologické operace
- operace z otevřeného přístupu a minimálně invazivní operace
- operace kombinované (laparoskopicko-vaginální)
- operace vaginální a abdominální
- operace diagnostické a terapeutické
- operace rekonstrukční a amputační
- operace léčebné a estetické
- operace v gynekologii dětí a dospívajících
- operace se standardním průběhem a operace komplikované (Roztočil et al., 2011, s. 396-397)

V zahraniční literatuře je možno nalézt jiné členění, např. v knize Obsterics and Gynecology: The Essentials of Clinical Care jsou gynekologické operace rozděleny do čtyř hlavních kategorií dle způsobu chirurgického přístupu na:

- vaginální operace
- abdominální operace pomocí laparotomie
- abdominální operace pomocí laparoskopie
- hysteroskopické operace (Barbieri and Reece, 2010, s. 363)

2 HYSTEREKTOMIE

Hysterektomie neboli odstranění dělohy patří mezi nejčastěji prováděné velké gynekologické operace. (Mára a Holub, 2009, s. 83). Ve Spojených státech amerických je ročně provedeno více než 600 000 hysterektomií (Skinner and Delancey, 2013, s. 24). Clayton (2006, s. 73) uvádí, že v Británii je každý rok provedeno přibližně 100 000 hysterektomií. Kučera, Dankovčík a Feyereisl (2008, s. 71) poukazují na to, že přesná data pro Českou republiku nejsou k dispozici, ale počet provedených hysterektomií za rok je odhadován na 18 000–20 000.

Indikací k této operaci může být např. zhoubný nádor dělohy, fibromyomy, endometrióza, prolaps dělohy či nepravidelné děložní krvácení. Hysterektomie je sice vhodná jako chirurgická léčba některých gynekologických onemocnění, ale má i svá rizika a pro ženu může znamenat trvalé následky (např. sterilita), které je třeba brát v úvahu při indikaci této operace (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 157).

2.1 Klasifikace hysterektomií

Pilka, Procházka a kol. (2012, s. 157) klasifikují hysterektomie na abdominální, subtotální, radikální, vaginální, totální laparoskopické a laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie.

Mnoho autorů (Mára, Holub a kol., 2009, s. 84–107; Barbieri and Reece, 2010, s. 366–370; Zábranský, 2004, s. 4–5) se přiklání k základnímu dělení hysterektomií dle přístupových cest do tří kategorií:

- abdominální hysterektomie (AH)
- vaginální hysterektomie (VH)
- laparoskopické hysterektomie (LH)

2.2 Faktory ovlivňující volbu hysterektomie

O volbě přístupové cesty k provedení hysterektomie rozhoduje řada faktorů. Některé z nich jsou uvedeny v následujícím přehledu.

Diagnóza. Při prolapsu dělohy s cystorectocoelou je vhodná VH, při pelvialgiích způsobených adenomyózou či endometriózou laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) a při karcinomu vaječníku, vejcovodu a cervixu AH.

Přístup k děloze. Pro pohodlné provedení vaginální hysterektomie by měly být splněny následující podmínky. Pubický oblouk by měl být široký, pochva prostorná alespoň pro dva prsty a děloha by měla být volná, pohyblivá a stažitelná. Při adhezích či dobře vyvinutém závěsném aparátu nemusí být děloha dostatečně volná, pohyblivá a stažitelná. V takových případech je vhodná LAVH.

Velikost dělohy. Větší děloha nemusí být kontraindikací VH díky možnosti provedení amputace čípku, hemisekce či morselace. Zahraniční zdroj uvádí možnost předoperačního zmenšení dělohy pomocí agonistů gonadotropiny uvolňujícího hormonu.

Předchozí operace. Ne všechny pooperační stavy znamenají nemožnost provedení VH.

Přítomnost extrauterinní patologie. Pokud se jedná o ovariální cysty, patologie vejcovodů či endometriózu, je preferován laparoskopický, případně laparotomický přístup. Je-li ale u klientky vaginální přístup mimoto vhodný, je možno provést diagnostickou laparoskopii, která rozhodne, zda je VH proveditelná.

Operační zkušenosti, znalost metody. Volba přístupu k hysterektomii je ovlivněna zkušenostmi operatéra jednotlivých variant hysterektomie.

Věk klientek. Tento faktor nehraje významnou roli. U starších žen je častou indikací pokles dělohy, který je nejčastěji řešen provedením VH.

Náklady na operaci. Cena za operaci je nejnižší u VH, následně AH a u LAVH je nejvyšší.

Délka hospitalizace. Kratší je doba hospitalizace u VH a LAVH oproti AH.

Operační čas. Nejdéle trvá provedení LAVH, následně AH a nejkratší operační čas je u VH.

Operační komplikace. Nejméně peroperačních komplikací je popisováno u VH, následně u AH a LAVH.

Přání klientky. Při rozhodování o volbě přístupu k hysterektomii může klientku zajímat např. doba rekonvalescence, která je nejkratší po VH a LAVH, po AH je delší (Tošner, 2003, s. 8–13; Zábranský, 2004, s. 5–6; Skinner and Delancey, 2013, s. 25–26).

3 ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

Abdominální hysterektomie je operace, při níž je děloha odstraněna z laparotomického přístupu. Poprvé byla AH provedena v roce 1878 ve Vratislavi W. A. Freudem, který techniku této operace brzy představil i v Praze. Od té doby bylo popsáno několik dalších modalit odstranění dělohy z abdominálního přístupu (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 157; Mára, Holub a kol., 2009, s. 84).

Rozlišujeme hysterektomii úplnou (totální), při níž je odstraněna celá děloha, a neúplnou (subtotální), taktéž nazývanou supracervikální anebo supravaginální amputace dělohy, při níž je odstraněno tělo děložní a cervix je ponechán. Dle přístupu k pericervikální fascii rozeznáváme extrafasciální a intrafasciální hysterektomii (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 157; Mára, Holub a kol., 2009, s. 84). Dále rozlišujeme jednoduchou hysterektomii (operuje se co nejblíže k děloze) a rozšířenou neboli radikální hysterektomii (operuje se dál od dělohy), kdy je děloha odstraněna včetně závěsného aparátu (tzv. parametrií) a kraniální části pochvy. Radikální hysterektomie bývá téměř vždy doplněna o extirpaci lymfatické tkáně v malé pánvi (Kobilková, Živný a Bochman, 2000, s. 136; Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 928).

Při odstranění dělohy mohou být adnexa ponechána (hysterectomia abdominalis simplex) nebo odstraněna na obou stranách (hysterectomia abdominalis cum adnexectomia bilateralis) (Roztočil et al., 2011, s. 402).

3.1 Výhody a nevýhody AH

Výhodou AH je lepší přístup do dutiny břišní a lze ji tedy provést v jakékoliv situaci a pro kteroukoliv lézi. Je vhodná zejména při operacích nádorových a pozánětlivých onemocnění a umožňuje také provést subtotální hysterektomii. Nespornou výhodou abdominálního přístupu je možnost provést dokonalou revizi dutiny břišní. Pokud je potřeba současně s hysterektomií provést operační výkon na adnexech, je toto z abdominálního přístupu pro operatéra snadno proveditelné. Abdominální přístup umožňuje provedení i dalších potřebných výkonů, jako je např. apendektomie (Zábranský, 2004, s. 5; Simočková, 2011, s. 69; Mára, Holub a kol., 2009, s. 88; Kudela, Zahradníčková a Hejtmánek, 2003, s. 217).

Nevýhodou je prodloužená doba operace, delší a hlubší anestezie, nemožnost provést operaci ve svodné anestezii, větší operační rána a následná jizva na břišní stěně, větší zátěž klientky,

větší bolestivost po operaci, omezení respiračních funkcí a aktivní mobilizace. Po AH je vyšší riziko trombembolie, vyšší pravděpodobnost tvorby pooperačních adhezí a vyšší pooperační morbidita i mortalita. Nelze opomenout rizika, která jsou pro laparotomii specifická (např. jizvy, střevní problémy, eviscerace). Nevýhodou je také delší doba hospitalizace a pracovní neschopnosti klientky. (Zábranský, 2004, s. 5; Simočková, 2011, s. 69; Kudela, Zahradníčková a Hejtmánek, 2003, s. 217).

3.2 Indikace AH

Častou indikací k AH je fibromyomatóza, zejména je-li značného rozsahu, dále dysfunkční krvácení a krvácení oraganického původu, endometrióza, těžké zánětlivé a pozánětlivé stavy, benigní tumory vaječníků u žen, které již nechtějí otěhotnět, chronické bolesti, prekancerózy endometria a cervixu, některé onkologické indikace a porodnické indikace, např. poporodní hysterektomie (Zábranský, 2006a, s. 210).

Jedná-li se o benigní stavy, měla by být AH provedena pouze tehdy, pokud patologické okolnosti a stav klientky vylučují vaginální nebo laparoskopický přístup. Abdominální přístup bývá zvolen při příliš velké děloze, úzké pochvě, není-li přítomen sestup dělohy, při obtížných intraabdominálních podmínkách, které mohly být způsobeny předchozí operací v pánvi, dále při adhezích, endometrióze nebo při postižení adnex (Shimizu, 2011, s. 28).

3.3 Operační technika extrafasciální AH bez adnexektomie

Před operačním výkonem je kromě dezinfekce operačního pole provedena dezinfekce pochvy, eventuálně je zavedena poševní tamponáda. Do močového měchýře je zaveden permanentní Foleyův katetr (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 926; Kobilková, Živný a Bochman, 2000, s. 138).

Otevření dutiny břišní je nejčastěji provedeno příčným suprapubickým řezem nebo pomocí dolní střední laparotomie, která je zvolena při podezření na karcinom, při potvrzených malignitách, při objemných nálezech, dále pokud byla u klientky v minulosti provedena dolní střední laparotomie, u obézních klientek či při nejisté diagnóze (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 926; Macků a kol., 1995, s. 200). Po otevření dutiny břišní jsou uvolněny oblé vazy a úpony adnex. Následně jsou prostřiženy oba listy širokého vazu a vezikouterinní plika a je sesunut močový měchýř (Zábranský, 2006a, s. 212). Dále je provedena ligatura a prostřižení děložních cév v oblasti děložního isthmu. V další fázi operace je děloha uvolněna od závěsného aparátu a po odstřižení od úponu pochvy je odstraněna. Pochva

je dezinfikována a pomocí sutury uzavřena. Poševní pahýl je fixován pomocí oblých a křížoděložních vazů. Následuje peritonealizace a revize dutiny břišní. Sutura laparotomie je provedena dle anatomických vrstev (Macků a kol., 1995, s. 200–215).

3.4 Komplikace AH

Komplikace se nejčastěji dělí dle časového výskytu na peroperační (intraoperační) a pooperační, které se dále dělí na časné a pozdní (Zábranský, 2006a, s. 213). Výskyt komplikací je ovlivněn rizikovými faktory obecnými, jako jsou věk, hmotnost či interní choroby, a specifickými, jako jsou změněná topografie orgánů či kvalita tkání (Mára, Holub a kol., 2009, s. 87).

Nejčastějšími intraoperačními komplikacemi jsou krvácení a poranění okolních orgánů (Zábranský, 2006a, s. 213). Při AH je zejména riziko poranění močového měchýře, močovodu a rekta (Kobilková, Živný a Bochman, 2000, s. 144).

Z časných pooperačních komplikací se může vyskytnout krvácení, které někdy probíhá okultně a projeví se náhle až po uplynutí několika hodin hypotenzí, tachykardií a distenzí břišní stěny. Nebezpečí spočívá v tom, že tyto příznaky krvácení mohou být zpočátku maskovány bolestí z operační rány a analgetiky (Zábranský, 2006a, s. 213–214). Další komplikací je infekce. Specifickým rizikovým faktorem vzniku infekce u AH je laparotomie, dále velká krevní ztráta, dlouhá doba operace a katetrizace močového měchýře či zvýšená traumatizace tkání ekartéry. Aby byla pravděpodobnost vzniku infekční komplikace co nejmenší, jsou profylakticky aplikována antibiotika (ATB), je provedena vaginální příprava, preparace je prováděna v anatomických vrstvách a také je kladen důraz na pečlivé stavění krvácení. Velmi závažným stavem je plicní embolie. Prevence této komplikace je zajištěna miniheparinizací, která ale může zapříčinit zvýšený výskyt hematomů v laparotomické operační ráně. Z tohoto důvodu je možno profylakticky založit sukční drény do predilekčních míst (Mára, Holub a kol., 2009, s. 87–88).

Pozdních pooperačních komplikací existuje celá řada. Tyto komplikace souvisejí s břišní stěnou, ránou v dutině pánevní či s celkovým stavem klientky (Zábranský, 2006a, s. 214).

4 VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

Vaginální hysterektomie představuje variantu hysterektomie, při níž je děloha odstraněna poševní cestou (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 157). K prvním pokusům o provedení VH došlo již ve středověku, ale jelikož se jednalo o nesystematicky prováděné pokusné výkony, které se snažily řešit např. poporodní inverzi dělohy, končily často tragicky. Vaginální cestou extirpoval dělohu v roce 1803 Struve. První promyšleně provedenou hysterektomii provedl dle německých zdrojů Konrád Langenbeck. V průběhu času se na zdokonalení techniky VH podílela řada známých chirurgů (Zábranský a Adamík, 2010, s. 47). Koncem 19. století vznikaly národní školy vaginální operativy, z nichž je pro Českou republiku důležitá ta německá a rakouská (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 117).

Vaginální hysterektomie má různé varianty, např. jednoduchá VH, VH s adnexektomií, VH s plastikami poševními či jiným rekonstrukčním zákrokem, VH s diagnostickou laparoskopií nebo radikální VH (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 118). Dle vztahu k cervikální fascii rozeznáváme extrafasciální a intrafasciální VH. Je-li operace prováděna částečně intrafasciálně a částečně extrafasciálně, je označována jako hybridní hysterektomie (nejčastější typ). Operační technika VH závisí na anatomických podmínkách, a proto rozlišujeme VH při sestupu a prolapsu rodidel, standardní VH a VH při objemné děloze. Existují i různé modality a zmenšovací manévry jako např. amputace cervixu, hemisekce či morselace (Zábranský, 2006b, s. 219).

4.1 Výhody a nevýhody VH

VH má řadu výhod, jako to, že se v podstatě jedná o extraperitoneální výkon, kdy pro vstup do pánve je proveden jeden malý peritoneální otvor, při operaci dochází k minimální manipulaci se střevy, není prováděna incize břišní stěny a pravděpodobnost tvorby pooperačních adhezí je minimální. VH je vhodná u vysoce rizikových a obézních klientek. Nezanedbatelnými přednostmi VH jsou krátký čas operace, kratší a mělčí anestezie, možnost provedení operace ve svodné anestezii a malá krevní ztráta. Významnými klady jsou z pohledu klientky menší a kratší dobu trvající pooperační bolesti, menší množství komplikací (např. vznik infekce, sekundární hojení či rozpad rány), rychlejší rekonvalescence, a tedy i kratší doba hospitalizace a pracovní neschopnosti. Z pohledu zdravotnického zařízení je nezanedbatelná ekonomická výhodnost (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 118–119; Simočková, 2011, s. 69; Kudela, Zahradníčková a Hejtmánek, 2003, s. 217).

Největší nevýhodou VH je nemožnost provést revizi celé dutiny břišní a omezená možnost revize malé pánve. Odstranění adnex při VH může být ve specifických případech ztíženo. Nevýhodou je i nemožnost provedení dalších potřebných výkonů, jako je např. apendektomie. V některých případech může být průběh operace komplikován např. nadměrně velkou či nestažitelnou dělohou, stavem po císařském řezu či nuliparitou (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 118–119; Simočková, 2011, s. 69; Kudela, Zahradníčková a Hejtmánek, 2003, s. 217).

4.2 Indikace VH

Mezi nejčastější indikace k VH patří myomy, krvácení, prekancerózy cervixu, sestup genitálu, chronické bolesti v podbřišku a adenomyóza (Zábranský, 2006b, s. 218).

Podmínky k provedení VH jako např. dostatečný děložní sestup či omezená velikost dělohy dnes neplatí tak striktně. Podobně stav po laparotomii není již úplnou kontraindikací VH. Limitem pro VH může být děloha větší než 12 týdnů gravidity či její objem větší než 300 cm^3, omezení děložní mobility, adnexální patologie a úzká pochva. Zkušený operatér ale nemusí být výše uvedenými stavy zcela limitován (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 119).

VH by měla být standardním postupem k odstranění dělohy u většiny klientek. Pokud je to možné, měl by být preferován vaginální přístup před abdominálním (Shimizu, 2011, s. 28).

4.3 Operační technika standardní VH bez adnexektomie

Standardní VH je na českých pracovištích prováděna často. Tento způsob je zvolen, pokud při předoperačním vyšetření děloha sestupuje jen málo a její hmotnost nepřesahuje 300 g (Mára, Holub a kol., 2009, s. 89).

Před cirkulární incizí cervixu v místě úponu poševních kleneb na dělohu je možno provést infiltraci vazopresorickou látkou. Po vysunutí zadní poševní stěny je prostřiženo peritoneum rektovaginální exkavace a po vysunutí přední poševní stěny a močového měchýře je prostřižena vezikouterinní plika. Následně je po předchozí ligatuře provedeno odstřižení sakrouterinních a kardinálních ligament a uterinních cév. Po stažení dělohy jsou podvázána a odstřižena adnexa a oblé vazy s následnou revizí adnex. Po kontrole krvácení je provedena peritonealizace, závěs poševního pahýlu na sakrouterinní a popřípadě i na oblé vazy a sutura pochvy pokračujícím stehem (Mára, Holub a kol., 2009, s. 89; Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 940). Zábranský (2006b, s. 221) podotýká, že existuje více způsobů provedení standardní VH a dle zvyklosti pracoviště mohou být velké rozdíly např. ve způsobu závěsu pochvy.

4.4 Komplikace VH

Z intraoperačních komplikací se nejčastěji vyskytuje krvácení a poranění okolních orgánů (močový měchýř, močovod a rektum). Závažné krvácení se vyskytuje zhruba v 1 % případů. Při stavění krvácení je důležitá vizuální kontrola krvácejícího zdroje. Ztrátu krve během operace lze snížit lokální aplikací ředěných vazopresorů (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 133).

Mezi časné pooperační komplikace patří krvácení, infekce v ráně a okolí, pánevní flebotrombóza, tromboflebitida, septický šok, vzácně pak paralytický nebo obstrukční ileus. Následkem nevhodného uložení klientky na operačním stole může být poranění periferních nervů. Z raritních komplikací se může vyskytnout apendicitida či divertikulitida. Z infekčních komplikací se nejčastěji vyskytuje infekce močového ústrojí, infekce rány a septické žilní a pánevní zánětlivé komplikace. Riziko infekce souvisí s operačním časem, krevní ztrátou, déle trvající katetrizací, ale také např. s věkem klientky či imunologickými a mikrocirkulačními poruchami. Snahou je samozřejmě riziko infekce minimalizovat. Mezi základní postupy patří neagresivní předoperační vaginální příprava, anatomická preparace, pečlivé stavění krvácení, krátkodobá drenáž a profylaktické podání ATB (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 133). Záhumenský a kol. (2013, s. 362) uvádějí, že riziko febrilní morbidity v souvislosti s VH je bez profylaxe 40–50 % oproti 5–20 % při podání antibiotické profylaxe. Časné pooperační krvácení se vyskytuje zhruba v 1,5 % případů a má řadu příčin. Na zástavu krvácení ze subperitoneálních prostor má dobrý vliv komprese balonkem Foleyova katetru, někdy i lokální komprese tamponádou (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 133).

Mezi pozdní pooperační komplikace patří například infekce, hematom, absces, sekundární krvácení, granulom, prolaps vejcovodu, močové potíže, iatrogenní stresová inkontinence, fistula, prolaps pochvy, její zkrácení, striktury či ponechané cizí těleso (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 134).

VH je spojena s relativně nízkou frekvencí komplikací, z nichž se nejčastěji vyskytují záněty a krvácení. Mortalita v souvislosti s VH je kolem 3 případů na 10 000 operací (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 134).

5 LAPAROSKOPICKÁ HYSTEREKTOMIE

Laparoskopická hysterektomie je označení pro výkon, během kterého je při odstranění dělohy použita laparoskopie. Může se např. jednat o laparoskopickou lýzu adhezí s následnou vaginální hysterektomií nebo o hysterektomii, která je kompletně provedena laparoskopicky. To, jak velká část operace bude provedena laparoskopicky a vaginálně, určuje lokalizace a rozsah pánevní patologie, individuální fyzické a osobnostní parametry klientky, ale také míra znalostí a zkušeností operatéra v oblasti endoskopické a vaginální operativy (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 96).

První laparoskopickou hysterektomii provedl v České republice MUDr. Vladimír Dvořák v roce 1992 na brněnském pracovišti (Mára, Holub a kol., 2009, s. 92)

5.1 Klasifikace LH

Existuje celá řada klasifikačních schémat LH, které se mohou v jednotlivých zemích lišit. Holub, Kužel a kol. (2005, s. 96–102) uvádějí následující přehled.

Laparoskopická hysterektomie je v širším slova smyslu označení pro všechny typy výkonů, kdy je při odstranění dělohy použita laparoskopie. V užším slova smyslu je definována jako provedení ligatury nebo disekce děložních arterií laparoskopicky. Následující fáze operace mohou být provedeny z vaginálního nebo laparoskopického přístupu.

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie označuje hysterektomii, při níž je část výkonu provedena laparoskopicky a děloha je odstraněna z vaginálního přístupu.

Vaginálně asistovaná laparoskopická hysterektomie je výkon, který začíná poševní incizí a je dokončen laparoskopicky.

