

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Olha Voroniuk

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Informační mapa péče pro ženu před abdominální hysterektomií

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Olha Vroniuk**
Osobní číslo: **Z17163**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Informační mapa péče pro ženu před abdominální hysterektomií**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. 1. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
2. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.
3. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
4. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2020

Prohlašuji:

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

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 21. 04. 2020

Olha Voroniuk

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za cenné rady, připomínky, trpělivost, vstřícnost, ochotu, odborný dohled a čas, který mi věnovala během tvorby této bakalářské práce. Děkuji také klientkám za jejich spolupráci při vyplňování dotazníků. Velké poděkování patří mé rodině, partnerovi a jeho rodině za velkou podporu po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Bakalářská práce na téma Informační mapa péče pro ženu před abdominální hysterektomií je prací teoreticko-průzkumnou. Teoretická rovina práce popisuje operační přístupy v gynekologii, člení gynekologické výkony na malé a velké a více se zabývá abdominální hysterektomií. Dále se věnuje předoperační přípravě, uvádí komplikace, které v průběhu operačního a pooperačního období mohou nastat. Zabývá se také edukací, kdy popisuje fáze edukačního procesu, metody edukace a charakterizuje informační mapu péče. V průzkumné části bakalářské práce byl na základě realizace dotazníkového šetření zjišťujícího úroveň informací respondentek, vytvořen edukační materiál, jímž je informační mapa péče. Ta by měla přispět ke zlepšení informovanosti žen před abdominální hysterektomií o průběhu a obsahu předoperační přípravy. Součástí informační mapy je manuál pro porodní asistentky.

KLÍČOVÁ SLOVA

Abdominální hysterektomie, edukace, informační mapa péče, porodní asistentka, předoperační příprava

TITLE

Information map of care for a woman before abdominal hysterectomy

ANNOTATION

The bachelor dissertation topic „Information care for women before abdominal hysterectomy“ is the dissertation theoretical-exploratory. The theoretical sphere of work describes surgical methods in gynecology, it divides the gynecologist intervention into small and large and it's more focused on abdominal hysterectomy. Further it engages presurgical preparations, mentions complications, which can occur during surgery or after that. It also includes education. In the survey part of bachelor dissertation has been created educational material based on a questionnaire, which is the informational care map. That should contribute to better awareness of women before abdominal hysterectomy, oriented on progress and content of pre-surgical preparation. A part of the information map is manual for midwife.

KEYWORDS

Abdominal hysterectomy, education, information map of care, midwife, preoperative preparation

OBSAH

ÚVOD	10
1 Cíle práce	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
2 Operační přístupy v gynekologii.....	13
2.1 Abdominální přístup.....	13
2.2 Vaginální přístup	14
2.3 Kombinace abdominálního a vaginálního přístupu.....	14
3 Malé a velké operační výkony v gynekologii.....	16
4 Abdominální hysterektomie.....	17
4.1 Indikace k provedení abdominální hysterektomie	17
4.1.1 Postup při stanovení indikace ke gynekologické operaci	17
4.1.2 Onemocnění dělohy vedoucí k abdominální hysterektomii	18
5 Předoperační příprava	20
5.1 Dlouhodobá předoperační příprava.....	20
5.2 Krátkodobá předoperační příprava.....	21
5.2.1 Anesteziologická příprava	21
5.2.2 Fyzická příprava	22
5.2.3 Psychická příprava	24
5.3 Bezprostřední předoperační příprava	25
5.3.1 Premedikace.....	25
6 Péče PA v pooperačním období.....	26
7 Komplikace v pooperačním období.....	27
7.1 Rizikové faktory.....	27
7.2 Bezprostřední komplikace.....	27
7.3 Časně komplikace	28

7.4	Pozdní komplikace	28
8	Edukace v porodní asistenci	29
8.1	Základní terminologie	29
8.2	Fáze edukačního procesu	30
8.3	Metody edukace	32
8.4	Informační mapa péče	32
8.5	Role porodní asistentky – edukátorky	33
	Shrnutí teoretické části práce	34
	PRŮZKUMNÁ ČÁST	35
9	Průzkumné cíle a průzkumné otázky	35
9.1	Průzkumné cíle	35
9.2	Průzkumné otázky	35
10	Metodika	36
10.1	Popis souboru respondentek	37
10.2	Zpracování získaných dat a jejich vyhodnocení	38
11	Analýza a interpretace výsledků	40
11.1	Zdroje a kvalita poskytnutých informací	40
11.2	Znalosti respondentek o předoperační péči	45
12	Informační mapa péče	58
12.1	Návrh informační mapy péče	59
12.2	Manuál k informační mapě péče	61
13	Diskuze	62
	ZÁVĚR	67
14	Použitá literatura	68
15	Přílohy	72

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

a.	Arteria
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
BMI	Body mass index
CT	Počítačová tomografie
ČSARIM	Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiograf
FF	Fyziologické funkce
JIP	Jednotka intenzivní péče
LAVH	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
MRI	Magnetická rezonance
p.o.	Per os
PA	Porodní asistentka
PMK	Permanentní močový katetr
RTG	Rentgen
tbl.	Tableta
TEN	Tromboembolická nemoc
UZ	Ultrazvuk

ÚVOD

I přes rozmanitost a pokroky v konzervativních metodách léčby gynekologických onemocnění, často nastávají situace, kdy jedinou možnou léčebnou metodou zůstává operační řešení vzniklé patologie. Abdominální hysterektomie patří dle rozsahu a rizika vzniku operačních a pooperačních komplikací mezi velké výkony a tím představuje velkou zátěž pro biologickou, psychickou i sociální složku pacientky.

Psychiku ženy před plánovanou velkou operací může významně ovlivňovat strach – strach z neznámého, z nemocničního prostředí, z nedostatku informací, strach z nejistoty, zda plánovaná operace proběhne bez závažných komplikací, strach z bolesti a také strach z návratu do běžného života a zvládání každodenních činností po prodělaném výkonu. Dovolím si říci, že odstranit všechny obavy klientky není v silách ani špičkových lékařů. Ovšem i částečná eliminace strachu může přispět k lepší spolupráci klientky se zdravotnickým personálem, která vede k příznivějšímu operačnímu, pooperačnímu průběhu a následné rekonvalescenci po operaci.

Bakalářská práce na téma „Informační mapa péče pro ženu před abdominální hysterektomií“ v teoretické rovině poskytuje přehled komplexní péče porodní asistentky v rámci krátkodobé a bezprostřední předoperační přípravy. Z velké části se zabývá edukací, neboť práce porodní asistentky je úzce spjatá s edukační činností, kterou provádí od prvního okamžiku zahájení spolupráce s klientkou. Kvalitně a dostatečně edukována klientka má větší důvěru k ošetřujícímu personálu, lépe spolupracuje, tudíž má předpoklady k rychlejšímu zotavení se. Pro získání důvěry je vedle správné edukace velmi důležité klidné, vlídné, odborné, zároveň lidské a profesionální chování porodní asistentky. Literární oporou pro tvorbu teoretické části byla především odborná literatura od Bohdany Dušové a kol., Edukace v porodní asistenci z roku 2019, Moderní gynekologie od Aleše Roztočila z roku 2011, Perioperační péče od Michaely Schneiderové z roku 2014 a Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví od Lenky Slezákové a kol. z roku 2017.

Průzkumná část bakalářské práce je zaměřena na tvorbu edukačního materiálu, konkrétně informační mapy péče, jejíž vypracování vycházelo z výsledků dotazníkového šetření, tématu bakalářské práce a z prostudování odborné literatury. Informační mapa péče je určena ženám, které jsou hospitalizované na lůžkovém oddělení gynekologie a připravují se k abdominální

hysterektomii. Edukační materiál doplňuje manuál pro porodní asistentky, který má za cíl je informovat o významu a správném použití informační mapy péče.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem teoretické části bakalářské práce je specifikovat problematiku abdominální hysterektomie, popsat předoperační přípravu před touto operací a v neposlední řadě vysvětlit pojmy edukace a informační mapa péče.

Hlavním cílem průzkumné části bakalářské práce je zjistit znalosti hospitalizovaných klientek na oddělení gynekologie o průběhu krátkodobé a bezprostřední předoperační péče před výše uvedenou operací a na základě získaných dat a studia odborné literatury vytvořit informační mapu péče pro ženu před abdominální hysterektomií.

TEORETICKÁ ČÁST

2 OPERAČNÍ PŘÍSTUPY V GYNEKOLOGII

Rob, Martan, Ventruba et al. (2019, s. 75) jmenují tři způsoby operačních přístupů v gynekologii. Je to přístup abdominální – přední břišní stěnou, tj. laparotomický nebo laparoskopický, vaginální přístup v gynekologické poloze a kombinace obou předchozích. Všechny přístupy mají své výhody a nevýhody, a volba je proto vždy individuální, včetně respektování přání ženy.

2.1 Abdominální přístup

Abdominální operace jsou prováděny přes dutinu břišní a buď z otevřeného přístupu – **laparotomie**, nebo pomocí laparoskopu – **laparoskopie** (Slezáková, 2017, s. 37).

Laparotomie vyžaduje provedení širokého otevření dutiny břišní dovolující dokonalý pohled a přístup do operačního pole. Laparotomie využívá dvou typů incizí při gynekologických operacích: podélný řez ve střední čáře mezi pupkem a symfýzou s možností prodloužení kraniálním směrem k processus xiphoideus – **dolní střední laparotomie** a suprapubický transverzální řez, který se v klinické gynekologické terminologii nazývá Pfannenstielův řez (viz Příloha A). Oba přístupy protínají kůži, podkožní tuk, fascie šikmých svalů břišních, přímé břišní svaly a svaly pyramidální, které jsou od sebe odděleny v oblasti linea alba. Poslední prořatou vrstvou je peritoneum (Roztočil, 2011, s. 396-397, Slezáková, 2017, s. 37).

Dolní střední laparotomie protíná stěnu břišní od symfýzy po pupek. Jeho velkou výhodou je možnost rozšíření řezu kraniálním směrem při nutnosti operovat v mezogastriu nebo epigastriu, jak je tomu zejména u onkogynekologických operací. Jeho výhody jsou menší krvácení z prořatých tkání, lepší přístup do dutiny břišní, možnost současné chirurgické léčby případné umbilikální hernie, časově menší náročnost. Mezi nevýhody podélného řezu patří horší kosmetický efekt a častější tvorba hernií v jizvě (Dubová, Zikán, 2019, s. 201; Rob, Martan, Ventruba et al, 2019, s. 75).

Pfannenstielův řez je veden příčně v hypogastriu, nejčastěji v genitoabdominální rýze mezi horním okrajem vulvy a dolní částí stěny břišní. Je lokalizován cca 2 cm nad horním okrajem symfýzy. Délka suprapubického řezu je 10-12 cm. Výhody tohoto řezu jsou jednak v jeho kosmetickém efektu, jednak v prevenci tvorby hernií. Nevýhodou je nemožnost rozšíření

kraniálním směrem a častější krvácení ze svalů stěny břišní (Dubová, Zikán, 2019, s. 201; Roztočil, 2011, s. 396-397).

Laparoskopie je endoskopický miniinvazivní diagnosticko-terapeutický výkon v dutině břišní, který se provádí pomocí již zmíněného laparoskopu. Přímá vizualizace operovaného orgánu je nahrazena zprostředkováním obrazu zavedenou optikou a projekcí obrazu na obrazovku monitoru. Po incizi kůže se do dutiny břišní insufluje CO₂ a tím se vytvoří kapnoperitoneum. Poté se zavede trokar, optika a pacientka se uloží do Trendelenburgovy polohy, dále následuje samotný operační výkon (Roztočil, 2011, s. 397; Slezáková, 2017, s. 37).

Minimálně invazivní chirurgie má řadu výhod zahrnující nižší krevní ztráty, menší bolestivost, menší riziko infekce, minimální mortalitu, velmi nízkou morbiditu, minimální perioperační zátěž i pooperační diskomfort a rychlejší návrat k normálnímu životu ženy. Laparoskopická chirurgie má ale i svoje nevýhody. Při vstupu do peritoneální dutiny může dojít k poškození okolních orgánů (střevní kličky, močový měchýř, cévy), u složitějších případů se prodlužuje operační čas. Obtížné převedení dvourozměrného obrazu z monitoru do přesných pohybů nástrojů a omezení volnosti pohybů nástrojů zhoršují chirurgovou zručnost a mohou vést k frustracím, zejména při obtížných operacích (Rob, Martan, Ventruba et al, 2019, s. 75; Pilka, 2014, s. 53).

2.2 Vaginální přístup

Vaginální operace jsou prováděny z poševního přístupu po zobrazení pochvy a s ní sousedících orgánů pomocí vaginálních zrcadel. Provádí se jak operace malé, tak i velké, na vulvě (vulvektomie, operace pro pruritus, na hymenu, operace Bartoliniho žlázy), hrázi, poševních stěnách, pánevním dnu, děložním hrdle (konizace, cylindrická disekce, trachelektomie, cerclage), děloze (vaginální hysterektomie). Výkony jsou prováděny v gynekologické poloze. Výhodou operací vaginálním přístupem je nižší invazivnost a lehčí pooperační průběh, nevýhodou je technická náročnost (Roztočil, 2011, s. 397; Dubová, Zikán, 2019, s. 206-207; Slezáková, 2017, s. 37).

2.3 Kombinace abdominálního a vaginálního přístupu

V určitých případech se mohou přístupy výhodně kombinovat. Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) je příkladem kombinovaného přístupu a patří k nejmodernějším operačním postupům v gynekologii. Uvolnění dělohy z jejích závěsů, popř. odstranění adnex se provádí laparoskopickým přístupem, podvázání děložních cév a vyjmutí

dělohy se provádí cestou vaginální (Rob, Martan, Ventruba et al, 2019, s. 83; Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 51).

3 MALÉ A VELKÉ OPERAČNÍ VÝKONY V GYNEKOLOGII

Za malé operace jsou považovány ty výkony, které se nejčastěji provádějí vaginálním přístupem a které může provést jeden operátor v lokální či krátkodobé celkové anestezii. Obvykle pobyt ve zdravotnickém zařízení nepřesáhne 24 hodin, po výkonu je žena sledována několik hodin na tzv. „dospávacím“ pokoji a poté je po řádné edukaci propuštěna domů. Mezi malé operační výkony patří biopsie, kyretáž, miniinterrupce, interrupce, kryodestrukce, ablace polypu aj. (Roztočil, 2011, s. 396; Slezáková, 2017, s. 37).

Velké gynekologické operační zákroky vyžadují hospitalizaci klientky na standartním oddělení operační gynekologie nebo na jednotce intenzivní péče (JIP). K jejich provedení je zapotřebí velký operační tým, anestezie je dlouhodobá a doba hospitalizace závisí především na zdravotním stavu pacientky a druhu provedeného operačního výkonu, trvá obvykle 1-7 dní (Slezáková, 2017, s. 38).

Základním dělením velkých gynekologických operací je abdominální a vaginální operace. Mezi velké vaginální operace patří prostá a radikální vulvektomie, poševní plastiky, amputace děložního hrdla, radikální trachelektomie, vaginální hysterektomie a jiné. Všechny prováděné abdominální operace z otevřeného přístupu se řadí mezi velké operace. Patří mezi ně odstranění dělohy, cystických útvarů, vejcovodů, vaječníků, operace pro stresovou močovou inkontinenci atd. (Pilka, 2017, s. 147; Dubová, Zikán, 2019, s. 201-210)

Bakalářská práce se zabývá především abdominální hysterektomií, jelikož je v gynekologické operativě velmi častou, mnohdy jedinou léčebnou metodou. Indikací k abdominální hysterektomii je celá řada. Literatura jako nejčastější příčinu k odstranění dělohy uvádí myomy neboli benigní útvary, které vyrůstají z děložní svaloviny. Pro pacientku je tato operace velmi zatěžující, a to v oblasti somatické a psychické. Jako každá gynekologická operace je spojená s mnohými komplikacemi, které se mohou vyskytnout v průběhu a po operaci. Proto je velmi důležité zvážit poměr prospěchu pro pacientku a následků možných komplikací (Pilka, 2017, s. 161; Roztočil, 2011, s. 396; Hrubošová, 2011, č. 2, s. 152).

4 ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

Pilka (2017, s. 228) definuje abdominální hysterektomii jako odstranění celé dělohy laparotomickým přístupem. Je to nejčastější gynekologická operace, při které se odstraňuje děložní hrdlo a tělo. Někdy se z různých indikací provádí i odstranění vejcovodů a ovarií.

Slezáková (2017, s. 38) a Roztočil (2011, s. 402) člení odstranění dělohy dle rozsahu na prosté odstranění dělohy – **hysterectomia abdominalis simplex**, odstranění dělohy s adnexy – **hysterectomia abdominalis cum adnexectomia bilateralis**. Nejrozsáhlejší typ hysterektomie zahrnuje odstranění dělohy, horní třetiny pochvy, parametrálního a paravaginálního vaziva, regionálních lymfatických uzlin, vaječníků a vejcovodů – **hysterectomia abdominalis radicalis** neboli **radikální hysterektomie dle Wertheima-Meigse**.

4.1 Indikace k provedení abdominální hysterektomie

4.1.1 Postup při stanovení indikace ke gynekologické operaci

Gynekologické operace jsou invazivní chirurgické, diagnostické a terapeutické zákroky, které se provádí na pohlavních orgánech ženy a porušují tkáňovou integritu organismu. Tyto operace jsou prováděny až po vyčerpání všech možností konzervativních neoperačních metod, jelikož pro pacientku jsou podle své povahy zatěžující, a to v oblasti somatické i psychické. Při indikaci provedení gynekologické operace je nutné zvážit poměr prospěchu pro pacientku a následků možných komplikací, neboť žádná operace není prosta vzniku operačních komplikací (Roztočil, 2011, s. 396; Rob, Martan, Ventruba, 2019, s. 73).

Ošetřující gynekolog musí pacientku informovat o všech pro a proti navržené operační léčby. Pacientku, která s operační léčbou nesouhlasí, je nutné dokonale poučit o nutnosti navrženého postupu. V případě stálého nesouhlasu, pacientku k operaci není vhodné nutit a veškeré skutečnosti se musí řádně zaznamenávat do dokumentace (Blažek, Havel, Bělobrádková, 2012, č. 11, s. 422).

Ambulantní gynekolog dále zváží, jakého typu je navržená operační léčba a jaký je celkový stav pacientky. Podle toho zvolí typ zařízení, ve kterém bude výkon proveden. Dále následuje pohovor a vyšetření pacientky v zařízení, kam byla svým ošetřujícím gynekologem odeslána k provedení operace. Znovu se zhodnotí stav klientky, prodělaná vyšetření, doplní se nutná předoperační vyšetření a pacientce je navržen termín přijetí k hospitalizaci před provedením operační léčby (Roztočil, 2011, s. 398).

4.1.2 Onemocnění dělohy vedoucí k abdominální hysterektomii

Zásadními indikacemi k abdominální hysterektomii v současné době jsou myomy, které pro svou velikost nedovolují zvolit přístup laparoskopický nebo vaginální, nebo jsou kombinovány s přídatnými nálezy na adnexech, event. kombinace objemné myomatózy a úzké pochvy (Mára, Holub, 2009, s. 88).

