

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BOLEST U ŽEN PO GYNEKOLOGICKÝCH OPERACÍCH
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Hufeislová Jolana, DiS.

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: PhDr. Filausová Drahomíra

Datum odevzdání práce: 4. května 2012

Abstrakt v českém jazyce

Vnímání bolesti a reakce na ni jsou výsledkem složitých interakcí mnoha faktorů, a proto porodní asistentky pečující o klientky trpící bolestmi si musí uvědomit, že přicházejí do styku se širokou škálou biologických odlišností, a že bolest a poranění nemusí vždy souviset. Úkolem zdravotnického týmu je bojovat proti strachu z operace zejména tím, že je ženě v souvislosti s operačním zákrokem vše srozumitelně vysvětleno. Lékař objasňuje lékařský výkon a zdravotní stav a úkolem porodní asistentky je seznámit klientku s ošetrovatelskými intervencemi v před a pooperačním období.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou klientky informovány o možnostech tišení bolesti po hysterektomii. Výsledky ukázaly, že klientky jsou informovány o možnostech farmakologické, nefarmakologické i alternativní léčby pooperační bolesti. Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit spokojenost žen s přístupem sester k problematice pooperační bolesti. Šetření ukázalo, že jsou klientky spokojené s postupy porodních asistentek při mírnění pooperační bolesti. Stanovené hypotézy zněly takto:

H1 - Klientky jsou informovány o možnostech tišení bolesti po hysterektomii. Hypotéza byla potvrzena.

H2 - Klientky jsou spokojeny s přístupem sester k problematice pooperační bolesti. Hypotéza byla potvrzena.

Výzkumná část byla provedena formou dotazníků. Sběr dat probíhal v období leden až březen 2012. Byly osloveny klientky indikované ke gynekologické operaci typu hysterektomie. Klientky byly hospitalizovány na Gynekologickém pooperačním oddělení a oddělení konzervativní gynekologie Fakultní nemocnice Plzeň. Výzkumný soubor tvořilo 110 respondentek.

Výsledky práce budou zpracovány do informačního letáku, který bude k dispozici klientkám nejen na gynekologickém pooperačním oddělení, ale již na ambulancích, aby se s ním mohly klientky seznámit již před plánovanou operací. Výsledky práce mohou být dále použity pro zkvalitnění tišení pooperační bolesti v rámci ošetrovatelského procesu.

Abstrakt v anglickém jazyce

Pain perception and reaction to pain are results of complex interaction of many factors, therefore midwives taking care of clients suffering from pains have to realize that they face a wide range of biological differences and that pain and injury need not always be related. Medical team's task is to fight against the fear of operation, especially by explaining clearly all that is related to the surgical operation. Doctors explain the medical procedures and the state of health and midwives' task is to inform the client about the treatment before and after the operation.

The first aim of this bachelor's thesis was to determine whether clients are informed about possibilities of painkilling after hysterectomy. The results show that clients are informed about possibilities of pharmacological, non-pharmacological and alternative treatment of post-operation pain. This bachelor's thesis also aimed to study the level of clients' contentment with attitude of the nurses to problems with post-operation pain. The survey showed that clients are content with midwives' procedures when soothing post-operation pain.

Assigned hypotheses were thus: H1 – clients are informed about possibilities of painkilling after hysterectomy. The hypothesis was confirmed. H2 – clients are satisfied with nurses' attitude to the problem of post-operation pain. The hypothesis was confirmed.

The survey part of the thesis was carried out in form of questionnaires. The collection of data was performed from January to March 2012. The author of the thesis approached clients indicated for a hysterectomy type of gynaecological operation. The clients were hospitalized at the Gynaecological post-operation ward and the Ward of conservative gynaecology at the University Hospital in Pilsen. The survey group was formed by 110 respondents.

The results of the survey will be compiled into an information leaflet that will be available to clients not only at the gynaecological post-operation ward but also at the consulting rooms, so the clients are informed well ahead of the planned surgery. The results of the thesis can also be used in order to improve the quality of post-operation pain soothing process within the framework of the nursing process.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 školitele 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 (datum)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji své vedoucí bakalářské práce PhDr. Drahomíře Filausové za ochotu, poskytnutí informací a cenné rady, které mi pomohly při zpracování mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	3
1 SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Bolest	5
1.2 Patogeneze bolesti	6
1.3 Klasifikace bolesti podle příčiny	7
1.3.1 Klasifikace bolesti podle délky trvání	8
1.3.2 Psychologie bolesti	9
1.3.3 Tolerance bolesti	9
1.4 Hodnocení intenzity bolesti	10
1.5 Farmakologická léčba bolesti	13
1.5.1 Neopioidní analgetika	14
1.5.2 Opioidní analgetika.....	15
1.5.3 Adjuvantní analgetika	16
1.6 Nefarmakologická léčba bolesti.....	17
1.6.1 Fyzikální terapie	17
1.6.2 Psychoterapie	18
1.6.3 Alternativní metody.....	19
1.6.4 Invazivní metody.....	21
1.7 Operační léčba v gynekologii.....	23
1.7.1 Laparoskopické operace.....	24
1.7.2 Laparotomické operace.....	26
1.7.3 Vaginální operace.....	27
1.8 Role porodní asistentky v ošetrovatelské péči o ženy po operaci	29
1.8.1 Sledování fyziologických funkcí.....	30
1.8.2 Sledování krvácení	30
1.8.3 Bolest a porucha spánku	31
1.8.4 Nauzea a zvracení.....	31
1.8.5 Vyprazdňování moči.....	32

1.8.6	Odchod stolice a plynů	33
1.8.7	Vodní a elektrolytové hospodářství.....	34
1.8.8	Prevence tromboembolické nemoci.....	34
1.8.9	Prevence proleženin.....	35
1.8.10	Celková hygienická péče	36
1.8.11	Péče o operační ránu.....	36
1.8.12	Péče o psychickou stránku ženy.....	37
1.8.13	Edukace klientky	37
1.8.14	Informace o následné léčbě.....	38
1.9	Pooperační komplikace spojené s bolestí	38
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	41
2.1	Cíl práce	41
2.2	Hypotézy	41
3	METODIKA	42
3.1	Použitá metoda	42
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	42
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU	44
5	DISKUSE	65
6	ZÁVĚR.....	65
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	1
8	KLÍČOVÁ SLOVA	4
9	PŘÍLOHY	5

ÚVOD

„Bolest je složitý jev, signalizující tkáňové poškození, je to integrovaná obranná reakce a soukromá zkušenost s utrpením (27, s. 171)“.

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma, se kterým se setkávám každodenně při vykonávání své práce. Pracuji na pooperačním gynekologickém oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni. Bolest bývá hlavním problémem většiny klientek po gynekologické operaci a pro porodní asistentky pooperačního oddělení je jedním z hlavních cílů v péči o klientku rozvoj metod léčby pooperační bolesti.

Zvolila jsem si toto téma, abych zjistila, zda je o klientky dostatečně pečováno v problematice bolesti. Je důležité se touto problematikou zabývat, jelikož každá klientka má jiný práh bolestivosti, každá klientka vnímá bolestivé období po operaci jinak a každá vyžaduje jiný druh analgezie.

S moderním přístupem k bolesti přichází i moderní postupy, jak bolesti předcházet. Podávání analgezie pro porodní asistentku začíná již aplikací analgetik 20 - 30 minut před operačním výkonem v rámci premedikace, díky nim snížíme práh vnímání bolesti a dojde k celkovému zklidnění klientky. Během operace je zajištěno tlumení bolesti podáním celkové nebo svodné anestezie. Léčba pooperační bolesti pro porodní asistentku začíná v momentě, kdy se klientka pomalu probouzí po operaci.

Možností léčby a ovlivnění bolesti je mnoho, záleží na spolupráci zdravotnického týmu a klientky v rámci ošetřovatelského procesu. Dostatečná a včasná edukace klientek porodní asistentkou o tišení bolesti může zabránit vzniku možných komplikací a nežádoucích projevů a účinků na klientku.

Nedostatečná analgezie po operaci může způsobit negativní přístup k léčení až vystupňovat stresovou reakci organismu, negativně ovlivňuje život klientky i všech jejích blízkých, ničí partnerské vztahy a omezuje životní aktivity.

Při správné volbě léků, léčebného postupu a při dobré spolupráci ze strany klientky lze bolest udržet pod kontrolou až v 95 % případů. Z pohledu zdravotnického personálu je nejlepším řešením pooperační bolest co nejvíce zmírnit, nejlépe zcela utiшит (2, 6, 8,11, 15).

1 SOUČASNÝ STAV

Bolest je takový stav těla nebo duše, kdy nás něco subjektivně bolí, něco pociťujeme jako nepříjemné. Bolest se dá většinou odstranit, když aplikujeme správný lék ve správné dávce na správné místo. Za určitých okolností může být bolest i utrpením pro klientku, zvláště pokud jde o bolest dlouhodobou nebo nádorovou. Zjednodušeně řečeno je bolest normální reakce organismu na škodlivý podnět, ale také varovným i prospěšným signálem, důležitým k obraně organismu proti všem nepříznivým vlivům. Dnes již víme, že bolest není jenom signál, že se děje něco špatného, ale že bolest je sama o sobě nemoc.

Pokusy o kontrolu bolesti jsou staré jako medicína sama a možná ještě starší. Ve všech kulturních obdobích lidské společnosti můžeme pozorovat stále složitější pokusy o dosažení úlevy od bolesti. Již primitivní kultury využívaly jednoduchých, ale účinných způsobů tlumení bolesti. V průběhu staletí se řada lékařů a badatelů snažila pochopit principy vzniku a vedení bolesti studiem anatomie a fyziologie. Tito vědci učinili závěry, které k léčbě bolesti využíváme dodnes. Dvacáté století svými objevy a lékařským vývojem vede k rozvoji oboru zabývajícího se studiem a léčbou bolesti - dnešní algeziologie. V moderní medicíně byla nalezena řada odpovědí na mnoho závažných otázek, včetně problematiky bolesti. Je však smutným dodatkem, že stále platí slova zakladatele algeziologie J. J. Bonicy: „*Je zarmucující skutečností, že v našem století fantastického vědeckého a technického pokroku nadále trpí miliony lidí tvrdší bolestí, která způsobuje těžké poruchy tělesné, duševní i sociální* (8, s. 74)".

V současnosti léčba bolesti zahrnuje vedle moderní farmakoterapie i psychoterapii, rehabilitaci, radioterapii a další možnosti včetně alternativních metod léčby bolesti. Ke zvládnutí bolesti je možno navštívit i různá specializovaná pracoviště (Ambulance pro léčbu bolesti) nebo různé internetové stránky, kde fungují Linky pro léčbu bolesti s odkazy na lékaře zabývající se touto problematikou.

Bolest je komplexní biologický a psychologický zážitek se sociální souvislostí. Z psychologického hlediska je podstatné, jaký význam klientka bolesti přikládá. Při posuzování bolesti je důležité, že neexistuje bolest jako taková, ale vždy jde o prožitek

konkrétní klientky. U klientek, které trpí bolestí, je nutné brát v úvahu všechny komponenty bolesti, nocicepci, vnímání, utrpení a chování (8, 11, 26, 28).

1.1 Bolest

„Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí (28, s. 171)“.

Bolest je nejkompexnější lidskou zkušeností, neboť její prožívání je spojeno s poznatky tělesnými, emočními i sociálními.

Vnímání bolesti a reakce na ni jsou výsledkem složitých interakcí mnoha faktorů, a proto je velmi obtížné bolest definovat. Bolest ztrácí význam všude tam, kde překročila snesitelnou míru.

Porodní asistentky pečující o klientky trpící bolestmi si musí uvědomit, že přicházejí do styku se širokou škálou biologických odlišností, a to i v chování, které nelze vždy jednoznačně vysvětlit, a že bolest a poranění nemusí vždy spolu souviset.

Do pocitů klientek se nedokážeme vcítit, přesto slyšíme připomínky zdravotníků, z nichž lze soudit, že klientkám nevěří. Porodní asistentky musí respektovat, že každá klientka je jiná a vnímá bolest jiným způsobem. Neznamena to, že porodní asistentky mají být odborníky pro léčbu bolesti, ale musí si uvědomovat, že účinně zmírnit bolest mohou jen za předpokladu, že léčba se zaměří na zvládnání všech zúčastněných faktorů (24).

„Bolest je nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání nebo je popisována ve smyslu takového poškození. ...Bolest je vždy subjektivní ... (20, s.21)“.

Z této definice vyplývá, že se jedná o vjem, podobný třeba vjemu sluchovému, zrakovému nebo dotykovému. Mnoho lidí, a to i zdravotníků se však dodnes domnívá, že bolest má jednu jednoduchou dráhu = od poškozené oblasti do mozku. Tak popsal a nakreslil vedení bolesti francouzský filozof Descartes v 17. století.

Bolest skutečně nejčastěji vzniká v souvislosti s akutním tkáňovým poškozením, ale jako zkušenost je doprovázena množstvím vědomých vzpomínek i nevědomých paměťových záznamů z minulosti, které jí spolu s pamětí citovou a pocitovou dávají

určitý význam. V souvislosti s těmito pocity se vynořují emoční zážitky, jako je úzkost, strach, tíseň, deprese, pocit beznaděje, zklamání, bezmoc, vztek, ale také odhodlání, naděje, víra a další jednoduché i méně přehledné emoce. Ty jsou u každého z nás odlišné a specifické. A to je jedním z hlavních důvodů, proč každý z nás vnímá stejný bolestivý podnět a reaguje na něj jinak. Zdrojem bolesti se může stát skutečné tkáňové poškození, porucha na drahách a strukturách vedení. Bolest však mohou vyvolat i psychologické, emoční a sociální podněty. Nejčastěji se však jedná o kombinaci několika či všech uvedených vlivů (8, 11, 15).

1.2 Patogeneze bolesti

Na vzniku bolesti se může podílet celá řada rozličných faktorů. Ze zevních příčin je třeba zmínit faktory fyzikální, chemické a biologické.

Bolestivý signál generovaný na periférii může být přenášen pomocí dvou typů nervových vláken – slabě myelizovaných vláken typu A delta z kůže a sliznic a nemyelizovaných vláken typu C (difúzní, orgánová, protopatická).

V období mezi vznikem bolestivého stimulu na nervových zakončeních přítomných na periférii (nociceptorech) a momentem uvědomění si tohoto podnětu v mozkové kůře, je signál nesoucí informaci o takovém stimulu vystaven celé škále faktorů, které jej mohou významně ovlivňovat, a sice ve smyslu pozitivním (potenciace) nebo naopak negativním (inhibice).

Nocicepce znamená vjem bolesti, výsledek stimulace nociceptorů – speciálních receptorů, které jsou citlivé na poranění a jsou umístěny v kůži nebo ve stěnách vnitřních orgánů. Nociceptory využívají nervových impulzů k vyslání zprávy k jiným nervům, které zprávu o bolesti přepraví dále do míchy a do mozku. Nejvíce nociceptorů je v prstech, zubech, rohovce, chybí ve chrupavce, mozku, gonádách a parenchymu. Receptory stimuluje: K⁺ z poškozených buněk, snížené pH (acidóza), histamin, serotonin, kininy, prostaglandiny, leukotrieny.

Vzruch je veden do zadních kořenů míšních, kde se kříží a stoupá až do thalamu nebo retikulární formace. Tento proces aktivuje mimovolní (autonomní a reflexní)

reakce, kterými jsou zvýšený krevní tlak, zrychlený pulz, zrychlené dýchání nebo zadržování dechu, flexe svalů postižené části těla (2, 6, 11, 26).

Bolest může provázet celou řadu více či méně závažných onemocnění, od čehož se odvíjí i její prevalence.

Akutní pooperační bolest je v mnoha nemocnicích nedostatečně léčena. Ukázalo se, že asi tři čtvrtiny klientů, kteří prodělali abdominální nebo chirurgický zákrok, mělo střední nebo těžkou pooperační bolest.

Epidemiologické metody jsou při studiu bolesti velmi důležité. Nemohou sice postihnout všechny příčiny a podmínky vzniku bolesti, ale odhalují některé rizikové faktory fyzikální, psychologické a sociální povahy, které se mohou na jejím vzniku a vývoji podílet (20, 26).

1.3 Klasifikace bolesti podle příčiny

Nociceptivní bolest je bolest vnímaná na periférii těla, vzniká na nocisenzorech a je dobře léčitelná, protože známe její příčinu. Dělíme ji na periferní, tj. muskuloskeletální a kožní a na bolest viscerální. Podle příčiny ji můžeme dále členit na bolest traumatickou, zánětlivou a ischemickou. Každý ze zmíněných typů bolesti je charakteristický svými specifiky, zejména v rozličně nastavených poměrech na nervových synapsích. Tento stav tak poskytuje možnost přistupovat k léčbě bolesti s možností přesného cíleného zásahu do neurochemických procesů a tím zajistit efektivní léčbu provázenou minimem nežádoucích reakcí.

Neuropatická bolest je bolest vycházející z poškozené nervové tkáně, dělí se na bolest centrální (thalamickou bolest), periferní a dysautonomní (dysfunkce vegetativního nervového systému). Periferní neuropatická bolest je vnímána v průběhu periferních nervů, nevzniká na nocisenzorech a je způsobována dysfunkcí nebo lézí nervového systému.

Psychogenní bolest je vnímána pouze centrálně, na úrovni limbického systému, který je určen pro percepci a řízení našich emocí, a v mozkové kůře, kde může vzniknout i centrální neuropatická bolest – bolest neurogenní (6, 20, 26).

1.3.1 Klasifikace bolesti podle délky trvání

Základní a nejjednodušší rozdělení bolesti je podle délky trvání na akutní a chronickou. Každá má svá specifika a je nutné je rozlišovat, protože podle toho volíme odlišné postupy při léčbě.

Akutní bolest přichází náhle a trvá několik dní až několik týdnů, maximálně 3 měsíce. Způsobí obranný reflex a může spustit mimovolní tělesné reakce, jako pocení, zrychlený pulz a dýchání, zvýšený krevní tlak. Akutní bolest může být stálá (při popáleninách), intermitentní (při namožení svalu, bolí při aktivitě), oboje dohromady (incize na břišní stěně je bolest malá v klidu a vysoká při pohybu nebo kašláni). Příčina akutní bolesti je spíše periferní a může být diagnostikována a léčena. Bolest vymizí, jestliže je vyléčena její příčina nebo jsou-li podána analgetika. Při akutní bolesti se mohou objevit určité mimovolní (autonomní) reflexy. Akutní bolest způsobí, že sympatická část autonomního nervového systému začne uvolňovat epinefrin a další katecholaminy.

Pooperační bolest řadíme mezi bolestivé stavy a syndromy, které vznikají akutně. Pooperační bolest vzniká jako doprovodný efekt při různých chirurgických výkonech jako následek mechanického nebo tepelného poškození tkání (termokoagulace).

Prolongovaná akutní bolest může trvat dny až týdny. Obvykle je důsledkem poranění tkáně nebo zánětu (po operaci) a odchází postupně. V místě poranění dochází k uvolnění nebo syntéze chemických látek, které zvýší senzitivitu okolních tkání. Tato hypersenzitivita se nazývá hyperalgie a je normální. Citlivost a hypersenzitivita tkáně vlastně pomáhá chránit místo zranění a předejít dalšímu poškození.

Bolest je považována za chronickou, jestliže přetrvává 3 - 6 měsíců, lokalizace je často difúzní, příčina je spíše centrální a progresivně se zhoršuje.

Léčba se musí zaměřovat na dlouhodobý prospěch klientky, nikoliv pouze na současnou bolest. Farmakoterapie a operační léčba, které přinášejí pouze částečnou a dočasnou úlevu, by měly být individuální. U klientek s chronickou nenádorovou bolestí je důležité kombinovat několik léčebných metod, samotná farmakoterapie odstraní chronickou nenádorovou bolest pouze výjimečně.

Nádorová bolest je komplexní problém. Může být výsledkem vlastní nemoci nebo může být způsobena léčbou. Ať už je bolest výsledkem nádorového onemocnění nebo její léčby, vždy může způsobit, že klientka začne ztrácet naději, zejména pokud se domnívá, že bolest znamená progresi její nemoci. Potom může trpět pocity bezmoci, úzkosti a depresemi. Asi 70 - 90 % klientů s pokročilým nádorovým onemocněním pociťuje bolesti.

Většina typů nádorové bolesti může být nicméně efektivně zvládnuta a fyzické a mentální utrpení může být odstraněno (11, 12, 20).

1.3.2 Psychologie bolesti

Psychologická rovina bolesti je určena emoční kvalitou, která je jí připisována a směsicí pocitů, které vyvolává. Současně však nelze tyto pocitové aspekty oddělovat od myšlenkové analýzy, která ve vztahu k bolesti proběhne a jejího zařazení do celkového myšlenkového a hodnotového schématu klientky.

Podstatné jsou také strategie, které klientka volí ve vztahu k bolesti a k jejímu zvládnutí. Jde o individuální a často velmi odlišné postupy, které klientka užívá jako obranu proti tíživé situaci. V těchto strategiích zvládnutí bolesti se velmi často odrážejí výchovné vlivy v nejširším slova smyslu.

Důležité je i to, jak se k projevům bolesti staví nejbližší okolí. Přijetí nebo nepřijetí bolestivého chování významně ovlivňuje modulaci osobního prožitku. Velký význam hrají taktéž vzájemné vztahy v rodině. Klidné a nenarušené rodinné zázemí vede k lepšímu zvládnutí bolesti. Kromě rozměru biologického, psychologického a sociálního musíme u člověka počítat s rozměrem duchovním, který má též vliv na prožitek z bolesti a utrpení. Ve vnímání a zvládnutí bolesti hrají velkou roli i předešlé zkušenosti s bolestí a jejího tišení. Negativní zážitky s bolestí si nese klientka sama v sobě a při pocitu bolesti si tyto zážitky aktivně vybaví (8).

1.3.3 Tolerance bolesti

Toleranci je myšleno trvání a intenzita bolesti, kterou klientka snese, než si začne otevřeně stěžovat na bolest. Tolerance má silnou psychologickou komponentu. Určení prahu bolesti a tolerance jsou zásadní pro hodnocení bolesti a pro vytvoření plánu managementu bolesti.

Tolerance bolesti je zcela individuální záležitost, která souvisí s celou řadou vnějších a vnitřních faktorů.

Mezi vnitřní faktory můžeme zařadit práh bolesti. Každý člověk vnímá určitý vjem jako bolest od určitého momentu. Práh bolesti znamená intenzitu podnětů, které jsou třeba, aby člověk cítil bolest.

Rozdíly v toleranci nacházíme v různých časových úsecích. Během dne se často mění tolerance k bolesti, ráno bývá větší a v odpoledních a nočních hodinách klesá. Člověk v těžké životní situaci nebo člověk s nadlimitní životní zátěží vnímá bolest intenzivněji. Nejdůležitější je, jaký význam klientka bolesti přikládá a jak ji hodnotí. Je známo, že se člověk lépe adaptuje na bolest známou než na neznámou. Obecně platí, že bolest nejlépe snáší emočně stabilní lidé a ve vývojovém období střední dospělosti (30 - 50 let).

Etnické a kulturní rozdíly hrají neopominutelnou roli v toleranci bolesti. Každé etnikum má jinou kulturu vnímání a vyjadřování bolesti.

Tolerance k bolesti závisí také na očekávání velikosti nastávající bolesti a na tom, jak se člověk sám posuzuje v souvislosti s individuálním zvládnutím bolesti. Úzkost a strach mají stěžejní roli v prožívání bolesti a toleranci k ní. Aktivizují celou řadu dalších fyziologických i psychologických mechanismů, které vedou ke snižování prahu bolesti, a tím i ke snížení tolerance k bolesti (8, 11).

1.4 Hodnocení intenzity bolesti

Při pocitu bolesti obvykle víme, kde nás to bolí. Lokalizujeme většinou přesně místo nebo oblast zasažení. Když nás něco bolí, jsme většinou schopni říci, jak moc to bolí. Ale když nás něco bolí stále, nemusí být pocíťovaná intenzita stejná. Po podání obkladu nebo analgetika zaznamenáváme zmírnění či odeznění bolesti.

Často jsme také schopni bolest popsat. Vyjádření charakteru a pocitu při bolesti můžeme ve vztahu k citové emocionální stránce bolesti (napětí, tenze, dusivá bolest, bolest vyvolávající u klientky odpor, děsivá bolest, bolest budící hrůzu, krutá smrtící bolest, oslepující a ničící bolest). Charakteristiku bolesti můžeme přiřadit i k určitému smyslu, např. bolest pulzující, šlehající, vystřelující, ostrá, křečovitá, píchavá, řezavá, hlodavá, zžírající, škrťící, svírající, trhající, pálivá, žhavá, mdlá, bezvýrazná, štípaná a jiné.

Bolest je vždy subjektivní a nikdo nám ji nemůže popsat lépe než sama klientka. Bolest sdělujeme neverbálně a verbálně.

Neverbální projevy bolesti patří mezi nejaktuálnější projevy bolesti, klientka jimi reaguje na bolest rychleji než slovy. Patří sem paralingvistické projevy (vzdechy, sykání, pláč, nářkání, vzlykání, akustické nespisovné zvuky), mimické projevy (grimasy, pitvoření obličeje), pohyby končetin (ucuknutí, tření příslušné oblasti rukou, útěk od zdroje bolesti), posturologické nonverbální projevy (ustrnutí v příslušné poloze, střeh a obrana před zdrojem ohrožení), aktivita autonomního nervového systému (zvracení, navalování, zrudnutí kůže v obličeji nebo na těle, těžké oddychování, lapání po dechu, prudké bušení srdce).

Výrazem obličeje sdělujeme i emoce (smutek, strach, překvapení, potěšení). Bolest můžeme odečítat i v očích. Existuje řada různých metod pro zjištění intenzity bolesti. Zjištění toho, jak moc to klientku bolí, patří k nejdůležitějším aspektům diagnostiky bolesti (8, 20, 29).

