

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici

Evidenčné číslo: 10801

**OŠETROVATEĽSKÝ PROCES U PACIENTKY
S ENDOMETRIÓZOU PODĽA KONCEPČNÉHO MODELU
CALLISTY ROYOVEJ**

Bakalárska práca

2017

Andrea Micháleková

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici

**OŠETROVATEĽSKÝ PROCES U PACIENTKY
S ENDOMETRIÓZOU PODĽA KONCEPČNÉHO MODELU
CALLISTY ROYOVEJ**

Bakalárska práca

Študijný program: Ošetrovateľstvo

Študijný odbor: Ošetrovateľstvo

Školiteľ: PhDr. Drapáčová Elena

Banská Bystrica 2017

Andrea Micháleková



SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA v Bratislave

Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici

Katedra ošetrovateľstva FZ SZU

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Evidenčné číslo: 10801

Názov záverečnej práce:

Ošetrovateľský proces u pacientky s endometriózou podľa koncepčného modelu Callisty Royovej

Pokyny pre vypracovanie:

Študijný odbor: 7.4.1. ošetrovateľstvo

Študijný program: ošetrovateľstvo

Typ záverečnej práce: Bakalárska práca Bc.

Akademický rok: 2016/2017

Autor záverečnej práce: Andrea Micháleková

Vedúci záverečnej práce: PhDr. Elena DRAPÁČOVÁ

Konzultant záverečnej práce:

Dátum zadania záverečnej práce: 23.09.2016

Pod'akovanie

Chcela by som sa pod'akovať vedúcej bakalárskej práce PhDr. Drapáčovej Elene za odbornú a metodickú pomoc a usmernenie pri písaní mojej bakalárskej práce, za cenné rady a v neposlednom rade za ochotu.

ABSTRAKT

MICHÁLEKOVÁ, Andrea: *Ošetrovateľský proces u pacientky s endometriózou podľa koncepčného modelu Callisty Royovej* (Bakalárska práca). Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici. Vedúci záverečnej práce: PhDr. Drapáčová Elena. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici.

Autorka spracovala svoju bakalársku prácu na tému: Ošetrovateľský proces v starostlivosti u pacientky s endometriózou podľa koncepčného modelu Callisty Royovej. Cieľom bakalárskej práce je popísať ošetrovateľský proces u pacientky s diagnózou endometrióza podľa koncepčného modelu Callisty Royovej. V teoretickej časti práce sa autorka zamerala na anatómiu, klasifikáciu, diagnostiku, prevenciu a liečbu endometriózy. Autorka poukázala na to, aký vplyv má endometrióza na fertilitu a život ženy. V praktickej časti práce autorka vypracovala plán ošetrovateľskej starostlivosti u pacientky s endometriózou podľa koncepčného modelu Callisty Royovej. Súčasťou praktickej časti práce sú odporúčania pre prax. Autorka pri spracovaní bakalárskej práce použila 20 literárnych prameňov, ktoré boli citované v zmysle platnej normy STN ISO 690.

Kľúčové slová: endometrióza, patofyziológia ochorenia, robotická chirurgia v gynekológii, ošetrovateľský proces

ABSTRACT

MICHÁLEKOVÁ, Andrea: *Nursing process in a patient with endometriosis conceptual model Callista Roy: (A Bachelor Thesis)*. Slovak Medical University in Bratislava: The Faculty of Health in Banská Bystrica. Thesis supervisor: PhDr. Drapáčová Elena. Slovak Medical University in Bratislava The Faculty of Health in Banská Bystrica.

The author has worked on her thesis of: Nursing process in a patient with endometriosis conceptual model Callista Roy. The aim of this Bachelor Thesis was to implement nursing process for a patient with the disease of endometriosis according to the conceptual model of Callista Roy. In the theoretical part of the thesis, the author has focused on the anatomy, classification, diagnosis, prevention and the treatment of the endometriosis. The author has pointed out the effect the disease has on the fertility and life of a patient. In practical part, the author elaborated a plan of nursing care for woman with endometriosis according to conceptual model of Callista Roy. Part of the practical part is the recommendations for practice. The author when working on the thesis has used 20 literary sources that were quoted in the terms of valid existing standards of STN ISO 690.

Key words: endometriosis, pathophysiology of the disease, robotic surgery in gynaecology, nursing process

ABSTRAKT

ABSTRACT

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 ANATÓMIA A FYZIOLOGIAREPRODUKČNÉHO SYSTÉMU ŽENY.....	10
1.1 Zloženie reprodukčného systému	12
1.2 Endokrinná funkcia ovárií	12
1.3 Ovariálny a menštruačný cyklus.....	12
2 ENDOMETRIÓZA	14
2.1 Príznaky akútnej a chronickej endometriózy.....	14
2.2 Klinické formy.....	14
2.3 Stupne závažnosti podľa postihnutia.....	14
2.4 Patologicko-anatomický obraz	15
2.5 Etiológia endometriózy.....	15
2.5.1 Výskyt endometriózy.....	16
2.6 Klasifikácia endometriózy	16
2.7 Klinické príznaky endometriózy.....	17
2.8 Endometrióza a fertilita	18
2.9 Príčiny sterility v súvislosti s endometriózou	18
3 PRÍČINY A DIAGNOSTIKA ENDOMETRIÓZY	19
3.1 Gynekologické príčiny.....	19
3.2 Iné - negynekologické príčiny	19
3.3 Diferenciálna diagnostika endometriózy	19
4 LIEČBA ENDOMETRIÓZY	21
4.1 Konzervatívna hormonálna liečba	21
4.2 Konzervatívna nehormonálna liečba	22
4.3 Chirurgická liečba.....	22

4.3.1 Robotická chirurgia v gynekológii	23
4.4 Rekonvalescencia	24
4.5 Prevencia endometriózy	24
5 CHARAKTERISTIKA KONCEPČNÉHO MODELU C. ROYOVEJ	25
5.1 Biografické údaje	25
5.2 Adaptačný model	25
5.3 Ošetrovanie v perioperačnom období	29
5.4 Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti u ženy s endometriózou	30
5.5 Ošetrovateľský proces v starostlivosti o pacientku s endometriózou podľa konceptného modelu C. Royovej	32
5.6 Posúdenie pacientky podľa konceptného modelu Callisty Royovej	35
5.7 Stanovenie sesterských diagnóz.....	38
Záverečné hodnotenie pacienta	52
ZÁVER.....	53
ODPORÚČANIE PRE PRAX.....	54
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY.....	55
PRÍLOHY	

ÚVOD

"Zdravie nie je všetkým, ale bez zdravia je všetko ničím."

Arthur Schopenhauer

Jednou z najčastejších príčin bolesti, nepravidelného menštruačného cyklu a neschopnosti otehotnenia u žien je endometrióza. Toto, mnohokrát skryté ochorenie, postihuje čím ďalej, tým viac žien medzi 20. – 35. rokom života.

Dôležité je včasné zachytenie príznakov tohto ochorenia, aby sa zabránilo gradácii, ktoré vie postihnúť viaceré oblasti reprodukčného systému ženy. Dôležitá je forma prevencie zameraná na zvyšovanie zdravotného povedomia žien. Endometrióza je ochorenie, ktoré sa ženy dotýka v jej intimite a spôsobuje mnohé problémy. Častokrát jej znemožňuje intímny život, a preto sa neraz pacientky hanbia rozprávať o svojich problémoch. Každá žena túži mať vlastné dieťa, je to prirodzenosť a akási podstata bytia darovať život. Práve ochorenie, ktoré sa nazýva endometrióza, môže byť príčinou toho, že u ženy nebude naplnená rola matky. To môže viesť k iným, závažnejším problémom v ich prežívaní. Mnohé majú psychické problémy a u niektorých sa to odzrkadlí aj zlyhaním partnerského spolužitia.

Je preto nesmierne dôležité edukovať ženy, aby raz ročne absolvovali gynekologickú preventívnu prehliadku a pri akomkoľvek probléme neodkladali vyšetrenie u lekára. Ak je už diagnostikované ochorenie endometriózy, je potrebné pacientke vysvetliť možné príčiny ochorenia, možnosti diagnostiky a liečby. Ak je žena oboznámená, je s ňou ľahšia spolupráca a väčšia pravdepodobnosť vyliečenia. Dôvodom výberu tejto témy na bakalársku prácu bolo to, že endometrióza je „strašiakom“ dnešných žien a nositeľom mnohých problémov, ktoré s danou diagnózou súvisia. Chceli sme prácou poukázať na tento problém a predovšetkým na spôsob jeho riešenia.

Cieľom našej bakalárskej práce bolo:

- popísať ochorenie endometriózy,
- vypracovať ošetrovateľský proces v starostlivosti o pacientku s endometriózou podľa koncepčného modelu Callisty Royovej,
- a vypracovať odporúčania pre prax.

1 ANATÓMIA A FYZIOLOGIA REPRODUKČNÉHO SYSTÉMU ŽENY

Ženský pohlavný systém zahŕňa vnútorné ženské pohlavné orgány, kde patria vaječníky, vajíčovody, maternica a pošva. Medzi vonkajšie pohlavné orgány zaraďujeme vrch ohanbia, veľké pysky ohanbia, malé pysky ohanbia, predsieň pošvy, dráždivé orgány a predsieňové žľazy (Mellová, 2010).

Vaječník (ovárium)

Je párový orgán uložený v malej panve. Táto ženská pohlavná žľaza produkuje pohlavné bunky a pohlavné hormóny. Tkanivo ovaria rozdeľujeme na kôru a dreň. Kôra obsahuje dozrievajúce vajíčka vo folikuloch, žlté a biele telieska. Dreň je tvorená väzivom a cievami. Proces dozrievania vajíčka vo folikule spojený s premenami buniek folikulu a tvorbou hormónov nazývame ovariálny cyklus (Mellová, 2010).

Vajíčovod (tuba uterina)

Je trubicový párový orgán. Povrch sliznice tvorí jednovrstevný cylindrický epitel s riasinkami (Mára, 2009).

Maternica (uterus)

Je dutý orgán so svalovou stenou, v ktorej prebieha vývoj zárodka až do pôrodu. Má hrubokovitý tvar. Hlavné časti sú corpus uteri (telo maternice), cervix uteri (hrdlo maternice) a valcovitá časť, ktorá je otvorená do pošvy. Veľkosť maternice je 7 – 9 cm a jej hmotnosť je 50 g (Čihák, 2002).

Hrdlo maternice je cylindrickej formy a pripája sa k nemu vagína. Dutina maternice sa podobá na sploštenú trojuholníkovú dutinu (Mellová, 2010).

Stavba maternice:

Stenu vytvárajú tri vrstvy – endometrium (sliznica), myometrium (svalovina) a perimetrium (peritoneum). Endometrium, sliznica maternice, je ružovošedej farby, skladá sa z epitelu a slizničného väziva, v ktorom sú tubulostné žľazy. Endometrium robí v priebehu 28 dní charakteristické premeny, ktoré označujeme ako menštruačný cyklus. Myometrium je svalovina maternice, na ktorej rozoznávame štyri vrstvy – podsliznicová vrstva, vaskulárna vrstva, supravaskulárna a subserózná vrstva. Perimetrium je peritoneum širokého maternicového väzu, ktoré tvorí povrch maternice (Čihák, 2002).

Pošva (vagina)

Je prepojenie medzi vnútorným a vonkajším genitálom. Kraniálne sa do pošvy vykľenuje časť krčka maternice. Kaudálny koniec pošvy vedie do pošvovej predsiene (Mellová, 2010).

Vrch ohanbia (mons pubis)

Je trojuholníková, dolná časť brucha pred symfýzou. Koža je fundovaná tukovým väzivom, od puberty ochlpená (Mellová, 2010).

Veľké pysky ohanbia (labia majora pudendi)

Sú kožné záhyby, taktiež podložené tukovým väzivom. Vonkajšia plocha je zarastená ochlpením (Mellová, 2010).

Malé pysky ohanbia (labia minora pudendi)

Sú umiestnené mediálne od veľkých pyskov ohanbia. Sú to kožné záhyby, koža je jemnejšia, neochlpená a bez podkožného tuku. Plochu medzi malými pyskami nazývame predsieň pošvy (vestibulum vaginae) (Mellová, 2010).

Predsieň pošvy (vestibulum vaginae)

Je časť vonkajšieho genitálu uprostred malých pyskov ohanbia. Predsieň je vyplnená sliznicou, obsahujúcou malé žľazky (Mellová, 2010).

Dráždenec (clitoris)

Je tvorený erektilným tkanivom. Glans clitoridis je pokrytý predkožkou (Mellová, 2010).

Hľuza predsiene (bulbus vestibuli)

Je úsek vonkajšieho genitálu, homologická s penisom. Je to párový útvar z erektilného tkaniva (Mellová, 2010).

Veľké predsieňové žľazy (glandulae vestibulares majores – Bartholiniho žľazy)

Majú veľkosť hrachu a nachádzajú sa blízko zadného okraja hľuzy predsiene. (Mellová, 2010).

Prsník (mamma)

Vytvára ho mliečna žľaza (glandula mammaria). Žľazové tkanivo je usporiadané do lalôčikov a lalokov. Z lalokov odstupujú vývody ductus lactiferi a zbiehajú sa k prsnej bradavke. Koža okolo bradavky tvorí okrúhly pigmentový dvorec (Mellová, 2010).

1.1 Zloženie reprodukčného systému

Reprodukčný systém ženy sa skladá z vnútorných a vonkajších pohlavných orgánov. Prameňom vajíčok sú vaječníky (ovária). Pri narodení sa vo vaječníkoch vyskytuje asi 2 milióny vajíčok, z ktorých väčšina zanikne a do začiatku puberty sa zachová asi 400 000 vajíčok. V priebehu reprodukčného obdobia dozrieva 400 – 500 folikulov (Čalkovská, 2010).