4.1.2.1 Děložní myomy

Myom je mezenchymový benigní nádor, který vzniká monoklonální proliferací hladké svaloviny děložního těla. Je tvořen buňkami hladké svaloviny a extracelulární matrix, složené z kolagenu fibronektinu a proteoglykanu. Je nejčastějším nádorem děložního těla a vyskytuje se u 30-40 % žen ve věku mezi 30-50 lety. Jde o hormonálně závislý nádor, v jehož tkáni můžeme prokázat estrogenní i progesteronové receptory. Incidence myomů u žen černé rasy je vyšší než u bělošek, Asiatických a Hispánek (Hrubošová, 2011, č. 2, s. 152).

Etiopatogeneze zůstává nejasná. Mezi možné rizikové faktory pro růst myomů patří časná menarche, pozdní menopauza po 55 letech, hyperestrinismus, nuligravidita nebo porod jednoho dítěte. Mezi další faktory patří vysoká tělesná hmotnost, nekvalitní životospráva, pozitivní rodinná anamnéza a další (Roztočil, 2011, s. 260; Mára, Holub, 2009, s. 17).

Velké procento děložních myomů má asymptomatický průběh. Mezi nejčastější příznaky patří menoragie, metroragie a anémie. Žena často pociťuje neurčitý tlak až bolest v oblasti malé pánve. Myomy velkých rozměrů často utlačují močový měchýř a tím způsobují časté nucení nebo urgentní inkontinenci, utlačení rekta způsobují obtipaci. Myomy jsou častou příčinou infertility a sterility, způsobují opakované potraty ve II. trimestru a předčasné porody. Dle lokalizace se myomy dělí na submukózní, intramurální, subserózní, cervikální, rodící se, intraligamentózní a pendulující (viz příloha C) (Hrubošová, 2011, č. 2, s. 153).

Myomy jsou nejčastěji diagnostikovány na základě gynekologického vyšetření. Základem je bimanuální vyšetření, při kterém lze zjistit obvyklé asymetrické postižení, pohyblivost tumoru současně s hrdlem dělohy, konzistenci tumoru, bolestivost při palpaci obvykle chybí. Myomy jsou následně potvrzeny ultrazvukovým vyšetřením. Dále se využívá hysteroskopie a hysterosalpingografie, hlavně při určení submukózních myomů. Na diagnostice děložních myomů se také podílejí zobrazovací metody jako počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MRI) a rentgen (RTG) (Hrubošová, 2011, č. 2, s. 153; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 775).

4.1.2.2 Další onemocnění dělohy

Důvodů k abdominální hysterektomii je celá řada. Dubová a Zikán (2019, s. 202) uvádí z onkogynekologického hlediska následující onemocnění dělohy: prekancerózy čípku a endometria, karcinom čípku, endometria a ovaria. Mezi další indikace řadí krvácení z dělohy nereagující na konzervativní terapii, kdy nelze provést LAVH. Jinou běžnou indikací bývá endometrióza, těžké zánětlivé a pozánětlivé stavy a benigní tumory adnex. V porodnictví mohou nastat závažné komplikace, které povedou k odstranění dělohy, např.: neztížitelné poporodní krvácení, ruptura dělohy, placenta accreta aj.

Abdominální hysterektomie je efektivní léčbou výše uvedených onemocnění, operatér však musí brát ohled na rizika a následky s operací spojené, jako je morbidita a následná sterilita u žen ve fertilním věku. Operace vyžaduje hospitalizaci a následnou dlouhodobou rekonvalescenci. K nejčastějším operačním komplikacím patří poranění pánevních orgánů, krvácení, infekce a porucha peristaltiky (Pilka, 2017, s. 229).

5 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Předoperační příprava je nedílnou součástí operační léčby klientky (Roztočil, 2011, s. 398). Před operací se snažíme získat co nejvíce informací o zdravotním stavu ženy. Cílem předoperační přípravy je vytvořit pacientce optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže, k dobrému a nekomplikovanému hojení s následnou rekonvalescencí. Každá příprava k operaci zahrnuje prvky obecného rázu a prvky speciální, které jsou dané diagnózou a typem plánované operace (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 126).

Předoperační příprava je závislá na načasování operačního výkonu. Dle naléhavosti dělíme operace na plánované, akutní a urgentní (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015, s. 135).

Předoperační příprava se skládá z několika na sebe navazujících činností, dělíme ji na přípravu **dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední** (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 52-55).

5.1 Dlouhodobá předoperační příprava

U plánovaných operačních výkonů klientka přichází na doporučení praktického lékaře či obvodního gynekologa na gynekologické oddělení nemocnice k indikaci operačního výkonu pro zjištěné onemocnění. Pokud je chirurgické řešení indikováno a žena s navrženým výkonem souhlasí, je určen termín operace a vystavená žádost o předoperační vyšetření a poučení pro pacientku. Žádost o předoperační vyšetření žena odevzdá svému praktickému lékaři, který naplánuje jeho provedení (Schneiderová, 2014, s. 23-24; Burda, Šolcová, 2016, s. 146).

Předoperační vyšetření zahrnuje tato laboratorní vyšetření: krevní obraz, základní vyšetření hemokoagulace (aPTT, INR), vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru. Dále se vyšetřují ionty, jaterní a pankreatické parametry, parametry funkce ledvin, celková bílkovina, glykemie, kvalitativní chemické vyšetření moči a močového sedimentu. K předoperačnímu vyšetření patří elektrokardiografie (EKG), RTG srdce a plic. Dle potřeby se individuálně doplní vyšetření dle komorbidit pacienta, jako je časté kardiovaskulární, respirační onemocnění, onemocnění jater a ledvin, štítné žlázy apod. Po provedení potřebných vyšetření je klientka odeslána k internistovi, který posoudí celkový zdravotní stav a určí rizika pro daný výkon vyplývající ze zjištěného stavu. Předoperační vyšetření nesmí být starší 21 dnů (Blažek, Havel, Bělobrádková, 2012, č. 11, s. 422-423; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 27).

Den před operací se pacientka dostaví se všemi požadovanými výsledky na dané oddělení nemocnice k přijetí, znovu je vyšetřena, dotázána, zda neprodělala akutní onemocnění, které by

se mohlo jevit jako kontraindikace k provedení daného operačního výkonu. Dále se sepisuje vstupní vyšetření, které obsahuje osobní, rodinnou, pracovní, sociální a především gynekologickou anamnézu. Zaznamenáváme dlouhodobě užívané léky a zjišťujeme, zda má pacientka na nějaké látky alergii, případně jak se alergie projevuje. Zásadní jsou informace o užívání návykových látek a jejich množství. Porodní asistentka změní a provede záznam fyziologických funkcí (FF), záznam o hmotnosti a body mass index (BMI) (Wolfová, Filausová, Belešová, 2014, č. 4, s. 268-269).

Znovu probíhá stanovení indikace k operaci, která se zakládá na přesném stanovení diagnózy, rizika a prognózy výkonu i pohovoru s klientkou. Lékař poučí klientku o operačním výkonu, o jeho rozsahu, o nutnosti další následné terapie a o možných pooperačních komplikacích. Poučení a porozumění všem informacím pacientka stvrzuje svým podpisem. Dále je klientka odeslána na lůžkové oddělení k předoperační přípravě (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 165; Schneiderová, 2014, s. 24).

5.2 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava je časově omezená na 24 hodin před samotným výkonem. Pacientka je hospitalizovaná na gynekologickém oddělení, má všechna potřebná vyšetření a čeká na operační výkon, který následuje další den. Příprava se rozděluje do tří hlavních oblastí: **anesteziologická, fyzická a psychická** (Wichsová a kol., 2013, s. 135; Slezáková, 2010, s. 35).

5.2.1 Anesteziologická příprava

Anestezie je neodlučitelnou součástí operační léčby. V současné době je nepřipustné, aby pacientka během operačního výkonu trpěla bolestí. Anestezie je zvolena dle povahy a rozsahu operačního výkonu a může být **infiltrační**, kdy se tkáň znečítlivuje pomocí lokálního anestetika do operované tkáně, **regionální spinální**, kdy se anestetikum aplikuje pod tvrdou plenu, a **epidurální**, kdy se podává do prostoru před tvrdou plenou. Při **celkové anestezii** se anestetikum aplikuje intravenózně s následnou intubací (Roztočil, 2011, s. 399).

Americká společnost anesteziologů (American Society of Anesthesiologists) vytvořila tzv. klasifikaci ASA, která se používá i v České republice. Každá pacientka je při předoperační anesteziologické kontrole zařazena do náležité kategorie podle věku a komorbidit (viz Příloha B) (Driák, Sehnal, 2015, s. 55).

Anesteziologická vizita slouží ke zhodnocení celkové fyzické kondice klientky. Anesteziolog přichází za pacientkou na oddělení, hodnotí její zdravotní stav, zjišťuje od ní informace o předchozí anestezii, hodnotí předoperační vyšetření, výsledky a závěr interní přípravy a stanoví anesteziologické riziko. Dále seznamuje klientku s typem anestezie a také s rizikem, které může nastat v průběhu operace. Anesteziolog doplňuje anesteziologické ordinace před výkonem a rozhoduje o premedikaci u klientky (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 54; Slezáková, 2010, s. 35; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 107).

5.2.2 Fyzická příprava

5.2.2.1 Lačnění

Lačnění před anestézií snižuje riziko zvracení a aspirace žaludečního obsahu v době, kdy pacientka není při vědomí, a snižuje tak riziko aspirační pneumonie (Slezáková, 2010, s. 35). Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) doporučuje omezit příjem tekutin před plánovaným výkonem alespoň 2 hodiny od posledního příjmu tzv. čirých tekutin (voda, čisté ovocné šťávy bez dužiny, čistý čaj nebo káva bez mléka). K zapití případné předoperační medikace je možné podat malé množství vody. Dále dovoluje příjem lehkého jídla nebo mléka 6 hodin před plánovaným výkonem. Konzumace tučných a smažených jídel zpomaluje vyprazdňování žaludku, a proto je doporučeno lačnění alespoň 8 hodin od posledního jídla.

Porodní asistentka na standartním oddělení pečuje o výživu a nutriční kondici klientky. Dále poskytuje informace o dietním režimu a kontroluje dobu lačnění před výkonem. Porodní asistentka dbá na úpravu hydratace úměrně klinickému stavu a na korekci vnitřního prostředí a minerálů před výkonem. Dostatečný přísun tekutin může zajistit intravenózně, tedy infúzí (Blažek, Havel, Bělobrádková, 2012, č. 11, s. 427-428; Šulová, 2018, s. 15).

5.2.2.2 Vylučování

Péče o vylučování zahrnuje vyprázdnění střev a močového měchýře. Pacientkám se zavádí permanentní močový katétr v den operace na příslušném oddělení nebo se může zavést přímo na operačním sále. Pro vyprázdnění tlustého střeva se provádí očistné klyzma večer před výkonem, nebo se podává osmotické laxativum, např. Fortrans (Slezáková, 2010, s. 35).

5.2.2.3 Hygienická péče

Ráno v den operace provede klientka celkovou hygienu. Cílem je odstranění nečistot a tranzientních mikroorganismů, především *Staphylococcus aureus*, který bývá nejčastější příčinou raných infekcí. Pacientka se ráno v den operace osprchuje nebo se provede celková

koupele. Pokud je to možné, mají se umýt také vlasy, aby se nestaly rezervoárem infekce. Zvláštní pozornost se věnuje vyčištění pupku dezinfekčním roztokem obvykle večer před výkonem (Workman, Bennett, 2006, s. 241; Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 54).

V rámci hygienické péče musí porodní asistentka dbát na to, aby si pacientka odlakovala nehty a také odstranila make-up. Provádí se to z toho důvodu, aby bylo možné monitorovat změny barvy kůže během anestezie a včas odhalit nedostatečné prokrvení (Workman, Bennett, 2006, s. 241; Slezáková, 2010, s. 35).

5.2.2.4 Příprava operačního pole

Příprava operačního pole zahrnuje odstranění ochlupení. Zpravidla se holí oblast okolo pupku, přes genitál až do poloviny stehen. Nejčastěji holíme na sucho po směru růstu chloupků, dbáme na to, aby nedošlo k poranění kůže (riziko vzniku infekce). Operační pole holíme večer před výkonem (Šulová, 2018, s. 15).

5.2.2.5 Prepremedikace

Pacientce dopřejeme klidný spánek a odpočinek před výkonem podáním farmak s mírným sedativním účinkem. O volbě farmak, cestě jejich podání i volbě dávky rozhoduje anesteziolog. Prepremedikace se podává u plánovaných výkonů v průběhu dne a večer před operací zpravidla perorálně (Zeman, Krška, 2011, s. 137).

5.2.2.6 Cennosti a protetické pomůcky

Šperky, cennosti a větší obnos peněz se na žádost pacientky ukládají do trezoru. Protetické pomůcky se označí jménem pacientky a uschovají se. Pacientka, která nevidí bez brýlí nebo neslyší bez naslouchadla, si může zmíněné pomůcky ponechat až na operační sál. Pacientkám, které jsou závislé na naslouchadlu, by se naslouchadlo mělo nasadit bezprostředně po operaci, aby mohli komunikovat s ošetřujícím personálem. Zubní protézy se odstraní z dutiny ústní a uloží do označené nádoby (Workman, Bennett, 2006, s. 240; Slezáková, 2010, s. 35).

5.2.2.7 Prevence tromboembolické nemoci

K rizikovým faktorům tromboembolické nemoci (TEN) patří operace s velkým krvácením. Do kategorie nejvyššího operačního rizika spadají operace na hrudní aortě, polytraumata a rozsáhlé břišní operace. Mezi další rizikové faktory vzniku TEN patří přítomnost obezity, maligního onemocnění, vrozené a získané prokoagulační stavy, vyšší věk a imobilita nemocného. Zabránit vzniku TEN lze včasnou mobilizací, preventivní kompresí dolních končetin a aplikací nízkomolekulárního heparinu. Kompresie dolních končetin docílíme správným přiložením

bandáží nebo použitím kompresivních elastických punčoch. Porodní asistentka provede s klientkou nácvik vstávání z lůžka přes bok (Skalická, 2007, s. 93).

5.2.3 Psychická příprava

Psychické přípravě pacientky k operačnímu výkonu by se měla věnovat mimořádná pozornost (Rob, Martan, Ventruba, 2019, s. 73). Nástup do nemocnice a plánovaná operace je velice stresující zkušeností, především pro starší klientky a ženy, které nikdy předtím hospitalizovány nebyly. Gynekologická problematika je velice intimní a je důležité, aby porodní asistentky přistupovaly ke klientkám taktně, empaticky a snažily se zmírnit strach před neznámým (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 54; Slezáková, 2007, s. 35).

Lékař trpělivě vysvětluje charakter choroby, možnosti její léčby i alternativní postupy, aby plně informovaná žena mohla podepsat informovaný souhlas s výkonem (Rob, Martan, Ventruba, 2019, s. 73-74). Úkolem porodní asistentky je seznámit klientku s ošetrovatelskými postupy před a v pooperačním období. Porodní asistentka podává informace, které se týkají zejména problematiky bolesti a jejího tlumení, problematiky hygienické péče, rehabilitace, operační rány, invazivních vstupů. Dále klientku informuje o možných vedlejších účincích anestezie (zejména nauzea, zvracení) a o potížích spojených s vyprazdňováním (meteorismus, obstipace) (Slezáková, 2007, s. 35; Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 54).

Veškeré informace by měly být poskytnuté srozumitelným jazykem, ústní a písemnou formou, je nedostačující pouhé předání tištěné verze informovaného souhlasu. Při předávání informací se přizpůsobujeme pacientům se smyslovým deficitem (např.: zrakovým či sluchovým) (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 27).

Porodní asistentka také poskytuje informace o možnosti kontaktu s rodinou a blízkými (telefon, návštěvní hodiny) a o provozních záležitostech souvisejících s hospitalizací ženy (Slezáková, 2007, s. 35).

Klientce by se měl ponechat prostor na kladení otázek a poskytnuté odpovědi musí být vstřícné a pravdivé. Při komunikaci s klientkou by porodní asistentka měla dbát na kulturní a individuální rozdíly, které ovlivňují klientčino chování (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 54).

5.3 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední příprava je časově omezená na cca 2 hodiny před samotným výkonem. Opět zahrnuje psychickou přípravu klientky. Porodní asistentka informuje klientku o nutnosti zavedení periferní žilní kanyly. Ženě vysvětlí, jak bude pečovat o invazivní vstupy a poučí ji, aby v případě vzniku komplikací (otok, zarudnutí, bolest) v místě zavedení neprodleně skutečnost nahlásila. Porodní asistentka také dbá na vyprázdnění močového měchýře pacientky, kontroluje FF, bandáže dolních končetin, lačnění, odstranění šperků, vyjmutí zubních protéz. Dále zkontroluje přípravu operačního pole, dle potřeby odstraní nečistoty. 30 min před výkonem porodní asistentka aplikuje nízkomolekulární heparin pro prevenci vzniku TEN a aplikuje antibiotika pro prevenci vzniku infekce (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 55; Roztočil, 2011, s. 398; Dušová a kol., 2019, s. 82).

5.3.1 Premedikace

Dle ordinace anesteziologa porodní asistentka podá premedikaci za účelem zklidnění pacientky, navození „fyziologického“ spánku, odstranění obav z operačního výkonu a potlačení nežádoucích reflexů. Dalšími cíli premedikace jsou dosažení anterográdní amnézie, antikonvulzivní a antipsychotický účinek, profylaxe anafylaktoidních reakcí, profylaxe pooperační nevolnosti a zvracení, redukce slinné a bronchiální sekrece apod. Stanovení volby a dávky léku se odvíjí od hmotnosti a věku pacientky, její ASA klasifikace, obav z operačního výkonu, předchozí zkušenosti s anestezií a premedikací a lékových alergií. Mezi lékové skupiny užívané v premedikaci řadíme především benzodiazepiny, opioidy, antiemetika, anticholinergika, antihistaminika a adrenergní agonisty. Po podání premedikace porodní asistentka poučí klientku o tom, že nesmí sama vstávat, v případě potřeby WC použije signalizační zařízení a počká na příchod porodní asistentky (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 90; Šulová, 2018, s. 17).

Na závěr porodní asistentka zkontroluje zdravotnickou dokumentaci a zajistí bezpečný odvoz klientky na operační sál (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 55).

6 PÉČE PA V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

Cílem pooperační péče je poskytování takové péče, aby se klientka vrátila v co nejkratší době k soběstačnosti a předešlo se pooperačním komplikacím. Pooperační péče je určena rozsahem operace, stavem pacientky a přidruženými chorobami. U většiny prováděných výkonů v celkové anestezii je pacientka monitorována na pooperačním pokoji a zpravidla po dvou hodinách po úplném nabytí vědomí a stabilizaci FF je předána na standardní lůžkové oddělení. U polymorbidních, nestabilních pacientek a pacientek po rozsáhlých nebo komplikovaných operacích je monitorace indikována na JIP či ARO (Schneiderová, 2014, s. 72).

Mezi základní principy pooperační péče patří tlumení pooperační bolesti podáváním perorálních, intramuskulárních či intravenózních analgetik. Množství a druh analgetika volíme podle stavu klientky a po domluvě s anesteziologem. Dále monitorujeme vitální funkce a krvácení z pooperační rány a pochvy, sledujeme a hodnotíme odpady v drénech. Velice důležitým prvkem pooperační péče je prevence TEN, anémie a její léčba. Sledujeme činnost střevní peristaltiky a v případě potřeby její stimulace podáváme léky ze skupiny parasymptomimetik. Sledujeme poměr mezi příjmem a výdejem tekutin, homeostázu vnitřního prostředí, provádíme prevenci, diagnostiku a terapii zánětlivých stavů. Další neodlučitelnou součástí pooperační péče je ošetření a sledování hojení operační rány. Pečujeme o spánek pacientky a její psychický stav. Provádíme dietetická opatření, rehabilitační péči, prevenci podchlazení a vzniku dekubitů. Povinností je informovat pacientky a jejich blízké o jejím zdravotním stavu (Roztočil, 2011, s. 399; Schneiderová, 2014, s. 73; Dušová a kol., 2019, s. 83).

