

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019/2020

Kristýna Čapková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Informační mapa péče o ženu po laparoskopicky asistované vaginální  
hysterektomií

Kristýna Čapková

Bakalářská práce

2020

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kristýna Čapková**  
Osobní číslo: **Z17126**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Téma práce: **Informační mapa péče o ženu po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Zásady pro vypracování

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

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

#### Seznam doporučené literatury:

1. ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii I.* 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: GRADA, 2019. ISBN 978-80-247-3129-2.
2. DUŠOVÁ, Bohdana et kol. *Edukace v porodní asistenci.* 1. vyd. Praha: GRADA, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
3. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Pavel VENTRUBA et kol. *Gynekologie.* 3. přepracované a doplněné vyd. Praha: GALÉN, 2019. ISBN 978-80-7492-426-2.
4. ROZTOČIL, Aleš et kol. *Moderní gynekologie.* 1. vyd. Praha: GRADA, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTIKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: GRADA, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ilona Kašparová**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

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

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

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**  
vedoucí katedry

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

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

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

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

V Pardubicích dne 25.5. 2020

.....

Kristýna Čapková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Iloně Kašparové za její odborné vedení práce, důležité rady a zkušenosti, trpělivost, ochotu i čas, který mi věnovala při řešení dané problematiky. Dále bych chtěla poděkovat respondentkám za věnování osobního času k vyplnění mého dotazníku, vedení daného zařízení za umožnění provedení výzkumu a porodním asistentkám na oddělení gynekologicko – porodnickém za jejich ochotu a drahocenný čas věnovaný rozdáváním mého dotazníku. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svojí rodině a přítelovi za jejich psychickou podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

Kristýna Čapková

## **ANOTACE**

Teoretická rovina bakalářské práce přibližuje problematiku laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie (LAVH). Dále je v teoretické části zpracována komplexní pooperační péče poskytovaná porodní asistentkou (PA) po výkonu LAVH. V závěru teoretické části je kapitola, která je věnována edukaci v porodní asistenci se zaměřením na tvorbu mapy péče.

Cílem praktické části bylo zjistit, jaká je informovanost žen o pooperační péči po LAVH. Následujícím cílem bylo vytvořit návrh informační mapy péče se stručným manuálem pro porodní asistentky. Informační mapa péče by měla posloužit jako edukační materiál pro ženy podstupující tento výkon.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, porodní asistentka, pooperační péče, edukace

## **TITLE**

Information map of a woman's care after a laparoscopically assisted vaginal hysterectomy

## **ANNOTATION**

The theoretical level of the bachelor's thesis approaches the issue of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy (LAVH). Furthermore, the theoretical part includes an examination of comprehensive post-operative care is provided by a midwife after LAVH. At the end of the theoretical part is a chapter devoted to education in midwifery with a focus on creating a map of care.

The aim of the practical part was to learn about the awareness of women about postoperative care after LAVH. The next aim was to create a draft information map of care with a brief manual for midwives. The information map of care should serve as education material for women undergoing this procedure.

## **KEYWORDS**

Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, midwife, post-operative care, education

## OBSAH

Úvod .....	12
Cíle práce .....	13
Teoretická část .....	14
1 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie .....	14
1.1 Operační techniky LAVH.....	14
1.1.1 Elektrochirurgická technika LAVH .....	15
1.2 Indikace LAVH.....	16
1.3 Kontraindikace LAVH .....	16
1.4 Komplikace LAVH .....	17
1.4.1 Bezprostřední pooperační komplikace .....	17
1.4.2 Časné pooperační komplikace .....	17
1.4.3 Pozdní pooperační komplikace.....	18
1.5 Výhody LAVH.....	19
1.6 Nevýhody LAVH.....	19
2 Pooperační péče.....	20
2.1 Typy pooperačních režimů .....	20
2.2 Bezprostřední pooperační péče po výkonu LAVH .....	20
2.2.1 Monitorace fyziologických funkcí.....	21
2.2.2 Kontrola krvácení, infekce, rány a drénu .....	21
2.2.3 Péče o bolest, nauzeu a zvracení.....	22
2.2.4 Péče o hygienu, dekubity, vyprazdňování a dietní režim.....	22
2.2.5 Prevence TEN a pooperační rehabilitace .....	23
2.3 Péče porodní asistentky na standardním lůžkovém oddělení .....	23
2.3.1 Přesun klientky na standardní oddělení a edukace o dietním režimu .....	24
2.3.2 Péče o vyprazdňování.....	24
2.3.3 Kontrola rány a invazivních vstupů .....	24



2.3.4	Péče o bolest, nauzeu, zvracení a TEN .....	25
2.3.5	Kontrolní vyšetření a extrakce stehů.....	25
2.4	Edukace v rámci rekonvalescence v domácí péči.....	25
2.4.1	Pracovní neschopnost.....	25
2.4.2	Zásady správné životosprávy.....	26
2.4.3	Péče o ránu, jizvu a pohybovou aktivitu .....	26
2.4.4	Edukace v rámci sexuality.....	26
2.4.5	Kontrolní prohlídka u lékaře.....	27
3	Edukace a edukační proces .....	28
3.1	Vysvětlení pojmu edukace.....	28
3.2	Edukační proces .....	28
3.2.1	1. fáze edukačního procesu-posouzení.....	28
3.2.2	2. fáze edukačního procesu-stanovení edukačních diagnóz a cíle edukace .....	29
3.2.3	3. fáze edukačního procesu-plánování edukace.....	29
3.2.4	4. fáze edukačního procesu-realizace edukace .....	30
3.2.5	5. fáze edukačního procesu-analýza a zhodnocení .....	30
3.3	Informační mapa péče .....	30
3.4	Zásady správné komunikace a edukace.....	31
3.5	První setkání s klientkou .....	32
3.6	Role PA při poskytování pooperační edukace.....	32
	Průzkumná část .....	34
4	Průzkumné cíle a průzkumná otázka .....	34
4.1	Průzkumné cíle.....	34
4.2	Průzkumná otázka .....	34
5	Metodika průzkumu.....	35
5.1	Charakteristika průzkumného vzorku .....	36
5.2	Zpracování dat a jejich vyhodnocení .....	36

6	Prezentace výsledků.....	37
6.1	Hodnocení informovanosti žen o pooperační péči po LAVH .....	53
7	Informační mapa péče.....	54
7.1	Manuál k informační mapě péče pro porodní asistentky .....	60
7.2.1	Návrh manuálu k informační mapě péče pro porodní asistentky .....	61
8	Diskuze .....	63
9	Závěr .....	68
10	Použitá literatura.....	69
11	Přílohy.....	73

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1- Věk respondentek.....	37
Obrázek 2 – Nejvyšší dokončené vzdělání.....	38
Obrázek 3 - Edukační oblasti na JIP .....	41
Obrázek 4 – Spokojenost respondentek s edukací na JIP.....	43
Obrázek 5 - Edukační oblasti na standardním oddělení .....	44
Obrázek 6 – Spokojenost respondentek s edukací na standardním oddělení .....	46
Obrázek 7 – Včasná mobilizace po operaci .....	47
Obrázek 8 - Vhodná strava 2. pooperační den.....	48
Obrázek 9 - Nástup spontánního močení po odstranění PMK.....	49
Obrázek 10 - Vhodná doba přiložení bandáží na dolních končetinách.....	50
Obrázek 11 – Ztráta menstruace po LAVH.....	51
Obrázek 12 – Nástup klimakteria .....	52
Tabulka 1 - Informace o operačním zákroku a péče s ní spojené.....	39
Tabulka 2 - Edukační oblasti pooperační péče na JIP.....	41
Tabulka 3 Edukační oblasti pooperační péče na standardním oddělení.....	44
Tabulka 4 - Výsledek úspěšnosti respondentek ve znalostních otázkách .....	53

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

DK	Dolní končetiny
FF	Fyziologické funkce
JIP	Jednotka intenzivní péče
LAVH	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
LMWH	Nízkomolekulární heparin
MM	Močový měchýř
PA	Porodní asistentka
PMK	Permanentní močový katetr
TEN	Trombembolická nemoc
TT	Tělesná teplota

## ÚVOD

Bakalářská práce s názvem „Informační mapa péče o ženu po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomií“ přináší ucelený přehled o výše uvedeném operačním zákroku, který se v současné době řadí mezi nejmodernější a nejvíce využívaný operační postup k odstranění dělohy.

Porodní asistentka je odbornicí poskytující ženám komplexní péči nejen v předoperačním, ale také v pooperačním období. Z toho vyplývá, že se od samého počátku dostává do úzkého kontaktu s klientkou a poskytuje jí tak potřebnou oporu v průběhu celé hospitalizace. Její podpora je pro ženu v tomto období nesmírně důležitá, neboť operační zákrok, který vyžaduje odstranění dělohy je pro ženu obzvlášť psychicky zatěžující. Většina žen vnímá dělohu jako pramen zdraví, síly a výkonnosti a její odstranění může vyvolat pocity méněcennosti. Proto práce porodní asistentky vyžaduje výborné schopnosti v komunikačních dovednostech, které pomohou identifikovat pocity strachu a úzkosti a vhodně vedeným dialogem je do jisté míry zmírnit. Neboť správně vedená edukace zajišťuje spolupráci mezi klientkou a porodní asistentkou a rychlejší proces uzdravení. Teoretická rovina práce z tohoto důvodu zmiňuje nejen samotný operační zákrok, ale také komplexní pooperační péči a poukazuje na důležitost edukace, kterou porodní asistentky poskytují v rámci edukačního procesu během hospitalizace.

Průzkumná část bakalářské práce je zaměřena na tvorbu informační mapy péče. Vypracování informační mapy péče bylo na základě prostudované literatury a vycházelo z výsledků dotazníkového šetření. Hlavním cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, jak jsou ženy, které podstoupily operační výkon LAVH informované o pooperační péči. Informační mapa péče je tištěný edukační materiál, který přináší ucelený přehled pooperační péče poskytované v rámci hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, jak na jednotce intenzivní péči (JIP), tak na standardním oddělení operační gynekologie. Edukační materiál je určený ženám podstupující operační zákrok LAVH, jehož cílem je přiblížit problematiku pooperační péče a následně snížit do jisté míry obavy spojené s péčí, které nastávají po provedeném operačním zákroku. Výhodou edukačního materiálu v podobě informační mapy péče je, že ženě zůstává po celou dobu hospitalizace a dané informace si může kdykoliv připomenout.

## CÍLE PRÁCE

Cílem teoretické části bakalářské práce:

- 1) Přiblížit problematiku týkající se operačního výkonu laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie, pooperační péče poskytovanou porodní asistentkou a v poslední řadě přiblížit specifika edukace v rámci edukačního procesu během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

Cílem praktické části:

- 1) Zjistit informovanost žen o pooperační péči po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii.
- 2) Vytvořit návrh informační mapy péče pro ženy podstupující výkon laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii, včetně manuálu pro porodní asistentky.

# TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce přibližuje problematiku LAVH, která v současné době patří k nejmodernějšímu a nejčastěji využívanému operačnímu způsobu, vedoucí k odstranění dělohy. Dále je v teoretické části zpracována komplexní pooperační péče porodní asistentky o klientku po výkonu LAVH, jak na JIP, tak na standardním oddělení. Poslední kapitola popisuje edukační činnost porodní asistentky.

## 1 LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

V současnosti jsou minimálně invazivní metody používány skoro ve všech odvětvích operační gynekologie. K výraznému poklesu došlo u hospitalizovaných klientek po klasické gynekologické operaci, jelikož výkony, které se uskutečňují laparotomickým přístupem je možné nahradit laparoskopicky, a to až v 85 %. Příkladem je abdominální hysterektomie, která je nahrazována LAVH (Rob., 2019, s. 76; Roztočil, 2011, s. 404-405).

Laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií se rozumí odstranění dělohy společně s vejcovody, a to buď s ponecháním nebo s odstraněním vaječnicků. Jedná se o kombinaci dvou operačních přístupů, vaginální a abdominální. Pomocí laparoskopického přístupu se děloha uvolní ze závěsů a následně poté je odstraněna poševní cestou. Dnes je LAVH řazena mezi nejmodernější operační postup, používaný v gynekologii k odstranění dělohy (Rob a kol., 2019, s. 83).

Díky lišícímu se přístupu přerušování děložních tepen a protětí pochvy existují dva základní typy operace. Prvním typem je superiorní typ LAVH, kdy jsou děložní cévy podvázány vaginálně, na rozdíl od druhého inferiorního typu, kdy mohou být podvázány či koagulovány a následně přerušeny z laparoskopického přístupu (Holub, 2005, s. 96, s. 107).

V současné době se společně s odstraněním dělohy provádí i preventivní odstranění vejcovodů i v případě ponechání vaječnicků. Důvodem je fakt, že většina zhoubných nádorů vaječnicku primárně pochází z vejcovodu (Rob a kol., 2019, s. 84).

### 1.1 Operační techniky LAVH

Většina operatérů nedoporučuje vykonávat laparoskopickou hysterektomii čistě z laparoskopického přístupu z důvodu technické náročnosti výkonu a delšího operačního času.

Proto je upřednostňována LAVH, i když je tato technika mnohdy označována za neefektivní z hlediska složení z několika fází (Roztočil, 2011, s. 411).

Existuje několik typů operačních technik LAVH. Největšího rozvoje dosáhla elektrochirurgická technika díky své spolehlivosti a vysoké účinnosti při nízkých nákladech. Dalším typem je vaginální morselační technika neboli technika zmenšovacích operací indikovaná pro větší myomatózní dělohu. Ultrazvuková technika operace pomocí harmonického skalpelu má šetrnější účinek ke tkáním, pomocí ostrého řezu pochvou. Díky úspěchu výzkumu experimentální chirurgie v Rusku byla vynalezena staplerová technika. Tato operační technika je zejména oceněna kvůli zkrácení operačního času, ovšem díky vysokým nákladům a větších operačních komplikací je méně rozšířená. Poslední operační technika je stehová technika LAVH, která je charakteristická kombinací elektrochirurgické, ultrazvukové a staplerové techniky (Holub, 2005, s. 109-111).

Na pracovišti, kde průzkum probíhal se nejčastěji k odstranění dělohy využívá elektrochirurgická technika LAVH. Z tohoto důvodu je v následující kapitole podrobněji popsána.

### **1.1.1 Elektrochirurgická technika LAVH**

Tato technika se skládá z pěti fází. První fáze začíná správným umístěním klientky na operačním stole. Lékař by měl klientku situovat do takové polohy, aby zamezil přílišnému tlaku na dolní končetiny (DK). Vhodná pozice je nejlépe docílena Trendelenburgovou polohou s mírně flektovanými DK, které se podepírají ve třmenech. Díky této pozici se zvýší žilný návrat, minutový srdeční výdej a centrální venózní tlak, a naopak se sníží tlak na pánevní orgány, což vede k menším krevním ztrátám. Děložní manipulátor se zavádí po přípravě operačního pole (Holub, 2005, s. 19, s. 107; Roztočil, 2011, s. 405).

Před začátkem druhé fáze je vhodné zavést účinnou vazokonstrikční látku dovnitř děložního hrdla, což způsobí bezkrevnost poševního operačního pole. Prvním krokem druhé fáze je založení pneumoperitonea insuflací oxidu uhličitého, do dutiny břišní pomocí Veressovy jehly, která je zavedena v okolí pupku. Pomocí insuflace oxidu uhličitého se vytvoří prostor pro pohyb laparoskopických nástrojů. Následně poté se do oblasti pupku nebo v jeho dolním okraji zavede 11 mm dlouhý teleskopický port pro přístup laparoskopu. Suprapubicky a laterálně jsou pod zrakovou kontrolou zavedeny dva 5 mm přídatné porty pro chirurgické nástroje. Průsvit a místo vstupu čtvrtého trokaru se přizpůsobuje děložní velikosti a anatomické situaci v dutině břišní a v pánvi (Holub, 2005, s. 107; Špaček, 2018, s. 384).



Třetí fáze začíná prohlédnutím orgánů malé pánve a dutiny břišní. V kompetenci operátora je rozhodnutí, kde se provede iniciální preparace. Pomocí stapleru je provedeno přerušení vazů dělohy od okolní tkáně. Dále se provede izolace děložních cév (Holub, 2005, s. 108).

Čtvrtá fáze začíná přechodem do poševní fáze, kdy nejprve dochází k vpravení rychle účinkujícího vazokonstrikčního roztoku do hrdla děložního. Dochází k tomu jen v případě, že v první fázi nebyl aplikován dlouhodobě působící roztok tzv. Remestyp. Následuje incize pochvy, kdy se otevřou oba prostory a další postup se nikterak neliší od klasické vaginální hysterektomie (Holub, 2005, s. 109).

V poslední páté fázi dochází k obnovení pneumoperitonea a kontrole operačního pole pomocí videokamery. Následuje odstranění laparoskopických nástrojů a finálním krokem je sutura břišních řezů (Holub, 2005, s. 109).

## **1.2 Indikace LAVH**

Podle American College of Obstetricians and Gynecologists jsou hlavními indikacemi pro LAVH přítomnost útvarů v pánvi, omezená pohyblivost dělohy, úzká vagina bez descenzu, onemocnění pánve zánětlivým charakterem, předchozí pánevní chirurgický výkon či endometrióza, kdy je u všech potřeba léčba nebo rozrušení srůstů (Roztočil, 2011, s. 411).

Bezpochybně převládající úlohu ve spektru indikací k LAVH mají zejména benigní choroby dělohy a adnex, prekancerózy hrdla děložního, děložního těla a ovarii a v časném stádiu zachycené karcinomy endometria a děložního hrdla (Holub, 2005, s. 111).

## **1.3 Kontraindikace LAVH**

Kontraindikace bývají udávány rozdílně, vzhledem k vybavení pracoviště a zkušenostem operátora. Díky vývoji endoskopických postupů a anesteziologie se upravují jak rizika, tak i kontraindikace LAVH (Holub, 2005, s. 37).

Absolutní kontraindikací stále zůstává kardiovaskulární onemocnění (3. a 4. stupně) s čímž může souviset i riziko oběhového selhání, vzhledem k poloze, kterou klientka na operačním stole zaujímá. Chronická respirační nedostatečnost a dekompenzovaná jaterní cirhóza také patří mezi absolutní kontraindikace (Holub, 2005, s. 30, s. 111).

Mnohočetné předešlé laparotomie, stav pacientky, který neumožňuje celkovou anestezii, rozsáhlé tumorózní procesy, zánětlivé postižení pobřišnice, koagulopatie, metabolické a srdeční

choroby či obezita, u které se vyskytla větší četnost pooperačních komplikací, patří do relativních kontraindikací (Holub, 2005, s. 30, s. 111).

## **1.4 Komplikace LAVH**

Jakákoli operace je vždy spojena se vznikem rizik a komplikací a představuje pro organismus určitou zátěž, jejichž míra závisí na spousty faktorů, se kterými by v rámci edukace měla být seznámena každá hospitalizovaná klientka. Vznik komplikací bývá omezen jeli dodržena předoperační příprava, premedikace, šetrná anestezie a šetrný operační postup, ale i pečlivá monitorace vitálních funkcí (Holub, 2005, s. 23).

Operační komplikace se rozdělují na bezprostřední jinak řečeno intraoperační, kdy se příznaky komplikací objevují s nastávajícím malým časovým odstupem. Časné komplikace, kdy se projevy objeví do týdne po operaci a pozdní s počátkem projevů více než týden po operaci. Dále se komplikace operační léčby mohou rozdělit na nevýznamné, kdy po jejich ošetření nevyvolávají další obtíže nebo závažné, které jsou naopak pro ošetření náročné. Poslední rozdělení komplikací je bez následků nebo s trvalými následky (Roztočil, 2011, s. 399).

### **1.4.1 Bezprostřední pooperační komplikace**

Mezi bezprostřední komplikace gynekologické operace LAVH bývají řazené komplikace spojené s anestezií, jako je hypotenze, kardiovaskulární a respirační komplikace a v nejhorším případě i srdeční zástava. Následkem alergické reakce se může dostavit i anafylaktický šok (Roztočil, 2011, s. 399).

