

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Veronika Lebedová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení hospitalizace v souvislosti
s gynekologickým operačním výkonem očima žen

Diplomová práce

2024

Bc. Veronika Lebedová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Veronika Lebedová**
Osobní číslo: **Z20374**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Téma práce: **Hodnocení hospitalizace v souvislosti s gynekologickým operačním výkonem očima žen**
Téma práce anglicky: **Evaluation of hospitalization related to gynecological surgery through the eyes of women**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

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: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ČERVENKOVÁ, Zuzana; HLAVÁČKOVÁ, Eva; HODAČOVÁ, Lenka, 2020. Spokojenost pacientů s managementem akutní pooperační bolesti ve zdravotnickém zařízení. *Praktický lékař*. 100 (1). ISSN 0032-6739.
DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina a MAJDYŠOVÁ, Vladimíra, 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. 1.vyd. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.
JOCHMANNOVÁ, Leona; KIMPLOVÁ, Tereza, 2021. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-271-2569-2.
POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva, 2018. *Emoce*. 1.vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5128-3.
ŠÁLKOVÁ, Jana; BAJSOVÁ, Sylva; KUFA, Christian; KYČERKOVÁ, Jiřina; MATLÁK, Petr; SZABOVÁ, Olga; VRUBLOVÁ, Yvetta, 2021. *Intenzioní péče v porodní asistenci*. 1. vyd. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0844-2.

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

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Hodnocení hospitalizace v souvislosti s gynekologickým operačním výkonem očima žen jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24. 04.2024

Bc. Veronika Lebedová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla s úctou poděkovat Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za odborné vedení této diplomové práce, za její velmi cenné a podnětné rady, pochopení a čas. Také děkuji mé rodině a profesnímu týmu gynekologicko-porodnického oddělení, za veškerou podporu během celého studia. Děkuji mému partnerovi Alfrédovi, který je mou velkou oporou a inspirací. Poděkování taktéž patří informantkám, které se podílely na průzkumném šetření této práce, a tím významně přispěly k její tvorbě.

ANOTACE

Diplomová práce na téma Hodnocení hospitalizace v souvislosti s gynekologickým operačním výkonem očima žen je teoreticko-průzkumnou prací. Teoretická část je zaměřena na hodnoty a potřeby klientky během hospitalizace, na emoce, komunikaci, edukaci klientky a krátký náhled na téma spokojenost. Také jsou v práci popsány přístupy gynekologických operací, zejména se zaměřením na laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii. Dále se teoretická část zabývá shrnutím perioperační péče a podílem porodní asistentky v perioperačním období v souvislosti se spokojeností. V teoretické části je popsána i problematika bolesti a pooperačních komplikací. Empirická část práce je prováděna pomocí kvalitativního průzkumného šetření. Hlavním cílem bylo zjistit, jak klientky vnímají hospitalizaci v perioperačním období na gynekologickém oddělení, jaká je míra spokojenosti klientek se zdravotnickým personálem a jaké faktory se podílejí na spokojenost klientek během hospitalizace.

KLÍČOVÁ SLOVA

gynekologie, laparoskopická hysterektomie, perioperační péče, porodní asistentka, potřeby člověka, spokojenost

TITLE

Evaluation of hospitalization related to gynecological surgery through the eyes of women.

ANNOTATION

The thesis on Evaluation of hospitalization in connection with gynecological surgery through the eyes of women is a theoretical and research work. The theoretical part focuses on the values and needs of the client during hospitalization, emotions, communication, client education and a short insight on the topic of satisfaction. Also, gynecologic surgery approaches are described, with a particular focus on laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. In addition, the theoretical section summarises perioperative care and the midwife's role in the perioperative period in relation to satisfaction. The theoretical part also discusses the issues of pain and postoperative complications. The empirical part of the thesis is conducted using qualitative exploratory research. The main aim was to find out how clients perceive the hospitalization in the perioperative period in the gynecology department, what is the level of satisfaction of clients with the medical staff and what factors contribute to the satisfaction of clients during hospitalization.

KEYWORDS

gynecology, laparoscopic hysterectomy, perioperative care, midwife, human needs, satisfaction

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce	12
1.1 Cíle práce	12
1.2 Metody k dosažení cíle	12
Teoretická část	13
2 Hodnoty a potřeby klientky	13
2.1 Emoce spojené s hospitalizací a operačním výkonem.....	15
2.1.1 Metody zvládnání stresu.....	17
2.2 Komunikace a edukace klientky	18
3 Spokojenost.....	21
3.1 Faktory spokojenosti.....	22
4 Přístupy gynekologických operací.....	24
4.1 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie.....	25
5 Specifika perioperačního období u hysterektomie	27
5.1 Předoperační období	27
5.2 Intraoperační období	30
5.3 Pooperační období	31
5.3.1 Pooperační komplikace	34
6 Shrnutí teoretické části	36
Průzkumná část	37
7 Metodika průzkumu.....	37
7.1 Průzkumné cíle a otázky	37
7.2 Metodika průzkumu	38
7.3 Charakteristika informantek.....	38
7.4 Zpracování získaných dat	41
8 Obsahová analýza	42
8.1 Vnímání předoperačního období.....	42
8.1.1 Pocity před operačním výkonem.....	42
8.2 Vnímání pooperačního období.....	45
8.2.1 Pocity po příjezdu z operačního sálu.....	45
8.2.2 Pocity následující dny po operaci.....	48
8.3 Spokojenost klientky se zdravotnických personálem	49

8.3.1	Edukace klientky	49
8.3.2	Přístup zdravotnického personálu v perioperačním období	51
8.3.3	Zkušenosti se zdravotnickým personálem během celé hospitalizace	53
8.4	Spokojenost.....	54
8.4.1	Faktory životní spokojenosti	54
8.4.2	Faktory ovlivňující spokojenost klientky během celé hospitalizace	55
8.4.3	Návrhy pro zlepšení poskytované péče	56
9	Diskuze	58
10	Závěr	65
11	Použité zdroje	67
12	Přílohy.....	76

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Charakteristika informantek	39
Tabulka 2: Rozdělení kategorií a podkategorií.....	41
Tabulka 3: Pocity před operačním výkonem a metody zvládnání stresu	45
Tabulka 4: Pocity po operačním výkonu	48
Tabulka 5: Pocity následující dny po operaci.....	49
Tabulka 6: Edukace klientky	51
Tabulka 7: Aspekty spokojenosti klientek v rámci péče porodní asistentky na daném gynekologickém oddělení.....	53
Tabulka 8: Faktory životní spokojenosti	55
Tabulka 9: Faktory ovlivňující spokojenost klientky během celé hospitalizace	56
Tabulka 10: Návrhy pro zlepšení poskytované péče	57

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
EKG	Elektrokardiograf
IASP	International Association for the Study of Pain, Mezinárodní asociace pro studium bolesti
JIP	Jednotka intenzivní péče
LARVH	Laparoskopicky asistovaná radikální hysterektomie
LASH	Laparoskopicky asistovaná supravaginální hysterektomie
LAVH	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
LEEP	Loop electrosurgical excision, Konizace děložního čípku
LRH	Laparoskopická radikální hysterektomie
RTG	Rentgen
STATIM	Ihned
TLH	Totální laparoskopická hysterektomie
UUT	Umělé ukončení těhotenství
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Tato diplomová práce je zaměřena na hodnocení hospitalizace v souvislosti s gynekologickým operačním výkonem očima žen. Cílem práce je zjistit, jakým způsobem klientky vnímají hospitalizaci na gynekologickém oddělení v perioperačním období v souvislosti s laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií, míru spokojenosti klientek se zdravotnickým personálem, a v neposlední řadě také určit, jaké faktory mají vliv na celkovou spokojenost klientek během hospitalizace. Hysterektomie neboli odstranění dělohy patří k nejčastějším gynekologickým výkonům (Dubová a Zikán, 2022, s. 216). V rámci teoretické části jsou vymezeny základní pojmy, samotný gynekologický výkon, hodnoty a potřeby pacientky, specifika perioperačního období v rámci hysterektomie a to vše s ohledem na spokojenost klientky během hospitalizace. Některé aspekty z teoretické části se mohou následně odrazit i v průzkumné části práce. Zda se mi podaří naplnit tyto cíle a jakým způsobem, záleží na mnoha faktorech, které budou v práci postupně popsány v jednotlivých kapitolách. V pomáhajících profesích má kvalita lidského vztahu zdravotnického pracovníka vůči pacientce prvořadý význam pro kvalitu poskytované péče a na následné celkové hodnocení takové péče ze strany pacientky (Kopřiva, 2016, s. 13). Práce porodní asistentky a ostatního zdravotnického personálu se opírá o základní skutečnosti holistického přístupu. Mluvíme o biologickém, psychickém, sociálním a spirituálním pojetí (Trachtová et al., 2018, s. 9). V dnešní době pacientky vnímají nemocniční prostředí velice pozorně. Některé pacientky mají dopředu poměrně detailně zjištěné informace o nemocničním úseku, o práci zdravotníků na základě různých recenzí či o operačním zákroku jako takovém, neboť je nyní relativně snadný přístup k různým informacím zejména na internetu či prostřednictvím jiných médií. Ovšem někdy na základě těchto často nepodložených informací mohou mít pacientky zkreslený náhled a názor na určité skutečnosti. Já osobně vnímám po několika letech v práci ve zdravotnickém prostředí, že pacientky sledují mnohem více než dříve jednotlivé činnosti zdravotnického personálu, jeho chování a přístup. Také i například celkový vzhled nemocničního prostředí. Z těchto důvodů je stále více důležité, aby jakýkoliv zdravotnický pracovník jednal a pracoval neustále profesionálně a nedělal rozdíly mezi jednotlivými pacientkami. Zajímá mě, jakým způsobem vnímají ženy hospitalizaci v rámci perioperační péče na oddělení, na kterém i současně pracuji, zda jsou dostatečně informované, jaké prožívají pocity v rámci perioperační péče, jak hodnotí kvalitu péče a jaký to má následný efekt na jejich míru spokojenosti. Myslím si, že to může být vhodná odezva pro dané oddělení, ale i pro můj osobní profesní růst.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíle práce

Teoretický cíl práce

Cílem teoretické části diplomové práce je objasnit faktory, které ovlivňují spokojenost a vnímání hospitalizace hospitalizovanými ženami, definovat pojem spokojenost. Dále také přiblížit problematiku hodnot a potřeb pacientky, emocí, komunikace a edukace. V této souvislosti nelze opomenout ani laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii, perioperační péči, jakož i podíl porodní asistentky na péči v perioperačním období v souvislosti se spokojeností.

- **Průzkumný cíl 1:** Zjistit, jak klientky vnímají hospitalizaci v perioperačním období na gynekologickém oddělení.
- **Průzkumný cíl 2:** Zjistit, jaká je míra spokojenosti klientek se zdravotnickým personálem.
- **Průzkumný cíl 3:** Zjistit, jaké faktory mají vliv na spokojenost klientek během hospitalizace.

1.2 Metody k dosažení cíle

Na základě studia odborné literatury byla v teoretické části popsána východiska problematiky zadaného tématu diplomové práce. Informační prameny se skládají z knih, časopisů a internetových článků s obsahem vědeckých studií. Kapitoly v teoretické části na sebe jednotlivě navazují a jsou sestaveny v provázanosti na průzkumnou část práce a výše zmíněné cíle.

Ke zpracování průzkumné části diplomové práce bylo využito kvalitativní průzkumné šetření. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly realizovány s oslovenými informantkami. Rozhovor byl nahráván na diktafon a následně přepisován do textové podoby. Po saturaci dat bylo průzkumné šetření ukončeno. Přepsané texty byly pečlivě pročteny a pomocí metody „tužka a papír“ proběhlo otevřené kódování. Následně byla provedena analýza obsahu a proběhla slovní interpretace výsledků s využitím tabulek pro souhrn a přehlednost výsledků.

TEORETICKÁ ČÁST

2 HODNOTY A POTŘEBY KLIENTKY

V profesi porodní asistentky je velice důležité znát hodnoty a potřeby klientky, mít základní znalosti o tomto tématu, aby došlo ke správnému vzájemnému pochopení, vhodně zvolenému přístupu k pacientce a následnému uspokojení jejích potřeb. Trachtová et al. (2018) popisují využití poznatků potřeb pacientek v práci zdravotnického pracovníka. Tím, že porodní asistentka pochopí a pozná sama sebe a uspokojí své vlastní potřeby, poté lépe pochopí i potřeby druhých a může své znalosti o lidských potřebách využít v praxi.

Když se řekne slovo „hodnota“, většina lidí si myslí, že je to něco cenného a dobrého. **Hodnotu** lze však ze subjektivního hlediska vymezit jako přesvědčení o dobrém a prospěšném, ale i o špatném a nežádoucím, které iniciuje individuální a společenskou aktivitu (Krátká, 2018, s. 12). Pevné základy hodnotového systému člověka automaticky vytváří jeho filozofické přijetí přirozenosti jeho vlastního já, společenského života, lidské přirozenosti, fyzické reality a přírody (Maslow, 2021, s. 187). Hodnoty jsou pro člověka klíčové a během života se mění i s ohledem na zdravotní stav (Krátká, 2018, s.13). Těžce nemocný člověk bude mít na prvním místě v žebříčku hodnot nejspíše zdraví, jelikož hodnotová orientace může být ovlivněna momentální životní situací (Kelnarová a Matějková, 2014b, s. 50). Potřebu lze vymezit jako projev nedostatku, nebo naopak nadbytku v oblastech biologických, psychických a sociálních. Potřeby často souvisí se zachováním kvality života jednotlivce (Krátká, 2018, s.14). Potřeba je něčím, co lidská bytost vyžaduje ke svému životu a vývoji, pokud pocítí její nedostatek, dokáže to následně ovlivnit veškerou psychickou stránku člověka (Trachtová, 2018, s. 10), včetně pozornosti a myšlení (Příbyl, 2015, s. 31). Pokud má člověk uspokojené své základní (nižší) potřeby, může následně uspokojovat i potřeby vyšší, například seberealizaci (Dušová et al., 2019a, s. 11). Bez nižších potřeb nemůže člověk dlouho žít, kdežto vyšší potřeby jsou získané a uspokojování těchto potřeb je dlouhodobým procesem, který participuje na utváření osobnosti člověka (Příbyl, 2015, s. 32).

Úkolem porodní asistentky je systematické vyhledávání, hodnocení a uspokojování potřeb zdravé i nemocné pacientky (Krátká, 2018, s. 14). Trachtová (2018) udává, že by zdravotnický personál měl k pacientce přistupovat holisticky, tedy celistvě jako k bytosti bio-psycho-sociální a spirituální. Podle tohoto přístupu je pro chápání nemoci a volbu léčby důležitá nejen kvalita

zdravotní péče, ale také sama pacientka, její sociální zázemí, hodnoty a smysl života (Jochmannová a Kimplová, 2021, s. 24).

Příbyl (2015) popisuje, že z holistického přístupu členíme lidské potřeby do oblastí **biologických**, které jsou závislé na potřebách našeho těla – typicky se jedná o příjem potravy a tekutin, vylučování, dýchání, spánek, odpočinek a pohyb. Dále **psychologické**, mezi které patří potřeba jistoty a bezpečí, respektování lidské důstojnosti a důvěra. Významnou roli hrají také potřeby sociální, člověk jako společenský tvor potřebuje komunikovat a být v kontaktu s lidmi, a zejména potřebuje lásku, tedy milovat a být milován. Mezi potřeby řadíme i **duchovní potřeby**. Tyto potřeby se mohou týkat věřících lidí, ovšem není to pravidlem, protože potřebu smyslu života či odpuštění potřebuje každý z nás. Potřeby již klasifikovalo větší množství autorů, avšak nejznámější klasifikaci poskytl Abraham Harold Maslow, který potřeby rozdělil symbolicky v rámci pyramidální struktury (Viz. Příloha C). Dalšími autory jsou například Henry Alexander Murray či Artur Manfred Max-Neef (Příbyl, 2015, s. 32-35).

V případě pacientek v intenzivní péči přebírá naplňování jejich potřeb ve významné míře porodní asistentka, která zastává významnou roli při zmírňování jejich problémů. Pacientka v intenzivní péči má určité bariéry, kvůli kterým není schopna dostatečně zajistit své potřeby. Jedná se jak o bariéry rázu psychického, protože zde působí strach, pocity méněcennosti a stud, tak o bariéry fyziologické, kdy je pacientka omezená v soběstačnosti, pociťuje bolest a únavu (Suková a Knechtová, 2022, s. 8). Bolest v tomto kontextu není jen fyzická, ale i psychická, na tuto bychom nikdy neměli zapomínat. Bolest duše je často vyvolávána ztrátou důvěry, citu či naděje a jako taková může ovlivnit celý léčebný proces pacientky (Číková et al., 2023, s. 21).

Mezi hlavní **potřeby pacientek v intenzivní péči** tedy patří: potřeba být bez bolesti, potřeba dýchání, tělesné integrity, spánku, jistoty a bezpečí (Suková a Knechtová, 2022, s. 9). Také potřeba soběstačnosti, vyprazdňování, výživy i psychické vyrovnanosti (Kapounová 2020, s. 21-22). V případě neuspokojení těchto potřeb může být u pacientky přítomna zmatenost, neklid, neochota ke spolupráci se zdravotnickým personálem, ale mohou se objevit i tendence k agresi. Neuspokojenou potřebu jistoty mohou mít i rodinní příslušníci pacientky, kteří často volají na oddělení s dotazem na zdravotní stav pacientky. Rodina by si měla být jistá, že je příbuzné poskytována nejlepší možná péče (Suková a Knechtová, 2022, s. 9).

Gynekologické problémy u ženy se mohou v psychické rovině projevat změnami v sebepojetí, ve vnímání tělesného vzhledu, osobní identitě a plnění rolí (Slezáková et al., 2017,

s. 34). Sebehodnocení se řadí mezi základní potřeby všech lidských bytostí (Zemanová a Dolejš, 2015, s. 61).

Při hysterektomii dochází k odstranění dělohy, vejcovodů a často i vaječníků, a to může následně u pacientky narušit její obraz těla. Vnímání svého tělesného vzhledu má velký vliv na psychosociální fungování jedince. Obraz těla popisuje, jakým způsobem jedinec vnímá své tělo. Pro mnoho pacientek může být obtížné se vyrovnat se všemi tělesnými změnami po operaci. Samozřejmě je to velice individuální záležitost, záleží na osobnosti pacientky, povaze samotného problému, situaci a okolnostech (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 91-92).

2.1 Emoce spojené s hospitalizací a operačním výkonem

Emoce jsou elektrické a chemické signály uvnitř těla, které člověku říkají, co se právě děje (McKay et al., 2020, s. 143-144). Zážitkovou složku emocí nazýváme city, protože ty vyjadřují určitý obsah, se kterým je možno dále pracovat (Nakonečný, 2015, s. 365).

Emoce jsou vyjadřovány u člověka mnoha způsoby, například výrazem v tváři, řečí, postojem, vokalizací, pohybem či fyziologickými změnami: červenání, pocení, zrychlené dýchání, tlukot srdce (Poláčková Šolcová, 2018, s. 77). Tyto tělesné změny nemáme pod kontrolou, protože k citům jednoduše patří. Naopak, výraz lze do určité míry kontrolovat. Sociální vyjadřování emocí můžeme rozdělit na maskování, modulaci a simulaci. Maskování spočívá ve skrývání emocí. Za modulaci lze označit situaci, kdy pacientka svým chováním navenek projevuje emoci jako silnější nebo slabší, než jaká reálně v jejím vnímání je. V případě simulace pacientka navenek představuje emoci, kterou necítí. (Helus, 2018, s. 121). Tyto aspekty se mohou objevit u takových pacientek, které pocítují málo péče a pozornosti od zdravotnického personálu, bývají to zejména úzkostné povahy či pacientky ostýchavé v komunikaci dávající najevo diskomfort pomocí emoce, ale i naopak pacientky ostýchavé projevovat diskomfort emočně a snažící se za tímto účelem své emoce regulovat. V tomto případě by porodní asistentka měla být pozorná a měla by se snažit empaticky pacientku pochopit a následně k ní přistupovat individuálně, aby jí zajišťovala co nejlepší možný komfort v perioperačním období.

Poláčková Šolcová (2018) poukazuje na to, že existují i kulturní rozdíly v rámci prožívání emocí, jako je například stud. Pro některé kultury je typická snaha veřejně skrývat své emoce a v některých kulturách je běžné výrazné a hlasité projevování vlastních pocitů a emocí. I tyto okolnosti je nutné brát v potaz.

Hospitalizace na gynekologickém oddělení v perioperačním období může být pro ženu velmi stresující záležitostí, zejména pro starší klientky a ženy, které nikdy hospitalizované nebyly, což se projevuje rovněž v emoční rovině (Slezáková et al., 2017, s. 34-35). Navíc, samotná gynekologická problematika je velice intimní záležitostí a je důležité, aby porodní asistentka k ženě přistupovala taktně, snažila se maximálně zmírnit pocity strachu a stresu (Škorníčková et al., 2015, s. 54).

Stres je reakcí organismu na nepříjemné stimuly a prostředí (Jochmannová a Kimplová et al., 2021, s. 42). Stres jakéhokoli druhu může způsobit také fyzické změny. Srdce se rozbuší, krevní tlak stoupá, dýchání se zrychluje, člověk může pociťovat pocity horka a pocení či sucho v ústech (Morschitzky a Hartl, 2020, s. 155-157). Změny se týkají i psychické stránky, pacientka může být unavená, netrpělivá, agresivní, nebo lítostivá. Stres může obecně vést ke změně chování a vyjadřování (Kelnarová a Matějková, 2014a, s. 57).

Mezi hlavní stresující události na gynekologickém oddělení můžeme řadit například čekání na operaci, odvoz na operační sál, vstup na operační sál či nemožnost se napít. Během doby, kdy pacientka čeká na operaci, má prostor pro přemýšlení a zvyšuje se tak obava z blížící se operace (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 83-84). Příjem pacientky do zdravotnického zařízení by neměl být příliš dlouhý, aby nedocházelo ke zvyšování stresu (Jedličková et al., 2019, s. 298). Obecně každý chirurgický výkon je obvykle spojen se zvýšeným stresem, úzkostí či strachem. **Strach** je nepříjemná emoce, prožitek s neurovegetativním doprovodem. Jeho hlavní příznaky jsou zrychlené dýchání, zblednutí, bušení srdce, chvění či zvýšený krevní tlak – jedná se o reakci na vnímané nebezpečí. **Úzkost** je také nepříjemný pocit, ale narušuje od strachu je zde obava bez předmětu. K vyvolání úzkosti stačí představa ohrožení. Fenomén samotné předoperační úzkosti souvisí se strachem ze ztráty vlastní kontroly, z neznámého prostředí, z bolesti, separace od rodiny, z deformace či smrti (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 83-84).