7 KOMPLIKACE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

Přes pokroky v chemoterapii, radioterapii a zavádění cílené biologické léčby, zůstává chirurgická léčba hlavní metodou u převážné většiny malignit reprodukčních orgánů. Radikální onkogynekologické výkony jsou vrcholem gynekologické operativy a jsou určeny pro specializovaná pracoviště. Všeobecně platí, že čím rozsáhlejší se operace provádí, tím více se vyskytují možná rizika, incidence komplikací, délka hospitalizace a rekonvalescence (Driák, Sehnal, 2015, č. 2, s. 52).

Roztočil (2011, s. 399) člení komplikace operační léčby z časového hlediska na komplikace **bezprostřední**, vzniklé během samotného výkonu, **časné**, které se zpravidla projevují do týdne po operaci, a **pozdní**, které se projeví více než za týden. Dále uvádí komplikace nevýznamné, které po ošetření nevyvolávají další komplikace, a závažné, kdy je jejich ošetření náročné. Také se zmiňuje o komplikacích bez následků a s trvalými následky.

7.1 Rizikové faktory

Výskyt komplikací v pooperačním období je ovlivněn mnoha faktory. Mezi hlavní rizikové faktory patří pokročilé stadium nádoru, rozsah operace, velký objem devitalizované tkáně, infikovaný terén, předchozí operace. S každým nitrobršním zákrokem narůstá riziko vzniku adhezí znesnadňujících přístup do operačního pole. Další okruh rizik vyplývá z věku, stavu a interních morbidit pacientky. *„Ještě před 2. světovou válkou se za nejvyšší hranici pro možnou operaci považoval věk 50 let. V současnosti s prodlužující se střední délkou života a zlepšováním anesteziologické péče operace podstupují ženy i po 80. roku života, nicméně věk nad 70 let již představuje riziko a věk nad 75 let vysoké riziko.“* (Driák, Sehnal, 2015, č. 2 s. 53)

Jiným rizikem může být obezita, která sama o sobě je spojena se zvýšeným rizikem úmrtí, hypertenze, diabetes mellitus (DM), obstruktivní spánkové apnoe, karcinomu endometria a postmenopauzálního karcinomu. U obézních žen v souvislosti s operačními zákroky se zvyšuje riziko raných infekcí, venózních tromboembolismů a až 10krát se zvyšuje riziko komplikací spojených s hojením (Driák, Sehnal, 2015, č. 2, s. 52-55).

7.2 Bezprostřední komplikace

Bezprostřední komplikace vznikají do 2 až 24 hodin po provedeném výkonu, souvisí převážně s anestezií. Projevují se poklesem krevního tlaku, kardiovaskulárními a respiračními komplikacemi, může dojít až k zástavě srdce. Při krevní ztrátě 1000-1500 ml může dojít k rozvoji hemoragického šoku. Výjimkou není anafylaktický šok jako následek alergické

reakce. Mezi bezprostřední komplikace patří poranění okolních orgánů, např.: perforace močového měchýře nebo střeva (Roztočil, 2011, s. 399; Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 61).

7.3 Časné komplikace

Časné komplikace se projevují do týdne po operačním výkonu. V tomto období může dojít ke krvácení do dutiny břišní, infekci přístupových pooperačních cest nebo operovaných orgánů. Nejzávažnější tromboembolickou komplikací se jeví embolie a. pulmonalis, často dochází k poruše střevní pasáže. Mezi další komplikace patří retence moči, oligurie až anurie, dehiscence operační rány, porucha hybnosti (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 61-62).

7.4 Pozdní komplikace

Pozdní komplikace mohou být tvorba adhezí, chronická pánevní bolest, porucha kontinence a statiky pánevních orgánů, dyspareunie, tvorba lymfocyst po provedené lymfadenektomii, tvorba hernií v operační ráně aj. (Roztočil, 2011, s. 400)

Ke snižování počtu komplikací je nezbytný včasný záchyt onemocnění, individualizovaný přístup, využití minimálně invazivních metod, důkladné vzdělání a zkušenost operačního týmu a ošetřujícího personálu, mezioborová spolupráce, důkladná předoperační příprava pacientky a kvalitní pooperační péče (Driák, Sehnal, 2015, č. 2, s. 52).

8 EDUKACE V PORODNÍ ASISTENCI

Porodní asistentky, které se podílejí na péči o klientku v průběhu její hospitalizace, vykonávají řadu rolí. Mimo svých povinností vyplývajících ze stanovených kompetencí plní úlohu asistentky lékaře, koordinátorky péče v porodní asistenci a v neposlední řadě vykonávají velice důležitou a nevyhnutelnou činnost v oblasti výchovy a vzdělávání pacientek v rámci jejich komunity (Svěráková, 2012, s. 7).

Cílem edukace je přispět k vyléčení onemocnění a zamezit případnému dalšímu rozvoji komplikací. Ukázalo se, že pokud je pacientka informována o svém zdravotním stavu a je obeznámena s léčebným režimem a postupy na odpovídající úrovni, je mnohem vyšší pravděpodobnost, že bude léčebný proces efektivní. Doba léčení a rekonvalescence se zpravidla zkrátí (Svěráková, 2012, s. 23).

Chování ženy před operací je ovlivňováno pocity, jako je strach, úzkost, stud, pocit méněcennosti a jiné. Je tedy žádoucí, aby porodní asistentka v tomto období odstranila, nebo alespoň snížila její obavy. Toho docílí vhodným rozhovorem s klientkou, poskytnutím dostatečného a kvalitního množství informací (Roztočil, 2011, s. 459; Svěráková, 2012, s. 7, 23; Juřeníková, 2010, s. 8).

8.1 Základní terminologie

Edukace (z *lat. educio, educare – vést vpřed, vychovávat; angl. education*) se dá stručně přeložit jako výchova nebo vzdělávání. Existuje mnoho definic pro edukaci, např. Juřeníková (2010, s. 9) pojem edukace definuje jako „*proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“ V ošetrovatelství a stejně tak v porodní asistenci bývá edukace vymezena jako výchova nebo výuka pacienta, která umožňuje zvýšení jeho péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby (Dušová a kol., 2019, s. 11).

Výchova je komplexní proces, který vytváří z člověka individuální a jedinečnou osobnost. Z pohledu zdravotnictví se tento pojem dá definovat jako proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji. Výchova ke zdraví si klade za cíl motivovat jednotlivce bez ohledu na věk k péči o své zdraví (Dušová a kol., 2019, s. 11; Čeledová, Čevela, 2010, s. 9).

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení. Do procesu edukace vstupují čtyři parametry: edukátor, edukant, edukační konstrukty a edukační prostředí (Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukátor je subjekt, který vyučuje, poskytuje informace, vede k výchově. Roli edukátora ve zdravotnickém prostředí může vykonávat porodní asistentka, všeobecná sestra, fyzioterapeut, nutriční terapeut, lékař atd. Porodní asistentka musí vědět, co chce své klientce sdělit a je odpovědná za to, aby předané informace byly aktuální, aby sledovaly nejnovější trendy a doporučení evidence based practice. Porodní asistentka v roli edukátorky musí být empatická, komunikativní, temperamentní, trpělivá, ochotná učit a další (Dušová a kol., 2019, s. 11-13).

Edukant je subjekt, který informace přijímá, učí se. Ve zdravotnickém prostředí edukantem nejčastěji bývá zdravý, nebo nemocný klient, ale může to být i zdravotník, který si prohlubuje v rámci celoživotního vzdělávání své vědomosti a dovednosti. V porodní asistenci učícím se subjektem může být klientka v rámci ambulantní péče, klientka hospitalizovaná na oddělení šestinedělí, rizikového těhotenství, gynekologie, žena v průběhu porodu, po porodu, před a po operaci a další. Je to široká skupina a všichni vyžadují individuální přístup (Juřeníková, 2010, s. 10, Dušová a kol., 2019, s. 14).

Edukační konstrukty jsou plány, zákony, předpisy, edukační standardy a materiály, které se podílí na kvalitě edukačního procesu (Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukačním prostředím je jakékoli místo, kde edukační činnost probíhá. Vhodné prostředí pro edukační proces musí mít správné osvětlení, teplotu, mělo by být tiché a klidné a v nemocničním prostředí musí zaručovat intimitu klientky (Kuberová, 2010, s. 34).

8.2 Fáze edukačního procesu

Výsledek edukačního procesu je ovlivňován mnoha faktory jako je osobnost edukanta a edukátora, jejich vzájemná interakce, vztah, edukační prostředí atd. Úkolem porodní asistentky je odpovědný přístup k edukačnímu procesu, měla by řádně zanalyzovat jeho jednotlivé části. Edukace se zpravidla dělí na pět cyklických fází: edukační posouzení, stanovení edukačních diagnóz, fáze plánování, fáze realizace a poslední fází je vyhodnocení. (Dušová, 2019, s. 19, Nemcová, Hlinková a kol. 2010, s. 26).

První fází edukačního procesu je **edukační posouzení**. Porodní asistentka by měla při organizování a řízení edukačního procesu poznat klientku či rodinné příslušníky, které bude edukovat. Sběr dat o klientce by měl být systematický a nepřetržitý, předpokládá se, že oba

subjekty edukace v této fázi budou aktivní. Pro získání údajů může porodní asistentka použít různé metody a jejich kombinace, např. rozhovor, pozorování, fyzikální vyšetření, dotazník a také dokumentace. Porodní asistentka hodnotí schopnost učit se a sleduje postoje jedince k sobě samému, ke svému onemocnění i k životu (Dušová a kol., 2019, s. 20; Kuberová, 2010, s. 25).

Na základě získaných, posouzených, ověřených a shrnutých všech údajích o klientce porodní asistentka přistupuje ke druhé fázi edukačního procesu – **stanovení edukačních diagnóz**. V této fázi se porodní asistentka snaží vymezit problémy a potřeby klientky, jejich příčiny a faktory, které ovlivňují a podmiňují tyto problémy (Kuberová, 2010, s. 25).

Třetí fáze – **plánování edukace** vychází ze stanovení priorit v edukaci, to znamená, o čem je třeba poučít pacienta nejdříve a co bude postupně předmětem následné edukace. Porodní asistentka určuje v interakci s klientkou obsah edukace, v průběhu plánování přemýšlí nad metodami, organizačními formami a didaktickými prostředky, které jsou k edukaci nejvhodnější (Nemcová, Hlinková a kol. 2010, s. 26; Dušová a kol., 2019, s. 31).

Čtvrtou fází edukačního procesu je **realizace edukace**. Realizace probíhá v několika fázích – motivace, expozice, fixace a verifikace. V motivační fázi porodní asistentka usiluje o vzbuzení zájmu o problematiku a připravuje klientku na příjem nových informací. V expoziční fázi poskytuje nové informace, demonstruje postupy a usiluje o to, aby si klientka osvojila poskytnuté informace správně. Ve fixační fázi porodní asistentka upevňuje získané poznatky tím, že klientce položí pár otázek anebo ji požádá, aby procvičila určitý postup, např. správné vstávání z postele. Cílem verifikace, též fáze kontroly je odhalení mylných pochopení, nedostatečného porozumění atd. Porodní asistentka různými postupy a metodami ověřuje vědomosti o daném tématu či dovednosti, které v průběhu edukace klientka získala (Nemcová, Hlinková a kol. 2010, s. 26; Dušová a kol., 2019, s. 36, 39).

Poslední fází edukačního procesu je **vyhodnocení**. Cílem této fáze je zhodnotit účinnost edukačního procesu. Porodní asistentka zhodnotí, zda byly stanovené cíle a výsledky splněné, částečně splněné nebo nebyly splněné. Na základě vyhodnocení může uvažovat o ukončení edukace, pokračování edukace či o reedukaci (Nemcová, Hlinková a kol. 2010, s. 26; Dušová a kol., 2019, 39).

8.3 Metody edukace

Juřeníková (2010, s. 37) definuje edukační metodu jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora (porodní asistentky), který motivuje edukanta (klientku/pacientku) v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení.

Porodní asistentka musí při volbě konkrétní edukační metody přihlížet k osobnosti edukanta, k jeho dosavadním znalostem, dovednostem a zkušenostem. K rozhodujícím položkám patří i stanovené cíle, obsah a zvolená forma edukace. Ve výběru edukační metody je důležitý aktuální zdravotní a psychický stav edukanta, prostředí, ve kterém bude edukace probíhat (Juřeníková, 2010, s. 37).

Porodní asistentka nejčastěji využívá k edukaci mluvené slovo, tzn. výklad, rozhovor, dialog, vysvětlování, instruktáž a praktické cvičení, diskuze, konzultace a jiné. Jako doplnění k ústní edukaci může použít i písemné metody, např. letáky, brožury, plakáty, články v časopise, knihy, informační mapy péče (Juřeníková, 2010, s. 45; Dušová a kol., 2019, s. 33, 34).

8.4 Informační mapa péče

Informační mapa péče je stručný, přehledný písemný materiál, který poskytuje porodní asistentka klientkám jako doplňkový materiál k ústní edukaci. Informační mapa péče je sestavená pro určitou diagnózu a určitou skupinu klientek. Tento druh edukačního materiálu by měl mít vždy jasný cíl, kterého chceme v edukaci dosáhnout. Dále by měl být sestaven tak, aby obsahově a vizuálně odpovídal, pro jakou cílovou skupinu je určen. Text v mapě by měl obsahovat i obrázky, schémata, pokud je to vhodné a napomůže to k lepšímu pochopení textu (Juřeníková, 2010, s. 46; Nemcová, Hlinková a kol. 2010, s. 242).

Při práci s tímto edukačním materiálem porodní asistentka musí dodržovat určité zásady. Informační mapu, kterou poskytuje, by měla dobře znát a orientovat se v ní. Dále by ji měla předávat takovým klientkám, pro které byla mapa vytvořena (z hlediska diagnózy, smyslového vnímání, gramotnosti, věku apod.). Porodní asistentka by měla poskytnutí informační péče doplnit další edukační metodou, např. konzultací, vysvětlováním (Juřeníková, 2010, s. 45-46).

Výhodou tohoto edukačního materiálu je jeho dostupnost, snadná manipulace a to, že je snadno přenosné. Psaný text si klientka lépe zapamatuje a může se k němu kdykoli vrátit, dobu, kdy bude edukace probíhat, si může sama korigovat (Juřeníková, 2010, s. 49).

Jedním z cílů bakalářské práce je vytvoření informační mapy péče pro ženu před abdominální hysterektomií, která poslouží k lepšímu porozumění a zapamatování ošetrovatelských úkonů, které budou předcházet samotnou operaci.

8.5 Role porodní asistentky – edukátorky

Aby porodní asistentka mohla vykonávat roli edukátorky, je nezbytně nutné, aby měla dostatečné znalosti z oblasti porodní asistence na vysoké úrovni. V praxi se často setkáváme s klientkami, které si dohledají a nastudují informace o svém onemocnění a léčbě na internetu, v časopisech, knihách a porodní asistentka, která projeví znalostní deficit, ztrácí u takové klientky důvěru a respekt (Svěráková, 2012, s. 36).

Pro úspěšné vykonávání edukace by měla porodní asistentka mít dostatek empatie a měla by umět projevovat ochotu pomoci klientce. Při vykonávání edukační činnosti jedná s klientkou trpělivě, důsledně, zodpovědně, svědomitě a respektuje a zohledňuje klientčiny potřeby, dbá na individuální přístup. Podstatné jsou komunikační a didaktické dovednosti, umění navázat pozitivní vztah ke klientkám (Svěráková, 2012, s. 36; Juřeníková, 2010, s. 69).

Základní informace o diagnostikovaném onemocnění, průběhu operace podává ošetrující lékař, úlohou porodní asistentky je podávat poučení pouze v rámci svých profesních kompetencí a činností, které jsou zakotvené v zákoně č. 96/2004 Sb. a vyhlášce č. 55/2011 Sb. v jejich platném znění (§ 3, § 4, § 5 zmíněné vyhlášky) (Svěráková, 2012, s. 36; Dušová a kol., 2019, s. 13).

Role porodní asistentky jako edukátorky nespočívá pouze v poskytování informací, ale spíše se opírá o aktivní podporu učení a vytváření podmínek, které budou přispívat k učení klientky. Aby klientky byly v edukačním procesu aktivní, musí je porodní asistentka motivovat (povzbuzení, pochvala), aby se chtěly učit a dělat vše pro to, aby se učit mohly a výsledky edukace pro ně byly efektivní (Nemcová, Hlinková a kol. 2010, s. 21; Svěráková, 2012, s. 36).

SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE

Operativní léčba gynekologického onemocnění je indikována v případě, kdy je onemocnění jiným způsobem neléčitelné, nebo jsou možnosti konzervativní léčby vyčerpány. Každý operační výkon je nefyziologický zásah, na který organismus reaguje negativně jak v době před operací, tak i v době po operaci. Proto je nutné, aby porodní asistentka věnovala zvýšenou pozornost psychickým i fyzickým potřebám klientky.

Předoperační příprava začíná již rozhodnutím o chirurgickém řešení a končí samotným operačním výkonem. V tomto období žena prochází různými vyšetřeními (interní vyšetření, laboratorní vyšetření, anesteziologické vyšetření případně další vyšetření dle komorbidit klientky). Na standardním oddělení porodní asistentka připravuje klientku fyzicky a psychicky k operačnímu výkonu, dále plní ordinace lékaře a poskytuje klientce informace dle svých kompetencí. Každá operace přináší pocit strachu, úzkosti, stresu a nejistoty z neznámého. Pro dosažení maximální eliminace těchto pocitů je důležité vlídné a trpělivé zacházení, klid a vysoká profesionalita zdravotnického personálu. Důležitou funkcí porodní asistentky je důsledná edukace klientky o předoperačních ošetrovatelských postupech.

Průzkumná část bakalářské práce se bude zabývat dotazníkovým šetřením, které se zaměří na znalosti žen o předoperační přípravě před abdominální hysterektomií. Na základě získaných dat a studia odborné literatury bude sestavena informační mapa péče, která má za cíl jednak doplnit slovní edukaci porodní asistentky, jednak lépe objasnit průběh a obsah předoperační péče klientkám před abdominální hysterektomií.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

9 PRŮZKUMNÉ CÍLE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

9.1 Průzkumné cíle

Na základě práce s literaturou a vzhledem k tématu bakalářské práce byly stanoveny následující cíle práce:

Cíl 1: Zjistit informovanost žen před abdominální hysterektomií o průběhu krátkodobé a bezprostřední předoperační péče.

Dílčí cíl: Zjistit zdroje informací, ze kterých ženy informace čerpaly.

Cíl 2: Vytvořit informační mapu péče pro ženy před abdominální hysterektomií o poskytované péči.

9.2 Průzkumné otázky

Na základě prvního průzkumného a dílčího cíle bakalářské práce byly stanoveny následující průzkumné otázky:

Co bylo primárním zdrojem informací pro respondentky o průběhu předoperační péče?

Jaké znalosti mají respondentky o průběhu péče před abdominální hysterektomií?

