

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Rok 2018

Barbora Dostálková, DiS.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Informační mapa péče u klientky s abdominální gynekologickou operací

Barbora Dostálková, DiS.

Bakalářská práce

Rok 2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Dostálková, DiS.**
Osobní číslo: **Z15046**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Informační mapa péče u klientky s abdominální gynekologickou operací**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. Ošetřovatelské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.
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 a Karel CITTERBART. Gynekologie. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
4. ROZTOČIL, Aleš et al. Moderní gynekologie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zuzana Škorničková

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2018**

prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30. 04. 2018

Barbora Dostálková, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zuzaně Škorníčkové za její odborné vedení, podmínky k práci a čas, který mi věnovala. Poděkování patří také klientkám, bez jejichž přispění by tato práce nemohla být zrealizována. Největší poděkování patří mé rodině a skvělé kamarádce za podporu a trpělivost.

ANOTACE

Tématem bakalářské práce je „Informační mapa péče u klientky s abdominální gynekologickou operací.“ Tato práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je popsáno onemocnění dělohy, diagnostika, operační léčba, komplikace operace, předoperační a pooperační péče, psychologie ženy a edukace. V praktické části jsou zpracovány tři kazuistiky klientek s abdominální hysterektomií. Dle kazuistik byl vytvořen ošetrovatelský plán a navržena mapa péče pro klientky s touto operací. Na závěr byl k informační mapě péče vytvořen manuál pro sestry.

KLÍČOVÁ SLOVA

Informační mapa péče, abdominální hysterektomie, endometriální karcinom, předoperační příprava, pooperační péče, edukace

TITLE

Information map care for client with abdominal gynecology operation

ANNOTATION

The theme of my bachelor's thesis is „Information map care for client with abdominal gynecology operation.“ It is divided into theoretical and practical part. In theoretical part, there is described the diseases of uterus, diagnosis, operation treatment, complications of operation, preoperative and postoperative care, psychology of woman and education. There are three case interpretations of clients with abdominal hysterectomy processed in practical part. A nursing plan and suggested map care for clients with this operation were created according to these case interpretations. In conclusion, there was a manual for nurses created to information map care.

KEYWORDS

Information map care, abdominal hysterectomy, endometrial carcinoma, preoperative care, postoperative care, education

OBSAH

ÚVOD	12
1 CÍLE PRÁCE.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
2 ONEMOCNĚNÍ DĚLOHY VEDOUcí K ABDOMINÁLNí HYSTEREKTOMII	15
2.1 Benigní nádory dělohy	15
2.2 Prekancerózy endometria	15
2.3 Maligní nádory dělohy	15
2.4 Základní diagnostika karcinomu endometria v gynekologické onkologii	17
2.5 Léčba karcinomu endometria	18
2.5.1 Abdominální hysterektomie.....	18
2.6 Komplikace operační léčby.....	19
2.6.1 Peroperační komplikace.....	19
2.6.2 Pooperační komplikace	20
3 PŘEDOPERAČNí PŘÍPRAVA	21
3.1 Dlouhodobá předoperační příprava.....	21
3.2 Krátkodobá předoperační příprava.....	21
3.2.1 Všeobecná příprava.....	21
3.2.2 Anesteziologická příprava	22
3.2.3 Psychologická příprava.....	22
3.3 Bezprostřední příprava	23
3.4 Perioperační péče	23
4 SPECIFIKA PÉČE V POOPERAČNíM OBDOBí.....	25
4.1 Následná doporučení po operaci	29
5 PSYCHOLOGIE ŽENY PO HYSTEREKTOMII	30
6 EDUKACE	31
6.1 Edukační proces	31

6.2	Edukační role sestry	33
6.3	Informační mapa péče	33
PRAKTICKÁ ČÁST		35
7	METODIKA	35
8	KAZUISTIKY	37
8.1	Kazuistika číslo (č.) 1	37
8.1.1	Anamnéza	37
8.1.2	Vyšetření sestrou při příjmu	38
8.1.3	Průběh hospitalizace	39
8.1.4	Posouzení současného stavu potřeb klientky	43
8.1.5	Stanovené ošetrovatelské diagnózy a plán péče	45
8.2	Kazuistika č. 2	58
8.2.1	Anamnéza	58
8.2.2	Vyšetření sestrou při příjmu	58
8.2.3	Průběh hospitalizace	59
8.2.4	Posouzení současného stavu potřeb klientky	64
8.2.5	Stanovené ošetrovatelské diagnózy a plán péče	67
8.3	Kazuistika č. 3	69
8.3.1	Anamnéza	69
8.3.2	Vyšetření sestrou při příjmu	69
8.3.3	Průběh hospitalizace	70
8.3.4	Posouzení současného stavu potřeb klientky	75
8.3.5	Stanovené ošetrovatelské diagnózy a plán péče	77
9	INFORMAČNÍ MAPA PÉČE	79
9.1	Manuál k informační mapě péče	82
9.1.1	Návrh manuálu k informační mapě péče pro sestry	82
10	DISKUZE	83

11	ZÁVĚR	87
12	POUŽITÁ LITERATURA	88
13	PŘÍLOHY	92

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ASA	The American Society of Anesthesiologists
BMI	Body mass index
CH	Charrier
CMP	Centrální mozková příhoda
CRP	C-reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie
č.	Číslo
ČR	Česká republika
DK	Dolní končetina
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiografie
HK	Horní končetina
IU	Mezinárodní jednotka
JIP	Jednotka intenzivní péče
mmHg	Milimetr rtuťového sloupce
MRI	Magnetická rezonance
RTG	Rentgen
SpO2	Saturace krve kyslíkem
tbl.	Tableta
TEN	Tromboembolická nemoc
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota

UZ	Ultrazvuk
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VAS	Vizuální analogová škála

ÚVOD

Hysterektomie je jedna z nejčastějších gynekologických operací, při které je odstraněno hrdlo a tělo děložní, v některých případech jsou odstraněny vejcovody a vaječníky. Ženy tuto operaci znají pod pojmem „odstranění dělohy“ a může je postihnout v kterémkoli fertlním věku (Pilka, Procházka, 2012, s. 157). Hysterektomie se objevuje stále u většího počtu žen. Bakalářská práce je zaměřena na abdominální hysterektomii s adnexektomií, vzhledem k tomu, že je pro klientku velmi zatěžující a invazivní operací, při které je narušena tkáňová integrita a hrozí větší riziko pooperačních komplikací. Proto by operace měla být indikována až v případech, kdy byly využity veškeré konzervativní metody léčby. Dále je také nutné zvážit prospěch operace pro klientku, jakým způsobem bude ovlivněna kvalita jejího života (Roztočil et al., 2011, s. 321, 396).

Pro provedení abdominální hysterektomie existuje celá řada indikací. Bakalářská práce se zaměřuje na maligní proces těla děložního – karcinom endometria, který představuje nejčastější gynekologický nádor, jehož incidence stoupá. Karcinom endometria se vyskytuje většinou u žen v postmenopauze, mezi 55–65 lety. Projevuje se zejména nepravidelným krvácením z rodidel. Nejčastější příčinou jsou obezita, hypertenze, diabetes mellitus, vyšší příjem živočišných tuků, nuliparita či pozdní menopauza. Jedinou adekvátní léčbou je operační léčba, provedení hysterektomie, která vyžaduje hospitalizaci a následnou několikátýdenní rekonvalescenci (Pilka, Procházka, 2012, s. 134, 157; Roztočil et al., 2011, s. 343; Slezáková, 2007, s. 56).

Bakalářská práce se zaměřuje také na předoperační přípravu a specifika pooperační péče u abdominální hysterektomie. Předoperační příprava se skládá z mnoha na sebe navazujících úkonů a je nedílnou součástí operace. Před operací je nutné provést předoperační vyšetření, které zahrnuje zajištění anamnézy, fyzikální, laboratorní a anesteziologické vyšetření. Dále je nutné provést předoperační přípravu somatickou, psychickou a vlastní přípravu k výkonu (Pilka, Procházka, 2012, s. 148-149).

Co se týká pooperační péče, cílem je poskytování takové péče, aby se klientka vrátila v co nejkratší době k soběstačnosti a předešlo se pooperačním komplikacím. Péče je organizována v jednotlivých zdravotnických zařízeních různě, dle jejich možností, ale základní struktura péče je téměř stejná. Jedná se o všeobecné zásady pooperační péče (Roztočil et al., 2011, s. 459; Slezáková, 2007, s. 36-37).

Nedílnou součástí předoperační a pooperační péče je proces edukace, který taktéž bakalářská práce řeší. Žena podstupující operaci by měla být o všem řádně edukována lékařem i sestrou,

dle jejich kompetencí. Edukační role sestry zaujímá v ošetrovatelské péči velmi důležitou pozici. Úkolem je zmírnit strach ženy z operace, narkózy, pooperačního období či následné léčby. Edukace také přispívá ke zlepšení spolupráce s klientkou (Svěráková, 2012, s. 61). K tomu by mohl přispět druh edukační pomůcky-informační mapa péče, která je výsledkem praktické části bakalářské práce. Jedná se o edukační materiál, jehož podkladem je vytvoření tří plánů péče, vypracovaných dle ošetrovatelského procesu na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz. K informační mapě péče patří manuál pro zdravotnické pracovníky, který má seznámit pracovníky s mapou péče a zajistit její efektivní využití.

1 CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části bakalářské práce je popsat onemocnění dělohy vedoucí k abdominální hysterektomii s adnexektomií, jejich diagnostiku, léčbu a komplikace. Důležitým cílem je také popsat specifika předoperační přípravy a pooperační péče poskytované klientkám s danou operací. Součástí tohoto cíle je vysvětlit pojem edukace, edukační proces a informační mapa péče.

Cílem praktické části bakalářské práce je vytvořit informační mapu péče pro klientky před a po abdominální gynekologické operaci a pro její efektivní využití vytvořit manuál k mapě péče pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

TEORETICKÁ ČÁST

2 ONEMOCNĚNÍ DĚLOHY VEDOUcí K ABDOMINÁLNí HYSTEREKTOMII

2.1 Benigní nádory dělohy

Mezi nejčastější benigní nádory dělohy patří leiomyomy. Jedná se o mezenchymové nádory, které vznikají proliferací hladké svaloviny děložního těla. Lze je diagnostikovat u 30-40 % žen, které spadají do věkové kategorie mezi 30-50 lety. Nádor je hormonálně závislý na působení estrogeneru (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 199). Růst myomů je pomalý, někdy se sám zastaví nebo může velmi rychle progredovat. Je zde méně jak 1 % nebezpečí maligního zvratu v myosarkomy. Myomy dorůstají různých velikostí až 15 cm (Kudela, 2008, s. 78). Podle toho, jak jsou umístěny v děložní stěně, se dělí na submukózní (rostou pod endometrium), intramurální (ve svalovině), subserózní (pod serózu) nebo mohou být lokalizovány v isthmu či děložním hrdle (Kolařík, Halaška, Feyerreisl, 2011, s. 776).

Řešením myomu je operační léčba, ke které se přistupuje hlavně u starších žen nebo těch, které neplánují další těhotenství, při rychle se zvětšujícím myomu, při opakovaném silném krvácení nereagujícím na medikamentózní léčbu nebo pokud pacientce působí subjektivní či objektivní potíže, bolesti (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 200).

2.2 Prekancerózy endometria

Vyskytují se většinou u žen v pre a postmenopauze. Prekanceróza, která je řešena abdominální hysterektomií s bilaterální adnexektomií je atypická hyperplazie, charakterizovaná přítomností buněčných atypií (Kolařík, Halaška, Feyerreisl, 2011, s. 786-787). Riziko přechodu v karcinom endometria je 20-25 % (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 201). Rizikovými faktory jsou věk nad 50 let, obezita, diabetes, hypertenze, nuliparita, terapie estrogenery (Kudela, 2008, s. 70). Příznak typický pro hyperplazii je nepravidelné, silné děložní krvácení (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 201).

2.3 Maligní nádory dělohy

Literatura rozděluje dvě základní skupiny maligních nádorů dělohy, které jsou od sebe odlišeny původem, patogenezí, biologickým chováním a prognózou. Jedná se o epitelové nádory, kdy karcinom endometria tvoří 98 % a mezenchymální nádory, kam patří sarkomy těla, tvořící zbylá dvě procenta (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 202).

Sarkomy děložního těla jsou nádory s vysoce maligním potenciálem a krátkou dobou přežití žen. Postihují spíše mladší ženy mezi 45-50 lety. Vznik sarkomu může být primární nebo maligním zvratem myomu. Obecně jsou radiorezistentní, chemorezistentní a metastazují hematogenní cestou. Projevují se vodnatým, zápachajícím výtokem, bolestí v pánevní oblasti (Roztočil et al., 2011, s. 347).

Nejčastější malignitou děložního těla je endometroidní adenokarcinom. Jeho incidence v České republice (ČR) má vzestupný trend (Roztočil et al., 2011, s. 343). Dle údajů z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR) bylo v roce 2015 zjištěno 1996 novotvarů, incidence byla 37,2 novotvarů na 100 tisíc žen (ÚZIS ČR, 2015). Mortalita je celkem nízká vzhledem k tomu, že 70 % onemocnění je zachyceno v I. stádiu a 15 % v II. stádiu (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 783). V České republice zemřelo v roce 2015 celkem 399 žen, incidence úmrtnosti byla 7,4 na 100 tisíc žen (ÚZIS ČR, 2015). Karcinom se vyskytuje ve fertilním i postmenopauzálním období. Průměrný věk žen, které onemocní tímto nádorem, je dle Pilky (2012, s. 134), počátek sedmého decénia, dle stránek ÚZISu (2015) je nejvíce žen s tímto onemocněním mezi 55-75 lety.

Z etiopatogenetického hlediska se dělí endometroidní karcinom na dva typy.

Typ I. – estrogen dependentní, který tvoří asi 80 % všech karcinomů, má lepší prognózu, pětileté přežití je 85 % (Roztočil et al., 2011, s. 344). Objevují se především v perimenopauzálním období, většinou jsou dobře diferencované, méně invadují do myometria, mají pomalejší progresi a metastazují až později (Kudela, 2008, s. 79).

Typ II. – vzniká bez vlivu estrogenů, nejasné příčiny, na podkladě atrofického endometria, jsou méně diferencované, s hlubší invazí do myometria, tvoří dříve metastázy, mají horší prognózu, kdy pětileté přežití je cca 58 % (Kudela, 2008, s. 80).

Histopatologicky se karcinomy endometria rozlišují na endometroidní karcinom papilární, sekreční; adenokarcinom s dlaždicovitou složkou, karcinom z jasných buněk (clear cell carcinom) a serózní papilární adenokarcinom (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 202).

Dále musí být vyhodnocen stupeň diferenciac buněk-histopatologický grading, kdy se určí dediferenciac určitého typu nádoru od tkáně, ze které je odvozen. Podle stupně diferenciac se rozlišuje grading G1 dobře diferencovaný, G2 středně diferencovaný, G3/4 málo diferencovaný / nediferencovaný (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 202).

Pilka, Procházka (2012, s. 134) uvádí rizikové faktory přispívající ke vzniku adenokarcinomu endometria. Mezi ně patří nuliparita, substituční terapie estrogeny nebo endogenní produkce, dále obezita, anovulace, užívání léku Tamoxifenu, hereditární karcinom tlustého střeva,

pozitivní rodinná anamnéza, hypertenze, diabetes mellitus, pozdní menopauza. Existují také faktory protektivní, které mají ochranný vliv na endometrium. Patří mezi ně dlouhodobé užívání hormonální antikoncepce nejméně 12 měsíců a kouření cigaret. Rizika kouření však převažují nad protektivní funkcí.

Endometroidní karcinom se klinicky projevuje nepravidelným krvácením různé intenzity, od slabého špinění až po silné krvácení. Méně častým příznakem je vodnatý, někdy krvavý výtok, pyometra. Pozdními příznaky jsou bolest, nárůst dělohy, ascites (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 204).

Cesta šíření karcinomu endometria je primárně lymfatickými cestami, do oblasti pánevních a paraaortálních uzlin. V časném stádiu dochází k přímému šíření děložní stěnou, kdy je důležitá hloubka infiltrace. Může se šířit do děložního hrdla, transtubárně do vejcovodů a ovarií. Hematogenní šíření není časté, metastazuje nejčastěji do plic, méně do jater a kostí (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 787-788).

2.4 Základní diagnostika karcinomu endometria v gynekologické onkologii

Mezi základní vyšetřovací metody patří důkladná anamnéza – proč klientka přichází, jaké má nynější onemocnění, rodinná, osobní, gynekologická, farmakologická, alergologická a pracovní anamnéza. Dalším krokem je gynekologické vyšetření, které vyloučí jiný zdroj krvácení z genitálu. Nejdříve palpační, poté provedení kolposkopie a odběr onkologické cytologie. Nesmí se zapomenout na vyšetření per rectum, vyšetření prsů. Dále by měl být ženě proveden gynekologický ultrazvuk jak abdominální, tak transvaginální, kdy se stanoví výška endometria, ohraničení vzhledem k myometriu a hloubka invaze do myometria. Pokud je u ženy zjištěn suspektní ultrazvukový nález nebo diagnostikované krvácení v postmenopauze, je nutné ho biopticky ověřit. Provádí se buď standardní šetrná probatorní kyretáž hrdla a těla děložního nebo modernější postup využití hysteroskopie s cílenou biopsií (Kudela, 2008, s. 81). V případě, že je diagnóza karcinomu potvrzena, doplňují se ještě další předoperační stagingová vyšetření. Předozadní rentgenový (RTG) snímek srdce a plic, ultrazvukové vyšetření jater a ledvin, cystoskopie, kolonoskopie a irrigografie. Dále počítačová tomografie (CT) malé pánve, břicha a retroperitonea, k určení metastáz či zvětšených uzlin nebo provedení magnetické rezonance (MRI). Z laboratorních vyšetření to jsou tumorové markery CA 125, CEA, biochemické vyšetření krve, základní hematologická vyšetření, krevní skupina, vyšetření močového sedimentu (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 794).

2.5 Léčba karcinomu endometria

„Chirurgická léčba je u všech gynekologických nádorů primární a hlavní léčebnou metodou. V časných stádiích gynekologických nádorů je často léčba jediná a postačující.“ (Roztočil et al., 2011, s. 320). Pro zahájení léčby je nutné zhodnocení předoperačních faktorů – typ nádoru, grading, věk a operační riziko, zařazení žen do skupin s nízkým a vysokým rizikem (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 798). „Základním operačním postupem je extrafasciální hysterektomie s oboustrannou adnexektomií a laváž dutiny břišní. U nádorů s vysokým rizikem recidivy se připojuje pánevní eventuálně i paraaortální lymfadenektomie.“ (Roztočil et al., 2011, s. 346). Časná stádia endometriálního karcinomu (do T1b G1,2) mohou být často indikována k laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii s bilaterální adnexektomií. Tato varianta se využívá spíše u obézních žen a žen s diabetem mellitem (DM) (Roztočil et al., 2011, s. 346). U karcinomu ve stádiu II se používá radikální hysterektomie s lymfadenektomií. U žen se špatně diferencovaným nádorem a hlubokou invazí do myometria nebo pokud se nádor šíří mimo dělohu, je vhodná pooperační radioterapie. U žen v pokročilém stádiu, kdy došlo k intraperitoneálnímu či extraperitoneálnímu poškození je vhodné podstoupit systematickou chemoterapii (Pilka, Procházka, 2012, s. 136-137). Hormonální léčba je účinná u pokročilých stádií (III. a IV. stupeň) a u recidiv (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 806).

2.5.1 Abdominální hysterektomie

Jedná se o velkou gynekologickou operaci, při které dochází k odnětí děložního těla a hrdla provedením laparotomie přes stěnu břišní. Někdy je připojeno i odstranění adnex. Je zapotřebí velkého operačního týmu, využití celkové anestezie. Operace vyžaduje vícedenní hospitalizaci.

V literatuře je uvedeno několik druhů abdominální hysterektomie. „*Hysterectomy abdominalis simplex – odstranění dělohy s ponecháním adnex, hysterectomy abdominalis cum adnexectomy bilateralis – odstranění dělohy s adnexy, hysterectomy radicalis sec Wertheim, Piver a další modifikace – radikální odstranění dělohy s extirpací horní třetiny pochvy, parametrálního a paravaginálního vaziva a regionálních lymfatických uzlin.*“ (Roztočil et al., 2011, s. 402).

Při těchto laparotomických operacích je možnost využití dvou druhů řezů. První řez je příčný suprapubický nad symfýzou, známý též jako Pfannenstielův. Jeho výhodou je dobrý kosmetický efekt, minimální riziko vzniku kýl v jizvě. Nevýhodou je větší technická náročnost, větší riziko krvácení. Využití v onkogynologii je však minimální.

Druhým a lepším přístupem je provedení klasického podélného infraumbilikálního řezu, tzv. dolní střední laparotomie, kdy operátor vede řez od pupku směrem k symfýze ve střední

čáře, kdy je ještě možnost prodloužit řez kraniálně kolem pupku k mečovitému výběžku hrudní kosti. Výhodou je snadný přístup do malé pánve, možnost rozšíření řezu dle potřeby, časově menší náročnost a menší krvácení. Nevýhodou je horší kosmetický efekt a častější výskyt kýly v jizvě. Tento typ je preferován u gynekologických malignit, při objemných nálezech v dutině břišní a pánevní a u obézních žen (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 64; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 926).

Při vlastní operaci hysterectomie abdominalis cum adnexectomia bilateralis je žena na uložena na operační stůl do horizontální polohy na zádech, dolní končetiny má abdukovány. Výkon je proveden v celkové anestezii. Někdy se doporučuje dezinfekce pochvy nebo provedení poševní tamponády. Operátor po dezinfekci a zarouškování pole provede zvolený řez (Slezáková a kol., 2017, s. 36). Dojde k protnutí kůže, podkoží, fascie, přímých svalů břišních, parietálního peritonea. Podváže se ligamentum rotundum, prostříhne se vezikouterinní řasa až nad močový měchýř. Dále se oddělí adnexa, naložením Kocherových kleští na hrany děložní a podvazem ligamentum suspensorium ovarii. Následuje preparace ligamentum latum uteri, poté dojde k sesunutí močového měchýře, ligatuře a prostřížení děložních cév, ligatuře a přestřížení parametrií, oddělení hrdla od parametrií. Dále se děloha oddělí od pochvy, suturou se ošetří a fixuje poševní pahýl, následuje fáze peritonealizace, zástava krvácení, revize ostatních orgánů dutiny břišní, eventuálně zavedení drenáže. Poslední fází je sutura laparotomie po anatomických vrstvách jednotlivými nevstřebatelnými stehy (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 926-927).

2.6 Komplikace operační léčby

Pooperačními komplikacemi jsou nazývány komplikace vznikající v operačním poli nebo ve vzdálených orgánech do třiceti dnů. Podílí se na nich vyšší věk ženy, špatný celkový stav, přidružená onemocnění. Komplikace jsou rozděleny na peroperační a pooperační, které se dále dle časového horizontu dělí na bezprostřední, časně a pozdní (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 61).

2.6.1 Peroperační komplikace

Jedná se o komplikace vzniklé během operace, kdy může dojít k poškození různých orgánů. Nejčastěji může dojít k iatrogennímu poškození vývodných cest močových – močovodu či močového měchýře, k poranění střev, k poranění velkých cév a s tím spojené peroperační krvácení a následná hypovolemie. Patří sem i anesteziologické komplikace např. pokles

krevního tlaku, vysoký krevní tlak, srdeční zástava (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 946- 947).

2.6.2 Pooperační komplikace

Komplikace se dělí na bezprostřední, které vznikají do dvou hodin, maximálně do 24 hodin po operaci a často souvisí s anestezií. Zahrnují se sem komplikace dýchání, kdy může dojít k obstrukci dýchacích cest vlivem účinků myorelaxancií, endotracheální intubace, zapadnutí jazyka či zvratky. Dále by mohlo dojít ke vzniku alergické reakce s následným anafylaktickým šokem vlivem účinků antibiotik, anestetik. Velmi nebezpečnou komplikací je vznik hemoragie, pokud by nebyl doplněn krevní volum, hrozí rozvoj hemoragického šoku (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 61; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 947-948).

Dalším typem pooperačních komplikací jsou časně komplikace, projevující se do týdne po operaci. Patří sem komplikace kardiovaskulární (tromboembolie, poruchy srdeční funkce, periferní oběhové selhání), uropoetické (retence moče, oligurie až anurie, cystitida), respirační (tracheobronchitida, plicní embolie, pneumonie), gastrointestinální (nauzea, zvracení, meteorismus, útlum střevní peristaltiky, paralytický ileus, mechanický ileus), infekční (infekce operační rány, peritonitida, zánět pánevních žil) a s tím související dehiscence sutury rány, dehiscence operační rány, tvorba píštělí, parestezie v oblasti laparotomie, poruchy hybnosti v důsledku dočasného či trvalého poranění nervů (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 61-62; Repková, 2007, s. 40-41; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 948-949; Roztočil et al., 2011, s. 399-400).

Posledním dělením jsou pozdní komplikace, které se projeví za více než týden po operaci. Patří sem vytvoření hernií v operační ráně, tvorba keloidních jizev, tvorba adhezí, chronická pánevní bolest, dyspareunie, poruchy uretropaetického systému – stressová inkontinence moči, hyperaktivní močový měchýř, inkontinence plynů, stolice (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 62; Roztočil et al., 2011, s. 400; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 950).

3 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Předoperační příprava je neodmyslitelnou součástí operační léčby, začíná rozhodnutím o konkrétní operaci. Cílem předoperační přípravy je vytvořit vhodné podmínky, aby operace i anestezie proběhla nekomplikovaně, aby se předešlo pooperačním komplikacím (Repková, 2007, s. 34). Dalším důležitým cílem je uklidnění klientky a poučení, jaké chování se od ní bude očekávat. Lékař i sestra by měli klientce sdělit, co se s ní bude dít před operací, během operace a po ní. Předoperační příprava se skládá z několika aktivit, které na sebe navazují. Dělíme ji na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední přípravu (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012, s. 66).

3.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Dlouhodobá příprava začíná ještě před samotnou operací, kdy klientka absolvuje návštěvu v indikační poradně, kde s ní lékař provede pohovor, vysvětlí jí povahu operačního výkonu, typ anestezie, přibližnou dobu hospitalizace. Informuje ženu o nutnosti zajištění si předoperačního vyšetření před nástupem na operaci u svého praktického lékaře či internisty, který provede odebrání anamnézy, fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření – hematologické a biochemické vyšetření krve a moče, eventuálně dle přidružených onemocnění další laboratorní vyšetření. Dále lékař zhodnotí křivku elektrokardiografu (EKG), RTG snímek srdce a plic, zda je nutné kompenzovat přidružená celková onemocnění (DM, hypertenze, ...). Na základě těchto všech vyšetření stanoví způsobilost ženy k operačnímu výkonu, vyhotoví závěr interního předoperačního vyšetření, které by nemělo být starší než 14 dní.

3.2 Krátkodobá předoperační příprava

Příprava je vymezená na 24 hodin před vlastní operací (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 53). Klientka je přijata na gynekologické oddělení. Lékař se ženou doplní anamnézu, provede gynekologické vyšetření včetně ultrazvuku a zkontroluje závěr interního vyšetření. Důležitým krokem je srozumitelná edukace klientky o operačním zákroku a následné zajištění písemného informovaného souhlasu s operací. Edukace napomáhá zmírnění strachu a úzkosti před operací.

3.2.1 Všeobecná příprava

Sestra na oddělení s klientkou provádí administrativní příjem, sepíše ošetrovatelskou dokumentaci, screening rizik, včetně zjištění alergie na léky či dezinfekci, zkontroluje požadovaná vyšetření, podpis informovaného souhlasu s operací, splnění ordinací lékaře. Změní klientce fyziologické funkce, zváží ji, stanoví body mass index, nasadí jí identifikační náramek.

Poté klientku uloží na pokoj, kde jí podá další informace týkající se ošetrovatelské péče a předoperační přípravy, což napomáhá lepší spolupráci s klientkou. Informace se týkají odstranění šperků, vyjmutí zubní protézy, brýlí, kontaktních čoček, naslouchadel, paruky, odstranění naličení, laku na nehty. Dále klientku edukuje o dietním režimu (k obědu jen lehká strava, večeře není, pouze u diabetiček), o nutnosti lačnění 6-8 hodin před operací, tzn., že od půlnoci klientka nejí, nepije a nekouří. Večer před operací dostane klientka očistné klyzma, aby došlo k vyprázdnění střev a konečníku. Poté provede hygienickou očistu těla. Na noc dostane klientka ordinovanou prepremedikaci, která má za účel snížit strach, zklidnit ženu a navodit klidný spánek.

Důležitou součástí všeobecné přípravy je nácvik pooperačního režimu, kam patří dechová cvičení, snadnější odkašlávání s fixací operační rány, cviky dolních končetin na lůžku, nácvik otáčení se na lůžku, posazování se a vstávání z lůžka (Slezáková, 2007, s. 35).

Sestra musí provést přípravu operačního pole, tzn. oholení ochlupení břicha, genitálií, třísel a části stehů, odmaštění kůže břicha a vyčištění pupku.

3.2.2 Anesteziologická příprava

Sestra na základě ordinace lékaře zajistí den před operací anesteziologické konzilium anesteziologem, který posoudí všechna provedená vyšetření, stanoví operační rizika dle klasifikace ASA na základě celkového stavu klientky a dle pravděpodobnosti výskytu komplikací v souvislosti s anestezií a operací (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 52). Anesteziolog také se ženou zkonzultuje nejvhodnější typ anestezie. Vzhledem k abdominální operaci je většinou zvolena anestezie celková. Vyplní s klientkou anesteziologický dotazník, zajistí písemný souhlas s anestezií. Nakonec vyhotoví definitivní doporučení a předepíše premedikaci (Pilka, Procházka, 2012, s. 148-149).