Pooperační krvácení, které se projevuje tachykardií, hypotenzí a krvácením do dutiny břišní může při větších krevních ztrátách vést ke vzniku hemoragického šoku. Drobné krvácení se projeví relativně později anemizací klientky. Nevyhnutelnou komplikací může být cévní poranění či poranění okolních orgánů. Při vstupu do peritoneální dutiny může dojít k poranění velkých cév laparoskopem, což zapříčiní život ohrožující stav a vede k neodkladné laparotomii (Rob a kol., 2019, s. 78).

Poranění tlustého, tenkého střeva, žaludku či močového měchýře (MM) je velmi vzácné. Naplněný MM bývá ale velkým rizikem pro jeho poranění (Holub, 2005, s. 173-174).

### **1.4.2 Časné pooperační komplikace**

Pooperační zánětlivé komplikace bývají ze všech komplikací nejčastější. Příkladem jsou záněty okolo vstupu do dutiny břišní, v malé pánvi a dutině břišní. Ty mohou být

zkomplikované peritonitidou. Nejčastější infekcí je ovšem infekce močových cest. Preventivním předoperačním podáním antibiotik (ATB) a co nejkratší zavedení permanentního močového katetru (PMK), lze infekci předejít. Trombembolická nemoc (TEN) patří do časných komplikací, ale může vzniknout i za 7-14 dnů po operaci. Preventivním podáním antikoagulancií, dostatečnou hydratací, přiložením bandáží na DK, pohybem končetin a časným vstáváním z lůžka lze TEN předejít (Rob a kol., 2019, s. 78).

Jako komplikace laparoskopického výkonu může nastat při nedokonalém vypuštění plynu na konci výkonu, bolest v ramenu či epigastriu. Tento jev se nazývá Frénikový příznak (Kolařík a kol., 2011, s. 965).

Dalšími komplikacemi mohou být poruchy střevní pasáže, které mohou vyústit až v ileózní stavy, retence moči, oligurie až anurie, zhoršení již existujícího onemocnění, zapomenuté předměty v břišní dutině či pochvě. Tvorba píštělí vezikovaginálních, uterovaginálních nebo rektovaginálních se mohou projevit i v pozdním pooperačním období. Za méně častou a závažnou komplikaci lze považovat dehiscenci sutury rány a tvorbu hernií (Roztočil, 2011, s. 400).

Ostatní všeobecné komplikace se nikterak neliší od komplikací vzniklých při jiných výkonech. Jedná se o nauzeu a zvracení, kterou způsobují opiátová analgetika, pooperační bolest, délka trvání operace, nepřijímání potravy, popřípadě věk a obezita. Nadměrná bolest, která vzniká podrážděním bráničního nervu a distenzí cév lze tlumit podáním opiátů či analgetik s ohledem na stav respirace a krevního tlaku. Zvýšená tělesná teplota (TT), která bývá reakcí na operační zátěž se během 24-48 hodin spontánně upraví. Jestliže přetrvává může signalizovat probíhající infekci v organismu (Holub, 2005, s. 23, 171).

Vzácně může dojít k poruše hybnosti končetin jako následek otlaků nervů na operačním stole. Poruchy hybnosti a citlivosti ustupují během několika týdnů po operaci. Při déletrvajících operacích lze očekávat jako komplikaci pokles TT, která představuje riziko u pacientek s kardiovaskulárním a respiračním onemocněním (Holub, 2005, s. 23, 171; Roztočil, 2011, s. 400).

### **1.4.3 Pozdní pooperační komplikace**

Tvorba adhezí, chronická pelvialgie, dyspareunie, špatné hojení rány a možnosti vytvoření keloidní jizvy, tvorba hernií v operační ráně, chronická porucha vyprazdňování v důsledku vzniku pooperačních srůstů, porucha statiky pánevních orgánů a inkontinence patří

mezi pozdní pooperační komplikace. Za nejzávažnější komplikaci, která může vzniknout v období peroperačním i v pooperačním, je považována smrt pacientky (Roztočil, 2011, s. 400).

## **1.5 Výhody LAVH**

Svůj úspěch laparoskopie získala nejen proto že i náročné laparoskopické výkony jsou srovnatelné s operační zátěží malých gynekologických výkonů, ale především díky menší invazivnosti, díky které je nižší riziko vzniku pooperačních komplikací a menších krevních ztrát. Pozitivem je i menší intenzita a kratší doba pooperační bolesti, čímž dochází k rychlejší mobilizaci klientky a tím i snížení rizik střevních a žilních komplikací. Výhodu, kterou ženy ocení je fakt, že po laparoskopicky provedené operaci je lepší kosmetický efekt, na rozdíl od laparotomického přístupu (Rob a kol., 2019, s. 76; Špaček, 2018, s. 383).

Velmi přínosnou výhodou pro klientky je i kratší doba hospitalizace, následná pooperační rehabilitace a pracovní neschopnost, která se pohybuje v rozmezí od 6-8 týdnů (Fait, 2010, s. 71).

## **1.6 Nevýhody LAVH**

Ovšem i laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie se potýká s komplikacemi a nevýhodami. Nevýhodou bývá poranění okolních orgánů a struktur při vstupu do peritoneální dutiny, komplikace spojené s anestezií a laparoskopií či s operační polohou. Nevýhodou je i prodloužení operačního času u složitějších výkonů. A v neposlední řadě i větší finanční náročnost přístrojového a nástrojového vybavení tohoto výkonu (Rob a kol., 2019, s. 76).

## **2 POOPERAČNÍ PÉČE**

Pooperační péče má zásadní cíl a tím je stabilizace stavu klienta a co nejrychlejší návrat jeho sebepéče a soběstačnosti, jako v běžném životě. Úspěšná pooperační péče je založena na kvalitní předoperační přípravě, správně vedené anestezii a bez komplikací probíhajícího operačního výkonu (Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 291).

Stav pacienta, rozsah operačního výkonu, přidružené onemocnění pacienta, požadavky operátora a zvyklosti oddělení určují, jak bude pooperační léčba probíhat (Schneiderová, 2014, s. 72).

### **2.1 Typy pooperačních režimů**

Dle závažnosti a náročnosti operačního výkonu je pooperační péče rozdělena do 5 pooperačních režimů. V ambulantním režimu se odehrávají výkony tzv. minimální chirurgie provedené v lokální anestezii nebo bez ní. Výkony, které jsou určené k jednodenní hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. Na standardní oddělení jsou pacienti převáženy po stabilizaci fyziologických funkcí (FF), které byly monitorovány 1 hodinu na zotavovacím pokoji, po menších gynekologických zákrocích. Na jednotku intenzivní péče se dostávají klientky po velkých nebo komplikovaných gynekologických operacích či při zvýšeném riziku vzniku komplikací. Klientky se ztrátou vědomí nebo s poruchami vitálních funkcí se převážejí na anesteziologicko-resuscitační oddělení (Roztočil, 2011, s. 399).

### **2.2 Bezprostřední pooperační péče po výkonu LAVH**

Po skončení operačního výkonu se odstraní endotracheální trubice a klientka je probuzena z celkové anestezie. Klientka, která reaguje na oslovení opouští operační trakt a je přeložena na JIP k monitoringu základních životních funkcí. Zde zůstává pod nepřetržitým dohledem do doby, dokud nemá stabilizovaný stav, dostatečně spontánně nedýchá a nemá patrné obranné reflexy, tedy zhruba 12-24 hodin (Čoupková, Slezáková, 2019, s. 37; Fait, 2010, s. 69).

Operátor po skončení operace provede zápis do dokumentace, který se týká předepsání příslušných léků, infuzních roztoků apod. Porodní asistentka z operačního sálu dostane telefonickou zprávu s pokynem odvozu klientky a anesteziolog ústně předá informace, jak probíhala operace po anesteziologické stránce. K převozu klientky by PA měla mít přichystaný fonendoskop, tonometr, ambuvak, pulzní oxymetr, telefon v případě potřeby k zavolání pomoci či emitní misku na zvracení. Zkontroluje stav vědomí, celkový stav klientky, operační ránu

a krvácení. Poté provede příslušný zápis o převzetí klientky do dokumentace a společně se sanitářem převezou klientku na oddělení JIP (Čoupková, Slezáková, 2019, s. 37).

Po přeložení na JIP je klientka uložena do polohy na zádech s pokrčenými DK, pod ženu je umístěna jednorázová podložka a na zevní rodidla přiložena jednorázová vložka. Při znečištění je zajištěna výměna prádla. Bezpečnost klientky je zajištěna bočními zábranami postele a do její blízkosti je přiblíženo signalizační zařízení (Andréssová, Slezáková, 2013, s. 37).

### **2.2.1 Monitorace fyziologických funkcí**

Na JIP pracuje porodní asistentka, která je specializovaná v úseku intenzivní a resuscitační péče. Hlavním úkolem PA je kontrola FF, možných příznaků pooperačních komplikací, tlumení bolesti, ale i péče o psychický stav ženy. Klientčin stav je během hospitalizace na JIP trvale monitorován a v pravidelných intervalech je prováděn zápis naměřených hodnot FF do dokumentace. Sledována je frekvence, pravidelnost, kvalita a charakter tepu, dechu a krevního tlaku. Porodní asistentka věnuje pozornost také vědomí, celkovému stavu klientky (barva kůže a sliznic), denní diuréze, bilanci tekutin, množství kyslíku v krvi a TT (Andréssová, Slezáková, 2013, s. 37; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 47).

Ke sledování srdeční akce slouží elektrody (červená, žlutá, zelená) přilepené na hrudi. Přiložením manžety tonometru na paži se monitoruje krevní tlak a přichycením pulzního oxymetru na prst se sleduje saturace krve kyslíkem. Pokud je saturace nízká je potřeba zahájit oxygenoterapii (Fait, 2010, s. 69).

Nultý den operace se FF zaznamenávají do dokumentace první hodinu po 15 minutách, další hodinu po 30 minutách a do zbytku 24 hodin každou hodinu. Vždy je nutné se řídit ordinací anesteziologa a následující dny ordinací ošetřujícího lékaře. Lékař je přivolán v případě výkyvů FF, ovšem první dny po skončení operace jsou mírné výkyvy časté. Je to způsobeno úbytkem krve během operace a nadměrnou zátěží organismu narkózou (Čoupková, Slezáková, 2019, s. 37-38).

### **2.2.2 Kontrola krvácení, infekce, rány a drénu**

Porodní asistentka sleduje vaginální krvácení kontrolou vložek. V případě potřeby vložky vyměňuje. Zaměřuje se nejen na příznaky zevního krvácení, ale i vnitřního krvácení a infekce. Porodní asistentka kontroluje průběh hojení operační rány, prosakování obvazů, v případě potřeby provádí sterilní převaz rány. U zavedeného drénu sleduje odchod sekrece,

množství, barvu, příměsi a funkčnost. Obvykle je drén druhý den odstraněn. V okolí invazivních vstupů sleduje projevy možné infekce a zhodnocuje stav podle klasifikace tíže flebitidy dle Maddona. Aplikací přehřátých infuzních roztoků či přikládáním zahřátých gelů předchází vzniku pooperační hypotermie (Andréssová, Slezáková, 2013, s. 38; Čoupková, Slezáková, 2019, s. 38).

### **2.2.3 Péče o bolest, nauzeu a zvracení**

Pooperační bolest má negativní účinky zejména na kvalitní spánek, ventilaci plic a odkašlávání. Proto podáním opiátových analgetik dochází nejen k tlumení bolesti ale i k normální obnově FF. Nežádoucími účinky opiátových analgetik je hypotenze, útlum dýchání a peristaltiky (Kolařík a kol., 2011, s. 919).

Porodní asistentka pozoruje projevy, intenzitu, charakter a lokalizaci bolesti, kterou hodnotí podle verbálních či neverbálních škál (př. Vizuální analogová škála). Dle ordinace lékaře je bolest tlumena aplikací intravenózních nebo intramuskulárních analgetik či opiátových analgetik, které se mohou podávat až po vymizení účinků anestezie. V případě poruchy spánku vlivem bolesti je možné podat hypnotika či silnější analgetika (Čoupková, Slezáková, 2019, s. 38).

Účinkem premedikace, anestezie a podáním analgetik se může objevit nauzea nebo zvracení. V takovém případě se parenterální cestou podají antiemetika, klientce se poskytne emitní miska s buničinou a polohováním na bok zajistíme prevenci před aspirací zvratky. Po aplikaci léků se sledují účinky a nežádoucí projevy. Při výskytu jakýchkoliv komplikací je vždy nutné informovat lékaře (Čoupková, Slezáková, 2019, s. 38-39).

### **2.2.4 Péče o hygienu, dekubity, vyprazdňování a dietní režim**

Hygienu se provádí na lůžku oplachem genitálu. Vlivem omezeného příjmu tekutin dochází k vysychání dutiny ústní a nepříjemnému zápachu z úst. Intervencí může být zvlhčování či výplachy dutiny ústní a přísun tekutin. Častými změnami poloh a upraveným lůžkem se zamezí vzniku proleženin (Čoupková, Slezáková, 2019, s.38).

Díky zvýšeným krevním ztrátám při operačním výkonu dochází ke ztrátě tělesných tekutin a z tohoto důvodu je nutné sledování bilance tekutin a kontrola ztrát. Parenterální cestou je zajištěn přísun tekutin podáním náhradních roztoků (Čoupková, Slezáková, 2019, s.39).

Po operaci může vzniknout přechodný problém s vyprazdňováním moči z MM. Proto je preventivně zaveden PMK, s čímž ale souvisí zvýšené riziko vzniku infekce močových cest.

K léčbě infekce močových cest se využívají ATB (nitrofurantoin, cotrimoxazol). V rámci péče o močové cesty je nutné zajistit dostatečnou hydrataci a sledovat denní diurézu. Pokud vyprazdňování MM není adekvátní, je možné vyprazdňování moči podpořit látkami například ze skupiny parasymptomimetik. Porodní asistentka pečuje o močový katetr a ve sběrném močovém sáčku sleduje množství, barvu a příměsi moči ((Kolařík, 2011, s. 922).

Pozornost věnuje odchodu plynů a projevy spojené s meteorismem. Důraz je také kladen na dietní režim po operaci. Po odeznění účinků anestezie je nultý den operace naordinována čajová dieta (Os) po lžičkách (Andrésová, Slezáková, 2013, s. 39; Čoupková, Slezáková, 2019, s. 39).

### **2.2.5 Prevence TEN a pooperační rehabilitace**

V pooperačním období je stále nutná prevence TEN. Již před operačním výkonem byly přiloženy kompresní punčochy nebo elastické bandáže na DK a klientce nadále zůstávají do doby, nežli je schopná přiměřeného pohybu po operaci. Další prevencí TEN je aplikace antikoagulancií (LMWH) dle ordinace lékaře (většinou 5-7 dní) nebo pohyby končetinami v lůžku a časná mobilizace (Čoupková, Slezáková, 2019, s. 39; Rob a kol., 2019, s. 77).

K pooperační rehabilitaci, jak již bylo zmíněno, patří dechová cvičení jejímž cílem je zlepšit plicní ventilaci a usnadnit vykašlávání. Nultý den operace PA provádí s klientkou nácvik prohloubeného hrudního dýchání s prodlouženým výdechem a vykašlávání s fixací operační rány několikrát denně. Následující den se dvakrát až třikrát denně provádějí cviky nultého pooperačního dne, ke kterému se přidává kondiční cvičení horních a dolních končetin a lehká masáž střev ve směru peristaltiky. Mobilizace klientky se dle stavu uskutečňuje do 24 hodin po operaci, které předchází kontrola FF a podání snídaně (Roztočil, 2011, s. 430).

### **2.3 Péče porodní asistentky na standardním lůžkovém oddělení**

Na standardní pooperační oddělení se klientka přesouvá po stabilizaci stavu vždy v přítomnosti doprovodu PA s veškerou dokumentací. Hlavním úkolem PA na standardním lůžkovém oddělení je sledování projevů možných komplikací a celkového stavu klientky, dotazování se na případné obtíže, plnění ordinací lékaře (odběry biologické materiálu, sledování výsledků laboratorního vyšetření, měření FF v pravidelných intervalech, podávání infuzní terapie) a motivace klientky k co nejranější mobilizaci (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 54).



### **2.3.1 Přesun klientky na standardní oddělení a edukace o dietním režimu**

Klientka je po příchodu na oddělení uložena do čistého lůžka, pod kterou je umístěna jednorázová podložka. Porodní asistentka edukuje klientku o signalizačním zařízení na pokoji a zejména upozorní na změny v dietním režimu. Jakmile dojde o obnově peristaltiky, klientka je zatěžována stravou postupně. První pooperační den je ordinována dieta tekutá (č.0), 2.pooperační den dieta kašovitá (č.1) a následující 3.den se přechází na dietu racionální (č.3) (Schneiderová, 2014, s. 72-73).

### **2.3.2 Péče o vyprazdňování**

Pozornost je věnována vyprázdnění močového měchýře. Porodní asistentka klientku upozorní, že k prvnímu spontánnímu močení dochází za 6-8 hodin po odstranění PMK. Pokud nedojde k vyprázdnění MM, lze klientku doprovodit do sprchy a zkusit se vymočít pod tekoucí vodou. Pokud i nadále je hmatný plný MM je nutné klientku jednorázově vycévkovat. Je vhodné po operaci provést kontrolu rezidua moči v MM ultrazvukem, a to i ženy, které spontánně močí (Kolařík a kol., 2011, s. 922; Schneiderová, 2014, s. 72).

Po laparoskopické operaci je častým problémem meteorismus, jehož projevem je vzedmuté břicho, nevolnost až bolest břicha. Intervencí může být správné polohování, aktivizace na lůžku, brzká mobilizace, popřípadě zavedení rektální rourky do konečníku. Přechodným pooperačním stavem bývá také zástava plynů a odchod stolice. Ke spontánní úpravě dochází do 48-72 hodin po operaci. Je nutné sledovat příznaky zástavy odchodu plynů a adekvátně na to reagovat. Intervencí je dostatečná hydratace, aktivizace na lůžku a časná mobilizace. Pokud nedojde ke spontánnímu vyprázdnění, možností je podání léků ze skupiny parasymptomimetik (př. Syntostigmin) či využití očistného klyzmatu (Čoupková, Slezáková, 2019, s. 39; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 55).

### **2.3.3 Kontrola rány a invazivních vstupů**

Porodní asistentka nadále kontroluje operační ránu, invazivní vstup a funkčnost drénu. V okolí místa zavedení drénu porodní asistentka sleduje vzhled kůže (začervenání, obtékání apod.) a v pravidelných intervalech provádí aseptický převaz. Pokud sekret nepřibývá, dle ordinace lékaře je drén odstraněn. První pooperační den je kontrolováno prosakování krytí operační rány a vzhled okolní kůže. Převaz rány je proveden první či druhý pooperační den. V případě prosakování krytí je nejdříve přidána další vrstva obvazu, pokud je vrstva nedostačující a prosakování nadále pokračuje, je nutností informovat lékaře. V případě krvácení se aseptický převaz proveden dříve. Porodní asistentka kontroluje místo vpichu invazivního vstupu.

Periferní venózní katétr je ponechán většinou 72 hodin (dle doporučení výrobce), ale především dle potřeb a stavu klientky (např. aplikace léků, infuzí či transfuzí). V případě projevů infekce je odstraněn dříve (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 55-56).

#### **2.3.4 Péče o bolest, nauzeu, zvracení a TEN**

Pozornost je kladena i pooperační bolesti, kdy se v případě potřeby podávají analgetika bolusově či kontinuálně po předchozí domluvě s lékařem. Pokud klientka trpí nauzeou či zvracením podávají se dle ordinace lékaře antiemetika (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 54-56).