1.2 Endokrinná funkcia ovárií

Vo vaječníkoch sa vytvárajú dva základné typy hormónov. Steroidové hormóny, nazývané estrogény, sa vylučujú vo folikulárnej a luteálnej fáze menštruačného cyklu, progesterónlen v luteálnej fáze. Nesteroidové hormóny inhibujú vylučovanie FSH (folikuly stimulujúci hormón). Estrogény pozitívne ovplyvňujú vývoj a udržiavanie primárnych a sekundárnych pohlavných znakov, majú anabolický efekt a ukončujú rast v puberte. Vo fertilnom veku ženy sa ich účinnosť prejavuje premenami na pohlavných orgánoch počas menštruačného cyklu (proliferačná fáza endometria). Ovplyvňujú metabolizmus vápnika antagonistickým vplyvom na parathormón. Pod pôsobením progesterónu nasleduje sekrečná fáza endometria, stimuluje sa vzrast i diferenciácia prsníkovej žľazy a zvyšuje sa telesná teplota. Pomáhajú pri vylučovaní sodíka močom. Reguláciu endokrinné funkcie vaječníkov zaisťuje hypotalamový gonadoliberín (GnRH) stimulujúci sekréciu hypofýzových gonadotropných hormónov FSH a LH (Luteotropných hormónov), ktorých cieľovým orgánom sú vaječníky. FSH usmerňuje vyplavovanie estrogénov a LH progesterónu (Čalkovská, 2010).

1.3 Ovariálny a menštruačný cyklus

Folikulárna fáza je vyznačovaná dozrievaním niekoľkých folikulov. Dominantný folikul zhruba na 14. deň cyklu praskne a vajíčko sa uvoľní. Tento proces označujeme ako ovulácia. Po ovulácii nasleduje luteálna fáza ovariálneho cyklu. Pozostatok folikulu po uvoľnenom vajíčku tvorí žlté teliesko (corpus luteum), ktoré má endokrinnú funkciu. Ak nedošlo k oplodneniu, žlté teliesko po niekoľkých dňoch dozrieva a na vaječníku zostáva po ňom jazva (Čalkovská, 2010).

Cyklické zmeny, ktoré sa odohrávajú vo vaječníkoch, privádzajú cyklické zmeny na sliznici maternice, pošve a prsníkovej žľaze. Sliznica maternice (endometrium) vo folikulárnej fáze pod vplyvom estrogénov zhrubne – vtedy hovoríme o proliferačnej fáze. Po ovulácii nastupuje vplyvom progesterónu sekrečná fáza endometria, vyznačovaná vaskularizáciou a sekréciou v endometriu. Endometrium sa takto chystá na prijatie zárodka. Ak nedošlo k oplodneniu, vytvorí sa vplyvom spazmu špirálovitých artérií ischemizácia (nedokrvenie) povrchových vrstiev endometria, ktorú pomenúvame aj ako ischemická fáza. Ich olupovanie vyvoláva menštruačné krvácanie.

Účinkom progesterónu sa v luteálnej fáze zvyšuje telesná teplota. Cyklické zmeny na prsníkových žľazách sa prejavujú tým, že niekoľko dní pred menštruáciou dochádza efektom estrogénov k distenzii ductov, hypererémii a edému (Čalkovská, 2010).

2 ENDOMETRIÓZA

Endometrióza je ochorenie charakterizujúce výskyt endometria mimo jeho fyziologickej lokalizácie, teda mimo dutiny maternice. Je to chronické, progredujúce, proliferatívne a benígne ochorenie. Ložiská endometriózy prekonávajú počas menštruačného cyklu podobné premeny ako endometrium v dutine maternice, vrátane menštruačného krvácania. Periodické krvácanie, podľa lokalizácie a intenzity, vedie k vzniku malých až pomerne veľkých cýst vyplnených hemolyzovanou krvou. V oblasti ložísk endometriózy vznikajú adhézie ako reakcia tkaniva na hemosiderin (Šuška, 2003).

2.1 Príznaky akútnej a chronickej endometriózy

Akútnu endometriózu sprevádza horúčka, niekedy spojená s triaškou, bolesti v podbruší a výtok z cervikálneho kanála. V chronickom štádiu pretrvávajú výtok a bolesti. Sprievodné symptómy sú dyzúria, dyspareunia a obstipácia. Zápal sliznice maternice v akútnom a chronickom štádiu v určitých prípadoch môže vyvolať vznik synechií (Ashermanov syndróm). Syndróm vzniká následkom nešetrnej kyretáže, poprípade tuberkulóznej endometritídy. Ashermanov syndróm liečime rozrušením synechií v celkovej anestézii, zavedením intrauterinného telieska a podávaním nízkych dávok estrogénov s cieľom regenerácie endometria (Danko, 2014).

2.2 Klinické formy

Pri *peritoneálnej endometrióze* sa ložiská nachádzajú na povrchu peritonea a na ováriách. *Endometriómy* sú ovariálne cesty lemované endometriálnu sliznicu. *Rektovaginálne endometroidné uzly* sú komplexné solídne útvary tvorené endometroidné tkanivo zmiešané s tukovým a fibromuskulárnym tkanivom. Občas zostávajú symptomatické aj u postmenopauzálnych žien, čo naznačuje, že ich perzistencia nie je závislá na ovariálnej sekrécii estrogénov (Marešová, 2014).

2.3 Stupne závažnosti podľa postihnutia

1. *minimálny* – tvoria sa malé povrchové ložiská a minimálne zrasty,
2. *ľahký* – v rektovaginálnej oblasti sa vytvorí niekoľko menších ložísk,

3. *stredný* – ložiská sú v rektovaginálnom priestore, na vaječníkoch a vytvárajú sa zrasty,
4. *ťažký* – postihnutie vaječníkov, tvoria sa endometriálne cysty a rozsiahle zrasty v malej panve (Kinčoková, 2016).

2.4 Patologicko-anatomický obraz

Ochorenie má charakteristický patologický obraz. Makroskopicky sú ložiská zreteľné ako červené, hnedé až čierne škvrny na peritoneu, uzlovité ložiská vo väzivách v prostredí maternice alebo vaječníkové cysty s obsahom hemolyzovanej krvi (Sampsonove cysty, čokoládové cysty) (Šuška, 2013).

Mikroskopicky sa pri endometrióze vyšetrujú ektopicky uložené ložiská endometriálnych žliazok a strómy v stave zodpovedajúcom fáze menštruačného cyklu. Typická je prítomnosť hemosiderínu, prípadne siderofágov. V pokročilejších štádiách nemusia byť žľazy a stróma prítomné a zisťuje sa len fibrotická stena cysty obsahujúca hemosiderínom naplnené makrofágy (Šuška, 2013).

2.5 Etiológia endometriózy

Vznik endometriózy je podmienený na intenzite retrográdnej menštruácie a imunologickej odpovedi ženy (Roztočil, 2011).

Teórie vzniku endometriózy:

- **Transplantačná Sampsonova teória** – predpokladáme vznik endometriózy retrográdnou menštruáciou, ktorá sa objavuje u väčšiny žien. Ide o zanesenie aktívnych kúskov endometria cez vajčíkovody do brušnej dutiny a ich implantáciu na peritoneum (Šuška, 2013).
- **Lymfatické a vaskulárne metastázy, Halbanova teória transportu endometria** – je vznik endometriózy v ďalších orgánoch, ako sú štítna žľaza, mozog, pľúca či chrbtica. Ložiská ochorenia sú v lymfatických uzlinách u 30% žien (Roztočil, 2011).
- **Meyerova metaplastická teória** – vysvetľuje vznik ochorenia chronickým dráždením mezodermálne, teda mezenchýmového tkaniva – serózy, spoločne s enzymatickými a imunologickými reakciami. Teóriu metaplázie podporuje dosvedčený výskyt endometriózy aj u žien s primárnou amenoreou (Šuška, 2013).

- **Merrilova indukčná teória** – je rozvinutá metaplastická teória. Nedefinovaný, biochemický faktor vyvoláva prenos indiferentných peritoneálnych buniek v endometriálnej sliznici (Roztočil, 2011).
- **Iatrogénna diseminácia** – vznik endometriózy ako následok operačných výkonov. Napríklad endometrióza brušnej steny sa niekedy vyskytuje u žien s cisárskym rezom v anamnéze. Endometriálne žľazy a stróma boli implantované v procese operačného výkonu (Roztočil, 2011).
- **Imunologická teória** – porucha je na úrovni celulárnej imunity. Endometrióza je v tomto prípade ako autoimunitné ochorenie. Imunologické zmeny vedú k poruchám funkcie peritoneálnych mikrofágov, ktoré sa vyskytujú u pacientok s endometriózou (Roztočil, 2011).
- **Genetická teória** – endometriózu dokazuje familiárny výskyt. Dochádza k delécii génov, veľakrát k heterogenicite 17. chromozómu a k aneuploidii (Roztočil, 2011).

2.5.1 Výskyt endometriózy

Väčšinou je to ochorenie žien v reprodukčnom veku. Môže sa objaviť aj u adolescentov a postmenopauzálnych žien (Roztočil, 2011).

Za predisponujúce faktory považujeme kaukazskú rasu, Japonky, civilizované komunity a vyššie spoločensko-ekonomické skupiny. Za protektívne faktory posudzujeme tie, ktoré znižujú koncentráciu estrogénov, a to je fajčenie, nízke BMI, orálna hormonálna antikoncepcia, fyzická aktivita a podobne (Toporcerová, 2015).

2.6 Klasifikácia endometriózy

Klasifikácia endometriózy podľa lokalizácie:

1. *Endometriosis genitalis*:

- Interna** – maternice (adenomyosis) a istmickej časti vajíčovodov (salpingitis isthmica nodosa),
- Externa** – ovárií, vajíčovodov, vagíny, vulvy, perinea, Douglasovho priestoru, ligg. rotunda a ligg. sacrouterina.

2. *Endometriosis extragenitalis* – Ložiská endometriózy môžu byť umiestnené v čreve, omente a močovom mechúre, v jazvách po laparotómiách, ale aj v pľúcach a inde (Šuška, 2013).

Klasifikácia endometriózy podľa príznakov:

Môže sa prejavovať viacerými príznakmi. Jedná sa o symptomatickú endometriózu, ale priebeh ochorenia môže byť aj bezpríznakový. Jediným príznakom asymptomatickej endometriózy je neplodnosť (Roztočil, 2011).

Klasifikácia endometriózy podľa závažnosti:

Na základe laparoskopického nálezu sa rozsah ochorenia delí do štyroch štádií. Bodovo hodnotíme stupeň postihnutia peritonea, vaječníkov a vajcovodov s rozlíšením veľkosti a farby ložísk endometriózy a rozsah adhézií. Štádium prvé určuje minimálne postihnutie, druhé štádium ľahké, tretie štádium stredné a štvrté ťažké postihnutie (Roztočil, 2011).

2.7 Klinické príznaky endometriózy

Chronická panvová bolesť sa vyskytuje vo forme sekundárnej dysmenorey (bolestivá menštruácia) alebo dyspareunie (bolestivý pohlavný styk).

Dysmenorea väčšinou začína 36 – 48 hodín po začiatku menštruačného krvácania. Túto bolesť vyvoláva krvácanie do endometriózných ložísk. Mediátory bolesti tohto zápalu sú prostaglandíny a cytokíny. Tie vyvolávajú stálu bolesť. Na rozdiel od primárnej dysmenorey môže bolesť trvať viac dní, okrem toho niekoľko dní pred cyklom a po ňom.

Dyspareunia spojená s endometriózou je popisovaná hlboká bolesť v panve. Pôvodom týchto príznakov je fixácia a s ňou spojená nepohyblivosť orgánov malej panvy v priebehu pohlavného styku alebo priamy tlak na ložiská endometriózy v sakrouterinných väzoch alebo v Douglasovom priestore. Bolesť môže pretrvávajúť niekoľko hodín po ukončení sexu.

Dyschezia je bolesť pri defekácii, ktorá sprevádza endometriózu rektovaginálneho septa. Nasledujúcim symptómom endometriózy je abnormálne maternicové krvácanie. Väčšinou sa prejavuje ako predmenštruačné krvácanie a menorágia. Prítomné sú neraz poruchy ovulácie.

Neplodnosť súvisí so symptomatickou aj s asymptomatickou endometriózou. Organické a funkčné zmeny orgánov v malej panve, zámerna vaječníkov a vajcovodov vedú k poruchám ovulácie, „pick-up“ fenoménu fimbrií vajcovodov pri ovulácii a k transportu blastocýst vajčkovodom do dutiny maternice. U pacientok je častý potrat v prvom trimestri.

Poruchy endokrinných funkcií spojené s výskytom endometriózy sú anovulácia, abnormálny folikulárny rast, znížené hladiny prostaglandínu E2 (PGE2) v preovulačnej fáze a chyby sekrécie luteinizačného hormónu.

V niektorých prípadoch ochorenie postihuje gastrointestinálny a močový trakt. Jedná sa o cyklickú abdominálnu bolesť, intermitentnú zápchu, poruchy trávenia, nauzeu, zvracanie, polakisúriu, dysúriu a hematúriu (Roztočil, 2011).

2.8 Endometrióza a fertilita

Vzťah medzi sterilitou a I., respektíve II. štádiom endometriózy (podľa klasifikácie Americkej spoločnosti pre sterilitu – AFS), je jedným z najviac diskutovaných tém v reprodukčnej medicíne, nakoľko v literatúre nachádzame viaceré protichodné údaje, ktoré na jednej strane potvrdzujú zníženú schopnosť fertilizácie u žien s endometriózou, na druhej strane sú práce, ktoré nachádzajú porovnateľné výsledky s kontrolnými skupinami v I. a II. štádiu endometriózy. U žien v III., respektíve v IV. štádiu ochorenia, je súvislosť jasná a opakovane potvrdená (Toporcerová, 2015).