Laparoskopická supracervikální hysterektomie. Při operaci je laparoskopicky provedeno uvolnění těla děložního od závěsného aparátu, případně i adnexektomie. Vaginálně zavedeným morselátorem je odstraněna část exocervikální tkáně, celý endocervix a centrální část dělohy s endometriem. Následně je odstřiženo a odstraněno děložní tělo (morselací, pomocí zadní kolpotomie nebo endo-bagu).

Totální laparoskopická hysterektomie označuje výkon, při němž jsou všechny fáze hysterektomie provedeny laparoskopicky (včetně sutury pochvy a pánevního peritonea). Výjimku tvoří pouze samotné odstranění dělohy, které je výhodnější provést vaginální cestou.

Laparoskopicky asistovaná radikální vaginální hysterektomie umožňuje při provedení radikální vaginální hysterektomie dle Schauty laparoskopicky zhodnotit a odstranit regionální místní uzliny.

Laparoskopická radikální hysterektomie je metoda, při níž je radikální hysterektomie provedena kompletně z laparoskopického přístupu. Jedná se o laparoskopickou variantu rozšířené abdominální hysterektomie dle Wertheima, která je doplněná o odstranění pánevních lymfatických uzlin.

5.2 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

LAVH označuje hysterektomii, při níž je část výkonu provedena laparoskopicky a děloha je odstraněna z vaginálního přístupu. Snad proto, že LAVH představuje nejvýhodnější sjednocení laparoskopické a vaginální operační techniky, získal tento typ operace z laparoskopických variant hysterektomií mezi chirurgy největší oblibu.

Dle přístupu, ze kterého je provedeno přerušení děložních cév a je proťata pochva, se LAVH dělí na superiorní typ, kdy jsou děložní cévy poševní klenby proťaty z vaginálního přístupu, a na inferiorní typ, kdy je výše uvedené provedeno z laparoskopického přístupu. V laparoskopické fázi je možno provést lýzu adhezí, excizi ložisek endometriózy, salpingektomii a ovarektomii, disekci či koagulaci děložních cév a protětí poševní klenby (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 96–107).

5.2.1 Výhody a nevýhody LAVH

LAVH kombinuje výhody vaginálního a abdominálního přístupu. Zábranský (2004, s. 5) podotýká, že není nutno provést laparotomii jako u AH, ale zároveň je umožněna dokonalá revizi dutiny břišní. Kudela, Zahradníčková a Hejtmánek (2003, s. 217) spatřují výhodu LAVH i v možnosti spolehlivé revize adnex či provedení adnexektomie. Výhodami LAVH jsou menší incize, menší poškození tkání související s menší bolestivostí a rychlejší doba zotavení (Shimizu, 2011, s. 2).

Nevýhodou LAVH je delší čas operace, a tedy i delší anestezie. Tento typ hysterektomie není vhodný pro klientky s kardiálním onemocněním a je relativně kontraindikována u klientek po mnohočetných laparotomiích či u obézních klientek (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 111; Kudela, Zahradníčková a Hejtmánek, 2003, s. 217).

5.2.2 Indikace LAVH

Z indikací k LAVH se nejčastěji vyskytují benigní onemocnění dělohy a adnex, dále prekancerózy děložního hrdla, těla a ovaria, ale také karcinomy endometria v časném stadiu (Mára, Holub a kol., 2009, s. 97).

Při volbě operačního přístupu k hysterektomii je nutno brát v úvahu, že laparoskopický přístup není vhodný pro všechny klientky. U klientek s kardiálním onemocněním III. a IV. stupně hrozí riziko selhání oběhu z důvodu Trendelenburgovy polohy. Relativní kontraindikací je předchozí operace z laparotomického přístupu či obezita (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 111).

5.2.3 Operační technika LAVH

Po přípravě operačního pole je zaveden děložní manipulátor, který umožní pohybovat dělohou v průběhu laparoskopické části operace. Po založení kapnoperitonea pomocí Veressovy jehly je v oblasti pupku zaveden trokar pro laparoskop. Laterálně suprapubicky jsou zavedeny dva až tři pomocné porty. Následně je zhodnocen stav dutiny břišní (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 107–108; Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 956–957).

Při inferiorním typu je provedena disekce infundibulopelvického (LAVH s adnexektomií) nebo uteroovarického ligamenta (LAVH bez adnexektomie). Dále je proťat oblý vaz, prostřižena vezikouterinní plika a sesunut močový měchýř. Následně je provedena okluze (např. koagulací) a protětí děložních cév. Z laparoskopického přístupu je ještě provedeno protětí přední a/nebo zadní poševní klenby a koagulace a prostřižení sakrouterinních vazů.

Na začátku vaginální fáze operace je aplikováno vasokonstrikční agens. Dále je provedena cirkulární incize pochvy a jsou otevřeny obě exkavace. Postupně jsou odstřiženy kardinální a vezikouterinní ligamenta a je odstraněna děloha. Po kontrole operačního pole je provedena sutura pochvy a je založena tamponáda.

V poslední fázi operace je provedena laparoskopická videoinspekce, jsou odstraněny porty a je provedena sutura břišních incizí. Laparoskopicky bývá ještě někdy zajištěna drenáž malé pánve pomocí sukčního Redonova drénu (Mára, Holub a kol., 2009, s. 93; Holub, Kužel a kol., 2005, s. 108–109).

5.2.4 Komplikace LAVH

LAVH s sebou nese rizika komplikací hysterektomie obecně, a navíc ty, které jsou specifické pro laparoskopii (Shimizu, 2011, s. 13). Jelikož komplikace související s vaginální hysterektomií jsou uvedeny výše (viz oddíl 4.4 Komplikace VH), budou dále popsány laparoskopické komplikace.

Intraoperační komplikace souvisí především se vstupem do peritoneální dutiny. Může dojít k poranění střeva, močového měchýře, dolních epigastrických cév či velkých cév. Poranění bývá způsobeno insuflační jehlou či trokarem. V průběhu vlastní operace může taktéž dojít k poranění orgánů, cév či močovodů. Komplikace může způsobit selhání nebo nesprávné použití laparoskopického instrumentária. Kapnoperitoneum může v průběhu operačního výkonu způsobit anesteziologické komplikace (Kučera, 2004, s. 6).

Mezi časné pooperační komplikace související s operačním výkonem patří hlavně krvácení a zánětlivé komplikace. V pooperačním období se mohou objevit anesteziologické komplikace způsobené kapnoperitoneem (Kučera, 2004, s. 7).

Z pozdních pooperačních komplikací, které souvisí s laparoskopickou incizí, může dojít k hernii (při použití trokaru o průsvitu větším než 10 mm), infekci a také mohou vzniknout tzv. metastázy v místě trokarové incize, které souvisejí s gynekologickými malignitami (Kučera, 2004, s. 7; Holub, Kužel a kol., 2005, s. 42–43). Dalšími pozdními komplikacemi jsou adheze, fistuly a nekrózy gastrointestinálního nebo močového systému, ale také poranění nervových vláken a pletení v retroperitoneu (Kučera, 2004, s. 7).

6 PERIOPERAČNÍ PÉČE Z POHLEDU PORODNÍ ASISTENTKY

Perioperační péče je péče o klientku před, během a po operaci. Dle časového hlediska se dělí na tři základní etapy:

- **Předoperační** – začíná rozhodnutím o provedení operačního výkonu a končí předáním klientky na operační sál.
- **Intraoperační** – začíná předáním klientky na operační sál a končí překladem klientky na jednotku intenzivní péče (JIP) či na standardní oddělení.
- **Pooperační** – začíná překladem klientky na JIP či na standardní oddělení a končí zotavením klientky (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 26–47; Jedličková a kol., 2012, s. 155–156).

Perioperační období z užšího pohledu se odehrává převážně na operačním sále. Začíná při překladu klientky na operační oddělení a končí předáním klientky do následné péče, např. na dospávací pokoj či standardní oddělení (Wichsová a kol., 2013, s. 133–138).

6.1 Předoperační péče

V rámci předoperační fáze je provedeno předoperační vyšetření a příprava klientky k operačnímu výkonu. Při předoperačním vyšetření je odebrána anamnéza klientky, je provedeno fyzikální, laboratorní, biochemické, hematologické a hemokoagulační vyšetření a také vyšetření moči a močového sedimentu. Dle výsledků vyšetření jsou provedena další vyšetření a je navržen postup předoperační přípravy (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 915–916; Roztočil et al., 2011, s. 398).

Při plánování operačního výkonu je dobré myslet na správné načasování, jelikož v období těsně před menstruací by vlivem překrvení orgánů mohlo dojít k větší krevní ztrátě. Ideální je proto doba po menstruaci. Z důvodu prevence tromboembolické nemoci (TEN) je vhodné vysazení hormonální substituční léčby či hormonální antikoncepce. Dále je nutné myslet na přidružená onemocnění klientky (např. hypertenze, diabetes) a na přechodné onemocnění dýchacího, oběhového, vylučovacího a trávicího systému, které by měly být před operačním výkonem optimálně kompenzovány či doléčeny. Důležité je přeléčení případné poševní infekce (Slezáková a kol., 2011, s. 32–33; Roztočil et al., 2011, s. 398).

Předoperační přípravu lze rozdělit na psychickou a tělesnou. Psychické přípravě by měla být věnována mimořádná pozornost. Pro některé klientky je operace, ale i samotná hospitalizace v nemocnici, stresující záležitostí. Objevují se u nich pocity strachu, úzkosti, studu či méněcennosti. Klientka s gynekologickým onemocněním může pociťovat změny v sebepojetí, tělesném vzhledu, osobní identitě či plnění rolí. Proto je důležité, aby bylo klientce v souvislosti s operačním výkonem vše srozumitelně vysvětleno a byla jí dána možnost zeptat se na to, co jí není jasné nebo co ji ještě zajímá. Lékař informuje klientku o jejím zdravotním stavu a navrhovaném operačním výkonu, a na základě toho je klientka vyzvána k podpisu informovaného souhlasu s operací. O premedikaci a zvoleném způsobu anestezie poučuje klientku anesteziolog. Klientka pak podepíše informovaný souhlas s anestezií. V rámci souhlasu s hospitalizací by klientka měla vyplnit, koho a v jaké míře je možné informovat o jejím zdravotním stavu. Porodní asistentka (PA) edukuje klientu o ošetřovatelských intervencích v perioperačním období se zaměřením na problematiku bolesti, hygienické péče, rehabilitace, operační rány, invazivních vstupů, vedlejších účinků anestezie a vyprazdňování. Klientce by mělo být umožněno, aby vyjádřila své pocity. Úkolem PA je klientce naslouchat, nikoliv posuzovat její pocity či chování. Vhodné je dodat klientce sebedůvěru, povzbudit ji, ale zároveň je nutné se vyvarovat nereálným nadějím. Edukace klientky má pozitivní vliv nejen na její spolupráci, ale i na její následnou rekonvalescenci (Simočková, 2011, s. 70–71; Slezáková a kol., 2011, s. 33; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 34; Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 67).

V rámci tělesné přípravy je klientce den před operačním výkonem doporučena v poledne jen lehká strava a následně pouze tekutiny. Od půlnoci nesmí klientka jíst, pít ani kouřit. Vyprázdnění střev je zajištěno aplikací osmotických laxativ, nebo očistného klyzmatu. Důležitá je příprava operačního pole, kdy pro předpokládaný abdominální přístup k operaci je oholen podbřišek a hrma a pro předpokládaný vaginální přístup je oholena vulva a perineum. Jelikož holení operačního pole večer před operací zvyšuje riziko infekce, mělo by být provedeno bezprostředně před operací, a to ideálně pomocí elektrického strojku či epilačního krému. Před operacemi z vaginálního přístupu je prováděna laváž pochvy antiseptickým roztokem. Před laparoskopickým přístupem je provedeno vyčištění pupku. Z medikamentozní přípravy jsou večer před operačním výkonem podávány léky na spaní. Chronické medikace ráno v den operace se řídí rozpisem internisty. Dále je v indikovaných případech aplikována antibiotická profylaxe a k profylaxi TEN je nejčastěji užívána miniheparinizace. 30–45 min před operačním výkonem je dle ordinace anesteziologa podána

premedikace. Podle potřeby je zajištěn invazivní vstup. Ráno se klientka osprchuje a je provedena elastická bandáž dolních končetin (prevence TEN). Před transportem na operační sál si klientka odloží oděv, šperky i protetické pomůcky a vymočí se (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 916–917; Rob, Martan, Citterbart et al., 2008, s. 62; Jedličková a kol., 2012, s. 155; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 34).

6.2 Intraoperační péče

Péče o klientku v této fázi je zajištěna personálem operačního sálu neboli operačním týmem. Ten je tvořen lékaři (operatér a asistenti), porodními asistentkami pro perioperační péči (instrumentující a obíhající PA), ošetřovatelkami, sanitáři, anesteziologem, anesteziologickou sestrou a dle potřeby dalšími specialisty (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 40).

Ze standardního oddělení je klientka za doprovodu PA či lékaře sanitářem přivezena do vstupního filtru pro pacienty, kde se péče o ni ujímá perioperační PA či anesteziologická sestra (případně anesteziolog) a sálová sanitářka. Spolu s klientkou je předána i její dokumentace a je zkontrolován její identifikační náramek. Klientka, přikryta pouze prostěradlem, je přeložena na transportní vozík nebo na desku operačního stolu. Vlasy klientky jsou kryty čepicí. Během překladu je nutné respektovat stud klientky. Z filtru je klientka přes ochrannou zónu převezena na operační sál (Wichsová a kol., 2013, s. 134; Jedličková a kol., 2012, s. 155; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 41).

Po uložení klientky na operační stůl je proveden bezpečnostní proces, kdy se klientky dotazujeme na její jméno, plánovaný operační výkon a také na alergie (Wichsová a kol., 2013, s. 134).

Poloha klientky se odvíjí od zvoleného přístupu k operaci. Základní je poloha na zádech, jedna horní končetina, na které je zajištěn žilní vstup, je upažena a připevněna k podložce a druhá je zpravidla připoutána k tělu. Při abdominálním přístupu mohou být dolní končetiny v abdukci či addukci. Při vaginálním přístupu jsou dolní končetiny v široké abdukci s extenzí v kolenních kloubech a jsou upevněny do třmenů nebo Schautových opěrek. Při laparoskopickém přístupu leží klientka taktéž na zádech, dolní končetiny jsou podepřeny ve třmenech a kolena jsou v mírné extenzi. Z důvodu Trendelenburgovy polohy je důležité umístění ramenních zarážek. Po uvedení do anestezie bývá poloha klientky většinou dle pokynů operatéra dále upravována a z tohoto důvodu je nutné nejen tělo klientky zajistit proti pádu popruhy a predilekční místa, kde by mohly vzniknout dekubity či útlak nervů, vypodložit, ale také při polohování respektovat zejména fyziologii. Tepelný komfort klientky

bývá zajištěn použitím vyhřívací podložky (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 41; Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 77; Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 917–918; Roztočil et al., 2011, s. 405; Wichsová a kol., 2013, s. 135).

Předpokládá-li se při operačním výkonu využití monopolární elektrokoagulace, je na tělo klientky přiložena neutrální elektroda. Dle požadavku operatéra je někdy zaveden permanentní močový katétr (Wichsová a kol., 2013, s. 135).

Antisepsi operačního pole provádí člen operačního týmu pomocí sterilních podávkových kleští, sterilních tamponů a antiseptika, a to od středu operačního pole do stran, přičemž proceduru dvakrát zopakuje. Důležité je, aby antiseptikum nezateklo pod tělo klientky (riziko popálení při použití elektrokoagulace) a samovolně zaschlo. Následuje sterilní krytí klientky, které je většinou provedeno pomocí jednorázových rouškovacích setů (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 82; Wichsová a kol., 2013, s. 136; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 42).

Před zahájením operačního výkonu kontrolují PA pro perioperační péči připravenost a sterilitu nástrojů a pomůcek potřebných k operačnímu výkonu. V průběhu operačního výkonu instrumentující PA sleduje průběh operace, dle situace a požadavků operatéra instrumentuje, použité nástroje a pomůcky ošetřuje a kontroluje. Početní kontrolu nástrojů a materiálu provádí před výkonem, v jeho průběhu a před jeho ukončením. Dále kontroluje sterilitu operačního pole, ale i dodržování sterilních technik u všech členů operačního týmu. Obíhající PA v průběhu operačního výkonu obsluhuje operační tým, dle potřeby dodává materiál, odebrané vzorky biologického materiálu označuje a zajišťuje jejich odeslání k vyšetření, obsluhuje přístroje a vede dokumentaci. Spolu s instrumentářkou kontroluje sterilitu a provádí početní kontrolu nástrojů a materiálu. Obíhající PA zadává úkoly sanitáři a kontroluje jeho práci a případně zařizuje potřebná konzilia (Wichsová a kol., 2013, s. 137–138).

V průběhu operačního výkonu a anestezie anesteziologická sestra s anesteziologem sledují klientčiny životní funkce, aplikují potřebné medikace a vedou příslušnou dokumentaci (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 41; Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 75).

Na závěr operačního výkonu instrumentářka operační ránu omyje, osuší, ošetří antiseptikem a sterilně překryje. Obíhající PA pak odstraní rouškování a zkontroluje klientku. Anesteziologická sestra pečuje o klientku, dokud se neprobudí z anestezie a následně i na dospávacím pokoji. Je-li klientka stabilní, je na pokyn anesteziologa předána i s dokumentací zpět na standardní oddělení. Vyžaduje-li intenzivní sledování, je přeložena

na jednotku intenzivní péče. Selhávají-li klientce základní životní funkce, je předána na anesteziologicko-resuscitační oddělení (Wichsová a kol., 2013, s. 138; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 42).

6.3 Pooperační péče

Bezprostřední pooperační péče většinou probíhá na JIP. V tomto období postupně odeznívají účinky anestetik a svalových relaxancií. Důsledkem toho je postupný návrat vědomí, svalového napětí, obranných reflexů a spontánního dýchání. Péče je zaměřena především na sledování vitálních funkcí (VF): krevní tlak (TK), pulz (P), dech (D), tělesná teplota (TT), vědomí; saturace a bolesti. Dle ordinace lékaře jsou většinou VF zpočátku monitorovány každých 15 min, následně po 30 min a pak po 1 hodině. Je kontrolováno krvácení (zda neprosakuje krytí operační rány a nekrvácí-li klientka z rodidel) a množství odpadu v drénech. Dále je sledována bilance tekutin, případné příznaky pooperačních komplikací a celkový stav klientky. Důležitá je v tomto období taktéž péče o pohybový režim (postupná rehabilitace) a hygienu klientky. Dle ordinace lékaře jsou klientce aplikovány léky a infuzní terapie. Péče o klientku je zaznamenávána do příslušné dokumentace (Simočková, 2011, s. 71; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 47–49; Slezáková a kol., 2011, s. 34; Slezáková a kol., 2007, s. 36).

Je-li stav klientky stabilní, je přeložena na standardní oddělení. Zde je pokračováno v monitorování VF, které probíhá zpravidla 1–2× denně. Pooperační bolest je tlumena neopioidními analgetiky, opioidy či místními anestetiky. Invazivní vstupy jsou kontrolovány a případně převazovány. Periferní žilní katétr je ponechán maximálně 72 hodin od zavedení. Stejně tak i operační rána, jejíž první převaz se obvykle provádí za 1–2 dny od operace při dodržení aseptických podmínek. Stehy jsou zpravidla odstraněny 5. až 7. den po operaci. Vhodná je edukace klientky o následné péči o jizvu. Nadále je sledováno krvácení z rodidel. Poševní tamponáda je odstraněna za 1–2 dny od operace. Důležitá je péče o zavedené drény a sledování množství odpadu v nich. Obvykle jsou vytaženy 2. den po operaci. Během prvních dnů po operaci pomáhá PA klientce s hygienickou péčí a edukuje ji o hygieně genitálu a operační rány. V rámci prevence dekubitů jsou prováděna opatření jako např. péče o kůži či pravidelné polohování (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 54–56; Slezáková a kol., 2007, s. 36–37).

V prevenci TEN, která byla zahájena již v předoperačním období, se pokračuje až do úplné mobilizace klientky, u rizikových klientek až do 7–10 dnů po operaci. Jedná se o elastické

bandáže a elevaci dolních končetin a rehabilitaci. Na lůžku může klientka zpočátku provádět pohyby dolními končetinami a zhluboka dýchat. Důležité je včasné vstávání. Z medikamentózních metod se nejčastěji užívá nízkomolekulární heparin (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 921–922).

V rámci výživy dostává klientka v den operace jen čaj po lžičkách, 1. den tekutou stravu, 2. den kašovitou stravu a během dalších dnů stravu šetřící. V pooperačním období je sledován příjem tekutin, který by měl být 1,5–2 litry za den. Po operačním výkonu má klientka zaveden permanentní močový katétr, který je dle ordinace lékaře odstraněn. Doba jeho zavedení se odvíjí od druhu operace, stavu klientky a množství postmikčního rezidua. Po jeho odstranění je kontrolováno, zda se klientka vymočí do 4 až 6 hodin a zda není močení pro klientku obtížné nebo se v moči nevyskytují příměsi. Reziduum v močovém měchýři po vymočení je kontrolováno pomocí ultrazvuku nebo cévkováním. U klientky je sledován odchod plynů a vyprazdňování stolice, ke kterému by mělo dojít do 3. dne po operaci. Trpí-li klientka obstipací, jsou aplikována projímadla či klyzma (Simočková, 2011, s. 72; Slezáková a kol., 2007, s. 37; Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 922).