Analogová metoda měření intenzity bolesti

Důležitým podkladem pro správnou léčbu bolesti je pravidelné hodnocení intenzity bolesti klientkou. Intenzita bolesti je vždy subjektivním hodnocením klientky a někdy bývá lékaři i porodními asistentkami podhodnocena.

Jednou z možností hodnocení intenzity bolesti je nejčastěji používána VAS - Vizualní analogová škála (Příloha 2), kdy klientka zakreslí na ose současnou úroveň bolesti.

Numerická hodnotící škála vyjadřuje stupně intenzity bolesti od 0 do 10, kdy 0 znamená žádná bolest a 10 je největší bolest, jakou si klientka dovede představit. Používá se při zjišťování momentálního stavu klientky, ve sledování změn v pocitech bolesti, například při použití různých forem léčby tisících bolestí.

Je podstatné VAS zaznamenávat spolu s údaji o měření frekvence dechu, tepu a tlaku krve.

V klinické praxi se setkáváme také s teploměry bolesti, které jsou založené na stejném principu jako analogová škála VAS. U dětí či mentálně postižených se používá Vizualní analogová škála pro děti – řada obličejů od úsměvu až po pláč (Příloha 2), znázorňující pocity závislosti na intenzitě bolesti (8, 20, 29).

Verbální a neverbální diagnostika bolesti

Verbální tlumočení intenzity bolesti je nejpřirozenějším způsobem sdělení. Standardizovaná slovní stupnice bolesti postupuje od žádné bolesti až po zcela nesnesitelnou bolest. Jednotlivé stupně bolesti bývají ve formulářích specifikovány pro lepší pochopení (Příloha 3).

Nejjednodušším způsobem sledování průběhu bolesti v čase a jejím trvání je využití metody VAS, kdy při záznamu o intenzitě bolesti navíc udáváme časové údaje. Časový průběh bolesti je zapotřebí sledovat tam, kde v průběhu léčby klientky dochází k radikálnějším událostem. Patří sem použití určitých léků, opiátů, zda tento lék skutečně působil a jak intenzivně zapůsobil (nutnost dávku zvýšit či naopak snížit).

V praxi se ukazuje, že porodní asistentky věří nonverbálním projevům bolesti více než slovům klientek. Jedním z aspektů zvládnutí bolesti je charakter „boje“. Jedná se o boj klientky s celou řadou negativních jevů a emocionálních stavů, které s sebou bolest přináší. Podle způsobu, jak se klientky umí vyrovnat s bolestí, je můžeme rozdělit do několika skupin. Klientky s optimistickým laděním, u nichž dochází k bagatelizování skutečného dosahu, závažnosti a intenzity bolesti. Klientky s pesimistickým laděním, u nichž se nadměrně zvyšují obavy z nebezpečí a očekávají se komplikace, vzniká depresivní ladění, rezignace, přílišné zaobírání se svou bolestí a klientky realistky, které

mají důvěru v úspěšné vyřešení situace a snahu se přizpůsobit stavu v souvislosti s bolestí (8, 29).

1.5 Farmakologická léčba bolesti

Počátkem druhé poloviny 20. století začaly sílit hlasy volající po účinnější pomoci nemocným trpícím bolestí. Nejednalo se jen o bolest u závažných úrazů, operací či zhoubných onemocnění, ale také o dlouhodobé bolesti nejrůznějšího původu.

Americký anesteziolog J. Bonica označil za zarmucující skutečnost, že v období fantastických úspěchů vědy a techniky trpí lidé i nadále bolestí a nedostává se jim očekávané úlevy. V roce 1961 založil ve městě Tacoma ve státě Washington první poradnu pro léčbu bolesti, ve které řešili problémy pacientů s bolestivými stavy společně lékaři několika odborností včetně psychiatra. Jeho příklad interdisciplinární spolupráce a multidisciplinární intervence se stal modelem nového, posléze celosvětově se šířícího přístupu k bolesti.

Na léčbě pooperační bolesti spolupracují algeziologové (lékaři-specialisté zabývající se léčbou bolesti) s anesteziology. Rozvoj léčby pooperační bolesti je jedním z hlavních cílů péče o klientky. Ve světě je standardem, že v nemocnicích existují služby terapie pooperační bolesti – pain services (acute pain service). Zabývají se problematikou bolesti od přijetí klientky přes pooperační techniku až po pooperační průběh. V našem zdravotnictví se zatím systematický přístup k terapii pooperační bolesti vytváří a formuje. Cílem léčby bolesti je ji snížit nebo odstranit s minimálními vedlejšími účinky. K přístupu farmakologické léčby bolesti byly stanoveny obecné zásady (Příloha 4).

Obecně platí, že v prvním pooperačním dni má po chirurgickém výkonu bolest téměř 100 % klientek. Mírnění bolesti je základním etickým požadavkem pro každého lékaře. Pro porodní asistentky je nezbytné, aby se v této oblasti stále více vzdělávaly, správně hodnotily intenzitu bolesti a efektivně reagovaly na bolesti klientek. Léčba bolesti přináší kromě odstranění subjektivního utrpení i pozitivní vliv na léčbu a hojení operační rány.

Všichni zdravotníci, a to nejen specialisté pro léčbu bolesti, by si měl uvědomit, že klientka má základní lidské právo netrpět bolestí a z toho vyplývající právo, aby tato bolest byla včas a odborně léčena - Deklarace IASP (International Association For The Study Of Pain = Mezinárodní asociace na studium bolesti) o právech pacientů na adekvátní léčení bolesti – Den proti bolesti, 2004.

Australští lékaři vytvořili Deklaraci práv pacientů s bolestí, která shrnuje práva pacientů do sedmi zásad (Příloha 5). Doporučení samo o sobě nemůže změnit chování a přístup k problému, navíc nemají žádnou právní relevanci.

Léčba bolesti má i svá rizika, zejména možné vedlejší účinky analgetik. Pro optimální výsledek léčby bolesti je velmi důležitá aktivní spolupráce lékaře, porodní asistentky a klientky, hodnocení analgetického účinku, ale také pečlivé sledování nežádoucích účinků podané medikace.

Klasickým vodítkem pro farmakoterapii bolesti je třístupňový analgetický žebříček Světové zdravotnické organizace (WHO – World Health Organization) pro nádorové bolesti (Příloha 6).

Podle třístupňového žebříčku WHO se u mírných bolestí doporučuje začínat s neopioidními analgetiky (1. krok nebo stupeň). Pokud tato analgetika nestačí nebo je bolest středně silná, mohou se přidat slabá opioidní analgetika (2. krok nebo stupeň). Pokud tato analgetika nestačí nebo je bolest silná, mají se slabé opioidy vyměnit za silné (3. krok nebo stupeň).

Dalším důležitým vodítkem, zejména pro farmakoterapii akutní bolesti, je Oxfordská liga analgetik. Podle Oxfordské ligy analgetik mají u akutní bolesti nejvyšší pravděpodobnost analgetického účinku nejen silné opioidy jako například morfin, ale i nesteroidní antiflogistika/antirevmatika (Ibuprofen, Diclofenac), kombinace paracetamolu s opioidy podané ve vysokých (ale ještě přípustných) dávkách a představitel nekyselých pyrazolonů metamizol (2, 8, 12, 20).

1.5.1 Neopioidní analgetika

Neopioidní analgetika tlumí bolest tím, že snižují tvorbu látek prostaglandinů, které zvyšují vnímání bolesti. Rozdělujeme je na antipyretika a na nesteroidní antiflogistika.

Mezi antipyretika řadíme kyselinu acetylsalicylovou, která se u nás používá nejčastěji ke snížení horečky a při nemocech z nachlazení, v malé dávce k prevenci infarktu myokardu. Analgetické účinky má u dospělého spíše až ve vyšších dávkách.

V mnoha zemích nepoužívanějším analgetikem je paracetamol, který je v terapeutických dávkách nejbezpečnějším analgetikem.

Nesteroidní antiflogistika patří mezi velmi účinná analgetika, která tlumí bolest se stejnou pravděpodobností jako morfin. Takto příznivý analgetický profil mají i dávky 25 mg Diclofenacu nebo 200 mg Ibuprofenu, které jsou obsaženy ve volně prodejných přípravcích (2).

1.5.2 Opioidní analgetika

Opioidní analgetika neboli „opiáty“ tlumí bolest aktivací opioidních receptorů v centrálním nervovém systému. Opioidní analgetika mohou způsobovat zácpu, často celkový útlum, pocit na zvracení, občas i zvracení nebo kožní projevy. Klientky i zdravotníci se většinou zbytečně obávají vzniku závislosti na opiátech. Při podávání terapeutických dávek patří opioidní analgetika mezi bezpečná analgetika a neohrožují život klientek.

Slabší opioidy

Mezi slabší opioidy řadíme tramadol, jehož analgetický účinek se dá podstatně zvýšit současným podáváním paracetamolu. Výhodou tramadolu je, že většinou nepůsobí zácpu a prakticky ani závislost, některé klientky však po něm mívají závratě nebo pocit na zvracení.

Kodein, který je samotný analgeticky dost slabý, se používá při bolestech prakticky jen v kombinacích, nejlépe s paracetamolem (Korylan, Ultracod, Panadol Ultra, Talvosilen).

Silné opioidy

Morfín je stále klasickým standardem v léčbě silné bolesti. Používá se ve formě injekční, perorální, ve formě čípků nebo náplastí. Dle účinku rozdělujeme opioidy s rychlým uvolněním, a tím i rychlejším nástupem účinku (Sevredol), tak i s řízeným uvolňováním působícím 12 hodin (MST Continus, Vendal).

Mezi silná injekční opioidní analgetika řadíme piritramid (Dipidolor), pethidin (Dolsin) a sufentanyl (Sufenta). Náplasti, které zajistí tlumení bolesti až tři dny, jsou fentanyl (Durogesic) a buprenorfin (Temgesic) (2, 12, 20).

1.5.3 Adjuvantní analgetika

Neopioidní ani opioidní analgetika u některých bolestí nestačí, a je třeba je kombinovat s dalšími léky, které zvyšují účinek těchto základních analgetik.

V léčbě bolesti se počítá s uplatněním analgetik v kombinaci s adjuvantní léčbou, která mohou tlumit některé typy bolesti. Zahrnuje především psychofarmaka a z nich zejména antidepresiva.

Psychofarmaka mají nejen modulující vliv na emoční prožívání, ale některá z nich mají též přímý analgetický účinek. Při podávání antidepresiv u klientek trpících bolestí je třeba si uvědomit, že tyto preparáty mají analgetický účinek i bez ohledu na to, zda mají depresi či nikoliv.

Další lékovou skupinou podávanou při ovlivnění bolesti jsou anxiolytika. Používají se více u krátkodobé bolesti spojené s úzkostí, psychickým napětím u psychosomatických onemocnění, a tam, kde je přítomna tenzní a spastická složka svalové bolesti. Nejrozšířenější skupinou mezi anxiolytiky jsou benzodiazepiny, z nichž zejména Diazepam vykazuje myorelaxační efekt.

Neuroleptika se používají jako pomocné léky u bolestivých stavů spojených s neklidem, agitovaností, u těžkých forem nespavosti rezistentních na běžná hypnotika.

Antikonvulziva se používají u neuropatické bolesti, protože potlačují abnormální výboje v patologicky změněných neuronech a mají schopnost stabilizovat buněčné membrány.

Příznivý účinek steroidů je znám po desetiletí. V podpůrné terapii je výhodný jejich protizánětlivý, analgetický, antiemetický, antiedematózní a méně využívaný euforizující efekt. V invazivních analgetických technikách je používán spolu s lokálními anestetiky k epidurální i subarachnoidální analgezi.

Zvláštní skupinu představují spasm analgetika, která se podávají u kolik, bolestivých menstruací a u gynekologických stavů. Obsahují kromě analgetik i látky povolující spasm hladkého svalstva útrobních orgánů, patří k nim zejména Algifen, Spasmoveralgin Neo, Spasmopan, Novalgin.

V souvislosti s adjuvantní léčbou stojí za zmínku placebo efekt (tedy zlepšení stavu po podání neúčinné látky). Rozhodneme-li se pro placebo terapii, klientka by neměla rozpoznat z ironických náznaků personálu, o co se v jejím případě terapeut pokouší (2, 12, 20).

1.6 Nefarmakologická léčba bolesti

Nefarmakologická léčba bolesti je léčba, která využívá k léčbě bolesti jiné metody nebo jejich kombinace než léčbu analgetiky. Většinou vhodně doplňuje léčbu farmakologickou, ale nemůže ji plně nahradit.

1.6.1 Fyzikální terapie

Fyzioterapie (fyzikální terapie) užívá k léčbě bolesti přírodních prostředků, kterými jsou různé druhy energií (tepelná, světelná, elektrická, zvuková, mechanická, radiační, energie vodních a plynových částic). Kromě přístrojů využívá fyzioterapie i přírodních zdrojů (lázeňská léčba = balneologie). Rozdělujeme ji do několika skupin podle druhu použité energie.

Elektroléčba se zakládá na aplikaci stejnosměrného nebo střídavého elektrického proudu.

Vodoléčba a léčba teplem je nejdéle používaná fyzikální léčba, používá účinek tlaku vodního sloupce na povrch těla, působení tepla a chladu.

Fototerapie využívá světelné energie, která má podpůrný biologický vliv na metabolismus tkání, její účinky jsou i tepelného charakteru (laserový paprsek).

Při sonoterapii působí zvuková energie na tkáně tepelným účinkem.

Magnetoterapie je terapie trvalým nebo přerušovaným magnetickým polem.

Vakuová léčba působí na základě střídání podtlaku a normálního tlaku, které působí zlepšení krevního proudu.

Pneumoterapie je obdoba vakuové terapie, různých tlaků se dosahuje nafukováním a vypouštěním vzduchu ze speciálních textilních návleků na končetiny.

Radiační léčba zahrnuje léčbu energií volných částic, měkké záření pomocí rentgenových lamp.

Mechanoterapie využívá účinek tlaků a tahů na lidský organismus pomocí přístrojů nebo manuálně.

Při masáži je účinek založen na souhře různých tahů a tlaků působením rukou maséra na kůži a měkké tkáně klientky (20).

1.6.2 Psychoterapie

Psychoterapií se snažíme o pozitivní ovlivnění zdravotního stavu a kvality života klientky psychologickými a psychofyziologickými prostředky. Psychoterapeut může pracovat s jednotlivcem, s rodinou, se speciálně nastavenou skupinou 5 – 15 klientek nebo s větší skupinou.

Naše pracoviště navštěvuje klinický psycholog, který provádí své techniky dle aktuálního stavu a potřeb klientky. Pracuje vždy s jednotlivcem v rámci individuální psychoterapie.

Pro léčbu bolesti mohou být využívány následující terapeutické techniky prováděné psychologem nebo psychoterapeutem.

Sugesce je navození určitých myšlenek, představ, postojů, pocitů či přesvědčení.

Hypnóza je přirozený stav změněného a zúženého vědomí, při kterém se změní činnost mozku a přesouvá se pozornost. Při hypnoterapii je klientka uvedena do stavu polospánku, během něhož je přístupná sugesci a dokáže efektivněji využívat tvůrčích schopností mozku než při normálním vědomí. Tato metoda je vhodná k uvolnění a zmírnění jak akutní tak i chronické bolesti. O její účinnosti svědčí snížená spotřeba analgetik při kombinované psychoterapeutické léčbě.

Při relaxaci snižujeme stav psychosomatického napětí. Slouží k uvolnění, odpoutání se a intenzivnímu odpočinku. Mezi nejčastěji používané techniky patří autogenní trénink, meditace, imaginace a biologická zpětná vazba (biofeedback).

Autogenní trénink je psychofyziologická metoda, která spojuje autosugesci se systematickou koncentrací, s uvolněním celkového napětí a uvolněným psychickým prožitkem.

Meditace je stav, kdy se klientka bez zapojování vlastní vůle poddá současnosti.

Imaginativní techniky využívají představivosti, kterou daná osoba nechává volně plynout nebo ji záměrně zaměřuje na určitá témata.

Biofeedback je biologická zpětná vazba, při níž se klientka učí získávat kontrolu nad svými tělesnými funkcemi jako je teplota, srdeční tep a svalová činnost, které si běžně neuvědomuje, přestože cítí jejich účinky. Může se tak naučit využívat relaxační techniky jako je brániční dýchání. Tato metoda je obzvláště účinná při zmírňování obtíží souvisejících se stresem a úzkostí, jako jsou bolesti hlavy, migréna a bolesti svalů, které se mohou stát snesitelnějšími díky relaxaci.

Kognitivně-behaviorální terapeutické metody vycházejí z racionálního pojetí a z přesvědčení, že lidé mají tendenci k logickému pohledu na svět. Člověk není jen pasivním příjemcem vjemů, ale jejich aktivním zpracovatelem.

Vizualizační terapie je technika, při níž se klientka naučí zaměřovat svoji mysl na pozitivní, příznivé představy na místo negativních, které se obvykle dostavují při bolestech, a poté je vyvolávat v každodenních situacích (8, 17).

1.6.3 Alternativní metody

Za jednu z možností alternativních metod můžeme označit používání bylinek.

Mnohé léky jsou zušlechtěné verze tradičních bylinných medikamentů. Bylinkáři kladou důraz spíše na používání rostlin v jejich přirozené formě než na aplikaci pouhého výtažku jejich aktivních složek, kterou upřednostňuje tradiční medicína, toho to využívá fytoterapie.

Homeopatie je léčebná metoda, kterou vyvinul před zhruba 200 lety německý lékař Samuel Hahnemann, je založena na principu kdy „ podobné léčí podobné“. Ke zmírnění příznaků předepisuje lékař klientce léčbu, u níž by se mohlo očekávat, že vyvolá stejné příznaky. Homeopatie je na Západě jednou z nejuznávanějších metod alternativní medicíny a v některých zemích léčí podle jejích principů řada lékařů s klasickým vzděláním.

Akupresura je předchůdcem akupunktury a vychází také ze stejných principů. Působí podobně jako akupunktura na akupunkturní body, které jsou rozmístěny po celém těle a seřazeny na jednotlivých drahách (meridiánech), kterými proudí energie. Když je některý z akupunkturních bodů "ucpaný", je zabráněno toku energie v těle a dochází k nerovnováze a vznikají zdravotní problémy. Když se ošetří vybrané body na meridiánu, energie začne znovu proudit, tělo se dostává do rovnováhy, zbavuje se bolestí a dalších zdravotních problémů. Na body se vyvíjí tlak bříškem palce nebo prstu, ale i loktem. Při akupunktuře se do jednotlivých bodů zapichují speciální jehly. Akupresura je výborná preventivní metoda. Uvolňuje napětí, svaly a blokády, podporuje funkčnost orgánů, ale taky zmírňuje bolesti, udržuje tělo v rovnováze.

Reflexní terapie (reflexologie) je jednou z nejdostupnějších metod alternativní medicíny, která může být velmi účinnou metodou prevence, řeší jak hormonální či jinou nerovnováhu v těle, tak psychické stavy. Pracuje s reflexními body, které se nacházejí na celém těle, nejčastěji se ale využívají plosky nohou. Kromě preventivní funkce pomáhá řešit akutní i chronické problémy, lze ji využít jako doplněk jiné léčby nebo k urychlení rekonvalescence. Účinky reflexní terapie nejsou většinou znát ihned, uzdravení je však trvalé a bez vedlejších účinků.

Kineziologie je metoda, která odhaluje a léčí konflikty z minulosti. Jedná se o samostatnou metodu založenou na zharmonizování energií těla. Pomáhá například zlepšit průběh léčby při zdravotních problémech, snížit únavu a vyčerpanost, pomáhá ke vzájemnému pochopení, komunikaci a toleranci, při problémech týkající se sexuality. Vede ke zlepšení zdravotního stavu, pochopení vlastních vrozených dispozic a k rozvoji harmonického životního stylu.

Léčba Bachovými esencemi je založena na teorii, že obnovením duševního zdraví je možné zmírnit fyzické potíže. Bachovy esence mají působit na myšlení a pocity, mohou též pomáhat při zmírnění fyzických potíží. Dr. Bach byl přesvědčen, že léčba, která pozitivně ovlivňuje psychiku, působí blahodárně i na tělo.

Aromaterapie se zaměřuje na éterické oleje, které účinkují několika způsoby. Nejběžnější je prostřednictvím čichu, díky kterému na nás působí fyzicky i psychicky. Mohou též pronikat kůží do krevního řečiště při masáži nebo koupeli. Velmi výjimečně léčba zahrnuje i vnitřní užívání několika kapek čistých olejů. Éterické oleje používáme na horké i studené obklady nebo do koupele.

Léčba dotykem či položením ruky má schopnost zmírnit bolest a uklidnit klientku tak, že své utrpení tolik nevnímá. Blahodárného účinku dotyku využívá řada metod alternativní medicíny. Bez ohledu na své přesvědčení většina léčitelů nepodmiňuje úspěšnost léčby tím, že klientka musí jejich názor sdílet. Za důležitější považují přístupnost z jejich strany a snahu uzdravit se.

Léčba smíchem je účinný způsob, jak obnovit vztahy s lidmi kolem sebe. Smích je přirozeným projevem člověka. Každý, kdo žije v neustálých bolestech nebo trpí prudkou bolestí se často cítí nervózní, skleslý či deprimovaný a smích by mu měl pomoci znovu nalézt duševní rovnováhu (8, 10, 11, 17).

1.6.4 Invazivní metody

Mezi tyto metody léčby patří subarachnoidální podání léků, epidurální anestezie, blokády periferních nervů a neurochirurgické metody.

Subarachnoidální podání léčiva je aplikace léku přímo do míšního vaku, tedy do vazivového pouzdra obsahujícího mozkomíšní mok a míchu.

Epidurální anestezie je aplikace léku před tvrdou plenu míšní, tedy před stěnu míšního vaku. Během operačního výkonu není vyřazeno vědomí a vnímání okolí. Epidurální anestezii lze využít též k pooperační léčbě bolesti u rozsáhlejších operačních výkonů. Zde je po punkci epidurálního prostoru páteřního kanálu pod úrovní L2 (druhého bederního obratle) zaveden skrz epidurální jehlu tenký katétr, který se ponechává několik pooperačních dní zafixovaný náplastí na zádech klientky a do něhož se jednotlivými dávkami nebo průběžně podává anestetikum. Vnímání bolesti je omezeno nebo potlačeno, citlivost a hybnost končetin není ovlivněna.

Výhodou epidurální analgezie jsou nižší dávky narkotik, spolehlivější analgetický účinek a méně systémových účinků ve srovnání s nitrosvalovým nebo nitrožilním podáváním narkotik. Možnou komplikací při zavedeném epidurálním katétru je jeho zalomení, neprůchodnost, rozpojení či uvolnění, infekce v místě kožního vpichu katétru. Katétr může vniknout do subarachnoidálního prostoru a tím se zvýší riziko meningeální infekce nebo spinální anestezie. Pronikne-li narkotikum z místa podání vzhůru k opiátovým receptorům dýchacího centra v prodloužené míše, dojde k nadměrnému útlumu a klientka je vystavena riziku deprese dýchání a hypotenze, které ji mohou i ohrozit na životě. Antidotem tlumivého účinku narkotik je naloxon (Intrenon, Naloxon, Polfa). Každé 2 – 4 hodiny porodní asistentka kontroluje hybnost a čítí dolních končetin a při jejich slabosti či znecitlivění reguluje dávku tak, aby bylo dosaženo dostatečného utlumení bolesti bez vyvolání nadměrné slabosti.

Epidurální katétr zavádí anesteziolog. Porodní asistentka pečující o klientku zodpovídá za kontrolu nežádoucích účinků, za péči o katétr, za správné dávkování a aplikaci analgetik a vyřešení případných problémů s katétrem. Porodní asistentka aplikuje analgetika do epidurálního katétru dle ordinace anesteziologa, v případě nedostatečné analgezie a případných komplikací informuje anesteziologa.

Kontraindikací epidurální analgezie jsou deformity páteře, artritida, poruchy krevní srážlivosti, hypotenze, výrazná hypertenze nebo alergie na podávané léky. K aplikaci do epidurálního katétru podáváme speciálně upravené léky (Morphin,

Fentanyl nebo Hydromorfon). Analgetika mohou být užita s místním anestetikem jako je Bupivacain, Marcain Spinal, Astra. Užívá-li klientka preparáty na ředění krve, musí je vysadit nejméně 7 dní před zavedením epidurální analgezie. Preventivní dávka nízkomolekulárního heparinu musí být podána nejpozději 12 hodin před epidurální punkcí nebo nejdříve za 2 hodiny po epidurální punkci. Aktuální hodnoty aPTT (activated partial tromboplastine time – aktivovaný parciální tromboplastinový čas) musí být menší než 40 sekund, INR (International normalized ratio – Mezinárodní normalizovaný poměr) musí být menší než 1,4 a počet trombocytů musí být více než 100 tisíc. Tři dny před výkonem je vhodné zvážit i vysazení léčby nesteroidními analgetiky.

K blokadě periferních nervů dochází tehdy, blokujeme-li nervové vedení jinde než v oblasti páteře. Při této technice se vychází z anatomických znalostí průběhu nervů. Jednorázová blokáda spočívá v aplikaci léčebné látky pouze jednou. Při kontinuální blokadě se přes zavedenou jehlu zasune tenký katétr, který slouží k opakovanému podávání anestetika.

Neurochirurgické metody využíváme při těžko ovlivnitelných bolestech, kdy lze neurochirurgickým zásahem přerušit vedení bolesti z dané oblasti. Provádějí se cílené destrukční výkony na míše, stereotaktické výkony na mozku i dlouhodobá elektrostimulace v oblasti míchy nebo mozku (1, 4, 11, 19, 20, 21).

1.7 Operační léčba v gynekologii

Gynekologické operace se nejčastěji provádějí za účelem odstranění či rekonstrukce pohlavních orgánů z důvodu patologického procesu. Operační výkony jsou obvykle provedeny v celkové inhalační anestezii, někdy však z důvodu kardiovaskulární indikace, nutnosti spolupráce během operace, menší zátěže nebo na žádost klientky, se provádějí ve spinální nebo epidurální anestezii.