3.2.3 Psychologická příprava

Psychologická příprava je nezbytnou součástí ošetrovatelské péče. Spočívá v podání informací lékařem o operačním zákroku, předoperační a pooperační péči, o délce hospitalizace, ale i o následcích a komplikacích. Sestra ženu taktně a vstřícně seznámí s ošetrovatelskou péčí, která zahrnuje hygienickou péči, péči o ránu, invazivní vstupy, vyprazdňování, pooperační tlumení bolesti, rehabilitaci, vedlejší účinky anestezie a další. Rozhovor s lékařem a sestrou má vzbudit důvěru k personálu, zmírnit nebo zbavit ženu pocit strachu, úzkosti, nejistoty. Při rozhovoru by měly být klientce poskytnuty adekvátní informace, kterým porozumí, má mít možnost klást otázky. Při poskytování informací je nutné brát ohled na intelektové schopnosti

a věk ženy (Slezáková a kol., 2017, s. 35; Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 54; Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012, s. 66).

3.3 Bezprostřední příprava

Jedná se o přípravu ženy těsně před operací, v časovém rozmezí cca 2 hodiny. Jednotlivé kroky se mohou lišit dle zvyklosti oddělení. Sestra ráno ženu vzbudí, změří fyziologické funkce, u diabetiček změří ranní glykémii, znovu upozorní na nutnost lačnění. Žena provede ranní hygienickou péči, včetně hygieny genitálu, sestra ženu poučí o odložení spodního prádla a ponechání pouze košile, překontroluje oholení operačního pole, zkontroluje dutinu ústní (protéza), odstranění šperků a ostatních věcí, upraví jí vlasy a navlékne jednorázovou pokrývku hlavy. Poté ženě provede bandáž dolních končetin pomocí elastických obinadel či elastických punčoch jako prevence tromboembolické nemoci, asepticky zavede ženě permanentní močový katetr, který napojí na sběrný systém. Poté sestra podá ranní chronickou medikaci (pokud je ordinována) a ranní premedikaci, která má účel klientku zklidnit, zmírnit obavy z operace, snížit salivaci, sekreci žaludečních šťáv, navodit analgezií, posílit profylaxi aspirace, sedaci a zlepšit navození do anestezie. Léky se mohou zapít malým douškem vody. U diabetiček sestra zajistí intravenózní vstup a aplikaci infuzní terapie dle ordinace lékaře a hladiny ranní glykémie. Dále, dle zvyklosti oddělení, sestra subkutánně aplikuje nízkomolekulární heparin k prevenci tromboembolické nemoci, také aplikuje antibiotika (na oddělení nebo až na operačním sále půl hodiny před operací) jako antimikrobiální profylaxi. Většinou je dostačující jednorázová dávka antibiotik. Zhruba 30-45 minut před operací nebo na pokyn z operačního sálu podá sestra naordinovanou premedikaci. Upozorní ženu, že již nesmí vstávat z lůžka z důvodu možnosti pádu. Nakonec sestra provede aktivní identifikaci klientky, zkontroluje identifikační náramek, doplní dokumentaci a zajistí převoz klientky s dokumentací za účasti sanitáře na operační sál, kde předá ženu anesteziologické sestře (Roztočil et al., 2011, s. 398; Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 55).

3.4 Perioperační péče

Perioperační péče zahrnuje péči o ženu před (předoperační), v průběhu (intraoperační) a bezprostředně po operaci (pooperační). Odehrává se na operačním traktu, péče to je velmi náročná. Je nutné se zvýšeně věnovat potřebám klientek a potencionálním rizikům. Je zde velmi důležitý respekt k intimitě klientky (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012, s. 65; Wichsová, 2013, s. 133).

Předoperační období zahrnuje přípravu fyzickou, psychickou, poté je pacientka převezena v doprovodu sestry, sanitáře a s potřebnými dokumenty na operační sál, kde je předána

perioperační nebo anesteziologické sestře. Sestra za asistence sanitáře pacientku uloží na operační lůžko, napolohuje ji, poté je provedena dezinfekce operačního pole a zarouškování. Navazuje intraoperační péče, kterou poskytuje celý operační tým. Péče je zaměřena na udržování správné polohy, ochranu před zraněním, poraněním kůže a vznikem infekce. Také jsou sledovány fyziologické funkce, je vedena příslušná dokumentace anesteziologem i operátorem. Po ukončení operace je pacientka probuzena z anestezie a předána na dospávací pokoj nebo jednotku intenzivní péče (JIP) (Janíková, Zeleníková, 2011, s. 25-26). Tím navazuje třetí období pooperační péče, které je nejrizikovější. Pacientka tu zůstává 2-4 hodiny k intenzivnímu sledování. Péče je zaměřena na prevenci pooperačních komplikací, doznívají účinky anestezie, obnovuje se vědomí, reflexy, monitorují se fyziologické funkce, bilance tekutin, je tlumena bolest, podávána kyslíková a infuzní terapie. Po stabilizaci vitálních funkcí je pacientka předána anesteziologem s doprovodnou dokumentací na standardní oddělení sestře k další péči (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012, s. 75; Wichsová, 2013, s. 138).

4 SPECIFIKA PÉČE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

Péče je zaměřena na monitoring pacientky, prevenci komplikací v bezprostředním období po operaci a na rekonvalescenci, podporu návratu zdravotního stavu na přijatelnou úroveň, aby byla pacientka opět soběstačná. Péče je určena rozsahem operace, stavem klientky a přidruženými chorobami (Janíková, Zeleníková, 2011, s. 36; Schneiderová, 2014, s. 72).

V této části jsou uvedeny jednotlivé oblasti pooperační péče, které jsou u klientek sledovány a hodnoceny.

Monitoring fyziologických funkcí:

Fyziologické funkce jsou sledovány v pravidelných intervalech dle zvyklosti oddělení se záznamem do dokumentace (akutní karta, šokový záznam). Monitoruje se krevní tlak, puls, dech, vědomí, tělesná teplota, saturace, případně EKG. Prvních 24 hodin intenzivněji (sledování známek šoku, hypoxie), poté kontrola krevního tlaku, pulzu, tělesné teploty 3 až 5krát denně.

Poloha:

Klientka je po operaci uložena do polohy na zádech s mírně zvýšenou hlavou a hrudníkem, což zlepšuje ventilaci i odkašlávání. Poté si žena může zaujmout polohu, která pro ni bude úlevová, jen je nutné zajistit, aby nedošlo k poškození drénů, katetrů. Měla by být také zajištěna bezpečnost klientky, prevence pádu.

Péče o dutinu ústní, hygienická péče:

Vzhledem k omezení příjmu tekutin před operací i po operaci dochází k osychání sliznice v dutině ústní, což vede k nepříjemnému pocitu a zápachu. Klientce je umožněno vyplachování úst několikrát denně čistou vodou, vyčištění zubů, otírání rtů vlhkým mulem, oschlé sliznice mohou být natřeny balzámem. Hygiena dutiny ústní je doplněna celkovou hygienickou péčí, která je zprvu realizována na lůžku. Při provádění hygieny je vhodné, dle možností, zajistit intimitu ženy, zejména při péči o genitál. Žena je nultý operační den nesoběstačná, proto sestra provádí oplach genitálu, výměnu vložek, ložního a osobního prádla. Další dny je žena schopna provést hygienu sama nebo s dopomocí ve sprše. Snažíme se ženu aktivizovat co nejdříve (Čoupková, 2010, s. 38).

Nauzea a zvracení:

Mohou se objevit následkem anestezie, premedikace či jiných medikací nultý až první pooperační den. Žena je ohrožena aspirací zvratků, proto je důležité sledování zvracení, zaujmout polohu na boku, aplikace léčiv tlumících nauzeu a zvracení, parenterální podání tekutin. Perorálně jsou podávány tekutiny až po stabilizaci stavu, nejdříve za 2 hodiny

po operaci. Důležitá je hygiena dutiny ústní po zvracení, žena by měla mít při ruce emetní misku a buničinu (Čoupková, 2010, s. 38).

Sledování krvácení, péče o ránu:

Po operaci se sleduje krvácení z rodidel, počet prokrvácených vložek, poševní tamponáda, sekrece z drénu. Dále se sleduje krvácení z operační rány v důsledku nedostatečného stavění krvácení při operaci. Toto krvácení může být povrchové, pak prosakuje krytím nebo může být pod kůží a tvoří se hematoma. Nejnebezpečnějším krvácením je vnitřní, které se projeví změnami fyziologických funkcí, drážděním peritonea, pocitem vzrůstajícího tlaku v dutině břišní.

Operační rána je sterilně kryta obvazem, či novými prostředky podporující hojení rány, minimálně 24 hodin, dle zvyklosti oddělení. Je nutné sledovat stav krycího materiálu, zda je suchý, prosáklý, krvavý, v případě nutnosti provést převaz za aseptických podmínek. Krytí je odstraněno 2. až 3. den po operaci (dle zvyklosti oddělení), sleduje se celkové hojení, výskyt případných patologických změn, operační rána musí být udržována v suchu a čistotě. Pokud je použito speciální krytí operační rány, může být ponecháno minimálně 7 dní nebo až do odstranění stehů. Odstranění stehů se provádí dle zvyklosti oddělení, druhu šicího materiálu, stavu hojení rány cca 7. až 9. den po operaci (Slezáková, 2007, s. 36; Slezáková a kol., 2017, s. 35; Janíková, Zeleníková, 2011, s. 38-39; Škorničková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 57).

Péče o drény:

Pokud byl drén zaveden v průběhu operace, je nutné sledovat jeho funkčnost, u Redonova drénu podtlak, vzhled a množství odváděného sekretu, okolí drénu, kontrolu zajištění proti vypadnutí (steh). Je nutné s ženou provést nácvik manipulace s drénem. Drén bývá obvykle odstraněn 2. pooperační den, závisí to na stavu klientky, množství odváděného sekretu (Janíková, Zeleníková, 2011, s. 39).

Péče o další invazivní vstupy:

Klientka má zaveden periferní žilní katetr na horní končetině, popřípadě centrální žilní katetr pro aplikaci medikací a infuzní terapie. Je důležité sledovat jeho funkčnost, průchodnost, známky infekce, provádět hodnocení Klasifikace dle Maddona, pravidelný převaz dle druhu krytí aseptickým způsobem. Odstranění kanyly se řídí stavem klientky, ordinací lékaře, obvykle 2. - 3. den. Snahou je i minimalizovat manipulaci a rozpojování infuzního setu, výměna setu provádět každých 24-48 hodin dle doporučení výrobce (Škorničková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 58).

Klientka má před operací zaveden permanentní močový katetr napojený na sběrný močový sáček, který se vyměňuje dle doporučení výrobce. Je nutné dodržovat zásady péče o katetr při jeho vypouštění, výměně či odběrech vzorků moče, provádět hygienickou péči genitálu. U abdominální hysterektomie je katetr zaveden maximálně 1-2 dny. Sleduje se množství, barva, příměsi moče, bilance tekutin. Po extrakci katetru by se měla žena do 6-8 hodin spontánně vymočit, důležité je všimnout si eventuálních obtíží při močení (Slezáková, 2007, s. 37; Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 58).

Vyprazdňování:

V pooperační péči je nutné se zaměřit na odchod plynů a stolice. K tvorbě plynů dochází přibližně po jednom dni, projeví se to vzednutím břicha, nevolností, bolestí břicha. Obtíže lze zmírnit zavedením rektální rourky do konečníku, polohováním ženy, včasnou mobilizací, dostatečnou hydratací, popř. medikamentózně. Střevní peristaltika by se měla spontánně upravit do 48-72 hodin po operaci. K odchodu stolice obvykle dochází do 3. dne po operaci. Na podporu lze doporučit vhodnou stravu, včasnou mobilizaci, glycerinový čípek, klyzma a co je nejdůležitější, zachovat intimitu (Čoupková, 2010, s. 38; Repková, 2007, s. 40).

Výživa:

Nultý den po operaci je většina rehydratace prováděna parenterálním podáním náhradních infuzních roztoků (voda, ionty, glukóza), z menší části perorálním podáním vody, čaje. Nejdříve však za 2 hodiny po operaci po lžičkách. Realimentace je řízena dle stavu klientky a činnosti střev. „*Po obnově peristaltiky zatěžujeme pacientku stravou postupně. Nejprve dietou tekutou, pokud je tolerována, podáváme dietu kašovitou a následně šetřící až k normální běžné stravě s možným omezením s ohledem k operačnímu výkonu nebo jiným přidruženým onemocněním.*“ (Schneiderová, 2014, s. 73). Zpočátku je vhodné využít sipping (popíjení tekutého přípravku). Důležitým momentem je i sledování bilance tekutin, tedy poměr příjmu a výdeje, dle zvyklosti oddělení, do 2. – 3. dne po operaci.

Pooperační bolest:

Bolest je jeden ze základních jevů doprovázející každou operaci, jedná se o nepříjemný subjektivní pocit, kdy intenzita bolesti a doba trvání je ovlivněna mnoha faktory. Nejčastěji se bolest operační rány dostaví po vymizení účinků anestezie, vymizet by měla po jednom až dvou dnech, což je známka hojení rány per primam. Nikdy se nesmí bolest u klientky podceňovat, je nutné ji sledovat a jakýkoli výskyt bolesti nahlásit lékaři. Existuje mnoho hodnotících metod intenzity bolesti, nejčastěji se používá vizuální analogová škála (VAS), kdy klientka sama hodnotí intenzitu bolesti na stupnici od 1 do 10. Bolest může být také hodnocena

dle neverbálních projevů, jako je pláč, vzdychání, nařikání a grimasy (Křivohlavý, 2002, s. 89). Bolest u klientky může vyvolat nežádoucí projevy například hypertenze, tachykardie, neklid, nespoupráci a poruchy spánku. Proto pro nekomplikovaný průběh po operaci má velký význam ovlivnění bolesti. Lze zaujmout úlevovou polohu, využít dechovou rehabilitaci, odvést pozornost komunikací se ženou, návštěvou nebo sledováním televize. Pokud to nepomůže, bolest lze ovlivnit medikamentózně. Lékař naordinuje analgetika, která mají za úkol tišit pooperační bolest. Lze využít neopioidní analgetika, slabé či silné opioidy nebo kombinaci obou. Množství a druh se volí dle stavu pacientky, hmotnosti, rozsahu operace. Abdominální hysterektomie je řazena mezi výkony s předpokládanou střední pooperační bolestí, s charakterem nociceptivní i neuropatické bolesti, s mírnou až krutou intenzitou (Málek, Ševčík, 2014, s. 29, 86). Úkolem sestry je podávat analgetika dle ordinace lékaře, kontrolovat jejich účinky, zaznamenávat vše do dokumentace, informovat lékaře o nežádoucích účincích, sledovat intenzitu, charakter, lokalizaci bolesti (Janíková, Zeleníková, 2011, s. 37; Schneiderová, 2014, s. 72; Čoupková, 2010, s. 37).

S bolestí úzce souvisí porucha spánku, která narušuje rekonvalescenci ženy. Lékař může ordinovat hypnotika, sestra může přispět ke zlepšení spánku vyvětráním pokoje, úpravou lůžka, polohou pacientky a zajištěním soukromí.

Prevence tromboembolické nemoci (TEN), rehabilitace:

Na prevenci TEN se klade velký důraz již před operací, zejména u klientek v rizikových skupinách (obezita, kardiovaskulární onemocnění, pozitivní anamnéza). Provádí se přiložením bandáží dolních končetin či elastických punčoch až po oblast třísel nebo podáním nízkomolekulárních antikoagulancií. V pooperačním období je nutné sledovat možné projevy vzniku TEN. Předchází se jim dostatečnou hydratací, bandáží dolních končetin (DK) do prvního dne po operaci (u rizikových skupin déle), zvýšenou polohou DK v lůžku, prováděním dechové gymnastiky, včasným vstáváním po operaci (první den po operaci), podáváním nízkomolekulárních antikoagulancií subkutánně po dobu 5-10 dní a prováděním rehabilitace v následujících pooperačních dnech. (Čoupková, 2010, s. 38-39).

Rehabilitace se může provádět u klientky ve stabilizovaném stavu, snahou je začít co nejdříve (nultý operační den), každý den se postupně navyšuje zátěž. Cílem je znovuzískání sebeobsluhy ženy a prevence pooperačních komplikací. Začíná se dechovými cvičeními, které mají za cíl zlepšit ventilaci plic, zbavit organismus anestetik a usnadnit odkašlávání. Poté navazuje polohování, střídání poloh těla, které má za cíl zabránit kloubním deformitám a vzniku dekubitů. Používá se k tomu velké množství polohovacích pomůcek. Následuje pohybové

cvičení na lůžku, jehož cílem je zlepšení krevního oběhu a střevní peristaltiky. Jedná se o cvičení malými klouby DK a horních končetin (HK). Následuje proces vertikalizace. Nejprve posazováním na lůžku přes bok za současného spouštění DK z lůžka s přidržením operační rány, poté první vstávání z lůžka do 24 hodin (dle stavu), chůze k umyvadlu, do sprchy, další dny chůze na krátkou vzdálenost (toaleta, pokoj) s případnou dopomocí. Žena by měla do konce hospitalizace nabýt samostatnosti, soběstačnosti v hygieně, oblékání, vyprazdňování a stravování (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 59, Roztočil et al., 2011, s. 430, Janíková, Zeleníková, 2011, s. 40).

4.1 Následná doporučení po operaci

Hospitalizace u abdominální hysterektomie je většinou ukončena sedmý až desátý den po operaci v závislosti na průběhu rekonvalescence. Ženě je před propuštěním provedeno laboratorní vyšetření, gynekologické vyšetření, eventuálně ultrazvukové vyšetření (UZ). Klientka by měla být před propuštěním edukována lékařem i sestrou o jednotlivých doporučeních, týkajících se pooperačního režimu. Žena by měla mít dostatek tělesného i psychického klidu, nezvedat těžká břemena, neprochladnout, dodržovat osobní hygienu, spíše se sprchovat. Důležité je též dodržování správné životosprávy, dostatek živin a vitamínů, tekutin, péče o vyprazdňování, pokračování v rehabilitaci. Pokud žena chtěla zachovat možnost pohlavního styku, je vhodné se stykem začít nejdříve za 6 týdnů po operaci po zhojení poševního pahýlu. Klientce musí být také vysvětlena péče o operační ránu, jizvu – udržovat jizvu v čistotě, pouze sprchovat, ne koupele ve vaně, v bazéně, používat jemné mýdlo, jizvu lehce vysušit, nenosit těsné oblečení ze syntetických materiálů, nevystavovat jizvu slunečnímu záření až 3 měsíce, omezit sportovní aktivity. Po zhojení jizvy (za 1-2 týdny) provádět tlakové masáže 3x denně a jizvu pravidelně promašťovat neparfemovanými přípravky.

Dalšími informacemi jsou nutná návštěva obvodního gynekologa do 3 dnů po propuštění, doba pracovní neschopnosti trvající cca 6 týdnů nebo po dobu navazující zajišťující léčby, nutnost dispenzarizace a pravidelných kontrol, kontakt na onkologickou ambulanci, návrh pokračující léčby (chemoterapie, radioterapie či hormonální terapie), nárok na lázeňskou léčbu (Slezáková a kol., 2017, s. 36; Slezáková, 2007, s. 38; Janíková, Zeleníková, 2011, s. 39-40).

5 PSYCHOLOGIE ŽENY PO HYSTEREKTOMII

Hysterektomie je po psychické stránce pro ženu velmi náročná. Jedná se o citlivé a intimní téma, které trápí ženu, která musí tuto operaci podstoupit. Žena musí být na operaci včas připravena, čímž se sníží její strach, úzkost, stud a pocit méněcennosti, který ovlivňuje chování před operací. Stresujícími situacemi pro klientku mohou být nástup do nemocnice, hlavně pokud nikdy nebyla hospitalizována, nadcházející operace, narkóza, bolest, nedostatek adekvátních informací jak o výkonu, pooperační péči, tak o možnosti kontaktu s rodinou. Pozornost je věnována i sexuální problematice, společenskému dopadu operace a životu v manželství, partnerství (Slezáková a kol., 2017, s. 35).

Spousta žen považuje dělohu za znak ženství, což může proces vyrovnání se s operací stěžovat. Proto je velmi důležité vytvářet s klientkou pozitivní vztah založený na důvěře. Snahou je pomoci ženě identifikovat se s ženskou rolí a vytvářet vhodné podmínky. Důležité je ženě sdělit, že po odstranění dělohy bude trvale neplodná, nebude menstruovat a pokud budou odstraněny vaječníky, mohou se u ní vyskytnout příznaky podobné nástupu klimakteria, které je možno ovlivnit hormonální substituční léčbou.

Roztočil et al. (2011, s. 437) popisuje, že hysterektomie u psychicky zdravých žen nemá žádné dlouhodobé psychické následky, zatímco u žen s psychickými problémy se následky vyskytují. Pokud se objeví negativní reakce na hysterektomii, je to většinou u žen s depresemi.

Rob, Martan, Citterbart (2008, s. 114, 297) uvádí, že v případech, kde byl indikací k operaci karcinom, přibývá různých psychosomatických problémů, a proto je velmi důležité, aby takováto operace byla doplněna psychoterapeutickou intervencí a sexuologickou poradou, která má příznivý vliv na psychologickou symptomatologii a zlepšuje dobu přežití.

Pokud je klientce sdělen nepříznivý výsledek operace či histologického vyšetření, v případě dobré prognózy klientka reaguje depresí, úzkostí, zmateností. Pokud je prognóza nejistá, projeví se u ženy emočním distresem. V případě špatné prognózy je viditelná úzkost, zmatenost, projev hněvu a vzestup deprese (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 296). Ženě se postupně bortí její životní plány, může být plačtivá nebo naopak agresivní, hrozí vykonání sebevražedných pokusů. Dochází ke změnám k horšímu v životním komfortu, sociálních vztazích, životním stylu. Křivohlavý (2002, s. 128) uvádí, že zjištění onkologické diagnózy je faktem, se kterým se žena musí vyrovnat. Jde o to, aby tento fakt „že mám rakovinu“ nejen přijala, akceptovala, ale i o zvládnutí toho, co přijde po potvrzení diagnózy. Proto je kladen velký důraz na informovanost žen o všech aspektech spojených s touto operací a na aktivní spolupráci klientky (Slezáková a kol., 2017, s. 65).

6 EDUKACE

Edukace pacientek je velmi důležitou součástí kurativní i ošetrovatelské péče, která má svá specifika. Cílem je osvojení si daných dovedností, vytvoření nových hodnot, postojů, které vedou k požadovaným změnám chování. Nezbytná je aktivní spoluúčast pacientky a sestry na tvorbě edukačního procesu (Svěráková, 2012, s. 24).

Edukace postupně procházela svým vývojem, zpočátku se jednalo o poskytování jednoduchých instrukcí a informací týkajících se více léčebného režimu, formou tištěných letáků a brožur. Později se začalo hledět na uspokojování potřeb pacientek, na proškolení zdravotnických pracovníků. V současné době se dbá na aktivní přístup pacientky a propracovanou metodiku edukace ve všech oblastech sekundární prevence, která je zaměřena na výchovu a vzdělávání pacientek trpících nějakým onemocněním (Svěráková, 2012, s. 28).

Pojem edukace, dle Juřeníkové (2010, s. 9), je odvozen z latinského slova educare, což znamená vychovávat. Pojem definuje jako proces stálého ovlivňování chování a jednání jedince, který má za cíl navodit pozitivní změny v jeho dovednostech, vědomostech, postojích a návycích. Dle Nemcové, Hlinkové a kol. (2010, s. 31) je edukace logický, systematický, plánovaný proces, při kterém se prolínají vzájemně se ovlivňující činnosti – vzdělávání a učení. Na tomto procesu se navzájem podílejí dva účastníci – sestra edukátor a pacientka či rodina jako edukant. Tyto dva pojmy jsou hojně využívány. Edukátor znamená aktér edukační činnosti, ten, kdo učí, provádí edukaci. Ve zdravotnictví nejčastěji sestra, porodní asistentka, lékař a další profese. Na druhé straně edukant je ten, který je edukován, učí se. Nehledí se na rozdíl věku či prostředí, kde edukace probíhá. Edukant je individuální osobnost, která má své charakteristické fyzické, afektivní a kognitivní vlastnosti, je ovlivněna sociálně kulturními podmínkami. Ve zdravotnictví je edukantem zdravý nebo nemocný člověk nebo to může být i zdravotnický pracovník, který si prohlubuje své znalosti a dovednosti (Juřeníková, 2010, s. 10; Mandysová, 2016, s. 7).

6.1 Edukační proces

Jedná se o činnost lidí, při které dochází k učení. Na jedné straně je edukátor, který podává dané informace směrem k edukantovi, který je přijímá. Proces probíhá po celý život. Edukační proces v ošetrovatelství má svá specifika, záleží, ve které fázi onemocnění se zrealizují. Edukační proces je, dá se říct, samostatný proces v ošetrovatelském procesu. Velmi důležitá je jeho příprava. Když klientka vidí, že je sestra na edukaci připravena, věnuje jí pozornost, přistupuje klientka k edukaci s chutí a odpovědností. Klientka by měla získat nové informace, pochopit je a umět je využít. Měla by si také osvojit teoretické, praktické dovednosti a získat

nové návyky (Svěráková, 2012, s. 33; Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 25; Slezáková a kol., 2017, s. 15).

Edukační proces probíhá v jednotlivých fázích, které na sebe navazují. Jedná se o fázi posuzování, diagnostiky, plánování, realizace a hodnocení.

V první fázi procesu - posuzování, se sestra zaměřuje na sběr a analýzu údajů o klientce, její úroveň vědomostí, dovedností, postojů k edukaci, připravenost k učení, úroveň vzdělání ženy, věk, její životní a zdravotní situaci. Vhodné je zjistit i informace o rodině. Informace sestra zjišťuje pomocí pozorování, rozhovoru. Tato fáze má význam pro stanovení cílů edukace, využití konkrétních pomůcek a metod (Svěráková, 2012, s. 33; Tóthová a kol., 2014, s. 191).

Druhou fází je stanovení edukačních diagnóz, kdy na základě údajů získaných posuzováním a pozorováním sestra stanoví diagnózy, které vykazují deficit ve vědomostech, dovednostech nebo postojích ženy. Podle zjištěného deficitu si může rozmyslet plán edukace, stanovení edukačních potřeb (Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 26).

Ve třetí fázi procesu se provádí plánování a příprava edukace. Vychází z stanovení priorit v edukaci od nejdůležitějších, akutních, po méně důležité, aby byly uspokojeny potřeby edukantky. Rozhoduje se o časovém harmonogramu, vhodných edukačních metodách, obsahu edukace, stanovení jasných a měřitelných cílů edukace, o organizaci, pomůckách a prostředí edukace (Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 26; Svěráková, 2012, s. 34).

Ve čtvrté fázi – realizace, dochází přímo k edukaci s použitím konkrétních metod a nástrojů, které si sestra stanovila ve třetí fázi. Je nutné přihlídnout k věkovým a individuálním vlastnostem ženy. Sleduje se a průběžně se hodnotí, zda žena zvládá vštípení a pochopení informací, jaké má reakce na probíhající edukaci. Fáze realizace probíhá jednotlivými fázemi motivace, expozice (zprostředkování nových poznatků), fixace (upevňování poznatků), hodnocení. Úspěšná realizace přispívá ke zlepšení kvality života klientek, k získání soběstačnosti (Juřeníková, 2010, s. 21; Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 26; Tóthová a kol., 2014, s. 192).

Poslední, pátou fází je zhodnocení výsledků, zda bylo dosaženo určených cílů, co se žena naučila. Hodnotí je jak edukant, tak edukátor. Při hodnocení je potřeba ženu povzbuzovat, chválit, což podpoří dlouhodobé udržení výsledků edukace. Je důležité zajistit, aby byly nové vědomosti, dovednosti přeneseny i do domácího prostředí po ukončení hospitalizace. K tomu přispívá neustálé procvičování naučených znalostí, příjemné prostředí, poskytování pozitivní zpětné vazby a další faktory (Mandysová, 2016, s. 18; Tóthová a kol., 2014, s. 192; Svěráková, 2012, s. 35).

Nedílnou součástí edukačního procesu je vedení důsledné dokumentace, kde sestra zaznamenává zjištěné informace, plán, použité metody, úroveň znalostí a dovedností klientky. Cílem vedení záznamů o edukaci je poskytování informací všem členům ošetrovatelského týmu, ochrana členů týmu před případnými stížnostmi, usnadnění hodnocení edukace, zachycení problémů při edukaci (Juřeníková, 2010, s. 63; Svěráková, 2012, s. 35).

6.2 Edukační role sestry

Plnění edukační role sestry souvisí s rozvojem sesterské profese. „*Sestra je oprávněna podávat poučení jen v rámci svých profesních kompetencí a činností. Mezi ně patří poučení o ošetrovatelských výkonech a ošetrovatelských problémech, které identifikovala a řeší. Sestry ze zákona nejsou oprávněny informovat pacienta o stanovené diagnóze, prognóze a postupu léčby. Mohou však následně s těmito informacemi pracovat.*“ (Mandysová, 2016, s. 14). Role sestry edukátorky je tedy základní kompetencí při ošetrování zdravých i nemocných klientek. K tomu, aby tuto roli mohla plnit, musí mít potřebné znalosti, vědomosti a dovednosti z oblasti ošetrovatelství i medicíny. Sestra, která nemá dostatek vědomostí, by mohla neodbornými radami klientce uškodit, demotivovat ji, odradit od spolupráce (Gavalierová, Fathi, 2016, s. 23). Sestra by také měla mít odborné znalosti a dovednosti z oblasti edukace, komunikační a didaktické dovednosti, měla by mít dostatek empatie, taktu, trpělivosti, respektovat individualitu klientky, vytvářet motivující prostředí při edukaci, mít snahu a ochotu pomoci klientce, získat ji pro spolupráci, motivovat k učení. Měla by být koordinátorkou celé edukace, zjišťovat znalosti a dovednosti klientky vztahující se ke zlepšení zdraví, poskytovat potřebné informace klientce i rodině, motivovat ženu k udržování optimální úrovně zdraví (Slezáková a kol., 2017, s. 16; Juřeníková, 2010, s. 69; Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 21; Svěráková, 2012, s. 36-37).