2.9 Príčiny sterility v súvislosti s endometriózou

- 1. Anatomická prekážka** – ťažšie formy endometriózy sú sprevádzané výskytom zrastov, ktoré obmedzujú motilitu vajíčkovodu, spôsobujú jeho deštrukciu až obliteráciu. V prípade intraluminálneho postihnutia môže zapríčiniť zníženie motility až po mechanický blok.
- 2. Endokrinné príčiny** – v prítomnosti ochorenia je zriedkavejší výskyt anovulácie, luteálnej insuficiencie, pomalší rast folikulov a menší maximálny priemer folikulu.
- 3. Častejší výskyt LUF (luteinized unruptured follicle) syndrómu** – prítomné je nedostatočné dozrievanie folikulov alebo malý počet LH receptorov na povrchu buniek granulózy.
- 4. Imunitná porucha** – zvýšenie tvorby antiendometriálnych protilátok respektíve zníženie aktivity bunkovej imunity vedie k patogenéze ochorenia.
- 5. Lokálna zápalová reakcia** – porušená funkcia endometriálnych buniek (Toporcerová, 2015).

3 PRÍČINY A DIAGNOSTIKA ENDOMETRIÓZY

3.1 Gynekologické príčiny

- tuboovariálny absces,
- salpingitída,
- endometritída,
- hemoragická ovariálna cysta,
- torzie ovária,
- primárna bolestivá menštruácia,
- degeneratívne procesy myómu (Marešová, 2014).

3.2 Iné - negynekologické príčiny

- intersticiálna cystitída,
- chronické infekcie močových ciest,
- nefrolitiáza,
- divertikulitída,
- mezenterálna lymfadenitída,
- muskuloskeletálne ochorenia (Marešová, 2014).

3.3 Diferenciálna diagnostika endometriózy

- **Anamnéza** – pacientka udáva klinické príznaky ako sú dysmenorea, dyspareunia, chronická panvová bolesť a neplodnosť.
- **Gynekologické vyšetrenie** – zisťujeme ložiská endometriózy na vulve, v jazve po epiziotómii, v pošve a na hrdle maternice. Pri bimanuálnom vyšetrení je podozrenie na ochorenie pri náleze tuhých nepravidelných rezistencií v oblasti Douglasovho priestoru, zadných maternicových väzov (ligamenta sacrouterina), v oblasti parametrií a adnex. Boolestivosť je mnohokrát zvýraznená pri menštruácii. Pre adenomyózu je charakteristický palpačný nález bolestivého prasknutia maternice, tiež zvýraznené v období menštruácie. Retrovaginálne vyšetrenie slúži na nález bolestivého infiltrátu, solitárnych alebo mnohopočetných uzlovitých rezistencií v retrovaginálnom septe. Definitívne diagnózu endometriózy určí histologické vyšetrenie.

- **Sonografické vyšetrenie** – potvrdí prítomnosť patologických štruktúr v oblasti možného výskytu ochorenia.
- **Röntgonologické vyšetrenie** – Hysterosalpingografia (HSG) dokáže výskyt endometriálnych krýpt v myometriu pri adenomyóze.
- **Počítačová tomografia (CT) a nukleárna magnetická rezonancia (NMR)** sú používané ako doplnkové diagnostické metódy.
- **Endoskopia** – tieto metódy sú zlatým štandardom na určenie diagnózy.
- **Laparoskopia** – vizualizuje orgány brušnej dutiny, umožňuje odber cytologického a histologického materiálu. Laparoskopicky zisťujeme prítomnosť zrastov v dutine brušnej. Veľké ložiská endometriózy sa nachádzajú vo forme čokoládových cýst. Väčšinou sú lokalizované na prednej strane ovaria a vyvolávajú retrakciu, pigmentáciu a adhéziu k zadnému peritoneu.
- **Operačná laparoskopia** – podieľa sa na liečbe ochorenia, a to ako elektrokoaguláciou malých ložísk, tak exstirpáciou väčších.
- **Hysteroskopia** – je taktiež pomocnou metódou.
- **Laboratórne metódy** – niektoré markery sa dajú použiť ako doplnujúce diagnostické metódy.
- **Ca – 125** – je nádorový marker, polypeptid, ktorý sa vo zvýšených hodnotách nachádza v sére pri ovariálnych epitelových karcinómoch. Jeho zvýšená sekrécia bola prítomná aj v sére a v peritoneálnom výpotku žien s endometriózou.
- **Zápalové markery** – dôležité sú leukocytóza a C-reaktívny proteín (CRP). Tým, že sa jedná o zápalové ochorenie, sú markery pozitívne (Roztočil, 2011).
- **Kultivácia moču a výtery z pošvy a hrdla**, kde vylúčime ostatné príčiny panvovej bolesti (Marešová, 2014).

4 LIEČBA ENDOMETRIÓZY

Liečba je buď *konzervatívna* (hormonálna a nehormonálna) alebo *chirurgická*. Stanovujeme ju na základe závažnosti príznakov, štádia ochorenia, požiadaviek na fertilitu pacientky, veku ženy a predošlej terapie. Má dva ciele, a to odstránenie bolesti a obnovu plodnosti (Roztočil, 2011).

Prehľad možností liečby:

1. Sledovanie

2. Paliatívna liečba:

- analgetiká,
- nesteroidné protizápalové látky,
- inhibítory syntézy prostaglandínov,
- tehotenstvo,

3. Endokrinná liečba:

- Danazol,
- GnRH agonisti a antagonisti,
- estrogén-progesteróny,
- progestagény,
- androgény,

4. Chirurgická liečba:

- konzervatívna chirurgia,
- analgetická chirurgia,
- radikálna chirurgia (Šuška, 2013).

4.1 Konzervatívna hormonálna liečba

Hormonálna liečba je tiež súčasťou trojstupňovej liečby:

1. *stupeň (operačný)* – endoskopická diagnostika so sanáciou ložísk endometriózy (koagulácia, laser) a s uvoľnením adhézií,
2. *stupeň (hormonálny)* – 3- až 9-mesačná hormonálna liečba,
3. *stupeň (operačný)* – endoskopická kontrola (second-look laparoscopia) so sanáciou zvyškových ložísk (koagulácia, laser) (Šuška, 2013).

Estrogény povzbudzujú rast endometriózy, preto základom tejto liečby sú preparáty, ktoré účinkujú antiestrogénne a vedú k atrofii ektopických endometriózných ložísk tým, že zastavia cyklus stimulácie a krvácaniu z endometria.

- **Hormonálna antikoncepcia** – podávame po dobu 6 – 12 mesiacov v kontinuálnej aplikácii s vynechaním „menštruačného okienka“ Cieľom je zapríčiniť amenoreu so zamedzením čerstvého krvácania do ložísk endometriózy a jej zjazvením. Používame perorálne nízкодávkové kombinované kontraceptívum s obsahom 30 – 35 mikrogramov etinylestradiolu denne (Roztočil, 2011).
- **Gestagény** – kontinuálne podávanie gestagénov, napríklad medroxyprogesterón acetátu, dôjde k hypoestrogénnej amenorei a k atrofii ložísk endometriózy. Komplikáciou liečby je nepravidelné krvácanie (Šuška, 2013).
- **Antagonisti progesterónu** – napríklad Mifeperiston a Onaperiston negatívne ovplyvňujú rast endometriózy svojim antiproliferačným účinkom na endometrium.
- **Gestrinon** – je derivát 19-nortestosterónu, ktorý má antiaandrogénny, antigestagénny, antiestrogénny a antigonadotropný účinok. Pôsobí centrálnie aj periférne a vyvoláva stav pseudomenopauzy (Roztočil, 2011).
- **Agonisti gonadoliberínu (GnRh)** – stimulujú syntézu a vylučovanie folikuly stimulujúceho hormónu (FSH) a luteinizačného hormónu (LH). Nežiaduce účinky sú návaly tepla, suchosť vaginálnej sliznice a vznik osteoporózy. Dĺžka liečby trvá pol roka. K návratu ovariálnych funkcií dochádza za 6 – 12 mesiacov po ukončení liečby.
- **Antagonisti gonadoliberínu** – blokujú hypofyzárne receptory GnRh (Roztočil, 2011).

4.2 Konzervatívna nehormonálna liečba

Modulátory cytokínov – pôsobia na drobné peritoneálne ložiská, ktoré ich dokážu zmenšiť o viac ako 50%.

Protizápalová liečba – antibiotiká a antiflogistiká – majú doplnkový význam.

Analgetiká – používame na potlačenie hlavného príznaku ochorenia, teda bolesti.

Rehabilitácia, balneoterapia a psychoterapia (Roztočil, 2011).

4.3 Chirurgická liečba

Chirurgickú liečbu rozdeľujeme na konzervatívnu alebo radikálnu, miniinvazívnu (laparoskopiu) alebo prevedenú otvorenou chirurgiou (laparotómia).

- **Laparoskopia** je zlatým štandardom v liečbe. Vykonáva sa resekcia ložísk, elektrokoagulácia, resekcia zrastov, aspirácia cýst a laserová vaporizácia ložísk endometriózy.
- **Laparotómia** – využívame ju v pokročilých štádiách ochorenia (III., IV.), kde je výkon technicky náročný. Radikálna operácia je spojená s prevedením hysterektómie s obojstrannou adnexetómiou (Roztočil, 2011).

Cieľom je odstránenie ložísk endometriózy. Indikáciami na chirurgickú liečbu sú ruptúra endometriómu, obštrukcia ureteru alebo čriev, tuboovariálne masy väčšie ako 5 cm, endometriómy väčšie ako 8 cm, ťažké, pracovnú schopnosť zhoršujúce symptómy, zhoršovanie bolesti v priebehu medikamentózneho liečby a infertilita trvajúca napriek obvyklej liečbe viac ako 1 rok (Šuška, 2013).

4.3.1 Robotická chirurgia v gynekológii

O vývoji robotických systémov od automatického endoskopického systému AESOP, cez RoboDoc (ortopédia), Acrobot (ortopédia), NeuroMate (neurochirurgia) až ku klinickej aplikácii robotického systému da Vinci referoval ich spoluvýtvorca profesor Satava, svetovým kongresom IASG v roku 2005 v Prahe (Krška, 2011).

Prvé skúsenosti s týmto spôsobom operácie sa uskutočnili na Slovensku 15. 5. 2012 pri laparoskopickom 3D cholecystektómii (Radoňak, 2012).

Pri robotickom systéme da Vinci firmy Intuitive Surgical nejde o robota s prvkami umelej inteligencie tak, ako ho vymyslel J. Čapek a popísal v knihe R.U.R. jeho brat Karol v roku 1921, alebo taktiež G. Devol, uznávaný v USA za otca robotov. Ide o sofistikovaný manipulátor, nazývaný „master slave system“, kde je chirurg pracujúci pri ovládacej konzole fyzicky oddelený od pacienta. Je tak možné operovať na „diaľku“, aj keď v praxi sa tak deje vo vzdialenosti dvoch až troch metrov. Tri alebo štyri pracovné ramená prístroja, oblečené do sterilných rukávov, sú priamo napojené na robotické laparoskopické nástroje okrem videokamery, zavedené cez vstupné otvory (porty) do operačného poľa. Nástroje umožňujú obdobný pohyb ako chirurga ruka, to je 7 stupňov pohybu, a to bez trasu prenášaného na nástroj. Videoprojekcia je trojrozmerná (3D) oproti dvojrozmernej pri súčasných laparoskopických súpravách. Chirurg pri konzole pohodlne sedí s opretým čelom a pohyb jeho prstov je prenášaný na koniec nástrojov. Okrem toho je schopný ovládať postavenie videokamery a nástrojov funkciou koagulácie či harmonického skalpelu. Lekár potrebuje vyškoleného asistenta, ktorý sedí pri operačnom stole mimo

dosahu ramien robota a cez pomocný vstup (port) klipuje, odsáva, môže podať vlákno na prevedenie sutúry či zavedeným retraktorom ohraničuje operačné pole. Každý operačný nástroj sa môže použiť len pri desiatich operáciách, potom je automaticky z bezpečnostných dôvodov znehodnotený. Zväčšenie, vysoká kvalita obrazu a jemný pohyb nástrojov uľahčujú mikrochirurgickú techniku (Krška, 2011).

Porovnanie laparoskopického a robotom asistovaného laparoskopického výkonu

Porovnanie výkonov predviedol Lanfranco. Za prednosti konvenčného laparoskopického prístupu považuje jej dlhodobý vývoj, dokonale vyvinutú technológiu, klinické rozšírenie a dnes už preukázaný prínos pre pacienta. Nevýhody zveruje v absencii palpácie, strate priestorového videnia, limitovanom stupni pohyblivosti nástrojov a prenose trasu rúk. Výhody robotického systému sú predovšetkým v 3D obraze, výraznom zlepšení pohyblivosti nástrojov, odstránení prenosu trasu, uplatnenie mikrochirurgickej techniky, operovaní „na diaľku“ a ergonómii práce chirurga. Ako nevýhody uviedol absenciu palpácie, vysokú cenu zariadenia a jeho prevozu, vyššie nároky na personál, občasné problémy s novou technikou a nepreukázaný prínos pre pacienta (Krška, 2011).

4.4 Rekonvalescencia

Ak pacientka nepodstúpi chirurgickú liečbu, dochádza k rekonvalescencii za rok po liečbe v 5 – 20 % a za päť rokov až v 40 % (Roztočil, 2011).

4.5 Prevencia endometriózy

Pravdepodobne pred rozvojom ochorenia chráni ženu gravidita a kojenie, prostredníctvom relatívneho hypoestrogénneho a hypergestagénneho stavu v tehotenstve. Ďalšou možnou prevenciou je užívanie hormonálnej antikoncepcie (Roztočil, 2011).