V současné době je snahou stále více užívat miniinvazivních zákroků v oblasti malé pánve pomocí endoskopických metod = laparoskopie. Mezi jejich výhody řadíme operační rány tvořící jen nepatrné vpichy, menší bolestivost a kratší dobu hospitalizace.

Podle druhu dělíme operace na léčebné a diagnostické. Léčebné dále rozdělujeme na operace radikální, kurativní (využívají se tam, kde předpokládáme úplné vyléčení klientky) a na paliativní, kdy operativním výkonem dosáhneme jen zlepšení stavu, aniž by základní příčina byla vyléčena. Diagnostická operace se provádí za účelem zjištění nebo upřesnění diagnózy, ale v průběhu výkonu se může změnit v operaci léčebnou.

Operace dále dělíme dle indikace na vitální, kdy okamžité provedení operace je nezbytné k záchraně života klientky, na absolutní, kdy jiná možnost k vyléčení není a klientka je ohrožena na životě a na relativní, kdy není ohrožen život klientky a je možné zvažovat i jiné způsoby léčby.

Dle operačního přístupu můžeme rozdělit operace na klasický operační přístup, tj. laparotomie, endoskopický operační přístup, tj. laparoskopie, operační přístup vaginální cestou nebo kombinace laparoskopického a vaginálního operačního přístupu.

Z důvodu velkého rizika, které každý operativní zásah klientce přináší, se zvažuje nutnost operace a celkový stav klientky. Každá operace musí být zdůvodněna – indikována. Před každou operací musí lékař poučit klientku o přípravě před operací, průběhu operace a možných komplikacích, které se mohou při a po operaci vyskytnout. Klientka ve spolupráci s lékařem musí podepsat informovaný souhlas k operaci, informovaný souhlas s anestezií, informovaný souhlas s poskytnutím informací o svém zdravotním stavu a informovaný souhlas s podáním krevních derivátů (3, 16, 21, 23, 25).

1.7.1 Laparoskopické operace

Laparoskopií nazýváme miniinvazivní operační přístup, diagnosticko-terapeutický endoskopický výkon v dutině břišní prováděný pomocí speciálních přístrojů zavedených do tělesných dutin bodovými incizemi. Po incizi kůže do dutiny břišní insuflujeme CO₂, čímž se vytvoří kapnoperitoneum, následně se zavede trokar, optika a klientku uložíme do Trendelenburgovy polohy a následuje samotný operační výkon.

Při laparoskopii dochází ke snížení operační zátěže, pooperační bolesti, redukuje se pooperační komplikace, je zde lepší kosmetický výsledek, zkracuje se délka hospitalizace a doba rekonvalescence. Nevýhodou je nemožnost přímého palpačního vyšetření orgánu rukou.

Nejnovějším trendem operační léčby je minimálně invazivní robotika. Je to nový obor medicíny spojující vysoce odbornou práci operátora s nejmodernějšími technologiemi, tj. mikromechanikou, 3D vizualizací a počítačovým řízením.

Lékař nemusí vykonávat často časově a fyzicky velmi náročné výkony sám a je osvobozený od negativních jevů (únava, třes rukou). Mezi hlavní pozitiva takto provedeného zákroku pro klientku patří menší trauma organismu, menší ztráta krve, menší jizvy, minimální riziko infekce, zkrácení doby hospitalizace, rychlejší rekonvalescence a návrat do běžného života.

Nevýhodou chirurgických robotů je absence jakéhokoliv citu v nástrojích a poměrně vysoká pořizovací cena robota a potřebných nástrojů. Ani na našem pracovišti není tento robotický systém z důvodu vysokých finančních nákladů spojených s jeho pořízením, provozem a pravidelnou údržbou.

V současnosti se v ČR na specializovaných pracovištích využívá pro miniinvazivní výkony v měkkých tkáních břicha a hrudníku chirurgický robotický systém Zeus nebo modernější systém da Vinci. Tento robot se skládá z operační konzole, což je víceramenný systém, který stimuluje pohyby lidských rukou v těle klientky. Lékař sedí u ovládací konzole a sleduje pomocí stetoskopického zobrazovacího kanálu operační pole v zobrazení 3D a ovládá prostřednictvím joysticků nástroje v „rukou“ robota.

Tyto nástroje přes miniaturní vpichy v kůži klientky velmi precizně provádějí vlastní výkon v jejím těle. Všechny pohyby robota jsou zpracovány počítačem, který zpřesňuje práci chirurgických nástrojů. Klientka je během operace na operačním stole ve speciální poloze šikmo hlavou dolů.

Touto technikou lze v gynekologii provádět hysterektomie (roboticky asistovaná vaginální hysterektomie či totální robotická hysterektomie), myomektomie, robotická sakrokolpopexe (rekonstrukční operace prolapsu poševních stěn, poševního pahýlu),

onkogynekologické výkony na malé pánvi včetně lymfadenektomie (3, 4, 7, 23).

Laparoskopická hysterektomie

Pojem laparoskopická hysterektomie v sobě zahrnuje spektrum postupů od jednoduché laparoskopické lýzy adhezí následované vaginální hysterektomií až k hysterektomii provedené kompletně endoskopickou technikou. Podíl laparoskopické a vaginální preparace se mění v závislosti na lokalizaci a rozsahu pánevní patologie, na individuálních fyzických a osobnostních parametrech klientky a také na míře znalostí a zkušeností operátora v oblasti endoskopické a vaginální operativy.

Laparoskopické operace, podobně jako jiné chirurgické metody, přinášejí spolu s prospěchem pro pacientku též možnost klinických problémů a komplikací. Zavedení laparoskopie do spektra operačních výkonů se proto nemohlo těmto komplikacím vyhnout. Hlavním problémem spojeným s laparoskopií a s poraněním nitrobřišních orgánů není jejich frekvence, která je srovnatelná s laparotomií a poševním přístupem, ale nejzávažnější je okolnost, že při laparoskopickém přístupu se může snadněji přehlédnout nitrobřišní poranění.

Laparoskopická hysterektomie (LH) zahrnuje všechny druhy výkonů, které k odstranění dělohy používají laparoskopie.

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) je operace, kdy je část operačního výkonu provedena laparoskopicky a děloha je odstraněna vaginálně (7, 10, 16, 23, 24, 25).

1.7.2 Laparotomické operace

Laparotomické operace vyžadují hospitalizaci klientky na standardním pooperačním gynekologickém oddělení či jednotce intenzivní péče. Doba hospitalizace závisí zejména na zdravotním stavu klientky a druhu provedeného operačního výkonu.

Dle operačního přístupu můžeme rozdělit operace na klasický operační přístup, tj. laparotomie. Výkon je prováděný abdominální cestou. Indikace k laparotomii je i při větším rozsahu výkonu nebo při srůstech. Nevýhodou je větší pooperační dyskomfort

(operační rána), riziko vzniku hernie v jizvě, oblenění střevní peristaltiky. Operuje se v poloze horizontální na zádech. Dolní končetiny jsou obvykle addukovány. Řez je veden buď podélně ve střední čáře mezi pupkem a symfýzou = dolní střední laparotomie s možností jeho prodloužení kolem pupku = horní střední laparotomie nebo řez vedený nad symfýzou = suprapubický řez dle Pfannenstiela.

Mezi abdominální operace řadíme enukleace myomu, enukleace ovariální cisty, supravaginální amputace dělohy a hysterektomie.

Hysterektomie můžeme rozdělit podle rozsahu, způsobu, techniky operace a podle možností pracovišť na hysterektomie simplex, hysterektomie s adnexetomií, radikální hysterektomie dle Wertheim – Meigs (odstranění dělohy, parametria, resekce horní třetiny pochvy, vaziva, regionálních mízních uzlin pánevních a paraaortálních, vaječníků a vejcovodů).

V současnosti se provádí i peroperační detekce sentinelových uzlin, kdy detekci provádíme po aplikaci lymfotropní látky do okolí nádoru. Tato uzlina je po biopsii peroperačně histologicky vyšetřena. Pokud tato uzlina není nádorem postižena, pak lze zmenšit radikalitu výkonu a zmenšit tak zátěž organismu klientky.

Z abdominálního přístupu provádíme dále ovarektomie, resekce ovarií, salpingektomie, adnexetomie, cystektomie, myomektomie, děložní ventrosuspenze (závěs dělohy za děložní vaz, provádí se při děložní deviaci), vesicopexis, uretropexis (operační úprava úhlu zavěšením mezi močovým měchýřem a močovou trubicí, adhesiolysis, sling operace (závěs hrdla močového měchýře smyčkou a komprese proximální uretry) (3, 4, 16, 23, 24, 25).

1.7.3 Vaginální operace

Další skupinu tvoří operace z vaginálního přístupu. Patří sem operační výkony na vulvě, hrázi, poševních stěnách, pánevním dnu, děložním čípku a další. Výkon je prováděn v gynekologické poloze. Výhodou tohoto přístupu je nižší invazivnost, lehčí pooperační průběh. Nevýhodou těchto operací je technicky náročnější postup.

Mezi vaginální operace řadíme exstirpaci Bartholiniho žlázy, prostou vulvektomii (odstranění malých a velkých stydkých pysků, klitoris, event. části hráze), radikální vulvektomii (jako prostá, navíc exstirpace lymfatických uzlin v inguinách), poševní plastiky (přední plastika – colporrhaphia anterior, zadní plastika – colpoperineoplastika), kolpokleiza (neúplný uzávěr pochvy, výrazné zúžení poševního vchodu, paliativní operační léčba prolapsu dělohy), poševní neoplastika (vytvoření nové pochvy při vaginální genezi), enukleace cysty, vaginální hysterektomie, amputace děložního čípku (odstranění vaginální části děložního hrdla), konizace (21, 23).

Vaginální hysterektomie

Odstranění dělohy vaginální cestou patří k standardním operacím v gynekologii.

Vaginální hysterektomie má několik výhod. Je to prakticky extraperitoneální procedura, pro vstup do pánve je potřebný pouze jeden malý peritoneální otvor, manipulace se střevy je redukována na minimum, chybí incize břišní stěny se všemi následnými riziky, je dobře tolerována i u vysoce rizikových i obézních pacientek.

Vaginální hysterektomie je většinou spojena s krátkým operačním časem, malou krevní ztrátou, redukcí anestezie, analgetik, antibiotik a parenterálních převodů, rovněž tak s menším počtem komplikací, rychlejší rekonvalescencí při nižší perioperační morbiditě a ekonomickou výhodností. Vaginální hysterektomie může být s velkou výhodou provedena i ve svodné anestezii.

Nevýhody vaginální hysterektomie je nemožnost revize dutiny břišní (dnes díky laparoskopii potlačeno na minimum), ztížení odstranění adnex (obtížně dosažitelná ovaria u starých pacientek = zavedení širších a delších retraktorů), nestažitelná děloha.

Indikací k vaginální hysterektomii jsou myomy (30 %), krvácení, prekancerózy cervixu, sestup genitálu, chronické bolesti v podbříšku, adenomyóza.

Kontraindikace vaginální hysterektomie se staly zcela flexibilními. Vaginální hysterektomie není určena k řešení maligních chorob. Aby bylo možno provést vaginální hysterektomii je nutno dodržovat určité limity, děloha nesmí mít ekvivalent 12. týdne gravidity, objem nad 300 cm³/280 - 300 g, nesmí být omezení děložní

pohyblivosti, adnexální patologie (tumory), endometrióza, úzká pochva, nepřístupný cervix.

Poslední skupinu tvoří operace v kombinaci abdominálního a vaginálního přístupu.

V určitých případech se mohou přístupy výhodně kombinovat. Pacientka má při tomto způsobu operačního přístupu dolní končetiny abdukovány (3, 7, 23, 25).

1.8 Role porodní asistentky v ošetrovatelské péči o ženy po operaci

Po ukončení operace zůstává klientka pod intenzivním dohledem, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a nejsou u ní patrné obranné reflexy. Časným operativním komplikacím je zabráněno zajištěním anesteziologické péče brzy po operaci (např. nebezpečí zapadnutí jazyka, přetrvávající relaxace dýchacích svalů, aspirace zvratků). Po dlouhotrvajících a obtížných výkonech, pokud je nutné pokračovat v umělé plicní ventilaci, jsou klientky převezeny z operačního sálu na Anesteziologicko-resuscitační oddělení.

Těsně po operaci je klientka většinou uložena na Jednotku intenzivní péče nebo pooperačním pokoji k monitoringu vitálních funkcí a stabilizaci stavu. Zde obvykle pracuje porodní asistentka, která je specializovaná v úseku intenzivní a resuscitační péče. Pooperační péče se řídí druhem operačního výkonu a anestezie, stavem klientky, požadavky operátora a zvyklostmi oddělení.

Do dokumentace klientky provede operátor po operaci zápis, který se týká ordinace příslušných léků, odběrů, parenterální výživy, podání krevních derivátů, pokynů ohledně polohy klientky, nebulizace, převazů operační rány, odstranění drénů, odstranění permanentního močového katétru a odstranění tamponády.

Klientka je převezena z operačního sálu již extubována a při vědomí, reaguje na oslovení. Důležité je sledování pravidelného dýchání. Klientka zaujímá polohu na zádech. Při každé jiné poloze po operaci musí porodní asistentka u klientky dbát na dobré rozpětí plic, na pravidelné změny poloh, které zabraňují vytvoření plicních

komplikací, dekubitů a pooperačních flebotrombóz, ale také hlavně na bezpečnost klientky.

Péče o operovanou ženu se řídí pravidly jako po běžných chirurgických zákrocích, zejména se zaměřením na tato specifika (18, 25, 27, 29, 30).

1.8.1 Sledování fyziologických funkcí

Sledování vědomí, krevního tlaku, tepové a dechové frekvence, tělesné teploty provádí porodní asistentka dle stavu klientky a závažnosti provedené operace, dle Standardu Fakultní nemocnice Plzeň (první hodinu měříme fyziologické funkce po 15 min., další 2 hodiny po 30 min. a následně každou hodinu do 24 hod. od operace). Všechny údaje zaznamenává porodní asistentka do příslušné dokumentace do Akutní karty (Příloha 7). Lehké výkyvy fyziologických funkcí jsou u klientek v prvních pooperačních dnech častými jevy. Nejčastější příčinou těchto jevů je zatížení organismu narkózou, krevní ztráta při operaci nebo podchlazení na operačním sále při dlouhotrvající operaci. Ošetřovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9 (24, 29).

1.8.2 Sledování krvácení

Porodní asistentka při monitoraci fyziologických funkcí sleduje i krvácení z rodidel (vločky, poševní tamponáda). U vaginálního krvácení měří porodní asistentka krevní ztrátu (počet prokrvácených vložek za určitý čas). Dále porodní asistentka sleduje krvácení z operační rány, kontroluje sekreci z drénů (vaginální, Redonův, Penrose), známky vnitřního krvácení (změny fyziologických funkcí, peritoneální dráždění, hematomy, ztížené dýchání, pocit vzrůstajícího tlaku v dutině břišní). Pokud má klientka zavedenou nasogastrickou sondu, porodní asistentka kontroluje její odvod a žaludeční obsah. Dále kontroluje invazivní vstupy (periferní žilní katétr, centrální žilní katétr, dialyzační katétr, venózní porty, permanentní močový katétr). Ošetřovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9 (23, 24, 29).

1.8.3 Bolest a porucha spánku

Bolest v operační ráně je častým projevem, který se dostavuje po vymizení anestetika. Pokud se jedná o nekomplikovaný průběh hojení operační rány, bolest po jednom až dvou dnech vymizí. Přetrvávající intenzivní bolest charakterizuje akutní zánět, ranné krvácení, rozestup rány a píštěle. Nikdy bolest u klientky nepodceňujeme. Mezi nejčastěji používané hodnotící metody intenzity bolesti patří verbální a vizuální škály (klientka vyjadřuje bolest číslem na stupnici stanovené od 1 do 10, slovně od slabé po nesnesitelnou nebo oběma způsoby). U klientky věnuje porodní asistentka pozornost i neverbálním projevům (pláč, vzdechy, sykání, naříkání, grimasy, pohyby končetin, ucuknutí). Bolest u klientky sleduje porodní asistentka současně s fyziologickými funkcemi. Analgetika opiátového typu se aplikují až po úplném odeznění účinků anestetik. Porodní asistentka aplikuje analgetika dle ordinace lékaře, kontroluje účinky podaných analgetik a veškeré informace zapisuje do Plánu pro hodnocení a léčbu bolesti (Příloha 8). Při nedostačující nebo nevyhovující analgezii vždy informuje lékaře, který léčbu upraví dle potřeb klientky a zaznamená vše do dokumentace. K úlevě od bolesti kromě podávání analgetik provádí porodní asistentka dechovou rehabilitaci, uloží klientku do úlevové polohy, odvádí její pozornost od bolesti vhodnou komunikací, poslechem radia či televize, umožní klientce návštěvu rodiny a psychologickým přístupem působí na klientku. Všechny tyto faktory ovlivňují rekonvalescenci klientky.

Pokud se dostaví i poruchy spánku, lékař ordinuje hypnotika. Porodní asistentka napomáhá ke zlepšení spánku, tím že zajistí vhodné podmínky pro spánek (úprava lůžka a polohy klientky, vyvětrání a ztemnění v místnosti, ztišení přístrojů, zajištění soukromí, mluví tiše a zbytečně neruší klientku ze spánku). Ošetřovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9.

1.8.4 Nauzea a zvracení

Nauzea a zvracení může být následkem podané premedikace, anestezie i analgezie. Zvracení může být také komplikací při akutní operaci u klientky, která nebyla lačná. Z tohoto důvodu se před operací zavádí nazogastrická sonda a porodní asistentka kontroluje žaludeční obsah a odvod nazogastrické sondy. Odvod hodnotí v mililitrech a zapisuje jej do dokumentace. Zvratky mohou způsobit aspiraci hlavně u klientky, která se ještě úplně nezbudila z narkózy. Porodní asistentka aplikuje parenterální cestou léky, které tlumí zvracení a nauzeu. Podávání analgetik může také u klientky vyvolat nauzeu a zvracení. Pokud se objeví zvracení později, může být nejčastější příčinou atonie hladkého svalstva v gastrointestinálním traktu nebo se jedná o poruchu elektrolytové rovnováhy. Tekutiny perorálně podává porodní asistentka až po stabilizaci stavu a odeznění nauzey (nejdříve však za 2 hodiny od operace). Výživa klientky je ihned po operaci zajištěna parenterální výživou s postupným přechodem na enterální výživu. Na našem pracovišti je stanoven dietní pooperační dietní režim takto (dle Standardu Fakultní nemocnice Plzeň): 0. pooperační den (den operace) klientce podáváme pouze tekutiny (čaj, neperlivá voda), 1. pooperační den má klientka dietu čajovou + k obědu 200 ml bujónu a k večeři 200 ml mléka, 2. pooperační den klientka dostává kašovitou dietu, 3. pooperační den šetřící dietu a od 4. pooperačního dne má předepsán výběr, kdy si volí dietu z jídelníčku. Výjimku v dietním opatření tvoří operace, kdy je nutno operovat i na střevě. Zde je možný perorální příjem až od 1. pooperačního dne nebo i déle dle rozsahu operace, příjem tekutin je zajištěn pouze parenterální cestou. Ošetrovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9.

1.8.5 Vyprazdňování moči

Před velkými operačními výkony klientkám zavádí porodní asistentka permanentní močový katétr. Během jeho zavedení pečuje porodní asistentka o permanentní močový katétr (dodržuje aseptické podmínky při vypouštění sběrného sáčku, při odběrech vzorků moče, pravidelně vyměňuje sběrný sáček po 72 hodinách nebo při jeho znečištění). Edukuje klientku o péči o katétr před její mobilizací a seznámí ji s dodržováním zvýšené hygienické péče.

Po operaci ho extrahuje dle ordinace lékaře, druhu operace a aktuálního stavu klientky. U abdominálních a laparoskopických operací odstraňuje permanentní močový katétr první pooperační den, u vaginálních operací permanentní močový katétr uzavírá třetí pooperační den a čtvrtý pooperační den ho extrahuje. Ten den večer provádí porodní asistentka kontrolní reziduum vycévkováním zbytku moče po řádném vymočení klientky. Výjimku tvoří radikální hysterektomie dle Wertheim – Meigse, kdy je permanentní močový katétr uzavírán pátý pooperační den a extrahován šestý pooperační den. Permanentní močový katétr může být ponechán i déle než je standardní postup u klientek, u kterých došlo například k poranění močového měchýře nebo močovodu během operace.

U operací s většími krevními ztrátami, při pooperační retenci moče, při pooperačním selhávání ledvin nebo při chronickém onemocnění ledvin, kontroluje porodní asistentka hodinovou diurézu dle ordinace lékaře, do stabilizace stavu klientky a do úpravy močení do normy. Norma hodinové diurézy moče je 1ml/kg/hodinu. Ošetřovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9.

1.8.6 Odchod stolice a plynů

Zástava plynů a stolice patří k přechodným pooperačním stavům. Příčinou je dočasné zastavení střevní peristaltiky, které se projevuje zvýšenou plynatostí. Mezi příznaky meteorismu patří vzednutí břicha, nevolnost, bolest břicha až kolikovitého charakteru a říhání. Porodní asistentka se snaží zmenšit obtíže s plynatostí zavedením rektální rourky do konečníku nejdéle na 20 minut. Dojde k vyřazení rektálního svěrače z činnosti a plyny mohou volně odcházet. Porodní asistentka ovlivňuje plynatost i změnou polohy klientky, posazováním a včasnou mobilizací klientky. K podpoření střevní peristaltiky porodní asistentka aplikuje léky dle ordinace lékaře, podává bylinné čaje, vhodnou stravu a tekutiny, může také přikládat teplé obklady na podbříšek. Stolicí by měla mít klientka 3. – 4. pooperační den. Pokud se stolice spontánně neobnoví, podává porodní asistentka dle ordinace lékaře glycerinové čípky, laktulózu nebo může

podat malé klyzma. Klyzma nepodáváme u klientek po appendektomii a po operaci střev během gynekologické operace.

Pooperační komplikací může být paralytický ileus. Při této komplikaci zavádí porodní asistentka klientce nazogastrickou sondu a podává prokinetika a neostigmin (Syntostigmin) k podpoře peristaltiky, to vše dle ordinace lékaře. Sleduje příjem a výdej tekutin, protože tento stav je většinou provázen zvracením. Ošetřovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9.

1.8.7 Vodní a elektrolytové hospodářství

Z důvodu ztráty tělesných tekutin způsobené krvácením při operačním výkonu dochází ke změnám ve vodním a elektrolytovém hospodářství, proto porodní asistentka pravidelně sleduje fyziologické funkce, krvácení, zvracení, příjem a výdej tekutin. Ztráty tělesných tekutin jsou hrazeny parenterální cestou formou transfuzí krevních derivátů nebo infuzními roztoky, které se mohou podávat do periferní nebo centrální žíly. Infuzní roztoky upravují objem a minerálové složení, slouží k dodávce energie, léků a ovlivňují bilanci tekutin. Porodní asistentka provádí u klientky odběry dle ordinace lékaře, výsledky hlásí lékaři a ten dle aktuálních hodnot a stavu klientky ordinuje vhodnou terapii. K infuzní terapii přistupujeme i při zvracení v následujících pooperačních dnech nebo při dalších pooperačních komplikacích. Při dlouhodobé nemožnosti perorálního příjmu musíme výživu klientky zajistit podáváním parenterální výživy „All in One“.

Veškeré údaje a změny stavu klientky porodní asistentka zaznamenává průběžně do dokumentace klientky. Ošetřovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9.

1.8.8 Prevence tromboembolické nemoci

V pooperačním období se porodní asistentka věnuje prevenci vzniku tromboembolické nemoci. Na prevenci se zaměřuje již před operačním výkonem. Porodní asistentka aplikuje klientce miniheparinizaci minimálně 12 hodin před operačním výkonem dle Standardu Fakultní nemocnice Plzeň. U klientek, kterým se

před vlastní operací zavádí epidurální katétr, musí být dodržena doba aplikace miniheparinizace minimálně 12 hodin, jinak se při zavádění epidurálního katétru zvyšuje riziko vzniku spinálního hematomu, což je již předoperační komplikace.

V den operace porodní asistentka provede klientce elastické bandáže dolních končetin. Po operaci začíná s včasnou mobilizací klientky, dechovou rehabilitací (prevence hypostatické pneumonie) a pasivním cvičení na lůžku. V dalších pooperačních dnech provádí na našem pracovišti rehabilitaci klientek fyzioterapeutka.

Po operaci se nadále ponechávají elastické bandáže dolních končetin do úplné a dostatečné mobilizace klientky a pokračujeme v aplikaci miniheparinizace dle ordinace lékaře. Miniheparinizaci podává porodní asistentka klientce až do doby, kdy bude propuštěna do domácího ošetřování. U klientek po operaci pro maligní onemocnění je prodloužená profylaxe tromboembolické nemoci na 4 týdny. Lékař předepisuje klientce miniheparinizaci na recept na 20 dní po propuštění do domácího ošetřování. Porodní asistentka během hospitalizace edukuje klientku o správné aplikaci miniheparinizace a prakticky ji učí samotné aplikaci. Veškeré údaje zaznamenává do dokumentace klientky. Ošetřovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9.

1.8.9 Prevence proleženin

Velký význam v prevenci dekubitů mají časté změny polohy klientky, pečlivě upravené lůžko a péče o predilekční místa. U klientek, jejichž zdravotní stav a schopnost mobilizace se po operaci zhorší, je zhodnoceno riziko vzniku dekubitů dle Nortonové a zaveden Plán péče o dekubity. Klientka je pravidelně polohována po 2 hodinách, pravidelně je prováděna hygienická péče a péče o pokožku speciálními hygienickými přípravky řady Menalind. Porodní asistentka pravidelně kontroluje invazivní vstupy a zavedený permanentní močový katétr při každé manipulaci s klientkou (nejdéle po 2 hodinách), dbá na dostatečnou hydrataci a výživu klientky.

U epidurální či spinální analgezie je klientka uložena na lůžku do vodorovné polohy po dobu 24 hodin. Porodní asistentka u klientky kontroluje hybnost a čítí dolních končetin, podkládá je do úplného obnovení jejich funkce. Při změnách stavu či

komplikacích spojených s epidurální anestezií a analgezií ihned informuje lékaře a vše zaznamenává do dokumentace klientky. Ošetrovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9.