6.3 Informační mapa péče

K edukaci lze využít velké množství edukačních pomůcek (letáky, brožury, plakáty, ...), jednou z nich je i informační mapa péče. Jedná se o textovou učební pomůcku, která je nejčastěji využívána ve zdravotnictví. Nikdy nesmí být použita samostatně, ale v kombinaci s další edukační metodou, například s vysvětlováním, konzultací. Výhodou těchto pomůcek je, že jsou snadno dostupné, přenosné, text lze kdykoliv přečíst znova, žena si zvolí sama tempo učení a dobu výuky. Původní mapy péče vznikly v roce 1985 v Bostonu v důsledku celosvětového trendu zavádění řízené péče. Další generací map péče byly CareMaps, které byly zaměřeny nejen na aktivity a intervence, ale i pro různé kategorie pacientů, také na rodinu, personál. Mapy péče jsou základní nástroje case managementu, slouží k lepší orientaci ve zdravotnické

dokumentaci a ke zkvalitnění péče. Současné mapy péče jsou sestavené interdisciplinárním týmem, jsou zaměřeny na určitou problematiku, určitou skupinu klientek, diagnóz, výkonů, intervencí. Mapy obsahují informace o příjmu klientky do péče, o průběhu hospitalizace a o propuštění do domácího ošetřování. Součástí mohou být i vyšetřovací metody, léčba, pohybový režim, dieta, spolupráce s rodinou. Při práci s mapou by měly být dodrženy určité zásady, mapu by měla sestra sama znát a orientovat se v ní, poskytnout mapu klientům, pro které byla vytvořena, přičemž závisí na jejich věku, diagnóze, gramotnosti. Měla by být graficky pěkně zpracována, aby klientku zaujala. Mapa péče by měla obsahovat i manuál, který slouží k efektivnímu využití mapy (Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 181, 242-244, 250; Juřeníková, 2010, s. 45-46, 49).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA

Cílem praktické části bakalářské práce bylo vytvořit informační mapu péče pro klientky před a po abdominální gynekologické operaci. Záměrným výběrem byly osloveny tři klientky hospitalizované na gynekologickém oddělení, které podstoupily abdominální hysterektomií s adnexektomií z důvodu diagnostikovaného karcinomu endometria z předchozí kyretáže. Věk klientek se pohyboval v rozmezí od 56 do 60 let. Potřebné informace, data k vypracování ošetrovatelských procesů a údaje o jednotlivých klientkách byly získány nahlížením do zdravotnické dokumentace, pozorováním, komunikací s klientkami s jejich souhlasem a na základě zkušeností v péči o ženy s danou operací. Získané informace byly zpracovány podle ošetrovatelského „Modelu fungujícího zdraví“ Marjory Gordonové a za pomoci standardizované šablony „Ošetrovatelská dokumentace dospělý jedinec“ Univerzity Pardubice FZS (viz příloha B).

Jednotlivé kazuistiky byly tvořeny v období od listopadu 2017 do ledna 2018. Každá kazuistika obsahuje základní údaje o klientce, anamnézu, vyšetření sestrou při příjmu. Dále obsahuje posouzení současného stavu potřeb klientky utříděného do třinácti domén. Součástí každé kazuistiky je popis průběhu hospitalizace ode dne přijetí až po druhý pooperační den, které byly nejdůležitější. Od třetího dne až do dimise byly vybrány jen zásadní informace v péči o klientky. Samotný plán péče byl vypracován pomocí ošetrovatelského procesu na základě stanovených ošetrovatelských diagnóz dle klasifikace NANDA, taxonomie II, která řadí diagnózy do třinácti domén, rozdělených do tříd, obsahující ošetrovatelské diagnózy značené číselným kódem. U těchto diagnóz by měl být dodržen daný algoritmus, který se skládá z fází určení zvažovaných ošetrovatelských diagnóz, nalezení určujícího znaku, nalezení souvisejícího nebo rizikového faktoru, ověření platnosti definice a přijetí či omítnutí diagnózy (Herdman, Kamitsuru, 2015, s. 28-45).

Diagnózy byly seřazeny od aktuálních, přes potencionální až k edukačním diagnózám pro podporu zdraví. Poté byly stanoveny jednotlivé cíle, na jejichž základě byly vytvořeny intervence. Dále u každé přijaté diagnózy byla popsána realizace těchto ošetrovatelských intervencí a na konec bylo provedeno zhodnocení poskytnuté péče.

Na podkladě plánu péče, podobnosti jednotlivých ošetrovatelských diagnóz a zejména edukačních intervencí u všech tří klientek byla vytvořena informační mapa péče. Mapa byla zpracována formou barevné tabulky s obrázky pro lepší přehlednost. Tento edukační materiál

je primárně určen pro klientky hospitalizované na oddělení gynekologie z důvodu provedení abdominální gynekologické operace, pro další doplnění a zopakování si informací, zmírnění strachu a stresu před operací i po ní. Mapa by měla podporovat a upevňovat edukační činnost sestry. Na závěr byl k informační mapě péče vypracován manuál pro sestry, aby byla mapa efektivně využita.

8 KAZUISTIKY

8.1 Kazuistika číslo (č.) 1

Klientka D. J., 60 let, přijata 9. 11. 2017 na gynekologické oddělení k plánované operaci Hysterectomy abdominalis cum adnexectomy bilateralis. Před měsícem byla poslána obvodním gynekologem na provedení malého diagnostického výkonu hysteroskopie pro metrorrhagii v postmenopauze (děložní krvácení po menopauze). Z dutiny děložní byl získán vzorek sliznice, zaslán na histologické vyšetření a výsledkem byl pozitivní nález – dobře diferencovaný endometroidní adenokarcinom, grading 1.

8.1.1 Anamnéza

- **Osobní anamnéza** – nekuřačka, obesitas magna, lehká hepatomegalie, vertebroalgický syndrom lumbální páteře, v roce 2002 renální kolika – nefrolithiasis bilateralis, od roku 2016 hyperlipidemie léčená dietními opatřeními – hodnoty sníženy, lymfédem obou dolních končetin, varixy DK.
Operace, úrazy – 2002 bandáž žaludku, 2007 cholecystektomie, 2016, 2017 hysteroskopie, úrazy neměla.
- **Rodinná anamnéza** – matka má DM na perorálních antidiabeticích, babička zemřela v 49 letech na centrální mozkovou příhodu (CMP), otec CMP v 67 letech, sourozenci zdraví.
- **Sociální a pracovní anamnéza** – klientka je vdaná, žije s rodinou v panelovém domě, má vysokoškolské vzdělání, pracuje jako učitelka.
- **Alergologická anamnéza** – houby.
- **Gynekologická anamnéza** – od 49 let má menopauzu, dříve pravidelné menstruační cykly, dvakrát spontánně rodila, jedenkrát prodělala spontánní potrat. Od roku 2008 má na děloze myomy (sledovány, nezvětšují se), od třiceti pěti let do roku 2012 užívala hormonální antikoncepci, v roce 2013 podstoupila abrazi hrdla a těla děložního pro větší krvácení, léčeno gestageny, v roce 2016, 2017 podstoupila hysteroskopii pro opakované silnější krvácení s výsledkem adenokarcinomu endometria. Na prevenci chodí pravidelně jedenkrát ročně.
- **Farmakologická anamnéza** – Detralex 1 tableta (tbl) ráno (venotonikum, vazoprotektium), Loseprazol 20mg 1 tbl ráno (antacidum), Rosumop 10 mg 1 tbl večer (hypolipidaemikum).
- **Nynější onemocnění** – přichází k plánované operaci abdominální hysterectomie s oboustrannou adnexektomií pro maligní nádor těla děložního, nyní nekrvácí,

subjektivně má občasné bolesti v podbřišku, jinak bez obtíží. Před operací bylo ambulantně provedeno CT vyšetření břicha a malé pánve.

8.1.2 Vyšetření sestrou při příjmu

- **Celkový vzhled, úprava** – klientka je upravená, učesaná, obézní, měří 164 cm, váží 131 kg, Body mass index (BMI): 48,71 těžká obezita.
- **Fyziologické funkce** – klientka je při vědomí, orientovaná časem, místem, osobou, Glasgow coma scale (GCS) je hodnoceno všemi patnácti body, puls má pravidelný, hmatný, 69 tepů za minutu, normokardie, krevní tlak (TK) má 135/85 milimetrů rtuťového sloupce (mmHg), hraniční hodnoty, dýchání pravidelné, sklípkové, frekvence 18 dechů za minutu, eupnoe, tělesná teplota (TT) 36,7 °C, saturace krve kyslíkem (SpO₂) 98 %.
- **Fyzikální vyšetření** – poloha aktivní, chůze kolébavá, bez pomůcek, postoj vzpřímený, schopnost úchopu dobrá, páteř bez skoliózy, hyperlordóza krční páteře; hlava – zornice izokorické, reagují, uši a nos bez výtoku, sliznice vlhké, růžové, bez defektů, chrup má vlastní; krk, hrudník bez patologie; na základě vyšetření zjištěných lékařem je břicho měkké, hůře prohmatné pro obezitu, peristaltika přítomna; HK – bez patologií, DK – symetrické, lymfedém oboustranně, metličkovité varixy, pulzace ano; kůže – erytém na přední straně bérců; řeč je plynulá, nosí brýle.
- **Použité měřicí škály:**
 - GCS 15 bodů, při vědomí.
 - Barthelův test základních všedních činností 100 bodů, nezávislá klientka.
 - Hodnocení rizikových faktorů pro vznik dekubitů dle Nortonové 32 bodů, bez rizika.
 - Hodnocení rizika vzniku pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou 2 body, bez rizika pádu.
 - Nutriční screening 2 body, není potřeba intervence.
 - Úroveň soběstačnosti dle Gordonové – najíst se 0, umýt se 1, obléci se 0, pohybovat se 0 – nezávislá pacientka.
- **Vyšetřovací metody** – před operací
 - EKG – sinusový rytmus, pravidelná akce srdeční, normální nález EKG, bez známek ischemie.
 - RTG plic a srdce – věku a konstituci přiměřený.
 - Sonografické vyšetření – gynekologický UZ s nálezem subserózního myomu.

Laboratorní vyšetření krve a moče – krevní obraz v normě (hemoglobin 138 g/l), moč + sediment v normě, biochemické vyšetření krve – hraniční norma glykemie 5,8 mmol/l, zvýšené hodnoty cholesterolu 5,1 mmol/l.

CT vyšetření – provedeno ambulantně před operací s výsledkem zvětšených retroperitoneálních uzlin, malá pánev bez expanze.

8.1.3 Průběh hospitalizace

Den před operací

Klientka byla přijata v 8:30 hodin na gynekologické oddělení. Po provedení příjmového rozhovoru, vstupního vyšetření lékařem, podepsání informovaného souhlasu s hospitalizací a s operací byla dále edukována sestrou o chodu oddělení, předoperační přípravě a pooperačním režimu. Byly jí změřeny fyziologické funkce, zajištěno anesteziologické konzilium, podepsán souhlas s anestezií, vydáno doporučení anesteziologem. Klientka byla oholena, proběhla příprava operačního pole, navečer bylo podáno očistné klyzma, byla znovu poučena o nutnosti lačnění od 24 hodin.

Fyziologické funkce:

- TK 135/85 mmHg, pulz 69/minutu, TT 36,7 °C, SpO2 98%

Medikace:

- Zibor 3500 IU subkutánně v 20:00 (antikoagulancium)
- Stilnox 10 mg 1bl perorálně v 21:00 (hypnotikum)

Ordinace:

- příprava k operaci, premedikace

0. den – operační den

Ráno před operací byly klientce změřeny fyziologické funkce, poté byla provedena hygiena ve sprše, navlečeny elastické punčochy, zkontrolováno odstranění šperků, spodního prádla, bylo upraveno lůžko, podána ranní medikace dle anesteziologa. Klientce byl aseptickým způsobem zaveden permanentní močový katetr napojený na sběrný systém. Na příkaz anesteziologické sestry z operačního sálu jí byla podána premedikace. Poté byla klientka převezena na operační sál. Po operaci byla žena převezena na dospávací pokoj k dalšímu intenzivnímu sledování fyziologických funkcí, krvácení, bolesti. Po dvou hodinách byla žena převezena zpět na gynekologické oddělení k dalšímu sledování pooperačního průběhu. Na oddělení byly nadále monitorovány vitální funkce, všechny naměřené hodnoty byly stabilizovány. Oxygenoterapie nemusela být nasazena vzhledem k fyziologickému dýchání. Klientka měla v levé HK zavedený intravenózní katetr, do kterého, byly podávány infuzní roztoky. Byla sledována diuréza, permanentní katetr odváděl čistou moč, diuréza do druhého dne do

5:00 hodin byla 1200 ml. Sledovalo se krvácení z rodidel-pouze slabě špinila, odchod sekretu ze zavedeného drénu, drén odvedl do druhého dne celkem 150 ml sangvinolentní tekutiny. Operační rána byla klidná, sterilně krytá speciálním krytím OPSITE Post-Op Visible (transparentní krytí odolné vůči vodě a bakteriím s průhlednou absorpční plochou), bez známek krvácení. Klientka pospávala, průběžně byl její pooperační stav kontrolován lékařem. Bolest byla tlumena opiáty při bolesti nad VAS 5. Na dospávacím pokoji jí byly podány v 11:00 hodin opioidy v kombinaci s analgetiky, takže na oddělení mohl být další opioid podán nejdříve za 6 hodin. Dále byla ordinována možnost kombinace analgetika při VAS nad 3. V 15:00 hodin jí mírně pobolívala operační rána a v podbřišku. V podávání antibiotik se pokračovalo. V odpoledních hodinách mohl být ženě podán čaj po lžičkách a poté si popíjela sama po malých doušcích. Zpočátku žena ležela v pozici na zádech, potom se začala dle svých možností a s ohledem na zavedený drén a katetr otáčet z boku na bok, aby se jí ráno lépe vstávalo. Celý den pospávala. V noci žena snášela bolest dobře, pospávala.

Fyziologické funkce:

- TK 117/77, puls 62/min, TT 36,1 °C, SpO2 96 % v 6:00 hodin

Medikace:

- Loseprazol 20 mg 1 tbl perorálně v 6:00 hodin (antacidum)
- Dormicum 7,5 mg 1 tbl perorálně v 7:15 hodin (hypnotikum)
- Cefazolin 1 g intravenózně peroperačně (antibiotikum) a dále po 8 hodinách v 16:00, 24:00 hodin
- Isolyte 500ml intravenózně (infuzní roztok) 1-0-1-0 po 4 hodinách
- 5 % Glukóza 500 ml intravenózně (infuzní roztok) 0-1-0-1 po 4 hodinách
- Digidolor 15 mg 1 ampule intramuskulárně po 6 hodinách při VAS nad 5 (analgetikum, anodynum) v 17:00, 1:00 hodin
- Indometacin 100 mg suppositorium per rectum maximálně za 12 hodin (antirheumatikum) v 15:00 hodin
- Zibor 3500 IU subkutánně v 20:00 hodin (antikoagulancium)

Ordinace:

- TK, puls, SpO2 dvě hodiny po 30 minutách a poté po 2 hodinách, TT 2krát denně
- Diuréza.
- Krytí operační rány.
- Dieta 0/ S.
- Klidový režim.
- Zítřejší ráno krevní obraz.

1. pooperační den

Klientka byla při vědomí, orientovaná, klidná, spolupracovala při prvním vstávání z lůžka. Ráno jí byly změřeny fyziologické funkce, byla odpojována od monitoru, sestra slila moč ze sběrného sáčku (1200 ml), svlékla elastické punčochy. Postupnou mobilizaci přes otočení se na

bok, posazení se na lůžku, DK dolů z lůžka až postavení se, došla žena v doprovodu sestry až do sprchy. Byla provedena hygiena, hygiena dutiny ústní, převlečena čistá košile a poté byla žena uložena zpět do čistě převlečeného lůžka. První vstávání proběhlo bez obtíží. Po vstávání byla provedena kontrola operační rány, krvácení, funkčnost drénu a močového katetru a byla jí dle ordinace odebrána krev na vyšetření krevního obrazu. Protože ji po vstávání začala pobolívat operační rána, bolest udávala na stupnici VAS 4, byl jí aplikován Indometacin 100 mg suppositorium per rectum. Do vizity žena ještě odpočívala, pospávala. V 7:30 hodin proběhla vizita lékaře, který zkontroloval pooperační stav ženy, sdělil jí informace o průběhu a rozsahu operace. Lékařem byly naordinovány následující ordinace: močový katetr a intravenózní vstup ponechat do 12:00 hodin, drén, pokud nebude odvádět, také odstranit. Podávání opioidů bylo ukončeno, ponechány byly pouze slabší analgetika. Ráno byly podány ranní medikace. Infuzní terapie byla také ukončena. Klientka měla dietu 0, popíjela si čaj, k obědu měla vývar a k večeři přesnídávku. V poledne byl odstraněn močový katetr, žena se poprvé vymočila do pěti hodin po extrakci. Zpočátku udávala pálení, ale další močení bylo již bez problémů. Na základě normálních hodnot výsledků krevního obrazu (hemoglobin 134 g/l, leukocyty $11,8 \cdot 10^9/l$) mohl být odstraněn i intravenózní katetr. Vzhledem k tomu, že zavedený drén již neodváděl žádný sekret, byl taktéž extrahován. Místo po extrakci drénu bylo sterilně kryto. Fyziologické funkce byly po celý den v normě, zvýšenou teplotu klientka neměla. Operační rána nevykazovala známky zánětu, krvácení, byla nadále kryta speciálním krytím OPSITE Post-Op Visible. Žena se snažila přes den posazovat na lůžku a přejít si kolem lůžka a k jídelnímu stolu na pokoj. Díky tomu se začala obnovovat střevní pasáž, větry zatím neodcházely. Byla unavená, na noc jí bylo aplikováno analgetikum, v noci spala.

Fyziologické funkce:

- 6:00 hodin: TK 127/79, puls 66/min, TT 36,3 °C
- 12:00 hodin: TK 130/72, puls 69/min, TT 36,5 °C
- 18:00 hodin: TK 123/75, puls 67/min, TT 36,6 °C

Medikace:

- Zibor (antikoagulancium) 3500 IU subkutánně v 20:00 hodin
- Cefazolin 1 g intravenózně v 8:00 hodin, dále Xorimax 500 mg 1 tbl. perorálně (antibiotikum) po 12 hodinách v 20:00 hodin
- Indometacin 100 mg per rectum po 12 hodinách při VAS nad 3 v 6:00, 21:00 hodin
- Loseprazol 20 mg 1 tbl ráno
- Detralex 1 tbl ráno

Ordinace:

- TK, puls, TT 3krát denně.
- Infuzní terapie-ukončit, intravenózní vstup ex, močový katetr ex, drén ex.
- Dieta č.0.

2. pooperační den

Ráno po probuzení se cítila klientka celkem odpočatá, byly jí změřeny fyziologické funkce, břicho ji pobolívalo jen mírně (VAS 1-2), byla poučena, že má změnu bolesti sestře oznámit. Pasáž byla přítomna, větry začínaly odcházet, močila bez obtíží, přes den se snažila přecházet po pokoji. Špinění z rodidel ustalo, operační rána byla klidná, asepticky krytá. Pokračovalo se dál v podávání medikací, od pátého dne byla změna jednotek Ziboru na 2500 IU až do 9. pooperačního dne, analgetika na bolest byla podávána podle potřeby. Vzhledem k zvýšené večerní tělesné teplotě, bylo klientce podáno antipyretikum, za hodinu po podání teplota klesla na 36,9 °C a pak se už neopakovala. Dietu pro tento den měla číslo 1, tzn. kašovitá, k snídani dostala jogurt a piškoty, k obědu vývar, bramborovou kaši s mletým masem a k večeři přesnídávku a piškoty. Tekutiny přijímala ve formě čaje, vody, fenyklového čaje na podporu odchodu větrů. Byla také poučena o nutnosti přidršet si operační ránu při odkašlávání a vstávání z lůžka. Od dnešního dne začala přemýšlet, jak asi dopadne výsledek z operace, což jí lehce narušovalo usínání, ale medikaci na noc žádnou nechtěla.

Fyziologické funkce:

- 6:00 hodin: TK 125/78, puls 68/min, TT 36,5 °C
- 12:00 hodin: TK 131/72, puls 69/min, TT 36,9 °C
- 18:00 hodin: TK 129/74, puls 75/min, TT 37,5 °C

Medikace:

- Zibor 3500 IU subkutánně po 24 hodinách v 20:00 hodin
- Xorimax 500 mg 1 tbl per os po 12 hodinách 8:00 a 20:00 hodin
- Paramax rapid (analgetikum, antipyretikum) 500 mg 1 tbl, v 18:00 hodin
- Loseprazol 20 mg 1 tbl ráno
- Detralex 1 tbl ráno

Ordinace:

- TK, puls, TT 3krát denně.
- Dieta č.1.

3. - 9. pooperační den (vybrány pouze zásadní informace v péči o klientku)

Klientka byla již samostatná v hygieně, vyprazdňování, jídle i oblékání, cítila se každým dnem lépe. 3. den po operaci byla na stolicí po podání glycerinového čípku do konečníku, TK, pulz, TT byly měřeny již jen dvakrát denně ráno a večer – v normě až do dimise. Antibiotika a nízkomolekulární heparin byly podávány také do 9. dne, což byl den propuštění. Na bolest požadovala klientka ještě 3. a 4. den analgetikum (Indometacin 100 mg), poté již bolest zvládla bez použití analgetik. Operační rána se hojila per primam, laparotomie byla klidná, bez známek

zánětu, speciální krytí Opsite bylo odstraněno 7. den, kdy byly také odebrány částečně stehy ob jeden steh, rána byla bez sekrece, zarudnutí, 9. den byly odstraněny všechny stehy, okolí rány bylo klidné, bez sekrece, jen s mírným zarudnutím kolem stehu. Pacientka 7. den absolvovala onkologické konzilium, kde jí byla vzhledem k výsledku z operace doporučena dispenzarizace u obvodního gynekologa a následná léčba bez adjuvantní onkoterapie. Také jí byl gynekologem proveden kontrolní ultrazvuk a kontrolní vaginální vyšetření, zda byl zhojen poševní pahýl, vše bylo v pořádku. 9. den byla klientce navržena dimise s následnou edukací jak lékařem, tak sestrou. Klientka souhlasila.

8.1.4 Posouzení současného stavu potřeb klientky

Diagnostická doména č. 1 – Podpora zdraví

Klientka hodnotí svůj zdravotní stav jako zhoršený, vzhledem k opakovanému vaginálnímu krvácení a nutnosti podstoupení operace. O svoje zdraví celkem pečuje, nekouří, alkohol pije jen příležitostně, snaží se dodržovat zdravou výživu vzhledem ke své obezitě, dodržuje lékařská doporučení, snaží se mít dostatek pohybu. Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně jedenkrát ročně, pravidelně navštěvuje stomatologa a praktického lékaře. Chtěla by se co nejdříve navrátit k plnému uzdravení.

Diagnostická doména č. 2 – Výživa

Klientka je obézní postavy, doma se snaží jíst méně tučná jídla, dostatek ovoce, zeleniny, vyhýbá se sladkostem. Chuť k jídlu má normální, stravu přijímá 5 až 6krát denně rozdělenou do menších porcí, tekutiny přijímá průběžně po celý den, cca 1,5 - 2 litry za den ve formě čajů, vody minerálek. Kávu nepije. Pocit žízně nemá, poruchy polykání neudává, nají se sama, chrup má svůj kompletní. Za hospitalizace má dietní omezení způsobené lačněním před operací a následnou realimentací.

Diagnostická doména č. 3 – Vylučování a výměna

Klientka měla do 1. pooperačního dne zaveden permanentní močový katetr CH 14, poté sama již spontánně močí bez obtíží, moč je čirá. Na stolici chodí pravidelně 1x za dva dny, barva i konzistence stolice je fyziologická, bez příměsí. Po operaci se vyprázdnila 3. den po podání glycerinového čípku, poté již normálně. Pocení klientky je přiměřené, jen při zvýšené teplotě 2. den po operaci se potila více. Nezvrací.

Diagnostická doména č. 4 – Aktivita / odpočinek

Klientka doma aktivně necvičí, pouze chodí na procházky se psem a pečuje o zahradu. Po operaci se cítila 1. den unavená, pak se stav již zlepšil, snaží se o časnou mobilizaci po operaci od nultého dne. V noci doma spí po celou noc, po probuzení se cítí odpočatá, léky na spaní neužívá. Ráda si vyvětrá pokoj před spaním. Po operaci má potíže s usínáním, když přemýšlí o výsledku operace. Jinak spí 7–8 hodin, nebudí se.

Diagnostická doména č. 5 – Percepce / kognice

Klientka má zhoršený zrak, nosí brýle na dálku. Se sluchem, čichem potíže nemá, rozumí mluvené i psané řeči, správně artikuluje. Paměť má neporušenou, je orientovaná časem, místem, osobou, udržuje oční kontakt, odpovídá adekvátně na otázky.

Diagnostická doména č. 6 – Sebepercepce

Klientka se hodnotí jako optimistka, snaží se vše vždy dobře zvládnout, cítí se být spokojená jen částečně vzhledem k dané situaci. Tím, že jí je podáván dostatek informací, zvládá strach a stres lépe. Má obavu z pojetí sama sebe po odstranění dělohy.

Diagnostická doména č. 7 – Vztahy mezi rolemi

Klientka bydlí s rodinou v panelovém domě, má psa. Je vdaná, pracuje jako učitelka, její nejvyšší dosažené vzdělání je tedy vysokoškolské. S kolegy v práci má dobré vztahy, s rodinou také. Jeví o ni zájem, pomáhají si. Po propuštění se o ni bude starat manžel a dcera. Klientka je usměvavá, přátelská, nevyvolává žádné konflikty.

Diagnostická doména č. 8 – Sexualita

Menstruační cyklus byl pravidelný, dvakrát spontánně rodila, jedenkrát spontánně potratila, menopauzu měla ve 49 letech. Sexuální obtíže neudává, nechce se jí o tom moc mluvit.

Diagnostická doména č. 9 – Zvládání zátěže, tolerance

Klientka se chová asertivně, pociťuje vnitřní napětí, stres z operace a co bude po operaci. Situaci se snaží řešit sama se sebou, s podporou rodiny a ocení i informace a pomoc od zdravotníků. Ráda čte, což jí pomáhá zmírnit stres a přijít na jiné myšlenky. Měla radost, že zvládla narkózu, operaci a že celkem dobře zvládá pooperační průběh.

Diagnostická doména č. 10 – Životní principy

Klientka je katolička, ale upřednostňuje i víru v něco jiného. Na nejvyšší příčku svých hodnot řadí zdraví její i rodiny, poté rodinu, práci, přátele, zájmy. Věří, že i nadále bude žít plnohodnotný život, i když pro to musí něco obětovat.

Diagnostická doména č. 11 – Bezpečnost / ochrana

Klientka alergii na léky, dezinfekci nemá, pouze uvádí alergii na houby. U klientky je zvýšené riziko infekce z důvodu zavedení permanentního močového katetru, intravenózního vstupu, drénu a operační rány. Rána se hojí per primam. Závratě nemá. Riziko pádu je u klientky vlivem doznívání anestezie, opioidů a oslabení po operaci.

Diagnostická doména č. 12 – Komfort

Nauzea ani zvracení se u klientky po operaci neobjevily. Klientka udává bolest operační rány a podbřišku nultý a první pooperační den, která je mírněna opiáty a analgetiky. Dále je bolest minimální, pouze při odkašlávání a pohybu. Má radost z možnosti návštěv rodiny, příjemného prostředí a personálu oddělení.

Diagnostická doména č. 13 – Růst / vývoj

Růst a vývoj u klientky probíhal v normě, v současné době je klientka vyzrálou osobností.

Zvažované ošetřovatelské diagnózy

Na základě podobnosti ošetřovatelských diagnóz a následného plánu péče všech tří kazuistik uvádím veškeré ošetřovatelské diagnózy a plán péče dalších dvou kazuistik v příloze A. Všechny zvažované diagnózy byly přijaty.

00132 Akutní bolest
00148 Strach
00198 Narušený vzorec spánku
00044 Narušená integrita tkáně
00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku
00108 Deficit sebepéče při koupání
00214 Zhoršený komfort
00118 Narušený obraz těla
00004 Riziko infekce
00015 Riziko zácpy
00155 Riziko pádů
00161 Snaha zlepšit znalosti

8.1.5 Stanovené ošetřovatelské diagnózy a plán péče

1. Aktuální ošetřovatelská diagnóza – Akutní bolest 00132

Doména: č. 12 – Komfort

Třída: č. 1 – Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození; náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky: změny ve fyziologických funkcích (TK, pulz, dech), vyhledávání antalgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti.