5 CHARAKTERISTIKA KONCEPČNÉHO MODELU C. ROYOVEJ

5.1 Biografické údaje

- narodená 14.10.1939, Los Angeles, USA,
- 1960 dosiahla základné ošetrovateľské vzdelanie na Mount Mary's College v Los Angeles a na rovnakej škole,
- 1963 ukončila bakalárske vzdelanie v ošetrovateľstve na University of California v Los Angeles,
- pracovala ako sestra aj ako staničná sestra v pediatrickom ošetrovateľstve,
- 1966 absolvovala magisterské vzdelanie v ošetrovateľstve na University of California v Los Angeles,
- 1977 dosiahla doktorandské štúdium sociológie,
- pracovala ako vedúca ošetrovateľského oddelenia na Mount Mary's College v Los Angeles, ako odborná asistentka na School of Nursing University of Portland, riaditeľka Mount Saint Mary's Hospital v Tucsoe a ako profesorka na Boston College of Nursing v Massachusetts,
- 1985 habitovala z klinickej neurológie,
- stala sa členkou Americkej akadémie vied, osobnosti Ameriky, členkou NANDA a členkou Svetovej organizácie žien (Pavlíková, 2006).

5.2 Adaptačný model

Royovej model vznikol v 70. rokoch minulého storočia. Vývin modelu ovplyvnili dve teórie, ktoré zároveň tvoria jej hlavné východiská. Jedná sa o teóriu systémov Bertalanffyho a adaptačnú teóriu Helsona (Žiaková, 2007). Základnou kategóriou Royovej modelu je proces adaptácie človeka na neustále meniace sa prostredie. Adaptácia sa určuje ako systém činnosti jednotlivca pomocou podpory jeho osobnej integrity a pozitívneho pôsobenia na zdravie. V procese adaptácie jednotlivca zohrávajú rolu pôsobiace podnety a úroveň jeho individuálnej adaptácie (Žiaková, 2009).

Metaparadigmatické koncepcie podľa Royovej:

Osoba je biopsychosociálna bytosť s nepretržitými vzťahmi a meniacim sa prostredím. Je prijímateľom ošetrovateľskej starostlivosti ako adaptačný systém s vnútornými procesmi, teda kognátor, regulátor (Farkašová, 2009).

Zdravie je podľa Royovej stav a proces fungujúci ako celok. Je odrazom adaptácie, to znamená interakcie s prostredím. Zdravie je spôsob, ktorým osoba prechádza od zdravia k chorobe a späť. Odoláva problémom, na ktoré sa musí adaptovať. Zdravie aj choroba sú dimenzie ľudského života (Farkašová, 2009).

Prostredie predstavuje všetky podmienky, situácie a okolité vplyvy, ako aj ovplyvňovanie vývoja a správanie osôb či skupín. Meniace sa prostredie podnecuje adaptačné reakcie. Prostredie obsahuje vnútorné a vonkajšie faktory, ktoré menia potrebu jedinca zvyšovať energiu na adaptáciu v danej situácii. Faktory prostredia, ktoré ovplyvňujú človeka, sa rozdeľujú na ohniskové, reziduálne a kontextuálne (Farkašová, 2009).

Ošetrovateľská starostlivosť je teoretickým systémom vedomostí, ktorý určuje proces analýzy údajov a činnosti súvisiacej so starostlivosťou o chorého alebo potenciálne chorého človeka. Ošetrovateľská starostlivosť je potrebná vtedy, keď nadmerný stres alebo zvládanie situácie oslabuje človeka do takej miery, že nezvládne danú situáciu efektívnym spôsobom (Žiaková, 2007).

Základné tézy Royovej adaptačného modelu:

- jednotlivec je biopsychosociálna bytosť,
- jedinec sa vyskytuje v konštantnej interakcii s meniacim sa prostredím,
- na vyrovnanie sa s meniacim prostredím používa jedinec vrodené aj získané mechanizmy (regulátor, kognátor),
- zdravie a choroba sú dôležité dimenzie života,
- jednotlivec sa musí adaptovať, aby pozitívne odpovedal na zmeny prostredia (Farkašová, 2009).

Koncepcia modelu:

Adaptácia – je proces prispôsobovania sa zmene prostredia.

Podnety – sú z vonkajšieho a vnútorného prostredia. Vyvolávajú adaptačnú reakciu. Po adaptácii jedinca sú významné druhy stimulov (podnetov) a adaptačnej niveau (adaptačnej úrovne).

Druhy podnetov:

Fokálny podnet (ohniskový, centrálny) – podnet, ktorý aktuálne pôsobí na jedinca v určitom momente a na ktorý okamžite reaguje.

Kontextuálny podnet – náhodne pôsobiaci podnet v dobe vplyvu fokálneho podnetu, ku ktorému má vzťah.

Reziduálny podnet – podnet z osobnostnej oblasti jedinca, napr. vlastnosti, postoje, názory.

Adaptačná niveau (adaptačná úroveň) – individuálny rozsah efektívnych reakcií jednotlivca na podnety. Keď podnet prekročí hranice individuálnej adaptačnej zóny, reakcie sú naňho neefektívne a dochádza k porušeniu integrity jedinca (Pavlíková, 2006).

Reakcie na podnety sa delia na:

Adaptívne – nepresahujú adaptačnú úroveň jedinca. Adaptívne reakcie podporujú jednotlivcovu integritu, rast, vývoj, moc, ciele, zlepšujú jeho kontrolu nad prostredím a stimulujú jeho celistvosť.

Neefektívne – presahujú adaptačnú úroveň jedinca. Neefektívne reakcie neprispievajú k dosadeniu adaptívnych cieľov, vedú k dezintegrácii jedinca.

Adaptačný systém jedinca:

Delíme na dva subsystemy: na primárny a sekundárny.

Primárny subsystem (kontrolný) – zahŕňa naučené alebo zdedené mechanizmy kontroly procesu alebo prekonávanie či zvládanie situácie. Pozostáva z regulátora a kognátora:

- *Regulátor* reaguje na podnety z vonkajšieho a vnútorného prostredia pomocou nervových, chemických a endokrinných reakcií.
- *Kognátor* reaguje na podnety z vnútorného a vonkajšieho prostredia poväčšine prostredníctvom vyššej nervovej činnosti (pamäť, učenie, emócie, rozhodovanie...). Reakcie sú emocionálneho typu (Pavlíková, 2006).

Efaktorový systém (sekundárny) – ukazuje reakcie jedincov po ich spracovaní v primárnom substystéme do štyroch adaptačných oblastí, ktoré autorka označila ako adaptačné mody. Tie sú:

- **Fyziologická oblasť** – zahŕňa dýchanie, cirkuláciu, výživu, tekutiny, vyprázdňovanie, aktivitu, odpočinok, spánok, celkovú reguláciu (telesná teplota, zmysly, vitálne funkcie, endokrinný a nervový systém); fyziologická oblasť obsahuje reakcie spojené so štruktúrou tela a spôsobom jeho funkcie.
- **Sebauvedomenie** – pozostáva z fyzikálnej, osobnostnej a interpersonalnej zložky.
- **Rolová funkcia** – zahŕňa identifikáciu a zvládnutie rolí, sociálnu interakciu vzhľadom k primárnej, sekundárnej a terciálnej role.
- **Vzájomná závislosť** – obsahuje vzájomnú závislosť alebo nezávislosť v rámci interpersonalných vzťahov dvoch a viac osôb pri zabezpečovaní potrieb jedinca (Pavlíková, 2006).

Obsah modelu

Jednotlivec ako integrovaný celok s bio-psycho-sociálnymi zložkami je v neustálej interakcii s prostredím, ktoré sa stále mení. Týmto zmenám sa určitý jednotlivec prispôsobuje. Do akej miery sa adaptuje, o tom rozhoduje nielen sila podnetu, ale aj adaptačná úroveň jedinca. Keď podnet presiahne rozsah adaptačnej zóny jedinca, prichádza k neefektívnemu chovaniu a k maladaptácii. Zvládnutie účinku podnetov umožňuje jednotlivcovi kontrolný subsystém (regulátor a kognátor) a reakcia na podnety sa prejaví v efektorovom subsystéme. Podnety, ktoré pôsobia na jedinca a spúšťajú proces adaptácie, delíme na fokálne (pôsobia v určitom momente ako najsilnejšie, napr. chlad), kontextuálne (pôsobia súčasne s fokálnymi, vychádzajú zo skutočnosti, z prostredia, napr. nedostatočné oblečenie) a reziduálne (vychádzajú z názoru, predchádzajúcich skúseností jedinca, napr. podceňovanie informácie o počasi). Keď sa nedokáže jednotlivec efektívne prispôbiť na podnety, dochádza k neefektívnemu chovaniu, ktoré sa prejavuje maladaptáciou v štyroch adaptačných oblastiach (modoch). Úlohou sestry je identifikovať maladaptívne chovanie a podnety, ktoré k nemu viedli a následne pacientovi pomôcť k adekvátnej adaptácii (Pavlíková, 2006).

5.3 Ošetrovanie v perioperačnom období

Perioperačná ošetrovateľská starostlivosť je ošetrovateľská starostlivosť v predoperačnom, intraoperačnom a pooperačnom období.

Ošetrovateľský proces v predoperačnom období

Predoperačná starostlivosť začína rozhodnutím o operácii ako z jednej z možností liečby chirurgického ochorenia a končí sa jeho prevozom na operačnú sálu. Každý chirurgický výkon predstavuje zásah do organizmu jednotlivca zo somatickej, psychickej, spirituálnej, ekonomickej, sociálnej a inej stránky. Operácia je spojená s určitou záťažou – operačným rizikom, teda možným vznikom závažných intraoperačných a pooperačných komplikácií (Kubicová, 2005).

Ošetrovateľská starostlivosť v predoperačnom období zahŕňa prijatie pacienta, všeobecné a špeciálne predoperačné posúdenie, a najmä jeho prípravu na chirurgický zákrok, čo zahŕňa:

- vyhľadávanie faktorov podmieňujúcich riziko,
- znižovanie rizikových faktorov a minimalizovanie operačného rizika,
- iniciovanie prevencie komplikácií už v období pred operáciou (Kubicová, 2005).

Stupeň operačného rizika závisí od:

- časového faktora operácie,
- zložitosti chirurgického zákroku,
- celkového stavu pacienta.

Predoperačná príprava sa delí na:

- všeobecnú/špeciálnu,
- somatickú/psychickú/medikamentóznou,
- celkovú/miestnu.
- dlhodobú/krátkodobú/bezprostrednú.

Počas predoperačnej prípravy sestra praktizuje poučenie a štandardné ošetrovateľské intervencie a určité špecifické ošetrovateľské intervencie vzhľadom na faktory operačného rizika i druh ochorenia (vid'. príloha A) (Kubicová, 2005).

Ošetrovateľský proces v intraoperačnom období

Toto obdobie sa začína prevzatím pacienta na operačnú sálu a ukončí sa jeho prevozom na jednotku intenzívnej starostlivosti alebo ošetrovaciu jednotku po operácii. V tomto období zodpovednosť za ošetrovanie pacienta preberá anestéziologická a operačná sestra (Kubicová, 2005).

Ošetrovateľský proces v pooperačnom období:

Pooperačné obdobie je medzi prebudením pacienta po anestézii až po jeho prepustenie do domácej starostlivosti. Cieľom starostlivosti v bezprostrednom pooperačnom období je zaistiť základné životné funkcie pacienta a napomôcť jeho zotavovaniu sa z anestézie. V prvej hodine, respektíve po niekoľkých hodinách po operácii, je jedinec ohrozený komplikáciami vyplývajúcimi z účinkov celkovej anestézie. Až do návratu obranných reflexov, spontánneho dýchania a stabilizácie krvného obehu by mala byť starostlivosť o pacienta zabezpečená ešte v operačnej sále anestéziológom a anestéziologickou sestrou. Cieľom starostlivosti nadväzujúcej na bezprostrednú pooperačnú starostlivosť je u pacienta eliminovanie bolesti, diskomfortu, pooperačných komplikácií a podpora návratu zdravotného stavu na optimálnu úroveň (vid'. príloha B) (Kubicová, 2005).

5.4 Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti u ženy s endometriózou

Posudzovanie:

- **Osobná anamnéza** – predošlé ochorenia, alergie, nehody, úrazy v oblasti malej panvy a operácie.
- **Gynekologická anamnéza** – gynekologické operácie, dysmenorea, intenzita a dĺžka menštruačného krvácania a bolestivý pohlavný styk.
- **Pôrodnicka anamnéza** – pôrody, potraty a umelé prerušenie tehotenstva.
- **Sociálna anamnéza** – rodinné vzťahy, sociálno-ekonomická situácia, sociálne interakcie a pracovné podmienky.

Fyzikálne vyšetrenie – subjektívne informácie získané od pacientky, objektívne údaje získané inšpekciou, palpáciou a auskultáciou.

Najčastejšie odchýlky od fyziologickej normy:

- **Vitálne funkcie** – zrýchlený tep, zrýchlený dych a hypotenzia
- **Brucho** – jazvy po laparotómii alebo laparoskopii v oblasti malej panvy a palpačná bolestivosť v podbruší
- **Koža** – bledosť kože a príznaky cyanózy
- **Imunitný systém** – znížená bunková imunita

Aktivity denného života:

- **Stravovanie** – znížená chuť do jedla
- **Spánok a bdenie** – nespavosť

Opis psychického stavu:

- **Nálada** – depresia
- **Sebahodnotenie a sebakoncepcia** – narušená
- **Informovanosť o ochorení** - nedostatočná (Repková, 2006).

U pacientky s endometriózou sestra stanovuje najčastejšie tieto diagnózy:

Aktuálne sesterské diagnózy:

- bolesť,
- zhoršenie výmeny plynov,
- porucha tkanivového prekrvenia,
- zmenená výživa,
- porucha spánku,
- nenaplnenie rodičovskej role,
- narušenie celistvosti kože,
- sexuálna dysfunkcia,
- znížené sebahodnotenie,
- nedostatok informácií.

Potenciálne sesterské diagnózy:

- riziko infekcie (Repková, 2006).

5.5 Ošetrovateľský proces v starostlivosti o pacientku s endometriózou podľa koncepcného modelu C. Royovej

Kazuistika

36-ročná pacientka P.G. je slobodná a bezdetná administratívna pracovníčka bývajúca v dvojizbovom byte s priateľom. Lieči sa na hypertyreózu. V roku 2013 mala ľavostrannú operáciu ovárií dôsledkom endometriózy. V roku 2014 podstúpila laparoskopickú operáciu ľavostrannej salpingektómie. Dňa 17. 5. 2016 bola prijatá na gynekologické oddelenie na plánovanú operačnú intervenciu, roboticky asistovanú disekciu rektovaginálneho septa a pošvy pre endometriózu (DIE). Pacientka udávala občasné bolesti v podbrušku a bolestivú menštruáciu.