Důležitá je i péče o spánek a odpočinek, kdy je vhodné zajistit klientce klid a dostatečnou analgezii. Pozornost je věnována i péči o psychiku klientky. Po hysterektomii se u některých klientek mohou objevit pocity viny jako „neúplné“ ženy, spojené s neschopností rodit děti u žen v reprodukčním věku. Klientky mohou mít obavy ze snížení sexuální reaktivity. V souvislosti s touto obavou mají strach ze ztráty partnerova zájmu. U klientek po hysterektomii se může objevit reakce nazývaná posthysterektomický syndrom. Projevuje se únavou, poruchami spánku, bolestmi hlavy, návaly, závratěmi či močovými obtížemi. (Slezáková a kol., 2007, s. 37–38).

Před propuštěním do domácí péče edukuje PA klientu o změně životního stylu v období rekonvalescence. Klientka by měla mít dostatek jak tělesného, tak psychického klidu, měla by se chránit před prochladnutím a dbát na hygienu (upřednostňovat sprchování). Postupně by měla začít rehabilitovat. Důležité je klientce vysvětlit, jak má pečovat o operační ránu a doporučit jí sexuální abstinenci po dobu 6 týdnů. Edukace by měla být zaměřena i na sexuální problematiku. Klientku informuje o návštěvě gynekologa, pracovní neschopnosti, o možnosti lázeňské léčby, dispenzarizaci a další léčbě (Simočková, 2011, s. 72; Slezáková a kol., 2011, s. 34).

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

Práce má dva hlavní cíle.

I. Srovnat, který typ hysterektomie je u klientek na dvou pracovištích prováděn nejčastěji.
II. Vypracovat kazuistiky klientek s různým typem hysterektomie a srovnat u nich perioperační péči.

Na základě stanovených cílů a související literatury byly stanoveny výzkumné otázky.

- *Výzkumná otázka č. 1:* Je mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti A rozdíl?
- *Výzkumná otázka č. 2:* Je mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti B rozdíl?
- *Výzkumná otázka č. 3:* Je rozdíl mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti A v porovnání s pracovištěm B?

K výzkumným otázkám byly stanoveny pracovní hypotézy.

- *Pracovní hypotéza č. 1:* Mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti A je rozdíl.
- *Pracovní hypotéza č. 2:* Mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti B je rozdíl.
- *Pracovní hypotéza č. 3:* Na různých pracovištích jsou počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek různé.

8 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumná část je rozdělena dle zvolené metody na kvantitativní a kvalitativní.

8.1 Kvantitativní výzkum

Pomocí kvantitativní výzkumné metody se výzkumník snaží statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Soubor respondentů při využití této metody je většinou velký. Pro získání dat je nejčastěji využita metoda dotazníku či analýzy dat. Následná analýza dat je většinou prováděna pomocí statistických postupů. Kvantitativní výzkum doplňuje a obohacuje kvalitativní výzkum (Kutnohorská, 2009, s. 20–22).

Kvantitativní výzkum v této práci se zabývá četnostmi různých typů hysterektomie u klientek podstupujících tuto operaci. Data pro výzkum byla získána retrospektivně z operačních knih ve dvou krajských nemocnicích (pracoviště A, pracoviště B).

Zkoumaný soubor tvořily všechny klientky, které na výše uvedených pracovištích podstoupily hysterektomii v období od 1. 1. 2012 do 31. 12. 2013. Jednalo se tedy o záměrný výběr. Na pracovišti A to bylo celkem 560 klientek a na pracovišti B 597 klientek. Z operační knihy byly vypsány údaje potřebné ke splnění cílů práce.

Byly sledovány dvě proměnné:

1. Na kterém pracovišti byla hysterektomie u klientky provedena (pracoviště A, pracoviště B).
2. Typ hysterektomie, která byla u klientky provedena (AH, VH, LAVH).

Data byla následně zpracována pomocí programu Microsoft Excel 2010 a Microsoft Word 2010. Ke každé výzkumné otázce byla vytvořena tabulka s příslušnými daty, dále byla stanovena pracovní hypotéza. Aby mohla být hypotéza statisticky ověřena, byla zformulována nulová hypotéza (H_0) a alternativní hypotéza (H_A). U hypotéz byl popsán způsob jejich ověření a následná interpretace výsledků.

První dvě hypotézy byly testovány pomocí testování rozdílů četnosti a u třetí hypotézy byl zvolen test hypotézy o shodnosti struktur (Pecáková, Novák a Herzmann, 1998, s. 87; Zvárová, 2002, s. 159). Hladina významnosti byla stanovena na 5 %.

8.2 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkumná metoda je v ošetřovatelství upřednostňována, a to z důvodu holistického přístupu k člověku. Tento typ výzkumu se může zabývat např. životem lidí či jejich chováním. Probíhá na místě, které souvisí se zkoumaným objektem (např. oddělení v nemocnici). Výběr respondentů je záměrný dle pojetí výzkumu a poměrně malý. Zkoumané jevy jsou analyzovány, jsou odhaleny jejich elementární složky, spojení a závislosti mezi nimi, jsou popisovány jejich celostní struktury atd. Údaje jsou zapisovány ve formě textu, ze kterého následně vznikne např. kazuistika (Kutnohorská, 2009, s. 20–24).

Případová studie se zabývá detailním studiem jednoho či více případů. Výsledkem takové studie může být kazuistika, což je ucelená a podrobná studie jedné osoby, která byla pro účely té dané studie záměrně vybrána. Informace pro sběr dat jsou získávány od klientky (případně i od příbuzných osob), ze zdravotnické dokumentace, od ostatního zdravotnického personálu a vlastním pozorováním. Mezi nejčastější metody pro sběr informací patří pozorování, rozhovor nebo dotazník (Kutnohorská, 2009, s. 76–78).

Kvalitativní výzkum v této práci je zaměřen na perioperační péči u klientek s různým typem hysterektomie. Potřebné informace byly získány v krajské nemocnici na operačním sále, JIP a na oddělení pooperační gynekologie. Pro výzkum byly vybrány 3 klientky, z nichž jedna podstoupila AH, druhá VH a třetí LAVH. Všechny s výzkumem souhlasily. Klientka po AH si nepřála, aby byly její iniciály uveřejněny v této práci, a z toho důvodu byly nahrazeny za X. Y. Potřebné informace byly získány rozhovorem s klientkami a také ze zdravotnické dokumentace. Při sběru dat byla použita univerzitní ošetřovatelská dokumentace (viz Příloha A). Na základě získaných dat byly vytvořeny 3 kazuistiky. U každé byla popsána anamnéza, fyzikální vyšetření provedené PA, posouzení současného stavu potřeb dle NANDA domén, zvažované ošetřovatelské diagnózy, průběh hospitalizace a popis operačního výkonu. Následně byla srovnána perioperační péče a ošetřovatelské diagnózy u klientek s různým typem hysterektomie. Ke stanovení a charakteristice ošetřovatelských diagnóz byla použita kniha Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace 2012–2014 (Herdman, 2013).

9 PREZENTACE VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

Výzkumná otázka č. 1:

Je mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti A rozdíl?

Tabulka 1 Četnosti jednotlivých typů hysterektomie na pracovišti A

Varianta hysterektomie	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost v % (p_i v %)
AH	180	32
VH	213	38
LAVH	167	30
Celkem	560	100

Z celkového počtu 560 hysterektomií, které byly provedeny u klientek na pracovišti A za období dvou let, byla u 180 (32 %) klientek provedena abdominální hysterektomie, u 213 (38 %) klientek vaginální hysterektomie a u 167 (30 %) klientek laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie.

Pracovní hypotéza č. 1: Mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti A je rozdíl.

H_0: Mezi četnostmi AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti A není statisticky významný rozdíl.

H_A: Mezi četnostmi AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti A je statisticky významný rozdíl.

Hypotéza byla ověřena pomocí testování rozdílů četnosti. Jedná se o testování statistické hypotézy o tom, že četnosti jsou shodné (H_0), oproti hypotéze, že se liší (H_A). Při zvolené hladině významnosti je porovnána hodnota testového kritéria s kritickou hodnotou, kterou lze nalézt v tabulkách. Při srovnávání *k* relativních četností je použito testové kritérium

$$\chi^2 = \sum_i^k \frac{\left(n_i - \frac{\sum_i n_i}{k} \right)^2}{\frac{\sum_i n_i}{k}}, \quad (1)$$

kde $\frac{\sum_i n_i}{k}$ je průměr z *k* výběrových četností.

Počet stupňů volnosti vypočítáme dle vzorce

$$df = k-1. \quad (2)$$

Pokud hodnota testového kritéria překročí kritickou hodnotu, zamítá se H_0 a přijímá H_A. Jinak řečeno, na zvolené hladině významnosti se prokáže, že četnosti se liší (Pecáková, Novák a Herzmann, 1998, s. 87).

Pro testování hypotézy byla použita data z Tabulky 1.

Hladina významnosti: $\alpha = 0,05$

Testové kritérium bylo vypočítáno dle vzorce (1):

$$\chi^2 = \frac{(180-186,67)^2 + (213-186,67)^2 + (167-186,67)^2}{186,67} = 6,02$$

Stupně volnosti byly vypočítány dle vzorce (2): df = 3-1 = 2

Kritická hodnota byla nalezena v tabulkách: $\chi^2_{1-0,05}(2) = 5,99$

Testové kritérium χ^2 (6,02) při 5% hladině významnosti překročilo kritickou hodnotu χ^2 (5,99). Proto byla H_0 zamítnuta a na zvolené hladině významnosti přijata H_A.

Interpretace výsledku

Mezi četnostmi AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti A je statisticky významný rozdíl. Nejčetnější variantou byla vaginální hysterektomie, následně abdominální hysterektomie a nejméně prováděnou variantou byla laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (viz Tabulka 1).

Výzkumná otázka č. 2:

Je mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti B rozdíl?

Tabulka 2 Četnosti jednotlivých typů hysterektomie na pracovišti B

Varianta hysterektomie	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost v % (p_i v %)
AH	137	23
VH	209	35
LAVH	251	42
Celkem	597	100

Z celkového počtu 597 hysterektomií, které byly provedeny u klientek na pracovišti B za období dvou let, byla u 137 (23 %) klientek provedena abdominální hysterektomie, u 209 (35 %) klientek vaginální hysterektomie a u 251 (42 %) klientek laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie.

Pracovní hypotéza č. 2: Mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti B je rozdíl

$\mathbf{H_0}$: Mezi četnostmi AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti B není statisticky významný rozdíl.

$\mathbf{H_A}$: Mezi četnostmi AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti B je statisticky významný rozdíl.

Hypotéza byla ověřena pomocí testování rozdílů četnosti. Popis metody je uveden u Pracovní hypotézy č. 1.

Pro testování hypotézy byla použita data z Tabulky 2.

Hladina významnosti: $\alpha = 0{,}05$

Testové kritérium bylo vypočítáno dle vzorce (1):

$$\chi^2 = \frac{(137-199{,}00)^2 + (209-199{,}00)^2 + (251-199{,}00)^2}{199{,}00} = 33{,}41$$

Stupně volnosti byly vypočítány dle vzorce (2): df = 3-1 = 2

Kritická hodnota byla nalezena v tabulkách: $\chi^2_{1-0,05}(2) = 5,99$

Testové kritérium χ^2 (33,41) při 5% hladině významnosti překročilo kritickou hodnotu χ^2 (5,99). Proto byla H_0 zamítnuta a na zvolené hladině významnosti přijata H_A.

Interpretace výsledku

Mezi četnostmi AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti B je statisticky významný rozdíl. Nejčetnější variantou byla laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, následně vaginální hysterektomie a nejméně prováděnou variantou byla abdominální hysterektomie (viz Tabulka 2).

Výzkumná otázka č. 3:

Je rozdíl mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti A v porovnání s pracovištěm B?

Tabulka 3 Četnosti jednotlivých typů hysterektomie na pracovišti A a na pracovišti B

Varianta hysterektomie	Pracoviště A		Pracoviště B	
	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost v % (p_i v %)	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost v % (p_i v %)
AH	180	32	137	23
VH	213	38	209	35
LAVH	167	30	251	42
Celkem	560	100	597	100

Na pracovišti A byla u 180 (32 %) klientek provedena abdominální hysterektomie, u 213 (38 %) klientek vaginální hysterektomie a u 167 (30 %) klientek laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Na pracovišti B byla u 137 (23 %) klientek provedena abdominální hysterektomie, u 209 (35 %) klientek vaginální hysterektomie a u 251 (42 %) klientek laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie.

Pracovní hypotéza č. 3: Na různých pracovištích jsou počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek různé.

H_0: Mezi četnostmi AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti A a na pracovišti B není statisticky významný rozdíl.

H_A: Mezi četnostmi AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti A a na pracovišti B je statisticky významný rozdíl.

Pro ověření hypotézy byl použit test hypotézy o shodnosti struktur (test homogenity). Při tomto testu jsou srovnány pozorované a očekávané četnosti výskytu pozorovaného jevu. Očekávané četnosti jsou vypočítány dle obecného vztahu

$$\text{očekávaná četnost} = \frac{\text{součet v řádku} \times \text{součet ve sloupci}}{\text{celkový počet pozorování}}. \qquad (3)$$

Jsou vytvořeny dvě kontingenční tabulky. V první jsou uvedeny pozorované četnosti a ve druhé vypočítané očekávané četnosti. Dle obecného vzorce

$$x^2 = \sum \frac{(\text{pozorovaná četnost} - \text{očekávaná četnost})^2}{\text{očekávaná četnost}} \quad (4)$$

se vypočítá χ^2 statistika, kdy se sčítá přes všechna pole v tabulce. Dále je potřeba stanovit hladinu významnosti a počet stupňů volnosti. Pro kontingenční tabulky se počet stupňů volnosti vypočítá ze vzorce

$$\text{df} = (\text{počet řádků} - 1) \times (\text{počet sloupců} - 1). \quad (5)$$

Vypočtená testová statistika je následně porovnána s příslušnou kritickou hodnotou, kterou lze nalézt v tabulkách. Pokud hodnota testového kritéria překročí kritickou hodnotu, zamítá se H_0 a přijímá H_A (Zvárová, 2002, s. 159).

Tabulka 4 Kontingenční tabulka pozorovaných četností jednotlivých typů hysterektomie na pracovišti A a na pracovišti B

Varianta hysterektomie	Pracoviště A	Pracoviště B	Celkem
AH	180	137	317
VH	213	209	422
LAVH	167	251	418
Celkem	560	597	1157

Tabulka 5 Kontingenční tabulka očekávaných četností jednotlivých typů hysterektomie na pracovišti A a na pracovišti B

Varianta hysterektomie	Pracoviště A	Pracoviště B	Celkem
AH	153,43	163,57	317
VH	204,25	217,75	422
LAVH	202, 32	215,68	418
Celkem	560	597	1157

Pro testování hypotézy byla použita data z Tabulky 4 a z Tabulky 5.

χ^2 statistika byla vypočítána dle vzorce (4):

$$\chi^2 = \frac{(180-153,43)^2}{153,43} + \frac{(137-163,57)^2}{163,57} + \frac{(213-204,25)^2}{204,25} + \frac{(209-217,75)^2}{217,75} +$$
$$+ \frac{(167-202,32)^2}{202,32} + \frac{(251-215,68)^2}{215,68} = 21,59$$

Hladina významnosti $\alpha = 0,05$

Stupně volnosti byly vypočítány dle vzorce (5): $df = (3-1) \times (2-1) = 2$

Kritická hodnota byla nalezena v tabulkách: $\chi^2_{1-0,05}(2) = 5,99$

Vypočtená testová statistika χ^2 (21,59) při 5% hladině významnosti překročilo kritickou hodnotu χ^2 (5,99). Proto byla H_0 zamítnuta a na zvolené hladině významnosti přijata H_A.

Interpretace výsledku

Mezi četnostmi AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti A a na pracovišti B je statisticky významný rozdíl. Na pracovišti A byla nejčetnější variantou vaginální hysterektomie, kdežto na pracovišti B laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Naopak nejméně prováděnou variantou hysterektomie byla na pracovišti A laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, kdežto na pracovišti B abdominální hysterektomie. Četnosti vaginálních hysterektomií byly na obou pracovištích téměř shodné (viz Tabulka 3).

10 PREZENTACE VÝSLEDKŮ KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

10.1 Kazuistika č. 1

Klientka X. Y. (42 let), byla přijata 17. 7. 2013 na oddělení gynekologie k plánované operaci Hysterectomia abdominalis simplex pro uterus myomatusus a menometrorhagii.

10.1.1 Anamnéza

Osobní anamnéza

- s ničím se neléčí, nikde není sledována

Rodinná anamnéza

- matka – zdráva
- otec – status post (stp.) cévní mozkové příhodě
- sourozenci – zdrávi
- děti zdrávy

Gynekologická anamnéza

- porody: 3× spontánní (spont.)
- umělé přerušení těhotenství (UPT): 4, spont. abortus: 1, graviditas extrauterina (GEU): 0
- menstruace: menarche ve 14 letech, pravidelná, cyklus 28/5, bolestivá, silná, poslední menstruace: 8. 7. 2013
- gynekologické obtíže: bolestivá a silná menstruace
- gynekologická prevence: nepravidelně (naposledy před 4 lety)

Operace

- 1997: laparoskopická sterilizace na vlastní žádost
- stp. evacuatio cavi uteri instrumentalis a opakovaných UPT

Alergologická anamnéza:

- neudává

Farmakologická anamnéza

- nesteroidní antiflogistika dle potřeby na dysmenoreu

Pracovní a sociální anamnéza

- pracuje jako pokojská, bydlí s partnerem a dětmi

Nynější onemocnění

Klientka byla přijata k plánované operaci hysterectomia abdominalis simplex, pro uterus myomatosus a menometroragii, stp. kyretáži 06/2013 s výsledkem stromoglandulární disociace. Stěžuje si na bolestivou a silnou menstruaci, která je pravidelná. Mimo cyklus nekrvácela. Udává občasné bolesti v podbřišku bez iradiace. Močí spontánně, bez obtíží. Stolice pravidelná bez patologické příměsi. Pohlavní styk má. Nachlazená v poslední době nebyla.

Objektivní nález:

- vaginálně: vulva klidná, mírně špiní, čípek hladký, děloha v anteverzi flexi (AVF), nerovná, pohyblivá, pohyby dělohou mírně bolestivé, velikost odpovídá II.–III. měsíci gravidity, adnexa bez patologického nálezu (bpn)

10.1.2 Fyzikální vyšetření porodní asistentkou

Celkový vzhled, úprava: upravená

Konstituce: hyperstenická **Výška:** 155 cm **Hmotnost:** 65 kg

Body mass index (BMI): 28

Puls: frekvence: 71/min, pravidelný, hmatný **Krevní tlak:** 106/60

Dýchání: frekvence: 17/min, pravidelné, **Tělesná teplota:** 36,5 °C

Vědomí - Glasgow coma scale (GCS): při vědomí (15)

Orientace: plně orientována v čase, prostoru i osobě

Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové): 1 najíst se, 2 umýt se, 2 vykoupat se, 1 obléci se, 2 pohybovat se

Riziko dekubitů (dle Nortonové): 33 bodů (není zvýšené riziko)

10.1.3 Posouzení současného stavu potřeb dle NANDA domén

Doména 1: Podpora zdraví

Klientka hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý. Pro udržení zdraví chodí na procházky. Klientka nekouří, alkohol pije příležitostně. Samovyšetření prsu si klientka provádí pravidelně, a to po menstruaci. Na gynekologické preventivní prohlídky chodí **nepravidelně**, naposledy byla u gynekologa před 4 lety (pracuje v zahraničí).

Doména 2: Výživa

Klientka se běžně stravuje normálně, nemá žádné dietní omezení (jen lačnění před operací a následná realimentace). Chuť k jídlu má normální. Klientka běžně jí 5× denně a občas si dá něco sladkého. Poruchy polykání ani pálení žáhy neudává. Za den vypije 1–1,5 l tekutin (čaj, voda a občas nějakou minerální vodu). Pocit žízně má normální. Poranění kůže a sliznic se hojí dobře.

Doména 3: Vylučování a výměna

Klientka nemá žádné problémy s močením. Před operačním výkonem byl zaveden Foleyův katetr do močového měchýře, který byl následující den odstraněn. Na stolici chodí pravidelně, jen po operaci měla **potíže s vyprázdněním**, ale po podání glycerinového čípku na stolici byla a pak již bez obtíží. Klientka se potí přiměřeně.

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Klientka **necvičí**, jelikož na to nemá čas. Mezi její běžné denní aktivity patří domácí práce a nakupování. Volný čas tráví pasivně (sledování televize a čtení). Klientka udává, že se v noci asi 2× vzbudí a občas spí přes den asi 30 min, ale po probuzení se cítí odpočatá. Před spaním si ráda čte.

Doména 5: Percepce/kognice

Klientka má **zhoršený zrak** (nosí brýle na dálku). Sluch a čich má v pořádku. Klientka je při vědomí, plně orientována v čase, prostoru i osobě. Paměť je neporušená. Otázky chápe a přiléhavě odpovídá, udržuje oční kontakt i pozornost.

Doména 6: Sebepercepce

Klientka sama sebe hodnotí jako optimistu a plně si důvěřuje. Se svým vzhledem je spokojená. Před a po operaci se u ní objevily **pocity strachu**. Odstranit je pomohlo to, když získala informace o průběhu operace a svém stavu.

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Klientka je zaměstnaná a se svým zaměstnáním je spokojená. Žije s manželem a 3 dětmi, rodinné problémy nemají. Při objevení současného onemocnění projevila rodina zájem, zejména manžel, který se o ni bude starat po propuštění z nemocnice. Klientka je běžně často v kontaktu s lidmi, ke kterým se chová přátelsky.