Před provedením **hysterektomie** mohou mít ženy strach v souvislosti s následnou ztrátou dělohy, ukončením reprodukčního života, nebo i se změnou v sexuálním životě (Slezáková et al., 2017, s. 34-36). Pokud se však podíváme na studii Spaich et al. (2023), ve které byl zkoumán dopad na intimní stránku života ženy po hysterektomii, tak v ní nebyly zaznamenány významné rozdíly intimního života před a po operaci.

Jedličková et al. (2019) zmiňují i strach z neznámého, z bolesti a anestézie. Mezi hlavní zkrácené představy ženy po hysterektomii patří například **ztráta „ženskosti“** či strach z předčasné menopauzy (Slezáková et al., 2017, s. 34).

Po operaci může být narušené sebepojetí obrazu vlastního těla, který se nám odvíjí již od vnímání své fyzické jedinečnosti. Jsou tři podstatné aspekty obrazu vlastního těla: tělesný vzhled, zdraví a fyzická výkonost. **Hodnocení vlastního těla** se stává zdrojem sebevědomí, zejména u žen, které jsou si vědomé, že jejich fyzický vzhled je důležitý. Ačkoliv je ideál krásy proměnlivý, hodnota zdraví a tělesné výkonosti je relativně stálá. Obraz vlastního těla úzce souvisí se spokojeností či nespokojeností s vlastním tělem (Nakonečný, 2015, s. 473). Hysterektomie má potenciál u pacientek ovlivnit vnímání vlastního těla, o to je důležitější, aby zdravotnický personál ženu předem důkladně edukoval, uvedl vše na pravou míru a vysvětlil veškeré působící souvislosti. Zde je potřebná psychická podpora porodní asistentky, vyslechnutí, uklidnění, eventuální vysvětlení tělesných změn po operaci.

Pokud bychom měli výše uvedené shrnout, je nutno zdůraznit, že každá pacientka bude na hospitalizaci reagovat individuálně. Jedna pacientka bude ve velkém stresu z operace a následného stavu, druhá bude pociťovat nesnesitelnou bolest a třetí pacientka bude mezitím v klidu spát. Opět jsme u toho, že každý člověk je originál, a proto je nutné, aby tak porodní asistentka a ostatní zdravotnický personál na pacientku nahlíželi. Nikdy nemůžeme přesně vědět, co si pacientka před operací prožila, nebo jakou má aktuální kvalitu života, protože veškeré tyto souvislosti mohou její emoce během hospitalizace rapidně změnit.

Pooperační zotavení a kvalita života ženy po operačním výkonu by měly být považovány za klíčové výsledky v rámci provedené hysterektomie (Ekanayake et al., 2017, s. 2).

Nutno podotknout, že pacientka **vnímá neustále** veškeré vjemy. Například na operačních sálech pacientku může negativně ovlivnit neprofesionální chování personálu. Bavíme se o přípravě instrumentária, šustění obalovým materiálem a zejména pacientka vnímá soukromé rozhovory mezi personálem (Jedličková et al., 2019, s. 298). Toto hraje velkou roli na následnou spokojenost pacientky se zdravotnickým zařízením.

2.1.1 Metody zvládnání stresu

Antistresových metod existuje poměrně velká škála, ovšem v souvislosti s hospitalizací je škála značně limitována.

Spoustu lidí se snaží stresovou záležitost vytěsnit, potlačit a svoji pozornost převádí na jinou záležitost (Paulík, 2017, s. 116). To však dle Wolfa a Merkle (2017) není účinnou strategií, jak zacházet se strachem, pozitivní výsledky nepřináší rovněž odsouvání problému a skrývání strachu. Mnoho lidí považuje strach za nežádoucí jev a projev určité slabosti. Tento přístup však není prospěšný, ukázání emocí je součástí lidského sebehodnocení. Lze si představit situace, kdy projevení emocí může vést k rozklíčování problémů jedince, pochopení ze strany okolí, a v konečném důsledku také k předejití různých typů konfliktů.

Pro snížení strachu a stresu ve zdravotnickém prostředí je důležitý důkladný **rozhovor** s pacientkou, empatické chování zdravotnického personálu, správná **edukace** a **premedikace** s anxiolytickými a sedativními účinky. Lze zmínit i např. **muzikoterapii**. Hudba jako nástroj terapie se využívá již od 19. století, kdy Florence Nightingalová podchytila možný léčivý efekt hudby. Hudba jako druh intervence se používá u pacientů různých věkových skupin od novorozenců až po seniory (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 90-91). Hudba je úžasný dar člověka člověku, která má schopnost léčit a uklidňovat (Kelnarová a Matějková, 2014a, s. 102). Muzikoterapie je terapeutická disciplína, při níž hudba působí na fyzické, emoční, kognitivní a sociální potřeby jedince. Hudba má schopnost přesměrovat pozornost od negativních podnětů vyvolávajících strach, stres, bolest, úzkost či hněv. Hudba dokáže stimulovat emoce, jelikož ovlivňuje aktivitu různých struktur mozku (Jochmannová a Kimplová et al., 2021, s. 272-273). V dnešní době si do nemocničního prostředí přinese sluchátka velká většina pacientek. Nejenže mohou pacientky poslouchat své oblíbené skladby, ale sluchátka také poskytují významnou tlumící zvukovou bariéru od vnějšího okolí, což může být uklidňující zejména pro introvertní pacientky.

Jako další psychoterapeutickou metodu aplikovatelnou i v nemocničním prostředí lze zmínit i dechovou relaxaci, při níž se pacientka zaměří na své dýchání, což může vést ke zmírnění či odstranění stresu (Suková a Knechtová, 2022, s. 18).

2.2 Komunikace a edukace klientky

Efektivní zvládání komunikace je považováno za nedílnou součást profesionálního chování zdravotnického pracovníka. Termín **komunikace** je široce používán ve vědních oborech jako je pedagogika, psychologie, medicína a ošetrovatelství. Komunikace není pouhé předání informace, znamená to mnohem více. Komunikace je o sebereprezentaci, vyjádření postojů a názorů na určitou záležitost (Tomová a Botíková, 2017, s. 2). Spokojenost pacientky s poskytovanou péčí bývá do značné míry založena zejména na komunikačních schopnostech

a chování personálu (Zacharová, 2016, s. 36). Komunikační znalosti porodní asistentky nejsou samozřejmostí, zejména pokud dochází k neustálému zvyšování nároků na poskytovanou péči. Porodní asistentka by se měla správné komunikaci naučit, jedná se o každodenní a důležitou součást její práce na oddělení (Tomová a Botíková, 2017, s. 5). Poskytovat kvalitní a profesionální péči bez přítomnosti komunikace nelze. Porodní asistentka v rámci komunikace vystupuje zejména v roli *komunikátorky a edukátorky* (Kapounová, 2020, s. 128). Porodní asistentka by měla v komunikaci využívat jednoduchost, výstižnost, důvěryhodnost, přizpůsobivost (Kristová, 2020, s. 66,57), zřetelnost, stručnost a zajistit vhodné načasování (Kapounová, 2020, s. 128). Komunikace s pacientkou je základem ošetrovatelského procesu, díky ní jsou uspokojovány potřeby pacientky a napomáhá pacientce i personálu k léčebnému postupu (Trachtová, 2018, s. 21).

Banýrová et al. (2017) uvádějí, že v rámci komunikace, která může pomoci tlumit emoce pacientky je rozhovor, nejlépe takový, ve kterém jsou pokládány otevřené otázky. Pacientka je tak nucena přemýšlet a tím dochází ke zklidnění psychického stavu (Kristová, 2020, s. 100). Rozhovor můžeme charakterizovat jako způsob mezilidské komunikace, při níž si účastníci vyměňují různá sdělení (Dlabal, 2021, s. 10). Velmi důležitou součástí komunikace mezi porodní asistentkou a pacientkou je empatie. Co je to vlastně empatie? Dle Nakonečného (2020) je to určité vcítění se do člověka. Špatenková a Smékalová (2015) udávají, že jde o celkové pochopení druhého člověka a jeho zkušeností. Podstata takového vcítění je, že se porodní asistentka na chvíli vzdá své identity a pocitů a pocítí emoce a city pacientky, díky čemuž s ní dokáže kvalitněji komunikovat a spolupracovat (Kristová, 2020, s. 116). Pacientka bude poté i více otevřená v komunikaci, bude cítit ochotu a kvalitní péči, a to dokáže z velké části ovlivnit její celkovou spokojenost s poskytovanou péčí během hospitalizace.

Formy komunikace můžeme krátce rozdělit na: *verbální* (mluvená a psaná řeč), *metakomunikace* (hlasová intonace), *nonverbální* – výraz (mimika, vokalizace, smích, pláč) a *chování* (gesta a pohyby) (Nakonečný, 2020, s. 317). Pomocí kvalitní komunikace je tedy možné pacientku řádně edukovat. **Edukace** pacientek je nedílnou součástí perioperační péče. Cílem perioperační edukace je zmírnit strach a úzkost z neznámého prostředí a operačního výkonu. Dušová et al. (2019b) popisují následující body, které jsou podstatné v edukaci v porodní asistenci - nejlepší politikou zdravotníka je upřímnost a správná komunikace, zdravotník by se měl při edukaci záměrně vyhýbat poučováním, arogancí, strašením, naopak by měl mít dostatek laskavosti a pozitivního přístupu.

Způsoby jakými je možné pacientky edukovat v perioperační péči můžeme rozdělit na ústní pohovor, písemnou formu edukace za pomoci informačních materiálů, edukační materiály se mohou nalézat i na internetové stránce daného zdravotnického zařízení, kde jsou popsány některé detailní informace pro pacientky (Jedličková et al., 2019, s. 207).

V rámci hospitalizace v souvislosti s gynekologickou operací je pacientku nutné edukovat o operaci, u které je provedena hysterektomie, ale i adnexektomie. Tuto část edukace vede lékař, který ji také edukuje o následné životosprávě po operaci, zmíní problematiku intimního života, odpoví pacientce na veškeré otázky. Je nutné, aby ženě oznámil možné projevující se příznaky vyplývající z estrogenního deficitu, kterých se ženy často dopředu obávají (Slezáková et al., 2017, s. 36). Estrogenní deficit je fyziologickým důsledkem ztráty ovariální aktivity a může způsobit vznik symptomů, které mohou vést ke snížení kvality života ženy a vážným zdravotním problémům. Mezi typické příznaky řadíme návaly horka, pocení, bolesti hlavy, poruchy spánku či změny nálad (Moravcová, 2023, s. 16). Edukace provedená porodní asistentkou by se měla týkat průběhu hospitalizace, přípravy pacientky na průběh všech intervencí během předoperační a pooperační péče. Veškeré tyto intervence mají za cíl předcházet strachu v souvislosti s operací a hospitalizací a napomáhají k dobré spolupráci a následné rekonvalescenci (Slezáková et al., 2017, s. 36).

Edukace v porodní asistenci má význam nejen pro porodní asistentku, ale zejména pro pacientku. Edukace zvyšuje spokojenost pacientky, zajišťuje kontinuitu péče a slouží jako prevence výskytu komplikací (Dušová et al., 2019b, s. 12).

3 SPOKOJENOST

„Nikdy nebudeme spokojeni s vnějším světem, dokud nezačneme spokojeností v sobě.“

Dalajláma

O spokojenosti bychom mohli mluvit jako o komplexním fenoménu, který je považován za synonymum slova štěstí a osobní pohody (Zemanová a Dolejš, 2015, s. 51). Benátská (2019) uvádí, že pocit spokojenosti je pocitem naprosto subjektivním. Velmi významným faktorem ovlivňujícím celkovou životní spokojenost, kvalitu života, fyzické a psychické zdraví je rodinný stav člověka (Hamplová, 2006, s. 35). Plamínek (2023) zmiňuje fakt, že spokojenost člověka ovlivňuje nejen to, *co je*, čímž je myšlena realita, ale také to, *co potřebuje* (potřeba).

Co se týká spokojenosti pacientek v rámci zdravotnického zařízení, tak se spokojenost odráží z velké většiny od jejich klinického stavu, laboratorních parametrů a kvality poskytované péče. Pro potřeby ošetrovatelství zde hraje podstatnou roli právě životní spokojenost a pohoda. Také sem patří součást spirituální související se „smyslem života“ (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 39). V současné době je posuzování kvality ošetrovatelské péče součástí řady evropských, světových a národních šetření, jejichž nedílnou součástí je zjišťování spokojenosti pacientky (Tomová a Křivková, 2016, s. 10). Výsledky průzkumů spokojenosti poté umožňují poskytovatelům zdravotní péče zlepšit zdravotnickou péči (Batbaatar et al., 2016, s. 1).

Se samotnou spokojeností rovněž úzce souvisí označení „kvalita života“. Kvalita života jako pojem se začala používat ve společenských vědách ve druhé polovině 20. století. Kvalitu života však není možné jednoznačně objasnit, protože o definici pojmu se už pokusilo několik autorů, ale ukázalo se, že jde o zcela kvalitativní a do jisté míry subjektivní pojem (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 32, 36). Sledování kvality života související se zdravím může přinášet zdravotnickým pracovníkům nové informace, které se při běžném klinickém vyšetření pacientky nezjišťují. Jedná se o skutečnosti, které jsou pro pacientku rozhodující pro zvládnutí nemoci, například sociální opora v nemoci, emocionální prožívání nemoci a další faktory, které v modelu poskytované péče často chybí a tím může docházet k narušení průběhu celé léčby (Moravcová, 2023, s. 34). Také je možné sem zahrnout fyzické aspekty spojené s daným životním prostředím (Banovcinova a Jandurova, 2018, s. 1).

3.1 Faktory spokojenosti

Na spokojenost pacientek ve zdravotnickém zařízení mají vliv různé faktory. Jedním z významných faktorů ovlivňujících vlastní spokojenost je samotná osoba lékaře. Zdá se, že jsou pacientky spokojenější v rukou zkušenějších lékařů, avšak je pro ně také důležitá důkladnost, pečlivý přístup k vyšetření, laskavost a schopnost povzbudit. Stejně tak je i důležitý přístup porodní asistentky. Nutno zmínit, že by porodní asistentka měla být i technicky zdatná, protože na základě této vlastnosti poté narůstá značná spokojenost pacientek. V rámci zdravotnického zařízení spokojenost souvisí i s organizací poskytované péče. Z hlediska spokojenosti však nelze pomíjet ani osobnostní rysy dané pacientky. Je nutné vzít na zřetel, že určitá nespokojenost nemusí pramenit pouze z nespokojenosti se samotným zdravotnickým personálem a zařízením, ale také z vnitřního nastavení pacientek samotných. Může na to mít vliv i vzdělání, věk či sociální postavení pacientky. Obecně se udává, že starší lidé jsou spíše tolerantnější, naopak méně spokojení bývají lidé úzkostní, cholericí a podezřívaví. V neposlední řadě je faktorem ovlivňujícím spokojenost během hospitalizace i samotné nemocniční prostředí (Mareš, 2009, s. 63). Dosáhnout určité spokojenosti člověka není jednoduché, neboť se jedná o velice komplexní fenomén. Spokojenost jako taková se odvíjí od mnoha vnitřních a vnějších faktorů, mimo jiné je ovlivňována hodnotami pacientky, jejími zkušenostmi, znalostmi, potřebami či jejím citovým nastavením (Červenková et al., 2020, s. 13).

Pro měření spokojenosti je používána nejvíce anketa, rozhovor či dotazníkové šetření. Anketa je nejjednodušší výzkumnou technikou, která využívá uzavřené otázky a to zajistí rychlou odpověď. Dotazník je standardizovaným souborem otázek, které jsou připravené v určitém formuláři. Otázky jsou v něm uzavřené i otevřené a jsou psané zřetelně. Rozhovor je metoda verbální komunikace, založená na pokládání otázek. Rozhovor s pacientkou je ideální koncipovat jako přirozený dialog. Pacientka by měla být motivována vhodným vysvětlením smyslu rozhovoru (Ondriová et al., 2013, s. 35). Pro rozhovor musí být vhodný prostor a chceme-li být v kontaktu vnímavém, musíme být v místnosti sami (Kopřiva, 2016, s. 110). Aby byla komunikace s pacientkou úspěšná, významnou roli zde má individuální přístup, pozitivní vztah k pacientce a vzájemná důvěra. Také je podstatné zvládnout základní dovednosti mezilidského vztahu s důrazem na specifika věku a druhu nemoci (Zacharová, 2016, s. 35).

Je nutné znát, jak pacientky spokojenost vnímají a prožívají, protože pouze určitý vjem personálu nestačí, a někdy může být dokonce zkreslený. Navíc informace o spokojenosti

pacientů jsou důležitým aspektem ke zlepšení poskytování zdravotní péče (Mareš, 2009, s. 63 – 64). Kvalita péče, která má na spokojnost během hospitalizace velký vliv se skládá ze dvou částí. První je část kvantitativní, která je vyčíslitelná a měřitelná pomocí standardů nebo stanovených indikátorů, a druhá je kvalitativní, která je měřitelná prostřednictvím spokojenosti pacientek (Jedličková et al., 2019, s. 6).

4 PŘÍSTUPY GYNEKOLOGICKÝCH OPERACÍ

Pojmem gynekologické operace označujeme invazivní způsob léčby gynekologických chorob. K operaci se přistupuje primárně nebo sekundárně v důsledku neúspěšné konzervativní terapie (Šálková et al., 2021, s. 87). Operativní řešení je invazivní způsob léčby gynekologického onemocnění a indikuje se tehdy, pokud jsou vyčerpané možnosti neinvazivní léčby či je onemocnění neléčitelné (Wolfová, 2014, s. 268). Základním předpokladem každé chirurgické léčby je precizní znalost všech anatomických poměrů. U gynekologických operatérů zejména znalost malé pánve a dutiny břišní (Rob et al., 2019, s. 73).

Gynekologické operační přístupy můžeme rozdělit na abdominální a vaginální. Mezi abdominální přístupy patří laparotomie a laparoskopie. Laparotomie neboli chirurgické otevření dutiny břišní se provádí při indikaci větších výkonů, které nelze provést laparoskopicky. Laparoskopie je však méně radikální výkon za použití laparoskopu. Vaginální operační přístup je prováděn zejména na vulvě, hrázi, poševních stěnách, pánevním dnu a děložním čípku. Tento přístup je méně invazivní a má celkově lehčí pooperační průběh (Slezáková et al., 2017, s. 36-37). Ačkoliv je tento typ operace méně invazivní pro pacientku, pro lékaře se jedná o náročnější úkon s ohledem na obtížný přístup, což vyžaduje mimo jiné více zkušeností operátora. Tato technika se nejvíce užívá u operací, které svou povahou přímo určují operační cestu, například u sestupu dělohy a poševních stěn (Šálková et al., 2021, s. 87).

V dnešní době je poměrně velmi rozšířený operační přístup, který kombinuje abdominální a vaginální přístup, a to zejména velmi známá laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie – LAVH (Slezáková et al., 2017, s. 36-37).

Szypulová et al. (2020) uvádí například i metodu TLH, neboli totální laparoskopickou hysterektomii. Jedná se o „miniinvazivní“ metodu odstranění dělohy, kdy je i sutura poševního pahýlu prováděna laparoskopicky. Dále existuje i LASH, laparoskopicky asistovaná supravaginální hysterektomie, LARVH, laparoskopicky asistovaná radikální hysterektomie a LRH, tedy laparoskopická radikální hysterektomie (Dubová a Zikán, 2022, s. 216).

Abdominální hysterektomie je indikována nejčastěji pro výskyt myomů v děloze, při nemožnosti laparoskopického výkonu pro adheze v dutině břišní, které se mohou vytvářet po nějakých předešlých operacích či zánětlivých onemocněních (Schneiderová, 2014, s. 199).

Gynekologické operace se také dělí na menší a velké. Za malé gynekologické operace jsou považovány ty, u kterých je přítomen pouze jeden operátor, za velké operace se označují ty, u kterých je nutná přítomnost mnoha členů operačního týmu (Wolfová, 2014, s. 268).

Mezi menší operace se řadí například kyretáž, mininterupce, interupce, biopsie, LEEP technika či ablace myomu. Při těchto menších operacích zpravidla není nutná hospitalizace klientky (Slezáková et al., 2017, s. 37).

4.1 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

Hysterektomie je velmi častý gynekologický zákrok, jehož roční frekvence je odhadována na více než milion zákroků na celém světě a přibližně 90 % z nich je provedeno z důvodu benigních indikací s cílem zlepšit kvalitu života ženám trpícím převážně silným a trvajícím krvácením či bolestmi (Collins et al., 2020, s. 2). Zajímavostí je, že ve výzkumu Spaich et al. (2023) byly pacientky po výkonu dotazovány na jejich celkovou spokojenost po hysterektomii a výsledek byl takový, že 95 % žen bylo spokojených.

Zákrok je prováděn zejména u zralejších žen, kdy přestává účinkovat konzervativní terapie. Hysterektomie před 35. rokem života ženy je považována za negativní, protože může naopak narušit kvalitu života ženy s eventuálním výskytem předčasných menopauzálních příznaků (Zimmermann et al., 2022, s. 549). Laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií, která je označovaná zkratkou LAVH, nazýváme odstranění dělohy a vejcovodů a to jak s vaječníky, nebo bez nich. Tato operace patří k nejmodernějším operačním postupům v gynekologii. Tento druh operace představuje optimální syntézu laparoskopické a vaginální operační techniky (Rob et al., 2019, s. 83). V první části operace dochází k uvolnění dělohy a ve druhé části je vaginálně proveden podvaz cév a vyjmutí dělohy (Škorníčková, 2015, s. 51).

Hystera, metra či uterus, v českém jazyce děloha, je tvořena především hladkou svalovinou. Děloha má tvar hrušky mírně předozadně oploštělé. Na děloze najdeme čípek (cervix uteri, collum uteri) či hrdlo děložní a tělo děložní (corpus uteri). Nutno také podotknout, že dělohu v pánvi udržuje kromě úponu na pochvu několik vazů, takzvané parametrium. Mezi okolní a další gynekologické orgány kromě dělohy a pochvy řadíme i vejcovody, vaječníky a vulvu (Čepický, 2021, s. 14-16).

Ebner et al. (2017) uvádějí, že důvodů k provedení hysterektomie je více. Pohybují se od urgentní hysterektomie v porodnictví až po onkologické operace. Stejně tak je rozmanitý rozsah pacientek, kdy je výkon prováděn mladým a zdravým ženám v rámci porodnictví až po ženy staré a nemocné.