Posudzovanie:

Meno a priezvisko: P. G.

Vek: 36 rokov

Pohlavie: žena

Poisťovňa: 25

Štátna príslušnosť: SR

Národnosť: slovenská

Bydlisko: Púchov

Vzdelanie: stredoškolské

Zamestnanie: administratívna pracovníčka

Rodinný stav: slobodná

Oddelenie: II. Gynekologicko – pôrodnická klinika SZU FNsp F.D. Roosvelta, Banská Bystrica

Typ prijatia: plánovaný príjem

Dátum prijatia: 17. 5. 2016

Stav pacientky pri prijatí:

Tlak krvi (TK): 110/70 Torr

Počet dychov (D): 16/min.

Počet pulzov (P): 80/min.

Telesná teplota (TT): 36,5°C

Výška: 160 cm

Váha: 55 kg

Body mass index (BMI): 21/48 kg/m₂

Anamnéza:

Osobná anamnéza: hyperthyreosis

Alergiologická anamnéza: neudáva

Lieková anamnéza: Thyrozol – 1-0-1/2 tabletky (tbl.)

Sociálna anamnéza: slobodná (priateľ), administratívna pracovníčka

Operácie: Lapraoskopia (LSK) 2013 v Martine endometriosa – resectio ovarii I. sin.

2014 Laparoskopia (LSK) DK adhesiolysis saplingektomia I. sin.

Terajšie ochorenie: plánovaný príjem za účelom disekcie rektovaginálneho septa a pošvy pre DIE

Gynekologická anamnéza: Menarché – ako 14 ročná

Cyklus – 26/5

Posledná menštruácia – 24. 04. 2016

Pôrody – 0

Pôrody vaginálne – 0

Pôrody sekciou – 0

Aborty – 0

Umelé prerušenie tehotenstva – 0

Graviditas extrauterina – 0

Epidemiologická anamnéza – negatívna

Tab. 1 Údaje získané sestrou pri posudzovaní

Celkový stav pacienta pri prijatí:	Hrudník: súmerný, poklop jasný, dýchanie kostoabdominálne, bez vedľajších fenoménov
Vedomie: jasné	Srdce: akcia pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestov
Orientácia: orientovaná v čase, priestore a osobe	Brucho: priehmatné, voľne poklop bubienkový, posluchovo črevná peristaltika počuteľná, brušné svaly spojené s dýchaním
Hlava: normocefalická, bez závratov Oči: vidiaca Uši: počujúca Chrup: úplný, sanovaný Ústna dutina: sliznica bledoružová Jazyk: vlhký, nepovlečený	Pečeň: nezväčšená Slezina: nezväčšená Dolné končatiny: bez edémov Artérie: obojstranne hmatné Horné končatiny: bez deformít, aktívna hybnosť, artérie bimanuálne hmatné
Krk: symetrický, šija voľná, nebolestivý, bez opuchov	Chrbtica: fyziologické zakrivenie, bez deformít

<p>Karotídy: pulzovanie obojstranne hmatné Štítna žľaza: na pohľad a pohmat zväčšená Lymfatické uzliny: nehmatné</p>	<p>Gynekologický nález – vonkajší genitál bezpríznakový (bpn), pošva bez známok zápalu, hrdlo konické, uterus fixovaný, bolestivý, ligamentum. sacrouterinum bilaterálne bez infiltrácie, adnexá bilaterálne negatívne, bolesti v podbrušku, bolestivá menštruácia, dyspareunia, krvácanie mimo cyklu, nemá ani špinenie</p>
<p>Ordinované vyšetrenia:</p>	<p>Hemokoagulačné vyšetrenie:</p>
<p>Krvná skupina: Biochemické a pomocné vyšetrenia: C – Leukocyty – 11,3 C – Hemoglobín – 11, 0 C – Erytrocyty – 3,89 C – Hematokrit – 33,4 C – Stredný objem Ery – 85,9 C – farbivo Erytrocyt – 28,5 C – Stred. fareb. konc. – 33,2 C – Distr. šírka Ery – 13,1 C – Distr. šírka Ery –SD – 39,80 C – Nízka hustota HBG – 5,90 C – fakt. makroc. Anémie – 9,50 C – Trombocyty – 342 C – Trombokrit – 0,26 C – Stredný objem tromb – 7,7 C – Distribučná šírka Tr – 15,6</p> <p>Biochemické vyšetrenie: Glukóza – 5,28 mmol/l Urea – 4,9 mmol/l Kreatinín – 70,0 umol/l Sodík (Na) – 140 mmol/l Draslík (K) – 4,5 mmol/l</p>	<p>PT (Quick) – 112% INR - 0,93 APTT – 27 sec APTT kontrola – 29 sec APTT - index – 0,93 TT (Tromb. Čas) – 19 sec TT kontrola – 22 sec Fbg – 2,79 g/l</p> <p>Krvný obraz a diferenciál: WBC – 9,2 10Ex9/l RBC – 4,63 10Ex12/l HGB – 146 g/l HCT – 0,43 MCV – 93,5 fl MCH – 31,5 pg MCHC – 337,0 g/l PLT – 376 10Ex9/l Lymfocyty – 0,32 MXD – 0,05 Neutrofilly – 0,63</p> <p>Elektrokardiografia (EKG) – PSR, fr 107/min, el. os 60 st , PD v norme, PZ vo V2, SI negatívne , T negatívne v aVR, ST izoel. sínusová tachykardia, ináč krivka v norme, bez ischemických zmien</p> <p>Sonografické vyšetrenie – uterus v AVF primeranej veľkosti semifixovaný na zadnej stene subs. myoma 22 mm</p> <p>RTG srdca a pľúc – snímka bez patologického nálezu, pľúca vzdušné, srdečné zatemnenie v norme</p>

Ordinovaná liečba po operácii:

Thyrozol: 1-0-1/2 tbl.

Analgetiká: Novalgin každých 8 hodín intravenózne (i.v.).

Antibiotiká: Axetine 750 mg do 100 ml

Antikoagulanciá: Fraxiparine 0,3 ml subkutánne (s.c.)

5.6 Posúdenie pacientky podľa koncepčného modelu Callisty Royovej

Posúdenie 17. 5. 2016 o 10:15 hod.

Fyziologické potreby:

Oxygenácia:

1. **Subjektívne:** „Dýcha sa mi dobre. Tlak mávam dobrý. Nemala som nikdy vážnejšie problémy.“
2. **Objektívne:** Dýchanie pravidelné. Frekvencia dýchania je 16/min., nefajčí, problém s kašľaním nemá. Pulz je pravidelný, hmatateľný s frekvenciou 80/min. TK: 110/70. Pulzácia rovnaká na všetkých artériách, edémy a varixy nie sú prítomné. EKG bez zmien.

Výživa:

1. **Subjektívne:** „Zjem všetko. Jedávam často cez deň menšie porcie v pravidelných intervaloch.“
2. **Objektívne:** Pacientka má BMI: 21/48 kg/m², príjem stravy je pravidelný. Počas dňa sa stravuje 4 – 5 krát. Stravuje sa v jedálni. Chuť do jedla je primeraná, zje všetko.

Vylučovanie:

1. **Subjektívne:** „S močením ani so stolicou nemám žiadny problém, stolicu mám jedenkrát za 24 hodín a s močením je to podľa toho, koľko vypijem. Dnes som bola poučená, že pri operácii mi zavedú hadičku.“
2. **Objektívne:** Pacientka neudáva žiadne problémy. Močí spontánne. Moč je žltej farby, číry a bez zápachu. Vylučovanie jedenkrát denne do WC, stolica je formovaná, hnedá a bez patologických prímiesí. Brucho na pohmat bolestivé len v oblasti podbrušia. Posledná stolica bola včera ráno.

Aktivita :

1. **Subjektívne:** „Som plne sebestačná. Veď ešte nie som až tak stará. Rada chodím na túry a dlhšie prechádzky do prírody.“
2. **Objektívne:** Pacientka je sebestačná pri všetkých činnostiach.

Odpočinok:

1. ***Subjektívne:*** „Odpočinok si doprajem hlavne cez víkend. No v poslednom čase sa mi nespí dobre, keďže mám občas tie bolesti.“
2. ***Objektívne:*** Pacientka udáva bolesti, pre ktoré ma narušený spánok. V priebehu dňa nemá potrebu odpočinku.

Rovnováha tekutín:

1. ***Subjektívne:*** „Ja pijem veľa. Najčastejšie len čaje a minerálnu vodu, snažím sa vyhýbať sladkým vodám.“
2. ***Objektívne:*** Sliznice ružové, vlhké. Turgor kože je v norme. Vypije dostatok tekutín – do 2500 ml tekutín za 24 hodín.

Zmysly:

1. ***Subjektívne:*** „Doteraz som nespozorovala žiadne zmeny vnímania. Ani okuliare nepotrebujem.“
2. ***Objektívne:*** Vedomie je jasné, plné. Reflexy, zrak, sluch, chuť a čuch sú zachované. S rečou nie sú problémy, je komunikatívna a spolupracuje.

Endokrinné funkcie:

1. ***Subjektívne:*** „Mám problém so štítnou žľazou. Liečim sa na hypertyreózu a beriem aj lieky pravidelne.“
2. ***Objektívne:*** Štítna žľaza je na pohmat a pohľad zväčšená. Pacientka užíva tabletky.

Celková regulácia:

1. ***Subjektívne:*** „Teplotu asi nemám. Cítim sa dobre.“
2. ***Objektívne:*** TT: 36,5°C, meraná 2-krát denne.

Sebakoncepcia:

Fyzikálna zložka:

1. ***Subjektívne:*** „Mala som už operácie na gynekológii, jazvy mám po laparoskopii. Telesný vzhľad sa snažím udržiavať. Teraz, keď som chorá, tak menej.“
2. ***Objektívne:*** Pacientka je upravená, pokojná, vzhľad kože primeraný veku. Má narušenú celistvosť kože v dôsledku už vykonaných operácií v okolí podbrušia.

Osobnostná zložka:

1. **Subjektívne:** „Myslím si, že som vyrovnaná osoba. Stotožňujem sa s názorom, čo má prísť, príde. Mojou podporou je môj priateľ a moja rodina. Vo všetkom mi pomáhajú. Som rada, že ich mám.“
2. **Objektívne:** Pacientka reaguje primerane, myslenie je reálne, logické. Cíti sa aj po psychickej stránke dobre, aktívne sa zapája. Vierovyznanie: kresťan – katolík. O bohoslužbách v rámci hospitalizácie je informovaná.

Interpersonálna zložka:

1. **Subjektívne:** „Bývam v byte s priateľom. Nie som vydatá, lebo nemám dobré skúsenosti s predchádzajúcimi partnermi. Ale raz to snád' príde.“ „Ešte mám nejaké otázky k operácii.“
2. **Objektívne:** Pacientka býva so svojím priateľom v dvojizbovom byte. Nemá dostatok vedomostí o zákroku. Po prepustení sa o ňu bude starať jej priateľ.

Rolová funkcia:

1. **Subjektívne:** „Snád' to všetko dobre dopadne a čoskoro sa budem môcť vrátiť do práce.“
2. **Objektívne:** Momentálny zdravotný stav ovplyvňuje pacientku negatívne v ekonomickej situácii. V rodine majú dobré vzťahy. Má časté návštevy.

Rola primárna: 36-ročná žena

Rola sekundárna: priateľka, dcéra

Rola terciálna: rola pacientky

Vzájomná závislosť:

1. **Subjektívne:** „Keď ma prepustia, tak budem odkázaná na svojho priateľa. Určite budem ešte slabá po operácii.“
2. **Objektívne:** Pacientka je samostatná, ale v prípade potreby jej po operácii bude pomáhať priateľ pri sebaobslužných aktivitách.

Nezávislosť: cíti sa fyzicky vyrovnaná

Závislosť: bude vyžadovať predovšetkým po operácii od priateľa

Vzájomná závislosť: adaptácia na prostredie trvá viac dní

5.7 Stanovenie sesterských diagnóz

Aktuálne sesterské diagnózy:

1. Nedostatok informácií v súvislosti s operáciou prejavujúci sa kladením otázok.
2. Bolesť vo vzťahu k operačnému zákroku prejavujúca sa nervozitou.
3. Narušená celistvosť kože – operačná rana vo vzťahu k operačnému výkonu.
4. Narušený spánok v súvislosti s operačnou ranou prejavujúci sa nespavosťou.
5. Sociálna izolácia vo vzťahu k hospitalizácii prejavujúca sa verbalizáciou.

Potenciálne sesterské diagnózy:

1. Riziko vzniku infekcie v súvislosti so zavedeným periférnym venóznym katéterom.
2. Riziko vzniku infekcie v súvislosti so zavedeným permanentným močovým katétrom.
3. Riziko vzniku infekcie vo vzťahu k operačnej rane.
4. Riziko vzniku krvácania v súvislosti s operačným výkonom.
5. Riziko sexuálnej dysfunkcie vo vzťahu k zákroku.
6. Riziko vzniku zápchy v súvislosti so zníženou aktivitou po operácii.

17. 5. 2016 1. deň hospitalizácie

Rámec posúdenia: Pacientka prijatá na oddelenie, verbalizuje nedostatok informácií o operácii.

Aktuálna sesterská diagnóza č. 1

Nedostatok informácií v súvislosti s operáciou prejavujúci sa kladením otázok.

Cieľ: Pacientka nadobudne dostatok vedomostí.

Kritériá:

Pacientka:

K 1: Má k dispozícii vhodnú miestnosť na komunikáciu ihneď.

K 2: Je edukovaná o priebehu operácie do 10 minút.

K 3: Uvedomuje si závažnosť svojej operácie a rozumie možným rizikám do 15 minút.