Doména 8: Sexualita

Klientka sexuální obtíže neudává. Menarche měla ve 14 letech, menstruace pravidelná, cyklus 28/5, **bolestivá**, **silná**, poslední menstruace: 8. 7. 2013. Klientka byla 8× těhotná, 3× porodila spontánně, 1× spontánně potratila a 4× podstoupila umělé ukončení těhotenství. Z gynekologických potíží udává **silnou a bolestivou menstruaci.** V roce 1997 podstoupila laparoskopickou sterilizaci na vlastní žádost.

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Chování klientky je asertivní. Udává, že napětí prožívá výjimečně, a to v rodině. **Napětí snáší těžko a chvíli jí trvá, než se s ním vyrovná**, snižuje ho relaxace. Stresové situace zvládá sama, kdy se snaží najít nějaké řešení.

Doména 10: Životní principy

Klientka řadí hodnoty ve svém životě následovně: rodina, zdraví, práce, víra, peníze, záliby a cestování. Klientka nemá žádný životní cíl. Klientka je katolík a udává, že víra je pro ni důležitá hodnota.

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

U klientky se v minulosti neobjevila alergická reakce. U klientky je **zvýšené riziko infekce** z důvodu zavedení periferního vstupu, permanentního močového katetru a operace. Závrať klientka nepociťuje. U klientky bylo po operaci **riziko pádů** z důvodu oslabení po operaci a vlivem doznívání účinku některých podaných farmak.

Doména 12: Komfort

Po operaci pociťovala klientka tupou **bolest** v podbřišku, která byla mírněna opiátem. Bolest vnímá zvýšeně, pokud ji bolí hlava. Nauzeu po operaci nepociťovala.

Doména 13: Růst/vývoj

Růst a vývoj je u klientky v normě.

10.1.4 Zvažované ošetřovatelské diagnózy

Tabulka 6 Zvažované ošetřovatelské diagnózy u klientky X. Y.

Kód	Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (OD)	Určující znaky (UZ)	Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)	Definice	Přijetí / nepřijetí OD
Předoperační období					
00126	**Nedostatečné znalosti**	Uvádí problém	Neobeznámenost se zdroji informací	Odpovídá	Přijata
00148	**Strach**	Uvádí obavy, strach Identifikuje předmět strachu (operace)	Oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace, nemocniční procedury)	Odpovídá	Přijata
Intraoperační období					
00148	**Strach**	Uvádí obavy, strach Identifikuje předmět strachu (operace)	Oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (neznámé prostředí operačního sálu, operace)	Odpovídá	Přijata
00004	**Riziko infekce**	-	Porušená kůže (i. v. katetrizace, invazivní postupy)	Odpovídá	Přijata
00206	**Riziko krvácení**	-	Vedlejší účinky spojené s léčbou (operace)	Odpovídá	Přijata
00087	**Riziko perioperačního zranění při manipulaci [s pacientem]**	-	Imobilizace Senzorické/percepční poruchy způsobené anestezií	Odpovídá	Přijata
00044	**Narušená integrita tkáně**	Poškozená tkáň (operace)	Mechanické faktory (operace)	Odpovídá	Přijata

00214	**Zhoršený komfort**	Strach (z operace) Pocit chladu Pocit diskomfortu Neklid	Nedostatek soukromí Vedlejší účinky související s léčbou (lačnění před operací)	Odpovídá	Přijata
Pooperační období					
00148	**Strach**	Uvádí obavy, strach Identifikuje předmět strachu (výsledek operace)	Oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace)	Odpovídá	Přijata
00004	**Riziko infekce**	-	Porušená kůže (i. v. katetrizace, invazivní postupy) Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů	Odpovídá	Přijata
00206	**Riziko krvácení**	-	Vedlejší účinky spojené s léčbou (operace)	Odpovídá	Přijata
00155	**Riziko pádů**	-	Neznámý pokoj Medikace (opiáty) Pooperační stav	Odpovídá	Přijata
00044	**Narušená integrita tkáně**	Poškozená tkáň (operace)	Mechanické faktory (operace)	Odpovídá	Přijata
00214	**Zhoršený komfort**	Strach (po operaci)	Vedlejší účinky související s léčbou (bolest)	Odpovídá	Přijata
00132	**Akutní bolest**	Expresivní chování (neklid) Pozorované známky bolesti	Původci zranění (fyzikální – operace)	Odpovídá	Přijata
00197	Riziko dysfunkční gastrointestinální motility	-	Operace břicha Změna jídla Farmaceutické látky (opiáty)	Odpovídá	Přijata
00011	Zácpa	Snížená frekvence stolice	Snížená motilita gastrointestinálního traktu	Odpovídá	Přijata

10.1.5 Průběh hospitalizace

Den před operací

Klientka byla přijata na porodnicko-gynekologickou kliniku 17. 7. 2013 v 7:13. Bylo provedeno vstupní vyšetření lékařem a přijímací rozhovor s PA, klientka byla poučena o chodu oddělení. Byly změřeny vitální funkce: TK 132/74, P 66/min, TT 36, 6 °C, váha 65 kg, výška 155 cm, BMI 28, alergie klientka neudává, krevní skupina (KS): A, Rh pozitivní. Bylo provedeno předoperační vyšetření lékařem a anesteziologem a byly zkontrolovány výsledky předoperačních vyšetření. Klientka podepsala informované souhlasy s hospitalizací, operačním výkonem a anestezií. U klientky byla provedena předoperační příprava a byla poučena o předoperační i pooperační péči a o lačnění od 24 hodin. Na noc dle ordinace anesteziologa podán Stilnox 10 mg perorálně (p. os).

0. den – den operace

Ráno před operací byly změřeny vitální funkce: TK 125/82, P 64/min, TT 36, 5 °C. Klientka byla subjektivně bez potíží. Před výkonem v 11:55 byl aplikován pro prevenci TEN Fraxiparine 0,3 ml subkutánně (s. c.), jako premedikace bylo aplikováno Dormicum 7,5 mg p. os. Klientka byla převezena na operační sál, byl proveden předoperační bezpečnostní proces a byla uložena na operační stůl do polohy na zádech, pod záda byla umístěna neutrální vícerázová elektroda. Ve 12:30 byl zaveden intravenózní vstup (na pravé horní končetině). Byl aplikován Cefuroxim (ATB) 1,5 g ve 100 ml F 1/1 (dle ordinace gynekologa). Celková anestezie – inhalační + intravenózní. Před výkonem byl zaveden močový katetr (Foley). Antisepse operačního pole byla provedena Braunolem, bylo provedeno zarouškování klientky a ve 12:40 byla zahájena operace, která trvala 1 hodinu a 30 minut. VF během výkonu byly v normě, výkon bez komplikací. Během výkonu bylo podáno 2 000 ml R 1/1. Klientka byla probuzena na operačním sále a předána PA z oddělení JIP. Na oddělení JIP byly sledovány vitální funkce klientky. První dvě hodiny po 15 min, další dvě hodiny po 30 min a následně po 1 hodině. Při příjmu klientky na oddělení ve 14:30 byly VF: TK 119/74, P 90/min, saturace krve kyslíkem (SpO_2) 94 %. Oxygenoterapie: kyslík (O_2) 3 l/min, za hodinu sníženo při dobré saturaci na 2 l/min. Klientka udávala tupou bolest v podbřišku. Od bolesti byl aplikován ve 14:45 Dipidolor 15 mg ve 100 ml F 1/1. Infuzní terapie: 800 ml R 1/1 z operačního sálu. V 15:30 byl aplikován Plasmalyte 1 000 ml intravenózně (i. v.) a od bolesti Novalgin 1 ampule (amp.) ve 100 ml F1/1. V 17:00 bylo ze sběrného pytle na moč odpuštěno 500 ml čiré moči. V 19:00 byl aplikován Dipidolor 15 mg ve 100 ml F 1/1. Ve 20:00 byl

podán Cefuroxim 1,5 g ve 100 ml F 1/1. Ve 20:30 byl klientce podán čaj (dieta 0s). V rámci infuzní terapie byl ve 23:00 podán Plasmalyte 1000 ml. Od bolesti byl podán Novalgin 1 amp. ve 100 ml F1/1. Na JIP byla provedena celková hygiena na lůžku při vstávání klientky s dopomocí, byla provedena prevence dekubitů (polohování), byl kontrolován stav krytí operační rány (suché) a krvácení z pochvy (špinila), intravenózní kanyla funkční. Dle ordinace lékaře byla odebrána moč na vyšetření.

1. den po operaci

Ve 4:00 bylo ze sběrného pytle na moč odpuštěno 1 000 ml čiré moči. V 5:00 byl podán Cefuroxim 1,5 g ve 100 ml F 1/1, dále Novalgin 1 amp. ve 100 ml F1/1. V 6:00 byla ukončena oxygenoterapie (SpO_2 95 %) a klientka byla přeložena z JIP na pooperační oddělení. VF v pořádku, TK 106/60, P 11/min, TT 36, 5 °C. Klientka byla informována o průběhu a rozsahu operace, subjektivně se cítila bez obtíží. V 7:00 bylo vypuštěno 200 ml čiré moči, Foleyův katetr byl odstraněn. Krytí operační rány suché, flexila funkční (2. den). Dieta 0. Od bolesti dostávala dle ordinace lékaře Novalgin 1 g intramuskulárně (i. m.) 3 × denně, na noc Dolsin 1 ml 5%. Pokračovala prevence TEN – aplikace Fraxiparine 0,3 ml s. c. ve 12:00. Aplikace Zinnat 250 mg 2 × denně. Dle ordinace lékaře byla odebrána krev na vyšetřeni krevního obrazu a vzhledem ke snížené hladině hemoglobinu byl ráno a večer podán Actiferin. TK, P měřen dle ordinace lékaře 3 × denně. Odpoledne byla klientka bez obtíží, plyny odcházely, močila normálně, na stolici nebyla. V noci spala.

2. den po operaci

V 6:00 VF: TK 111/59, P 86/min, TT 36, 6 °C. Klientka bez obtíží, větry odcházely, močila normálně. Medikace: Fraxiparine 0,3 ml s. c. ve 12:00, Zinnat 250 v 8:00 a ve 20:00, Ataralgin 3 × denně, Novalgin 1 amp, Actiferin 2× denně. D: 1. Ukončena i. v. terapie a odstraněna intravenózní kanyla. Odpoledne bez obtíží. Na noc byl podán Stilnox 1 tableta (tbl.) – spala, obtíže neudávala.

3. den po operaci

V 6:00 VF: TK 135/93, P 85/min, TT 36, 5 °C. Klientka byla bez obtíží, močila normálně, plyny odcházely, chodila, **na stolici byla (po podání glycerinového čípku)**, jizva byla klidná. Medikace: Fraxiparine 0,3 ml s. c. ve 12:00, Zinnat 250 v 8:00 a ve 20:00, Ataralgin 3 × denně, Novalgin 1 amp, Actiferin 2× denně a ve 21:15 Stilnox 1 tbl. D: 3. V noci klientka spala, obtíže neudávala.

4. den po operaci

V 6:00 VF: TK 141/82, P 70/min, TT 36, 4 °C. Byly provedeny kontrolní odběry. Klientka byla bez obtíží, močila normálně, plyny odcházely, na stolici byla, jizva byla klidná. D: 3. Ráno aplikován Zinnat 250 mg, Ataralgin a Actiferin. Dopoledne byla klientka propuštěna do domácí péče, byla poučena o pooperačním režimu.

Celková doba hospitalizace: 6 dní.

10.1.6 Popis operačního výkonu

LPRT dle Pfannenstiela, Hysterectomia abdominalis simplex

V klidné celkové anestezii otevřena dutina břišní z laparotomie dle Pfannenstiela, naložen Stoeckelův rozvěrač, odrouškováno. V malé pánvi děloha zvětšená intramurálním myomem na zadní stěně, subserozním myomem na přední stěně, adnexa bilaterálně normálního vzhledu, adheze nejsou. Koagulačně odstraněn subserózní myom o průměru 3 cm. Kocherovy kleště na hrany děložní, bilaterálně podvázány a přerušeny oblé vazy, poté bilaterálně po nástrojích odstřiženy a podvázány tuby a ligamenta ovarii propria. Adnexa volně v Douglasově prostoru. Prostřižena plica vesicouterina a močový měchýř sesunut. Po Wertheimových kleštích bilaterálně přerušena a podvázána parametria, uterinní cévy a laterálně pochva. Zbytek pochvy uzavřen 1 křížovým stehem. Pahýl pochvy zavěšen za pahýly oblých vazů, překryt suturou vezikouterinní pliky a peritonea Douglasova prostoru. Krvácení z poševního pahýlu stavěno Z-stehem. Kontrola krvácení, dále nekrvácí. Spočítány roušky – souhlasí, instrumentářka hlásí, že nástroje souhlasí. Peritoneum sešito. Dutina břišní uzavřena suturou fascie pokračujícím vicrylovým stehem. Sutura podkoží jednotlivými stehy. Sutura kůže intradermálním safilovým stehem. Krevní ztráta do 200 ml, moč po výkonu čirá. Výkon bez komplikací. Klientka vzbuzena, předána na JIP gynekologického oddělení. Délka operačního výkonu: 1 hodina a 30 minut. Anestezie: celková.

10.2 Kazuistika č. 2

Klientka N. A. (45 let) byla přijata 16. 7. 2013 na oddělení gynekologie k plánované operaci Hysterectomia vaginalis simplex pro uterus myomatosus parvus a opakované metrorhagie.

10.2.1 Anamnéza

Osobní anamnéza

- hypotyreóza

Rodinná anamnéza

- matka – karcinom štítné žlázy
- otec – diabetes melitus II. typu na perorálních antidiabeticích

Gynekologická anamnéza

- porody: 1× spont.
- UPT: 0, spont. abortus: 0, GEU: 0
- menstruace: menarche v 10 letech, pravidelná, cyklus 28/7, nebolestivá, silná, poslední menstruace: 3. 7. 2013
- antikoncepce: Mirelle (užívala 7 let)
- gynekologické obtíže: nadměrné krvácení
- gynekologická prevence: pravidelně 2× ročně (naposledy 5/2013)
- mamografie: naposledy 4/2013 - bpn

Operace

- 2006: apendektomie
- 4/2012, 5/2013: kyretáž

Alergologická anamnéza

- penicilin (projevuje se otoky)
- jód (projevuje se vyrážkou)

Farmakologická anamnéza

- Euthyrox 50 μg (1-0-0)
- Sorbifer (1-0-1)

Pracovní a sociální anamnéza

- pracuje jako obchodní zástupce, bydlí s manželem a dcerou

Nynější onemocnění

Klientka byla svým gynekologem odeslána k hysterektomii pro uterus myomatosus parvus a opakované metroragie. Subjektivně je bez obtíží, nekrvácí a močí spontánně

Objektivní nález

- vaginálně: děloha v AVF, čípek hladký, adnexa palpačně bpn

10.2.2 Fyzikální vyšetření porodní asistentkou

Celkový vzhled, úprava: upravená

Konstituce: hyperstenická **Výška:** 155 cm **Hmotnost:** 76 kg **BMI:** 31,6

Puls: frekvence: 95/min, pravidelný, hmatný **Krevní tlak:** 130/77

Dýchání: frekvence: 16/min, pravidelné, **Tělesná teplota:** 36,5 °C

Vědomí (GCS): při vědomí (15) **Orientace:** plně orientována v čase, prostoru i osobě

Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové): 0 najíst se, 1 umýt se, 1 vykoupat se, 0 obléci se, 0 pohybovat se

Riziko dekubitů (dle Nortonové): 32 bodů (není zvýšené riziko)

10.2.3 Posouzení současného stavu potřeb dle NANDA domén

Doména 1: Podpora zdraví

Klientka hodnotí svůj zdravotní stav jako částečně dobrý. Pro udržení zdraví jezdí na kole, chodí na procházky a pracuje na zahradě. Klientka příležitostně **kouří** (asi od 18 let) a alkohol pije také jen příležitostně. Samovyšetření prsu si klientka neprovádí, ale chodí na mamografické vyšetření. Na gynekologické preventivní prohlídky chodí pravidelně, a to 2× ročně (naposledy byla u gynekologa v květnu 2013). V dětství utrpěla úraz hlavy, projevila se u ní epilepsie, ale od 15 let již ne. Na sníženou činnost štítné žlázy užívá Euthyrox.

Doména 2: Výživa

Klientka se běžně stravuje normálně, nemá žádné dietní omezení (jen lačnění před operací a následná realimentace). Chuť k jídlu má normální. Klientka běžně jí 5× denně a občas

si dá něco sladkého (např. čokoládu). Poruchy polykání neudává, **občas ji trápí pálení žáhy.** Za den vypije 2–2,5 l tekutin (čaj, voda a občas nějakou minerální vodu). Pocit žízně má normální. Poranění kůže a sliznic se hojí dobře.

Doména 3: Vylučování a výměna

Klientka nemá žádné problémy s močením. Po operaci byl zaveden Foleyův katetr do močového měchýře, který byl následující den odstraněn. Na stolici chodí pravidelně, někdy ji trápí **meteorismus.** Po operaci **zvracela**, bylo jí podáno antiemetikum a potíže se již neobjevily. Klientka se potí přiměřeně.

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Klientka občas jezdí na kole nebo rotopedu, ale bolest kolen ji v pohybu občas omezuje. Mezi její běžné denní aktivity patří domácí práce, nakupování a práce okolo domu. Volný čas tráví jak aktivně (chodí na procházky nebo jezdí na kole), tak pasivně (sledování televize a čtení). Se spánkem problémy nemá, spí celou noc a po probuzení se cítí odpočatá. Před spaním si klientka ráda otevře okno a čte knihu.

Doména 5: Percepce/kognice

Klientka má **zhoršený zrak** (nosí brýle na dálku). Sluch a čich má v pořádku. Klientka je při vědomí, plně orientována v čase, prostoru i osobě. Paměť je neporušená. Otázky chápe a přiléhavě odpovídá, udržuje oční kontakt i pozornost.

Doména 6: Sebepercepce

Klientka sama sebe hodnotí jako optimistu a plně si důvěřuje. Se svým vzhledem je částečně spokojená. Před a po operaci se u ní objevily **pocity strachu.** Odstranit je pomohlo to, když se dozvěděla, že je po operaci v pořádku.

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Klientka je zaměstnaná a se svým zaměstnáním je spokojená. Žije s manželem a dcerou, rodinné problémy nemají. Při objevení současného onemocnění projevila rodina zájem, zejména manžel, který se o ni bude starat po propuštění z nemocnice. Klientka je běžně často v kontaktu s lidmi, ke kterým se chová přátelsky a asertivně.

Doména 8: Sexualita

Klientka udává **sexuální obtíže z důvodu nadměrného krvácení**. Menarche měla v 10 letech, menstruace pravidelná, cyklus 28/7, nebolestivá, **silná**, poslední

menstruace: 3. 7. 2013. 7 let užívala hormonální antikoncepci. Klientka byla 1× těhotná, porodila spontánně bez komplikací. Z gynekologických potíží udává pouze **nadměrné krvácení**, 2× podstoupila kyretáž.

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Chování klientky je asertivní. Udává, že napětí prožívá výjimečně, a to v zaměstnání, vyrovnává se s ním pomocí relaxace, snáší ho lehce a vyrovná se s ním rychle. Stresové situace zvládá s podporou rodiny.

Doména 10: Životní principy

Klientka řadí hodnoty ve svém životě následovně: zdraví, rodina, víra, práce, peníze, záliby a cestování. Jejím životním cílem je, aby byla její rodina spokojená a udržela si zaměstnání. Klientka je katolík a udává, že víru občas potřebuje.

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

U klientky se v minulosti objevila **alergická reakce** na Penicilin, která se projevila otokem, a na jód, která se projevila zarudnutím. U klientky je **zvýšené riziko infekce** z důvodu zavedení periferního vstupu, permanentního močového katetru a operace. Závrať klientka nepociťuje. U klientky bylo po operaci **riziko pádů** z důvodu oslabení po operaci a vlivem doznívání účinku některých podaných farmak.

Doména 12: Komfort

Po operaci pociťovala klientka tupou **bolest** v podbřišku, která byla mírněna opiátem. Bolest obvykle vnímá přiměřeně. Nauzeu pociťovala po operaci, následující dny již ne.

Doména 13: Růst/vývoj

Růst a vývoj je u klientky v normě.

10.2.4 Zvažované ošetřovatelské diagnózy

Tabulka 7 Zvažované ošetřovatelské diagnózy u klientky N. A.