Princip endoskopické techniky operace spočívá v několika vpichách do dutiny břišní, které se rychle hojí téměř bez jizev. Umožňují pohled do dutiny břišní prostřednictvím kamery zavedené pomocí portů přes břišní stěnu. Díky těmto portům je možné operovat v dutině břišní bez nutnosti jejího širokého otevření. Přímý pohled je nahrazen videoobrazem (Šálková et al., 2021, s. 88). Laparoskop je diagnostická, přímá a rovná či šikmá optika. Jeho průměr je přibližně 10 milimetrů a je dvojitě lomený. Při laparoskopických výkonech je využito nutné instrumentarium jako jsou gaspary neboli úchopové kleště, disektory, nůžky, trokary různého průměru, jehelce, bipolární koagulace a monopolární nástroje. Mezi pomocné přístroje řadíme zdroj studeného světla, kterým je xenonová výbojka, insuflátor distenčního média s nastavitelným průtokem a maximálním tlakem. Dále vysokofrekvenční generátor pro koagulaci a řez, morcelátor pro odstranění větších solidních útvarů, laser a harmonický kabel, který se využívá k ultrazvukovému vlnění a umožňuje koagulaci a řez (Dubová a Zikán, 2022, s. 213).

Samotná laparoskopie se rozvíjela koncem 18. a začátkem 19. století (Zábranský, 2016, s. 32). V roce 1989 provedl první LAVH Reich v USA (Chvátal, 2015, s. 52).

Jak už zde bylo psáno, laparoskopický přístup má spoustu výhod, mezi které patří zejména minimální invazivita, snížení doby hospitalizace, snížení pooperační mortality a morbidit (Dubová a Zikán, 2022, s. 214). Laparoskopie je spojena s menší krevní ztrátou a nižším výskytem infekce v ráně (Saito et al., 2017, s. 320). Také bylo prokázáno, že u žen dochází k rychlejšímu návratu k běžným aktivitám (Spaich et al., 2023, s. 798). Má však i své nevýhody jako je například riziko poranění okolních orgánů při zavádění Veressovy jehly a trokaru. Také má svá anesteziologická rizika, například dochází ke zvýšení krevního tlaku, snižuje kontraktilitu myokardu, má arytmogenní účinek a zhoršuje venózní návrat. U gynekologických laparoskopických výkonů, mezi které patří LAVH, je vždy pacientka na operačním sále v gynekologické poloze v Schautových opěrkách, je nutné podání antibiotik před výkonem, dezinfekce pupku, operačního pole a vždy probíhá vycévkování močového měchýře a následně je výkon zahájen (Dubová a Zikán, 2022, s. 214-216).

5 SPECIFIKA PERIOPERAČNÍHO OBDOBÍ U HYSTEREKTOMIE

Předpona „peri“ je řeckého původu, označuje slovo „kolem“ či „okolo“. Pojem „perioperační“ se začal užívat zejména v souvislosti se změnami legislativní terminologie ve zdravotnictví podnětené přijetím zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. V období předcházejícím byly používány termíny předoperační a pooperační období odděleně (Jedličková et al., 2019, s. 194).

Han et al. (2022) uvádí, že je hysterektomie chirurgický výkon, který je pro ženu poměrně zatěžující záležitostí. Pooperační trauma může vést k problémům, které mohou ovlivnit i kvalitu života ženy a její životní spokojenost. Dnešní péče ve zdravotnictví se však drží konceptu služeb zaměřených na člověka, a to následně zlepšuje ošetrovatelský efekt pomocí opatření, mezi které patří například **kvalitní předoperační péče a pooperační péče**, vedení medikace, dietní intervence a další. Ošetrovatelský model dává potřeby pacientů na první místo a tím dochází k výraznému zvýšení kvality ošetrovatelství a míry spokojenosti člověka.

5.1 Předoperační období

Cílem předoperační přípravy je vytvořit pacientce vhodné podmínky ke zvládnutí operační a pooperační zátěže, jakož i podmínky k dobrému a nekomplikovanému hojení a následné rekonvalescenci. Chirurgický zákrok i volba anestezie by měly vždy zohledňovat celkový stav nemocné. Následný zákrok by měl být proveden tak, aby nenarušil funkci organismu (Jedličková et al., 2019, s. 294). Během předoperačního období se klientka připravuje na operaci a tato příprava se odvíjí od jejího zdravotního stavu, lékařské diagnózy a druhu operačního výkonu (Slezáková et al., 2017, s. 34). Během celé „čekací doby“ na operaci se pacientka má čas připravit fyzicky a psychicky (Ebner et al., 2017). Pacientka musí být indikována k danému operačnímu zákroku. Indikaci můžeme vymezit jako stanovení léčebného postupu po zjištění diagnózy. Pokud je tedy rozhodnut terapeutický přístup, je nutno zvážit věk pacientky, zdravotní stav, přidružené nemoci a sociální situaci pacientky. Důležité je myslet i na předpokládanou kvalitu života a soběstačnost po zvolené terapeutické metodě (Schneiderová, 2014, s. 22).

V předoperačním období je dopředu nutná psychická i somatická příprava. Psychickou přípravu pacientky bychom neměli podceňovat. Správná edukace, informovanost a komunikace s pacientkou je základem.

Somatická příprava spočívá v důsledné prevenci tromboembolické nemoci, kdy žena dopředu vysadí veškeré hormonální léky a eventuálně přelécí vaginální a močové záněty (Slezáková et al., 2017, s. 34-35). Pokud je tedy daný termín operace, je nutné zohlednit u ženy termín menstruace a je vystavena žádost na předoperační vyšetření, rovněž je důležité poučení pacientky. Předoperační vyšetření zahrnuje soubor obligatorních vyšetření. V rámci laboratorního vyšetření je zkoumán krevní obraz, základní vyšetření koagulace, ionty, jaterní a pankreatické parametry, parametry funkce ledvin, celková bílkovina, glykémie, kvalitativní chemické vyšetření moči a močového sedimentu. V rámci předoperačního vyšetření probíhá také elektrokardiografické vyšetření (EKG) u pacientek, kterým je nad čtyřicet let, nebo pokud je k tomu daný důvod (Schneiderová, 2014, s. 23).

Rob et al. (2019) udávají, že je prováděn i rentgen (RTG) srdce a plic, avšak v dnešní době je anesteziologem vyžadován zejména u pacientek nad 60 let.

Pokud pacientka užívá perorální antikoagulancia, tak jsou převedena na nízkomolekulární hepariny. V případě pacientek užívajících perorální antidiabetika dochází z rozhodnutí lékaře k převedení na terapii inzulínem. Pokud by bylo u pacientky nutno, je možné, aby podstoupila například i různá doplňující vyšetření, například kardiologické, plicní, stomatologické, onkologické, endokrinologické, endoskopické či ultrazvukové a další. Obecně platí, že předoperační vyšetření by mělo být platné po dobu tří týdnů (Schneiderová, 2014, s. 23).

Rozdílná předoperační péče by byla u urgentního typu operace, což se týká v rámci hysterektomie zejména v peripartálním období. Vzhledem k časové tísní není možné pacientku vyšetřit velmi důkladně, nicméně je nutné zajistit alespoň některé podstatné kroky, mezi které patří rychlé zjištění základní anamnézy, psychická příprava pacientky, zajištění nitrožilního vstupu, sledování vitálních funkcí, krevní odběry jsou odeslány do laboratoře na žádost STATIM (ihned), rychle se provede místní příprava a informuje operační tým (Škorníčková et al., 2015, s. 55-56).

Je potřebné si také říci, jaká je **péče porodní asistentky** v předoperačním období.

Než bude popsáno, jakou péči o ženu v předoperačním období porodní asistentka zastupuje, je vhodné alespoň stručně vymezit, kdo porodní asistentka vlastně je. Porodní asistentka je vysokoškolsky vzdělaná zdravotnická odbornice, která pečuje o ženy se zdravým těhotenstvím, porodem a šestinedělím (UNIPA, © 2024). Také pečuje o ženy v oblasti gynekologie, neonatologie a na operačních sálech (Procházka et al., 2020, s. 26). Výkon povolání porodní asistentky je upraven v zákoně č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských

zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. Kompetence porodní asistentky jsou blíže specifikovány v prováděcím právním předpisu, a to konkrétně ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (ČESKO, 2011a) (viz. Příloha F).

V předoperačním období porodní asistentka připravuje pacientku psychicky a fyzicky (Wolfová, 2014, s. 268). V první řadě by porodní asistentka měla pacientku edukovat o průběhu přípravy. Porodní asistentka o klientku pečuje od příjmu, což je většinou den před plánovanou operací. **Při příjmu** porodní asistentka sepisuje dokumentaci a předává pacientce veškeré informované souhlasy. Pacientka je dotazována na jednotlivé složky obsažené v předoperačním vyšetření. Jedná se například o akutní onemocnění horních cest dýchacích, herpetická infekce a urologická infekce. Dále příjem probíhá na bázi rozhovoru a sepsání kompletní anamnézy. Zjišťujeme také, zda má pacientka alergii, zda užívá nějaké chronické léky a zároveň probíhá měření fyziologických funkcí a vážení. Porodní asistentka pacientce důkladně vysvětlí průběh hospitalizace a poté i lékař pacientku poučí, zejména o průběhu operace a odpovídá na veškeré dotazy (Schneiderová, 2014, s. 23- 24).

Pacientka je seznámena s chodem celého oddělení a s jeho organizačním řádem. Je přivedena na pokoj na přidělené lůžko. Pokud je to možné, respektujeme požadavky pacientky ohledně například nadstandardního pokoje, připojení k internetu, diety a podobně (Schneiderová, 2014, s. 25). Také je nutné, aby porodní asistentka zkontrolovala operační pole a provedla očistné klyzma. Klyzma je podáváno podle typu operace a zvyklosti daného pracoviště. Porodní asistentka by měla pacientce vysvětlit důvod a průběh klyzmatu a respektovat její soukromí (Číková et al., 2023, s. 54). Příprava gynekologického operačního pole spočívá v oholení pubického ochlupení, hygieně pupku, provedení důkladné očisty, včetně vlasů. Také je nutné z nehtů odstranit lak a zastříhnout nehty na krátko, dále odložení všech snímatelných náhrad jako je zubní protéza a šperky. Pacientka je seznámená o povinnosti lačnění od půlnoci. To znamená nejíst, nepít, nekouřit (Schneiderová, 2014, s. 25).

Na noc před výkonem se pacientce většinou podávají benzodiazepiny s cílem prožití klidné noci bez stresové reakce. Také by porodní asistentka měla sledovat psychický stav pacientky a pokud cítí, že má pacientka strach či obavy, měla by ji vyslechnout a uklidnit. Je zde důležitý klidný profesionální přístup. Brzy ráno **v den operace** je podávána premedikace před celkovou či místní anestezií, jejímž cílem je psychické zklidnění pacientky. Premedikace také usnadňuje úvod do anestezie, potlačuje vagové reflexy a působí jako profylaxe aspirace a pooperační

nevolnosti či zvracení. Mezi nejčastější sedativa patří například lexaurin a dormicum, které navodí psychický klid. Jako vagolytikum je známý atropin, který zmírňuje vedlejší účinky anestetik, například slinění či bradykardii. Mezi analgetika patří například morfin, dolsin či sufenta (Jedličková et al., 2019, s. 298-300).

Premedikace se většinou podává perorálně či parenterálně do svalů. Podání je zaznamenáno detailně do dokumentace pacienta. Detailním označením myslíme vypsání formulář, na kterém je přesný název léku, množství k aplikaci a podpis lékaře (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 36).

Také porodní asistentka zajistí žilní vstup a podání antibiotik před operací. Marinone et al. (2023) zmiňují, že laparoskopická hysterektomie je zákrok, během kterého může dojít ke vstupu vaginálních bakterií do operačního pole, tudíž je potřebné podání antibiotik před operací a provedení důkladné antiseptiky operačního pole, čímž se snižuje riziko vstupu infekce do rány.

V rámci prevence žilní trombózy si pacientka navléká kompresní punčochy. Těsně před odvozem na operační sál porodní asistentka zkontroluje totožnost pacientky a požádá pacientku, aby se vymočila. Na sál je pacientka odvážena vleže, na lůžku, nahá a přikrytá čistým prostěradlem nebo čerstvě povlečenou dekou. Společně s pacientkou je odeslán na operační sál i celý chorobopis (Schneiderová, 2014, s. 25), který slouží k poskytnutí informací ohledně pacientky (Kebza, 2014, s. 52).

5.2 Intraoperační období

Intraoperační období začíná od přijetí pacientky na operační sál a končí předáním pacientky po operaci příslušné porodní asistence. Pacientka je na operační sál přivezena za pomoci sanitáře na lůžku v doprovodu porodní asistentky z gynekologického oddělení a je předána na překládové zařízení ve vstupním filtru perioperační sestře/porodní asistentce (Kudrličková et al., 2014, s. 235). Perioperační sestry/porodní asistentky se na operačních sálech dělí na instrumentářky, které zabezpečují operační výkon, a cirkulující, které zabezpečují kontakt s okolím (Jedličková et al., 2019, s. 241). Kompetence sester pro perioperační péči, stejně jako porodních asistentek, nalezneme ve Vyhláše o činnostech zdravotnických pracovníků č. 55/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů (ČESKO, 2011a) (viz. Příloha G).

Při překládání by se měl personál snažit respektovat stud pacientky, která by měla být zakryta jednorázovou příkrývkou (Jedličková et al., 2019, s. 194). Na operačním sále je prováděna vícestupňová kontrola identifikace pacientky, konkrétně kontrola zdravotnické dokumentace, označení místa výkonu verifikačním protokolem, identifikace by měla být prováděna za aktivní

účasti pacientky. V perioperační péči je důležitým bezpečnostním opatřením použití check listu neboli bezpečnostního listu, který je dle WHO (World Health Organization), tj. Světové zdravotnické organizace, doporučován (Kudrličková et al., 2014, s. 235). Cílem check listu je zamezit možným pochybením. Skládá se z první bezpečnostní kontroly pacientky, kontroly anesteziologa před podáním anestezie, kontroly těsně před zahájením řezu a po ukončení výkonu (Jedličková et al., 2019, s. 71). Po provedení operačního výkonu, je pacientka zpět převezena na pooperační pokoj za pomoci příslušné porodní asistentky.

Intraoperační péče je z hlediska celé hospitalizace nejvíce riziková. Dle asociace perioperačních registrovaných sester v USA je například podmínkou pro zajištění bezpečné péče nutnost, aby na operačním sále pracoval kompletní zkušený operační tým se schopností předvídat (Kudrličková et al., 2014, s. 237). I tento faktor slouží k zajištění spokojenosti pacientek.

5.3 Pooperační období

Pooperační péče je součástí léčebné a ošetrovatelské péče, která zajišťuje prevenci, včasné rozpoznání a okamžitou léčbu případných komplikací (Škorníčková et al., 2015, s. 56). Pooperační péče je určována stavem pacientky rozsahem operačního zákroku a přidruženými nemocemi (Schneiderová, 2014, s. 72). Pooperačním obdobím je období od ukončení anestezie, kdy dochází k obnově vědomí a návratu obranných reflexů (Slezáková et al., 2017, s. 35).

Pooperační péče je součást poskytované péče, která zajišťuje prevenci, rozpoznání a okamžitou léčbu pooperačních komplikací, ke kterým může dojít. Jejím cílem je nejlepší možné převedení pacientky přes pooperační období (Jedličková et al., 2019, s. 302).

Péče porodní asistentky je i v tomto období nezastupitelnou součástí celkové péče o pacientku. V momentě, kdy je pacientka přivezena na gynekologické oddělení, je uložena na pooperační pokoj do čistého lůžka (Schneiderová, 2014, s. 72). Porodní asistentka zajistí správnou polohu pacientky. Bezprostřední pooperační poloha může být i na boku a vždy by měla být hlava natočená na stranu v rámci prevence zapadnutí jazyka (Wolfová, 2014, s. 269). Signalizační zařízení by měly mít pacientky vždy v dosahu, také emitní misku s buničinou, vložky a gumovou podložku. V první řadě je důležité sledování fyziologických funkcí, vědomí a bolesti. Z fyziologických funkcí porodní asistentka sleduje puls, tlak, tělesnou teplotu a saturaci kyslíku (Schneiderová, 2014, s. 72). Po gynekologické operaci je důležité sledovat krvácení z rodidel, které nejlépe rozeznáme pomocí vložky nebo poševní tamponády.

Krvácení však kontrolujeme i z operační rány, drénů a také sledujeme, zda pacientka neprokazuje známky vnitřního krvácení (Slezáková et al., 2017, s. 35). Dále porodní asistentka sleduje nauzeu a zvracení u pacientky a zajišťuje podání případné medikace a zajistí vhodnou polohu, aby nedošlo k případné aspiraci zvratků. Při bolesti jsou aplikovány analgetika dle ordinace lékaře (Schneiderová, 2014, s. 72).

Porodní asistentka v bezprostředním období po operaci kontroluje u pacientky i vodní a elektrolytovou rovnováhu, dbá na prevenci tromboembolické nemoci v rámci kompresní terapie a podávání profylaxe, zajišťuje výživu, pečuje o veškeré invazivní vstupy a snaží se o časnou mobilizaci (Jedličková et al., 2019, s. 306). Také vyprazdňování močového měchýře je nutno sledovat. Pacientka má močový katetr a porodní asistentka kontroluje jeho funkčnost a sleduje odtok a barvu moče. Dále dbá na hygienu genitálu a operační rány (Slezáková et al., 2017, s. 36).

V rámci pooperační péče porodní asistentka sleduje korekci pooperační hypotermie, která se vyskytuje zejména u pacientek po dlouhém operačním výkonu nebo při vysoké krevní ztrátě. V rámci prevence pooperační hypotermie se používají různé izolační fólie, vyhřívaná lůžka či aktivní ohřev jako přístroje typu warm touch a podobně (Jedličková et al., 2019, s. 304). Je tak zajištěn komfort pacientky a společně s ostatními intervencemi to může následně ovlivnit pooperační stav a spokojenost pacientky.

V době, kdy je pacientka předána na standardním oddělení, probíhá opět monitorování fyziologických funkcí (Dubová a Zikán, 2022, s. 216). Dále porodní asistentka sleduje stav výživy, vyprazdňování a zajišťuje dopomoc při hygienické péči (Schneiderová, 2014, s. 72-73). Periferní venózní katetr ponecháváme maximálně 72 hodin od jeho zavedení. Porodní asistentka sleduje výsledky průběžných vyšetření krve, jako je krevní obraz, koagulace a biochemie, a samozřejmě dbá na prevenci pooperačních komplikací a případně sleduje, zda nedochází k jejich výskytu (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 49). Po laparoskopickém výkonu, stejně jako po každé operaci, je důležitý klidový režim. U pacientky se mohou objevit příznaky jako je slabost, bolest krku po intubaci, bolest v oblasti incizí, mírné krvácení z pochvy či hematoma břišní stěny (Dubová a Zikán, 2022, s. 216).

V pooperačním období u pacientky dochází k postupnému doznívání anestezie a pacientka si začíná uvědomovat fyzické a psychické pocity a vnímat veškerou péči porodní asistentky a ostatního zdravotnického personálu. Pocity mohou být často nepříjemné, zejména v rámci bolesti či zvracení a její psychický stav může být po anestezii senzitivnější. Porodní asistentka

zde hraje nezastupitelnou roli v péči o operovanou ženu a měla by ji zajistit co nejlepší možný komfort a péči.

Bolest můžeme nazvat jako velice nepříjemný pocit, který může mít různou intenzitu a ovlivňuje pacientce kvalitu života. Je to subjektivní prožitek, a proto je potřeba pacientce její bolest vždy věřit takovou, jakou ji popisuje (Šálková et al., 2021, s. 62). Bolest může během hospitalizace pacientce znepríjemnit celkový pobyt v nemocnici a spokojenost poskytované péče zdravotnického personálu. Červenková et al. (2020) zmiňují, že každá pacientka má právo na adekvátní tišení pooperační bolesti. Bývá to považováno za jedno ze základních lidských práv a za jedno z velmi důležitých měřítek kvality poskytované péče.

Bolest může být například kolikovitá, ischemická, zánětlivá, úrazová, nebo klaudikační. Také ji můžeme rozdělit na akutní a chronickou (Šálková et al., 2021, s. 62). Skála a Kozák (2021) udávají, že akutní bolest trvá krátkou dobu, mluvíme o hodinách, dnech, maximálně týdnech, a její příčinu je možné většinou zjistit. Naopak bolest chronická trvá více než tři měsíce (Šálková et al., 2021, s. 62). Současná definice Mezinárodní asociace pro studium bolesti (IASP, International Association for the Study of Pain) říká, že bolest sice vzniká z důvodu poranění tkáně, avšak může být přítomna, i když poškození tkáně nelze rozpoznat (Rokyta a Höschl, 2015, s. 12). Dle Noskové (2013) existují data, která poukazují na to, že až třetina pacientů není pooperační bolest tlumena dostatečně. Důvodem může být například nedostatek času či omezené finanční zdroje. Základním řešením této problematiky je především multidisciplinární přístup zahrnující spolupráci anesteziologa, operatéra a všech nelékařů.

Také je důležité zmínit, že je vhodné znát správné kombinace analgetik pro bezproblémové zaléčení bolesti v pooperačním období. Například velmi známá kombinace je metamizol (novalgín), nebo paralen spojený s opioidem (Nosková, 2013, s. 20) (viz. Příloha E).

Bavíme-li se tedy o **akutní bolesti**, která je přítomna v pooperačním období u hysterektomie, volíme v rámci tišení bolesti spíše farmaka silnější a rychle působící s cílem zabránit přechodu z bolesti akutní na chronickou. Opioidy jsou při správné indikaci brány za nejúčinnější (Skála a Kozák, 2021, s. 4-7).

Jaká je však diagnostika samotné bolesti? Bolest je založena na subjektivním prožitku pacientky. K diagnóze stačí rozhovor s pacientkou, která popíše přítomnost bolesti (Danzigová, 2017, s. 176). V rámci rozhovoru s pacientkou se ptáme na otázky: "Jak moc to bolí?", „Kde to bolí?“, „Kdy to bolí?“, „Jak to bolí?“, „Za jakých okolností se bolest zhoršuje nebo polevuje?“ (Krátká, 2018, s. 74-77). Pacientka také může bolest zhodnotit pomocí například

vizuální analogové škály bolesti (VAS), (viz. Příloha D), kde lze hodnotit bolest na číselné stupnici od nuly do desíti (Danzigová, 2017, s. 176).

Pokud chceme dosáhnout spokojenosti pacientky v rámci tišení pooperační bolesti, je třeba si uvědomit všechny okolnosti. Záleží na tom, jak pacientka bolest hodnotí, chápe, co očekává, jaký má pro ni bolest význam, a zda věří sobě a zdravotníkům. Velkou roli zde hraje sebezpojetí, sebeúcta, psychický stav i temperament. Z širšího hlediska extraverti o bolesti snadněji hovoří, emočně labilní jedinci mohou pociťovat bolest více intenzivně (Červenková et al., 2020, s. 13).