K 4: Rozumie významu a dôležitosti operácie, predoperačnej a pooperačnej prípravy do 30 minút.

K 5: Má umožnený rozhovor s lekárom do 2 hodín.

Intervencie:

- zabezpečiť vhodnú miestnosť na komunikáciu,
- poskytnúť informácie o priebehu operácie,
- zdôrazniť závažnosť operácie a jej riziká,
- zopakovať všetky predoperačné a pooperačné intervencie a dávať kontrolné otázky,
- sprostredkovať rozhovor s lekárom.

Realizácia:

Sestra:

- 10:05 zabezpečila vhodnú miestnosť na nerušený rozhovor,
- 10:10 poskytla dostatočné informácie o priebehu operácie formou edukačných, pomôcok – letákov, na ktorých boli dôkladne znázornené obrázky robotickej operácie,
- 10:15 zdôraznila závažnosť operácie a jej riziká,
- 10:30 zopakovala všetky predoperačné a pooperačné intervencie a dávala pacientke kontrolné otázky, na ktoré odpovedala správne,
- 12:00 sprostredkovala rozhovor pacientky a lekára.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Ďakujem za informácie, pochopila som všetkému.“

Objektívne: Pacientka pri kontrolných otázkach odpovedala správne. Pacientka nadobudla dostatok informácií. Cieľ bol splnený.

18. 05. 2016 2. deň hospitalizácie – 0. operačný deň

Rámec posúdenia: Pacientka po roboticky asistovanej operácii rektovaginálneho septa a pošvy pre DIE udáva pooperačné bolesti v oblasti podbrušia a má narušenú celistvosť kože v dôsledku operačného výkonu. Pre bolesti trpí nespavosťou.

Aktuálna sesterská diagnóza č. 2

Bolesť vo vzťahu k operačnému zákroku prejavujúca sa nervozitou.

Cieľ: Pacientka eliminuje bolesť.

Kritériá:

Pacientka:

- K 1:** Ukáže na analógovej stupnici stupeň bolesti od 0 – 10 ihneď.
- K 2:** Popíše lokalizáciu, intenzitu, kvalitu, typ a frekvenciu bolesti do 3 minút.
- K 3:** Zaujme úľavovú polohu do 5 minút.
- K 4:** Používa odpútavacie techniky do 10 minút.
- K 5:** Má podané analgetiká p. o. do 20 minút.
- K 6:** Udáva zníženie bolesti z č. 5 na č. 3. do 2 hodín.

Intervencie:

- požiadať pacientku o určenie bolesti od 0 do 10 na analógovej stupnici,
- zhodnotiť lokalizáciu, intenzitu, kvalitu, typ a frekvenciu bolesti,
- pomôcť zaujať úľavovú polohu,
- poskytnúť odpútavacie techniky,
- podať analgetiká podľa ordinácie lekára,
- pozorovať verbálne a neverbálne prejavy bolesti.

Realizácia:

Sestra:

- 13:30 vysvetlila zásady hodnotenia stupňa bolesti na analógovej stupnici a požiadala ju o určenie jej bolesti – zaznamenala stupeň č. 5.
13:33 zistila lokalizáciu, intenzitu, typ a frekvenciu bolesti – v podbrušku, stredne silná, ostrá bolesť so stálou frekvenciou.
- 13:35 oboznámila pacientku o najvýhodnejšej úľavovej polohe a pomohla jej zaujať Trendelenburgovu polohu.
- 13:40 nabádala pacientku k využitiu odpútavacích techník od bolesti – počúvanie hudby, čítanie – zapla TV.
- 13:50 podala pacientke naordinovanú analgetickú terapiu. Vysvetlila účinok liečiv a možný nástup účinku do pol hodiny. Fyziologický roztok (F1/1 100 ml) + Novalgin 1 ampulku.
- 15:50 požiadala o zhodnotenie stupňa bolesti na analógovej stupnici. Zaznamenala udané zmiernenie bolesti po podaní analgetík z č. 5 na č. 3.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Bolest' mi trocha ustúpila.“

Objektívne: Pacientka nie je nervózna, eliminovala na analógovej škále stupeň bolesti č. 3. Cieľ bol splnený čiastočne, je potrebné ďalej pokračovať v naplánovaných intervenciách.

Aktuálna sesterská diagnóza č. 3

Narušená celistvosť kože – operačná rana vo vzťahu k operačnému výkonu.

Cieľ: Pacientka nadobudne celistvosť kože.

Kritériá:

Pacientka:

K 1: Má kontrolovanú operačnú ranu a funkčnosť Redonovho drénu každú hodinu.

K 2: Je oboznámená o význame a dôležitosti drenáže do hodiny.

K 3: Má ošetrovanú operačnú ranu podľa potreby.

K 4: Je poučená o správnom vstávaní z postele do 2 hodín.

K 5: Je edukovaná o včasnej mobilizácii do 8 hodín.

K 6: Má odstránenú drenáž brušnej dutiny do 3 dní.

Intervencie:

- zhodnotiť stav operačnej rany a funkčnosť Redonovho drénu,
- vysvetliť význam a dôležitosť drenáže,
- ošetriť operačnú ranu podľa potreby,
- poučiť pacientku o správnom vstávaní z postele,
- edukovať o včasnej mobilizácii po operácii,
- sledovať celkový stav operačnej rany, drenáže a operačných portov.

Realizácia:

Sestra:

- 15:30 skontrolovala operačnú ranu, funkčnosť Redonovho drénu.
- 15:45 vysvetlila význam a dôležitosť drenáže.
- 16:00 ošetrila ranu Betadine roztokom, sterilnými tampónmi a prekryla sterilnými longetami. Uskutočnila oplach vonkajších rodiel Hypermangánovým roztokom.

- 16:10 poučila pacientku o správnom vstávaní a pridržiavaní si operačnej rany – vstávať cez bok a pridržiavať si operačnú ranu.
- 18:15 mobilizovala pacientku pri večernej toalete.
- 19: 00 skontrolovala celkový stav operačnej rany, drenáže a operačných portov. Obsah drénu bol 280 ml.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Nemám žiadne problémy s operačnou ranou.“

Objektívne: Operačná rana previazaná, pokojná a bez známok zápalu a krvácania. Operačné porty suché. Vaginálne nekrváca.

Celistvosť kože sa nedosiahla, preto je potrebné pokračovať v naplánovaných intervenciách. Cieľ sa splnil čiastočne.

Aktuálna sesterská diagnóza č. 4

Narušený spánok súvisiaci s operačnou ranou prejavujúci sa nespavosťou.

Cieľ: Pacientka si zlepší kvalitu spánku.

Kritériá:

Pacientka:

K 1 : Vie definovať príčinu narušeného spánku ihneď.

K 2 : Uplatňuje svoje spánkové návyky pred zaspávaním do 15 minút.

K 3 : Má zabezpečené tiché a pokojné prostredie na spánok do 30 minút.

K 4 : Má podané lieky podľa ordinácie lekára do 1 hodiny.

K 5 : Má sledovaný spánok každé 3 hodiny.

Intervencie:

- komunikovať s pacientkou o jej možných príčinách narušeného spánku,
- uplatniť spánkové návyky pred spaním,
- odstrániť rušivé vplyvy, zabezpečiť tiché a pokojné prostredie na spánok,
- podať ordinovanú terapiu
- kontrolovať kvalitu spánku počas celej noci.

Realizácia:

Sestra:

- 21:00 viedla rozhovor s pacientkou, kde zdôraznila výhody a nevýhody kvalitného spánku.
- 21:15 umožnila pacientke dodržať spánkové návyky pred zaspávaním – poskytla jej knihu na čítanie.
- 21:45 odstránila rušivé vplyvy, zabezpečila pacientke vhodné prostredie pre spánok, vyvetrala izbu, zhasla svetlo a vypla TV.
- 22:00 podala ordinovanú terapiu p. o. Frontin 0,25mg, 1 tbl., Novalgin 500 mg 1 tbl.
- sledovala kvalitu spánku počas noci každé 3 hodiny.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „V noci som spala málo.“

Objektívne: Pacientka sa často v noci budila. Cieľ bol splnený čiastočne, je potrebné pokračovať v naplánovaných intervenciách.

19. 5. 2016 3. deň hospitalizácie – 1. pooperačný deň

Rámec posúdenia: Pacientka pri operácii mala zavedený periférny venóznym katéter a permanentný močový katéter.

Potenciálna sesterská diagnóza č. 1

Riziko vzniku infekcie v súvislosti so zavedeným periférnym venóznym katétrom.

Cieľ: Pacientka predíde riziku vzniku infekcie.

Kritériá:

Pacientka:

K 1: Je edukovaná o možnostiach vzniku infekcie okamžite.

K 2: Pozná lokálne a celkové príznaky zápalu do 15 minút.

K 3: Venuje zvýšenú pozornosť periférnej venóznej kanyle pri sprchovaní každý deň.

K 4: Má podanú ordinovanú terapiu cez periférny venóznym katéter počas dňa.

K 5: Požiada o preväz v prípade porušenia sterilného krytia počas hospitalizácie.

Intervencie:

- poučiť pacientku o možnostiach vzniku infekcie,
- edukovať pacientku o lokálnych a celkových príznakoch infekcie,
- informovať o nutnosti venovania zvýšenej pozornosti na kanylu pri sprchovaní,
- aplikovať ordinovanú terapiu,
- zabezpečiť preväz.

Realizácia:

Sestra:

- 8:00 poučila pacientku o možnosti vzniku infekcie.
- 8:15 edukovala pacientku o miestnych a celkových príznakoch infekcie. Ošetrila periférny venózný katéter za aseptických podmienok, okolie vpichu vydezinfikovala Skinseptom purom a prelepila sterilnou náplast'ou.
- 08:40 informovala o nutnosti venovania zvýšenej pozornosti na kanylu počas sprchovania.
- 09:00 podala i. v. lieky podľa ordinácie lekára – Novalgin 1 amp. do 100 ml FR1/1, ATB liečba - Axetine 750 mg do 100 ml FR1/1.
- Sledovala známky zápalu za 24 hodín.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Cez kanylu mi podávajú lieky od bolesti a antibiotiká.“

Objektívne: Pacientka neprejavuje známky infekcie. Cieľ je čiastočne splnený, je potrebné pokračovať v naplánovaných intervenciách.

Potenciálna sesterská diagnóza č. 2

Riziko vzniku infekcie v súvislosti so zavedeným permanentným močovým katétrom.

Cieľ: Pacientka predíde vzniku infekcie.

Kritériá:

Pacientka:

K 1: Je poučená o dôvode zavedenia permanentného močového katétra ihneď.

K 2: Má zabezpečené vhodné ošetrenie kože v oblasti genitálií po osobnej hygiene do hodiny.

K 3: Má k dispozícii kontrolovanie známkov infekcie a stavu kože na genitáliách denne.

K 4: Má zabezpečené sledovanie množstva, farby a prímiesí v moči za 24 hodín.

K 5: Má poskytnuté ošetrovanie permanentného močového katétra každých 24 hodín.

Intervencie:

- poučiť pacientku o dôvode zavedenia permanentného močového katétra,
- ošetriť kožu v oblasti genitálií vždy po osobnej hygiene,
- kontrolovať známky infekcie a stavu v oblasti genitálií,
- sledovať a zaznamenávať množstvo, farbu a prímiesi v moči,
- poskytnúť ošetrovanie permanentného močového katétra.

Realizácia:

Sestra:

- 9:30 poučila pacientku o dôvode zavedenia permanentného močového katétra.
- 10:30 ošetrila kožu v oblasti genitálií Betadine roztokom a sterilnými tampónmi.
- 17:40 skontrolovala známky infekcie a stav kože v oblasti genitálií.
- 17:50 sledovala a zaznamenala množstvo, farbu a prímiesi v moči – diuréza: 1200 ml/24 hodín, jantárová farba, bez patologických prímiesí.
- Za aseptických podmienok ošetrovala permanentný močový katéter každých 24 hodín.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Ten katéter je nepríjemný.“

Objektívne: Pacientka neprejavuje žiadne známky infekcie. Cieľ je splnený čiastočne, je potrebné pokračovať v naplánovaných intervenciách.

20. 5. 2016 4. deň hospitalizácie – 2. pooperačný deň

Posúdenie pacienta

Pacientka je druhý deň po robotickej operácii. Bolesť toleruje, st. 3. Pri zmene polohy si pridrža operáciu ranu. Objektívne je okolie operačnej rany, okolie drénu a portov kľudné, suché, bez známkov zápalu, vaginálne krvácanie neprítomné. Vitálne funkcie sú v norme.

Pacientka sa sťažuje na nekvalitný spánok z dôvodu bolesti. Má zavedený periférny venózný a močový katéter, pozná dôvody ich zavedenia.

Pokračovanie v realizáciách k aktuálnej sesterskej diagnóze č. 2

Bolesť vo vzťahu k operácii prejavujúca sa nervozitou pacientky.

Realizácia:

Sestra:

- 07:50 požiadala o zhodnotenie stupňa bolesti na analógovej stupnici, zaznamenala stupeň č. 5.
- 07:53 zistila lokalizáciu, intenzitu, typ a frekvenciu bolesti – v podbrušku, stredne silná, ostrá bolesť so stálou frekvenciou.
- 08:00 pripomenula pacientke najvýhodnejšiu úľavovú polohu a pomohla jej zaujať Trendelenburgovu polohu.
- 08:15 poskytla pacientke noviny, krížovky, zapla TV.
- 08:20 podala naordinovanú analgetickú terapiu. Pripomenula účinok liečiv a možný nástup účinku do polhodiny. F1/1 100 ml + Novalgin 1 ampulku.
- 12:00 požiadala o zhodnotenie stupňa bolesti na analógovej stupnici. Zaznamenala pacientkou zmiernenú bolesť po podaní ordinovanej liečby z č. 5 na č. 4.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Bolesti sa mi zmiernili, ale stále pretrvávajú.“

Objektívne: Pacientka nie je nervózna, na analógovej stupnici zhodnotila stupeň bolesti č. 4. Cieľ sa splnil čiastočne, je potrebné pokračovať v naplánovaných intervenciách.