1.8.10 Celková hygienická péče

Hygienická péče klientky je prováděna dle Standardu Fakultní nemocnice Plzeň. Porodní asistentka věnuje pozornost zvýšené hygieně genitálu a péči o operační ránu (oplachuje genitál minimálně 2x denně, provádí pravidelně výměnu vložek, celkovou hygienu na lůžku 1x za 24 hodin, výměnu ložního a osobního prádla dle potřeby klientky). Po mobilizaci klientky ji porodní asistentka doprovází a pomáhá při sprchování, oplachu genitálu po vyprazdňování, provádí toaletu na bidetu a edukuje klientku o časté výměně osobního prádla.

Sterilní krytí na incizích u laparoskopických hysterektomií odstraňuje porodní asistentka za 24 hodin od operace a provede s klientkou celkovou sprchu bez použití kosmetických přípravků. Taktéž můžeme provést první pooperační den sprchování u klientek po vaginální hysterektomii.

Zvláštní péče je zaměřena na dutinu ústní, protože je omezen příjem tekutin jak před operací, tak po určitou dobu po operaci. U klientky dochází k osychání jazyka a sliznice dutiny ústní a tím k nepříjemnému zápachu. K tomuto stavu se může ještě přidružit pooperační nauzea a zvracení. Porodní asistentka pravidelně ošetřuje klientce dutinu ústní a podle jejího stavu ji motivuje k čištění zubů a vyplachování úst několikrát denně. Hygiena dutiny ústní je doplněna celkovou hygienou (Standard Fakultní nemocnice Plzeň). Ošetrovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9.

1.8.11 Péče o operační ránu

U klientek po laparotomické operaci odkrýváme suturu třetí pooperační den a týž den provádíme celkovou hygienu ve sprše. U laparoskopických hysterektomií odstraňujeme krytí z incizí 24 hodin po operaci a provádíme celkovou koupel. Odstranění stehů ze sutury provádí porodní asistentka dle ordinace lékaře, druhu

operace a stavu operační rány (od čtvrtého pooperačního dne u Laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie až sedmý až osmý pooperační den u klientek po abdominální operaci). Při krvácení z operační rány provádí porodní asistentka převazy dle potřeby a za přísně aseptických podmínek. Při začervenání operační rány přikládá dle ordinace lékaře obklady s protizánětlivými prostředky (Prontosan, Dermacyn, Persteril 0,25% na 15 – 20 minut). Při hnisavé sekreci z operační rány provede porodní asistentka stěr z operační rány dle ordinace lékaře ještě před přiložením obkladu nebo před aplikací antibiotik. Ošetrovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9.

1.8.12 Péče o psychickou stránku ženy

Některé operační zákroky jsou obzvláště psychicky zatěžující, zvláštní pozornost věnují porodní asistentky klientkám s onkologickou diagnózou, po hysterektomii (ztráta dělohy je někdy provázena pocity viny jako „neúplné“ ženy, s neschopností rodit děti v reprodukčním období, obavou ze snížení sexuální reaktivity a tím ztráty partnerova zájmu). Pohysterektomický syndrom je reakce na operační odnětí dělohy, provázený únavou, poruchami spánku, bolestmi hlavy, návaly, závratěmi a močovými obtížemi.

Po ovarektomii klientka prožívá obdobné pocity jako u hysterektomie, navíc provázené klimakterickým syndromem. Pokud si klientka přeje jen s někým popovídat, jsou zde k dispozici porodní asistentky a lékař, kteří ji v soukromí vyslechnou a promluví s ní. Pokud stav klientky nebo klientka sama vyžaduje hlubší a zvláštní psychologický přístup, porodní asistentka informuje klinického psychologa, který dochází na naše pracoviště a tím zajistí psychologickou intervenci. Ošetrovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9.

1.8.13 Edukace klientky

Porodní asistentky edukují klientku o zásadách správné životosprávy, o dostatku tělesného a psychického klidu, o nezatěžování organismu (nošení a zvedání těžkých břemen). Klademe důraz na hygienu (preference sprchování), na péči o operační ránu,

stolici, prevenci infekcí, sexuální abstinenci po dobu 6 týdnů, postupnou rehabilitaci, dostatek živin a vitaminů, ochranu před prochladnutím (vhodné oblékání).

U klientek se zaměřujeme na vnímání změn v sexualitě, problémy při pohlavním styku, hygienické návyky pohlavního života, užívání hormonální substituce, nástup klimakteria. Ošetrovatelské diagnózy jsou uvedeny v příloze 9.

1.8.14 Informace o následné léčbě

Před propuštěním klientky z hospitalizace lékař informuje klientku o návštěvě u svého gynekologa, o trvání pracovní neschopnosti, o nároku na lázeňskou léčbu, o dispenzarizaci, o následné onkologické léčbě (kam a kdy se na koho obrátit, návrhy pokračující léčby – chemoterapie, radioterapie, hormonální terapie) (5, 9, 13, 14, 18, 23, 24, 25, 27, 29).

1.9 Pooperační komplikace spojené s bolestí

Infekce v ráně

Po výkonech zasahujících infikované tkáně (např. vypouštění abscesu) je sekundární infikování operační rány velmi časté. K infekci může dojít i po aseptických operacích. Zdroj může být v samotné klientce, v kontaminaci rány při operaci operačním týmem (kapénkovou infekcí) nebo operačním materiálem (chirurgické nástroje, šicí materiál), z neseptického prostředí operačního sálu (cirkulující vzduch). V pooperačním průběhu může být rána kontaminována při nedodržování bariérového režimu. Mezi příznaky infekce v ráně patří leukocytóza, bolest, která může být přičítána pooperační bolesti, zarudnutí operační rány, sekrece z operační rány, napětí kůže, změny fyziologických funkcí, febrilie.

Z takto infikované operační rány se odstraní kožní stehy, porodní asistentka provede odběr stěru z rány na kultivaci a citlivost. Lékař provede vypuštění hnisu, založí drén, aplikuje dezinfekční nebo protizánětlivé prostředky. Při převazech důsledně

dodržujeme pravidla asepse. Dle výsledků kultivace z rány lékař předepisuje antibiotika a porodní asistentka zajistí periferní žilní katétr a podání antibiotik (9, 21, 22).

Krvácení z operační rány

Krvácení z operační rány se vyskytuje častěji u klientek s různými poruchami hemokoagulace nebo může být důsledkem nedostatečného stavění krvácení při operaci. Krvácení se může projevit po ukončení operace při vzestupu krevního tlaku, sklouznutím stehu nebo narušením cévní stěny. Krev prosakuje skrze krytí, rána může také krvácet pod kůži a vytvořit podkožní hematoma.

Příznaky krvácení z operační rány jsou bolest, subfebrilie, otok rány, pocit tlaku v ráně, změna barvy kůže a okolí rány. Při prosakování z rány hned po operačním výkonu je nutná mírná komprese sterilními čtverci, aplikace sáčku s pískem, aplikace ledu. Při krvácení z tepny se provádí revize rány, vypuštění hematoma, drenáž rány a podávají se antibiotika.

Krvácení z operační rány lze předejít důsledným stavěním krvácení při operaci, u krvácivých stavů provést v předoperační přípravě úpravu koagulace. Kde můžeme krvácení do podkoží předpokládat je vhodné zavést drén (Redonův drén) (9, 21, 22).

Rozestup operační rány = dehiscence

Dehiscencí jsou ohroženy především rány laparotomické. Zvýšené riziko je u klientek s maligními nádory, s dekompenzovaným diabetem mellitem, u obézních klientek, u kachektických a ikterických klientek a u klientek s nedostatkem bílkovin a vitamínu C.

Příčinou dehiscence operační rány mohou být technické chyby při šití rány, chybné vedení řezu, drény vyvedené ranou, pooperační krvácení a infekce rány, aplikace cytostatik a kortikoidů, kašel, zvracení, meteorismus po operaci nebo náhlé zvýšení nitrobřišního tlaku.

Nejčastějším příznakem je bolest, prosáknutí krycího obvazu serózně sangvinolentním výpotkem, příznaky stěvních parézů.

Terapie je konzervativní s případnou resuturou po vyléčení infektu v ráně, při ruptuře všech vrstev rány je nutná resutura. Komplikací při dehiscenci operační rány je uskřínutí a perforace vyhřezlé střevní kličky.

Preventivním řešením je tlumení kašle (při kašli přidržovat břicho ze stran), zavedení nazogastrické sondy k zabránění zvracení, nácvik šetrného vstávání z lůžka (9, 21, 22).

Záněty kůže v okolí operační rány

Záněty kůže mohou být způsobeny účinkem dezinfekčního prostředku při dezinfekci operačního pole, alergií na náplast, vytékáním sekretu z rány drénem nebo píštělí na kůži. Příznakem je bolestivé začervenání, výskyt papul a pustul s obnažením koria a mokváním. Základní léčbou je odstranění příčin zánětu, omývání kůže léčebným roztokem, aplikace mastí, kortikoidů, analgetik a antihistaminik, zvýšená hygienická péče o kůži. Důležitou prevencí je správný odběr anamnézy hlavně alergologické (22, 24).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

- 1) Zjistit, zda jsou klientky informovány o možnostech tišení bolesti po hysterektomii.
- 2) Zjistit spokojenost klientek s přístupem porodních asistentek k problematice pooperační bolesti.

2.2 Hypotézy

- 1) Klientky jsou informovány o možnostech tišení bolesti po hysterektomii.
- 2) Klientky jsou spokojeny s přístupem sester k problematice řešení pooperační bolesti.

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda

K výzkumu bolesti žen po gynekologických operacích byla použita technika sběru dat – dotazník. Jedná se o soustavu předem připravených a formulovaných otázek, na které klientky písemně odpovídaly. Tuto nejčastěji používanou techniku jsem zvolila z několika důvodů. Sběr dat se může odehrávat v krátkém časovém úseku od poměrně velkého výzkumného souboru a respondentky mají větší pocit anonymity než například při rozhovoru.

Bylo rozdáno 150 dotazníků, vráceno 135 dotazníků, takže návratnost je 90 %. Z navrácených dotazníků nebylo kompletně vyplněno 25 dotazníků, tudíž jsem pracovala se 110 dotazníky, což představuje 73 % všech rozdaných dotazníků.

Dotazník je sestaven z 28 otázek. Úvodní otázky byly zaměřeny na identifikaci respondentek (věk, vzdělání, počet operací). Další oblast otázek byla zaměřena na informovanost o pooperační bolesti a analgetické terapii (otázka 4 – 6). Následovaly otázky týkající se operačního přístupu, pobytu na pooperačním pokoji a pooperační bolesti (otázka 7 – 14). Na problematiku mobilizace a zvracení byly položeny otázky 15 – 19. Další otázky byly zaměřeny na drenáž operační rány (otázka 20 – 22). Na jiné možnosti úlevy od bolesti byla položena otázka 23 a 23a. Další okruh otázek byl zaměřen na alternativní léčbu bolesti (otázka 24 – 25). V závěru dotazníku jsem se zaměřila na spokojenost klientek a dostupnost porodních asistentek při tišení pooperační bolesti (otázka 26 – 28).

Otázky v dotazníku byly otevřené, uzavřené a polootevřené.

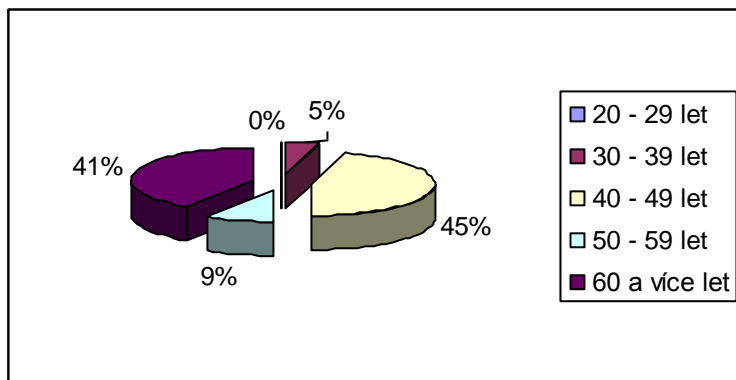
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily respondentky, které absolvovaly gynekologickou operaci = hysterektomii. Tato skupina operací v sobě zahrnovala hysterektomie laparotomické, laparoskopické a vaginální. Velikost výběrového souboru tvořilo 110

klientek. Respondentky byly hospitalizovány na Gynekologickém pooperačním oddělení a Oddělení konzervativní gynekologie Fakultní nemocnice Plzeň.

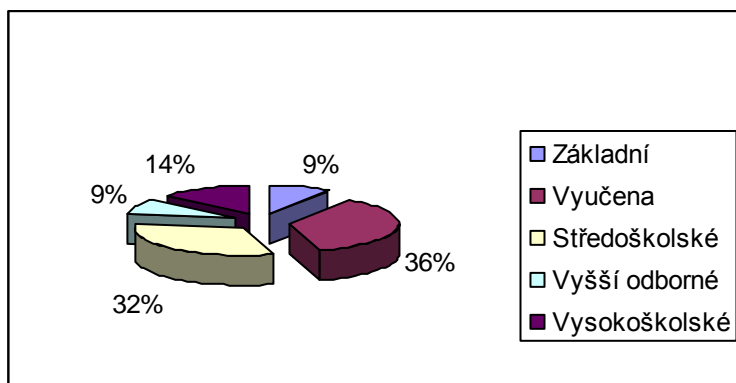
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Graf 1 – Věk respondentek



Graf 1 nám ukazuje, že z celkového počtu 110 (100 %) respondentek není žádná respondentka (0 %) ve věku 20 – 29 let, ve věku 30 – 39 let je 5 (5 %) respondentek, ve věku 40 – 49 let je 50 (45 %) respondentek, ve věku 50 – 59 let je 10 (9 %) respondentek a ve věku 60 let a více je 45 (41 %) respondentek.

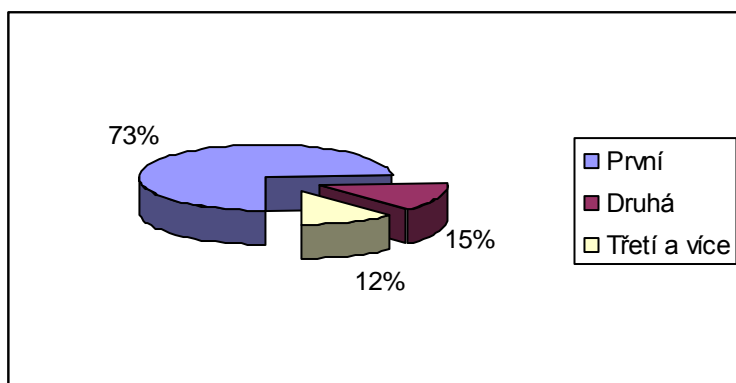
Graf 2 – Vzdělání respondentek



Graf 2 znázorňuje vzdělání respondentek a ukazuje, že ze 110 (100 %) respondentek má 10 (9 %) respondentek základní vzdělání, 40 (36 %) respondentek je

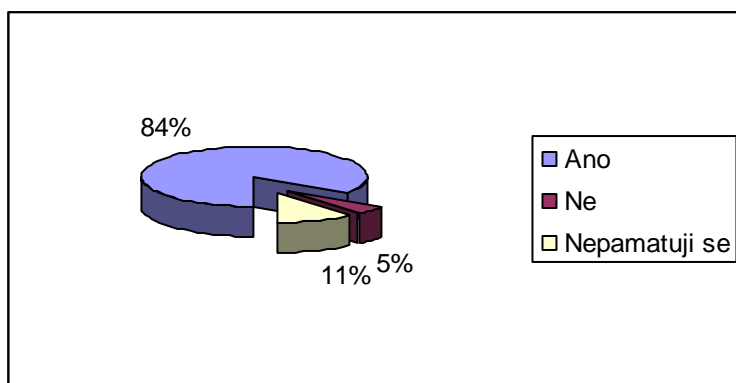
vyučených, 35 (32 %) respondentek má středoškolské vzdělání, 10 (9 %) respondentek má vzdělání vyšší odborné a 15 (14 %) respondentek má vysokoškolské vzdělání.

Graf 3 – Četnost gynekologických operací



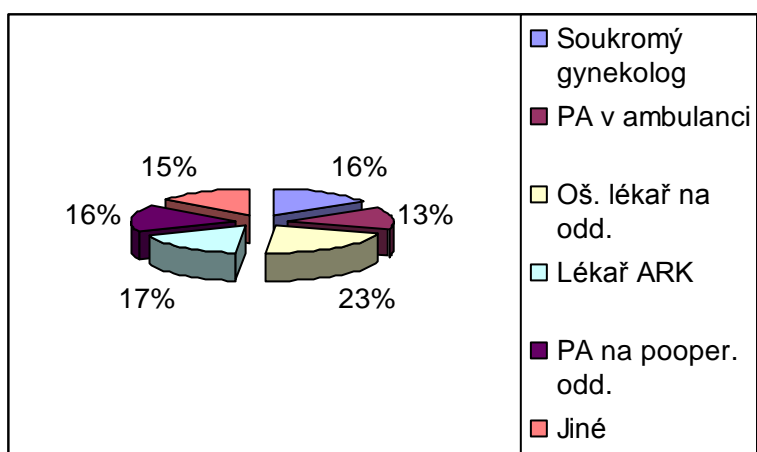
Graf 3 znázorňuje četnost gynekologických operací u jednotlivých respondentek. Z počtu 110 (100 %) respondentek jich 81 (73 %) prodělalo první gynekologickou operaci, druhou gynekologickou operaci prodělalo 16 (15 %) respondentek a třetí a více gynekologických operací prodělalo 13 (12 %) respondentek.

Graf 4 – Informovanost o výskytu bolesti



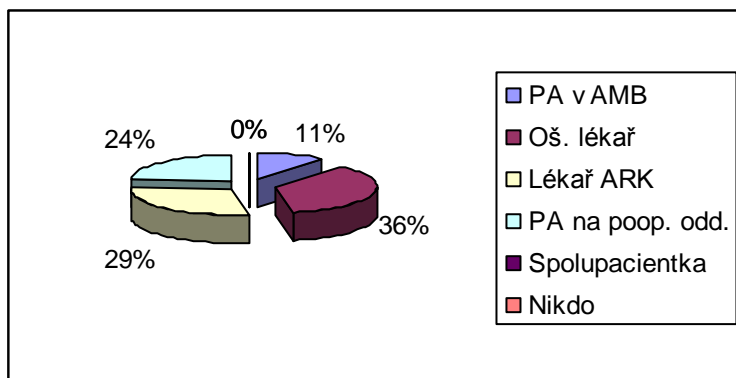
Z grafu 4 je patrné, že ze 110 (100 %) respondentek bylo 93 (84 %) respondentek informováno o možné bolesti po operaci, 5 (5 %) informováno nebylo a 12 (11 %) respondentek si to nepamatovalo.

Graf 5 – Osoby informující o bolesti



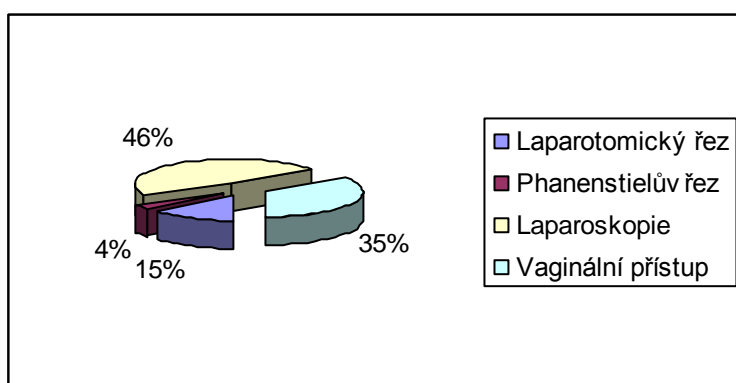
Graf 5 navazuje na graf 4 a ukazuje, že 93 (100 %) respondentek odpovědělo na předešlou otázku kladně. 15 (16 %) respondentek informoval o bolesti soukromý gynekolog, 12 (13 %) respondentek informovala porodní asistentka v ambulanci, 21 (23 %) respondentek informoval ošetřující lékař na pooperačním oddělení, 16 (17 %) respondentek informoval lékař anesteziolog, 15 (16 %) respondentek informovala porodní asistentka na pooperačním oddělení. Možnost jiné zvolilo 14 (15 %) respondentek, přičemž 8 respondentek získalo informace na internetu, 4 respondentky z dotazníku a 2 respondentky od své matky.

Graf 6 –Osoby informující o analgetické terapii



Graf 6 znázorňuje informovanost o analgetické terapii respondentek. Z počtu 110 (100 %) respondentek podala porodní asistentka v ambulanci informace 12 (24 %) respondentkám, ošetřující lékař podal informace 40 (36 %) respondentkám, lékař anesteziolog podal informace 32 (29 %) respondentkám, porodní asistentka na pooperačním oddělení podala informace 26 (24 %) respondentkám, na možnosti spolupacientka (0 %) a nikdo (0 %) neodpověděla žádná respondentka.

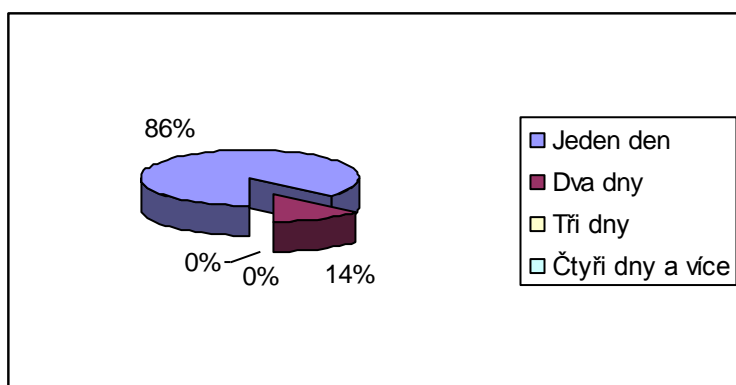
Graf 7 – Operační přístup



Graf 7 znázorňuje, že z počtu 110 (100 %) respondentek bylo z laparotomického řezu odoperováno 16 (15 %) respondentek, z Pfannenstielova řezu 4 (4 %)

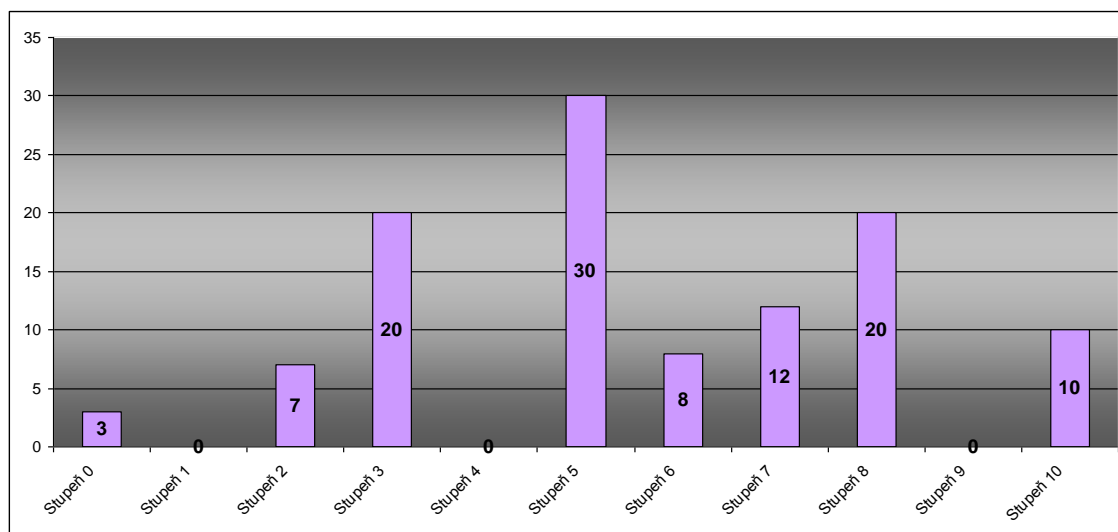
respondentky, 52 (46 %) respondentek laparoskopickým přístupem a 38 (35 %) respondentek vaginálním přístupem.

Graf 8 – Délka pobytu na pooperačním pokoji



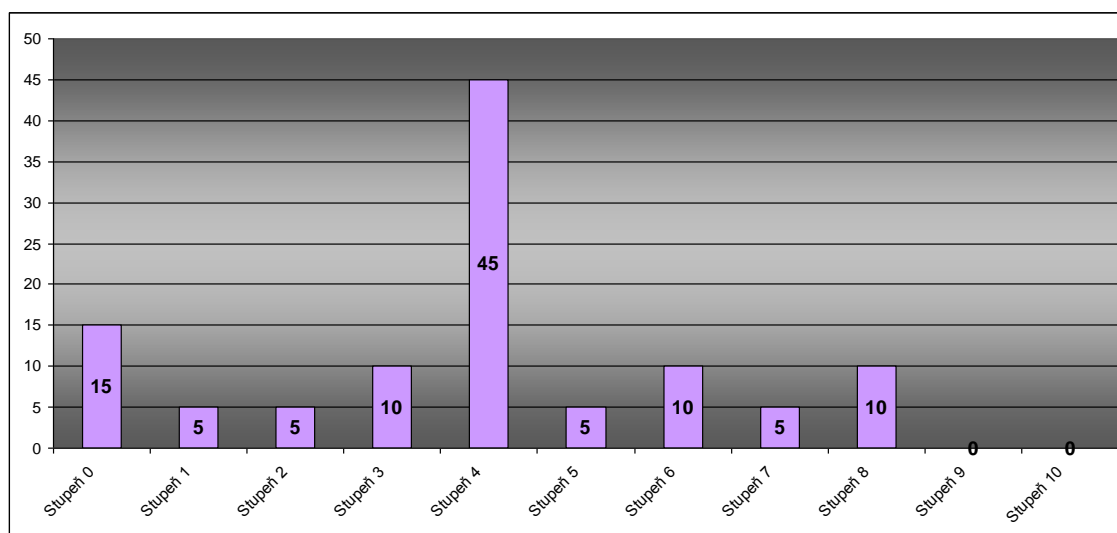
Graf 8 znázorňuje délku pobytu na pooperačním pokoji. Z počtu 110 (100%) respondentek jich 95 (86 %) na něm pobýlo jeden den, 15 (14 %) respondentek dva dny a déle než dva dny na pooperačním pokoji žádná (0 %) respondentka nepobývala.