Související faktory: fyzikální původce zranění – operace.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka zná hodnocení bolesti od 1. dne hospitalizace, úlevové polohy.
- Klientka zná důvod bolesti.
- Klientka udává zmírnění bolesti o dva stupně VAS po podání analgetika či opiátu do třiceti minut po podání.

Intervence:

- Sestra pravidelně kontroluje intenzitu, charakter a lokalizaci bolesti, sleduje známky bolesti u klientky.
- Sestra edukuje klientku o hodnocení bolesti podle hodnotící škály.
- Sestra vysvětluje klientce příčinu bolesti.
- Sestra doporučuje klientce vhodnou polohu, využití nefarmakologických metod.
- Sestra podává léky na žádost klientky, ale dle ordinace lékaře.
- Sestra aktivně ověřuje účinek podaných léčiv, vše zaznamenává do dokumentace.
- Sestra při výskytu bolesti informuje lékaře.

Realizace:

- Klientka při pohybu na lůžku, při vstávání a chůzi jevila známky bolesti. Po dotázání udávala bolest operační rány. Edukovala jsem o možnosti přidržení operační rány při pohybu, odkašlávání, možnosti zaujmout úlevovou polohu. Klientce jsem po dohodě s lékařem nabídla možnost tišení bolesti pomocí analgetik. S touto možností byla seznámena, využila ji.

Hodnocení:

- U klientky došlo k postupnému zmírnění bolesti po podání analgetik. Využila doporučených možností zmírnění bolesti.

2. Aktuální ošetrovatelská diagnóza – Strach 00148

Doména: č. 9 – Zvládání / tolerance zátěže

Třída: č. 2 – Reakce na zvládání zátěže

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

Určující znaky: pociťuje strach, obavy, zvýšení napětí, kognitivní – identifikuje předmět strachu (operace).

Související faktory: neznámé prostředí, přirozená reakce na stimuly.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka je dostatečně informovaná o průběhu hospitalizace, možnostmi léčby, předoperační přípravě a pooperačním období 1. den hospitalizace.
- Klientka spolupracuje po celou dobu hospitalizace.
- Klientka dokáže identifikovat podnět strachu.
- Klientce je umožněno podávání informací v průběhu celé hospitalizace.
- Klientce je umožněna návštěva rodiny od 1. pooperačního dne.
- U klientky je zmírněn pocit strachu po důkladné edukaci. Klientka projevuje snahu zapojit se do léčby

Intervence:

- Sestra sleduje projevy strachu klientky.
- Sestra se klientce představí a navodí přátelské prostředí, snaží se svým empatickým přístupem získat důvěru klientky.
- Sestra zjišťuje příčinu strachu.
- Sestra dle svých kompetencí odpovídá na dotazy klientky, zajišťuje informace podané lékařem, je klientce k dispozici při jakémkoliv problému či dotazu, nabízí klientce možnost rozhovoru.
- Sestra podává klientce dostatek adekvátních informací o chodu oddělení, o režimu, předoperační a pooperační péči.
- Sestra zajistí podmínky klidného prostředí.
- Sestra umožní klientce kontakt s rodinou, návštěvy.
- Sestra se ptá klientky, zda všemu rozumí, popřípadě provede znovu edukaci.

Realizace:

- Při příjmu jsem se klientce představila. Poté jsem ji edukovala o chodu oddělení, o režimu, předoperační a pooperační péči.
- V případě, že klientka přišla s dotazem či prosbou byla jsem jí nápomocna a snažila jsem se ji jakýkoliv dotaz zodpovědět. Při ošetrovatelské péči jsem s klientkou navazovala přátelský rozhovor.

Hodnocení:

- Klientka definovala příčinu strachu jako strach z operace, narkózy a co bude po operaci. Po několika dnech hospitalizace udávala zmírněný pocit strachu a nebála se přijít za sestrou s jakýmkoliv dotazem. Jelikož se klientka v průběhu hospitalizace aktivně dotazovala, udávala, že má dostatečné množství informací.

3. Aktuální ošetrovatelská diagnóza – Narušený vzorec spánku 00198

Doména: č. 4 – Aktivita / odpočinek

Třída: č. 1 – Spánek / odpočinek

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky: změna normálního vzorce spánku, potíže s usínáním, nechtěné probouzení.

Související faktory: okolní bariéry (hluk, světlo, operace, neznámé prostředí), narušení způsobené spolunocležníkem.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka nemá potíže s usínáním do konce hospitalizace.
- Klientka se neprobouzí v průběhu noci.
- Klientka se po spánku cítí odpočatá.
- Klientka je seznámena s chodem oddělení. U klientky jsou eliminovány potíže s usínáním.

Intervence:

- Sestra edukuje klientku o nadcházejících událostech, o chodu oddělení.
- Sestra edukuje klientku o manipulaci s lůžkem.
- Sestra větrá před spaním pokoj, upravuje lůžko, mění ložní prádlo dle potřeby.
- Sestra zajistí klid a dostatek soukromí.
- Sestra edukuje klientku o nevhodných potravinách a nápojích před spaním.
- Sestra upozorní klientku na možnost podání léku na spaní či analgetik dle ordinace lékaře.
- Sestra doporučí klientce krátkou procházku po oddělení před spaním.

Realizace:

- Klientce jsem se při příjmu představila a seznámila ji s chodem oddělení. Při opakovaném uvádění potíží s usínáním, jsem ji doporučila, aby se před spaním prošla po oddělení, vyvětrala pokoj. Na bolest jí byly podány analgetika dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

- Klientka využila krátkou procházku po oddělení od 2. pooperačního dne, vyvětrala si před spaním pokoj a na noc jí byly podány v prvních dnech analgetika. Postupně se zadaptovala na nové prostředí, byly jí podány informace lékařem o výsledku operace a následné léčby, potíže s usínáním vymizely.

4. Aktuální ošetrovatelská diagnóza – Narušená integrita tkáně 00044

Doména: č. 11 – Bezpečnost / Ochrana

Třída: č. 2 – Tělesné postižení

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.

Určující znaky: poškozená tkáň.

Související faktory: mechanické faktory, chirurgický zákrok.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Operační rána se hojí per primam po celou dobu hospitalizace.
- Klientka je edukována v péči o ránu, jizvu při hospitalizaci i při propuštění.
- Rána je asepticky ošetřována během celé hospitalizace.

Intervence:

- Sestra kontroluje pravidelně stav operační rány, krytí.
- Sestra sleduje krvácení z operační rány, sekreci a další známky možné infekce.
- Sestra edukuje klientku v péči o ránu, udržování rány v suchu a čistotě, sprchovat vlažnou vodou, jemným mýdlem, lehce osušit, nekoupat se, po zhojení promazávat a provádět tlakové masáže.
- Sestra převazuje operační ránu aseptickým způsobem, asistuje při extrakci stehů.
- Sestra edukuje klientku o zvýšeném příjmu bílkovin pro lepší hojení.
- Sestra zaznamenává veškeré změny do dokumentace a hlásí je lékaři.

Realizace:

- Klientce bylo doporučeno sprchování, lehké osušení. Při kontrole krytí, převazech a odstraňování stehů jsem klientku ústně edukovala.

Hodnocení:

- Při kontrole krytí, převazech a odstraňování stehů klientka spolupracovala. Rána se hojila per primam.

5. Aktuální ošetrovatelská diagnóza – Zhoršená pohyblivost na lůžku 00091

Doména: č. 4 – Aktivita / odpočinek

Třída: č. 2 – Aktivita / cvičení

Definice: Omezení nezávislého pohybu na lůžku z jedné pozice na druhou.

Určující znaky: zhoršená schopnost změnit pozici na lůžku, zhoršená schopnost otáčet se ze strany na stranu.

Související faktory: obezita, bolest, farmaka, ztráta kondice.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka je schopna se otáčet z boku na bok 0. operační den.
- Klientka je schopná časné mobilizace do 1. dne po operaci.
- Klientka je edukována o pooperační rehabilitaci.

Intervence:

- Sestra edukuje klientku o úlevových polohách, o možnosti a nutnosti pohybu na lůžku, o možnosti přidržení si operační rány při pohybu, odkašlávání.
- Sestra edukuje klientku o časné mobilizaci – cvičení malými klouby DK, HK, změny polohy, postupné posazování.
- Sestra upozorní klientku na možnost vytažení drénu, močového katetru, intravenózního vstupu vlivem nešetrného pohybu.
- Sestra poskytuje klientce oporu a psychickou podporu, motivuje ji ke zvládnutí pohybu.

Realizace:

- Klientku jsem nultý den po operaci edukovala o využití úlevové polohy, cvičení malými klouby – kroužit zápěstím, kotníky. První den vertikalizace jsem jí dopomohla při vstávání z lůžka a doprovodila ji do sprchy. Pomohla jsem jí s hygienou a uložením zpět do lůžka. Další dny již klientka moji pomoc nepotřebovala, zvládala vše sama.

Hodnocení:

- Klientka aktivně cvičila malými klouby, našla si úlevovou polohu na boku a tu pak střídala. Další dny po operaci byla soběstačná.

6. Aktuální ošetrovatelská diagnóza – Deficit sebepéče při koupání 00108

Doména: č. 4 – Aktivita / odpočinek

Třída: č. 5 – Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky: zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost umýt si a usušit si tělo.

Související faktory: bolest, slabost, překážky v prostředí.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka má zajištěny všechny potřebné pomůcky k hygieně.
- Klientka si dojde s doprovodem do koupelny.
- Klientka se umyje a osuší s dopomocí sestry 1. pooperační den.
- Klientka je soběstačná v hygieně od 3. pooperačního dne.
- Klientka je edukována o hygieně v okolí operační rány, invazivních vstupů 1. den po operaci.

Intervence:

- Sestra zajistí klientce hygienické pomůcky den před operací.
- Sestra doprovodí klientku do sprchy a eventuálně jí dopomůže s hygienou na méně dostupných místech 1. den po operaci.
- Sestra provede dohled nad hygienou klientky ještě další dny po operaci.
- Sestra edukuje klientku o hygieně v oblasti operační rány, invazivních vstupů a genitálu.
- Sestra umožní klientce provést hygienickou péči dutiny ústní, učesat se a upravit se.
- Sestra podporuje soběstačnost klientky a hodnotí ji v dokumentaci.

Realizace:

- Den před operací jsem s klientkou připravila hygienické pomůcky na druhý den. Ráno jsem doprovodila klientku do sprchy, pomohla umýt méně dostupná místa, přitom jsem ji edukovala v péči o genitál a operační ránu. Byla provedena hygiena dutiny ústní. Každý den jsem podporovala klientku k soběstačnosti.

Hodnocení:

- Klientka zvládla první vstávání bez obtíží, edukaci rozuměla. Další dny byla již soběstačná.

7. Aktuální ošetřovatelská diagnóza – Zhoršený komfort 00214

Doména: č. 12 – Komfort

Třída: č. 1 – Tělesný komfort, 2 – Komfort prostředí, 3 – Sociální komfort

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

Určující znaky: změněný vzorec spánku, strach, pocit diskomfortu, pocit hladu, nelehkost situace.

Související faktory: symptomy související s nemocí, nedostatek soukromí, nedostatečné zdroje (informace), léčba.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka zná a využívá metody vedoucí ke zlepšení komfortu ve všech směrech do konce hospitalizace.
- Klientka má dostatek soukromí, informací o proběhlé operaci, výsledcích.
- Klientce je podávána adekvátní léčba dle možností.
- Klientce je tlumena pooperační bolest dle potřeb klientky.

Intervence:

- Sestra edukuje klientku o metodách zlepšujících komfort.
- Sestra zajistí dostatek soukromí, informací od lékaře.
- Sestra podává analgetika dle ordinace lékaře, sleduje bolest.
- Sestra edukuje klientku o nutnosti lačnění před operací a následné realimentaci.
- Sestra umožní klientce nerušený spánek.
- Sestra umožní klientce přítomnost návštěv.

Realizace:

- Během ošetřování jsem zajistila klientce dostatek soukromí, edukovala o nutnosti lačnění před operací a o dietním režimu následující dny. Pokud měla klientka bolest, dle ordinace lékaře jsem ji tlumila podáváním analgetik, edukovala jsem klientku i o jiných možnostech. Pokud za ní přišla návštěva, bylo jí to umožněno, nabídla jsem jí i možnost telefonického kontaktu.

Hodnocení:

- Klientka byla spokojená s dodržováním soukromí, možností návštěv. Dietní omezení chápala.

8. Aktuální ošetrovatelská diagnóza – Narušený obraz těla 00118

Doména: č. 6 – Sebepercepce

Třída: č. 2 – Sebeúcta

Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já.

Určující znaky: chybějící část těla (děloha a adnexa), změna tělesných funkcí, změna životního stylu, změna společenského zapojení, negativní pocity ohledně vlastního těla.

Související faktory: změna tělesné funkce z důvodu onemocnění, operace, léčby, alterace vnímání sebe sama.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka má informace o proběhlé operaci, o vlivu odstranění adnex, o možnosti substituce do konce hospitalizace.
- Klientka má možnost kontaktu s psychologem i po propuštění.
- Manžel a rodina mají adekvátní informace o klientce na základě jejího souhlasu.
- Klientka se setká s ženami se stejnou diagnózou, operací.

Intervence:

- Sestra zajistí kontakt na psychologa.
- Sestra zajistí podání informací blízké rodině dle jejího souhlasu.
- Sestra umožní či zajistí setkání klientky se ženami, které podstoupily stejný typ operace.

Realizace:

- Klientce jsem nabídla možnost kontaktu na psychologa, pokud by měla zájem. Rodina se ptala na stav klientky, který jim byl lékařem sdělen. Podařilo se mi umožnit společné setkání klientky s klientkou na oddělení, která podstoupila stejnou operaci, popovídaly si.

Hodnocení:

- Klientka si vzala kontakt na psychologa, pokud by ho potřebovala. Byla ráda, že se setkala s někým, kdo podstoupil tu samou operaci a mohla si popovídat.

9. Potencionální ošetrovatelská diagnóza – Riziko infekce 00004

Doména: č. 11 – Bezpečnost / ochrana

Třída: č. 1 – Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: invazivní postupy, obezita, chronické onemocnění.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- U klientky se neobjeví známky infekce po celou dobu hospitalizace.
- Klientka je poučena o známkách infekce a o nutnosti informovat sestru od 1. pooperačního dne.
- Klientka je edukována v péči o genitál, močový katetr, drén, intravenózní vstup 1. pooperační den.
- Operační rána se hojí per primam po dobu hospitalizace.
- Okolí žilního katetru, drénu nevykazuje známky infekce ani po jeho odstranění.

Intervence:

- Sestra dodržuje aseptické postupy při zavádění invazivních vstupů, při ošetřování operační rány, výměně Redonova drénu.
- Sestra sleduje celkové i místní známky infekce.
- Sestra sleduje hojení operační rány, okolí venózních vstupů.
- Sestra edukuje klientku o hlášení obtíží v místě vpichu intravenózního vstupu, ponechá periferní žilní katetr dle ordinace lékaře, doporučení výrobce, provádí Klasifikaci dle Maddona.
- Sestra sleduje místo vstupu drénu, jeho funkčnost a odvádějíci sekret.
- Sestra vše zaznamená do dokumentace.
- Sestra se podílí na udržování čistého prostředí, kontroluje čistotu ložního prádla, podílí se na prevenci nozokomiálních nákaz, dodržuje zásady BOZP.

Realizace:

- Klientce byla zavedena intravenózní kanyla z důvodu infuzní terapie, aplikace antibiotik. Při zavádění kanyly jsem dodržovala všechny zásady BOZP a celý výkon byl proveden asepticky. Klientka je poučena o hlášení jakýchkoliv bolestivých či jiných změn na kůži v oblasti místa vpichu. U klientky je také prováděna každý den kontrola ložního prádla a jeho výměna v případě potřeby.

Hodnocení:

- U klientky nedošlo během hospitalizace k rozvoji infekce.

10. Potencionální ošetřovatelská diagnóza – Riziko zácpy 00015

Doména: č. 3 – Vylučování a výměna

Třída: č. 2 – Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Náchylnost ke snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: oslabené břišní svaly, nedávná změna prostředí, obezita, farmaka, snížená motilita gastrointestinálního traktu, změna ve stravovacích návycích.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- U klientky se neobjeví zácpa po celou dobu hospitalizace.
- Klientka se vyprazdňuje pravidelně.
- Klientka zná příznaky a prevenci zácpy od 1. pooperačního dne.

Intervence:

- Sestra sleduje vyprazdňování stolice, její pravidelnost, konzistenci, příměsi.
- Sestra edukuje klientku o příznacích zácpy, preventivních opatřeních jako je dostatek tekutin, vlákniny, pohybu.
- Sestra aktivizuje klientku od 0. operačního dne.
- Sestra sleduje příjem tekutin, stravy (vláknina).
- Sestra podává laxativa dle ordinace lékaře na případnou podporu vyprázdnění.

Realizace:

- Klientce jsem nabízela dostatek tekutin, vody, čaje, fenyklového čaje, doporučila jsem jí, aby návštěva donesla kompot. Snažila jsem se, aby klientka měla dostatek pohybu v rámci jejích možností po operaci. I přes všechna tato opatření musel být klientce podán glycerinový čípek na podporu vyprázdnění.

Hodnocení:

- Klientka se vyprázdnila 3.den po operaci po podání glycerinového čípku. Další defekace již byla bez obtíží.

11. Potencionální ošetřovatelská diagnóza – Riziko pádů 00155

Doména: č. 11 – Bezpečnost / ochrana

Třída: č. 2 – Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: nedostatečné osvětlení, neznámé prostředí, farmaka, akutní onemocnění, pooperační zotavení, poškození zraku.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- U klientky nedojde k pádu po celou dobu hospitalizace.
- Klientka je edukována o riziku pádu vzhledem k narkóze, analgetikům.

Intervence:

- Sestra upozorní klientku, aby nevstávala po podání premedikace, po operaci.
- Sestra po operaci zajistí polohu na zádech.
- Sestra zajistí bezpečnost klientky po operaci zvednutím postranic.
- Sestra edukuje klientku o signalizačním zařízení, jeho použití, umístí ho na dosah ruky.
- Sestra vyhodnotí riziko pádu na příslušné škále a zapíše ho do dokumentace.
- Sestra edukuje klientku o prvním vstávání (ne sama), doprovodu 1. pooperační den na toaletu, správném vstávání z lůžka, vhodné obuvi a opatrné chůzi.
- Sestra společně s úklidovým personálem zajistí bezpečné prostředí.

Realizace:

- Klientku jsem seznámila s oddělením a na pokoji jsem jí ukázala signalizační zařízení, a to jak u lůžka, tak na toaletě. Klientka byla srozuměna s tím, jak signalizační zařízení používat a v případě potřeby přivolat zdravotnický personál. Také jsem klientce vysvětlila, jak opatrně vstávat z lůžka, aby se jí po delším ležení, či z důvodu medikace nezamotala hlava. Úklidový personál jsem požádala, aby důkladně používal označení kluzké podlahy po úklidu.

Hodnocení:

- Klientka během hospitalizace na oddělení neupadla.

12. Edukační ošetřovatelská diagnóza – Snaha zlepšit znalosti 00161

Doména: č. 5 – Percepce / kognice

Třída: č. 4 – Kognice

Definice: Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu nebo k jejich získání, který lze posílit.

Určující znaky: projevuje zájem učit se.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka je seznámena s chodem oddělení, nutností hospitalizace, druhem operace, předoperační přípravou a pooperační péči, možných komplikací.
- Klientka rozumí podaným informacím.

- Klientka dodržuje léčebný režim.
- Klientka projevuje snahu zapojit se do léčby.
- Klientka aktivně reaguje na léčbu a prokazuje nabyté znalosti.

Intervence:

- Sestra edukuje klientku o chodu oddělení, vnitřním řádu nemocnice, právech pacientů, o signalizačním zařízení, o předoperační přípravě a pooperační péči, o dietním režimu.
- Sestra zajistí podání informací lékařem v případě potřeby (zdravotní stav).
- Sestra edukuje klientku srozumitelně, empaticky, zlepšit se tím spolupráce.
- Sestra edukuje klientku o funkčnosti signalizačního zařízení.
- Sestra informuje klientku o možnosti návštěv a návštěvních hodinách.
- Sestra vždy jednotlivé ošetřovatelské intervence zdůvodňuje a vysvětluje.
- Sestra poskytuje klientce v průběhu hospitalizace všechny edukační materiály a aktivně se vyptává, zda klientka všemu rozumí.
- Sestra je připravena na dotazy ze strany klientky.

Realizace:

- Klientku jsem ihned po příjmu seznámila na pokoji se signalizačním zařízením a polohováním lůžka. K dispozici jsem jí poskytla vnitřní řád, aby si ho v klidu pečlivě prostudovala. Zdůraznila jsem informace, týkající se návštěvních hodin, čas lékařských vizit. Ujistila jsem ji, že se na mě může kdykoliv obrátit. K dispozici jsem jí také poskytla veškeré, pro ni vhodné, přístupné edukační materiály. Opakovaně jsem se aktivně dotazovala, zda poskytnutým informacím rozumí.

Hodnocení:

- Klientka prokazovala znalosti s používáním lůžka. Na vizity byla připravena ve svém pokoji. Návštěvní hodiny s rodinou dodržovali bez problémů. Aktivně vyhledávala informace o dané problematice. Udávala, že získané informace od lékaře i sestry pro ni byly dostačující. Klientka se snažila plnit všechny úkony související s hospitalizací. Dokazovala tím, že získané informace jsou pro ni opravdu dostačující.

8.2 Kazuistika č. 2

Klientka A. M., 57 let, přijata 28. 11. 2017 na gynekologické oddělení k plánované operaci Hysterectomy abdominalis cum adnexectomy bilateralis. Před třemi týdny byla poslána obvodním gynekologem k provedení hysteroskopie pro intermitentní krvácení (10-15 vložek za den) a špinění trvající 3 měsíce. Výsledkem histologického vyšetření byl dobře diferencovaný adenokarcinom endometria z polypu, grading 1.

8.2.1 Anamnéza

- **Osobní anamnéza** – nekuřačka, nadváha, léčená arteriální hypertenze, vertebroalgický syndrom krční a hrudní páteře, anémie z nedostatku železa v minulosti.
Operace, úrazy – 1981 appendektomie, zlomená žebra před deseti lety.
- **Rodinná anamnéza** – matka hypertenzní nemoc, cholesterolemie, otec zemřel v 65 letech na infarkt myokardu.
- **Sociální a pracovní anamnéza** – klientka je rozvedená, žije s přítelem v bytě, s dospělými dětmi se stýká, je vyučena, pracuje jako lisařka.
- **Alergologická anamnéza** – Penicilin, jahody.
- **Gynekologická anamnéza** – menstruace dříve pravidelná, bolestivé cykly, třikrát spontánně rodila, dvakrát podstoupila umělé ukončení těhotenství, jedenkrát spontánně potratila, menopauzu má od 53 let. Hormonální antikoncepci neužívá. V roce 2012 dvakrát podstoupila kyretáž pro nepravidelné krvácení s výsledkem hyperplázie a korporálního polypu, poté byla sledována u obvodního gynekologa. Na preventivní prohlídky chodí jedenkrát ročně.
- **Farmakologická anamnéza** – Sorbifer Durules 100mg (antianaemikum) 1 tbl ráno (dle výsledků krevního obrazu), Triplixam 5mg (antihypertenzivum) 1 tbl ráno.
- **Nynější onemocnění** – přichází pro plánovanou operaci abdominální hysterektomie s adnexektomií pro zjištěný adenokarcinom endometria, nyní nekrvácí, bez obtíží, nachlazená není, břicho měkké, nebolestivé.

8.2.2 Vyšetření sestrou při příjmu

- **Celkový vzhled, úprava** – klientka je upravená, má nadváhu, měří 158 cm, váží 73 kg, BMI: 29,24 nadváha.
- **Fyziologické funkce** – klientka je při vědomí, orientovaná časem, místem, osobou, GCS patnáct bodů, puls má pravidelný, hmatný, 74 tepů za minutu, normokardie, TK má

- 141/70 mmHg-hypertenze, dýchání pravidelné, bez dušnosti, frekvence 16 dechů za minutu, TT 36,7 °C, SpO2 97 %.
- **Fyzikální vyšetření** – poloha aktivní, chůze bez pomůcek, postoj vzpřímený, schopnost úchopu dobrá, páteř bez skoliózy, hlava – zornice izokorické, reagují, uši a nos bez výtoků, sliznice vlhké, růžové, bez defektů, chrup – zubní protéza dolní; krk, hrudník bez patologie; břicho palpačně nebolestivé, peristaltika přítomna; HK – bez patologií, DK – symetrické bez otoků; řeč je plynulá, rozumí, nosí brýle na blízko.
 - **Použité měřicí škály:**
 - GCS 15 bodů, při vědomí.
 - Barthelův test základních všedních činností 100 bodů, nezávislá klientka.
 - Hodnocení rizikových faktorů pro vznik dekubitů dle Nortonové 34 bodů, bez rizika.
 - Hodnocení rizika vzniku pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou (2006) 3 body, bez rizika pádu.
 - Nutriční screening 1 body, není potřeba intervence.
 - Úroveň soběstačnosti dle Gordonové – najíst se 0, umýt se 1, obléci se 0, pohybovat se 0 – nezávislá pacientka.
 - **Vyšetřovací metody** – před operací
 - EKG – pravidelná akce srdeční, normální nálezy EKG, bez známek ischemie.
 - RTG plic a srdce – věku a konstituci přiměřený nálezy, bez známek pneumothoraxu.
 - Sonografické vyšetření – gynekologický UZ s nálezem několika intramurálních myomů.
 - Laboratorní vyšetření krve a moče – krevní obraz v normě, hemoglobin 126 g/l před operací, moč + sediment v normě, biochemické vyšetření krve – v normě.

8.2.3 Průběh hospitalizace

Den před operací

Klientka byla přijata v dopoledních hodinách na gynekologické oddělení. Lékař provedl příjmový rozhovor, vstupní vyšetření, podepsání informovaného souhlasu s hospitalizací. Klientka byla edukována sestrou o chodu oddělení, předoperační přípravě a pooperačním režimu. Byly jí změřeny fyziologické funkce s hodnotami mírné hypertenze. Bylo zajištěno anesteziologické konzilium, podepsán souhlas s anestezií, vydáno doporučení anesteziologem. Klientka byla oholena, proběhla příprava operačního pole, navečer bylo podáno očistné klysmo, byla znovu poučena o nutnosti lačnění od 24 hodin, antikoagulancia měla být podána až v den operace po výkonu. Na noc byla podána premedikace. V noci spala.

Fyziologické funkce:

- TK 141/70 mmHg, pulz 74/minutu, TT 36,7 °C, SpO2 97 %

Medikace:

- Zibor 2500 IU (antikoagulancium) subkutánně až zítra po výkonu
- Hypnogen 10mg (hypnotikum, sedativum) 1 tbl perorálně v 21:00

Ordinace:

- příprava k operaci, premedikace

0. den – operační den

Ráno před operací byly klientce změřeny fyziologické funkce, poté byla provedena hygiena ve sprše, navlečeny elastické punčochy, zkontrolováno odstranění šperků a spodního prádla, upraveno lůžko, podána ranní medikace dle anesteziologa. Klientce byl aseptickým způsobem zaveden permanentní močový katetr napojený na sběrný sáček. Na příkaz anesteziologické sestry z operačního sálu jí byla podána premedikace. Klientka byla odvezena na operační sál. Během operace byl do dutiny břišní zaveden drén. Po operaci byla žena na operačním sále probuzena a převezena na dospávací pokoj k dalšímu intenzivnímu sledování fyziologických funkcí, krvácení a bolesti. Po dvou hodinách byla žena převezena na gynekologické oddělení k dalšímu sledování pooperačního průběhu. V levé HK měla zaveden intravenózní vstup pro podání infuzních roztoků a antibiotik. Na oddělení byly nadále monitorovány vitální funkce, TK, puls, SpO2 dvě hodiny po třiceti minutách a poté po dvou hodinách. Všechny naměřené hodnoty byly stabilizovány a zapisovány do akutní karty. Klientce byly podávány infuzní roztoky, byla sledována diuréza, permanentní katetr odváděl čistou moč, diuréza do druhého dne do 5:00 hodin byla 1500 ml. Sledovalo se krvácení z rodidel, nekrvácela a odchod sekretu ze zavedeného drénu, drén odvedl do druhého dne celkem 200 ml serosangvinolentní tekutiny. Operační rána byla klidná, sterilně krytá speciálním krytím Opsite, bez známek krvácení. Klientka pospávala, průběžně byl její pooperační stav kontrolován lékařem. V odpoledních hodinách začala klientka trpět nevolností, lékař naordinoval přidat antiemetikum, nezvracela. Bolest byla tlumena opioidy při VAS nad 5. Ženu v odpoledních hodinách pobolívala operační rána, byly jí proto podány opioidy. Dle ordinace lékaře, byly klientce aplikovány antikoagulancia po jako prevence TEN. V odpoledních hodinách byl klientce podán čaj po lžičkách, ale protože měla nauzeu, byly podávány tekutiny pouze intravenózně. Večer jí byla naměřena zvýšená teplota. V nočních hodinách jí byla přidána 1 infuzní lahev Isolytu 500 ml s antiemetikem, protože u klientky přetrvávala nauzea. Po podání infuze příznaky odezněly, pospávala. Dieta tento den byla 0/S – tekutá. Zpočátku žena ležela na zádech, potom se začala dle svých možností, s ohledem na zavedený drén a katetr otáčet z boku na bok, aby se jí ráno lépe vstávalo.