5.3.1 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace jsou stavy, které narušují standardní pooperační průběh a vznikají v souvislosti s anestézií nebo operačním výkonem. Pro vznik komplikací jsou dvě hodiny po operaci nejvíce rizikové. Je důležité, aby porodní asistentka, která pečuje o pacientku neustále, včas rozpoznala příznaky těchto komplikací a včasnými intervencemi zabránila jejich rozvoji (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 49), protože i toto je součástí kvality poskytované péče a může mít následně vliv na pohled pacientky na hospitalizaci.

Pooperační komplikace je možné rozdělit podle lokalizace v místě operačního výkonu, krvácení, infekce či dehiscence. Také na komplikace postihující jiný orgán nebo soustavu lidského organismu na základě operační zátěže jako jsou kardiální, respirační, tromboembolické, renální, gastrointestinální (Schneiderová, 2014, s. 74-78). Každý operátor by měl dbát na snížení míry rizika pooperačních komplikací na základě zhodnocení celkového stavu pacientky (Šálková et al., 2021, s. 90). Pokud však dojde k výskytu některých komplikací, je zapotřebí zahájit ihned určitá léčebná opatření, aby se předešlo rozvoji komplikací, které mohou pacientku ohrozit na životě. Při gynekologické operaci může dojít k poranění velkých cév a nervů nebo močového měchýře či střev (Schneiderová, 2014, s. 74). Například poranění močového měchýře a močovodu je jednou z nejčastějších komplikací spojených s gynekologickými operacemi (Okawa et al., 2021, s. 1-2). V rámci střevních komplikací se může objevit i pooperační ileus, tedy neprůchodnost střev, která se projevuje narušenou střevní peristaltikou a zvracením. Pooperační ileus se objevuje u 5- 25 % pacientek v pooperačním období (Balayla et al., 2015, s. 1080). Z důvodu výše zmíněných komplikací se dnes používá zejména odložený pooperační perorální příjem, avšak ve studii Charoenkwan a Matovinovic (2014) je uváděno, že ke komplikacím dojít nemusí. Ve studii bylo zjištěno, že u pacientek, které potravu přijmuly dříve, byl zaznamenán větší pocit pohody a toto psychologické východisko by mělo přispívat k lepšímu procesu pooperační rekonvalescence.

Gungorduk et al. (2020) ve své analýze dokonce udávají zajímavost, že konzumace kávy v časném období po operaci usnadnilo zotavení gastrointestinálního traktu u pacientů a byla prokázána rychlejší obnova střev, snížené pooperační nadýmání a zkrácení pobytu hospitalizace, čímž došlo k navýšení spokojenosti.

Po laparoskopickém gynekologickému výkonu dochází často k bolesti ramen z tlaku reziduálního oxidu uhličitého, špinění, bolesti incizí, hematomu břišní stěny či slabosti a únavě (Dubová a Zikán, 2022, s. 216).

Pooperačním komplikacím se však snažíme předcházet v rámci důkladné prevence. Jedná se o šetrnou operační techniku, správně vedenou perioperační péči, dostatečně odeznělou anestezii s návratem obraných reflexů a operování nemocné v co nejlepší možné kondici (Jedličková et al., 2019, s. 308).

6 SHRnutí TEoretické Části

V teoretické práci je popsána problematika hodnot a potřeb klientky během hospitalizace, jsou zde zmíněny emoce, se kterými se může žena potýkat na gynekologickém oddělení, zejména pokud jde o poměrně psychicky náročné perioperační období v souvislosti s hysterektomií. Jak bylo řečeno, emoce mohou ovlivnit celý průběh léčby během hospitalizace. Nejčastějšími emocemi jsou tedy strach, stres, úzkost, přičemž v rámci gynekologického výkonu může žena pociťovat i změny v rámci hodnocení svého těla, což ženu může ovlivňovat v rámci hospitalizace v souvislosti s hysterektomií. Pro klientky může být obtížné se v nemocničním prostředí vyrovnávat se stresem. V kapitole jsou uvedené i některé techniky, které mohou klientce pomoci. Také je v rámci teoretické části poskytnut základní náhled na komunikaci a edukaci klientky, která se významně odráží na kvalitě poskytované péče a spokojenosti klientky.

Spokojenost je popsána v rámci vymezení samotného pojmu a jsou zmíněny faktory spokojenosti, jakož i to, jak je možné spokojenost měřit. Dále jsou charakterizována specifika perioperačního období v souvislosti s hysterektomií, tedy předoperační, intraoperační a pooperační období, v rámci čehož je popsána i péče porodní asistentky v jednotlivých perioperačních fázích s ohledem na spokojenost klientky. Dále byla alespoň stručně popsána pooperační bolest a možné komplikace. Bolest je v perioperačním období složkou, která je přítomna vždy, záleží však na míře tolerance bolesti klientky a na kvalitní pooperační péči, založené na spolupráci lékaře a porodní asistentky zejména v rámci podávání analgetik. Komplikacím se snažíme předcházet už od příjmu do zdravotnického prostředí, avšak je nutné, aby byl zdravotnický personál vzdělaný a uměl eventuální komplikace včas rozeznat a zahájit bezprostřední kroky k řešení problému. Teoretická část diplomové práce poskytuje základní východiska kvalitní perioperační péče a informativní náhled na relevantní skutečnosti, které budou následně zkoumány v části průzkumné.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

7 METODIKA PRŮZKUMU

Ke zpracování průzkumné části diplomové práce na téma Hodnocení hospitalizace v souvislosti s gynekologickým operačním výkonem očima žen bylo využito kvalitativní průzkumné šetření. Tato práce je prací teoreticko-průzkumnou. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor probíhal v prostorách gynekologického oddělení s ohledem na soukromí informantky.

Průzkumné šetření probíhalo od března do dubna roku 2023 ve vybrané krajské nemocnici na gynekologickém oddělení. Šetření bylo provedeno za souhlasu hlavní a vrchní sestry, primáře oddělení a se souhlasem veškerých informantek, které se na průzkumu podílely.

Průzkumné šetření bylo ukončeno po dosažení nasycenosti dat.

7.1 Průzkumné cíle a otázky

V této průzkumné části diplomové práci byly stanoveny následující cíle a průzkumné otázky:

- **Průzkumný cíl 1:** Zjistit, jak klientky vnímají hospitalizaci v perioperačním období na gynekologickém oddělení.
 - **Průzkumný cíl 2:** Zjistit, jaká je míra spokojenosti klientek se zdravotnickým personálem.
 - **Průzkumný cíl 3:** Zjistit, jaké faktory mají vliv na spokojenost klientek během hospitalizace.
-
- **Průzkumná otázka 1:** Jak oslovené klientky vnímají hospitalizaci v perioperačním období na gynekologickém oddělení?
 - **Průzkumná otázka 2:** Jak jsou oslovené klientky spokojené se zdravotnickým personálem?
 - **Průzkumná otázka 3:** Jaké faktory mají vliv na spokojenost oslovených klientek během hospitalizace?

7.2 Metodika průzkumu

K vypracování průzkumné části diplomové práce byla využita kvalitativní metoda sběru dat. Podstatou kvalitativního průzkumu je rozproštěný sběr dat bez toho, aniž by na počátku byly stanoveny základní proměnné. Logika kvalitativního výzkumu je taková, že teprve po dostatečném nasbírání četnosti dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v datech vyskytují (Švaříček a Šed'ová, 2014, s. 24).

Průzkumný soubor tvořily ženy, u kterých byla provedena laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Průměrný věk informantek byl 53 let. Ke zpracování průzkumné části bylo využito kvalitativní průzkumné šetření. Informantky byly jednotlivě osloveny před závěrem hospitalizace, aby měly možnost sdělovat veškeré pocity a zkušenosti z celé hospitalizace, a to pokud možno v co nejkvalitnější míře pro tento průzkum. Rozhovor probíhal v prostorách gynekologického oddělení s tím, že bylo nutno zachovat soukromí informantky, aby tak došlo k příjemné atmosféře pro průzkumné šetření. Poté byla informantka obeznámena s informovaným souhlasem k polostrukturovanému rozhovoru (viz Příloha A), s významem samotného rozhovoru a také se zachováním anonymity. Informantky měly možnost se dotázat na případné otázky a v případě souhlasu a pochopení všech souvislostí souhlas podepsaly.

Rozhovor se skládal z jednotlivých okruhů, které byly během rozhovoru rozšířeny za účelem získání podrobnějších informací (viz Příloha B). Toto je výhoda polostrukturovaného rozhovoru, kdy lze přizpůsobovat otázky dané situaci během samotného vedení rozhovoru (Hendl a Remr, 2017, s. 84). Po realizaci rozhovoru s dvanácti informantkami bylo dosaženo saturace dat a průzkumné šetření tím tak mohlo být ukončeno (Kajanová et al., 2017, s. 92).

7.3 Charakteristika informantek

Informantky pro toto průzkumné šetření byly vybírány na základě několika kritérií. Prvním kritériem bylo, aby oslovené ženy byly po provedené laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Důvod výběru této konkrétní metody hysterektomie byl takový, že je tento druh operace nejvíce využívanou metodou v rámci provedení hysterektomie a byla tak reálná šance na dostatečný sběr dat na daném gynekologickém oddělení. Druhým bodem bylo, aby informantky byly zároveň hospitalizovanými pacientkami na vybraném gynekologickém oddělení, protože byly v průzkumu pokládány otázky v souvislosti s hospitalizací na daném oddělení. Mělo to i své opodstatnění, protože informantky měly ještě veškeré zážitky podrobně živě v paměti společně s emočním vztahem k souvisejícím okolnostem. Posledním kritériem bylo, aby informantky dobrovolně souhlasily s účastí na průzkumném šetření. Na základě

těchto kritérií se zúčastnilo průzkumného šetření dvanáct informantek, které jsou v této práci z důvodu anonymity označené jako informantky A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K a L – I (A) – I (L) (Tabulka 1).

Tabulka 1: Charakteristika informantek

<i>Informantka</i>	<i>Věk</i>	<i>Rodinný stav</i>	<i>Zaměstnání</i>	<i>Vzdělání</i>
<i>Informantka A</i>	46 let	Vdaná	Všeobecná sestra	Středoškolské
<i>Informantka B</i>	55 let	Vdaná	Vychovatelka	Středoškolské
<i>Informantka C</i>	55 let	Vdaná	Pradlena	Středoškolské
<i>Informantka D</i>	49 let	Vdaná	Podnikatelka	Středoškolské
<i>Informantka E</i>	55 let	Vdaná	Elektrikářka	Středoškolské
<i>Informantka F</i>	68 let	Vdaná	Učitelka	Vysokoškolské
<i>Informantka G</i>	48 let	Vdaná	Cukrářka	Středoškolské
<i>Informantka H</i>	50 let	Vdaná	Ředitelka	Vysokoškolské
<i>Informantka I</i>	48 let	Vdaná	Provozní	Středoškolské
<i>Informantka J</i>	58 let	Vdaná	Všeobecná sestra	Středoškolské
<i>Informantka K</i>	48 let	Vdaná	Všeobecná sestra	Středoškolské
<i>Informantka L</i>	56 let	Vdova	Sanitárka	Středoškolské

Zdroj: vlastní

Informantce **A** je 46 let. Je vdaná a pracuje jako všeobecná sestra v domově seniorů. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Operace u ní byla provedena z důvodu dlouhodobého silného děložního krvácení. Krvácela přibližně rok, byla jí provedena kyretáž dutiny děložní, po které však problémy nadále přetrvávaly.

Informantce **B** je 55 let. Je vdaná a pracuje jako vychovatelka v dětském domově. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie jí byla provedena z důvodu velkého množství myomů v dutině děložní.

Informantce **C** je 55 let. Je vdaná a pracuje jako pradlena. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Operační zákrok jí byl naplánován na základě silného krvácení a bolesti břicha. Byla jí provedena kyretáž dutiny děložní, avšak byla bez efektu. Informantka odmítla možnost hormonální léčby, a tak byla indikována k laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii.

Informantce **D** je 49 let. Je vdaná a pracuje jako podnikatelka ve zdravé výživě. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Gynekologický výkon jí byl proveden z důvodu neúspěšné konzervativní terapie nepravidelného děložního krvácení.

Informantce **E** je 55 let. Je vdaná a pracuje jako elektrikářka v elektrotechnické firmě. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Praktický obvodní gynekolog jí našel cystu v dutině děložní a následně ji zaslal k primářce daného gynekologického oddělení, která cystu neshledala, ovšem diagnostikovala hyperplázii děložní sliznice. Informantce E byla provedena kyretáž dutiny děložní, avšak po výkonu problémy pokračovaly. Z tohoto důvodu bylo přistoupeno k provedení vaginální hysterektomie.

Informantce **F** je 68 let. Je vdaná a pracuje jako učitelka na základní škole. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Operace jí byla provedena z důvodu nepříznivých změn na děložní sliznici.

Informantce **G** je 48 let. Je vdaná a pracuje jako cukrářka. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Operace jí byla provedena z důvodu velkého množství myomů v dutině děložní.

Informantce **H** je 50 let. Je vdaná a pracuje jako ředitelka na základní škole a její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Informantce byla předem provedena kyretáž dutiny děložní z důvodu silného krvácení, avšak pouze s mírným efektem. Následně bylo přistoupeno k laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii.

Informantce **I** je 48 let. Je vdaná a pracuje jako provozní ubytovny. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. K operaci se přistoupilo po konzultaci s primářkou daného oddělení na základě dlouhodobého nepravidelného krvácení.

Informantce **J** je 58 let. Je vdaná a pracuje jako všeobecná sestra u praktického lékaře. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s odbornou specializací. Operace jí byla provedena pro hyperplázii endometria projevující se krvácením. Byla léčena medikamentózně, ovšem bez efektu.

Informantce **K** je 48 let. Je vdaná a pracuje jako všeobecná sestra u praktického lékaře. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Informantce byl výkon doporučen praktickým gynekologem z důvodu nepravidelného krvácení, ona se však snažila operaci odkládat dva roky z důvodu zaneprázdněnosti. Poté se u ní projevila silná bolest břicha a na provedení operace přistoupila.

Informantce **L** je 56 let. Je vdova a pracuje jako sanitárka ve fakultní nemocnici v Praze. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Informantce byla provedena kyretáž dutiny

děložní, ve které byly nalezeny nepříznivé hyperplastické děložní výsledky a byla jí tak doporučena laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie.

7.4 Zpracování získaných dat

Získaná data z jednotlivých rozhovorů byla následně přepsána z audio podoby do podoby textové. Texty byly pečlivě pročteny a pomocí metody „tužka a papír“ proběhlo otevřené kódování. Postup při otevřeném kódování je takový, že nejdříve dochází k analýze textu, který je přepsán z jednotlivých rozhovorů a je rozdělen na jednotky. Jednotkou může být slovo, věta či odstavec a každé takto vzniklé jednotce přiřadíme nějaký kód, tedy určité označení (Švaříček a Šeďová, 2014, s. 211–212). Následně byla provedena analýza samotného obsahu a získaná data od informantek byla kategorizována do jednotlivých kategorií a podkategorií (Tabulka 2).

Tabulka 2: Rozdělení kategorií a podkategorií

<i>Kategorie</i>	<i>Subkategorie</i>
Vnímání předoperačního období	Pocity před operačním výkonem
Vnímání pooperačního období	Pocity po příjezdu z operačního sálu
	Pocity následující dny po operaci
Spokojenost klientky se zdravotnickým personálem	Edukace klientky
	Přístup zdravotnického personálu v perioperačním období
	Zkušenosti se zdravotnickým personálem během celé hospitalizace
Spokojenost	Životní spokojenost a její faktory
	Faktory ovlivňující spokojenost klientky během hospitalizace
	Návrhy pro zlepšení poskytované péče

Zdroj: vlastní

8 OBSAHOVÁ ANALÝZA

Na základě analýzy získaných dat v rámci průzkumného šetření byly stanoveny kategorie a podkategorie, které budou v této části práce jednotlivě popsány. Výsledky jsou doplněny o přímé citace informantek. Pro souhrn a přehlednost výsledků jsou využity jednotlivé tabulky.

8.1 Vnímání předoperačního období

Tato kategorie vznikla na základě analýzy uvedených pocitů informantek v celém předoperačním období. Tato kategorie obsahuje jednu podkategorii, ve které bylo zkoumáno, jak se informantky cítily před operačním výkonem.

8.1.1 Pocity před operačním výkonem

V této podkategorii nalezneme údaje o celkovém vnímání informantek předoperačního období v rámci laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie, o jejich způsobu myšlení, cítění a chování v souvislosti s daným problémem. Informantky měly možnost, aby detailně popsaly své pocity v souvislosti s předoperačním obdobím.

Skutečnost, že je operační výkon relativně stresujícím obdobím, potvrdilo i velké množství informantek, které před operačním výkonem pociťovaly **strach**, **stres**, a to různé intenzity. Jedná se o deset informantek: I (A), I (B), I (C), I (D), I (F), I (G), I (H), I (J), I (K) a I (L). Informantka A sdělila, že v domácím prostředí strach ani stres nepociťovala, ale když se operace začala blížit, tak se nervozita objevila. Informantka uvedla: „*Když jsem přišla na oddělení, tak jsem byla pořád v klidu, personál mě sám o sobě uklidňoval. Nejvíce to na mě dopadlo až na operačním sále, kdy mi vyhrkly slzy. Měla jsem zejména strach o sebe samotnou, aby vše dopadlo v pořádku.*“

Informantka J měla ovšem úplně opačný problém. Informantka se stresovala dlouhou dobu před operací. Pociťovala velký „*strach o sebe*“, ovšem jakmile dorazila do zdravotnického zařízení na gynekologické oddělení, tak následně obavy a strach ztratila na základě přístupu personálu a příjemného prostředí. Ostatní zmíněné informantky pociťovaly strach jak před příjmem do zdravotnického zařízení, tak v rámci hospitalizace. Strach byl zmiňován zejména z důvodu samotného operačního výkonu a jeho průběhu. Informantka H uvedla, že se dokonce stresovala na tak vysoké úrovni z operace, že se jí vytvořila herpetická infekce a nebylo ji tak možné do zdravotnického zařízení přijmout, protože tento druh infekce je kontraindikován v souvislosti s operačním výkonem. Po dvou týdnech byla však přijata, zdravá a bez projevů herpetické infekce. Informantka měla strach zejména z pooperačních komplikací. Informantka

byla ráda, že je příjem na oddělení plánován den před plánovanou operací, protože tím dojde k seznámení se s nemocničním prostředím a následně dojde ke snížení možného stresu. Z pooperačních komplikací měla strach i informantka C, která také uvedla: „*Já mám problém, že neumím se stresem pracovat, takže jsem spoléhala na nějaký ten účinek léku, a to furt nepomáhalo.*“ Informantka nám tedy přiznala, že se svými emocemi tolik pracovat neumí, respektive nemá nějakou svoji relaxační metodu, která by jí pomohla se stresu zbavit. To ovšem neplatí u všech informantek. Zejména informantky F a K zmínily, že rády využívají pro zbavení se strachu a stresu **muzikoterapii**. Informantka F uvedla, že jí na stres pomáhalo poslouchat ve sluchátkách její oblíbenou muziku a povídky. Toto jí údajně napomáhá k uklidnění její psychiky. Velmi podobně mluvila i informantka K, které samotný poslech hudby pomohl do velké míry v souvislosti zbavení se strachu před operací. I (K): „*Já si ráda použítím přímo i takové ty relaxační písničky. Já jsem vlastně měla sluchátka do té doby, než jsem jela na operační sál, a musím říct, že to bylo s efektem, já to mám u sebe vyzkoušené, že to opravdu funguje.*“

I (L) uvedla, že chtěla být nejdříve sama na jednolůžkovém pokoji, ovšem z důvodu obsazenosti pokojů jí nebylo vyhověno a byla tak uložena na dvojlůžkový pokoj. Nicméně dle slov informantky je v konečném stavu velmi ráda, že byla na pokoji s druhou pacientkou, se kterou společně navázaly hezký vztah, vzájemně se podporovaly, a navíc se tím informantka zbavila stresu před operací. U některých informantek se objevil i takový přístup ke stresové situaci, že se snažily danou situaci úplně vytěsnit a neřešit. Konkrétně se jednalo o I (A) a I (F). Informantka A sdělila, že se snaží v životě na nepříjemné záležitosti nemyslet. Manžel se s ní snažil komunikovat o dané problematice, ale ona nechtěla. Velmi podobný příběh měla i informantka F, která vypověděla: „*Já abych pravdu řekla, já jak jsem se toho bála, tak jsem o tom nechtěla nic slyšet a snažila jsem se to pouštět z hlavy. Já mám i syna lékaře, který mi o tom chtěl doma všechno povídat, a já mu řekla, ať mi nic neříká.*“ Informantky G a K měly navíc strach i z bolesti. Informantka G zmínila, že přemýšlela zejména nad průběhem samotné bolesti, protože jí den před výkonem telefonovala kamarádka s tím, že jí oznámila, že „*ta bolest je hrozná*“, a to informantku doslova vyděsilo. Informantce však pomohlo, když mohla tuto problematiku konzultovat s porodní asistentkou, která jí vysvětlila, že jí budou podávána analgetika a popsala jí průběh pooperačního období. Informantka byla ráda, že předem věděla, jaká konkrétní porodní asistentka o ni bude po operaci pečovat. Dvě informantky E a I vysvětlily, že stres, strach ani jiné negativní psychologické pocity před operací nepociťovaly. Informantka I odpověděla jednoznačnou větou: „*Já si to v hlavě nastavila tak, že teď si vyřeším*

tento problém a budu tu jen já. Já si ten život budu dělat hezkej a všechno bude dobrý.“ Informantka E zmínila, že věděla, že jí operační zákrok pomůže, protože už byla unavená z neustálého děložního krvácení, které jí znepríjemňovalo život, například na noční směně. Také jí bylo vysvětleno, že je výkon v jejím věku prevencí onkologických problémů. Z tohoto důvodu byla ráda, že jí bude operace provedena. Stres tedy žádný nepocítovala. Informantka dodala: *„Já jsem poměrně klidný člověk. Prostě jsem se cítila úplně normálně, jako kdybych ráno vstala a šla do práce (smích).“*

V rámci pocitů v předoperačním období se u informantek D, F a L objevily i myšlenky na jejich eventuální **ztrátu ženství**. Tedy zda provedenou operací přijdou o své ženství a zda bude, či nebude narušen jejich intimní život. Jako první by bylo vhodné zmínit Informantku D, která se zabývala poměrně nejvíce touto problematikou. Dle jejích slov se s provedením hysterektomie musela nejdříve dopředu vyrovnat, protože měla dělohu velmi spojenou se svým ženstvím. Když však přišla na gynekologické oddělení a byla dostatečně edukována, tak se s celou situací vyrovnávala lépe. I (D) také uvedla: *„Nejvíce jsem se s tím vyrovnávala až tu noc před operací. Nemohla jsem spát. Sama v sobě jsem si pak prošla takovým procesem, nazvala bych ho: loučení se s dělohou. Prostě jsem děloze děkovala za to, že jsem díky ní porodila dvě úžasné dcery a byla jsem dojatá.“* Informantka F také sdělila, že se nad tímto tématem pozastavila, protože neustále přemýšlela, jaké jí budou provázet pocity po operaci a zda neztratí „ženu v sobě“. Nakonec si však informantka řekla: *„Stejně děti už mít nemůžu a nebudu.“* Také informantce prý pomohlo, že měla možnost vše dopředu konzultovat se svým obvodním gynekologem. Velmi podobný náhled na situaci měla i informantka L, která zmínila, že se spíše jen zamyslela nad problematikou ztráty ženství, ale ihned si to dokázala racionálně odůvodnit a nebylo to údajně něco, co by jí vytvořilo nějakou psychickou zátěž. Stejně jako informantka F. Informantka A také uvedla, že děti už neplánuje a raději přistoupí k provedení operačního výkonu, aby tak předešla některým eventuálním zdravotním komplikacím. Její manžel se jí ptal, zda operace nebude mít dopad na jejich intimní život, a informantka mu to prý vše vysvětlila. O **intimní život** se zajímala i informantka I, která se svěřila o svých pocitech takto: *„Přemýšlela jsem, jestli budu mít to libido pořád stejný. To ještě uvidím no, to zjistím asi dýl, ale mrzelo by mě to teda, a hlavně jak bych to jako vysvětlila partnerovi? Tak hlavně, když budu zdravotně v pořádku, toto všechno se dorovná podle mě, musím být pozitivní.“* Intimita je součástí partnerského života a z posledních dvou výpovědí lze vidět, že na základě provedení hysterektomie dochází

k ovlivnění myšlenek a pocitů nejen žen, ale i jejich partnerů. Celkový přehled výsledků je znázorněn v Tabulce 3.