10 METODIKA

Bakalářská práce na téma Informační mapa péče pro ženu před abdominální hysterektomií je prací teoreticko-průzkumnou. Hlavním cílem průzkumné části práce bylo vytvořit informační mapu péče pro ženu před abdominální hysterektomií. K realizaci tohoto cíle byl sestaven anonymní nestandardizovaný dotazník. Po vytvoření dotazníku byl proveden „předvýzkum“, který měl za cíl odhalit případné nejasnosti v dotazníku, který byl poskytnut pěti pacientkám. Po jejich vyplnění byla od pacientek zjištěna zpětná vazba. Pacientky všemu rozuměly, tudíž nebyla potřeba dotazník upravovat. Po předvýzkumu byl realizován hlavní výzkum, kdy byl tentýž dotazník poskytnut respondentkám, které se připravovaly k abdominální hysterektomii. Do hlavního výzkumu nebyly započítané dotazníky z předvýzkumu. Dotazníkové šetření probíhalo po příjmu na gynekologické oddělení v nemocnici oblastního typu. K získání informací o chodu oddělení a jeho zvyklostech proběhla konzultace se staniční sestrou daného oddělení.

Sběr informací k průzkumné části bakalářské práce probíhal v období od listopadu 2019 do března 2020 v nemocnici oblastního typu v Královéhradeckém kraji na základě souhlasu hlavní sestry a primáře porodnicko-gynekologického oddělení. Celkem bylo rozdáno 45 dotazníků, vyhodnocování dat se provádělo ze 33 zcela vyplněných dotazníků, tudíž návratnost dotazníků byla 73 %.

Anonymní dotazník obsahoval celkem 17 otázek (viz příloha D). Uzavřených otázek bylo všech 17, ale v 5 otázkách byla možnost doplnění volné odpovědi „jiné“. U 16 otázek respondentky označovaly jednu možnou odpověď, pouze u jedné otázky měly možnost více odpovědí. První dvě otázky byly otázky identifikační pro stanovení charakteristiky průzkumného vzorku. Následující 4 otázky se týkaly zdrojů a kvality poskytnutých informací o předoperační péči. Dotazník obsahoval 10 znalostních otázek.

Cílem a výstupem průzkumné části bakalářské práce je informační mapa péče pro ženu před abdominální hysterektomií, která je sestavená na základě výsledků dotazníkového šetření. Tento edukační materiál je rozdělen do 8 oblastí, kterými jsou pohybový režim, dietní režim a hydratace, vyprazdňování moče a stolice, hygiena, odpočinek a spánek, prevence TEN, premedikace, invazivní vstup – kanyla. Dále součástí mapy péče je také vyšetření a průběh péče při příjmu na lůžkové oddělení gynekologie. Informační mapa péče má podobu tabulky, která je barevně zpracovaná pro větší upoutání klientčino pozornosti. K informační mapě je

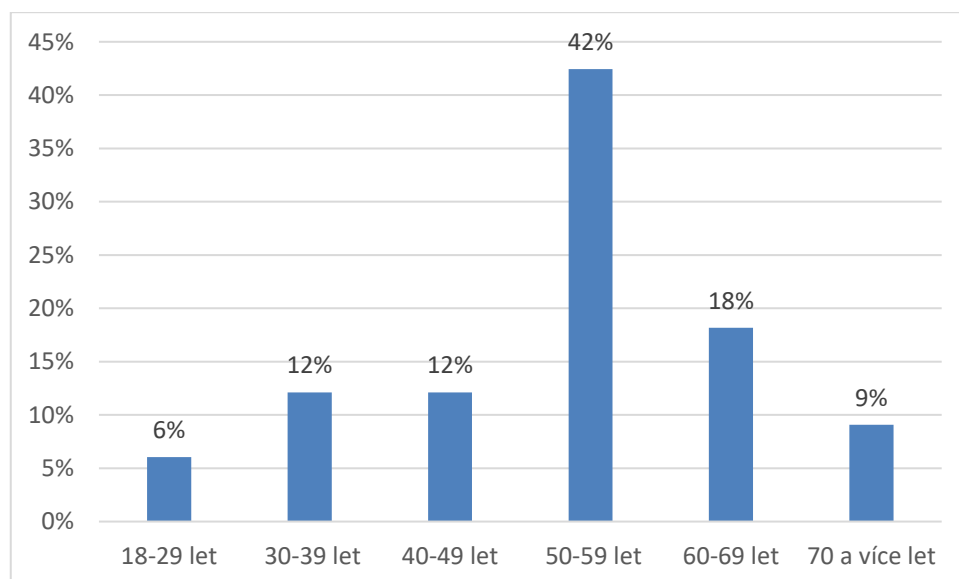
vytvořený manuál, který má za cíl seznámit porodní asistentky s významem této edukační pomůcky, a také porodní asistentky seznámí, jak správně s mapou v edukační činnosti pracovat.

Po domluvě se staniční sestrou lůžkového oddělení gynekologie, bude informační mapa po jejím zpracování na daném oddělení představená, prokonzultována se staniční sestrou a porodními asistentkami a poté případně opravená. Následně po schválení vrchní sestrou a primářem gynekologicko-porodnické kliniky bude informační mapa péče zařazená do edukačního programu klientek před abdominální hysterektomií. Vzhledem k současné situaci s COVID-19 bude proces zařazení informační mapy do edukačního programu odložen na příznivější období.

10.1 Popis souboru respondentek

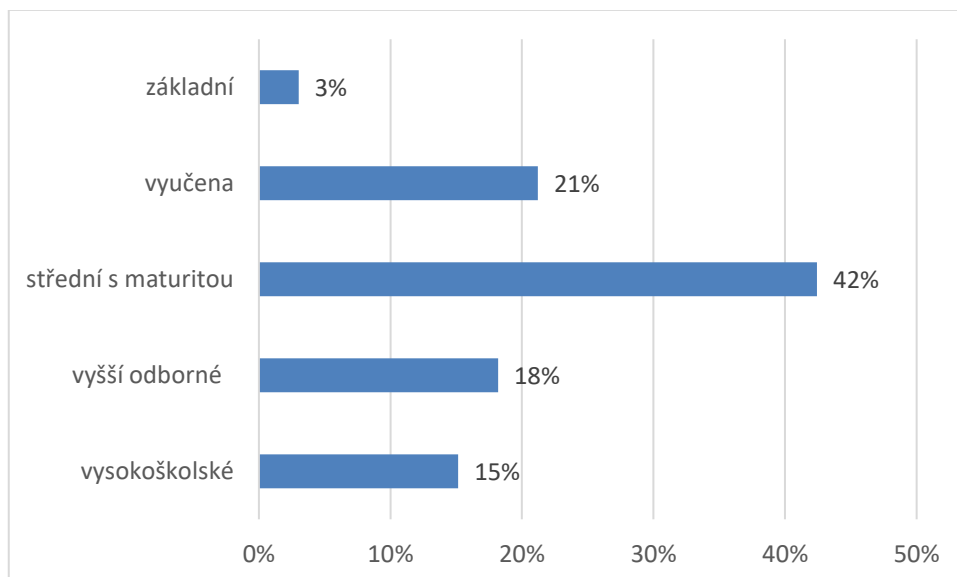
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 33 respondentek, které byly dotazovány hned po příjmu na lůžkové oddělení gynekologie. Ženy byly hospitalizované z důvodu plánované abdominální hysterektomie.

Na spolupráci v průzkumné části bakalářské práce se podílely převážně, konkrétně 14 respondentek (42 %), ženy ve věku 50 až 59 let. Dvě ženy (6 %) byly ve velmi mladém věku, v rozmezí 18 až 29 let. Dále 4 ženy (12 %) byly ve věku 30 až 39 let a 4 ženy (12 %) ve věku 40 až 49 let. Šest respondentek (18 %) byly ve věku 60 až 69 let a 3 respondentky (9 %) byly starší 70 let (viz Obrázek 1).



Obrázek 1 Věk respondentek

Ze 33 respondentek 14 respondentek (42 %) měly střední vzdělání s maturitou, 7 respondentek (21 %) byly vyučené, 6 respondentek (18 %) měly vyšší odborné vzdělání. Pouze jedna respondentka (3 %) měla nejvyšší dosažené vzdělání základní a 5 respondentek (15 %) měly vysokoškolské vzdělání (viz Obrázek 2).



Obrázek 2 Vzdělání respondentek

Respondentkami dotazníkového šetření byly převážně ženy ve věku od 50 do 59 let se středním vzděláním s maturitou, které byly hospitalizovány na lůžkovém oddělení gynekologie v nemocnici oblastního typu. Respondentky po příjmu na oddělení se připravovaly k abdominální hysterektomií.

10.2 Zpracování získaných dat a jejich vyhodnocení

Získaná data z dotazníkového šetření byla zaznamenána do počítačového programu Microsoft Office Excel 365, poté byly vytvořeny tabulky a vhodné grafy. Data byla vyhodnocena pomocí popisné statistiky, kdy **četnost** n vyjadřuje celkový počet respondentů, **absolutní četnost** n_i vyjadřuje sumu jednotlivých variant odpovědí a **relativní četnost** f_i , vyjádřená v procentech, představuje poměr absolutní četnosti k rozsahu průzkumného souboru (Kozel, Mlynářová, Svobodová, 2011, s. 112).

Znalostní otázky byly vyhodnoceny a údaje poté byly zaznamenány do tabulky, která obsahuje relativní četnost znalostí respondentek o předoperační péči u jednotlivých znalostních otázek. Hranice úspěšnosti byla stanovena na 80 %.

11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

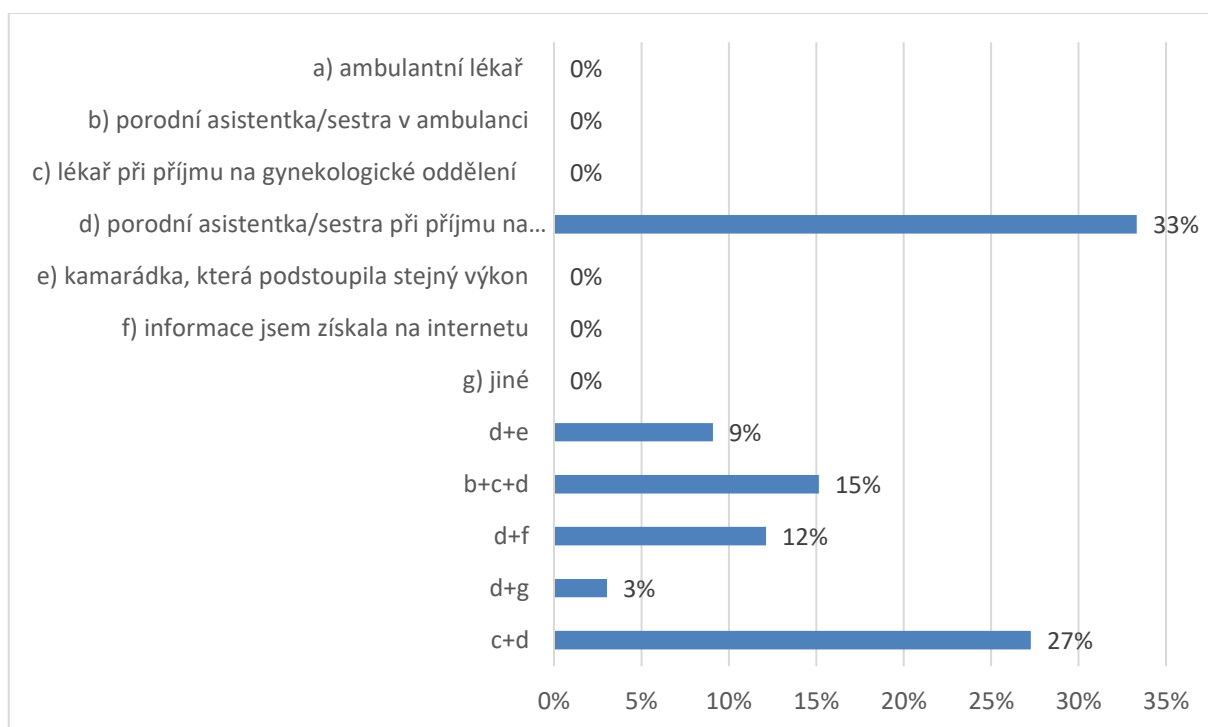
Tato kapitola průzkumné části bakalářské práce se zabývá vyhodnocováním provedeného dotazníkového šetření. Výsledky jsou znázorněny pomocí grafů a interpretovány.

11.1 Zdroje a kvalita poskytnutých informací

Následující otázky dotazníkového šetření byly zaměřené na zdroje a kvalitu poskytnutých informací respondentkám o předoperační péči před abdominální hysterektomií.

Otázka číslo 3: Informace o průběhu předoperační péče Vám poskytl/a (vyberte více odpovědí):

- a) ambulantní lékař
- b) porodní asistentka/sestra v ambulanci
- c) lékař při příjmu na gynekologické oddělení
- d) porodní asistentka/sestra při příjmu na gynekologické oddělení
- e) kamarádka, která podstoupila stejný výkon
- f) informace jsem získala na internetu
- g) jiné.....



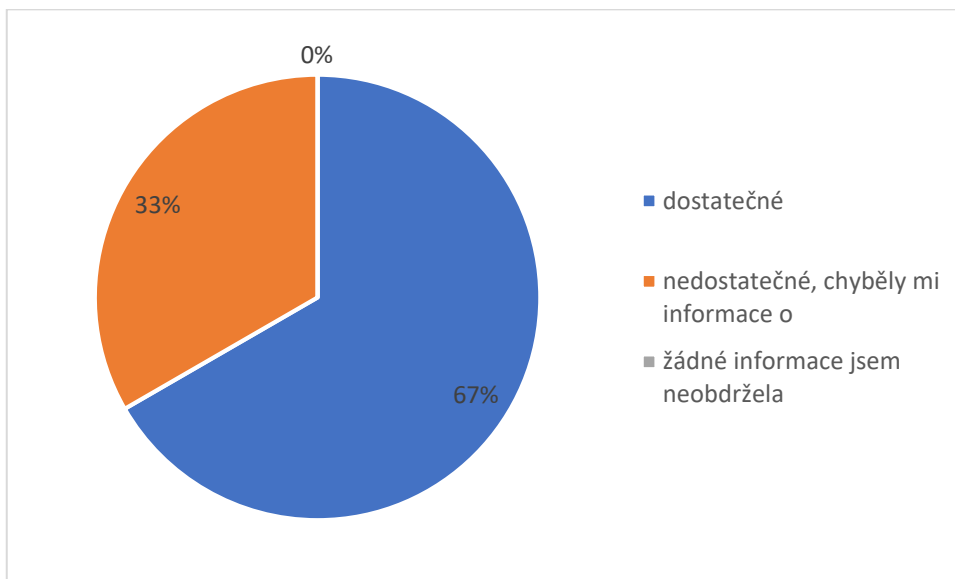
Obrázek 3 Zdroje informací o předoperační péči

V otázce číslo 3 respondentky měly možnost vybrat více odpovědí, od koho či kde čerpaly informace o předoperační péči. Z Obrázku 3 je zřejmé, že nejvíce informace o předoperační péči poskytovala porodní asistentka/sestra při příjmu na gynekologickém oddělení. Tuto možnost zvolilo 11 respondentek (33 %). Dále respondentky možnosti odpovědí kombinovaly, kdy 9 respondentek (27 %) uvedlo, že o předoperační péči se dozvěděly od porodní asistentky/sestry a lékaře při příjmu na gynekologické oddělení a 5 respondentkám (15 %) navíc informace poskytla porodní asistentka/sestra v ambulanci. Tři respondentky (9 %) získaly informace od PA a kamarádek, které podstoupily abdominální hysterektomii v minulosti. Čtyři respondentky (12 %) krom informací od PA získávaly informace o předoperační péči prostřednictvím internetových zdrojů. Pouze 1 respondentka (3 %) krom možnosti edukace porodní asistentkou zvolila také možnost „jiné“ a vyjádřila se následovně: „*Jsem zdravotní sestra. Vím, co mě čeká*“ (viz Obrázek 3).

Výsledky této otázky potvrdily předběžné očekávání – nejčastějším poskytovatelem informací o předoperační péči byla porodní asistentka či sestra na lůžkovém oddělení. Porodní asistentka by měla podávat informace o výkonech, které sama provádí, což v případě poskytování předoperační péče, plně souhlasí (Roztočil, 2011, s. 459). Samozřejmě není na škodu slyšet obdobné informace vícekrát i od jiného zdravotnického personálu. Díky tomu se může u pacientky vytvořit širší důvěra k personálu a pocit bezpečí.

Otázka číslo 4: Poskytnuté informace byly dle Vašeho názoru:

- a) dostatečné
- b) žádné informace jsem neobdržela
- c) nedostatečné, chyběly mi informace o.....
.....
- d) žádné informace jsem neobdržela

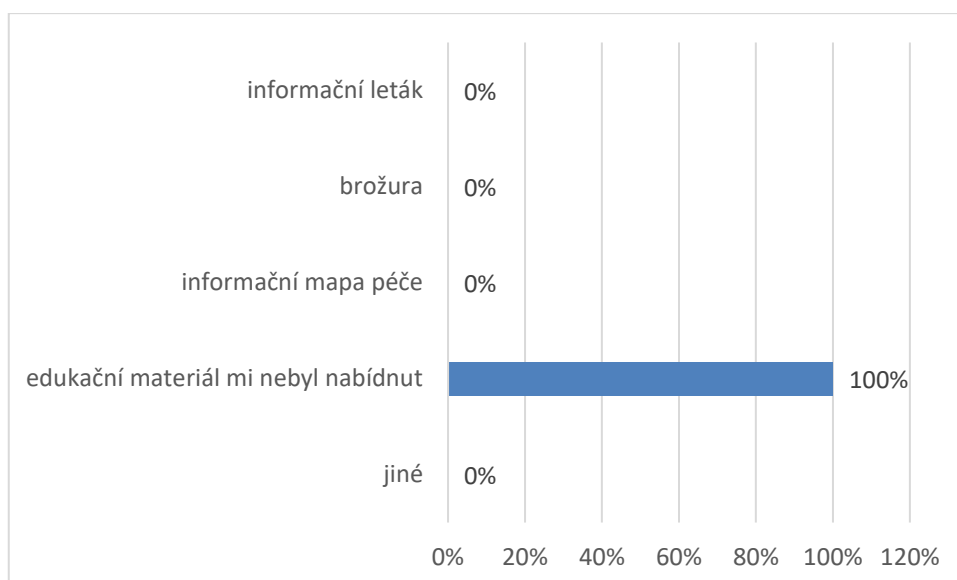


Obrázek 4 Hodnocení obsahu informací o předoperační péči

Čtvrtá otázka dotazníkového šetření se dotazovala na obsah informací, které respondentky získaly prostřednictvím edukace zdravotnickým personálem. Většina dotazovaných respondentek, konkrétně 22 respondentek (67 %) uvedlo, že informace zaměřené na předoperační péči byly dostatečné. Jedenáct respondentek (33 %) uvedlo, že informace nebyly dostatečné a pouze 2 ženy specifikovaly, jaké informace jim po edukaci scházely. Odpovědi zněly následovně: „Chyběly mi informace obecně. Bylo zřejmé, že sestřička spěchá“, „Chyběly mi informace o tom, co a kdy mě čeká“. Ani jedna respondentka neoznámila odpověď, že informace neobdržela (viz Obrázek 4).

Otázka číslo 5: Jako doplněk k informacím o předoperační péči Vám byl nabídnut/a:

- a) informační leták
- b) brožura
- c) informační mapa péče
- d) edukační materiál mi nebyl nabídnut
- e) jiné.....