Kód	Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (OD)	Určující znaky (UZ)	Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)	Definice	Přijetí / nepřijetí OD
Předoperační období					
00126	**Nedostatečné znalosti**	Uvádí problém	Neobeznámenost se zdroji informací	Odpovídá	Přijata
00148	**Strach**	Uvádí obavy, strach Identifikuje předmět strachu (operace)	Oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace, nemocniční procedury)	Odpovídá	Přijata
Intraoperační období					
00148	**Strach**	Uvádí obavy, strach Identifikuje předmět strachu (operace)	Oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (neznámé prostředí operačního sálu, operace)	Odpovídá	Přijata
00004	**Riziko infekce**	-	Porušená kůže (i. v. katetrizace, invazivní postupy)	Odpovídá	Přijata
00206	**Riziko krvácení**	-	Vedlejší účinky spojené s léčbou (operace)	Odpovídá	Přijata
00087	**Riziko perioperačního zranění při manipulaci [s pacientem]**	-	Imobilizace Senzorické/percepční poruchy způsobené anestezií	Odpovídá	Přijata
00044	**Narušená integrita tkáně**	Poškozená tkáň (operace)	Mechanické faktory (operace)	Odpovídá	Přijata

00214	**Zhoršený komfort**	Strach (z operace) Pocit chladu Pocit diskomfortu Neklid	Nedostatek soukromí Vedlejší účinky související s léčbou (lačnění před operací)	Odpovídá	Přijata
Pooperační období					
00148	**Strach**	Uvádí obavy, strach Identifikuje předmět strachu (výsledek operace)	Oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace)	Odpovídá	Přijata
00004	**Riziko infekce**	-	Porušená kůže (i. v. katetrizace, invazivní postupy) Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů	Odpovídá	Přijata
00206	**Riziko krvácení**	-	Vedlejší účinky spojené s léčbou (operace)	Odpovídá	Přijata
00155	**Riziko pádů**	-	Neznámý pokoj Medikace (opiáty) Pooperační stav	Odpovídá	Přijata
00044	**Narušená integrita tkáně**	Poškozená tkáň (operace)	Mechanické faktory (operace)	Odpovídá	Přijata
00214	**Zhoršený komfort**	Strach (po operaci)	Vedlejší účinky související s léčbou (bolest a zvracení po operaci)	Odpovídá	Přijata
00132	**Akutní bolest**	Expresivní chování (neklid) Pozorované známky bolesti	Původci zranění (fyzikální – operace)	Odpovídá	Přijata
00217	Riziko alergické reakce	-	Léky (penicilin), jód	Odpovídá	Přijata
00195	Riziko nerovnováhy elektrolytů	-	Zvracení	Odpovídá	Přijata

10.2.5 Průběh hospitalizace

Den před operací

Klientka byla přijata na porodnicko-gynekologickou kliniku 16. 7. 2013 v 7:56. Bylo provedeno vstupní vyšetření lékařem a přijímací rozhovor s PA, klientka byla poučena o chodu oddělení. Byly změřeny vitální funkce: TK 124/76, P 80/min, TT 36, 5 °C, váha 76 kg, výška 155 cm, BMI 32, klientka má alergii na penicilin, která se projevuje otoky, a na jód, kterém má vyrážku, KS: 0, Rh pozitivní. Bylo provedeno předoperační vyšetření lékařem a anesteziologem a byly zkontrolovány výsledky předoperačních vyšetření. Klientka podepsala informované souhlasy s hospitalizací, operačním výkonem a anestezií. U klientky byla provedena předoperační příprava a byla poučena o předoperační i pooperační péči a o lačnění od 24 hodin. Ve 21:00 dle ordinace anesteziologa podán Stilnox 10 mg p. os.

0. den – den operace

Ráno pře operací byly změřeny vitální funkce: TK 121/71, P 81/min, TT 36, 5 °C a podán Euthyrox k terapii hypotyreózy. Klientka byla subjektivně bez potíží. Před výkonem v 11:07 byl aplikován pro prevenci TEN Fraxiparine 0,3 ml s. c., jako premedikace bylo aplikováno Dormicum 7,5 mg p. os. Klientka byla převezena na operační sál, byl proveden předoperační bezpečnostní proces a byla uložena na operační stůl do polohy na zádech, pod záda byla umístěna neutrální vícerázová elektroda. Nohy klientky byly umístěny do Schautových opěrek. V 11:20 byl zaveden intravenózní vstup (na levé horní končetině). Byl aplikován Klimicin (ATB) 600 g ve 100 ml F 1/1 (dle ordinace gynekologa). Celková anestezie – inhalační + intravenózní. Po úvodu do CA byla klientka napolohována do gynekologické polohy. Antisepse operačního pole byla provedena Octeniseptem, bylo provedeno zarouškování klientky a v 11:30 byla zahájena operace, která trvala 1 hodinu a 19 minut. VF během výkonu byly v normě, výkon byl kvůli adhezím mimořádně obtížný. Během výkonu bylo podáno 2 000 ml R 1/1. Na závěr operace byl zaveden Foleyův katetr do močového měchýře. Klientka byla probuzena na operačním sále a předána PA z oddělení JIP. Na oddělení JIP byly sledovány vitální funkce klientky. První dvě hodiny po 15 min, další dvě hodiny po 30 min a následně po 1 hodině. Při příjmu klientky na oddělení ve 13:02 byly VF: TK 146/76, P 89/min, SpO_2 91 %. Oxygenoterapie: O_2 3 l/min. Klientka udávala tupou bolest v podbřišku. Od bolesti byl aplikován dle ordinace lékaře ve 13:15 Dipidolor 1 amp. ve 100 ml F 1/1. V 16:30 Novalgin 1 amp. ve 100 ml F 1/1. V 17:00 byl podán 5% roztok Glukózy 500 ml, ze sběrného sáčku na moč bylo odpuštěno

800 ml čiré moči a dle ordinace lékaře byla odebrána krev na vyšetření krevního obrazu. V 18:00 klientka zvracela, byl podán Torecan 1 amp. ve 100 ml F1/1. V 19:00 byl podán Klimicin (ATB) 600 g ve 100 ml F 1/1, 1 000 ml Plasmalyte a čaj (dieta 0s). Ve 20:00 byl podán Dipidolor 1 amp. ve 100 ml F 1/1. Před půlnocí bylo ze sběrného sáčku na moč odpuštěno 1 100 ml čiré moči. Na JIP byla provedena celková hygiena na lůžku při vstávání klientky s dopomocí, byla provedena prevence dekubitů (polohování), bylo kontrolováno krvácení z pochvy, intravenózní kanyla funkční.

1. den po operaci

V 1:00 byl aplikován Novalgin 1 amp. ve 100 ml F1/1, ve 2:00 5% roztok Glukózy 500 ml a ve 3:00 Klimicin (ATB) 600 g ve 100 ml F 1/1. Byla zrušena oxygenoterapie (SpO_2 95 %). V 5:00 byl podán Novalgin 1 amp. ve 100 ml F1/1 a ze sběrného sáčku na moč odpuštěno 900 ml čiré moči. Klientka byla přeložena v 6:00 z JIP na pooperační oddělení. VF v pořádku, TK 109/56, P 84/min, TT 36, 5 °C. Klientka byla informována o průběhu a rozsahu operace, subjektivně se cítila bez obtíží. Dieta 0. Od bolesti dostávala dle ordinace lékaře Novalgin 3 × denně, na noc Dolsin 1 ml 5%. Pokračovala prevence TEN – aplikace Fraxiparine 0,3 ml s. c. a ATB profylaxe – Dalacin 300 mg p. os 3 × denně. Podán Euthyrox 50 ráno a Sorbifer dle ordinace lékaře. TK, P měřen dle ordinace lékaře 3 × denně. V 10:30 bylo ze sběrného sáčku na moč odpuštěno 1 800 ml čiré moči a byl odstraněn Foley. Klientka byla mobilizována a byla provedena hygiena u umyvadla. Po prvním vymočení bylo pomocí ultrazvuku zkontrolováno reziduum v močovém měchýři (26,2 ml). Odpoledne klientka udávala odchod plynů, močila normálně, trochu špinila a cítila se dobře a v noci spala. Intravenózní kanyla funkční.

2. den po operaci

V 6:00 VF: TK 130/77, P 95/min, TT 36, 3 °C. Medikace: Fraxiparine 0,3 ml s. c. v 11:00, Ataralgin 3 × denně, Dalacin 300 mg p. os 3 ×denně, Euthyrox 50 a Sorbifer ráno. D: 1. Ukončena i. v. terapie a odstraněna intravenózní kanyla (3. den). Ráno byla klientka bez obtíží, plyny odcházely, na stolici byla. V noci spala, obtíže neudávala.

3. den po operaci

V 6:00 VF: TK 126/80, P 86/min, TT 36, 5 °C. Klientka byla bez obtíží, cítila se dobře, močila normálně, plyny odcházely, na stolici byla, z rodidel nekrvácela. D: 3. Ráno aplikován Dalacin 300 mg p. os, Sorbifer a Euthyrox 50. V 11:00 Fraxiparine 0,3 ml s. c. Dopoledne byla klientka propuštěna do domácí péče, byla poučena o pooperačním režimu.

Celková doba hospitalizace: 5 dní.

10.2.6 Popis operačního výkonu

Hysterectomia vaginalis simplex per morcellement

Po obkroužení čípku sesunuta pochva, děloha imobilní, Douglas se nedaří otevřít pro masivní adhezivní proces střev k zadní stěně děložní, proto otevřena plica vesicouterina, odděleny spodní vazy a uterinní cévy. Dělohu se však pro adheze k zadní stěně nedaří dopředu luxovat, proto přistoupeno k její morcelaci z přední stěny až k fundu, poté postupně tupě i ostře uvolňována zadní stěna od adhezí až do Douglasu, který se nakonec daří otevřít. Fundus děložní pak oddělen od adnex, která v adhezích, ale normálního vzhledu. Poté kontrola krvácení, stavěna ligaturami, opichy a koagulací. Po zástavě krvácení uzavřeno peritoneum cirkulárním stehem, znovu kontrolovány pahýly a provedeny další opichy. Nakonec zkříženy horní a dolní vazy a k nim fixována poševní manžeta. Moč čirá, per rectum střevo bez patologie, vpravo bez rezistence, vlevo hmatné zbytnělé vazy a přitažená adnexa. Krvácení z pochvy není, krevní ztráta nepatrná. Výkon mimořádně obtížný. Délka operačního výkonu: 1 hodina a 19 minut. Anestezie: celková.

10.3 Kazuistika č. 3

Klientka Ž. M. (49 let) byla přijata 15. 7. 2013 na oddělení gynekologie k plánované operaci Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie s bilaterální adnexektomií pro uterus myomatosus a cystis ovarii lateris dextri (l. dx.).

10.3.1 Anamnéza

Osobní anamnéza

- arteriální hypertenze

Rodinná anamnéza

- matka – cévní mozková příhoda v 50 letech, karcinom prsu v 65 letech
- otec – zemřel na infarkt myokardu v 76 letech

Gynekologická anamnéza

- porody: 3× spont.
- UPT: 0, spont. abortus: 0, GEU: 0
- menstruace: menarche ve 12 letech, pravidelná, cyklus 28/5, nebolestivá, silná, poslední menstruace: 8. 7. 2013
- gynekologické obtíže: občas záněty
- gynekologická prevence: pravidelně 1,5× ročně (naposledy 5/2013)
- mamografie: naposledy 7/2013 - bpn

Operace

- 1976: lipom na pravé dolní končetině
- 1997: polyp na hlasivkách

Alergologická anamnéza

- neudává

Farmakologická anamnéza

- Amesos (1-0-0)

Pracovní a sociální anamnéza

- pracuje jako operátor, bydlí s dětmi

Nynější onemocnění

Klientka byla svým gynekologem odeslána k laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii s bilaterální adnexectomií pro uterus myomatosus a cystis ovarii l. dx. Subjektivně je bez obtíží, mírně špiní a močí spontánně.

Objektivní nález:

vaginálně: čípek hladký, děloha v AVF, velikost odpovídá III.–IV. měsíci gravidity, adnexa vlevo bpn., vpravo jednokomorová cysta 5 cm

10.3.2 Fyzikální vyšetření porodní asistentkou

Celkový vzhled, úprava: upravená

Konstituce: hyperstenická **Výška:** 164 cm **Hmotnost:** 86 kg **BMI:** 32

Puls: frekvence: 73/min, pravidelný, hmatný **Krevní tlak:** 124/72

Dýchání: frekvence: 17/min, pravidelné, **Tělesná teplota:** 36,9 °C

Vědomí (GCS): při vědomí (15) **Orientace:** plně orientována v čase, prostoru i osobě

Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové): 0 najíst se, 1 umýt se, 1 vykoupat se, 0 obléci se, 0 pohybovat se

Riziko dekubitů (dle Nortonové): 33 bodů (není zvýšené riziko)

10.3.3 Posouzení současného stavu potřeb dle NANDA domén

Doména 1: Podpora zdraví

Klientka hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý. Pro udržení zdraví chodí na procházky. Klientka nekouří, alkohol nepije. Samovyšetření prsu si klientka neprovádí, ale chodí na mamografické vyšetření. Na gynekologické preventivní prohlídky chodí pravidelně, a to 1,5× ročně (naposledy byla u gynekologa v květnu 2013). Klientka se léčí s arteriální hypertenzí.

Doména 2: Výživa

Klientka se běžně stravuje normálně, nemá žádné dietní omezení (jen lačnění před operací a následná realimentace). Chuť k jídlu má normální. Klientka běžně jí 5× denně a občas si dá něco sladkého. Poruchy polykání ani pálení žáhy neudává. Za den vypije 1–1,5 l tekutin

(čaj nebo voda). Sama přiznává, že má **snížený pocit žízně**. Poranění kůže a sliznic se hojí dobře.

Doména 3: Vylučování a výměna

Klientka nemá žádné problémy s močením. Během operačního výkonu byl zaveden Foleyův katetr do močového měchýře, který byl následující den odstraněn. Na stolici chodí pravidelně. Po operaci **zvracela**, bylo jí podáno antiemetikum a potíže se již neobjevily. Klientka se potí přiměřeně.

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Klientka **necvičí**. Mezi její běžné denní aktivity patří domácí práce, nakupování a práce okolo domu. Volný čas tráví jak aktivně (domácí práce), tak pasivně (sledování televize a čtení). Se spánkem problémy nemá, spí celou noc a po probuzení se cítí odpočatá, jen občas nevyspalá. Klientka nemá žádné zvyky před spaním.

Doména 5: Percepce/kognice

Klientka má **zhoršený zrak** (nosí brýle na čtení). Sluch a čich má v pořádku. Klientka je při vědomí, plně orientována v čase, prostoru i osobě. Paměť je neporušená. Otázky chápe a přiléhavě odpovídá, udržuje oční kontakt i pozornost.

Doména 6: Sebepercepce

Klientka sama sebe hodnotí spíše jako **pesimistu a nedůvěřuje si**. Se svým vzhledem není spokojená, jelikož by chtěla zhubnout. Klientka občas mívá strach o své děti (modlí se) a měla **strach** z operace a jejího výsledku. Ulevilo se jí, když se po operaci dozvěděla, že operace proběhla bez komplikací.

Doména 7: Vztahy mezi rolemi

Klientka je zaměstnaná a se svým zaměstnáním není spokojená, jelikož ji práce operátorky nenaplňuje. Žije s dětmi a jejich rodinné problémy se týkají financí. Při objevení současného onemocnění projevila rodina zájem, zejména nejstarší syn, který se o ni bude starat po propuštění z nemocnice společně s matkou klientky. V práci je klientka často v kontaktu s lidmi, mimo práci je v kontaktu s lidmi zřídka. K lidem se chová přátelsky.

Doména 8: Sexualita

Klientka sexuální obtíže neudává. Menarche měla ve 12 letech, menstruace pravidelná, cyklus 28/5, nebolestivá, **silná,** poslední menstruace: 8. 7. 2013. Hormonální antikoncepci užívala

asi 1 rok, ale už je to dávno a nepamatuje si jakou. Klientka byla 3× těhotná, 3× porodila spontánně bez komplikací. Z gynekologických potíží udává pouze záněty.

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Chování klientky je asertivní. Udává, že napětí prožívá občas, a to v zaměstnání nebo v rodině, vyrovnává se s ním pomocí relaxace, snáší ho lehce, ale chvíli jí trvá, než se s ním vyrovná. Stresové situace zvládá buď sama, nebo s podporou rodiny. Na současný psychický stav klientky měl velký vliv **rozvod**, po kterém se musela přestěhovat a **ztratila kontakt se svými přáteli**.

Doména 10: Životní principy

Klientka řadí hodnoty ve svém životě následovně: rodina, víra, zdraví, práce, peníze, záliby a cestování. Jejím životním cílem je, aby z jejich dětí vyrostli slušní lidé. Klientka je katolík a udává, že víra je pro ni důležitá hodnota.

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

U klientky se v minulosti nevyskytla alergická reakce. U klientky je **zvýšené riziko infekce** z důvodu zavedení periferního vstupu, permanentního močového katetru a operace. Závrať klientka nepociťuje. U klientky bylo po operaci **riziko pádů** z důvodu oslabení po operaci a vlivem doznívání účinku některých podaných farmak.

Doména 12: Komfort

Po operaci pociťovala klientka tupou **bolest břicha**, která byla mírněna opiátem. Bolest obvykle vnímá přiměřeně. Nauzeu nepociťovala.

Doména 13: Růst/vývoj

Růst a vývoj je u klientky v normě.

10.3.4 Zvažované ošetřovatelské diagnózy

Tabulka 8 Zvažované ošetřovatelské diagnózy u klientky Ž. M.

Kód	Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (OD)	Určující znaky (UZ)	Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)	Definice	Přijetí / nepřijetí OD
Předoperační období					
00126	**Nedostatečné znalosti**	Uvádí problém	Neobeznámenost se zdroji informací	Odpovídá	Přijata
00148	**Strach**	Uvádí obavy, strach Identifikuje předmět strachu (operace)	Oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace, nemocniční procedury)	Odpovídá	Přijata
Intraoperační období					
00148	**Strach**	Uvádí obavy, strach Identifikuje předmět strachu (operace)	Oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (neznámé prostředí operačního sálu, operace)	Odpovídá	Přijata
00004	**Riziko infekce**	-	Porušená kůže (i. v. katetrizace, invazivní postupy)	Odpovídá	Přijata
00206	**Riziko krvácení**	-	Vedlejší účinky spojené s léčbou (operace)	Odpovídá	Přijata
00087	**Riziko perioperačního zranění při manipulaci [s pacientem]**	-	Imobilizace Senzorické/percepční poruchy způsobené anestezií	Odpovídá	Přijata
00044	**Narušená integrita tkáně**	Poškozená tkáň (operace)	Mechanické faktory (operace)	Odpovídá	Přijata

00214	**Zhoršený komfort**	Strach (z operace) Pocit chladu Pocit diskomfortu Neklid	Nedostatek soukromí Vedlejší účinky související s léčbou (lačnění před operací)	Odpovídá	Přijata
Pooperační období					
00148	**Strach**	Uvádí obavy, strach Identifikuje předmět strachu (výsledek operace)	Oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace)	Odpovídá	Přijata
00004	**Riziko infekce**	-	Porušená kůže (i. v. katetrizace, invazivní postupy) Prostředí se zvýšeným výskytem patogenů	Odpovídá	Přijata
00206	**Riziko krvácení**	-	Vedlejší účinky spojené s léčbou (operace)	Odpovídá	Přijata
00155	**Riziko pádů**	-	Neznámý pokoj Medikace (opiáty) Pooperační stav	Odpovídá	Přijata
00044	**Narušená integrita tkáně**	Poškozená tkáň (operace)	Mechanické faktory (operace)	Odpovídá	Přijata
00214	**Zhoršený komfort**	Strach (po operaci)	Vedlejší účinky související s léčbou (bolest a zvracení po operaci)	Odpovídá	Přijata
00132	**Akutní bolest**	Expresivní chování (neklid) Pozorované známky bolesti	Původci zranění (fyzikální – operace)	Odpovídá	Přijata
00028	Riziko sníženého objemu tekutin v organismu	-	Odchylky ovlivňující příjem tekutin (snížený pocit žízně)	Neodpovídá	Nepřijata
00195	Riziko nerovnováhy elektrolytů	-	Zvracení	Odpovídá	Přijata

10.3.5 Průběh hospitalizace

Den před operací

Klientka byla přijata na porodnicko-gynekologickou kliniku 15. 7. 2013 v 7:10. Bylo provedeno vstupní vyšetření lékařem a přijímací rozhovor s PA, klientka byla poučena o chodu oddělení. Byly změřeny vitální funkce: TK 139/93, P 76/min, TT 36, 7 °C, váha 86 kg, výška 164 cm, BMI 32, alergie klientka neudává, KS: 0, Rh pozitivní. Bylo provedeno předoperační vyšetření lékařem a anesteziologem a byly zkontrolovány výsledky předoperačních vyšetření. Klientka podepsala informované souhlasy s hospitalizací, operačním výkonem a anestezií. U klientky byla provedena předoperační příprava a byla poučena o předoperační i pooperační péči a o lačnění od 24 hodin. Byla odebrána krev na biochemické vyšetření a krevní obraz. Na noc dle ordinace anesteziologa podán Stilnox 10 mg p. os.

0. den – den operace

Ráno před operací byly změřeny vitální funkce: TK 140/92, P 81/min, TT 36, 7 °C a podán Amesos k terapii hypertenze. Klientka byla subjektivně bez potíží. Před výkonem v 10:25 byl aplikován pro prevenci TEN Fraxiparine 0,3 ml s. c., jako premedikace bylo aplikováno Dormicum 7,5 mg p. os. Klientka byla převezena na operační sál, byl proveden předoperační bezpečnostní proces a byla uložena na operační stůl do polohy na zádech, pod záda byla umístěna neutrální vícerázová elektroda. Nohy klientky byly umístěny do Schautových opěrek. V 10:50 byl zaveden intravenózní vstup (na pravé horní končetině). Byl aplikován Cefuroxim (ATB) 1,5 g ve 100 ml F 1/1 (dle ordinace gynekologa). Celková anestezie – inhalační + intravenózní. Antisepse operačního pole byla provedena Braunolem, bylo provedeno zarouškování klientky a v 11:00 byla zahájena operace, která trvala 2 hodiny. Během operace byla změněna poloha klientky z laparoskopické na gynekologickou a zpět na laparoskopickou. V závěru vaginální části operace byl zaveden Foleyův katetr do močového měchýře. VF během výkonu byly v normě, výkon bez komplikací. Během výkonu bylo podáno 2 000 ml R 1/1. Klientka byla probuzena na operačním sále a předána PA z oddělení JIP. Na oddělení JIP byly sledovány vitální funkce klientky. První dvě hodiny po 15 min, další dvě hodiny po 30 min a následně po 1 hodině. Při příjmu klientky na oddělení ve 13:07 byly VF: TK 118/74, P 67/min, SpO_2 91 %. Oxygenoterapie: O_2 3 l/min. Klientka udávala tupou bolest břicha. Od bolesti byl aplikován ve 13:07 Dipidolor 15 mg ve 100 ml R 1/1. Infuzní terapie: Plasmalyte 1 000 ml i. v. V 17:00 klientka zvracela – byl

aplikován Torecan 1 amp. Ve 100 ml F1/1, dále Novalgin 1 amp. ve 100 ml F1/1. Byla odebrána krev na vyšetření krevního obrazu. V 18:00 byl aplikován Cefuroxim 1,5 g ve 100 ml F 1/1, ze sběrného pytle na moč bylo odpuštěno 700 ml čiré moči. V 19:00 byl klientce podán čaj (dieta 0s). Ve 21:00 byl podán Dipidolor 1 mg ve 100 ml F1/1. Ve 22:00 byl podán 5% roztok Glukózy 500 ml. Na JIP byla provedena celková hygiena na lůžku při vstávání klientky s dopomocí, byla provedena prevence dekubitů (polohování), byl kontrolován stav krytí operačních ran (suché) a krvácení z pochvy (nepřítomno), intravenózní kanyla funkční.