Tabulka 3: Pocity před operačním výkonem a metody zvládání stresu

<i>Pocity</i>	<i>Informantky</i>
Strach a stres z operačního výkonu	I (A), I (B), I (C), I (D), I (F), I (G), I (H), I (J), I (K), I (L)
Strach z bolesti	I (G), I (K)
Obavy ze ztráty ženskosti	I (D), I (F), I (I), I (L)
Myšlenky na narušení intimního života	I (A), I (I)
<i>Metody zvládání stresu</i>	
Využití muzikoterapie	I (F), I (K)
Komunikace s ostatními	I (L)
Snaha o vytěsnění celé problematiky operačního výkonu	I (A), I (F)

Zdroj: vlastní

8.2 Vnímání pooperačního období

Tato kategorie byla zaměřená na analýzu pocitů informantek v pooperačním období a obsahuje dvě podkategorie. V první podkategorii byly zkoumány vjemy informantek po příjezdu z operačního sálu a ve druhé podkategorii byl zjišťován obecný náhled pocitů informantek na následující dny po operaci s možným vlivem na jejich celkovou spokojenost.

8.2.1 Pocity po příjezdu z operačního sálu

V této podkategorii byly uvedeny výsledky výpovědí informantek, kterým bylo umožněno hovořit o svých pocitech při příjezdu z operačního sálu. Bylo zkoumáno, jaké tělesné a psychické změny informantky pociťovaly, a jak tyto následně konkretizovaly.

Jako první a hlavní fyzický příznak, který informantky pociťovaly ihned po probuzení z celkové anestezie, byla **bolest břicha**. Není divu, že se bolest objevila u všech dvanácti dotazovaných, jelikož se jedná o relativně velký břišní operační výkon. Nesnesitelnou bolest cítila informantka G, která si pamatuje, že bezprostřední pocit po operaci byl takový, že cítila intenzitu bolesti, která se jí zdála doslova nezvladatelná. Dle slov informantky: „Říkala jsem si, že bych radši stokrát rodila než tohle. Několikrát jsem si žádala, že potřebuju nějaký léky na bolest, až jsem se dočkala toho, že jsem všechny možnosti vyčerpala (smích), nicméně jo, pak to pomohlo.“ Velmi podobný pocit měla i informantka L, pro kterou bolest po operaci byla „katastrofa“. Bolest by prý mohla porovnat s porodem.

Tři informantky B, D a J však vypověděly, že bolest cítily v přiměřené míře bolestivosti. Informantka D se po operaci cítila poměrně fyzicky dobře. Dokonce si myslí, že se cítila nejlépe

ze všech žen na pooperačním pokoji. Dále informantka C uvedla, že by bolest na stupnici VAS hodnotila číslem pět. I (C) zmínila „*Ono já jsem měla porod císařským řezem, takže jsem znala, jak asi bolí operované břicho, ale přeci jen po porodu člověk zvládá bolest podle mého názoru lépe, protože tam má to miminko, ale teď člověk nemá nic.*“ Informantka K cítila i **bolest zad**, protože trpí onemocněním páteře. Na bolest informantce prý pomohlo zejména polohování a léky proti bolesti. U všech informantek byla podána analgetika s efektem. Tento fakt uvedly čtyři informantky: I (E), I (H), I (J), I (L). Například informantka J popsala: „*Dostala jsem nějaký ten opiát, ten byl úplně úžasnej, ten pomohl krásně. Ale řeknu vám, ve chvíli, kdy mě to fakt hodně bolelo, jsem měla vztek na ty, kteří mi říkali, že to nic nebude.*“ U informantky H bylo zaznamenáno, že jí na bolest nepomohla pouze analgetika, ale i její osobní přístup k samotné bolesti. Informantka H vypověděla, že je člověk, který se snaží myslet pozitivně: I (H): „*Já jsem si teda říkala sama pro sebe, abych byla v klidu, že to bolet přestane a vše dobře dopadne. No a opravdu to pomohlo, bolest potom už byla menší.*“ Zde je vidět, jak velký má dopad psychické nastavení člověka na jeho fyzickou stránku.

V souvislosti s pooperačním vnímáním informantky A, B, C a K udávaly také **zvracení** a nauzeu, která je přítomná zejména po podávání anesteziologických léčiv. Informantka C zmínila, že má problémy se zvracením vždy po provedených operačních výkonech a na základě toho se dopředu domluvila s lékařkou z anestezie, která jí podala léky proti zvracení preventivně.

Také bylo zjištěno, že informantky několik hodin po příjezdu z operačního sálu spaly a obecně mají zpětně **výpadky paměti** z období na pooperačním pokoji. Jednalo se zejména o informantky C, D, F a J. Informantka J podrobněji popsala: „*Já si upřímně po té operaci vůbec nic nepamatuju. Jediný to, že mě to bolelo, ale jinak jsem pořád spala. Občas jsem zaregistrovala porodní asistentku, která mi dává injekci, nebo že mi provádí hygienu, ale jinak vůbec nevím, co se dělo. Mám z toho období výpadky paměti.*“

Dalším problémem, který uvedly dvě informantky, byla **bolest v krku po intubaci**. A to I (D) a I (E). Ovšem dle jejich slov to po několika hodinách ustoupilo. Další bezprostřední obtíž, kterou pocítily informantky D a J, byla **bolest dolní končetiny**. Informantka D uvedla: „*V jednu chvíli jsem zjistila, že mě trošku bolí noha, špatně se mi došlapovalo, ale bylo mi řečeno, že to může být z té operační polohy a opravdu to zřejmě tak bylo, protože se to pak další dny zlepšilo.*“ Informantka J ještě dodala, že se snažila poctivě dolní končetiny cvičit a bylo tam následně značné zlepšení. U obou informantek bylo následně dokázáno, že šlo

opravdu pouze o otláčení dolní končetiny, které bylo způsobeno gynekologickou polohou na operačním sále, a nebyla zjištěna žádná neurologická či žilní příčina.

Informantky A, E a F zaregistrovaly **tlak v močovém měchýři** a měly pocit nucení na močení. U informantek E a F se jednalo o určitý pocit, na který informantky při běžném životě nejsou zvyklé, a cítily pouze přítomnost samotného močového katetru v močovém měchýři a zároveň mohlo dojít i k nepříjemnému tlaku poševní tamponádou, která je využívána u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie. Informantkám byla situace vysvětlena a na nepříjemný pocit se údajně adaptovaly. Informantka A však měla močový katetr nefunkční, respektive nacházela se v něm určitá překážka, která bránila odchodu moče do močového sáčku. Katetr byl porodní asistentkou zprůchodněn a problém byl vyřešen. Informantka A zmínila: *„Byl to velký tlak, takže jsem zvonila na porodní asistentku, která močovou cévku propláchla a ihned jsem cítila úlevu. Já jsem nechtěla hlavně nějak plašit, aby si někdo neřekl, že jsem zdravotní sestra, která hysterčí.“*

Co se týká psychického stavu informantek v pooperačním období, tak informantky poměrně akceptovaly danou operaci, byly spíše rády, že je operace provedená a neměly po operaci nějaké psychické výkyvy, kromě informantky J. Informantka J sdělila, že bezprostřední pooperační období pro ni bylo psychicky náročné. I (J): *„Docela bych řekla, že jsem měla i takovou nějakou depku. Né z toho, že mám dělohu venku, to ne, to jsem byla i ráda, ale z toho okamžiku, že jsem viděla, že tam na tom pooperačním pokoji všichni ležíme v bolesti a nesamostatně.“* Informantka C ještě dodala, že jí psychiku do určité míry narušovala samotná bolest. Ovšem měla v sobě určité přesvědčení, že: *„Ženský musej přeci všechno vydržet, já jsem takhle nastavená, no.“*

V rámci průzkumu informantky také sdělovaly, že zažívaly určité **rušivé elementy** na pooperačním pokoji. Informantku E mírně vyvedla z míry druhá pacientka na pooperačním pokoji, která užívala mobilní telefon bez určitého respektu vůči druhým. I (E) uvedla: *„To, že ostatní chrápou, by mi ani tolik nevadilo, ale byla tam jedna paní, která si v noci začala normálně na mobilu pouštět nějaký videa, a to mi teda docela vadilo, já jsem trpělivý člověk, ale po operaci chci mít teda klid.“* Informantka poté ještě dodávala, že toto není chyba personálu, ale příčinou je osobnost dané pacientky. Chrápání pacientek nezmínila pouze informantka E, naopak informantka L, kterou tento aspekt rušil více, protože je dle svých slov velice citlivá na spánek, vypověděla: *„Měla jsem s sebou svoje speciální voskový špunty do uší*

a já tu paní normálně slyšela i přes ty špunty, takže to byla opravdu náročná noc.“ Celkový přehled výsledků je znázorněn v Tabulce 4.

Tabulka 4: Pocity po operačním výkonu

<i>Pocity</i>	<i>Informantky</i>
Bolest břicha	I (A), I (B), I (C), I (D), I (E), I (F), I (G), I (H), I (I), I (J), I (K), I (L)
Bolest dolní končetiny	I (D), I (J)
Bolest v krku	I (D), I (E)
Bolest zad	I (K)
Zvracení	I (A), I (B), I (C), I (K)
Výpadky paměti	I (C), I (D), I (F), I (J)
Tlak v močovém měchýři	I (A), I (E), I (F)
Rušivé elementy na pooperačním pokoji	I (E), I (L)
Dobrý psychický stav	I (A), I (B), I (D), I (E), I (F), I (G), I (H), I (I), I (K), I (L)
Zhoršený psychický stav	I (C), I (J)

Zdroj: vlastní

V tabulce je možné pozorovat souhrn pocitů informantek po operačním výkonu. Všech dvanáct informantek udávalo bolest břicha. Dvě informantky dokonce zaznamenaly bolest dolní končetiny z důvodu uvedení do gynekologické polohy pro účely provedení operace. Stejný počet informantek uvedlo i bolest v krku z důvodu intubace, zhoršení psychického stavu a přítomnost rušivých elementů na pokoji, které pocházely od ostatních pacientek. Také čtyři informantky sdělily, že zvracely a měly z pooperačního období výpadky paměti. Tři informantky uvedly, že z důvodu zavedeného permanentního katetru pocítily tlak v močovém měchýři.

8.2.2 Pocity následující dny po operaci

V této podkategorii jsou uvedeny výsledky výpovědí informantek, kterým bylo umožněno hovořit o svých pocitech, které zaznamenaly následující dny po operaci a následně je charakterizovaly.

Následující dny po operaci už nebyly tak náročné pro všechny dotazované informantky v porovnání s bezprostředním pooperačním obdobím. Většina informantek, konkrétně I (A), I (B), I (C), I (D), I (E), I (F), I (G), I (J) a I (L) byla spokojena se svým stavem a celkovým pooperačním průběhem. Informantka A například popisovala, že jakmile byla soběstačná a osprchovaná, cítila se „už jenom dobře“. Informantka dokonce uvedla, že bolest pocítovala pouze při smíchu. Tento výrok je tedy opravdu ukazatelem fyzické a psychické pohody. Tři informantky I (A), I (C) a I (G) byly velmi spokojené se zvolenou laparoskopickou metodou

v rámci provedení hysterektomie, a to z důvodu menší invazivní zátěže a lepšího pooperačního průběhu. I (A): „*Je hezký vidět, kde dneska ta medicína je, že mi byla odstraněna děloha bez velkého zásahu a teď se můžu cítit takhle dobře.*“ Také informantka C uvedla, že je velice potěšená z laparoskopické metody, a to už jen z důvodu, že má pouze malé jizvy na břicho. Velmi podobný pohled zmínila i informantka G s tím, že dodala: „*Tím, jak se to povedlo laparoskopicky, tak to člověk všechno zvládá hezky, i ostatní pacientky na pokoji vidím, že to zvládají hezky. Jedna ta starší paní, která je vedle mě na pokoji, tak je na tom úplně dobře, tu úplně obdivuju.*“

Střevní problémy, zejména nadýmání, jsou po tomto druhu operace zcela běžný jev z důvodu samotné techniky provedení operace. Někdy trvá určitý čas, než dojde k úplnému obnovení střevní peristaltiky. Střevní problém sdělily čtyři informantky: I (B), I (H), I (I) a I (K). Informantka H udala, že ji střeva stále „*tlačí*“, ale dle posouzení lékaře jí fungují fyziologicky. Informantka ovšem také sdělila, že je pro ni problematické použití toalety v rámci jednoho pokoje, kde jsou i ostatní pacientky, protože je pro ni v této oblasti důležité soukromí. Celkový přehled výsledků je znázorněn v Tabulce 5.

Tabulka 5: Pocity následující dny po operaci

<i>Pocity</i>	<i>Informantky</i>
Dobrá pooperační průběh	I (A), I (B), I (C), I (D), I (E), I (F), I (G), I (J), I (L)
Spokojenost s metodou operačního přístupu	I (A), I (C), I (G)
Střevní diskomfort	I (B), I (H), I (I), I (K)

Zdroj: vlastní

8.3 Spokojenost klientky se zdravotnickým personálem

V této kategorii bylo analyzováno hodnocení spokojenosti informantek se zdravotnickým personálem. Tato kategorie obsahuje tři podkategorie, ve kterých je řešena problematika edukace klientek, přístupu zdravotnického personálu v perioperačním období a zkušenost klientek se zdravotnickým personálem během celé hospitalizace.

8.3.1 Edukace klientky

Tato podkategorie popisuje výsledky odpovědí informantek, které byly dotázány na to, jakým způsobem probíhala jejich edukace v průběhu hospitalizace od zdravotnického personálu a zda byly edukovány z jejich pohledu dostatečně.

V rámci edukace bylo jedenáct z dvanácti informantek spokojených s edukačním průběhem od zdravotnického personálu v průběhu hospitalizace a neměly pocit, že by nebyly dostatečně informované o celém perioperačním průběhu. Informantky A, B, C, D, G, H a J zmínily, že byly informované prvotně už u svého obvodního gynekologa. Například I (J) prý hovořila se svým obvodním gynekologem poměrně dlouhou dobu a hovořili o operaci, včetně veškerých detailů. Jediná informantka L se necítila po schůzce se svým obvodním gynekologem plně informovaná. Když však přišla na gynekologické oddělení, veškeré informace jí byly podány a byla s edukací spokojená. Informantka C například popsala detailní situaci v rámci předoperační edukace: „*Libilo se mi, že ihned při příjmu mi porodní asistentka všechno řekla a ještě v ten den příjmu za mnou přišel doktor i na pokoj a vše mi vysvětlil, a to jsem si říkala, že je teda fakt příjemný, že je tam ten osobní kontakt přímo i s operátérem.*“ Informantka velice chválila i pooperační edukaci lékaře a porodní asistentky. Velmi podobné informace zmínily i informantky B, D, E, G, H a K.

Dvě informantky F a K uvedly, že nepotřebovaly znát velké množství informací. Informantka F byla z operace vystresovaná a bránila se příjmu informací a začala si je zjišťovat až po provedení operačního výkonu. Jedna informantka, konkrétně informantka A, podotkla, že se cítila méně informována od lékaře v období po operaci. Informantka uvedla: „*Po operaci jsem čekala, že si lékař vezme desky na vizitu a řekne mi detaily o té operaci, zatím mi bylo řečeno o operaci velmi obecně.*“ Informantka zmiňuje, že ji lékař edukoval o základních informacích, ovšem zde je nutné říci, že informantka se údajně zároveň lékaře na svůj zdravotní stav nezeptala za účelem získání podrobnějších informací, například podrobný popis operačního výkonu. Ostatním informantkám dle všech údajů postačil obecný náhled na jejich zdravotní stav. Informantka C například uvedla: „*Já jsem chtěla vědět od pana doktora jenom jednu věc – zda to dopadlo bez komplikací. Víc informací mi pak řekla paní doktorka na vizitě ten druhý den.*“

Nutno i zmínit, že řada informantek si sháněla informace o operačním výkonu a hospitalizaci na internetu či dané téma probírala s přáteli a lidmi okolo sebe. Informantka B udala, že hospitalizaci konzultovala s vícero lidmi, kteří jsou v jejím okruhu přátel, ale i se zdravotníky, které osobně zná. Zajímalo ji, co operace a hospitalizace obnáší, protože to pro ni znamenalo „*něco neznámého*“. Informace na internetu si hledaly informantky D, F, I, J a L. Informantka I sdělila, že si informace zjišťovala také od známých přátel, ale jinak si velké množství informací nehledala a raději počkala na edukaci od příslušného personálu na gynekologickém oddělení. Celkový přehled výsledků je znázorněn v Tabulce 6.

Tabulka 6: Edukace klientky

<i>Edukace</i>	<i>Informantky</i>
Edukace praktickým gynekologem	I (A), I (B), I (C), I (D), I (G), I (H), I (J), I (K)
Dostatečná edukace během hospitalizace	I (B), I (C), I (D), I (E), I (F), I (G), I (H), I (I), I (J), I (K), I (L)
Nedostatečná edukace během hospitalizace	I (A)
Informovanost z internetu a okolí	I (B), I (D), I (F), I (I), I (J), I (L)

Zdroj: vlastní

8.3.2 Přístup zdravotnického personálu v perioperačním období

Tato část podkategorie se zabývala zdravotnickým personálem v rámci přístupu k informantkám v celém perioperačním období. Informantky popisovaly péči a chování personálu. Objasnily své zkušenosti s personálem a následně jej hodnotily.

Informantky nejvíce hodnotily péči **porodní asistentky**, což vychází ze skutečnosti, že to byly právě porodní asistentky, s nimiž informantky jako pacientky přicházely do styku na pravidelné bázi. Jak uvedla informantka K: „*Člověk je asi nejvíce v kontaktu s tou porodní asistentkou. Člověk s ní zažívá vlastně celý ten průběh a je jí i otevřenější než komukoliv jinému v souvislosti s celým perioperačním průběhem.*“ Stručně řečeno informantkou K, která uvedla, že je porodní asistentka pro ni na oddělení nejvíce důležitá.

Na začátek je potřebné uvést, že všech dvanáct informantek bylo s péčí a přístupem veškerého zdravotnického personálu spokojeno. Informantky však uvedly několik aspektů, které měly vliv na jejich spokojenost na gynekologickém oddělení v perioperačním období a následně budou popsány.

Informantky A, B, E a I uvedly, že byla porodní asistentka velmi **milá**. Dvě informantky B a I dodaly také **ochotná** a informantkám E a H se líbila **empatie** porodní asistentky. Přístup porodní asistentky I (A) hodnotila až „*nadstandardně*“. Informantka B dodala: „*Péče úžasná, porodní asistentka milá. Mně osobně by asi hodně vadilo, kdyby byl personál nějaký arogantní, to bych se asi ozvala. Tady jsem ale naprosto spokojená.*“ Dále relativně značně informantky odpovídaly, že oceňovaly **smysl pro humor** a usměvavost porodní asistentky, ale i ostatního zdravotnického personálu. Jednalo se o informantky C, I, J a K. Informantka J vypověděla, že oceňuje nadhled a humor porodní asistentky. Prý ho porodní asistentky na oddělení umí použít. I (J) dodala: „*Sama vím, o čem mluvím jako všeobecná sestra.*“ Informantka K uvedla, že jí velice mile překvapilo při příjmu na oddělení, že měl veškerý personál „*úsměv na tváři*“, zejména porodní asistentky. Informantka také dodala, že toto už není v dnešní době bohužel

tolik obvyklé. Tři informantky C, G a K byly vděčné, že jim porodní asistentka v bezprostředním období po operaci **zastoupila jejich osobní péči**, zejména v oblasti hygieny a příjmu tekutin, jelikož nebyly schopné tyto záležitosti vykonat samy. Tento fakt konkretizovala informantka C: „*Porodní asistentka mi velmi pomáhala. Ono když člověk leží a je po operaci méně soběstačný, tak je rád, že mu někdo pomůže. Už jenom to, že mi porodní asistentka provedla hygienu a člověk nebyl na té zpoceně a špinavé podložce, to bylo moc fajn.*“ Podobný náhled na situaci měla i informantka K, která také ocenila péči porodní asistentky v době její nesoběstačnosti. Také dodala, že si nedokáže představit být nesoběstačná delší dobu. I (K): „*Porodní asistentka mi ve všem pomohla a já jsem za to byla opravdu ráda.*“

Tři informantky D, E a L zmínily, že si všímaly určité rychlosti a plynulosti daného oddělení a zdálo se jim, že jsou porodní asistentky velmi pracovně vyčerpány, dle slov informantek „*furt někde běhají*“. Informantka E dokonce uvedla, že ji překvapilo množství práce zdravotnického personálu. Informantka D byla také velmi překvapená z rušného chodu oddělení: „*Péče porodní asistentky jako taková super, i ta komunikace, jenom já bych ocenila i delší povídání, ale zase chápu, že má porodní asistentka práci. Někdy jsem se až divila, kolik toho musí stihnout a udělat.*“ Pro informantku má prý komunikace vysokou hodnotu v životě. Informantka F byla naopak spokojená s konverzací s porodní asistentkou, a to i během shonu na oddělení. I (F): „*Jako pacientka dokážu opravdu ocenit, že si i v tom frmolu dokáže porodní asistentka najít i čas na člověka, všechno mu to vysvětlit a trošku i pokecat.*“

Komunikace porodní asistentky je velmi důležitou složkou péče o pacientky a dle výpovědí informantek byla na gynekologickém oddělení velice kvalitní. Spokojenost v komunikaci tedy uvedly informantky A, B, C, D, E, F, H, I, K a L. Informantka L uvedla, že s ní porodní asistentka po operaci „*hezky mluvila*“. Líbilo se jí, že mluvila potichu a že ke každé pacientce přistupovala individuálně. Tento aspekt informantka označila jako kvalitní lidský a osobní přístup. Informantce E se líbila věta porodní asistentky, kterou interpretovala následovně: „*Nebojte se, to bude dobrý, dám Vám ihned něco na bolest.*“ Informantka E ještě dodala: „*Toto mi přijde opravdu hezké a není to samozřejmost takové chování a komunikace.*“

Slova spokojenosti od informantek patří i **lékařům, lékařkám, sanitářům** a ostatnímu personálu, který o ně pečoval. Informantka C uvedla, že je osobně z hospitalizace přímo „*nadšená*“. Celkově by přístup personálu hodnotila „*na jedničku*“ a plánuje napsat pozitivní recenzi na oddělení.

