

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**INFORMOVANOST ŽEN PŘI PŘÍPRAVĚ KE GYNEKOLOGICKÉ
OPERACI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
PhDr. Drahomíra Filausová

2011

Autor:
Martina Bicanová

Women's Awareness When Preparing for a Gynaecological Surgery

When making decisions on future issues it is very important to be informed in all aspects. This applies to the health issues in particular. Being informed before every surgery on pre-operative procedure, the surgery in question and subsequent post-operative care is crucial for the patients' trust in us, medical staff. It is a communication between a health worker and a patient that is concluded with signing the informed consent.

The theoretical part is focused on activities related to pre-operative care, activities related to post-operative care and communication between a health worker and a patient.

The practical part is focused on the level of women's awareness of pre- and post-operative care and activities related to them. A quantitative research method was selected in order to handle the issue and to ascertain the goals mentioned. The research was conducted using questionnaires that were anonymous. They had been designed for women undergoing a surgery at a gynaecological and obstetric department.

Two goals and hypotheses related were stated. The goals of the thesis were to find out whether women are informed on pre- and post-operative care in case of a gynaecological surgery and to find out which sources women use to get the information on pre- and post-operative care.

Both goals were met. Hypothesis 1 "Most of information on pre-operative care was provided by a midwife" was not confirmed. The hypothesis 2 that most of information on post-operative care had been provided by a midwife was not confirmed, too. Hypothesis 3 "Women search for the information on the Internet" was confirmed.

This bachelor thesis can be used as a source of information and educational material for women who will undergo a planned surgery.

An educational leaflet for women undergoing a gynaecological surgery is the result of the research.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Informovanost žen při přípravě ke gynekologické operaci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky vedoucího a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Martina Bicanová

Poděkování

Touto cestou chci poděkovat PhDr. Drahomíře Filausové za odbornou pomoc, cenné a praktické rady při vedení mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	6
1. SOUČASNÝ STAV	7
1.1 GYNEKOLOGICKÉ OPERACE.....	7
1.2 DĚLENÍ GYNEKOLOGICKÝCH OPERACÍ.....	7
1.3 PERIOPERAČNÍ OBDOBÍ.....	9
1.4 PŘEDOPERAČNÍ FÁZE.....	10
1.4.1. Předoperační vyšetření.....	11
1.4.2. Příjem pacientky	11
1.4.3. Bezprostřední předoperační příprava v den před operací	12
1.4.3.1 Anesteziologické konzilium, prepmedikace a premedikace.....	14
1.4.4. Bezprostřední předoperační příprava v den opera	14
1.5 INTRAOPERAČNÍ FÁZE	15
1.6 POOPERAČNÍ FÁZE.....	16
1.6.1 Bezprostřední péče po operaci	16
1.6.2 Péče v následujících pooperačních dnech.....	17
1.6.2.1 Monitorace fyziologických funkcí.....	18
1.6.2.2 Zmírňování bolesti	19
1.6.2.3 Péče o operační ránu	20
1.6.2.4 Stravování a péče o vyprazdňování	22
1.6.2.5 Hygienická péče a rehabilitace	23
1.6.2.6 Pooperační komplikace.....	25
1.6.3. Intermediární péče a rekonvalescence	26
1.7 KOMUNIKACE	26
2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY	28
2.1 CÍLE PRÁCE	28
2.2 HYPOTÉZY	28
3 METODIKA	29
3.1 POUŽITÁ METODIKA	29
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	29
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	30
4.1 ANALÝZA DOTAZNÍKŮ RESPONDENTEK.....	30
5 DISKUZE	59
6 ZÁVĚR	67
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
8 KLÍČOVÁ SLOVA	73
9 PŘÍLOHY	74

ÚVOD

Informovanost pacientek hraje důležitou roli v tom, aby žena se zdravotníky spolupracovala. Být informován před každou operací o předoperačním průběhu, o samotné operaci a o následné pooperační péči je významné pro pacientovu důvěru ke zdravotníkům.

Pacientka by měla mít dostatek informací, aby se mohla rozhodnout pro navrhovanou operaci a způsob léčby. Tyto informace podává pacientce zpravidla lékař. Porodní asistentka poskytuje informace o výkonech, které sama provádí.

Každý zdravotník, zvláště pak porodní asistentka, by měl na pacientku působit vždy pozitivně, být jejím partnerem. Je to důležité pro její uzdravení, pro návrat do běžného života. Operační výkon je pro pacientku náročný jak fyzicky, tak i psychicky. Proto je pro pacientku důležitá komunikace se zdravotnickým personálem. Personál by se měl umět do pacientky vcítit, být empatický.

Každý lékařský výkon musí být proveden se souhlasem pacientky. Tento souhlas je informovaný. To znamená, že pacientka před jeho podepsáním byla řádně poučena. Takový souhlas obsahuje stručný popis onemocnění, předpokládaný vývoj onemocnění, pokud se pacientka nebude léčit, plánovaný postup při léčbě a její účel, rizika výkonu, délka hospitalizace a následné kontroly, alternativy plánovaného postupu a v neposlední řadě podpis lékaře a pacientky.

Myslím si, že je velmi důležité být informován o všech výkonech, které pacientku čekají jak před operací, tak i po ní. Je to jeden z mnoha způsobů pomoci, jak pacientce zmírnit její strach a obavy.

Téma Informovanost pacientek při přípravě ke gynekologické operaci jsem si vybrala proto, že chci zjistit, v jaké míře jsou pacientky na operační výkon připraveny a zda jsou dostatečně informovány o tom, jak mají dodržovat období rekonvalescence.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Gynekologické operace

Gynekologie patří mezi chirurgické obory. Gynekologická operativa začíná od několikaminutových výkonů a pokračuje až po rozsáhlé operace, na kterých mnohdy spolupracuje gynekolog s urologem, cévním chirurgem a případně s dalšími odborníky.

Operace v gynekologii je prováděna tehdy, jde-li o základní onemocnění, které nelze jiným účinným způsobem léčit. A také tehdy, pokud jsou možnosti bez operační léčby už vyčerpány (36).

Před každou operací lékař pacientce vysvětlí charakter nemoci, možnosti léčby, nastíní předpokládaný průběh operace i pooperační období, eventuálně komplikace i možnosti jak jim předcházet. Příprava k operaci je závislá na jejím typu (36).

Proto, aby se pacientka mohla rozhodnout pro navrhovanou operaci a způsob léčby, musí mít dostatek informací. Ty pacientce předává zpravidla lékař. Porodní asistentka poskytuje informace o výkonech, které sama provádí. Pacientka musí být poučena o svém zdravotním stavu, o doporučené léčbě a operaci a jejich účelu a o možných rizicích a komplikacích. Informace musí být pacientce sděleny tak, aby jim porozuměla (3).

Každý lékařský výkon musí být proveden se souhlasem pacientky. Tento souhlas je informovaný. To znamená, že pacientka byla před jeho podepsáním řádně poučena. Informovanost pacientek o výkonu vede často ke zlepšení vztahu mezi pacientkami a zdravotníky (3, 7) (viz příloha 3) .

Na našem trhu je v současné době velké množství publikací týkající se zdravotní problematiky, které informují laiky, jak postupovat v případě zdravotních problémů. Informovaná pacientka je pro zdravotníka lepším partnerem jak v oblasti prevence, tak v oblasti klinického rozhodování (7).

1.2 Dělení gynekologických operací

Gynekologické operace můžeme rozdělit do 4 kategorií.

První kategorie je rozdělení podle nevyhnutelnosti a naléhavosti na urgentní, volitelné a nezávazné operace.

Druhou kategorii dělíme podle stupně rizika na malé a velké operace.

Třetí kategorii podle účelu operace na diagnostické, probatorní, paliativní, rekonstrukční, konstrukční a ablativní.

Čtvrtou kategorií je rozdělení gynekologických operací podle operačního přístupu na vaginální a břišní operace (30, 24).

Gynekologické operace podle nevyhnutelnosti a naléhavosti je urgentní operace, která je vždy životně důležitá. Volitelná operace se provádí pro zdraví pacienta, ale není bezpodmínečně nutná pro život. Bývá většinou plánovaná. Takovou operací je například gynekologická. Nezávazná operace se dělá na vyžádání pacienta, ikdyž není nevyhnutelná pro život. Takovou operací je plastická (24).

Gynekologické operace podle stupně rizika dělíme na malé a velké.

Malé gynekologické operace mají malý stupeň rizika. Provádějí se bez přípravy často ambulantně nebo při jednodenní hospitalizaci za účelem diagnostickým nebo léčebným. Operace probíhá v krátkodobé anestezii. Podle zdravotního stavu pacientky jsou potřeba laboratorní vyšetření, celková prohlídka u praktického či interního lékaře nebo u dalšího specialisty.

Mezi nejčastější malé gynekologické operace patří kyretáž dutiny děložní, miniinterrupce, interrupce a jiné (30, 36, 27).

Velké gynekologické operace vyžadují několikadenní hospitalizaci. Mají vysoký stupeň rizika, mohou být komplikované, spojené s velkou ztrátou krve. Nejde-li o operační indikaci z nebezpečí ohrožení života, tak obvykle ženu přijímáme jeden den před plánovanou operací. Anesteziolog zkontroluje laboratorní a interní vyšetření. Další vyšetření proběhnou dle celkového stavu pacientky či rozsahu operace. Mezi velké gynekologické operace můžeme zařadit například hysterektomii, laparoskopii, laparotomii a jiné (30, 2).

Vysoké riziko se ještě zvyšuje u urgentních operací vzhledem k tomu, že zde není možné provést dlouhodobou předoperační přípravu, která se provádí u plánovaných operací (24).

Gynekologické operace podle účelu jsou diagnostické operace, které se provádějí pro potvrzení diagnózy. Jsou to například laparoskopické operace v gynekologii.

Probatorní operace slouží k určení rozsahu patologického procesu, případně také k potvrzení diagnózy. Takovou operací je například probatorní laparotomie pro zjištění velikosti tumoru. Cílem paliativních operací je zmírnění symptomů chorobného procesu bez vyléčení nemoci způsobující tyto symptomy. Rekonstrukční operace slouží k náhradě poškozených tkání a orgánů. Konstruktivní operace vedou k úpravě vrozených orgánových nebo tkáňových malformací. A ablativní operace, které představují odstranění orgánů nebo částí těla. Jako je například hysterektomie (30, 24).

Gynekologické operace podle operačního přístupu můžeme rozdělit na vaginální přístup, břišní a nebo kombinovaný. Volba přístupu, zda abdominální či vaginální, je otázkou diskutovanou, přiklánějící se v některých hraničních situacích na tu či onu stranu. Oba přístupy mají své výhody i nevýhody (1).

Objektivně se vaginální operace, hlavně na děloze a adnexech, považují za technicky obtížnější pro přístup k operačnímu poli a pro omezený přehled. K některým výkonům je třeba použít pomocných rozšiřovacích řezů (1).

Vaginální přístup má své objektivní přednosti vyplývající z nižší invazivnosti menšího operačního pole, lehčí průběh pooperačního období (1).

Přístup břišní stěnou, nebo-li laparotomie, znamená otevření peritoneální dutiny řezem v břišní stěně dovolující dokonalý pohled a přístup do operačního pole. To je důležité hlavně pro tzv. radikální operace. Jeho nevýhodou je pooperační dyskomfort z rozsahu operační rány, z pooperačního oblenění střevní peristaltiky a z rizika vzniku hernií v jizvě (1).

1.3 Perioperační období

„Každá operace, plánovaná nebo urgentní, je nefyziologický zásah, na který organismus reaguje a to jak v době před operací, tak v době po operaci (24, s.88)“. Proto je třeba věnovat zvýšenou citlivost jak psychickým, tak fyzickým potřebám pacientky. Perioperačním obdobím nazýváme dobu před operací, operaci a čas po operaci. Obsahuje 3 fáze. Fázi předoperační, fázi intraoperační a pooperační fázi (24).

Pacientka přichází do ambulance na doporučení svého lékaře, specializovaného pracoviště či na základě konziliárního vyšetření. V ambulanci obdrží pacientka od sestry tiskopis, kde jsou napsána potřebná vyšetření podle operačního výkonu, která zajišťuje praktický lékař. V den příjmu si nemocná přináší výsledky s sebou (12).

1.4 Předoperační fáze

„Tato fáze začíná rozhodnutím pro chirurgický zásah a končí převozem pacientky na operační sál. Je to období, kdy se pacientka připravuje psychicky i fyzicky na výkon (24, s. 88)“.

Do předoperační fáze patří vzdálená předoperační příprava, kdy porodní asistentka pacientku seznámí s průběhem předoperační přípravy, předoperačních vyšetření a předpokládanou pooperační péčí. Sepíše s pacientkou sesterskou anamnézu. Informovanost pacientky pomáhá zajistit větší spolupráci a psychickou vyrovnanost. Vhodně vedené rozhovory přijímají pacientky nejen s otevřeným hledím, ale mnohokrát pomáhají zvládnout mnohdy nejednoduché operace i následnou dlouhodobou terapii (12, 1, 24) (viz příloha 2, příloha 4).

Porodní asistentka dále seznámí pacientku s přípravou operačního pole, zdůvodní důkladnou přípravu střev, seznámí pacientku s hygienou před výkonem. Dále informuje pacientku o podání předoperační terapie, vysvětlí léčebné postupy nařízené lékařem, důležitost nepřijímat potravu a tekutiny od půlnoci před výkonem, zdůvodnit odstranění šperků, nalíčení, kompenzačních pomůcek (24).

Porodní asistentka také vysvětlí pacientce pooperační režim. Pokud je to možné, ukáže pacientce jednotku intenzivní péče, kam bude po operaci převezena. Poskytne jí přehled o pooperační péči, seznámí se způsoby zmírňující bolest, ukáže a naučí pacientku cviky pro hluboké dýchání, pro snadnější odkašlávání, cviky pro dolní končetiny a způsoby obracení a vstávání z lůžka. Také pacientce vysvětlí důvod časného vstávání z lůžka po operaci, seznámí ji s dietním opatřením a také se vším seznámí a informuje rodinné příslušníky a zajistí jejich spolupráci, jestliže s tím sama pacientka souhlasí (24).

Součástí přípravy by mělo být také plné poučení pacientky o důvodu operace, technice výkonu a možných komplikací, a to jak z anesteziologické stránky, tak i z chirurgické. Nazýváme to informovaný souhlas, kdy každé pracoviště si vytváří svůj model (6).

1.4.1. Předoperační vyšetření

Předoperační vyšetření je soubor jednotlivých vyšetření, podle kterých se interní nebo praktický lékař rozhodne, zda pacientku pustí na operaci (30).

Skládá se z laboratorního vyšetření krve, moči, EKG a z fyzikálního vyšetření interním nebo praktickým lékařem (30).

Porodní asistentka se informuje, zda pacientka zná důvody odběru krve na vyšetření, zda souhlasí s vyšetřením a také poučí pacientku jak se má na odběr krve připravit. Na odběr přijde pacientka ráno nalačno. V čisté vymyté lahvičce také přinese ranní moč (24).

Porodní asistentka natočí EKG. Seznámí pacientku s výkonem a požádá ji, aby se vyslečená do spodního prádla uložila na lůžko do polohy na zádech s rukama volně položenými podél těla. Teplota v místnosti má být přiměřena tomu, aby u vyšetřované nedocházelo ke svalovému třesu. Rušil by tak grafický záznam. Pacientce navlhčí bérce a předloktí, kam umístí končetinové svody a také hrudník, kam dá hrudní svody. Porodní asistentka požádá pacientku ať se nehýbá, nemluví a natočí elektrokardiografický záznam (15).

1.4.2. Příjem pacientky

Pacientka se přijímá obvykle den před plánovaným operačním výkonem. Lékař odebere od pacientky anamnézu a kontroluje laboratorní výsledky, EKG, poševní biocentézy a onkocytologii děložního hrdla. Přijetí jeden den před operací by mělo stačit k zhodnocení celkového stavu internistou a anesteziologem, který naordinuje speciální předoperační medikaci (1).

S sebou do nemocnice si pacientka vezme kromě výsledků z předoperačních vyšetření také průkaz pojištěnce, občanský průkaz, přesný seznam užívaných léků

s jejich silou a dávkováním nebo originální obal léků, které užívá. Dále prádlo na spaní, župan, přezůvky, toaletní a osobní potřeby a kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadlo, berle), pokud její pacientka používá (29).

V den příjmu je také pacientka vyšetřena primářem nebo jeho zástupcem, který pak určí postup a pořadí operace (29).

Součástí příjmu je sběr anamnézy. Anamnéza je první chvílí, ve které lékař navazuje kontakt s pacientkou, kdy jemný a uvážlivý přístup může velice rychle navodit atmosféru sympatií a porozumění, tolik potřebnou pro stanovení diagnózy a další léčení. Je to úplnost, systematickosti a pravdivosti. Při zjišťování anamnézy by měl být vyloučen spěch a nervozita a naopak zdůrazněn takt a diskretnost při získávání údajů z intimního života ženy a mělo by být zajištěno vhodné prostředí pro soukromý rozhovor (32, 33, 34, 42).

Anamnéza má několik částí jako je sběr osobních dat pacientky, kde jsou velice důležité údaje týkající se alergie na léky či některé dezinfekční prostředky, seznam užívaných léků. Další částí anamnézy je rodinná, gynekologická, porodnická, sociální a pracovní anamnéza. Také lékař klade otázky vztahující se k nynějšímu onemocnění. Lékař pacientku vyslechne, vše zaznamená do dokumentace, poučí ji o nadcházejících výkonech a také ji poučí, že po operaci stráví asi 48 hodin na jednotce intenzivní péče.

Součástí příjmu je také odběr sesterské anamnézy (42, 34, 32).

1.4.3. Bezprostřední předoperační příprava v den před operací

Porodní asistentka provede s pacientkou poučení a rozhovor o nadcházející ošetrovatelské péči. Vhodnou komunikací a slovem zmírňuje její obavy z operace. Seznámí jí s plánovanou dobou operace podle operačního rozpisu a s plánovaným návratem z operačního sálu. Také jí vysvětlí průběh přípravy v tento den. Seznámí pacientku s tím, co může očekávat, jako je operační rána krytá obvazem, bolest, dieta. Zajistí podepsání souhlasu s léčbou a operací za přítomnosti svědka (24).

Porodní asistentka poučí pacientku, že si připraví malou příruční tašku na jednotku intenzivní péče, kam si dá základní hygienické potřeby, léky, župan a přezůvky. Ostatní věci zůstanou na oddělení zamčené v šatně (29).

Porodní asistentka zajistí, aby pacientka byla ráno nalačno. Také připraví operační pole a pokožku, zajistí dokonalé vyprázdnění střeva klyzmatem, zajistí u pacientky celkovou hygienu.

Dle ordinace lékaře aplikuje prepremedikaci na noc a sleduje celkový současný psychický i zdravotní stav pacientky (24).

Dietu ordinuje pacientce ošetřující lékař. V poledne pacientka může obědvat, večeri však už nedostane. Do půlnoci porodní asistentka doporučí pacientce hodně pít, z důvodu hydratace. Od půlnoci nesmí pacientka jíst, pít ani kouřit (35, 29).

V podvečer porodní asistentka oholí pacientku jednorázovou holící soupravou a poté dezinfikuje operační oblast. Pro předpokládanou břišní operaci oholí podbříšek a hrmu a před vaginální operací vulvu a perineum. Zkontroluje pokožku po odstranění chloupků (1, 24).

Na základě ordinace lékaře provede porodní asistentka pacientce večer před operací očistné klyzma. Klyzma je výkon, kterým se vpravuje tekutina konečníkem do esovité kličky a do tlustého střeva, který vyplachuje střevo. Účelem je očištění střeva od stolice (35, 9, 23).

Porodní asistentka seznámí pacientku s účelem, s postupem klyzmatu a zajistí její spolupráci při výkonu. Zajistí také klid a soukromí během výkonu. Chodícím pacientkám se klyzma provádí v místnosti k tomu určené. Pacientka si lehne na lůžko, pokud to dovoluje její zdravotní stav, na levý bok s dolními končetinami flektovanými k hrudníku. S pacientkou udržuje stálý slovní kontakt. Rektální rourku namazanou Mesocainem zavede do konečníku asi 6 – 8 cm hluboko a pomalu vpouští asi 1 – 1,5 l vody o teplotě lidského těla (9, 35, 23).

Pokud si pacientka stěžuje na křeče, porodní asistentka jí doporučí, aby dýchala zhluboka a zároveň sníží nádobu s roztokem. Stěžuje-li si pacientka na bolest, aplikaci přeruší, dokud bolest neodezní. Po odeznění zkusí znovu klyzma aplikovat.

Po skončení výkonu poučí pacientku, aby se pokusila udržet nálev pokud možno 10 - 15 minut. Vyprázdnit se může na WC v té samé místnosti, nebo na pokoji, kam ji doprovodí porodní asistentka. Také se potom zeptá pacientky na účinnost očistného klyzmatu a vše zaznamená do dokumentace (9, 35, 23).

Porodní asistentka poučí pacientku, aby si umyla vlasy, osprchovala se a zvláštní péčí věnovala oblasti pupku. Nemá-li odlakované nehty, porodní asistentka zajistí jejich odlakování (24, 27).

1.4.3.1 Anesteziologické konzilium, prepremedikace a premedikace

Anesteziolog se setkává s pacientkou před plánovaným výkonem při anesteziologickém konziliu. Anesteziologické konzilium je ucelený výkon, kdy anesteziolog prostuduje a zhodnotí předoperační interní vyšetření, seznámí se s nálezem, indikací výkonu, operačním plánem, zařazením do programu. Zhodnotí závažnost zátěže a míru rizika. Určí plán anestezie. Dále anesteziolog vysvětlí pacientce uklidňující a srozumitelnou formou svůj odborný návrh postupu. Vše zaznamená do dokumentace (42).

Po zhodnocení výsledků předepíše anesteziolog prepremedikaci a premedikaci.

Prepremedikace je doplnění premedikace u plánovaných výkonů. Jde o podání léků k navození spánku večer před operací. V této indikaci se nejčastěji využívají benzodiazepiny, neuroleptika většinou ve formě tablet (24).

Premedikace je podání léků pacientce asi 30 minut před anestezíí. Cílem je zmírnění strachu a úzkosti z operace, snížení sekrece v ústech a dýchacích cestách, snižuje výskyt pooperační nauzei a zvracení, navozuje bazální analgezii a oslabuje vagové reflexy (24).

1.4.4 Bezprostřední předoperační příprava v den opera

Předtím, než pacientka vstane ráno z lůžka, porodní asistentka přiloží antiembolické punčochy nebo bandáže dle ordinace lékaře. Zkontroluje, zda pacientka nepřijímala nic per os. Změří pacientce fyziologické funkce a hodnoty zapíše do dokumentace. Zajistí a zkontroluje vyprázdnění močového měchýře. Pokud je naordinována katetrizace, porodní asistentka výkon provede v místnosti k tomu určené. V tomto případě jde o zavedení permanentního močového katétru močovou trubicí do močového měchýře. Vzhledem k nebezpečí zanesení infekce při katetrizaci, je nutné dodržovat zásady asepse při provádění výkonu.

Porodní asistentka seznámí pacientku s výkonem. Doporučí jí, aby se šla před výkonem vyprázdnit a omýt. Porodní asistentka si připraví všechny potřebné pomůcky. Při zavádění permanentního katétru zajistí soukromí a pacientka se uloží do polohy na zádech s mírně pokrčenými dolními končetinami. Porodní asistentka provede zavedení katétru a vhodně ho zajistí, aby se předešlo k možnému pohybu a uretrální trakci. Také upozorní pacientku na opatrnost při pohybu a chůzi, aby nedošlo k jeho vytržení. Porodní asistentka sleduje množství, barvu a kvalitu moče odtékající do sběrného sáčku (5, 11, 24)

Porodní asistentka poučí pacientku o úpravě dlouhých vlasů, odstraní z nich všechny spony. Zajistí u pacientky ranní hygienu.

Dále porodní asistentka zajistí odložení osobního prádla, zkontroluje vyndání zubní protézy, odstranění hodinek, kompenzačních pomůcek. Uložení cenností zajistí na bezpečném místě (24).

Porodní asistentka také ještě zkontroluje operační pole. U diabetiček odebere ráno před výkonem glykemii dle ordinace lékaře.

Cca 30 minut před výkonem aplikuje pacientce premedikaci dle ordinace anesteziologa.

Porodní asistentka zajistí převoz pacientky s veškerou dokumentací na předsálí operačního sálu a předá anesteziologické sestře pacientku s dokumentací (24).

1.5 Intraoperační fáze

Intraoperační fáze začíná uložením pacientky na operační stůl a končí přijetím na pooperační ošetrovací jednotku (24).

V průběhu této fáze je ošetřování pacientky zabezpečováno zdravotnickým odborným personálem operačního sálu. Je zde kladen důraz především na ochranu pacientky před zraněním a infekcí, ochranu kůže před poraněním při pohybu a změně polohy, udržování polohy a používání vhodných ochranných pomůcek. Dále je pacientka monitorována. Klade se důraz také na vedení příslušné dokumentace, na ošetrovatelské výkony, soupis použitých chirurgických nástrojů a materiálu a také na operační protokol, který vypisuje operatér po skončení operace.

Po dobu pobytu pacientky na operačním sále je nutno připravit lůžko a pokoj pro pooperační fázi. (24).

1.6 Pooperační fáze

„Pooperační fáze je období po operaci, které začíná probuzením pacientky z anestezie, která zhoršuje schopnost pacientky reagovat na vnější stimuly (24, s.99)“. V této fázi se všechny funkce organismu postupně vrací k výchozímu stavu. Pacientka je přijata na jednotku intenzivní péče. Pooperační fáze končí až úplným zotavením z operace (24).

Porodní asistentka z jednotky intenzivní péče převezme pacientku z operačního sálu s veškerou dokumentací od anesteziologické sestry a lékaře. Zkontroluje, zda je pacientka při vědomí (12).

Pooperační fáze se dělí na bezprostřední pooperační péči, intermediární a rekonvalescenci (37).

1.6.1 Bezprostřední péče po operaci

Pacientka musí mít navraceny obranné reflexy, spontánně dýchat a polykat, mít stabilizovaný oběh, zvednout hlavu z podložky a být schopna si odkašlat. Po stabilizování vitálních funkcí zabezpečí porodní asistentka převoz pacientky na jednotku intenzivní péče, kde stráví asi 48 hodin (29, 30).

Pacientka se uloží do polohy, která odpovídá druhu provedené operace. Většinou je to poloha na zádech s mírně zvýšenou polohou hrudníku a hlavy, která zajišťuje snadnější plicní ventilaci i odkašlávání (30, 42).