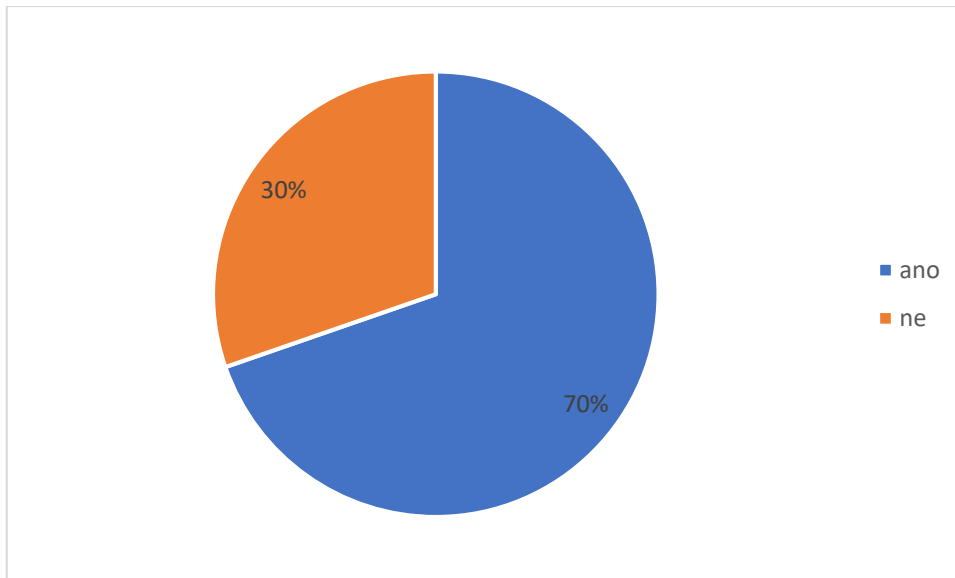


Obrázek 5 Poskytnutí edukačního materiálu

Hlavním cílem průzkumné části bakalářské práce je vytvoření edukačního materiálu, konkrétně informační mapy péče, pro ženy před abdominální hysterektomií. Pátá otázka dotazníkového šetření byla zaměřená na přítomnost edukačního materiálu na lůžkovém oddělení gynekologie. Ani jedné ze 33 dotazovaných respondentek (100 %) nebyl edukační materiál nabídnut, jelikož na daném oddělení není k dispozici (viz Obrázek 5). Z této zjištěné skutečnosti vyplývá, že vytvoření a následné poskytnutí edukačního materiálu, tedy informační mapy, na dané oddělení, by bylo vhodným krokem, který by mohl přispět ke zlepšení kvality edukace pacientek.

Otázka číslo 6: V případě, že jste o předoperační péči byla informována od zdravotnického personálu, byl Vám ponechán prostor pro dotazy?

- a) ano
- b) ne



Obrázek 6 Prostor pro dotazy

Edukace není strohý výklad informací. Porodní asistentka vedle poskytování informací dle svých kompetencí by měla umět zvolit vhodný způsob komunikace, měla by ke každé pacientce přistupovat individuálně, empaticky a hlavně lidsky. Důležité je vytvoření pocitu, že se PA zajímá o pacientku a její potřeby. Toho lze docílit tak, že po řádné a klidné edukaci se PA ženy zeptá, zda všemu rozuměla, zda nepotřebuje nějaké informace zopakovat, nebo zda by se chtěla na něco zeptat.

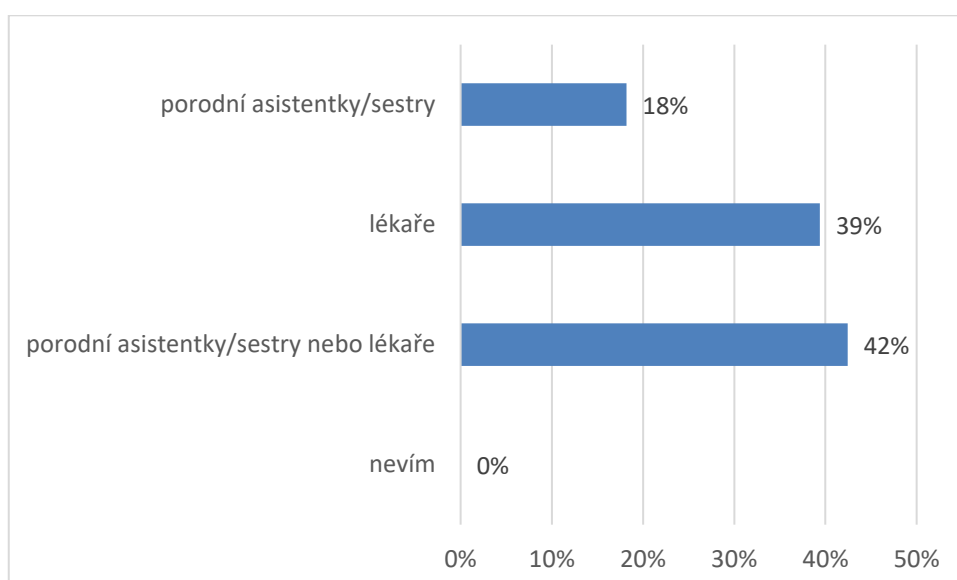
V otázce číslo 6 se zjišťovalo, zda respondentkám byl ponechán prostor pro dotazy. Více než polovina respondentek, konkrétně 23 respondentek (70 %), prostor pro dotazy měla, deseti respondentkám (30 %) prostor pro dotazy poskytnut nebyl (viz Obrázek 6).

11.2 Znalosti respondentek o předoperační péči

Následující otázky dotazníkového šetření jsou otázky znalostní. Minimální celková hranice úspěšnosti byla stanovena na 80 %, podobně jak tomu je u testování na vysokých či středních školách.

Otázka číslo 7: Víte, koho se můžete ptát na průběh operace v průběhu hospitalizace?

- a) porodní asistentky/sestry
- b) lékaře**
- c) porodní asistentky/sestry nebo lékaře
- d) nevím



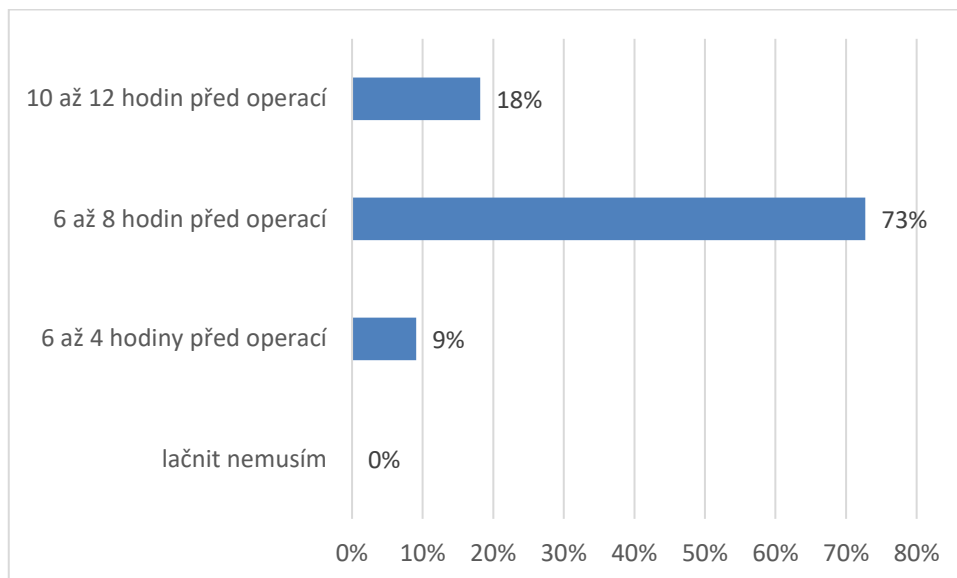
Obrázek 7 Koho se ptát ohledně samotné operace

V nemocnici porodní asistentka připravuje klientku psychicky a fyzicky k operačnímu řešení dané nemoci, také zajišťuje ordinace lékaře a poskytuje klientce dle svých kompetencí informace. Klientky mají před výkonem mnoho otázek, které převážně kladou porodní asistentce. Důvody jsou k tomu různé, často to bývá strach z lékařů, pacientky mívají k porodní asistentce větší důvěru, která souvisí s tím, že s pacientkou tráví více času, nebo na otázku zapomenou (Wolfová, Filausová, Belešová, 2014, s. 268). S touto skutečností souvisí otázka číslo 7, která dotazuje, zda respondentky vědí, koho se mohou ptát na průběh operace. Čtrnáct respondentek (42 %) by se na průběh operace ptalo porodní asistentky/sestry či lékaře, 13

respondentek (39 %) zvolilo správnou odpověď a na průběh operace by se ptaly pouze lékaře a 6 respondentek (18 %) by se na průběh operace ptalo porodních asistentek/sester. Je důležité neustále apelovat na pacientky, aby neměly strach oslovovat porodní asistentky a lékaře v případě nejasností o předoperační péči či samotné operaci.

Otázka číslo 8: Před operací nesmím jíst:

- a) 10 až 12 hodin před operací
- b) 6 až 8 hodin před operací**
- c) 6 až 4 hodiny před operací
- d) lačnit nemusím



Obrázek 8 Lačnění před operací

Otázka číslo 8 se dotazovala, jak dlouho musí respondentky před operací lačnit. Velká většina respondentek, konkrétně 24 respondentek (73 %), zvolila správnou odpověď 6 až 8 hodin. Šest respondentek (18 %) zvolilo odpověď 10 až 12 hodin, 3 respondentky (9 %) zvolily odpověď 4 až 6 hodin. Ani jedna respondentka nezvolila možnost, že lačnit nemusí. Důležité je ke všem pokynům vysvětlovat důvod, aby si pacientky pokyny lépe zapamatovaly a pochopily je. Na to navazuje následující otázka.

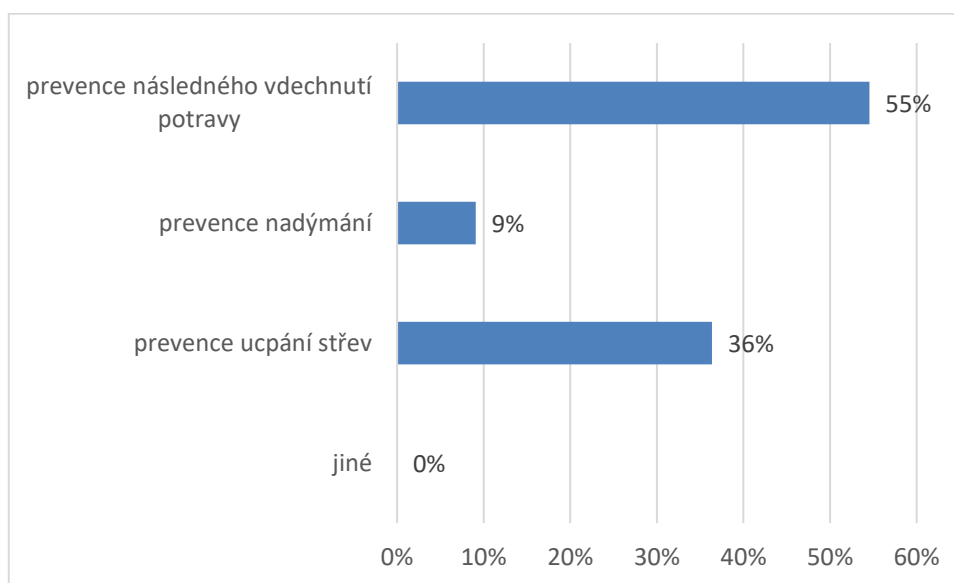
Otázka číslo 9: Uved'te, jaký je důvod lačnění před operací:

a) prevence následného vdechnutí potravy

b) prevence nadýmání

c) prevence ucpání střev

d) jiné



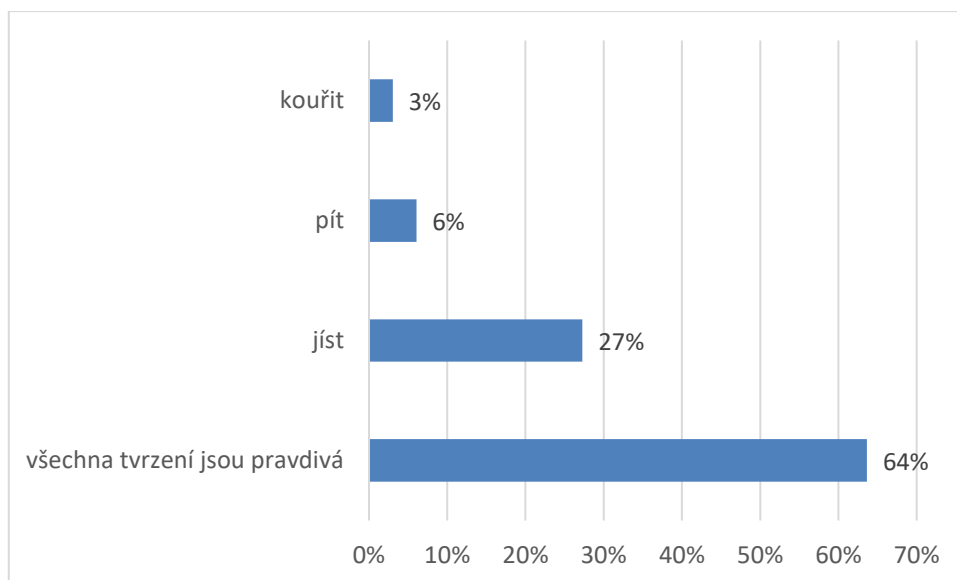
Obrázek 9 Význam lačnění

Obrázek 9 uvádí výsledky šetření na otázku ohledně důvodu lačnění před operačním výkonem. Pouze 18 respondentek (55 %) odpovědělo správně, tudíž zvolily prevenci následného vdechnutí potravy. Dvanáct respondentek (36 %) jako důvod lačnění před operací uvedly prevenci ucpání střev a 3 respondentky (9 %) zvolily prevenci nadýmání.

Očekávalo se, že v této otázce respondentky budou více informované. Výsledky se bohužel neshodují s původním očekáváním. Z toho důvodu při tvorbě informační mapy bude tato položka zohledněná, aby se zvýšila kvalita edukace.

Otázka číslo 10: Od půlnoci před operací nesmím:

- a) kouřit
- b) pít
- c) jíst
- d) všechna tvrzení jsou pravdivá**



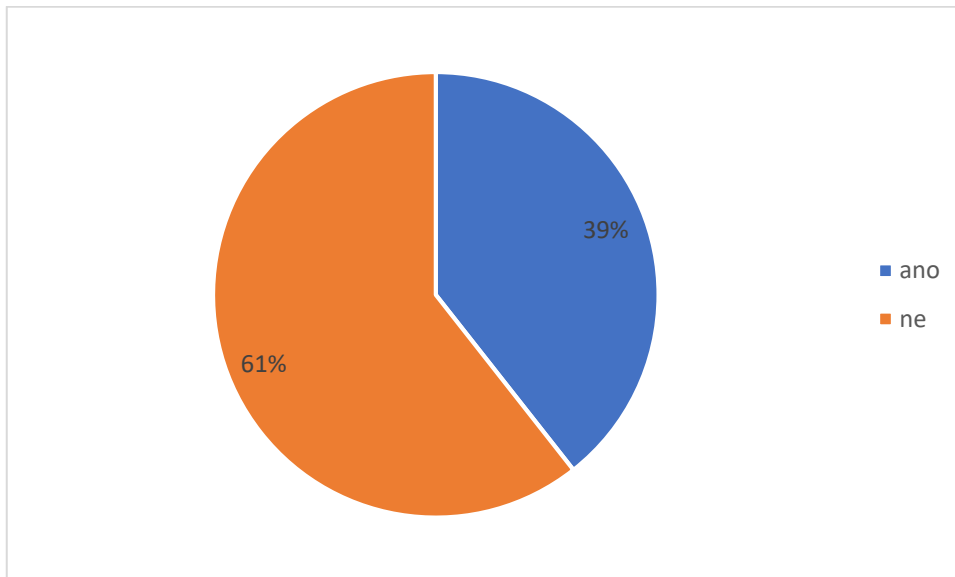
Obrázek 10 Od půlnoci se nesmí

Otázkou číslo 10 se ověřovalo, zda pacientky plně rozumí slovu lačnit, které zahrnuje zákaz konzumace jídla, tekutin a zákaz kouření. Dvacet jedna respondentek (64 %) zvolily správnou odpověď, 9 respondentek (27 %) označily, že od půlnoci nesmí pouze jíst, 2 respondentky (6 %) označily, že od půlnoci nesmí pouze pít a 1 respondentka se domnívala, že od půlnoci nesmí pouze kouřit (viz Obrázek 10).

Je nutné pacientkám i několikrát opakovat, aby od půlnoci nejedly, nepily ani nekořily (kouření zvyšuje množství žaludeční šťávy a zhoršuje dýchání při a po operaci), aby nedošlo ke zbytečným ale závažným komplikacím během operačního výkonu. Ranní medikaci je možné zapít pouze malým „douškem“ vody (Málek, 2011, s. 188).

Otázka číslo 11: Byla jste porodní asistentkou/sestrou již poučena o přípravě operačního pole (celková hygiena, holení, čištění pupku)?

- a) ano
- b) ne

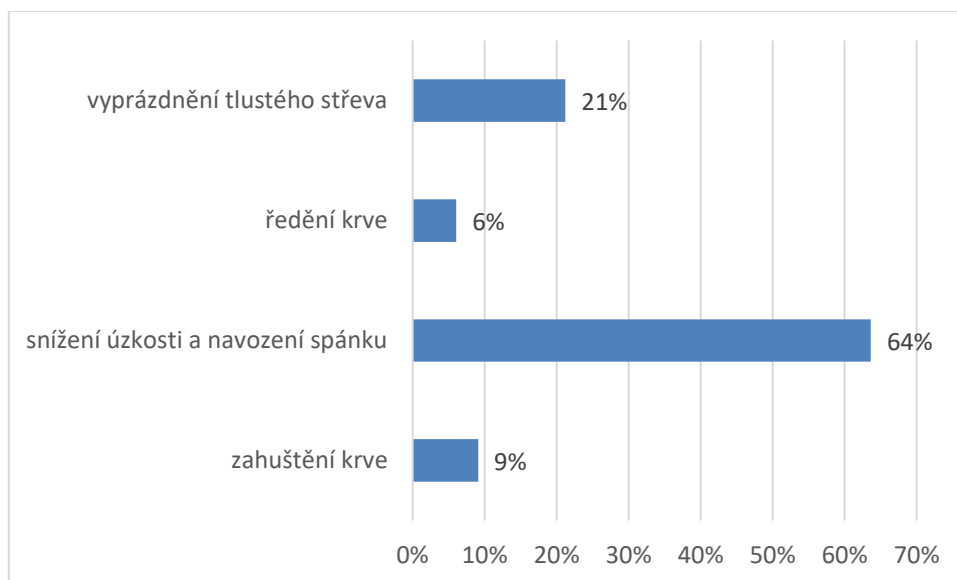


Obrázek 11 Poučení o přípravě operačního pole

Otázka číslo 11 není otázkou znalostní, ovšem je důležitou součástí dotazníkového šetření. Dotazovala se, zda respondentky již po příjmu na oddělení gynekologie byly v rámci edukace o předoperační péči poučené o přípravě operačního pole, která je neodlučitelnou součástí předoperační péče před abdominální hysterektomií. Počet nepoučených respondentek převyšoval počet poučených – 20 respondentek (61 %) o přípravě operačního pole poučeno nebylo, 13 respondentek (39 %) poučeno již bylo (viz Obrázek 11).