Fyziologické funkce:

- TK 135/95, puls 69/min, TT 36,5 °C, SpO2 98 % v 6:00 hodin
- TT 37,6 °C v 18:00 hodin

Medikace:

- Zibor 2500 IU subkutánně v 14:00 hodin
- Triplixam 5 mg 1 tbl perorálně v 6:00 hodin
- Dormicum 7,5 mg 1 tbl perorálně na příkaz, v 7:15 hodin
- Clindamycin Kabi 600mg (antibiotikum) intravenózně, peroperačně a dále po 8 hodinách v 8:00, 16:00, 24:00 hodin
- Isolyte 500 ml (infuzní roztok) po čtyřech hodinách 1-0-1-0 po 4 hodinách
- 5 % Glukóza 500 ml intravenózně (infuzní roztok) 0-1-0-1 po 4 hodinách
- Digidolor 15 mg 1 ampule intramuskulárně po 6 hodinách při VAS nad 5 v 16:30, 22:45 hodin
- Indometacin 100 mg suppositorium per rectum maximálně za 12 hodin v 24:00 hodin
- Degan (antiemetikum) 1 ampule přidat do stávající infuze v 15:00, 02:00 hodin

Ordinace:

- TK, puls, SpO2 dvě hodiny po 30 minutách a poté po 2 hodinách, TT 2krát denně
- Diuréza.
- Krytí operační rány.
- Dieta 0/ S.
- Klidový režim.
- Zítra ráno krevní obraz.

1. pooperační den

Klientka byla při vědomí, orientovaná, klidná, spolupracovala při prvním vstávání z lůžka. Ráno byly změřeny fyziologické funkce, žena byla odpojena od monitoru, byla slita moč ze sběrného sáčku (1500 ml), sundány elastické punčochy. Klientka i přes přetrvávající nauzeu zvládla postupnou mobilizaci, posazení se na lůžku, postavení se a v doprovodu sestry došla do sprchy. Sestra jí pomohla při hygieně. Klientka nestihla provést hygienu dutiny ústní vzhledem k nauce, hučení v uších a mžitek před očima, proto jí sestra nabídla dokončení hygieny dutiny ústní u umyvadla na lůžku. Klientka byla do vizity na lůžku v klidu, odpočívala. Sestra překontrolovala operační ránu, krvácení, funkčnost drénu a močového katetru a byla jí dle ordinace odebrána krev na vyšetření krevního obrazu. Protože ji po vstávání začala pobolívat operační rána, bolest udávala na stupnici VAS 5 byl jí aplikován opioid. V 7:30 hodin proběhla vizita lékaře, který zkontroloval pooperační stav ženy, sdělil jí informace o průběhu a rozsahu operace a určil ordinace. Intravenózní vstup měl být ponechán z důvodu nauzey a menšího příjmu tekutin per os. Pokračovalo se dále v podávání antibiotik intravenózně. Opiáty byly již vysazeny, ponechána byla pouze analgetika. Infuzní terapie byla do oběda ponechána, klientka měla dietu 0, snažila se po malých douškách popíjet čaj, k obědu snědla několik lžic vývaru a k večeři snědla půl skleničky přesnídávky. V poledne byl odstraněn močový katetr, žena se

poprvé vymočila do šesti hodin po extrakci. Zpočátku udávala pálení, ale další močení bylo již bez problémů. Na základě normálních hodnot výsledků krevního obrazu (hemoglobin 120 g/l, leukocyty $10,2 \cdot 10^9/l$) nemusel být podáván Sorbifer 1 tbl. Vzhledem k tomu, že zavedený drén již neodváděl žádný sekret, byl taktéž extrahován. Místo po extrakci drénu bylo sterilně kryto. Klientka si vyžádala podat analgetika. Fyziologické funkce byly po celý den v normě, zvýšenou teplotu klientka neměla. Operační rána nevykazovala známky zánětu, krvácení, byla nadále kryta speciálním krytím Opsite. Žena se snažila přes den posazovat na lůžku a přejít si kolem lůžka a k jídelnímu stolu na pokoj. Nausea již ustupovala. Díky pohybu se začala obnovovat střevní pasáž, větry zatím neodcházely. Intravenózní vstup nejevil známky infekce, hodnocení dle Maddona bylo 0. V noci klientka spala, protože byla z celého dne a pocitu na zvracení unavená, na noc jí bylo aplikováno analgetikum.

Fyziologické funkce:

- 6:00 hodin: TK 138/92, pulz 87/min, TT 36,6 °C
- 18:00 hodin: TK 130/85, pulz 67/min, TT 36,6 °C

Medikace:

- Zibor (antikoagulancium) 2500 IU subkutánně v 14:00 hodin
- Dipidolor 15 mg 1 ampule intramuskulárně v 5:30 hodin
- Indometacin 100 mg per rectum po 12 hodinách v 10:00, 22:00 hodin
- Clindamycin 600 mg intravenózně po 8 hodinách v 8:00 hodin, 16:00 a 24:00 hodin
- Isolyte 500 ml intravenózně na 4 hodiny od 8:00 hodin
- Triplixam 5 mg 1 tbl per os ráno

Ordinace:

- TK, pulz, TT 2krát denně.
- Intravenózní vstup ponechat.
- Močový katetr ex po obědě, drén ex.
- Dieta č.0.

2. pooperační den

Ráno po probuzení měla klientka dobrou náladu, protože jí už nebylo špatně a v noci se vyspala. Byly jí změřeny fyziologické funkce. Větry jí začaly odcházet jen pozvolna, měla vzednuté citlivé břicho, dle ordinace lékaře jí byla zavedena do konečníku rektální rourka. Poté se jí ulevilo a větry již v průběhu dne odcházely samy. Močila bez obtíží, přes den se snažila přecházet po pokoji. Nekrvácela, operační rána byla klidná, asepticky krytá. Pokračovalo se dál v medikacích antikoagulancií až do 8. pooperačního dne, antibiotika byla ještě podávána intravenózní formou, kanyla byla funkční, bez známek infekce. Analgetika na bolest byla klientce podána dopoledne a na noc. Dietu pro tento den měla číslo 1, tzn. kašovitá, k snídani

dostala jogurt a piškoty, k obědu vývar, bramborovou kaši s mletým masem a k večeři přesnídávku a piškoty. Tekutiny přijímala ve formě čaje, vody, fenyklového čaje na podporu odchodu větrů. Byla také poučena o nutnosti přidršet si operační ránu při odkašlávání a vstávání z lůžka.

Fyziologické funkce:

- 6:00 hodin: TK 135/90, pulz 82/min, TT 36,6 °C
- 18:00 hodin: TK 132/85, puls 67/min, TT 36,6 °C

Medikace:

- Zibor 2500 IU subkutánně v 14:00 hodin
- Indometacin 100 mg per rectum po 12 hodinách v 10:00, 22:00 hodin
- Clindamycin 600 mg intravenózně po 8hodinách v 8:00 hodin, 16:00 a 24:00 hodin
- Triplixam 5 mg 1 tbl per os ráno

Ordinace:

- TK, puls, TT 2krát denně.
- Dieta č.1.

3. - 8. pooperační den (vybrány pouze zásadní informace v péči o klientku)

Klientka byla již samostatná v hygieně, vyprazdňování, jídle i oblékání, cítila se každým dnem lépe. Měla radost, že zvládla narkózu, operaci a že celkem dobře zvládá pooperační průběh. Začala si dělat starosti, jaký bude další postup léčby, co ji ještě čeká. Tento problém jí vyvolal poruchu usínání. Lékař jí sdělil, že musí být ještě dodatečně provedeno CT vyšetření břicha, objednána byla na 7. pooperační den. Den před vyšetřením byla provedena příprava střev, kdy se klientka večer a ráno vyprazdňovala. 6. pooperační den večer jí byl zaveden intravenózní vstup pro podání analgetika pro bolestivost břicha po vyprazdňování a v rámci přípravy před vyšetřením, 7.den proběhlo vyšetření CT. Při vyšetření došlo k náhlým křečím po podání kontrastní látky, bylo dokončeno pouze CT bez kontrastu s nálezem suspektních koagul v malé pánvi, bylo doporučeno provést UZ vyšetření malé pánve s výsledkem malého výpotku v pánvi. Na oddělení poté klientka zvracela, měla hypertenzi, byla jí podána infuze s antiemetikem. Poté se jí ulevilo, krevní tlak se stabilizoval. Dietu měla klientka 3. pooperační den č. 2 – šetřící, 4. den racionální č. 3, 6. den před vyšetřením CT lačnila a další dny měla opět racionální dietu č. 3. Od 3. dne jí bylo vysazeno intravenózní podávání antibiotik, ordinace byla změněna na perorální podání až do 8. pooperačního dne, což byl den propuštění. 3. den byla také poprvé na stolici, ale až večer po podání glycerinového čípku do konečníku. Na bolest požadovala klientka ještě 3. pooperační den analgetikum. Poté až do konce hospitalizace analgetika nevyžadovala. Operační rána se hojila per primam, laparotomie byla klidná, bez známek zánětu, speciální krytí odstraněno 8. den, kdy byly také odebrány všechny stehy, sutura klidná, drží, okolí s mírným

povrchovým hematomem. V den propuštění, tedy 8. pooperační den absolvovala onkologické konzilium, kde jí byla doporučena konzultace na vyšším pracovišti ke zvážení adjuvantní radioterapie. Také jí bylo gynekologem provedeno kontrolní vaginální vyšetření, poševní pahýl byl zhojen, klientka byla před propuštěním edukována lékařem i sestrou.

Fyziologické funkce:

- TK 142/92 mmHg, pulz 85/minutu po CT vyšetření
- TK 138/89 mmHg, pulz 75/minutu další přeměření za 1 hodinu po CT vyšetření

Medikace:

- Zibor (antikoagulancium) 3500 IU subkutánně v 14:00 hodin
 - 5 % Glukózy 500 ml + Degan 1 ampule po vyšetření CT
 - Dalacin 300 mg (antibiotikum) po 8 hodinách per os v 8:00, 16:00, 24:00 hodin
 - Indometacin 100 mg per rectum při VAS nad 3
 - Suppositoria glycerini per rectum
 - Novalgin 1 ampule do 100 ml fyziologického roztoku intravenózně ve 22:00 hodin
6. pooperační den

Ordinace:

- TK, puls, TT 2krát denně.
- CT vyšetření s kontrastem 7. pooperační den, příprava, intravenózní vstup
- UZ
- Onkologické konzilium

8.2.4 Posouzení současného stavu potřeb klientky

Diagnostická doména č. 1 – Podpora zdraví

Klientka hodnotí svůj zdravotní stav jako zhoršený, vzhledem k nutnosti podstoupení operace. O svoje zdraví pečuje, nekouří, alkohol nepije, vzhledem ke své nadváze se snaží se dodržovat zdravou výživu, dodržuje lékařská doporučení, snaží se mít dostatek pohybu, chodí na procházky, jezdí na kole. Na gynekologické prohlídky chodí pravidelně jedenkrát ročně, pravidelně navštěvuje stomatologa a praktického lékaře. Ráda by chtěla žít plnohodnotný život i po operaci.

Diagnostická doména č. 2 – Výživa

Klientka má nadváhu, doma se snaží jíst méně tučná jídla, dostatek ovoce, zeleniny, vyhýbá se sladkostem. Chuť k jídlu má normální, stravu přijímá 5-6x denně rozdělenou do menších porcí, tekutiny přijímá průběžně po celý den, cca 2 – 2,5 litrů za den ve formě čajů, vody minerálek. Kávu pije jedenkrát denně. Pocit žízně nemá, poruchy polykání neudává, nají se sama, má dolní zubní protézu. Za hospitalizace má dietní omezení způsobené lačněním před operací a následnou realimentací a CT vyšetřením.

Diagnostická doména č. 3 – Vylučování a výměna

Klientka měla do 1. pooperačního dne zaveden permanentní močový katetr CH 14, poté sama již spontánně močí bez obtíží, moč je čirá. Na stolici chodí nepravidelně vzhledem k dietnímu omezení a vyšetření, barva i konzistence stolice je fyziologická, bez příměsí. Po operaci se vyprázdnila 3. den večer po podání glycerinového čípku, poté již normálně. Pocení klientky bylo po vyšetření CT. Téměř do 2. pooperačního dne měla nauzeu, ale nezvracela. Zvracení se objevilo po podání kontrastní látky po CT vyšetření.

Diagnostická doména č. 4 – Aktivita / odpočinek

Klientka jezdí na kole, chodí na procházky. Po operaci je unavená vlivem nauzey, pak se stav již zlepšil, snaží se o časnou mobilizaci po operaci od nultého dne. V noci doma spí po celou noc, po probuzení se cítí odpočatá, léky na spaní neužívá. Ráda si před spaním čte knihu. Po operaci má potíže s usínáním vlivem neznalosti dalšího postupu.

Diagnostická doména č. 5 – Percepce / kognice

Klientka má zhoršený zrak, nosí brýle na blízko. Se sluchem, čichem potíže nemá, rozumí mluvené i psané řeči, správně artikuluje. Paměť má neporušenou, je orientovaná časem, místem, osobou, udržuje oční kontakt, odpovídá adekvátně na otázky.

Diagnostická doména č. 6 – Sebepercepce

Klientka se hodnotí celkem jako optimistka, ráda by vše dobře zvládla i přes tuto diagnózu. V tuto chvíli není spokojená se svým stavem, má strach co bude, strach z dalšího vyšetření a zda ji bude přítel podporovat i nadále, když je po operaci „odstranění dělohy“. Tím, že jí je podáván dostatek informací, zvládá strach a stres lépe. Má obavu z pojetí sama sebe po odstranění dělohy.

Diagnostická doména č. 7 – Vztahy mezi rolemi

Klientka bydlí s přítelem v bytě, je rozvedená, se svými dětmi se stýká a má s nimi dobré vztahy. Pracuje jako lisařka, s kolegy v práci vychází celkem dobře, s bývalým manželem se nestýká. Děti o ni jeví zájem, navštěvují se i s vnoučaty. Po propuštění se o ni bude starat přítel, dcery. Klientka je přátelská, empatická.

Diagnostická doména č. 8 – Sexualita

Menstruační cyklus byl pravidelný, třikrát spontánně rodila, dvakrát prodělala umělé ukončení těhotenství, jedenkrát spontánně potratila, menopauzu měla od 53 let. S přítelem žije spokojený intimní život, co bude teď po operaci, ale neví. Nechce o tom zatím mluvit, ani přemýšlet.

Diagnostická doména č. 9 – Zvládání zátěže, tolerance stresu

Klientka se chová asertivně, pocítuje vnitřní napětí, stres z operace a vyšetření, onkologického konzilia. Situaci se snaží řešit sama se sebou, s podporou přítele a dcer, ocení i informace a pomoc od zdravotníků. Ráda čte, což jí pomáhá zmírnit stres a přijít na jiné myšlenky.

Diagnostická doména č. 10 – Životní principy

Klientka je ateistka, mezi své hodnoty řadí zdraví, rodinu, přátele, vnoučata. Chtěla by toho s nimi ještě hodně prožít.

Diagnostická doména č. 11 – Bezpečnost / ochrana

Klientka má alergii na antibiotika (Penicilin), vyskytla se u ní alergická reakce na kontrastní látku při CT vyšetření. U klientky je zvýšené riziko infekce z důvodu zavedení permanentního močového katetru, intravenózního vstupu, drénu a operační rány. Rána se hojí per primam. Po operaci trpěla nauzeou, závratě neměla, pouze při prvním vstávání po operaci jí hučelo v uších, měla mžítka před očima, ale neomdlela. Riziko pádu je u klientky vlivem doznívání anestezie, opiátů a oslabení po operaci.

Diagnostická doména č. 12 – Komfort

U klientky se objevila nauzea do 1. pooperačního dne a zvracení 7. den po operaci při podání kontrastní látky při CT vyšetření. Klientka udává bolest operační rány nultý a první pooperační den, která je minimální, analgetika jí byly podány 3. pooperační den a pak 6. den po vyprazdňování v rámci přípravy na vyšetření. Klientka je velmi ráda, když za ní může na návštěvu přijít přítel, dcery s vnoučaty, alespoň na chvíli přestane myslet, co bude dál.

Diagnostická doména č. 13 – Růst / vývoj

Růst a vývoj jsou u klientky v normě.

Zvažované ošetřovatelské diagnózy

00132 Akutní bolest
00148 Strach
00198 Narušený vzorec spánku
00044 Narušená integrita tkáně
00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku
00108 Deficit sebepěče při koupání
00214 Zhoršený komfort
00118 Narušený obraz těla
00004 Riziko infekce
00015 Riziko zácpy
00155 Riziko pádů
00161 Snaha zlepšit znalosti

8.2.5 Stanovené ošetrovatelské diagnózy a plán péče

Veškeré diagnózy a plán péče této kazuistiky jsou totožné s přechozí kazuistikou č. 1. Uvádím zde navíc aktuální ošetrovatelskou diagnózu, která u klientky vznikla po operaci.

Aktuální ošetrovatelská diagnóza – Nauzea 00134

Doména: č. 12 – Komfort

Třída: č. 1 – Tělesný komfort

Definice: Subjektivní nepříjemný a vlnovitý pocit v zadní části hrdla a žaludku, který může nebo nemusí mít za následek zvracení.

Určující znaky: zvýšená salivace, nauzea.

Související faktory: biochemická dysfunkce, léčba, strach.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka je poučena o možnosti vzniku nauzey po operaci.
- Klientka zná způsoby jak zmírnit nauzeu.
- Klientka nemá pocit nauzey po operaci.

Intervence:

- Sestra se snaží ovlivnit nauzeu klientky psychologicky, provádí s ní soustředění se, pravidelné hluboké dýchání, odvádí pozornost poslechem hudby v radiu, sledováním televize, rozhovorem.
- Sestra informuje lékaře o nauzeu klientky, provede zápis do dokumentace.
- Sestra podá léky zamezující nevolnost, zhodnotí jejich účinek po podání, vysvětlí klientce účinky antiemetik.
- Sestra podá tekutiny klientce nejdříve za dvě hodiny po operaci, nejprve po lžičkách, poté po malých doušcích, sleduje příjem tekutin.
- Sestra ponechá klientce v její blízkosti emetní misku, buničinu.
- Sestra omyje klientce obličej čistou vodou nebo přiloží studený obklad na čelo.
- Sestra umožní klientce vypláchnout si ústa.
- Sestra informuje klientku, aby jídlo a pití konzumovala v malých dávkách, s krátkou pauzou

Realizace:

- Klientce byly podávány infuze s antiemetiky, připravila jsem jí emetní misku a buničinu na noční stolek pro případné zvracení. Podávala jsem vlažný čaj po lžičkách, později po doušcích. 7. pooperační den po CT vyšetření jsem jí podala infuzi

s antiemetiky pro zvracení po podání kontrastní látky. Pustila jsem jí televizi, aby se odreagovala od nepříjemného pocitu.

Hodnocení:

- Klientka trpěla nevolností celý 1. pooperační den, od druhého dne jí bylo lépe. Byly jí podávány infuze s antiemetikem. 7. pooperační den po CT vyšetření klientka zvracela, po příslušné léčbě se zvracení již neopakovalo, problém odezněl.

8.3 Kazuistika č. 3

Klientka F. L., 56 let, přijata 9. 1. 2018 na gynekologické oddělení k plánované operaci Hysterectomy abdominalis cum adnexectomy bilateralis. Před měsícem byla poslána obvodním gynekologem na provedení malého diagnostického výkonu kyretáže pro krvácení v koagulech více jak 10 dní, 10 vložek za den. Z kyretáže byl zaslán vzorek sliznice děložní na histologické vyšetření s výsledkem dobře diferencovaného karcinomu endometria, grading 1.

8.3.1 Anamnéza

- **Osobní anamnéza** – kuřačka 5 cigaret za den, alkohol příležitostně, hypothyreosis, gonarthrosis, hyperurikémie, varixy DK.
Operace, úrazy – 2016 – endoprotéza levého kolene, 2017 kyretáž a cholecystektomie, úrazy neměla.
- **Rodinná anamnéza** – bezvýznamná.
- **Sociální a pracovní anamnéza** – vdaná, žije s rodinou v domku, je vyučená, pracuje jako kuchařka.
- **Alergologická anamnéza** – neudává.
- **Gynekologická anamnéza** – pravidelné menstruační cykly od 14 let, od léta nepravidelné, dvakrát spontánně rodila, dvakrát prodělala spontánní potrat, jedenkrát prodělala umělé ukončení těhotenství, asi před měsícem krvácela v koagulech, byla jí provedena kyretáž s histologickým výsledkem maligního nádoru těla dělohy. Na prevenci chodila nepravidelně.
- **Farmakologická anamnéza** – Furon 40 mg (diuretikum) 1 tbl ráno, Letrox 50 mg (hormon) 1 tbl ráno, Purinol 100 mg (antirheumatikum) 2 tablety v poledne.
- **Nynější onemocnění** – přichází k plánované operaci abdominální hysterektomie s oboustrannou adnexektomií pro maligní nádor těla děložního, nyní slabě krvácí, bolesti nemá, jinak bez obtíží.

8.3.2 Vyšetření sestrou při příjmu

- **Celkový vzhled, úprava** – klientka je upravená, obézní, měří 167 cm, váží 120 kg, BMI: 43,03 těžká obezita.
- **Fyziologické funkce** – klientka je při vědomí, orientovaná časem, místem, osobou, GCS je hodnoceno všemi patnácti body, puls má pravidelný, hmatný, 80 tepů za minutu, normokardie, TK má 127/89 mmHg, dýchání pravidelné, sklípkové, frekvence 18 dechů za minutu, eupnoe, TT 36,8 °C, SpO2 98 %.

- **Fyzikální vyšetření** – poloha aktivní, chůze kolébavá, bez pomůcek, postoj vzpřímený, schopnost úchopu dobrá, páteř bez skoliózy; hlava – zornice izokorické, reagují, uši a nos bez výtoku, sliznice vlhké, růžové, bez defektů, chrup má vlastní; krk, hrudník bez patologie; na základě vyšetření zjištěných lékařem je břicho měkké, hůře prohmatné pro obezitu, peristaltika přítomna; HK – bez patologií, DK – jizva po endoprotéze levého kolene, varixy obou DK, pulzace ano; kůže – bez poškození, jizva po cholecystektomii; řeč: ráčkuje, nosí brýle.
- **Použité měřicí škály:**
 - GCS 15 bodů, při vědomí.
 - Barthelův test základních všedních činností 100 bodů, nezávislá klientka.
 - Hodnocení rizikových faktorů pro vznik dekubitů dle Nortonové 31 bodů, bez rizika.
 - Hodnocení rizika vzniku pádu dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 - 3 body, bez rizika pádu.
 - Nutriční screening 2 body, není potřeba intervence.
 - Úroveň soběstačnosti dle Gordonové – najíst se 0, umýt se 0, obléci se 0, pohybovat se 1, nezávislá pacientka.
- **Vyšetřovací metody** – před operací
 - EKG – akce srdeční pravidelná, nejsou známky ischemie.
 - RTG plic a srdce – v normě, přiměřený nález.
 - Sonografické vyšetření – gynekologický UZ s nálezem anisoechogenního obsahu v dutině děložní.
 - Laboratorní vyšetření krve a moče – v krevním obrazu snížené množství hemoglobinu 117 g/l, anesteziologem doporučeno k výkonu připravit 2 krevní konzervy erymasy, mírná elevace thyreostimulačního hormonu, ostatní vyšetření v normě.

8.3.3 Průběh hospitalizace

Den před operací

Klientka byla přijata ráno na gynekologické oddělení. Po provedení příjmového rozhovoru, vstupního vyšetření lékařem, podepsání informovaného souhlasu s hospitalizací a s operací byla dále edukována sestrou o chodu oddělení, předoperační přípravě a pooperačním režimu. Byly jí změřeny fyziologické funkce. Bylo zajištěno anesteziologické konzilium, podepsán souhlas s anestezií, vydáno doporučení anesteziologem. Klientka byla oholena, proběhla příprava operačního pole, navečer bylo podáno očistné klyzma, byla znovu poučena o nutnosti

lačnění od 24 hodin, večer jí byla aplikována antikoagulancia subkutánně jako prevence TEN a na noc byla podána premedikace.

Fyziologické funkce:

- TK 127/89 mmHg, pulz 80/minutu, TT 36,8 °C, SpO2 98 %

Medikace:

- Clexane 0,4 ml (antikoagulancium) subkutánně v 20:00 hodin
- Zolpidem Mylan (hypnotikum) 10 mg 1bl perorálně v 21:00 hodin

Ordinace:

- příprava k operaci, premedikace

0. den – operační den

Ráno před operací byly klientce změřeny fyziologické funkce. Poté byla provedena hygiena ve sprše, navlečeny elastické punčochy, zkontrolováno odstranění šperků, osobního prádla, upraveno lůžko, podána ranní medikace dle anesteziologa. Klientce byl aseptickým způsobem zaveden permanentní močový katetr napojený na sběrný systém. Na příkaz anesteziologické sestry z operačního sálu jí byla podána premedikace. Klientka byla převezena na operační sál. Poté byla žena na operačním sále probuzena a převezena na dospávací pokoj k dalšímu intenzivnímu sledování fyziologických funkcí, krvácení a bolesti. Rezervované transfuzní vaky s erymasou nebyly podány. Po dvou hodinách byla žena převezena na gynekologické oddělení k dalšímu sledování pooperačního průběhu. Klientka měla zaveden v levé HK intravenózní vstup, do kterého jí byla podána antibiotika. Na oddělení byly nadále monitorovány vitální funkce, byly zapisovány do akutní karty. Všechny naměřené hodnoty byly stabilizovány. Klientce byly podávány infuzní roztoky, byla sledována diuréza, permanentní katetr odváděl čistou moč, diuréza do druhého dne do 5:00 hodin byla 2800 ml. Sledovalo se krvácení z rodidel, pouze slabě špinila a odchod sekretu ze zavedeného drénu, drén odvedl do druhého dne celkem 500 ml serosangvinolentní tekutiny. Operační rána byla klidná, sterilně krytá, bez známek krvácení. Klientka pospávala, průběžně byl její pooperační stav kontrolován lékařem. Bolest byla tlumena opioidy při VAS nad 5 v kombinaci s analgetiky při VAS nad 3 per rectum. V antibioticích se pokračovalo v intravenózním podání. V odpoledních hodinách mohl být ženě podán čaj po lžičkách a poté si popíjela sama po malých doušcích, dieta tento den byla 0/S tekutá. Zpočátku žena ležela na zádech, potom se začala dle svých možností otáčet z boku na bok, aby se jí ráno lépe vstávalo. V noci pospávala.

Fyziologické funkce:

- TK 128/80 mmHg, puls 80/min, TT 36,6 °C, SpO2 97 % v 6:00 hodin

Medikace:

- Letrox 50 mg 1 tbl perorálně v 6:00 hodin
- Dormicum 7,5 mg 1 tbl perorálně na příkaz, v 7:45 hodin
- Clexane 0,4 ml subkutánně v 20:00 hodin
- Cefazolin 1 g (antibiotikum) intravenózně, peroperačně a dále po 8 hodinách v 11:00, 19:00, 03:00 hodin
- Isolyte 500 ml (infuzní roztok) po čtyřech hodinách 1-0-1-0 po 4 hodinách
- 5 % Glukóza 500 ml intravenózně (infuzní roztok) 0-1-0-1 po 4 hodinách
- Dipidolor 15 mg 1 ampule intramuskulárně po 6 hodinách při VAS nad 5 v 16:00, 23:00 hodin
- Indometacin 100 mg suppositorium per rectum maximálně za 12 hodin v 18:00 hodin

Ordinace:

- TK, puls, SpO2 dvě hodiny po 30 minutách a poté po 2 hodinách, TT 2krát denně
- Diuréza.
- Krytí operační rány.
- Dieta 0/ S.
- Klidový režim.
- Zítří ráno krevní obraz.

1. pooperační den

Klientka byla při vědomí, orientovaná, klidná, spolupracovala při prvním vstávání z lůžka. V 6:00 hodin byly změřeny fyziologické funkce, žena byla odpojena od monitoru, byla slita moč ze sběrného sáčku, celkové množství moči za 24 hodin bylo 2800 ml, byly svlečeny elastické punčochy. Žena se postupně otáčela se na bok, posadila se na lůžku, DK dolů z lůžka, postavila se, mírně se jí točila hlava, ale došla v doprovodu sestry až do sprchy. Byla provedena celková hygiena, hygiena dutiny ústní, převlečena čistá košile a poté byla žena uložena zpět do čistě převlečeného lůžka. První vstávání proběhlo bez obtíží. Poté byla provedena kontrola operační rány, krvácení, funkčnost drénu a močového katetru a byla jí dle ordinace odebrána krev na vyšetření krevního obrazu. Protože jí po vstávání začala pobolívat operační rána, bolest udávala na stupnici VAS 5-6, byl jí aplikován intramuskulárně opioid. Do vizity žena ještě odpočívala, pospávala. V 7:30 hodin proběhla vizita lékaře, který zkontroloval pooperační stav ženy, sdělil jí informace o průběhu a rozsahu operace, stanovil ordinace. Intravenózní vstup ponechat pro podávání antibiotik, infuzní léčbu ukončit, drén odstranit dle přibývání obsahu, ev. večer, ponechat bandáže DK. Opioidy byly vysazeny, ponechána byla pouze analgetika per rectum. Ráno byly podány medikace, nově byla nasazena antianaemika 1 tbl ráno a večer vzhledem k výsledku hemoglobinu 103 g/l. Transfuze podány nebyly. Dietu měla 0, popíjela si čaj, k obědu měla vývar a k večeři přesnídávku. Po obědě byl odstraněn močový katetr, žena se poprvé vymočila do pěti hodin po extrakci. Močení bylo nadále bez problémů. Vzhledem k tomu, že zavedený drén již neodváděl téměř žádný sekret, byl dle ordinace lékaře večer

extrahován. Místo po extrakci drénu bylo sterilně kryto. Fyziologické funkce byly po celý den v normě, zvýšenou teplotu klientka neměla. Operační rána přes sterilní krytí mírně prosakovala, proto bylo aseptickým způsobem obnoveno sterilní krytí a provedena kontrola operační rány. Žena se snažila přes den posazovat na lůžku a přejít si kolem lůžka a k jídelnímu stolu na pokoji. Díky tomu se začala obnovovat střevní pasáž, větry zatím ale neodcházely. Večer jí pobolívala operační rána, byla jí podána analgetika per rectum. V noci pospávala, stále se převalovala na lůžku.