V rámci gynekologického oddělení byly informantky spokojené s informovaností a osobním přístupem ze strany lékařů. Informantka L uvedla, že k ní lékař na gynekologickém oddělení přistupoval profesionálně. Informantka A také ocenila práci anesteziologické lékařky, která jí těsně před operací „uklidnila“ na základě vhodné komunikace. Informantky přišly do kontaktu i se sanitáři a sanitářkami, jak v rámci gynekologického oddělení, tak operačního sálu. Velmi kladně hodnotily představení a uvedení svého jména u sanitářů, kteří pacientku přepravovali z oddělení na operační sál. Tento aspekt zmínily informantky A, G a J. Informantka A popsala: „*Velice mile mě překvapil zřízenec, který se představil, řekl mi, že mě poveze na sál a byl příjemný.*“ I informantka G uvedla, že: „*Sanitáři byli moc fajn, oni mají ty svoje srandičky, to jsou mladý kluci, a když se jelo na sál, tak jsme se spolu teda fakt nasmáli. To mě úplně uvolnilo.*“ I (J) dodala, že se jí líbil přístup velice ochotné paní uklízečky, která s ní empaticky hovořila a popřála jí „*hodně zdraví*“. Celkový přehled výsledků je znázorněn v Tabulce 7.

Tabulka 7: Aspekty spokojenosti klientek v rámci péče porodní asistentky na daném gynekologickém oddělení

<i>Aspekty</i>	<i>Informantky</i>
Milé chování a ochota	I (A), I (B), I (E), I (I)
Empatie	I (E), I (H)
Smysl pro humor	I (C), I (I), I (J), I (K)
Dopomoc v sebezpečí	I (C), I (G), I (K)
Komunikace	I (A), I (B), I (C), I (D), I (E), I (F), I (H), I (I), I (L), I (K)

Zdroj: vlastní

Dle výsledků znázorněných v tabulce je patrná komunikace jakožto podstatný faktor pro spokojenost informantek v rámci péče porodní asistentky. Tento aspekt je důležitý až pro deset informantek z dvanácti.

8.3.3 Zkušenosti se zdravotnickým personálem během celé hospitalizace

V této podkategorii dostaly informantky možnost vylíčit veškeré informace a pocity, které měly ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům během celé hospitalizace. Informantky popisovaly jejich obecný pohled na přístup a kvalitu poskytované péče daného gynekologického oddělení a jejich obecnou spokojenost s tím spojenou.

Jak už bylo uvedeno v předchozí podkategorii, veškeré informantky byly s péčí a chodem oddělení spokojené a zde jsou uvedeny některé z jejich souhrnných výroků.

Informantky B a G sdělily, že porovnávaly své dojmy a pocity s ostatními pacientkami na pokoji. Informantka G řekla: „*Obecně jsem tu moc spokojená, všichni jste zlatý. Zrovna před*

chvilkou jsme vás všechny s ženskýma na pokoji chválily. Člověk nemá strach se zeptat nebo cokoli říct.“

Dvě informantky C a I uvedly, že měly na toto oddělení doporučení od lidí ze svého okolí. Oddělení je dle informantky C přímo „*vyhlášené*“. Další hledisko, které bylo vyřčeno slovy informantek H a I, byla chvála na vedení jako takové a konkrétně na primárku gynekologicko-porodnického oddělení. Informantka H vypověděla: „*Paní primárka tady má ty lidi zřejmě tak poskládané, že to všechno funguje a ten výsledek je velmi znát.*“ Informantky F a J také ocenily pozitivní přístup personálu. Informantka J popsala, že je s personálem na oddělení spokojená „*mimořádně dobře*“. Líbila se jí komunikace porodní asistentky, pozitivní přístup, který je pro ni velice důležitý. Informantka F také uvedla: „*Jsem tu pár dní, ale přijde mi, že je tady to nejhezčí chování na oddělení, které jsem v životě zažila. Je tu opravdu báječný kolektiv, ta spolupráce mezi všema je skvělá.*“

8.4 Spokojenost

Jelikož byla zkoumána spokojenost se zdravotnickým personálem, jež byla také zmíněna v některých částech jiných kategorií, bylo nutné kategorizovat i samotný pojem. Cílem bylo zjistit, co pro informantky spokojenost znamená a jaké jsou faktory jejich spokojenosti, a to jak v jejich životě, tak zejména v nemocničním prostředí. Na konci byly informantky dotázány na návrhy pro zlepšení poskytované péče. Tato kategorie má tedy tři podkategorie.

8.4.1 Faktory životní spokojenosti

V první podkategorii bylo záměrem alespoň stručně zjistit, jakým způsobem informantky spokojenost vnímají a jaké faktory mají zastoupení na jejich spokojenosti v životě.

Nejčastějším faktorem potřebným ke své životní spokojenosti byl **zdravotní stav**. Zdraví jakožto faktor ovlivňující životní spokojenost sdělilo všech dvanáct informantek. Tento výsledek mohl být očekávaný, protože zdraví je jedním z nejpodstatnějších životních faktorů, které máme. Informantka H uvedla myšlenku, že se nad svým zdravím jako takovým však zamyslela až v nemocničním prostředí, kdy se potýkala s určitým problémem a uvědomila si opravdový význam samotného zdraví. Informantka H sdělila: „*Ono na to zdraví člověk nějak extra nemyslí, když ho má dobré, ale najednou když se něco začne dít, tak na to dává větší důraz v životě.*“ Po zdravotním stavu velké množství informantek uvádělo, že je pro ně podstatným životním faktorem spokojenosti jejich **rodina**. Tento údaj uvedlo sedm informantek: I (A), I (B), I (C), I (E), I (F), I (G) a I (I). Informantka C sdělila, že je typ člověka, pro kterého je rodina základ a z té následně proudí velká většina životní spokojenosti. Společně

s rodinou uvedla I (I) také **přátele**. Také faktor **profese** v životě tří informantek B, H a J hraje svou nezastupitelnou roli. To souvisí i s faktorem, který byl uveden dvěma informantkami: I (F) a I (H), a tím je **dosahování určitého cíle**. Informantka H uvedla: „*Já jsem člověk, pro kterého je důležité dosahování svých cílů. Zjistila jsem, že když člověk má cíle, ví, co chce od života a jde si za tím, tak se mu žije mnohem lépe.*“

Informantka K téma životní spokojenosti shrnula následujícím způsobem: „*Abych se cítila spokojená, potřebuji, aby mi bylo dobře a abych měla uspokojené všechny potřeby, které ke svému životu potřebuju. Potom se cítím naplněná.*“ Celkový přehled výsledků je znázorněn v Tabulce 8.

Tabulka 8: Faktory životní spokojenosti

Faktory	Informantky
Zdravotní stav	I (A), I (B), I (C), I (D), I (E), I (F), I (G), I (H), I (I), I (J), I (K), I (L)
Rodina	I (A), I (B), I (C), I (E), I (F), I (G), I (I)
Přátelé	I (I)
Profese	I (B), I (H), I (J)
Dosahování cílů	I (F), I (H)

Zdroj: vlastní

8.4.2 Faktory ovlivňující spokojenost klientky během celé hospitalizace

Ve druhé podkategorii byly zkoumány faktory, které ovlivňují spokojenost informantek během celé hospitalizace. Informantky měly volný prostor pro sdělování informací a zamýšlení se nad celou problematikou.

Na otázku, jaké faktory mají vliv na spokojenost klientek během hospitalizace, informantky v první řadě odpovídaly **přístup zdravotnického personálu**. Jednalo se o jedenáct informantek z dvanácti, konkrétně informantky A, C, D, E, F, G, H, I, J, K a L. Informantky C a G uvedly, že se v nemocnici cítí „*jako doma*“, za přítomnosti příjemného zdravotnického personálu. I (I) dodala: „*Pro mě je podstatné, aby byla na oddělení pohoda, ten vztah pacientky s personálem, aby to bylo v klidu, žádné napětí a negativní energie.*“

Dále informantky zmínily faktor **nemocničního prostředí**. Tento údaj byl uveden informantkami A, B, C, E, F, H, J, K a L. Informantka F popsala: „*Já jsem tu byla před několika lety a vidím ten obrovský pokrok. To prostředí, jaký je tady čistý, veselý, to je to moc příjemný. Když je fajn prostředí a personál, tak je člověk hned spokojený (smích).*“ Údaj, že je na oddělení „*čisto*“, zmínily i informantky C a L, pro které je to také jeden z důvodů

spokojenosti během hospitalizace. Informantka B i zmínila, že je pro ni důležitý **dobrý kolektiv patientek** na nemocničním pokoji. I (B): „*Asi kdyby se mnou ležela nějaká protivná paní, tak si dokážu představit, že mi to naruší tu celkovou spokojenost no.*“ Informantka C dokonce uvedla, že si s ostatními pacientkami na pokoji vyměnily telefonní čísla a zůstanou tak dále v kontaktu. Což je milým zjištěním, že byla na oddělení harmonie mezi pacientkami. Také informantka F sdělila, že se jí líbilo, že si s druhou paní „*sedly*“. Pouštěly si film a snažily si vzájemně pomáhat. Informantka A uvedla, že nejdříve přemýšlela o nadstandardním pokoji, avšak nakonec je spokojená na pokoji klasickém, na kterém si s ostatními pacientkami vytvořily určitý vztah. Informantka H naopak o nadstandardním pokoji ani nepřemýšlela: „*Já jsem si záměrně nechtěla ani brát nadstandard, protože jsem ráda, když můžu být na pokoji ještě s někým, že si popovídáme nebo vzájemně podpoříme.*“

Dalším zmiňovaným faktorem byl **zdravotní stav**. Tím, že se jedná o spokojenost během hospitalizace žen, u kterých byl prováděn operační zákrok, tak je pro ně samozřejmě důležité, aby u nich proběhla operace a následná rekonvalescence bez komplikací, protože to má následně velký vliv na celkovou spokojenost klientky ve zdravotnickém zařízení. Toto tvrzení udaly informantky E, H a L. Jako poslední faktor, který informantky F a I uvedly, byla **strava**. V konečném důsledku se však informantky shodly na skutečnosti, že v rámci hospitalizace v souvislosti s operačním výkonem, jsou stravou značně omezené z důvodu lačnění a následných pooperačních diet, a tím pádem tomuto faktoru nepřikládají velký význam. Celkový přehled výsledků je znázorněn v Tabulce 9.

Tabulka 9: Faktory ovlivňující spokojenost klientky během celé hospitalizace

Faktory	Informantky
Přístup zdravotnického personálu	I (A), I (C), I (D), I (E), I (F), I (G), I (H), I (I), I (J), I (K), I (L)
Nemocniční prostředí	I (A), I (B), I (C), I (E), I (F), I (H), I (J), I (K), I (L)
Kolektiv patientek na nemocničním pokoji	I (A), I (B), I (C), I (F), I (H), I (L)
Zdravotní stav po operaci	I (E), I (H), I (L)
Strava	I (F), I (I)

Zdroj: vlastní

8.4.3 Návrhy pro zlepšení poskytované péče

V poslední podkategorii měly informantky možnost poskytnout návrhy, které by mohly přispět ke zlepšení poskytované péče na daném gynekologickém oddělení. V rámci péče a přístupu

byly informantky spokojené do velké míry, avšak zazněly některé výroky pro zlepšení poskytované péče, které zde budou uvedeny.

Velmi často se objevovaly věty typu: I (J): „*Nemám žádné návrhy na zlepšení, přístup vás všech můžu jednoduše jen chválit.*“ I (B): „*Nevím, jaké bych mohla uvést návrhy. Pokud přístup, který je tu teď, tady vydrží, tak si myslím, že to bude moc fajn.*“ I (K): „*Co se týká péče a prostředí, tak mi všechno vyhovovalo. Jste fajn, takhle kdyby to bylo všude, bylo by to ideální.*“ Informantka D však dodala, že byla s péčí sice spokojená, ovšem ocenila by více personálu z důvodu většího časového rozmezí na jednotlivé pacientky a aby dle jejích slov „*nebyl spěch a furt takové množství práce.*“ V rámci prostředí celého gynekologického oddělení byla velká část informantek také spokojena. Informantka E však konstatovala, že by byla ráda za přítomnost televize na všech pokojích. Jedna informantka, konkrétně I (I), by navrhovala přímo větší počet nadstandardních pokojů. Od informantky F překvapivě zazněl i takový detail, že jí chyběl háček na ručník v koupelně, ovšem z racionálního hlediska tento výrok dává smysl, protože informantka chce mít v pooperačním období ručník „*na dosah*“, protože je pro ni stále namáhavá určitá tělesná koordinace. Celkový přehled výsledků je znázorněn v Tabulce 10.

Tabulka 10: Návrhy pro zlepšení poskytované péče

<i>Návrhy</i>	<i>Informantky</i>
Více personálu	I (D)
Větší počet nadstandardních pokojů	I (I)
Televize na všech pokojích	I (E)
Přítomnost háčku na ručníky	I (F)

Zdroj: vlastní

9 DISKUZE

V diplomové práci se zaměřením na hodnocení hospitalizace v souvislosti s gynekologickým operačním výkonem očima žen byly stanoveny tři cíle, na základě kterých byly stanoveny tři průzkumné otázky. Pro získání veškerých dat byla dle vhodnosti k tématu zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, ve kterém došlo k vytvoření určitého vztahu mezi tazatelem a informantkou (Kajanová et al., 2017, s. 87). Data byla shromažďována ve vybrané krajské nemocnici na gynekologicko-porodnickém oddělení. Informantky byly jednotlivě osloveny před závěrem hospitalizace, aby měly možnost interpretovat veškeré pocity a zkušenosti z celé hospitalizace, a to pokud možno v co nejkvalitnější míře pro tento průzkum. Informantky měly provedenou laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií, která je na oddělení jedním z nejvíce prováděných zákroků, což koresponduje i s globálními statistikami – současné výzkumy ukazují, že je těchto zákroků provedeno více než milion ročně (Collins et al., 2020, s. 2). Tento typ operace patří k nejmodernějším přístupům v gynekologii a porodnictví (Rob et al., 2019, s. 83). Collins et al. (2020) také zmiňují, že cílem hysterektomie je zlepšit kvalitu života ženám trpících převážně silným a přetrvávajícím krvácením či bolestmi. Trvajícím děložním krvácením žen před operací se potvrdilo i v našem průzkumu. Pokud se podíváme na popis souboru informantek (Tabulka 1), můžeme vidět, že operace byla provedena z důvodu silného či nepravidelného krvácení u devíti informantek z dvanácti, což se týká 75,0 % celkového počtu oslovených informantek.

Průzkumná otázka 1: Jak oslovené klientky vnímají hospitalizaci v perioperačním období na gynekologickém oddělení?

Tuto otázku bylo nutné rozdělit do dvou kategorií a tří podkategorií, jelikož to vyplynulo z průběhu prováděného rozhovoru. Informantky popisovaly pocity před operačním výkonem, po operačním výkonu a následně zhodnotily celkový průběh následující dny po operaci. Před operačním výkonem informantky nejvíce uváděly stres a strach z operačního výkonu a bolesti (Tabulka 3). Ihned ze začátku komparace tohoto průzkumu můžeme naleznout prolínání teoretické části s průzkumnou. V teoretické části bylo zmíněno, že provedení hysterektomie má poměrně velkou souvislost se strachem z bolesti či následnou ztrátou dělohy (Slezáková et al., 2017, s. 34–36). Otevřelo se i samotné téma ztráty ženskosti, které pocítily před operací čtyři informantky. Toto téma nejvíce zasáhlo informantku D, která uvedla: *„Já jsem prostě svoji dělohu měla spojenou se svým ženstvím a najednou jsem ji měla dávat pryč? Nemohla jsem spát. Sama v sobě jsem si pak prošla takovým procesem, nazvala bych ho: loučení*

se s dělohou. Prostě jsem děloze děkovala za to, že jsem díky ní porodila dvě úžasné dcery a byla jsem dojatá.“ Tento pocit je jedním z hlavních zkusených představ žen po hysterektomii. Může se k tomu řadit i strach z předčasné menopauzy či narušení intimního života ženy (Slezáková et al., 2017, s. 34). Myšlenky na narušení intimního života konkrétně udávaly informantky dvě. Také bylo během průzkumného šetření zjištěno, že dvě informantky využívají jako antistresovou metodu muzikoterapii (Tabulka 3), což dokazuje podložený fakt, že hudba má schopnost uklidňovat a léčit (Kelnarová a Matějková, 2014a, s. 102). Informantka K uvedla: *„Mně nejvíce pomáhalo na stres to, že jsem si pustila hudbu do uší. Já si ráda použítím přímo i takové ty relaxační písničky. Já jsem vlastně měla sluchátka do té doby, než jsem jela na operační sál, a musím říct, že to bylo s efektem, já to mám u sebe vyzkoušené, že to opravdu funguje.*“ Za zajímavé a pozornosti hodné lze označit skutečnost, že informantky A a F uvedly, že se z důvodu stresu před operací snažily vytěsnit veškeré působící souvislosti s operačním výkonem. Někteří lidé se snaží stresovou záležitost vytěsnit, potlačit a svoji pozornost převádí na jinou záležitost (Paulík, 2017, s. 116). To však dle Wolfa a Merkle (2017) není účinnou strategií, jak zacházet se strachem, pozitivní výsledky nepřináší rovněž odsouvání problému a skrývání strachu. Mnoho lidí považuje strach za nežádoucí jev a projev určité slabosti. Tento přístup však není prospěšný, ukázání emocí je součástí lidského sebehodnocení.

Dále informantky hodnotily své pocity po příjezdu z operačního sálu (Tabulka 4), které byly zejména rázu fyzického. Jednalo se o bolest břicha, což lze logicky vyvodit z důvodu břišní operace. Bolest břicha se tedy vyskytla u všech informantek, ovšem dle jejich popisu byla velice efektivně podaná analgetika. V pooperačním období je nutné, aby analgetika byla podávána ve správných kombinacích, protože výhradně tak může dojít ke kvalitnímu zaléčení akutní bolesti. Nejčastější kombinací je metamizol (novalgin) spojený s opioidem (Nosková, 2013, s. 20) (viz Příloha E). Tento způsob mírnění bolesti byl dle výpovědí informantek využíván a také na něj byla pozitivní odezva. Informantka J si vzpomněla na účinek léku následovně: *„Dostala jsem nějaký ten opiát, ten byl úplně úžasný, ten pomohl krásně.*“ V průzkumu Hlaváčka (2020) bylo zjištěno, že pooperační bolest tížila pouze tři informantky z deseti, což si vyžádalo hlubší prověření těchto výsledků a bylo rozpoznáno, že průzkum byl prováděn u různých typů operací s tím, že pooperační bolest nejvíce cítil jeden informant a dvě informantky, které shodou náhod byly po operacích gynekologického a porodnického charakteru. Jedna informantka měla provedenou laparoskopickou hysterektomii a druhá císařský řez, tudíž by mělo být vysvětlitelné, že gynekologické operace jsou jakožto zákroky vysoce bolestivé. Také došlo v našem průzkumném šetření ke zjištění, že dvě informantky

E a L vnímaly jako rušivý element na pooperačním pokoji hluk od ostatních pacientek. Informantka E sdělila: „*To, že ostatní chrápou, by mi ani tolik nevadilo, ale byla tam jedna paní, která si v noci začala normálně na mobilu pouštět nějaký videa, a to mi teda docela vadilo, já jsem trpělivý člověk, ale po operaci chci mít teda klid.*“ Tento aspekt uvádí ve výzkumu i Morongová (2015), kdy 22,0 % respondentek rušil hluk ostatních pacientů. Také v diplomové práci Hoška (2018) je uvedeno, že 3,4 % respondentů vnímalo během noci hluk tvořený ostatními pacienty. Z tohoto lze usuzovat, že tento faktor je jedním z častějších, který může narušovat celý pooperační průběh. Čtyři informantky také sdělily, že ostatní dny po operaci cítily velký tlak v podbříšku a v oblasti ramen, kdy se s největší pravděpodobností jednalo o velmi častý jev, způsobený reziduálním tlakem oxidu uhličitého, vpravovaného do dutiny břišní během laparoskopické operace (Dubová a Zikán, 2022, s. 216). Klientky tedy během perioperačního období vnímaly nespočet různých vjemů typických právě pro toto období, jak ostatně potvrzuje i odborná literatura.