Pacientka je napojena na EKG a monitor, který ukazuje její fyziologické funkce. První dvě hodiny monitoruje porodní asistentka pacientku každých 15 minut, později každých 30 minut až jednu hodinu dle jejího stavu. Vše zaznamenává do operačního protokolu (24).

Také porodní asistentka kontroluje a zaznamenává stav zornic, stupeň vědomí, zda je orientována, barvu a teplotu kůže na rtech a nehtových lůžkách. Můžou být bledé, což je příznakem poruchy prokrvení. Stav krytí operační rány, zda je krytí suché, krvavé či

prosakující. Množství prosakující krve, popřípadě krvácení hlásí porodní asistentka lékaři. Dále porodní asistentka sleduje bolest po aplikaci analgetika dle ordinace lékaře, polohu pacientky, zaznamenává barvu, konzistenci a množství drenážní tekutiny ze všech drénů, a odsávání má-li je pacientka a také sleduje množství, barvu a kvalitu moče ve sběrném sáčku. A samozřejmě plní ordinace lékaře jako jsou naordinované infúze a intravenózní či intramuskulární injekce (41, 24).

Po 2 hodinách na jednotce intenzivní péče má pacientka k dispozici čaj nebo vodu bez bublinek. Porodní asistentka připraví tekutiny s brčkem na stolek pacientky a je-li potřeba, pomáhá pacientce s přidržením hrnečku (23, 29).

Porodní asistentka také sleduje průchodnost katétrů a drénů. Sleduje možné příznaky komplikací, šoku, jako je tachykardie, neklid, hypotenze, chladná lepkavá kůže, bledost, žízeň. Sleduje a zaznamenává bilanci tekutin. To znamená příjem a výdej tekutin, včetně případných zvratků, sekretů z drenů.

Porodní asistentka zabezpečí hygienickou péči a vede pacientku od prvních dnů k samostatnosti a přiměřené aktivitě. Sleduje projevy psychického stavu pacientky a plní výkony dle ordinace lékaře (24).

1.6.2 Péče v následujících pooperačních dnech

V následujících pooperačních dnech monitoruje porodní asistentka fyziologické funkce dle ordinace lékaře. Sleduje tak zdravotní stav pacientky, zda jsou fyziologické funkce v pořádku. První operační den zabezpečí vstávání z lůžka a hygienu. Sleduje psychický stav pacientky prostřednictvím komunikace, empatie a individuálního přístupu. Procvičuje s pacientkou hluboké dýchání a kašel, což napomáhá odstraňovat hlen, který se tvoří a zůstává v plicích vlivem anestezie. Provádí s pacientkou speciální cviky dolních končetin, nejlépe každé 4 hodiny. Sleduje bilanci tekutin (24).

Zajistí správnou dietu dle ordinace lékaře. Sleduje projevy bolesti a také obnovení peristaltiky do 48 hodin po výkonu. Dále porodní asistentka sleduje hojení operační rány, asistuje při převazu, uzavření a extrakci drénu.

Sleduje zlepšování zdravotního stavu pacientky, provádí odběry biologického materiálu dle ordinace lékaře. Pravidelně provádí záznamy do dokumentace o všech výkonech, vyšetřeních, změnách vývoje stavu pacientky (24).

Postupně rehabilituje pacientku, všímá si příznaků signalizující akutní bolest, proto podává analgetika dle ordinace lékaře před začátkem aktivit (24).

1.6.2.1 Monitorace fyziologických funkcí

Monitorace je opakované, trvalé sledování fyziologických funkcí pacientky. Je to tedy děj aktivní, kontinuální a opakovaný (25).

Mezi fyziologické funkce patří vědomí, tělesná teplota, pulz, dýchání a krevní tlak. Tyto funkce by se měly posuzovat společně k sobě navzájem. Odrážejí změny, které by se jinak nezjistily (18, 35).

Vědomí je označení stavu, jehož opakem je bezvědomí, spánek, hypnóza nebo uvědomování si sama sebe. Je vázáno na činnost nervové soustavy, zpracovává došlé informace, díky kterým je člověk správně orientován v čase, prostoru a o své osobě. Porodní asistentka se tedy ptá pacientky, zda ví kdo je, kde je, kolikátého je. Toto označuje jako orientována místem, časem, osobou (26, 35).

Tělesná teplota je využívána buňkami těla jako zdroj energie pro jejich činnost. Fyziologické rozmezí tělesné teploty je 36 C – 36,9 C. Tělesná teplota během dne kolísá. Při měření teploty se obvykle používá lihový nebo digitální teploměr. Tělesná teplota se měří 2x denně. U pacientek s horečkou nebo vyžaduje-li to stav, měří porodní asistentka teplotu opakovaně dle potřeby a ordinace lékaře (23, 26, 35, 10).

Fyziologická hodnota pulzu se pohybuje u zdravého člověka mezi 70-80/min. Krajní hranice jsou 60/min a 90/min. Místem měření jsou palpačně snadno přístupné tepny. Porodní asistentka hodnotí kvalitu, rytmus a elasticnost tepny. Vše zapíše do dokumentace (23, 35).

Dýchání patří mezi nejdůležitější životní funkce. Normální počet dechů u dospělého člověka je 15-20 dechů za minutu. Porodní asistentka provádí počítání dechů tak, že poučí pacientku, že jde měřit pulz. Pacientka nemá vědět o sledování dechu

vzhledem k možnému ovlivnění. Kromě počtu dechů také hodnotí pravidelnost, hloubku a charakter dýchání. Vše zaznamená do dokumentace (23, 35).

Krevní tlak je tlak krve pulzující v tepnách. Průměrný tlak je u dospělého člověka 120/80 mm Hg. Nejčastěji se krevní tlak měří auskultačně na paži. Hodnoty krevního tlaku porodní asistentka zaznamená do dokumentace. Při nečekané změně hodnot krevního tlaku se měření opakuje a porodní asistentka informuje lékaře (8, 23).

1.6.2.2 Zmírňování bolesti

„Bolest je subjektivní příznak, který zatěžuje celý organismus (21, s. 7)“. Odstraňování nebo alespoň zmírňování bolesti tvoří základní součást ošetrovatelského procesu. Pro hodnocení potřeby nemocného být bez bolesti a pro hodnocení analgetických opatření je hodnocení bolesti velmi potřebné. Hodnotí se zpravidla individuální vnímání bolesti, její charakter a intenzita (21).

Bolest lze charakterizovat z různých hledisek podle orgánu, z něhož vychází nebo podle subjektivních pocitů pacientky, zda-li je ostrá, tupá, bodavá atd (35).

Podle intenzity bolesti dělíme bolest na slabou, střední, silnou a nesnesitelnou. Slabá bolest je pro pacientku celkem snesitelná a nemá vliv na celkový stav organismu. Střední bolest již pacientka snáší hůře, zejména trvá-li dlouho. Objevují se u ní už první známky celkové odezvy organismu jako je například zrychlené dýchání, puls. Silnou bolest prožívá pacientka jako krajní nepříjemnost, která je doprovázena vegetativním syndromem: puls a dech jsou zrychleny, krevní tlak je zvýšený, pacientka se potí, hledá úlevovou polohu, někdy pláče. Při nesnesitelné bolesti může pacientka vlivem obrovského pocitu bolesti dokonce ztratit kontrolu nad chováním. Hlasitě křičí, nařiká bez ohledu na situaci, ve které se nachází. Může se vyvinout obraz šoku (21).

Jako nejčastější metody hodnotící bolest využívá porodní asistentka verbální škály a neverbální škály. U verbální škály jde o vyjadřování pocitu bolesti číslem na stupnici vyjádřené od 1 do 10, slovně od slabé po nesnesitelnou, nebo oběma způsoby. Dále využívá neverbální škály, které pomáhají sledovat neverbální projevy pacientky jako je pláč, grimasy, tření příslušné oblasti končetinou, zrudnutí obličeje, nauzea (21).

Porodní asistentka provede důkladný rozbor bolesti z hlediska její lokalizace, charakteru, trvání, intenzity, častosti jejího výskytu i jejího stupně a vyvolávajících nebo bolest zhoršujících faktorů. Vysvětlí pacientce příčiny bolesti a jak dlouho bude bolest nejspíše trvat. Pozorně naslouchá, co pacientka o bolesti sděluje a pohotově reaguje na její potřeby. Zajistí dobrou informovanost pacientky, aby se zmenšil strach z dalších událostí. Požádá ji o spolupráci v zaznamenávání bolesti, kdy se snaží určit hraniční bolest. Dále porodní asistentka zajistí opatření proti bolesti dříve, než bolest zesílí, aby pacientka mohla během dne odpočívat a aby měla v noci možnost nepřerušovaného spánku. Porodní asistentka také redukuje faktory zhoršující bolest jako je hluk, teplota, světlo. Poučí pacientku i rodinu, jak využít rozptýlení s jinými metodami uvolnění bolesti – během akutní bolesti například počítat předměty v pokoji, rytmicky dýchat, poslouchat hudbu apod. Porodní asistentka poučí pacientku jak zmírňovat bolest relaxací a stimulací pokožky – aplikovat teplo, chlad a mentolové přípravky. Zdrojem tepla může být ohřívací láhev, polštářky plněné obilím, které zároveň masírují nebo termo náplasti, které se nalepí přímo na kůži a hřejí až 12hodin. Jako zdroj chladu se může aplikovat chladicí polštářek naplněný gelem, studený zábal či chladivý gel. Dále porodní asistentka zajistí, aby měla pacientka k dispozici lékařem předepsané léky. Po jejich podání zjistí jejich účinnost. V dokumentaci musí být záznam o čase podání. Porodní asistentka zajistí pacientce možnost prodiskutovat své obavy, frustraci v soukromí (16, 23, 35).

1.6.2.3 Péče o operační ránu

Rána je porušení kůže, jehož příčinou může být úmyslné, nebo neúmyslné poranění (35, s. 144)“. Úmyslná traumata vznikají během léčby například při operaci (35).

Kontrola operační rány v časně fázi po operaci je povinností lékaře a porodní asistentky pro možný prosak obvazu krví nebo jinou tekutinou. Také sledují celkový stav hojení rány a patologické změny jako je zčervenání, otok. Při větším prosaku asistentka sejme obvaz a lékař ránu zkontroluje. Porodní asistentka přiveze k pacientce převazový vozík a lékaři při převazu asistuje (39).

Porodní asistentka naváže s pacientkou slovní kontakt, všechno jí předem vysvětlí a na převaz jí psychicky připraví. Dále poučí pacientku, aby sdělila jakékoliv nepříjemné pocity, které se objeví v průběhu převazu. Pacientka je v poloze na zádech. Obnažená je jen ta část těla, která je nutná pro vykonání převazu. Porodní asistentka s lékařem pracují šetrně, sterilně a rychle (24).

Porodní asistentka při převazu operační rány sejme krytí z rány a ránu dezinfikuje. Sleduje její vzhled a velikost, exsudát, zčervenání a otok, zápach. Také zjišťuje od pacientky bolestivost rány. Po kontrole operační rány opět dezinfikuje, sterilně překryje a provede fixaci obvazového materiálu. Fixace má za úkol chránit ránu před vniknutím nečistot, udržet obvazový materiál na ploše defektu a mnohdy má u pacientky i psychologický účinek. Pokud je převaz zakončen estetickým přiložením obinadla nebo náplasti, má pacientka pocit, že její ošetření proběhlo profesionálně (24).

Hydroterapie urychluje hojení rány. V nemocnici se realizuje formou teplých sprch do 24 hodin po operaci. Promočené krytí rány porodní asistentka ihned odstraní a přiloží nové sterilní krytí rány (32).

Při normálním průběhu může obvaz prosakovat trochou krve, která se srazí a zakrvácená plocha se dále nezvětšuje. Dále je obvaz čistý, bez znaků krvácení. Výjimku tvoří operační výkony, při kterých se operační rána drénuje. Přes drén a nebo vedle něho může vytékat hnis, krev anebo příměs hnisu. Na hojení ran mají vliv i přidružená onemocnění (17, 32).

Operační rána se už od třetího dne pokrývá fibrinem a už se sterilně nekryje. Po vaginálních operacích se rána nijak nezalepuje, před rodidla se přikládá vložka a porodní asistentka sleduje krvácení (32).

Pacientce mohou být při operaci zavedeny drény. Redonova podtlaková drenáž má za funkci odsávání sekretů z retroperitoneální dutiny. Cílem je zamezit hromadění tekutin v dutině. Při její správné funkci sekrety pomalu kontinuálně odtékají. Porodní asistentka pravidelně kontroluje správnou funkci drénu, množství a barvu vytékající tekutiny a vždy udělá zápis do dokumentace (32).

V prvních pooperačních dnech se většinou extrahují drény z operačního pole (37).

1.6.2.4 Stravování a péče o vyprazdňování

Stravování je důležitou složkou komplexní léčby, má léčebný význam (35, s. 106)“. Dietu ordinuje pacientce ošetřující lékař. Porodní asistentka ji zajistí (35).

První den po operaci pacientka nic nejí. K dispozici má vodu, hořký, sladký nebo mátový čaj. Důležitý je dostatečný příjem tekutin, aby nedošlo k dehydrataci. Porodní asistentka proto sleduje příjem a výdej tekutin – provádí zápis do dokumentace. Edukuje pacientku o významu tekutin – optimální příjem tekutin 1,5 – 2 l/den. Dbá na dostatek a dostupnost tekutin (14, 19, 29).

Druhý den po operaci pacientka začíná s jídlem pozvolna. Dostane piškoty, mléčné výrobky, bujón. Vhodný je také švestkový nebo meruňkový kompot, pudink či lipánek. Naopak není vhodné čerstvé ovoce, perlivé nápoje způsobující nadýmání a čokoláda.

Postupně bude pacientka převedena na běžnou stravu (29).

„Vyprazdňování je fyziologickou funkcí organismu, základní biologickou potřebou člověka (35, s. 112)“.

Má-li pacientka zavedený permanentní močový katétr, porodní asistentka sleduje jeho průchodnost, množství, barvu a kvalitu moče odtékající do sběrného sáčku a vše zapisuje do dokumentace. Pravidelně sáček vyprazdňuje. Dle ordinace lékaře permanentní katétr pacientce odstraní. Porodní asistentka seznámí pacientku s výkonem a zajistí soukromí. Pacientka se uloží do polohy na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Porodní asistentka pracuje jemně, ale rychle. Vše zaznamená do dokumentace. Poučí pacientku o možnosti častějšího nucení na močení, možnosti použití podložní mísy, o dostatečném příjmu tekutin a o sledování mikce (23, 11).

Močení v časném pooperačním období obvykle způsobuje obtíže. Jakmile se pacientka do 6 hodin spontánně nevymočí, je nevyhnutelné cévkování (32).

Po břišních operacích patří k pravidelným jevům přechodné zastavení střevní peristaltiky. Peristaltika střev po gynekologických operacích by se měla obnovit do třech dnů. Plynatost se projeví 24 hodin po výkonu nafouknutím, nevolností a bolestmi v celém břiše. Spontánní odchod plynů by se měl obnovit do 48 hodin po operaci a tím vymizí příznaky plynatosti. Odchod plynů se může urychlit časným vstáváním, zavedením rektální rourky a nebo podáním vhodných léků. Neméně důležité jako

odchod plynů v pooperační fázi je i odchod stolice. Jakmile nemá pacientka stolicí 2.-3. den po operaci, porodní asistentka podá dle ordinace lékaře glycerinový čípek nebo mikroklyzma (32).

1.6.2.5 Hygienická péče a rehabilitace

„Hygienická péče je důležitou složkou celkové životosprávy. Čistota a hygiena pomáhají upevňovat zdraví a předcházet mnoha nemocím (35, s. 92)“. Uspokojování této potřeby je předpokladem pro pocit osobní pohody (35).

První den po operaci začíná ranním vstáváním do sprchy v doprovodu porodních asistentek. Je to účinná složka prevence žilních a plicních komplikací. Vstávání z lůžka po operaci působí zvětšení bolestivosti v operační ráně, které může pacientka zmírnit správným postupem při vstávání. Porodní asistentka poučí pacientku jak vstávat z lůžka a pokládat se na něj (29, 38).

Necítí-li se jít pacientka odpoledne a večer jít sama do sprchy, porodní asistentky ji doprovodí. Pacientka se postupně osamostatňuje (24, 29).

Do hygienické péče také patří péče o dutinu ústní a masáž těla (32).

Součástí pooperační péče je i rehabilitace. Provádí se již v den operace. Rehabilitace je způsob aktivního ošetřování, které využívá prvky fyzioterapie a ergoterapie. Slouží k aktivaci pacientky a k prevenci komplikací z hypomobility. Předpokládá spolupráci porodní asistentky s fyzioterapeutem. Porodní asistentka zajistí rehabilitační pracovníci, která během dne 2x přijde za pacientkou a naučí jí základní cviky, které pak může sama provádět (13, 29, 38).

Při cvičení v den operace jsou pacientky pod vlivem analgetik a anestetik. Proto pacientka cvičí za pomoci porodní asistentky nebo rehabilitační pracovníce. Hlavní zásadou cvičení po operaci je, že se začíná časně, hned jakmile to stav pacientky dovolí. Je nutné zlepšit krevní oběh jako prevenci pro vznik trombů a tromboembolické nemoci. Do cvičení rehabilitační pracovníce zahrnuje cvičení malých kloubů dolních končetin a izometrické kontrakce. Také se věnuje dechovým cvičením. Zlepšují plicní ventilaci a usnadňují vykašlávání. Právě kašli se pacientky brání, protože způsobuje napínání břišní stěny a bolest v operační ráně. Výhodné proto je, když fixaci břišní

stěny zajišťuje porodní asistentka nebo rehabilitační pracovník zvláště v prvních dnech po operaci. Další dny provádí fixaci pacientka sama. Provádí ji tak, že položí dlaně obou paží vedle nebo nad operační ránu. Dolní končetiny má pokrčené. Když zakašle, dlaně tlačí mírně dolů (38).

Cvičení první den po operaci pacientka opakuje dechová cvičení, cvičení malých kloubů dolních končetin a izometrické kontrakce. Rehabilitační pracovníce přidává cvičení horními a dolními končetinami ve větších kloubech. Toto cvičení se opakuje 2-3x denně (38).

Cvičení v dalších dnech opakujeme, ale další cviky volíme tak, zda pacientka byla operována vaginálně nebo abdominální cestou.

Při vaginálních operacích cvičí rehabilitační pracovníce s pacientkou intenzivně pánevní dno. Ale až po vyndání močového katétru, aby se nedráždily močové cesty a nedošlo k otoku v okolí operační rány. Od 5.dne cvičí pacientka ve stoje (38).

Při abdominálních operacích zařazuje rehabilitační pracovníce dechová cvičení břišní, pohyby horních končetin. Zaměřuje se na cviky kyčelních kloubů, stehenních a hýžd'ových svalů a svaloviny pánevního dna v poloze vleže i vsedě. Od 5.dne po operaci cvičí pacientka ve stoje.

Pacientky, které jsou mladší a nejsou obézní, mohou cvičit i vleže na břiše již od druhého dne po operaci (38).

Rehabilitační pracovníce také poučí pacientku, jak bude pečovat o jizvu. S péčí o jizvu se začíná až po odstranění stehů z operační rány a jen tehdy, je-li rána zahojená. Pacientku naučí rehabilitační pracovníce provádět si jemnou tlakovou masáž v poloze vleže na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Urychlí se tak vstřebání infiltrátu. Dále pacientku poučí, jak bude protahovat operační ránu, které zabrání svrašťování jizvy. A od počátku rehabilitace dbá rehabilitační pracovníce na to, aby pacientka po abdominální operaci nechodila v ohnutém předklonu s pokrčenými dolními končetinami v kolenou (38).

1.6.2.6 Pooperační komplikace

„Poooperační komplikace jsou příhody, které narušují normální poooperační průběh a které vznikají v souvislosti s anestezií nebo operačním výkonem (39, s. 197)“. Mohou být způsobeny chybami v předoperační přípravě nebo v poooperační péči, chybami v chirurgické indikaci či operační technice nebo nozokomiální infekcí. Včasné rozpoznání příznaků komplikací je velmi důležité pro léčbu. Proto porodní asistentka pacientku pravidelně sleduje, aby mohla včas příznaky některé z komplikací prokázat (37, 39).

Ranné poooperační komplikace jsou nejčastější v prvním týdnu. Může jít o nahromadění čiré tekutiny, krve či hnisu v podkoží nebo v hlubších vrstvách rány. Proto je nutné ránu otevřít, vyčistit a sešít (37).

Plicní komplikace postihují spíše kuřačky. Projevují se zahleněním, zvýšenou teplotou, kašlem, dušností. Proto je nutné dechové cvičení, odkašlávání nebo odsávání sekretu z bronchů (37, 39).

Do kardiovaskulárních komplikací patří hluboká žilní trombóza, která postihuje 30-50% chirurgických pacientek. Léčba spočívá v klidu na lůžku s elevovanými dolními končetinami a plné heparinizaci (37).

Střevní peristaltika je po větších operacích utlumena zpravidla 1-2 dny. Při delším útlumu může jít o paralytický ileus. Lékař proto předepíše pacientce infúzní terapii, případně látky povzbuzující peristaltiku (37).

Močové komplikace se nejčastěji projeví jako retence moče, kdy se pacientka nemůže spontánně vymočit a moč se hromadí v močovém měchýři. Porodní asistentka proto musí pacientku vycévkovat. Také může dojít k infekci močových cest, která je důsledkem porušení přísné asepsy při cévkování (37).

Abnormality tělesné teploty se mohou projevit u pacientky jako subnormální teplota provázená zimnicí a třesavkou v důsledku podchlazení na operačním sále. Prohřátí je účinnou terapií (37).

Do poooperačních komplikací patří také nespavost. Příčinou poruchy spánku pacientky může být bolest, dráždivost centrální nervové soustavy a neklid na oddělení. Další příčinou může být i porucha psychiky po operaci. Proto je důležité, aby porodní

asistentka dbala na pacientčin dostatečný spánek po operaci. Lékař proto předepíše léky (39).

1.6.3. Intermediární péče a rekonvalescence

Intermediární péče probíhá zpravidla už na standardním lůžkovém oddělení. Porodní asistentka zde stále sleduje oběhové a respirační parametry, tělesnou teplotu, močení, peristaltiku a funkci trávicího traktu. Důležitá je péče o dutinu ústní k prevenci vzniku zánětu příušní slinné žlázy. Udržování pacientky v čistotě je samozřejmostí. Pacientka rehabilituje už sama. Dle ordinace lékaře porodní asistentka odstraní pacientce stehy z rány asi 7. pooperační den. Nevyskytnou-li se u pacientky v následujících dnech žádné komplikace, je propuštěna 7.-8.den po operaci domů (29, 37).

Časná rekonvalescence je zaměřena, stejně jako předchozí fáze, na prevenci komplikací. Pacientka postupně nabývá síly, navrácí se jí zájem o okolí, začne přibývat na váze. Rekonvalescentní fáze probíhá většinou už v domácím prostředí (37).

1.7 Komunikace

„Komunikace je zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty (31, s. 7)“.

„Sociální komunikace tvoří teoretickou základnu komunikace v ošetrovatelské péči. Komunikace probíhající mezi sestrou a pacientem je zde nezbytná, nezvratná a neopakovatelná (7 ,s. 28)“.

Zvládnutí problematiky komunikace pomáhá porodní asistentce rozvíjet kvalitní vztah s nemocným člověkem, ale i v rámci ošetrovatelského týmu. Zlepšení komunikačních dovedností významně přispěje k zefektivnění vzájemných vztahů na nejširší úrovni, povede ke zvýšení kvality života pacientky a k plnému uspokojování jejích potřeb (7).

Komunikaci ovlivňuje věk, společensko-ekonomické postavení, kultura pacientky. Dále množství použitých slov, intonace, hlasitost, výška a barva hlasu, tempo a rytmus. Slovy může vyjádřit porodní asistentka širokou paletu emocí. Představují značnou část

sociální komunikace, mají velkou cenu, informační hodnotu v komunikaci mezi pacientkou a porodní asistentkou. Prostřednictvím slov porodní asistentka vysvětluje, získává, přesvědčuje, povzbuzuje nebo informuje pacientku o účelnosti odborných postupů při udržování, podpoře a obnově zdraví. Se slovy porodní asistentka musí pracovat obratně, uvědoměle a cíleně. Mohou pacientku potěšit i ranit (4, 40).

Porodní asistentka musí dodržovat základní psychologické a etické zásady v přístupu k pacientce při správném vedení rozhovoru, jako je znát jméno pacientky a oslovovat jí jménem, dát jí najevo, že se svými těžkostmi není sama, mít trpělivost pacientku vyslechnout a jiné (7).

Důležitý význam hraje efektivní komunikace. Jde o otevřenou komunikaci, kde nedojde ke skreslení informací a komunikující partneři si rozumí. Umožňuje společné rozhodování a směřování dalších diagnostických a terapeutických intervencí. Navozuje vztah důvěry mezi porodní asistentkou a pacientkou (31).

Empatie je také jednou z podmínek lidského přístupu k pacientce. Jde o vcítění se do duševního stavu pacientky, které znamená poznání a pochopení jejích prožitků (20).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit informovanost žen o předoperační a pooperační péči při gynekologické operaci.

Cíl 2 Zjistit z jakých zdrojů čerpají ženy informace o předoperační a pooperační péči.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 Nejvíce informací o předoperační péči ženám podala porodní asistentka.

Hypotéza 2 Nejvíce informací o pooperační péči ženám podala porodní asistentka.

Hypotéza 3 Ženy čerpají informace z internetu.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal pomocí dotazníků (příloha 1). Dotazník byl anonymní a obsahoval 29 otázek, které byly zavřené, polootevřené a otevřené. Dotazník byl rozdán ženám na gynekologicko-porodnickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a. s.

Úvodní otázka byla zaměřena na identifikaci žen, další oblast otázek byla směřována na jejich informovanost o předoperační a pooperační péči při gynekologické operaci.

Výsledky z dotazníků byly vyhodnoceny pomocí grafů.