Fyziologické funkce:

- TK 123/70 mmHg, puls 80/min, TT 36,8 °C v 6:00 hodin
- TK 127/72 mmHg, puls 75/min, TT 36,9 °C v 18:00 hodin

Medikace:

- Letrox 50 mg 1 tbl perorálně v 6:00 hodin
- Furon 40 mg 1 tbl perorálně v 7:00 hodin
- Ferretab Compositum 1 tbl perorálně ráno a večer
- Clexane 0,4 ml subkutánně v 20:00 hodin
- Cefazolin 1 g (antibiotikum) intravenózně, peroperačně a dále po 8 hodinách v 11:00, 19:00, 03:00 hodin
- Dipidolor 15 mg 1 ampule intramuskulárně po 6 hodinách při VAS nad 5 v 05:30 hodin
- Indometacin 100 mg suppositorium per rectum maximálně za 12 hodin v 20:00 hodin

Ordinace:

- TK, puls, TT 2krát denně.
- Intravenózní vstup ponechat.
- Bandáže DK ponechat.
- Močový katetr ex po 13. hodině, drén ex večer.
- Dieta č.0.
- Převaz operační rány dle potřeby.

2. pooperační den

Ráno po probuzení klientka nebyla odpočatá, byly jí změřeny fyziologické funkce, pobolívalo ji břicho (VAS 3-4). Pasáž byla přítomna, větry začínaly odcházet, močila bez obtíží, přes den se snažila přecházet po pokoji. Nekrvácela, operační rána byla klidná, hojila se per primam, byl proveden asepticky převaz, sterilní krytí. Pokračovalo se dál v medikacích antikoagulancií až do 10. pooperačního dne vzhledem k anamnéze klientky. Došlo ke změně antibiotik na perorální podání, byl odstraněn intravenózní vstup, bez známek infekce. Dietu měla pro tento den číslo 1, kašovitou, k snídani dostala jogurt a piškoty, k obědu vývar, bramborovou kaši a dušenou mrkev a k večeři přesnídávku a piškoty. Tekutiny přijímala ve formě čaje, vody, fenyklového čaje na podporu odchodu větrů. Byla také poučena o nutnosti přidržet si operační ránu při odkašlávání a vstávání z lůžka, větrat ji a udržovat v suchu. V noci celkem spala.

Fyziologické funkce:

- TK 120/72 mmHg, puls 74/min, TT 36,5 °C v 6:00 hodin
- TK 125/70 mmHg, puls 75/min, TT 36,9 °C v 18:00 hodin

Medikace:

- Letrox 50 mg 1 tbl perorálně v 6:00 hodin
- Furon 40 mg 1 tbl perorálně v 7:00 hodin
- Ferretab Compositum 1 tbl perorálně ráno a večer
- Clexane 0,4 ml subkutánně v 20:00 hodin
- Zinnat 500 mg (antibiotikum) 1 tbl per os po 12 hodinách v 10:00 a 22:00 hodin
- Indometacin 100 mg suppositorium per rectum maximálně za 12 hodin v 08:00 hodin

Ordinace:

- TK, puls, TT 2krát denně.
- Intravenózní vstup ex.
- Bandáže DK ponechat.
- Dieta č.1.
- Převaz operační rány dle potřeby.

3. - 12. pooperační den (vybrány pouze zásadní informace v péči o klientku)

Klientka byla již samostatná v hygieně, vyprazdňování, jídle i oblékání, cítila se lépe. Měla radost, že zvládla narkózu, operaci a že celkem dobře zvládá pooperační průběh. 3. den po operaci byla na stoličce po podání glycerinového čípku do konečníku. Fyziologické funkce byly měřeny již jen dvakrát denně až do dimise. Na bolest požadovala klientka analgetika ještě 3. den a pak 5. den, kdy se připravovala na CT vyšetření. Vyšetření bylo provedeno postoperačně 6. den, s výsledkem malého množství volného plynu pod přední břišní stěnou, suspektní reziduum po operaci, skelet bez metastatického postižení. Operační rána od 6. dne po operaci byla mírně zarudlá, sutura byla klidná a nekrvácela. 8. den došlo k minimální serózní sekreci v jedné třetině laparotomie, 9. den byly stehy odebrány ob 1 steh, z horní poloviny odcházela serózní sekrece, byla provedena toaleta rány, odebrána kultivace z operační rány (negativní), odebrána krev na krevní obraz a C-reaktivní protein (CRP), 10. den je sutura lehce zarudlá, odtéká jen spora serózní sekrece, klientka je bez zvýšené teploty, výsledky odběrů krve byly v normě, CRP 5 mg/l, leukocyty $7,1 \times 10^9/l$. 12. den je sutura již bez zarudnutí, sporá serózní sekrece, byly odstraněny všechny stehy, ve středním pólu se vyskytla dehiscence, provedena toaleta rány, provizorní sutura dvěma stehy, aseptický převaz, sterilní krytí. Tento 12. den také byla klientka vaginálně vyšetřena, poševní pahýl byl zhojen, malá pánev bez hmatné rezistence. Klientka měla onkologické konzilium, byla informována o výsledku histologie a nutnosti opakovat onkologické konzilium za 14 dní po zhojení rány formou ambulantní návštěvy. Klientka byla po řádné edukaci lékařem i sestrou propuštěna do domácího ošetřování s tím, že bude chodit denně na převazy. Byly jí nasazeny preventivně další antibiotika. Rána se postupně hojila per sekundam.

Fyziologické funkce:

- 6:00 hodin: TK 125/74 mmHg, pulz 76/min, TT 36,6 °C
- 18:00 hodin: TK 130/76 mmHg, puls 77/min, TT 36,9 °C

Medikace:

- Letrox 50 mg 1 tbl perorálně v 6:00 hodin
- Furon 40 mg 1 tbl perorálně v 7:00 hodin
- Ferretab Compositum 1 tbl perorálně ráno a večer
- Clexane 0,4 ml subkutánně v 20:00 hodin
- Zinnat 500 mg (antibiotikum) 1 tbl per os po 12 hodinách v 10:00 a 22:00 hodin
- Suppositorium glycerini per rectum
- Indometacin 100 mg suppositorium per rectum maximálně za 12 hodin v 18:00 hodin
- Doxybene 100 mg 1 tbl per os ráno a večer

Ordinace:

- TK, puls, TT 2krát denně.
- CT vyšetření s kontrastem 6. pooperační den, příprava, intravenózní vstup.
- Převaz operační rány.
- Odebrat stěr z operační rány na kultivaci a citlivost, odběr krve na krevní obraz, CRP
- Stehy ex ob steh 9. den, 12. den všechny.
- Onkologické konzilium.

8.3.4 Posouzení současného stavu potřeb klientky

Diagnostická doména č. 1 – Podpora zdraví

Klientka hodnotí svůj zdravotní stav jako zhoršený vzhledem k nutnosti podstoupení operace a ke špatnému hojení operační rány. O svoje zdraví pečuje nepřiměřeně, kouří, alkohol pije příležitostně, snaží se ale dodržovat lékařská doporučení. Na gynekologické prohlídky chodí nepravidelně, stomatologa a praktického lékaře navštěvuje. Chtěla by se co nejdříve uzdravit.

Diagnostická doména č. 2 – Výživa

Klientka je obézní postavy, doma se snaží jíst dostatek ovoce, zeleniny. Chuť k jídlu má normální, stravu přijímá 6x denně, tekutiny přijímá průběžně po celý den, cca 2 litry za den ve formě čajů, vody minerálek. Kávu pije ráda. Pocit žízně nemá, poruchy polykání neudává, nají se sama, chrup má svůj kompletní. Za hospitalizace má dietní omezení způsobené lačněním před operací a následnou realimentací a vyšetřením CT.

Diagnostická doména č. 3 – Vylučování a výměna

Klientka měla do 1. pooperačního dne zaveden permanentní močový katetr CH 16, poté sama již spontánně močí bez obtíží, moč je čirá. Na stolici chodí pravidelně každý den, barva i konzistence stolice je fyziologická, bez příměsí. Po operaci se vyprázdnila 3. den po podání glycerinového čípku, poté již normálně. Pocení klientky je přiměřené. Nezvrací.

Diagnostická doména č. 4 – Aktivita / odpočinek

Klientka doma aktivně necvičí, pouze chodí na procházky. Po operaci se cítila 1. den unavená, pak se stav již zlepšil, snaží se o časnou mobilizaci po operaci od nultého dne. V noci doma spí po celou noc, po probuzení se cítí odpočatá, léky na spaní neužívá. Ráda se před usnutím dívá na televizi. Po operaci má potíže s usínáním vzhledem k bolestivosti operační rány a obav z dalšího vyšetření, postupu a léčby.

Diagnostická doména č. 5 – Percepce / kognice

Klientka má zhoršený zrak, nosí brýle na dálku. Se sluchem, čichem potíže nemá, rozumí mluvené i psané řeči, ráčkuje. Paměť má neporušenou, je orientovaná časem, místem, osobou, udržuje oční kontakt, odpovídá adekvátně na otázky.

Diagnostická doména č. 6 – Sebepercepce

Klientka se hodnotí z části jako optimistka, ale i jako pesimistka, snaží se vše dobře zvládnout, cítí se být nespokojená vzhledem k dané situaci. Tím, že jí je podáván dostatek informací, zvládá strach a stres lépe. Má obavu z pojetí sama sebe po odstranění dělohy a ze zhojení operační rány.

Diagnostická doména č. 7 – Vztahy mezi rolemi

Klientka bydlí s rodinou v domku. Je vdaná, pracuje jako kuchařka, její nejvyšší dosažené vzdělání je vyučení. S kolegy v práci vychází dobře, s rodinou také. Rodina o ni má zájem, pomáhají si. Po propuštění se o ni bude starat manžel a děti. Klientka je přátelská, nevyvolává žádné konflikty.

Diagnostická doména č. 8 – Sexualita

Menstruační cyklus byl pravidelný, dvakrát spontánně rodila, dvakrát spontánně potratila, a jednou prodělala umělé ukončení těhotenství, menopauzu zatím nemá, od léta nepravidelně krvácí. Sexuální obtíže neudává, nechce se o tom vyjadřovat.

Diagnostická doména č. 9 – Zvládání zátěže, tolerance

Klientka se chová asertivně, pociťuje vnitřní napětí, stres z operace a co bude po operaci. Situaci se snaží řešit s podporou rodiny a ocení i informace a pomoc od zdravotníků. Ráda čte, což jí pomáhá zmírnit stres a přijít na jiné myšlenky.

Diagnostická doména č. 10 – Životní principy

Klientka je ateistka. Na nejvyšší příčce svých hodnot řadí zdraví své i zdraví rodiny, dále rodinu a přátele. Věří, že se brzy uzdraví, a že všechno dobře zvládne, i když to pro ni bude těžké.

Diagnostická doména č. 11 – Bezpečnost / ochrana

Klientka žádnou alergii neudává. Je u ní zvýšené riziko infekce z důvodu zavedení permanentního močového katetru, intravenózního vstupu, drénu a operační rány. Rána se hojí per sekundam. Závratě nemá. Riziko pádu je u klientky vlivem doznívání anestezie, opiátů, vyšetření a oslabení po operaci.

Diagnostická doména č. 12 – Komfort

Nauzea ani zvracení se u klientky po operaci neobjevily. Klientka udává bolest operační rány a podbřišku až do 3. pooperačního dne, je mírněna opiáty a analgetiky. Dále se bolest vyskytla 5. pooperační den z důvodu přípravy k CT vyšetření. Poté je bolest již mírná. Má radost z návštěv rodiny, přátelského prostředí a personálu oddělení.

Diagnostická doména č. 13 – Růst / vývoj

Růst a vývoj u klientky je v normě.

Zvažované ošetřovatelské diagnózy

00132 Akutní bolest
00148 Strach
00198 Narušený vzorec spánku
00044 Narušená integrita tkáně
00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku
00108 Deficit sebepéče při koupání
00214 Zhoršený komfort
00118 Narušený obraz těla
00004 Riziko infekce
00015 Riziko zácpy
00155 Riziko pádů
00161 Snaha zlepšit znalosti

8.3.5 Stanovené ošetřovatelské diagnózy a plán péče

Veškeré diagnózy a plán péče této kazuistiky jsou totožné s přechozí kazuistikou č. 1. Uvádím zde navíc aktuální ošetřovatelskou diagnózu, která u klientky vznikla po operaci.

Aktuální ošetřovatelská diagnóza – Prodloužení pooperačního zotavení 00100

Doména: č. 11 – Bezpečnost / ochrana

Třída: č. 2 – Tělesné postižení

Definice: Prodloužení počtu pooperačních dnů potřebných k zahájení a k provádění aktivit pro zachování života, zdraví a well-being [pohody].

Určující znaky: diskomfort, narušené hojení v místě operace, narušená mobilita.

Související faktory: rozsáhlý chirurgický výkon, obezita, bolest, farmaka.

Diagnóza: přijata**Cíle:**

- Klientka zná důvody hojení operační rány per sekundam během hospitalizace.
- Klientka spolupracuje na brzkém zotavení.

Intervence:

- Sestra edukuje klientku o důvodech špatného hojení operační rány.
- Sestra edukuje klientku o preventivních opatřeních péče o ránu (hygiena rukou, udržovat ránu v suchu a čistotě, sprchovat vodou bez mýdla).
- Sestra asistuje lékaři při převazech, postupujte při nich aseptickým způsobem, vše zapisuje do dokumentace.

Realizace:

- Klientce jsem kontrolovala operační ránu, prováděla s lékařem převazy, odebrala stěr z rány. Poučila jsem klientku o větrání operační rány, sprchování vlažnou vodou bez mýdla, důkladného osušení. Asistovala jsem lékaři při odebrání stehů, opětovné sutuře rány.





Hodnocení:

- Operační rána se hojila per sekundam, klientka dodržovala všechna doporučení, chodila poté ambulantně na převazy.

9 INFORMAČNÍ MAPA PÉČE







Návrh informační mapy péče pro klientky před a po abdominální gynekologické operaci byl vypracován na základě podobnosti tří plánů ošetrovatelské péče, ošetrovatelských diagnóz a intervencí. V procesu byly určeny aktuální, potencionální a edukační diagnózy, poté stanoveny jednotlivé cíle a intervence, kterými bylo daných cílů dosaženo. Z edukačních intervencí byly poté vybrány ty, které byly společné všem 3 klientkám, a pomocí nich byla vytvořena informační mapa péče. Vytvořená informační mapa péče má podobu tabulky vypracované v programu Microsoft Office Excel 2013, je rozložena na předoperační, operační, první a druhý pooperační den. Tyto dny byly zásadní v rámci vykonávání péče o klientku. Na druhé straně tabulka vychází z nejčastějších dotazů klientek v průběhu hospitalizace. Oblasti byly jednoduše popsány, aby jim ženy porozuměly. Jednalo se o oblast předoperační přípravy, tlumení bolesti po operaci, výživy, vyprazdňování, pohybu, péče o operační ránu a invazivních vstupů, specifika po operaci. Tabulka má barevné provedení s obrázky pro lepší orientaci, větší zájem a upoutání pozornosti klientky. Skládá se ze 4 stran formátu A4.

INFORMAČNÍ MAPA PÉČE PRO KLIENTKY PŘIJATÉ K ABODMINÁLNÍ GYNEKOLOGICKÉ OPERACI

OBECNÉ INFORMACE		
	<ul style="list-style-type: none"> • Gynekologické oddělení - 1. patro, Operační sály - 1. patro, Dospávací pokoj - 2. patro • Přesuny vleže na lůžku za doprovodu sanitáře a sestry • Pobyť na dospávacím pokoji - cca 2 hodiny (intenzivní sledování životních funkcí), 1. den na pooperačním pokoji, následně na standardním pokoji • Potřebujete-li opustit oddělení, informujte sestru • Svoje léky odevzdejte sestře, budou Vám podávány dle ordinace lékaře • Pokud držíte nějakou léčebnou dietu, máte alergii na léky, náplast nebo desinfekci, nahláste tuto skutečnost sestře • V operační den nejsou návštěvy povoleny, další dny ano (v odpoledních hodinách) 	
MEDIKACE		
Den operace	<ul style="list-style-type: none"> • Žádné léky neberte s výjimkou léků podaných sestrou, léky zmírní případný strach z operace 	
1. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> • Užívejte léky podané sestrou, zapijte je doporučeným množstvím tekutiny (voda, čaj), některé léky budou podávány kanylou do žíly 	
2. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> • Pokračujte v užívání léků podaných sestrou, v případě vzniku nežádoucích účinků informujte personál 	
PREVENCE PÁDŮ		
Den operace	<ul style="list-style-type: none"> • Po podání léků před operací již nevstávejte, v případě potřeby přivolejte sestru • Nevstávejte z lůžka bez přítomnosti sestry, první vstávání bude vždy se sestrou • Pokud cítíte závrať, hučení v uších, mžítka před očima, klekněte si nebo se položte na lůžko, přivolejte sestru - doprovodí vás 	
1. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> • Dbejte opatrnosti při chůzi, používejte vhodnou obuv, dbejte opatrnosti při sprchování, v koupelně je signalizační zařízení pro přivolání sestry • S lůžkem manipuluje za použití ovládacího panelu 	
2. den po operaci		
PŘÍPRAVA		
Před operací	<ul style="list-style-type: none"> • Bude provedeno anesteziologické vyšetření, zvolen druh anestezie a podepsán souhlas s anestezii • Dostanete lehký oběd a večeři, od půlnoci nesmíte jíst, pít, kouřit • Sestra připraví operační pole, oholí genitál, podbřišek, třísla • Večer sestra změří krevní tlak, pulz, teplotu, podá roztok do konečníku pro vyprázdnění střev, po vyprázdnění se osprchujte • Ostraňte make-up, otlakujte nehty, sundejte šperky • Bude podán nízkomolekulární heparin injekčně pod kůži dle ordinace lékaře 	

1

Vytvořila: Barbora Dostálková, DiS. 2018

Den operace	<ul style="list-style-type: none"> • Ráno před operací sestra změří krevní tlak, pulz, teplotu • Osprchujte se, navlečte elastické punčochy (sestra dopomůže), spodní prádlo si již neberte • Máte-li, odstraňte si kontaktní čočky, sponky do vlasů, zubní protézu • Sestra zavede močový katetr do močového měchýře, kterým bude odtékat moč do sběrného sáčku 	
MONITORACE STAVU		
Den operace	<ul style="list-style-type: none"> • Po operaci budete napojena na monitor měřící tlak, pulz, saturaci krve kyslíkem, teplota bude měřena 3x denně • Váš zdravotní stav bude neustále sledován lékařem a sestrou 	
1. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> • Ráno budete odpojena od monitoru, proběhne první vstávání se sestrou • Krevní tlak, pulz, teplota budou měřeny 3x denně sestrou 	
2. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> • Tělesné funkce budou měřeny 2x-3x denně až do propuštění 	
PREVENCE TROMBOEMBOLICKÉ NEMOCI (TROMBÓZY)		
Den operace	<ul style="list-style-type: none"> • Sestra podá naordinované léky • Po celý den budete mít navlečeny elastické punčochy • Procvičujte malé klouby na horních a dolních končetinách (kroužení kotníky a zápěstím) 	
1. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> • Elastické punčochy budou před prvním vstáváním odstraněny (ponechány pouze z rozhodnutí lékaře) • Pohybuje se, pijte dostatečné množství tekutin, léky na ředění krve budou nadále podávány sestrou 	
2. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> • Sestra bude podávat léky na ředění krve dle ordinace lékaře 	
DIETA, STRAVOVÁNÍ		
Den operace	<ul style="list-style-type: none"> • Ráno nic nejzte, nepijte z důvodu prevence vdechnutí zvratků po operaci • Hlavní příjem tekutin zajištěn podáním infuzních roztoků kanylou, nejdříve za 2 hodiny po operaci čaj po lžičkách, pokud se cítíte dobře, následně po malých doušcích • Dieta pro tento den č. 0/S (čaj) 	
1. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> • Příjem tekutin zajištěn podáním infuzních roztoků kanylou a tím, co sama vypijete (čaj, voda, fenyklový čaj) • Dieta pro tento den č. 0 (tekutá, např. přesnídávka, jogurt, vývar) 	
2. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> • Postupné zatěžování trávicího traktu, příjem tekutin 1,5l - 2l za den • Dieta pro tento den č. 1 (kašovitá), další den č. 2 (šetřící), do konce hospitalizace č. 3 (běžná strava) • Strava donesená návštěvou musí být označena jménem a uložena do lednice pro pacienty 	

2

Vytvořila: Barbora Dostálková, DiS. 2018

VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČE A STOLICE	
Den operace	<ul style="list-style-type: none"> Sířeva by měla být vyprázdněna Bude zaveden močový katetr, kterým bude odtékat moč do sběrného sáčku
1. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> Sledujte odchod plynů (větrů), měly by začít odcházet nejpozději do 48-72 hodin, při obtížích bude zavedena úzká hadička do konečníku Tento den bude odstraněn močový katetr dle vašeho stavu, do 6 hodin po odstranění byste se měla sama vymočit, potíže hlase sestře
2. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> Větry již odcházejí, stolice prozatím ještě zpravidla ne (až od 3. dne po operaci), močení by mělo být bez obtíží Pijte dostatek tekutin, jezte kompoty, pohybujte se v rámci možností, při potížích s odchodem stolice bude zaveden čípek dle ordinace lékaře
HYGIENA	
Den operace	<ul style="list-style-type: none"> Osprchujte se ráno před operací, spodní prádlo dnes nenoste Připravte si veškeré pomůcky k hygieně na druhý den Sestra provádí výměnu hygienických vložek dle krvácení, popřípadě omyje genitál na lůžku
1. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> Ráno proveďte se sestrou první sprchování po operaci, hygienu dutiny ústní, učesejte se, oblékněte si čisté prádlo Noste příjemné bavlněné prádlo, výměna osobního, ložního prádla dle potřeby při znečištění
2. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> Dodržujte každodenní hygienu nedráždivými hygienickými prostředky, jemné mýdlo
POHYBOVÝ REŽIM	
Den operace	<ul style="list-style-type: none"> Jste na pooperačním pokoji, napojena na monitor, dodržujte klidový režim na lůžku, nevstávejte bez přítomnosti sestry, sestru přivolejte signalizačním zařízením u lůžka Zaujměte úlevovou polohu, která vám bude vyhovovat, otáčejte se z boku na bok, přidržujte si operační ránu Provádějte dechovou rehabilitaci (hluboký nádech a výdech)
1. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> Ráno proveďte první vstávání se sestrou, nejdříve se otočte na bok, poté se posadte, dolní končetiny dejte dolů z lůžka, chvíli sedte, postavte se Na toaletu Vás zpočátku doprovodí sestra Snažte se přecházet kolem lůžka, po pokoji, napomůžte tak lepšímu zotavení se po operaci
2. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> Pohybový režim přispěje Vašemu stavu, nevystavujte se zbytečné námaze, hodně odpočívejte
PÉČE O INVAZIVNÍ VSTUPY (DRÉN, KANYLA)	
Den operace	<ul style="list-style-type: none"> Kanyla do žíly bude zavedena na oddělení nebo na operačním sále do jedné z horních končetin - je to ohebná cévka, která bude fixována náplastí, rukou můžete volně pohybovat, nemáčet ji vodou, při pocitu pálení, bolesti nebo zčervenání v místě vpichu ihned informujte sestru Do kanyly budou aplikovány léky Z rány může být vyveden drén, odstraňuje krev z operační rány, je připevněn stehem proti vytažení, dbejte zvýšené opatnosti Dodržujte hygienu okolí drénu a kanyly

3

Vytvořila: Barbora Dostálková, DiS. 2018

1. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> Pokud se nevyskytnou komplikace, bude kanyla dle rozhodnutí lékaře odstraněna Drén bude odstraněn 1. nebo 2. den po operaci dle množství odváděného sekretu
2. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> Bude odstraněn steh po drénu
PÉČE O OPERAČNÍ RÁNU	
Den operace	<ul style="list-style-type: none"> Operační rána bude kryta sterilním obvazem nebo speciálním průhledným krytím (můžete se s ním sprchovat)
1. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> Udržujte okolí operační rány v čistotě, suchu, sledujte známky infekce - zarudnutí, otok, bolestivost a tyto hlase sestře
2. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> Speciální krytí je odstraněno 7. pooperační den nebo při vytažení stehů, sterilní obvaz je převazován lékařem každý den
LÉČBA BOLESTI	
Den operace	<ul style="list-style-type: none"> Bolest provází každé pooperační období, vnímání intenzity bolesti je u každého jiné, své pocity hlase ošetřujícímu personálu pro včasné zahájení léčby bolesti Podávání léků na bolest dle ordinace lékaře, bolest budete sama hodnotit na škále od 1 do 10 Bolest lze zmírnit změnou polohy těla, aplikací chladu a tepla
1. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> Při pohybu, odkášlávání přidržujte operační ránu
2. den po operaci	<ul style="list-style-type: none"> Nebojte se požádat o lék na tlášení bolesti
DOPORUČENÍ PŘI PROPUSTĚNÍ	
Den operace	<ul style="list-style-type: none"> Propuštění možné po vžití lékaře v dopoledních hodinách, zajistěte si odvoz Budete poučena lékařem o užívání léčiv, lékař Vám vystaví recept Dbejte správného vstávání z lůžka a opatrné chůze Po odstranění stehů a zhojení rány promazávejte jizvu mastnými mastmi Nekoupejte se ve vaně, pouze se sprchujte vlažnou vodou, k mytí používejte jemné mýdlo bez parfemace, jizvu sušte jemně ručnickem Po zhojení provádějte tlakové masáže, pokračujte v promašťování (jakýkoli mastný krém) Jizvu chraňte před slunečním zářením ještě 3 měsíce po operaci Nenoste těsné oblečení ze syntetických materiálů, omezte sportovní aktivity

POKUD MÁTE JAKÉKOLI DOTAZY, NĚČEMU NEROZUMÍTE NEBO POTŘEBUJETE PORADIT, ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL JE VÁM PLNĚ K DISPOZICI, NEVÁHEJTE SE NA NÁS OBRÁTIT

4

Vytvořila: Barbora Dostálková, DiS. 2018

9.1 Manuál k informační mapě péče

K informační mapě péče byl vytvořen manuál pro sestry, který by měl být nápomocen k používání mapy péče během edukace klientek před a po abdominální gynekologické operaci. V manuálu je uvedena předmluva pro sestry, aby se seznámily s tím, co je informační mapa péče a k čemu slouží. Dále jakým způsobem by se měla mapa používat při edukaci žen a jak se vyhnout určitým chybám.

9.1.1 Návrh manuálu k informační mapě péče pro sestry

Manuál k informační mapě péče pro klientky před a po abdominální gynekologické operaci

Vážení nelékařští zdravotničtí pracovníci,

ráda bych Vás seznámila s edukační pomůckou informační mapou péče pro klientky podstupující abdominální gynekologickou operaci.

Informační mapa péče je edukační materiál, který slouží klientce k připomenutí a zopakování si základních informací, které klientka získala v průběhu edukace zdravotnickým personálem.

Jak používat informační mapu péče během edukace?

V následujících pěti krocích najdete doporučený postup.

- 1) Při příjmu klientky na oddělení proveďte edukaci dle zvyklostí Vašeho pracoviště.
- 2) Po vaší edukaci předejte informační mapu péče klientce a umožněte jí do ní kdykoli během hospitalizace nahlédnout dle jejích potřeb.
- 3) Při každém dalším kontaktu s klientkou je důležité zjistit, zda všem informacím v mapě péče porozuměla nebo zda potřebuje některé informace ještě vysvětlit. Ujistěte ji, že se vás může v případě potřeby kdykoli doptat.
- 4) Pamatujte na to, že informační mapa péče není jediným zdrojem informací pro klientku, důležité je udržovat se ženou osobní kontakt, který upevňuje důvěru ve vztahu zdravotník – klient.
- 5) Pro efektivní účinek mapy péče by měl být zdravotnický pracovník s edukačním materiálem dokonale seznámen a měl by se v něm umět orientovat.

Věřím, že tento vypracovaný manuál a informační mapa péče pro Vás budou vhodnou edukační pomůckou pro poskytování edukace klientkám Vašeho oddělení, a že vám usnadní kontinuitu poskytované péče.

10 DISKUZE

Problematika hysterektomie, karcinomu endometria a ošetrovatelské péče u klientek po abdominální gynekologické operaci, zmiňovaná v této bakalářské práci, je popsána v řadě odborné literatury, ze které bylo čerpáno při tvorbě teoretické části. Při porovnávání odborné literatury nebo vypracovaných bakalářských a diplomových pracích s běžně užívanými lékařskými a ošetrovatelskými postupy, se některé liší.

Pilka, Procházka (2012) uvádí, že hysterektomie je nejčastější gynekologickou operací, která má mnoho indikací k operaci, vyžaduje hospitalizaci a následnou šestitýdenní rekonvalescenci. Roztočil et al. (2011) to samé popisuje ve své odborné knize. S touto skutečností souhlasím na základě vydání mnoha knih na toto téma a četností prováděných operací nejen na gynekologickém oddělení daného zařízení, ale i z výsledků jiných bakalářských prací.