1. den po operaci

V 1:00 byl aplikován Novalgin ve 100 ml F1/1, ve 2:00 Cefuroxim 1,5 g ve 100 ml F 1/1 a ve 3:00 5% roztok Glukózy 500 ml. V 5:00 byla oxygenoterapie ukončena (SpO_2 96 %). V 6:00 bylo vypuštěno 1 500 ml čiré moči. Klientka byla přeložena v 6:00 z JIP na pooperační oddělení. VF v pořádku, TK 130/76, P 81/min, TT 36, 6 °C. Klientka byla informována o průběhu a rozsahu operace, subjektivně se cítila bez obtíží. Dieta 0. Od bolesti dostávala dle ordinace lékaře Novalgin 3 × denně, na noc Dolsin 1 ml 5%. Pokračovala prevence TEN – aplikace Fraxiparine 0,3 ml s. c. Aplikace Zinnat 250 mg 2 × denně. K léčbě hypertenze Amesos – ráno. TK, P měřen dle ordinace lékaře 5 × denně. Odpoledne pociťovala klientka nafouklé břicho, chodila, plyny odcházely a byl odstraněn Foley. Krytí operačních ran suché. Po prvním vymočení bylo pomocí ultrazvuku zkontrolováno reziduum v močovém měchýři (30 ml). Večer bylo odstraněno krytí ran a stehy, rány ošetřeny Novikou.

2. den po operaci

V 6:00 VF: TK 123/81, P 88/min, TT 36, 9 °C. TK a P dle ordinace lékaře měřen 3 × denně. Medikace: Fraxiparine 0,3 ml s. c. v 10:00, Zinnat 250 v 8:00 a ve 20:00, Amesos ráno, Ataralgin 3 × denně, Novalgin 1 g 3× denně. D: 1. Ukončena i. v. terapie a odstraněna intravenózní kanyla. Odpoledne byla klientka bez obtíží, na stolici byla. ATB p. os po 12 hodinách. Na noc Stilnox 1 tbl. – pospávala, obtíže neudává.

3. den po operaci

V 6:00 VF: TK 134/93, P 84/min, TT 36, 5 °C. Klientka byla bez obtíží, močila normálně, plyny odcházely, na stolici byla, jizvy byly klidné. D: 3. Ráno aplikován Zinnat 250 mg, Amesos a Ataralgin. Dopoledne byla klientka propuštěna do domácí péče, byla poučena o pooperačním režimu.

Celková doba hospitalizace: 5 dní.

10.3.6 Popis operačního výkonu

LAVH cum adnexectomia bilateralis

V klidné celkové anestezii po dezinfekci operačního pole klientka vycévkována. Palpačně děloha v AVF, adnexa bpn. Čípek zachycen do Amerických kleští, sonda 7 cm, nástroje ponechány k manipulaci s dělohou. Z infraumbilikální incize Verresovou jehlou zavedeno kapnoperitoneum, poté zaveden 12 mm trokar s optikou. Dutina břišní přehlédnuta, peritoneum klidné, v malé pánvi myomatosní děloha, v Douglasově prostoru není volná tekutina, oblast jater a sleziny bpn. Pravá adnexa makroskopicky bpn, levé ovarium zvětšeno 4 cm serózní cystou, levá tuba makroskopicky bpn. V hypogastriu zavedeny z incizí 2 pomocné 5 mm porty. Pomocí bipolární koagulace a nůžek bilaterálně přerušeny infundibulopelvické vazy, oblé vazy. Adnexa odstřižena až k rohům děložním a ponechána na rozích dělohy. Přistoupeno k vaginální části operace. Nástroje z dělohy odstraněny. Obvyklá příprava operačního pole, poté cirkulárně obříznut čípek děložní, prostřiženo septum supravaginale, otevřen Douglasův prostor, prostřižena vezikouterinní plika. Oboustranně po nástrojích odstřižena a podvázána ligamanta sacrouterina, zbytky parametrií a uterinní cévy. Děloha morselována. Děloha s adnexy odeslána na histologii. Cirkulární peritonealizace provedena Safil stehem, kdy pahýl cév a sakrouterinních vazů extraperitonealizovány. Pahýly vazů a cév všity do poševního pahýlu. Sutura pochvy pokračujícím stehem Safil. Poševní pahýl vytažen. Zaveden Foleyův katetr, moč čirá. Obnoveno kapnoperitoneum, přehlédnuta malá pánev, peritonealizace dobrá. Krvácení 0, pahýl bez krvácení. Pod kontrolou optiky odstraněny pomocné porty, nekrvácí, zrušeno kapnoperitoneum, 12 mm trokar odstraněn. Sutura incizí jednotlivými Safil Quick 2/0 stehy. Výkon bez komplikací, krevní ztráta do 100 ml. Délka operačního výkonu: 2 hodiny. Anestezie: celková.

10.4 Komparace perioperační péče u jednotlivých typů hysterektomie

Popis péče o klientku je uveden v jednotlivých kazuistikách, zejména v pododdíle průběh hospitalizace. V následujícím přehledu je srovnána perioperační péče o klientku s různým typem hysterektomie.

10.4.1 Předoperační péče

Klientka je na standardní oddělení přijata den před plánovaným operačním výkonem. Je provedeno vstupní vyšetření lékařem, dále přijímací pohovor s PA, která ji poučí o chodu oddělení a provede fyzikální vyšetření. Dále je provedeno předoperační vyšetření lékařem a anesteziologem a jsou zkontrolovány výsledky předoperačních vyšetření. Klientka následně podepíše informované souhlasy s hospitalizací, operačním výkonem a anestezií. PA provede u klientky předoperační přípravu a poučí ji o předoperační i pooperační péči a o lačnění od půlnoci. Na noc dostává klientka dle ordinace anesteziologa premedikaci (např. Stilnox 10 mg p. os). Ráno před operačním výkonem jsou klientce zkontrolovány vitální funkce. Pro prevenci TEN je provedena elastická bandáž dolních končetin a je provedena miniheparinizace (např. Fraxiparine 0,3 ml s. c.). Před operačním výkonem je dle anesteziologa podána premedikace (např. Dormicum 7,5 mg p. os). Následně je klientka převezena na operační sál.

10.4.2 Intraoperační péče

Po převozu klientky do prostor operačního sálu je klientka nejprve přeložena z postele z oddělení na transportní vozík operačního sálu, kdy je kryta pouze prostěradlem. Je zkontrolována dokumentace a identifikační náramek klientky. Vlasy klientky jsou kryty čepicí. Následně je klientka na transportním vozíku převezena na operační sál a je uložena na operační stůl. Je proveden předoperační bezpečnostní proces, kdy je kontrolována identita klientky, plánovaný operační výkon a alergie. Klientka je uložena do polohy na zádech, pod která je umístěna neutrální vícerázová elektroda. Pro VH a LAVH jsou nohy klientky umístěny v Schautových opěrkách. Poté je zajištěn intravenózní vstup a dle ordinace gynekologa je aplikována antibiotická profylaxe. Anestezie je zpravidla celková. Před započetím operačního výkonu je před AH zaveden katetr do močového měchýře. V průběhu předoperační přípravy kontrolují PA pro perioperační péči připravenost a sterilitu nástrojů a pomůcek potřebných k operačnímu výkonu. Před VH je klientka uložena do gynekologické polohy (končetiny jsou v široké abdukci s extenzí v kolenních kloubech).

Následně je provedena antisepse operačního pole, je zkontrolováno, zda antiseptikum nezateklo pod tělo klientky, a je provedeno sterilní zarouškování klientky. Při LAVH je poloha klientky změněna z laparoskopické na gynekologickou a zpět na laparoskopickou a v závěru vaginální části operace je zaveden katetr do močového měchýře. V průběhu operačního výkonu instrumentující PA kontroluje sterilitu operačního pole a dodržování sterilních technik u všech členů operačního týmu. Dále také kontroluje a ošetřuje použité nástroje a pomůcky a provádí jejich početní kontrolu. Obíhající PA obsluhuje operační tým, vede operační dokumentaci, dle potřeby dodává materiál, obsluhuje přístroje, odebraný biologický materiál označí a zajistí jeho odeslání na histologické vyšetření. Spolu s instrumentující PA kontroluje sterilitu a provádí početní kontrolu nástrojů a materiálu. Anesteziologická sestra s anesteziologem sledují klientčiny vitální funkce, aplikují potřebné medikace a vedou příslušnou dokumentaci. Při VH je na závěr operace zaveden katetr do močového měchýře. Před ukončením operačního výkonu provádí instrumentářka s obíhající PA početní kontrolu nástrojů a materiálu. Při souhlasu nahlásí operatérovi, že nástroje a materiál souhlasí. Instrumentářka omyje a osuší operační pole, operační rány po AH a LAVH ošetří antiseptikem a sterilně překryje. Obíhající PA pak odstraní rouškování a zkontroluje klientku. Klientka je pod dohledem anesteziologa a anesteziologické sestry probuzena na operačním sále. Následně je přeložena na transportní vozík a převezena do překladové zóny, kde je předána PA z oddělení JIP. Délka operace jednotlivých typů hysterektomie se liší. AH trvala 90 min, VH 79 min a LAVH trvala 120 min. Nutné je zdůraznit, že VH byla kvůli adhezím mimořádně obtížná, což prodloužilo operační čas. Odhadnutá krevní ztráta byla největší u AH (do 200 ml), následně u LAVH (do 100 ml) a u VH byla odhadnutá krevní ztráta nepatrná.

10.4.3 Pooperační péče

Po příjmu klientky na oddělení JIP jsou sledovány vitální funkce. První dvě hodiny po 15 min, další dvě hodiny po 30 min a následně po 1 hodině. Oxygenoterapie se řídí hodnotou saturace krve kyslíkem a je ukončena při překladu klientky z JIP. Po AH, VH i LAVH je u klientky kontrolováno krvácení z genitálu a dle potřeby jsou měněny vložky. Po AH a LAVH je navíc kontrolováno, zda neprosakuje krytí operačních ran. Je sledována bilance tekutin a celkový stav klientky. Dle ordinace lékaře jsou klientce aplikovány léky (analgetika a ATB, případně antiemetika) a infuzní terapie. Je provedena prevence dekubitů (polohování) a celková hygiena na lůžku. Na JIP je za 6 hodin od operačního výkonu klientce

podán čaj. Ráno klientka vstává s dopomocí PA a provede hygienu u umyvadla. Poté je přeložena na pooperační oddělení.

Na pooperačním oddělení jsou nadále sledovány vitální funkce, a to 1. pooperační den 3× denně a následně 1× denně (u klientky po LAVH byly z důvodu arteriální hypertenze VF funkce sledovány 1. pooperační den 5× denně a následně 3× denně). Je sledováno krvácení, jak bylo popsáno výše. Zpravidla 1. pooperační den je odstraněno krytí ran, které jsou ošetřeny a sledovány. Je kontrolována funkčnost intravenózního vstupu, který je odstraněn 2. pooperační den. Močový katetr je odstraněn 1. pooperační den. Po jeho odstranění je kontrolováno, zda se klientka vymočí do 6 hodin a zda nečiní močení klientce obtíže. Klientka jde na toaletu poprvé v doprovodu PA, která zhodnotí mobilitu klientky. Po VH a LAVH je kontrolováno pomocí ultrazvuku postmikční reziduum v močovém měchýři. Nadále je pokračováno v antibiotické terapii (po odstranění intravenózního vstupu jsou ATB podávána zpravidla p. os po 12 hodinách) a v prevenci TEN (miniheparinizace a včasná mobilizace). 1. pooperační den má klientka dietu č. 0 (tekutá), 2. pooperační den dietu č. 1 (kašovitou) a následující dny dietu č. 3 (racionální). Klientka je vybízena k dostatečnému pitnému režimu. Je sledován odchod plynů a vyprazdňování stolice (všechny 3 klientky udávaly odchod plynů 1. pooperační den, klientky po VH a LAVH byly na stolici 2. pooperační den, klientka po AH až 3. pooperační den po podání glycerinového čípku). Pozornost je věnována péči o spánek. PA zjišťuje, zda klientka v noci spí a při potížích je podáno hypnotikum. Před propuštěním do domácí péče je klientka poučena o pooperačním režimu. Celková doba hospitalizace byla delší u klientky po AH (6 dní) oproti klientkám po VH a LAVH (5 dní).

10.5 Komparace ošetřovatelských diagnóz u jednotlivých typů hysterektomie

U klientek byly z hlediska perioperační péče posouzeny ošetřovatelské diagnózy dle NANDA domén. V Tabulce 9 jsou uvedeny přijaté ošetřovatelské diagnózy, které byly shodné u všech tří klientek. V následujícím přehledu jsou u jednotlivých diagnóz uvedeny určující znaky, související faktory či rizikové faktory, podle kterých byly ošetřovatelské diagnózy zvažovány, a definice diagnózy, podle níž byla diagnóza ověřena. Dále byly popsány základní intervence, které PA v souvislosti s těmito diagnózami provádí.

Tabulka 9 Ošetřovatelské diagnózy shodné u všech tří klientek

Předoperační období	Intraoperační období	Pooperační období
Nedostatečné znalosti	Strach	Strach
Strach	Riziko infekce	Riziko infekce
	Riziko krvácení	Riziko krvácení
	Riziko perioperačního zranění při manipulaci [s pacientem]	Riziko pádů
	Narušená integrita tkáně	Narušená integrita tkáně
	Zhoršený komfort	Zhoršený komfort
		Akutní bolest

10.5.1 Předoperační období

Nedostatečné znalosti (00126)

Doména 5: Percepce/kognice

Třída 4: Kognice

Definice: Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem (operace).

Určující znaky: uvádí problém (nedostatečné znalosti o operaci a související péči)

Související faktory: neobeznámenost se zdroji informací

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: PA zjistí úroveň znalostí klientky a její ochotu získat informace. Klientku edukuje zejména o perioperační péči a zároveň zjišťuje, zda klientka informacím rozumí. PA dá klientce prostor, aby se mohla zeptat na to, co ji ještě zajímá.

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

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

Určující znaky: uvádí obavy a strach, identifikuje předmět strachu (operace)

Související faktory: oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace, nemocniční procedury)

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: Strach se u klientek před operací a v souvislosti s hospitalizací vyskytuje často. Úkolem PA je zejména posoudit stupeň strachu a pomoci klientce strach zvládnout. Velmi důležité je klientce naslouchat, poskytnout jí potřebné informace, dát klientce možnost se na cokoliv zeptat a upřímně jí odpovědět. Někdy je vhodné jí vysvětlit, že pocit strachu před operací je normální. PA by měla klientce doporučit vhodný způsob relaxace.

10.5.2 Intraoperační období

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

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

Určující znaky: uvádí obavy a strach, identifikuje předmět strachu (operace)

Související faktory: oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (neznámé prostředí operačního sálu, operace)

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: Pocit strachu před operací je normální. Úkolem PA pro perioperační péči je klientku seznámit s prostředím operačního sálu, při všech prováděných procedurách klientku informovat o postupu a pokusit se zmírnit pocity strachu klientky.

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

Rizikové faktory: porušená kůže (i. v. katetrizace, invazivní postupy)

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: Na operačním sále je důležité dodržet při zajištění intravenózního vstupu aseptické podmínky. PA pro perioperační péči zajistí sterilní chirurgické nástroje a prostředí při operaci. Kontroluje sterilitu operačního pole a dodržování sterilních technik u členů operačního týmu. Důležité je také zajištění

aseptického postupu při katetrizaci močového měchýře, která je provedena na operačním sále před nebo po operaci. Po ukončení operačního výkonu ošetří a sterilně kryje operační ránu.

Riziko krvácení (00206)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko snížení množství krve, které může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: vedlejší účinky spojené s léčbou (operace)

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: PA pro perioperační péči spolu s operatérem kontrolují v průběhu operačního výkonu krevní ztrátu. Odhadovaná krevní ztráta je následně zapsána do dokumentace.

Riziko perioperačního zranění při manipulaci [s pacientem] (00087)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko neúmyslných anatomických a tělesných změn následkem manipulace s tělem pacienta nebo vybavením použitým při invazivním/operačním postupu.

Rizikové faktory: imobilizace, senzorické/percepční poruchy způsobené anestezií

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: Aby nedošlo ke zranění klientky, uloží PA pro perioperační péči klientku do správné polohy, její tělo zajistí proti pádu popruhy a místa, kde by mohly vzniknout dekubity či dojít k útlaku nervů, vypodloží. Při změně polohy klientky v průběhu operačního výkonu dbá na fyziologii. Při použití monopolární elektrokoagulace dbá na správné přiložení neutrální elektrody a kontroluje, zda antiseptikum nezateklo pod tělo klientky. V průběhu operačního výkonu dbá na bezpečnost klientky.

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

Určující znaky: poškozená tkáň (operace)

Související faktory: mechanické faktory (operace)

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: Při operaci dochází k poškození tkání. Po sutuře operační rány PA pro perioperační péči operační ránu omyje, osuší, ošetří antiseptikem a sterilně zakryje.

Zhoršený komfort (00214)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort, *Třída 2:* Komfort prostředí, *Třída 3:* Sociální komfort,

Definice: Vnímaný nedostatek uvolnění, úlevy a transcendentnosti ve fyzických, psychospirituálních, environmentálních, kulturních a sociálních dimenzích.

Určující znaky: strach (z operace), pocit chladu, pocit diskomfortu, neklid

Související faktory: nedostatek soukromí, vedlejší účinky související s léčbou (lačnění před operací)

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: Klientka může v intraoperační fázi pociťovat diskomfort. PA pro perioperační péči se snaží zajistit dostatečný komfort klientky dle aktuálních možností. Po přeložení klientky na transportní vozík je klientka kryta pouze prostěradlem. Pociťuje-li klientka chlad, nabídne jí PA další prostěradlo. Důležité je při překladu klientky na transportní vozík a následně na operační stůl respektovat stud klientky. PA klientce vysvětlí průběh bezprostřední předoperační fáze a snaží se zmírnit její pocit strachu a neklid. Po uložení klientky na operační stůl je tepelný komfort zajištěn většinou použitím vyhřívací podložky.

10.5.3 Pooperační období

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

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

Určující znaky: uvádí obavy a strach, identifikuje předmět strachu (výsledek operace)

Související faktory: oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace)

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: Po operaci může klientka pociťovat obavy nebo strach. PA sleduje projevy strachu klientky, zjistí příčinu klientčina strachu, edukuje ji o pooperační péči a v rámci svých kompetencí odpovídá na klientčiny dotazy (o průběhu a rozsahu operace je klientka informována lékařem).

Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organismy.

Rizikové faktory: porušená kůže (i. v. katetrizace, invazivní postupy), prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: V souvislosti s operačním výkonem, ale i např. s i. v. katetrizací, existuje riziko vzniku infekce v pooperačním období. PA by měla posoudit rizikové faktory vzniku infekce, sledovat a dokumentovat, zda se nevyskytují známky infekce v místě i. v. vstupu či chirurgických incizí. PA sama provádí opatření proti šíření nozokomiálních infekcí. Dále edukuje klientku o hygieně a předcházení vzniku infekce, pečuje o invazivní vstupy a incize, provádí převazy, dle ordinace lékaře podává profylakticky ATB.

Riziko krvácení (00206)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko snížení množství krve, které může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: vedlejší účinky spojené s léčbou (operace)

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: Sledování případného krvácení po operaci je velmi důležité. PA si všímá krvácení z rodidel a pravidelně vyměňuje vložky, sleduje poševní tamponádu, kterou dle ordinace lékaře odstraní. Dále kontroluje případné krvácení z operační rány (zda neprosakuje její krytí), množství i charakter odpadu v drénech a známky vnitřního krvácení.

Riziko pádů (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Riziko zvýšené náchylnosti k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu.

Rizikové faktory: neznámý pokoj, medikace (opiáty), pooperační stav

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: Po operačním výkonu je klientka uložena na lůžku v poloze na zádech. PA zajistí bezpečnost klientky, informuje ji o používání signalizačního zařízení a o prvním vstávání (většinou den po operaci ráno). Při prvním vstávání dopomáhá PA klientce při chůzi a následné hygieně. Následně PA zhodnotí mobilitu klientky a riziko pádu, zda je potřebná další dopomoc. PA edukuje klientku o správném vstávání z lůžka a opatrné chůzi.

Narušená integrita tkáně (00044)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Poškození sliznice, rohovky, kůže anebo podkožních tkání.

Určující znaky: poškozená tkáň (operace)

Související faktory: mechanické faktory (operace)

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: V důsledku operace je narušena integrita tkáně klientky. Úkolem PA je pravidelně kontrolovat stav operační rány (zda se nevyskytují známky infekce či komplikovaného hojení), dle ordinace lékaře provádět asepticky převazy a edukovat klientku v péči o ránu a o adekvátním příjmu potravy a tekutin.

Zhoršený komfort (00214)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Vnímaný nedostatek uvolnění, úlevy a transcendentnosti ve fyzických, psychospirituálních, environmentálních, kulturních a sociálních dimenzích.