Průzkumná otázka 2: Jak jsou oslovené klientky spokojené se zdravotnickým personálem? Zkoumání této otázky bylo nejdříve zaměřeno na edukaci klientky (Tabulka 6). Edukace pacientek je nedílnou součástí perioperační péče (Jedličková et al., 2019, s. 206), která zvyšuje spokojenost pacientky, zajišťuje kontinuitu péče a slouží jako prevence výskytu komplikací (Dušová et al., 2019b, s. 12). Jak bylo psáno v úvodu práce, nespočet žen si před příjmem do zdravotnického prostředí dopředu vyhledává informace na internetu, ovšem některé informace mohou být nepravdivé nebo vytržené z kontextu. Tento aspekt se v tomto průzkumu potvrdil, jelikož informace na internetu a v rámci svého okolí si hledalo šest informantek z dvanácti. Na oddělení byly informantky spokojené s informovaností od lékařů a porodních asistentek, a to s výjimkou informantky A, která uvedla: „*Jediné, co bych řekla v rámci edukace, že jsem po operaci čekala, že si lékař vezme desky na vizitu a řekne mi detaily o té operaci, zatím mi bylo řečeno o operaci velmi obecně.*“ Informantka zmínila, že ji lékař edukoval o základních informacích, ovšem zde je nutné říci, že informantka se údajně zároveň lékaře na svůj zdravotní stav nezeptala za účelem získání podrobnějších informací, například detailní popis operačního výkonu. Pozoruhodné je, že ostatní informantky uváděly naprosto odlišné odpovědi, například I (C) sdělila, že byla překvapená, že v den operace přišel lékař na vizitu a ptal se veškerých pacientek, zda něco nepotřebují a zda chtějí znát informace o operačním výkonu. Hlaváček (2020) v diplomové práci popisuje podobnou situaci, kdy nedostatek informací po operaci měl pouze jeden informant z deseti. Tento fenomén lze vysvětlit vlivem více faktorů na výsledek komunikace, ať už je to osobnost daného

zdravotnického pracovníka, nebo charakter samotného pacienta/pacientky. Jednoznačně je ale nutné, aby pracoval celý tým souběžně a ve stejné kvalitě. Informantka A sice zmínila menší informovanost od lékaře, avšak s porodními asistentkami byla spokojená, a to nejen v rámci informovanosti, ale i v rámci celkové péče na gynekologickém oddělení. Spokojenost jako taková se zdravotnickým personálem byla v závěru hodnocena na vysoké úrovni, jelikož všech dvanáct informantek uvedlo, že z obecného hlediska byly spokojené s celkovou péčí, přístupem a komunikací celého personálu, zejména porodních asistentek, což je opravdu velmi uspokojující výsledek.

Informantky se zdály být během rozhovoru upřímné, ovšem je zde nutné i zmínit skutečnost, že rozhovor s informantkami byl prováděn z pozice porodní asistentky na gynekologickém oddělení, je tedy nutné zvážit i tuto okolnost. Sděly informantky veškeré informace? Ze subjektivního hlediska lze říci, že ano, ovšem pokud bychom se měli nad výsledky více zamyslet a následně je diskutovat, bylo by možné vzít v potaz skutečnosti, které mohly ovlivnit výroky informantek. U informantek se během rozhovoru mohl objevit například stres z nemocničního prostředí či tendence nesdělovat případné nepříjemné zkušenosti při rozhovoru přímo s porodní asistentkou. Pokud ale takto získané informace zasadíme do kontextu a srovnáme je například s výsledky získanými prostřednictvím dotazníků, lze například zjistit, že ve výzkumu Hoška (2018), který byl prováděn za pomoci dotazníků, ve kterém nejsou respondenti v přímém kontaktu s tazajícím, bylo spokojeno s celkovou poskytovanou péčí na výbornou 75,5 % respondentů a nespokojených bylo 0 %. Možno uvést i výzkum Morongov (2015), ve kterém byly respondenty spokojené s poskytovanou péčí na výbornou v 19,0 %, velmi dobrou v 30,5 % a nespokojenost uvedlo pouze 1 % respondentů. Z tohoto aspektu je tedy možné vyvodit fakt, že pozitivní výsledky v našem průzkumu s největší pravděpodobností nemají žádnou souvislost se stresem informantek během prováděného rozhovoru či s osobou tazatele, protože i z výše odkazovaných dotazníkových šetření se podává, že nespokojenost s poskytovanou péčí vyjadřovalo pouze marginální procento respondentů.

Informantky nejvíce hodnotily péči porodní asistentky, což vychází ze skutečnosti, že to byly právě porodní asistentky, s nimiž informantky jako pacientky přicházely do styku na pravidelné bázi. Jak uvedla informantka K: „*Člověk je asi nejvíce v kontaktu s tou porodní asistentkou. Člověk s ní zažívá vlastně celý ten průběh a je jí i otevřenější než komukoliv jinému v souvislosti s celým perioperačním průběhem.*“ Informantky popisovaly charakteristiky porodních asistentek, které vyzorovaly, a uvedly důležité faktory, které měly vliv na jejich

spokojenost během hospitalizace (Tabulka 7). Informantky sdělovaly, že byla porodní asistentka milá, empatická, komunikativní a měla smysl pro humor. Například informantka A uvedla: „*Porodní asistentka byla velice milá a ochotná, snažila se spolupracovat a pečovat o mě a ve všem mi vyhovět. Přístup bych řekla, že nadstandardní. Veliká spokojenost, opravdu.*“ Podle studie Vévodové et al. (2016), která zdůrazňuje, že pro výkon povolání porodní asistentky jsou důležité osobnostní předpoklady, je jedním z nejdůležitějších aspektů právě empatie, která může v medicínském prostředí významně ovlivnit spokojenost pacientky. Toto se potvrdilo i v našem průzkumu. Lze tedy uzavřít, že spokojenost pacientek dosahovala vysoké míry, a to nejen ve vztahu k porodní asistentce, ale i k celému zdravotnickému personálu na daném gynekologickém oddělení.

Průzkumná otázka 3: Jaké faktory mají vliv na spokojenost oslovených klientek během hospitalizace?

Jak už bylo řečeno, největší vliv na spokojenost ve zdravotnickém prostředí měl faktor přístupu zdravotnického personálu (Tabulka 9). Trachtová (2018) udává, že by zdravotnický personál měl přistupovat k pacientce holisticky, tedy celistvě jako k bytosti bio-psycho-sociální a spirituální. Podle tohoto přístupu je pro chápání nemoci a volbu léčby důležitá nejen kvalita zdravotní péče, ale také sama pacientka a její hodnoty (Jochmannová a Kimplová, 2021, s. 24). Na tuto problematiku navazuje výpověď informantky I, která doslovně sdělila: „*Tak o tomto oddělení se říká všude, že je to tady kvalitní a já to mohu jenom potvrdit. Prostě se tady člověk necítí jako nějaký kus hadru, tady je fakt velký zájem o ty lidi no.*“ Také byl uveden faktor nemocničního prostředí, které by dle informantek mělo být „čisté“ a ze své podstaty spíše moderní. V našem průzkumu tento faktor uvedlo devět informantek z dvanácti, což je v procentuálním zastoupení 75,0 % informantek. Pokud se opět podíváme na práci Hoška (2018), tak zjistíme, že s čistotou pokojů bylo spokojeno 78,5 % respondentů, což je velmi podobný výsledek a poměrně vysoký. Zdá se, že nemocniční prostředí má opravdu podstatnou roli na spokojenost informantek během hospitalizace. Informantky také zmínily mezi podstatné faktory kolektiv pacientek na pokoji a zdravotní stav po operaci. Kolektiv pacientek je dle našeho průzkumu pro ženy minimálně stejně podstatný jako jejich zdravotní stav. Dobrý kolektiv pacientek na pokoji uvedlo šest informantek a zdravotní stav pět informantek. Upoutala nás odpověď informantky C: „*S ostatníma ženskýma na pokoji jsme si všichni vyměnily čísla, že budeme dál v kontaktu.*“

Bylo by vhodné také zmínit hledisko, že dvě informantky, konkrétně I (H) a I (I), ocenily práci vedení gynekologicko-porodnického oddělení a rovněž celkovou týmovou práci zdravotnických pracovníků. Informantka H uvedla: „*Já tím, že sama dělám ředitelku, tak řeším fungování týmu a přijde mi, že vy tady jako tým pracujete hezky a nutno říct, že se máte vzájemně rádi. Paní primárka tady má ty lidi zřejmě tak poskládané, že to všechno funguje a ten výsledek se potom hodně odrazí na těch pacientkách.*“ Týmová práce zdravotnického týmu je dovedností, která má společný účel v rámci přístupu k pacientkám, kterého se zdravotničtí pracovníci neustále drží a jsou za něj vzájemně odpovědní (Urpo et al., 2021, s. 430).

V rámci samotného tématu spokojenosti byla řešena i tematika životní spokojenosti a jejích faktorů, která má s touto diplomovou prací také spojitost (Tabulka 8). Informantky uváděly faktory zdravotního stavu, rodiny, přátel a profese. Informantka K uvedla větu: „*Abych se cítila spokojená, potřebuji, aby mi bylo dobře a abych měla uspokojené všechny potřeby, které ke svému životu potřebuju. Potom se cítím naplněná.*“ Tento výrok úzce souvisí s tématem potřeb, o němž bylo v rámci této práce také pojednáno. Mezi hlavní potřeby pacientek v intenzivní péči tedy patří: potřeba být bez bolesti, potřeba dýchání, tělesné integrity, spánku, jistoty a bezpečí (Suková a Knechtová, 2022, s. 9). Pokud bychom se podívali na uspokojování potřeb u ostatních informantek, z jejich výroků lze zjistit, že došlo k potvrzení skutečnosti, že pacientka v intenzivní péči má určité bariéry, kvůli kterým není schopná dostatečně zajistit své potřeby. Jedná se jak o bariéry charakteru psychického, tak fyzického, například omezení v soběstačnosti (Suková a Knechtová, 2022, s. 8). Tři informantky C, G a K byly vděčné, že jim porodní asistentka v bezprostředním období po operaci zastoupila péči a potřeby zejména v oblasti hygieny a příjmu tekutin. Zajímavým zjištěním bylo, že pro dvě informantky je pro životní spokojenost důležité dosahování svých cílů. Informantka H přímo sdělila: „*Já jsem člověk, pro kterého je důležité dosahování svých cílů. Zjistila jsem, že když člověk má cíle, ví, co chce od života a jde si za tím, tak se mu žije mnohem lépe.*“ Tento faktor uvedly informantky F a H. S přihlédnutím na jejich charakteristiku (Tabulka 1) zjistíme, že obě tyto informantky mají vysokoškolské vzdělání a dalo by se tak uvažovat o tom, že tyto dvě teze mohou mít určitou souvislost, protože vysokoškolské studium přináší spoustu nových cílů v životě, kterých je nutno dosáhnout, a zároveň dochází k osvojování svých životních priorit. Univerzita Karlova (© 2018) uvádí, že poskytnuté vysokoškolské vzdělání musí být nejen profesní, ale celkovou výbavou člověka v jeho každodenní orientaci v životě.

V rámci shrnutí celé průzkumné otázky by se dalo říci, že je pro informantky podstatným faktorem pro spokojenost během hospitalizace zejména přístup zdravotnických pracovníků, prostředí gynekologického oddělení, dobrý kolektiv pacientek na pokoji a zdravotní stav.

Celkový výsledek průzkumu je nadmíru příjemným a přínosným překvapením pro dané oddělení. Na základě veškeré řešené problematiky tak může vést ke stálému zlepšování kvality poskytované péče a k další motivaci pracovního nasazení zdravotnických pracovníků.

10 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala vnímáním hospitalizace v souvislosti s gynekologickým operačním výkonem očima žen. V rámci teoretického cíle bylo záměrem přiblížit problematiku hodnot a potřeb pacientky, emocí, komunikace a edukace. Také popsat laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií, perioperační péči, jakož i podíl porodní asistentky na péči v perioperačním období v souvislosti se spokojeností.

Průzkumné cíle byly zvoleny tři. Prvním cílem bylo zjistit, jakým způsobem klientky vnímají hospitalizaci na gynekologickém oddělení. V rámci tohoto cíle bylo zjišťováno vnímání předoperačního i pooperačního období a klientky následně sdělovaly své pocity. V předoperačním období bylo zjištěno, že klientky pociťovaly zejména strach a stres před operačním výkonem, avšak příjemným překvapením bylo, že dvě informantky využívaly muzikoterapii jakožto metodu ke zmírnění strachu, která pro ně byla velice efektivní. Bylo řešeno i téma „ztráty ženskosti“, kterou měly klientky spojenou s provedením hysterektomie. V rámci pooperačního období klientky popisovaly pochopitelně nejvíce z fyzických příznaků bolest břicha, ale také zad, krku a dolních končetin, dále například zvracení, tlak v močovém měchýři či výpadky paměti. Také byl řešen psychický stav informantek, který byl u většiny na dobré úrovni. Druhým průzkumným cílem bylo zjistit, jaká je míra spokojenosti klientek se zdravotnickým personálem. Zde byla zkoumána i dostatečná edukace klientek ze strany zdravotnického personálu. Výsledky jsou takové, že informovanost u velké většiny klientek byla poskytována z jejich pohledu v dostatečné a kvalitní míře. Následně byl zjišťován přístup zdravotnického personálu a informantky měly možnost hodnotit veškerou péči v celém perioperačním období. Výsledek tohoto cíle je až překvapivý, protože všech dvanáct informantek bylo spokojených s péčí a přístupem zdravotnického personálu. Byly však následně diskutovány jednotlivé složky samotné péče, ve kterých informantky uváděly určité aspekty v rámci přístupu porodní asistentky, které měly vliv na jejich spokojenost. Jednalo se například o milé chování, ochotu, empatii, smysl pro humor a komunikaci. Posledním cílem bylo zjistit, jaké faktory mají vliv na spokojenost klientek během hospitalizace. Nejvíce podstatný faktor, který informantky uvedly, byl přístup zdravotnického personálu. Informantky chtějí být v kvalitní péči zdravotníků, vyžadují empatický personál, se kterým bude navázána vhodná a klidná komunikace. Ihned poté se objevil faktor nemocničního prostředí. Informantky se chtějí cítit v celém prostředí komfortně. To lze vyvozovat i z faktu, že v rámci návrhů na zlepšení poskytované péče informantky zmiňovaly požadavek na větší množství televizí

a nadstandardních pokojů na oddělení. V souvislosti s prostředím měl na spokojenost informantek velký vliv také kolektiv pacientek na pokoji. Informantky také považují za důležitý faktor vlastní zdravotní stav po operaci či nemocniční stravu.

Na základě vypracování teoretických informací a získaných dat od jednotlivých informantek byly splněny veškeré stanovené teoretické a průzkumné cíle.

Výsledky této práce je možné využít pro zlepšení kvality péče zdravotnického personálu. Dané gynekologické oddělení bude seznámeno s výsledky průzkumu. Výsledky průzkumu jsou z obecného hlediska pozitivní, což má velký přínos pro dané gynekologické oddělení. Pojmula bych výsledky i jako jakousi „odměnu“ a zpětnou vazbu za prováděnou péči, ze které dle informantek vychází radost, láska a ochota pomáhat lidem. Výsledek tohoto kladně hodnotícího průzkumu by však neměl mít za následek nepokračování personálu na rozvoji péče, ale naopak výsledek může sloužit jako motivace k neustálému zlepšování kvality poskytované péče a k celoživotnímu vzdělávání zdravotnických pracovníků. Ve zdravotnictví je vhodné být neustále v souladu s globálními trendy daného zaměření, protože se jedná o obor, který se neustále vyvíjí. Bavíme-li se o porodní asistentce, existují různé české, ale i světové organizace pro porodní asistentky, ve kterých dochází nejen k obohacování jejich nových znalostí, ale zároveň mohou porodní asistentky předávat i své vědomosti a zkušenosti ostatním.

V této práci tedy informantky hodnotily hospitalizaci v souvislosti s gynekologickým operačním výkonem a konkrétně popisovaly své pocity v perioperačním období. Další výhled pro zpracování práce by mohl být založen na prozkoumání pocitů informantek po uplynutí určité doby od operace a následně by tak mohl být zjišťován dopad operačního výkonu na ženy z dlouhodobého horizontu. Například by mohlo být zkoumáno, zda opravdu došlo k naplnění hlavních obav informantek v oblasti ztráty ženství a narušení intimního života, či nikoliv.

Během zpracování této diplomové práce jsem si prohloubila práci s textem a veškerými zdroji, kterých nebylo málo, a bylo nutné se na ně zaměřit z obecného úhlu pohledu, aby došlo k předání těch správných a validních informací. Také jsem získala další zkušenosti týkající se vedení rozhovoru v souvislosti s profesionálním přístupem a vhodnou komunikací. Studium veškerých informací a následná interpretace zjištěných dat trvala určitý čas. Mohla bych však říci, že vypracování celé práce mě vedlo k získání určitých znalostí a dovedností, které jsou vhodné nejen pro pracovní, ale i osobní stránku života. Jelikož současně pracuji na daném gynekologickém oddělení, zjištěné informace jsem ihned využila v praxi a tím neprodleně zlepšila kvalitu poskytované péče.

11 POUŽITÉ ZDROJE

Literární zdroje:

BENÁTSKÁ, Charlotte, 2019. 1. vydání. *Ženy, klíč ke spokojenosti je v nás*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-2032-1.

ČEPICKÝ, Pavel et al., 2018. 1. vydání. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5604-2.

ČEPICKÝ, Pavel. 2021. *Gynekologické minimum pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-271-3027-6.

ČÍKOVÁ, Zuzana; VÁŇOVÁ, Jana; CAHOVÁ, Martina; ČERMÁKOVÁ, Helena; LAMBOVA, Iva; NEUMANOVÁ Lenka; SOUDKOVÁ, Jana; KYSELÁKOVÁ, Kristýna; TOUFAROVÁ, Jana. 2023. 1. vydání. *Ošetrovatelství 2. ročník*. Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-271-3669-8.

DLABAL, Martin. 2021. 1. vydání. *Komunikace v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. 135 s. ISBN 978-80-262-1806-7.

DUBOVÁ, Olga a ZIKÁN, Michal. 2022. 2. vydání. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví*. Praha: Maxdorf. 880 s. ISBN 978-80-7345-716-7.

DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina; JANÍKOVÁ, Eva; SALOŇOVÁ, Radka. 2019b. 1. vydání. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.

DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina; MAJDYŠOVÁ, Vladimíra. 2019a. 1. vydání. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.

HELUS, Zdeněk. 2018. 1. vydání. *Úvod do psychologie*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-4675-3.

HENDL, JAN a Jiří REMR. 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017, 464 s. ISBN 978-80-262-1192-1.

HUDÁKOVÁ, Anna a MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. 2013. 1. vydání. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. 2013. 1. vydání. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava et al. 2019. 2. vydání. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 330 s. ISBN 978-80-7013-598-3.
- JOCHMANNOVÁ, Leona a KIMPLOVÁ, Tereza. 2021. 1. vydání. *Psychologie zdraví*. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-271-2569-2.
- KAJANOVÁ, Alena, DVOŘÁČKOVÁ, Alena, STRÁNSKÝ, Pravoslav. 2017. 1. vydání. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 108 s. ISBN 978-80-7394-639-5.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela. 2020. 2. vydání. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 388 s. ISBN 978-80-271-0130-6.
- KEBZA, Vladimír. 2014. *Psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 104 s. ISBN 978-80-246-2446-4.
- KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. 2014a. 2. vydání. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty- 4.ročník*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
- KELNEROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. 2014b. 1. vydání. *Psychologie 2. díl*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
- KOPŘIVA, Karel. 2016. 8. vydání. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-1147-1.
- KRÁTKÁ, Anna. 2018. 1., elektronické vydání. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi: studijní texty*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 123 s. ISBN 978-80-7454-764-5.
- KRISTOVÁ, Jarmila. 2020. 4. vydání. *Komunikácia v ošetrovaľstve*. Turany: Osveta. 220 s. ISBN 978-80-8063-497-1.
- MASLOW, Abraham Harold. 2021. 1. vydání. *Motivace a osobnost*. Praha: Portál. 375 s. ISBN 978-80-262-1728-2.
- MCKAY, Matthew; WOOD, Jeffrey C; BRANTLEY, Jeffrey. 2020. 1. vydání. *Emoce pod kontrolou*. Praha: Portál. 262 s. ISBN 978-80-262-1561-5.
- MORAVCOVÁ, Markéta. 2023. 1. vydání. *Kvalita života žen v období ovlivněném menopauzou*. Univerzita Pardubice. 90 s. ISBN 978-80-7560-456-9.

- MORSCHITZKI, Han a HARTL, Thomas. 2020. 1. vydání. *Strach z nemocí*. Praha: Portál. 199 s. ISBN 978-80-262-1649-0.
- NAKONEČNÝ, Milan. 2015. Přepřacované a rozšířené vydání. *Obecná psychologie*. Praha: Triton. 662 s. ISBN 978-80-7387-929-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. 2020. Přepřacované a rozšířené vydání. *Sociální psychologie*. Praha: Triton. 534 s. ISBN 978-80-7553-842-0.
- PAULÍK, Karel. 2017. 2. vydání. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PLAMÍNEK, Jiří. 2023. 3. vydání. *Komunikace a prezentace*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-0432-6.
- POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva. 2018. 1. vydání. *Emoce*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5128-3.
- PROCHÁZKA, Martin. 2020. 1. vydání. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
- PŘIBYL, Hugo. 2015. 1. vydání. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
- ROB, Lukáš; MARTAN, Alois; VENTRUBA, Pavel. 2019. 3. vydání. *Gynekologie*. Praha: Galén. 356 s. ISBN 978-80-7492-426-2.
- ROKYTA, Richard a HÖSCHL, Cyril. 2015. 1. vydání. *Bolest a regenerace v medicíně*. Praha: Axonite, 288 s. ISBN 978-80-88046-03-5.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. 2014. 1. vydání. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SKÁLA, Bohumil a KOZÁK, Jiří. 2021. *Léčba bolesti: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2021, 25 s. ISBN 978-80-88280-27-9.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka; ANDRÉSOVÁ, Martina; KADUCHOVÁ, Petra; ROUČOVÁ, Monika; STAROŠTÍKOVÁ, Eva. 2017. 2. vydání. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

- SUKOVÁ, Olga a KNECHTOVÁ, Zdeňka. 2022. 1., elektronické vydání. *Vybrané kapitoly z intenzivní ošetrovatelské péče*. Brno: Masarykova univerzita. 106 s. ISBN 978-80-280-0051-6.
- ŠÁLKOVÁ, Jana; BAJSOVÁ, Sylva; KUFA, Christian; KYČERKOVÁ, Jiřina; MATLÁK, Petr; SZABOVÁ, Olga; VRUBLOVÁ, Yveta. 2021. 1.vydání. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0844-2.
- ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana; MORAVCOVÁ, Markéta; ZAJÍČKOVÁ, Markéta. 2015. *Základy péče v porodní asistenci II*. Pardubice. 119 s. ISBN 978-80-7395860-2.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a SMÉKALOVÁ, Lucie. 2015. 1. vydání. *Edukace seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
- ŠVARÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára et al., 2014. 2. vydání. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 386 s. ISBN: 978-80-262-0644-6.
- TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana. 2016. 1. vydání. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
- TRACHTOVÁ, Eva et al. 2018. 4. vydání. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 978-80-7013-590-7.
- WICHSOVÁ, Jana et al. 2013. 1. vydání. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
- WOLF, Doris a MERKLE, Rolf. 2017. 1. vydání. *Jak překonat negativní emoce a myšlenky*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-0619-6.
- ZÁBRANSKÝ, František. 2016. 1. vydání. *Cesta za světlem*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5622-6.
- ZACHAROVÁ, Eva. 2016. 1. vydání. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
- ZEMANOVÁ, Vanda a DOLEJŠ, Martin. 2015. 1. vydání. *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 151 s. ISBN 978-80-244-4492-5.