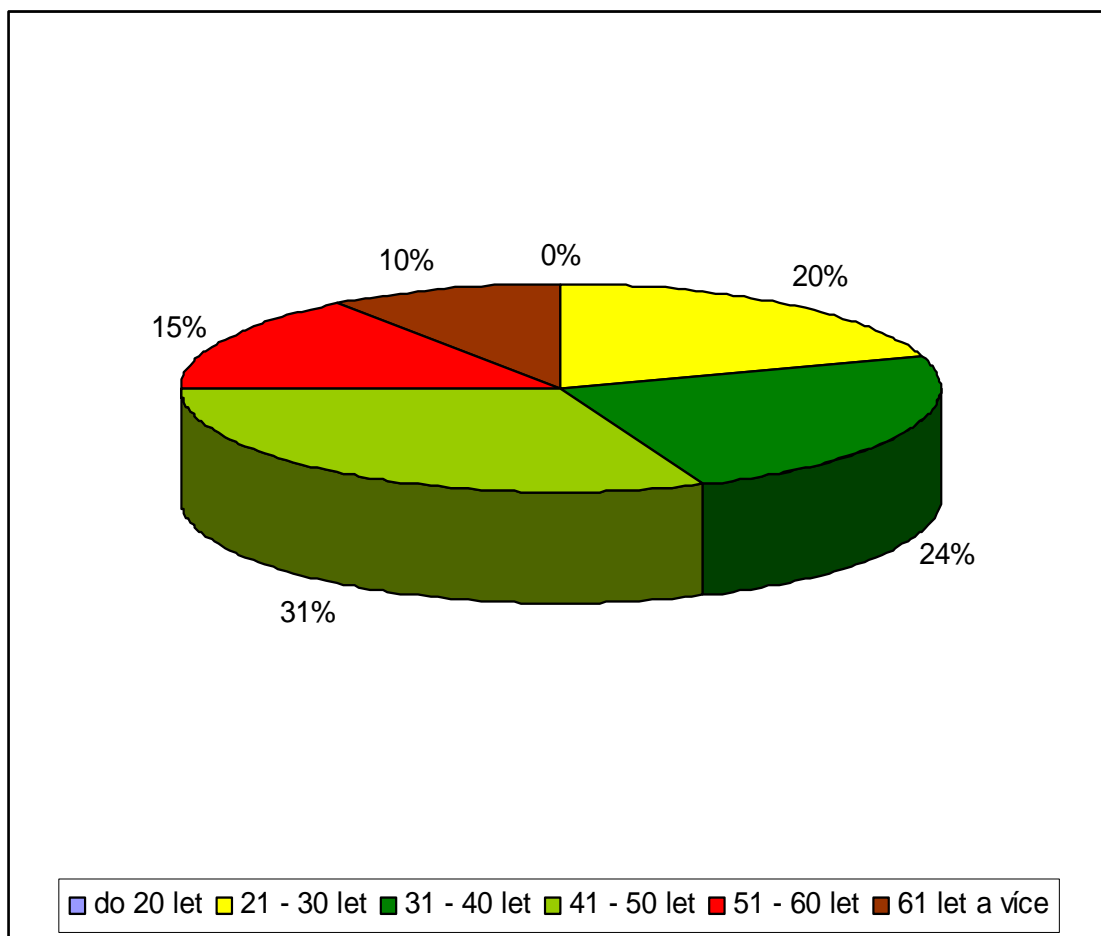
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily ženy na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Výzkumné šetření probíhalo od února do března 2011. Bylo rozdáno celkem 100 dotazníků a vráceno jich bylo 83 (83%) z čehož 3 dotazníky byly vyřazeny pro neúplné vyplnění. Celkový vzorek respondentek tedy činil 80 (100%).

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

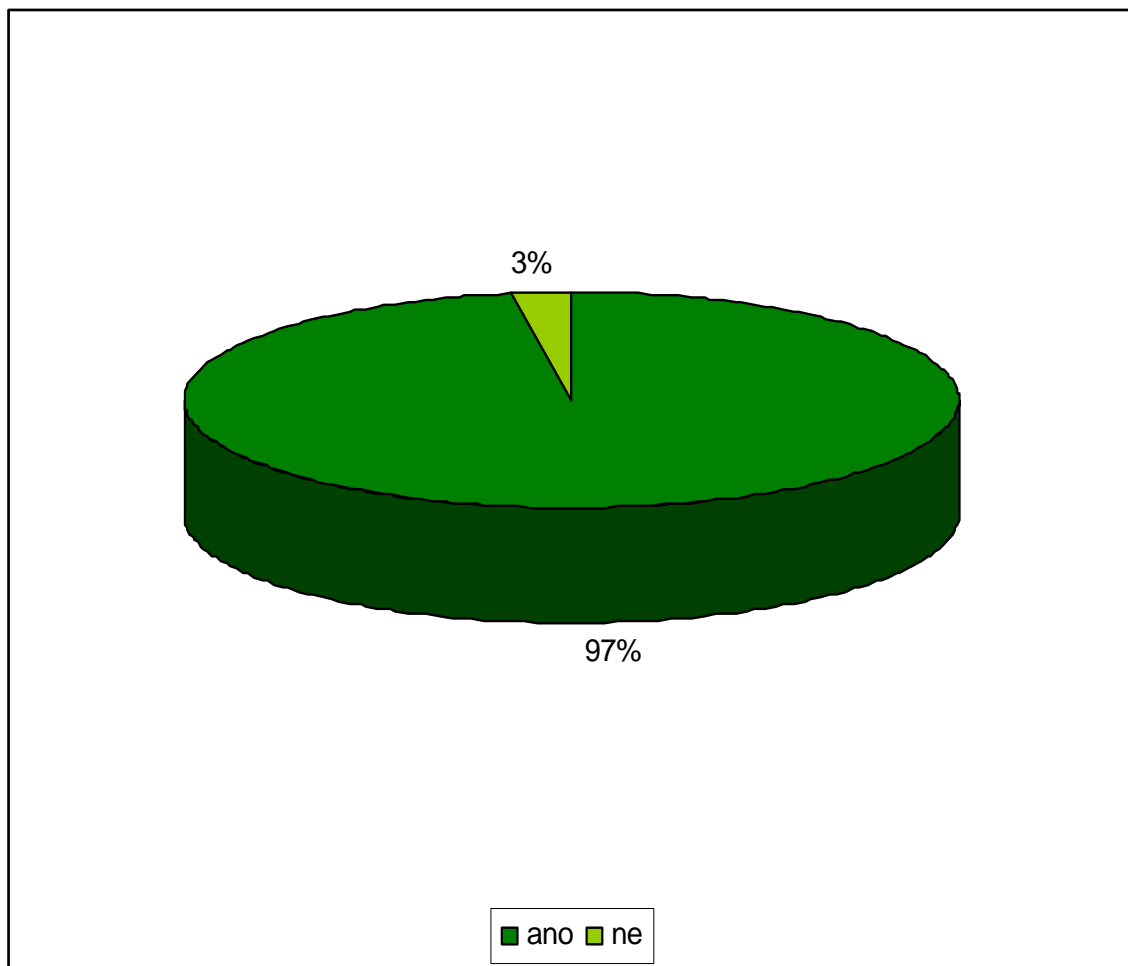
4.1 Analýza dotazníků respondentek

Graf 1 Věk respondentek



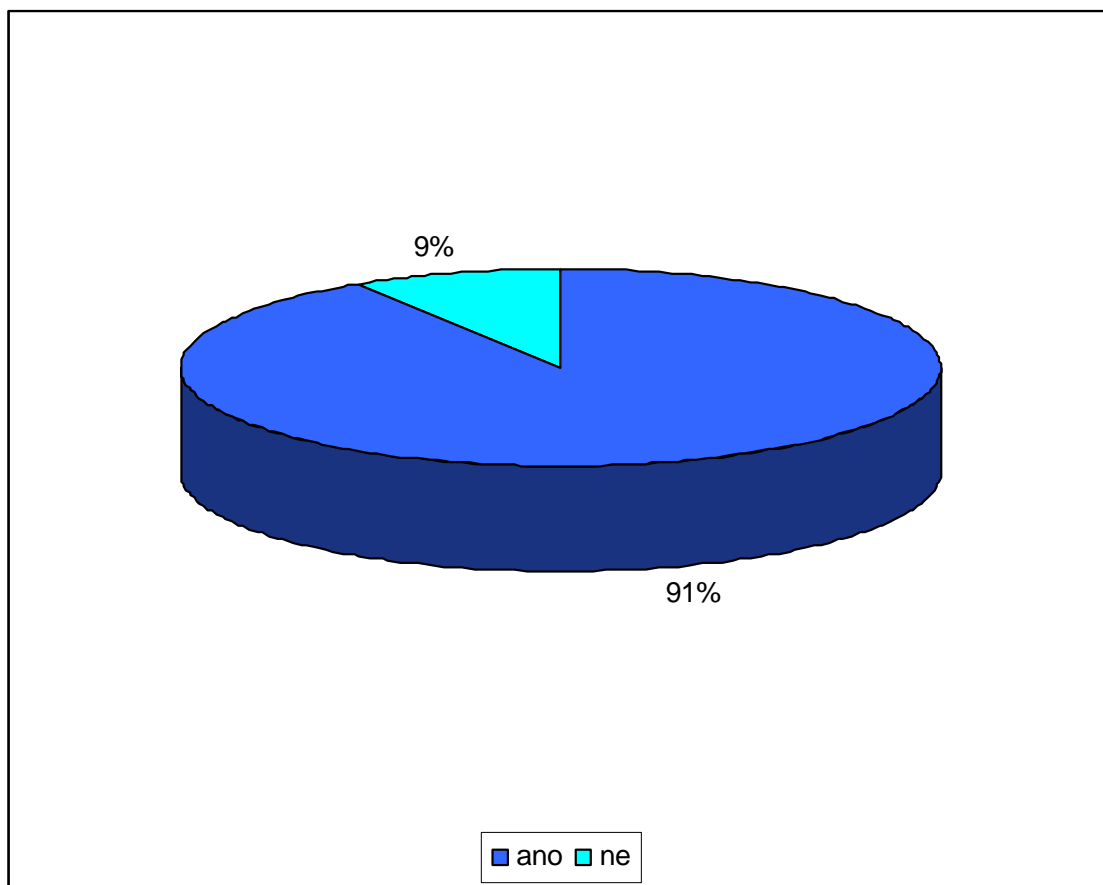
Z celkového počtu 100 % (80) respondentek je 31 % (25) ve věku 41-50let, 24 % (19) je ve věku 31-40 let, 20 % (16) respondentek je ve věku 21-30 let, 15 % (12) respondentek je ve věku 51-60 let, 10 % (8) je ve věku 61 let a více a ve věku do 20 let není žádná respondentka.

Graf 2 Podepsání informovaného souhlasu



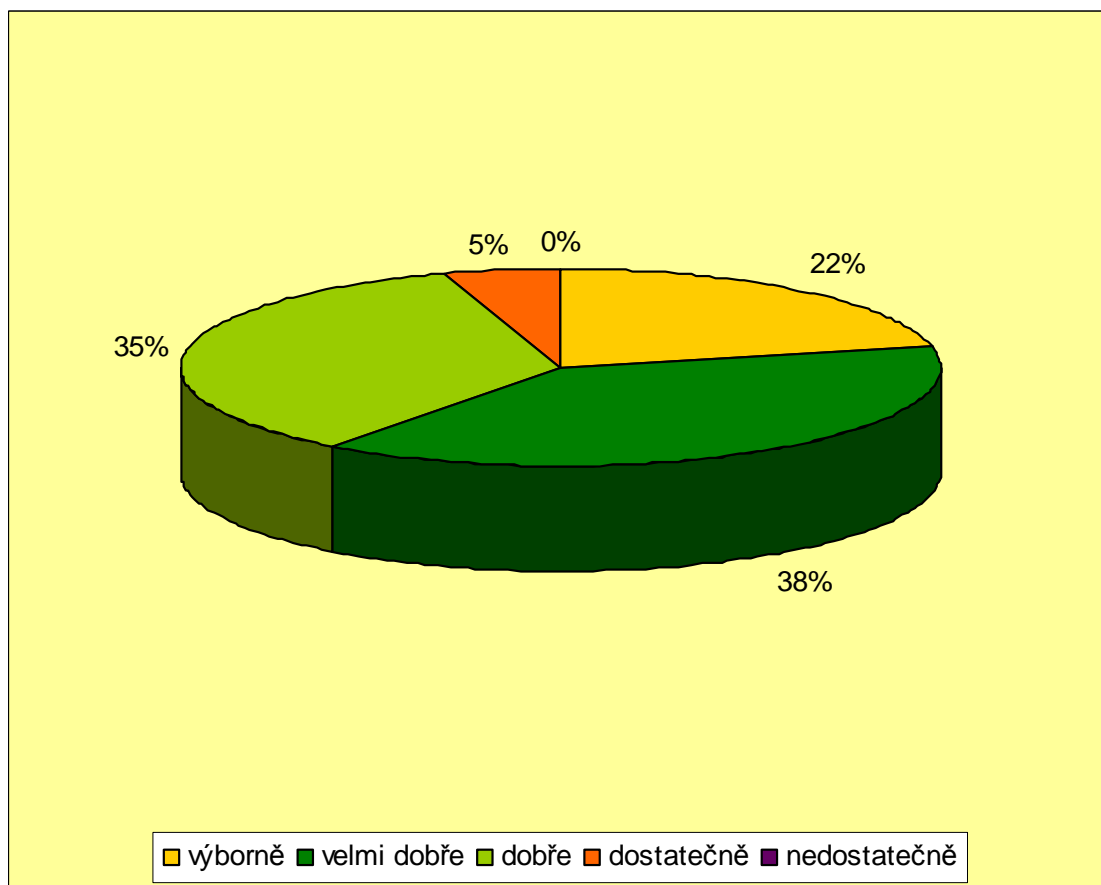
Z celkového počtu 100 % (80) respondentek odpovědělo 97 % (78) žen, že informovaný souhlas o jejich operaci podepisovalo. 3 % (2) respondentek tvrdilo opak.

Graf 3 Dostatek času k přečtení informovaného souhlasu



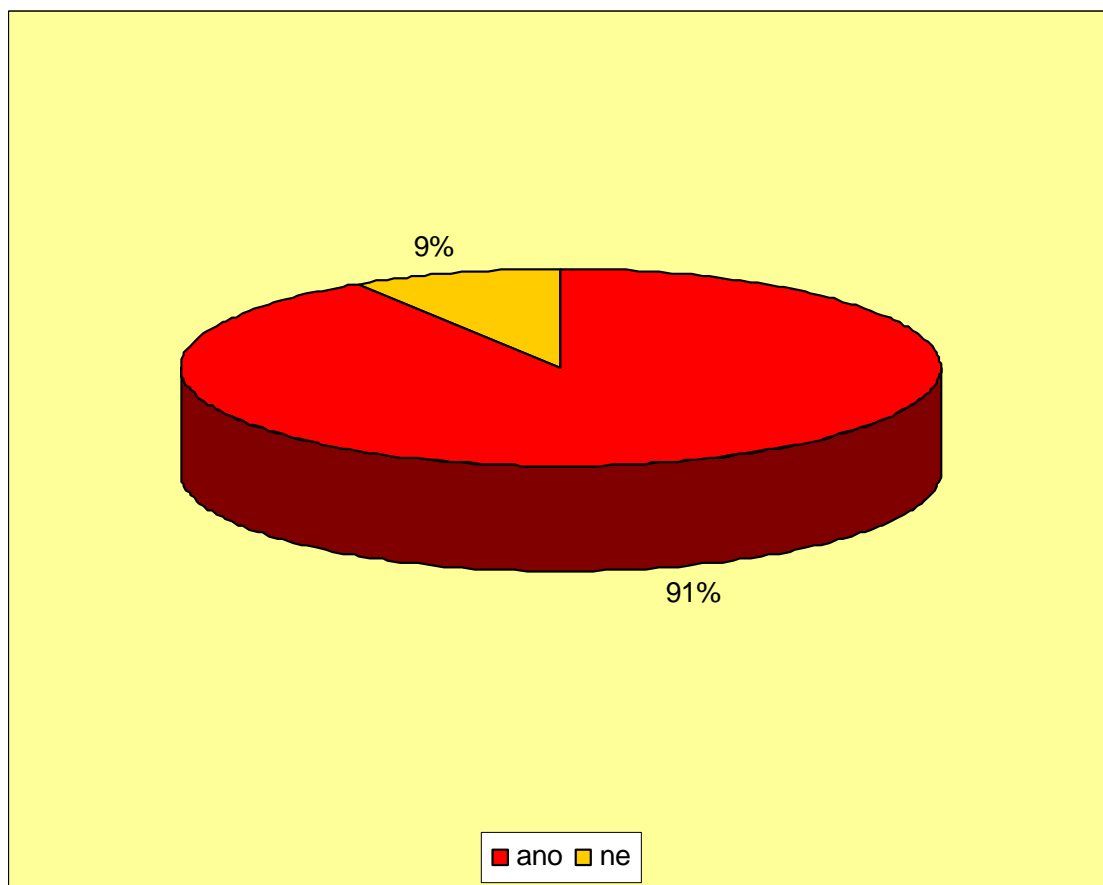
100 % (78) respondentek podepisovalo informovaný souhlas. Z toho 91 % (71) mělo na jeho přečtení dostatek času . 9 % (7) žen dostatek času na přečtení neměly.

Graf 4 Porozumění informacím v informovaném souhlasu



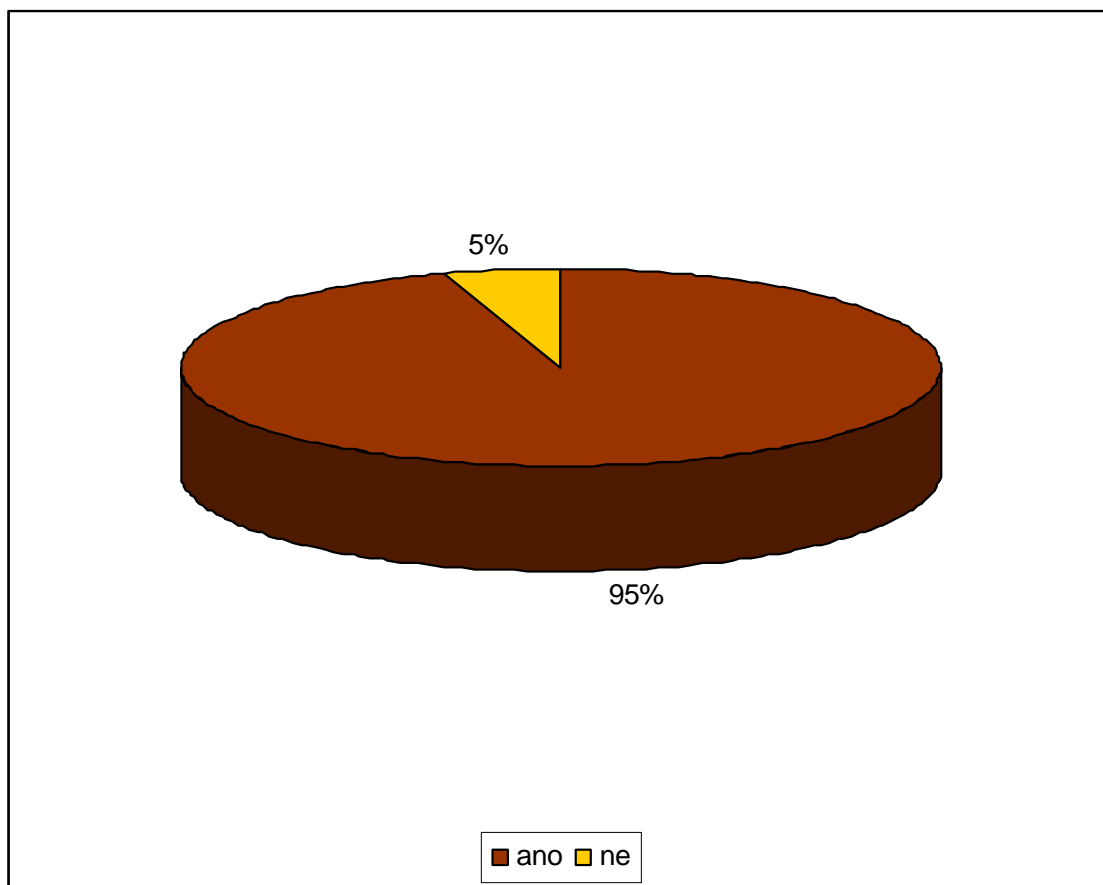
Z 100 % (78) respondentek, které podepisovalo informovaný souhlas, porozumělo 38 % (30) žen informacím v informovaném souhlasu velmi dobře. 35 % (27) respondentek porozumělo informacím dobře a 22 % (17) rozumělo výborně. 5 % (4) respondentek rozumělo informacím dostatečně a nedostatečně nikdo informacím neporozuměl.

Graf 5 Možnost klást doplňující otázky



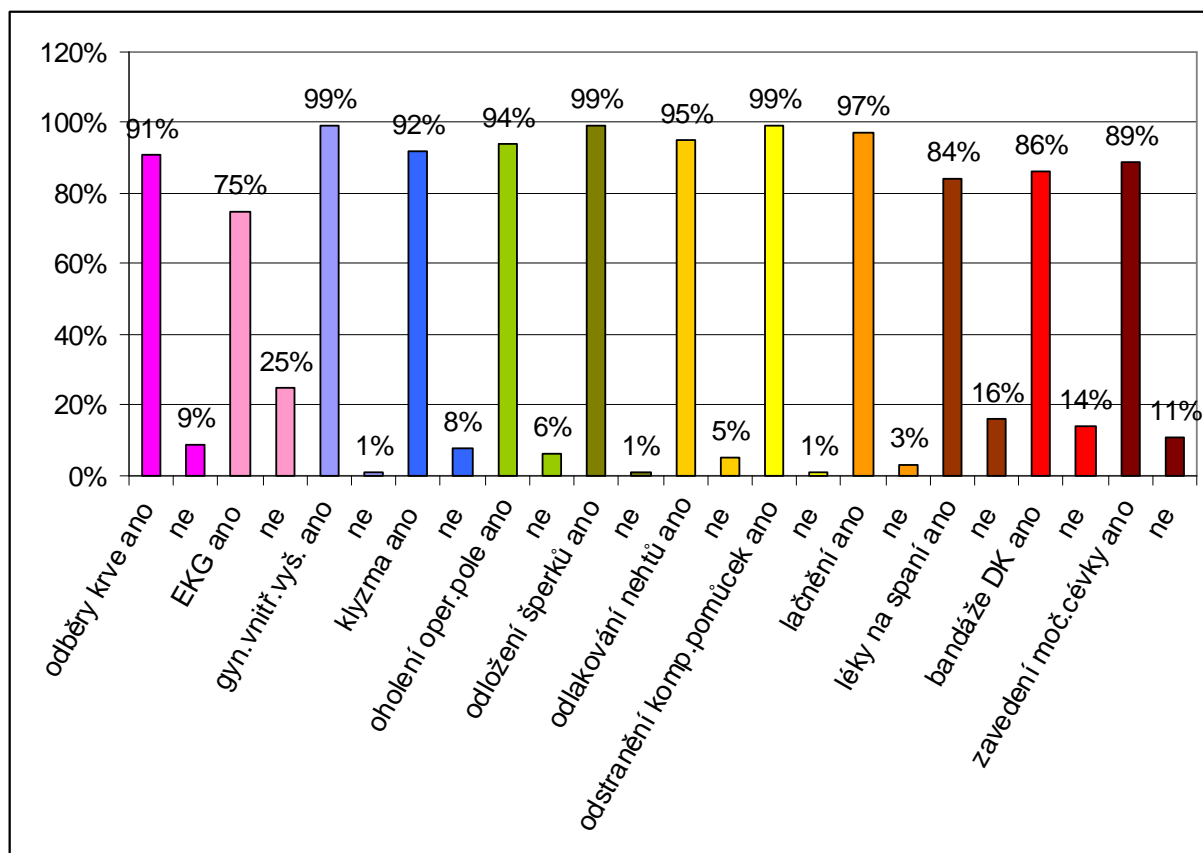
Z 100 % (78) respondentek podepisující informovaný souhlas, mělo 91 % (71) možnost klást doplňující otázky, které je zajímaly. 9 % (7) respondentek tuto možnost nemělo.

Graf 6 Znalost výkonů před operací



Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 95 % (76) vědělo, co je čekalo před operací. 5 % (4) žen tyto vědomosti neměly.