Určující znaky: strach (po operaci)

Související faktory: vedlejší účinky související s léčbou (bolest po operaci, zvracení)

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: V pooperační fázi může klientka pociťovat diskomfort zejména z důvodu bolesti. Základní péče prováděná PA u klientky s diagnózou bolesti je popsána u příslušné diagnózy. Dále má klientka obavy, zda byl

proveden plánovaný operační výkon a zda proběhl bez komplikací. Klientka je proto informována operatérem o rozsahu a průběhu operace a PA seznámí klientku s pooperační péčí.

Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně nebo popsaný 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.

Určující znaky: expresivní chování (neklid), pozorované známky bolesti

Související faktory: původci zranění (fyzikální – operace)

Popis základní péče související s ošetřovatelskou diagnózou: Akutní bolest se v pooperačním období vyskytuje z důvodu poškození tkáně. PA posoudí bolest, kterou klientka udává. Zaměří se na verbální projevy klientky (lokalizace, charakter, trvání, závažnost, zhoršující faktory bolesti), ale i na neverbální projevy klientky (např. výraz v obličeji). PA musí mít na paměti, že bolest je subjektivním prožitkem klientky. Dle ordinace lékaře podává analgetika, jejichž dávka je dle potřeby upravována, a sleduje odpověď klientky na podaná analgetika. Klientce také doporučí, aby dostatečně odpočívala.

11 DISKUZE

V diskuzi je provedena analýza dat výzkumného šetření uvedeného výše. Některé poznatky byly srovnány s pracemi a výzkumy autorů, kteří se zabývali stejnou či podobnou problematikou.

Kvantitativní výzkum byl zaměřen na srovnání počtů jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek za období dvou let na dvou pracovištích krajského typu.

Výzkumná otázka č. 1: Je mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti A rozdíl?

Pro zodpovězení této otázky byly porovnány počty AH, VH a LAVH provedených na pracovišti A za období dvou let. Z celkového počtu 560 hysterektomií byla u 180 (32 %) klientek provedena abdominální hysterektomie, u 213 (38 %) klientek vaginální hysterektomie a u 167 (30 %) klientek laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Zdá se, že mezi četnostmi jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti A je rozdíl. Aby bylo možné tvrdit, že se jedná o rozdíl statisticky významný, byla stanovena pracovní hypotéza (Mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti A je rozdíl.), která byla ověřena pomocí testování rozdílů četnosti. Při testování na 5% hladině významnosti byla přijata hypotéza o tom, že četnosti se liší. Lze tedy tvrdit, že mezi četnostmi AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti A je statisticky významný rozdíl. Nejčetnější variantou byla vaginální hysterektomie, následně abdominální hysterektomie a nejméně prováděnou variantou byla laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Dohromady (VH + LAVH) byla děloha odstraněna z vaginálního přístupu u 68 % klientek. Pokud se zamyslíme nad tím, že zkoumaný soubor zahrnoval všechny hysterektomie provedené u klientek za období dvou let (jak pro benigní, tak pro maligní indikace), je tento výsledek velmi příznivý.

Výzkumná otázka č. 2: Je mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti B rozdíl?

Při hledání odpovědi na tuto výzkumnou otázku byly porovnány počty AH, VH a LAVH provedených na pracovišti B za období dvou let. Z celkového počtu 597 hysterektomií byla u 137 (23 %) klientek provedena abdominální hysterektomie, u 209 (35 %) klientek vaginální hysterektomie a u 251 (42 %) klientek laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Mezi četnostmi jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti B je patrný rozdíl. Aby bylo možné tvrdit, že se jedná o rozdíl statisticky významný,

byla stanovena pracovní hypotéza (Mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti B je rozdíl.), která byla ověřena pomocí testování rozdílů četnosti. Při testování na 5% hladině významnosti byla přijata hypotéza o tom, že četnosti se liší. Lze tedy tvrdit, že mezi četnostmi AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti B je statisticky významný rozdíl. Nejčetnější variantou byla laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, následně vaginální hysterektomie a nejméně prováděnou variantou byla abdominální hysterektomie. Dohromady (VH + LAVH) byla děloha odstraněna z vaginálního přístupu u 77 % klientek. I na tomto pracovišti zahrnoval zkoumaný soubor hysterektomie provedené u klientek jak pro benigní, tak pro maligní indikace. Tento výsledek se zdá být ještě příznivější než na pracovišti A. Tím, zda jsou počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti A ve srovnání s pracovištěm B různé, se zabývala výzkumná otázka č. 3.

Výzkumná otázka č. 3: Je rozdíl mezi počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti A v porovnání s pracovištěm B?

Porovnáme-li počty AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti A a na pracovišti B, zjistíme, že počty jsou různé (viz Tabulka 3). Stejně tak jako u výsledků výzkumné otázky č. 1 a 2, tak i u této výzkumné otázky bylo statisticky ověřeno, zda je rozdíl v počtech jednotlivých typů hysterektomií provedených u klientek na pracovišti A a na pracovišti B statisticky významný. Za tímto účelem byla stanovena pracovní hypotéza o tom, že na různých pracovištích jsou počty jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek různé. Hypotéza byla ověřena pomocí testu hypotézy o shodnosti struktur. Na 5% hladině významnosti byla přijata hypotéza o tom, že četnosti jsou rozdílné. Je možno konstatovat, že mezi četnostmi AH, VH a LAVH provedených u klientek na pracovišti A a na pracovišti B je statisticky významný rozdíl. Na pracovišti A byla nejčetnější variantou vaginální hysterektomie, kdežto na pracovišti B laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Naopak nejméně prováděnou variantou hysterektomie byla na pracovišti A laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, kdežto na pracovišti B abdominální hysterektomie. Četnosti vaginálních hysterektomií provedených u klientek na obou pracovištích byly téměř shodné. Zajímavé je, že laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie byla na pracovišti A nejméně prováděnou variantou hysterektomie, kdežto na pracovišti B byla nejčastěji prováděnou variantou hysterektomie.

Studií, které se zabývají srovnáním celkového počtu jednotlivých variant hysterektomií, není mnoho. Ľubušký a kol. (2004, s. 126–128) hodnotili vývoj v operačním přístupu

k hysterektomii na olomoucké klinice. Uvádí, že v letech 1989–1993 byla na jejich pracovišti většina hysterektomií prováděna z abdominálního přístupu (97 %) a z vaginálního přístupu (3 %) byly prováděny hysterektomie prakticky jen pro descenzus rodidel. V letech 1998–2002 byl na jejich pracovišti patrný trend přesunu k minimálně invazivním metodám. V těchto letech bylo z celkového počtu hysterektomií provedeno 42 % AH, 48 % VH a 10 % LAVH. Bohužel nejsou k dispozici aktuální data, ale lze předpokládat, že tak jako na pracovišti A a na pracovišti B, tak i na tomto pracovišti jsou čím dál více upřednostňovány minimálně invazivní typy hysterektomie, kterými jsou VH a LAVH. Barbieri and Reece (2010, s. 363) poukazují na to, že ve Spojených státech amerických je 60 % hysterektomií provedeno z abdominálního přístupu pomocí laparotomie (z celkového počtu přibližně 600 tisíc hysterektomií). Důvodem této situace může být např. nedostatečná odborná příprava operatérů či nejnižší cena za úhradu tohoto výkonu.

Kvalitativní výzkum byl zaměřen na srovnání perioperační péče u 3 klientek s různým typem hysterektomie.

Perioperační péče o klientku s AH, VH a LAVH je v mnohém stejná či velmi podobná. V následujícím přehledu budou uvedeny rozdílnosti v péči o klientku s různým typem hysterektomie, které byly zjištěny při provádění kvalitativního výzkumu, a srovnány s poznatky z odborné literatury a s výzkumy zabývajícími se podobným tématem.

V předoperačním období je péče o klientku velmi podobná u všech tří typů hysterektomie.

Rozdíl z důvodu odlišného operačního přístupu je v tělesné přípravě. Před AH je oholen podbřišek a hrma, před VH vulva a perineum a před LAVH vulva, perineum a případně podbřišek a je provedeno vyčištění pupku. Provedená tělesná příprava se neliší od postupu uvedeného v literatuře (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 916; Rob, Martan, Citterbart et al., 2008, s. 62). Prováděná předoperační tělesná příprava ale klientku nijak zvlášť nezatěžuje, takže nelze říci, že by některý operační přístup zvýhodňovala či naopak.

Péče v intraoperačním období se u jednotlivých typů hysterektomie taktéž příliš neliší.

Rozdílná je poloha klientky při operačním výkonu. Při AH není poloha pro klientku nijak zvláště zatěžující. Při VH a LAVH, kdy jsou končetiny uloženy v Schautových opěrách, existuje riziko vzniku útlaku nervů. Proto je důležité dbát na správné uložení dolních končetin v těchto opěrách (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 77). LAVH není z důvodu Trendelenburgovy polohy při operaci vhodná pro klientky s kardiálním onemocněním III. a IV. stupně, jelikož by hrozilo selhání oběhu (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 111). Z těchto

důvodů je nutné při volbě operačního přístupu k hysterektomii myslet i na polohu klientky při operačním výkonu.

Délka operačního výkonu byla u jednotlivých variant hysterektomií odlišná. Nejdéle trvala LAVH (120 min), následně AH (90 min) a nejkratší operační čas byl u VH (79 min) i přes to, že byl výkon kvůli adhezím mimořádně obtížný. Jahan et al. (2011, s. 255) ve své studii srovnávající AH, VH a LAVH zjistili, že průměrný operační čas byl nejdelší u LAVH (64,8±11,1 min), následně u AH (60,2±14,2 min) a nejkratší u VH (54,8±12,3 min). Tošner (2003, s. 11) zdůrazňuje, že operační čas je nejdelší u LAVH, což ovlivňuje počty provedených operací za den a objednací doby klientek. VH je z hlediska operačního času pro klientku nejméně zatěžující.

Odhadnutá krevní ztráta byla největší u AH (do 200 ml), následně u LAVH (do 100 ml) a u VH byla odhadnutá krevní ztráta nepatrná. Jahan et al. (2011, s. 255) ve své studii zjistili, že odhadnutá krevní ztráta byla největší u AH (203,0±37,4), následně u LAVH (126,5±39,8) a nejmenší u VH (100,0±32,8). Z hlediska krevní ztráty při operaci je pro klientku taktéž nejméně zatěžující variantou VH.

Pooperační péče u klientky po AH, VH a LAVH je v mnohém srovnatelná.

U klientek po AH a LAVH je důležité pečlivě sledovat operační ránu (případné krvácení a hojení). V tomto ohledu je pro klientku nejvíce zatěžující AH z důvodu větší operační rány, která je spojena s větší bolestivostí, ale také s přítomností jizvy na břiše, což může být pro klientku z kosmetického hlediska obtěžující (Simočková, 2011, s. 69). Naopak nejvýhodnější je VH z důvodu menší bolestivosti po operaci a nepřítomnost jizvy na břiše (Simočková, 2011, s. 69).

Po VH a LAVH je u klientek po prvním spontánním vymočení kontrolováno pomocí ultrazvuku reziduum v močovém měchýři. Toto vyšetření ale není pro klientku nijak zvlášť zatěžující, tudíž nelze tvrdit, že by v tomto ohledu byla AH pro klientku výhodnější.

Rozdíl u klientek po AH, VH a LAVH byl ve vyprazdňování stolice, kdy poprvé po operaci byly na stolici dříve klientky po VH a LAVH (2. pooperační den) oproti klientce po AH, která byla na stolici až 3. pooperační den po podání glycerinového čípku. Zábranský (2004, s. 5) poukazuje na riziko střevních potíží po AH. V tomto ohledu je tedy výhodnější VH a LAVH oproti AH.

Celková délka hospitalizace byla kratší u klientek po VH a LAVH (5 dní) oproti klientce po AH (6 dní). Jahan et al. (2011, s. 255) ve své studii zjistili, že doba hospitalizace

po hysterektomii byla nejkratší po VH (1,2±0,7 dnů), následně po LAVH (1,5±0,7 dnů) a nejdelší po AH (4,5±1,1 dnů). Z výsledků je patrné, že z důvodu dřívějšího propuštění do domácí péče je pro klientku výhodnější VH a LAVH oproti AH.

V souvislosti s perioperační péčí byly u klientek stanoveny ošetřovatelské diagnózy. Většina z nich byla shodná u všech tří klientek (viz Tabulka 9). Z toho lze usoudit, že perioperační péče o klientku s různým typem hysterektomie se v dnešní době příliš neliší. Zároveň je ale nutné podotknout, že PA musí ke každé klientce přistupovat individuálně.

Z výše uvedeného vyplývá, že nejvýhodnější variantou hysterektomie je pro klientku VH, následně LAVH a nejvíce zatěžující je pro klientku AH. Berhardt (2012, s. 86–87) uvádí, že při srovnání s AH je VH výhodnější z důvodu kratší doby hospitalizace, rychlejšího návratu klientky k běžným aktivitám a menšího výskytu febrilních příhod a nespecifických infekcí. Ve srovnání s LAVH je VH výhodná z důvodu kratšího času operace. U LAVH oproti AH je výhodou rychlejší návrat klientky k běžným aktivitám, kratší doba hospitalizace, menší krevní ztráta při operaci a menší traumatizace, naopak nevýhodou je delší čas operace a vyšší výskyt poranění močovodu a močového měchýře. Zdůrazňuje, že pokud není možno provést hysterektomii z vaginálního přístupu, měl by mít přednost laparoskopický před laparotomickým. Söhngen et al. (2012, s. 633) poukazují na to, že z důvodu mnohých nevýhod AH je tento typ hysterektomie v dnešní době stále více nahrazován VH, LAVH či jinými minimálně invazivními technikami. Výběr typu hysterektomie ale záleží na indikaci, zkušenostech operatéra a na přání klientky. Shimizu (2011, s. 161) proto dodává, že klientky by měly vědět o méně invazivních a pokročilejších typech hysterektomie, které jsou spojeny s kratší dobou zotavení a lepším kosmetickým efektem.

12 ZÁVĚR

V teoretické části této práce byly v úvodu popsány gynekologické operace a jejich klasifikace, hysterektomie a jejich klasifikace. U jednotlivých typů hysterektomie (abdominální, vaginální a laparoskopická hysterektomie) byly popsány jejich druhy, výhody a nevýhody, indikace, provedení a komplikace. Následně byla charakterizována péče o klientku před, v průběhu a po hysterektomii. Při studiu literatury bylo zjištěno, že není k dispozici dostatek aktuálních monografií, které by se zabývaly hysterektomií všeobecně. Z tohoto důvodu byly použity i monografie staršího data (Macků a kol., 1995 či Kobilková, Živný a Bochman, 2000), kde byly potřebné údaje přehledně popsány. V současné době také nejsou k dispozici monografie zabývající se perioperační péči o klientku z pohledu PA pro perioperační péči. Proto byly použity zdroje zabývající se ošetřovatelskou péčí v gynekologii a porodnictví (Simočková, 2011; Slezáková a kol, 2011 a Slezáková a kol, 2007) a další potřebné informace byly čerpány z literatury, která se zabývá perioperační péčí všeobecně (Janíková a Zeleníková, 2013; Jedličková a kol., 2012; Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, či Wichsová a kol., 2013).

Výzkumná část práce byla zaměřena na komparaci abdominální, vaginální a laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie. První část výzkumu srovnávala četnosti jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na dvou pracovištích krajského typu za období dvou let. Bylo zjištěno, že četnosti jednotlivých typů hysterektomie provedených u klientek na pracovišti A a na pracovišti B byly různé. Na pracovišti A byla nejčetnější variantou vaginální hysterektomie (38 %), zatímco na pracovišti B laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (42 %). Dohromady (VH + LAVH) byla hysterektomie provedena z vaginálního přístupu na pracovišti A v 68 % a na pracovišti B v 77 %. Nutno podotknout, že zkoumaný soubor zahrnoval klientky, které podstoupily hysterektomii jak pro benigní, tak pro maligní indikace, kterých v posledních letech přibývá. Z tohoto důvodu by mohl být zajímavý výzkum zabývající se tím, ze kterého přístupu je nejčastěji provedena hysterektomie u klientek s benigní indikací oproti klientkám s maligní indikací.

Ve druhé části byla porovnána perioperační ošetřovatelská péče o klientku podstupující vaginální, abdominální a laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii. Bylo zjištěno, že tato péče je v mnohém velmi podobná a že většina přijatých ošetřovatelských diagnóz byla shodná u všech tří klientek. Z analýzy získaných údajů vyplynulo, že nejvýhodnější je pro klientku vaginální hysterektomie. Výhodami oproti abdominální hysterektomii jsou kratší

operační čas a tedy i kratší délka anestezie, menší krevní ztráta, nepřítomnost jizvy na břiše, menší bolestivost, dřívější odchod stolice po operaci, rychlejší rekonvalescence a kratší doba hospitalizace. Výhodnou variantou hysterektomie je pro klientku také laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, zejména z důvodu menší krevní ztráty, nepřítomnosti velké jizvy na břiše (pouze 3 malé po laparoskopických vstupech), menší bolestivosti, dřívějšího odchodu stolice po operaci, rychlejší rekonvalescence a kratší doby hospitalizace (oproti abdominální hysterektomii). Abdominální hysterektomie má ale ve spektru prováděných variant hysterektomií své nezastupitelné místo a je prováděna v případech, kdy není možno hysterektomii provést z vaginálního či laparoskopického přístupu nebo je potřeba současně s hysterektomií provést i jiný výkon (např. lymfadenektomii).

Vzhledem k výsledkům kvalitativního výzkumu a poznatkům z odborné literatury, které uvádějí, že nejvýhodnějším typem hysterektomie je pro klientku vaginální hysterektomie a následně laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, nebylo překvapivým zjištěním, že na obou pracovištích se snaží tyto dva typy preferovat před abdominální hysterektomií.

Cíle teoretické i výzkumné části práce byly splněny.

Při výběru operačního přístupu k hysterektomii u konkrétní klientky je nutné zohlednit řadu faktorů, klientku řádně poučit o všech výhodách i nevýhodách jednotlivých typů hysterektomie a zohlednit její přání. Při poskytování perioperační péče je důležité, aby PA přistupovala ke každé klientce individuálně, vhodně ji edukovala o perioperační péči a během této péče se zaměřila na specifické ošetřovatelské problémy, které se u klientek podstupujících hysterektomii vyskytují nejčastěji.

Přínosem této práce je zpracování přehledu nejčastějších ošetřovatelských diagnóz u klientek podstupujících hysterektomii, který je z pohledu PA pro perioperační péči členěn na předoperační, intraoperační a pooperační období. Tento přehled může být využit např. při vzdělávání porodních asistentek pro perioperační péči.

13 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. BARBIERI, Robert L. and E. Albert REECE. *Obstetrics and Gynecology: The Essentials of Clinical Care* [online] Stuttgart: Thieme, 2010, eBook Clinical Collection Trial, EBSCOhost. [cit. 2013-11-16] ISBN 978-3-13-143951-2. Dostupné z: http://web.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTYwMHR3d19fNTM0MzQ2X19BTg2?sid=1c929764-f4fe-493c-a3b3-2034b62cf61c@sessionmgr11&vid=2&hid=23&format=EB
2. BERHARDT, Leon V. *Advances in medicine and biology* [online]. New York: Nova Science Publishers, 2012 [cit. 2013-11-16]. ISBN 978-161-3248-232. Dostupné z: http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&sid=34afa2c4-c2b3-4838-84df-40910912eace%40sessionmgr110&hid=123&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=e600tww&AN=535076
3. CLAYTON, R. D. Hysterectomy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gyneacology* [online]. 2006, vol. 20, iss. 1, s. 73–87. [cit. 2013-11-19]. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2005.09.007. ISSN 1521-6934. Dostupné z: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693405001203
4. HERDMAN, T. Heather (Editor). *Ošetřovatelské diagnózy: definice a klasifikace 2012– 2014*. Z angličtiny přeložila Pavla KUDLOVÁ. 1. české vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4743-288.
5. HOLUB, Zdeněk, David KUŽEL a kol. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0834-5.
6. JAHAN, S. et al. A comparative study among laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy: Experience in a tertiary care hospital in Bangladesh. *Journal of Obstetrics and Gyneacology* [online]. 2011, vol. 31, iss. 3, s. 254–257. [cit. 2013-11-18]. DOI: 10.3109/01443615.2010.550346. ISSN 1364-6893. Dostupné z: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c2d66c18-7dda-4451-8d29-953981b20e34%40sessionmgr198&vid=1&hid=123
7. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetřovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.

8. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetřovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.
9. KOBILKOVÁ, Jitka, Jaroslav ŽIVNÝ a Jan BOCHMAN. *Technika gynekologických abdominálních operací*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-494-0.
10. KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-267-4.
11. KUČERA, Eduard. Laparoskopie. *Moderní babictví*. [online]. Praha: Levret, 2004, č. 5, s. 1–8. [cit. 2014-03-27]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-5/?pdf=120
12. KUČERA, Eduard, Robért DANKOVČÍK a Jaroslav FEYEREISL. Postavení laparoskopické hysterektomie v doškolovacím centru. *Endoskopie*. Olomouc: Solen, 2008, roč. 17, č. 3–4, s. 71–73. ISSN 1211-1074.
13. KUDELA, Milan, Věra ZAHRADNÍČKOVÁ a Pavel HEJTMÁNEK. Děložní myomatóza – AHY, VHY nebo LAVHY? *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2003, roč. 68, č. 3, s. 213–217. ISSN 1210-7832.
14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
15. ĽUBUŠKÝ, Marek a kol. Hysterektomie na olomoucké klinice v letech 1989-2002: vývoj v indikačním spektru a operačním přístupu. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2004, roč. 69, č. 2, s. 125–128. ISSN 1210-7832.
16. MACKŮ, František a kol. *Kompendium gynekologických operací*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-154-2.
17. MÁRA, Michal, Zdeněk HOLUB a kol. *Děložní myomy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-1854-5.
18. PECÁKOVÁ, Iva, Ilja NOVÁK a Jan HERZMANN. *Pořizování a vyhodnocování dat ve výzkumech veřejného mínění*. 2. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 1998. ISBN 80-7079-357-0.
19. PILKA, Radovan, Martin PROCHÁZKA a kol. *Gynekologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3019-5.
20. ROB, Lukáš, Alois MARTAN, Karel CITTERBART et al. *Gynekologie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
21. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

22. SHIMIZU, Deborah J. *Hysterectomy: procedures, complications, and alternatives* [online]. Hauppauge, N.Y.: Nova Science Publishers, 2011 [cit. 2013-11-16]. ISBN 978-1-61122-257-9. Dostupné z: http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&sid=34afa2c4-c2b3-4838-84df-40910912eace%40sessionmgr110&hid=123&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=e600tww&AN=367197
23. SIMOČKOVÁ, Viera. *Gynekologicko-pôrodnícke ošetrovateľstvo: učebnica pre fakulty ošetrovateľstva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-362-2.
24. SKINNER, Bethany D. and John O. L. DELANCEY. Selecting the Route for hysterectomy: A structured approach. *Contemporary OB/GYN* [online]. August 2013, vol. 58, iss. 8, s. 24–32. [cit. 2013-11-18]. ISSN 0090-3159. Dostupné z: http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=33cedc13-2b53-491f-a743-d857a38f175f%40sessionmgr113&vid=1&hid=123
25. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
26. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.
27. SÖHNGEN, L. et al. Hysterektomie: interventionelle Alternativen. *Der Gynäkologe* [online]. August 2012, vol. 45, iss. 8, s. 633–641. [cit. 2013-11-19]. DOI: 10.1007/s00129-012-3033-6. ISSN 1433-0393. Dostupné z: http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00129-012-3033-6
28. TOŠNER, Jindřich. Faktory ovlivňující provedení hysterectomie. *Gynekolog*. Třebechovice p. Orebem: Medexart, 2003, roč. 12, č. 1, s. 8-15. ISSN 1210-1133.
29. UIVERZITA PARDUBICE. Fakulta zdravotnických studií. Studentský Intranet. *Gynekologická ošetřovatelská dokumentace* [online]. 2011, 4. 10. 2011 [cit. 2014-04-03]. Dostupné z: https://studenti.upce.cz/fakulty/FZS/studium/vyuka/odb_praxe/mgr_praxe/praxe-perioperacni-pece/ose-dokumentace.html
30. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetřovatelská péče*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-894-0.
31. WICHSOVÁ, Jana a kol. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.
32. ZÁBRANSKÝ, František. Volba operačního přístupu k hysterektomii. *Moderní gynekologie a porodnictví.* Praha: Levret, 2004, roč. 13, č. 1, s. 4–9. ISSN 1211-1058.
33. ZÁBRANSKÝ, František. Hysterectomia abdominalis. *Moderní gynekologie a porodnictví.* Praha: Levret, 2006a, roč. 15, č. 2, s. 207–215. ISSN 1211-1058.

34. ZÁBRANSKÝ, František. Hysterectomia vaginalis. *Moderní gynekologie a porodnictví.* Praha: Levret, 2006b, roč. 15, č. 2, s. 216–223. ISSN 1211-1058.
35. ZÁBRANSKÝ, František a Zdeněk ADAMÍK. Vaginální hysterektomie v proměnách času – fragmenty z vývoje operační techniky. *Gynekolog*. Třebechovice p. Orebem: Medexart, 2010, roč. 19, č. 2, s. 47–53. ISSN 1210-1133.
36. ZÁHUMENSKÝ, Jozef a kol. Profylaktické užití antiinfekčních léčiv v gynekologii. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2013, roč. 78, č. 4, s. 360–364. ISSN 1210-7832.
37. ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-786-0.

14 PŘÍLOHY

Příloha A *Gynekologická ošetřovatelská dokumentace* 92

Příloha A *Gynekologická ošetřovatelská dokumentace* (UNIVERZITA PARDUBICE, 2011)

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, 53210 Pardubice, www.upce.cz

Jméno a příjmení studenta/ky:		
Ročník, obor:	**Datum:**	**Hodnocení:**

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Jméno a příjmení (iniciály): …… **Věk:** ……
Povolání, vzdělání: ……**Oddělení, pokoj:** ……
Datum přijetí: …… **Operační výkon:** ……
Plánované přijetí: ☐ ano ☐ ne **Pooperační den:** ……
Hlavní diagnóza:
……
Vedlejší diagnózy: 1. …… 2. ……
3. …… 4. ……
Důvod přijetí: (vyjádření dle klientky) ……

Celkový vzhled, úprava: ……
……
Konstituce: ☐ normostenická ☐ astenická ☐ hyperstenická **Výška:** …… **Hmotnost:** …… **BMI:** ……

Vědomí (GCS): …… **Paměť:** ☐ neporušená ☐ zapomíná ☐ částečně zapomíná ☐ špatně si vybavuje ☐ staropaměť
Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy) ☐ ano ☐ ne ……
Pozornost: ☐ úmyslná ☐ neúmyslná ☐ stálá ☐ nestálá ☐ je roztržitý/á ☐ jiné:
Orientace: v čase ☐ plně orientována ☐ částečně ☐ dezorientovaná **Oční kontakt:** ☐ udržuje ☐ neudržuje
v prostoru ☐ plně orientována ☐ částečně ☐ dezorientovaná
v osobě ☐ plně orientována ☐ částečně ☐ dezorientovaná

Puls: frekvence …… pravidelnost …… kvalita ……
Dýchání: frekvence …… pravidelnost …… kvalita ……
dýchací fenomény ……kašel ……sputum ……
kanyla: ☐ ne ☐ ano druh…… …… datum zavedení: …… odsávání: ☐ ne ☐ ano
Krevní tlak: …… **Tělesná teplota:** ……
Periferní vstup: ☐ ne ☐ ano datum zavedení: …… **Centrální vstup:** ☐ ne ☐ ano datum zavedení: ……

Poloha: ☐ aktivní ☐ pasivní ☐ vynucená ☐……
Postoj: ☐ vzpřímený ☐ hemiparetický ☐ hemiplegický ☐ strnulý ☐ ……
Chůze: ☐ přirozená ☐ ataxie ☐ kolébavá ☐ antalgická ☐ kulhání ☐ paretická ☐ spastická ☐ parkinsonská ☐……
Abnormální pohyby: ☐ tremor ☐ choreatické ☐ atetoidní ☐ akineze ☐ tik ☐ jiné ……
☐ křeče ☐ tonické ☐ klonické ☐ tonicko-klonické
Schopnost uchopit předmět rukou, stisk ruky: ……
Klouby: omezení pohybu ☐ ne ☐ ano zduření ☐ ne ☐ ano deformity ☐ ne ☐ ano **Svalový tonus:** ☐ snížený ☐ zvýšený
Poruchy citlivosti: ☐ parestezie ☐ anestezie ☐ hypestezie **Chybění části těla:** ……
Kompenzační pomůcky (jaké): ……
Úroveň soběstačnosti (dle Gordonové): .... najíst se .... umýt se .... vykoupat se .... obléci se .... pohybovat se

Kůže: ☐ vlhká ☐ suchá ☐ snížený turgor ☐ ……
barva: ☐ fyziologická ☐ bledá ☐ rubor ☐ icterus ☐ cyanóza ☐ akrocyanóza ☐ mramorovaná ☐ pigmentace ……
změny: ☐ exantém ☐ petechie ☐ ekchymózy, sufuze ☐ hematomy ☐ pajizévky ☐ jizvy ☐ exkoriace ☐ vesiculy ☐ ulcus ☐ edémy
Kožní deriváty: změny a defekty ……
Stav sliznic: ☐ růžové ☐ bledé ☐ soor ☐ afty ☐ suché ☐ jiné:……
Riziko dekubitů (dle Nortonové): ……
Dekubitus ☐ ne ☐ ano ☐ **Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu**
Stav operační rány: …… **Poslední převaz:** ……
Drenáž: ☐ ne ☐ ano jaká: …… …… od kdy:…… množství sekretu: ……
Kůže končetin: ☐ beze změn ☐ chladná ☐ bledá ☐ cyanotická ☐ šupinková ☐ bez ochlupení ☐ ulcerace ☐ zarudlý pruh:……
Periferní pulzace: ☐ hmatná ☐ nehmatná
Edémy končetin: ☐ ne ☐ symetrické ☐ asymetrické ☐ jednostranné ☐ DK P/L ☐ HK P/L ☐ oboustranné ☐ měkké ☐ tuhé
☐ bolestivé ☐ nebolestivé
Edém celého těla: ☐ nepřítomen ☐ anasarka **Žíly DK:** varixy ☐ ne ☐ ano ……
Zevní genitál: ochlupení: ☐ přiměřené ☐ nadměrné otok: ☐ ne ☐ ano varixy: ☐ ne ☐ ano
krvácení: ☐ ne ☐ ano ☐ slabé ☐ střední ☐ silné krevní ztráta: ……

Výraz tváře: ☐ normální ☐febrilis ☐ hippokratica ☐ myxedematosa ☐ tyreotoxica ☐ adenoida ☐ cushingoida ☐ parkinsonica ☐ ……
Zornice: ☐ izokorické ☐ anizokorické ☐ mióza P/L ☐ mydriáza P/L reakce na světlo ☐ ne ☐ ano
Nos: ☐ bez výtoku ☐ sekrece: ☐ čirá ☐ hlen ☐ hnis ☐ krev
Dutina ústní: ☐ beze změn ☐ dásně zduřelé ☐ zarudlé ☐ krvácivé ☐ nekrózy ☐ parodontóza ☐ afty ☐ soor jazyk : ……
Chrup: ☐ zdravý ☐ sanován ☐ kariézní ☐ zubní protéza……
Zápach z úst: ☐ ne ☐ po acetonu ☐ hnilobný ☐ foetor hepaticus ☐ po amoniaku ☐ jiný ……
Řeč: ☐ plynulá ☐ zárazy ☐ dysartrie ☐ afázie senzorická ☐ afázie motorická ☐ dyslalie ☐ ……☐ němá
Hlas: ☐ v normě ☐ dysfonie ☐ afonie …… ☐ jiné ……

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU POTŘEB

Podpora zdraví	**Můj zdravotní stav hodnotím jako:** ☐ dobrý ☐ částečně dobrý ☐ narušený ☐ špatný ☐ jiné: ..... **Abych si udržela zdraví:** ☐ sportuji ☐ chodím na procházky ☐ pracuji na zahradě ☐ dodržuji zdravou výživu ☐ využívám alternativní medicínu ☐ nic ☐ jiné: ..... **Kouření:** ☐ ne ☐ ano: množství …… doba …… **Alkohol:** ☐ ne ☐ ano: druh: ..... množství: ..... frekvence: ..... **Prsy - selfmonitoring:** ☐ neprovádí ☐ provádí ☐ pravidelně ☐ nepravidelně jak často: ..... **Gynekologická prevence:** ☐ pravidelně ☐ nepravidelně frekvence: ..... poslední preventivní prohlídka: ..... **Nemoci, úrazy mající vliv na souč. zdravotní stav:** …… **Lékařská a ošetřovatelská nařízení dodržuji:** ☐ důsledně ☐ občas ☐ nedodržuji (důvod) ..... **Příčiny současného onemocnění:** ..... **Při objevení současné nemoci jsem:** ☐ navštívila lékaře ☐ poradila se s jinými zdravotníky ☐ užila léky (jaké) ..... ☐ jiné: ..... **Osobní přání týkající se postupů při léčbě a zvládání zdravotního stavu:** ☐ informace (jaké, od koho) ..... ☐ konzultace postupů ☐ jiné: .....
Výživa	**Stav výživy**: ☐ normální ☐ obézní ☐ kachektický ☐ úbytek váhy za posledních 6 měsíců ..... ☐ přibytek na váze za posledních 6 měsíců ..... **Dieta:** ..... **Chuť:** ☐ normální ☐ narušená ..... **Dietní omezení:** ☐ ne ☐ ano: ..... **Typický denní příjem jídla:** ☐ snídaně ☐ svačina ☐ oběd ☐ svačina ☐ večeře ☐ II. večeře **Přídavky:** ☐ ne ☐ ano ..... **Forma stravy:** ☐ normální ☐ kašovitá ☐ tekutá **Způsob přijímání stravy:** ☐ per os ☐ sondou ☐ pumpou ☐ stomie **Schopnost najíst se:** ☐ sama ☐ u stolu ☐ v lůžku ☐ s pomocí ☐ krmení **Poruchy polykání:** ☐ ne ☐ ano ..... **Pálení žáhy:** ☐ ne ☐ ano **Příjem tekutin za 24 h:** ☐ < 0,5 l ☐ 0,5 – 1 l ☐ 1 – 1,5 l ☐ 1,5 – 2 l ☐ 2 – 2,5 l ☐ jiné ..... **Druh/množství:** ☐ čaj..... ☐ voda..... ☐ min. vody..... ☐ pivo..... ☐ mléko..... ☐ káva..... ☐ ovoc. šťávy ..... **Pocit žízně:** ☐ ano ☐ snížený ☐ nemám **Poranění kůže a sliznic se hojí:** ☐ dobře ☐ špatně (projevy).....
Vylučování a výměna	**Způsob močení:** ☐ sám na WC ☐ s pomocí na WC ☐ v lůžku ☐ permanentní katétr č.:..... datum zavedení:..... **Mikce:** ☐ bez problémů ☐ problémy …… ☐ noční močení ☐ stomie ☐ inkontinence: ☐ částečná ☐ úplná ☐ druh ..... ☐ pomůcky..... ☐ léky (jaké) ..... **Diuréza:** ..... **Příměsi moči:** ☐ krev ☐ hlen ☐ jiné:..... **Stolice:** ☐ pravidelná ☐ průjem (char.)..... ☐ zácpa (za kolik dní)..... ☐ inkontinence: ☐ částečná ☐ úplná ☐ stomie.....☐ meteorismus ☐ flatulence ☐ hemeroidy **Doba vyprazdňování stolice:** .....☐ barva:.....**Příměsi:** ☐ krev ☐ hlen ☐ jiné: ..... **Prostředky k vyprazdňování:** ☐ léky ..... ☐ jiné ..... **Zvracení:** ☐ ne ☐ ano četnost:..... **Příměsi:** ..... **Pocení:** ☐ ne ☐ ano (kdy) ..... ☐ přiměřeně ☐ nadměrně **Odér:** ☐ ne ☐ ano
Aktivita - odpočinek	**Cvičím:** ☐ pravidelně ☐ občas ☐ necvičím **Typ cvičení:** ..... **Denní aktivity:** ☐ domácí práce ☐ nakupování ☐ práce okolo domu/bytu ☐ jiné: ..... **Faktory bránící tělesné aktivitě:** ☐ dušnost ☐ svalové křeče (kde) ☐ parézy/plegie (kde)..... ☐ bolest ☐ plicní onem. ☐ srdeční onemocnění ☐ onem. pohyb. aparátu ☐ nezájem o pohyb. aktivitu **Volný čas trávím:** ☐ aktivně (jak)..... ☐ pasivně (jak)..... **Spím:** ☐ celou noc ☐ problémy s usínáním (kdy usínám) ..... ☐ budím se brzo a už neusnu (kdy) ..... ☐ budím se v noci frekvence..... důvod ..... ☐ zpocená ☐ spím přes den (kolik hod.)..... ☐ spánková inverze: ☐ ne ☐ ano **Po probuzení se cítím:** ☐ odpočatá ☐ nevyspalá ☐ rozlámaná ☐ jiné: ..... **Zvyky:** ..... **Léky podporující spánek:** ☐ ne ☐ ano (jaké, kolik, jak dlouho, jak často) .....
Vnímání - poznávání	**Zrak:** ☐ normální ☐ zhoršený P/L ☐ nevidomý/á **Kompenzační pomůcky:** ☐ brýle ☐ čočky ☐ protézy P/L **Sluch:** ☐ v pořádku ☐ zhoršený P/L ☐ neslyšící ☐ šelest **Kompenzační pomůcky:** ☐ ne ☐ ano P/L **Čich:** ☐ bez problémů ☐ chybí ☐ porucha ……
Vnímání sebe sama	**Jsem:** ☐ optimista ☐ pesimista ☐ plně si důvěřuji ☐ důvěřuji si méně ☐ nedůvěřuji si **Spokojenost se svým vzhledem:** ☐ spokojená ☐ částečně spokojená ☐ nespokojená **Pocity:** ☐ strach (kdy)..... ☐ úzkost (kdy) ..... ☐ hněv (kdy) ..... ☐ deprese (kdy) ..... **Co je pomáhá odstranit:** .....

Vztahy	**Jsem:** ☐ zaměstnaná ☐ nezaměstnaná ☐ inv. důchodkyně ☐ starobní důchodkyně ☐ studentka ☐ jiné: ..... **Bydlím:** ☐ sama ☐ s partnerem ☐ s partnerem a dětmi ☐ s dětmi ☐ s rodiči ☐ u příbuzných ☐ jiné zařízení: ..... ☐ bezdomovec **Rodinné problémy :** ☐ ano ☐ ne **Reakce rodiny na onemocnění:** ☐ zájem ☐ nezájem ☐ ochota pomoci ☐ jiné: ..... **Člen rodiny, který je mi nejblíže:** ..... **Spokojenost se zaměstnáním/školou:** ☐ spokojená ☐ nespokojená (s čím) ..... **Kontakty s lidmi:** ☐ časté ☐ zřídka ☐ jsem samotář ☐ jiné: ..... **Chování k lidem:** ☐ asertivní ☐ pasivní ☐ agresivní ☐ přátelské **Propuštění plánováno do:** ☐ domácího prostředí ☐ zařízení následné péče ☐ domova důchodců ☐ ..... **Péče po propuštění:** ☐ nezajištěna ☐ zajištěna (kým) .....
Sexualita	**Sexuální obtíže:** ☐ ne ☐ ano **Menstruace:** menarche ..... ☐ pravidelná ☐ nepravidelná ☐ cyklus …./…. (dny) ☐ bolestivá ☐ nebolestivá ☐ silná ☐ slabá **Antikoncepce:** ☐ ne ☐ ano (jaká) ..... délka užívání: …… **Počet předchozích těhotenství:** ….. **porody**: ….. **potraty:** UUT..… spontánní. … **komplikace:** ..... **Klimakterické obtíže:** ☐ ne ☐ ano..... **menopauza (od kdy) :** ..... **Hormonální léčba:** ☐ ne ☐ ano indikace: ..... **Gynekologické choroby/potíže:**…….. **Gynekologické operace:**……..
Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	**Chování:** ☐ asertivní ☐ pasivní ☐ agresivní ☐.....…… **Napětí prožívám:** ☐ výjimečně ☐ občas ☐ často (jak často): ..... **Co ho vyvolává:** ☐ rodina ☐ škola ☐ zaměstnání ☐ okolí ☐ nemoc ☐ jiné: ..... **Co ho snižuje:** ☐ relaxace ☐ kouření ☐ alkohol ☐ drogy ☐ léky ..... ☐ jiné: ..... **Napětí snáším:** ☐ lehce ☐ těžko **Vyrovnám se:** ☐ rychle ☐ chvíli mi to trvá ☐ trvá mi to dlouho **Stresové situace zvládám:** ☐ sama ☐ s podporou rodiny ☐ jiné: **Strategie zvládání:** .... **Důležité změny mající vliv na současný psychický stav:** ....
Životní princip	**Určete pořadí následujících hodnot dle Vašich priorit:** …. zdraví …. rodina …. víra …. práce …. peníze …. záliby …. cestování jiné ..... **Životní cíle:** .... **Spirituální potřeby** (láska, naděje, víra, odpuštění, smysl života, smíření)**:** ☐ chci se jimi zabývat ☐ nechci se jimi zabývat **Potřebuji:** ☐ rozhovor s: ☐ lékařem ☐ sestrou ☐ příbuznými ☐ psychologem ☐ knězem ☐ jinou osobou ☐ knihu ☐ jiné ..... **Náboženská víra je:** ☐ důležitá hodnota ☐ občasná potřeba ☐ nepřemýšlela jsem o tom ☐ jiné: ..... **Jsem:** ☐ ateista ☐ katolík ☐ evangelík ☐ jiné: ..... **Náboženský kontakt** ☐ nechci ☐ chci: ☐ kněze ☐ pastora ☐ jinou osobu: .....
Bezpečnost - ochrana	**Alergická reakce:** ☐ nevyskytla se ☐ ano v minulosti ☐ ano nyní ☐ opakovaně ☐ příčina……. ☐ charakter ..... ☐ léky ..... **Riziko infekce:** ☐ ne ☐ ano (důvod) ..... **Závrať:** ☐ ne ☐ ano **Riziko pádů:** ☐ ne ☐ ano (důvod) .....
Komfort	**Bolest:** ☐ ne ☐ ano ☐ **Záznam hodnocení bolesti** **Bolest obvykle vnímám:** ☐ přiměřeně ☐ zvýšeně (kdy) ..... **Nauzea:** ☐ ne ☐ ano
Růst a vývoj	☐ v normě ☐ opožděný ☐ regrese ☐ nesouměrný ☐ neprospívání

Poznámka: x modrý (fyziologie, norma) x červený (patologie, abnormalita)

Kód	Zvažovaná ošetřovatelská diagnóza (OD)	Určující znaky (UZ)	Související faktory (SF) Rizikové faktory (RF)	Přijetí / nepřijetí OD