Roztočil et al. (2011) uvádí, že zhoubné nádory těla děložního představují nejčastější onemocnění ženského genitálu a nejvíce zastoupenou skupinu tvoří endometriální karcinom. Pilka, Procházka (2012) píše, že endometriální karcinom je nejčastější gynekologický nádor v rozvinutých zemích, čímž se zde uvedení autoři shodují. Taktéž popisují, že incidence nádorů má vzestupný trend, dobrou prognózu. Taktéž Slezáková (2015) ve své knize vychází z těchto údajů. Oblast etiologie, rizikových faktorů, příznaků karcinomu a diagnostiky se ve všech materiálech shodují. V jednotlivých kazuistikách práce byly některé tyto skutečnosti taktéž potvrzeny, např. ženy trpěly nadváhou, obezitou, přijímaly zvýšené množství živočišných tuků, jedna klientka měla hypertenzi, pozdní menopauzu. Všechny nepravidelně krvácely z rodidel. U všech byla zjištěna anamnéza, provedeno komplexní gynekologické vyšetření, UZ, všechny podstoupily kyretáž nebo hysteroskopii, kde byl odebrán vzorek tkáně, měly provedená laboratorní vyšetření krve i moče, RTG srdce a plic, CT vyšetření.

Oblast předoperační přípravy a pooperační péče vychází z obecných znalostí ošetrovatelství v chirurgii, kdy Čoupková (2010) popisuje v základě předoperační přípravu i pooperační péči jako Slezáková (2007, 2017), která přidala specifika gynekologické operace a péče po ní. Na základě jednotlivých oblastí vycházely při tvorbě bakalářských prací i studentky Šáchová (2015), Kalachová (2013), Tlstá (2013), Grotsová (2011) a Plšková (2014). Jedná se o oblast předoperační přípravy – anamnéza, fyzikální, laboratorní a anesteziologické vyšetření, kde jsou shodné všechny postupy s literaturou, jediný rozdíl byl v bakalářských pracích v době platnosti předoperačního vyšetření internistou či obvodním lékařem. Tlstá (2013) uvádí 10 dní, Šáchová (2015) uvádí platnost 14 dní před operací.

Další části přípravy krátkodobé, bezprostřední jsou shodné jak s literaturou, tak v porovnání s vybranými bakalářskými pracemi. Nutnost lačnění před operací je vymezena v rozmezí 4-8 hodin před operací, dle zvyklosti jednotlivých oddělení. Bandáže dolních končetin se provádí buď elastickými obinadly, nebo použitím elastických punčoch. Miniheparinizace se liší ordinacemi lékařů a druhem léku, jsou podávány večer před operací, ráno před operací nebo až po výkonu. Vyprázdnění tlustého střeva je pomocí očistného klyzmatu nebo pomocí různých projímadel či prázdnicích roztoků. Příprava operačního pole je den před operací nebo ráno v den výkonu. Periferní žilní katetr se zavádí na oddělení před operací nebo až na operačním sále. Aplikace antibiotické profylaxe taktéž může být před odjezdem na operační sál nebo až na něm. Velké nedostatky byly zjištěny v provádění nácviku prvků pooperačního režimu, které ve své knize popisuje Slezáková (2007). Kdy nejčastější příčina neprovedení tohoto nácviku (dechová cvičení, nácvik vykašlávání s fixací operační rány, nácvik pohybu na lůžku) je v důsledku časové tísně zaneprázdněností sester jinými důležitými činnostmi.

Slezáková (2007) upozorňuje na fakt, že veškerá specifika pooperační péče se řídí stavem klientky, rozsahem výkonu, zvyklostmi oddělení. Čoupková (2010) uvádí možnosti, kam může být klientka po operaci umístěna. Pokud je nutné pokračovat v umělé plicní ventilaci, musí být umístěna na anesteziologicko-resuscitační oddělení. Ani v jedné z prací tato možnost nebyla popsána. Nebo je převezena na JIP a až po 24 hodinách je přemístěna na standardní oddělení. Tato možnost je nejčastěji využívanou. Další možností je ženu ponechat na pooperačním (dospávacím) pokoji po dobu 2 hodin a poté je přeložena na JIP nebo přímo na standardní oddělení. Tuto možnost využívá zařízení, kde byly zpracovány kazuistiky klientek v této bakalářské práci.

V rámci pooperačního sledování a ošetrovatelské péče jsou v literatuře dány konkrétní oblasti (např. monitorace základních životních funkcí, bolesti, sledování krvácení, invazivních vstupů, operační rány, vyprazdňování, výživy), které dle zjištění, využívaly všechny studentky při vypracování bakalářské práce. (Kalachová (2013), Tlšťá (2013), Grotsová (2011), Plšková (2014)) Z prací je znatelné, že jednotlivá zdravotnická zařízení mají nastavena podobná kritéria, která se liší jen v některých postupech i ve srovnání s literaturou.

V porovnání pooperačního sledování průběhu Kalachové (2013) a Plškové (2014), které svůj průzkum prováděly ve zcela odlišných zdravotnických zařízeních, je podobný. Klientky byly umístěny po operaci na JIP po dobu 24 hodin, kde proběhla vertikalizace klientky ráno před odjezdem na standardní oddělení. Antibiotická profylaxe byla podána pooperačně na operačním sále, v práci Plškové byly antibiotika od 1. dne po operaci podávány per os, Kalachová uvádí

podání až do konce 1. dne intravenózně, poté per os. Prevence TEN byla v práci Plškové podána ráno před operací, zatímco Kalachová uvádí večer před operací. Po operaci byly podávány opiáty, od druhé dne analgetika per os, Plšková ještě navíc udává aplikaci Novalginu intravenózně 2. den po operaci. Tekutiny klientky mohly popíjet za 6 hodin po operaci, fyziologické funkce byly měřeny 3x denně, permanentní močový katetr byl odstraněn 1. den po operaci, spontánně se klientky vymočily dle doporučení literatury do 6-8 hodin po odstranění močového katetru. Periferní žilní katetr dle Kalachové byl odstraněn 1. pooperační den, v práci Plškové až 2. den po operaci. Redonův drén byl ponechán do 1. dne po operaci u obou klientek. Odchod plynů byl do 48 až 72 hodin po operaci a odchod stolice do 3. dne po operaci, dle informací, které uvádí veškerá odborná literatura. Klientka Kalachové měla postupně dietu 0/S, 0, 1, 3, zatímco v práci Plškové 0/S, 0, 1, 2, 3.

Na základě porovnání kazuistik Plškové, Kalachové a kazuistik popisovaných zde, v této bakalářské práci, bylo zjištěno, že všechny jsou si velmi podobné. Rozdíl byl v umístění klientek na dospávací pokoj po operaci a po 2 hodinách byly převezeny na standardní oddělení k dalšímu sledování. Mobilizace klientek probíhala také 1. den po operaci, taktéž odstranění permanentního močového katetru, periferního žilního katetru, drénu, pokud není indikace k ponechání delší dobu. Opiáty byly podávány pouze 0. den, poté se používalo podání analgetik per rectum, aby nebyl zatěžován trávicí trakt. Dietní systém byl nastaven podobně.

Při tvorbě plánu péče, kterému předcházelo stanovení ošetrovatelských diagnóz, bylo zjištěno, že u všech tří klientek jsou nejčastějšími ošetrovatelskými diagnózami strach (z narkózy, z operace, z následné situace), akutní bolest (operační rána), narušený vzorec spánku (změna prostředí, hospitalizace, další postup léčby), narušená integrita tkáně (operační rána, invazivní vstupy), zhoršená pohyblivost na lůžku (operační rána, narkóza, farmaka, časná mobilizace), deficit sebepéče při koupání (pooperační stav, mobilizace, operační rána), zhoršený komfort (spánek, strach, dietní opatření, životní situace), narušený obraz těla (odnětí dělohy, reakce partnera, rodiny), riziko infekce (operační rána, invazivní vstupy), riziko zácpy (snížený příjem tekutin, dietní omezení, snížení pohyblivosti, farmaka), riziko pádů (narkóza, farmaka, cizí prostředí, potíže se zrakem), snaha zlepšit znalosti (potřeba edukace). Každá klientka měla také ošetrovatelskou diagnózu specifickou pro její zdravotní stav, přidružená onemocnění a danou reakci na operaci. U první klientky vznikly výše vyjmenované ošetrovatelské diagnózy, ze kterých se vychází pro další kazuistiky. U druhé klientky se navíc vyskytla po operaci nauzea. U třetí klientky nastal problém v hojení operační rány, kdy se rána začala od 6. pooperačního

dne hojit per sekundam, vznikla u ní ošetrovateľská diagnóza predĺženie pooperačného zotavení.

Na základe stanovených diagnóz byly určeny ciele a zejména edukační intervence, které byly podkladem pro vytvoření informační mapy péče. A aby mohla být mapa efektivně využita zdravotnickým personálem, byl vytvořen manuál pro sestry, jak s mapou péče pracovat, co to vlastně mapa péče je. Informační mapu péče vnímám jako přínosný edukační materiál, který by mohl být nedílnou součástí péče zdravotnického personálu o klientku. Klientkám by mohl pomoci se lépe orientovat v informacích, které jí budou poskytovány.

11 ZÁVĚR

Toto téma bakalářské práce bylo zvoleno na základě častého provádění abdominálních hysterektomií z důvodu maligního procesu na děloze. Pro ženu to je nelehká životní situace, kterou musí podstoupit a smířit se s ní. Proto byla bakalářská práce rozdělena na teoretickou část se zaměřením na onemocnění, která vedou k abdominální hysterektomii, zejména endometriální karcinom, na diagnostiku, léčbu, komplikace, předoperační přípravu, pooperační péči a psychiku ženy po operaci. Vzhledem k tomu, že tématem práce je informační mapa péče, což je edukační pomůcka, byly vyhledány informace o mapě péče a edukaci klientek, které s ní úzce souvisí. V praktické části bakalářské práce byly zpracovány 3 kazuistiky klientek mezi 56-60 lety, které musely podstoupit abdominální hysterektomii z důvodu zjištěného karcinomu endometria z předchozího malého gynekologického výkonu. Po zpracování těchto informací byly zjištěny potřeby klientek před a po operaci, které utvořily základ pro tvorbu informační mapy péče. Mapa je výstupem bakalářské práce a bude snad i užitečným a efektivním doplňujícím materiálem pro klientky, které ji budou mít volně k dispozici a pro sestry pečující o ženy s touto operací. Než sestra použije mapu péče k edukaci klientky, je podstatné, aby s ní byla seznámena, orientovala se v ní, aby mohla klientce poskytnout odpovídající kvalitu edukace. Edukace je velmi důležitá, edukované klientky lépe zvládají celou hospitalizaci, více spolupracují. Dle Juřeníkové (2010), je nutné přihlédnout k věku, osobnosti, znalostem a vědomostem klientky a také k jejímu aktuálnímu zdravotnímu stavu. Myslím si, že proces edukace je stále více zdravotnickým personálem využíván, zkvalitňován a má svůj prokazatelný smysl.

Informační mapy péče mohou být zpracovány pro určitou problematiku, určitou skupinu klientů, diagnóz, výkonů a intervencí. Doufám, že se informační mapa péče jako jedna z možných edukačních pomůcek stane důležitou součástí nemocničních oddělení a bude efektivně využívána klientkami.

12 POUŽITÁ LITERATURA

1. ČOUPKOVÁ, Hana. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.
2. GAVALIEROVA, Z.; FATHI, A. *Psychodiagnostika v ošetrovatel'stve pri edukačnım procese. Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*. 2016, č. 1, s. 21, 23. ISSN 1339-5920.
3. GROTSOVÁ, Petra. *Ošetrovatel'ská péče o ženy po gynekologických operacích*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce doc. MUDr. Rudolf Michalský, CSc.
4. HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetrovatel'ské diagnózy: definice & klasifikace: 2015-2017*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5412-3.
5. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatel'ská péče v chirurgických oborech*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7464-051-3.
6. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatel'ské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
7. KALACHOVÁ, Hana. *Podíl abdominální, vaginální a LAV hysterektomie na odstranění dělohy*. Pardubice, 2013. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce doc. MUDr. Milan Košťál, CSc.
8. KOLAŘÍK, Dušan, HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Maxdorf, 2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-267-4.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
10. KUDELA, Milan. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty. 2. vyd.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1975-6.
11. MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK. *Léčba pooperační bolesti. 3., dopl. vyd.* Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3522-4.
12. MANDYSOVÁ, Petra. *Příprava na edukaci v ošetrovatel'ství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016. ISBN 978-80-7395-971-5.
13. NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, c2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
14. PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. *Gynekologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3019-5.
15. REPKOVÁ, Adriana. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 80-8063-236-7.

16. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
17. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
18. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.
19. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.
20. SLEZÁKOVÁ Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.
21. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
22. ŠÁCHOVÁ, Veronika. *Péče o ženu po gynekologické operaci*. Plzeň, 2015. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Kašová.
23. ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana, Markéta MORAVCOVÁ a Markéta ZAJÍČKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci II.: péče porodní asistentky o ženu v ambulantní péči: péče porodní asistentky o ženu s gynekologickým onemocněním*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2015. ISBN 978-80-7395-860-2.
24. TLSTÁ, Lenka. *Vliv edukace na pooperační průběh u žen po gynekologické operaci*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Hošková.
25. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
26. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-894-0.
27. WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.
28. UNIVERZITA PARDUBICE. Fakulta zdravotnických studií. Studentský intranet. *Ošetrovatelská dokumentace dospělý jedinec* [online]. 2011 [cit. 2018-04-04]. Dostupné z: https://studenti.upce.cz/system/files/zamestnanci-studenti/luva3059/nove-oseetrovatelska_dokumentace_-_dospely_jedinec_82964.doc

29. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. Ústav zdravotnických informací a statistiky. Praha: ÚZIS, 2015 [cit. 2018-04-15]. Novotvary 2015. Dostupné z www.uzis.cz/publikace/novotvary-2015

Obrázky použité pro informační mapu péče

1. Logo Univerzity Pardubice [online]. 2016 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://projekty.upce.cz/sites/default/projekty/zspi/aktuality/program-w-s-10-2016.html>
2. Fotografie operačního sálu [online]. 2015 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://chrudim.nempk.cz/sites/default/files/obsah/360-galerie/10flashbig.swf>
3. Obrázek léčiv [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://byznys.ihned.cz/c1-64416190-ve-spojnych-statech-se-zacnou-prodavat-prvni-leky-vytistene-na-3d-tiskarne>
4. Piktogram prevence pádů [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: https://www.google.cz/search?hl=cs&biw=1536&bih=788&tbm=isch&sa=1&ei=YJnkWqDdIsbawQKa2ZXAAQ&q=piktogram+riziko+p%C3%A1du&oq=piktogram+riziko+p%C3%A1du&gs_l=psy-ab.12...623092.628090.0.630819.21.18.0.3.3.0.246.2360.3j13j1.17.0...0...1c.1.64.psy-ab..1.11.1473...0j0i67k1j0i8i30k1j0i30k1.0.XvHJQOzWPuA#imgdii=Xwl6gSzpPuw2jM:&imgcr=hIRVvCNAoa9S1M:&spf=1524931580550
5. Permanentní močový katetr a sběrný sáček [online]. 2012 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://www.ezdravotnicke-potreby.cz/inkontinence/mocove-katetry-sacky>
6. Monitor vitálních funkcí [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://www.lekarske-pristroje.cz/>
7. Tonometr digitální [online]. 2016 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://www.medipos.cz/1/Tonometr-digitalni-Tensoval-duo-control-s-manzetou-22-32cm.html>
8. Zdravotní elastické punčochy [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://www.lekarna.cz/mediven-thrombexin-18-stehenni-puncochy-vel-m-bila/>
9. Cvičení malými klouby HK a DK [online]. 2012 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://klub.zap.sweb.cz/cviky/cviky9.htm>
10. Nemocniční strava, dieta č. 1 [online]. 2012 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: https://www.okoun.cz/boards/nemocnicni_strava?contextId=1064326287
11. Nemocniční strava, dieta č. 3 [online]. 2012 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: https://www.okoun.cz/boards/nemocnicni_strava?rootId=1064717308

12. Odchod větrů [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://www.onlinefitness.cz/blog/upousteni-vetru-anebo-prdeni-a-jeho-kladny-vliv-na-nase-zdravi-331>
13. Glycerinový čípek [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: http://www.magazin-legalizace.cz/cs/articles/detail/2370-biodostupnost-konopnych_cipku-jak-je-to-s-ni-doopravy
14. Nemocniční koupelna [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://www.nemji.cz/koupelna/g-11709/prehravac=1&p1=1222>
15. Ústní hygienické potřeby [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://prozeny.blesk.cz/clanek/pro-zeny-zdravi-zdravi/111726/jak-spravne-pecovat-o-ustni-dutinu-aneb-jen-cistit-zuby-nejstaci.html>
16. Postupná vertikalizace [online]. 2017 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://www.physioenroute.com/en/adl/>
17. Redonův drén [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://www.zelenahvezda.cz/zdravotnicke-potreby/drainobag-150>
18. Periferní žilní katetr [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Zaji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD_%C5%BEiln%C3%ADho_p%C5%99%C3%ADstupu
19. Speciální krytí operační rány Opsite Post-Op Visible [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: http://www.aquilantmedical.com/products/products_detail.asp?subp=products_by_all.asp&idProduct=12362
20. Škála bolesti VAS [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://www.dama.cz/clanek/naplast-pri-lecbe-bolesti>
21. Jizva po abdominální operaci [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2148662/Cervical-cancer-sufferer-22-left-infertile-young-test-picked-condition-saved-hysterectomy.html>

13 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Stanovené ošetrovatelské diagnózy a plán péče</i>	93
Příloha B – <i>Standardizovaná šablona Ošetrovatelská dokumentace dospělý jedinec Univerzity Pardubice FZS</i>	106

Příloha A – Stanovené ošetrovatelské diagnózy a plán péče

1. Aktuální ošetrovatelská diagnóza – Akutní bolest 00132

Doména: č. 12 – Komfort

Třída: č. 1 – Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínů pro takové poškození; náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky: změny ve fyziologických funkcích (TK, pulz, dech), vyhledávání antalgické polohy, vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti.

Související faktory: fyzikální původce zranění – operace.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka zná hodnocení bolesti od 1. dne hospitalizace, úlevové polohy.
- Klientka zná důvod bolesti.
- Klientka udává zmírnění bolesti o dva stupně VAS po podání analgetika či opiátu do třiceti minut po podání.

Intervence:

- Sestra pravidelně kontroluje intenzitu, charakter a lokalizaci bolesti, sleduje známky bolesti u klientky.
- Sestra edukuje klientku o hodnocení bolesti podle hodnotící škály.
- Sestra vysvětluje klientce příčinu bolesti.
- Sestra doporučuje klientce vhodnou polohu, využití nefarmakologických metod.
- Sestra podává léky na žádost klientky, ale dle ordinace lékaře.
- Sestra aktivně ověřuje účinek podaných léčiv, vše zaznamenává do dokumentace.
- Sestra při výskytu bolesti informuje lékaře.

Realizace:

- Klientka při pohybu na lůžku, při vstávání a chůzi jevila známky bolesti. Po dotázání udávala bolest operační rány. Edukovala jsem o možnosti přidržení operační rány při pohybu, odkašlávání, možnosti zaujmout úlevovou polohu. Klientce jsem po dohodě s lékařem nabídla možnost tišení bolesti pomocí analgetik. S touto možností byla seznámena, využila ji.

Hodnocení:

- U klientky došlo k postupnému zmínění bolesti po podání analgetik. Využila doporučených možností zmírnění bolesti.

2. Aktuální ošetřovatelská diagnóza – Strach 00148

Doména: č. 9 – Zvládání / tolerance zátěže

Třída: č. 2 – Reakce na zvládání zátěže

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

Určující znaky: pociťuje strach, obavy, zvýšení napětí, kognitivní – identifikuje předmět strachu (operace).

Související faktory: neznámé prostředí, přirozená reakce na stimuly.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka je dostatečně informovaná o průběhu hospitalizace, možnostmi léčby, předoperační přípravě a pooperačním období 1. den hospitalizace.
- Klientka spolupracuje po celou dobu hospitalizace.
- Klientka dokáže identifikovat podnět strachu.
- Klientce je umožněno podávání informací v průběhu celé hospitalizace.
- Klientce je umožněna návštěva rodiny od 1. pooperačního dne.
- U klientky je zmírněn pocit strachu po důkladné edukaci. Klientka projevuje snahu zapojit se do léčby

Intervence:

- Sestra sleduje projevy strachu klientky.
- Sestra se klientce představí a navodí přátelské prostředí, snaží se svým empatickým přístupem získat důvěru klientky.
- Sestra zjišťuje příčinu strachu.
- Sestra dle svých kompetencí odpovídá na dotazy klientky, zajišťuje informace podané lékařem, je klientce k dispozici při jakémkoliv problému či dotazu, nabízí klientce možnost rozhovoru.
- Sestra podává klientce dostatek adekvátních informací o chodu oddělení, o režimu, předoperační a pooperační péči.
- Sestra zajistí podmínky klidného prostředí.
- Sestra umožní klientce kontakt s rodinou, návštěvy.

- Sestra se ptá klientky, zda všemu rozumí, popřípadě provede znovu edukaci.

Realizace:

- Při příjmu jsem se klientce představila. Poté jsem ji edukovala o chodu oddělení, o režimu, předoperační a pooperační péči.
- V případě, že klientka přišla s dotazem či prosbou byla jsem jí nápomocna a snažila jsem se ji jakýkoliv dotaz zodpovědět. Při ošetrovatelské péči jsem s klientkou navazovala přátelský rozhovor.

Hodnocení:

- Klientka definovala příčinu strachu jako strach z operace, narkózy a co bude po operaci. Po několika dnech hospitalizace udávala zmírněný pocit strachu a nebála se přijít za sestrou s jakýmkoliv dotazem. Jelikož se klientka v průběhu hospitalizace aktivně dotazovala, udávala, že má dostatečné množství informací.

3. Aktuální ošetrovatelská diagnóza – Narušený vzorec spánku 00198

Doména: č. 4 – Aktivita / odpočinek

Třída: č. 1 – Spánek / odpočinek

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky: změna normálního vzorce spánku, potíže s usínáním, nechtěné probouzení.

Související faktory: okolní bariéry (hluk, světlo, operace, neznámé prostředí), narušení způsobené spolunocležníkem.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka nebude mít potíže s usínáním do konce hospitalizace.
- Klientka se neprobouzí v průběhu noci.
- Klientka se po spánku cítí odpočatá.
- Klientka je seznámena s chodem oddělení. U klientky jsou eliminovány potíže s usínáním.

Intervence:

- Sestra edukuje klientku o nadcházejících událostech, o chodu oddělení.
- Sestra edukuje klientku o manipulaci s lůžkem.
- Sestra větrá před spaním pokoj, upravuje lůžko, mění ložní prádlo dle potřeby.
- Sestra zajistí klid a dostatek soukromí.
- Sestra edukuje klientku o nevhodných potravinách a nápojích před spaním.

- Sestra upozorní klientku na možnost podání léku na spaní či analgetik dle ordinace lékaře.
- Sestra doporučí klientce krátkou procházku po oddělení před spaním.

Realizace:

- Klientce jsem se při příjmu představila a seznámila ji s chodem oddělení. Při opakovaném uvádění potíží s usínáním, jsem ji doporučila, aby se před spaním prošla po oddělení, vyvětrala pokoj. Na bolest jí byly podány analgetika dle ordinace lékaře.

Hodnocení:

- Klientka využila krátkou procházku po oddělení od 2. pooperačního dne, vyvětrala si před spaním pokoj a na noc jí byly podány v prvních dnech analgetika. Postupně se zadaptovala na nové prostředí, byly jí podány informace lékařem o výsledku operace a následné léčby, potíže s usínáním vymizely.

4. Aktuální ošetřovatelská diagnóza – Narušená integrita tkáně 00044

Doména: č. 11 – Bezpečnost / Ochrana

Třída: č. 2 – Tělesné postižení

Definice: Poškození sliznic, rohovky, kůže, svalů, fascií, šlach, kostí, chrupavek, kloubů a/nebo vazů.

Určující znaky: poškozená tkáň.

Související faktory: mechanické faktory, chirurgický zákrok.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Operační rána se hojí per primam po celou dobu hospitalizace.
- Klientka je edukována v péči o ránu, jizvu při hospitalizaci i při propuštění.
- Rána je asepticky ošetřována během celé hospitalizace.

Intervence:

- Sestra kontroluje pravidelně stav operační rány, krytí.
- Sestra sleduje krvácení z operační rány, sekreci a další známky možné infekce.
- Sestra edukuje klientku v péči o ránu, udržování rány v suchu a čistotě, sprchovat vlažnou vodou, jemným mýdlem, lehce osušit, nekoupat se, po zhojení promazávat a provádět tlakové masáže.
- Sestra převazuje operační ránu aseptickým způsobem, asistuje při extrakci stehů.
- Sestra edukuje klientku o zvýšeném příjmu bílkovin pro lepší hojení.

- Sestra zaznamenává veškeré změny do dokumentace a hlásí je lékaři.

Realizace:

- Klientce bylo doporučeno sprchování, lehké osušení. Při kontrole krytí, převazech a odstraňování stehů jsem klientku ústně edukovala.

Hodnocení:

- Při kontrole krytí, převazech a odstraňování stehů klientka spolupracovala. Rána se zhojila per primam.

5. Aktuální ošetřovatelská diagnóza – Zhoršená pohyblivost na lůžku 00091

Doména: č. 4 – Aktivita / odpočinek

Třída: č. 2 – Aktivita / cvičení

Definice: Omezení nezávislého pohybu na lůžku z jedné pozice na druhou.

Určující znaky: zhoršená schopnost změnit pozici na lůžku, zhoršená schopnost otáčet se ze strany na stranu.

Související faktory: obezita, bolest, farmaka, ztráta kondice.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka je schopna se otáčet z boku na bok 0. operační den.
- Klientka je schopná časně mobilizace do 1. dne po operaci.
- Klientka je edukována o pooperační rehabilitaci.

Intervence:

- Sestra edukuje klientku o úlevových polohách, o možnosti a nutnosti pohybu na lůžku, o možnosti přidržení si operační rány při pohybu, odkašlávání.
- Sestra edukuje klientku o časně mobilizaci – cvičení malými klouby DK, HK, změny polohy, postupné posazování.
- Sestra upozorní klientku na možnost vytažení drénu, močového katetru, intravenózního vstupu vlivem nešetrného pohybu.
- Sestra poskytuje klientce oporu a psychickou podporu, motivuje ji ke zvládnutí pohybu.

Realizace:

- Klientku jsem nultý den po operaci edukovala o využití úlevové polohy, cvičení malými klouby – kroužit zápěstím, kotníky. První den vertikalizace jsem jí dopomohla při vstávání z lůžka a doprovodila ji do sprchy. Pomohla jsem jí s hygienou a uložením zpět do lůžka. Další dny již klientka moji pomoc nepotřebovala, zvládala vše sama.

Hodnocení:

- Klientka aktivně cvičila malými klouby, našla si úlevovou polohu na boku a tu pak střídala. Další dny po operaci byla soběstačná.

6. Aktuální ošetřovatelská diagnóza – Deficit sebeděče při koupání 00108

Doména: č. 4 – Aktivita / odpočinek

Třída: č. 5 – Sebeděče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provádět nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky: zhoršená schopnost dostat se do koupelny, zhoršená schopnost umýt si a usušit si tělo.

Související faktory: bolest, slabost, překážky v prostředí.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka má zajištěny všechny potřebné pomůcky k hygieně.
- Klientka si dojde s doprovodem do koupelny.
- Klientka se umyje a osuší s dopomocí sestry 1. pooperační den.
- Klientka je soběstačná v hygieně od 3. pooperačního dne.
- Klientka je edukována o hygieně v okolí operační rány, invazivních vstupů 1. den po operaci.

Intervence:

- Sestra zajistí klientce hygienické pomůcky den před operací.
- Sestra doprovodí klientku do sprchy a eventuálně jí dopomůže s hygienou na méně dostupných místech 1. den po operaci.
- Sestra provede dohled nad hygienou klientky ještě další dny po operaci.
- Sestra edukuje klientku o hygieně v oblasti operační rány, invazivních vstupů a genitálu.
- Sestra umožní klientce provést hygienickou péči dutiny ústní, učesat se a upravit se.
- Sestra podporuje soběstačnost klientky a hodnotí ji v dokumentaci.

Realizace:

- Den před operací jsem s klientkou připravila hygienické pomůcky na druhý den. Ráno jsem doprovodila klientku do sprchy, pomohla umýt méně dostupná místa, přitom jsem ji edukovala v péči o genitál a operační ránu. Byla provedena hygiena dutiny ústní. Každý den jsem podporovala klientku k soběstačnosti.

Hodnocení:

- Klientka zvládla první vstávání bez obtíží, edukaci rozuměla. Další dny byla již soběstačná.

7. Aktuální ošetrovatelská diagnóza – Zhoršený komfort 00214

Doména: č. 12 – Komfort

Třída: č. 1 – Tělesný komfort, 2 – Komfort prostředí, 3 – Sociální komfort

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

Určující znaky: změněný vzorec spánku, strach, pocit diskomfortu, pocit hladu, nelehkost situace.

Související faktory: symptomy související s nemocí, nedostatek soukromí, nedostatečné zdroje (informace), léčba.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka zná a využívá metody vedoucí ke zlepšení komfortu ve všech směrech do konce hospitalizace.
- Klientka má dostatek soukromí, informací o proběhlé operaci, výsledcích.
- Klientce je podávána adekvátní léčba dle možností.
- Klientce je tlumena pooperační bolest dle potřeb klientky.