Otázka číslo 12: Večer před operací dostanu v rámci předoperační přípravy lék na:

- a) vyprázdnění tlustého střeva
- b) ředění krve
- c) snížení úzkosti a navození spánku**
- d) zahuštění krve

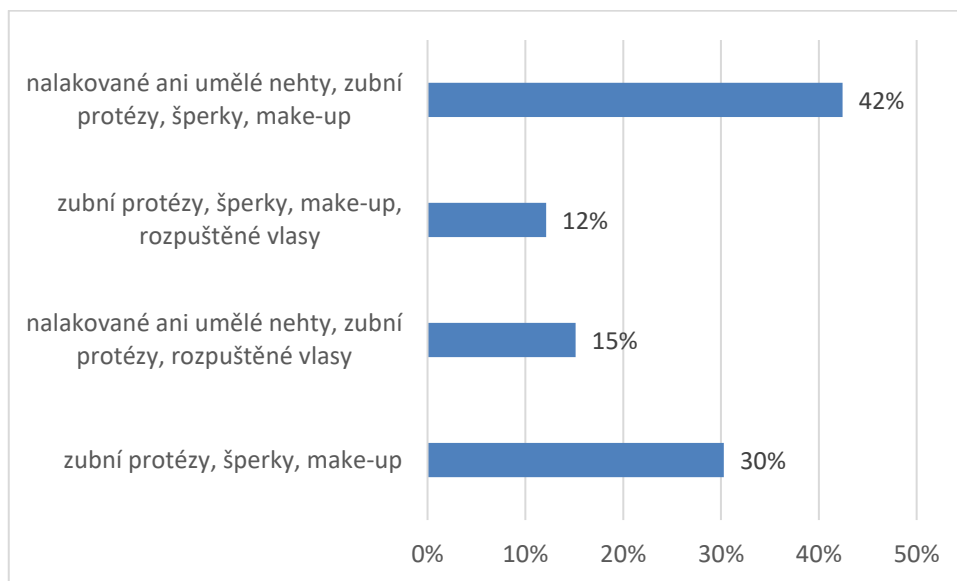


Obrázek 12 Lék večer před operací

Správnou odpovědí v otázce číslo 12, která se dotazovala, jaký lék dostane žena večer před operací, byla, že to je lék na snížení úzkosti a navození spánku. Pacientce dopřejeme klidný spánek a odpočinek před výkonem podáním farmak s mírným sedativním účinkem. Správnou odpověď zvolilo 21 respondentek (64 %), zbylých 12 respondentek volilo odpověď chybnou. Sedm respondentek (21 %) se domnívalo, že večer dostanou lék na vyprázdnění tlustého střeva, 2 respondentky (6 %) uvedly že dostanou lék na ředění krve a 3 respondentky uvedly, že dostanou večer před operací lék na zahuštění krve (viz Obrázek 12). Domnívám se, že respondentky mohly volit chybné odpovědi, z důvodu, že léky s uvedenými účinky znají již z minulosti. Je vhodné právě u léků, které snižují úzkost, či pomáhají s navozením spánku, aby ženy jejich účinek znaly a byla tím podpořena jejich účinnost.

Otázka číslo 13: V den operace nesmím mít:

- a) nalakované ani umělé nehty, zubní protézy, šperky, make-up
- b) zubní protézy, šperky, make-up, rozpuštěné vlasy
- c) nalakované ani umělé nehty, zubní protézy, rozpuštěné vlasy
- d) zubní protézy, šperky, make-up



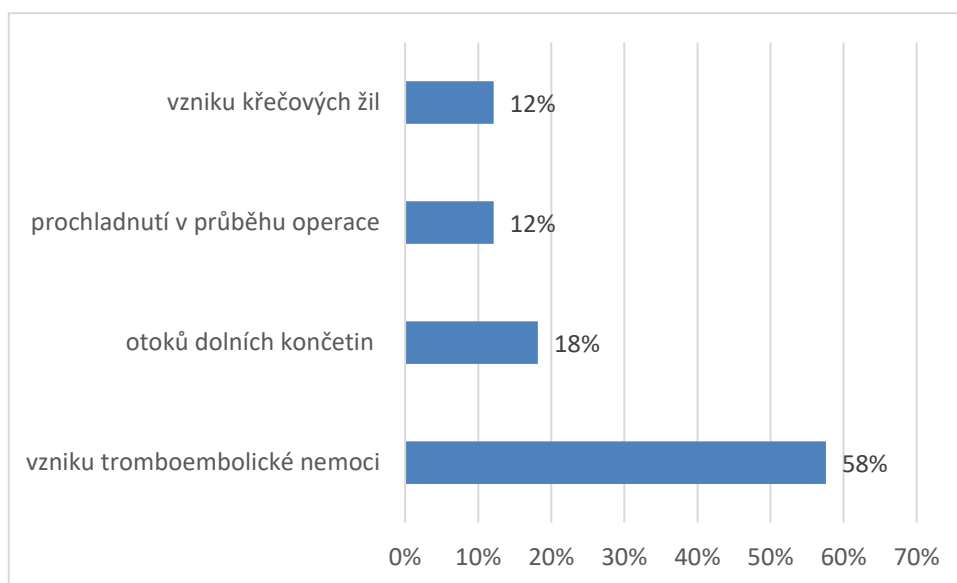
Obrázek 13 V den operace pacientka nesmí mít

V den operace nesmí pacientka na sobě mít nalakované ani umělé nehty, zubní protézy, šperky ani make-up. Touto problematikou se zabývala otázka číslo 13, na kterou správně odpovědělo pouze 14 respondentek (42 %), 9 respondentek (27 %) volilo možnost odpovědi, která obsahovala i zákaz rozpuštěných vlasů. Deset respondentek (30 %) zvolilo odpověď, která obsahovala všechny zákazy krom nalakovaných či umělých nehtů (viz Obrázek 13).

Rozpuštěné vlasy nepředstavují žádné riziko pro vznik operační komplikace, ani neomezují monitorování vitálních funkcí v pooperačním období. V průběhu operace jsou vlasy kryty čepicí. U pacientek s dlouhými vlasy však doporučujeme vlasy před odjezdem na operační sál svázat. Nalakované či umělé nehty představují překážku pro správné měření saturace v operačním a pooperačním období, proto zdravotnický personál by měl pacientku na tuto skutečnost upozornit již před samotnou hospitalizací.

Otázka číslo 14: Bandáže dolních končetin slouží k prevenci:

- a) vzniku křečových žil
- b) prochladnutí v průběhu operace
- c) otoků dolních končetin
- d) vzniku tromboembolické nemoci**

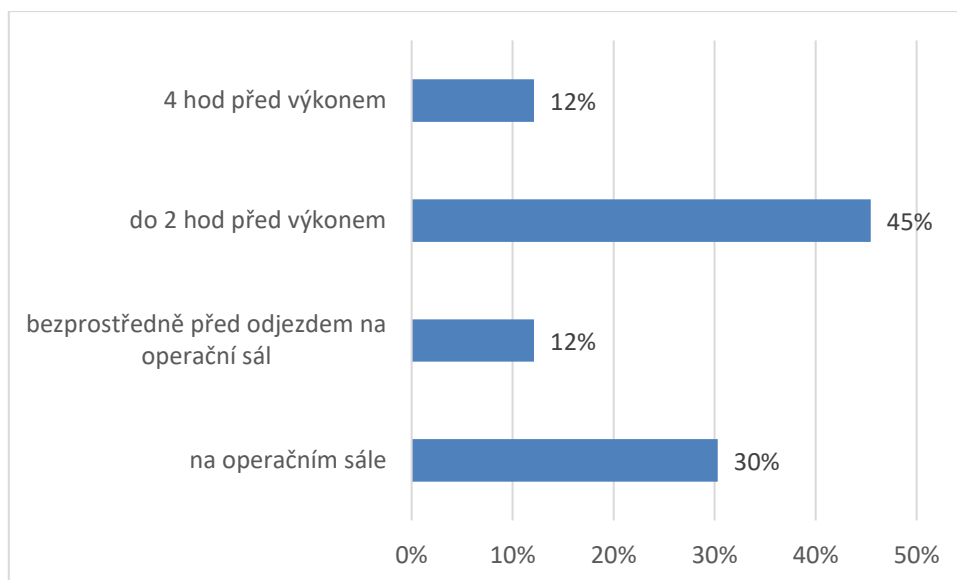


Obrázek 13 Bandáže dolních končetin – prevence

V otázce číslo 14 respondenty odpovídaly na otázku, k prevenci, čeho se před operací provádí bandáže dolních končetin. Aplikace bandáží či elastických punčoch slouží k prevenci vzniku tromboembolické nemoci a tuto možnost zvolilo 19 respondentek (58 %). Čtyři respondenty (12 %) se domnívaly, že bandáže DK slouží k prevenci vzniku křečových žil. Ve skutečnosti se komprese DK provádí v rámci konzervativní léčby malých varikosit, dále varikosit v těhotenství a u osob vysokého věku s celou řadou dalších přidružených chorob (Vodička, 2014, s. 281), ovšem neslouží k prevenci jejich vzniku v operačním a pooperačním období. Dále 4 respondenty (12 %) pro aplikaci bandáží DK zvolily prevenci prochladnutí v průběhu operace. Domnívám se, že k volbě této odpovědi mohlo přispět odlehčení situace a zmírnění stresu ze strany zdravotnického personálu. Větu „*Poté Vám zavážeme nožky, abyste nám během operace nezmrzla*“ je možné často na odděleních zaslechnout. Šest respondentek (18 %) se domnívalo, že bandáže DK slouží k prevenci otoků DK (viz Obrázek 14).

Otázka číslo 15: Premedikace (léky před operací) se podává:

- a) 4 hod před výkonem
- b) do 2 hod před výkonem**
- c) bezprostředně před odjezdem na operační sál
- d) na operačním sále

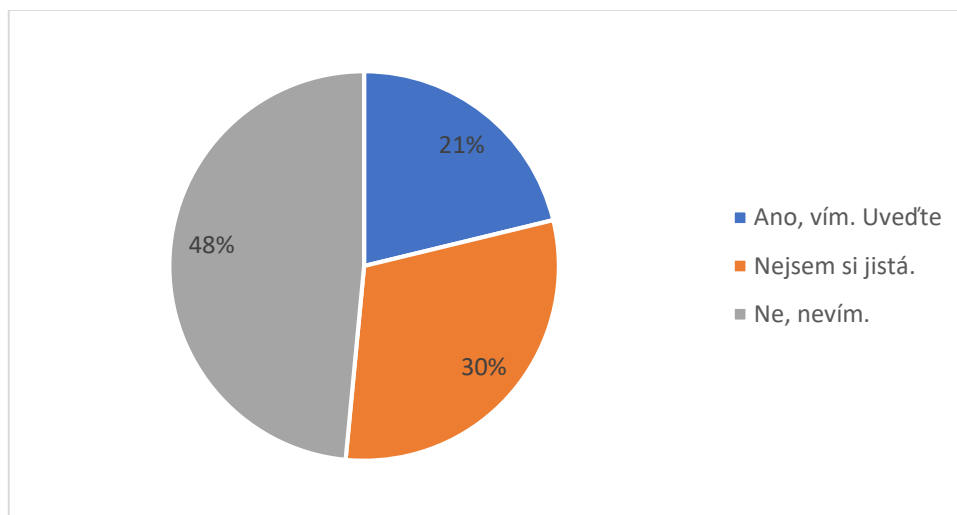


Obrázek 14 Doba podání premedikace

O způsobu, dávkování a čase podání premedikace rozhoduje anesteziolog. Po konzultaci se staniční sestrou se prokázalo, že se obvykle premedikace pacientkám podává nejdéle do 2 hodin před operačním výkonem. Porodní asistentky na lůžkovém oddělení se převážně řídí telefonátem z operačního sálu, kdy dostanou od anesteziologického týmu povolení k podání premedikace. Na otázku číslo 15 správně odpovědělo pouhých 15 respondentek (45 %) (viz Obrázek 15).

Otázka číslo 16: Víte, na co dostanete léky v rámci premedikace?

- a) Ano, vím. Uved'te.....
- b) Nejsem si jistá.
- c) Ne, nevím.

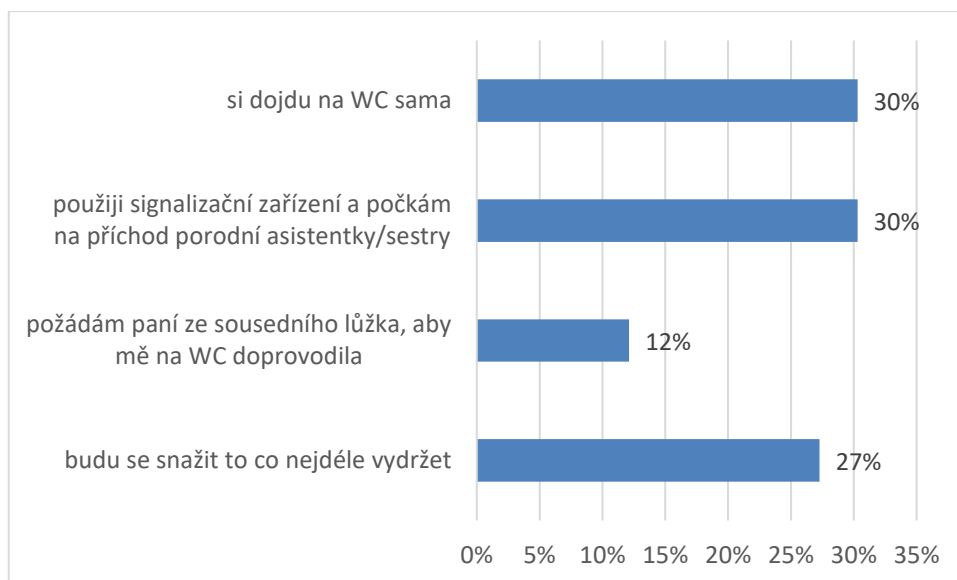


Obrázek 15 Znalosti léků v rámci premedikace

Otázka číslo 16 se tázala, zda pacientky vědí, na co dostanou léky v rámci premedikace. Pouze 7 respondentek (21 %) uvedlo, že vědí, na co léky dostanou. Slovně se vyjadřovaly následovně: „Na spánek“, „Na zklidnění a abych usnula“, „Na snížení stresu a podporu spánku“, „Na snížení úzkosti z operace“, „Na uvolnění a spánek“, „Abych byla klidná před operací“, „Abych se moc nestresovala“. Z uvedených odpovědí, je zřejmé, že se jednalo o lék ze skupiny benzodiazepinů. Po konzultaci se staniční sestrou bylo zjištěno, že téměř všem pacientkám se v rámci premedikace na oddělení podávají léky ze skupiny benzodiazepinů, antihistaminik a antibiotik. Tudiž znalosti respondentek o lécích, které měly požit před operací, byly vyhodnoceny jako neúplné. Deset respondentek (30 %) uvedlo, že se svými znalostmi si nejsou jisté a 16 respondentek (48 %) nevědělo, jaké léky v rámci premedikace použijí (viz Obrázek 16).

Otázka číslo 17: V případě potřeby WC po aplikaci premedikace:

- a) si dojdu na WC sama
- b) použiji signalizační zařízení a počkám na příchod porodní asistentky/sestry**
- c) požádám paní ze sousedního lůžka, aby mě na WC doprovodila
- d) budu se snažit to co nejdéle vydržet



Obrázek 16 Po aplikaci premedikace

Každá pacientka by měla být informována o tom, že po podání premedikace nesmí bez odborného dohledu opouštět své lůžko z důvodu rizika pádu. Poslední otázka dotazníkového šetření se dotazovala respondentek, co mají dělat v případě potřeby WC po aplikaci premedikace. Správnou odpověď zvolilo pouze 10 respondentek (30 %), tudíž by použilo signalizační zařízení a počkalo na příchod porodní asistentky/sestry. Dalších 10 respondentek (30 %) by si na WC došlo samo, 4 respondentky (12 %) by si o doprovod požádaly pacientek ze sousedního lůžka a 9 respondentek (27 %) by potřebu WC řešilo až v nezbytně nutné chvíli (viz Obrázek 17). Domnívám se, že chatrné znalosti vyplývající z této otázky souvisí s neznalostí léků, které obvykle pacientky požívají v rámci premedikace. Jak už se ukázalo v předchozí otázce dotazníkového šetření, jen malé procento respondentek vědělo, že požívají léky s mírným sedativním účinkem, který zvyšuje riziko pádu především u starších pacientek.

Vzhledem k počtu znalostních otázek byla hranice úspěšnosti stanovená na 80 %. Po vyhodnocení všech dotazníků byla vytvořena klasifikace pro hodnocení úspěšnosti jednotlivých respondentek (viz Tabulka 1). Klasifikace znalostí respondentek byla rozdělena do následujících 4 kategorií:

1. **0 % - 40 %** - nedostatečné znalosti
2. **41 % - 59 %** - průměrné znalosti
3. **60 % - 79 %** - nadprůměrné znalosti
4. **80 % - 100 %** - dostačující znalosti

Tabulka 1 Klasifikace znalostí respondentek

Hodnocení znalostí	Úspěšnost testu v %	Počet respondentek	Celkem respondentek
Nedostatečné (0 % - 40 %)	0 %	2	17 (52 %)
	10 %	2	
	20 %	1	
	30 %	5	
	40 %	7	
Průměrné (41 % - 59 %)	50 %	2	2 (6 %)
Nadprůměrné (60 % - 79 %)	60 %	2	6 (18 %)
	70 %	4	
Dostačující (80 % - 100 %)	80 %	2	8 (24 %)
	90 %	2	
	100 %	4	

Nedostatečné znalosti měla až polovina respondentek, konkrétně 17 respondentek (52 %), přičemž 2 respondentky na všechny otázky odpověděly špatně (0 %), 2 respondentky odpověděly pouze na 1 otázku správně (10 %), 1 respondentka správně odpověděla dvakrát (20 %), 5 z nich správně odpovědělo tři krát (30 %), a 7 respondentek správně odpovědělo čtyři krát (40 %). Průměrné znalosti měly 2 respondentky (6 %), tudíž správně odpověděly na polovinu znalostních otázek, konkrétně na 5 otázek (50 %). Dále 6 respondentek (18 %) mělo nadprůměrné znalosti, kdy u 2 respondentek byly znalostní otázky vyhodnoceny na 60 % a u 4 respondentek na 70 %. Více než polovina respondentek, konkrétně 22 respondentek (67 %), se domnívala, že edukaci o předoperační péči považuje za dostatečnou ovšem dostatečné znalosti mělo pouhých 8 respondentek (24 %), z toho 2 respondentky měly 8 odpovědí správných

(80 %), 2 respondentky měly 9 odpovědí správných (90 %) a 4 respondentky správně odpověděly na všechny znalostní otázky (100 %).

Tabulka 2 představuje procentuální znázornění znalostí respondentek u jednotlivých znalostních otázek. Nedostatečné znalosti respondentek se prokázaly u otázek č. 7, č. 16 a č. 17. Průměrné znalosti měly respondentky u otázek č. 9, č. 13, č. 14 a č. 15. U otázek č. 8, č. 10, č. 12 znalosti respondentek byly nadprůměrné. Šokujícím zjištěním bylo, že ani jedná znalostní otázka nedosáhla hranice úspěšnosti.