Odborné články:

BALAYLA, Jacques; BUJOLD, Emmanuel; LAPENSÉE, Louise; MAYRAND Marie-Hélène; SANSREGRET, Andrée. 2015. Early Versus Delayed Postoperative Feeding After Major Gynaecological Surgery and its Effects on Clinical Outcomes, Patient Satisfaction, and Length of Stay: A Randomized Controlled Trial. Online. *JOGC*: Vol. 12, s. 1079-1085. ISSN 1701-2163. Dostupné z doi: [10.1016/s1701-2163\(16\)30073-1](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30073-1). [cit. 2024-01-03].

BANOVCINOVA, Lubica a JANDUROVA, Sona. 2018. Subjective perceptions of life among women after hysterectomy. Online. *SHS Web of Conferences*. Vol. 51, s. 1-10. ISSN 2261-2424. Dostupné z doi: <https://doi.org/10.1051/shsconf/20185102009>. [cit. 2024-02-28].

BATBAATAR, Enkhjargal; DORJDAGVA, Javkhlanbayar; LUVSANNYAM, Ariunbat; SAVINO, Matteo Mario; AMENTA, Pietro. 2016. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. Online. *Perspect Public Health*. Vol. 137, iss. 2, s. 1-13. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>. [cit. 2024-02-29].

COLLINS, Elin; LINDQVIST, Maria; MOGREN, Ingrid; IDAHL, Annika. 2020. Bridging different realities - a qualitative study on patients' experiences of preoperative care for benign hysterectomy and opportunistic salpingectomy in Sweden. Online. *BMC women's health*. Vol. 20, iss. 1, s. 1-10. Dostupné z: doi: [10.1186/s12905-020-01065-8](https://doi.org/10.1186/s12905-020-01065-8). [cit. 2024-01-03].

ČERVENKOVÁ, Zuzana; HLAVÁČKOVÁ, Eva; HODAČOVÁ, Lenka. 2020. Spokojenost pacientů s managementem akutní pooperační bolesti ve zdravotnickém zařízení. *Praktický lékař*. Roč. 100, č. 1. ISSN 0032-6739.

DANZIGOVÁ, Zdenka. 2017. Bolest ve stáří. Online. *Bolest Časopis pro studium a léčbu bolesti*. Roč. 20, č. 4, s. 174. ISSN 1212-0634. Dostupné z: https://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2017/4_2017/Bolest_4_2017_clanek_Danzigova.pdf. [cit. 2023-11-27].

EBNER, Florian; SCHULZ, Sebastian Viktor Waldemar; GREGORIO, Amelie; VOLZ, Sophia; STEINACKER, Jürgen Michael; JANNI, Wolfgang OTTO, Stephanie. 2017. Prehabilitation in gynecological surgery? What do gynecologists know and need to know. Online. *Archives of gynecology and obstetrics*. Vol. 297, iss. 1, s. 27-31. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4565-8>. [cit. 2024-01-03].

EKANAYAKE, Chanil; PATHMESWARAN, Arunasalam; KULARATNA; Sanjeewa; HERATH; Rasika; WIJESINGHE, Prasantha. 2017. Cost evaluation, quality of life and pelvic organ function of three approaches to hysterectomy for benign uterine conditions: study protocol for a randomized controlled trial. Online. *Trials*. Vol. 18, iss. 1, s. 565. ISSN 1745-6215. Dostupné z doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2295-7>. [cit. 2023-03-06].

GUNGORDUK, Kemal; PASKAL. Ezgi Karakas; DEMIRAYAK, Gokhan; KOSEOGLU, Sezen Bozkurt; AKBABA, Eren, Ozdemir; AYKUT, Isa. 2020. Coffee consumption for recovery of intestinal function after laparoscopic gynecological surgery: A randomized controlled trial. Online. *International journal of surgery (London, England)*. Vol. 82, s. 130-135. ISSN 1743-9159. Dostupné z doi: [10.1016/j.ijso.2020.08.016](https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.08.016). [cit. 2024-01-03].

HAMPLOVÁ, Dana. 2006. Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav ve 21 evropských zemích. Online. *Sociologický časopis*. Roč. 42, č.1, s. 35-55. ISSN 2336-128X. Dostupné z: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56408>. [cit. 2024-01-06].

HAN, Xiaodao; ZHANG, Meng; JIANG, Shanshan; HAO, Chunni. 2022. Effect of Intelligent Medical Management Platform Combined with Perioperative Detailed Nursing on Cognitive Ability, Postoperative Complications, and Quality of Life of Patients Undergoing Hysterectomy. Online. *Computational and mathematical methods in medicine*. s. 1-5. Dostupné z: doi: [10.1155/2022/4820835](https://doi.org/10.1155/2022/4820835). [cit. 2024-01-04].

CHAROENKWAN, Kittipat and MATOVINOVIC, Elizabeth. 2014. Early versus delayed oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynaecologic surgery. Online. *The Cochrane database of systematic reviews*. Roč. 12, s. 1- 45 Dostupné z: doi: [10.1002/14651858.CD004508.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004508.pub4). [cit. 2023-01-03].

CHVÁTAL, Radek. 2015. Totální laparoskopická radikální hysterektomie-limity a způsob provedení. Online. *Aktuální gynekologie a porodnictví*. Roč. 7, s. 52-58. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2015_179.pdf. [cit. 2023-11-27].

KUDRLIČKOVÁ, Dagmar; SOMROVÁ, Jana; BRABCOVÁ, Iva. 2014. Rizika v intraoperační péči. Online. *Pediatric pro praxi*. Roč. 15, č. 4, s. 235-237. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/04/15.pdf>. [cit. 2024-02-16].

MAREŠ, Jiří. 2009. Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely. *Praktický lékař*. Roč. 89, č. 2, s. 59-64. ISSN 0032-6739.

MARINONE, Michelle, SERINO, Jonathan, STROEVER, Stephanie, BRZOZOWSKI, Nicole, KLISS, Andrea, DOO, Davide, CHUANG, Linus. 2023. Assessment of Pre-operative Vaginal Preparation for Laparoscopic Hysterectomy. Online. *JSLs*. Vol. 27, iss. 3, s. 1-7. Dostupné z doi: [10.4293/JSLs.2023.00013](https://doi.org/10.4293/JSLs.2023.00013). [cit. 2024-02-15].

NOSKOVÁ, Pavlína. 2013. Metody pooperační analgezie po gynekologických operacích. *Actual Gyn*. Roč. 5, s.18-24. ISSN 1803-9588.

OKAWA, Masayo; KOMATSU, Hiroaki, Iida Yuki; OSAKU, Daiken; SATO, Shinya, OISHI, Tetsuro; HARADA, Tasuku. 2021. Evaluating the efficacy and safety of ureteral stent placement as a preoperative procedure for gynecological cancer surgeries. Online. *A retrospective cohort study. Journal of Obstetrics & Gynaecology Research*. Vol. 47, iss. 8, s. 1-6. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1111/jog.14829>. [cit. 2024-01-05].

ONDRIOVÁ, Iveta; HUDÁKOVÁ, Anna; PAVELKOVÁ, Matilda. 2013. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. *Sestra*. Roč. 23, č. 1, s. 33-35. ISSN 1210-0404.

SAITO, Ako; HIRATA, Tetsuya; KOGA, Kaori; TAKAMURA, Masashi; FUKUDA, Shinya; NERIISHI, Kazuaki; PASTORFIDE, Gia; HARADA, Miyuki; HIROTA, Yasushi; WADA-HIRAIKE, Osamu; FUJII, Tomoyuki; OSUGA, Yutaka. 2017. Preoperative assessment of factors associated with difficulty in performing total laparoscopic hysterectomy. Online. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Research* Vol. 43, iss. 2, s. 320-329. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1111/jog.13198>. [cit. 2023-01-05].

SPAICH, Saskia; WEISS, Christel; BERLIT, Sebastian; HORNEMANN, Amadeus; SUTTERLIN, Marc. 2023. The hysterectomy: influence of the surgical method in benign disease on convalescence and quality of life. Online. *Archives of gynecology and obstetrics*. Vol. 307, iss. 3, s. 797-806. ISSN 1432- 0711. Dostupné z doi: [10.1007/s00404-022-06778-9](https://doi.org/10.1007/s00404-022-06778-9). [cit. 2024-01-03].

SZYPULOVÁ, Martina; FELSINGER, Michal; WEINBERGER, Vít; HUDEČEK, Robert, MINÁŘ, Luboš. 2020. Totální laparoskopická hysterektomie, klinické srovnání metody s využitím dvou děložních manipulátorů. *Česká gynekologie*. Roč. 85, č. 6, s. 385-395. ISSN 1210-7832.

URPO, Marja; ESKOLA, Suvi; SUOMINEN, Tarja; ROOS, Mervi. 2021. Teamwork: A perspective of perioperative nurses. Online. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. Vol. 12, iss. 3, s. 430-440. ISSN 2336-3517. Dostupné z doi: [doi:10.15452/CEJNM.2021.12.0018](https://doi.org/10.15452/CEJNM.2021.12.0018). [cit. 2024-03-26].

VÉVODOVÁ, Šárka; ŠPERKOVÁ, Andrea; VÉVODA, Jiří; KOZÁKOVÁ, Radka; DOBEŠOVÁ CAKIRPALOGLU, Simona. 2016. Osobnostní profil studentů nelékařských zdravotnických oborů. Online. *Ošetrovatelstvo*. Roč. 6, č. 1, s. 6-11. ISSN 1338-6263. Dostupné z: https://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2016/01/6-osobnostni-profil-studentu-nelekarskych-zdravotnickych-oboru.pdf. [cit. 2024-03-22].

WOLFOVÁ, Petra; FILAUSOVÁ, Drahomíra; BELEŠOVÁ, Romana. 2014. Perioperační péče na gynekologickém oddělení. Online. *Praktická gynekologie*. Roč. 18, č. 4, s. 268-274 [cit. 2023-12-15]. ISSN 1211-6645. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/practical-gynecology/2014-4-11/perioperacni-pece-na-gynekologickem-oddeleni-50996>.

ZIMMERMANN, Julia SM; SIMA, Romina-Marina; RADOSA, Marc P; RADOSA, Christoph G; PLES, Liana; WAGENPFEIL, Stefan, SOLOMAYER, Erich-Franz; RADOSA Julia C. 2023. Quality of life and sexual function in patients aged 35 years or younger undergoing hysterectomy for benign gynecologic conditions: A prospective cohort study. Online. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. Vol. 160, iss. 2, s. 548-553. ISSN 1879-3479. Dostupné z doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14400>. [cit. 2024-03-02].

Internetové zdroje:

ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010-2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>. [cit. 2024-02-20].

ČESKO, 2011a. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010-2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>. [cit. 2024-02-20].

ČESKO, 2011b. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010-2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2023-12-17].

ČESKO, 2012. Vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010-2024. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-102>. [cit. 2023-12-17].

UNIPA, © 2024. *Unie porodních asistentek*. Online. Dostupné z: https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/05/letak_PA_skladacka.pdf. [cit. 2024-03-02].

UNIVERZITA KARLOVA © 2018. Vysoké školy potřebují perspektivu. Online. Dostupné z: <https://cuni.cz/UK-1133-version1.pdf>. [cit. 2024-03-26].

Ostatní:

HLAVÁČEK, Lukáš. 2020. *Vnímání pacientů před a po operačním výkonu*. Brno. Diplomová práce (Mgr.), Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce: PhDr. Natálie Beharková Ph.D.

HOŠEK, Oldřich. 2018. *Hodnocení spokojenosti poskytované péče očima hospitalizovaných pacientů*. Jihlava. Diplomová práce (Mgr.), Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.

MORONGOVÁ, Adéla. 2015. *Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí*. České Budějovice. Bakalářská práce (Bc.), Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

12 PŘÍLOHY

Příloha A: Informovaný souhlas s průzkumným šetřením	77
Příloha B: Polostrukturovaný rozhovor	78
Příloha C: Maslowa pyramida potřeb (Trachtová et al., 2018, s. 15).....	79
Příloha D: Hodnocení intenzity bolesti na stupnici VAS, vizuální analogové škále (zdroj: Danzigová, 2017, s. 176)	80
Příloha E: Analgetický žebříček WHO (zdroj: Nosková, 2013, s. 19).....	81
Příloha F: Kompetence porodní asistentky (Vyhláška č. 55/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů, Sbírka zákonů)	82
Příloha G: Kompetence sestry pro perioperační péči (Vyhláška č. 55/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů, Sbírka zákonů).....	83

Informovaný souhlas s průzkumným šetřením

Hodnocení hospitalizace v souvislosti s gynekologickým operačním výkonem očima žen

Já, _____ souhlasím se svou účastí na
(jméno a příjmení)

průzkumném šetření prováděném Bc. Veronikou Lebedovou, studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Univerzitě Pardubice, Fakultě zdravotnických studií, oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví.

Jsem seznámena s tím, že průzkumné šetření spočívá v provedení rozhovoru (metodě tzv. polostrukturovaného rozhovoru), který bude nahráván na diktafon z důvodu následného přepisu celého rozhovoru. Dále také souhlasím s uvedením anonymních výsledků (tj. bez uvedení mého jména a jiných identifikátorů umožňujících jednoznačně identifikovat mou osobu) mnou poskytnutého rozhovoru v diplomové práci zaměřené na hodnocení hospitalizace v souvislosti s gynekologickým operačním výkonem očima žen.

Rozumím cíli průzkumného šetření a v čem spočívá moje role. Údaje o mé osobě zůstanou zcela anonymní. Všechny informace mi byly předány srozumitelným způsobem a na všechny mé případné otázky mi byla poskytnuta srozumitelná odpověď. Svým podpisem potvrzuji, že má účast v šetření je zcela dobrovolná. Účast v průzkumném šetření mohu kdykoliv ukončit bez udání důvodu ústním sdělením.

Dne:

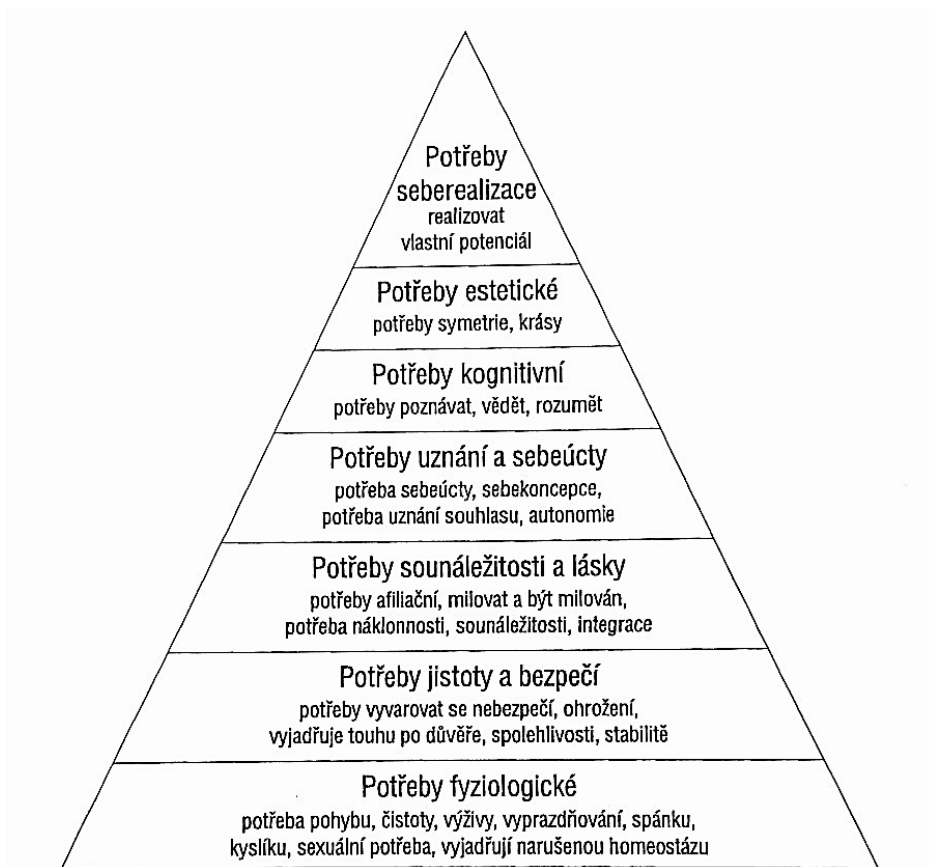
Podpis:

Telefon:

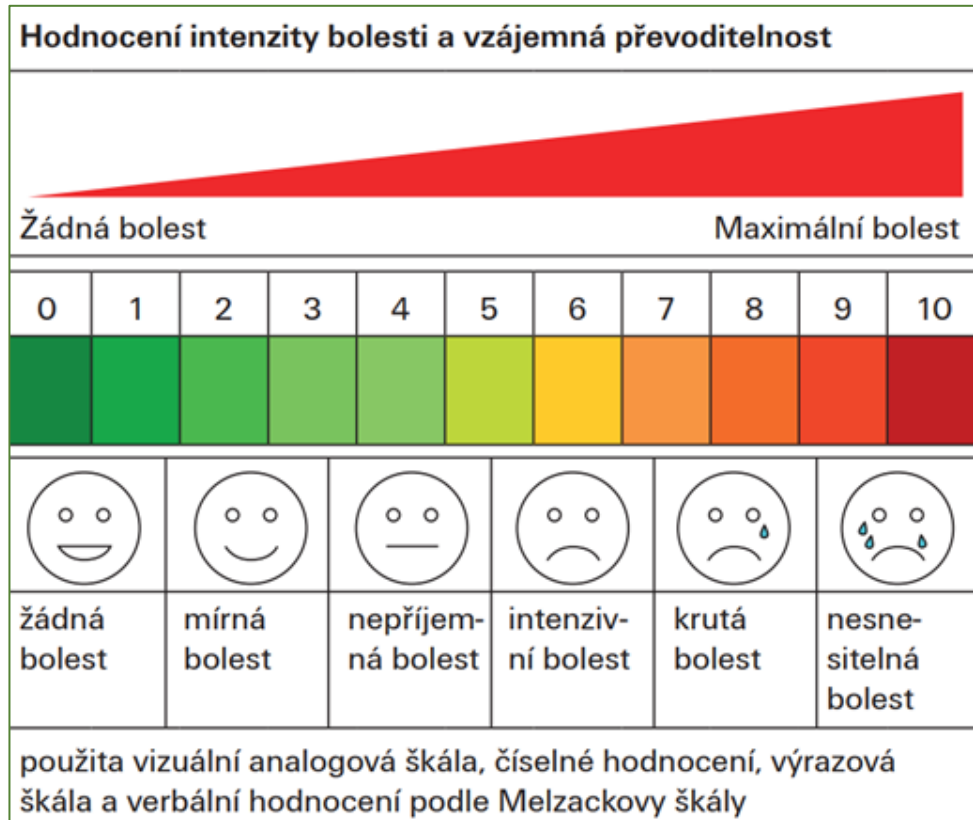
Příloha B: *Polostrukturovaný rozhovor*

Základní okruhy otázek:
1) Identifikační otázky (věk, rodinný stav, zaměstnání, vzdělání)
2) Edukace a informovanost v perioperačním období
3) Pocity v průběhu perioperačního období
4) Přístup zdravotnického personálu v perioperačním období
5) Spokojenost se zdravotnickým personálem
6) Návrhy na zlepšení poskytované péče
7) Faktory životní spokojenosti a faktory ovlivňující spokojenost během hospitalizace

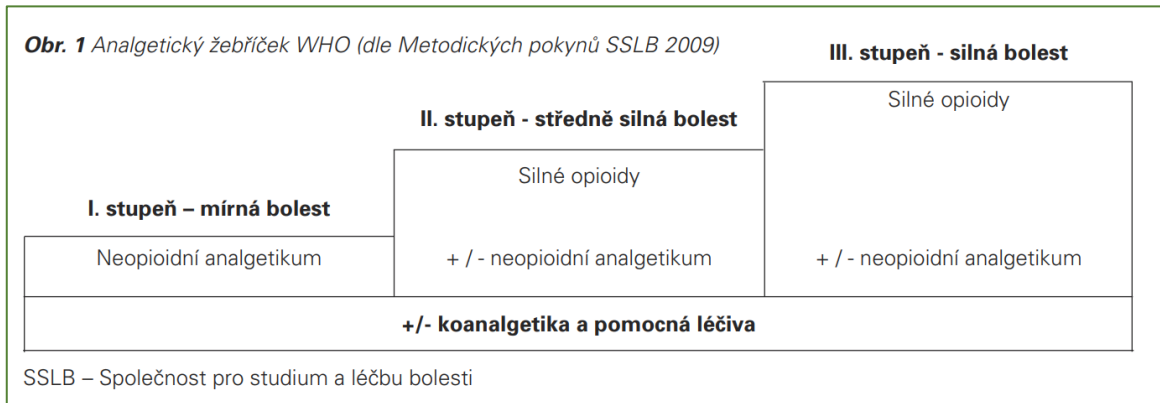
Příloha C: Maslowa pyramida potřeb (Trachtová et al., 2018, s. 15)



Příloha D: *Hodnocení intenzity bolesti na stupnici VAS, vizuální analogové škále* (Danzigová, 2017, s. 176)



Příloha E: *Analgetický žebříček WHO* (Nosková, 2013, s. 19)



Příloha F: *Kompetence porodní asistentky* (Vyhláška č. 55/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů, Sbíрка zákonů)

§ 5

Porodní asistentka

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může

a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních ve spolupráci s odpovědnými orgány,

b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,

c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím,

d) diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,

e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,

f) připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,

h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky¹⁰⁾ a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu,

j) analyzovat, zajistit a hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče⁴²⁾,

k) pečovat o ženu s odumřelým plodem ve vyšším stupni těhotenství, s přerušným těhotenstvím nad dvanáctý týden z genetické indikace či zdravotní indikace ženy ve všech porodních dobách, včetně sledování a vyhodnocování rizik s tím spojených.

(2) Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může

a) asistovat při komplikovaném porodu,

b) asistovat při gynekologických výkonech,

c) instrumentovat na operačním sále při porodu.

(4) Porodní asistentka pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru nebo dětské sestry se specializovanou způsobilostí, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. a) až j) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 písm. a) u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním.

Příloha G: *Kompetence sestry pro perioperační péči* (Vyhláška č. 55/2011 Sb. ve znění pozdějších předpisů, Sbíрка zákonů)

§ 56

Sestra pro perioperační péči

Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 54 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. připravovat instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před, v průběhu a po operačním výkonu,
2. provádět specializované sterilizační a dezinfekční postupy,
3. zajišťovat manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,
4. provádět antisepsi operačního pole u pacientů,
5. provádět ve spolupráci s lékařem-operátérem před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťovat stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům,
6. provádět zarouškování operačního pole,
7. instrumentovat při operačních výkonech;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. zajišťovat polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace,
2. asistovat u méně náročných operačních výkonů.