Intervence:

- Sestra edukuje klientku o metodách zlepšujících komfort.
- Sestra zajistí dostatek soukromí, informací od lékaře.
- Sestra podává analgetika dle ordinace lékaře, sleduje bolest.
- Sestra edukuje klientku o nutnosti lačnění před operací a následné realimentaci.
- Sestra umožní klientce nerušený spánek.
- Sestra umožní klientce přítomnost návštěv.

Realizace:

- Během ošetrování jsem zajistila klientce dostatek soukromí, edukovala o nutnosti lačnění před operací a o dietním režimu následující dny. Pokud měla klientka bolest, dle ordinace lékaře jsem ji tlumila podáváním analgetik, edukovala jsem klientku i o jiných možnostech. Pokud za ní přišla návštěva, bylo jí to umožněno, nabídla jsem jí i možnost telefonického kontaktu.

Hodnocení:

- Klientka byla spokojená s dodržováním soukromí, možností návštěv. Dietní omezení chápala.

8. Aktuální ošetřovatelská diagnóza – Narušený obraz těla 00118

Doména: č. 6 – Sebepercepce

Třída: č. 2 – Sebeúcta

Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já.

Určující znaky: chybějící část těla (děloha a adnexa), změna tělesných funkcí, změna životního stylu, změna společenského zapojení, negativní pocity ohledně vlastního těla.

Související faktory: změna tělesné funkce z důvodu onemocnění, operace, léčby, alterace vnímání sebe sama.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka má informace o proběhlé operaci, o vlivu odstranění adnex, o možnosti substituce do konce hospitalizace.
- Klientka má možnost kontaktu s psychologem i po propuštění.
- Manžel a rodina mají adekvátní informace o klientce na základě jejího souhlasu.
- Klientka se setká s ženami se stejnou diagnózou, operací.

Intervence:

- Sestra zajistí kontakt na psychologa.
- Sestra zajistí podání informací blízké rodině dle jejího souhlasu.
- Sestra umožní či zajistí setkání klientky se ženami, které podstoupily stejný typ operace.

Realizace:

- Klientce jsem nabídla možnost kontaktu na psychologa, pokud by měla zájem. Rodina se ptala na stav klientky, který jim byl lékařem sdělen. Podařilo se mi umožnit společné setkání klientky s klientkou na oddělení, která podstoupila stejnou operaci, popovídaly si.

Hodnocení:

- Klientka si vzala kontakt na psychologa, pokud by ho potřebovala. Byla ráda, že se setkala s někým, kdo podstoupil tu samou operaci a mohla si popovídat.

9. Potencionální ošetřovatelská diagnóza – Riziko infekce 00004

Doména: č. 11 – Bezpečnost / ochrana

Třída: č. 1 – Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: invazivní postupy, obezita, chronické onemocnění.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- U klientky se neobjeví známky infekce po celou dobu hospitalizace.
- Klientka je poučena o známkách infekce a o nutnosti informovat sestru od 1. pooperačního dne.
- Klientka je edukována v péči o genitál, močový katetr, drén, intravenózní vstup 1. pooperační den.
- Operační rána se hojí per primam po dobu hospitalizace.
- Okolí žilního katetru, drénu nevykazuje známky infekce ani po jeho odstranění.

Intervence:

- Sestra dodržuje aseptické postupy při zavádění invazivních vstupů, při ošetřování operační rány, výměně Redonova drénu.
- Sestra sleduje celkové i místní známky infekce.
- Sestra sleduje hojení operační rány, okolí venózních vstupů.
- Sestra edukuje klientku o hlášení obtíží v místě vpichu intravenózního vstupu, ponechá periferní žilní katetr dle ordinace lékaře, doporučení výrobce, provádí Klasifikaci dle Maddona.
- Sestra sleduje místo vstupu drénu, jeho funkčnost a odvádějící sekret.
- Sestra vše zaznamená do dokumentace.
- Sestra se podílí na udržování čistého prostředí, kontroluje čistotu ložního prádla, podílí se na prevenci nozokomiálních nákaz, dodržuje zásady BOZP.

Realizace:

- Klientce byla zavedena intravenózní kanyla z důvodu infuzní terapie, aplikace antibiotik. Při zavádění kanyly jsem dodržovala všechny zásady BOZP a celý výkon byl proveden asepticky. Klientka je poučena o hlášení jakýchkoliv bolestivých či jiných

změn na kůži v oblasti místa vpichu. U klientky je také prováděna každý den kontrola ložního prádla a jeho výměna v případě potřeby.

Hodnocení:

- U klientky nedošlo během hospitalizace k rozvoji infekce.

10. Potencionální ošetrovatelská diagnóza – Riziko zácpy 00015

Doména: č. 3 – Vylučování a výměna

Třída: č. 2 – Funkce gastrointestinálního systému

Definice: Náchylnost ke snížení normální frekvence defekace doprovázené obtížným nebo nekompletním odchodem stolice, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: oslabené břišní svaly, nedávná změna prostředí, obezita, farmaka, snížená motilita gastrointestinálního traktu, změna ve stravovacích návycích.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- U klientky se neobjeví zácpa po celou dobu hospitalizace.
- Klientka se vyprazdňuje pravidelně.
- Klientka zná příznaky a prevenci zácpy od 1. pooperačního dne.

Intervence:

- Sestra sleduje vyprazdňování stolice, její pravidelnost, konzistenci, příměsi.
- Sestra edukuje klientku o příznacích zácpy, preventivních opatřeních jako je dostatek tekutin, vlákniny, pohybu.
- Sestra aktivizuje klientku od 0. operačního dne.
- Sestra sleduje příjem tekutin, stravy (vláknina).
- Sestra podává laxativa dle ordinace lékaře na případnou podporu vyprázdnění.

Realizace:

- Klientce jsem nabízela dostatek tekutin, vody, čaje, fenyklového čaje, doporučila jsem jí, aby návštěva donesla kompot. Snažila jsem se, aby klientka měla dostatek pohybu v rámci jejích možností po operaci. I přes všechna tato opatření musel být klientce podán glycerinový čípek na podporu vyprázdnění.

Hodnocení:

- Klientka se vyprázdnila 3.den po operaci po podání glycerinového čípku. Další defekace již byla bez obtíží.

11. Potencionální ošetrovatelská diagnóza – Riziko pádů 00155

Doména: č. 11 – Bezpečnost / ochrana

Třída: č. 2 – Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: nedostatečné osvětlení, neznámé prostředí, farmaka, akutní onemocnění, pooperační zotavení, poškození zraku.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- U klientky nedojde k pádu po celou dobu hospitalizace.
- Klientka je edukována o riziku pádu vzhledem k narkóze, analgetikům.

Intervence:

- Sestra upozorní klientku, aby nevstávala po podání premedikace, po operaci.
- Sestra po operaci zajistí polohu na zádech.
- Sestra zajistí bezpečnost klientky po operaci zvednutím postranic.
- Sestra edukuje klientku o signalizačním zařízení, jeho použití, umístí ho na dosah ruky.
- Sestra vyhodnotí riziko pádu na příslušné škále a zapíše ho do dokumentace.
- Sestra edukuje klientku o prvním vstávání (ne sama), doprovodu 1. pooperační den na toaletu, správném vstávání z lůžka, vhodné obuvi a opatrné chůzi.
- Sestra společně s úklidovým personálem zajistí bezpečné prostředí.

Realizace:

- Klientku jsem seznámila s oddělením a na pokoji jsem jí ukázala signalizační zařízení, a to jak u lůžka, tak na toaletě. Klientka byla srozuměna s tím, jak signalizační zařízení používat a v případě potřeby přivolat zdravotnický personál. Také jsem klientce vysvětlila, jak opatrně vstávat z lůžka, aby se jí po delším ležení, či z důvodu medikace nezamotala hlava. Úklidový personál jsem požádala, aby důkladně používal označení kluzké podlahy po úklidu.

Hodnocení:

- Klientka během hospitalizace na oddělení neupadla.

12. Edukační ošetrovatelská diagnóza – Snaha zlepšit znalosti 00161

Doména: č. 5 – Percepce / kognice

Třída: č. 4 – Kognice

Definice: Vzorec kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu nebo k jejich získání, který lze posílit.

Určující znaky: projevuje zájem učit se.

Diagnóza: přijata

Cíle:

- Klientka je seznámena s chodem oddělení, nutností hospitalizace, druhem operace, předoperační přípravou a pooperační péči, možných komplikacích.
- Klientka rozumí podaným informacím.
- Klientka dodržuje léčebný režim.
- Klientka projevuje snahu zapojit se do léčby.
- Klientka aktivně reaguje na léčbu a prokazuje nabyté znalosti.

Intervence:

- Sestra edukuje klientku o chodu oddělení, vnitřním řádu nemocnice, právech pacientů, o signalizačním zařízení, o předoperační přípravě a pooperační péči, o dietním režimu.
- Sestra zajistí podání informací lékařem v případě potřeby (zdravotní stav).
- Sestra edukuje klientku srozumitelně, empaticky, zlepši se tím spolupráce.
- Sestra edukuje klientku o funkčnosti signalizačního zařízení.
- Sestra informuje klientku o možnosti návštěv a návštěvních hodinách.
- Sestra vždy jednotlivé ošetrovatelské intervence zdůvodňuje a vysvětluje.
- Sestra poskytne klientce v průběhu hospitalizace všechny edukační materiály a aktivně se vyptává, zda klientka všemu rozumí.
- Sestra je připravena na dotazy ze strany klientky.

Realizace:

- Klientku jsem ihned po příjmu seznámila na pokoji se signalizačním zařízením a polohováním lůžka. K dispozici jsem jí poskytla vnitřní řád, aby si ho v klidu pečlivě prostudovala. Zdůraznila jsem informace, týkající se návštěvních hodin, čas lékařských vizit. Ujistila jsem ji, že se na mě může kdykoliv obrátit. K dispozici jsem jí také poskytla veškeré, pro ni vhodné, přístupné edukační materiály. Opakovaně jsem se aktivně dotazovala, zda poskytnutým informacím rozumí.

Hodnocení:

- Klientka prokazovala znalosti s používáním lůžka. Na vizity byla připravena ve svém pokoji. Návštěvní hodiny s rodinou dodržovali bez problémů. Aktivně vyhledávala informace o dané problematice. Uvádala, že získané informace od lékaře i sestry pro ni

byly dostačující. Klientka se snažila plnit všechny úkony související s hospitalizací. Dokazovala tím, že získané informace jsou pro ni opravdu dostačující.

**Příloha B – Standardizovaná šablona Ošetrovatelská dokumentace dospělý jedinec
Univerzity Pardubice FZS**

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Průmyslová 395, tel. 466 670 550

Jméno a příjmení studenta/ky:		Datum zpracování:		Hodnocení:	
Ročník, obor:		Doba péče o pacienta (od-do):			

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Jméno a příjmení (iniciály): Věk: Pohlaví:

Povolání, vzdělání: Oddělení, pokoj:

Datum přijetí: Operační výkon:

Plánované přijetí: ano ne Pooperační den:

Hlavní diagnóza:

Vedlejší diagnózy:

Důvod přijetí: (vyjádření dle klienta)

Celkový vzhled, úprava:

Konstituce: astenická normostenická hyperstenická Výška: Hmotnost: BMI:

MNA:

Poloha: aktivní pasivní úlevová (jaká).....

Postoj: vzpřímený hemiparetický hemiplegický strnulý parkinsonský jiný.....

Chůze: přirozená antalgická kolébavá paretická spastická ataktická parkinsonská bizarní jiná.....

Riziko pádu: bez rizika nízké riziko střední riziko vysoké riziko

ADL: počet bodů (+ zhodnocení míry závislosti)

Chybějící části těla: ne ano.....

Známky akromegalie: ne ano.....

Edém celého těla: ne ano.....

Vědomí + Neurologický systém:

Patologie: ne ano.....

GCS:(E...../V...../M.....)

Orientace: v čase plně orientovaný/a částečně dezorientovaný/á **Oční kontakt:** udržuje neudržuje

v prostoru plně orientovaný/a částečně dezorientovaný/á

v osobě plně orientovaný/a částečně dezorientovaný/á

Chápe myšlenky a otázky (podstatu, abstraktní výrazy, konkrétní pojmy) ano ne

Poruchy kvantitativní: somnolence sopor koma synkopa

Poruchy kvalitativní: delirium amence obnubilace

Závratě: ne ano

Pozornost: záměrná nezáměrná stálá nestálá je rozrztý/á jiné:

Změny v kognitivních funkcích: MMSE.....

Paměť: neporušená zapomíná částečně zapomíná špatně si vybavuje staropaměť

Poruchy citlivosti: ne anestezie hypestezie parestezie hyperstezie alodynne

Poruchy hybnosti: ne paréza P/L hemiparéza quadruparéza paraparéza plegie P/L hemiplegie P/L quadruplegie paraplegie

Abnormální pohyby: tremor choreatické atetoidní akineze tiky jiné

křeče tonické klonické tonicko-klonické

Poruchy řeči: ne afázie motorická afázie senzorická bradylálie polylálie dyslálie dysartrie mutismus

Poruchy zraku, postavení, pohyb očních bulbů: v normě exoftalmus P/L enoftalmus P/L strabismus konvergentní P/L

strabismus divergentní P/L nystagmus hemianopsie P/L amauroza P/L diplopie P/L hypermetropie myopie

Poruchy očních víček: ne ptóza P/L lagoftalmus P/L

Poruchy zornice: izokorie anizokorie mióza P/L mydriáza P/L fotoreakce přítomna P/L fotoreakce chybí P/L

Kompenzační pomůcky:.....

Jiné:.....

Hlava, ORL:

Patologie: ne ano.....

Velikost lebky: normocefalická mikrocefalická makrocefalická

Výraz tváře: febrilis hippokratia myxedematosa tyreotoxica adenoida cushingoida parkinsonica

Uši

Patologie: ne ano.....

Boltec: fyziologický zvětšený zmenšený patologické změny:.....

Zevní zvukovod: fyziologický zarudlý krvácení výtok serózní výtok seropurulentní výtok purulentní jiný:.....

Poruchy sluchu: ne nedoslýchavost P/L hluchota P/L tinnitus P/L kompenzační pomůcka:.....

Jiné:.....

Nos

Patologie: ne ano.....

Deformity: ne ano.....

Sekrece: bez sekrece hlenová hnisavá vodnatá epistaxe jiná.....

Poruchy čichu: ne ano – jaké.....

Jiné:.....

Dutina ústní
 Patologie: ne ano.....
 Rty: růžové bledé cyanotické rozpraskané jiné.....
 Tvar: souměrný rozštěp.....
 Ústní koutky: fyziologické ragády anguli infectiosi ptóza P/L
 Inervace jazyka: ve střední čáře k jedné straně P/L nevypláží
 Povrch jazyka: vlhký bělavě povleklý hnědě povleklý rudý s prasklinami suchý jiný.....
 Problémy s otevíráním úst: ne ano.....
 Sliznice dutiny ústní: růžová vlhká soor leukoplakie afty grafitové skvrny jiné.....
 Dásně: fyziologické zduřené krvácivé nekrózy recese dásně jiné.....
 Postavení čelistí: fyziologické prognacie progenie
 Chrup: vlastní sanován kariézní protéza horní protéza spodní parodontóza
 Zápach z úst: bez zápachu foeter hepaticus uremický zápach zápach po acetonu hnilobný jiný.....
 Jiné:.....

Krk
 Patologie: ne ano.....
 Lymfatické uzliny: fyziologické zvětšené (bližší specifikace).....
 Konzistence: měkké tuhé tvrdé
 Fixace k okolí: volně pohyblivé pevně fixované
 Náplň krčních žil: fyziologická snížená jednostranně P/L snížená oboustranně zvýšená jednostranně P/L zvýšená oboustranně
 Štítná žláza: hmatná nehmata bolestivost povrch hladký povrch hrboletý tvar symetrický asymetrický
 Porucha polykání: ne ano
 Poruchy hlasu: ne ano dysfonie afonie jiné.....
 Jiné:.....

Hrudník:
 Patologie: ne ano.....
 Tvar: fyziologický atletický astenický hyperstenický patologický soudkovitý ptačí trychtýřovitý skoliotické kyfoskoliotický
 gibbus krátký s odstávajícími lopatkami jiný.....
Prsa
 Patologie: gynekomastie ablace částečná P/L ablace celková P/L
 Kůže: fyziologická změna barvy..... změna kůže.....
 Prsní bradavky: fyziologické vpáčené jiné.....
 Sekrece: bez sekrece sekrece (jaká).....
 Bolestivost prsní žlázy: ne ano.....
 Jiné:.....

Dýchání
 Dýchání: spontánní NIPV UPV.....
 Dech: frekvence..... kvalita..... hloubka..... SpO₂.....
 Poslechové změny:.....
 Dušnost: ne ano inspirační expirační
 Vedlejší dechové fenomény: nepřítomny suché chropy vlhké chropy krepitace pleurální šelest jiné.....
 Kašel: nepřítomný suchý vlhký dráždivý záchvatovitý hemoptýza jiný.....
 Sputum: ne charakter:..... množství.....
Srdce, cévy
 TK..... Periferní pulz: frekvence..... kvalita..... pravidelnost..... kapilární návrat.....
 Apikální pulz: frekvence:..... kvalita..... pravidelnost.....
 Ortostatická hypotenze: ne ano
 Edémy: ne ano lokalizace + rozsah.....
 Palpitace: ne ano (bližší specifikace).....
 Cyanóza: ne periferní..... centrální.....
 Bolest na hrudi: ne ano.....
 NYHA: 1 2 3 4
 Jiné:.....

Břicho:
 Patologie: ne ano.....
 Kýla: ne ano.....
 Peristaltika: bez poruchy střevní pasáže obleněná zrychlená obstrukční vymizelá jiná.....
 Patologie: ne ano.....
 Ascites: ne ano (bližší specifikace).....
 Kolaterální oběh: ne ano.....
 Krvácení ze zažívacího traktu: ne ano enteroragie meléna jiné.....
 Stomie:.....
 Jiné:.....

Močový systém
 Patologie: ne ano.....
 Močový měchýř: nezvětšený zvětšený bolestivost..... **Stomie:**.....
Močová trubice, zevní pohlavní ústrojí u muže
 Vyústění uretry: fyziologické epispadie hypospadie
 Výtok z uretry: bez výtoků hnisavá krvavá mléčný výtok jiná.....
 Odchytky: fimóza parafimóza jiné.....
 Scrotum odchytky:.....

Jiné:

Močová trubice, zevní pohlavní ústrojí u ženy

Výtok z uretry: ne hnisavý krvavý mléčný jiný.....

Výtok z pochvy: ne hnisavý krvavý mléčný jiný.....

Patologie:

Jiné:

Končetiny

Patologie (deformity, svalová síla, klouby, omezení pohybu...):

Edémy končetin: ne asymetrické HK/DK L/P symetrické HK/DK L/P (blíží specifikace).....

měkké tuhé nebolestivé bolestivé

Kloubní deformity: ne ano.....

Periferní pulzace na HK: hmatná nehmatná..... Periferní pulzace na DK: hmatná nehmatná.....

Varixy: ne ano.....

Kloubní náhrady: ne ano.....

Kompenzační pomůcky:

Jiné:

Kůže a kožní deriváty

Patologie: ne ano.....

Tělesná teplota:

Riziko vzniku dekubitů:

Akutní rána: ne ano.....

Chronická/nehojící se rána: ne ano.....

Barva kůže:

Barva sliznic:

Vlhkost kůže:

Vlhkost sliznic:

Změny: exantém petechie ekchymózy, sufuze hematomy pajizévký jizvy exkoriace vesiculy

Kožní deriváty: změny a defekty

Pocení změny:

Jiné:

Invazivní vstupy:

Periferní venózní vstup: ne ano datum zavedení:Hodnocení přítomnosti infekce dle Maddona.....

Hodnocení okolí místa vpichu.....

Centrální vstup: ne ano datum zavedení:Hodnocení přítomnosti infekce.....

Hodnocení okolí místa vpichu.....

Arteriální vstup: ne ano datum zavedení.....Hodnocení přítomnosti infekce.....

Hodnocení okolí místa vpichu.....

Port: venózní..... arteriální..... datum zavedení.....Heparinová zátka: ne ano

datum proplachu:.....

Hodnocení přítomnosti infekce.....Hodnocení okolí místa vpichu.....

PICC: ne ano.....Hodnocení přítomnosti infekce.....

Hodnocení okolí místa vpichu.....

AV shunt: ne ano.....Hodnocení přítomnosti infekce.....

Hodnocení okolí místa vpichu.....

Drény, drenáže: ne

ano.....

Močový katétr: ne ano číslo + typ katétru.....datum zavedení..... datum výměny.....

NGS/NJS/PEG/PEJ: ne ano datum zavedení.....důvod zavedení.....

ETK: ne ano datum zavedení: TSK: ne ano datum zavedení:

Jiné:

Jiné důležité informace o pacientovi:

POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU POTŘEB

Podpora zdraví	<p>Nemoci, úrazy, které mají vliv na současný zdravotní stav:.....</p> <p>Riziková povolání:.....</p> <p>Příčiny současného onemocnění (slovy pacienta).....</p> <p>Své zdraví hodnotím jako: <input type="checkbox"/> velmi dobré <input type="checkbox"/> dobré <input type="checkbox"/> ne moc dobré <input type="checkbox"/> špatné</p> <p>Aktivity podporující (narušující) zdraví:.....</p> <p>Kouření: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: druh:.....množství:.....doba.....frekvence.....</p> <p>Alkohol: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: druh:.....množství:.....doba.....frekvence.....</p> <p>Při objevení současné nemoci jsem:.....</p> <p>Dodržujete nyní a dodržovala jste v minulosti doporučení lékařů a sester?.....</p> <p>Co bude pro Vás důležité po dobu pobytu u nás:.....</p> <p>Preventivní opatření:.....</p>
Výživa	<p>Dieta: dodržování diety: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (důvod).....,Chut': <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> narušená</p> <p>Alergie na potraviny <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano.....</p> <p>Typický denní příjem jídla: <input type="checkbox"/> snídaně <input type="checkbox"/> svačina <input type="checkbox"/> oběd <input type="checkbox"/> svačina <input type="checkbox"/> večeře <input type="checkbox"/> II. večeře</p> <p>Přidávky, doplňky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano.....</p> <p>Forma stravy: <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> kašovitá <input type="checkbox"/> tekutá</p> <p>Způsob přijímání stravy: <input type="checkbox"/> parenterálně (množství): <input type="checkbox"/> enterálně (množství): <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sipping <input type="checkbox"/> NGS..... <input type="checkbox"/> NJS..... <input type="checkbox"/> kontinuálně <input type="checkbox"/> bolus <input type="checkbox"/> PEG..... <input type="checkbox"/> PEJ..... <input type="checkbox"/> kontinuálně <input type="checkbox"/> bolus</p> <p>Potíže související s jídlem a příjmem potravy: <input type="checkbox"/> říhání <input type="checkbox"/> pálení žáhy <input type="checkbox"/> nevolnost <input type="checkbox"/> zvracení <input type="checkbox"/> jiné.....</p> <p>Zvyklosti při stravování:.....</p> <p>Příjem tekutin za 24 h: <input type="checkbox"/> < 0,5 l <input type="checkbox"/> 0,5 – 1 l <input type="checkbox"/> 1 – 1,5 l <input type="checkbox"/> 1,5 – 2 l <input type="checkbox"/> 2 – 2,5 l <input type="checkbox"/> jiné.....</p> <p>Preferuji:druh/množství: <input type="checkbox"/> čaj..... <input type="checkbox"/> voda..... <input type="checkbox"/> min. vody..... <input type="checkbox"/> pivo..... <input type="checkbox"/> mléko..... <input type="checkbox"/> káva..... <input type="checkbox"/> ovoc. šťávy.....</p> <p>Pocit žízně: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> zvýšený <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/> nemám</p> <p>Poranění kůže a sliznic se hojí: <input type="checkbox"/> dobře <input type="checkbox"/> špatně (projevy, v minulosti, v současnosti).....</p> <p>Deficit sebepečení, potřeba dopomoci:.....</p>
Vylučování a výměna	<p>Způsob močení: <input type="checkbox"/> sám na WC <input type="checkbox"/> s pomocí na WC <input type="checkbox"/> v lůžku <input type="checkbox"/> permanentní katétr <input type="checkbox"/> toaletní křeslo</p> <p>Mikce: <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> problémy: <input type="checkbox"/> dysurie <input type="checkbox"/> strangurie <input type="checkbox"/> polakisurie <input type="checkbox"/> nykturie (jak často?)..... <input type="checkbox"/> zápach..... <input type="checkbox"/> inkontinence: <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> druh <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> jiné..... <input type="checkbox"/> stomie..... <input type="checkbox"/> pomůcky..... <input type="checkbox"/> léky (jaké).....</p> <p>Diuréza: Příměsi moči:.....</p> <p>Defekace: <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> frekvence:..... <input type="checkbox"/> charakter: <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zácpa (za kolik dní):..... <input type="checkbox"/> inkontinence: <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> příměsi:..... <input type="checkbox"/> stomie..... <input type="checkbox"/> problémy:..... <input type="checkbox"/> pomůcky.....</p> <p>Zvyklosti a prostředky k vyprazdňování:.....</p> <p>Deficit sebepečení, potřeba dopomoci:.....</p>
Aktivita - odpočinek	<p>Faktory bránící tělesné aktivitě:.....</p> <p>Odpočinek:.....</p> <p>Spím: <input type="checkbox"/> celou noc <input type="checkbox"/> problémy s usínáním (za jak dlouho usínám po ulehnutí) <input type="checkbox"/> budím se brzo a už neusnu (kdy) <input type="checkbox"/> budím se v noci (frekvence).....,důvod <input type="checkbox"/> zpocený/á <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> spím přes den (kolik hod.).....,spánková inverze: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> hypersomie <input type="checkbox"/> narkolepsie <input type="checkbox"/> parasomie</p> <p>Po probuzení se cítím: <input type="checkbox"/> odpočatý/á <input type="checkbox"/> nevyspalý/á <input type="checkbox"/> jiné:.....</p> <p>Zvyky pro usínání:.....</p> <p>Léky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaké, kolik, jak dlouho, jak často).....</p>
Vnímání - poznávání	<p>Kompenzační pomůcky a prostředky (jaké):.....</p> <p>Pacient je: <input type="checkbox"/> používá <input type="checkbox"/> nepoužívá <input type="checkbox"/> zapomenuté doma</p> <p>Faktory bránící komunikaci:.....</p> <p>Potřeba pomoci:.....</p>
Vnímání sebe sama	<p>Jak se cítíte? (tělesně i duševně):.....</p> <p>Jaké jsou Vaše zdroje a síly ke zvládnutí situace?.....</p> <p>Potřeba pomoci:.....</p>

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

Zkratky: NGS – nasogastrická sonda; NJS – nasojejunální sonda;
 PEG – perkutánní endoskopická gastrostomie; PEJ – perkutánní endoskopická jejunostomie

Vztahy a sociální zájemí	Bydlí (kde/s kým): Propuštění plánováno do: <input type="checkbox"/> domácího prostředí <input type="checkbox"/> zařízení následné péče <input type="checkbox"/> soc. zařízení.....datum:..... Faktory bránící návratu:..... Péče po propuštění: <input type="checkbox"/> nezajištěna <input type="checkbox"/> zajištěna (kým) Finanční zabezpečení: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano..... Vzájemná spolupráce s rodinou nebo doprovázející osobou: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Reakce rodiny na onemocnění: <input type="checkbox"/> zájem <input type="checkbox"/> nezáměr <input type="checkbox"/> ochota pomoci Lidé, kteří jsou mi nejbližší: Kontakty s lidmi během hospitalizace: <input type="checkbox"/> časté <input type="checkbox"/> zřídka <input type="checkbox"/> vůbec <input type="checkbox"/> jsem samotář <input type="checkbox"/> jiné: Chování k lidem (pozorování studentem):.....
Sexualita	Ženy Menstruace: menarche <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná poslední menstruace:..... <input type="checkbox"/> bolestivá <input type="checkbox"/> nebolestivá <input type="checkbox"/> silná <input type="checkbox"/> slabá <input type="checkbox"/> krvácení mezi cykly Antikoncepce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (jaká) Těhotenství: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano týden..... Počet porodů.....Počet potratů (jaký)..... Klimakterické obtíže: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano..... menopauza (od kdy) : Hormonální léčba: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Operace:..... Choroby:..... Muži Operace:..... Choroby:.....
Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu	Jak vnímáte současnou situaci? Má stres souvislost s nemocí? Jaká je strategie zvládnání: Jak Vám můžeme aktuálně pomoci?.....
Životní princip (spiritualita)	Co je pro Vás v životě důležité. Máte problém s dosažením toho?..... Bez čeho si to nedovedete představit?..... Na co jste pyšný/á?..... Čeho jste dosáhl/a a co byste chtěl/a ještě dosáhnout?..... Jak Vám můžeme aktuálně pomoci?.....
Bezpečnost – ochrana	Orientujete se v prostředí během hospitalizace:..... Máte pocit bezpečí..... Jak Vám můžeme aktuálně pomoci?.....
Komfort	Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Potřeby spojené s bolestí..... Další faktory ovlivňující komfort..... Jak Vám můžeme aktuálně pomoci?.....
Růst a vývoj	Růst: v normě <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Vývoj: v normě <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Co je pro Vás v současném období nejdůležitějším vývojovým úkolem?.....

Poznámka: **x modrý** (fyziologie, norma)

x červený (patologie, abnormalita)