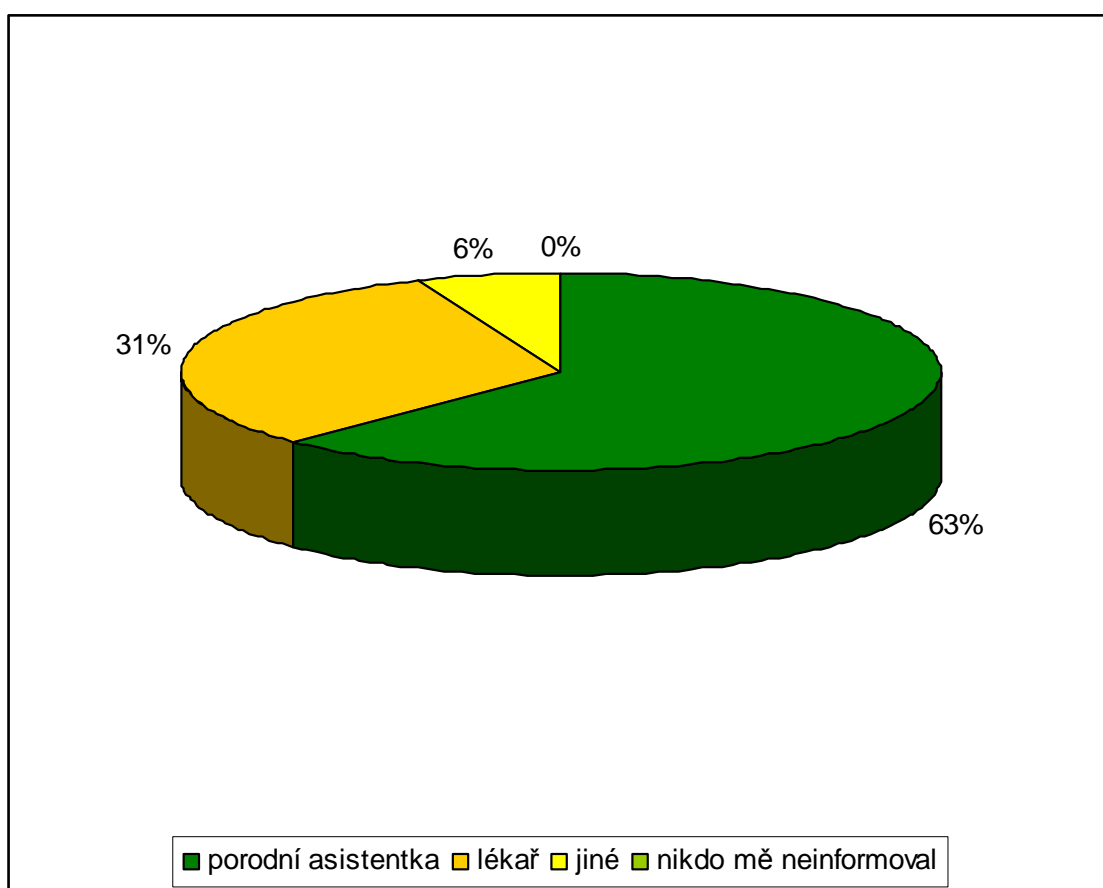
Graf 7 Výkony před operací



Z celkového množství 100 % (80) respondentek 91 % (73) respondentek vědělo, že je čeká odběr krve. 9 % (7) nikoliv. 75 % (60) respondentek vědělo, že jim bude točeno EKG. 25 % (20) ne. 99 % (79) tázaných žen vědělo, že budou gynekologicky vnitřně vyšetřeny. 1 % (1) ne. 92 % (74) žen vědělo, že večer před operací dostanou klyzma. 8 % (6) ne. 94 % (75) tázaných vědělo, že jim bude oholeno operační pole. 6 % (5) to nevědělo. 99 % (79) žen vědělo, že nemohou mít na sobě šperky, 1 % (1) nikoliv. 95 % (76) žen vědělo, že nesmí mít na operační výkon nalakované nehty. 5 % (4) žen to nevědělo. 99 % (79) respondentek vědělo, že nesmí mít během operace žádné kompenzační pomůcky. 1 % (1) nikoliv. 97 % (78) žen vědělo, že od půlnoci před výkonem nesmí nic jíst, pít ani kouřit. 3 % (2) žen to nevědělo. 84 % (67) respondentek vědělo, že na noc před operací dostane lék na spaní. 16 % (13) žen to nevědělo. 86 % (69) žen vědělo, že jim porodní asistentka udělá bandáže obou končetin před operačním

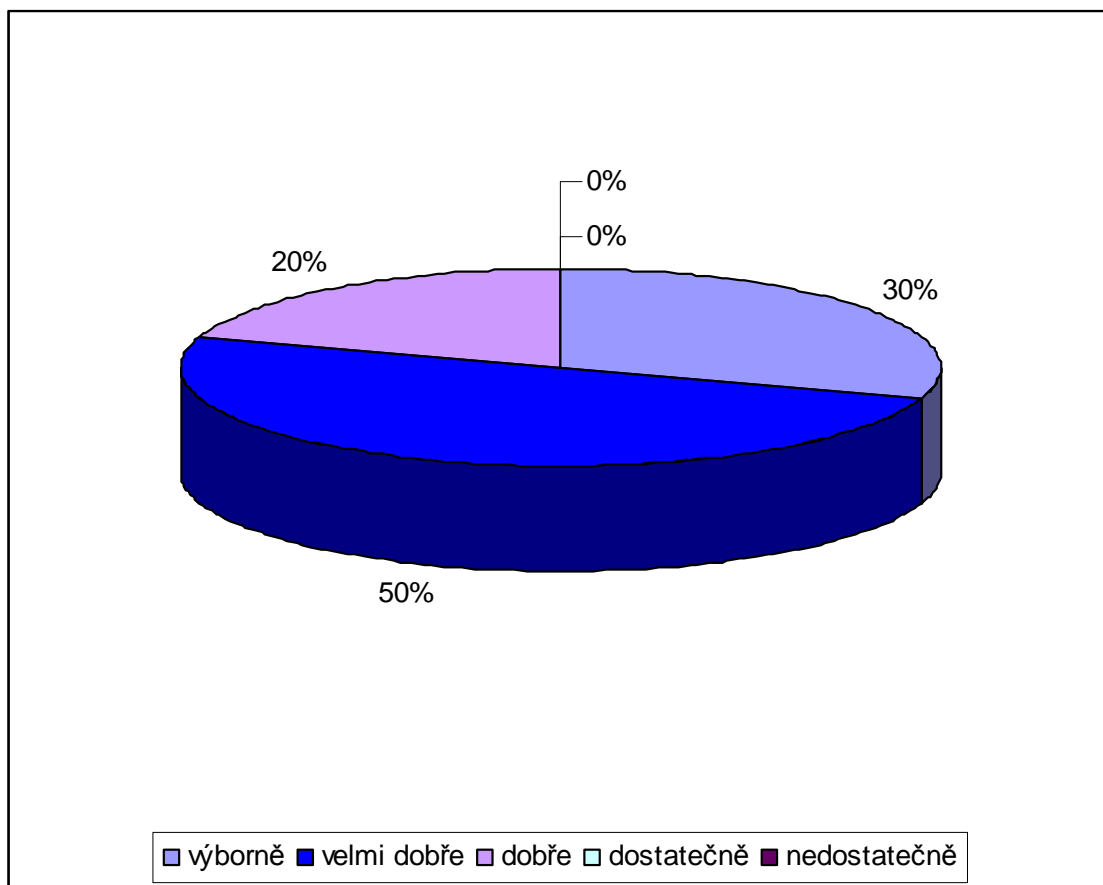
výkonem. 14 % (11) žen nikoliv. 89 % (71) žen vědělo, že budou mít zavedenou močovou cévku. 11 % žen nikoliv.

Graf 8 Zdroj informací o předoperačních výkonech



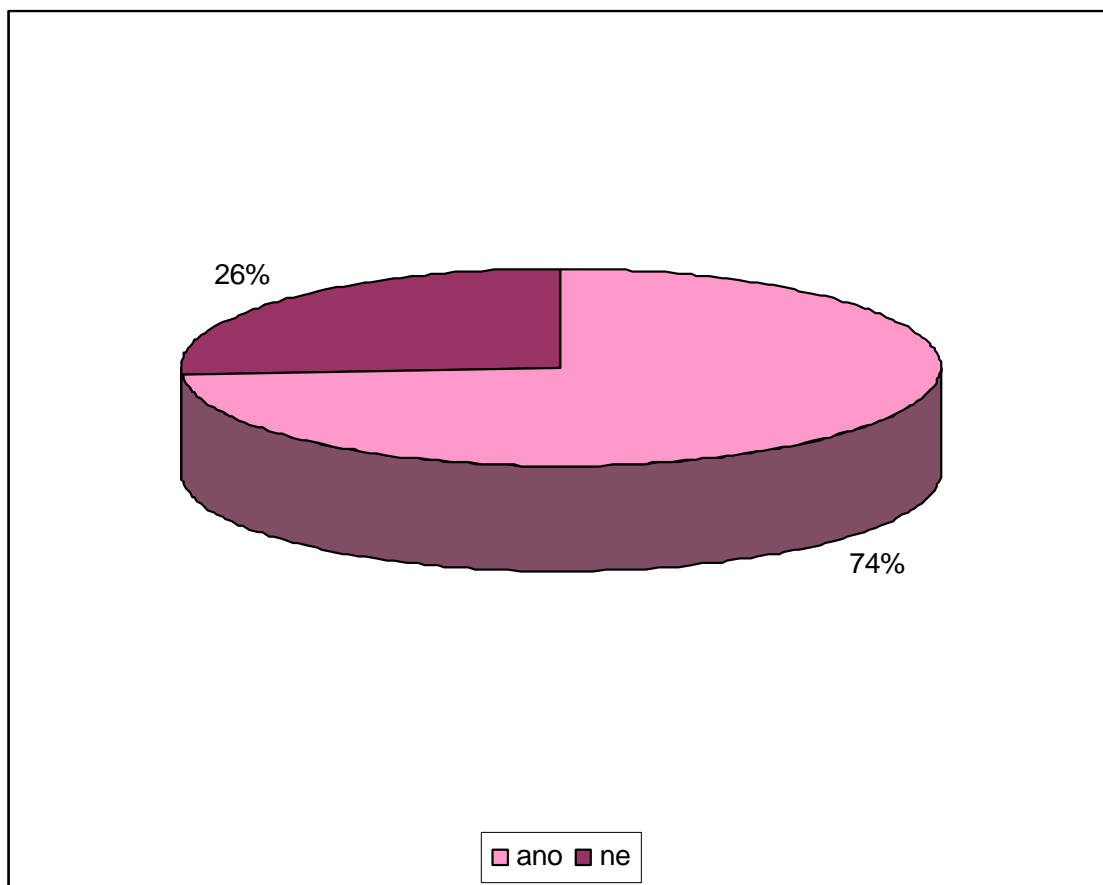
Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 63 % (50) uvedlo, že jim nejvíce informací o předoperačních výkonech podala porodní asistentka. 31 % (25) označilo lékaře a 6 % (5) uvedlo odpověď jiné a specifikovalo jako jiný zdroj informací zdravotní sestru z gynekologické ambulance a leták, který tam obdržely. Žádná z respondentek nezaškrtnla odpověď, že ji nikdo neinformoval.

Graf 9 Porozumění informacím



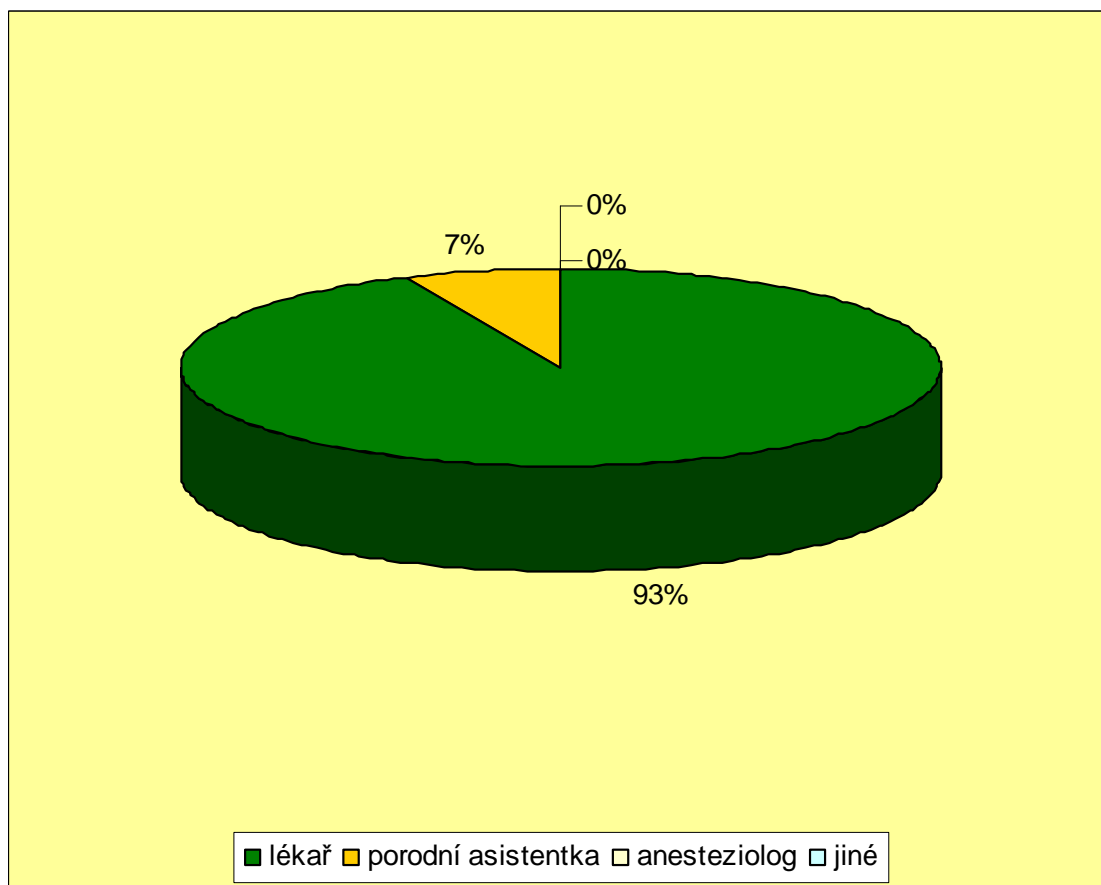
Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 50 % (40) porozumělo podaným informacím velmi dobře, 30 % (24) výborně a 20 % (16) dobře. Dostatečně ani nedostatečně podaným informacím nikdo neporozuměl.

Graf 10 Informovanost o délce operačního výkonu



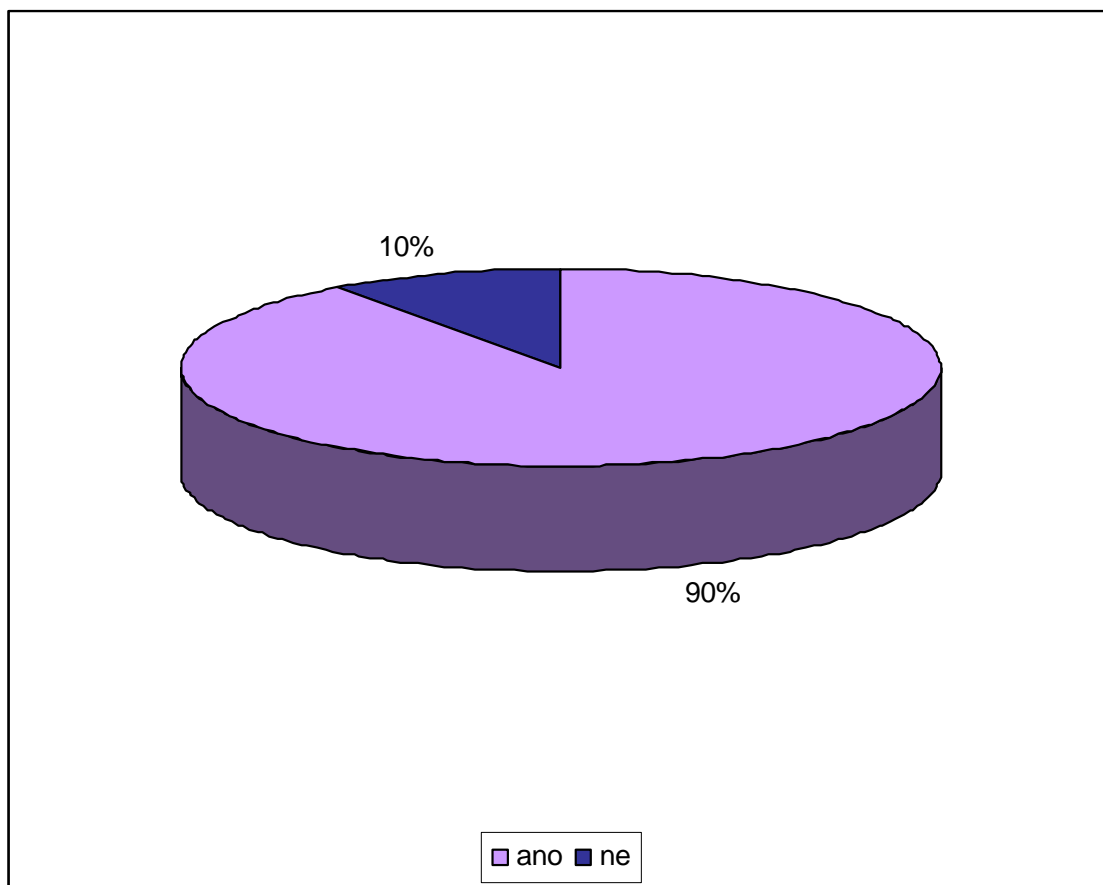
Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 74 % (59) označilo odpověď ano a 26 % (21) označilo odpověď ne.

Graf 11 Zdroj informací o délce operačního výkonu



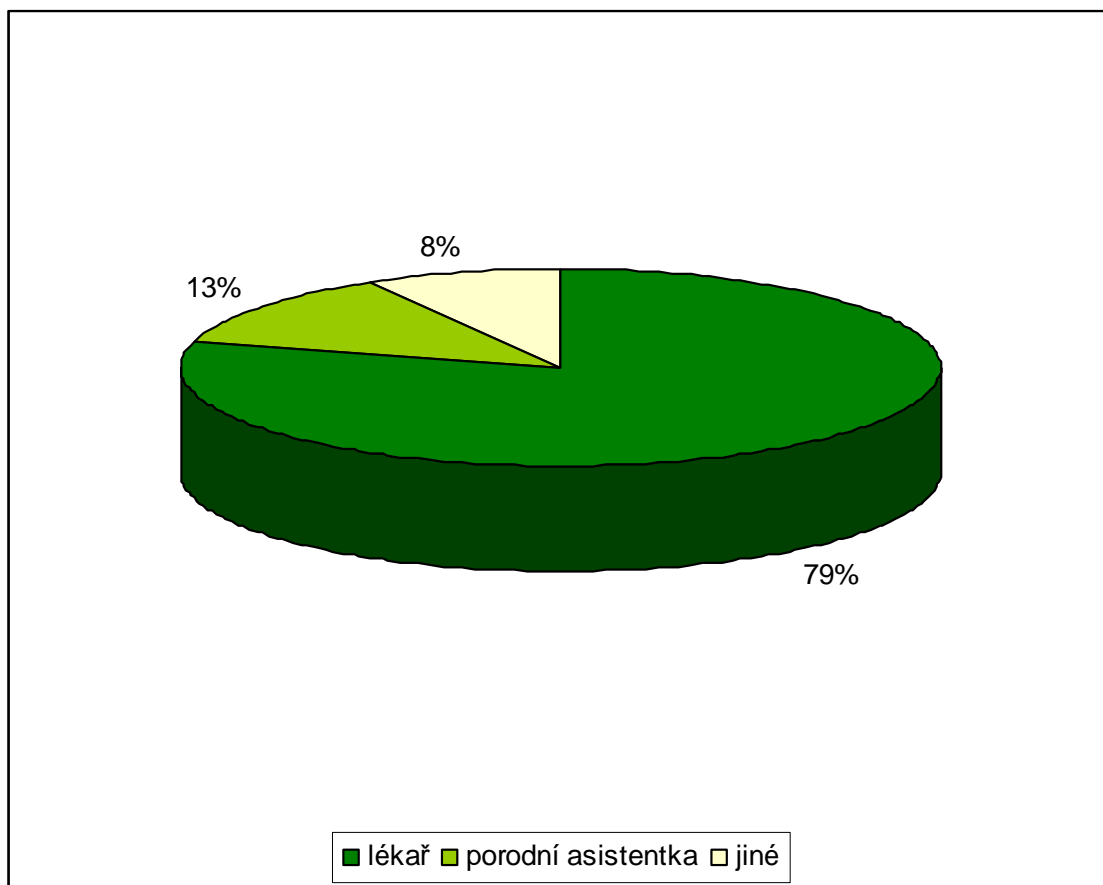
100 % (59) respondentek bylo informováno o přibližné délce operačního výkonu. Z toho 93 % (55) respondentek označilo jako zdroj informací lékaře a 7 % (4) porodní asistentku. Anesteziologa ani možnost jiné respondenty neoznačily.

Graf 12 Pobyt 48 hodin na JIP



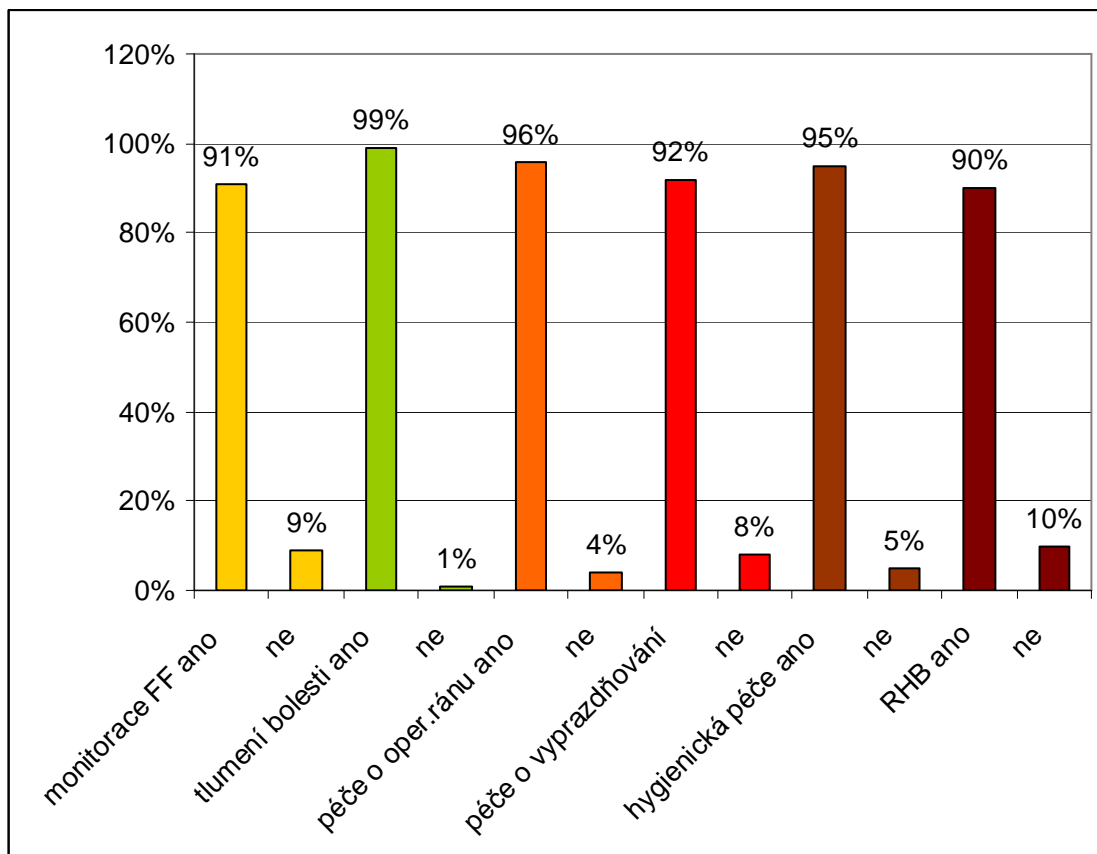
Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 90 % (72) vědělo, že budou přeloženy z operačního sálu na jednotku intenzivní péče. 10 % (8) nikoliv.

Graf 13 Zdroj informací o pobytu na JIP



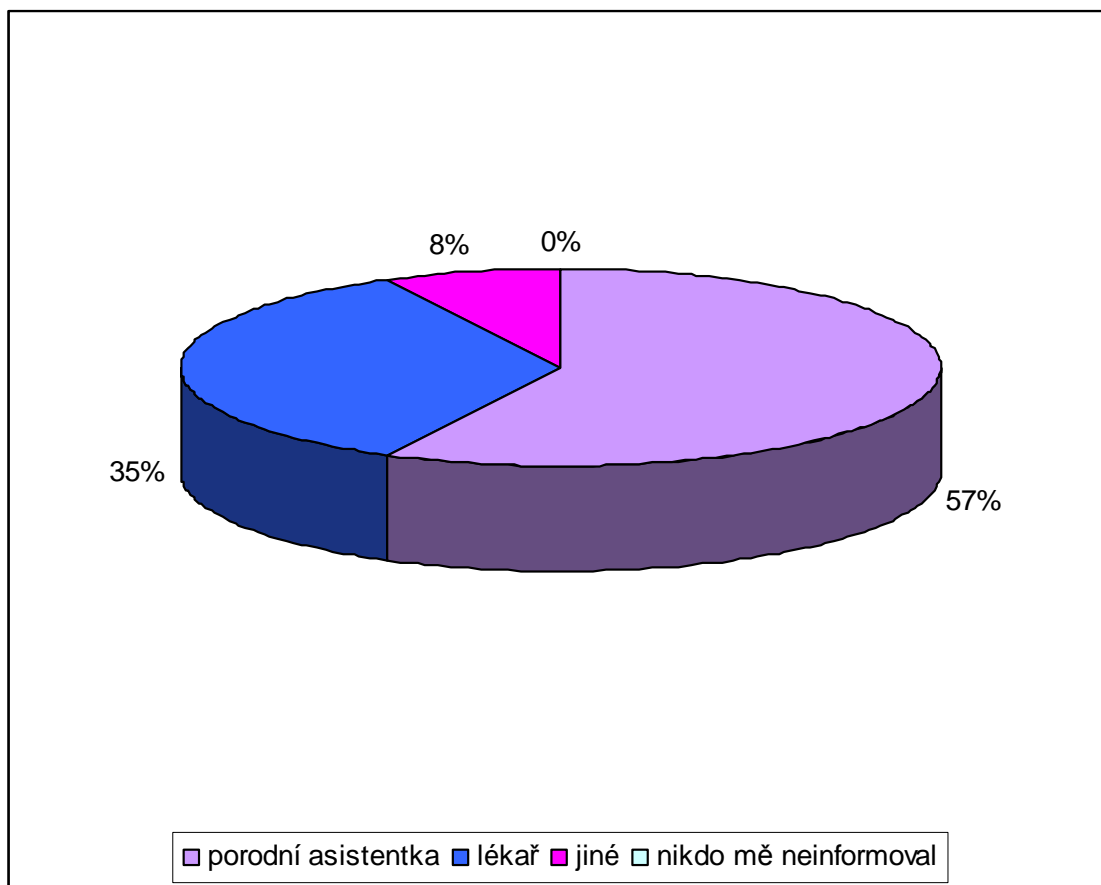
100 % (72) respondentek vědělo, že budou přeloženy z operačního sálu na jednotku intenzivní péče. Z toho 79 % (57) tuto informaci vědělo od lékaře, 13 % (9) od porodní asistentky a 8 % (6) uvedlo jako zdroj jiné sestru z gynekologické ambulance, leták z gynekologické ambulance a internetovou stránku Nemocnice České Budějovice, a.s.