Prevenčí TEN nadále zůstává podávání antikoagulancií jednou za 24 hodin dle ordinace lékaře. Porodní asistentka se dotazuje na případné projevy komplikací, aktivně sleduje stav klientky a účinky podaných léků a vše zaznamenává do dokumentace. V případě komplikací informuje lékaře (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 54-56).

#### **2.3.5 Kontrolní vyšetření a extrakce stehů**

Po operaci klientka odchází domů 3-5 den. V případě nevstřebatelných stehů porodní asistentka sdělí klientce místo a dobu k extrakci, obvykle 7. pooperační den v rámci ambulantní kontroly, a v neposlední řadě ženu edukuje o zásadách péče v domácí rekonvalescenci, včetně péče o jizvu (Fait, 2010, s. 69; Roztočil, 2011, s. 400).

### **2.4 Edukace v rámci rekonvalescence v domácí péči**

Pooperační edukace by neměla obsahovat pouze informace týkající se ošetrovatelských intervencí probíhajících ve zdravotnickém zařízení. Porodní asistentka by měla klientku edukovat také v rámci domácí rekonvalescence, popřípadě má-li k dispozici edukační materiál, měla by ho klientce poskytnout.

#### **2.4.1 Pracovní neschopnost**

Nejdříve je klientce před odchodem do domácí péče provedeno vyšetření gynekologem. Klientce je také provedeno laboratorní vyšetření a jeli nutná extrakce stehů, je jí sdělen čas a místo k jejich vyjmutí. V rámci edukace se ženě sdělí délka pracovní neschopnosti, která se pohybuje v rozmezí od 6-8 týdnů. Pracovní neschopnost je řízena typem operace a výskytem komplikací, proto je uvedena pouze orientačně. Pokud se objeví komplikace je pracovní neschopnost prodloužena. Ženě je také nabídnuta možnost lázeňské léčby (Andrésová, Slezáková, 2013, s. 40; Roztočil, 2011, s. 400, s. 456).

### **2.4.2 Zásady správné životosprávy**

Úlohou PA je vysvětlení správných zásad životosprávy. Ženu edukuje o dostatku tělesného a psychického odpočinku a správné výživě včetně doplňování potřebných vitamínů. Žena by se měla několik měsíců od operace vyvarovat zvedání těžkých břemen, těžší fyzické práci a silným otřesům kvůli riziku sestupu pochvy. Důraz je kladen na hygienu, kdy by žena měla v následujících 6 týdnech dát přednost sprchování před koupáním ve stojaté vodě a často vyměňovat vložky (Andrésová, Slezáková, 2013, s. 40; Fait, 2010, s. 71).

### **2.4.3 Péče o ránu, jizvu a pohybovou aktivitu**

K edukaci patří i vysvětlení, jak pečovat o operační ránu. V pooperační péči po gynekologické operaci se doporučuje volné hojení rány. V případě objevení se bolesti žena může využít běžně dostupné léky dle doporučeného dávkování a s ohledem na možnou alergii (např. Paralen, Ibalgin, Brufen). S péčí o operační ránu souvisí následná péče o jizvu. Je důležité správnou péčí se vyhnout vytvoření keloidní nebo hypertrofické jizvy. Ženě je vhodné doporučit promaštění jizvy jakýmkoli mastným krémem nebo vepřovým sádlem kvůli zamezení vysychání. Chránit jizvu před mechanickým drážděním a napínáním, využívat od 3. týdne po operaci tlakové jemné masáže. Následně je ženě doporučena postupná rehabilitace, která spočívá v krátkých procházkách, posilování pánevního dna a běžných aktivitách ženy. Žena by se měla vyhýbat sportovním činnostem, při kterých dochází k natahování kůže (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 56-57, Nemocnice České Budějovice, s. 1-3).

### **2.4.4 Edukace v rámci sexuality**

Operační zákrok, který vyžaduje odstranění dělohy je pro ženu obzvlášť psychicky zatěžující. Jelikož žena vnímá dělohu jako pramen zdraví, síly a výkonnosti. Proto by měla být věnována pozornost edukaci v rámci sexuální problematiky. Doporučována je abstinence pohlavního styku do úplného zhojení poševního pahýlu, což trvá 6. týdnů. Ženě je nutné vysvětlit, že odstranění dělohy nemá vliv na pohlavní styk a vyvrcholení, ale dochází ke ztrátě menstruačního krvácení a schopnosti mít děti (Fait, 2010 s. 71; Slezáková a kol., 2017, s. 36).

Pokud při operaci došlo i k odstranění vaječníků, může dojít ke snížení sexuálního apetitu, lubrikačních schopností a jeli žena v reprodukčním věku života k vytvoření umělého přechodu. Problém lze vyřešit podáváním hormonální terapie, kterou se zajistí oddálení příznaků předčasného klimakteria (estrogeny) a používání lubrikačních masť. Ženu je důležité připravit na tzv. posthysterektomický syndrom, což je reakce organismu na odnětí dělohy. Žena

bude zaznamenávat únavu, poruchy spánku, bolesti hlavy, návaly horka, závratě nebo potíže s močením (Fait, 2010, s. 72; Koutná, 2012).

#### **2.4.5 Kontrolní prohlídka u lékaře**

Posledním úkolem porodní asistentky je podání informace týkající se následné kontroly u obvodního gynekologa. Objeví-li jakékoli komplikace je nutné lékaře navštívit ihned. Po edukaci by se měla PA dotázat, zda žena všemu porozuměla, dát jí prostor pro dotazy, na které ji zodpoví a pokud má žena zájem doporučit další zdroje informací (Andrésová, Slezáková, 2013, s. 40; Roztočil, 2011, s. 400).

### **3 EDUKACE A EDUKAČNÍ PROCES**

Správně poskytovaná edukace v rámci ošetrovatelské a léčebné péče je nezbytně důležitým prvkem, který může do jisté míry ovlivnit chování a jednání edukovaného jedince z hlediska primární, sekundární i terciální prevence (Svěráková, 2012, s. 23). Zdravotnický personál využívá ve své práci komunikaci a edukaci každý den. Proto je v následujících kapitolách přiblížena problematika edukace, edukačního procesu, zásady správné komunikace a edukace a informační mapy péče jako edukační pomůcka. V dalších kapitolách následuje shrnutí edukace v rámci prvního setkání s klientkou a pooperační edukace.

#### **3.1 Vysvětlení pojmu edukace**

Termín edukace má vysvětlení v mnoha definicích. Nejčastěji je tento termín vnímám jako záměrná a cílevědomá výchova a vzdělání. Ve zdravotnickém prostředí je možné edukaci chápat jako proces, kdy edukátor (porodní asistentka, lékař apod.) záměrně působí na edukanta (subjekt učení, klient, který přichází do zdravotnického zařízení) a jeho cílem je získat kladné změny ve vývoji, postoji, chování, návycích, dovednostech a vědomostech edukovaného jedince (Dušová a kol., 2019, s. 11-12,14; Tóthová a kol., 2014, s. 191).

Důležitým úkolem edukace v rámci prevence je naučit edukovaného předcházet vzniku nemoci, udržet či navrátit své zdraví, motivovat ho k vyléčení, zamezit v rozvoji dalších komplikací a zlepšit kvalitu života s nezměnitelným zdravotním stavem (Tóthová a kol., 2014, s. 191).

#### **3.2 Edukační proces**

Edukační proces je složen z několika fází, ve kterém edukátor poskytuje informace v rámci učení edukantovi. Důležitým aspektem edukace je právě komunikace mezi edukátorem a edukantem. Úzce souvisí s ošetrovatelským procesem. V edukačním procesu se nejedná pouze o sdělení informací, ale o systematický, záměrný a pečlivě připravený proces, který je kvalitně uskutečněn. K tomu je zapotřebí mít potřebné znalosti, psychomotorické a postojové dovednosti. Úkolem zdravotnického personálu je zodpovědně k edukaci přistupovat a vést klienta k odpovědnosti za své zdraví (Dušová, 2019, s.19-20; Tóthová a kol., 2014, s. 191).

##### **3.2.1 1. fáze edukačního procesu-posouzení**

Prvním krokem k získání úspěchu v edukačním procesu je sběr potřebných informací o daném jedinci a jejich následné posouzení. Aby došlo k efektivnímu učení je důležité, aby se do procesu aktivně zapojily obě strany (edukátor, edukant). Při edukaci je nutné

zohlednit individuální osobnost klientky, vědomosti a zkušenosti, ale i aktuální fyzický a psychický stav a v neposlední řadě i edukační prostředí (Dušová, 2019, s. 20; Juřeníková a kol., 2010, s. 37).

Porodní asistentka by měla při rozhovoru s klientkou identifikovat její základní potřeby a již naučené znalosti, které získá metodami jako je rozhovor, dotazník, pozorování apod. Získané informace je schopna využít ke změně v chování a klientku patřičně v průběhu hospitalizace motivovat. Vždy je nutné si všimnout faktorů, které edukační proces mohou ovlivnit či znemožnit (vnímavost, zapamatování, stres, motivace, emoce, samotné onemocnění) (Dušová, 2019, s. 17-18, 20-21).

### **3.2.2 2. fáze edukačního procesu-stanovení edukačních diagnóz a cíle edukace**

Analýzou získaných dat je stanovena edukační diagnóza, která by měla obsahovat příčinu problému. V rámci plánování si PA určí cíle, očekávané výsledky a priority v edukaci, kterým věnuje pozornost. Promyslí činnosti potřebné k dosažení cílů a plán, který je individuální, zaznamená. Porodní asistentka v rámci plnění cílů přihlíží k aktuálnímu zdravotnímu stavu klientky, jejímu zájmu, motivaci apod. Edukační cíl je zásadní stavební jednotkou edukace. Po stanovení cíle je edukátor schopen rozhodnout o obsahu učiva a způsobu metodiky (Dušová, 2019, s. 26-27).

Výsledky edukace je možné zhodnotit po správné formulaci cíle. Aby ke správné formulaci došlo musí být dodržena základní pravidla. Formulovat cíl ve spolupráci s edukantem, znít jako doporučení, formulován jasně, srozumitelně, komplexně a přiměřeně. V průběhu výuky je důležité průběžně porovnávat stanovené cíle a současný stav (Dušová, 2019, s. 28).

### **3.2.3 3. fáze edukačního procesu-plánování edukace**

Klientce v rámci procesu plánování by měly být poskytnuté informace a dovednosti užitečné. Po stanovení priorit a cílů edukace je dalším krokem promyslet obsah, metody, organizační formy a didaktické prostředky. Edukační metodou může být přednáška a výklad, dále metoda vysvětlování, ve kterém objasníme daný problém (probíhá např. v ordinaci lékaře), instruktáž a praktické cvičení, rozhovor a dialog, či myšlenková mapa. Didaktickými prostředky pro edukaci klientky mohou být učebnice, letáky, brožury, modely, informační mapy péče, odborná literatura, nástěnné obrazy nebo výukové filmy (Dušová a kol., 2019, s. 31-35; Juřeníková, 2010, s. 39).

### **3.2.4 4. fáze edukačního procesu-realizace edukace**

V této fázi se uskutečňuje již vytyčený plán se stanovenými cíli. Jednotlivé edukační lekce by měly obsahovat vzájemnou propojenost, spojit výchovnou a vzdělávací složku učení, podpořit aktivitu edukanta, plně využít čas vymezený pro lekci a opatřit didaktické prostředky (Dušová, 2019, s. 36-37).

Neodmyslitelnou součástí celého edukačního procesu je schopnost edukátora motivovat jedince, poskytnout mu nové vědomosti a dovednosti, které v další fázi edukační lekce prohloubí opakováním a dané učivo si tak edukant lépe zapamatuje. V poslední fázi lekce si edukátor zkontroluje a ověří edukantovi naučené vědomosti a dovednosti zpětnou vazbou. Cílem je odhalit nedostatečnosti a nepochopení v učivu a pomocí jiných metod znovu problém vysvětlit (Dušová a kol., 2019, s. 37-39).

### **3.2.5 5. fáze edukačního procesu-analýza a zhodnocení**

Cílem poslední fáze je posoudit efektivitu edukačního procesu a splnění vytyčených cílů. Celý edukační proces by měl být zaznamenán přesně, srozumitelně a přehledně v dokumentaci (Dušová a kol., 2019, s. 39).

## **3.3 Informační mapa péče**

Informační mapa péče je jedna z mnoha edukačních pomůcek, která se využívá k edukaci. Její přínos se osvědčil jak u porodních asistentek, tak u klientek, kterým je ošetrovatelská péče poskytována. Články v časopisech, brožury, plakáty, letáky či knihy patří mezi další písemné edukační materiály, které slouží pouze jako doplněk k samotné edukaci. Klientka má po celou dobu hospitalizace edukační materiál k dispozici a v případě nepochopení se k daným informacím může kdykoliv vrátit. Díky své vizuální názornosti dochází k následnému hodnotnějšímu zapamatování (Juřeníková, 2010, s. 45, s. 48-49).

Informační mapa péče je orientována na specifickou skupinu klientek a problematiku. Obsahovat může informace o samotné diagnóze, operačním výkonu, následné terapii a možných nežádoucích účinků. Také může poskytovat informace o ošetrovatelských intervencích jak před výkonem, tak i po výkonu a následné domácí péče. Jednotlivé kategorie vytyčených cílů se většinou zaznamenávají do přehledné tabulky. Informační mapa péče by neměla postrádat manuál, který jednotlivé postupy péče vysvětluje a umožňuje tak efektivněji pracovat s vytvořenou informační mapou péče (Juřeníková, 2010, s. 45; Nemcová, Hlinková, 2010, s. 250).

Tvorba písemného edukačního materiálu podléhá určitým pravidlům. Základním pravidlem je znalost a orientovanost se v daném materiálu. Edukační materiál by měl být určen pouze takové edukační skupině, pro které byl materiál vytvořen. Písemný materiál je pouhou pomůckou při edukaci, a proto by měl být vždy doplněn jinou edukační metodou, např. vysvětlením (Juřeníková, 2010, s. 45-46).

Při tvorbě edukačního materiálu je základem mít jasně vytyčený cíl, kterého je potřeba dosáhnout. Následně je důležité vědět, pro jakou cílovou skupinu je materiál určen. Používaný jazyk a styl by měl být přizpůsoben cílové skupině. Je důležité mít na mysli, že je to psáno zpravidla pro laickou veřejnost. Obsahová stránka edukačního materiálu by měla být jasná a stručná. Je vhodné text doplnit názornými obrázky či schémata pro lepší pochopení tématu. Vytvořený edukační materiál by měl čtenáře svým grafickým zpracováním co nejvíce zaujmout. V neposlední řadě by tvůrce písemného textu měl vycházet ze standardů a norem daného zdravotnického zařízení (Juřeníková, 2010, s. 46).

Mezi výhody písemného edukačního materiálu patří snadná dostupnost a manipulace. Díky tištěné podobě se edukant může k nepochopenému tématu kdykoliv vrátit, udělat si poznámky a poté se s dotazem obrátit na porodní asistentku či lékaře. Edukant si může poskytnutý materiál nastudovat libovolně dle svých potřeb a času a má možnost přizpůsobit se tak svému učebnímu tempu (Juřeníková, 2010, s. 49).

Tvorba písemného edukačního materiálu vyžaduje dlouhou dobu přípravy. Psaný text může ztratit na své aktuálnosti a další nevýhodou je i malá zpětná vazba mezi edukantem a edukátorem (Juřeníková, 2010, s. 50).

### **3.4 Zásady správné komunikace a edukace**

Do zdravotnického zařízení přichází klientka často pod vlivem strachu, stresu a obav. Tyto pocity vyvolávají stresující situace jako je vlastní operace, nové neznámé prostředí, strach z předčasné menopauzy, ztráty ženské přitažlivosti a sexuální aktivity, obavy o své zdraví či strach ze smrti. Důležité je neopomínat fakt, že onemocnění působí na každého jedince více či méně nežádoucně a může tak měnit chování, reakce, emoce i některé rysy osobnosti (Šamánková, 2003, s. 36; Zacharová a kol., 122).



Proto je nesmírně důležité, aby bylo ke klientce přistupováno celistvě. Tedy nesoustředit se pouze na fyzický zdravotní problém, ale vnímat i psychické a spirituální potřeby, který má každý člověk jiný (Roztočil, 2011, s. 458).

Nelehkým ale velmi důležitým úkolem zdravotnického personálu je přistupovat ke klientovi profesionálně bez předsudků, podávat dostatek srozumitelných informací v rámci nedirektivního rozhovoru, ponechávat čas pro dotazy klienta, chovat se empaticky s trpělivostí, porozuměním a volit vhodnou komunikaci s aktivním nasloucháním. Z tohoto důvodů je práce ve zdravotnickém zařízení velice náročná a na zdravotnický personál jsou kladeny vysoké profesionální nároky (Zacharová a kol., 2011, s. 146, 176, 213).

Nicméně správná edukace klienta v období předoperačním, ale i v pooperačním značně napomáhá ke správné spolupráci mezi klientkou a PA a k následné rychlejší rekonvalescenci. Porodní asistentka poskytuje informace o ošetrovatelských intervencích klientce v období před operací, ale i po operaci (Slezáková a kol., 2017, s. 35).

### **3.5 První setkání s klientkou**

Významný vliv na spolupráci mezi klientkou a PA má již první setkání. Rozhovor by měl být zahájen pozdravem, vzájemným představením a podání ruky, přičemž dochází k udržování přiměřeného očního kontaktu a může být doplněno prohozením několika neformálních vět. Následně poté naznačí porodní asistentka téma rozhovoru, ve kterém klientku seznámí s chodem a prostředím oddělení, upozorní na vnitřní řád a denní režim (Šamánková, 2006, s. 36; Zacharová a kol., 2011, s. 211-212).

Důležitými aspekty v rámci rozhovoru je vhodné prostředí, dostatek času a ponechání prostoru pro dotazy, na které porodní asistentka ochotně odpoví. Při vedení rozhovoru je důležité dávat si pozor na nežádoucí neverbální projevy komunikace. Je nutné myslet i na rozrušení klientky, s čímž může souviset její snížené soustředění. Proto informace, které podáváme opakujeme, dotazujeme se na jejich pochopení a vybídneme klientku, aby se během hospitalizace nebála na cokoli zeptat. Důležité je nezapomínat, že první setkání s klientem může výrazně ovlivnit další spolupráci a klientčiny postoje (Šamánková, 2006, s. 37-38; Zacharová a kol., 2011, s. 224).

### **3.6 Role PA při poskytování pooperační edukace**

Porodní asistentka, která pracuje na oddělení JIP potřebuje ke své práci kromě empatie, zručnosti a zkušeností také skvělé teoretické vědomosti fyziologických a patologických stavů

v lidském těle, které ji budou nápomocné ve zhodnocování stavu klientky, včasnému rozpoznání případných komplikací a jejich následnému řešení. Další a nezbytnou součástí její práce je edukace klientek s čímž úzce souvisí komunikační dovednosti (Heřmanová a kol., 2012, s. 144, 147).

Základem úspěšné komunikace je poskytování informací, které jsou jednoduché, stručné, zřetelné, vhodně načasované a přizpůsobivé odezvě klientky. Vždy je důležité ke klientce přistupovat bez arogance, poučování a zbytečného strašení, a naopak chovat se odborně, taktně, ohleduplně a s přívětivostí. Správně vedená komunikace s klientkou napomáhá k získání důvěry a k vytvoření pozitivního vztahu na obou stranách a následně může ovlivnit v pozitivním slova smyslu poskytovanou péči (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 23-24; Zacharová a kol., 2011, s. 176).