Tabulka 2 Vyhodnocení úspěšnosti respondentek u jednotlivých znalostních otázek

Číslo otázky	Procentuální znázornění znalostí respondentek	Číslo otázky	Procentuální znázornění znalostí respondentek
Otázka č. 7	39 %	Otázka č. 13	42 %
Otázka č. 8	73 %	Otázka č. 14	58 %
Otázka č. 9	55 %	Otázka č. 15	45 %
Otázka č. 10	64 %	Otázka č. 16	21 %
Otázka č. 12	64 %	Otázka č. 17	30 %

Z výsledků dotazníkového šetření posuzuji, že tvorba a poskytnutí informační mapy péče na oddělení, kde se dotazníkové šetření realizovalo, by mohlo být úspěšným krokem ke zlepšení míry edukace žen před abdominální hysterektomií a k usnadnění edukačního procesu porodní asistentkou.

12 INFORMAČNÍ MAPA PÉČE

Návrh informační mapy péče (viz kapitola 12.1) pro ženu před abdominální hysterektomií byl vytvořen na základě výsledků dotazníkového šetření a na základě prostudování odborné literatury. Dotazníky vyplňovaly ženy po příjmu na lůžkové oddělení gynekologie, kde se připravovaly k operačnímu výkonu – abdominální hysterektomii.

Informační mapa péče má podobu přehledné, barevné tabulky ve formátu A4. Pro lepší orientaci a přehlednost je mapa vertikálně rozčleněná do celkem 8 oblastí péče, kterými jsou: Pohybový režim, Dietní režim a hydratace, Vyprazdňování moče a stolice, Hygiena, Odpočinek a spánek, Prevence TEN, Premedikace, Kanyla. Horizontálně je mapa rozdělena z časového hlediska na Péči PA den před operací a Péči PA v den operace. Informace shrnuté v mapě jsou zpracované v bodech a jsou psané co nejvíce srozumitelně pro laickou veřejnost. Informační mapa péče obsahuje popis krátkodobé a bezprostřední péče o klientku před abdominální hysterektomií a také vyšetření a péči při příjmu klientky na oddělení.

K informační mapě péče byl také sestaven Manuál pro porodní asistentky (viz kapitola 13.2.), který by měl sloužit jako návod ke správnému použití informační mapy péče v praxi a zároveň by měl podpořit PA ve správné a řádné edukaci.

Porodní asistentka by měla nejdříve klientku při příjmu na oddělení slovně edukovat, poté ji poskytne tištěný edukační materiál a klientku informuje, aby ho pečlivě prostudovala. Porodní asistentka nechá klientce dostatek času na prostudování informační mapy péče a poté se informuje, zda klientka všemu rozuměla a zodpoví ji případné dotazy. PA ženu poučí, že informační mapu péče může odložit do stolečku a v případě potřeby do ní může kdykoli nahlédnout.

12.1 Návrh informační mapy péče

ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE – Co všechno Vás před ní čeká

© Olha Voroniuk, Markéta Moravcová, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, 2020

PRŮBĚH PÉČE PŘI PŘÍJMU NA LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ GYNEKOLOGIE

Vyšetření při příjmu	<p>Po přijetí vás čeká:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ kontrola a hodnocení všech předoperačních vyšetření, která jste absolvovala ▪ získání informací o Vašem stavu, onemocněních, onemocněních ve Vaší rodině ▪ měření krevní tlaku, pulsu a tělesné teploty ▪ zvážení, změření a stanovení hodnoty BMI (body mass index) ▪ stanovení indikace k operaci (lékař určí operační postup) 	
Konzultace	<p>Setkáte se:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ s lékařem, porodní asistentkou (dále jen PA) a sepiší s Vámi dokumentaci ▪ s anesteziologem, který zhodnotí Váš stav a naplánuje způsob anestezie při operaci <p>Přečtete si informované souhlasy a další dokumentaci a informace, lékař a porodní asistentka Vám případně zodpoví Vaše otázky. PA Vás seznámí s chodem oddělení a ubytuje Vás na pokoji.</p>	
	PÉČE PA DEN PŘED OPERACÍ	PÉČE PA V DEN OPERACE
Pohybový režim	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pokud byste chtěla oddělení na chvíli opustit, nahlaste to PA. ▪ PA provede s Vámi nácvik vstávání po operaci přes bok. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Z důvodu přípravy k operaci, zůstaňte, prosím, na svém pokoji. ▪ V případě potřeby WC po podání ranních léků použijte signalizační zařízení a počkejte na příchod PA.
Dietní režim, hydratace	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jako poslední nemocniční pokrm obdržíte lehkou večeří. ▪ Pijte dostatečné množství tekutin – 2,5 – 3 litry denně: voda, čaj, nesyčené minerální vody, ředěné ovocné džusy. ▪ Od půlnoci nejezte, nepijte, nekurte – potřeba lačnění je nutná 6 až 8 hodin před výkonem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ráno nic nejezte, nepijte z důvodu prevence vdechnutí žaludečního obsahu. ▪ Kouřit byste také neměla (kouření zvyšuje množství žaludeční šťávy a zhoršuje dýchání při a po operaci). ▪ Ranní léky můžete zapít malým douškem čiré tekutiny.

	PÉČE PA DEN PŘED OPERACÍ	PÉČE PA V DEN OPERACE
Vyprazdňování	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dbejte na pravidelné vyprazdňování močového měchýře. ▪ V odpoledních hodinách Vám PA aplikuje klystýr k vyprázdnění tlustého střeva. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dbejte na pravidelné vyprazdňování moči a stolice. ▪ V případě potřeby WC po užití ranních léků, použijte signalizační zařízení a počkejte na příchod PA.
Hygiena	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dodržujte zásady osobní hygieny. ▪ V odpoledních hodinách PA Vám oholí genitál a vyčistí pupík dezinfekcí. ▪ Večer se osprchujte. ▪ Dbejte na to, abyste neměla nalakované ani umělé nehty (brání to monitorování okysličení krve v operačním a pooperačním období). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proveďte ranní hygienu a již nepoužívejte deodoranty, antiperspiranty, pleťové ani tělové krémy. ▪ V případě, že máte zubní protézu, vyjměte ji. ▪ Před odjezdem na operační sál je nutné odložit spodní prádlo, hodinky a šperky, kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadlo, kontaktní čočky, piercing atd.). ▪ Převlékněte se do nemocniční košile („anděla“).
Odpočinek a spánek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ V průběhu dne můžete vykonávat „odpočinkové“ aktivity (čtení knihy, luštění křížovek, pletení, sledování televize a jiné). ▪ Ke snížení stresu a zajištění kvalitního spánku před operací Vám PA podá lék na zklidnění a navození spánku. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Snažte se dělat aktivity, které Vás zajímají, aby se zkrátil čas čekání před odjezdem na operační sál. ▪ Po podání ranních léků odpočívejte na lůžku.
PÉČE PA V DEN OPERACE		
Tromboembolická nemoc	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PA Vám aplikuje nízkomolekulární heparin (injekce na ředění krve, která se aplikuje do břicha nebo stehna) pro snížení rizika vzniku TEN. ▪ PA Vám na dolní končetiny přiloží elastická obinadla nebo elastické punčochy. 	
Premedikace (léky před operací)	<p>V den operace dostanete léky ze skupiny:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ antibiotik (pro snížení rizika vzniku infekce v průběhu operace) ▪ antihistaminik (pro snížení rizika vzniku alergické reakce na podané léky v průběhu operace) ▪ benzodiazepinů (pro snížení úzkosti a stresu před operačním výkonem a jako přípravu na anestezii) <p>Léky se podávají do 2 hodin před operačním výkonem.</p>	
Kanyla	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PA Vám do žíly na paži zavede kanylu (ohebná cévka, která bude fixovaná náplastí), do které budou aplikovány léky při operaci a po operaci. ▪ Při začervenaní v místě vpichu, pocitu pálení či bolesti ihned informujte PA. 	
<i>Pokud jste něčemu nerozuměla nebo máte jakýkoli dotaz, neváhejte oslovit porodní asistentku či lékaře.</i>		

12.2 Manuál k informační mapě péče

Informační mapa péče pro ženu před abdominální hysterektomií

Manuál pro porodní asistentky

Vážené porodní asistentky,

ráda bych Vás seznámila s edukačním materiálem pro klientky před plánovaným výkonem abdominální hysterektomie s názvem Informační mapa péče pro ženu před abdominální hysterektomií. Tento manuál by Vám měl přiblížit, co to informační mapa je a jak tento edukační materiál používat v praxi.

Informační mapa péče na téma Informační mapa péče pro ženu před abdominální hysterektomií je edukační pomůckou, která poskytuje přehled všech výkonů a postupů v rámci krátkodobé a bezprostřední přípravy před abdominální hysterektomií. Informační mapa obsahuje informace o vyšetřeních a průběhu péče při příjmu klientky na lůžkové oddělení gynekologie a dále je vertikálně rozdělena do jednotlivých oblastí péče. Konkrétně se jedná o oblasti péče týkající se pohybového režimu, dietního režimu a hydratace, vyprazdňování moče a stolice, hygieny, odpočinku a spánku, prevence TEN, premedikace a invazivního vstupu. Horizontálně je mapa rozdělena na péči den před operací a péči v den operace.

Postup při používání informační mapy péče:

1. Při příjmu klientky na oddělení edukujte ženu o průběhu předoperační péče dle zvyklosti oddělení a stanovených postupů.
2. Poskytněte klientce edukační materiál, krátce ho představte a poskytněte ji dostatek času, aby si text nastudovala.
3. Při dalším kontaktu s klientkou se informujte, zda porozuměla všem informacím obsaženým v informační mapě péče, v souladu s kompetencemi PA ji odpovězte na případné dotazy.
4. Informační mapu klientce ponechte a informujte ji, že do ní může kdykoli nahlédnout a také ji ujistěte, ať v případě dalších dotazů neváhá oslovit PA nebo lékaře.

13 DISKUZE

V průzkumné části bakalářské práce na téma Informační mapa péče před abdominální hysterektomií byly stanoveny dva hlavní cíle a jeden dílčí. Na základě prvního hlavního a dílčího cíle byly stanoveny dvě průzkumné otázky. Poté byl sestaven nestandardizovaný anonymní dotazník, který byl určený pro ženy na lůžkovém oddělení gynekologie, které se připravovaly k abdominální hysterektomii. Cílem dotazníku bylo zmapování informovanosti a zkušeností žen s edukací před operací. Získaná data prostřednictvím dotazníků byla zpracována do tabulek a grafů v programu Microsoft Office Excel 365 a následně analyzována. Na základě těchto výsledků byla sestavena informační mapa péče pro ženu před abdominální hysterektomií.

První dvě otázky dotazníkového šetření byly otázky identifikační. Prostřednictvím otázky č. 1 (*Kolik je Vám let?*) a otázky č. 2 (*Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*) a také na základě tématu bakalářské práce bylo zjištěno, že dotazníkového šetření se zúčastnily respondentky různých věkových skupin. Nejpočetnější skupinou respondentek byly ženy v rozmezí 50 až 59 let se středním vzděláním s maturitou, které byly hospitalizovány na lůžkovém oddělení gynekologie v nemocnici oblastního typu. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 33 žen.

Vedle plnění lékařských ordinací, poskytování ošetrovatelské péče klientkám ať v průběhu porodu, na oddělení šestinedělí, gynekologie či v ambulanci, vedle pečování o potřeby svých pacientek a také vedle administrativních činností, které porodní asistentky vykonávají, zastupují porodní asistentky další klíčovou roli ve svém povolání. Tou se jeví role edukantky, pedagoga nebo také vychovatelky, neboť porodní asistentka vychovává jednotlivce, páry, rodiny i širší společnost ke zdraví. Porodní asistentka jako edukantka na oddělení gynekologie poučuje pacientky o nutnosti předoperační a pooperační péči, informuje o činnostech, které sama provádí, a také je odůvodňuje, poskytuje informace v souladu dle svých kompetencí a odpovídá na případné dotazy. Aby edukace byla kvalitní, volí porodní asistentka k tomu vhodné metody, používá různé pomůcky, plánuje vhodné místo a načasování pro edukaci. Ke každé klientce přistupuje individuálně a empaticky. Proto hledám odpověď na následující průzkumnou otázku.

Průzkumná otázka 1: Co bylo primárním zdrojem informací pro respondentky o průběhu předoperační péče?

Na první průzkumnou otázku navazují následující otázky dotazníkového šetření: **otázka č. 3** (*Informace o průběhu předoperační péče Vám poskytl/a (vyberte více odpovědí):*), **otázka č. 4** (*Poskytnuté informace byly dle Vašeho názoru:*), **otázka č. 5** (*Jako doplněk k informacím o předoperační péči Vám byl nabídnut/a:*) a **otázka č. 6** (*V případě, že jste o předoperační péči byla informována od zdravotnického personálu, byl Vám ponechán prostor pro dotazy?*)

Po vyhodnocení otázek zaměřených na edukaci klientek bylo zjištěno, že primárním zdrojem informací o předoperační péči před abdominální hysterektomií byla slovní edukace respondentek, kterou poskytovaly především porodní asistentky/sestry při příjmu na gynekologické oddělení. V některých případech se do edukace zapojil i jiný zdravotnický personál (lékař a porodní asistentka/ sestra v ambulanci, lékař při příjmu na oddělení), nebo si informace o předoperační péči respondentky získávaly prostřednictvím jiných dostupných zdrojů (internet, od kamarádek). Slovní edukace zdravotnického personálu již nebyla doplněná žádným edukačním materiálem, ale většina respondentek měla prostor pro případné dotazy. Přibližně stejná většina respondentek označila poskytnuté informace za dostatečné. Výsledky první průzkumné otázky se shodují s mými předpoklady.

Horáčková (2018) ve své práci „Edukace porodní asistentkou v předoperačním období“ si také stanovila cíl zjistit, kdo ze zdravotnického personálu klientkám sdělil nejvíc informací o předoperačním období, ve kterém časovém období jim edukace byla poskytnuta, jakou formou edukace probíhala a zda pacientky považují poskytnuté informace za dostatečné. Soubor respondentek zde prezentovaly převážně ženy ve věku od 50 do 59 se středním vzděláním s maturitou stejně, jak je tomu v mé práci. Dotazníkové šetření bylo uskutečněno na oddělení pooperační gynekologie v nemocnici Pardubického kraje. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 30 respondentek.

Horáčková (2018, s. 57) uvádí, že téměř všechny respondentky, konkrétně 28 respondentek (93,3 %), byly o předoperační přípravě edukovány již před nástupem do zdravotnického zařízení, přičemž hlavním poskytovatelem těchto informací byl lékař na ambulanci, který edukoval 21 respondentek (70 %). Dále zjistila, že při příjmu na oddělení více jak polovinu respondentek, konkrétně 16 respondentek (53,3 %), o předoperační přípravě edukoval lékař, 13 respondentek (43,3 %) při příjmu edukovaly porodní asistentky. Z těchto údajů vyplývá, že hlavním poskytovatelem informací o předoperační přípravě byl lékař. Toto zjištění mě

překvapilo, jelikož se neshoduje s mými výsledky a domněnkou, že právě porodní asistentky se nejvíce angažují do edukace o předoperační přípravě.

Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zjištěno, že při edukaci respondentek nebyl použitý pomocný edukační materiál, tudíž všechny respondentky byly edukovány pouze ústní formou. Zatímco Horáčková (2018, s. 37) ve své práci udává, že kromě ústní formy, byla edukace ve 13 případech (43,3 %) doplněná edukační pomůckou (brožura, leták, jakýkoli jiný edukační materiál). Stejný počet respondentek edukační materiál neobdržel a 4 respondentky (13,3 %) si nevzpomněly, zda jim byl edukační materiál nabídnut. Informační mapu péče jako doplňující edukační materiál považují za vhodnou pomůcku na oddělení gynekologie, jelikož klientkám poskytuje přehled cenných informací. Výhodou je, že klientky do informační mapy mohou nahlédnout kdykoli v průběhu hospitalizace a potřebné informace si opět mohou připomenout. Z výsledků vyplývá, že přítomnost edukačního materiálu na oddělení gynekologie není samozřejmostí, proto byla v průzkumné části vytvořena informační mapa péče pro ženy před abdominální hysterektomií.

Součástí dotazníkového šetření byla otázka, jak respondentky edukaci hodnotí. Ze 33 respondentek 22 respondentek (67 %) uvedlo, že informace zaměřené na předoperační péči byly dostatečné. Jedenáct respondentek (33 %) uvedlo, že informace nebyly dostatečné. Horáčková (2018, s. 51) hodnotila, zda byly respondentky s edukací spokojené pomocí číselné stupnice jako ve škole od známky 1 po známku 5. Celkem 24 žen (80 %) míru spokojenosti s edukací ohodnotily známkou 1, 6 respondentek (20 %) ohodnotilo edukaci známkou 2. Horší hodnocení respondentky neuváděly, tudíž respondentky byly s edukací obecně spokojené. Radek a Bartůněk (2015, s. 133) tvrdí, že nedostatečná informovanost pacientů, neřešené obavy pacientů, nízká empatie zdravotníků patří mezi nejvýznamnější faktory, které podstatným způsobem snižují spolupráci pacienta při léčbě. Je nezbytné klientku informovat o všech skutečnostech, které v době hospitalizace může očekávat, aby se riziko vzniku komplikací maximálně minimalizovalo.

V poslední otázce zaměřené na edukaci se zjišťovalo, zda respondentkám byl ponechán prostor pro dotazy. Více než polovina respondentek, konkrétně 23 respondentek (70 %), prostor pro dotazy měla, deseti respondentkám (30 %) prostor pro dotazy poskytnut nebyl. Horáčková (2018, s. 53) prezentuje ve své práci příznivější výsledky. Z celkového počtu 30 respondentek uvedlo 29 respondentek (96,67 %), že prostor pro dotazy mělo, pouze jedna respondentka (3,33 %) to nedokázala posoudit.

Z výše uvedených skutečností se domnívám, že ve zdravotnickém zařízení, kde výzkum prováděla Horáčková (2018), je úroveň edukace vyšší než ve zdravotnickém zařízení, kde byl výzkum realizován mnou. A proto i praktický výstup práce – informační mapa péče ve sledovaném zařízení může přispět ke zlepšení péče a informovanosti hospitalizovaných žen.

Průzkumná otázka 2: Jaké znalosti mají respondentky o průběhu péče před abdominální hysterektomií?

S druhou průzkumnou otázkou souvisí následující znalostní otázky dotazníkového šetření: **otázka č. 7** (*Víte, koho se můžete ptát na průběh operace v průběhu hospitalizace?*), **otázka č. 8** (*Před operací nesmím jíst:*), **otázka č. 9** (*Uveďte, jaký je důvod lačnění před operací:*), **otázka č. 10** (*Od půlnoci před operací nesmím:*), **otázka č. 12** (*Večer před operací dostanu v rámci předoperační přípravy lék na:*), **otázka č. 13** (*V den operace nesmím mít:*), **otázka č. 14** (*Bandáže dolních končetin slouží k prevenci:*), **otázka č. 15** (*Premedikace (léky před operací) se podává:*), **otázka č. 16** (*Víte, na co dostanete léky v rámci premedikace?*), **otázka č. 17** (*V případě potřeby WC po aplikaci premedikace:*).

Prostřednictvím výše uvedených otázek dotazníkového šetření se zjistilo, že 17 ze 33 respondentek (52 %) mělo znalosti o předoperační přípravě nedostačující, 2 respondentky (18 %) měly znalosti průměrné, 6 respondentek (18 %) mělo nadprůměrné znalosti. Většina dotazovaných respondentek, konkrétně 22 respondentek (67 %) uvedlo, že informace zaměřené na předoperační péči byly z jejich pohledu dostatečné, ovšem pouhých 8 respondentek (24 %) mělo znalosti dostačující.

Domnívám se, že možnou příčinou neuspokojivých znalostí respondentek mohl být stres před plánovanou velkou operací a objemný obsah poskytnutých informací v poměrně krátké době. To mohlo s největší pravděpodobností vést k neudržení sdílených informací o průběhu předoperační péče.

Jedenáct respondentek (33 %) míru edukace o předoperační péči hodnotilo jako nedostatečnou a 2 respondentky specifikovaly, jaké informace jim scházely. Jedna respondentka vysvětlila, že sestřička spěchala, tudíž ji informace chyběly celkově, druhé respondentce též chyběly obecně informace o předoperační péči. Z uvedených skutečností se domnívám, že druhou příčinou nepostačující edukace by mohla být časová tíseň zdravotnického personálu, která často souvisí s pracovní vytížeností.

Předoperační přípravou se zabývala Šulová (2018) ve své bakalářské práci „Předoperační příprava pacienta v intervencích všeobecné sestry“, přičemž výzkum prováděla ve dvou nemocnicích, a to na chirurgickém, ortopedickém, gynekologickém a urologickém oddělení. Na každé oddělení připadal stejný počet respondentů, konkrétně 15 respondentů, tudíž celkově dotazník vyplnilo 120 respondentů. Šulová (2018) ve výzkumu sice nezjišťuje, jaké znalosti mají respondenti o průběhu předoperační péče, ale dvě znalostní otázky se v dotazníkovém šetření vyskytly.

Na otázku, jak dlouho se musí před operací lačnit, 24 ze 33 respondentek (73 %) v mém průzkumu odpovědělo správně a zvolilo možnost 6 až 8 hodin. Šulová (2018, s. 30) ve svém výzkumu uvádí, že na stejnou otázku z celkového počtu 120 respondentů (100 %) 91 respondentů (75 %) odpovědělo správně. Výsledky této položky jsou v obou výzkumech velmi podobné, mírnou odchylku mohl způsobit velký rozdíl v počtu respondentů.

Druhou společnou položkou dotazníkového šetření byla otázka, která se tázala na důvod lačnění před operací. V mém výzkumu se ukázalo, že 18 respondentek (55 %) si byly vědomé že, důvodem lačnění před operací je prevence následného vdechnutí žaludečního obsahu. Šulová (2018, s. 31) prezentuje výsledky, kde na stejnou otázku správně odpovědělo 83 respondentů, což tvoří 69, 2 % z celkového počtu 120 respondentů (100 %). Domnívám se, že odchylky v této položce obou výzkumu mohly způsobit odlišné zvyklosti edukace ve vybraných zdravotnických zařízeních.

Výstupem této bakalářské práce je informační mapa péče, která byla vytvořená na základě výsledků dotazníkového šetření, tématu bakalářské práce a studia aktuální odborné literatury. Domnívám se, že tento edukační materiál splní svůj účel na oddělení gynekologie – podpoří edukační proces veden porodní asistentkou a posílí znalosti klientek o průběhu předoperační přípravy před abdominální hysterektomií.

ZÁVĚR

Bakalářskou práci na téma „Informační mapa péče pro ženu před abdominální hysterektomií“ tvoří dvě části – teoretickou a průzkumnou.

Teoretická rovina se zabývá problematikou gynekologické operativy, specifikuje abdominální hysterektomii, a především popisuje komplexní předoperační péči poskytovanou porodní asistentkou na oddělení gynekologie. Edukace klientek je neodmyslitelnou a každodenní součástí práce porodní asistentky, proto se bakalářská práce z velké části zabývá edukací, kdy popisuje fáze edukačního procesu, metody edukace a charakterizuje informační mapu péče.

Cílem průzkumné části bakalářské práce bylo prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit znalosti žen, které se na lůžkovém oddělení gynekologie připravovaly k abdominální hysterektomii, o krátkodobé a bezprostřední předoperační přípravě. Dalším cílem bylo na základě zjištěných skutečností a prostudování odborné literatury vytvořit informační mapu péče pro ženy před abdominální hysterektomií.

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že více jak polovina respondentek se domnívala, že byla edukována dostatečně, ovšem dostatečné znalosti o předoperační přípravě měla pouze čtvrtina respondentek, což bylo nepříliš pozitivní zjištění. Z toho důvodu a také z důvodu, že se na sledovaném oddělení nevyskytuje žádný edukační materiál, byla vytvořena informační mapa péče, která byla rozčleněna do několika oblastí péče. Konkrétně se jedná o oblasti péče týkající se pohybového režimu, dietního režimu a hydratace, vyprazdňování moče a stolice, hygieny, odpočinku a spánku, prevence TEN, premedikace a invazivního vstupu. Informační mapa také obsahuje informace o vyšetřeních a průběhu péče při příjmu klientky na lůžkové oddělení gynekologie.

Nelze tvrdit, že porodní asistentky edukují své klientky nedostatečně už jen z důvodu, že na daném oddělení jsem měla velmi pozitivní zkušenosti v rámci odborné praxe a brigádní činnosti. Existuje mnoho vnitřních a vnějších faktorů, které mohly edukaci ovlivnit. Ovšem doufám a předpokládám, že poskytnutím informační mapy péče na dané oddělení se informovanost žen o předoperační přípravě zvýší. K informační mapě péče byl také sestaven Manuál pro porodní asistentky, který by měl sloužit jako návod ke správnému použití informační mapy péče v praxi a zároveň by měl podpořit PA ve správné a řádné edukaci.

Cíle bakalářské práce byly splněny a zároveň se rozšířily mé vědomosti, které mohu využít ve své budoucí práci.

14 POUŽITÁ LITERATURA

BLAŽEK, Martin, Eduard HAVEL a Eva BĚLOBRÁDKOVÁ. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní medicína pro praxi* [online]. Solen, 2012, 2012, **14**(11), 422-428 [cit. 2020-01-30]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedica.cz/pdfs/int/2012/11/06.pdf>

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatel*. 1. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5334-8.

CVACHOVEC, Karel, Ivan HEROLD, Vladimír ČERNÝ, Pavel ŠEVČÍK a Michal HORÁČEK. Doporučení pro omezování příjmu tekutin a stravy před anesteziologickou péčí. In: *Česká společnost anesteziologie resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. Praha, ©2020, 2011 [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <https://www.csarim.cz/content/uploads/2018/11/doporučení-pro-omezování-příjmu-tekutin-a-stravy-před-anesteziologickou-péčí-2011.pdf>

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

DRIÁK, Daniel a Borek SEHNAL. Rizika (onko)gynekologické operativy. *GYNEKOLOG: časopis ženských lékařů*. 2015, 2015(2), 52. ISSN 1210-1133.

DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. Praha: Maxdorf, [2019]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-599-6.

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. 1. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.

FERKO, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, ed. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.

HORÁČKOVÁ, Markéta. *Edukace klientek porodní asistentkou v předoperačním období* [online]. Pardubice, 2018 [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/71460>. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

HRUBOŠOVÁ, Erika. Děložní myomy a jejich léčba. *Česká gynekologie* [online]. 2011, 2011(2), 152-153 [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2011-2/delozni-myomy-a-jejich-lecba-34997>

- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
- KAŠKA, Milan. Operační rizika a význam předoperační péče. *Rozhledy v chirurgii* [online]. 2009, 2009, **88**(8), 476-480 [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rozhledy-v-chirurgii/2009-8/operacni-rizika-a-vyznam-predoperacni-pece-15662>
- KOLAŘÍK, Dušan, HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. Jessenius. ISBN 978-80-7345-267-4.
- KOZEL, Roman, Lenka MYNÁŘOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada, 2011. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3527-6.
- KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.
- MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3642-6.
- MÁRA, Michal a Zdeněk HOLUB. *Děložní myomy: moderní diagnostika a léčba*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-1854-5.
- NEMCOVÁ, Jana a Edita HLINKOVÁ. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Osveta, Martin, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
- PILKA, Radovan. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. ISBN 978-80-7345-530-9.
- PILKA, Radovan. *Robotická chirurgie v gynekologii*. Praha: Maxdorf, c2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-398-5.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. 1. Praha: Grada Publishing, 2015. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.
- ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Pavel VENTRUBA. *Gynekologie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, [2019]. ISBN 978-80-7492-426-2.
- ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SKALICKÁ, Hana. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1079-2.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.
- 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.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 1. Praha: Grada, 2007. Zdravotnický asistent. ISBN 978-80-247-2270-2.
- SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
- 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, 2015. ISBN 978-80-7395-860-2.
- ŠULOVÁ, Martina. *Předoperační příprava pacienta v intervencích všeobecné sestry*. Jihlava, 2018. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Mgr. Petra Kourková.
- ŠULOVÁ, Martina. *Předoperační příprava pacienta v intervencích všeobecné sestry* [online]. Jihlava, 2018 [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/0ledx8/>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
- VODIČKA, Josef. *Speciální chirurgie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-802-4625-126.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
- WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.

WOLFOVÁ, Petra, Drahomíra FILAUSOVÁ a Romana BELEŠOVÁ. Perioperační péče na gynekologickém oddělení. *Praktická gynekologie* [online]. 2014, **18**(4), 268-274 [cit. 2020-01-31]. ISSN 268-274. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2014-4-11/perioperacni-pece-na-gynekologickem-oddeleni-50996>

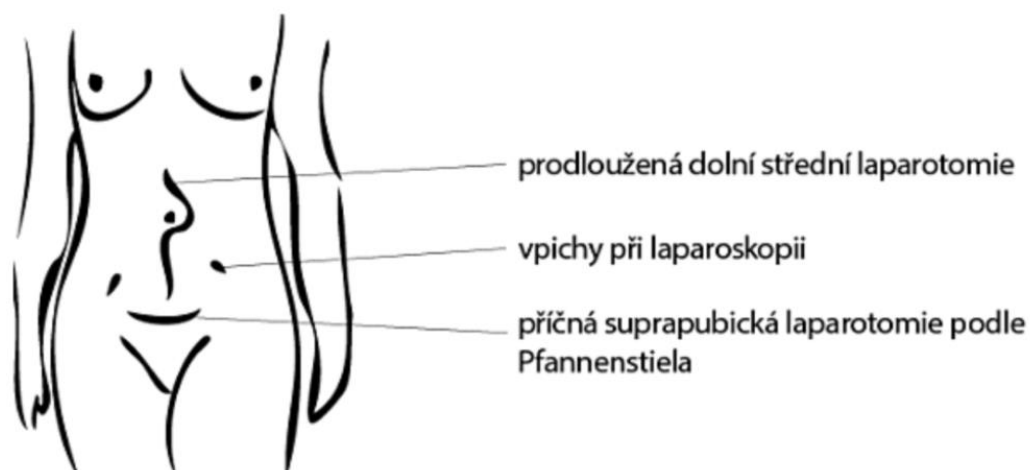
WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1714-X.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

15 PŘÍLOHY

Příloha A - <i>Přístupové cesty abdominálních gynekologických operací</i>	73
Příloha B - <i>ASA klasifikace</i>	73
Příloha C - <i>Anatomické lokalizace děložních myomů</i>	74
Příloha D - <i>Dotazník</i>	75

Příloha A - Přístupové cesty abdominálních gynekologických operací



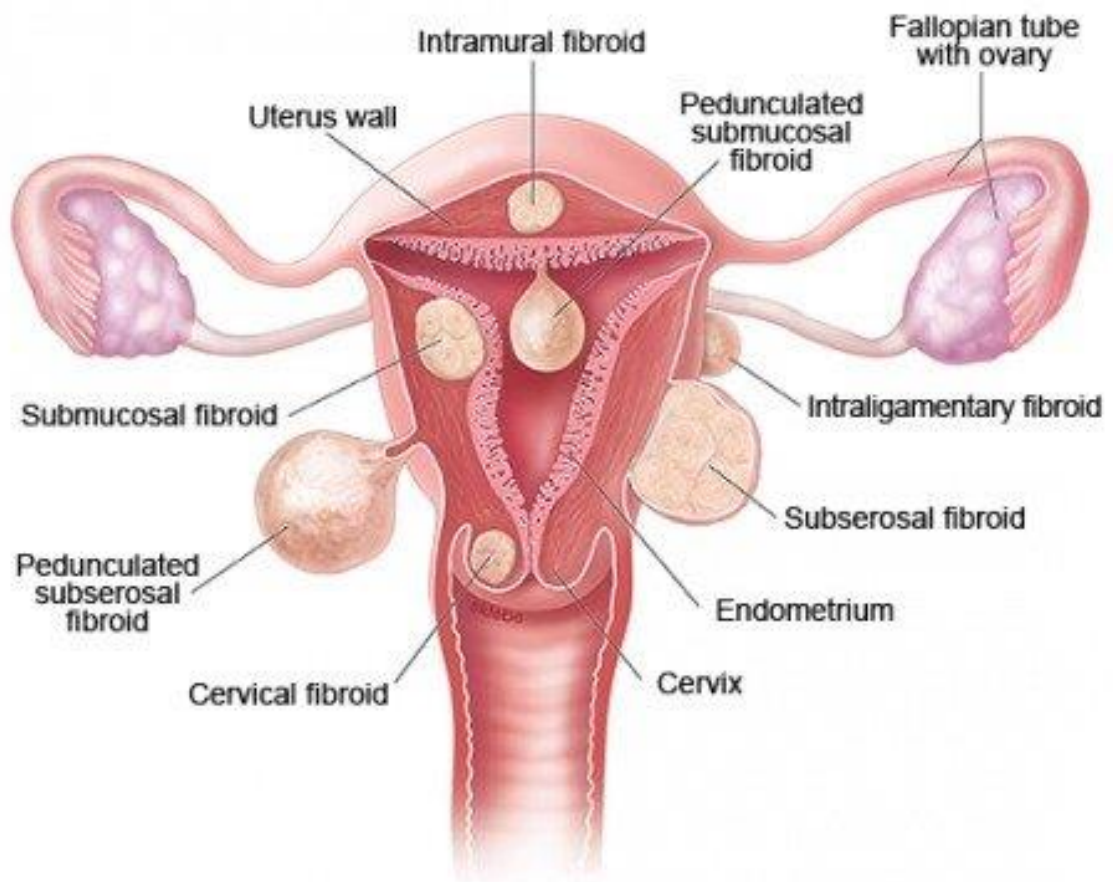
(Zdroj: Slezáková, 2017, s. 37)

Příloha B - ASA klasifikace

Kategorie	Stav	Riziko úmrtí
1	Žádná systémová nemoc, fyziologické parametry, do 50 let	0,06 %
2	Mírná až střední porucha (diabetes, hypertenze), bez omezení, nad 50 let	0,5 %
3	Závažná, vícečetná porucha (srdce), omezení	4,4 %
4	Závažná onemocnění ohrožující život i bez operace (angina pectoris, kardiální selhávání)	23,5 %
5	Moribundní, vitální indikace	51 %

(Zdroj: Driák, Sehnal, 2015, č. 2, s. 55)

Příloha C - Anatomické lokalizace děložních myomů



(Zdroj: <https://atlii.com/uterine-fibroids/uterine-fibroids-overview/>)

Příloha D - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Olha Voroniuk a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, oboru Porodní asistentka.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží k vypracování průzkumné části mé bakalářské práce na téma Informační mapa péče pro ženy před abdominální hysterektomií. Dotazník je zcela anonymní. U otázek, prosím, zakroužkujte jednu možnou odpověď, není-li uvedeno více možností, nebo napište vlastní názor.

Děkuji za spolupráci při vyplňování dotazníku.

S přáním hezkého dne,

Olha Voroniuk

-
1. Kolik je Vám let?
 - a) 18-29 let
 - b) 30-39 let
 - c) 40-49 let
 - d) 50-59 let
 - e) 60-69 let
 - f) 70 a více let
 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) základní
 - b) vyučena
 - c) střední s maturitou
 - d) vyšší odborné
 - e) vysokoškolské

3. Informace o průběhu předoperační péče Vám poskytl/a (vyberte více odpovědí):
- a) ambulantní lékař
 - b) porodní asistentka/sestra v ambulanci
 - c) lékař při příjmu na gynekologické oddělení
 - d) porodní asistentka/sestra při příjmu na gynekologické oddělení
 - e) kamarádka, která podstoupila stejný výkon
 - f) informace jsem získala na internetu
 - g) jiné.....
4. Poskytnuté informace byly dle Vašeho názoru:
- a) dostatečné
 - b) žádné informace jsem neobdržela
 - c) nedostatečné, chyběly mi informace o.....
 - d) žádné informace jsem neobdržela
5. Jako doplněk k informacím o předoperační péči Vám byl nabídnut/a:
- a) informační leták
 - b) brožura
 - c) informační mapa péče
 - d) edukační materiál mi nebyl nabídnut
 - e) jiné.....
6. V případě, že jste o předoperační péči byla informována od zdravotnického personálu, byl Vám ponechán prostor pro dotazy?
- a) ano
 - b) ne
7. Víte, koho se můžete ptát na průběh operace v průběhu hospitalizace?
- a) porodní asistentky/sestry
 - b) lékaře
 - c) porodní asistentky/sestry nebo lékaře
 - d) nevím

8. Před operací nesmím jíst:
- a) 10 až 12 hodin před operací
 - b) 6 až 8 hodin před operací
 - c) 6 až 4 hodiny před operací
 - d) lačnit nemusím
9. Uveďte, jaký je důvod lačnění před operací:
- a) prevence následného vdechnutí potravy
 - b) prevence nadýmání
 - c) prevence ucpání střev
 - d) jiné.....
.....
10. Od půlnoci před operací nesmím:
- a) kouřit
 - b) pít
 - c) jíst
 - d) všechna tvrzení jsou pravdivá
11. Byla jste porodní asistentkou/sestrou již poučena o přípravě operačního pole (celková hygiena, holení, čištění pupku)?
- a) ano
 - b) ne
12. Večer před operací dostanu v rámci předoperační přípravy lék na:
- a) vyprázdnění tlustého střeva
 - b) ředění krve
 - c) snížení úzkosti a navození spánku
 - d) zahuštění krve
13. V den operace nesmím mít:
- a) nalakované ani umělé nehty, zubní protézy, šperky, make-up
 - b) zubní protézy, šperky, make-up, rozpuštěné vlasy
 - c) nalakované ani umělé nehty, zubní protézy, rozpuštěné vlasy
 - d) zubní protézy, šperky, make-up

14. Bandáže dolních končetin slouží k prevenci:

- a) vzniku křečových žil
- b) prochladnutí v průběhu operace
- c) otoků dolních končetin
- d) vzniku tromboembolické nemoci

15. Premedikace (léky před operací) se podává:

- a) 4 hod před výkonem
- b) do 2 hod před výkonem
- c) bezprostředně před odjezdem na operační sál
- d) na operačním sále

16. Víte, na co dostanete léky v rámci premedikace?

- a) Ano, vím. Uveďte.....
.....
.....
- b) Nejsem si jistá.
- c) Ne, nevím.

17. V případě potřeby WC po aplikaci premedikace:

- a) si dojdu na WC sama
- b) použiji signalizační zařízení a počkám na příchod porodní asistentky/sestry
- c) požádám paní ze sousedního lůžka, aby mě na WC doprovodila
- d) budu se snažit to co nejdéle vydržet