Graf 14 Výkony po operaci



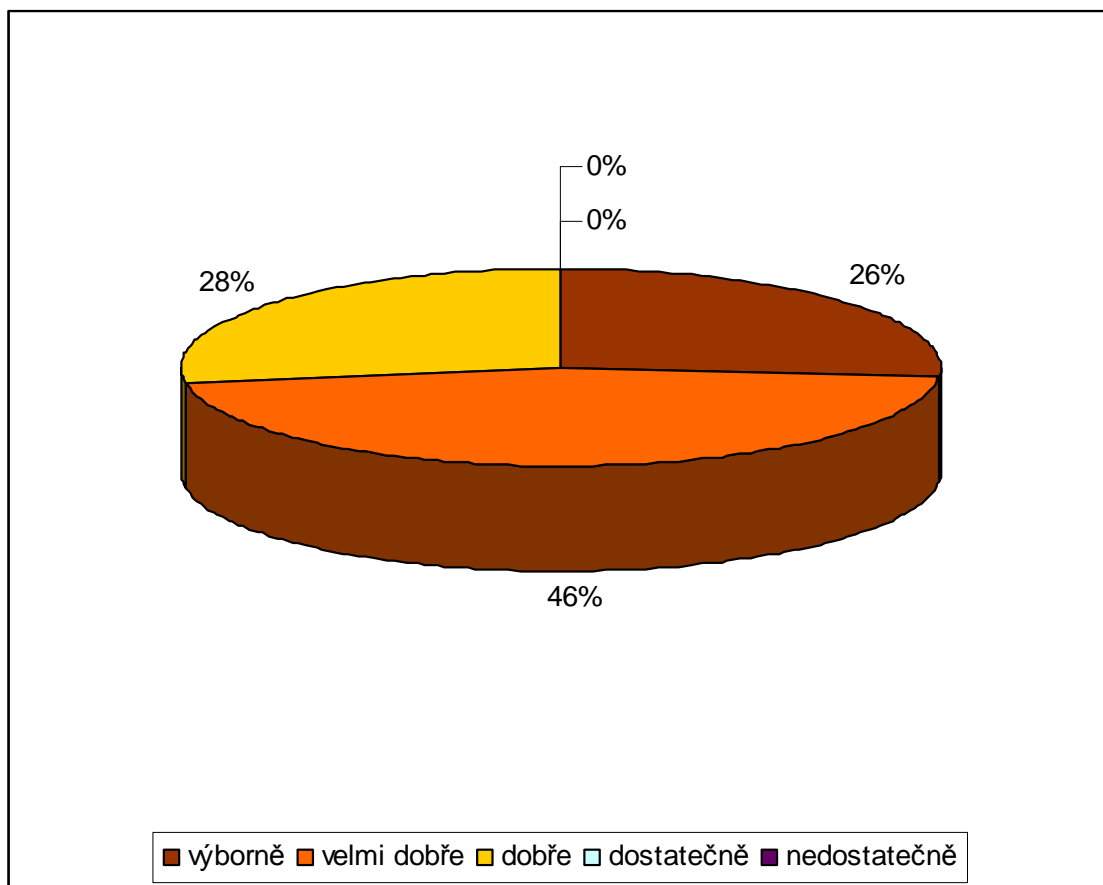
Z celkového množství 100 % (80) respondentek 91 % (73) vědělo, že jim na jednotce intenzivní péče budou monitorovány jejich fyziologické funkce. 9 % (7) to nevědělo. 99 % (79) žen vědělo, že jim bude tlumena pooperační bolest. 1 % (1) nikoliv. 96 % (77) vědělo, že jim zdravotnický personál bude pečovat o operační ránu, 4 % (3) toto nevěděla. 92 % (74) respondentek vědělo, že zvláštní péče bude věnována péči o vyprazdňování. 8 % (6) nikoliv. 95 % (76) tázaných žen vědělo, že jim s hygienickou péčí pomůže zdravotnický personál. 5 % (4) žen toto nevědělo. 90 % (72) respondentek vědělo, že za nimi bude docházet rehabilitační pracovnice, 10 % (8) tuto skutečnost nevědělo.

Graf 15 Zdroj informací o pooperační péči



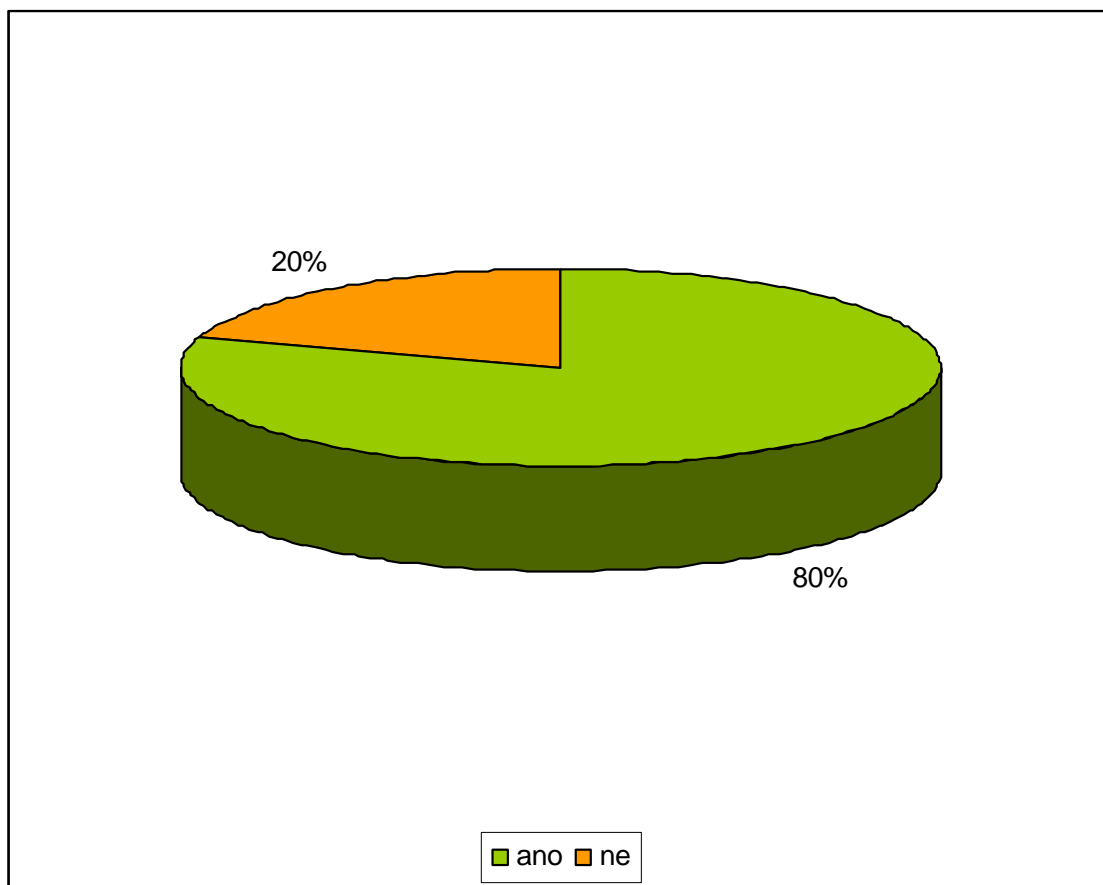
Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 57 % (46) označilo porodní asistentku. 35 % (28) uvedlo jako zdroj nejvíce informací lékaře a odpověď jiné označilo 8 % (6) respondentek. Respondentky specifikovaly jako odpověď jiné sestru z gynekologické ambulance, leták z gynekologické ambulance a také nahrávku, kterou jim pustily porodní asistentky na oddělení jednotky intenzivní péče. Možnost, že respondentky nebyly informovány, nikdo nezaškrtl.

Graf 16 Srozumitelnost podaných informací



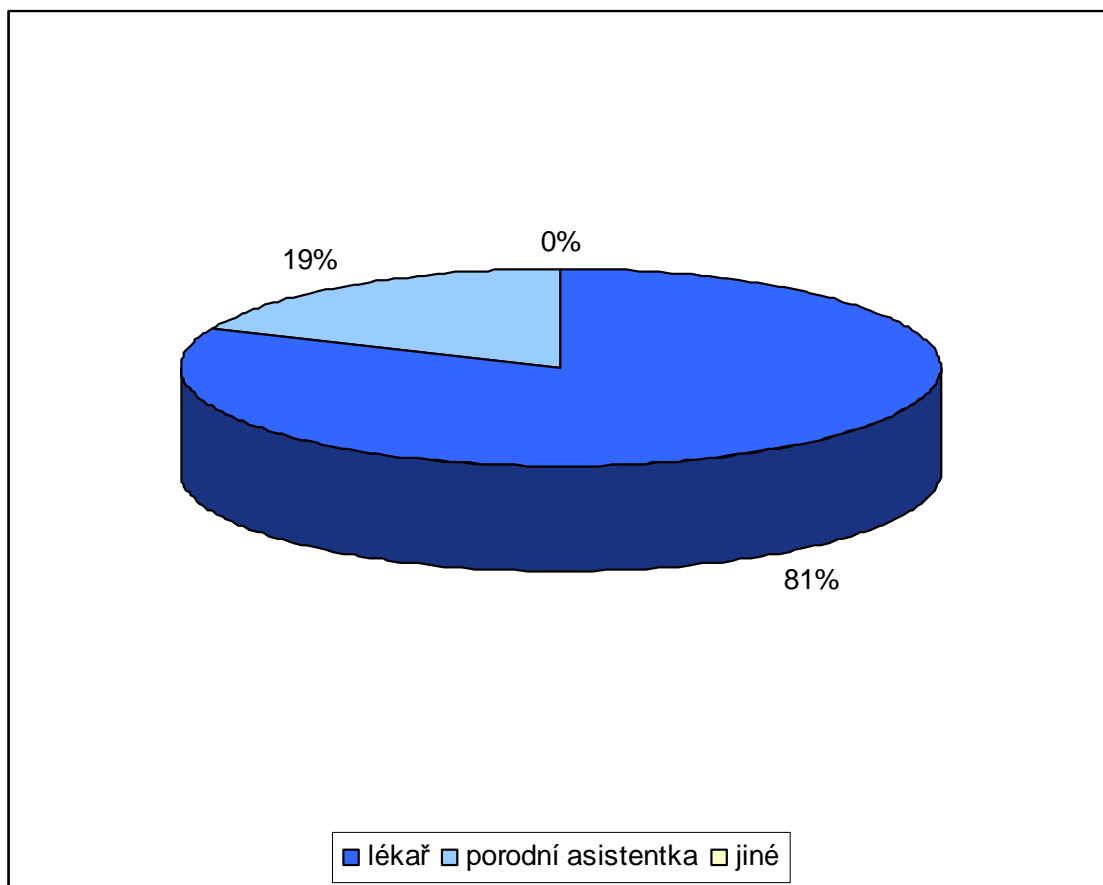
Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 46 % (37) porozumělo podaným informacím velmi dobře, 28 % (22) dobře a 26 % (21) výborně. Dostatečně ani nedostatečně podaným informacím nikdo neporozuměl.

Graf 17 Informovanost o pooperačních komplikacích



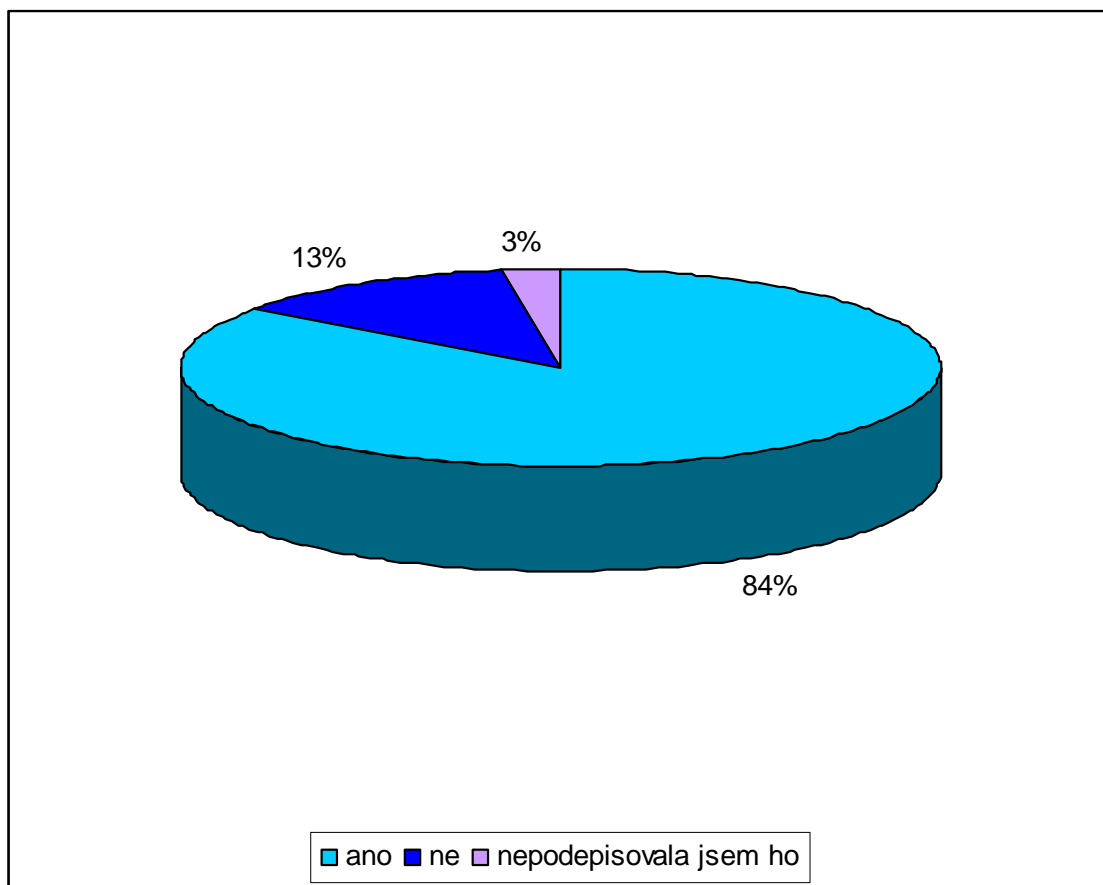
Z celkového množství 100 % (80) respondentek 80 % (64) žen označilo odpověď ano, tedy že byly poučeny o pooperačních komplikacích. 20 % (16) uvedlo odpověď ne.

Graf 18 Zdroj informací o pooperačních komplikacích



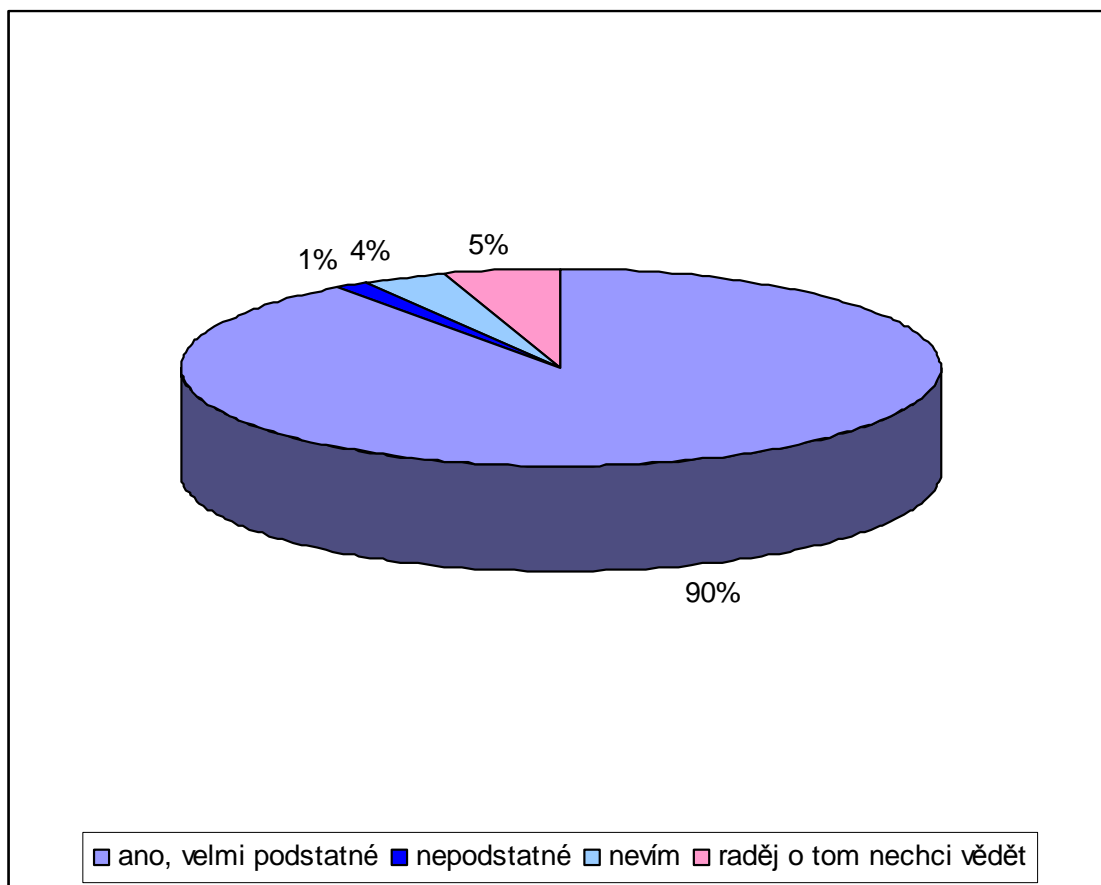
100 % (64) respondentek bylo informováno o pooperačních komplikacích. Z toho 81 % (52) od lékaře a 19 % (12) uvedlo porodní asistentku. Možnost jiné nikdo nevedl.

Graf 19 Obsah pooperačních komplikací v informovaném souhlase



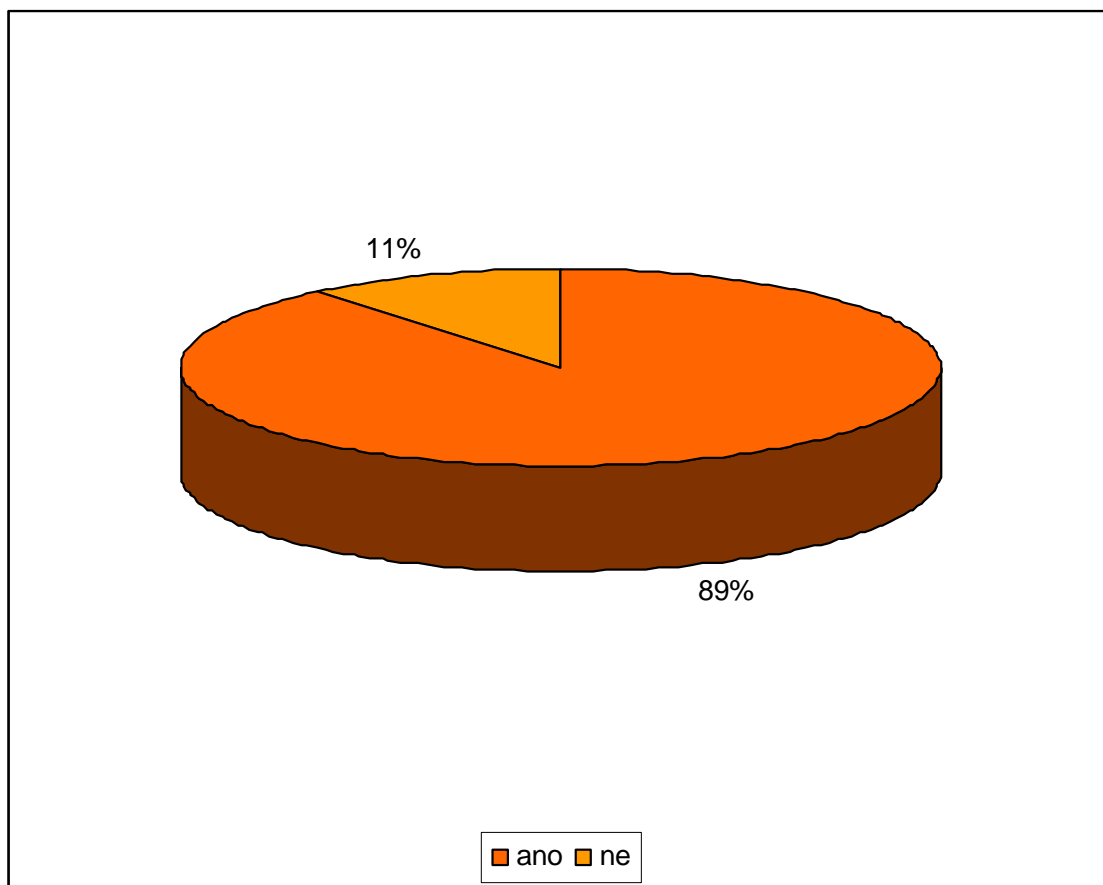
Z celkového množství 100 % (80) respondentek 84 % (68) označilo odpověď ano. Tedy že informovaný souhlas obsahoval informace o možných komplikacích po operaci. 13 % (10) odpovědělo, že informovaný souhlas tyto informace neobsahoval a 3 % (2) respondentek označilo, že informovaný souhlas nepodepisovaly.

Graf 20 Důležitost pooperačních komplikací



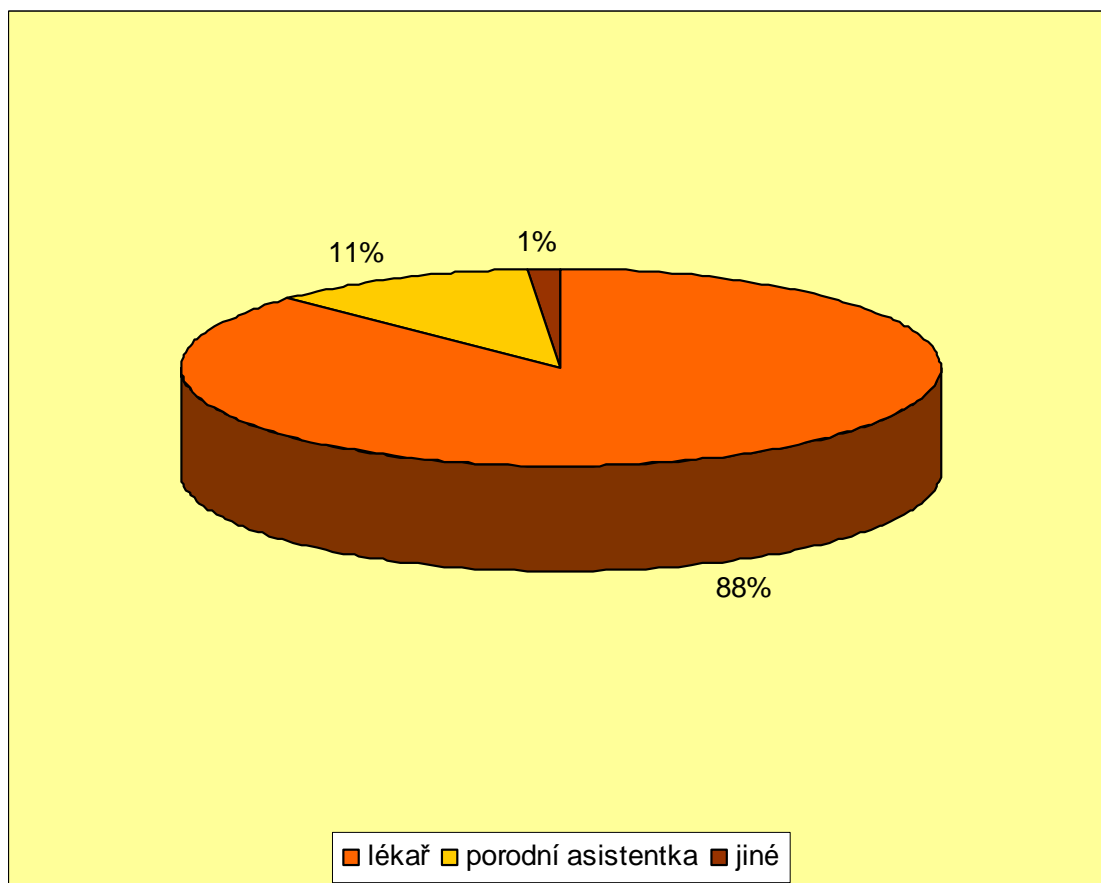
Z celkového množství 100 % (80) respondentek 90 % (72) odpovědělo, že je pro ně velmi podstatné vědět o možných komplikacích po operaci. 5 % (4) raděj o tom vědět nechce. 4 % (3) neví a pro 1 % (1) respondentek není podstatné vědět o pooperačních komplikacích.

Graf 21 Informovanost o režimu po propuštění



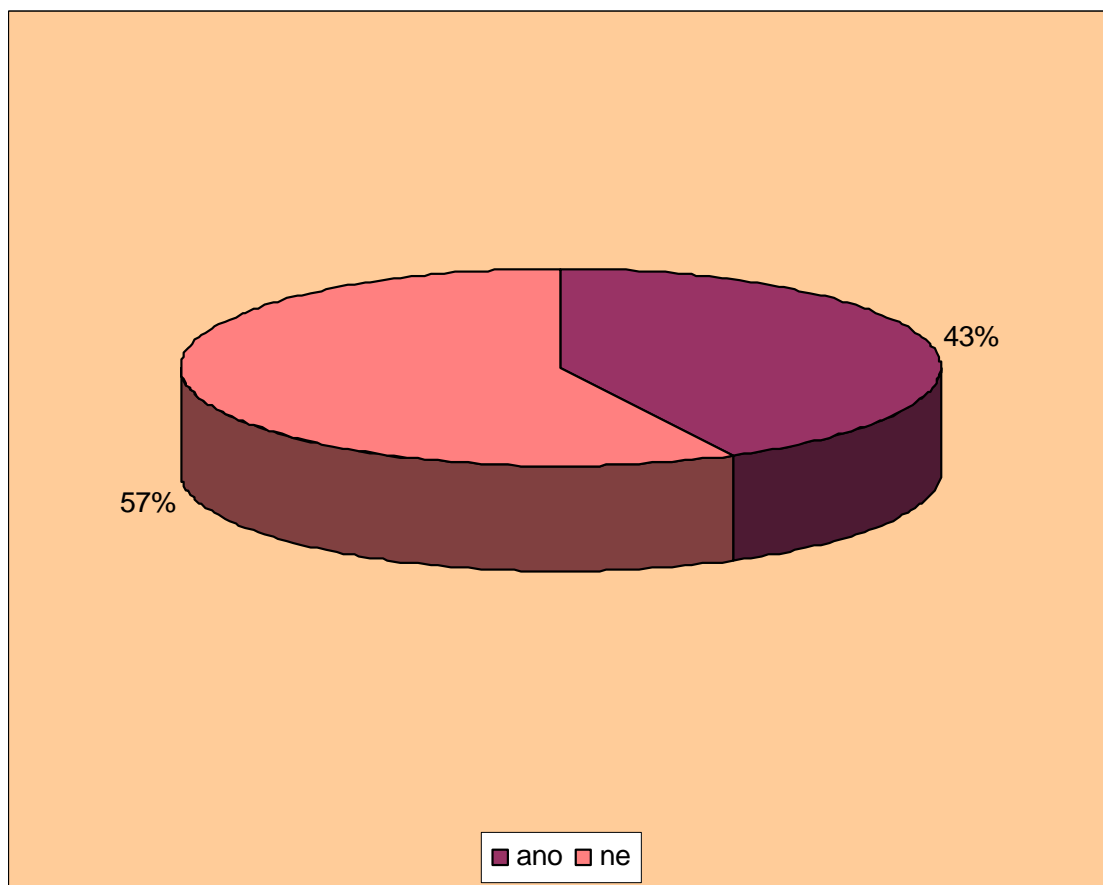
Z celkového množství 100 % (80) respondentek odpovědělo 89 % (71), že informovány byly. 11 % (9) nikoliv, ale některé z respondentek doplnilo odpověď, že je zatím nikdo neinformoval, ale určitě se tak stane, než půjdou domů.