I v pooperačním období se nesmí zapomínat podávat informace týkající se péče. Porodní asistentka zjistí, zda se klientka v této situaci vyskytla poprvé, zjišťuje míru její informovanosti. Cíleně objasňuje jednotlivé kroky a zásady a upozorní na jejich důležitost. Je vhodné klientku předem seznámit s činnostmi a výkony, které se v rámci ošetrovatelského procesu budou provádět. V průběhu výkonů, které klientka podstoupí by PA měla sledovat chování, verbální a neverbální komunikaci a zda jsou pocity klientky přiměřené prováděnému výkonu a patřičnou mírou na to reagovat. Tím je myšleno snížení obav v napjaté situaci uklidněním, poskytováním dostatečných informací o tom, co se právě děje, jak bude výkon dlouho trvat. Ujistění, že klientka porozuměla je na místě (Tóthová a kol., 2014, s. 189-190).

Úkolem PA v pooperačním období znovu ženě vysvětlit účel operačního výkonu. Ženy, které podstoupily gynekologickou operaci za účelem odstranění dělohy často trpí pocity mylných dojmů jako je konec sexuálního života či snížení ženskosti, přitažlivosti a strach z předčasné menopauzy. Úlohou porodní asistentky je vhodný dialog, který odhalí strach a úzkost klientky a následně zodpoví otázky týkající se tohoto problému. Porodní asistentka se v průběhu hospitalizace aktivně dotazuje na stav klientky a sleduje projevy případných komplikací (Roztočil, 2011, s. 459-460).

# PRŮZKUMNÁ ČÁST

## 4 PRŮZKUMNÉ CÍLE A PRŮZKUMNÁ OTÁZKA

### 4.1 Průzkumné cíle

Cílem průzkumné části bylo zjistit, jak jsou klientky informované o pooperační péči po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Po vyhodnocení získaných dat z dotazníkového šetření bylo cílem vytvořit návrh informační mapy péče pro ženu podstupující výkon laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii, včetně vytvoření manuálu pro porodní asistentky.

### 4.2 Průzkumná otázka

Na základě stanovení prvního průzkumného cíle byla stanovena průzkumná otázka:

- 1) Jaká je informovanost žen o pooperační péči po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii?

## 5 METODIKA PRŮZKUMU

Tato bakalářská práce je prací teoreticko-průzkumnou, využívající kvantitativní metodu průzkumu. Po stanovení cílů průzkumné části a průzkumné otázky byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce (viz příloha A), který byl zcela dobrovolný a anonymní. Oslovené respondentky měly možnost vyplnění dotazníku odmítnout. Úvod dotazníku obsahoval krátké představení tématu práce, včetně mé osoby.

Dotazník obsahoval 11 otázek, jehož cílem bylo prověřit, jak jsou ženy, které podstoupily operační výkon LAVH informované o pooperační péči. Dotazník také obsahoval 2 otázky, které se týkaly spokojenosti respondentek s poskytovanou edukací od porodních asistentek. První dvě otázky dotazníku měly posloužit pouze k charakteristice zkoumaného vzorku. V dotazníku bylo celkem 7 uzavřených otázek (č. 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11) a respondentky měly u těchto otázek zakroužkovat vždy jednu správnou odpověď z nabízených možností. Otázky č. 6, 7, 8, 9, 10 a 11 byly znalostního charakteru. Dotazník obsahoval pouze 1 otevřenou otázku, která zkoumala věk respondentek. U otázky číslo 3., která měla charakter polouzavřeného typu, měly respondentky možnost zakroužkovat více správných odpovědí.

Otázka č. 4 zahrnovala tabulku s 8 edukačními oblastmi, které zohledňovaly nejdůležitější oblasti řešené v rámci pooperační péče a Likertovu škálu. Respondentky měly u každé edukační oblasti zakroužkovat číselnou hodnotu (od 1–5), podle toho, do jaké míry byly s edukací od porodní asistentky na jednotce intenzivní péče spokojené. Číselné hodnoty byly stanoveny dle školního hodnotícího systému, kdy číslo 1 vyjadřovalo hodnocení výborné a naopak číslo 5 znamenalo, že klientky nebyly edukovány vůbec. Otázka č. 5 opět zahrnovala téměř stejnou tabulku jako v otázce č. 4. Ovšem v této tabulce chyběla edukační oblast monitorace fyziologických funkcí a zkoumala míru spokojenosti respondentek od PA na standardním oddělení operační gynekologie. Celkově lze říci, že otázky č. 4 a 5 se týkaly míry spokojenosti respondentek s poskytovanou edukací od porodních asistentek.

Průzkum byl prováděn ve zdravotnickém zařízení krajského typu na gynekologicko-porodnickém oddělení po předchozím souhlasu náměstkyně ošetřovatelství nemocnice a vrchní sestry. Průzkumné šetření probíhalo od ledna do března 2020. Do vybraného zdravotnického zařízení bylo v tištěné formě osobně doneseno 50 dotazníků, 35 dotazníků, tedy 70 %, se vrátilo vyplněných. Pro průzkumnou část mohlo být použito pouze 30 dotazníků. Zbylé dotazníky byly vyřazeny kvůli neúplnému vyplnění. K průzkumnému šetření mohlo být tedy z celkového počtu rozdaných dotazníků 50 (100 %) využito 60 % dotazníků.

## 5.1 Charakteristika průzkumného vzorku

Jediné kritérium, které stanovovalo výběr respondentek bylo podstoupení operačního výkonu laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií. Jednalo se o ženy, které byly hospitalizovány na JIP a posléze na standardním oddělení operační gynekologie v nemocnici krajského typu. Respondentky obdržely dotazník od porodní asistentky až 3. den po operaci, kdy se cítily lépe.

## 5.2 Zpracování dat a jejich vyhodnocení

Získané data z dotazníkového šetření byly vyhodnoceny a následně importovány a zpracovány v počítačovém programu Microsoft Excel 2016, ze kterých byly poté vytvořeny grafy a tabulky a přiřazeny popisky dat. Výsledné grafy a tabulky byly exportovány do textového editoru Microsoft Word 2016. Pomocí absolutní a relativní četnosti byla zpracována výsledná data. Pro stanovení relativní četnosti v procentech byl využit následující vzorec:

$$fi = (ni/n) * 100 \% \text{ (Chráska, 2016, s. 35).}$$

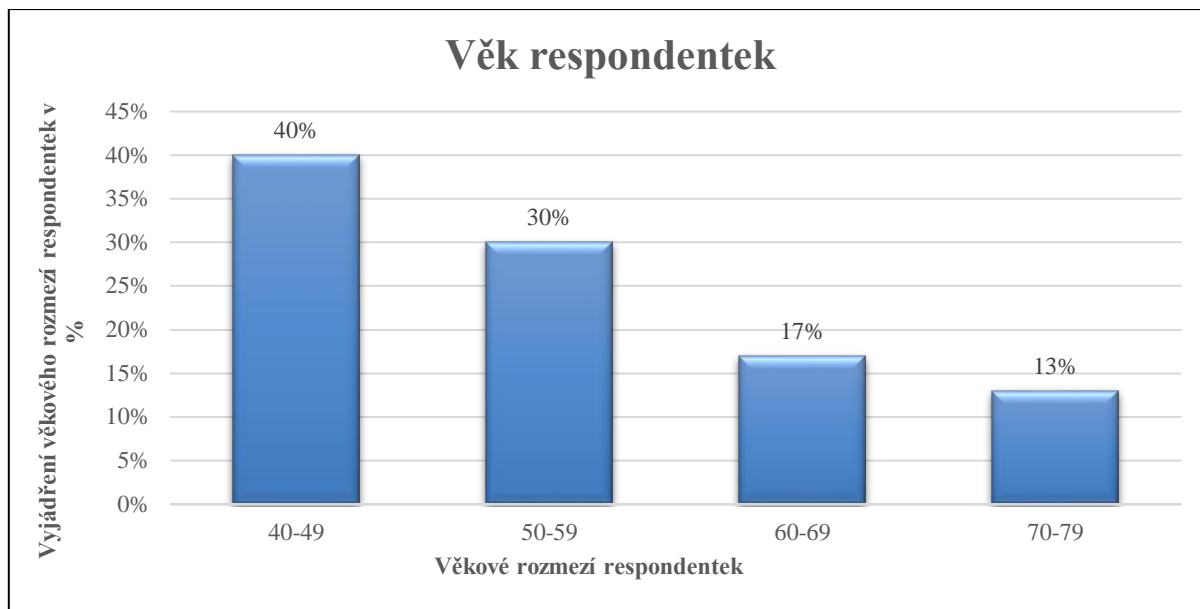
Celkový počet všech respondentek zúčastněných průzkumu je ve vzorci vyjádřen jako celková četnost (**n**). Respondentky, které na danou otázku odpověděly, je vyjádřeno absolutní četností (**ni**). Relativní četnost (**fi**) je výsledkem poměru absolutní a celkové četnosti a nejčastěji bývá vyjádřena v procentech.

Pro přehlednost byly výsledky respondentek ze znalostních otázek dotazníkového šetření zpracovány do souhrnné tabulky. Nejprve byla stanovena hranice úspěšnosti, podle školního hodnotícího systému, na 70 %. Znalostních otázek v dotazníkovém šetření bylo celkem 6 a každá měla vždy možnost jedné správné odpovědi. Za každou správnou odpověď respondentka mohla získat jeden bod, tedy maximálně mohla získat 6 bodů. Po vypočtení bylo zjištěno, že 4 body a více znamenají 70 % úspěšnost a výsledky jsou dostatečné. 3 body a méně znamenají výsledek nedostačující.

## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V této části bakalářské práce jsou přehledně zobrazeny získané výsledky z dotazníkového šetření a interpretovány pomocí grafů a tabulek.

### Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

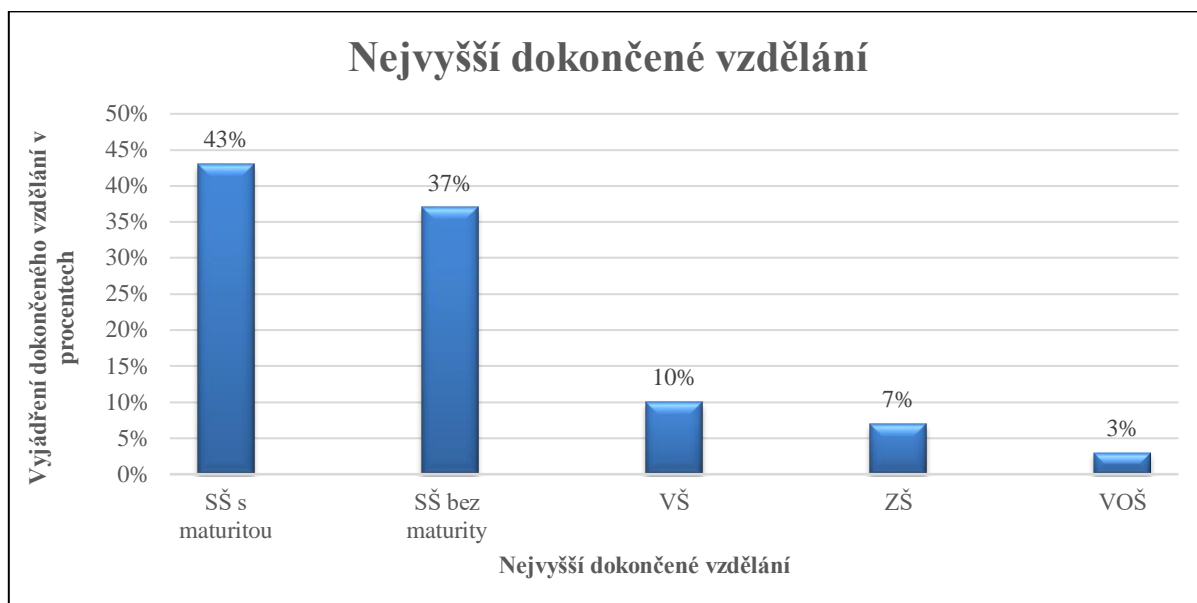


Obrázek 1- Věk respondentek

První otázka dotazníku, byla otevřená a dotazovala se respondentek na věk. Na základě jejich odpovědí byly vytvořeny věkové kategorie. Nejpočetnější věkovou kategorií byly respondentky ve věku 40-49 let (40 %). Druhá nejpočetnější věková kategorie byla v rozmezí 50-59 let (30 %). Další věková kategorie byla v rozmezí 60-69 let (17 %). Poslední nejméně početná věková kategorie byla v rozmezí 70-79 let (13 %). Z celkového vzorku zkoumaných respondentek (30) byla nejmladší respondentka, která dotazník vyplnila ve věku 40 let, naopak nejstarší respondentka byla ve věku 79 let (viz obrázek 1).

## Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- a) Základní vzdělání
- b) Střední škola bez maturity
- c) Střední školy s maturitou
- d) Vyšší odborné vzdělání
- e) Vysokoškolské vzdělání



Obrázek 2 – Nejvyšší dokončené vzdělání

Druhou otázkou dotazníku byla otázka na nejvyšší dokončené vzdělání respondentek. Z celkového počtu zkoumaného vzorku 30 respondentek (100 %) bylo nejvíce respondentek se středoškolským vzděláním ukončeným maturitní zkouškou, konkrétně 13 (43 %). V 11 případech (37 %) měly respondentky nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské bez maturitní zkoušky. Pouze 3 respondentky (10 %) měly ukončené vzdělání vysokoškolského typu. Nejvyšší dokončené vzdělání základního typu měly 2 respondentky (7 %) a 1 respondentka (3 %) měla nejvyšší dokončené vzdělání vyšší odborné (viz obrázek 2).

**Otázka č. 3: Od koho Vám byly sděleny informace o operačním zákroku a péče s ní spojené? (možnost více odpovědí)**

- a) Obvodní gynekolog
- b) Ošetřující lékař v nemocnici
- c) Porodní asistentka na standardním oddělení
- d) Porodní asistentka na jednotce intenzivní péče
- e) Od známých, který již výkon podstoupily
- f) Odborná literatura
- g) Internet/ internetové diskuze
- h) Jiné /vypište) .....

**Tabulka 1 - Informace o operačním zákroku a péče s ní spojené**

Zdroje informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Obvodní gynekolog	22	73 %
Ošetřující lékař v nemocnici	19	63 %
Porodní asistentka na standardním odd.	13	43 %
Porodní asistentka na JIP	13	43 %
Od známých, který výkon podstoupily	2	7 %
Internet/internetové diskuze	8	27 %
Jiné	1	3 %

Otázka č. 3 zjišťovala, ze kterých zdrojů respondentky získaly nejvíce informací o operačním zákroku laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii a péče s ní spojené. U této otázky měly respondentky možnost výběru více odpovědí. Z tabulky č. 1 je patrné, že z celkového počtu 30 respondentek (100 %) jich nejvíce 22 (73 %) uvedlo, že informace získaly od obvodního gynekologa. Druhá nejvíce početná kategorie edukovaných respondentek 19 (63 %) získala informace od ošetřujícího lékaře v nemocnici. Informace, které respondentky

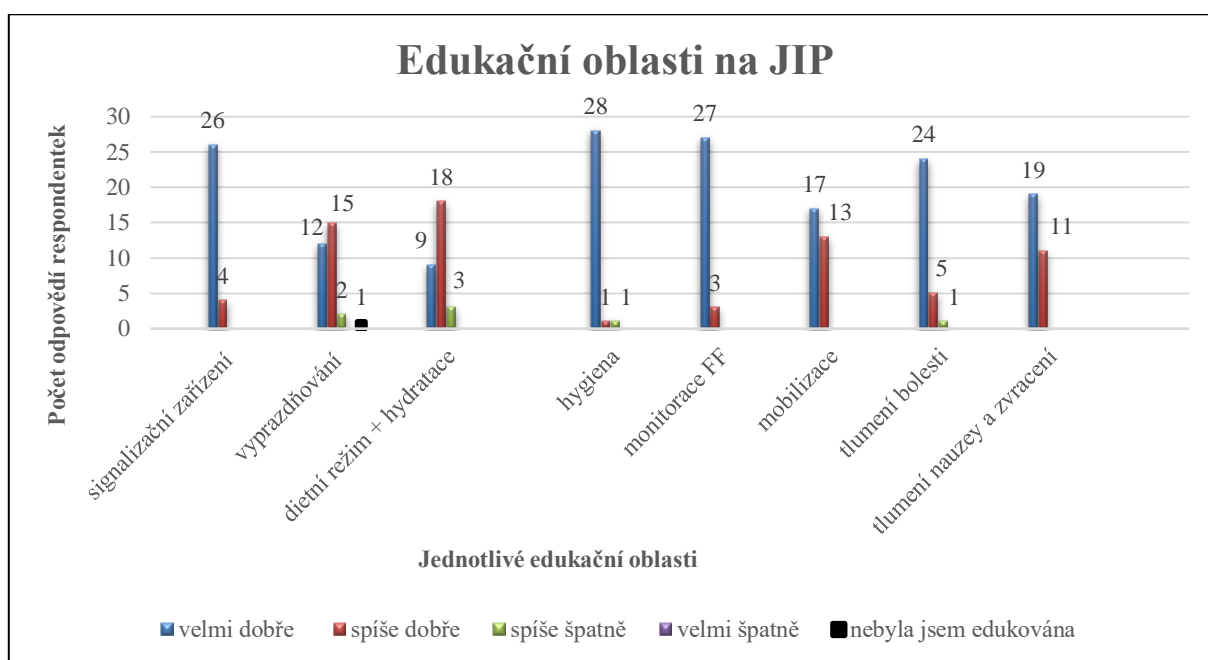


získaly od porodní asistentky na jednotce intenzivní péče, tak i na standardním oddělení operační gynekologie, byly ve stejném počtu zastoupení 13 (43 %). Informace z internetu či internetové diskuze si zjišťovalo celkem 8 respondentek (27 %) a 2 respondentky (7 %) získaly informace od známých, který výkon již podstoupily. Z odborné literatury informace nečerpala žádná respondentka. Pouze 1 respondentka (3 %) odpověděla, že informace navíc získala od pana primáře při vizitě (viz tab. 1).