Pokračovanie v realizáciách k aktuálnej sesterskej diagnóze č. 3

Narušená celistvosť kože – operačná rana v súvislosti s operačným výkonom.

Realizácia:

Sestra:

- 9:10 zhodnotila operačnú ranu, funkčnosť Redonovho drénu.
- 9:20 uskutočnila aseptický preväz Betadine roztokom, sterilnými tampónmi a prekryla sterilným krytím. Uskutočnila oplach vonkajších rodidiel Hypermangánovým roztokom.
- 16:10 pripomenula pacientke zásady o správnom vstávaní a pridržiavaní si operačnej rany – vstávanie cez bok s pridržiavaním si operačnej rany.

- 18: 00 skontrolovala celkový stav operačnej rany, drenáže a operačných portov. Obsah drénu bol 30 ml.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Rana sa dobre hojí.“

Objektívne: Operačná rana previazaná, kľudná bez známok zápalu a krvácania. Celistvosť kože sa nedosiahla, preto je potrebné pokračovať v naplánovaných intervenciách. Cieľ sa splnil čiastočne.

Pokračovanie v realizáciách k aktuálnej sesterskej diagnóze č. 4

Narušený spánok v súvislosti s operačnou ranou prejavujúci sa nespavosťou.

Realizácia:

Sestra:

- 21:15 zdôraznila výhody a nevýhody kvalitného spánku.
- 21:25 odstránila rušivé vplyvy, upravila posteľ, zabezpečila pacientke vhodné prostredie pre spánok, vyvetrala izbu, zhasla svetlo a vypla TV.
- 21:35 umožnila pacientke dodržať spánkové návyky pred zaspávaním.
- 21:50 podala lieky p. o. Frontin 0,25mg, 1 tbl., Novalgin 500 mg 1 tbl.
- Kontrolovala kvalitu spánku počas noci každé 3 hodiny.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Konečne som spala dobre a za celú noc som sa neprebudila ani raz.“

Objektívne: Pacientka si zlepšila kvalitu spánku. Spala celú noc. Cieľ bol splnený.

Pokračovanie v realizáciách k potenciálnej sesterskej diagnóze č. 1

Riziko vzniku infekcie súvisiaci so zavedeným periférnym venóznym katétrom.

Realizácia:

Sestra:

- 07:10 skontrolovala funkčnosť periférneho venózneho katétra.
- 07:20 ošetrila periférny venózny katéter za aseptických podmienok, okolie vpichu vydezinfikovala Skinseptom purom a prelepila sterilnou náplastou.

- 07:30 podala i. v. lieky podľa ordinácie lekára – Novalgin 1 amp. do 100 ml FR1/1, ATB liečba – Axetine 750 mg do 100 ml FR1/1.
- Sledovala známky zápalu za 24 hodín..

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Kanyla ma vôbec neštípe.“

Objektívne: Pacientka je pri preväze bez známk infekcie. Ide o potenciálnu sesterskú diagnózu, je potrebné pokračovať v naplánovaných intervenciách až do odstránenia periférnej venóznej kanyly. Cieľ je čiastočne splnený.

Pokračovanie v realizáciách k potenciálnej sesterskej diagnóze č. 2

Riziko vzniku infekcie v súvislosti so zavedeným permanentným močovým katétrom.

Realizácia:

Sestra:

- 07:00 ošetrila kožu v oblasti genitálií Betadine roztokom a sterilnými tampónmi.
- 07:10 skontrolovala známky infekcie a stav kože v oblasti genitálií.
- 11:00 sledovala a zaznamenala množstvo, farbu a prímеси v moči – diuréza: 1400 ml/24 hodín, jantárová farba, bez patologických prímеси.
- 11:30 Zrušila permanentný močový katéter.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Lekár mi na vizite oznámil, že mi konečne dnes katéter vyberú.“

Objektívne: Pacientka bola počas hospitalizácie bez infekcie. Cieľ bol splnený.

21. 05. 2016 5. deň hospitalizácie – 3. pooperačný deň

Posúdenie pacienta

Pacientka je tretí deň po robotickej operácii. Bolesti toleruje mierne, st. 2. Pri zmene polohy si pridrža operačnú ranu. Objektívne je okolie operačnej rany, okolie drénu a portov kľudné, suché bez známk zápalu, vaginálne krvácanie neprítomné. Vitálne funkcie sú v norme. Pacientka spí dobre. Periférny venózný katéter je funkčný. Močí spontánne.

Pokračovanie v realizáciách k sesterskej diagnóze č. 1

Bolesť vo vzťahu k operačnému výkonu prejavujúca sa nervozitou.

Realizácia:

Sestra:

- 07:30 požiadala o zhodnotenie stupňa bolesti na analógovej stupnici, zaznamenala stupeň č. 2.
- 07:33 zistila lokalizáciu, intenzitu, typ a frekvenciu bolesti – v podbrušku, stredne silná, ostrá bolesť so stálou frekvenciou.
- 07:40 pripomenula pacientke najvýhodnejšiu úľavovú polohu a pomohla jej zaujať Trendelenburgovu polohu.
- 07:45 poskytla pacientke noviny, krížovky, zapla TV.
- 08:00 podala naordinovanú analgetickú terapiu. Pripomenula účinok liečiv a možný nástup účinku do pol hodiny. F1/1 100 ml + Novalgin 1 ampulku.
- 12:00 požiadala o zhodnotenie stupňa bolesti na analógovej stupnici. Zaznamenala pacientkou zmiernenú bolesť po podaní ordinovanej liečby z č. 2 na č. 1.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Už ma to nebolí.“

Objektívne: Pacientka nie je nervózna, na analógovej škále zhodnotila stupeň bolesti č. 1. Pacientka eliminovala bolesť. Cieľ sa splnil.

Pokračovanie v realizáciách k aktuálnej sesterskej diagnóze č. 3

Narušená celistvosť kože – operačná rana v súvislosti s operačným výkonom.

Realizácia:

Sestra:

- 09:15 zhodnotila operačnú ranu.
- 09:20 ošetrila operačnú ranu Betadine roztokom, sterilnými tampónmi a sterilnými longetami. Uskutočnila oplach vonkajších rodidiel Hypermangánovým roztokom.
- 09:30 pripomenula pacientke zásady pri správnom vstávaní a pridržíavaní si operačnej rany.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Rana sa zlepšuje.“

Objektívne: Operačná rana previazaná, kľudná bez známkov zápalu a krvácania. Hojí sa dobre. Celistvosť kože sa nedosiahla, preto je potrebné pokračovať v naplánovaných intervenciách. Cieľ sa splnil čiastočne.

Pokračovanie v realizáciách k potenciálnej sesterskej diagnóze č. 1

Riziko vzniku infekcie v súvislosti so zavedeným periférnym venóznym katétrom.

Realizácia:

Sestra:

- 07:00 skontrolovala funkčnosť periférneho venózneho katétera.
- 07:15 ošetrila periférny venózny katéter za aseptických podmienok, okolie vpichu vydezinfikovala Skinseptom purom a prelepila sterilnou náplast'ou.
- 07:30 podala i. v. lieky podľa ordinácie lekára - Novalgin 1 amp. do 100 ml FR1/1, ATB liečba - Axetine 750 mg do 100 ml FR1/1.
- Sledovala známky zápalu za 24 hodín.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Zatiaľ nemám s kanylou žiadne problémy.“

Objektívne: Pacientka je pri preväze bez známkov infekcie. Cieľ je čiastočne splnený, je potrebné pokračovať v naplánovaných intervenciách.

22.05.16 6. deň hospitalizácie - 4. pooperačný deň

Posúdenie pacienta

Pacientka štvrtý deň po robotickej operácii. Bolesti hodnotí na analógovej stupnici st. 1. Pri zmene polohy si pridrža operačnú ranu. Objektívne je okolie operačnej rany a okolie portov kľudné, suché, bez známkov zápalu, vaginálne krvácanie neprítomné. Vitálne funkcie sú v norme. Pacientka spí dobre. Dáva si pozor na zavedený periférny venózny katéter. Močí spontánne.

Pokračovanie v realizáciách k aktuálnej sesterskej diagnóze č. 3

Narušená celistvosť kože – operačná rana v súvislosti s operačným výkonom.

Realizácia:

Sestra:

- 09:15 ošetrila operačnú ranu Betadine roztokom, sterilnými tampónmi a sterilnými longetami. Uskutočnila oplach vonkajších rodidiel Hypermangánovým roztokom.
- 09:20 pripomenula pacientke zásady pri správnom vstávaní a pridržíavaní si operačnej rany.
- 09:30 podávala kontrolné otázky o správnom vstávaní z postele.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Rana je v poriadku.“

Objektívne: Operačná rana previazaná, kľudná, bez známkov zápalu a krvácania.

Celistvosť kože sa nedosiahla, preto je potrebné pokračovať v naplánovaných intervenciách. Cieľ sa splnil čiastočne.

Pokračovanie v realizáciách k potenciálnej sesterskej diagnóze č.1

Riziko vzniku infekcie v súvislosti so zavedeným periférnym venóznym katétrom.

Realizácia:

Sestra:

- 07:00 skontrolovala funkčnosť periférneho venózneho katétra.
- 07:00 ošetrila periférny venózny katéter za aseptických podmienok, okolie vpichu vydezinfikovala Skinseptom purom a prelepila sterilnou náplast'ou.
- Sledovala známky zápalu za 24 hodín.

Vyhodnotenie:

Subjektívne: „Zajtra pôjdem domov, tak mi ju už vyberú.“

Objektívne: Pacientka je pri preväze bez známkov infekcie. Pacientka počas hospitalizácie predišla vzniku infekcie. Cieľ bol splnený

Závěrečné hodnotenie pacienta

Dňa 17. 5. 2016 bola prijatá 36-ročná pacientka na gynekologické oddelenie na plánovanú operačnú intervenciu, roboticky asistovanú disekciu rektovaginálneho septa a pošvy pre DIE. Absolvovala ju bez komplikácií. Pacientku sme monitorovali a vykonávali ošetrovateľské intervencie počas dní od 17. 5. 2016 do 24. 5. 2016. Pozorovali sme ju metódou ošetrovateľského procesu, kde sme v 1. kroku posúdenia použili koncepčný model C. Royovej a následne sme jej aj podľa neho zabezpečili ošetrovateľskú starostlivosť. Stanovili sme aktuálne a potenciálne sesterské diagnózy. Kritériá a intervencie boli zamerané na perioperačnú starostlivosť, nedostatok vedomostí, zníženie bolesti, narušenú celistvosť kože, narušený spánok a riziká vzniku infekcie prostredníctvom periférneho venózneho a permanentného močového katétra. Pacientka sa aktívne zapájala do ošetrovateľského procesu. Postupne sa začala mobilizovať, kvalita spánku sa zlepšila, bolesti začali ustupovať, bol jej odstránený Redonov drén, močový katéter, periférny venózny katéter a operačná rana bola kľudná, bez známkov zápalu. Dňa 24. 5. 2016 bola prepustená do domácej starostlivosti.

ZÁVER

Ženské ochorenia, ktoré sú spojené s neplodnosťou, sú prevratnou udalosťou, či už pre dané pacientky alebo pre ich rodinu. Pri starostlivosti o takúto pacientku sa zvyšujú aj nároky na zdravotný personál, či už v zmysle teoretických alebo praktických vedomostí. Taktiež je veľmi dôležitá empatia a komunikácia.

Pri diagnostikovaní tohto ochorenia musíme brať do úvahy aj povahu pacientky a pripraviť ju na možné riziká, ktoré so sebou táto diagnóza prináša. Do procesu liečby je nutné zapojiť aj členov rodiny, predovšetkým partnera, s ktorým má pacientka najbližší vzťah.

Cieľom našej bakalárskej práce bolo popísať ochorenie, vypracovať ošetrovateľský proces v starostlivosti o pacientku s endometriózou podľa koncepčného modelu C. Royovej a vypracovať odporúčania pre prax. Našu pacientku sme sledovali počas celej hospitalizácie a vykonávali u nej ošetrovateľskú predoperačnú a pooperačnú starostlivosť na gynekologickom oddelení. Vypracovali sme sesterské diagnózy. Zo šiestich cieľov sa nám podarilo splniť päť a jeden čiastočne.

ODPORÚČANIE PRE PRAX

Sú vhodné pre všetkých zdravotníckych pracovníkov, ktorí pracujú s pacientkami s ochorením endometrióza.