Graf 22 Zdroj informací o režimu po propuštění



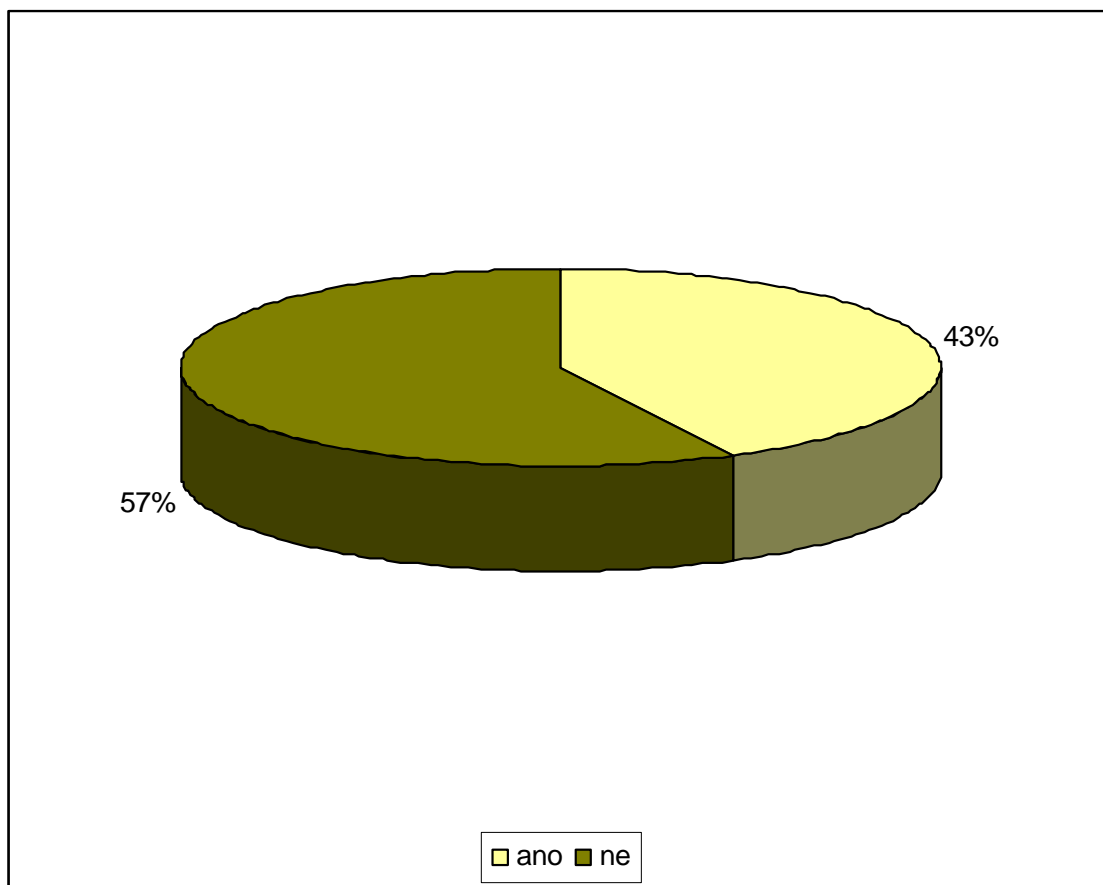
100 % (71) respondentek odpovědělo, že informovány o režimu po propuštění bylo. Z toho 88 % (62) informoval lékař, 11 % (8) porodní asistentka a možnost jiné označilo odpověď 1 % (1) respondentek. Jako jiné uvedlo informační leták z gynekologické ambulance.

Graf 23 Samostatné vyhledávání informací o předoperační péči



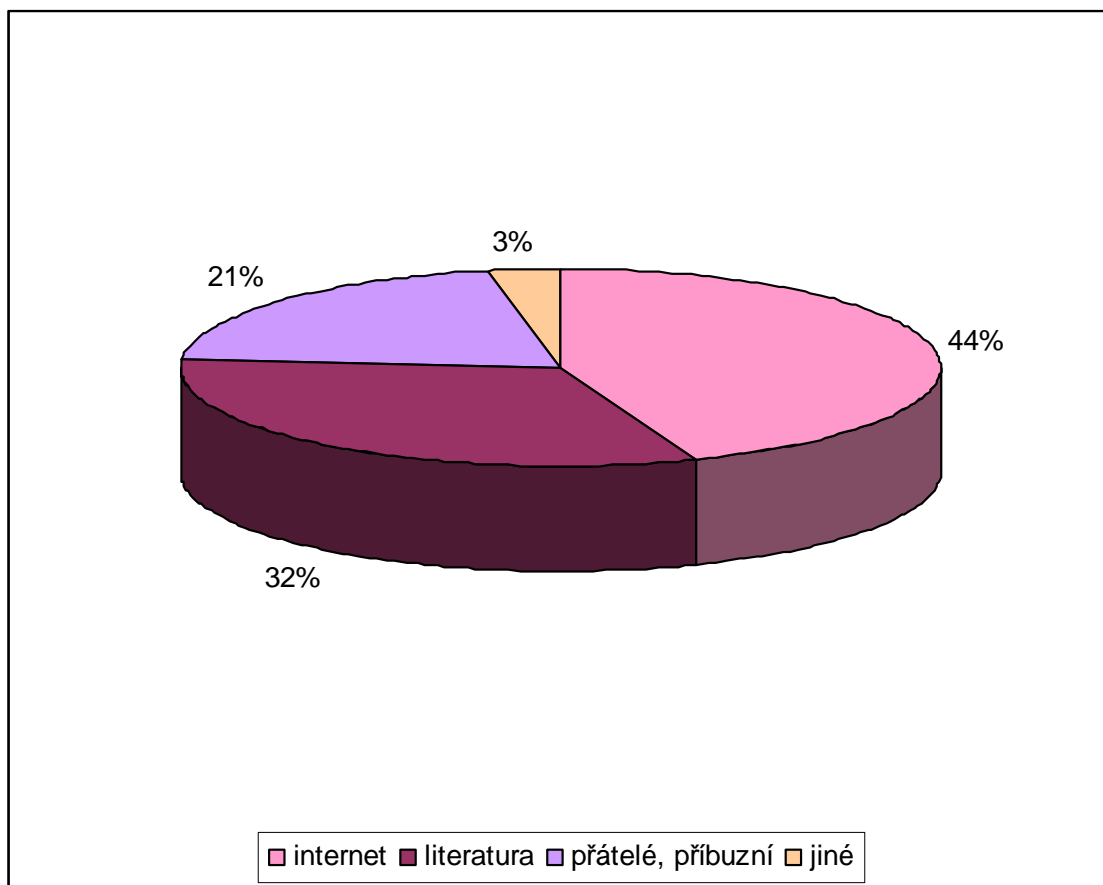
Z celkového množství 100 % (80) respondentek 57 % (46) označilo odpověď ne. 43 % (34) respondentek uvedlo odpověď ano, tedy že si hledaly samy informace.

Graf 24 Samostatné vyhľadávání informací o pooperační péči



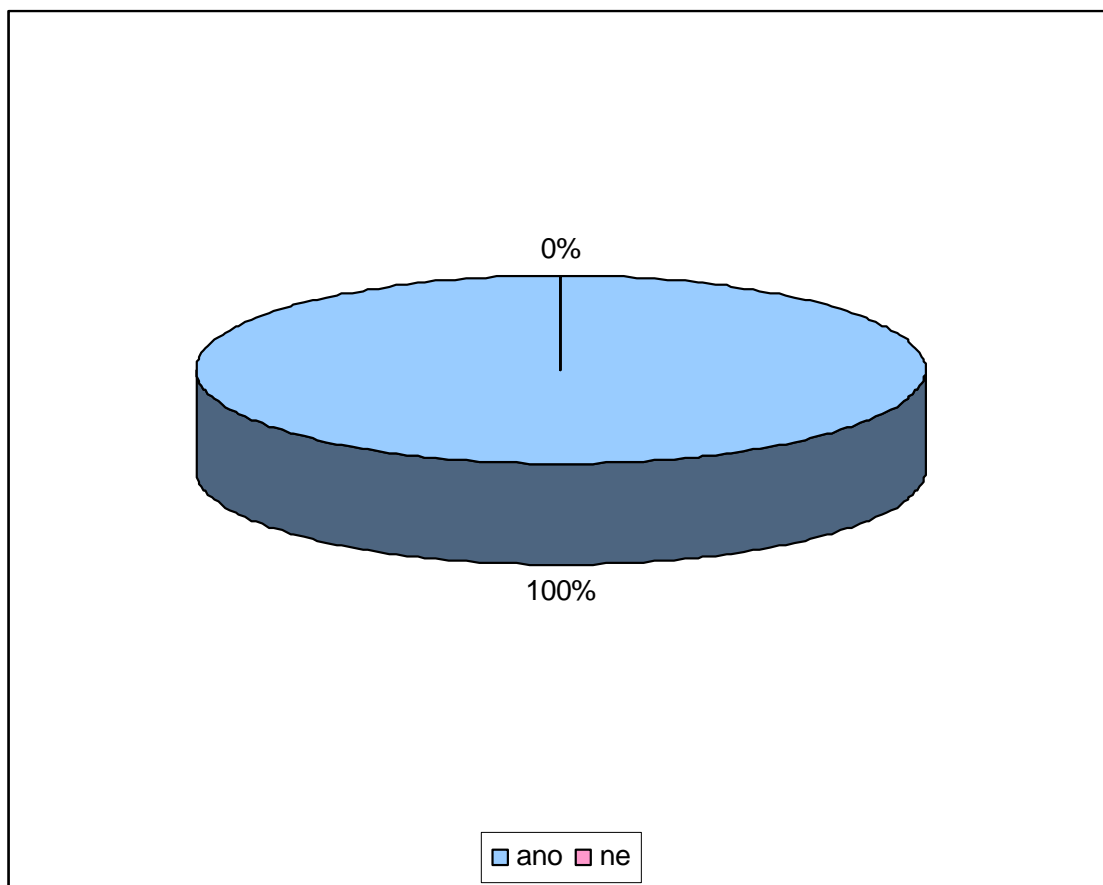
Z celkového množství 100 % (80) respondentek 57 % (46) označilo odpověď ne. 43 % (34) respondentek uvedlo odpověď ano, tedy že si hledaly samy informace.

Graf 25 Zdroje samostatně vyhledaných informací



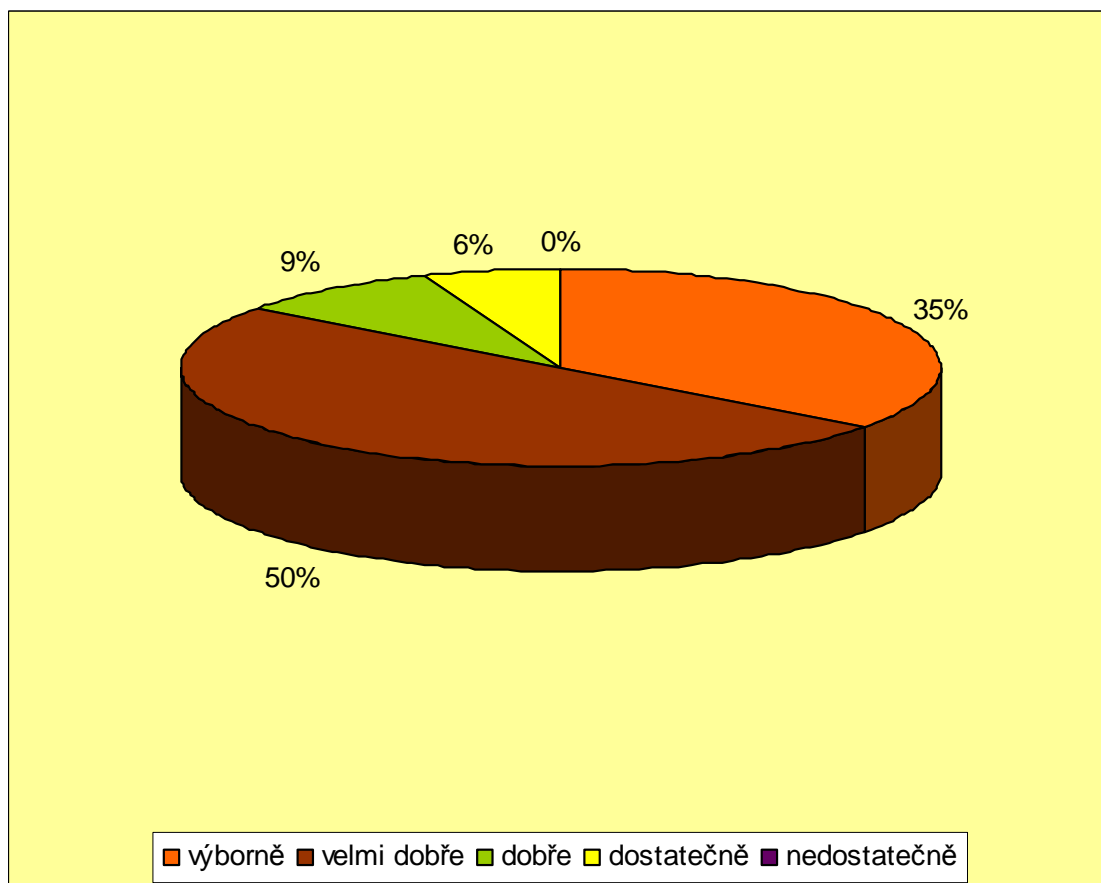
100 % (34) respondentek označilo odpověď ano, tedy že si samy vyhledávaly informace. 44 % (15) respondentek uvedlo jako zdroj internet, 32 % (11) literaturu, 21 % (7) mají informace od přátel či příbuzných a 3 % (1) respondentek označilo odpověď jiné. Jako možnost jiné uvedlo sestru z jiného oddělení.

Graf 26 Porozumění zjištěným informacím



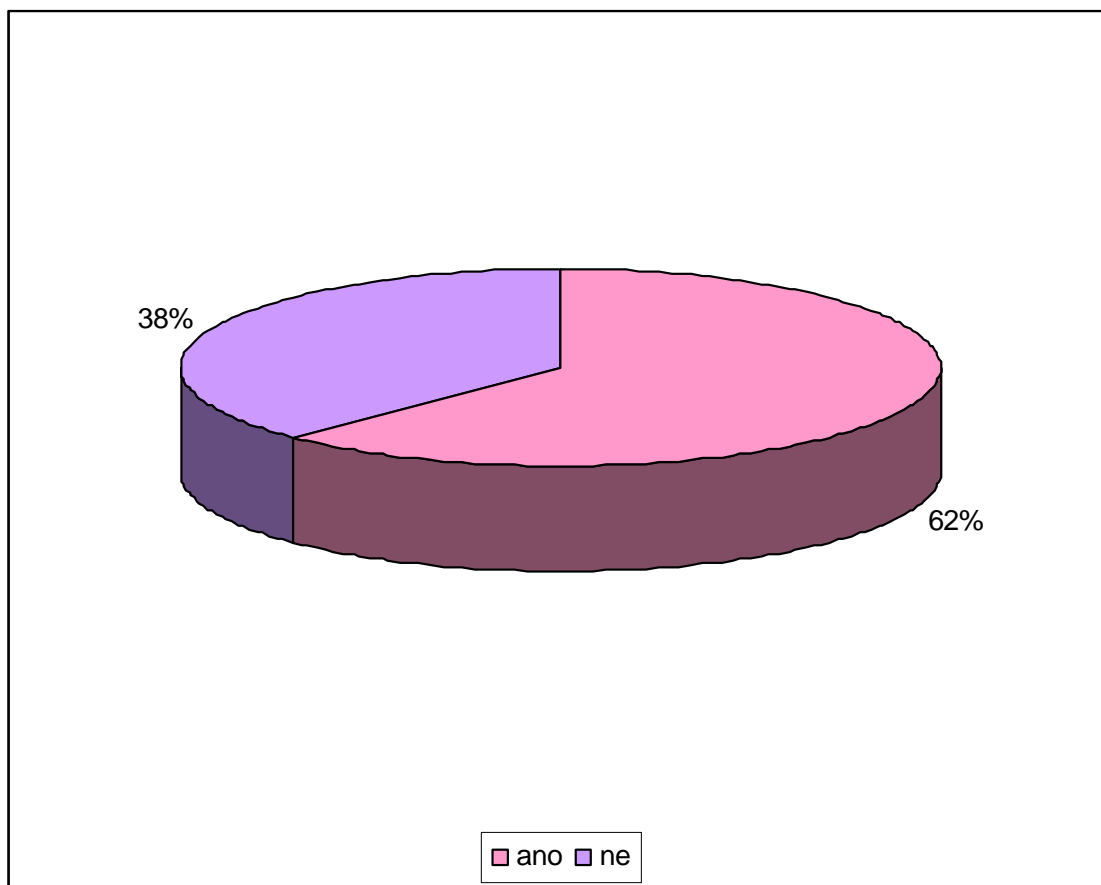
100 % (34) respondentek porozumělo všem informacím, které si samy zjistily.

Graf 27 Klasifikace porozumění zjištěných informací



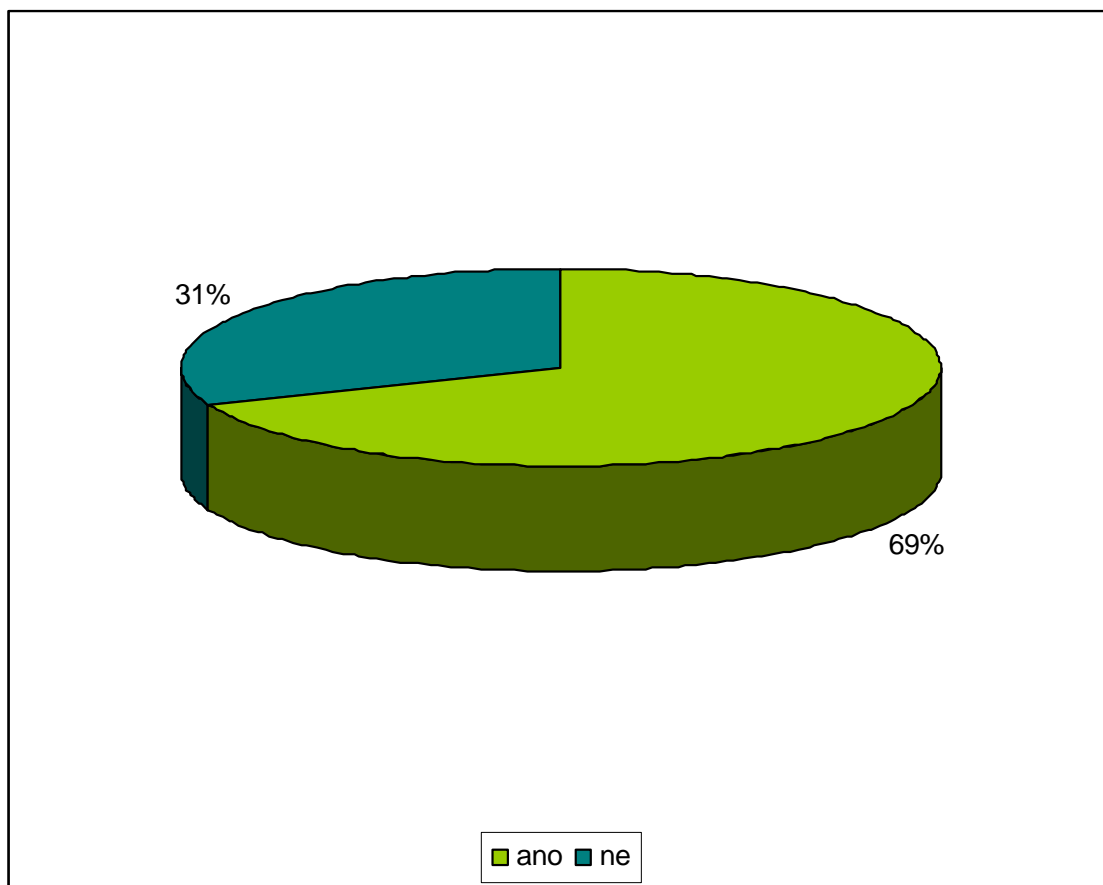
Ze 100 % (34) respondentek, které si samo hledalo informace 50 % (17) porozumělo velmi dobře, 35 % (12) výborně, 9 % (3) dobře a 6 % (2) dostatečně. Odpověď nedostatečně žádná z respondentek neoznačila.

Graf 28 Vhodnost získávání informací o předoperační péči z různých zdrojů



Z celkového množství 100 % (80) respondentek 62 % (50) uvedlo, že si myslí, že je vhodné získávat informace o předoperační péči z různých zdrojů. Jako důvod uváděly: vyšší míra informovanosti, větší přehled a nové poznatky, různý způsob výkladu, zmírnění strachu a správný výběr lékaře. 38 % (30) respondentek si nemyslí, že je vhodné získávat informace z různých zdrojů. Jako důvod některá uvedla, že neví, některá, že každá nemocnice má jiný způsob péče. Další, že je nejlepší zeptat se přímo svého lékaře a péče by měla být všude stejně kvalitní. Jedna z respondentek napsala, že proč by měla sbírat nějaké drby, když se dá důvěřovat zdravotnímu personálu a najít či zjištěné informace mohou být zkreslující.

Graf 29 Vhodnost získávání informací o pooperační péči z různých zdrojů



Z celkového množství 100 % (80) respondentek 69 % (55) odpovědělo, že si myslí, že je vhodné získávat informace o pooperační péči z různých zdrojů. 31 % (25) uvedlo, že si to nemyslí. Jako důvody uváděly stejné názory jako u grafu 28.

5 DISKUZE

Obecně je informovanost důležitá pro naše příští rozhodování. To zvláště platí v oblasti zdravotnictví. Být informován před každou operací o předoperačním průběhu, o samotné operaci a o následné pooperační péči hraje významnou roli pro pacientovu důvěru ke zdravotníkům.

Výzkumným souborem byly ženy podstupující gynekologickou operaci. K výzkumnému šetření byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí dotazníků.

První otázka byla zaměřena na věk respondentek. Z celkového počtu 100 % (80) respondentek je 31 % (25) ve věku 41-50let, 24 % (19) je ve věku 31-40 let, 20 % (16) respondentek je ve věku 21-30 let, 15 % (12) respondentek je ve věku 51-60 let, 10 % (8) je ve věku 61 let a více a ve věku do 20 let není žádná respondentka, viz graf 1. Zde je vidět, že gynekologické operace podstupují ženy různého věku. Žádná z věkových skupin nemá velkou převahu.

Pacientka se obvykle přijímá den před plánovaným operačním výkonem. Lékař odebere od pacientky anamnézu a kontroluje laboratorní výsledky. Při zjišťování anamnézy by měl být vyloučen spěch a nervozita a mělo by být zajištěno vhodné prostředí pro soukromí rozhovor (1, 42).

Porodní asistentka pacientku seznámí s průběhem předoperační přípravy, předoperačních vyšetření a předpokládanou pooperační péčí. Dále odebere od pacientky ošetřovatelskou anamnézu. Informovanost pacientky pomáhá zajistit větší spolupráci a psychickou vyrovnanost (1, 12, 24).

Každý lékařský výkon musí být proveden se souhlasem pacientky. Tento souhlas je informovaný. To znamená, že pacientka byla před jeho podepsáním řádně poučena (3).

Zajímalo nás, zda všechny ženy věděly, že při příjmu lékařem informovaný souhlas podepisovaly. Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 97 % (78) žen odpovědělo, že informovaný souhlas o jejich operaci podepisovalo. 3 % (2) respondentek tvrdily opak, viz graf 2. Myslíme si, že ženy, které uvedly, že informovaný souhlas nepodepisovaly, byly vystresované situací, tím, že jdou na operaci

a proto možná nevěnovaly pozornost tomu, co podepisují. Je tu také možnost, že některé ženy neví, co si pod pojmem informovaný souhlas mají představit.

Zda ženy, které podepisovaly informovaný souhlas, mělo dostatek času si ho přečíst, jak porozuměly informacím, které obsahoval a zda měly možnost klást lékaři doplňující otázky nás zajímalo v otázkách č. 3, č. 4 a č. 5. Ze 100 % (78) respondentek, podepisujících informovaný souhlas, 91 % (71) žen uvedlo, že na přečtení informovaného souhlasu dostatek času mělo. 9 % (7) žen uvedlo, že nikoliv, viz graf 3. Graf 4 znázorňuje, jak ženy porozuměly informacím v informovaném souhlase. Ze 100 % (78) respondentek 38 % (30) žen informacím porozumělo velmi dobře. 35 % (27) respondentek rozumělo dobře a 22 % (17) rozumělo výborně. 5 % (4) respondentek rozumělo informacím dostatečně a nedostatečně žádná z respondentek informacím neporozuměla. Myslíme si, že informovaný souhlas nemusí být pro všechny stejně srozumitelný, proto by měly mít ženy možnost klást lékaři doplňující otázky. Tuto problematiku znázorňuje graf 5. Ze 100 % (78) respondentek mělo 91 % (71) možnost klást doplňující otázky, které je zajímaly. 9 % (7) respondentek tuto možnost nemělo.

Porodní asistentka provede s pacientkou poučení a rozhovor o nadcházející ošetrovatelské péči. Vhodnou komunikací a slovem zmírňuje její obavy z operace. Také jí vysvětlí průběh přípravy v tento den. Seznámí pacientku s tím, co může očekávat jako je odběr krve, příprava operačního pole, lačnění od pľnoci či odstranění kompenzačních pomůcek (24).

Dále jsme se žen dotazovali, zda věděly, co je před operací čekalo. Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 95 % (76) toto vědělo. 5 % (4) žen tyto vědomosti neměly, viz graf 6.

Respondentky byly tázány, zda věděly, jaké výkony budou podstupovat na přípravu k operaci. Porodní asistentka seznámí pacientku s přípravou operačního pole, zdůvodní důkladnou přípravu střev, seznámí pacientku s hygienou před výkonem. Dále informuje pacientku o podání předoperační terapie, vysvětlí léčebné postupy nařizené lékařem, odběry krve, natočení EKG záznamu, důležitost nepřijímat potravu a tekutiny od pľnoci před výkonem, zdůvodnit odstranění šperků, nalíčení, kompenzačních pomůcek, bandáže dolních končetin a zavedení močové cévky (24). Z celkového

množství 100 % (80) respondentek 91 % (73) respondentek vědělo, že je čeká odběr krve. 9 % (7) nikoliv. 75 % (60) respondentek vědělo, že jim bude točeno EKG. 25 % (20) ne. 99 % (79) tázaných žen vědělo, že budou gynekologicky vnitřně vyšetřeny. 1 % (1) ne. 92 % (74) žen vědělo, že večer před operací dostanou klyzma. 8 % (6) ne. 94 % (75) tázaných vědělo, že jim bude oholeno operační pole. 6 % (5) to nevědělo. 99 % (79) žen vědělo, že nemohou mít na sobě šperky, 1 % (1) nikoliv. 95 % (76) žen vědělo, že nesmí mít na operační výkon nalakované nehty. 5 % (4) žen to nevědělo. 99 % (79) respondentek vědělo, že nesmí mít během operace žádné kompenzační pomůcky. 1 % (1) nikoliv. 97 % (78) žen vědělo, že od půlnoci před výkonem nesmí nic jíst, pít ani kouřit. 3 % (2) žen nikoliv. 84 % (67) respondentek vědělo, že na noc před operací dostane lék na spaní. 16 % (13) žen to nevědělo. 86 % (69) žen vědělo, že jim porodní asistentka udělá bandáže obou končetin před operačním výkonem. 14 % (11) žen nikoliv. 89 % (71) žen vědělo, že budou mít zavedenou močovou cévku. 11 % žen nikoliv.