**Otázka č. 4: V následující otázce zakroužkujte u každé edukační oblasti, do jaké míry jste byla spokojená s edukací od porodní asistentky na JIP (jednotka intenzivní péče – místo, kam jste byla po operace odvezena a byla hospitalizována 12-24 hodin).**

**Tabulka 2 - Edukační oblasti pooperační péče na JIP**

edukační oblast	velmi dobře	spíše dobře	spíše špatně	velmi špatně	nebyla jsem edukována
signalizační zařízení k přivolání personálu	1	2	3	4	5
vyprazdňování	1	2	3	4	5
dietní režim + hydratace	1	2	3	4	5
hygiena	1	2	3	4	5
monitorace fyziologických funkcí	1	2	3	4	5
Pohybová aktivita po operaci, mobilizace	1	2	3	4	5
tlumení bolesti	1	2	3	4	5
tlumení pocitů na zvracení, zvracení samotné	1	2	3	4	5



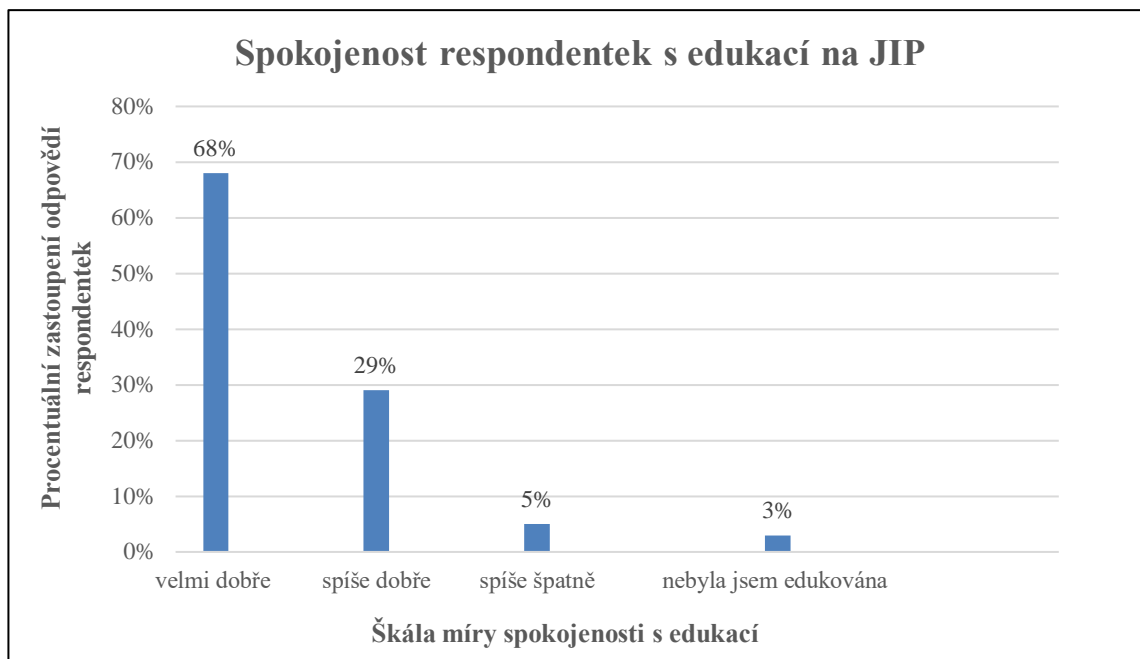
**Obrázek 3 - Edukační oblasti na JIP**

Ve čtvrté otázce dotazníku se zjišťovalo, do jaké míry byly respondentky spokojené s edukací vybraných oblastí od porodní asistentky na jednotce intenzivní péče. Nejdříve byla vytvořena tabulka s 8 edukačními oblastmi a Likertovou škálou, která vyjadřovala míru

spokojenosti respondentek s edukačními oblastmi (viz tabulka 2). Z celkového počtu 30 respondentek (100 %) bylo nejvíce respondentek, které svoji spokojenost s edukací označily za **velmi dobrou** (číselná hodnota 1), v oblasti hygieny (28 respondentek). Na druhém místě se umístila edukační oblast monitorace fyziologických funkcí (27 respondentek) a následovala edukační oblast signalizačního zařízení k přivolání personálu (26 respondentek). Ve 24 případech byly respondentky velmi spokojené s edukací v oblasti tlumení bolesti a v 19 případech v oblasti tlumení nauzey a zvracení. V oblasti pohybové aktivity, mobilizace byly respondentky velmi spokojené s edukací v 17 případech. Ve 12 případech s edukačními oblastmi v rámci vyprazdňování a nejhůře dopadla edukační oblast dietního režimu a hydratace (9 respondentek).

Nejvíce respondentek (18) uvedlo, že byly **spíše spokojené** (číselná hodnota 2) s edukací v oblasti dietního režimu a hydratace. Na druhém místě se umístila oblast v rámci vyprazdňování (15 respondentek). Následovala edukační oblast, která zaznamenávala pohybovou aktivitu, mobilizaci (13 respondentek), poté edukace v rámci tlumení nauzey a zvracení (11 respondentek). 5 respondentek uvedlo, že byly spíše spokojené s edukací v rámci tlumení bolesti, 4 respondentky v oblasti signalizačního zařízení, 3 respondentky v oblasti monitorace FF a 1 respondentka v oblasti hygieny.

Pouze pár respondentek odpovědělo, že byly s edukací **spíše nespokojeny** (číselná hodnota 3). Byly to 3 respondentky v oblasti dietního režimu a hydratace, 2 respondentky v oblasti vyprazdňování, 1 respondentka v oblasti hygieny a 1 respondentka v oblasti tlumení bolesti. Nejhůře dopadl výsledek v edukační oblasti vyprazdňování, kdy 1 respondentka uvedla, že v této oblasti nebyla **vůbec edukována** (číselná hodnota 5). Žádná respondentka neuvedla, že by s edukací byla spokojena **velmi špatně** (viz obrázek 4).



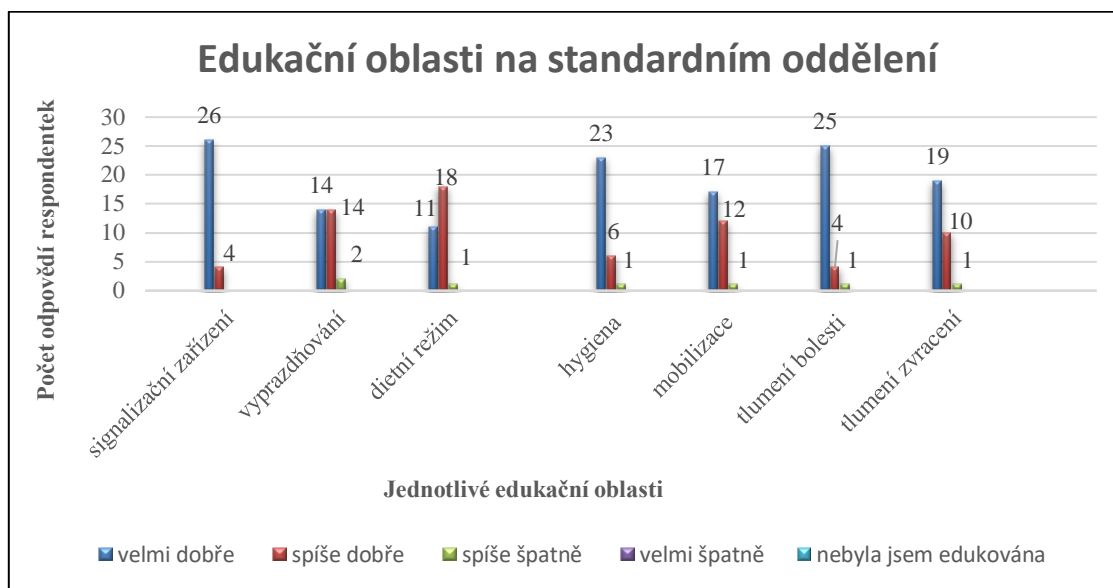
**Obrázek 4 – Spokojenost respondentek s edukací na JIP**

Následující graf byl vytvořen za účelem ucelené přehlednosti o výsledcích míry spokojenosti respondentek s edukací, která jim byla poskytnuta od porodní asistentky na JIP. Procentuálně shrnuje výsledky dat z grafu č. 4. 68 % respondentek bylo **velmi spokojené** s edukací. **Spíše spokojené** s edukací bylo 29 % respondentek. 5 % respondentek bylo **spíše nespokojené** s edukací. 3 % respondentek uvedlo, že **edukována nebyla vůbec**.

**Otázka č. 5: V následující otázce opět zakroužkujte u každé edukační oblasti, do jaké míry jste byla spokojená s edukací od porodní asistentky na standardním lůžkovém oddělení (místa kam, jste byla převezena z JIP).**

**Tabulka 3 Edukační oblasti pooperační péče na standardním oddělení**

edukační oblast	velmi dobře	spíše dobře	spíše špatně	velmi špatně	nebyla jsem edukována
signalizační zařízení k přivolání personálu	1	2	3	4	5
vyprazdňování	1	2	3	4	5
dietní režim + hydratace	1	2	3	4	5
hygiena	1	2	3	4	5
pohybová aktivita po operaci, mobilizace	1	2	3	4	5
tlumení bolesti	1	2	3	4	5
tlumení pocitů na zvracení, zvracení samotné	1	2	3	4	5



**Obrázek 5 - Edukační oblasti na standardním oddělení**

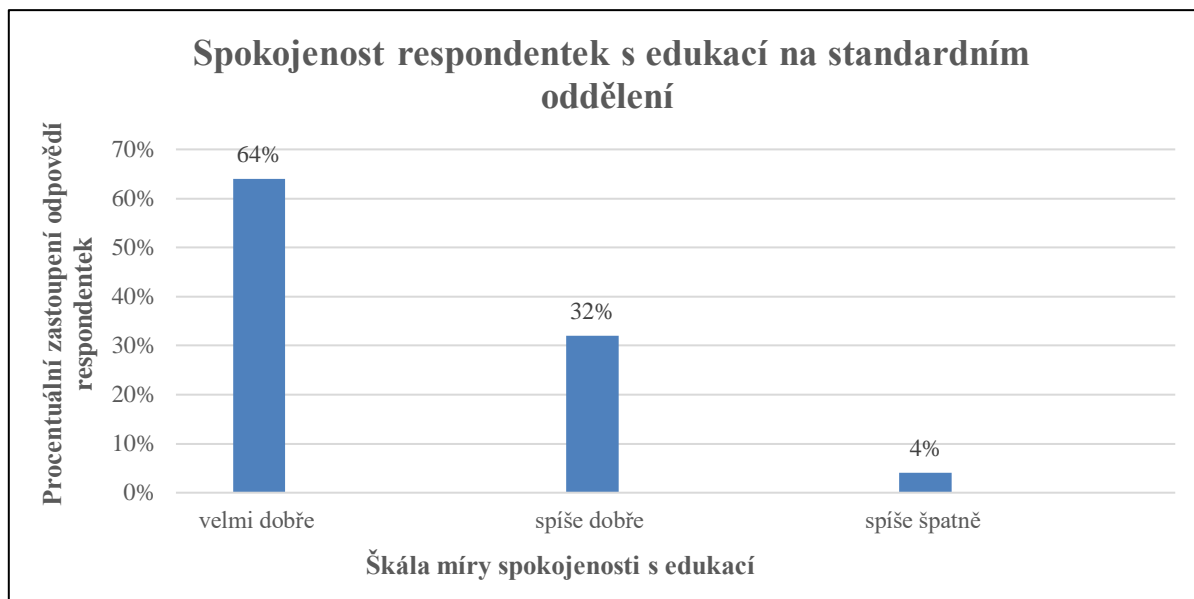
Pátá otázka dotazníku se opět dotazovala respondentek na míru spokojenosti s edukací vybraných oblastí od porodní asistentky, tentokrát ale na standardním oddělení operační gynekologie. Byla použita téměř stejná tabulka s Likertovou škálou, která zohledňovala pouze 7 edukačních oblastí. V této tabulce není zmíněna edukační oblast monitorace FF (viz tabulka 3). Na JIP jsou FF klientky monitorovány po celou dobu hospitalizace a z tohoto důvodu by každá hospitalizovaná žena měla být edukována o této skutečnosti. Na rozdíl od standardního

oddělení, kde se FF měří obvykle 2-3 denně a porodní asistentka před každým měření, klientku edukuje. Proto tab. č. 3 nezohledňuje měření FF.

Z celkového počtu 30 respondentek (100 %) bylo nejvíce respondentek (26), které svoji spokojenost s edukací označily za **velmi dobrou** (číselná hodnota 1), v oblasti signalizačního zařízení k přivolání personálu. Následovala spokojenost s edukační oblastí tlumení bolesti (25 respondentek) a v rámci hygieny (23 respondentek). 19 respondentek uvedlo, že byly velmi spokojené s edukací v rámci tlumení nauzey a zvracení a 17 respondentek v rámci pohybové aktivity, mobilizace. 14 respondentek zaznamenalo, že byly velice spokojené v edukační oblasti vyprazdňování. Pouze 11 respondentek uvedlo, že byly velice spokojené s edukační oblastí dietního režimu a hydratace.

Nejvíce respondentek (18) uvedlo, že byly **spíše spokojeny** (číselná hodnota 2) s edukací v oblasti dietního režimu a hydratace. Na druhém místě se umístila edukační oblast vyprazdňování (14 respondentek), následovala edukační oblast mobilizace (12 respondentek) a poté oblast v rámci tlumení nauzey a zvracení (10 respondentek). 6 respondentek uvedlo, že byly spíše spokojeny s edukační oblastí hygieny, 4 respondentky byly spíše spokojeny s edukací jak v rámci signalizačního zařízení, tak v oblasti tlumení bolesti.

Nejhůře dopadly edukační oblasti s mírou spokojenosti **spíše špatně**. Jednalo se o edukaci v rámci vyprazdňování (2 respondentky). Následovaly edukační oblasti, dietní režim a hydratace (1 respondentka), hygiena (1 respondentka), pohybová aktivita a mobilizace (1 respondentka), tlumení bolesti a tlumení nauzey a zvracení (1 respondentka) (viz obrázek 6 a tab. 3).

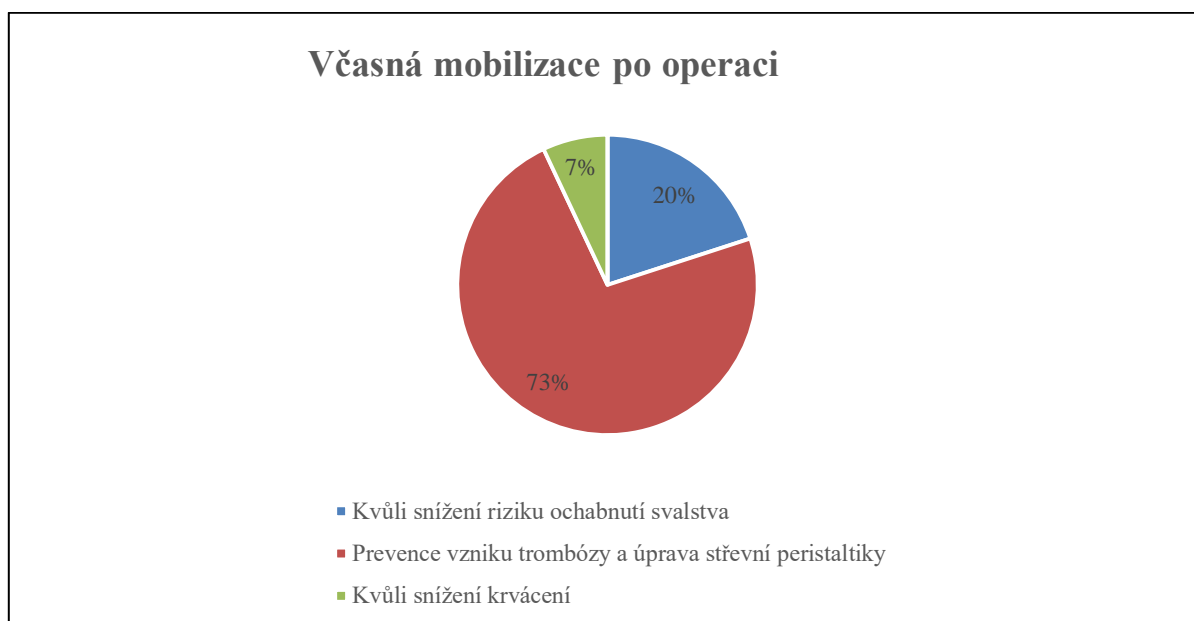


**Obrázek 6 – Spokojenost respondentek s edukací na standardním oddělení**

Následující graf byl vytvořen za účelem ucelené přehlednosti o výsledcích míry spokojenosti respondentek s edukací, která jim byla poskytnuta od porodní asistentky na standardním oddělení operační gynekologie. Procentuálně shrnuje výsledky dat z grafu č. 6. 64 % respondentek byly **velmi spokojené** s edukací. **Spíše spokojené** s edukací bylo 32 % respondentek. 4 % respondentek byly **spíše nespokojené** s edukací.

**Otázka č. 6: Z jakého důvodu podle Vás je včasná mobilizace po operaci důležitá?**

- a) Kvůli riziku ochabnutí svalstva
- b) **Prevence vzniku trombózy a úprava střevní peristaltiky**
- c) Kvůli snížení krvácení
- d) Nevím



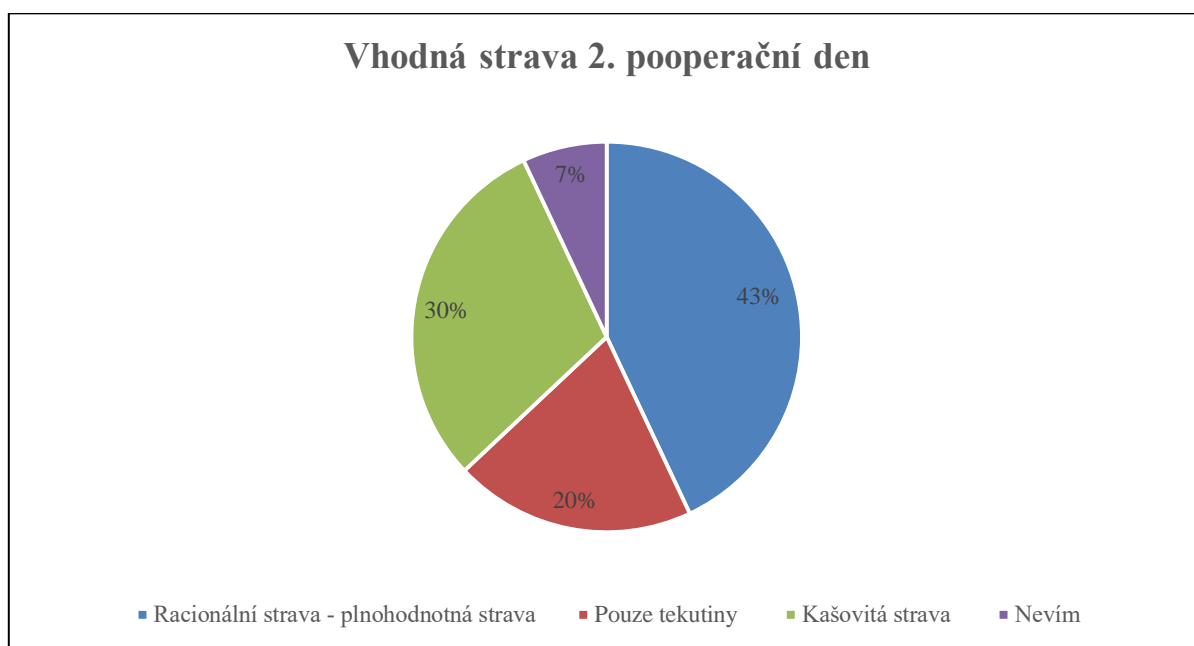
**Obrázek 7 – Včasná mobilizace po operaci**

Šestá otázka dotazníku byla otázkou uzavřenou, která se dotazovala na důležitost včasné mobilizace po operaci. Respondentky měly vybrat pouze jednu správnou odpověď. Nejpočetnější kategorií z celkové počtu 30 respondentek (100 %) tvořilo 22 respondentek (73 %), které uvedly, že včasná mobilizace po operaci je důležitá kvůli prevenci vzniku trombózy a úpravě střevní peristaltiky, tedy 73 % respondentek odpovědělo správně. 6 respondentek (20 %) uvedlo, že včasná mobilizace po operaci je důležitá z hlediska prevence snížení krvácení. Zbýlé 2 respondentky (7 %) uvedly, že včasná mobilizace je důležitá kvůli snížení riziku ochabnutí svalstva. Žádná respondentka neuvedla odpověď nevím (viz obrázek 8).