Graf 9 – Intenzita bolesti 0. pooperační den



Graf 9 informuje o intenzitě bolesti 0. pooperační den. Z počtu 110 (100 %) respondentek hodnotily bolest stupněm-0 3 (3 %) respondentky, stupněm-1 (0 %) žádná respondentka, stupněm-2 hodnotilo bolest 7 (6 %) respondentek, stupněm-3 ohodnotilo bolest 20 (18 %) respondentek, stupněm-4 nehodnotila bolest (0 %) žádná respondentka, stupněm-5 hodnotilo bolest 30 (28 %) respondentek, stupněm-6 hodnotilo bolest 8 (7 %) respondentek, stupněm-7 ohodnotilo bolest 12 (11 %) respondentek, stupněm-8 hodnotilo bolest 20 (18 %) respondentek, stupněm-9 nehodnotila bolest (0 %) žádná respondentka a stupeň-10 zvolilo 10 (9 %) respondentek.

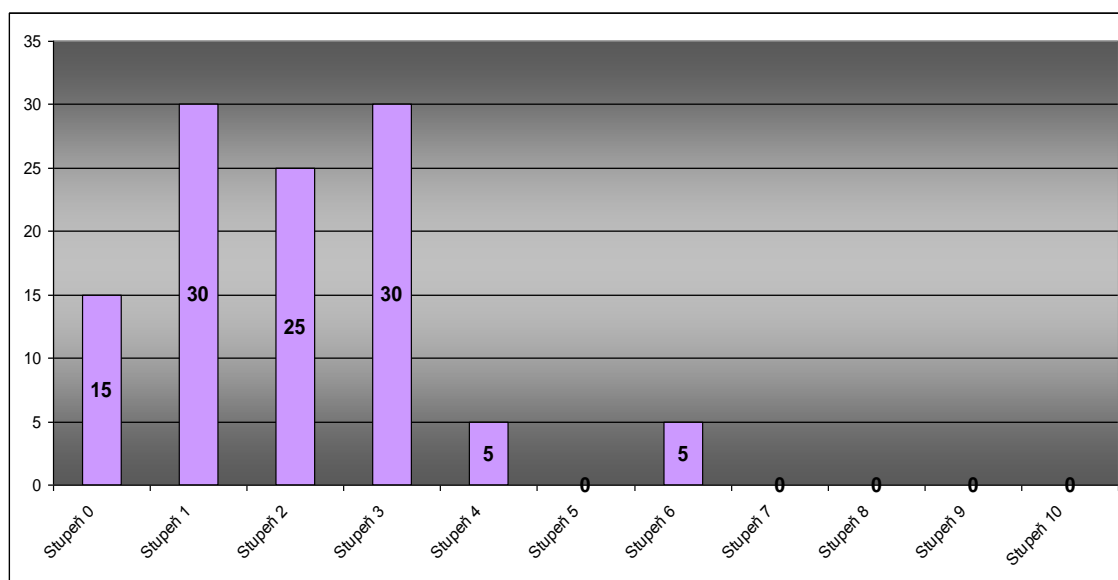
Graf 10 – Intenzita bolesti 1. pooperační den



V grafu 10 je znázorněna intenzita bolesti 1. pooperační den. Z počtu 110 (100%) respondentek ohodnotilo bolest stupněm-0 15 (13%) respondentek, stupněm-1 hodnotilo bolest 5 (5 %) respondentek, stupněm-2 ohodnotilo bolest 5 (5 %) respondentek, stupněm-3 hodnotilo bolest 10 (9 %) respondentek, stupněm-4 ohodnotilo bolest 45 (40 %) respondentek, stupněm-5 hodnotilo bolest 5 (5 %) respondentek, stupněm-6 ohodnotilo bolest 10 (9 %) respondentek, stupněm-7 hodnotilo bolest 5

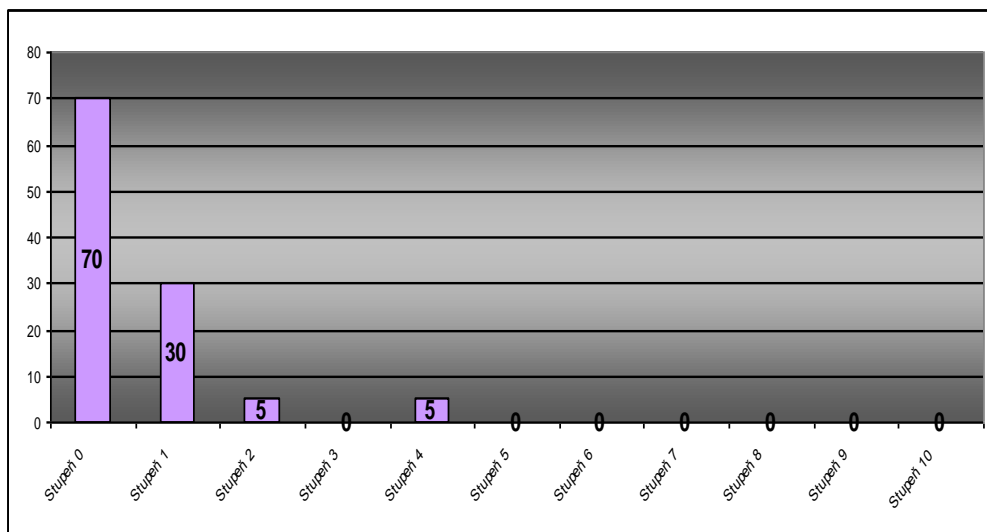
(5 %) respondentek, stupněm-8 ohodnotilo bolest 10 (9 %) respondentek, stupněm-9 (0 %) a stupněm-10 (0 %) nehodnotila bolest žádná respondentka.

Graf 11 – Intenzita bolesti 2. pooperační den



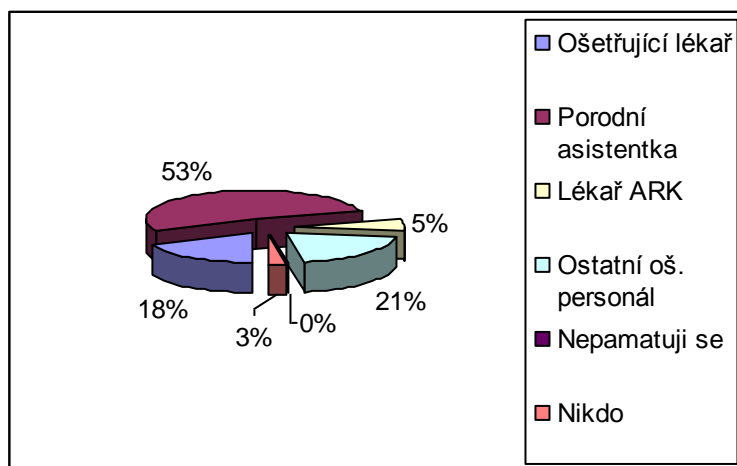
Graf 11 znázorňuje intenzitu bolesti 2. pooperační den. Z počtu 110 (100 %) respondentek ohodnotilo bolest stupněm-0 15 (14 %) respondentek, stupněm-1 ohodnotilo bolest 30 (26 %) respondentek, stupněm-2 hodnotilo bolest 25 (23 %) respondentek, stupněm-3 ohodnotilo bolest 30 (27 %) respondentek, stupněm-4 hodnotilo bolest 5 (5 %) respondentek, stupněm-5 (0 %) neohodnotila bolest žádná respondentka, stupněm-6 hodnotilo bolest 6 (5 %) respondentek, stupněm- 7 až stupněm-10 (0 %) nehodnotila bolest žádná respondentka.

Graf 12 – Intenzita bolesti 3. – 5. pooperační den



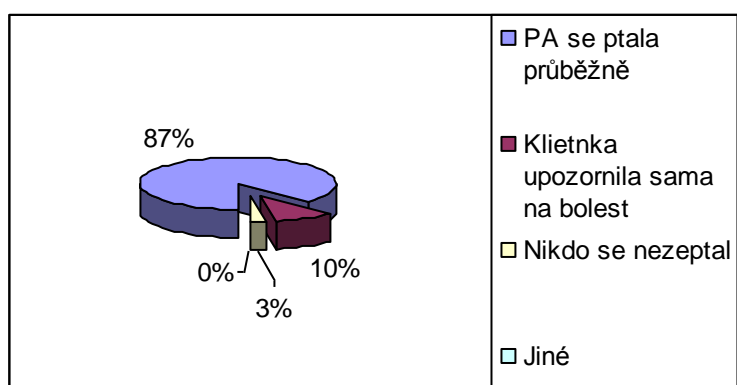
Graf 12 ukazuje na intenzitu bolesti 3. – 5. pooperační den. Z počtu 110 (100 %) respondentek 70 (63 %) respondentek ohodnotilo bolest stupněň-0, 30 (27 %) respondentek ohodnotilo bolest stupněň-1, 5 (5 %) respondentek ohodnotilo bolest stupněň-2, stupněň-3 (0 %) neohodnotila bolest žádná respondentka, 5 (5 %) respondentek ohodnotilo bolest stupněň-4, stupněň-5 až stupněň-10 (0 %) neohodnotila bolest žádná respondentka.

Graf 13 – Osoby zjišťující pooperační bolest



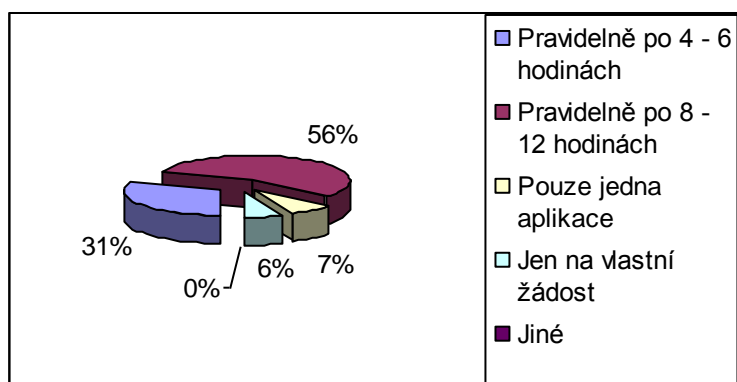
Graf 13 znázorňuje, že ze 110 (100 %) respondentek zjišťoval ošetřující lékař bolest u 20 (18 %) respondentek, porodní asistentka zjišťovala bolest u 58 (53 %) respondentek, lékař anesteziolog zjišťoval bolest u 6 (5 %) respondentek, ostatní ošetřující personál zjišťoval bolest u 23 (21 %) respondentek, u 3 (3 %) respondentek nezjišťoval nikdo pooperační bolest.

Graf 14 – Způsoby zjišťování bolesti



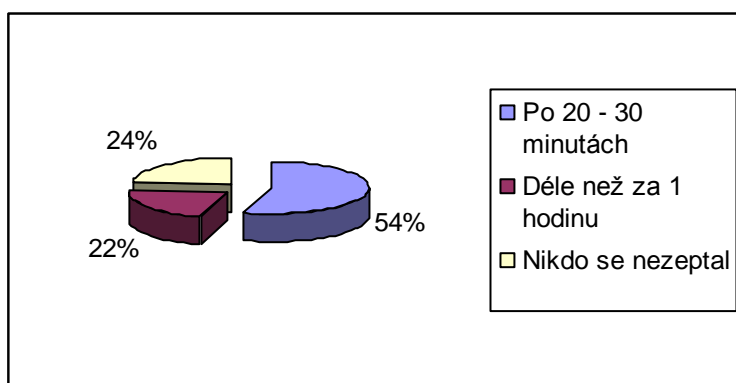
Graf 14 ukazuje, že z počtu 110 (100 %) respondentek se u 96 (87 %) respondentek ptala porodní asistentka na bolest průběžně, 11 (10 %) respondentek muselo na bolest upozornit samo, u 3 (3 %) respondentek se na bolest nikdo nezeptal. Možnost jiné (0 %) nezvolila žádná respondentka.

Graf 15 – Intervaly aplikace analgetik



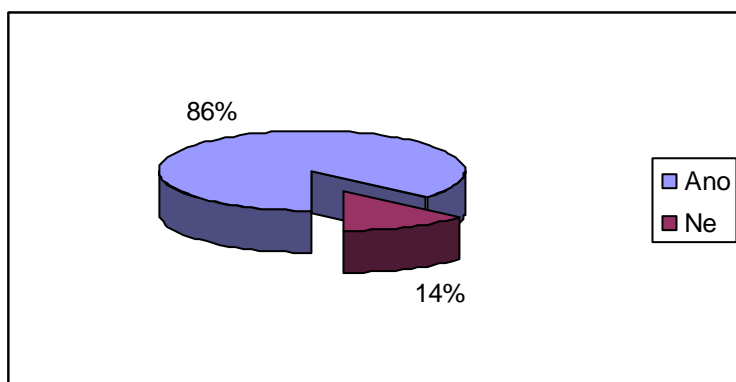
Graf 15 nám popisuje, že z počtu 110 (100 %) respondentek jich 34 (31 %) dostávalo analgetika pravidelně po 4 – 6 hodinách, 61 (56 %) respondentek dostávalo analgetika po 8 – 12 hodinách, 8 (7 %) respondentkám byla podána analgetika pouze jednou, 7 (6 %) respondentkám byla podána analgetika jen na vlastní žádost. Možnost jiné (0 %) ne zvolila žádná respondentka.

Graf 16 – Dotaz porodní asistentky na úlevu po aplikaci analgetik



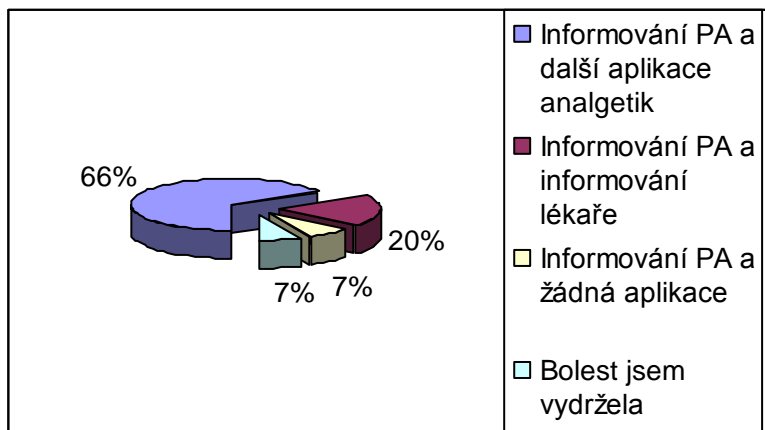
Graf 16 informuje o tom, že z počtu 110 (100 %) respondentek se u 60 (54 %) respondentek porodní asistentka zeptala na úlevu po podání analgetik po 20 – 30 minutách od jejich aplikace, 24 (22 %) respondentky byly tázány na úlevu déle než za 1 hodinu a 26 (24 %) respondentek se na úlevu nikdo nezeptal.

Graf 17 – Úleva od bolesti po aplikaci analgetik



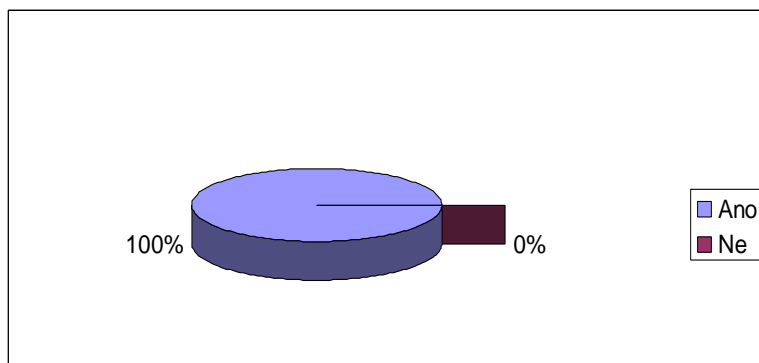
Graf 17 znázorňuje, že ze 110 (100 %) respondentek jich 95 (86 %) pocítilo úlevu po aplikaci analgetik a 15 (14 %) respondentek úlevu po aplikaci analgetik nepocítilo.

Graf 18 - Postupy při neústupu bolesti



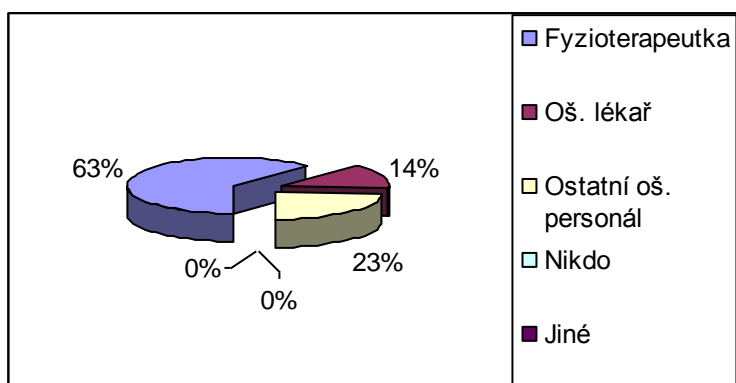
Graf 18 rozvíjí graf 17 a vyjadřuje postupy při neústupu bolesti, pokud respondenty v předešlé otázce odpověděly ne. Na tuto otázku tedy odpovídalo 15 (100 %) respondentek. Z těchto respondentek jich odpovědělo 10 (66 %), že informovaly porodní asistentku a ta jim aplikovala další analgetika, 3 (20 %) respondentky informovaly porodní asistentku a ta informovala lékaře, 1 (7 %) respondentka informovala porodní asistentku a ta neprovedla žádnou intervenci a 1 (7 %) respondentka se snažila bolest vydržet.

Graf 19 – Poučení o správné mobilizaci



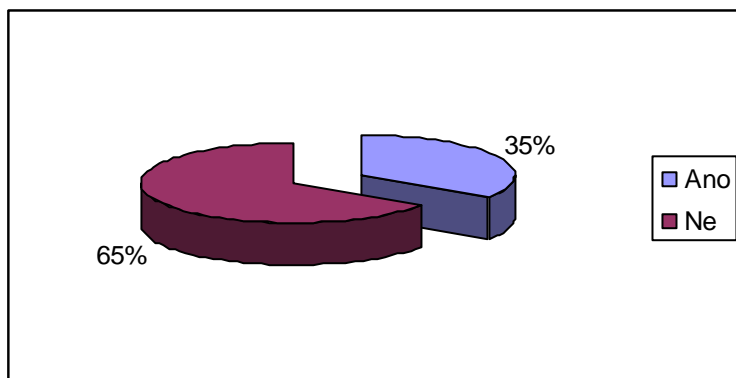
Graf 19 znázorňuje, že všechny dotazované respondentky 110 (100 %) byly poučeny o správné mobilizaci po operaci.

Graf 20 – Edukátoři o mobilizaci



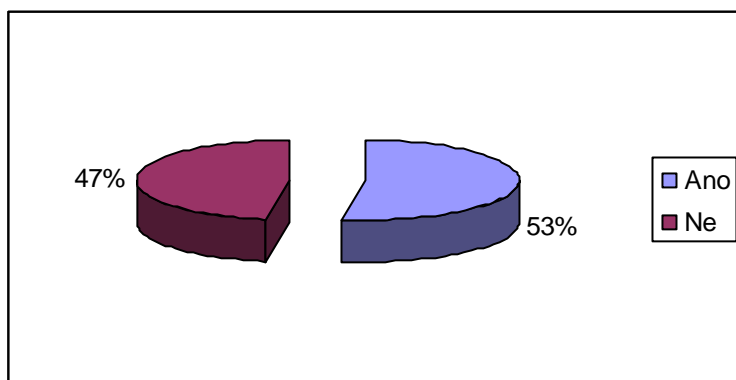
Graf 20 ukazuje, že při možnosti volit více odpovědí, z počtu 110 (100%) respondentek, jich bylo 90 (63 %) edukováno fyzioterapeutkou, 21 (14 %) respondentek edukoval ošetřující lékař, 34 (23 %) respondentek bylo edukováno ostatním ošetřujícím personálem a na možnosti nikdo (0 %) a jiné (0 %) neodpověděla žádná respondentka.

Graf 21 – Výskyt zvracení po operaci



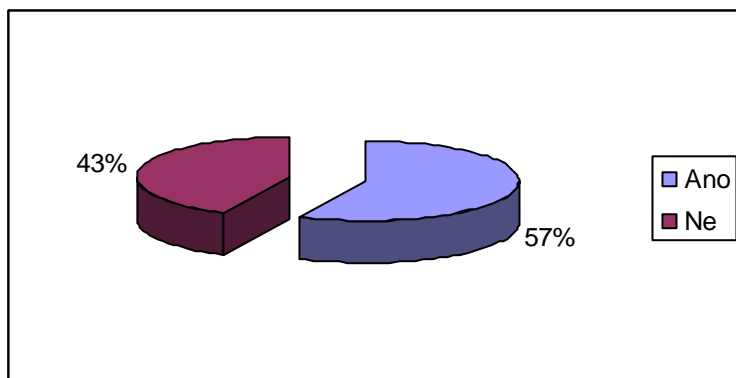
Z grafu 21 vyplývá, že z počtu 110 (100%) respondentek, 38 (35 %) respondentek zvracelo po operaci a 72 (65 %) respondentek po operaci nezvracelo.

Graf 22 – Zhoršování bolesti při zvracení



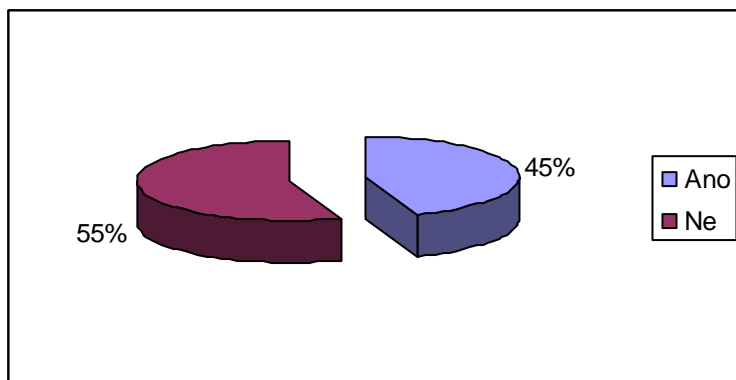
Graf 22 rozvíjí graf 21 a znázorňuje odpovědi respondentek, které v předešlé otázce odpověděly kladně. Na tuto otázku odpovědělo 38 (100 %) respondentek. U 20 (53 %) respondentek došlo ke zhoršení bolesti při zvracení a u 18 (47 %) respondentek zvracení bolest nezhoršovalo.

Graf 23 – Vysvětlení techniky při zvracení



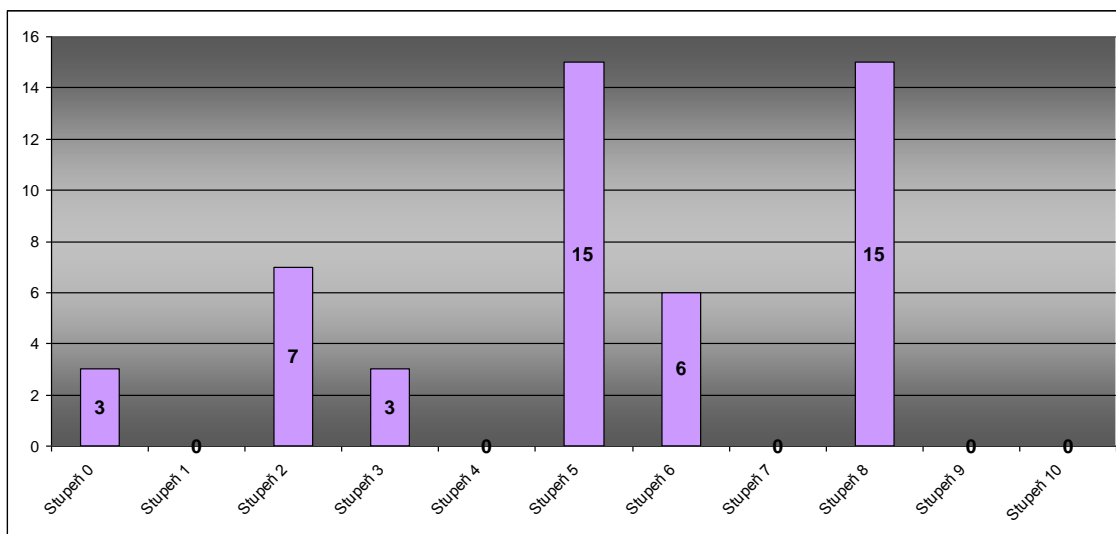
Z grafu 23 vyplývá, že z počtu 110 (100%) respondentek, byla 63 (57 %) respondentkám vysvětlena technika při zvracení a 47 (43 %) respondentek poučeno nebylo.