Od koho dostaly ženy nejvíce informací o předoperačních výkonech nás zajímalo v otázce č. 8. Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 63 % (50) uvedlo, že jim nejvíce informací o předoperačních výkonech podala porodní asistentka. 31 % (25) označilo lékaře a 6 % (5) uvedlo odpověď jiné a specifikovalo jako jiný zdroj informací zdravotní sestru z gynekologické ambulance a leták, který tam obdržely. Žádná z respondentek nezaškrtnla odpověď, že ji nikdo neinformoval, viz graf 8. Domníváme se, že je pro ženy přínosné obdržet leták na gynekologické ambulanci. Informuje ženy alespoň o základních výkonech a vyšetřeních a bylo by vhodné, kdyby každá žena tento leták obdržela a dostala k němu ještě informace od sestry z gynekologické ambulance. Ženy uvedly porodní asistentku jako největší zdroj informací o předoperačních výkonech. Myslíme si, že porodní asistentka má více času na zodpovězení dotazů a na vysvětlení důvodů předoperačních výkonů než lékař. Už jen proto, že porodní asistentka sama výkony dělá.

Dále jsme zjišťovali, jak ženy porozuměly podaným informacím. Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 50 % (40) porozumělo podaným informacím velmi

dobře, 30 % (24) výborně a 20 % (16) dobře. Dostatečně ani nedostatečně podaným informacím nikdo neporozuměl.

Graf 10 a graf 11 znázorňuje, zda ženy byly informovány o přibližné délce operačního výkonu a pokud ano, od koho tuto informaci dostaly. Ze 100 % (80) respondentek 74 % (59) bylo informováno, 26 % (21) žen nikoliv, viz graf 10. 100 % (59) respondentek bylo informováno o přibližné délce operačního výkonu a z toho 93 % (55) respondentek označilo jako zdroj informací lékaře a 7 % (4) porodní asistentku. Anesteziologa ani možnost jiné respondenty neoznačily, viz graf 11. Informaci o délce operačního výkonu by měl podávat pouze lékař. Slezáková uvádí, že lékař se setkává s pacientkou před plánovaným výkonem, kdy prostuduje a zhodnotí předoperační interní vyšetření, seznámí se s nálezem, indikací výkonu, operačním plánem, zařazením do programu (42). Myslíme si, že ženy porodní asistentku označily proto, že se jí na délku operace zeptaly a porodní asistentka jim přibližnou délku pověděla.

Dále jsme se zajímaly, zda ženy byly informovány o pobytu na jednotce intenzivní péče a pokud ano, kdo ženy informoval. Literatura uvádí, že lékař pacientku poučí, že po operaci stráví asi 48 hodin na jednotce intenzivní péče. Porodní asistentka poučí pacientku, ať si připraví malou příruční tašku na jednotku intenzivní péče, kam si dá základní hygienické potřeby, léky, župan a přezůvky. Ostatní věci zůstanou na oddělení zamčené v šatně (29, 34). Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 90 % (72) vědělo, že budou přeloženy z operačního sálu na jednotku intenzivní péče. 10 % (8) nikoliv. Ze 100 % (72) respondentek 79 % (57) tuto informaci vědělo od lékaře, 13 % (9) od porodní asistentky a 8 % (6) uvedlo jako zdroj jiné sestru z gynekologické ambulance, leták z gynekologické ambulance a internetovou stránku Nemocnice České Budějovice, a.s. Hypotéza 1 Nejvíce informací o předoperační péči podala ženám porodní asistentka, se nepotvrdila. Ženy označily lékaře jako zdroj nejvíce informací. Lékař posílá ženy na předoperační vyšetření, lékař ženy přijímá, vyšetřuje, ordinuje výkony spojené s předoperační péčí jako jsou odběry krve, EKG záznam, klyzma či podání léku na spaní. Porodní asistentka tyto výkony dělá. Lékař ženám sděluje přibližnou délku operace a také to, že budou po operaci převezeny na jednotku intenzivní péče.

Ve čtrnácté otázce jsme se respondentek ptali, zda věděly, že jim budou po operaci prováděny tyto výkony: monitorace fyziologických funkcí, tlumení bolesti, péče o operační ránu, péče o vyprazdňování, hygienická péče a rehabilitace. Z celkového množství 100 % (80) respondentek 91 % (73) vědělo, že jim na jednotce intenzivní péče budou monitorovány jejich fyziologické funkce. 9 % (7) to nevědělo. 99 % (79) žen vědělo, že jim bude tlumena pooperační bolest. 1 % (1) nikoliv. 96 % (77) vědělo, že jim zdravotnický personál bude pečovat o operační ránu, 4 % (3) toto nevěděla. 92 % (74) respondentek vědělo, že zvláštní péče bude věnována péči o vyprazdňování. 8 % (6) nikoliv. 95 % (76) tázaných žen vědělo, že jim s hygienickou péčí pomůže zdravotnický personál. 5 % (4) žen toto nevědělo. 90 % (72) respondentek vědělo, že za nimi bude docházet rehabilitační pracovnice, 10 % (8) tuto skutečnost nevědělo.

Dále nás zajímalo, od koho ženy dostaly nejvíce informací o pooperační péči a jak těmto informacím porozuměly. Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 57 % (46) označilo jako zdroj nejvíce informací porodní asistentku. 35 % (28) uvedlo lékaře a odpověď jiné označilo 8 % (6) respondentek. Respondentky specifikovaly jako odpověď jiné sestru z gynekologické ambulance, leták z gynekologické ambulance a také nahrávku, kterou jim pustily porodní asistentky na oddělení jednotky intenzivní péče. Možnost, že respondentky nebyly informovány, nikdo nezaškrtl, viz graf 15. Graf 16 znázorňuje porozumění informacím. Z celkového počtu 100 % (80) respondentek 46 % (37) porozumělo podaným informacím velmi dobře, 28 % (22) dobře a 26 % (21) výborně. Dostatečně ani nedostatečně podaným informacím nikdo neporozuměl.

Otázky č. 17 a č.18 byly zaměřeny na to, zda ženy byly poučeny o pooperačních komplikacích a pokud ano, kdo je informoval. Z celkového množství 100 % (80) respondentek 80 % (64) žen označilo odpověď ano, tedy že byly poučeny o pooperačních komplikacích. 20 % (16) uvedlo odpověď ne, viz graf 17. Odborná literatura uvádí: „Pooperační komplikace jsou příhody, které narušují normální pooperační průběh a které vznikají v souvislosti s anestezií nebo operačním výkonem (39, s. 197)“. Včasné rozpoznání příznaků komplikací je velmi důležité pro léčbu. Proto porodní asistentka pacientku pravidelně sleduje, aby mohla příznaky některé z komplikací prokázat (37, 39). Graf 18 znázorňuje, kdo ženy o komplikacích

informoval. Ze 100 % (64) respondentek bylo informováno 81 % (52) od lékaře a 19 % (12) uvedlo porodní asistentku. Možnost jiné nikdo neuvedl.

Zda informovaný souhlas obsahoval pooperační komplikace, jsme se ptali v otázce č. 19. Z celkového množství 100 % (80) respondentek 84 % (68) označilo odpověď ano. Tedy že informovaný souhlas obsahoval informace o možných komplikacích po operaci. 13 % (10) odpovědělo, že informovaný souhlas tyto informace neobsahoval a 3 % (2) respondentek označilo, že informovaný souhlas nepodepisovaly. Jsou to ty samé ženy, jako u otázky č. 2, viz graf 2.

Graf 20 ukazuje, zda je pro ženy podstatné vědět o možných komplikacích po operaci. Z celkového množství 100 % (80) respondentek 90 % (72) odpovědělo, že je pro ně velmi podstatné vědět o možných komplikacích po operaci. 5 % (4) o tom raději vědět nechce. 4 % (3) neví a pro 1 % (1) respondentek není podstatné vědět o pooperačních komplikacích.

Zda byly ženám podány informace o režimu, který budou dodržovat po propuštění jsme se ptali v otázce č. 21. Otázka č. 22 ukazuje odpovědi, kdo ženám informaci podal. Z celkového množství 100 % (80) respondentek odpovědělo 89 % (71), že informovány byly. 11 % (9) nikoliv, viz graf 21. Některé z respondentek doplnilo odpověď, že je zatím nikdo neinformoval, ale určitě se tak stane, než půjdou domů. Graf 22 znázorňuje, kdo ženám informace podal. Ze 100 % (71) respondentek odpovědělo 88 % (62), že je informoval lékař, 11 % (8) porodní asistentka a možnost jiné označilo odpověď 1 % (1) respondentek. Jako jiné uvedlo informační leták z gynekologické ambulance. Hypotéza 2 Nejvíce informací o pooperační péči ženám podala porodní asistentka, se nepotvrdila. Ženy označovaly jako zdroj nejvíce informací o pooperační péči lékaře. Domníváme se, že je to dáno tím, že lékař poučuje ženy o pooperačních komplikacích, o režimu, který mají dodržovat po propuštění. Porodní asistentka ženám dává obecné informace o výkonech, které sama provádí.

Graf 23 a graf 24 ukazuje, zda ženy hledaly samy informace co je a co zahrnuje předoperační péče a pooperační péče. V obou dvou grafech vyšly stejné výsledky. Z celkového množství 100 % (80) respondentek 57 % (46) označilo odpověď ne. 43 % (34) respondentek uvedlo odpověď ano, tedy že si hledaly samy informace.

Otázky č. 25, 26 a 27 zjišťovaly, kde ženy informace hledaly, zda jim porozuměly a jak jim porozuměly. Nejvíce informací ženy získaly na internetu. Hypotéza 3 Ženy čerpají informace z internetu, se potvrdila. Bylo to 44 % (15) žen ze 100 % (34). Dále 32 % (11) žen čerpalo informace z literatury, 21 % (7) mělo informace od přátel či příbuzných a 3 % (1) respondentek označilo odpověď jiné. Jako možnost jiné uvedlo sestru z jiného oddělení, viz graf 25. Domníváme se, že internet je nejdostupnější zdroj a ženy tam snadno a rychle informace vyhledají. Graf 26 ukazuje, zda ženy informacím porozuměly. 100 % (34) respondentek porozumělo všem informacím, které si samy zjistily a ze 100 % (34) respondentek, které si samo hledalo informace 50 % (17) porozumělo velmi dobře, 35 % (12) výborně, 9 % (3) dobře a 6 % (2) dostatečně. Odpověď nedostatečně žádná z respondentek neoznačila, viz graf 27.

Graf č. 28 ukazuje názory žen, zda si myslí, že je vhodné získávat informace o předoperační péči z různých zdrojů a proč. Z celkového množství 100 % (80) respondentek 62 % (50) uvedlo, že si myslí, že je vhodné takto získávat informace. Jako důvod uváděly: vyšší míra informovanosti, větší přehled a nové poznatky, různý způsob výkladu, zmírnění strachu a správný výběr lékaře. 38 % (30) respondentek si nemyslí, že je vhodné získávat informace z různých zdrojů. Jako důvod některá uvedla, že neví, některá, že každá nemocnice má jiný způsob péče. Další, že je nejlepší zeptat se přímo svého lékaře a péče by měla být všude stejně kvalitní. Jedna z respondentek napsala, že proč by měla sbírat nějaké drby, když se dá důvěřovat zdravotnímu personálu a najít či zjištěné informace mohou být zkreslující. Já sama se přikláním k názorům žen, které si myslí, že není vhodné hledat informace z různých zdrojů. Já sama bych se ptala pouze personálu v nemocnici, kam budu nastupovat na operaci.

Graf č. 29 znázorňuje, zda si ženy myslí, že je vhodné získávat informace o pooperační péči z různých zdrojů a proč si to myslí. Z celkového množství 100 % (80) respondentek 69 % (55) odpovědělo, že si myslí, že je vhodné získávat informace o pooperační péči z různých zdrojů. 31 % (25) uvedlo, že si to nemyslí. Jako důvody uváděly stejné názory jako u grafu 28.

Na našem trhu je v současné době velké množství publikací týkající se zdravotní problematiky, které informují laiky, jak postupovat v případě zdravotních problémů.

Každý lékařský výkon musí být proveden se souhlasem pacientky. Informovaná pacientka je pro zdravotníka lepším partnerem jak v oblasti prevence, tak v oblasti klinického rozhodování. Informace musí být pacientce sděleny tak, aby jim porozuměla (3, 7).

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala informovaností žen při přípravě ke gynekologické operaci. Teoretická část je zaměřena na výkony spojené s předoperační péčí, na výkony spojené s pooperační péčí a na komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem.

Praktická část je zaměřena na informovanost žen o předoperační péči, pooperační péči a výkony s nimi spojené. Celkem byly stanoveny 2 cíle. Cíl 1 zní: „Zjistit informovanost žen o předoperační a pooperační péči při gynekologické operaci“. Cíl 2 zní: „Zjistit z jakých zdrojů čerpají ženy informace o předoperační a pooperační péči“. Cíle byly splněny.

Ke zpracování této problematiky a ke zjištění jmenovaných cílů bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření. Toto šetření probíhalo formou dotazníků, které byly anonymní. Byly určeny pro ženy podstupující operaci na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Hypotéza 1 „Nejvíce informací o předoperační péči ženám podala porodní asistentka“ nebyla potvrzena. Hypotéza 2 „Nejvíce informací o pooperační péči ženám podala porodní asistentka“ nebyla potvrzena. Cíl 1 byl splněn. Hypotéza 3 „Ženy čerpají informace z internetu“ byla potvrzena. Cíl 2 byl splněn.

Tato bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací a edukační materiál pro ženy, které podstupují plánovaný operační výkon. Součástí práce je i edukační brožura, týkající se tohoto tématu.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. CITTERBART, Karel. *Gynekologie*. 1. vydání. Praha : Karolinum, 2001. 277 s. ISBN 80-7262-094-0.
2. *Cytologické vyšetření* [online]. 2009 [cit. 2011-04-28]. Praktické informace. Dostupné z WWW: <<http://vysetreni-cytologie.webnode.cz/prakticke-informace/operace/>>.
3. *Férová nemocnice* [online]. 2011 [cit. 2011-04-28]. Poučení pacienta o zákroku. Dostupné z WWW: <<http://www.ferovanemocnice.cz/souhlas-se-zakrokem-32/pouceni-pacienta-o-zakroku-74.html>>.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o etice - České ošetřovatelství 5*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. 58 s. ISBN 80-7013-310-4.
5. HEDLOVÁ, Dana. Možnosti prevence infekcí močových cest spojených s katetrizací močového měchýře. *Sestra*. 8.10.2010, 10, s. 74-78. ISSN 1210-0404.
6. HOLUB, Zdeněk , et al. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vydání. Praha : Grada, 2005. 232 s. ISBN 80-247-0834-5
7. HOŠKOVÁ, Pavlína. Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků. *Sestra*. 10.2.2010, 2, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
8. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetřovatelské péče č. 008. „Měření krevního tlaku“, r. 2009.

9. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovateľskej péče č. 009. „Klyzma“, r. 2009.
10. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovateľskej péče č. 022. „Měření tělesné teploty“, r. 2009.
11. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovateľskej péče č. 025. „Cévkování nemocných“, r. 2009.
12. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovateľskej péče č. 032. „Předoperační příprava a pooperační péče o nemocné“, r. 2010.
13. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovateľskej péče č. 033. „Rehabilitační ošetrování“, r. 2009.
14. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovateľskej péče č. 035. „Pitný režim nemocných“, r. 2009.
15. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovateľskej péče č. 036. „Ošetrovateľský postup při EKG“, r. 2009.
16. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovateľskej péče č. 041. „Bolest“, r. 2008.
17. KOSTÍKOVÁ, Šárka. Fáze hojení ran a pooperační infekce. *Sestra*. 9.6.2010, 6, s. 43. ISSN 1210-0404
18. KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora; OLIVIEROVÁ, Rita. *Ošetrovateľstvo I*. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

19. KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora; OLIVIEROVÁ, Rita.
Ošetrovatel'stvo 2. Martin : Osveta, 1995. 839-1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
20. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2004.
211 s. ISBN 80-8063-160-3.
21. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatel'ství 6*. Brno : Institut pro další vzdělávání
pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2006. 54 s. ISBN 80-7013-323-6.
22. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. 1. vydání.
Praha : Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
23. MIKŠOVÁ, Zdeňka , et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha : Grada, 2006.
248 s. ISBN 80-247-1442-6.
24. MIKŠOVÁ, Zdeňka; FRONĀKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z
ošetrovatelské péče II*. Praha : Grada, 2006. 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
25. MINAŘÍKOVÁ, Petra . *Sestra* [online]. 2007 [cit. 2011-04-28]. Monitorace
pacienta. Dostupné z WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/monitorace-pacienta-374788>>.
26. NEJEDLÁ, Marie . *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vydání. Praha : Grada, 2006.
248 s. ISBN 80-247-1150-8.
27. NEJEDLÁ, Marie; SVOBODOVÁ, Hana; ŠAFRÁNKOVÁ, Alena.
Ošetrovatel'ství III/2. Praha : Informatorium, 2004. 158 s. ISBN 80-7333-031-8.
28. NEJEDLÁ, Marie ; SVOBODOVÁ, Hana; ŠAFRÁNKOVÁ, Alena.
Ošetrovatel'ství III/1. Praha : Informatorium, 2004. 245 s. ISBN 80-7333-030-X.

29. *Nemocnice České Budějovice, a.s.* [online]. 2000 [cit. 2011-04-29]. Gynekologické břišní operace. Dostupné z WWW: <<http://www.nemcb.cz/cz/page/76/Gynekologicke-brisni-operace.html?detail=357>>.
30. *Předoperační vyšetření* [online]. 2008 [cit. 2011-04-28]. Předoperační vyšetření. Dostupné z WWW:<<https://www.zdravcentra.cz/index.php?act=bq31&aid=1&oid=195&OFF=&DIR=&ORD=>>>.
31. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.
32. REPKOVÁ, Adriana, et al. *Gynekologické ošetrovatelství*. 1. vydání. Martin : Osveta, 2006. 138 s. ISBN 80-8063-236-7.
33. ROZTOČIL, Aleš, et al. *Vyšetřovací metody v gynekologii a porodnictví*. Praha : Grada, 1997. 179 s. ISBN 80-7013-255-8.
34. SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha : Grada, 2010. 300 s. ISBN 978-80-247-1329-2.
35. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelství*. 1. vydání. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2000. 218 s. ISBN 80-7040-454-X.
36. *U Lékaře* [online]. 2007 [cit. 2011-04-28]. Gynekologické operace. Dostupné z WWW: <<http://www.ulekare.cz/clanek/gynekologicke-operace-1169>>.

37. VALENTA, Jiří, et al. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha : Karolinum, 2004. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
38. VOLEJNÍKOVÁ, Hana. *Cvičení v práci porodní asistentky*. 3. vydání. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 51 s. ISBN 80-7013-351-1.
39. VYHNÁNEK, František . *Chirurgie I*. 2. vydání. Praha : Informatorium, 2003. 224 s. ISBN 80-7333-005-9.
40. ZACHAROVÁ, Eva. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. *Sestra*. 9.7.2010, 7-8, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
41. ZÁMOČEKOVÁ, Mária, et al. *Štandardy v porodnej asistencii*. 1. vydání. Martin : Osveta, 2006. 120 s. ISBN 80-8063-221-9.
42. ZEMAN, Miroslav, et al. *Chirurgická propedeutika*. 2.vydání. Praha : Grada, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

- **Informovanost**
- **Předoperační péče**
- **Pooperační péče**
- **Porodní asistentka**

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Sesterská anamnéza

Příloha 3 Informované souhlasy

Příloha 4 Diagnostické domény NANDA taxonomie II

Příloha 5 Edukační brožura

Příloha 1 Dotazník

Vážená paní,

jsem studentkou 3.ročníku oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské Univerzity. Za účelem vypracování mé bakalářské práce na téma **Informovanost žen při přípravě ke gynekologické operaci**, se na Vás obracím se žádostí o vyplnění dotazníku.

Dotazník je anonymní a zjištěné údaje budou využity pouze pro potřebu bakalářské práce. Předem Vám děkuji za čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

Bicanová Martina

1. Kolik je Vám let?

- a) do 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 – 50 let
- e) 51 – 60 let
- f) 61 let a více

2. Podepisovala jste informovaný souhlas o Vaší operaci?

- a) ano
- b) ne (přejděte k otázce č.6)

3. Pokud ano, měla jste dostatek času si ho přečíst?

- a) ano
- b) ne

4. Jak jste porozuměla informacím, které obsahoval?

- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) dobře
- d) dostatečně
- e) nedostatečně

5. Měla jste možnost klást doplňující otázky?

- a) ano
- b) ne

6. Věděla jste, co Vás čekalo před operací?

- a) ano
- b) ne

7. Věděla jste, že před operací budete podstupovat následující výkony?

- a) odběry krve
ano ne
- b) EKG
ano ne
- c) gynekologické vnitřní vyšetření
ano ne
- d) klyzma
ano ne
- e) oholení operačního pole
ano ne
- f) odložení šperků
ano ne
- g) odlakování nehtů (měla-li jste je nalakované)
ano ne
- h) odstranění kompenzačních pomůcek (zubní náhrada, brýle, čočky)
ano ne
- ch) lačnění od půlnoci před operací
ano ne
- i) podání léku na spaní
ano ne
- j) bandáže obou končetin
ano ne
- k) zavedení močové cévky
ano ne

8. Od koho jste dostala nejvíce informací o předoperačních výkonech?

- a) porodní asistentka
- b) lékař
- c) jiné (vypište).....
- d) nikdo mě neinformoval (přejděte k otázce č.10)

9. Jak jste porozuměla podaným informacím?

- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) dobře
- d) dostatečně
- e) nedostatečně

10. Byla jste informována, jak přibližně dlouho bude trvat operační výkon?

- a) ano
- b) ne (přejděte k otázce č. 12)

11. Pokud ano, kdo Vás informoval:

- a) lékař
- b) porodní asistentka
- c) anesteziolog
- d) jiné (vypište)

12. Byla jste informována, že po operaci budete 48 hodin na JIP (jednotka intenzivní péče) a poté budete přeložena na standardní oddělení?

- a) ano
- b) ne (přejděte k otázce č.14)

13. Pokud ano, kdo Vás informoval:

- a) lékař
- b) porodní asistentka
- c) jiné (vypište)

14. Byla jste informována, že po operaci budou prováděny tyto výkony?

- a) monitorace fyziologických funkcí
ano ne
- b) tlumení bolesti
ano ne
- c) péče o operační ránu
ano ne
- d) péče o vyprazdňování
ano ne
- e) hygienická péče
ano ne
- f) rehabilitace
ano ne

15. Od koho jste dostala nejvíce informací o pooperační péči?

- a) porodní asistentka
- b) lékař
- c) jiné (vypište)
- d) nikdo mě neinformoval (přejděte k otázce č.17)

16. Jak jste porozuměla podaným informacím o pooperační péči?

- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) dobře
- d) dostatečně
- e) nedostatečně

17. Byla jste poučena o pooperačních komplikacích?

- a) ano
- b) ne (přejděte k otázce č. 19)

18. Pokud ano, kdo Vás o možných komplikacích informoval?

- a) porodní asistentka
- b) lékař
- c) jiné (vypište)

19. Vámi podepsaný informovaný souhlas obsahoval informace o možných komplikacích po operaci?

- a) ano
- b) ne
- c) nepodepisovala jsem ho

20. Je pro Vás podstatné vědět o možných komplikacích po operaci?

- a) ano, velmi podstatné
- b) nepodstatné
- c) nevím
- d) raděj o tom nechci vědět

21. Byla jste informována o režimu, který máte dodržovat po propuštění?

- a) ano
- b) ne (přejděte k otázce č. 23)

22. Pokud ano, kdo Vás informoval?

- a) porodní asistentka
- b) lékař
- c) jiné (vypište)

23. Hledala jste sama informace, co je a co zahrnuje předoperační péče?

- a) ano
- b) ne

24. Hledala jste sama informace, co je a co zahrnuje pooperační péče?

- a) ano
- b) ne (přejděte k otázce č. 28)

25. Pokud ano, zakroužkujte kde:

- a) internet
- b) literatura
- c) přátelé, příbuzní
- d) jiné (doplňte).....

26. Rozuměla jste všem informacím, které jste si sama zjistila?

- a) ano
- b) ne (přejděte k otázce č. 28)

27. Jak jste porozuměla informacím, které jste si sama zjistila?

- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) dobře
- d) dostatečně
- e) nedostatečně

28. Myslíte si, že je vhodné získávat informace o předoperační péči z různých zdrojů?

ANO - proč

.....
.....
.....

NE - proč

.....
.....
.....

29. Myslíte si, že je vhodné získávat informace o pooperační péči z různých zdrojů?

ANO - proč

.....
.....
.....

NE - proč

.....
.....
.....