**Otázka č. 7: Jakou stravu podle Vás je vhodné zvolit první dva dny po operaci na standardním oddělení?**

- a) Racionální stravu – plnohodnotná strava
- b) Pouze tekutiny
- c) **Kašovitou**
- d) Nevím

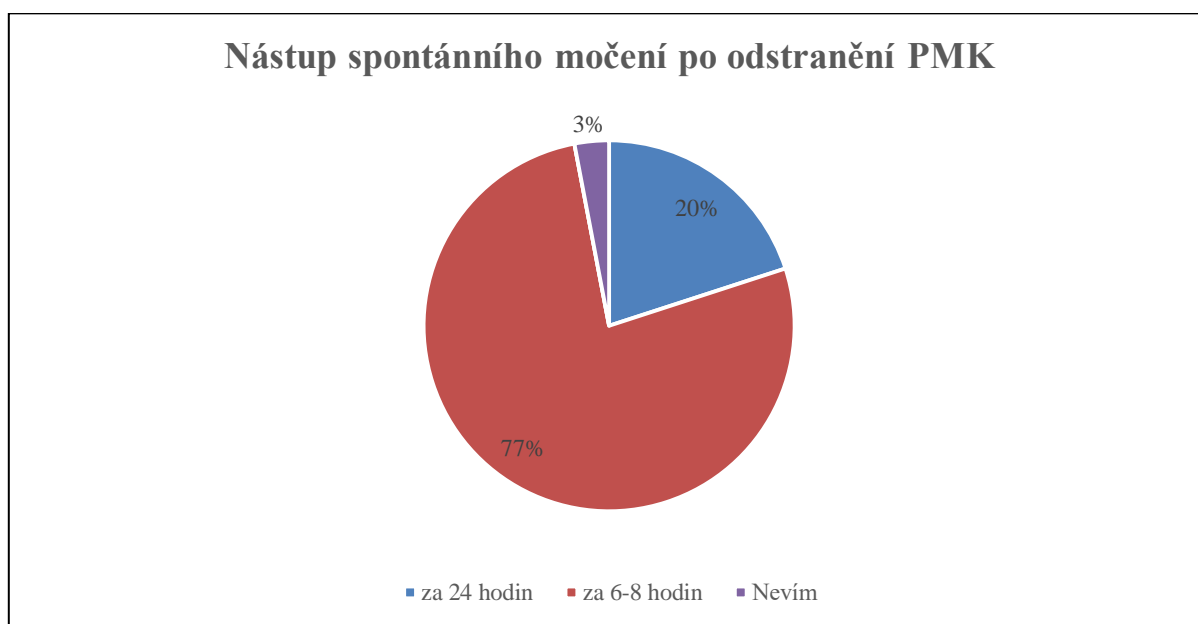


**Obrázek 8 - Vhodná strava 2. pooperační den**

Otázka č. 7 byla opět uzavřenou otázkou s možností pouze jedné odpovědi. Respondentek se dotazovala na to, jakou stravu by zvolily první dva dny po operaci na standardním oddělení. Téměř polovina respondentek (43 %) odpověděla, že je vhodné dva dny po operaci zvolit stravu racionální. Dalších 9 respondentek (30 %) uvedlo, že je vhodné zvolit kašovitou stravu, tedy 30 % respondentek odpovědělo správně. 6 respondentek (20 %) zvolilo jako vhodnou stravu 2. pooperační den pouze tekutiny. 7 % respondentek (2) uvedlo odpověď nevím (viz obrázek 9).

**Otázka č. 8 Za jak dlouho podle Vás by mělo dojít ke spontánnímu močení po odstranění permanentního močového katetru?**

- a) Za 24 hodin
- b) **Za 6-8 hodin**
- c) Za 48 hodin
- d) Nevím

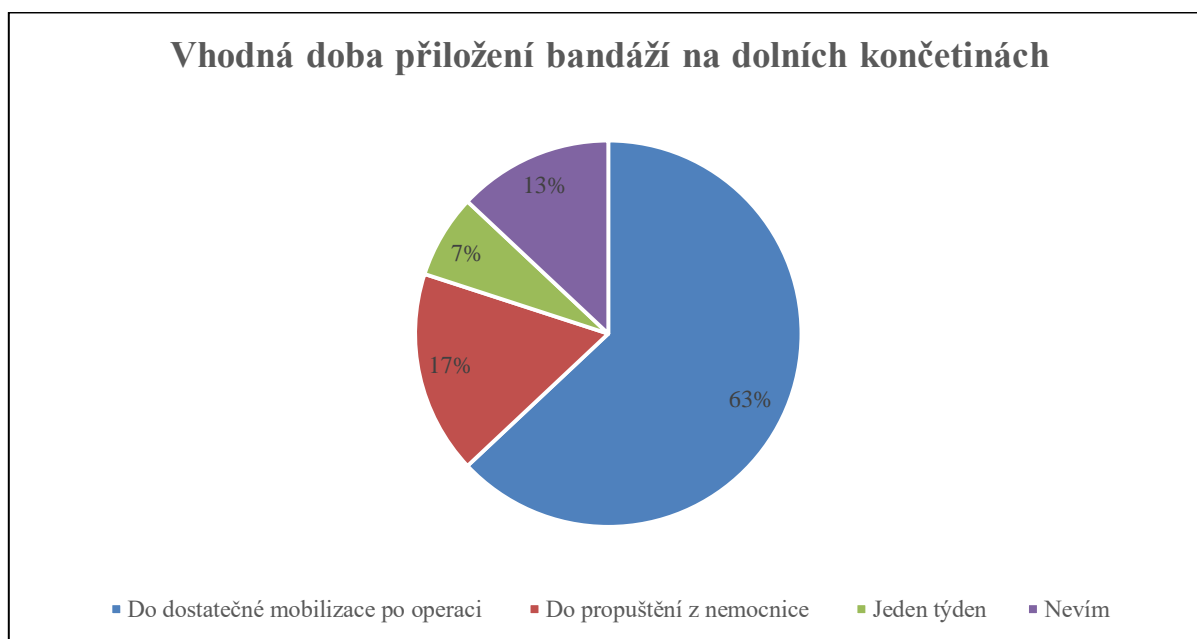


**Obrázek 9 - Nástup spontánního močení po odstranění PMK**

Otázka č. 8 zjišťovala, za jak dlouho by podle respondentek mělo dojít ke spontánnímu močení po odstranění permanentního močového katetru. Většina respondentek (23 žen) uvedla, že by ke spontánnímu močení mělo dojít za 6-8 hodin po odstranění PMK. Tedy 77 % respondentek odpovědělo správně. 6 respondentek (20 %) odpovědělo, že by k nástupu spontánnímu močení po odstranění PMK mělo dojít za 24 hodin. Pouze 1 respondentka (3 %) zakroužkovala odpověď nevím. Žádná z respondentek nevedla odpověď, že by ke spontánnímu močení po odstranění PMK mělo dojít za 48 hodin (viz obrázek 10).

**Otázka č. 9 Jak dlouho Vám bylo doporučeno mít na dolních končetinách bandáže?**

- a) **Do dostatečné mobilizace po operaci (mám pravidelně běžnou aktivitu)**
- b) Do propuštění z nemocnice
- c) Jeden týden
- d) Nevím

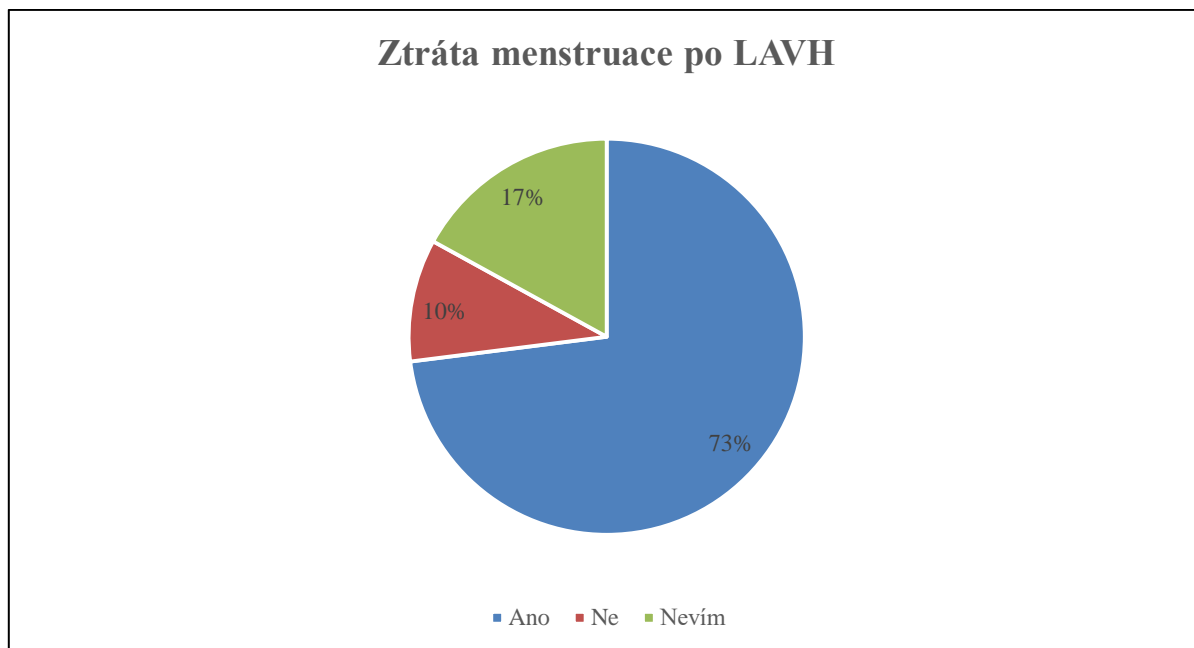


**Obrázek 10 - Vhodná doba přiložení bandáží na dolních končetinách**

Po operaci jsou klientky na dočasnou dobu imobilní a tím se zvyšuje riziko vzniku tromboembolické nemoci. Z tohoto důvodu jsou preventivně již před zákrokem přikládány bandáže na dolní končetiny. Otázka č. 9 zjišťovala, jak dlouho bylo respondentkám doporučeno mít přiložené bandáže na dolních končetinách. Více jak polovina respondentek (63 %) odpověděla, že postačí mít přiložené bandáže na dolních končetinách do dostatečné mobilizace po operaci. Tedy 19 respondentek odpovědělo správně. 5 respondentek (17 %) uvedlo, že bandáže na dolních končetinách je nutné mít do propuštění z nemocnice. 4 respondentky (13 %) zakroužkovaly odpověď neví. Pouze 2 respondentky (7 %) uvedly, že by bandáže na dolních končetinách měly být přiložené po dobu jednoho týdne (viz obrázek 11).

**Otázka č. 10 Myslíte si, že po odstranění dělohy dojde i ke ztrátě menstruace?**

- a) **Ano**
- b) Ne
- c) Nevím

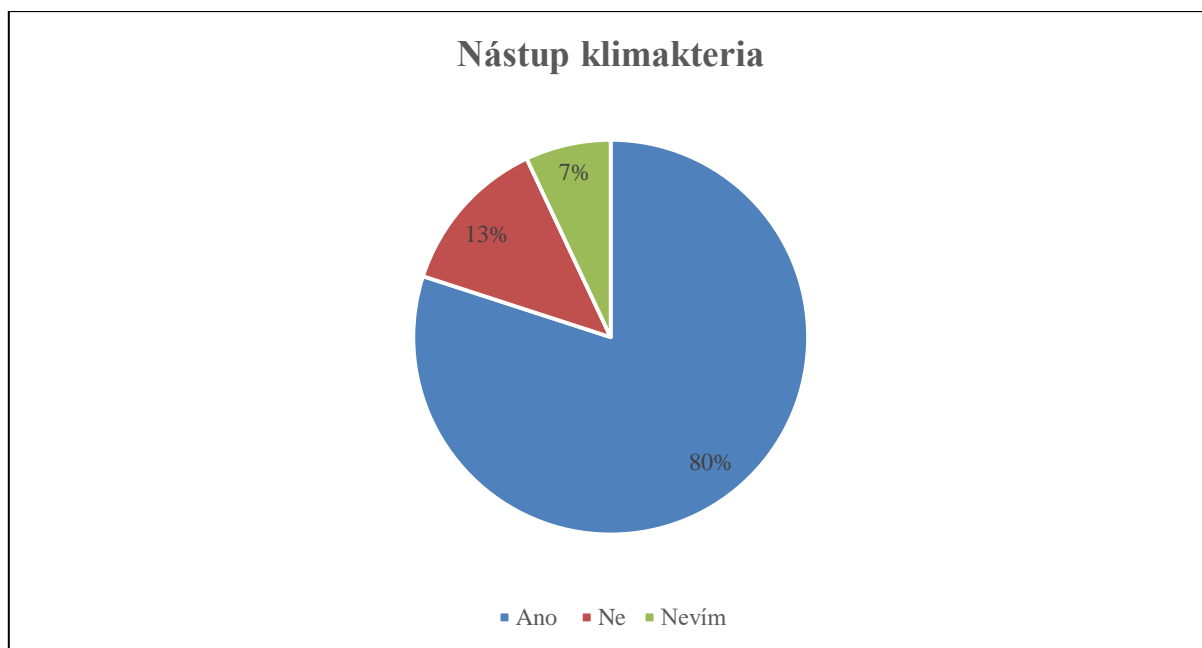


**Obrázek 11 – Ztráta menstruace po LAVH**

Má-li žena podstoupit operační zákrok vedoucí k odstranění dělohy, měla by být informována, že po odstranění dělohy dojde i ke ztrátě menstruace. Otázka č. 10 tedy zjišťovala, zda jsou respondentky o této skutečnosti informované. 22 respondentek (73 %) odpovědělo, že po odstranění dělohy dojde ke ztrátě menstruace. 5 respondentek (17 %) uvedlo odpověď neví. Pouze 3 respondentky (10 %) odpověděly, že po odstranění dělohy nedojde ke ztrátě menstruace (viz obrázek 12).

**Otázka č. 11 Myslíte si, že dochází k nástupu přechodu u žen, které podstoupily odstranění dělohy s vaječníky?**

- a) **Ano**
- b) Ne
- c) Nevím



**Obrázek 12 – Nástup klimakteria**

V případě rozhodnutí lékaře o odstranění dělohy s vaječníky, by měla být žena, která je v reprodukčním stádiu života, informována, že nepřestane pouze menstruovat, ale že dojde i k nástupu uměle vytvořeného klimakteria. V otázce č. 11 se tedy respondentek dotazovalo, zda byly o této skutečnosti informované. Téměř většina respondentek (80 %) odpovědělo, že po odstranění dělohy s vaječníky dojde k nástupu přechodu. 4 respondentky (13 %) uvedly, že po odstranění dělohy s vaječníky k nástupu přechodu nedojde. Pouze 2 respondentky (7 %) uvedly odpověď nevíím (viz obrázek 13).

## 6.1 Hodnocení informovanosti žen o pooperační péči po LAVH

Níže uvedená tabulka byla vytvořena za účelem uceleného přehledu výsledků úspěšnosti respondentek ve znalostních otázkách dotazníku. Znalostní otázky měly prověřit, jak jsou respondentky z hlediska pooperační péče informované. Já osobně pokládám za důležité, aby respondentky byly v těchto oblastech dostatečně informované. Na základě stanovené hranice úspěšnosti, **70 %**, byly výsledky ze znalostních otázek u 18 respondentek považovány za dostatečné, jelikož ze znalostních otázek získaly 4 body a více, naopak u 12 respondentek byly výsledky nedostatečné, poněvadž získaly 3 body a méně. Z 30 respondentek (100 %) bylo tedy 60 % respondentek ve znalostních otázkách dotazníkového šetření úspěšné. 40 % respondentek bylo ve znalostních otázkách neúspěšné.

Z výsledků této tabulky tedy vyplývá, že by informační mapa péče mohla být vhodnou doplňující edukační pomůckou.

**Tabulka 4 - Výsledek úspěšnosti respondentek ve znalostních otázkách**

Výsledek úspěšnosti respondentek	Počet získaných bodů	Počet respondentek	Procentuální vyjádření úspěšnosti respondentek
Dostatečné	6 bodů	3	10 %
Dostatečné	5 bodů	9	30 %
Dostatečné	4 body	6	20 %
Nedostatečné	3 body	8	27 %
Nedostatečné	2 body	4	13 %
Nedostatečné	1 bod	0	0 %
Nedostatečné	0 bodů	0	0 %
<b>Dostatečné</b>	<b>4–6 bodů</b>	<b>18</b>	<b>60 %</b>
<b>Nedostatečné</b>	<b>3 a méně bodů</b>	<b>12</b>	<b>40 %</b>

## 7 INFORMAČNÍ MAPA PÉČE

Na základě získaných dat z dotazníkového šetření a prostudované literatury byl vytvořen návrh informační mapy péče. Informační mapa péče je určena ženám podstupující operační výkon laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií a zaměřuje se především na důležité oblasti pooperační péče.

Dotazník vyplňovaly respondentky hospitalizované na oddělení operační gynekologie, které podstoupily výkon LAVH. Dotazník byl rozdán porodními asistentkami 3. den po operaci, kdy se klientky cítily lépe. Výsledná spokojenost respondentek s edukací, kterou jim poskytly porodní asistentky jak na JIP, tak na standardním oddělení, přesáhla v obou případech 60 %. Tedy více jak polovina respondentek byla s edukací od porodních asistentek velmi spokojená. Z výsledků znalostních otázek dotazníkové šetření je zřejmé, že u 60 % respondentek byla informovanost na dobré úrovni a byla tedy považována za dostačující. Ovšem u 40 % respondentek byl výsledek považován za nedostačující, což je z mého úhlu pohledu poměrně vysoké procento. Z těchto výsledků vyplývá, že by informační mapa péče mohla být vhodným doplňujícím edukačním materiálem, jelikož pouhých 60 % respondentek bylo informováno dostatečně.

Finální verze návrhu informační mapy péče má podobu oboustranné tabulky ve formátu A3. Barevné zpracování tabulky a zakomponované ilustrační obrázky u některých oblastí pooperační péče by mohly u klientek vzbudit větší zájem a upoutat tak pozornost. Některé ilustrace byly použity za účelem osvětlení některých výkonů.

První oblast informační mapy péče se týká informací, které by mohly být pro klientku důležité či zajímavé. Jedná se o informace ohledně délky hospitalizace, pracovní neschopnosti apod. Následuje vertikální rozdělení tabulky do 8 oblastí týkající pooperační péče. Těmito oblastmi jsou monitorace fyziologických funkcí, tlumení bolesti, nauzey a zvracení, dietní režim a hydratace, prevence TEN a pooperační rehabilitace, vylučování moči a stolice, následuje hygienická a sexuální péče a poslední oblastí v informační mapě péče je péče o ránu a jizvu. Horizontálně je pak tabulka rozdělena z časového hlediska na pooperační péči, která je klientce poskytnuta ve zdravotnickém zařízení, jak na JIP, tak na standardním oddělení operační gynekologie.

Jednotlivé kategorie pooperační péče, které jsou v informační mapě péče zpracované, byly také uvedeny v dotazníkovém šetření a zjišťovaly, jak jsou klientky v těchto oblastech informované. Psaný text se téměř vyhýbá odborným termínům, které by mohly být pro klientku

neznámé a pokud odborné termíny jsou uvedeny, pak jsou patřičně vysvětleny, aby jim mohla porozumět i laická veřejnost.



# Pooperační péče po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii

© K. Čapková, I. Kašparová, Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, 2020



## Co je důležité, co by Vás mohlo zajímat?

- Po probuzení z anestezie budete převezena na jednotku intenzivní péče (JIP). Zde není vzhledem k charakteru oddělení zvykem přijímat návštěvy, ale po celou dobu pobytu můžete používat mobilní telefon.
- Informace o Vašem zdravotním stavu podá Vaším blízkým ošetřující lékař buď přímo na oddělení, nebo telefonicky na základě hesla, které jste si předem stanovila.
- Vaši blízcí Vás mohou navštívit na standardním oddělení ve stanovených návštěvních hodinách.
- **Za 12-24 hodin**, pokud bude probíhat vše bez komplikací, budete převezena z JIP na standardní oddělení.
- Prostřednictvím drénu (hadička, která je napojena na sběrný sáček) je zajištěn odchod tkáňových tekutin z rány, který je veden buď břišní cestou nebo vaginálně. Obvykle je odstraněn 2. den po operaci.
- V pochvě můžete mít zavedený tampón, který brání krvácení. Odborně se tomu nazývá poševní tamponáda. V souvislosti se zavedením poševní tamponády můžete pociťovat tlak v pochvě či nucení na stolicí. Tamponáda je obvykle odstraněna 2. den po operaci, dle rozhodnutí lékaře.
- Krátce po operaci můžete lehce špinit. Po dobu 6 týdnů po operaci se může objevit bělavý výtok způsobený stehy v pochvě. Výtok zmizí společně se vstřebáním stehů.
- Doba hospitalizace se pohybuje v rozmezí od 3-5 dnů. Pracovní neschopnost se standardně pohybuje od 6-8 týdnů, dle výskytu komplikací.