Graf 24 – Výskyt drénů v operační ráně



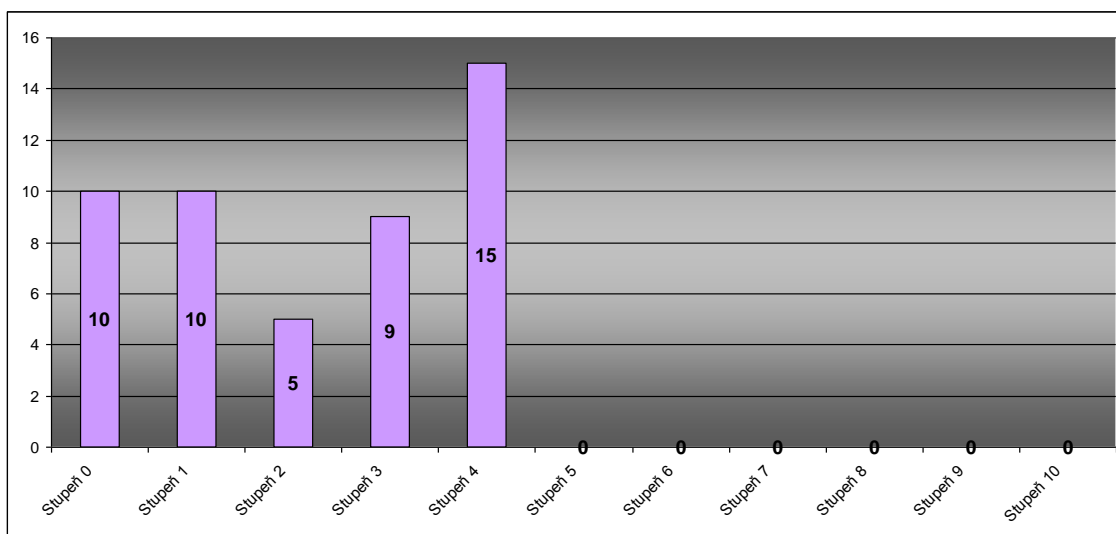
Graf 24 znázorňuje, že z počtu 110 (100%) respondentek mělo 49 (45 %) respondentek zavedeny drény do operační rány a 61 (55 %) respondentek bylo bez pooperační drenáže.

Graf 25 – Intenzita bolesti s drénem



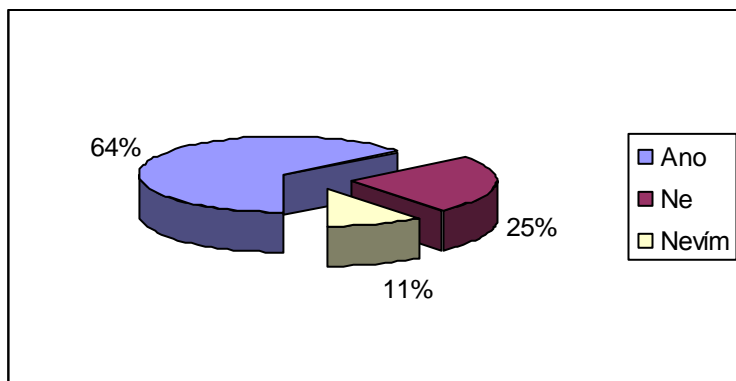
Graf 25 navazuje na graf 24 a znázorňuje odpovědi respondentek, které v předešlé otázce odpověděly kladně. Na tuto otázku odpovědělo 49 (100 %) respondentek. Z toho počtu 3 (6 %) respondentky udávaly bolest stupně-0, žádná (0 %) respondentka nehodnotila bolest stupně-1, 7 (14 %) respondentek udávaly bolest stupně-2, 3 (6 %) respondentky hodnotily bolest stupně-3, žádná (0 %) respondentka nehodnotila bolest stupně-4, 15 (31 %) respondentek ohodnotilo bolest stupně-5, 6 (12 %) respondentek hodnotilo bolest stupně-6, žádná (0 %) respondentka nehodnotila bolest stupně-7, 15 (31 %) respondentek udávalo bolest stupně-8 a bolest stupně-9 (0 %) a stupně-10 (0 %) neudávala žádná respondentka.

Graf 26 – Intenzita bolesti po odstranění drénu



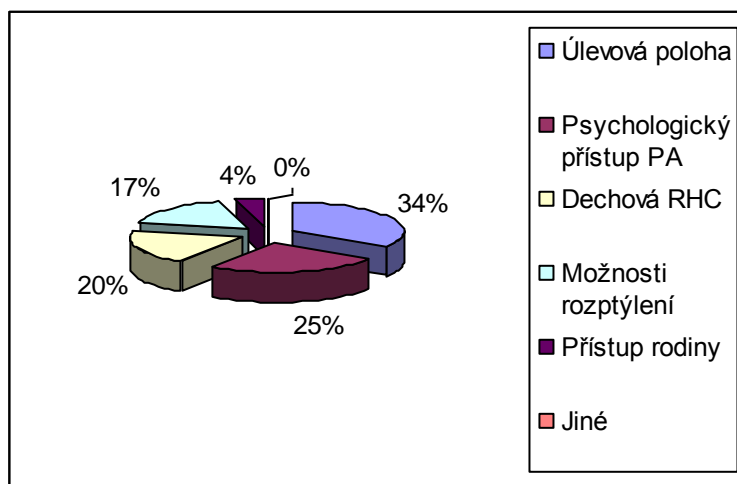
Graf 26 znázorňuje, že z počtu 49 (100 %) respondentek, byla bolest po odstranění drénu hodnocena stupněm-0 u 10 (20 %) respondentek, stupněm-1 u 10 (20 %) respondentek, stupněm-2 u 5 (10 %) respondentek, stupněm-3 u 9 (18 %) respondentek, stupněm-4 u 15 (32 %) respondentek, stupněm-5 (0%), stupněm-6 (0%), stupněm-7 (0%), stupněm-8 (0%), stupněm-9 (0%) a stupněm-10 (0%) neohodnotila bolest žádná respondentka.

Graf 27 – Jiné možnosti úlevy od bolesti



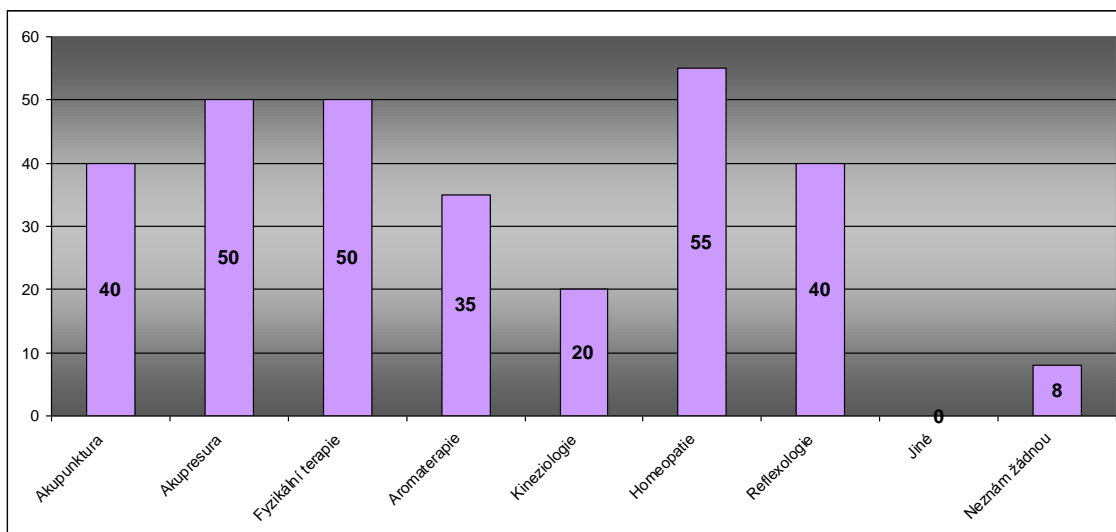
Graf 27 popisuje, že z počtu 110 (100 %) respondentek, byly nabídnuty jiné možnosti úlevy od bolesti 71 (64 %) respondentkám, 27 (25 %) respondentkám nabídnuty nebyly a 12 (11 %) respondentek nevědělo.

Graf 28 – Poskytnutí jiných možností úlevy od bolesti



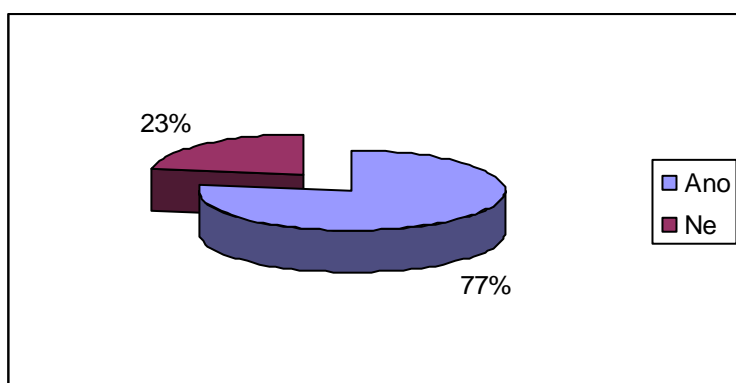
Graf 28 rozvíjí graf 27, kdy 71 (100 %) respondentek odpovědělo na předešlou otázku kladně. Z tohoto počtu byla úlevová poloha poskytnuta 24 (34 %) respondentkám, psychologický přístup porodní asistentky poskytly 18 (25 %) respondentkám, dechová rehabilitace byla poskytnuta 14 (20 %) respondentkám, možnosti rozptýlení 12 (17 %) respondentkám, přístup rodiny byl umožněn 3 (4 %) respondentkám a možnost jiné (0 %) ne zvolila žádná respondentka.

Graf 29 – Znalost alternativních metod



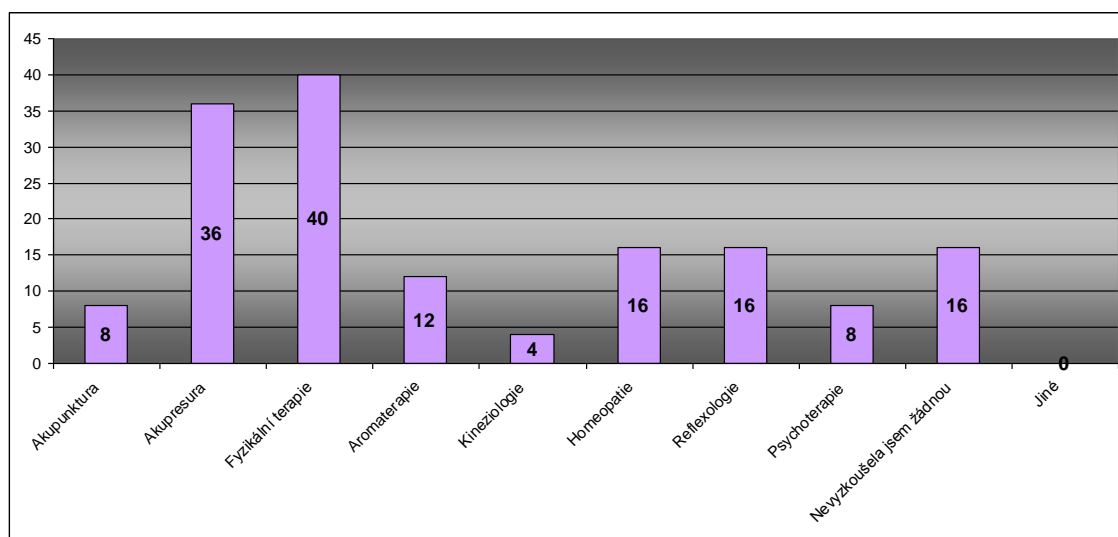
Graf 29 nám znázorňuje znalost alternativních metod. Při možnosti volby více odpovědí a počtu 110 (100 %) respondentek odpovídaly takto, 40 (13 %) respondentek znalo akupunkturu, 50 (17 %) respondentek znalo akupresuru, 50 (17 %) respondentek znalo fyzikální terapii, 35 (12 %) respondentek znalo aromaterapii, 20 (7 %) respondentek znalo kineziologii, 55 (18 %) respondentek znalo homeopatii, 40 (13 %) respondentek znalo reflexologii, možnost jiné (0 %) ne zvolila žádná respondentka a neznám žádnou alternativní metodu odpovědělo 8 (3 %) respondentek.

Graf 30 – Uznávání alternativní léčby



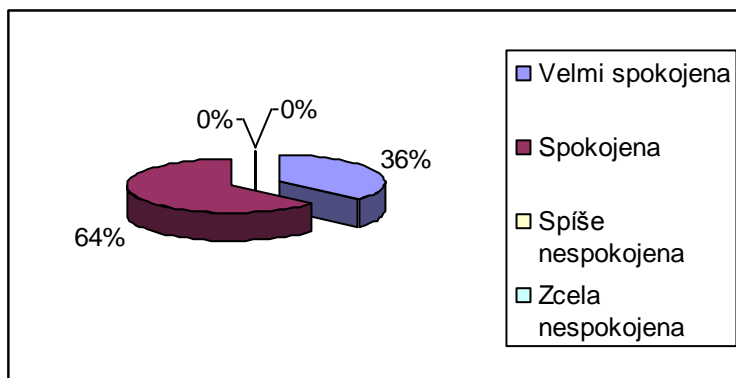
Z grafu 30 vyplývá, že z počtu 110 (100 %) respondentek, jich 85 (77 %) odpovědělo kladně a 25 (23 %) respondentek alternativní léčbu neuznává.

Graf 31 – Zkušenost s alternativní léčbou



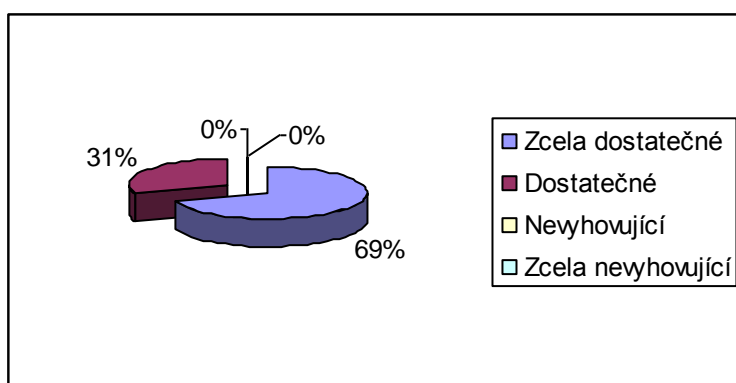
Graf 31 rozvíjí graf 30 a poukazuje na zkušenost klientek s alternativní léčbou. Při možnosti volby více odpovědí odpovídaly respondentky takto: 8 (5 %) respondentek mělo zkušenost s akupunkturou, 36 (23 %) respondentek s akupresurou, 40 (26 %) respondentek s fyzikální terapií, 12 (8 %) respondentek vyzkoušelo aromaerapii, 4 (3 %) respondentky vyzkoušely kineziologii, 16 (10 %) respondentek zkusilo homeopatii, 16 (10 %) respondentek vyzkoušelo reflexologii, 8 (5 %) respondentek zvolilo psychoterapii, 16 (10 %) respondentek nevyzkoušelo žádnou alternativní metodu a na možnost jiné (0 %) neodpověděla žádná respondentka.

Graf 32 – Spokojenost s postupy PA při mírnění bolesti



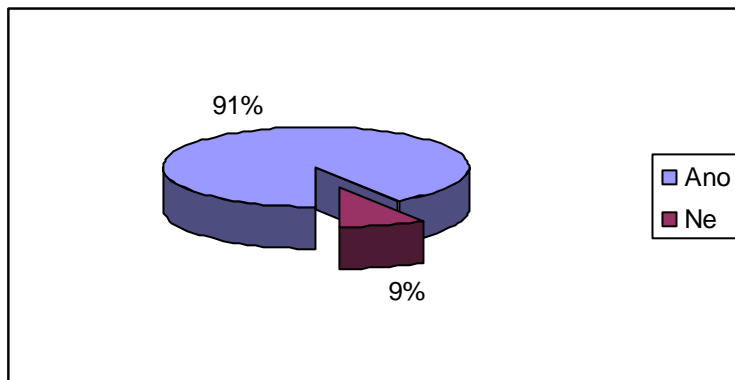
Graf 32 znázorňuje, že z počtu 110 (100 %) respondentek jich bylo 40 (36 %) velmi spokojeno s postupy PA při mírnění bolesti, 70 (64 %) respondentek bylo spokojeno, žádná (0 %) respondentka nevolila odpověď spíše nespokojena a žádná (0 %) respondentka nebyla zcela nespokojena.

Graf 33 – Úroveň zjišťování pooperační bolesti porodní asistentkou



Graf 33 nám ukazuje, že z počtu 110 (100 %) respondentek hodnotilo 76 (69 %) respondentek úroveň zjišťování pooperační bolesti za zcela dostatečnou, 34 (31 %) respondentek za úroveň dostatečnou, žádná (0 %) respondentka nevolila nevhovující úroveň a žádná (0 %) respondentka nevolila zcela nevhovující úroveň zjišťování pooperační bolesti porodní asistentkou.

Graf 34 – Dostupnost porodní asistentky při bolestech klientky



Z grafu 34 vyplývá, že z celkového počtu 110 (100 %) respondentek jich 100 (91 %) odpovědělo, že byla porodní asistentka vždy dostupná a 10 (9 %) respondentek odpovědělo, že porodní asistentka dostupná nebyla.

5 DISKUSE

Cílem výzkumné části bakalářské práce na téma Bolest žen po gynekologických operacích bylo zjistit, zda jsou klientky informovány o možnostech tišení bolesti po hysterektomii a zjistit spokojenost žen s přístupem porodních asistentek k problematice pooperační bolesti. V diskusi se zamyslím nad výsledky výzkumu, porovnávám je s teoretickými poznatky, výzkumným šetřením a svým názorem.

První otázkou bylo zjištěno, že z celkového počtu dotazovaných žen 110 (100 %) bylo nejvíce respondentek ve věku 40 – 49 let a to 50 (45 %). Respondentek ve věku 60 let a více bylo 45 (41 %). Ve věkovém rozmezí 50 – 59 let bylo 10 (9 %) respondentek a 5 (5 %) respondentek bylo ve věku 30 – 39 let. Žádná respondentka nebyla ve věku 20 – 29 let.

Masarykův onkologický ústav uvádí, rakovinu děložního čípku řadíme ke druhému nejčastějšímu gynekologickému nádorovému onemocnění. Průměrný věk postižených žen je 49 let s maximem prvního vrcholu okolo 34 - 45 let a druhého vrcholu kolem 65 – 75 let. Nejvíce ohroženou skupinou pro karcinom děložního těla jsou ženy ve věku 65 – 75 let. Ovariální karcinom se vyskytuje ve všech věkových skupinách. Obecně postihují zhoubné nádory vaječníků nejčastěji ženy ve věku mezi 50 až 75 lety (31).

Jak je výše uvedeno, věková hranice k operativnímu odstranění dělohy se snižuje. Pro včasný záchyt prekanceróz či nádorového onemocnění jsou důležité pravidelné kontroly u gynekologa. Včasná diagnostika onemocnění a chirurgické řešení zlepšuje ženám prognózu do budoucna.

Na vzdělání respondentek se vztahovala druhá otázka. Z celkového počtu 110 (100 %) dotazovaných respondentek bylo nejvíce vyučených a to 40 (36 %). Respondentek středoškolsky vzdělaných bylo 35 (32 %). V počtu 15 (14 %) jsou zastoupeny respondentky s vysokoškolským vzděláním. Rovnoměrně byly zastoupeny respondentky se vzděláním základním a vyšším odborným, které byly v počtu 10 (9 %).

Dotazem, kolikátou gynekologickou operaci respondentka absolvovala bylo zjištěno, že nejvyšší procentuální zastoupení zauímají respondentky, které absolvovaly první gynekologickou operaci. Z počtu 110 (100 %) respondentek absolvovalo první gynekologickou operaci 81 (73 %) respondentek. Druhou gynekologickou operaci podstoupilo 16 (15 %) respondentek a nejmenší skupinu dotazovaných tvořilo 13 (12 %) respondentek, které absolvovaly třetí a více gynekologických operací. Četnost gynekologických operací závisí na základním onemocnění klientky.

Šimánková uvádí, že bolest je prožívána a pocíťována velmi individuálně. Mezi faktory ovlivňující citlivost k vnímání bolesti patří i předešlé zkušenosti klientky s bolestí. Zkušenosti s bolestí mohou klientku ovlivňovat jak pozitivně, tak negativně. Pokud jsou klientky opakovaně hospitalizovány, má to velký vliv na jejich psychiku i sociální roli. Negativní zkušenost z minulosti může negativně ovlivnit i chování klientky, objevuje se strach a úzkost. Pokud klientka špatně snáší bolest, může být zhoršena i spolupráce s ní (27).

Zda byly klientky informovány o výskytu pooperační bolesti zjišťovala čtvrtá otázka. 93 (84 %) respondentek uvedlo, že bylo informováno, 5 (5 %) respondentek informováno nebylo a 12 (11 %) respondentek si nepamatuje, zda byly informovány.

Rokyta uvádí, že stupeň bolesti po operaci závisí na vhodné předoperační přípravě, vhodné anestezii, způsobu operování a pooperačním režimu. Součástí předoperační přípravy je psychologická příprava klientky a její pozitivní motivace pro operaci nebo rozhovor s operátorem, jehož účelem je navození důvěry a spolupráce mezi operátorem a klientkou (20).

Další otázka byla zaměřena na to, kdo informoval respondentky o výskytu pooperační bolesti. Nejčastěji byly informovány ošetřujícím lékařem na oddělení, toto uvedlo 21 (23 %) respondentek, 16 (17 %) respondentkám podal informace lékař anesteziolog, rovnocenně podávaly informace porodní asistentky na pooperačním oddělení a soukromý gynekolog a to 15 (16 %) respondentkám. 14 (15 %) respondentek zvolila možnost jiné, kdy 8 respondentek uvedlo, že získalo informace z internetových zdrojů, 4 respondentky z dotazníku a 2 respondentky od své matky.

Slezáková uvádí, že nástup do nemocnice a plánovaná operace je velice stresující zkušenost. Úkolem zdravotnického týmu je bojovat proti strachu z operace zejména tím, že je ženě v souvislosti s operačním zákrokem vše srozumitelně vysvětleno. Lékař objasňuje lékařský výkon a zdravotní stav, aby plně informovaná klientka mohla dát písemný souhlas k výkonu. Úkolem porodní asistentky je seznámit klientku s ošetrovatelskými intervencemi v před a pooperačním období. Informace, které porodní asistentka podává, se týkají zejména problematiky bolesti a jejího tlumení, problematiky hygienické péče, rehabilitace, operační rány, invazivních vstupů, možných vedlejších účinků anestezie a problematiky vyprazdňování. Edukace klientky značně napomáhá k dobré spolupráci a její následné rekonvalescenci (23).

Dle výsledků výzkumu získalo nejvíce klientek informace od lékařů, ať už to byl ošetřující lékař na oddělení, lékař anesteziolog nebo soukromý gynekolog. Porodní asistentky na oddělení a porodní asistentky v ambulanci poskytovaly klientkám informace v menším zastoupení.

Informace o analgetické terapii bolesti podal 40 (36 %) respondentkám ošetřující lékař. Lékař anesteziolog informoval 32 (29 %) respondentek, 26 (24 %) respondentek informovaly porodní asistentky na pooperačním oddělení a 12 (11 %) respondentek porodní asistentky v ambulanci.

Jakým operačním přístupem byla provedena hysterektomie je znázorněno v grafu 6. 52 (46 %) respondentek podstoupilo operaci z laparoskopického přístupu, 38 (35 %) respondentek z přístupu vaginálního, u 16 (15 %) respondentek byl proveden laparotomický řez a 4 (4%) respondentky podstoupily hysterektomii z příčného suprapubického řezu.

Citterbart i Doležal zmiňují výhody vaginálních operací v tom, že je zde nižší invazivnost výkonu, menší operační pole, lehčí pooperační průběh, což je výhodné zejména u starších nebo rizikových pacientek. U laparotomických řezů uvádí, že by měla být jasná indikace a zdůvodnění např. předpokládaná radikalita operace, jizvy po předchozí laparotomii, velikost tumoru, naléhavost výkonu. Mezi výhody laparotomií řadíme výborný přehled operačního pole, možnost prodloužení řezu (u dolní střední laparotomie) a malá krvácivost rány. Nevýhodou laparotomie je zvýšené riziko vzniku

pooperační kýly v ráně. U příčného suprapubického řezu vedeme řez asi 2 prsty nad symfýzou. Kromě kosmetického efektu je výhoda tohoto řezu, že zde není tendence k vytvoření kýly. Nevýhodou tohoto řezu je nemožnost jeho rozšíření a tvorba subfasciálního hematomu (3, 4).

Slezáková uvádí, že těsně po operaci je klientka uložena na JIP či dospávací pokoj k monitoringu vitálních funkcí a stabilizaci stavu přibližně na 24 hodin po operaci. Zde obvykle pracuje sestra, která je specializovaná v úseku intenzivní a resuscitační péče. Pooperační péče se řídí druhem operačního výkonu a anestezie, stavem operantky, zvyklostmi oddělení a požadavky operátora. Pokud je zdravotní stav stabilizovaný je klientka po 24 hodinách přeložena na standardní oddělení. U klientek, u kterých se vyskytly komplikace po operaci nebo dekompenzace přidružených onemocnění, se může pobyt na pooperačním pokoji prodloužit až do úpravy jejich zdravotního stavu (23).

Během výzkumného šetření leželo na pooperačním pokoji jeden den 95 (86 %) respondentek, 15 (14 %) respondentek zde leželo 2 dny. Delší dobu zde v tomto období nikdo nepobýval.

Další čtyři otázky byly zaměřeny na intenzitu bolesti v jednotlivých pooperačních dnech. Respondentky ji hodnotily slovně na číselné škále bolesti od 0 až 10. Dle Rokyty je důležitým podkladem pro správnou léčbu bolesti pravidelné hodnocení její intenzity. Nejčastěji je používána VAS (vizuální analogová škála). Klientka může vyjádřit stupeň intenzity bolesti od 0 do 10, kdy 0 znamená žádná bolest a 10 je největší bolest, jakou si klientka dovede představit. U starších klientek či klientek s mentálním postižením používáme i obličejové škály pro hodnocení intenzity bolesti. Je účelné VAS zaznamenávat spolu s údaji o měření frekvence dechu, tepu a krevního tlaku (20).

0. pooperační den byla respondentkami nejvíce zhodnocena intenzita bolesti stupněm 5 a to 30 (28 %) respondentkami, 20 (18 %) respondentek rovnocenně hodnotilo bolest stupněm 3 a stupněm 8. Stupněm 7 ji zhodnotilo 12 (11 %) respondentek. Nejvyšším stupněm 10 ohodnotilo bolest 10 (9 %) respondentek. 7 (6 %)

respondentek ohodnotilo bolest stupněm 2 a stupněm 0 ji zhodnotily 3 (3 %) respondentky.