Příloha 2 Sesterská anamnéza



OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA

Štítek se jménem pacienta:	Nemocný svým podpisem stvrzuje, že byl seznámen s:
	Právy pacientů: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Domácím řádem: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	Cennosti uloženy v trezoru: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Ošetř.anam.odebrána od: Pacienta <input type="checkbox"/>	Datum: Podpis pacienta:
Rodinného přísl. <input type="checkbox"/> jiné.....	Ošetř.anam.sepsala (jmenovka+podpis):

1. Podpora zdraví	Sociální podmínky - bydlí:
Kouříte ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Sám ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> DD ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Drogy ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Partner/ka ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> DPS ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Sport aktivně ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	S rodiči ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Kontaktní osoba:	Manžel/ka ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
	S dětmi ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Kontaktní osoba informována ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	

2. Výživa	Kožní turgor dobrý <input type="checkbox"/> snížený <input type="checkbox"/>
Dieta č. -	Kůže normální <input type="checkbox"/> změny <input type="checkbox"/>
Váha Výška BMI	jiné léze <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/>
Chut' k jídlu ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Sliznice: suché <input type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/>
Výživa: dostatečná <input type="checkbox"/> nedostatečná <input type="checkbox"/>	jiné <input type="checkbox"/> jaké
nadměrná <input type="checkbox"/> vegetarián <input type="checkbox"/>	Stupnice dle Northonové - součet bodů:
Nutriční screening: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Způsob přijímání potravy:
Výsledek - počet bodů:	ústy <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> krmen <input type="checkbox"/>
Nutriční terapeut volán: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Sonda NGS* <input type="checkbox"/> NJS* <input type="checkbox"/> PEG* <input type="checkbox"/> PEJ* <input type="checkbox"/>
Viz. standard č. 006	Výživa enterální <input type="checkbox"/> parenterální <input type="checkbox"/>
	Zubní protéza ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>

3. Vylučování a výměna	Způsob vyprazdňování
Močení bez potíží <input type="checkbox"/> katetr <input type="checkbox"/> jiné	sám <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> s pomocí WC <input type="checkbox"/>
Inkontinence ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	stomie ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Bolest při močení ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Inkontinence stolice ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Stolice pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/>	Bolest při vyprazdňování ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/>	Plyny ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Reprodukční činnost:	Klimakterium ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Menstruace začátek v letech	problémy
pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/>	Vaginální výtoky ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaké
Cyklus (dny) normální <input type="checkbox"/>	Problémy s prostatou ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
bolestivá <input type="checkbox"/> nebolestivá <input type="checkbox"/>	jaké
Antikoncepce ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> jaká	

4. Aktivita - Odpočinek	Sebepéče soběstačný ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>
Spánek kvalitní <input type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/>	deficit při oblékání <input type="checkbox"/>
časté buzení <input type="checkbox"/> obtížné usínání <input type="checkbox"/>	při hygieně <input type="checkbox"/> při jídle <input type="checkbox"/>
léky na spaní <input type="checkbox"/> sp. návyky <input type="checkbox"/>	při vyprazdňování <input type="checkbox"/>

Pohyblivost normální zhoršená
 imobilita inv. vozík
 berle, hůl konč. protéza
 riziko pádů ano ne

Způsob hodnocení rizika- viz standard č. 049

Barthelův test - součet bodů:
 - viz standard č. 034

Dýchání bez potíží
 dušnost klidová námahová
 TSK* ETK*

5. Vnímání - poznávání

Vědomí jasné
 somnolence
 sopor
 kóma

Orientován úplně částečně
Dezorientován osobou
 místem časem

Řeč plynulá narušená
 němý cizinec

Poruchy zraku ano ne
 jaké
 brýle čočky

Poruchy sluchu ano ne
 jaké
 naslouchadlo

6. Vnímání sebe sama

Nálada normal smutná veselá
 bezmocnost beznaděj

Porušený tělesný obraz ano ne

7. Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu

Strach, úzkost, smutek ano ne **Chronický zármutek** ano ne

8. Bezpečnost - ochrana

Riziko dekubitů ano ne
 aspirace ano ne
 sebepoškození ano ne
 infekce ano ne

TT v normě zvýšená
 horečka podchlazení

Alergie ano ne
 - na potraviny, jaké
 - léky, jaké
 - jiné

9. Komfort

Bolest ano ne
 Akutní Chronická

Nauzea ano ne
Zvracení ano ne

Stupnice 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

- * NGS nasogastrická sonda
- * NJS nasojejunální sonda
- * PEG perkutánní endoskopická gastronomie
- * PEJ perkutánní endoskopická jejunostomie
- * TSK tracheostomická kanyla
- * ETK endotracheální kanyla

EDUKAČNÍ ZÁZNAM

Datum	Téma a průběh	Podpis sestry	Podpis pacienta

Zdroj: KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Gynekologický standard.

Zhodnocení rizika pádu u pacienta

(součást ošetřovatelské anamnézy)

Rizikové faktory pro vznik pádu

Anamnéza		
<input type="checkbox"/>	DDD (dezorientace, demence, deprese)	3 body
<input type="checkbox"/>	věk 65 let a více	2 body
<input type="checkbox"/>	pád v anamnéze	1 bod
<input type="checkbox"/>	pobyt v prvních 24 hodinách po přijetí nebo překladu na lůžkové odd.	1 bod
<input type="checkbox"/>	zrakový / sluchový problém	1 bod
<input type="checkbox"/>	Užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepressiva, antihypertensiva, laxantia)	1 bod
Vyšetření		
<input type="checkbox"/>	Soběstačnost	
	- úplná	0 bodů
	- částečná	2 body
	- nesoběstačnost	3 body
<input type="checkbox"/>	Schopnost spolupráce	
	- spolupracující	0 bodů
	- částečně spolupracující	1 bod
	- nespolupracující	2 body
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)		
<input type="checkbox"/>	Míváte někdy závratě?	3 body
<input type="checkbox"/>	Máte v noci nucení na močení?	1 bod
<input type="checkbox"/>	Budíte se v noci a nemůžete usnout?	1 bod
Celkem		
0 - 4 body *	5 – 13 bodů *	14 – 19 bodů *
bez rizika	střední riziko	vysoké riziko
* zaškrtněte možnosti		

Zdroj: KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Gynekologický standard.

Příloha 3 Informované souhlasy

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PODÁNÍM ANESTEZIE

ANESTEZIOLOGICKÉ A RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ
Nemocnice České Budějovice, a.s.
Primář oddělení MUDr. Bohuslav KUBA MBA

Vážená paní, vážený pane !

V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí při znecitlivění, které zajišťuje odborný lékař-anesteziolog. Podle stavu a druhu operace se může provést zákrok buď v celkové anestézii nebo v místním znecitlivění.

Celková anestézie (narkóza) znamená, že operace je prováděna v řízeném bezvědomí. Místní znecitlivění znamená, že operovaná oblast je nebolestivá a pacient je při vědomí a nebo bude-li si to přát, pouze v lehkém spánku. Bezbolestnost při místním znecitlivění je zajištěna podáním léku (místního anestetika) do určitého místa těla. Místo vpichu může být různě vzdáleno od operačního pole.

Před plánovaným výkonem Vás navštíví anesteziolog, který s Vámi podrobně projedná a navrhne nejvhodnější postup anestézie pro Váš výkon. Budete seznámeni s výhodami a nevýhodami navrženého typu anestézie a budete informováni o případných možných komplikacích a jejich četnosti. Rovněž Vám velmi rádi odpovíme a všechny dotazy, týkající se anestézie, operace a pooperačního období.

1. Já souhlasím s poskytnutím anestézie pro plánovaný léčebný/diagnostický výkon.
2. Byl(a) jsem informován(a) lékařem o typu anestézie, která mi bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestézie.
3. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že bez ohledu na použitý typ anestézie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout (např. bolest v krku a chrapt, nevolnost a zvracení, bolesti svalů).
4. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že léky či jiné látky, které užívám, mohou působit komplikace během anestézie a chirurgického výkonu. Jsem se vědom(a), že je v mém zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.
5. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že během anestézie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.
6. souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm, Byl(a) jsem informována a poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).
7. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestézie.
8. jsem si vědom(a), že ARO Nemocnice České Budějovice, a.s. je akreditovaným výukovým zdravotnickým pracovištěm a souhlasím s tím, že kromě ošetřujícího anesteziologa a anesteziologické sestry mohou být přítomny v průběhu podávání anestézie ještě třetí osoby (např. jiní lékaři).

PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem porozuměl(a) jeho obsahu, jsem si vědom(a) všech rizik uvedených v souvislosti s podáváním anestézie a souhlasím s navrženým typem anestézie:

Celková anestézie Spinální anestézie Epidurální anestézie Jiná svodná anestézie
Monitorovaná sedace-analézie

Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Datum:

Podpis:

Já, MUDr.potvrzuji, že pacient nebo jeho zákonný zástupce byl seznámen s navrhovaným typem anestézie a byl informován o možných komplikacích spojených s podáním anestézie.

Datum:

Jméno a podpis lékaře:

Zdroj: KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Gynekologický standard.

Identifikace:
(štítek)

Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče **Přední a zadní poševní plastika**

1) Indikace-důvod k operačnímu výkonu:

-sestup poševních stěn, který je způsoben nedostatečností podpůrného a závěsného aparátu pohlavních orgánů ženy
-ojediněle se provádí izolovaně přední plastika poševní při sestupu přední stěny poševní bez sestupu dělohy, případně spojeném se stresovou močovou inkontinencí - neudržení moči při zvýšení nitrobršního tlaku (např. při kašli)

2) Účel zdravotního výkonu:

Posílení pánevního dna-posílení závěsného a podpůrného aparátu,plastická úprava poševních stěn se snahou o obnovení kontinence (udržení) moči .

3) Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:

- *všeobecné komplikace provázející operační výkony-tvorba krevních sraženin (trombóza), uvolnění této sraženiny a následně uzavření tepny-embolie,krvácení během operace či po operaci,*
- *poranění močového měchýře,močové trubice,poranění střeva*
- *dehiscence-rozestup sutury (jizvy) v oblasti poševních stěn*
- *infekce močových cest,infekce v oblasti operační rány-pochvy*
- *přechodná retence moči- pacientka se nemůže sama vymočít*
- *recidiva (opakování) sestupu poševních stěn*
- *obtíže při pohlavním styku*

4) Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a pracovní neschopnosti

po provedení navrhovaného operačního výkonu:

Pobyt v nemocnici je obvykle 8 dní,po propuštění se doporučuje sexuální abstinence-dodržování tzv.šestinedělí.Pracovní neschopnost Vám ukončí Váš obvodní gynekolog dle Vašeho stavu a provedeného výkonu.

Byla jsem poučena o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče.

Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče

Já, níže podepsaná prohlašuji, že jsem obdržela výše uvedené informace a těmto informacím jsem porozuměla. Lékařem mi bylo vše osobně vysvětleno, měla jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno.

Tomuto poučení a poskytnutým informacím jsem plně porozuměla. **Výslovně souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výše uvedeného výkonu.**

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví.

Dne:.....

Hodina:

Podpis pacienta (zákonného zástupce):.....

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....

Zdroj: KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Gynekologický standard.

Identifikace:
(štítek)

Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče LAVH + AE pro myomatosu

Vzhledem k povaze Vašeho onemocnění Vám bylo navrženo provedení chirurgického zákroku, který se nazývá laparoskopie. Tato operace je prováděna zcela běžně, a to buď z diagnostických a/nebo léčebných důvodů. Diagnosticky může laparoskopie sloužit ke zpřesnění diagnózy Vašeho onemocnění a umožní tak navrhnout další léčebný postup. Při operační laparoskopii pak může být buď odstraněn postižený orgán a/nebo může být proveden zákrok, který by měl Vaše potíže pomoci vyřešit.

1) Povaha onemocnění:

Na základě dostupných vyšetření byla u Vás stanovena diagnóza děložních myomů. Po zhodnocení všech okolností Vám bylo navrženo odstranění dělohy a vaječníků laparoskopickou cestou – laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií (LAVH) s oboustrannou adnexektomií.

2) Předpokládaný vývoj onemocnění:

Zvětšování myomů může způsobit nepravidelné a silné krvácení, bolesti, potíže v sexuální oblasti, potíže s močením a se stolicí. Maligní zvrát bývá popisován do 1%.

3) Plánovaný postup při léčbě:

Při splnění určitých podmínek, především vhodná velikost a pohyblivost dělohy (nesmí být příliš velká, aby šel výkon technicky provést), je indikována laparoskopická operace. Při té je odstraněna děloha, vaječnky a vejcovody. V případě prudkého krvácení či jiných důvodů, znemožňující dokončení operace laparoskopickou cestou (nadměrná velikost dělohy, srůsty v dutině břišní, technické možnosti laparoskopie), je proveden řez na břiše v příčném nebo svislém směru (podle situace a uvážení operátora) a tímto operačním přístupem je operace dokončena.

4) Účel zdravotního výkonu a jeho průběh:

Účelem operace je vyřešení vzniklé situace. Operace se provádí v celkové anestezii (uspání pacienta). Po uspání je pacientka vycévkována, aby byl prázdný močový měchýř. Do hrdla děložního je zaveden aparát, který umožňuje během operace manipulovat s dělohou. Pak je 1,5cm širokým řezem pod pupkem zavedena jehla, tou je do dutiny břišní nafouknut plyn (oxid uhličitý), poté je týmž řezem zaveden zavaděč a optická souprava, která umožní prohlédnout dutinu břišní. Při operaci je pacientka skloněna o několik stupňů hlavou dolů. Tím se střešní klíčky odsunou z pánve, čímž se zlepši přehlednost vnitřních pohlavních orgánů u pacientky. Pod přímou optickou kontrolou (obraz z dutiny břišní je pomocí kamery přenášen na monitor) jsou pak obvykle zavedeny dva pomocné 5-10mm široké vpichy v podbříšku vpravo a vlevo, ale podle situace jich může být i více, někdy i jinak umístěných. Po zhodnocení situace jsou těmito pomocnými vpichy zavedeny pracovní nástroje, kterými je pak proveden vlastní operační výkon. Po uvolnění vaječníků, vejcovodů a částečně i dělohy pokračuje operace z poševního (vaginálního přístupu), kdy je dokončeno uvolnění dělohy a ta je pochvou i s adnexy vybavena. Poševní pahýl je pak zašit vstřebatelnými stehy. Následuje opláchnutí orgánů dutiny břišní speciálním roztokem, kontrola orgánů dutiny břišní, především slepého střeva, jater a pobříšnice. Vyžaduje-li to situace, je z dutiny břišní vyveden jedním z vpichů nebo poševní cestou drain (gumová

hadička), který po operaci odvádí sekret z dutiny břišní. Také z močového měchýře je vyvedena cévka. Poté je z dutiny vypuštěn plyn, zavaděče jsou vyjmuty a kůže je šita. Odebraná tkáň je odesílána na histologické vyšetření. Pacientka je po operaci převezena na jednotku intenzivní péče nebo pooperační dšpávací pokoj. Bolest je tlumena léky proti bolesti.

- 5) Předpokládaný prospěch léčby a jeho význam pro zdravotní stav pacienta:
Konečné vyřešení vzniklé situace.
- 6) Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:
*Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou velmi řídké. Mezi ně patří tvorba krevních sraženin (trombóza), uzavření tepny – nejčastěji plicní krevní sraženinou (embolie), krvácení během operace nebo po operaci, infekce (zánět).
Při operaci může dojít k laparoskopicky nestavitelnému krvácení, poranění velkých cév, poranění střeva a nebo k poranění močového měchýře. Všechny tyto komplikace vyžadují změnu operačního přístupu a provedení řezu na břiše, aby mohly být náležitě ošetřeny a řešeny.
Po operaci se vzácně může objevit krvácení do dutiny břišní, zánět nebo neprůchodnost střevní. Řešení by vyžadovalo provedení druhé operace, přístup by byl opět řezem na břiše (laparotomií).
Po operaci mohou relativně vzácně vznikat srůsty, které mohou teoreticky zapříčinit neprůchodnost střevní, který by vyžadovala operační léčbu.
Kromě bolesti v oblasti vpichů se někdy může objevit i bolest v oblasti ramen a podžebří, která je způsobena plynem použitým během operace a polohou ženy při operaci.
Komplikací může být také špatné hojení jizev a nedobrý kosmetický efekt.
Mohou se objevit i potíže spojené se sexuální a psychickou oblastí, známky přechodu, potíže s močením a se stolicí, chronické bolesti břicha.*
- 7) Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a pracovní neschopnosti po provedení navrhovaného výkonu:
Po nekomplikované laparoskopické operaci je propuštění do domácího ošetřování možné obvykle sedmý až osmý pooperační den. Pracovní neschopnost je vysoce individuální, záleží zda byla operace dokončena laparoskopicky či laparotomicky. Po laparoskopii s nekomplikovaným průběhem pooperačního období se její trvání může pohybovat okolo 6 týdnů. Pohlavní styk se nedoporučuje po dobu šesti týdnů. Po odstranění vaječnicků se mohou objevit známky nedostatku ženských pohlavních hormonů (známky přechodu), které lze však řešit jejich podáváním (HRT), někdy po dobu několika let.
- 8) Údaje o léčebném režimu a vhodných preventivních opatřeních, o preventivních kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonech:
U obvodního gynekologa je vhodné se hlásit do 3 dnů, přičemž stehy se odstraňují 7. pooperační den. Další ambulantní péče se pak řídí jeho rozhodnutím.
- 9) Alternativy plánovaného postupu při léčbě, jejich výhody a nevýhody:
*Operaci je sice možné odmítnout a zvolit vyčkávací postup. Zvětšování myomů může způsobit nepravidelné a silné krvácení, bolesti, potíže v sexuální oblasti, potíže s močením a se stolicí. Maligní zvrat bývá popisován do 1%.
Odkládáním výkonu navíc může být promeškána šance na možnost laparoskopického řešení, které je šetrnější.
Další možností řešení děložních myomů je jejich enukleace (odstraní se pouze myom, děloha zůstává) a to podle typu a uložení myomu, buďto laparoskopicky nebo laparotomicky. V léčbě myomů lze v některých přesně vymezených případech použít hormonální léčbu, myolýzu (operace, kdy je různými metodami destruován myom) a nebo jsou operačně nebo pod kontrolou rentgenu přerušeny nebo uzavřeny děložní cévy, což také může vést ke zmenšování myomu. U těchto metod však myom zůstává na děloze, jejich efekt může být jen částečný, hodí se spíše pro ženy, které ještě plánují těhotenství a chybí histologické vyšetření, které by vyloučilo, že se skutečně nejedná o zhoubnou, i když relativně vzácnou, variantu.*

Byla jsem poučena o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče.

Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče

Já, níže podepsaná prohlašuji, že jsem obdržela výše uvedené informace a těmto informacím jsem porozuměla. Lékařem mi bylo vše osobně vysvětleno, měla jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno.

Tomuto poučení a poskytnutým informacím jsem plně porozuměla. **Výslovně souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výše uvedeného výkonu.**

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví.

Dne:.....

Hodina:

Podpis pacienta (zákonného zástupce):.....

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....

Zdroj: KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Gynekologický standard.

Příloha 4 Diagnostické domény NANDA taxonomie II

Diagnostická doména	Třída	Ošetrovatelská diagnóza	Číselný kód
1. PODPORA ZDRAVÍ	1. povědomí zdraví		
	2. management zdraví	efektivní léčebný režim	00082
		neefektivní léčebný režim	00078
		neefektivní léčebný režim rodiny	00080
		neefektivní léčebný režim komunity	00081
		hledání zdravého životního stylu (specifikace)	00084
		neefektivní podpora zdraví	00099
		porušené udržování domácnosti	00098
		ochota k uspořádání/nápravě léčebného režimu	00162
		ochota k uspořádání/nápravě vyživování	00163
2. VÝŽIVA	1. přijímání potravy	neefektivní krmení kojence	00107
		porušené polykání	00103
		nadměrná výživa	00002
		nedostatečná výživa	00001
		riziko nadměrné výživy	00003
	2. trávení		
	3. vstřebávání		
	4. metabolismus		
	5. hydratace	deficit tělesných tekutin	00027
		riziko deficitu tělesných tekutin	00028
	zvýšený objem tělesných tekutin	00026	
	riziko nevyváženého objemu tekutin	00025	
	ochota k uspořádání/nápravě rovnováhy tekutin	00160	
3. VYLUČOVÁNÍ	1. močový systém	porušené vylučování moči	00016
		retence moči	00023
		úplná inkontinence moči	00021
		funkční inkontinence moči	00020
		stresová inkontinence moči	00017
		urgentní inkontinence moči	00019
		reflexní inkontinence moči	00018
		riziko urgentní inkontinence moči	00022
		ochota k uspořádání/nápravě vyprazdňování moči	00166
	2. gastrointestinální systém	inkontinence stolice	00014
		průjem	00013
		zácpa	00011
		riziko zácpy	00015
		habituální zácpa při užívání laxantiv	00012
3. kožní systém			

	4. pulmonární systém	porušená výměna plynů	00030
4. AKTIVITA –	1. spánek -	porušený spánek	00095
		spánková deprivace	00096
		ochota k uspořádání/nápravě	00165
	2. aktivita - pohyb	riziko imobilizačního syndromu	00040

		zhoršená pohyblivost	00085
		zhoršená pohyblivost na lůžku	00091
		omezené manuální ovládání pojízdného vozíku	00089
		zhoršená schopnost se přemístit	00090
		porušená chůze	00088
		nedostatek zájmových aktivit	00097
		potulka	00154
		deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku	00109
		deficit sebepěče při koupání a hygieně	00108
		deficit sebepěče při jídle	00102
		deficit sebepěče při vyprazdňování	00110
		opožděné pooperační zotavení	00100
	3. energetická rovnováha	porušené energetické pole	00050
		únava	00093
	4. kardiovaskulární- pulmonární odezva	snížený srdeční výdej	00029
		oslabená spontánní ventilace	00033
		neefektivní dýchání	00032
		intolerance aktivity 1. až 4. stupně	00092
		riziko intolerance aktivity	00094
		dysfunkční odpojování umělé ventilace	00034
		neefektivní tkáňová perfuze (specifikovat: renální, cerebrální, kardiopulmonální, gastrointestinální, periferní)	00024
5. VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ	1. pozornost	opomíjení jedné strany těla	00123
	2. orientace	porušená interpretace okolí	00127
	3. čítí - vnímání	porucha smyslového vnímání (specifikovat: zrakové, sluchové, kinetické, chuťové, hmatové, čichové)	00122
	4. poznávání	deficitní vědomosti (specifikovat)	00126
		akutní zmatenost	00128
		chronická zmatenost	00129
		poškozená paměť	00131
		porušené myšlenkové procesy	00130
		ochota k uspořádání/nápravě deficitních vědomostí (specifikovat)	00161

	5. komunikace	zhoršená verbální komunikace	00051
--	----------------------	------------------------------	-------

		ochota k upořádání/nápravě komunikace	00157
6. VNÍMÁNÍ SEBE SAMA	1. sebezpečí	porušená osobní identita	00121
		bezmocnost	00125
		riziko bezmocnosti	00152
		beznaděj	00124
		riziko osamělosti	00054
		ochota k upořádání/nápravě sebezpečí	00167
	2. sebeúcta	chronicky nízká sebeúcta	00119
		situačně snížená sebeúcta	00120
		riziko situačně snížené sebeúcty	00153

	3. obraz těla	porušený tělesný obraz	00118
7. VZTAHY	1. role pečovatele	přetížení pečovatele	00061
		riziko přetížení pečovatele	00062
		zhoršená rodičovská role	00056
		riziko poškození rodičovské role	00057
		ochota k upořádání/nápravě rodičovské role	00164
	2. rodinné vztahy	přerušovaný chod rodiny	00060
		dysfunkční chod rodiny: alkoholismus	00063
		riziko oslabení rodičovské vazby ke kojenci/dítěti	00058
		ochota k upořádání/nápravě rodinných procesů	00159
	3. vykonávání rolí	efektivní kojení	00106
		neefektivní kojení	00104
		přerušované kojení	00105
		neefektivní vykonávání role	00055
		konflikt rodičovské role	00064
		poškozená sociální interakce	00052
8. SEXUALITA	1. sexuální identita	sexuální dysfunkce	00059
		neefektivní sexuální vzorce	00065
	2. sexuální funkce		
	3. reprodukce		
9. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU	1. posttraumatická odezva	stresový syndrom z přemístění/přesídlení	00114
		riziko stresového syndromu z přemístění	00149
		traumatický syndrom po znásilnění	00142
		traumatický syndrom po znásilnění: tichá reakce	00144
		traumatický syndrom po znásilnění: smíšená reakce	00143

		posttraumatický syndrom	00141
		riziko posttraumatického syndromu	00145

	2. odezva na zvládání zátěže	strach	00148
		úzkost	00146
		úzkost ze smrti	00147
		chronický zármutek	00137
		neefektivní popření	00072
		anticipační (předjímající) smutek	00136
		dysfunkční smutek	00135
		oslabená schopnost se přizpůsobit	00070
		neefektivní zvládání zátěže	00069
		poškozující zvládání zátěže rodinou	00073
		nedostatečné zvládání zátěže rodinou	00074
		defenzivní zvládání zátěže	00071
		neefektivní zvládání zátěže komunitou	00077
		ochota ke zvládání zátěže rodinou	00075

		ochota ke zvládání zátěže komunitou	00076
		ochota k upořádání/nápravě zvládání zátěže	00158
		autonomní dysreflexie	00009
		riziko autonomní dysreflexie	00010
		narušené chování kojence	00116
		riziko narušení chování kojence	00115
		ochota k uspořádání chování kojence	00117
		snížená intrakraniální adaptivní kapacita	00049
	3. neurobehaviorální stres		
10. ŽIVOTNÍ PRINCIPY	1. hodnoty		
	2. víra	pohotovost/ochota k duchovní pohodě	00068
	3. soulad hodnot, víry a činů	duchovní nouze	00066
		riziko duchovní nouze	00067
		rozpor v rozhodování (specifikovat)	00083
		nedodržení (specifikace čeho)	00079
11. BEZPEČNOST – OCHRANA	1. infekce	riziko infekce	00004
	2. tělesné poranění	poškozená sliznice dutiny ústní	00045
		riziko poškození	00035
		riziko perioperativního zranění	00087
		riziko pádu	00155
		riziko traumatu	00038
		poškozená kožní integrita	00046
		riziko poškození kožní integrity	00047

		poškozená tkáňová integrita	00044
		poškozená dentice	00048
		riziko dušení	00036
		riziko aspirace	00039
		neefektivní průchodnost dýchacích cest	00031
		riziko periferní neurovaskulární dysfunkce	00086
		neefektivní odolnost	00043
		riziko syndromu náhlého úmrtí kojence	00156
	3. násilí	riziko sebepoškození	00139
		sebepoškození	00151
		riziko násilí k jiným osobám	00138
		riziko násilí k sobě	00140
		riziko sebevraždy	00150
	4. rizika životního prostředí	riziko intoxikace	00037
	5. defenzivní procesy	latex alergie	00041
		riziko latex alergie	00042
	6. termoregulace	riziko nevyvážené tělesné teploty	00005
		neefektivní termoregulace	00008
		hypotermie	00006
		hypertermie	00007
12. KOMFORT	1. tělesný komfort	akutní bolest	00132
		chronická bolest	00133
		nausea	00134
	2. komfort související s prostředím		
	3. sociální komfort	sociální izolace	00053
13. RŮST/VÝVOJ	1. růst	riziko nesouměrného růstu	00113
		neprospívání dospělé osoby	00101
	2. vývoj	opožděný růst a vývoj	00111
		riziko opožděného vývoje	00112

Zdroj: . MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vydání.

Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3.