## Pooperační péče v průběhu hospitalizace na JIP

### Monitorace fyziologických funkcí




Po celou dobu hospitalizace na JIP personál sleduje a zaznamenává v pravidelných intervalech **Vaše fyziologické funkce**:



- **Krevní tlak** – pomocí manžety tonometru přiložené na paži
- **Srdeční akce** – pomocí elektrod přiložené na hrudi
- **Množství kyslíku v krvi** – pomocí pulzního oxymetru na prstě
- **Pulz, tělesná teplota**

## Pooperační péče v průběhu hospitalizace na standardním oddělení

Na standardním oddělení se pokračuje v měření fyziologických funkcí dle ordinace lékaře.

- **Krevní tlak, pulz, tělesná teplota** jsou měřeny obvykle 2 - 3krát denně.
- Pokud by byly opakovaně naměřeny nefyziologické hodnoty, intenzita měření je častější.
- V případě výskytu jakýkoliv komplikací (pocit dušnosti, bolest na hrudi, mdloby, opocení atd.) přivolejte si prostřednictvím signalizačního zařízení porodní asistentku.

<p><b>Tlumení bolesti, nauzey a zvracení</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pooperační bolest po laparoskopickém výkonu je obvykle méně intenzivní nežli po klasické břišní operaci.</li> <li>Po laparoskopickém výkonu může ovšem nastat bolest v ramenou, pod žebry či v zádech. Bolest je způsobena únikem CO<sub>2</sub>, který dráždí brániční nerv. Odezní spontánně po vstřebání plynu, obvykle do 7 dnů.</li> <li>Po operaci můžete pociťovat nepříjemné pocity či bolest v pochvě, podbřišku či ve stehnech.</li> <li>Léčba spočívá v <b>klidovém režimu</b>, který usnadňuje operační rány proces hojení.</li> <li>Podpůrnou léčbou bývají léky k tišení bolesti, které Vám zdravotní personál podá buď přímo do žilního vstupu, do svalu (nejčastěji hýžd'ového) či v podobě rektálního čípku.</li> <li>Bolest lze zmírnit i změnou polohy, aplikací chladu či tepla.</li> <li>V případě pooperačního pocitu na zvracení či samotného zvracení se podávají léky na <b>tlumení zvracení</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hojení operační rány může být spjato s mírnou bolestivostí, která bude postupně ustupovat.</li> <li>Porodní asistentka hodnotí intenzitu, charakter a lokalizaci bolesti a následně dle ordinace lékaře podá lék na tlumení bolesti.</li> <li>Po aplikaci léku neopouštějte lůžko, odpočívejte a mějte v dosahu signalizační zařízení k přivolání porodní asistentky.</li> <li>Pokud bolest neustupuje, obraťte se na porodní asistentku.</li> </ul> <p>Bezbolestný stav umožní zdárný průběh Vašeho uzdravení!</p>
<p><b>Dietní režim a hydratace</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Po operaci je důležité trávicí systém zatěžovat postupně.</li> <li>Po odeznění účinků anestezie je pouze ten den operace naordinována <b>čajová dieta po lžičkách</b>, pokud se budete cítit lépe můžete čaj pít po <b>doušcích</b>.</li> <li>V den operace a 1. pooperační den je příjem tekutin zajištěn podáním infuzních roztoků kanylou a tím co sama vypijte (čaj, voda).</li> <li>1. pooperační den je naordinována <b>dieta tekutá – č.0</b> (tekutiny, vývar, přesnídávka, jogurty,...).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. pooperační den je naordinována <b>dieta kašovitá – č. 1</b>. (bramborová kaše, rozmixované maso, malé druhy těstovin, omáčky, rozmělněné kompoty atd).</li> <li>3. pooperační den se přechází na <b>racionální (plnohodnotnou)</b> stravu <b>č. 3</b>, která Vám zůstane do konce hospitalizace.</li> </ul> <p><u>Prvních 7 dní po operaci je důležité:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jíst po menších porcích</li> <li>Nejíst těžce stravitelné, nadýmavé, kořeněné a dráždivé potraviny</li> <li>Je vhodná strava doplnit potřebnými minerály a vitamíny</li> <li>Dodržovat <b>dostatečný pitný režim</b> (2-3 l) denně</li> </ul>
<p><b>Prevence hluboké žilní trombózy</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Před operací Vám byly na dolní končetiny přiloženy elastické bandáže, které slouží jako prevence před vznikem krevních sraženin v cévním systému.</li> <li>Bandáže budou ponechány do prvního vstávání po operaci.</li> <li>Dále Vám budou podávány léky ovlivňující srážlivost krve.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Na dále Vám budou aplikovány dle ordinace lékaře léky ovlivňující srážlivost krve.</li> <li>Z lůžka vstávejte přes bok do stoje.</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>a</b></p> <p style="text-align: center;"><b>pooperační rehabilitace</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V pooperační rehabilitaci se nejdříve zahajují <b>dechová cvičení</b> (hluboká nádech a výdech).</li> <li>• Dechová cvičení zlepši plicní ventilaci a usnadní vykašlávání. Opakujte několikrát denně</li> <li>• Následující den se k dechovému cvičení přidává <b>kondiční cvičení horních i dolních končetin</b> a <b>lehká masáž střev</b> ve směru peristaltiky.</li> <li>• První den po operaci budete pod dozorem sestry vstávat z lůžka.</li> <li>• Vstávat budete pomalu přes bok do sedu, dolní končetiny budou svěšeny z lůžka.</li> <li>• Zůstaňte chvíli v sedě, pokud se cítíte dobře budete moci za pomoci personálu vstát.</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Při vykašlávání fixujte operační ránu.</li> <li>• Pohybový režim přizpůsobte svému zdravotnímu stavu, dostatečně odpočívejte.</li> <li>• Vyhýbejte se těžší fyzické práci a zvedení břemen, kvůli riziku sestupu pochvy.</li> <li>• Nezapomeňte na posilování pánevního dna – <b>Kegelovy cviky</b>.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Vylučování moči a stolice</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Po operaci Vám bude ponechán <b>permanentní močový katetr</b> (PMK), který zajistí odchod moče z močového měchýře.</li> <li>• Po odstranění PMK by mělo do <b>6-8 hodin</b> dojít ke spontánnímu močení.</li> <li>• Po laparoskopické operaci je častým problémem <b>meteorismus</b>, jehož projevem je vzedmuté břicho, nevolnost až bolest břicha.</li> <li>• Přečasným pooperačním stavem bývá také <b>zástava plynů a odchod stolice</b>. Ke spontánní úpravě dochází do <b>48-72 hodin</b> po operaci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V případě, že po odstranění PMK nedejde do 6-8 hodin ke spontánnímu močení, přivolejte porodní asistentku.</li> <li>• Následně poté Vás doprovodí do sprchy, kde se pod tekoucí vodou pokusíte vymočít.</li> <li>• Pokud i nadále nedešlo k močení, je nutné jednorázově vycévkovat močový měchýř.</li> <li>• Pokud máte <b>potíže s odchodem plynů či stolice</b> lze pomoci polohováním a aktivizací na lůžku, brzkou mobilizací, dostatkem tekutin, ovoce a potravin bohatých na vlákniny, popř. zavedení rektální rourky či využití očištného klyzmatu.</li> </ul>

## Hygienická a sexuální péče



- V prvních dnech po operaci je hygienická péče omezena klidovým režimem a je vždy prováděna s **dopomocí ošetřujícího personálu**.
- Večer po operaci je provedena hygiena na lůžku.
- Ráno první den po operaci je provedena hygiena u umyvadla.
- Po překladu na standardní oddělení probíhá hygiena ve sprše.

Máte-li jakýkoliv dotaz ohledně **sexuální péče**, neváhejte se obrátit s dotazem na porodní asistentku či lékaře!

- Během prvních **6 týdnů se pouze sprchujte** – dbejte na zvýšenou hygienu
- Vyvarujte se koupání v bazénů a stojatých vodách
- **Sexuálnímu styku** se vyvarujte po dobu **6 týdnů**
- Odstranění dělohy **nemá** vliv na **pohlavní styk a vyvrcholení**, dochází ale při tom ke ztrátě menstruace a schopnosti mít děti.
- Pokud při operaci došlo i k odstranění vaječníků, může dojít ke **snížení sexuálního apetitu a lubrikačních schopností**. Jeli žena v reprodukčním věku života dojde po odstranění vaječníků k vytvoření umělého přechodu, který lze léčit podáním **ženských hormonů**.

## Péče o ránu a jizvu



- Po laparoskopické operaci jsou operační rány pouze 3-4 malé vpichy, které se dobře hojí, s čímž souvisí lepší kosmetický efekt na rozdíl od klasické břišní operace.
- V prvních dnech jsou operační vpichy sterilně kryty náplastí.
- V případě prosáknutí krytí je proveden převaz rány.

- Během hojení rány dbejte na **zvýšenou hygienu** – denně sprchujte vlažnou vodou bez parfémovaných mýdel
- Udržujte **ránu v suchu**, stroupky nestrhávejte!
- Operační vpichy není nutné ničím zakrývat.
- Pro správné zhojení jizvy využijte:
- Jemné tlakové masáže – zahajte za 3-4 týdny po operaci, 5krát denně po 5 minutách
- Zabraňte vysychání jizvy – použití sádla, mastné krémy, měsíčková mast, Indulona apod.
- Jizvu nedrážděte přiléhavým oblečením
- V případě známek infekce (zarudnutí, otok, bolest, teplot), zvyšující se bolesti či krvácení obraťte se na **porodní asistentku!**
- V případě nevstřebatelných stehů Vám porodní asistentka sdělí místo a čas jejich vyjmutí. Zpravidla 7. den po operaci v rámci ambulantní kontroly.

**Pokud jste něčemu neporozuměla, obraťte se s dotazem na porodní asistentku či lékaře.**

**V zájmu nás všech je, aby pro Vás byla hospitalizace ve zdravotnickém zařízení co nejpříjemnější a co nejméně stresující!**

**Použitá literatura:** 1. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: GRADA, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.  
2. Nemocnice České Budějovice, a.s., *Doporučení pro domácí pooperační péči po LAVH (laparoskopicky asistovaná vaginální hysterectomie)*

3. IUGA Office. Rekonvalescence po poševních operacích/ po odstranění dělohy poševní cestou. Průvodce pro ženy

## **7.1 Manuál k informační mapě péče pro porodní asistentky**

Informační mapa péče obsahuje i stručný manuál, který je určený pro porodní asistentky a měl by být nápomocný ve využívání informační mapy péče během edukace klientek.

Tištěný edukační materiál porodní asistentka poskytne klientkám na oddělení operační gynekologie ještě před zahájením operačního výkonu. Dle své dosavadní zvyklosti klientku při příjmu edukuje a následně poskytne tento edukační materiál, u kterého objasní jeho funkci a zdůrazní, že si edukační materiál může ponechat po celou dobu hospitalizace. Ponechá klientce dostatečný prostor pro prostudování a vstřebání informací a klientku upozorní, že v případě jakéhokoliv nepochopení, ráda zodpoví případné dotazy.

## 7.2.1 Návrh manuálu k informační mapě péče pro porodní asistentky

### Pooperační péče po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomií

## MANUÁL PRO PORODNÍ ASISTENTKY

Vážené porodní asistentky,

ráda bych Vás seznámila s edukačním materiálem v podobě informační mapy péče na téma *Pooperační péče po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomií*. Tento edukační materiál je určen pro všechny ženy hospitalizované na oddělení operační gynekologie, které podstupují operační výkon LAVH. Manuál, který držíte v ruce by Vám měl být nápomocný při využití informační mapy péče v praxi. A co to vlastně informační mapa péče je?

Jedná se o tištěný edukační materiál, který je pouhým doplňkem Vaší edukační činnosti. Výhodou ale je, že klientce zůstává po celou dobu hospitalizace. K informacím se může kdykoliv navrátit a v případě nepochopení se s dotazy obrátit na Vás či lékaře. Informační mapa péče je horizontálně rozdělena dle časového hlediska na pooperační péči poskytovanou na JIP a na standardním oddělení operační gynekologie. Vertikálně jsou zaznamenané jednotlivé oblasti péče, o kterých je třeba klientku edukovat. Informační mapa je barevně zpracována a doplněna několika obrázky, čímž by pro klientku mohly být informace snadněji zapamatovatelné. Níže je uveden stručný postup, jak informační mapu péče použít.

### **Postup při používání informační mapy péče:**

1. Při příjmu klientky na oddělení, edukujte dle zvyklosti Vašeho pracoviště.
2. Po skončení edukace předejte klientce informační mapu péče, vysvětlete, k čemu je vhodná a ponechte jí k dispozici po celou dobu hospitalizace, aby měla klientka čas si vše podle své potřeby prostudovat.
3. Při dalším kontaktu s klientkou se optejte, zda všemu porozuměla a zda nemá dotazy, které by potřebovala blíže objasnit. V případě, že dotazy, které klientka má nejsou ve Vaší kompetenci, zprostředkujte setkání s lékařem.
4. Po celou dobu klientčiny hospitalizace poskytujte informace postupně a srozumitelně, tak, aby tomu rozuměl i laik.

5. Dbejte na to, že informace, které jsou poskytnuté od Vás a z informační mapy péče pro klientku nemusí být dostatečné. Proto ji aktivně připomínejte, že se na Vás může kdykoliv s dotazem obrátit.

Pevně doufám, že Vám i klientkám bude tento edukační materiál přínosný a najde své využití v praxi.

## 8 DISKUZE

V následující kapitole jsou shrnuty poznatky, které vyplývají z provedeného průzkumného šetření. Poznatky vyplývající z mého průzkumného šetření jsou komparovány s daty z jiných bakalářských, diplomových prací či s odbornou literaturou.

### **Průzkumná otázka č. 1 Jaká je informovanost žen o pooperační péči po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii?**

Cílem průzkumné otázky bylo zjistit, jak jsou klientky, které podstoupily operační výkon LAVH informované o pooperační péči. V dotazníkovém šetření bylo na tuto otázku použito celkem 9 otázek (č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 a 11). Porodní asistentky dotazník klientkám předložily k vyplnění třetí den po provedeném operačním zákroku, kdy se cítily lépe. První dvě otázky dotazníku sloužily pouze k charakteristice průzkumného vzorku a dotazovaly se na věk a nejvyšší dokončené vzdělání respondentek.

Nejprve bylo cílem zjistit, od koho klientky získaly informace týkající se operačního zákroku včetně péče s ní spojené. Což zjišťovala třetí otázka dotazníku. Po vyhodnocení této otázky lze říci, že nejvíce respondentek získalo informace od lékaře, ať už od obvodního gynekologa, který operační zákrok indikoval, tak od ošetřujícího lékaře v nemocnici. Respondentky také uvedly, že dostatek informací jim bylo poskytnuto od porodních asistentek, jak na JIP, tak na standardním oddělení. Téměř třetina respondentek uvedla, že informace čerpala z internetu.

Výsledky této dotazníkové otázky byly porovnány s výsledky výzkumu Tlsté (2013), která se ve své práci věnovala vlivu edukace na pooperační průběh u žen po gynekologické operaci a s výsledky výzkumu Jandové (2018), která se ve své práci věnovala, jak jsou klientky informované o pooperační péči po LAVH. Výsledky obou výzkumů po porovnání s výsledkem mého průzkumného šetření, ukázaly obdobné výsledky. Kdy nejvíce respondentek získalo informace od lékaře, na druhém místě se umístila informovanost poskytnutá od porodních asistentek a na třetím místě byly informace čerpané z internetu.

Podle mého názoru by ale poskytnuté informace od lékaře i porodní asistentky měly být vyrovnané. Lékař poskytuje odborné informace týkající se problematiky operačního zákroku a porodní asistentka informace o ošetrovatelských intervencích spojené s léčbou. Ovšem je nutné brát v potaz, že ženy jsou o operačním zákroku informované i prostřednictvím informovaného souhlasu, který jim předkládá lékař a možná tato skutečnost do jisté míry mohla ovlivnit



výsledky této otázky ve smyslu, že ženám mohlo přijít, že nejvíce o operačním zákroku byly informované právě od lékaře. V poslední řadě bych chtěla poukázat na výsledek, že pouhých 27 % žen ve výzkumné vzorku si informace vyhledávalo na internetu. Procentuální výsledek se mi zdá poměrně nízký vzhledem k současnému technologickému rozkvětu.

Dotazníkové otázky č. 4 a 5 se spíše více zaměřovaly na spokojenost respondentek s poskytovanou edukací ve vybraných oblastech pooperační péče od porodních asistentek. Obě otázky byly zcela identické. Otázka č. 4 měla za úkol zjistit, do jaké míry byly respondentky spokojené s edukací od porodní asistentky na JIP a otázka č. 5 do jaké míry byly spokojené s edukací na standardním oddělení operační gynekologie.

V obou případech dotazníkové otázky č. 4 a 5 míra spokojenosti respondentek s edukací, kterou označily nejvyšším možným ohodnocením překročila 60 %. Myslím si, že výsledky v obou případech vyšly uspokojivě, kdy pouze 1 respondentka z celkového počtu (30 respondentek) uvedla, že v jedné edukační oblasti nebyla informována. Ženy na JIP byly nejvíce spokojené s edukací v oblastech hygieny, monitorace FF, signalizačního zařízení, tlumení bolesti, nauzey a zvracení. Po převozu na standardní oddělení byly ženy nejvíce spokojeni s edukací v oblasti signalizačního zařízení, tlumení bolesti a nauzey, zvracení a hygieny.

Jandová (2018) ve svém výzkumu zjišťovala kolik procent respondentek bylo informováno porodními asistentkami na JIP a jaké nejčastější edukační oblasti byly zmiňované. Jandová (2018) uvádí že, 97,22 % pacientkám informace o pooperační péči na JIP poskytnuty byly a pouhých 2,78 % pacientek uvedlo, že informovány nebyly. Nejvíce porodní asistentky informovaly o vstávání, vyprazdňování močového měchýře a tlumení bolesti.

Jandová (2018) mapovala podané informace pacientkám, po přeložení z JIP na standardní oddělení, kde bylo informováno 94,44 % pacientek a 5,56 % informováno nebylo. Nejčastěji byly pacientky informovány o tlumení bolesti, dietě, pitném režimu a péči o pooperační ránu.

Tlstá (2013) ve svém výzkumu hodnotila úroveň poskytovaných informací o pooperačním režimu. Došla k závěru, že z počtu 87 (100 %) respondentek hodnotilo 33 (38 %) informace o pooperačním režimu jako vyčerpávající, 42 (48 %) jako velmi dobré, 12 (14 %) respondentek hodnotilo získané informace jako dobré, žádná respondentka nezvolila možnost dostačující ani nedostačující.

Ovšem i přes fakt, že výsledná data spokojenosti s edukací vyšly celkem pozitivně, mohly být i ve vyšším procentuálním zastoupení. Porodní asistentky edukují klientku v průběhu celé hospitalizace a informace, které dostávají je více než dost, což může být někdy dost obtížné k zapamatování. Proto si myslím, že by vhodným doplňkem slovní edukace mohl být tištěný edukační materiál například v podobě informační mapy péče, kterou by si klientky mohly ponechat po celou dobu hospitalizace a informace si kdykoliv připomenout.

Výchozími otázkami k průzkumné otázce č. 1 byly především otázky č. 6, 7, 8, 9, 10 a 11. Tyto otázky byly v dotazníkovém šetření použity za účelem prověření znalostí respondentek o pooperační péči po podstoupeném zákroku. U těchto otázek byla také stanovena hranice úspěšnosti podle školního hodnotícího systému na 70 %.

Po operaci se klientka stává dočasně imobilní, což může vést ke zvýšené tvorbě krevních sraženin v cévním systému a k zhoršení střevní peristaltiky. Díky dostatečné profylaxi lze těmto komplikacím předejít. Zdali byly respondentky o této skutečnosti informovány zjišťovala otázka č. 6. Z celkové počtu 30 respondentek 73 % respondentek odpovědělo na otázku správně. Tedy lze považovat jejich informovanost za dostačující, ovšem očekávala jsem vyšší úroveň úspěšnosti, vzhledem k důležitosti informace, jako tomu bylo ve výzkumné šetření od Tlsté (2013), která zjistila, že z celkové počtu 87 (100 %) respondentek, jich bylo 78 (90 %) o mobilizaci (vstávání po operaci) informované.