První pooperační den byla respondentkami nejvíce zhodnocena intenzita bolesti stupněm 4 a to 45 (40 %) respondentkami, 15 (13 %) respondentek hodnotilo bolest stupněm 0, stupněm 3, 6 a 8 zhodnotilo bolest 10 (9 %) respondentek, stejný počet 5 (5 %) respondentek ohodnotil bolest stupněm 1, 2, 5 a 7.

Druhý pooperační den byly voleny pro hodnocení intenzity bolesti stupeň 1 a stupeň 3, kterým hodnotilo bolest vždy 30 (26 %) respondentek, 25 (23 %) respondentek zhodnotilo bolest stupněm 2, 15 (14 %) respondentek nemělo již žádnou bolest, stupeň 6 zvolilo 5 (5 %) respondentek.

Intenzita bolesti třetí až pátý. pooperační den dle výzkumu dopadla takto: 70 (63 %) respondentek nemělo již žádnou bolest, 30 (27 %) respondentek hodnotilo bolest stupněm 1, pro stupeň 2 a stupeň 4 se rozhodlo 5 (5 %) respondentek. Jiné stupně intenzity bolesti v tomto období voleny nebyly.

Janáčková udává, že způsobů, jak měřit bolest je mnoho. V české odborné literatuře pojednává o způsobech měření bolesti například Heřmánek (1984) a Křivohlavý (1992).

Janáčková popisuje, zážitek bolesti nám klientka sděluje nejen slovně, ale také svým neverbálním chováním. Craig a Prkachin (1983) uvádějí přehled mimoslovních deskriptorů bolesti mezi které patří paralingvistické projevy, mimické projevy, pohyby končetin, posturologické nonverbální projevy (ustrnutí v určité poloze, stěh a obrana před zdrojem ohrožení) a aktivita autonomního nervového systému (zvracení, navalování, zrudnutí kůže v obličeji nebo na těle, těžké oddychování, lapání po dechu, prudké bušení srdce) (8).

U klientek po operaci nejvíce zjišťovaly pooperační bolest porodní asistentky a to u 58 (53 %) respondentek. Ostatní ošetřující personál zvolilo 23 (21 %) respondentek. Ošetřující lékař se ptal na bolest u 20 (18 %) respondentek a lékař anesteziolog u 6 (5 %) respondentek. Na pooperační bolest se 3 (3 %) respondentek nikdo nezeptal.

Kolektiv autorů v knize Vše o léčbě bolesti uvádí, práce interdisciplinárního týmu v managementu bolesti podpoří účinné tlumení bolesti. Členy týmu jsou obvykle lékař, porodní asistentka, farmaceut, sociální pracovník, duchovní, psycholog, fyzioterapeut a ergoterapeut, anesteziolog nebo anesteziologická sestra – specialista, specialista na management bolesti a samozřejmě pacient a jeho rodina (11).

Na zjišťování bolesti u klientek by měly mít porodní asistentky jednotný pohled. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že se před aplikací analgetik porodní asistentky ptaly na bolest průběžně u 96 (87 %) respondentek, 11 (10 %) respondentek odpovědělo, že muselo na svou bolest upozornit samo a u 3 (3 %) respondentek bolest nikdo nezjišťoval.

Kolektiv autorů v knize Vše o léčbě bolesti píše, pokud pečujeme o klientku s bolestmi, máme tři cíle. Snížit intenzitu její bolesti, zlepšit její funkční schopnosti a zlepšit její kvalitu života. Abychom toho dosáhli, musíme se s klientkou shodnout na cílech, které jsou oboustranně žádoucí, realistické, měřitelné a dosažitelné. Její názory na význam bolesti a schopnost fungovat navzdory dyskomfortu jsou důležitou součástí schopnosti vyrovnat se s bolestí (11).

Intervaly v aplikaci analgetik jsou ovlivněny řadou faktorů. Liší se např. podle druhu operace, podle délky operace, podle množství podané analgezie během operace, ale záleží hlavně na klientce, jejím věku, práhu bolesti, toleranci analgetik. V pravidelném intervalu po 8 – 12 hodinách dostávalo analgetika 61 (56 %) respondentek. Pravidelně byla analgetika podávána po 4 – 6 hodinách u 34 (31 %) respondentek. U 8 (7 %) respondentek stačila pouze jedna aplikace analgetik a u 7 (6 %) respondentek byla analgetika podána na vlastní žádost.

Po aplikaci analgetik je nutná kontrola účinku podané analgezie a úleva od bolesti, kterou provádí porodní asistentka aplikující analgetika. 60 (54 %) respondentek odpovědělo, že se jich porodní asistentka zeptala za 20 – 30 minut. U 26 (24 %) respondentek se na úlevu od bolesti porodní asistentka nezeptala vůbec a 24 (22 %) respondentek se porodní asistentka zeptala na úlevu déle než za jednu hodinu.

Z vlastních zkušeností vím, že správně načasovaná analgezie působí rychleji a déle než analgezie podaná v nesprávný čas. Mnoho klientek si bezprostředně po operaci

stěžuje na bolest a jsou jim ihned podávána analgetika. Většina z nich pocítí během několika minut úlevu a dostaví se spánek. V tento okamžik nemají přehled o čase a intervalech podávání analgetik. Pokud klientka spí, porodní asistentka sleduje na monitoru fyziologické funkce a kontroluje celkový stav klientky, ale z klidného spánku ji neruší. Klientky, u kterých se úleva od bolesti po aplikaci analgetik nedostaví, pociťují toto období jako nekonečně dlouhé a poměrně krátká doba se jim zdá jako nekonečně dlouhá.

Zda se dostavila úleva od bolesti po aplikaci analgetik, odpovědělo 95 (86 %) respondentek kladně a 15 (14 %) respondentek odpovědělo, že bolest po aplikaci analgetik neustoupila.

Další otázka navazovala na předešlou a měla zjistit, co dělaly respondentky v případě, že bolest po aplikaci analgetik neustoupila. 10 (66 %) respondentek informovalo porodní asistentku a ta jim podala další analgetika. 3 (20 %) respondentky informovaly porodní asistentku a ta informovala lékaře o možnosti aplikace jiných analgetik. 1 (7 %) respondentka informovala porodní asistentku, ale ta jí žádná další analgetika nepodala. Možnost, že jsem musela bolest vydržet zvolila 1 (7 %) respondentka.

Cílem léčby bolesti je snížit nebo odstranit bolest klientky s minimálními vedlejšími účinky popisuje Rokyta ve své knize o bolesti. Většinou se kombinuje farmakologická léčba s nefarmakologickou a hlavní je zde psychologický přístup ke klientce. Strach, úzkost a bezmocnost klientky zhoršuje akutní pooperační bolest (20).

Šváb píše, že porodní asistentka se musí starat o všechny aspekty tělesného i duševního pohodlí klientky. V současné době již bývá otevřená komunikace porodních asistentek, sester, lékařů a klientek podstatnou pomocí při zvládnutí strachu a úzkosti. Porodní asistentka tedy pečlivě aplikuje předepsanou medikaci, snaží se bolesti klientky věnovat pozornost a na škále bolesti pravidelně vyhodnocovat její sílu. Pro zvládnutí bolesti je nesmírně důležitá interakce porodních asistentek a lékařů. Lékaři by měli naslouchat zprávám porodních asistentek o klientkách, protože porodní asistentky mohou často lékařům pomoci pochopit stanovisko klientky k bolesti (28).

Ze svých praktických zkušeností vím, že bezprostředně po operaci rozepíše operatér do dokumentace klientky vhodnou analgezií. Analgetika aplikuje porodní asistentka dle ordinace lékaře. Pokud není podaná analgezie dostatečně účinná, informuje porodní asistentka ošetřujícího lékaře. V případě, že klientka vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže dostat již žádná analgetika musí zvolit jiné metody k tišení bolesti jako jsou úlevová poloha, dechová rehabilitace, odpoutání pozornosti, přikládání zátěže či obkladů. V případě epidurální analgezie rozepisuje medikaci anesteziolog.

O správně mobilizaci po operaci bylo poučeno všech 110 (100 %) dotazovaných respondentek. Z výzkumného šetření vyplynulo, že veškerý zdravotnický personál věnuje velkou pozornost hlavně včasné a správné mobilizaci. Edukace v tomto směru je velmi účinnou prevencí mnoha komplikací, například je zde riziko embolie, riziko pádu a při zvýšeném napínání břišní stěny při vstávání se zvyšuje riziko rozestupu operační rány. Edukaci klientky provádí nejen porodní asistentka a lékař, ale hlavní roli zde má fyzioterapeutka, která s klientkami pravidelně cvičí a provádí dechovou rehabilitaci, nácvik správné techniky při vstávání z lůžka, nácvik odkašlávání. Edukuje klientky i v péči o operační ránu, hlavně masáže operační rány.

Rokyta vysvětluje, že pooperační rehabilitace je jedním z faktorů, které ovlivňují bolest v kladném i záporném smyslu. Optimální variantou je časná mobilizace nevyvolávající bolest (20).

Také nás zajímalo, kdo edukoval klientky o správné mobilizaci. Klientky měly volbu více možností. 90 (63 %) respondentek edukovala fyzioterapeutka. Ostatní ošetřující personál poučil 34 (23 %) respondentek. Ošetřující lékař informoval 21 (14 %) respondentek o správné mobilizaci.

Na výskyt zvracení po operaci jsme se ptaly proto, že nauzea a zvracení je nejčastější komplikací po podané narkóze. Klientky obtěžuje, hlavně pokud pooperační bolest ještě není dostatečně ztlumena podanými analgetiky. U 72 (65 %) respondentek byl pooperační průběh bez zvracení a 38 (35 %) respondentek po operaci zvracelo.

Klientky trpící zvracením po operaci měly dále odpovědět, zda se bolest v souvislosti se zvracením zhoršovala či nikoliv. U 20 (53 %) respondentek došlo ke

zhoršení bolesti v souvislosti se zvracením a u 18 (47 %) respondentek zvracení bolest nijak nezhoršilo.

Každá klientka musí být před operačním výkonem alespoň 6-8 hodin lačná. U klientek s poruchami výživy a s dehydratací zajišťujeme přívod tekutin a energie parenterální cestou. Dochází tak ke snížení rizika pooperačních komplikací uvádí Slezáková. Nauzea a zvracení se může v prvním pooperačním dnu u klientky objevit jako následek premedikace, anestezie a podávání analgetik. Zvratky mohou způsobit aspiraci hlavně u klientky, která se ještě úplně nevzbudila z narkózy. Zvratky odsáváme katétrem z dutiny ústní a klientku polohujeme na bok jako prevenci aspirace. Parenterální cestou aplikujeme léky, které tlumí zvracení a nauzeu. Pokud se objeví zvracení později, může být nejčastější příčinou atonie hladkého svalstva v zažívacím traktu nebo se jedná o poruchu elektrolytové rovnováhy (24).

Holub ve své knize píše, že u gynekologických výkonů byl prokázán vyšší výskyt pooperační nevolnosti a zvracení vlivem zvýšené hladiny serotoninu při ischemizaci splachniku. Výskyt nevolnosti a zvracení lze snížit již během anestezie, buď podáním anestetik s antiemetickým účinkem (Propofol) nebo podáním antiemetika (Ondansetron) již na operačním sále ke konci výkonu (7).

V souvislosti se správnou technikou při zvracení bylo 63 (57 %) respondentek poučeno a 47 (43 %) respondentek poučeno nebylo.

Dle Kelnarové je po operaci – při kašli, odkašlávání a zvracení nutná fixace operační rány. Dochází tím ke zpevnění břišní stěny a zmenšení jejího napětí (10).

Na výskyt drénů v okolí operační rány jsme se dotazovaly následující otázkou. Po operaci mělo 49 (45 %) respondentek zavedeny drény a 61 (55 %) respondentek drény neměla.

Bolest při zavedeném drénu pocítily všechny klientky, měnila se pouze její intenzita. Intenzitu bolesti při zavedeném drénu hodnotilo 15 (31 %) respondentek stupněm 5, 15 (31 %) respondentek stupněm 8, stupněm 2 ohodnotilo bolest 7 (14 %) respondentek, stupněm 6 hodnotilo bolest 6 (12 %) respondentek, 3 (6 %) respondentky zhodnotily bolest stupněm 3 a 3 (6 %) respondentky neměly žádnou bolest.

Po odstranění drénu hodnotilo bolest již jen 39 respondentek a změnila se i její intenzita. Nejvíce respondentek 15 (32 %) ji ohodnotilo stupněm 4, stupeň 1 odpovědělo 10 (20 %) respondentek, 9 (18 %) dotazovaných respondentek hodnotilo bolest stupněm 3 a 5 (10 %) respondentek zvolilo stupeň 2. Bolest intenzity stupně 5 až 10 neměla žádná respondentka.

Dále nás zajímalo, zda poskytly porodní asistentky klientkám i jiné možnosti úlevy od bolesti. Kladně odpovědělo 71 (64 %) respondentek, jiná možnost úlevy od bolesti než analgetika nebyla nabídnuta 27 (25 %) respondentkám. Možnost odpovědi nevíم zvolilo 12 (11 %) respondentek.

Na předešlou otázku navazuje dotaz, kdy v případě kladných odpovědí klientky volily, jaké možnosti úlevy od bolesti jim byly poskytnuty. Úlevová poloha byla umožněna 24 (34 %) respondentkám, psychologický přístup porodní asistentky zvolilo 18 (25 %) respondentek, dechová rehabilitace pomohla 14 (20 %) respondentkám. Možnosti rozptýlení využilo 12 (17 %) respondentek. Přístup rodiny byl umožněn 3 (4 %) respondentkám, ale na snížení bolesti neměla přítomnost rodiny žádný vliv.

Dle Kelnarové slouží psychologické prostředky rehabilitace na obnovení a udržení psychické rovnováhy klientky (10).

Šváb uvádí, že změny polohy, úprava lůžka, vhodný nápoj, to vše usnadňuje klientkám relaxaci, která jistě neodstraní silnou bolest, ale často zamezí nepohodlí a mírným bolestem, a tak odstraní nutnost účinnější terapie. Zvláště u starších klientek je často účinná terapie odvádění pozornosti od bolesti. Většinou kvalita vztahu porodní asistentka – klientka, ovlivňuje klientčinu ochotu vyzkoušet nějakou konkrétní techniku. Nejznámější a nejčastěji používanou technikou pro odvádění pozornosti je četba, poslouchání hudby a sledování televize. Méně známou a pro ošetřující personál jistě časově náročnější je zkusit naučit klientku využívat techniku představivosti. V zásadě klientce navrhneme, aby si představila nějaké příjemné místo a požádáme ji, aby nám to místo popsal nejlépe zapojením všech smyslů. Pokud to klientce činí potíže, můžeme ji pomoci navrhováním vhodných obrazů. Vizualní představivost může být spolu s dalšími technikami pro úlevu bolesti často účinná (28).

Cílem práce bylo zjistit, zda jsou klientky informovány o možnostech tišení bolesti po hysterektomii. Mezi tisíci metody nepatří jen farmakologická a nefarmakologická léčba. V dnešní době je poměrně uznávána a využívána i alternativní léčba, jak bylo zjištěno z výzkumného šetření. Alternativní metody léčby bolesti jsou využívány spíše v domácím prostředí k rekonvalescenci pooperačního stavu než během hospitalizace klientek.

Z alternativních metod nejvíce respondentek zná homeopatii 55 (18 %) respondentek, akupresuru zná 50 (17 %) respondentek, a taktéž 50 (17 %) respondentek zná fyzikální terapii. Akupunktura je známa 40 (13 %) respondentkám a reflexologii zná také 40 (13 %) respondentek. 35 (12 %) respondentek zvolilo aromaterapii a 20 (7 %) respondentek zvolilo kineziologii. Žádnou alternativní metodu nezná 8 (3 %) respondentek.

Kolektiv autorů v knize Vše o léčbě bolesti uvádí například, že akupunktura je založena na existenci životní síly, která tělem cirkuluje kanály nazývanými meridiány. Meridiány se používají k diagnóze i léčbě a fungují jako mapa, která terapeutovi umožní najít specifické akupunkturní body. Předpokládá se, že 12 hlavních meridiánů je spojeno se specifickým systémem orgánů. Bolest, citlivost na dotyk, změny teploty pokožky, její barvy a struktury, to jsou příznaky, které dovolí terapeutovi určit, který orgánový systém je postižen a které akupunkturní body využít při léčbě. Stimulace akupunkturních bodů jehlou zřejmě vyrovnává, uvolňuje či posiluje tok životní síly, zmírňuje bolesti nebo navrácí zdraví. WHO udává 100 stavů, které mohou být úspěšně léčeny akupunkturou, mezi ně patří i pooperační bolesti (11).

Rokyta popisuje ve své knize jednotlivé možnosti terapie bolesti. Fyzikální terapie užívá v léčbě přírodních prostředků, kterými jsou různé druhy energií (tepelná, světelná, elektrická, zvuková, mechanická, radiační, energie vodních a plynových částic). Kromě přístrojů nejrůznějšího technického provedení využívá fyzikální terapie i skutečně přírodních zdrojů např. při lázeňské léčbě (balneologie). Podle druhu použité energie ji rozdělujeme do několika skupin na elektroléčbu, vodoléčbu, fototerapii, sonoterapii, magnetoterapii, vakuovou léčbu, pneumoterapii, radiační léčbu, mechanoterapii a masáže (20).

Chris McLaughlinová píše podrobně o jednotlivých možnostech alternativní léčby bolesti. Popisuje zde např. fytoterapii, homeopatii, léčbu Bachovými esencemi, aromaterapii, vizualizační terapii, hypnoterapii, léčbu dotykem, léčbu smíchem a biofeedback (17).

Následující otázkou jsme zjišťovaly, zda respondentky uznávají alternativní léčbu bolesti. Z celkového počtu respondentek jich 85 (77 %) odpovědělo pozitivně a 25 (23 %) negativně.

Mezi alternativní metody léčby bolesti, se kterými mají respondentky zkušenost je nejvíce rozšířená fyzikální terapie, tu zvolilo 50 (17 %) respondentek. Jako druhou zvolilo 36 (23 %) respondentek akupresuru. Rovnocenné alternativní metody dle počtu respondentek jsou homeopatie, tu volilo 16 (10 %) respondentek. Stejný počet zvolil i reflexologii, ale zároveň 16 (10 %) respondentek odpovědělo, že nevyzkoušely žádnou alternativní léčbu. Aromaterapii zvolilo 12 (8 %) respondentek. Zkušenost s akupunkturou má 8 (5 %) respondentek, taktéž 8 (5 %) respondentek má zkušenost s psychoterapií. Kineziologii vyzkoušely 4 (3 %) respondentky.

Rokyta uvádí, že akutní bolest vzniká jako přímý následek mechanického poškození pletiv nebo jako bezprostřední doprovod onemocnění. Bolest je v tomto případě příznakem, který léčíme především odstraněním příčiny. Odstranění příčiny však není v možnostech psychoterapie.

Kauzální léčba akutní bolesti proto spočívá převážně v chirurgické, farmakologické nebo fyzioterapeutické péči. I zde je však třeba zdůraznit, že lékař musí za všech okolností dodržovat zásady psychologického přístupu k klientce. Kromě toho, že psychologický přístup vytváří atmosféru důvěry, zlepšuje také spolupráci a zbavuje klientku strachu. Psychoterapií u akutní bolesti můžeme ovlivnit pouze intenzitu bolesti. Při volbě psychoterapie u akutní bolesti vycházíme ze základního časového rozložení bolesti. Psychoterapie je zde pouze doplňkovou metodou, jejímž cílem je snížení intenzity vnímané bolesti (20).

Na otázku, zda byly klientky spokojeny s postupy porodních asistentek při mírnění bolesti, byly dle výzkumného šetření velmi potěšující výsledky. Velmi spokojeno s postupy porodní asistentky při mírnění bolesti bylo 40 (36 %) respondentek

a 70 (64 %) respondentek bylo spokojeno. Spíše nespokojena a zcela nespokojena nebyla žádná dotazovaná respondentka.

Další otázkou jsem se ptala respondentek na úroveň zjišťování pooperační bolesti porodní asistentkou. Zcela dostatečně hodnotilo tuto úroveň 76 (69 %) respondentek, dostatečně ji hodnotilo 34 (31 %) respondentek. Za nevyhovující a zcela nevyhovující úroveň zjišťování pooperační bolesti porodní asistentkou ji neohodnotila žádná klientka.

Na závěr dotazníku jsem chtěla zhodnotit, zda byly porodní asistentky dostupné při bolestech respondentek. Kladnou odpověď zvolilo 100 (91 %) respondentek a pro 10 (9 %) respondentek nebyla porodní asistentka dostupná při jejich bolesti.

6 ZÁVĚR

Bolest je komplexní zážitek a současně i komplexní informace pro rozhodování lékaře, porodní asistentky i celého ošetrovatelského týmu. Pooperační bolest doprovází většinu operačních výkonů. Nejdůležitějším článkem je však klientka. Bolest se jí bezprostředně týká, ohrožuje její zdravotní stav, zhoršuje kvalitu vykonávání běžných všedních činností, má dopad na psychiku klientky, ovlivňuje sociální chování klientky.

Pooperační bolest, jak z názvu vyplývá, se týká bolesti po operaci. Hlavním úkolem porodní asistentky je, že se pooperační bolestí musíme zabývat již před operací. Naše snaha o zvládnutí pooperační bolesti začíná první kontaktem s klientkou, navázáním důvěry, otevřenosti a rovnocenného vztahu s klientkou. Pokud je klientka schopna otevřeně hovořit o svých pocitech, problémech a strachu a najde na druhé straně člověka, který ji bude naslouchat, pomůže ji zvládnout strach a najdou společně řešení pro určité situace, je otázka pooperační bolesti z poloviny dobře zvládnutá.

Klientky, které spolupracují se zdravotnickým týmem, jsou schopny i lépe zvládnout pooperační bolest. V dnešní době existuje řada možností léčby pooperační bolesti, ať už stále novější a dokonalejší farmakologická léčba nebo nefarmakologická a alternativní léčba. Zásadním řešením je najít správnou kombinaci těchto vhodných metod tišení bolesti. Spokojená klientka bez bolesti je hlavním cílem pro ošetrující tým.

O bolesti bylo napsána řada knih. Existuje řada odborných časopisů a článků o bolesti, které jsou přístupné široké veřejnosti. Informace o terapii bolesti jsou dostupné na internetových stránkách, kde jsou uvedeny i odkazy na lékaře či specialisty zabývající se léčbou bolesti.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou klientky informovány o možnostech tišení bolesti po hysterektomii. Cíl práce byl splněn. Na základě studia odborné literatury a praktických zkušeností byla stanovena hypotéza, klientky jsou informovány o možnostech tišení bolesti po hysterektomii. Hypotéza se potvrdila.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit spokojenost žen s přístupem sester k problematice pooperační bolesti. Cíl práce byl splněn. Hypotéze zněla, klientky jsou

spokojeny s přístupem sester k problematice řešení pooperační bolesti. Hypotéza se potvrdila.

Bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací a může být využita jako přínosný studijní příspěvek pro další ročníky porodních asistentek. Tato práce mě také posloužila k vytvoření informativní brožury o možnostech tišení bolesti po gynekologické operaci. Brožurka bude k dispozici nejen na gynekologickém pooperačním oddělení, ale již na ambulanci, aby se s ní mohly klientky seznámit již před plánovanou operací.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAMS, B. a C. E. HAROLD. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. s. 488. ISBN 80-7169-893-8.
2. BYDŽOVSKÝ, J. *Akutní stavy v kontextu*. 1. vydání. Praha: Triton, 2008. s. 457. ISBN 978-80-7254-815-6.
3. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2001. s. 280. ISBN 80-7262-094-0.
4. DOLEŽAL, A. et al. *Porodnické operace*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. s. 376. ISBN 978-80-247-0881-2.
5. GURKOVÁ, E., K., ŽIAKOVÁ, J., ČÁP et al. *Vybrané ošetrovatel'ské diagnózy v klinickém praxi*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2009. s. 242. ISBN 978-80-8063-308-0.
6. HEHLMANN, A. *Hlavní symptomy v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. s. 464. ISBN 978-80-247-2612-0.
7. HOLUB, Z., D. KUŽEL et al. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. s. 232 + 4s. barevná příloha. ISBN 80-247-0834-5.
8. JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnutí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. s. 192. ISBN 978-80-7367-210-2.
9. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. s. 352. ISBN 978-80-247-1830-9.
10. KELNAROVÁ, J. et al. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 2. ročník, II. díl*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. s. 232. ISBN 978-80-247-3106-3.

11. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. s. 356. ISBN 80-247-1720-4.
12. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. české vydání. Praha: Grada, 2008. s. 552. ISBN 978-80-247-2548-2.
13. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. s. 264. ISBN 80-247-1399-3.
14. MAREČKOVÁ, J. a D. JAROŠOVÁ. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-030-0.
15. MÁLEK, J., R. PLESKOT a R. ŠTĚKAVEC. *Zbavte se bolesti*. 1. vydání. Praha: Reader's Digest Výběr. 2002. s. 384. ISBN 80-86196-41-0.
16. MÁRA, M., Z. HOLUB et al. *Děložní myomy*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. s. 228 + 8s barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1854-5.
17. McLAUGHLINOVÁ, CH. *Jak ulevit bolesti*. 1. vydání. Bratislava: Euromedia Group. 2001. s. 112. ISBN 80-7202-790-5.
18. MIKŠOVÁ, Z., M., FRONKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly ošetrovatelské péče II*. Aktualizované a doplněné vydání, v této podobě 1.vydání. Praha: Grada, 2006. s. 172. ISBN 80-247-1443-4.
19. NALOS, D., D., MACH et al. *Periferní nervové blokády pro klinickou praxi včetně ultrazvukového navádění*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. s. 192. ISBN 978-80-247-3280-0.
20. ROKYTA, R. et al. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1.vydání. Praha: Grada, 2009.s. 176 + 8s barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3012-7.

21. ROZTOČIL, A. et al. *Moderní gynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. s. 528. ISBN 978-80-247-2832-2.
22. SCHEIN, M. a P. N. ROGERS. *Urgentní břišní chirurgie*. 1.vydání. Praha: Grada, 2011. s. 448. ISBN 978-80-247-2357-0.
23. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1.vydání. Praha: Grada, 2011. s. 272 + 8s barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3373-9.
24. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1.vydání. Praha: Grada, 2010. s. 264. ISBN 978-80-247-3129-2.
25. SLEZÁKOVÁ, L. et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III – Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. s. 216. ISBN 978-80-247-2270-2.
26. SLÍVA, J. a T. DOLEŽAL. *Farmakoterapie bolesti*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2009. s. 64. ISBN 978-80-7345-182-0.
27. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. s. 136. ISBN 978-80-247-3223-7.
28. ŠVÁB, J. et al. *Chirurgie vyššího věku*. 1.vydání. Praha: Grada, 2008. s. 208. ISBN 978-80-247-2604-5.
29. TRACHTOVÁ, E., G., FOJTOVÁ a D., MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání – dotisk. Brno: NCO NZO, 2006. s. 186. ISBN 80-7013-324-4.
30. VYTEJČKOVÁ, R., P., SEDLÁŘOVÁ, V., WIRTHOVÁ a J., HOLUBOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. s. 232. ISBN 978-80-247-3419-4.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

1. Bolest
2. Porodní asistentka
3. Klientka
4. Operace
5. Informovanost
6. Tišení bolesti

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Vizuální analogová škála

Příloha 3 – Stupně bolesti

Příloha 4 – Obecná pravidla farmakologické léčby

Příloha 5 – Deklarace práv pacienta s bolestí

Příloha 6 – Analgetický žebříček WHO

Příloha 7 – Akutní karta

Příloha 8 – Plán pro hodnocení a léčbu bolesti

Příloha 9 – Ošetřovatelské diagnózy

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník

Vážené klientky, jmenuji se Hufeislová Jolana a studuji Zdravotně sociální fakultu na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích a zároveň pracuji jako porodní asistentka zde na pooperačním gynekologickém oddělení.

Předkládám Vám dotazník, ze kterého bych chtěla získat dostatek informací o Vaší dosavadní zkušenosti s bolestí po operaci, její léčbou, tišením a jejím zvládnutím. Prosím Vás o pravdivé odpovědi, jelikož je dotazník anonymní. Získané informace využiji pro výzkum k mé bakalářské práci, která je věnována tématu „Bolest žen po gynekologických operacích“, ale také ke zkvalitnění péče v tlumení bolesti u žen po gynekologických operacích na svém pracovišti.

Předem Vám děkuji za Váš čas a trpělivost při vyplňování dotazníku.

1. Do které věkové kategorie spadáte?

- 20 – 29 let
- 30 – 39 let
- 40 – 49 let
- 50 – 59 let
- 60 a více let

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Vyučena v oboru
- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

3. Kolikátou gynekologickou operací jste dosud absolvovala?

- První
- Druhou
- Třetí a více

4. Byla jste před operací informována o výskytu pooperační bolesti?

- Ano
- Ne (přejděte na otázku č. 5)
- Nepamatuji se (přejděte na otázku č. 5)

4a. Pokud ANO, kdo Vás informoval o výskytu pooperační bolesti?

(můžete zaškrtnout více možností)

- Váš soukromý gynekolog
- Porodní asistentka v ambulanci
- Ošetřující lékař na oddělení
- Lékař anesteziolog
- Porodní asistentka na pooperačním oddělení
- Jiné, prosím vypište.....

5. Kdo Vám podal informace o analgetické terapii?

Analgetická terapie je léčba pomocí léků sloužících ke zmírnění bolesti.

(můžete zaškrtnout více možností)

- Porodní asistentka v ambulanci
- Ošetřující lékař
- Lékař anesteziolog
- Porodní asistentka na pooperačním oddělení
- Spolupacientka

- Nikdo
- Jiné, prosím vypište.....

6. Prodělala jste operační odstranění dělohy = hysterektomii z přístupu:

- Podélný řez na břicho ve směru od pupku ke sponě stydké
- Příčný řez na břicho nad sponou stydkou
- Malé řezy na břicho po použití laparoskopu v kombinaci s vaginálním přístupem
- Jen vaginální cestou

7. Jak dlouho jste ležela na pooperačním pokoji?

- Jeden den
- Dva dny
- Tři dny
- Čtyři dny a více

8. Jak velkou bolest jste po operaci pocítovala?

(Přidělte bolesti číselnou hodnotu, kdy 0 = žádná bolest až 10 = nejvyšší možná bolest)

- Na pooperačním pokoji
- 1. pooperační den
- 2. pooperační den
- 3. - 5. pooperační den

9. Kdo u Vás nejvíce zjišťoval zda máte bolesti po operaci?

- Ošetřující lékař

- Porodní asistentka
- Lékař anesteziolog
- Ostatní ošetrovatelský personál
- Nepamatuji se (přejděte na otázku č. 11)
- Nikdo (přejděte na otázku č. 11)

10. Jakým způsobem u Vás zjišťovala porodní asistentka bolest po operaci?

- Ptala se mě průběžně a já ji hodnotila číselně od 0 – 10
- Musela jsem na svou bolest upozornit sama
- Nikdo se mě na bolest nezeptal
- Jiné, prosím vypište

11. V jakých intervalech jste dostávala léky tlumící pooperační bolest?

- V pravidelných intervalech po 4 – 6 hodinách
- V pravidelných intervalech po 8 – 12 hodinách
- Jen 1x, pak už jsem analgetika nepotřebovala, protože jsem neměla žádnou bolest
- Jen na vlastní požádání
- Jiné, prosím vypište

12. Ptala se Vás porodní asistentka na úlevu od pooperační bolesti po aplikaci analgetik?

- Ano, po 20 – 30 minutách do ústupu bolesti
- Na úlevu jsem byla tázána déle než za hodinu
- Na úlevu se mne nikdo nezeptal

13. Dostavila se úleva od bolesti po aplikaci analgetik?

- Ano (přejděte na otázku č. 15)
- Ne

14. Co jste udělala, pokud pooperační bolest neustoupila?

- Informovala jsem porodní asistentku a ta mě podala další analgetika
- Informovala jsem porodní asistentku a ta informovala lékaře
- Informovala jsem porodní asistentku, ale další analgetika jsem nedostala
- Snažila jsem se bolest vydržet

15. Poučila Vás porodní asistentka o správné mobilizaci po operaci?

Mobilizace = pohyb na lůžku, nácvik sedání, vstávání a chůze.

- Ano
- Ne (přejděte na otázku č. 17)

16. Hovořil s Vámi o správné mobilizaci někdo jiný než porodní asistentka?

- Fyzioterapeutka (rehabilitační sestra)
- Ošetřující lékař
- Ostatní ošetřující personál
- Nikdo
- Jiné, prosím vypište.....

17. Trpěla jste zvracením po operaci?

- Ano
- Ne (přejděte na otázku č. 20)

18. Zhoršovala se bolest po operaci v závislosti na zvracení?

- Ano
- Ne

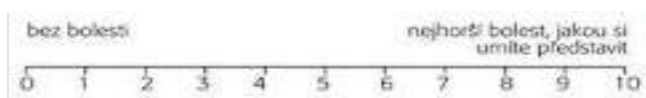
19. Vysvětlila Vám porodní asistentka správnou techniku při zvracení?

- Ano
- Ne

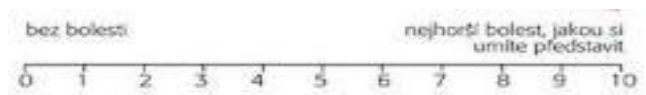
20. Měla jste po operaci zavedeny drény v okolí operační rány?

- Ano
- Ne (přejděte na otázku č. 23)

21. Jak velká byla bolest se zavedeným drénem?



22. Jak velká byla bolest po odstranění drénu?



23. Nabídla Vám porodní asistentka i jiné možnosti úlevy od bolesti než analgetika?

- Ano
- Ne (přejděte na otázku č. 24)

- Nevím (přejděte na otázku č. 24)

23a. V případě ANO, jaké jiné možnosti tlumení bolesti Vám byly poskytnuty? (můžete zvolit více odpovědí)

- Úlevová poloha na lůžku
- Psychologický přístup porodní asistentky
- Dechová rehabilitace
- Možnosti rozptýlení (poslech radia)
- Umožnění přístupu rodiny
- Jiné, prosím vypište.....

24. Znáte některou z uvedených alternativních metod léčby bolesti?

Alternativní léčba není klasická tradiční medicína, jiná léčba než užívání léků. (zaškrtněte prosím, kterou znáte)

- Akupunktura** (vpichování speciálních jehel do bodů, které ovlivňují různé části těla a orgány)
- Akupresura** (masáž určitých bodů na chodidlech)
- Fyzikální terapie** (léčba pomocí energie např, ultrazvuk, teplo, světlo, elektrická energie, indukční pole)
- Aromaterapie** (léčba pomocí vůní)
- Kineziologie** (metoda založená na zharmonizování energií těla)
- Homeopatie** (k léčbě používá homeopatika = přírodní látky, které stimulují vlastní obranné síly organismu a tím podporují jeho uzdravování)
- Reflexologie** (masáž a stlačování bodů v reflexních zónách)
- Pokud znáte i jiné, prosím vypište.....
- Neznám žádnou

25. Uznáváte alternativní léčbu bolesti?

- Ano
- Ne

25a. Pokud ANO, vyzkoušela jste nějakou alternativní léčbu bolesti?

- Akupunktura
- Akupresura
- Fyzikální terapie
- Aromaterapie
- Kineziologie
- Homeopatie
- Reflexologie
- Psychoterapie
- Nevyzkoušela jsem žádnou
- Jiné.....

26. Byla jste spokojena s postupy porodní asistentky při mírnění bolesti?

- Velmi spokojena
- Spokojena
- Spíše nespokojena
- Zcela nespokojena

27. Jak Vám připadalo zjišťování pooperační bolesti porodní asistentkou?

- Zcela dostatečné
- Dostatečné
- Nevyhovující

Zcela nevyhovující

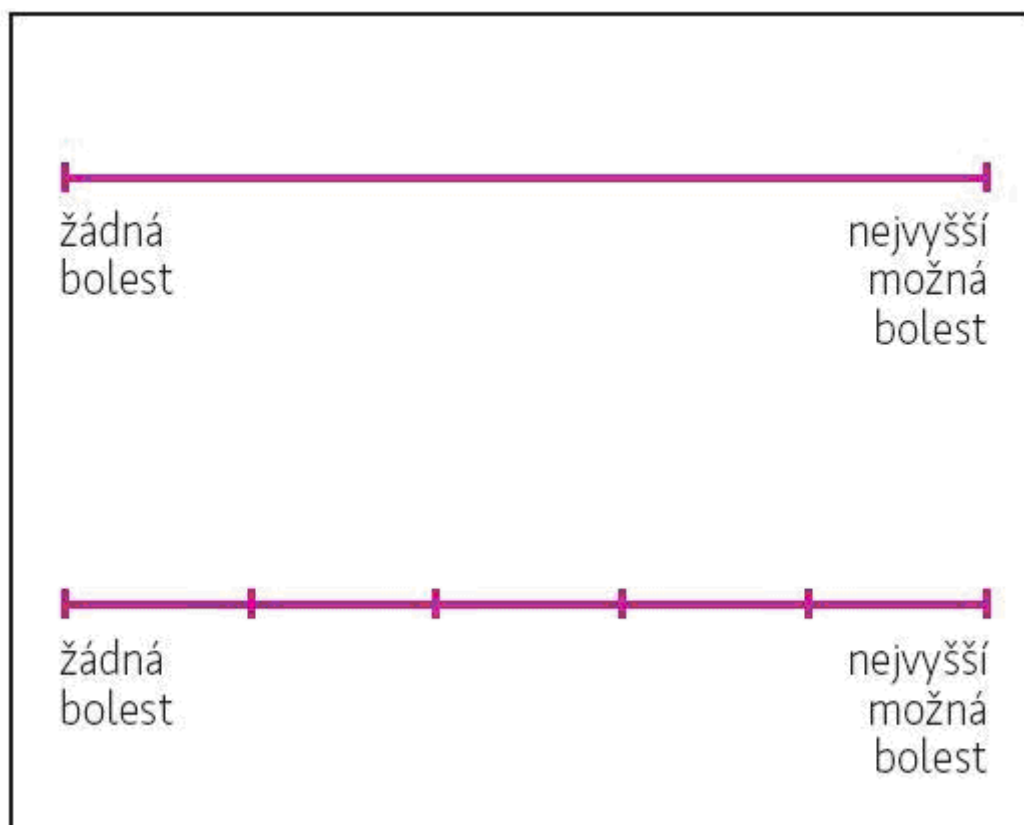
28. Byla porodní asistentka vždy dostupná při vašich bolestech po operaci?

Ano

Ne

Příloha 2

Vizuální analogová škála



Zdroj: KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. české vydání. Praha: Grada, 2008. s. 552. ISBN 978-80-247-2548-2

Příloha 3

Stupně bolesti

0 = žádná bolest

1 = nepatrná bolest = bolest, kde je povědomí klientky o tom, že existuje v jejím vědomí určitý nepříjemný pocit, který však nikterak nenarušuje její normální činnost v běžném životě.

2 = Mírná bolest = bolest, která odvádí pozornost klientky od činností, které má vykonávat v běžném životě, a způsobuje to, že tyto činnosti nejsou pak takové, jaké by měly být. Trvá-li bolest delší dobu, začíná klientka dělat něco pro to, aby bolest zmizela.

3 = Střední bolest = bolest, která k sobě poutá zcela pozornost klientky. Klientka není schopna se věnovat něčemu jinému než-li myšlence na to, co ji bolí. Tato bolest vyžaduje terapii, léčbu, úlevu.

4 = Silná bolest = bolest, která vede k dezorganizaci a dezintegraci pohybů. Je tak silná, že znemožňuje přesnou lokalizaci bolesti.

5 = Zcela nesnesitelná bolest = stav, kdy je klientka bolestí ovládána v takové míře, že ztrácí schopnost adaptace (smysluplně řídit své chování).

Zdroj: JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládní*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. s. 192. ISBN 978-80-7367-210-2.

Příloha 4

Obecná pravidla farmakologické léčby

1. Při léčbě se řídíme především údajem klientky o intenzitě a charakteru bolesti.
2. Analgetika volíme podle intenzity bolesti. Schematicky tento přístup znázorňuje třístupňový analgetický „žebříček“ WHO.
3. V léčbě neuropatické a smíšené bolesti zahajujeme léčbu podáváním analgetik pro léčbu neuropatické bolesti (antikonvulziva, antidepresiva) a v případě nedostatečného efektu přidáváme analgetika (obvykle 2. nebo 3. stupně).
4. Při trvalé bolesti podáváme analgetika v pravidelných časových intervalech. Délka intervalu závisí na farmakokinetických vlastnostech jednotlivých léků a lékových forem.
5. K zajištění dostatečné kontroly bolesti při její kolísavé intenzitě je někdy třeba kombinovat lékové formy opioidů s dlouhým účinkem s lékovými formami s rychlým uvolňováním.
6. Dávku analgetika stanovujeme vždy individuálně podle analgetického účinku a nežádoucích účinků.
7. Pravidelně hodnotíme výskyt nežádoucích účinků. Výskyt nežádoucích účinků není důvodem k přerušení podávání analgetik, ale k léčbě a řešení těchto nežádoucích účinků.

Zdroj: SLÍVA, J. a T. DOLEŽAL. *Farmakoterapie bolesti*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2009. s. 64. ISBN 978-80-7345-182-0.

Příloha 5

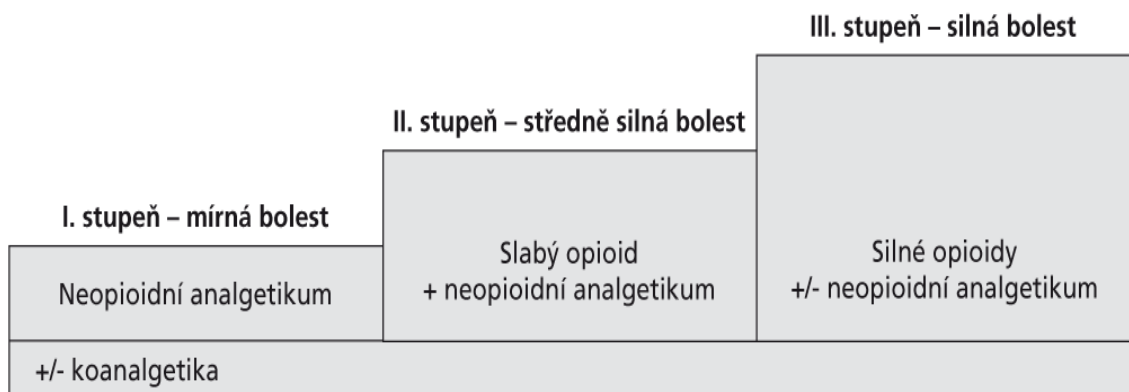
Deklarace práv pacienta s bolestí

1. Právo na uznání bolesti: bolest je vlastní zkušeností pacienta a je různými pacienty prožívána různě.
2. Právo na hodnocení a léčbu bolesti: pacienti a jejich rodina hrají klíčovou roli a jsou součástí zdravotnického týmu, který o pacienta pečuje a snaží se stanovovat realistické cíle pro léčbu bolesti.
3. Právo na výsledky hodnocení bolesti: na jejich základě by se měla přizpůsobovat terapie k dosažení efektivní úlevy od bolesti.
4. Právo na péči poskytovanou profesionály s odbornými znalostmi a zkušenostmi v léčbě bolesti (především algeziologové). Jestliže odborník není k dispozici, měl by být pacient o této skutečnosti vhodně informován.
5. Právo na vhodnou a efektivní strategii léčby bolesti. Tento bod musí být podporován politicky a postupy musejí být odpovídající pro používání zdravotnickými profesionály.
6. Právo na vzdělání v oblasti efektivních léčebných možností v každém konkrétním případě. To platí i pro rodinné příslušníky.
7. Právo na vhodný plán léčby bolesti po vyčerpání možností akutní neodkladné péče.

Zdroj: ROKYTA, R. et al. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1.vydání. Praha: Grada, 2009.s. 176 + 8s barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3012-7.

Příloha 6

Analgetický žebříček WHO



Zdroj: ROKYTA, R. et al. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1.vydání. Praha: Grada, 2009.s. 176 + 8s barevné přílohy. ISBN 978-80-247-3012-7.

Příloha 9

Ošetrovatelské diagnózy

Ošetrovatelské diagnózy vztahující se ke sledování fyziologických funkcí (příklady):

Snížený srdeční výdej v souvislosti s podáním analgetik projevující se poklesem krevního tlaku. 00029

Snížený srdeční výdej v souvislosti s podáváním anestetik projevující se zpomalením tepové frekvence. 00029

Hypotermie v souvislosti s dlouhotrvajícím operačním zákrokem projevující se zimnicí, třesem, chladnou a bledou kůží. 00006

Hypertermie v souvislosti s infekcí v operační ráně projevující se střídáním tělesné teploty, střídáním pocitů horka a zimnice. 00007

Akutní zmatenost v souvislosti s působením anestetik projevující se rozrušením, zmítáním a neklidem, zhoršeným vnímáním, špatným chápáním situace. 00128

Neefektivní dýchání v souvislosti s bolestí operační rány projevující se hyperventilací, nezvyklou polohou těla, neklidem. 00032

Ošetrovatelské diagnózy vztahující se k problematice pooperačního krvácení (příklady):

Snížený srdeční výdej v souvislosti s krvácením projevující se poklesem krevního tlaku, zrychlením tepové frekvence, únavou, apatií klientky. 00029

Deficit tělesných tekutin v souvislosti se sníženou hydratací projevující se zvýšenou koncentrací moče, sníženým vylučováním moče. 00027

Porušená výměna plynů v souvislosti s velkou krevní ztrátou projevující se poklesem saturace v krvi, únavou, chladnou bledou kůží. 00030

Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s krvácením, se zvýšeným odvodem drénů. 00028

Únava v souvislosti s anémií projevující se ospalostí, sníženým fyzickým i psychickým výkonem. 00093

Riziko infekce v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem, centrálním žilním katétrem nebo venózním portem. 00004

Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k problematice bolesti a poruše spánku (příklady):

Akutní bolest v souvislosti s operací projevující se sdělením bolesti, vyhledáváním úlevové polohy, bolestivým výrazem v obličeji, poruchou spánku, zúženou pozorností, neklidem, nechutenstvím. 00132

Porušený spánek v souvislosti s nedostatkem soukromí ke spánku projevující se neklidem a nervozitou. 00095

Porušený spánek v souvislosti s nauzeou, bolestí, nevhodnou polohou, rušením monitorováním projevující se nervozitou, neklidem, únavou, neochotou spolupracovat.

00095

Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k problematice nauzey a zvracení (příklady):

Nauzea v souvislosti s distenzí (roztažení) žaludku vlivem podaných farmak projevující se zvýšeným sliněním, říháním, kyselou chutí v ústech. 00134

Riziko aspirace v souvislosti s omezením dávivého reflexu po narkóze.	00039
Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti se zvracením.	00028
Riziko infekce v souvislosti se zavedenou nasogastrickou sondou.	00004

Ošetrovatelské diagnózy vztahující se k problematice vyprazdňování moči (příklady):

Porušené vyprazdňování moči v souvislosti s bolestí po vaginální operaci projevující se strachem z močení.	00016
Retence moči v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katétrem projevující se nemožností se vymočit.	00023
Riziko infekce v souvislosti se zavedeným permanentním močovým katétrem.	00004

Ošetrovatelské diagnózy vztahující se k problematice odchodu plynů a stolice (příklady):

Zácpa v souvislosti s nedostatečnou hydratací projevující se bolestmi v podbřišku, vzdučným břichem, říháním, pocitý na zvracení, zvýšeným pocením.	00011
Riziko zácpy v souvislosti s nedostatečnou hydratací, nedostatečným pohybem po operaci, nedodržováním dietního režimu.	00015

Ošetrovatelské diagnózy vztahující se k problematice vodního a elektrolytového hospodářství (příklady):

Deficit tělesných tekutin v souvislosti se sníženou hydratací projevující se zvýšenou koncentrací moče, sníženým vylučováním moče.	00027
--	-------

Zvýšený objem tělesných tekutin v souvislosti s nadměrným příjmem tekutin projevující se dušností, slyšitelnými chropy na plicích, otoky. 00026

Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti s zvýšenými ztrátami tekutin přirozenými cestami (průjem, zvracení), při zvýšeném odvodu drény, při zvýšeném odvodu žaludeční sondou, při užívání diuretik. 00028

Riziko infekce v souvislosti se zavedeným periferním žilním katétrem, centrálním žilním katétrem nebo venózním portem. 00004

Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k problematice tromboembolické nemoci (příklady):

Neefektivní tkáňová perfuze v souvislosti s překážkou v krevním řečišti (přerušení arteriálního řečiště) projevující se bolestí na hrudníku, nepravidelnou dechovou frekvencí, hypoventilací, strachem ze smrti. 00024

Strach ze smrti v souvislosti s náhlým zhoršením zdravotního stavu, s dušností projevující se neklidem, zvýšením krevního tlaku, zrychlením tepové frekvence, hyperventilací, zvýšeným pocením, rozšířením zornic. 00148

Akutní bolest v souvislosti se zánětem žil projevující se verbálním sdělením, vyhledáváním úlevové polohy, otokem a zarudnutím postižené končetiny. 00132

Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k problematice proleženin (příklady):

Zhoršená pohyblivost na lůžku v souvislosti s bolestí projevující se nespoluprací, neschopností se otočit ze strany na stranu, agresivitou. 00091

Únava v souvislosti se zvýšenou operační zátěží projevující se nedostatkem fyzické energie pro vykonávání běžných denních činností. 00093

Riziko pádu v souvislosti s používáním pomocných prostředků, s pooperačním stavem, s nejistotou při chůzi, s celkovou slabostí po operaci, se slabostí v důsledku anémie.

000155

Ošetrovatelské diagnózy vztahující se k hygienické péči (příklady):

Deficit sebepéče při koupání a oblékání v souvislosti s bolestí, únavou, se sníženou a nedostatečnou motivací projevující se neschopností se umýt, nespoluprací, předstíráním mdlob, pláčem a hysterií.

00108

Deficit sebepéče při vyprazdňování v souvislosti se zhoršenou pohyblivostí, vyčerpaností projevující se neschopností se přemístit na toaletu.

00110

Ošetrovatelské diagnózy vztahující se k péči o operační ránu (příklady):

Riziko infekce v souvislosti s porušením kožní integrity (operační rána), v souvislosti s nedodržením bariérového přístupu, v souvislosti se zhoršenou hygienickou péčí klientky.

00004

Ošetrovatelské diagnózy vztahující se k problematice psychiky ženy po operaci (příklady):

Strach v souvislosti se sdělením definitivní diagnózy (výsledku operace) projevující se útočným chováním, vznětlivostí, plačtivostí, uzavřením se do sebe, nechutenstvím, nauzeou, průjmem.

00148

Porušená osobní identita v souvislosti s odstraněním dělohy projevující se odcizením, pasivitou, plačtivostí, zhoršením úrovně sebepéče, apatií.

00121

Situačně snížená sebeúcta v souvislosti s porušeným obrazem těla projevující se nerozhodností, bezradností, sníženým sebehodnocením až podhodnocením své osoby.

00120

Porušený obraz těla v souvislosti s chirurgickým zákrokem projevující se negativními pocity z vlastního těla, strachem z plnění funkce ženy.

00118

Ošetrovatelské diagnózy vztahující se k edukaci klientky (příklady):

Sexuální dysfunkce v souvislosti se současným omezením po operaci.

00059

Zdroj:

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. s. 264. ISBN 80-247-1399-3.

MAREČKOVÁ, J. a D. JAROŠOVÁ. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-030-0.

ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. s. 136. ISBN 978-80-247-3223-7.

TRACHTOVÁ, E., G., FOJTOVÁ a D., MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání – dotisk. Brno: NCO NZO, 2006. s. 186. ISBN 80-7013-324-4.