1. Zabezpečiť vzdelávanie sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti o pacientky s endometriózou.
2. Poskytovať pacientkam komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť.
3. Viest' pacientky v primárnej zdravotnej starostlivosti na preventívne gynekologické prehliadky.
4. Edukovať pacientky o ochorení, možných komplikáciách a liečbe.
5. Sledovať celkový zdravotný stav pacientok.
6. Informovať pacientky o pooperačnej starostlivosti.
7. Poskytovať psychickú podporu.
8. Zlepšiť spoluprácu s rodinou a príbuznými pacientky.
9. Dôkladne edukovať pacientky pred prepustením do domácej starostlivosti.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

1. ČALKOVSKÁ, A. a kol. 2010. *Fyziológia človeka pre nelekárske študijné odbory*. Martin: Osveta. 2010. 220 s. ISBN 978-80-8063-344-8
2. ČIHÁK, R. 2002. *Anatomie 2*. Praha: Grada. 2002. 470 s. ISBN 80-247-0143-X
3. DANKO, J. a kol. 2014. *Vybrané kapitoly z gynekológie a pôrodnictva II*, polygrafické stredisko UK v Bratislave. 2014. 207 s. ISBN 978-80-223-3568-3
4. FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2009. *Ošetrovatel'stvo teória - 3. doplnené vydanie*. Martin: Osveta. 2009. 244 s. ISBN 978-80-8063-322-6
5. KINČOKOVÁ, M. – KAPUSTOVÁ, M. 2016. Endometrióza – postrach žien. In *Časopis Sestra*. 9-10/2016. Odborná príloha 153. ISSN – 1335-9444. s. 20 – 21.
6. KRŠKA, Z. et. al. 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada. 2011. 262 s. ISBN – 978-80-247-3815-4
7. KUBICOVÁ, Ľ. a kol. 2005. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 2005. 151 s. ISBN 80-8063-176-X
8. MÁRA, M. – HOLUB, Z. et. al. 2009. *Děložný myomy - Moderní diagnostika a léčba*. Praha: Grada. 2009. 232 s. ISBN 978-80-247-1854-5
9. MAREŠOVÁ, P. 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta a.s. 2014. 301 s. ISBN 978-80-204-3153-0
10. MELLOVÁ, Y. a kol. 2010. *Anatómia človeka pre nelekárske študijné programy*. Martin: Osveta. 2010. 183 s. ISBN 978-80-8063-335-6
11. PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatel'ství v kostce*. 1. Vydanie. Praha: Grada. 2006. 159 s. ISBN 80-247-1211-3
12. RADOŇAK, J. 2012. *Tretí rozmer v laparoskopii: Full HD 3D laparoskopická technika – prvé skúsenosti*. In *Časopis Slovenská chirurgia* 2/2012, ročník 9. ISSN 1336-5975. s. 76.
13. REPKOVÁ, A. a kol. 2006. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 2006. 138 s. ISBN 80-8063-236-7

14. ROZTOČIL, A. et. al. 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 2011. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2
15. ŠUŠKA, P. a kol. 2003. *Vybrané kapitoly z gynekológie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave vo Vydavateľstve UK. 2003. 254 s. ISBN 80-223-1818-3
16. ŠUŠKA, P. a kol. 2013. *Vybrané kapitoly z gynekológie*. 2 vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave vo Vydavateľstve UK. 2013. 296 s. ISBN 978-80-223-3367-2
17. TOPORCEROVÁ, S. 2015. *Základy reprodukčnej medicíny*. Košice: BEKI. 2015. 408 s. ISBN 978-80-89522-04-0
18. ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2007. *Ošetrovateľské konceptuálne modely – 1. Slovenské vydanie*. Martin: Osveta. 2007. 189 s. ISBN 978-80-8063-247-2
19. ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2009. *Ošetrovateľský slovník*. Martin: Osveta. 2009. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8
20. [2017-02-10]. Dostupné na internete: <https://www.svet-zdravia.sk/lide/zdena-havettova>

PRÍLOHY

Zoznam príloh

Príloha A

Príloha B

Obrátok 1

Obrátok 2

Obrázok 3

Obrázok 4

Obrázok 5

Obrázok 6

Príloha A: Základné predoperačné vyšetrenia: (Kubicová, 2005).

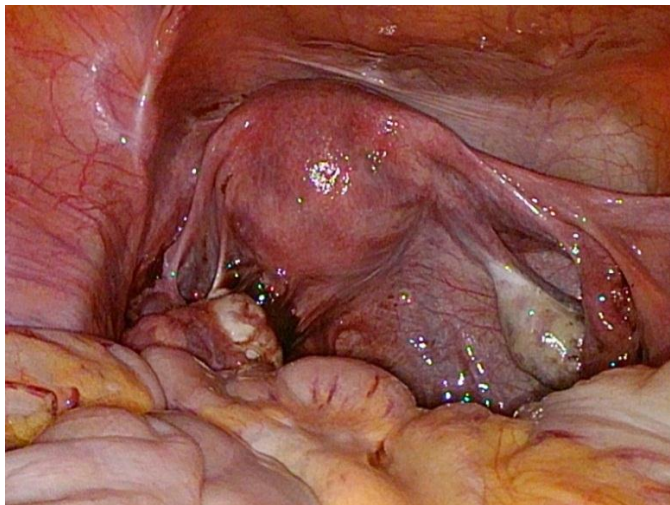
Intervencie sestry:	Poučenie pacienta:
<ul style="list-style-type: none"> - zhromaždiť výsledky štandardne realizovaných vyšetrení s dokumentáciou a písomným vyhlásením o súhlase s operáciou - vyšetrenie krvi – biochemické, hematologické, serologické - vyšetrenie moču – biochemické – moč chemicky + sediment - röntgenové vyšetrenie hrudníka - elektrokardiografické vyšetrenie srdca - interné predoperačné vyšetrenie - predoperačné anestéziologické vyšetrenie - realizovať odber krvi na vyšetrenie kompatibility, objednať potrebný počet transfúzných jednotiek podľa ordinácie - zabezpečiť chýbajúce základné alebo doplňujúce vyšetrenia 	<ul style="list-style-type: none"> - o potrebe doplnenia určitého vyšetrenia - o význame a priebehu daného vyšetrenia - o zásadách prípravy pred vyšetrením
<p>vodná a elektrolytová rovnováha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitorovať a zaznamenať bilanciu tekutín - vyhľadať príznaky dehydratácie - poskytnúť vhodné nápoje a tekutiny - posúdiť hladinu minerálov - zabezpečiť podanie ordinovanej enterálnej alebo parenterálnej výživy 	<p>Poučenie pacienta: o požiadavke nepiť, nefajčiť od polnoci v deň operácie</p>
<p>Príprava tráviaceho traktu –</p> <ul style="list-style-type: none"> - sledovať príjem potravy - podporovať defekáciu - podať laxanciá 	<p>Poučenie pacienta: o požiadavke nejesť od polnoci v deň operácie (platí aj pre príjem liekov per os okrem ordinovaných v rámci predoperačnej prípravy).</p> <ul style="list-style-type: none"> - o pozitívnom vplyve vyprázdnenia hrubého čreva na obnovu peristaltiky po operácii
<p>Odstránenie šperkov, protetických pomôcok, líčidiel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - o dôvode odstránenia šperkov, o potrebe odstrániť make-up, lak na nechtoch - o možnosti odovzdať šperky
<p>Hygiena – posúdiť sebestačnosť v hygienickej starostlivosti</p> <ul style="list-style-type: none"> - skontrolovať stav kože po vykonaní hygieny, prípadne asistovať pri hygiene - oholenie operačného poľa 	<ul style="list-style-type: none"> - o potrebe realizovať celkovú hygienickú starostlivosť - odporučiť realizovanie ráno v deň operácie
<p>Podpora odpočinku a spánku – poučiť pacienta v rámci psychickej predoperačnej prípravy</p> <ul style="list-style-type: none"> - eliminovať prípadnú bolesť - odstrániť rušivé vplyvy prostredia počas 	<ul style="list-style-type: none"> - o význame kvalitného spánku, psychickej pohody - o priebehu perioperačnej starostlivosti

<p>noči</p> <ul style="list-style-type: none"> - podať ordinované sedatíva v rámci premedikácie večer pred operáciou (ordinovaná anesteziológom) - eliminovať strach, úzkosť 	
<p>Prevenia pooperačných komplikácií:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bronchopneumónie - tromboembólie - pooperačného ilea - komplikácií z perioperačného poškodenia, - komplikácií z imobility - názorne predviesť techniku hlbokého dýchania, - poskytnúť antitrombotické pančuchy primeranej veľkosti - názorne predviesť techniku zmeny polohy po operácii 	<ul style="list-style-type: none"> - o význame a technike preventívnych opatrení - nácvik hlbokého dýchania expektorácie - kompresia predkolení elastickou bandážou - nácvik včasnej mobilizácie po operácii - podpora defekácie

Príloha B: (Kubicová, 2005).

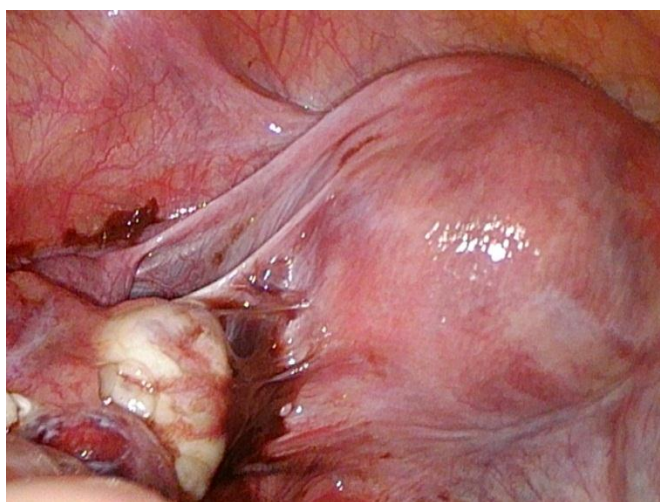
Možné zmeny bezprostredne po operácii:	Intervencie sestry:
<p>Vitálne funkcie – úroveň vedomia,</p> <ul style="list-style-type: none"> - zmeny kvality vedomia vplyvom anestézie - neprítomnosť obranných reflexov - laryngospazmus vplyvom intubácie - zmeny vitálnych funkcií – P, D, TK, TT, saturácia O₂ - útlm dýchania z účinku anestetík - zlyhanie obehu - zmeny tkanivovej perfúzie - zmeny objemu cirkulujúcich tekutín - zmeny vnútorného prostredia 	<ul style="list-style-type: none"> - prevziať pacienta od anesteziologickej sestry (kompletná dokumentácia, záznam času prevzatia) - posúdiť vitálne funkcie - napojiť pacienta v indikovaných prípadoch na zariadenia intenzívnej starostlivosti (EKG monitor, pulzný oxymeter) - posudzovať stav vedomia, návrat obranných reflexov - zabezpečiť vhodnú polohu – stabilizovanú, ak pacient nie je pri vedomí, dorzálnu po návrate reflexov - zaistiť bezpečnosť pacienta na posteli (bočnice) - sledovať vitálne funkcie (TK, P, D, saturácia O₂), každých 15 minút v prvej hodine, neskôr každú polhodinu, hodinu a individuálne - sledovať periférne prekrvenie tkanív - napojiť zberné vrečko u pacienta s permanentným močovým katétrom - monitorovať bilanciu tekutín - aplikovať ordinované injekčné formy liekov, infúziu terapiu - zabezpečiť ordinované laboratórne vyšetrenia, skompletizovať výsledky

<p>Tráviaci systém:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vracanie - nauzea - zmeny v ústnej dutine 	<ul style="list-style-type: none"> - zabezpečiť prevenciu aspirácie vhodnou polohou v prípade nauzey, vracania - aplikovať ordinované antiemetiká - sledovať stav ústnej dutiny - eliminovať pocit sucha v ústnej dutine (navlhčiť pery)
<p>Operačná bolesť, operačná rana</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sledovať krytie operačnej rany, eliminovať riziko vzniku infekcie, aplikovať ordinované roztoky na ranu - sledovať množstvo a charakter drénovaného obsahu, funkčnosť drénu - monitorovať príznaky vnútorného krvácania - monitorovať bolesť na základe verbalizácie pacienta - tmiť bolesť na základe ordinácie lekára, zaznamenať aplikáciu, sledovať účinnosť
<p>Vyprázdňovanie – retencia moču, inkontinencia, zápcha</p>	<ul style="list-style-type: none"> - zaistiť intimitu prostredia - sledovať u pacienta subjektívny pocit nutkania na močenie
<p>Hygienická starostlivosť – nedostatočná sebaopatera</p>	<ul style="list-style-type: none"> - posúdiť stav sebestačnosti, stav kože - zabezpečiť čistotu osobnej a posteľnej bielizne



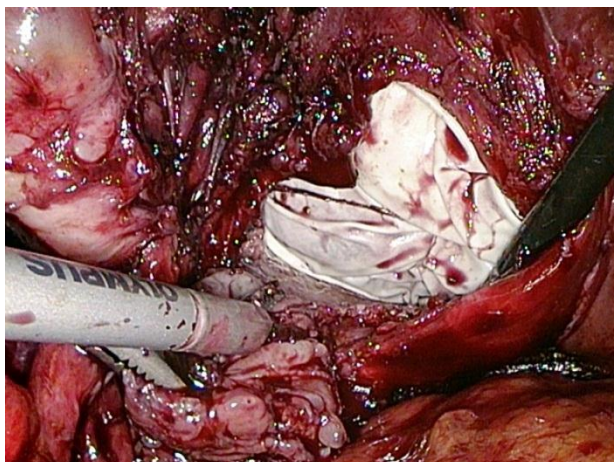
Obrázok 1 Zrasty v malej panve

Zdroj: archív MUDr. Bielika



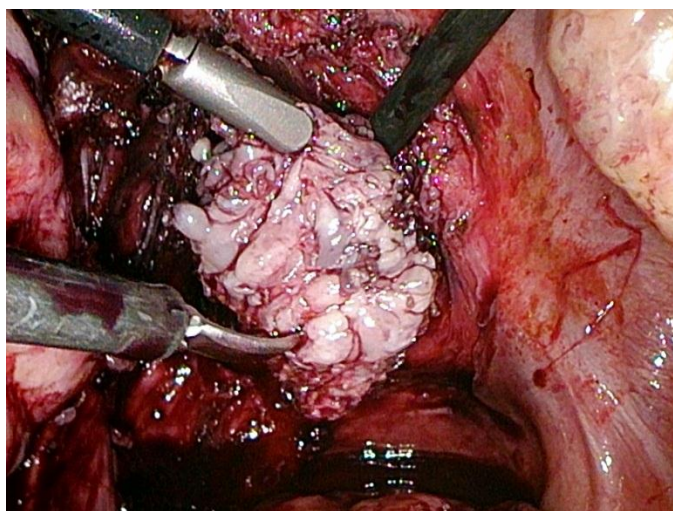
Obrázok 2 Endometrióza vaječníka

Zdroj: archív MUDr. Bielika



Obrázok 3 Ložiská endometriózy

Zdroj: archív MUDr. Bielika



Obrázok 4 Ložiská endometriózy v pošve

Zdroj: archív MUDr. Bielika



Obrázok 5 Da Vinci robot

Zdroj: archív MUDr. Bielika



Obrázok 6 Príprava robota k operácii

Zdroj: archív MUDr. Bielika