Z mého úhlu pohledu je tato informace důležitá, neboť klientka, která zná důsledky nedostatečné mobilizace se aktivněji zapojí do pooperační rehabilitace, což povede nejen k rychlejšímu fyzickému zotavování, ale i k zotavování stavu mysli.

Dotazníková otázka č. 7 zjišťovala, jaké informace mají respondentky o dietním režimu po operaci. Konkrétně se dotazovala na vhodnou stravu první dva dny po operaci na standardním oddělení. Výsledná data dokládají, že pouhá třetina respondentek by správně zvolila kašovitou stravu. Po vyhodnocení této dotazníkové otázky, lze říci, že informovanost respondentek z hlediska dietního režimu, byla nedostačující na rozdíl od výsledků výzkumu Tlsté (2013), kdy uvádí, že z celkového počtu 87 žen bylo o správnosti dietního režimu informováno 76 %.

Dotazníková otázka č. 8 zjišťovala, zda jsou ženy informované o tom, za jak dlouho dojde ke spontánnímu močení po odstranění PMK. Schneiderová (2014) a Čoupková (2019) uvádí, že pokud nedojde ke spontánnímu močení po odstranění PMK do 6-8 hodin, je nutné provést jednorázovou katetrizaci MM. Výsledná data dokládají, že 77 % 23 respondentek na otázku odpovědělo správně a v tomto případě byla úspěšnost považována za dostačující. Z výzkumu

Jandové (2018) vyplývá, že informovanost žen o této skutečnosti byla nižší (67 % respondentek) na rozdíl od výsledků mého průzkumného šetření. Myslím si, že by ale informovanost měla být mnohem vyšší, jelikož porodní asistentky tuto skutečnost po operaci bedlivě kontrolují a většina z nich klientky informují.

Čoupková (2019) ve své publikaci uvádí že, i v pooperačním období je stále nutná prevence TEN. Již před operačním výkonem byly přiloženy kompresní punčochy nebo elastické bandáže na DK a klientce nadále zůstávají do doby, nežli je schopná přiměřeného pohybu po operaci. Po vyhodnocení dotazníkové otázky č. 9 je zřejmé, že více než polovina respondentek z celkového počtu byly o této skutečnosti informované. Po shrnutí výsledků mé dotazníkové otázky byla úspěšnost respondentek nedostačující na rozdíl od výsledků Matuškové (2011), kdy z celkového počtu 74 respondentek bylo 95 % informované a 78 % žen odpovědělo, že přiložení bandáží na DK je prevencí před vznikem embolie. Bakalářská práce Matuškové (2011) se zabývala studiem informovanosti pacientů před neplánovaným operačním výkonem v dutině břišní. Výsledky výzkumu Procházkové (2012), jejíž práce byla věnována přípravě pacienta před plánovaným operačním výkonem, ukázaly, že 96,7 % respondentek bylo informováno o přiložení bandáží na DK.

Zda byly respondentky informované o skutečnosti, že po odstranění dělohy dojde i ke ztrátě menstruace, zjišťovala otázka č. 10. 73 % respondentek odpovědělo, že po odstranění dělohy dojde ke ztrátě menstruace. Co mě velice překvapilo, že 17 % respondentek uvedlo odpověď nevím a 10 % respondentek odpovědělo, že po odstranění dělohy nedojde ke ztrátě menstruace. Pro porovnání výsledků byl využit výzkum od Jandové (2018), která ve svém výzkumu uvedla, že 47,22 % respondentek bylo informováno že po odstranění dělohy již menstruovat nebude a 27,78 % žen uvedlo, že informováno nebylo. Oproti výsledků od Jandové (2018) byla informovanost žen v mém průzkumné šetření vyšší a znalosti byly dostatečné, ovšem mohly být mnohem vyšší, neboť se jedná o dost zásadní fakt, který by měla znát každá žena podstupující odstranění dělohy.

Na otázku č. 10 navazovala otázka č. 11, která se dotazovala, zda respondentky vědí, že po odstranění dělohy s vaječníky dojde k nástupu uměle vytvořeného klimakteria. Výsledek této otázky byl nejvíce uspokojivý, kdy 80 % respondentek odpovědělo správně. Kalachová (2013), ve své diplomové práci zjišťovala, jaký podíl má abdominální, vaginální a LAV hysterektomie na odstranění dělohy. Ve svém výzkumu zjistila, že z celkového počtu 132 respondentek (100 %), které podstoupily LAVH byla v 86 % provedena i adnexektomie.

Koutná (2012) jejíž článek nesl název „*Hysterektomie neboli odstranění dělohy*“ zmiňuje, že po odstranění dělohy s vaječníky se u žen v reprodukčním stádiu života podává hormonální terapie, kterou se zajistí oddálení příznaků předčasného klimakteria. Lékař by měl ženy o této skutečnosti informovat, a to především, pokud se nachází v reprodukčním stádiu života.

### **Tvorba informační mapy péče**

Analýzou znalostních otázek dotazníku bylo zjištěno, že 60 % respondentek přesáhlo hranici úspěšnosti a jejich informovanost byla tedy považována za dostačující. I když úspěšnost informovanosti žen o pooperační péči po LAVH přesáhla polovinu, dle mého názoru by měla být ale mnohem vyšší, především proto že se jedná o jednu z nejčastěji využívaných metod k odstranění dělohy. Domnívám, že by vytvořená informační mapa péče mohla být vhodnou doplňující edukační pomůckou.

Z výhod, které plynou z tištěného edukačního materiálu a na základě prostudované literatury, a především z výsledků dotazníkového šetření byla vytvořena informační mapa péče určená pro ženy podstupující operační výkon LAVH. Zpracování informační mapy péče bylo konzultováno s vedoucí bakalářské práce, která díky tomu, že pracuje na gynekologické JIP, mohla svými zkušenostmi cenně přispět k její tvorbě. Tištěný edukační materiál byl k zjištění faktu, zda je text srozumitelný, předložen ženám v blízkém okolí, které již výkon v minulosti podstoupily. Po jeho přečtení mi bylo sděleno, že všemu bylo bezproblémově porozuměno a díky grafickému zpracování tabulky byl i text přehledný.

## 9 ZÁVĚR

V současnosti patří LAVH k dominantním operačním technikám při odstraňování dělohy. Ze statistických údajů z roku 2005-2008 je patrné že, provádění této operační techniky nekleslo pod 40 % a proto tato metoda má své převládající postavení mezi ostatními typy hysterektomií. Z praktických zkušeností lze předpokládat, že tomu je tak i dnes (Müller, 2011, s. 2).

Motivací k napsání této bakalářské práce byla nejen touha dozvědět se více o jedné z nejčastěji prováděné operační technice vedoucí k odstranění dělohy, ale především poukázat na náročnou a profesionální práci, kterou v průběhu pooperační péče porodní asistentky odvádějí.

Bakalářská práce na téma Informační mapa péče pro ženu po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii je tvořena ze dvou částí – teoretické a praktické.

Cílem teoretické roviny práce bylo především přiblížit komplexní pooperační péči poskytovanou porodní asistentkou, jak na JIP, tak na standardním oddělení operační gynekologie. Dále bakalářská práce zmiňuje problematiku operačního výkonu laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie. V závěru práce je kapitola, která je věnovaná edukaci v porodní asistenci se zaměřením na tvorbu informační mapy péče.

Cílem průzkumné části práce bylo zjistit, jak jsou ženy, které podstoupily výše uvedený operační zákrok, informované o pooperační péči. K tomu posloužil vytvořený dotazník vlastní konstrukce. Na základě prostudované literatury a výsledných dat z dotazníkového šetření bylo cílem vytvořit informační mapu péče pro ženy podstupující výkon LAVH, včetně stručného manuálu pro porodní asistentky.

Výsledná data dotazníkového šetření ukázala, že spokojenost žen s edukací, kterou jim poskytly porodní asistentky v pooperačním režimu byla na dobré úrovni. Ovšem výsledky znalostních otázek dopadly podstatně hůře. Vytvořená informační mapa péče má podobu oboustranné tabulky ve formátu A3 a zohledňuje nejdůležitější oblasti pooperační péče týkající se klientky v průběhu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, jak na JIP, tak na standardním oddělení operační gynekologie. Nemyslím si, že by edukační materiál zvýšil informovanost žen na 100 %, ale domnívám se že, by mohl být při správném použití přínosným pomocníkem jak pro hospitalizované ženy, tak pro porodní asistentky.

## 10 POUŽITÁ LITERATURA

1. ANDRÉSOVÁ, Martina a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: GRADA, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7.
2. BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, et kol. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: GRADA, 2019. ISBN 978-80-247-3129-2.
4. DUŠOVÁ, Bohdana. et kol. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: GRADA, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
5. FAIT, Tomáš. *Přechodem bez obav*. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978-807-3452-193.
6. HEŘMANOVÁ, Jana. et kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: GRADA, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
7. HOLUB, Zdeněk a David KUŽEL. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: GRADA, 2005. ISBN 80-247-0834-5.
8. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
9. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: GRADA, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
10. JANDOVÁ, Ivana. *Informovanost klientek s operačním výkonem laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie* [online]. Pardubice, 2018 [cit. 2020-30-03]. Dostupné z:[https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71461/JandovaI\\_InformovanostKlientek\\_ZS\\_2018.pdf](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71461/JandovaI_InformovanostKlientek_ZS_2018.pdf). Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií Pardubice. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Škorníčková, PhD.
11. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: GRADA, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
12. KALACHOVÁ, Hana. *Podíl abdominální, vaginální a LAV hysterektomie na odstranění dělohy* [online]. Pardubice, 2013 [cit. 2020-30-03]. Dostupné z:[https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/51605/KalachovaH\\_PodilAbdominalni\\_MK\\_2013.pdf](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/51605/KalachovaH_PodilAbdominalni_MK_2013.pdf). Diplomová práce. Fakulta zdravotnických studií Pardubice. Vedoucí práce doc. MUDr. Milan Košťál, CSc.

13. KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. 2., rozšířené vydání. Praha: MAXDORF, 2011. ISBN 978-80-7345-267-4.
14. KOUTNÁ, Zdeňka. *Hysterektomie neboli odstranění dělohy*. ZAM. [online]. 12. 6. 2012 [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hysterektomie-neboli-odstraneni-delohy-465159>.
15. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
16. MATUŠKOVÁ, Veronika. *Informovanost pacientů před neplánovaným operačním zákrokem v dutině břišní* [online]. Brno, 2011 [cit. 2020-30-03]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/326199/lf\\_b/Bakalarska\\_prace\\_konecna\\_verze\\_6.6.pdf](https://is.muni.cz/th/326199/lf_b/Bakalarska_prace_konecna_verze_6.6.pdf). Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Petra Juřeníková, Ph.D.
17. MÜLLER, MUDr. Radek, doc. MUDr. Eduard KUČERA, CSc. a MUDr. Zdeněk VOCÁSEK. *Analýza a možnosti prevence komplikací v gynekologické laparoskopii – retrospektivní studie*. *Časopis endoskopie* [online]. Masarykova městská nemocnice, Jilemnice, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha, 2011, (20(2), 1-3 [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <https://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2011/02/03.pdf>
18. Nemocnice České Budějovice, a.s., *Doporučení pro domácí pooperační péči po LAVH (laparoskopicky asistovaná vaginální hysterectomie)* [online]. 1-4 s. [cit. 2020-03-26]. Dostupné z: [https://www.nemcb.cz/upload/files/oddeleni/LAVH\\_TLH\\_TRH\(1\).pdf](https://www.nemcb.cz/upload/files/oddeleni/LAVH_TLH_TRH(1).pdf)
19. NEMCOVÁ, Jana, Edita HLINKOVÁ. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: OSVETA, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
20. PROCHÁZKOVÁ, Pavlína. *Příprava pacienta před plánovaným operačním výkonem* [online]. Brno, 2012 [cit. 2020-30-03]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/fjldm/Bakalarka.pdf>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Mgr. Jana Straková.
21. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Pavel VENTRUBA. et kol. *Gynekologie*. 3., přepracované a doplněné vyd. Praha: GALÉN, 2019. ISBN 978-80-7492-426-2.
22. ROZTOČIL, Aleš. et kol. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
23. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.
24. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: GRADA, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

25. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. Semily: GALÉN, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
26. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. Praha: KAROLINUM, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
27. ŠPAČEK, Jiří, Ivo KALOUSEK, Petr JÍLEK. et al. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: MLADÁ FRONTA, 2018. ISBN 978-80-204-4646-6.
28. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2.aktualizované vyd. Praha: TRITON, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.
29. TLSTÁ, Lenka. *Vliv edukace na pooperační průběh u žen po gynekologické* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2020-30-03]. Dostupné z: [https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/9980/1/Bc\\_prace%20Lenka%20Tlsta.pdf](https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/9980/1/Bc_prace%20Lenka%20Tlsta.pdf). Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Markéta Hošková.
30. ZACHAROVÁ, Eva, Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: GRADA, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.
31. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: GRADA, 2006. ISBN 978-80-247-1262-8.

### **Internetové zdroje článků a obrázků použitých pro informační mapu péče:**

#### **1. Obrázek monitorace fyziologických funkcí**

IntelliVue MP2: *Pacientský monitor*[online]. 7.10. 2019 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: <https://images.app.goo.gl/THjHX5EGE2E3VKBZ8>.

#### **2. Obrázek injekční stříkačka a lahvičky léků**

Owattaphotos. *Myloview* [online]. [cit.22.3.2020]. Dostupné z:

<https://myloview.cz/fototapeta-injekcni-strikaacka-a-lahvicky-leku-kresleny-vektorove-a-ilustrace-c-45F6DEC>.

#### **3. Vstávání ženy z leže přes bok do sedu**

Leonardo da Vinci, Q Care. *Pohyby, přesuny a polohy* [online]. [cit. 12.4.2020]. Dostupné z: <http://www.brezen.cz/files/IV%20Mobilizace%20a%20transfery.pdf>



#### 4. Obrázek ženy na toaletě

Owattaphotos. *Myloview* [online]. [cit. 22.3.2020]. Dostupné z: <https://myloview.cz/fototapeta-divka-sedi-na-zachod-v-dopolednich-hodinach-vektorove-ilustrace-c-6168415>.

#### 5. Žena ve sprše

Autor neuveden. *Depositphotos* [online]. [cit. 25.3.2020]. Dostupné z: <https://cz.depositphotos.com/vector-images/sprcha.html>.

#### 6. Obrázek zdravotní sestřičky u lůžka pacientky

Autor neuveden. *Fotobanka. Fotky-foto* [online]. [cit. 22.3.2020]. Dostupné z: [https://fotky-foto.cz/fotobanka/zdravotni-sestra-se-stara-o-starou-zenu-karikatura-kresleni\(4-123093084\)/](https://fotky-foto.cz/fotobanka/zdravotni-sestra-se-stara-o-starou-zenu-karikatura-kresleni(4-123093084)/).

7. Nemocnice České Budějovice, a.s., *Doporučení pro domácí pooperační péči po LAVH (laparoskopicky asistovaná vaginální hysterectomie)* [online]. 1-4 s. [cit. 2020-03-26]. Dostupné z: [https://www.nemcb.cz/upload/files/oddeleni/LAVH\\_TLH\\_TRH\(1\).pdf](https://www.nemcb.cz/upload/files/oddeleni/LAVH_TLH_TRH(1).pdf)

8. IUGA Office. *Rekonvalescence po poševních operacích / po odstranění dělohy poševní cestou: Průvodce pro ženy* [online]. 2011 [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: <https://www.yourpelvicfloor.org/media/recovery-guide-czech.pdf>

## **11 PŘÍLOHY**

<b>Příloha A – Dotazník vlastní konstrukce.....</b>	<b>74</b>
---	-----------

Příloha A – *Dotazník vlastní konstrukce*

Vážené respondentky,

jmenuji se Kristýna Čapková a jsem studentkou 3.ročníku oboru Porodní asistentka Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma, „Informační mapa péče o ženu po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii“.

Cílem dotazníku je zjistit, jak jste informované o pooperační péči. Vyplnění dotazníku, který obsahuje 11 otázek, je zcela anonymní a dobrovolné. Veškeré získané informace budou uvedeny pouze v mé bakalářské práci. U otázek zakroužkujte vždy jednu správnou odpověď, není-li uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

-----  
1. Kolik je vám let?

-----  
2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- a) Základní vzdělání
- b) Střední škola bez maturity
- c) Střední školy s maturitou
- d) Vyšší odborné vzdělání
- e) Vysokoškolské vzdělání

3. Od koho Vám byly sděleny informace o operačním zákroku a péče s ní spojené? (možnost více odpovědí)

- a) Obvodní gynekolog
- b) Ošetřující lékař v nemocnici
- c) Porodní asistentka na standardním oddělení
- d) Porodní asistentka na jednotce intenzivní péče
- e) Od známých, který již výkon podstoupily
- f) Odborná literatura
- g) Internet/internetové diskuze
- h) Jiné (vypište).....

4. V následující otázce zakroužkujte u každé edukační oblasti, do jaké míry jste byla spokojená s edukací od porodní asistentky na **JIP** (=Jednotka intenzivní péče – místo, kam jste byla po operaci odvezena a byla hospitalizována po dobu 12-24 hodin)

edukační oblast	velmi dobře	spíše dobře	spíše špatně	velmi špatně	nebyla jsem edukována
signalizační zařízení k přivolání personálu	1	2	3	4	5
vyprazdňování	1	2	3	4	5
dietní režim + hydratace	1	2	3	4	5
hygiena	1	2	3	4	5
monitorace fyziologických funkcí	1	2	3	4	5
pohybová aktivita po operaci, mobilizace	1	2	3	4	5
tlumení bolesti	1	2	3	4	5
tlumení pocitů na zvracení, zvracení samotné	1	2	3	4	5

5. V následující otázce opět zakroužkujte u každé edukační oblasti, do jaké míry jste byla spokojená s edukací od porodní asistentky na **standardním lůžkovém oddělení** (místo, kam jste byla převezena z JIP)

edukační oblast	velmi dobře	spíše dobře	spíše špatně	velmi špatně	nebyla jsem edukována
signalizační zařízení k přivolání personálu	1	2	3	4	5
vyprazdňování	1	2	3	4	5
dietní režim + hydratace	1	2	3	4	5
hygiena	1	2	3	4	5
pohybová aktivita po operaci, mobilizace	1	2	3	4	5
tlumení bolesti	1	2	3	4	5
tlumení pocitů na zvracení, zvracení samotné	1	2	3	4	5

6. Z jakého důvodu podle Vás je včasná mobilizace po operaci důležitá?

- Kvůli riziku ochabnutí svalstva
- Prevence vzniku trombózy a úprava střevní peristaltiky
- Kvůli snížení krvácení
- Nevím

7. Jakou stravu podle Vás je vhodné zvolit první dva dny po operaci na standardním oddělení?

- a) Racionální stravu – plnohodnotná strava
- b) Pouze tekutiny
- c) Kašovitou
- d) Nevím

8. Za jak dlouho podle Vás by mělo dojít ke spontánnímu močení po odstranění permanentního močového katetru?

- a) Za 24 hodin
- b) Za 6-8 hodin
- c) Za 48 hodin
- d) Nevím

9. Jak dlouho Vám bylo doporučeno mít na dolních končetinách bandáže?

- a) Do dostatečné mobilizace po operaci (mám pravidelně běžnou aktivitu)
- b) Do propuštění z nemocnice
- c) Jeden týden
- d) Nevím

10. Myslíte si, že po odstranění dělohy dojde i ke ztrátě menstruace?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11. Myslíte si, že dochází k nástupu přechodu u žen, které podstoupily odstranění dělohy s vaječníky?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím