

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024/2025

Karolína Procházková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie a informovanost
pacientek**

Bakalářská práce

2024/2025

Karolína Procházková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Karolína Procházková**
Osobní číslo: **Z21121**
Studijní program: **B0913P360036 Porodní asistence**
Téma práce: **Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie a informovanost pacientek**
Téma práce anglicky: **Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and patient awareness**
Zadávací 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 průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

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

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Zuzana Kovaříková**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

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

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORKY

Prohlašuji:

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

V Pardubicích dne 30.4.2025

Karolína Procházková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych tímto poděkovala za vedení bakalářské práce MUDr. Zuzaně Kovařikové, za její cenné rady, odborné vedení, trpělivost a vstřícnost, kterou mi věnovala. Též bych chtěla poděkovat mým rodičům za podporu při mém studiu a dále svým přátelům a především Bc. Kláře Nejmanové. A samozřejmě dále všem respondentkám, které byly ochotny vyplnit anonymní dotazník a díky nim měl průzkum vypovídající informace.

ANOTACE

Bakalářská práce se zaměřuje na gynekologické operace a je rozdělena do teoretické a průzkumné části. V úvodu teoretické části jsou nejprve gynekologické operace rozděleny a definovány. Hlavní důraz je kladen na laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii. Podrobně jsou popsány její indikace a kontraindikace, předoperační příprava, průběh zákroku včetně možných komplikací a pooperační období, které zahrnuje i edukaci pacientek. V průzkumné části jsou analyzovány výsledky kvantitativního šetření zaměřeného na míru informovanosti pacientek, které tento výkon podstoupily. Závěrečná část práce se věnuje hodnocení průzkumných otázek, které jsou na základě zjištěných výsledků potvrzeny či vyvráceny. Práce je zakončena celkovým shrnutím a závěry vyplývajícími z provedeného výzkumu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Informovanost. Edukace.

TITLE

Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and patient awareness

ANNOTATION

This bachelor thesis focuses on gynecological surgeries and is divided into a theoretical and an exploratory part. The theoretical part begins with a description and classification of different types of gynecological surgeries. The main focus is on laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. The thesis describes in detail its indications and contraindications, preoperative preparation, the procedure itself including possible complications, and the postoperative period, which also includes patient education. The exploratory part analyzes the results of a quantitative survey focused on the level of awareness among patients who underwent this procedure. The final part of the thesis looks at the survey questions and whether the results confirm or disprove the initial assumptions. The thesis ends with a summary and conclusions based on the research.

KEYWORDS

Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. Awareness. Education.

OBSAH

ÚVOD	11
1. Cíle a metody práce	13
1.1 Cíl teoretické části	13
1.2 Cíl praktické části	13
1.3 Metody k dosažení cílů	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
2. Gynekologické operace	14
2.1 Malé gynekologické operace	14
2.2 Velké gynekologické operace	15
3. Operace dle operačního přístupu	16
4. Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie	18
4.1 Indikace	18
4.2 Kontraindikace	19
4.3 Výhody a nevýhody	20
4.4 Předoperační příprava pacienta	20
4.5 Popis operace	22
4.6 Komplikace při operaci	23
4.7 Pooperační období	25
5. Péče a komunikace porodní asistentky	27
6. ERAS protokol	28
PRAKTICKÁ ČÁST	30
7. Cíle a průzkumné otázky	30
8. Metodika průzkumné části	31
9. Technika sběru dat	31
10. Průzkumný nástroj	32
10.1 Charakteristika průzkumného vzorku	32
10.2 Zpracování a vyhodnocení získaných dat	32
VÝSLEDKY PRŮZKUMU	34
DISKUZE	60
ZÁVĚR	65
11. Použitá literatura	67
12. Přílohy	70

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek 1 Věk respondentek
- Obrázek 2 Interval čekání na operační výkon
- Obrázek 3 Obtíže před operací
- Obrázek 4 Informace o problémech
- Obrázek 5 Seznámení s operací
- Obrázek 6 Komplikace během operačního výkonu
- Obrázek 7 Poučení o operaci
- Obrázek 8 Informovanost při příjmu na lůžkové oddělení
- Obrázek 9 Informovanost v den operace
- Obrázek 10 Průběh operace
- Obrázek 11 Vstávání po operaci
- Obrázek 12 Sexuální život
- Obrázek 13 Špinění po operaci
- Obrázek 14 Informovanost při propuštění
- Obrázek 15 Vyndání stehů
- Obrázek 16 Obavy respondentek
- Obrázek 17 Zodpovězené dotazy
- Obrázek 18 Informace o operaci

SEZNAM ZKRATEK

AAGL	Americká asociace gynekologických laparoskopistů
APTT	aktivovaný parciální tromboplastinový čas
CO ₂	oxid uhličitý
CT	počítačová tomografie
ČR	Česká republika
F1/1	sterilní apyrogenní izotonický roztok chloridu sodného
JIP	Jednotka intenzivní péče
LAVH	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
LEEP	Loop Electroditermy Excisio Procedure, metoda konizace čípku
LSH	laparoskopická hysterektomie
MR	magnetická rezonance
např.	například
popř.	popřípadě
Rh faktor	Rhesus faktor
RTG	rentgenové vyšetření
s.	strana
tj.	to jest
TLH	totální laparoskopická hysterektomie
tzv.	takzvaně
UZ	ultrazvuk

ÚVOD

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) je chirurgický operační výkon, při kterém je odstraněna děloha, a to cestou abdominální, vaginální, laparoskopickou, event. jejich kombinací, popř. za rozšíření odstranění adnex, tj. vaječníků, vejcovodů. Tento druh operace se řadí mezi nejčastější gynekologické operace a z řady indikací k němu může být přistoupeno v kterémkoliv věku života ženy.

Navzdory rostoucímu počtu těchto výkonů a jeho náležitých indikací se nesmí opomenout psychická stránka, jelikož některé ženy vnímají tento zákrok jako nemožnost stát se matkou, či mít více dětí. Objevuje se u nich pocit méněcennosti a ztráty ženství, strach z předčasné menopauzy strach z konce sexuální aktivity a je velmi důležité s nimi o tom mluvit a být jim podporou.

První vědecky potvrzenou hysterektomií byla abdominálně provedená operace v roce 1843 Charlesem Clayem v Manchesteru. V roce 1929 provedl Richardson první totální abdominální hysterektomii. Alternativu k abdominálnímu přístupu vždy představoval vaginální přístup k operaci. Chirurgický přístup zůstal až do roku 1988 nezměněn. V tomto roce provedl Harry Reich první laparoskopickou hysterektomii a její koncept představil na sjezdu Americké asociace gynekologických laparoskopistů (AAGL). Operaci označil jako laparoskopickou hysterektomii, následně označenou jako laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii (LAVH). Hlavním motivem při vzniku nové operační techniky byl velmi vysoký podíl hysterektomií prováděných z abdominálního přístupu, které jsou spojené s řadou negativních jevů (dlouhá doba hospitalizace, zvýšená spotřeba analgetik, hojení jizvy per secundam, nepříznivý kosmetický efekt apod.). (Kučera et al., 2008)

V České republice existuje Národní registr komplikací gynekologické laparoskopie. Vznikl z potřeby registrovat komplikace, vzniklé v souvislosti s gynekologickými laparoskopickými operacemi. Zároveň registr umožňuje získat přehled o spektru hysterektomií napříč naší republikou a jsou zde grafy porovnání nárůstu počtu operací metodou laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií mezi lety od roku 1996. (Kučera et al., 2008)

Byla provedena analýza záznamů 830 pacientek z jednoho zdravotnického zařízení, které v letech 2014–2021 podstoupily hysterektomii z benigních důvodů. Zahrnuty byly

tyto operační přístupy: abdominální hysterektomie (AH) – 156 pacientek (19 %), vaginální hysterektomie (VH) – 67 pacientek (8 %), laparoskopická hysterektomie (LH) – 351 pacientek (42 %), laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) – 108 pacientek (13 %) a roboticky asistovaná hysterektomie (RAH) – 148 pacientek (18 %). Po zavedení RAH v roce 2018 došlo k výraznému poklesu podílu AH – z 27,3 % v letech 2014–2017 na 22,1 % v roce 2018 a dále na 6,9 % v období 2019–2021. RAH přináší výhody v podobě nižší morbiditý oproti otevřeným výkonům, avšak zůstává nejdražší metodou kvůli vysokým nákladům na materiál a amortizaci přístrojů. Z toho důvodu by měla být indikována selektivně, zejména u pacientek s vyšším rizikem komplikací. (Delameilleure et al., 2024)

Hysterektomie je jedním z nejčastějších gynekologických zákroků na světě. Odborníci doporučují upřednostnit vaginální přístup (VH), ale jeho využívání se v různých zemích výrazně liší. V letech 2011–2020 bylo provedeno 230 hysterektomií: 146 vaginálních (63,5 %), 75 laparoskopických (32,6 %) a pouze 9 abdominálních (3,9 %). Laparoskopie byla zvolena převážně při podezření na endometriózu nebo větší objem dělohy. Ve více než 60 % případů lze hysterektomii bezpečně provést vaginální cestou, a to s krátkou dobou trvání operace a nízkým rizikem komplikací. Laparoskopický přístup je vhodnou alternativou přibližně u 30 % pacientek, zejména při podezření na přidruženou patologii. Abdominální hysterektomie by měla být vyhrazena pouze pro výjimečné případy, například velmi objemné dělohy. Studie tak potvrzuje, že cílový poměr výkonů 60 % VH, 30 % LH a maximálně 10 % AH je reálně dosažitelný a klinicky efektivní. (Neis et al., 2024)

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě toho, že ze všech možností, které po ukončení studia oboru porodní asistence mám, cítím, že mě nejvíce naplňuje péče o gynekologické pacientky na oddělení gynekologie. Cílem bakalářské práce je zjistit, do jaké míry jsou ženy informovány o operačním výkonu laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, o předoperační a pooperační péči, a zda jsou před propuštěním do domácí péče správně edukovány o následující rekonvalescenci po tomto výkonu.

1. CÍLE A METODY PRÁCE

1.1. Cíl teoretické části

Teoretická část je zaměřena na rozdělení malých a velkých gynekologických operací. Dále popisuje klasifikaci podle operačního přístupu a podrobně se věnuje laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Součástí je přehled jejích indikací a kontraindikací, předoperační přípravy a samotného průběhu operačního výkonu. Nechybí ani možné komplikace a následná péče v pooperačním období, včetně edukace pacientky při dimisi.

1.2. Cíl praktické části

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit míru informovanosti žen, které podstupují operační výkon nazývaný laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie.

Stanovené dílčí cíle:

1. Zjistit míru informovanosti pacientek před operačním výkonem.
2. Zjistit míru informovanosti pacientek v průběhu hospitalizace.
3. Zjistit míru informovanosti pacientek o pooperačním průběhu.
4. Zjistit míru informovanosti pacientek před propuštěním ze zdravotnického zařízení.

1.3. Metody k dosažení cílů

K získání potřebných dat byla použita kvantitativní výzkumná metoda prostřednictvím dotazníku vlastní tvorby. Dotazníky byly vyplněny anonymně a oslovené respondentky měly možnost odmítnout jeho vyplnění. Tento dotazník byl nabídnut náhodným respondentkám na oddělení gynekologie v městské nemocnici, které tento zákrok podstoupily. Hospitalizované ženy následně při propuštění do domácí péče odevzdávaly tento dotazník do uzamčené schránky, která je umístěná na oddělení gynekologie.

TEORETICKÁ ČÁST

2. GYNEKOLOGICKÉ OPERACE

Chirurgický zákrok jako invazivní metoda léčby gynekologických onemocnění se volí v případech, kdy jiné dostupné a účinné postupy selhaly, nelze je použít, nebo neumožňují přesné stanovení diagnózy. Operace přichází v úvahu tehdy, když konzervativní přístupy nepřinášejí požadovaný efekt nebo nejsou k dispozici vhodné alternativy. (Rob, Martan, Citterbart et al., 2001, 2008 s. 61)

Gynekologické operace se provádějí nejčastěji za účelem ukončení těhotenství, rekonstrukce pohlavních orgánů nebo za účelem odstranění pohlavních orgánů. Při indikaci ženy k operačnímu výkonu nesmíme opomenout celkový zdravotní stav, věk ženy, prognózu daného onemocnění, rozsah a efekt následující léčby. Podle rozsahu operačního výkonu lze rozdělit operace na malé a na velké gynekologické operace.

V současné době je snahou stále více užívat miniinvazivních zákroků pomocí endoskopických metod v oblasti malé pánve, mezi jejich výhody řadíme menší operační rány (obvykle jen nepatrné vpichy), menší bolestivost a diskomfort pro pacientku a kratší dobu hospitalizace. (Slezáková, 2011, s. 32)

2.1. Malé gynekologické operace

Za malé operace se považují výkony, které technicky může provést jeden operátor v krátkodobé anestezii a pacientka může být ošetřena v režimu jednodenní chirurgie (pobyt ve zdravotnickém zařízení nepřesáhne 24 hodin). Především se jedná o vaginální výkony prováděné na děložním hrdle a v dutině děložní.

Mezi malé gynekologické operace řadíme biopsii, kyretáž, ablaci polypu, miniinterrupce, interrupce, incizi abscesu či Bartholiniho žlázy, kryodestrukci, LEEP techniku, cerkláž děložního hrdla, hysteroskopii, excize z vulvy, čípku či pochvy nebo malé plastické operace na zevních rodidlech. K těmto typům operací není vyžadováno předoperační vyšetření, pouze v případě, že by se žena léčila s chronickým, závažným onemocněním, např. onemocnění srdce, epilepsie. Postup je většinou takový, že žena přijde v brzkých ranních hodinách v den

operace k příjmu do nemocnice a v případě, že nenastanou žádné pooperační komplikace, je pacientka 6–8 hodin po výkonu propuštěna do domácího léčení. (Roztočil a kol., 2011)

2.2. Velké gynekologické operace

Velké gynekologické operace jsou specifické tím, že mohou trvat v řádu několika desítek minut, ale i několika hodin, s čímž jsou spjata rizika nejen chirurgického, ale i anesteziologického rázu. V některých případech gynekolog při operačním výkonu spolupracuje s chirurgem, urologem či jinými odbornými lékaři. Gynekologické operace rozdělujeme dle funkce na diagnostické, terapeutické nebo korekční. Dle operačního přístupu jsou operace dělené na vaginální, abdominální (a to konkrétně na laparoskopii či laparotomii), kombinací vaginálního a abdominálního přístupu a operace na zevních rodidlech. Tyto velké operační zákroky vyžadují hospitalizaci klientky na standardním oddělení operační gynekologie či jednotce intenzivní péče. Doba hospitalizace závisí zejména na zdravotním stavu klientky a druhu provedeného operačního výkonu, a především na operačním průběhu a časné pooperační době, která trvá obvykle 1–7 dní.

K velkým gynekologickým operacím patří zákroky prováděné na děloze, vejcovodech, vaječnicích, dále také poševní plastiky a vaginální operace. (Roztočil a kol. 2011, s. 395 -397; Slezáková, 2011, s. 33)

3. OPERACE DLE OPERAČNÍHO PŘÍSTUPU

V klasické gynekologické operativě můžeme zvolit přístup vaginální v gynekologické poloze nebo břišní stěnou, tj. laparotomicky nebo přední břišní stěnou. V jistých indikacích můžeme přístup kombinovat. Technika vaginálních operací asistovaných laparoskopicky v sobě slučuje výhody miniinvazivního operování: vaginální přístup kontrolovaný zároveň laparoskopicky. (Rob, Martan, Citterbart et al, 2001, 2008, s. 62)

Rozlišujeme tedy abdominální přístup, vaginální přístup a kombinaci abdominálního a vaginálního přístupu. Nezapomínejme na tzv. konverzi, tedy převedení výkonu původně laparoskopického na otevřenou abdominální operaci.

Výhodou vaginálních operací je nižší invazivita výkonu a s tím spojený lehčí pooperační průběh, zejména nižší bolestivost a menší pooperační útlum střevní peristaltiky. Naopak vaginální techniky jsou považovány za náročnější pro operátora, kvůli obtížnému přístupu a omezenému přehledu v operačním poli. Patří sem operace na děložním hrdle, na vulvě, plastické úpravy na poševních stěnách a vaginální hysterektomie. (Šálková a kol., 2021, s. 87).

Nejčastějšími indikacemi k abdominálním operacím jsou malignity a patologické útvary v pánvi. Mezi abdominální přístupy řadíme laparoskopii a laparotomii. Laparoskopie je minimálně invazivní chirurgický zákrok, při němž jsou do dutiny břišní zavedeny optické nástroje malými řezy. Pomocí kamery je operátorovi umožněn pohled do břišní dutiny, a operace probíhá prostřednictvím videoobrazu. Tento přístup umožňuje provádět výkon bez nutnosti širokého otevření břišní dutiny. Laparoskopie může být také kombinována s vaginálními operacemi, což usnadňuje vaginální fázi zákroku a poskytuje možnost kontroly výsledku operace, včetně detekce případných komplikací, jako je krvácení. (Šálková a kol., 2021, s. 88)

Tento typ výkonu nabízí rychlou rekonvalescenci a nízký stupeň pooperačního diskomfortu. Laparoskopie je indikována nejen v rámci běžných gynekologických operací, jako je hysterektomie pro myomy, ale také v různých subspecializacích gynekologie. V onkogynekologii se používá například při laparoskopických lymfadenektomiích a hysterektomiích, v dětské gynekologii se aplikuje při řešení vrozených vývojových vad,

ovariálních cyst a nádorů. V oblasti reprodukční medicíny je využívána pro diagnosticko-terapeutické zákroky na děloze, vejcovodech a ovariích, zatímco v urogynekologii se používá při závěsných operacích a výkonech zaměřených na inkontinenci. (Rob, Martan, Citterbart et al, 2001, 2008 s. 65)

Laparotomie je výkon, při kterém je otevřena peritoneální dutina řezem ve stěně břišní. Výhodou je snadnější přístup a pohled do operačního pole. V současné době se nejčastěji používají dva typy řezů a těmi jsou dolní střední laparotomie a příčný suprapubický řez neboli také Pfannenstielův řez. (Roztočil a kol. 2011, s. 402-403; Slezáková, 2017, s. 36)

Podélný řez, známý jako dolní střední laparotomie, je prováděn v oblasti mezi symfýzou a pupkem, podél střední čáry. Tento přístup nabízí výhody v podobě kratší doby operace, nižšího rizika krvácení a umožňuje snadné prodloužení řezu směrem kraniálně, čímž poskytuje lepší přístup k oblasti malé pánve. Naopak příčný řez nad symfýzou, tzv. Pfannenstielův řez, představuje modifikaci DeCherneyho incize, která zahrnuje příčné přeříznutí a odsunutí přímých břišních svalů a peritonea. Tento typ řezu je obzvláště vhodný pro obézní pacientky. Mezi jeho výhody patří lepší kosmetický výsledek a nižší riziko hernií v oblasti jizvy. Na druhou stranu je tato metoda technicky a časově náročnější, a vzhledem k větší možnosti krvácení je třeba ji pečlivě zvážit při indikacích k urgentním operacím. (Rob, Martan, Citterbart et al, 2001, 2008 s. 64)

4. LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

Laparoskopická hysterektomie představuje minimálně invazivní alternativu abdominální hysterektomie a v žádném případě není alternativou vaginální hysterektomie. Tuto skutečnost je nutné mít stále na paměti při výběru pacientek a indikaci k výkonu. S rozvojem laparoskopického instrumentária, především různých děložních manipulátorů, se záhy objevily různé modifikace laparoskopické hysterektomie. Dnes již klasické a rutinně prováděné výkony představuje supracervikální laparoskopická hysterektomie (LSH) a také totální laparoskopická hysterektomie (TLH). Tyto operace jsou kompletně provedeny laparoskopicky, včetně sutury pochvy, resp. extraperitonealizací pahýlu hrdla děložního. Děloha je extrahována poševní cestou pouze v případě totální laparoskopické hysterektomie. Tyto techniky pak představují alternativu především vaginálního přístupu, kdy není možné bezpečně provést vaginální hysterektomii nebo vaginální část laparoskopicky asistované hysterektomie. V našich podmínkách existuje zjednodušená klasifikace laparoskopických hysterektomií. (Kučera et al., 2008)

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) je typ operace, která se provádí v kombinaci abdominálního a vaginálního přístupu. Jde o výkon, při kterém je děloha odstraněna kombinovaným operačním přístupem, případně společně s vaječníky i vejcovody. V první části operace se provádí laparoskopicky uvolnění dělohy a ve druhé části je vaginálně proveden podvaz cév a vyjmutí dělohy. (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s.51)

4.1. Indikace

Před navržením operačního řešení pacientce si musí její ošetřující gynekolog odpovědět na otázku, zdali byly vyčerpány veškeré možnosti konzervativní léčby. Musí posoudit její celkový zdravotní stav a zvážit prospěch operace pro léčbu jejích obtíží. Musí pacientku informovat o všech pro a proti navržené operační léčby a musí ji pro navržený postup získat. Další úrovní indikačního procesu je pohovor a vyšetření pacientky v zařízení, kam byla svým ošetřujícím gynekologem odeslána k provedení operace. Znovu se zhodnotí výše uvedené, doplní se nutná předoperační vyšetření a pacientce je navržen termín přijetí k hospitalizaci před provedením operace. (Roztočil a kol., 2011, s. 398)

Indikace k operačnímu výkonu můžeme rozdělit na benigní a maligní onemocnění. Do benigních onemocnění řadíme prolaps pánevních orgánů, poranění pochvy, chronickou pánevní bolest, endometriózu, adenomyózu, abnormální krvácení, děložní myomy a prekancerózy hrdla děložního, těla děložního a ovarií. Do maligních onemocnění řadíme časná stádia karcinomu endometria, ovariální karcinom, cervikální intraepiteliální neoplazii, invazivní cervikální karcinom a jiné.

4.2. Kontraindikace

Při zvažování laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie (LAVH) je nutné individuálně posoudit celkový zdravotní stav pacientky, protože tento typ výkonu není vhodný pro každou ženu. Jedním z hlavních limitujících faktorů je závažné srdeční onemocnění, zejména ve vyšších stupních funkční klasifikace, jelikož Trendelenburgova poloha během operace může výrazně zatížit kardiovaskulární systém. (Dubová, Zikán, 2019, s. 214; Holub, Kužel a kol., 2005, s. 111)

Zvýšená tělesná hmotnost představuje rizikový faktor, který může negativně ovlivnit pooperační průběh, a proto je nutné v těchto případech postupovat s pečlivým zvážením všech okolností (Mára, Holub, 2009, s. 98). V rámci předchozích chirurgických zásahů je důležité přihlédnout k anamnestickým údajům o břišních operacích, především pokud se jednalo o výkony provedené z důvodu závažných intraabdominálních zánětů. Tyto okolnosti mohou být příčinou adhezí, které následně komplikují provedení laparoskopického přístupu. (Dubová, Zikán, 2019, s. 214)

Mezi další faktory, které mohou představovat relativní překážku k provedení zákroku, patří například přítomnost neprůchodnosti střev, poruchy krevní srážlivosti, kontinuální léčba antikoagulancii či strukturální změny břišní stěny vzniklé v důsledku předchozích zákroků nebo prodělaných zánětů. (Čepický a kol., 2018, s. 145–146)

U některých pacientek může být laparoskopický přístup nevhodný také z důvodu rozsáhlých útvarů v oblasti pánve, které nelze bezpečně odstranit bez rozdělení na menší části, což může být v určitých případech kontraindikováno. (Dubová, Zikán, 2019, s. 214)

4.3. Výhody a nevýhody

LAVH přináší výhodu inspekce dutiny břišní a možnost připojení dalších výkonů, které by z vaginálního přístupu byly obtížně proveditelné (lýze adhezí, adnexektomie). (Pilka, Procházka, 2017, s. 140) Výhodami laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie jsou v porovnání s typem výkonu otevřené abdominální hysterektomie časnější mobilizace ženy, tím i brzká obnova střevní peristaltiky, menší pooperační bolesti, menší operační rány, rychlejší hojení ran a celkově kratší doba hospitalizace a následující pracovní neschopnost.

Nevýhodou laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie je riziko poranění orgánů dutiny břišní při zavádění prvního vpichu a pocity nauzey z důvodu operační polohy (pacientka je během výkonu umístěna záměrně hlavou šikmo dolů). Vzhledem k odstranění dělohy a případně i vaječníků dochází ke změně anatomických poměrů v malé pánvi a někdy se může dočasně vyskytnout porucha vyprazdňování močového měchýře a porucha střevní pasáže, proto je v prvních dnech po operačním výkonu ponechán permanentní močový katétr, u kterého je snaha, o co nejrychlejší odstranění. Dochází zde k postupnému zatěžování střevní pasáže dietním omezením. (Roztočil, 2011, s. 508)

4.4. Předoperační příprava pacienta

Účelem předoperačního vyšetření je odhalení event. skrytých onemocnění, které by mohly komplikovat průběh anestezie nebo vlastního operačního výkonu. Před plánovanou celkovou anestezí jsou pacientky vyšetřeny praktickým lékařem nebo internistou. Podle nálezu jsou pak dále konziliárně vyšetřovány např. alergologem, kardiologem nebo jinými specialisty dle charakteru jejich onemocnění. (Pilka, Procházka, 2017, s. 132)

Předoperační vyšetření by nemělo být starší 14 dnů a žena s tímto závěrem přichází do nemocničního zařízení k příjmu k operaci. V rámci předoperačního vyšetření se provádí standardně biochemické vyšetření (krevní obraz, koagulace – aPTT a Quickův čas, krevní skupina + Rh faktor, kyselina močová, urea, kreatinin, ionty, jaterní testy a glykémie), kultivační vyšetření moči, případně pochvy a RTG vyšetření hrudníku a EKG dle věku ženy. V případě přidruženého onemocnění může být ještě doplněno vyšetřením CT, MR, UZ či jiným vyšetřením. V rámci gynekologického vyšetření se zaměřujeme na aspekci, bimanuální palpaci, vyšetření v zrcadlech a dominantou je gynekologický

ultrazvuk. V rámci fyzikální vyšetření se zaměřujeme na zhodnocení celkové stavu (hmotnost, výška, barva kůže, varixy a další). (Roztočil et al., 2011, s. 398)

Příjem pacientky je plánován den před naplánovaným operačním zákrokem a během hospitalizace ještě probíhá konzultace s anesteziologem, který posoudí, zda laboratorní výsledky a celkový stav umožňuje provedení operace ve spinální nebo celkové anestezii. Při příjmu na oddělení gynekologie je důležité sepsat velmi podrobnou osobní, rodinnou, gynekologickou, farmakologickou, pracovní a sociální anamnézu. Dále žena podepisuje informované souhlasy s hospitalizací, s operačním výkonem. Je velmi důležité myslet i na psychickou stránku ženy. Úkolem zdravotnického týmu je bojovat proti strachu z operace zejména tím, že je ženě v souvislosti s operačním zákrokem vše srozumitelně vysvětleno. Lékař objasňuje operační výkon v souvislosti se zdravotním stavem, a aby plně informovaná pacientka mohla dát písemný souhlas k výkonu. Úkolem sestry je seznámit ženu s ošetrovatelskými intervencemi v předoperačním a v pooperačním období. Informace, které sestra podává, se týkají zejména problematiky bolesti a jejího tlumení, problematiky hygienické péče, rehabilitace, operační rány, invazivních vstupů, možných vedlejších účinků anestezie (zejména nauzea, zvracení) a problematiky vyprazdňování (meteorismus, obstipace, permanentní močový katétr). Pozornost je nutné věnovat i otázkám sexuálního života klientky (možná změna hormonálních hladin, reprodukční schopnosti či prožitku při pohlavním styku). (Slezáková, 2011, s. 33)

Vzhledem k tomu, že ve většině případech se jedná o plánovaný operační zákrok, je zapotřebí dodržet předoperační přípravu. Důležitá je kompenzace jiných přidružených onemocnění jako např. hypertenze, diabetu mellitu. Žena je poučena o lehké stravě den před operací, od půlnoci už nesmí pít, jíst a kouřit, dochází k přípravě operačního pole (oholení a hygiena, vyčištění pupku a večer před spaním dezinfekce pochvy čípkem), je provedeno klyasma, je odstraněn make-up a šperky, jsou odlakované nehty, večer se podá pre-premedikace a ráno se vyjme případně zubní protéza. Před samotným výkonem je ženě podána medikamentózní příprava, do které, patří premedikace dle ordinace anesteziologa, která se podává 30 až 45 minut před operací a antibiotická profylaxe, která se aplikuje intravenózně 30 minut před výkonem. A dále je zajištěna profylaxe tromboembolické nemoci (elastické kompresní punčochy a nízkomolekulární heparin dle ordinace lékaře). Pacientky užívající před operací antikoagulantia (Heparin, Warfarin, Aspirin) jsou vystaveny riziku závažného peroperačního a pooperačního krvácení. Antikoagulantia proto musí být

před operací v dostatečné době vysazena, event. převedena na jiný typ a v pooperačním období postupně znovu nasazena. (Pilka, Procházka, 2017, s. 134)

4.5. Popis operace

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) je kombinovaný chirurgický výkon spojující laparoskopický a vaginální přístup k odstranění dělohy. Díky těmto dvěma přístupům je zajištěn nejen optimální přístup k děloze, ale i kontrola cévních struktur a vizuální monitoring po celou dobu výkonu. Operační techniku lze strukturovat do 5 hlavních kroků. V úvodu je pacientka po příjezdu na sál uložena na operační stůl a poté, co je uvedena do celkové anestezie lékařem anesteziologie, je napolohována do Trendelenburgovy polohy. Zavede se permanentní močový katetr a následně se připraví operační pole, vč. dezinfekce a zarouškování. Do pochvy se zavádí Scherbackovo zrcadlo, děložní čípek se zachytí do Amerických kleští a pomocí sondy se určí délka děložní dutiny. Poté se zavádí a fixuje děložní manipulátor, který umožňuje pohyb dělohou ve všech směrech, simuluje trakci jako při laparotomii a usnadňuje přehlednost v pánevní oblasti. (Duffková, Frei, 2015, s. 79–81; Holub, Kužel a kol., 2005, s. 107–109)

Po přípravě pacientky se přechází k laparoskopické části. V oblasti dolního okraje pupku se provede incize a pomocí Veressovy jehly se vytvoří kapnopneumoperitoneum aplikací CO₂. Poté se zavádí hlavní 10–11mm port s optikou a pod vizuální kontrolou se zavádějí další pracovní porty – zpravidla dva 5mm porty suprapubicky a laterálně. V případě potřeby lze zavést čtvrtý port v závislosti na velikosti a poloze dělohy. (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 107–109; Dubová, Zikán, 2019, s. 215–216)

Třetí fáze začíná podrobným vyšetřením dutiny břišní a orgánů malé pánve a zaměřuje se na přerušení závěsných struktur dělohy. Na základě získaného obrazu se operatér rozhodne, jakým směrem zahájí disekci. Nejprve se přeruší infundibulopelvicá nebo uteroovariální ligamenta podle toho, zda se ponechávají adnexa. Následuje přerušení ligamentum rotundum, zadního listu ligamentum latum a otevření vezikouterinního prostoru. Po separaci děložních cév v oblasti širokého vazy jsou tyto přerušeny, stejně jako sakrouterinní vazy. Hemostáza je zajištěna nejčastěji elektrokoagulací. (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 107–109; Mára, Holub a kol., 2009, s. 97–104)

Po dokončení laparoskopické preparace se přistupuje k vaginální části výkonu. Tato fáze může začít aplikací vazokonstrikčního roztoku (pokud nebyl podán v úvodní fázi) – např. Remestypu – ke krčku děložnímu, aby se minimalizovalo krvácení. Poté se provádí vlastní otevření poševních prostorů. Poševní sliznice se cirkulárně nařízne v oblasti děložního čípku, tupou disekcí se otevře Douglasův a vezikouterinní prostor. Sakrouterinní a kardinální vazy se přerušují a podvážou, protože později slouží k závěsné plastice pochvy. Děloha je následně vyjmuta pochvou, a pokud je většího objemu, může být odstraněna po částech. Peritoneum se uzavírá tabákovým stehem, závěsné vazy se přišívací k poševnímu pahýlu a poševní stěna je sešita vicrylovými stehy. (Duffková, Frei, 2015, s. 79–81; Holub, Kužel a kol., 2005, s. 107–109)

Na závěr je znovu laparoskopicky zrevidováno operační pole. V případě výskytu krvácení se přistupuje k jeho zastavení koagulací. Následuje proplach dutiny břišní a při potřebě se zavádí drén, který slouží k odvádění případných zbytkových tekutin. Po dokončení kontroly operačního pole se jednotlivé porty vytahují pod přímým dohledem operátora, následně je vypuštěn plyn z dutiny břišní a kožní incize jsou pečlivě sešity. (Duffková, Frei, 2015, s. 79–81; Holub, Kužel a kol., 2005, s. 107–109)

4.6. Komplikace při operaci

Komplikace můžeme rozdělit na vzniklé během operace, časně po operačním výkonu nebo pozdní pooperační komplikace. Pooperačním komplikacím je možné předcházet celou řadou opatření: přípravou pacientky k operaci, premedikací, šetrnou anestezií, fyziologickým operováním nebo správnou pooperační péčí. (Šálková a kol., 2021, s. 88)

Mezi nejčastější komplikace, které mohou vzniknout během samotného operačního zákroku je poranění okolních tkání nebo orgánů a krvácení. Vzhledem k oblasti malé pánve může při gynekologické operaci dojít k poranění velkých cév, nervů – obturatorního nervu a hypogastrického plexu, močových cest a střeva. (Šálková a kol., 2021, s. 89) V případě velké krevní ztráty během operace může u operantky dojít k hypovolemii a v této souvislosti i k možnosti selhání krevního oběhu. Operátor musí ihned během operace zahájit náhradu krevních derivátů a v ní se dle stavu pokračuje i během pooperačního období.

Během každého výkonu LAVH je nutné počítat s potenciální nutností přechodu na laparotomii, zejména v případě komplikací, jako jsou například zhoršená vizualizace operační oblasti nebo výskyt krvácení. (Duffková, Frei, 2015, s. 79–81)

Časné pooperační komplikace jsou ty komplikace, které vznikají bezprostředně po operačním výkonu, např. kardiovaskulární nebo dýchací komplikace spojené s anestezií a případné zánětlivé komplikace. Vznik zánětlivých pooperačních komplikací je výsledkem interakce mezi infekcí, vniklou do operační rány obvykle v průběhu operačního výkonu, a obrannými reakcemi organismu na lokální a celkové úrovni. Vznik významné infekce je vázán zejména na množství infekčního agens proniklého do těla v průběhu operace. Dlouhý pobyt v nemocnici a plošné užívání antibiotik zvyšuje riziko tzv. nozokomiálních infekcí a rezistencí vůči nadměru užívaným antibiotikům. Ty se mohou projevit jako celkové nebo lokální. Jednorázová profylaktická dávka antibiotik podána před nebo na začátku operace je obvykle dostačující antibakteriální prevencí. U časově náročných operací se doporučuje preventivní antibiotické krytí opakovat, záleží na typu operace, riziku výkonu a dalších faktorech. (Pilka a kol., 2017, s. 223)

Hluboká žilní trombóza s následnou plicní embolizací zůstává závažnou život ohrožující pooperační komplikací. Předoperačně proto má být posouzena míra rizika trombózy a následně zvolena optimální preventivní strategie. (Pilka a kol., 2017, s. 223) U gynekologických pacientek se vychází z klasifikace rizika hluboké žilní trombózy. Rozlišujeme nízké, střední, vysoké a nejvyšší riziko. U pacientek s nízkým rizikem je doporučena časná aktivizace po výkonu a procvičování dolních končetin na lůžku. U pacientek s ostatními riziky je důrazně doporučen nízkomolekulární heparin dle ordinace lékaře a elastické kompresní punčochy na dolních končetiny. Dále mohou nastat komplikace spojené s gastrointestinálním traktem, těmi jsou nejčastěji zvracení a nevolnost, meteorismus, v některých případech až paralytický ileus.

Mezi pozdní komplikace můžeme řadit lymfedémy, a to převážně u gynekologických malignit, pístěle mezi jednotlivými dutými orgány a sexuální dysfunkce. Může se začít objevovat chronická pánevní bolest a poruchy kontinence. (Roztočil a kol, 2011, s. 399; Mlčoch, 2012)

4.7. Pooperační období

Po provedeném výkonu je pacientka dle zdravotního stavu uložena na dospávacím pokoji v blízkosti operačního sálu, na běžné standardní oddělení nebo na oddělení JIP. Pooperační péče začíná převzetím klientky z operačního sálu a končí úplným zotavením z operace. Po operačním zákroku předává anesteziolog operantku spolu s dokumentací kompetentní porodní asistenci. Převzetí probíhá v předsáli operačního sálu poté, co si porodní asistentka ověří stabilizaci stavu operované ženy a stav jejího vědomí. (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 56) Rizikové ženy a ženy po větších operacích jsou předány na oddělení vybavené personálně a přístrojově na úrovni jednotky intenzivní péče (JIP), což může být organizačně též tzv. dospávací pokoj. Tato jednotka má plnit čtyři základní observační funkce: trvale monitorovat základní životní funkce, ošetřovat dle zásad intenzivní ošetrovatelské péče, léčit, event. pokračovat v započaté léčbě a předejít náhlému selhání životních funkcí. (Rob, Martan, Citterbart et al, 2001, 2008, s. 66)

Sledujeme u operantky v pravidelných intervalech fyziologické funkce (krevní tlak, teplotu, pulz, saturaci), stav vědomí, známky krvácení, operační ránu a krvácení v okolí operační rány, v případě zavedení drénu během operačního výkonu sledujeme jeho průchodnost a množství, příjem a výdej tekutin, zda permanentní močový katétr odvádí moč, její barvu a množství, peristaltiku a pooperační nevolnost a případně i zvracení. U permanentního žilního katétru sledujeme průchodnost a případné začínající známky infekce.

Dále monitorujeme známky bolesti a dle ordinace lékaře podáváme analgetika a infuzní terapii, dle zvyklostí daného oddělení se také může ordinovat antibiotická léčba po dobu 24 hodin od operace. I nadále dodržujeme prevenci tromboembolické nemoci, v případě zavedení sledujeme stav tamponády. Je provedena hygiena na lůžku a péče o dutinu ústní, celkově dbáme na šetrné zacházení, klidné prostředí a provádíme odběry krve dle ordinace lékaře a pravidelný převaz operační rány, čímž sledujeme i případné známky zánětu. Dbáme na včasnou aktivizaci, první vstávání z lůžka je přes bok a je za asistence personálu. V případě dlouhodobějšího upoutání ženy na lůžku musíme dbát na dechovou rehabilitaci, procvičování dolních končetin s bandážemi a pravidelné polohování.

Propuštění do domácí péče je závislé na celkovém zdravotním stavu ženy, na hojení operační rány, na fungování střevní peristaltiky a absenci močových obtíží. Běžně je žena propuštěna po laparoskopické nebo vaginální hysterektomii 4. den po operaci, u abdominální

hysterektomie je to až 10. den, podle zdravotního stavu pacientky a také záleží na zvyklostech daného pracoviště. Při propuštění je žena edukována ohledně následujících 6 týdnů, kdy musí dodržovat tzv. šestinedělí, nedoporučuje se navštěvovat sauny, bazény, vířivky, doporučujeme dbát celkově na zvýšenou hygienu a jen se sprchovat, dodržovat sexuální abstinenci, dbát na prevenci zácpy (dostatečný příjem bílkovin, vlákniny a tekutin) a nezvedat těžká břemena po dobu 12 týdnů. V prvních 3 měsících od operace je vhodné zahájit posilování pánevního dna a vyhnout se sportovním aktivitám, zahrnujícím výskoky, otřesy nebo zvedání nadměrných břemen.

5. PÉČE A KOMUNIKACE PORODNÍ ASISTENTKY

Již v rámci předoperační edukace se lékař v ambulanci dotazuje ženy, zda během operace odstranit nebo nadále ponechat ovaria, která jsou hlavním zdrojem pohlavních hormonů. Nedostatek hormonů se stejně jako při přirozeném výpadku funkce vaječníků projeví u většiny žen návaly horka, nočními i denními poty, nervozitou, bušením srdce, nestabilitou krevního tlaku, nespavostí, podrážděností a zhoršením psychiky v různé individuálně variabilní míře. Tomu všemu říkáme akutní klimakterický syndrom. Po několika měsících může dojít k poruše lubrikační schopnosti pochvy spojené s bolestmi při styku a snížení obranyschopnosti pochvy projevující se výtoky. Teprve po letech se projeví zrychlené řídnutí kostí (osteoporóza) spojené se zlomeninami již při minimálním zatížení. Pokud se tedy žena rozhodne pro odstranění vaječníků v rámci operačního výkonu, informujeme jí o možnostech hormonální léčby. (Mlčoch, 2012)

Samotný fakt hospitalizace je pro ženy stresující. Gynekologická problematika je velice intimní a je nesmírně důležité, aby lékaři a porodní asistentky přistupovali k pacientkám taktně a snažili se je zbavit pocitu strachu, nebo jej alespoň zmírnili. Zákroky, které ženy podstupují, mohou změnit jejich sebepojetí, sexuální prožívání a mohou ženám přinést pocity ztráty ženskosti. (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 54)

Lékař a porodní asistentka by měli ženě poskytnout dostatečné a pravdivé informace a nechat prostor pro jakékoliv otázky. Nejčastěji mají ženy pocit nejistoty z důvodu své nemoci, diagnózy, strach z průběhu a výsledku zákroku, strach z předčasné menopauzy, pocity lítosti a smutku. Pocit ztráty ženskosti a tím konec sexuální aktivity.

V rámci propuštění do domácí péče je žena edukována primárně ošetřujícím lékařem, ale ze zkušeností víme, že si žena na určité věci vzpomene s určitou prodlevou. A zde je důležitá opět role porodní asistentky, která může např. opět zopakovat základní informace ohledně dodržování tzv. šestinedělí, doporučí, jak předcházet zácpě a nadýmání a znovu upozorní na to, že pokud by u ženy nastaly jakékoliv komplikace (krvácení, bolestivost v podbřišku, zvýšená teplota, plynatost, opakované zvracení, bolestivé vyprazdňování), je nutné ihned vyhledat pomoc lékaře. Je kladen důraz i na edukaci ohledně péče o ránu, jelikož hojení operační rány může trvat až 8 týdnů od operace, ránu není potřeba ničím zakrývat. Vhodné je sprchování čistou vodou nebo používání neparfémovaného mýdla a udržování rány

v suchu. Celkově se jizvy hojí v období od 3 až do 18 měsíců. Po tuto dobu dochází ke změně barvy jizvy, při dobrém hojení je nakonec viditelná pouze bledá linie jizvy. (Mlčoch, 2012; Slezáková a kol. 2011 s. 34)

6. ERAS PROTOKOL

ERAS protokol, známý také jako fast track, vznikl původně ve Spojených státech jako soubor opatření zaměřených na zkrácení doby rekonvalescence po kardiochirurgických zákrocích. V 90. letech minulého století jej dále rozvinul a systematicky popsal Henrik Kehlet, který tento přístup následně uplatnil konkrétně u pacientů podstupujících operace v oblasti kolorektální chirurgie. (Kehlet, 2018, s. 998)

Rozvoj konceptu ERAS podpořilo v roce 2001 založení pracovní skupiny ERAS study group, která vznikla díky spolupráci několika chirurgických týmů se společným cílem zlepšit péči o operované pacienty. Roku 2010 byla skupina oficiálně ustavena jako organizace Enhanced Recovery After Surgery, která od té doby působí globálně. Zaměřuje se na zavádění ERAS protokolů do praxe, vědeckou činnost a vzdělávání s cílem zlepšit výsledky chirurgické léčby. (Loughlin a Alvarez, et al., 2020, s. 77; Kehlet, 2018, s. 999)

Pro efektivní uplatnění ERAS protokolu je nezbytná spolupráce různých odborníků, jako jsou anesteziologové, chirurgové, zdravotní sestry, porodní asistentky a fyzioterapeuti. Součástí úspěšného zavedení tohoto přístupu je také aktivní účast pacienta v rámci přípravy na operaci, což zahrnuje jeho zapojení do celkového procesu péče před zákrokem. (Kehlet, 2018, s. 998; Loughlin a Alvarez, et al. 2020, s. 77)

Předoperační příprava se liší podle typu operace. Důležitá je správná délka lačnění, prevence trombózy a v případě operací na střevech i vhodná příprava trávicího traktu. Účinnost ERAS přístupu spočívá v důsledném a souladném provedení všech jeho kroků. (Bajsová a Klát, 2019 s. 381)

Na pracovištích v zahraničí, kde se ERAS používá, má porodní asistentka zásadní postavení. Zajišťuje potřebná vyšetření, informuje pacientku i rodinu, během hospitalizace dohlíží na průběh péče podle protokolu a po návratu domů sleduje rekonvalescenci formou telefonického kontaktu. (Šálková a kol, 2021 s. 118)

Ačkoliv má metoda ERAS mnoho přínosů, v českém zdravotnictví dosud nepatří mezi běžně používané přístupy v rámci přípravy na operaci. (Vymazal a kol., 2018, s. 317)

Studie Powera a kol. (2011) hodnotila vliv protokolu, který měl zkrátit dobu předoperačního lačnění u dospělých pacientů. Účastníci byli rozděleni do dvou skupin. V intervenční skupině konzumovali pacienti čiré tekutiny 2 hodiny a lehkou stravu 6 hodin před operací. Tato skupina byla porovnáována s kontrolní skupinou, která měla zákaz jídla a pití od půlnoci. Výsledky ukázaly, že pacienti v intervenční skupině měli méně žízně, bolesti hlavy a nevolnost před operací. K aspiraci během anestezie nedošlo v žádné skupině. Autoři doporučují povolit čiré tekutiny až do dvou hodin a lehkou stravu do šesti hodin před operací ve všech chirurgických oborech. (Power, a kol., 2011, s. 99)

Ve své bakalářské práci Vetešníková (2023) uvádí, že výzkumy ukazují, že rutinní střevní příprava není nutná před laparoskopickými ani otevřenými operacemi, protože nepřináší výrazné zlepšení v orientaci na operačním poli ani při manipulaci se střevem. Její přínos se neprokázal ani u pacientek s vyšší hmotností či při odstranění zvětšené dělohy. Pokud se však předpokládá zásah do střeva, doporučuje se kombinace mechanického a antibiotického postupu. Co se týče lačnění, za dostačující se považuje přerušení příjmu tekutin 2 hodiny a lehkého jídla 6 hodin před výkonem. Podání nápoje s obsahem sacharidů může navíc zmírnit inzulínovou rezistenci. Dodržování těchto doporučení pomáhá snížit nepříjemné pocity před zákrokem, jako jsou hlad, žízeň nebo slabost.

PRAKTICKÁ ČÁST

7. CÍLE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě studia odborné literatury a specifikace bakalářské práce byl stanoven tento hlavní průzkumný cíl:

Hlavní průzkumný cíl:

Zjištění míry informovanosti pacientek, které podstoupily laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii.

Dílčí cíle:

1. Zjistit míru informovanosti pacientek před operačním výkonem.
2. Zjistit míru informovanosti pacientek v průběhu hospitalizace.
3. Zjistit míru informovanosti pacientek o pooperačním průběhu.
4. Zjistit míru informovanosti pacientek před propuštěním ze zdravotnického zařízení.

Průzkumné otázky:

1. Jaké má pacientka informace před operací?
2. Jak je pacientka informovaná po příchodu na lůžkové oddělení?
3. Jaké má pacientka informace po operaci?
4. S jakými informacemi odchází pacientka z oddělení?

8. METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Bakalářská práce na téma „Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie a informovanost pacientek“ se zaměřuje na teoreticko-průzkumné zkoumání této problematiky. Pro sběr potřebných dat byl využit polostrukturovaný dotazník vlastní tvorby, který byl anonymní a dobrovolný (Přílohy A). Dotazník byl sestaven na základě stanovených cílů a jeho účelem bylo zjistit, jak jsou pacientky informovány o výše zmíněné operaci, kterou podstoupily. Průzkum zjišťoval, zda byly pacientky poučeny, kde byly pacientkám poskytnuty informace, kdo je edukoval a jestli věděly potřebné informace o operaci a o předoperačním a pooperačním režimu.

9. TECHNIKA SBĚRU DAT

Hlavní průzkumné šetření probíhalo v městské nemocnici v období od 14. 9. 2023 do 22. 12. 2023. K jeho realizaci bylo nezbytné získat souhlas vrchní sestry a ředitelství dané nemocnice.

Ke sběru dat byla využita kvantitativní metoda prostřednictvím dotazníku. Tištěný dotazník obsahoval úvodní část, která respondentky seznámila s tématem bakalářské práce. Dále představila autorku a zároveň poskytla informace o anonymitě, dobrovolnosti účasti a předpokládané délce vyplnění. Dotazníky byly vloženy do obálek a osobně rozdány pacientkám na gynekologickém oddělení, které podstoupily operaci. Vyplňování dotazníků bylo anonymní a respondentky měly možnost účast odmítnout. Po vyplnění byl dotazník vložen zpět do obálky, ta byla zalepena a následně vhozena do uzamykatelného boxu, který byl umístěn na oddělení gynekologie. K tomu docházelo při propuštění pacientky z hospitalizace.

Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, z nichž se všechny vrátily zpět, tedy s návratností 100 %. Z důvodu neúplného vyplnění však bylo vyřazeno 10 dotazníků. Výsledná analýza průzkumné části bakalářské práce tak vychází ze 70 zpracovaných dotazníků, což představuje 87,5 %. Minimální požadovaný počet respondentek pro tento výzkum byl stanoven na 30, přičemž toto kritérium bylo díky zpracování zmíněných 70 dotazníků jednoznačně splněno.

10. PRŮZKUMNÝ NÁSTROJ

Hlavním nástrojem pro sběr dat byl autorský dotazník, který obsahoval celkem 19 otázek různého typu. Dotazník zahrnoval uzavřené otázky (č. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18), polouzavřené otázky (č. 4, 8, 9, 14) a jednu otevřenou otázku (č. 19). Uzavřené otázky nabízely výběr z předem stanovených odpovědí, přičemž u některých bylo možné zvolit pouze jednu odpověď, u jiných více. Konkrétně u otázek č. 4, 7, 8, 9, 14 a 16 byla umožněna volba více odpovědí, u ostatních pouze jedné.

U otázek č. 4, 8, 9 a 14 šlo o kombinaci uzavřených a otevřených variant, kdy respondentka mohla vybrat předdefinovanou odpověď, případně doplnit svou vlastní. Otázka č. 19 byla zcela otevřená a umožňovala respondentkám vyjádřit se vlastními slovy.

Otázky č. 12 a 17 měly hodnotící charakter a respondentky vybíraly z pětibodové škály odpovědí. Otázky č. 3, 5, 6, 10, 11 a 13 byly rovněž hodnotící, ale s výběrem ze tří odpovědí. Dotazník obsahoval také jednu testovací otázku, jejímž cílem bylo zjistit, zda respondentky dokážou určit správnou odpověď. Výsledky této otázky byly velmi příznivé.

10.1. Charakteristika průzkumného vzorku

Průzkumu se zúčastnilo celkem 80 žen, které splnily předem stanovená kritéria pro zařazení do šetření. Respondentky byly osloveny na gynekologickém oddělení a požádány o vyplnění dotazníku. Vyplněné dotazníky byly následně anonymně odevzdány v zalepených obálcích do zabezpečeného boxu umístěného na oddělení. Hlavním kritériem pro zařazení do výzkumu bylo podstoupení laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie. Věk respondentek byl zjišťován prostřednictvím první uzavřené otázky v dotazníku.

Nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věku 40–50 let, které představovaly 45 % ze všech respondentek. Druhou nejčastěji zastoupenou věkovou kategorií byly ženy ve věku 50–60 let (28 %). Nejmenší zastoupení měly ženy mladší 40 let a ženy starší 60 let, přičemž v obou těchto skupinách bylo shodně 9 respondentek, tedy 12 %.

10.2. Zpracování a vyhodnocení získaných dat

Dotazníkové šetření bylo ukončeno dne 22. 12. 2023 Z celkového počtu 80 dotazníků bylo pro analýzu použito 70. Zbývajících 10 dotazníků bylo z analýzy vyřazeno, jelikož obsahovaly

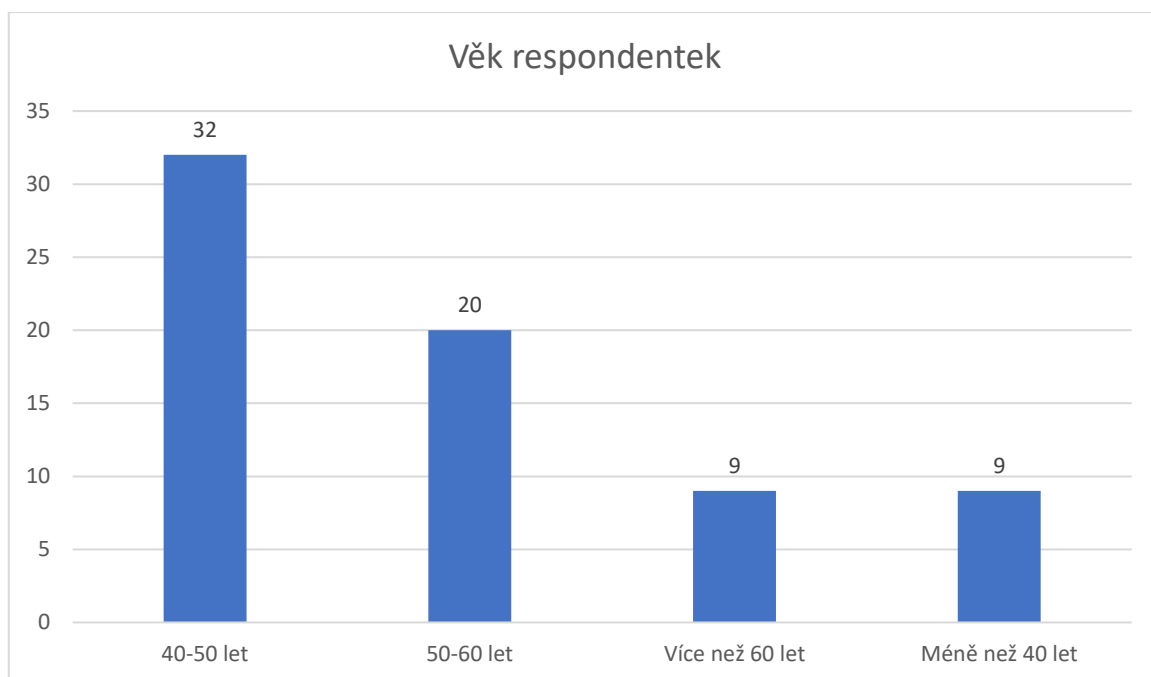
chybné či neúplné odpovědi nebo vykazovaly známky nepochopení některých otázek. Získaná data byla zanesena do grafů, které jsou uvedeny v kapitole *Výsledky průzkumu*. Ke každé otázce je zpracovaný graf s popisem a shrnutím výsledků vyjádřených v procentech. Procentuální hodnoty byly vypočítány jako podíl zodpovězených odpovědí u jednotlivých otázek vůči celkovému počtu respondentek, které se výzkumu účastnily.

VÝSLEDKY PRŮZKUMU

V této kapitole jsou uvedeny výsledky analýzy dat získaných z provedeného dotazníkového šetření. Vyhodnocení těchto informací bylo provedeno za pomoci grafů vytvořených v aplikaci Microsoft Excel.

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

- a. Méně než 40 let
- b. 40-50 let
- c. 50-60 let
- d. Více než 60 let



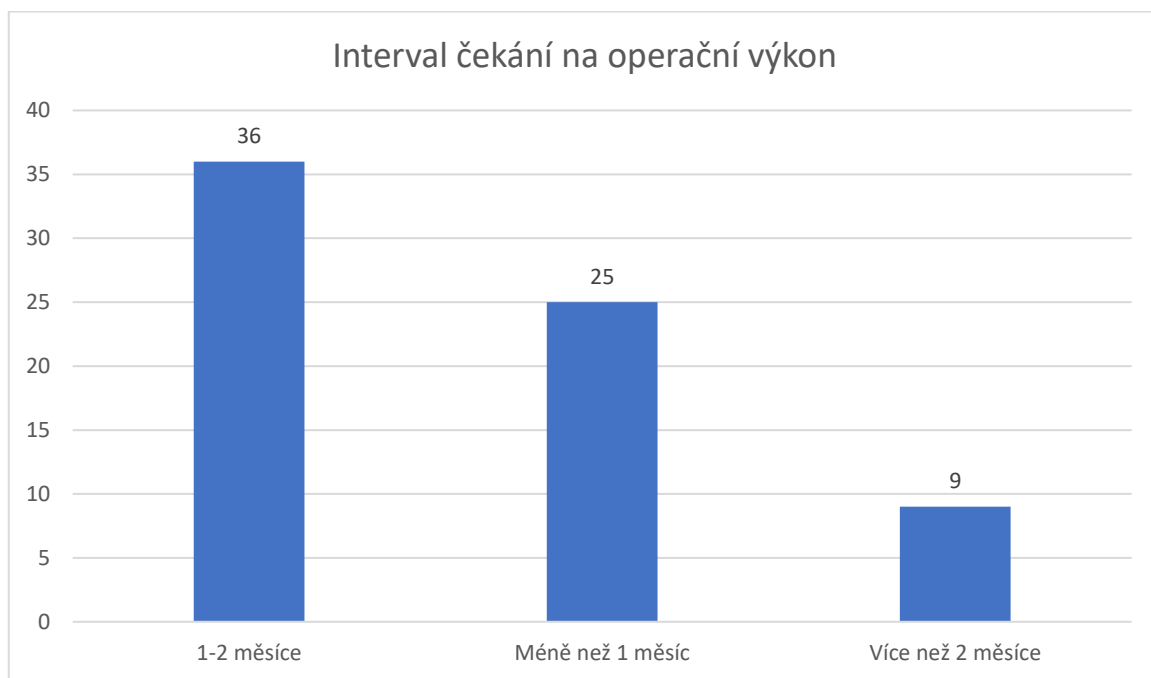
Obrázek 1 - Věk respondentek

První otázka dotazníkového šetření se zaměřovala na věk respondentek s cílem zjistit, které věkové skupiny jsou mezi odpovídajícími nejvíce zastoupené. Největší podíl respondentek tvořily ženy ve věku 40-50 let, kterých bylo celkem 32, což představuje 45 % všech zúčastněných. Ženy v tomto věku často trápí gynekologické potíže, které mohou vést k hysterektomii, což pravděpodobně vysvětluje, proč jich bylo v průzkumu nejvíce. Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 50-60 let. Celkem se jednalo o 20 respondentek, tedy 28 %. I v této věkové kategorii bývá hysterektomie poměrně častým

výkonem. Skupiny žen mladších 40 let a starších 60 let byly zastoupeny shodně. Každou z nich tvořilo 9 respondentek (12 %) (Obrázek 1).

Otázka č. 2: Jak dlouho jste čekala na operaci?

- a. Méně než 1 měsíc
- b. 1-2 měsíce
- c. Více než 2 měsíce



Obrázek 2 - Interval čekání na operační výkon

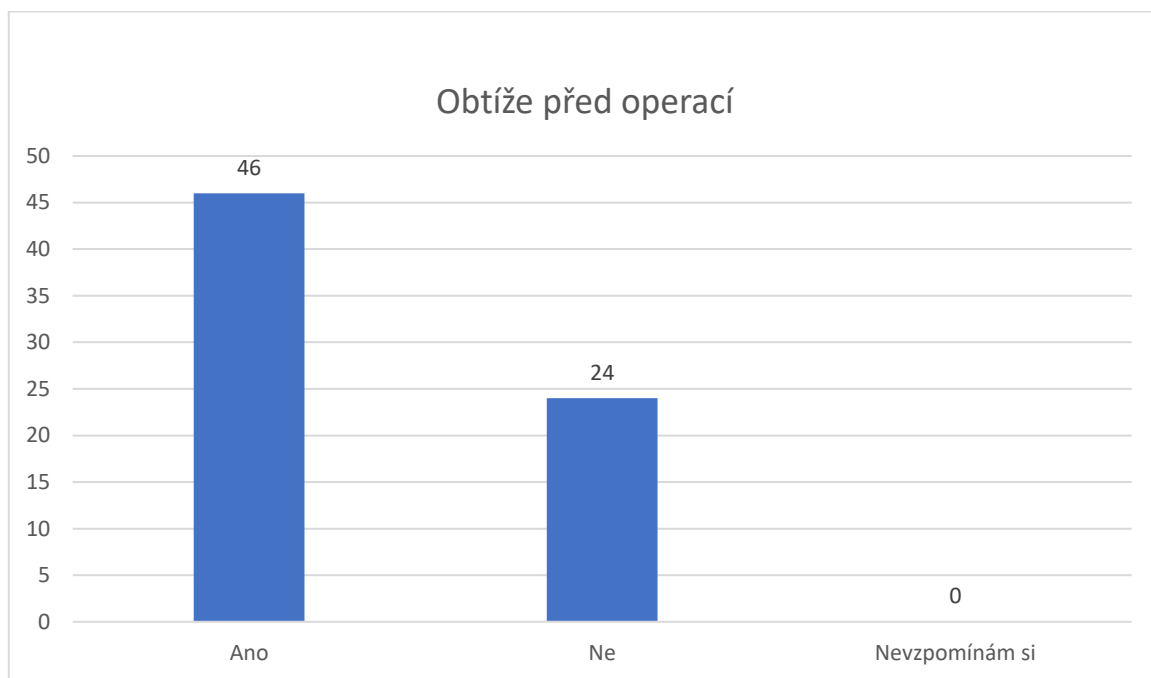
Druhá otázka v dotazníku se týkala délky čekací doby, přesněji jak dlouho pacientky čekaly na operační zákrok. Z výsledků vyplývá, že největší skupinu tvořily respondentky, které na operaci čekaly v rozmezí 1-2 měsíců. Tuto odpověď uvedlo celkem 36 žen, což představuje přibližně 51 % všech zúčastněných. Tato doba může být považována za relativně standardní, zejména s ohledem na kapacitní možnosti zdravotnických zařízení a nutnost předoperační přípravy. Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy, které na zákrok čekaly méně než 1 měsíc. Takto rychlý termín mělo celkem 25 respondentek, tedy 35 %. V těchto případech se mohlo jednat například o urgentnější indikace nebo situace, kdy byl v daném zařízení k dispozici volný termín k operaci v kratším čase.

Nejmenší skupinu tvořily ženy, které čekaly na zákrok déle než 2 měsíce. Tuto odpověď uvedlo 9 respondentek, což představuje přibližně 12 %. Delší čekací doba může být ovlivněna

například vyšším počtem pacientek na čekací listině, individuálním zdravotním stavem pacientky, či dalšími organizačními faktory (Obrázek 2).

Otázka č. 3: Měla jste nějaké obtíže před operací?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevzpomínám si



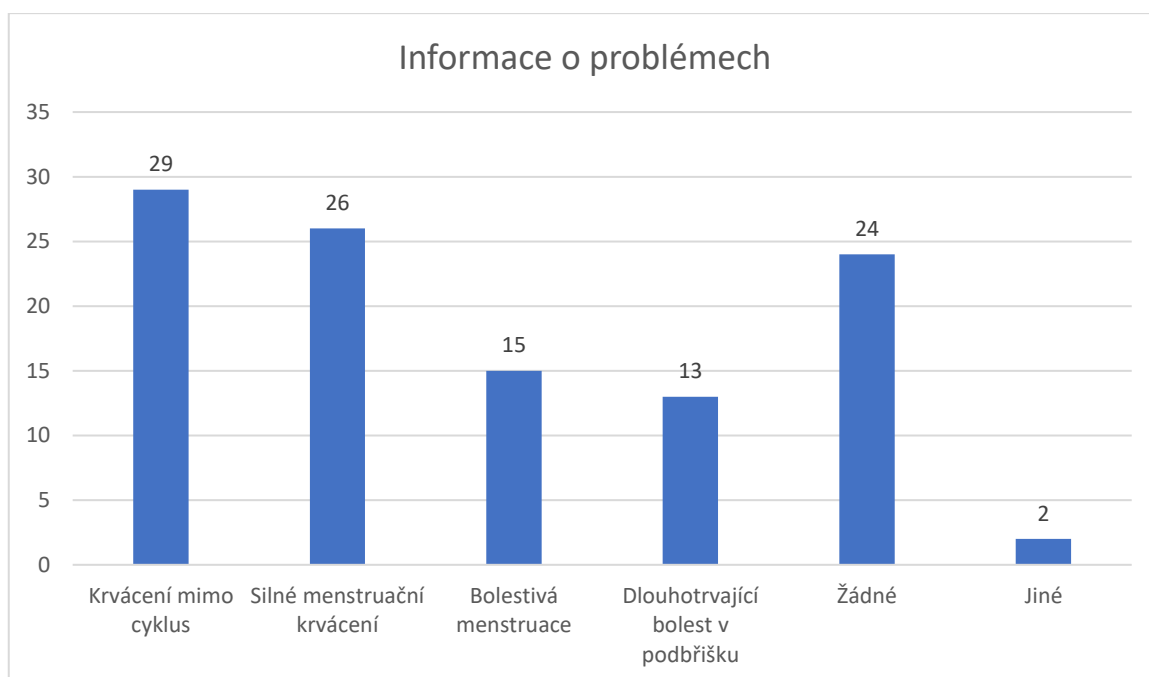
Obrázek 3 - Obtíže před operací

Z grafu vyplývá, že více než polovina žen se před operací potýkala s určitými obtížemi, přesněji 46 respondentek (65 %). Zbýlých 24 respondentek (34 %) žádné obtíže před operací nezaznamenaly. Z grafu vyplývá, že více než polovina respondentek, konkrétně 46 žen (65 %), se před operací potýkala s různými obtížemi. Tyto obtíže mohly zahrnovat různé gynekologické problémy, které budou uvedeny v následující otázce.

Na druhé straně 24 respondentek (34 %) uvedlo, že žádné obtíže před operací nezaznamenaly. Tento výsledek může naznačovat, že i ženy, které neměly výrazné symptomy, byly operaci podrobeny na základě jiných indikací, jako je prevence nebo doporučení lékaře na základě jiných faktorů, například rodinné anamnézy nebo vyšetření, které naznačily potřebu zákroku (Obrázek 3).

Otázka č. 4: Jaké problémy jste měla před operací? *více možných odpovědí*

- a. Krvácení mimo cyklus
- b. Silné menstruační krvácení
- c. Bolestivá menstruace
- d. Dlouhotrvající bolest v podbříšku
- e. Žádné
- f. Jiné.....



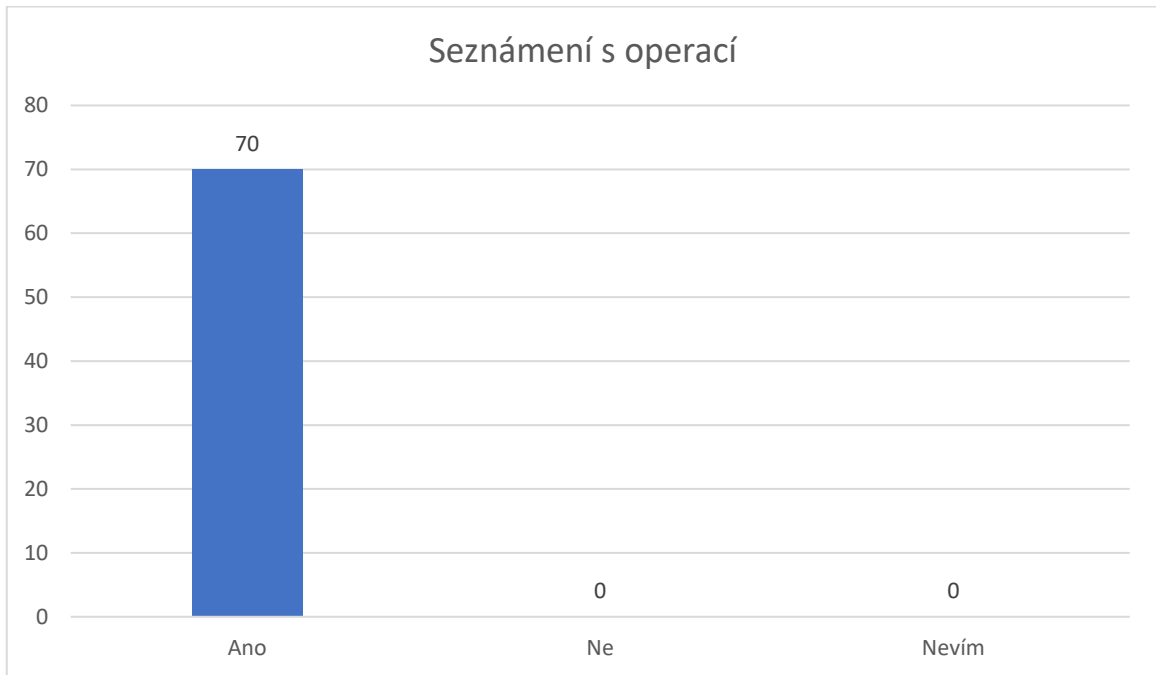
Obrázek 4 - Informace o problémech

Otázka č. 4 se týkala problémů u pacientek před operací a umožňovala respondentkám vybrat z více odpovědí. Nejčastějšími potížemi, které pacientky před operací zažívaly, bylo krvácení mimo cyklus. Tuto odpověď uvedlo celkem 29 žen, což představuje 41 % všech respondentek. Druhou nejčastější potíží bylo silné menstruační krvácení, které uvedlo 26 respondentek (37 %). Tyto problémy můžou mít vážný dopad na každodenní život, práci a celkovou pohodu pacientky. Dále 15 respondentek (21 %) mělo bolestivou menstruaci, což je další zdravotní problém, který může ovlivnit kvalitu života. Další potíží, kterou uvádělo 13 respondentek (18 %), byla dlouhotrvající bolest v podbříšku. Respondentky nejvíce spojovaly krvácení mimo cyklus se silným menstruačním krvácením a bolestivou menstruací s bolestmi v podbříšku k sobě. Na druhé straně 24 respondentek (34 %) uvedlo, že před operací žádné zdravotní

problémy neměly, což se shoduje s výsledky u otázky č. 3. Dvě respondentky (2 %) uvedly jiné než výše zmíněné problémy, konkrétně myomy (Obrázek 4).

Otázka č. 5: Seznámil Vás přijímající lékař s operací?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

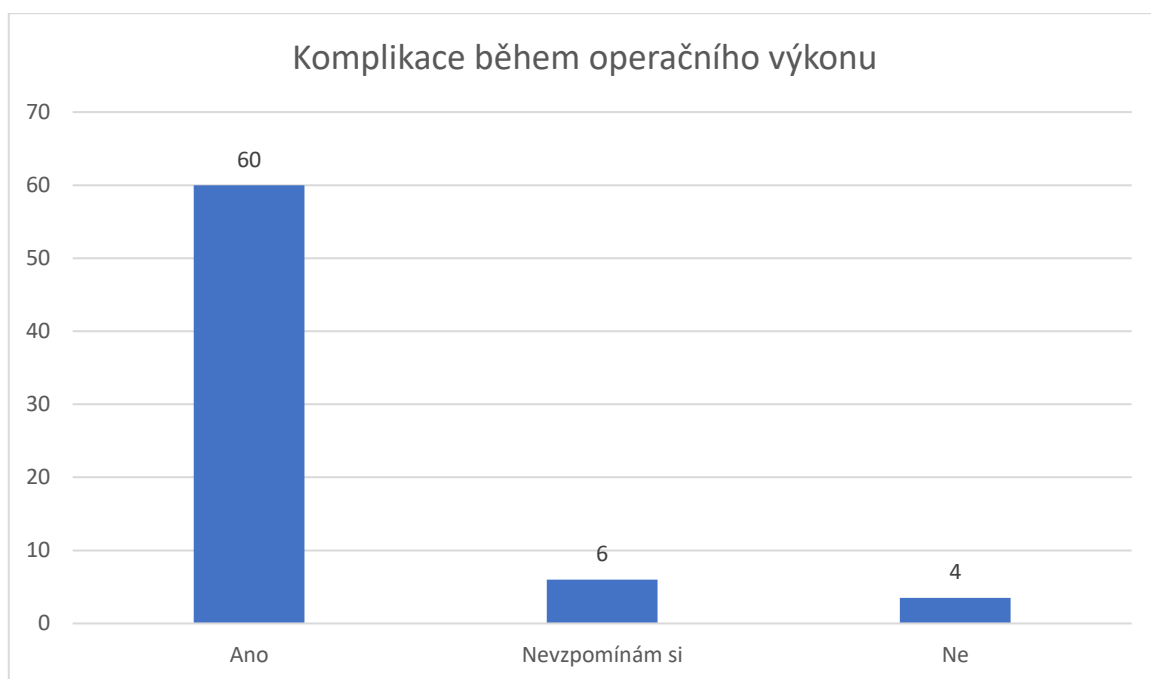


Obrázek 5 - Seznámení s operací

U této otázky byly všechny dotazované ženy, tedy 70 respondentek (100 %), seznámeny se svou operací od svého přijímacího gynekologa. To znamená, že každá z pacientek měla možnost získat informace o tom, jaký operační zákrok ji čeká, a byla s tímto procesem plně obeznámena. Tento krok je důležitý, protože správná informovanost pacientky o plánované operaci je klíčová (Obrázek 5).

Otázka č. 6: Byla jste informována o možných komplikacích operačního výkonu?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevzpomínám si

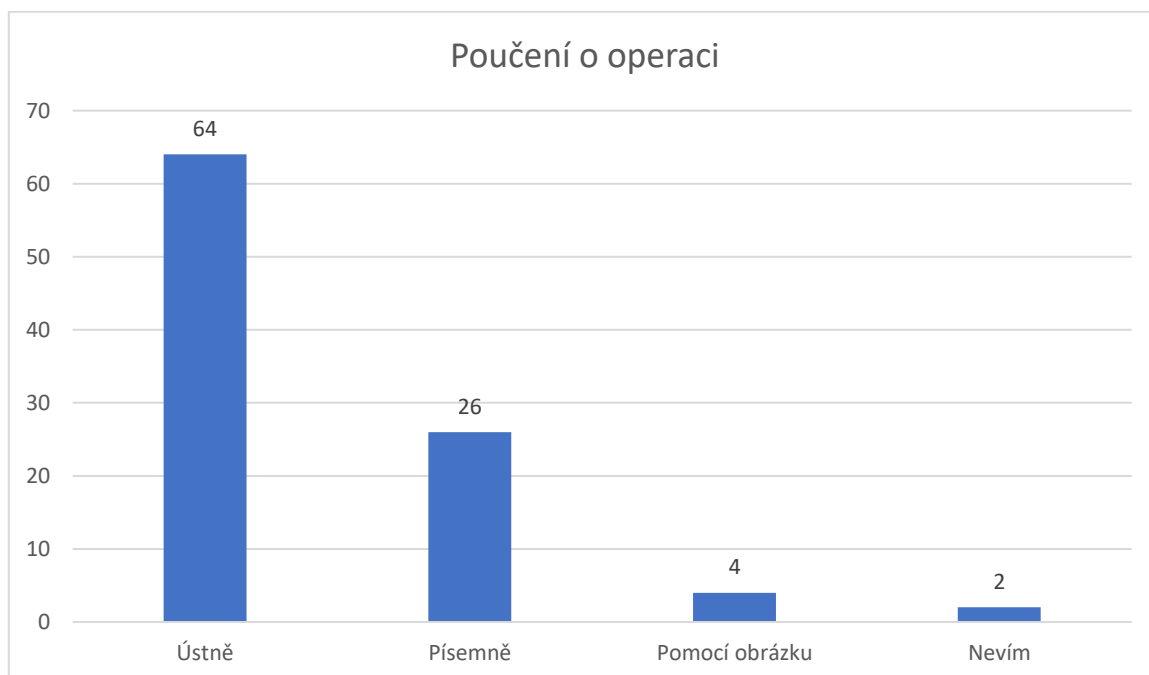


Obrázek 6 - Komplikace během operačního výkonu

Graf znázorňuje, že převážně většina pacientek byla informována o možných komplikacích operačního výkonu. Konkrétně 60 respondentek (85 %) potvrdilo, že jim lékař vysvětlil možná rizika a komplikace, které by se mohly vyskytnout. Naopak 6 respondentek (8 %) si na informace nevzpomíná, to naznačuje, že buď informace byly podány nedostatečně, nebo si je pacientky z různých důvodů nepamatují. Zbývající 4 respondentky (5 %) uvedly, že vůbec informovány nebyly (Obrázek 6).

Otázka č. 7: Jak probíhalo poučení o operaci? více možných odpovědí

- a. Ústně
- b. Písemně
- c. Pomocí obrázku
- d. Nevím



Obrázek 7 - Poučení o operaci

Otázka č. 7 se zaměřovala na to, jakým způsobem bylo pacientkám poskytnuto poučení o operaci. Tato otázka měla více možných odpovědí, protože každá pacientka mohla mít jiný způsob informování.

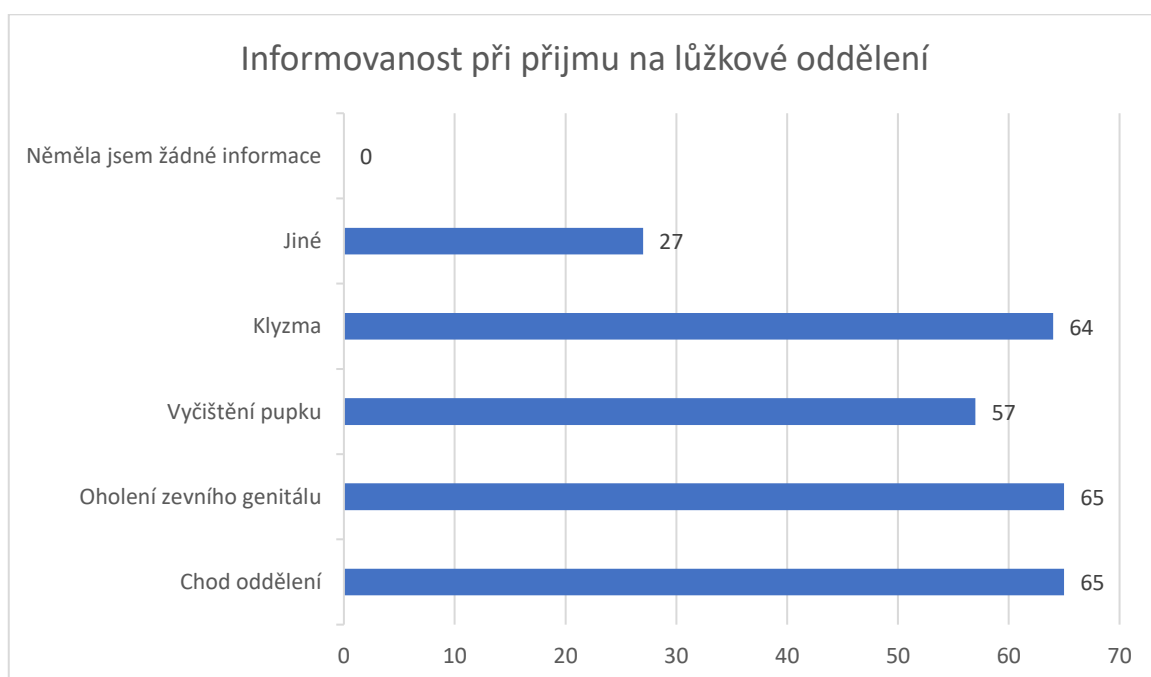
Nejčastější formou poučení bylo ústní, které dostalo 40 respondentek (57 %). To znamená, že více než polovina pacientek se o operaci dozvěděla hlavně ústně od svého gynekologa. Tento způsob je často osobní a umožňuje pacientkám klást otázky a okamžitě získat odpovědi. 3 respondentky (4 %) uvedly, že jejich informování o operaci probíhalo pouze písemně. To znamená, že dostaly informace v písemné formě, který si mohly prostudovat.

Dalších 21 respondentek (30 %) uvedlo, že byly informovány jak ústně, tak písemně. Tento kombinovaný způsob poučení je velmi běžný. Poučení pomocí obrázku bylo zaznamenáno pouze u jedné respondentky (1 %). Tento způsob je méně obvyklý, ale může být užitečný pro pacientky. Dále 1 respondentka (1 %) uvedla, že jí bylo poskytnuto poučení jak ústně, tak i pomocí obrázku. K pacientkám, u kterých poučení o operaci probíhalo pomocí všech 3 verzí, patří 2 respondentky (2 %). Nakonec, 2 respondentky (2 %) uvedly, že už neví, jakým způsobem probíhalo poučení o operaci. Tato rozmanitost způsobů informování o operaci ukazuje, že pacientky mohou preferovat různé formy získávání informací, a proto je důležité přizpůsobit způsob poučení individuálním potřebám (Obrázek 7).

Otázka č. 8: O čem Vás porodní asistentka informovala při příjmu na lůžkové oddělení?

více možných odpovědí

- a. Chod oddělení
- b. Oholení zevního genitálu
- c. Vyčištění pupku
- d. Klyzma (vyprázdnění střev)
- e. Jiné.....
- f. Neměla jsem žádné informace

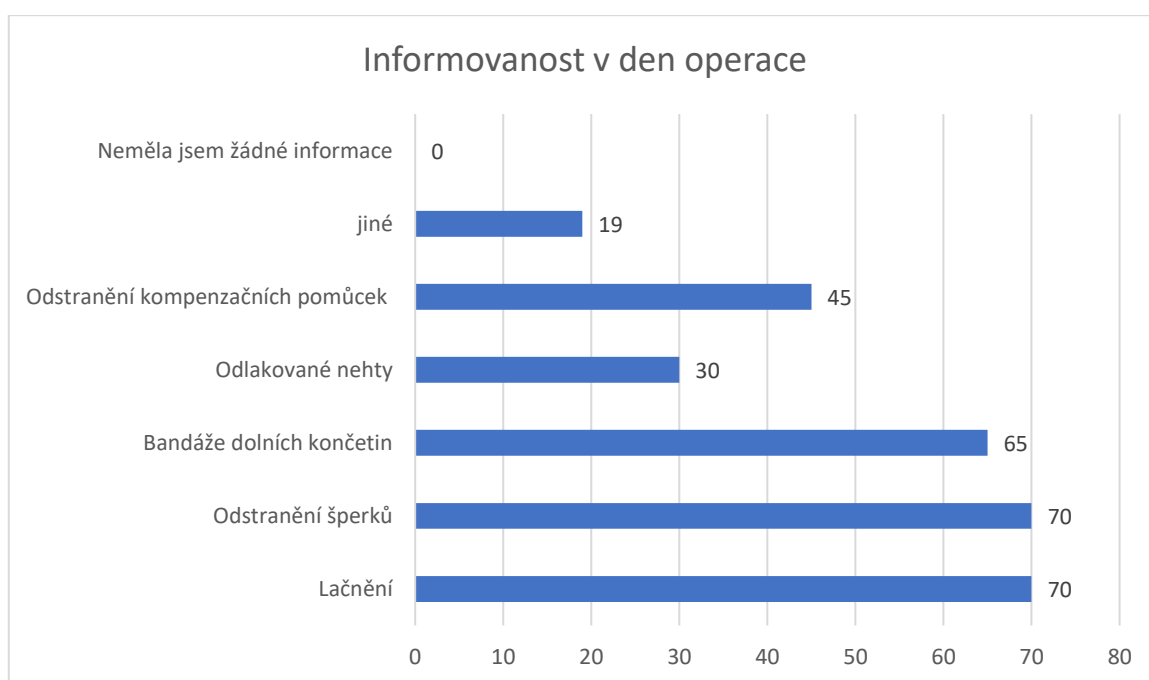


Obrázek 8 – Informovanost při příjmu na lůžkové oddělení

Tato otázka se soustředila na to, jaké informace měly respondentky při příjmu na lůžkové oddělení. Nejčastější odpovědí bylo, že porodní asistentka seznámila 65 respondentek (92 %) s chodem oddělení a oholením zevního genitálu. O klyzmatu vědělo 64 respondentek (91 %), zatímco o vyčištění pupku bylo poučeno 57 respondentek (81 %). 38 %, tedy 27 respondentek uvedlo jiné informace, které se týkaly vaginálních čípků, jakožto dezinfekce pochvy, a miniheparinizací, což jim bylo vysvětleno jako prevence tromboembolické nemoci. Žádná respondentka neuvedla, že by postrádala jakékoli informace, což svědčí o dobře zajištěné komunikaci při příjmu (Obrázek 8).

Otázka č. 9: Jaké informace Vám byly poskytnuty v den operace? více možných odpovědí

- a. Lačnění (nejíst a nepít)
- b. Odstranění šperků
- c. Bandáže dolních končetin
- d. Odlakované nehty
- e. Odstranění kompenzačních pomůcek (zubní náhrada, naslouchátko, brýle, kontaktní čočky)
- f. Jiné.....
- g. Neměla jsem žádné informace



Obrázek 9 - Informovanost v den operace

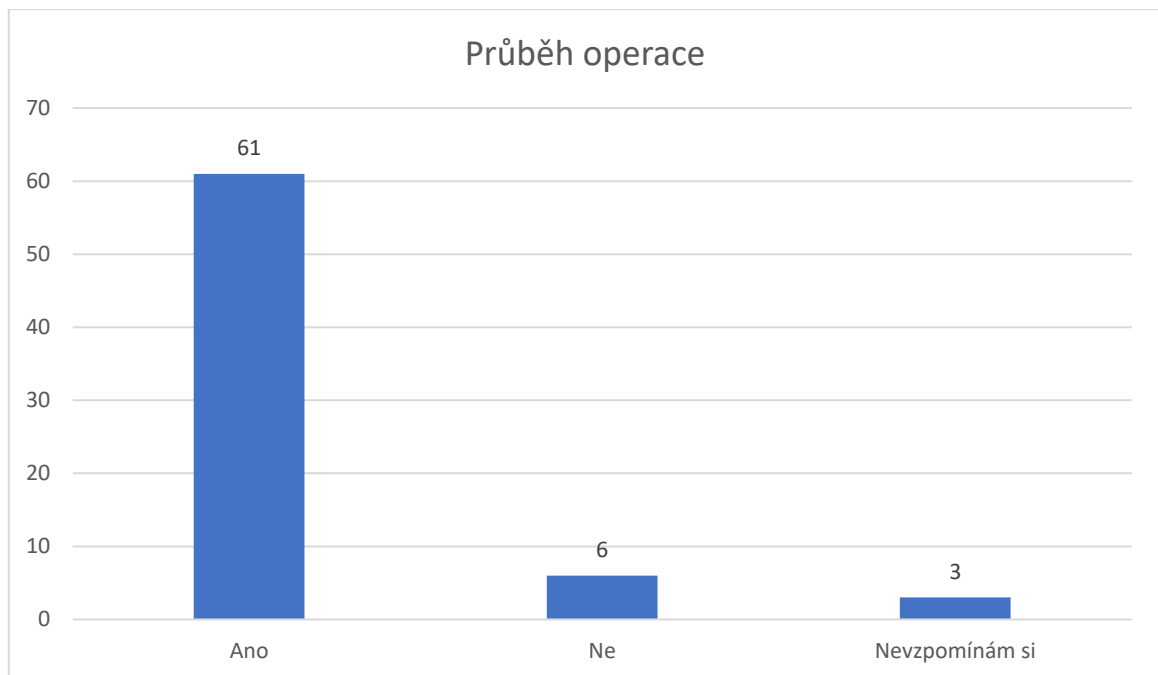
Tato část průzkumu se zaměřila na informovanost respondentek v den operace. Nejvíce z nich, konkrétně 70 respondentek (100 %), bylo poučeno o lačnění a odstranění šperků, což jsou klíčové aspekty předoperační přípravy.

Dále bylo 65 respondentek (92 %) informováno o bandážích dolních končetin. Odstranění kompenzačních pomůcek bylo zmíněno u 45 respondentek (64 %), pravděpodobně v závislosti na individuálních potřebách. Nejméně respondentek, 30 (42 %), uvedlo, že jim bylo sděleno, že měly mít odlakované nehty, což může naznačovat, že na tuto informaci není vždy kladen důraz.

19 respondentek (27 %) vypsalo jiné informace, než které byly uvedeny v možnostech. Zmínily se o tom, že byly informovány o pořadí, v jakém půjdou na operační sály, a o přibližném času odjezdu. Důležité je, že žádná respondentka neuvedla, že by nebyla informována vůbec, což svědčí o pečlivém přístupu zdravotnického personálu (Obrázek 9).

Otázka č. 10: Měla jste možnost mluvit s Vaším operátorem o průběhu operace?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevzpomínám si

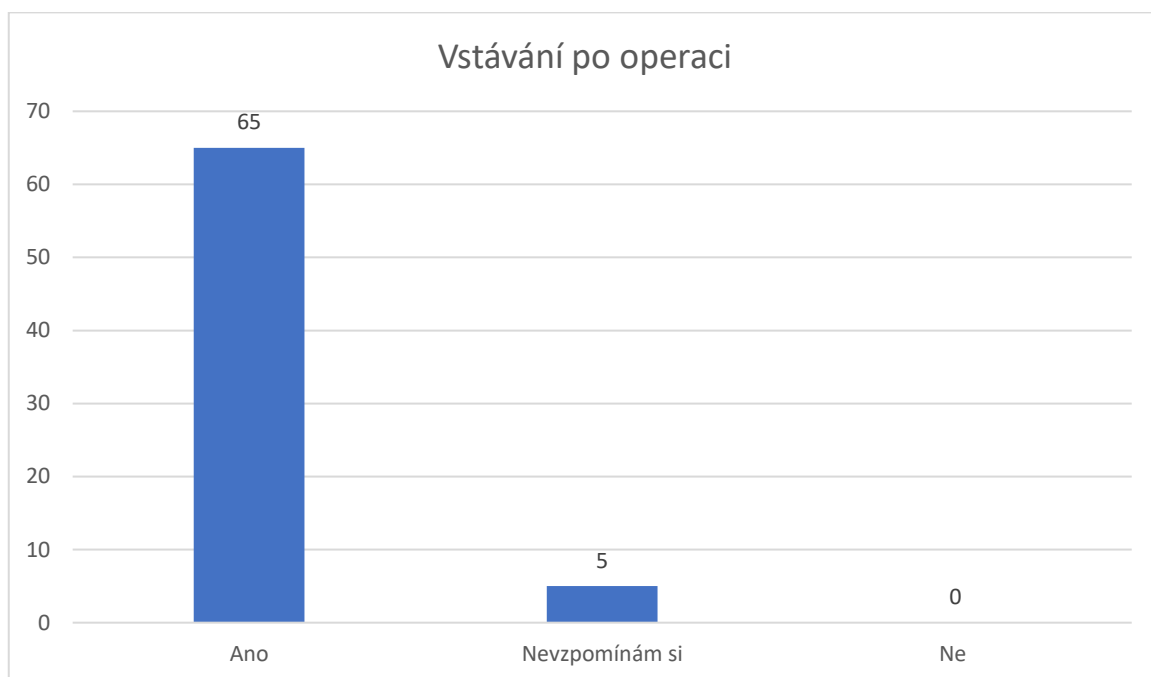


Obrázek 10 - Průběh operace

Z celkového počtu 70 žen, tedy (100 %), 61 žen (87 %) bylo informováno po operaci o průběhu jejich operace, 6 žen (8 %) uvedlo, že nikoliv a zbylé 3 ženy (4 %) si na takovou informaci nevzpomínají (Obrázek 10).

Otázka č. 11: Byla jste informovaná o způsobu vstávání po operaci? (vstávání přes bok, kvůli menší bolestivosti)

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevzpomínám si

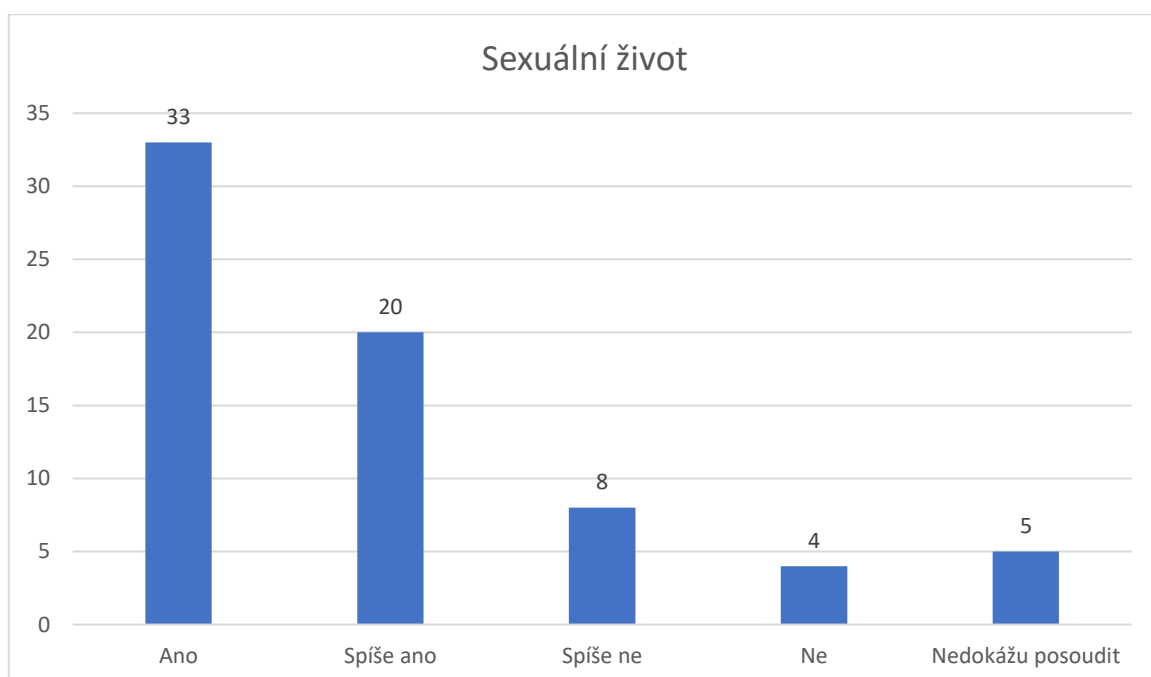


Obrázek 11 - Vstávání po operaci

Na otázku č. 11 většina, tedy 65 respondentek (92 %), odpověděla, že byla informována o způsobu vstávání po operaci (vstávání přes bok, kvůli menší bolestivosti). Zbýlých 5 respondentek (7 %) si na takové informace nevzpomíná (Obrázek 11).

Otázka č. 12: Byla Vám vysvětlena otázka sexuálního života?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne
- e. Nedokážu posoudit

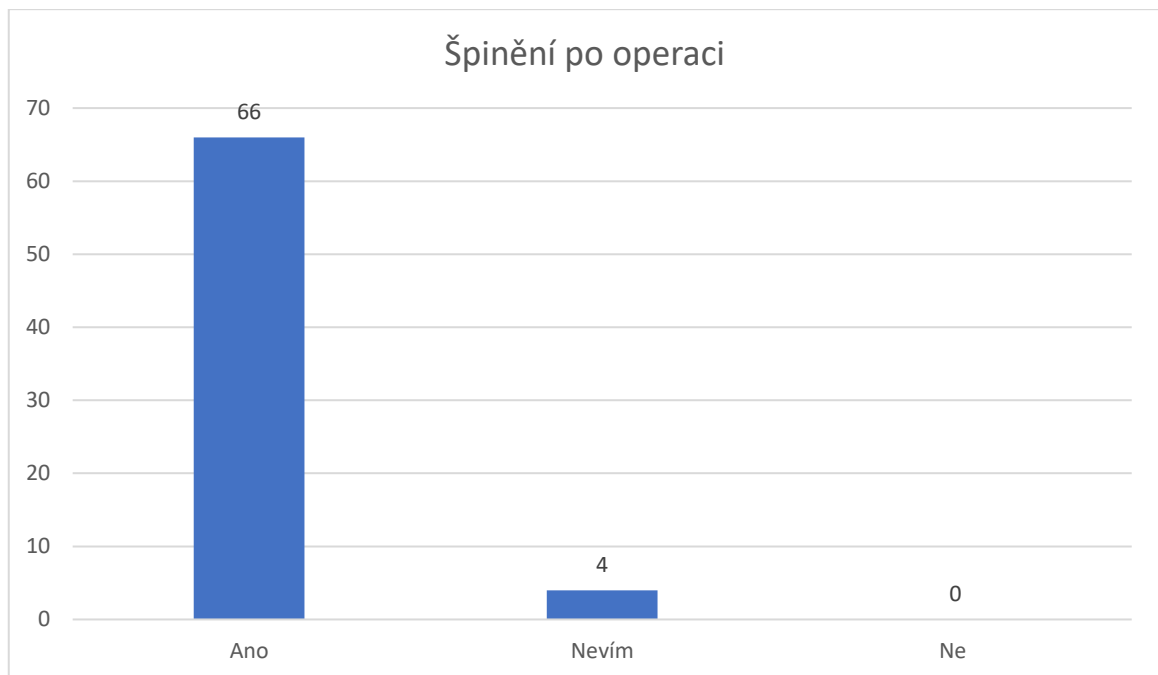


Obrázek 12 - Sexuální život

Z odpovědí vyplývá, že nejčastější volbou bylo „ano“, kterou zvolilo 33 žen, což představuje 47 % všech dotázaných. Možnost „spíše ano“ uvedlo dalších 20 žen (28 %). Celkem tedy 53 žen (75 %) uvedlo odpovědi naznačující určitou míru souhlasu. 8 respondentek (11 %) uvedlo, že jim tato otázka vysvětlena spíše nebyla, 4 respondentkám (5 %), podle jejich vědomí, tato informace nebyla sdělena a 5 respondentek (7 %) nedokáže posoudit míru informovanosti v této oblasti (Obrázek 12).

Otázka č. 13: Informoval Vás gynekolog, že po operaci budete špinit?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

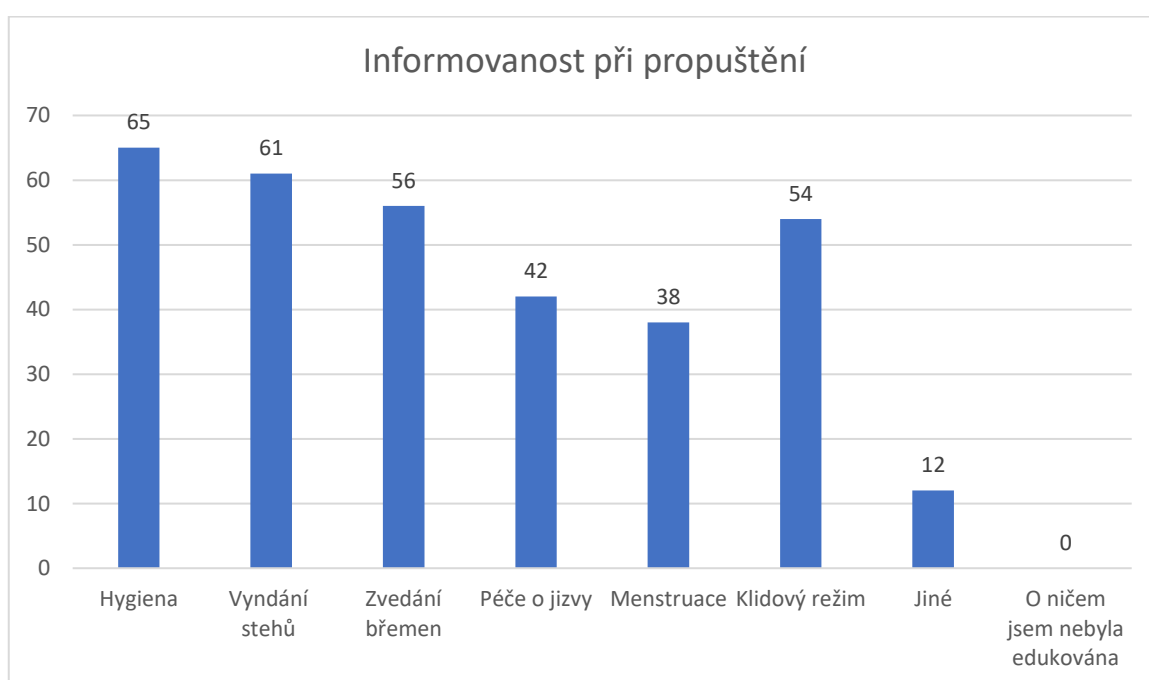


Obrázek 13 - Špinění po operaci

Z grafu lze vidět, že téměř všechny pacientky odpověděly, že byly gynekologem o této informaci informovány, a to 66 respondentek (94 %). Zbylé 4 respondentky (5 %) už nevědí, zda jim tato informace byla poskytnuta (Obrázek 13).

Otázka č. 14: Byla jste v rámci propuštění edukována o: (více možných odpovědí)

- a. Hygieně
- b. Vyndání stehů
- c. Zvedání břemen
- d. Péči o jizvy
- e. Menstruaci
- f. Klidovém režimu
- g. Jiné.....
- h. O ničem jsem nebyla edukována



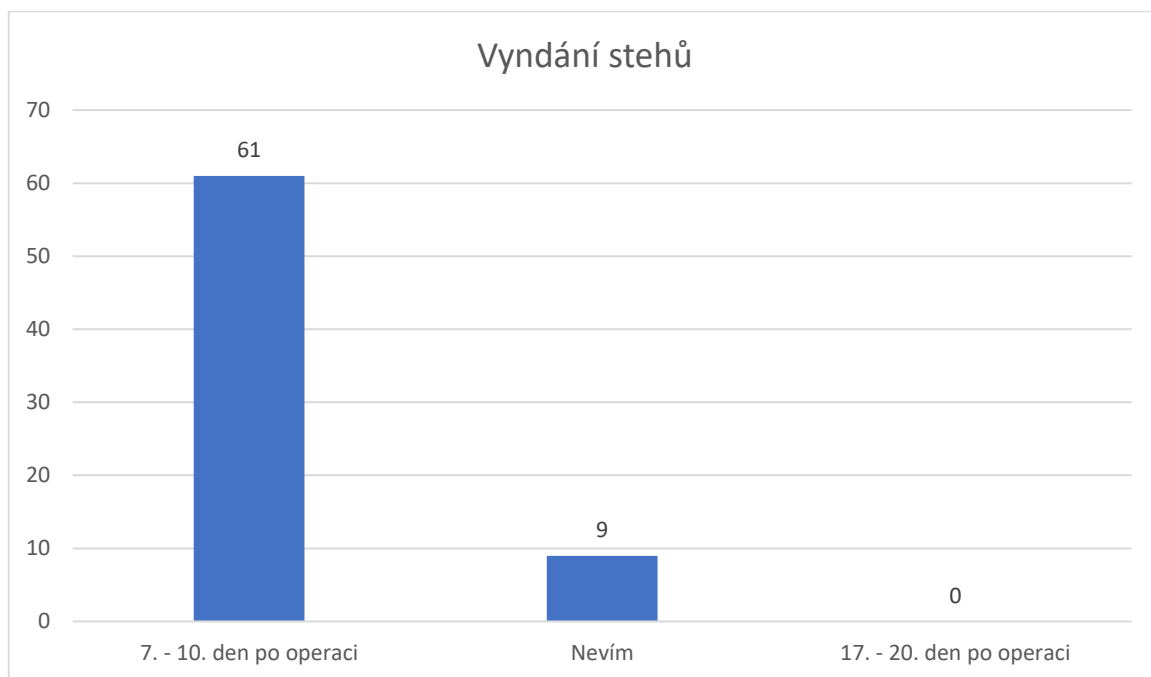
Obrázek 14 - Informovanost při propuštění

Otázka č. 14 se týkala informovanosti při propuštění a nabízela více možných odpovědí. Nejvíce respondentek, a to 65 (92 %), bylo při propuštění informováno o hygieně, což je velmi důležitá součást pooperační péče. O vyndání stehů mělo informace 61 respondentek (87 %), další možností bylo zvedání břemen, kterou zvolilo 56 respondentek (80 %) a v neposlední řadě byla velmi častá odpověď i klidový režim, o kterém bylo dostatečně informováno 54 respondentek (77 %).

42 respondentek (60 %) uvedlo informovanost ohledně péče o jizvy a 38 respondentek (54 %) menstruaci, což naznačuje, že tato témata nejsou natolik zdůrazňována. Pouze 12 respondentek (17 %) uvedlo, že byly informovány o sexuální abstinenci a o kontrole po operaci. Pozitivní je, že žádná pacientka nevedla, že by nebyla edukována vůbec, což znamená, že všechny dostaly alespoň nějaké informace při propuštění (Obrázek 14).

Otázka č. 15: Za jak dlouho byste měla jít na vyndání stehů?

- a. 7.-10. den po operaci
- b. 17.-20. den po operaci
- c. Nevím

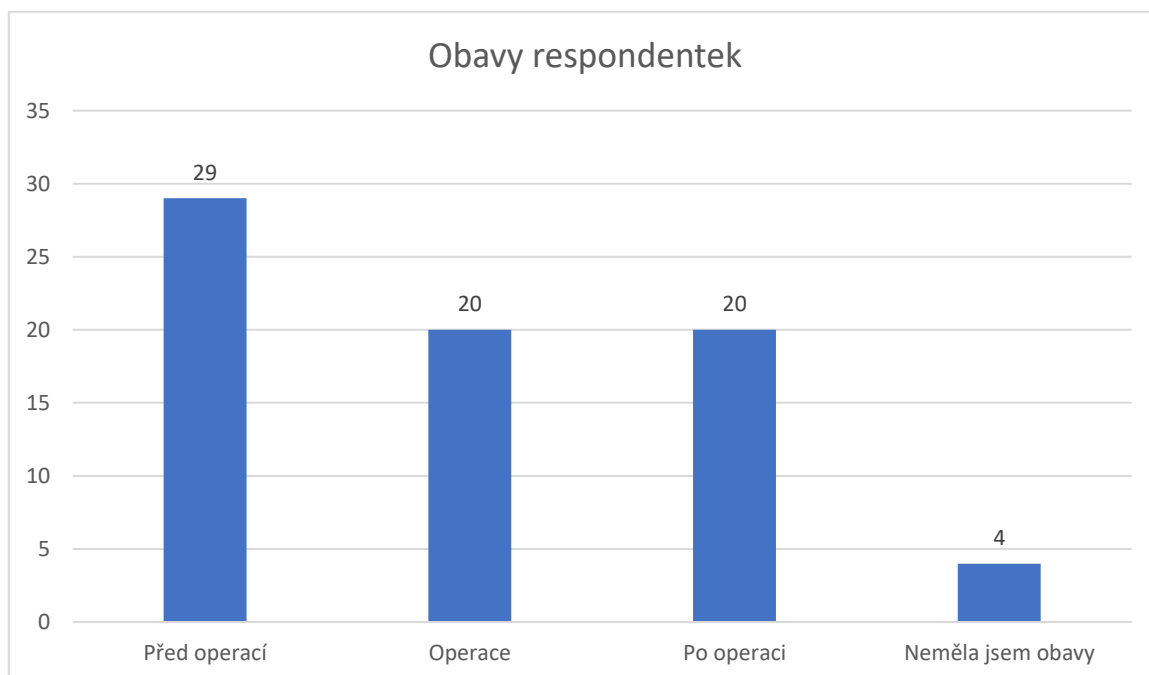


Obrázek 15 - Vyndání stehů

Otázka č. 15 byla v dotazníku zvolena, aby otestovala respondentky, jestli vědí, za jak dlouho se mají dostavit na vyndání stehů. Z výše uvedeného grafu si můžeme všimnout, že 61 respondentek (87 %) určilo správně, po jaké době mají jít na vyndání stehů, zbylých 9 respondentek (12 %) neví (Obrázek 15).

Otázka č. 16: Z jakého období jste měla největší obavy? více možných odpovědí

- a. Před operací
- b. Operace
- c. Po operaci
- d. Neměla jsem obavy

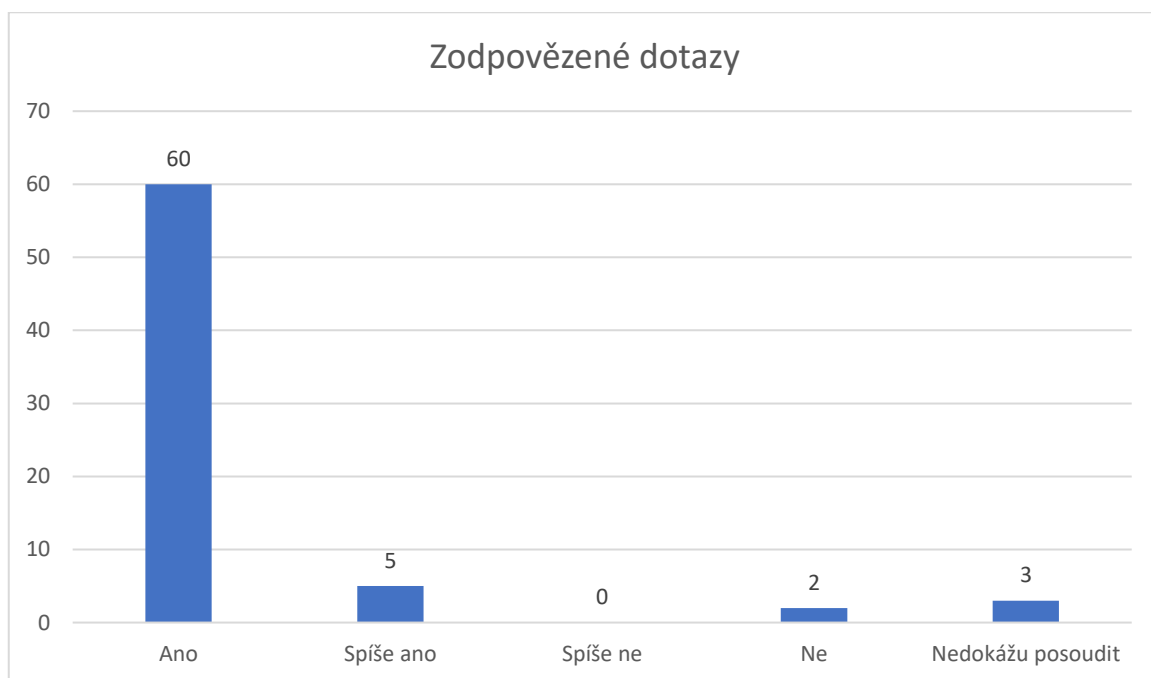


Obrázek 16 - Obavy respondentek

Otázka č. 16 se zabývá tím, z jakého období měly pacientky největší obavy. Nejvíce pacientek se obávalo období před operací, a to 28 respondentek (40 %), 17 respondentek (24 %) se obávalo období samotné operace a období po operaci. 1 respondentka (1 %) se obávala období před a po operaci a 3 respondentky (4 %) se obávaly jak samotné operace, tak i období po operaci. 4 respondentky (5 %) uvedly, že žádné obavy neměly (Obrázek 16).

Otázka č. 17: Byly zodpovězené všechny Vaše dotazy během hospitalizace?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne
- e. Nedokážu posoudit

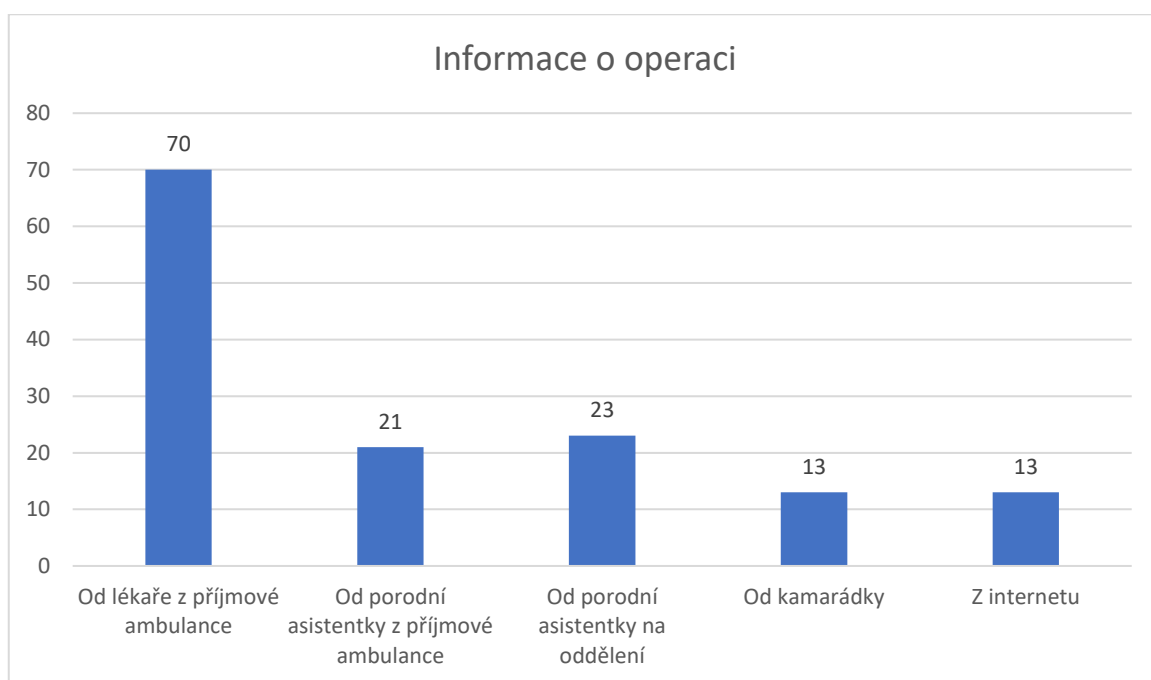


Obrázek 17 - Zodpovězené dotazy

Výsledky ukazují, že drtivá většina respondentek měla během hospitalizace zodpovězeny všechny otázky týkající se operace, konkrétně 60 respondentek (85 %). Zbýlých 5 respondentek (7 %) označily odpověď „spíše ano“. Nejnižší zastoupení měla odpověď „ne“, pro kterou se rozhodly pouze 2 respondentky (2 %). 3 respondentky (4 %) nedokážou posoudit, zda na všechny jejich dotazy bylo odpovězeno (Obrázek 17).

Otázka č. 18: Kde jste zjistila veškeré informace o operaci? více možných odpovědí

- a. Od lékaře z příjmové ambulance
- b. Od porodní asistentky z příjmové ambulance
- c. Od porodních asistentek na oddělení
- d. Od kamarádky
- e. Z internetu



Obrázek 18 - Informace o operaci

Informace o operaci byly všem pacientkám, tedy 70 respondentkám (100 %), sděleny lékařem z příjmové ambulance. Z tohoto počtu 21 respondentek (30 %) získalo informace rovněž od porodní asistentky na příjmové ambulanci, 23 respondentek (32 %) obdrželo informace od porodní asistentky na oddělení. Dalších 13 respondentek (18 %) se informovalo od kamarádky a stejný počet respondentek (18 %) hledal informace na internetu (Obrázek 18).

Otázka č. 19: Byla jste spokojená s hospitalizací? Máte nějaké připomínky ohledně informovanosti, zdravotnické péče nebo zdravotnického personálu?

Poslední otázka v dotazníku je otázkou otevřenou, respondentky tak mají možnost se více rozepsat. Převážná část respondentek odpovídala stylem „ano, jsem spokojená“ a „nemám další připomínky“. 6 pacientek, což představuje 8 % ze všech dotazovaných, mělo výhrady jak s hospitalizací, tak se zdravotnickým personálem a poskytovanými informacemi. Respondentky si stěžovaly na délku hospitalizace, na neúplnost informací, a nelíbilo se jim ani dlouhé lačnění před a po operaci. Odpovědi, kde se respondentky více rozepsaly, cituji níže.

Respondentka č. 1 S hospitalizací jsem byla opravdu velice spokojená. Přístup lékařů i ošetřujícího personálu byl neskutečně vstřícný a ochotný.

Respondentka č. 2 Naprostá spokojenost, ochotný personál, dostatečná informovanost, profesionální chování lékařů i sester.

Respondentka č. 3 Vstřícný personál, na každou otázku, kterou jsem položila, jsem dostala odpověď. Příjemné chování, profesionalita. Za mě 100% ochota.

Respondentka č. 4 Všichni byli ochotní, milí a profesionální, děkuji všem za lidský přístup a trpělivost.

Respondentka č. 5 Byla jsem spokojená celkově s přístupem personálu, ochotou i radami.

Respondentka č. 6 Moc spokojená, sestřičky i lékaři odpověděli na vše, co mě zajímalo.

Respondentka č. 7 Do zařízení jsem vstupovala s důvěrou, o lidském, důstojném a ochotném přístupu celého oddělení jsem se hned přesvědčila při příjmu. Laskavý a zároveň odborný přístup, aktivita, pochopení, úsměv a klid. Oceňuji i úžasnou komunikaci zaměstnanců s klienty.

Respondentka č. 8 Jsem velmi spokojená, toto oddělení má dlouhodobě vysoký standard, proto jej doporučuji velice dlouho.

Respondentka č. 9 S hospitalizací jsem spokojená byla, ale s délkou hospitalizace nikoliv. Sice jsou sestřičky na oddělení milé a laskavé, ale chtěla jsem být doma co nejdřív, nemám nemocniční prostředí zrovna v lásce.

Respondentka č. 10 Celý pobyt v nemocnici nehodnotím kladně. Kdybych opomenula dlouhé lačnění před a po operaci, tak nemůžu zapomenout na neosobní a chladné přistupování jedné nejmenované zdravotní sestry.

Respondentka č. 11 Sestřičky by se měly mezi sebou domluvit, aby byly jednotné v předávání informací a sdělovaly veškeré informace, co se bude s námi dít. Jinak byla hospitalizace v rámci možností v pořádku.

DISKUZE

Tato kapitola se zaměřuje na zhodnocení výsledků kvantitativního šetření a na srovnání s podobně zaměřenými bakalářskými pracemi. Cílem bylo zjistit míru informovanosti pacientek, které podstoupily laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii (LAVH). Pozornost je věnována jednotlivým průzkumným otázkám, přičemž výsledky jsou porovnány s předchozími výzkumy. Informovanost byla zjišťována v jednotlivých fázích operačního výkonu, a to během předoperační přípravy, v pooperačním období a při edukaci před propuštěním do domácí péče. Výsledky ukazují, že úroveň informovanosti je celkově velmi dobrá, nicméně v některých oblastech je prostor pro zlepšení.

Průzkumná otázka č. 1: Jaké má pacientka informace před operací?

Na tuto průzkumnou otázku byly použity otázky č. 5, 6, 7, 12 a 18.

Otázka č. 5: Seznámil Vás přijímající lékař s operací?

Všechny dotazované ženy (100 %) uvedly, že byly informovány přijímajícím lékařem o samotné operaci, což je velmi důležité. Podle mého názoru hraje velkou roli sdělení základních informací o průběhu operace před výkonem z toho důvodu, že se ženy cítí klidněji a jistěji.

Otázka č. 6: Byla jste informována o možných komplikacích operačního výkonu?

Z výsledků si můžeme jednoznačně všimnout, že převážná většina, konkrétně 85 % pacientek, byla informována o možných komplikacích, což považuji za uspokojivý výsledek. Pacientka by měla být podle odborných doporučení předem informována o možných rizicích spojených s operací, což se zde potvrdilo, ale mohlo by se na tom zapracovat více. 5 % dotazovaných pacientek uvedlo, že o komplikacích informovány nebyly, a 8 % na tuto informaci nevzpomínalo. Situaci mohl ovlivnit stres nebo přemíra informací v kombinaci s nemocničním prostředím.

Podobně Jandová (2018) zjistila, že 63,88 % pacientek mělo informace o možných pooperačních komplikacích a 13,88 % nemělo. Nejčastější byly v rámci pooperačních komplikací odpovědi týkající se krvácení a nevolností.

Otázka č. 7: **Jak probíhalo poučení o operaci?**

Pokud jde o způsob poučení, nejvíce respondentek (91 %) bylo informováno ústně, což je zcela v souladu s běžnou praxí. Písemná forma informací byla poskytnuta v 37 %, což může být užitečné pro pacientky, které si potřebují informace znovu pročíst. Pomocí obrázku byla edukována pouze malá část pacientek (5 %). Rozdíly mohou souviset se zkušenostmi zdravotníků nebo dostupností edukačních materiálů.

Otázka, která se zabývala poučením, zazněla i v dotazníkovém šetření u Jandové (2018). Ústní poučení mělo 47,22 % a písemné 41,67 % s tím, že podobné výsledky se přibližují pouze písemnému poučení.

Otázka č. 12: **Byla Vám vysvětlena otázka sexuálního života?**

Další důležitou otázkou bylo, zda byla pacientka informována o sexuálním životě po operaci. Pouze 47 % respondentek odpovědělo jednoznačně „ano“, dalších 28 % odpovědělo „spíše ano“. Sexuální život je pro mnoho pacientek důležitou součástí zdraví a celkové pohody, a proto by měly tyto informace být zahrnuty do edukace. Odpovědi „spíše ne“ a „ne“ byly dohromady označeny pouze v 17 %.

Káčerová (2011) ve své diplomové práci uvedla, že jsou pacientkám před zákrokem poskytovány informace, které nejsou dostačující. Ale jsem toho názoru, že od roku 2011 je otázce sexuálního života věnovaná větší pozornost.

Otázka č. 18: **Kde jste zjistila veškeré informace o operaci?**

Informace o operaci byly všem pacientkám, tedy 70 respondentkám (100 %), sděleny lékařem z příjmové ambulance. Z tohoto počtu 21 respondentek (30 %) získalo informace rovněž od porodní asistentky na příjmové ambulanci, 23 respondentek (32 %) obdrželo informace od porodní asistentky na oddělení. Dalších 13 respondentek (18 %) se informovalo od kamarádky a stejný počet respondentek (18 %) hledal informace na internetu.

Velmi se podobaly výsledky v bakalářské práci od Jandové (2018), kde se na prvních třech příčkách nacházel obvodní gynekolog (69,44 %), ošetřujícího gynekologa v nemocnici uvedlo 50 % žen a 30,55 % žen bylo informováno právě od gynekologa na příjmové ambulanci. Zbytek informací ženy zjistily od porodních asistentek (33,33 %), od kamarádky, která operační výkon podstoupila (22,22 %) nebo z internetu a odborné literatury (16,67 %).

Ve výzkumu dle Valentové (2015) máme stejné výsledky ohledně poskytnutých informací od lékaře. 100 % dotazovaných žen se shodlo, že byly seznámeny od lékaře, ať už v ambulantní péči nebo při hospitalizaci. Informace měly poskytnuté i od porodních asistentek.

Páchníková (2020) ve svém výzkumu uvedla, že většina žen byla dobře informována. Zdroj informací byl z internetových diskusí, odborných poučení od lékařů nebo od jiných žen se stejnými zkušenostmi. Podstatnou roli prý zaujímají internetové zdroje.

Průzkumná otázka č. 2: Jak je pacientka informovaná po příchodu na lůžkové oddělení?

Pro druhou průzkumnou otázku byly v šetření použity 2 otázky, konkrétně otázka č. 8 a 9.

Otázka č. 8: O čem Vás porodní asistentka informovala při příjmu na lůžkové oddělení?

Z výsledků si můžeme všimnout, že 92 % pacientek bylo informováno o chodu oddělení a oholení zevního genitálu. 91 % pacientek vědělo o klystýru a 81 % o čištění pupku. Tento výsledek potvrzuje, že preoperační příprava byla dobře zajištěna. Tyto informace jsou důležité pro přípravu pacientky na operační výkon, aby věděla, co ji během hospitalizace čeká. Významné je, že žádná respondentka neuvedla, že by postrádala jakékoli informace.

Podobné výsledky máme i u Jandové (2018). Kde míra informovanosti o klystýru činila 91,67 % a o oholení operačního pole 83,33 %. Chod oddělení byl zastoupený pouze v 75 %.

Otázka č. 9: Jaké informace Vám byly poskytnuty v den operace?

Všechny pacientky byly informovány o lačnění a odstranění šperků. Toto zjištění je skutečně skvělé, protože výše uvedená opatření jsou nezbytná v předoperační přípravě. Ostatní informace, jako bandáže dolních končetin (92 %) nebo odstranění kompenzačních pomůcek (64 %), uváděly respondentky také často, ale nikoliv ve stejné míře jako lačnění a odstranění šperků. Pouze 42 % respondentek bylo informováno o nutnosti odlakování nehtů. Tento výsledek ukazuje, že ačkoliv většina pacientek byla dobře informována o hlavních aspektech přípravy na operaci, určité detaily, byly opomenuty.

Výsledky bakalářské práce Jandové (2018) jsou v mnohém podobné. Lačnění bylo v den operace zmíněno u všech respondentek (100 %), při přijetí však pouze 69,44 %. O nutnosti odstranění šperků bylo informováno 86,11 % žen, o bandážích dolních končetin 83,33 %. Velmi příznivý výsledek byl zaznamenán v informovanosti o odstranění kompenzačních

pomůcek, kterou uvedlo 94,44 % respondentek. Nejnižší informovanost, pouze 30,56 %, byla zjištěna u požadavku na odlakování nehtů.

Průzkumná otázka č. 3: Jaké má pacientka informace po operaci?

Na výše uvedenou průzkumnou otázku, měly za úkol odpovědět otázky č. 10, 11 a 13 v dotazníkovém šetření.

Otázka č. 10: Měla jste možnost mluvit s Vaším operátorem o průběhu operace?

Tuto možnost mělo 87 % žen, a to může svědčit o zlepšující se praxi v oblasti pooperační komunikace. 4 % žen si nevzpomíná a 8 % označilo, že nikoliv. I když je komunikace po operaci běžná, nabízí se příležitost pro zlepšení, protože to by mohlo zvýšit spokojenost pacientek.

Otázka č. 11: Byla jste informována o způsobu vstávání po operaci?

Po operaci bylo informování pacientek o způsobu vstávání hodnoceno velmi pozitivně, konkrétně tak odpovědělo 92 %. Správná technika vstávání pomáhá zmírňovat pooperační bolest.

Jandová (2018) uvedla podobně vysokou informovanost. 94 % pacientek dostalo instrukce týkající se pohybu po operaci. Zřejmě porodní asistentky dbají na techniku vstávání po operaci, aby pacientkám usnadnily pooperační průběh.

Otázka č. 13: Informoval Vás gynekolog, že po operaci budete špinit?

94 % pacientek bylo informováno o možném špinění po operaci. Tento výsledek naznačuje, že edukace o pooperačních stavech je na vysoké úrovni.

Průzkumná otázka č. 4: S jakými informacemi odchází pacientka z oddělení?

Otázka č. 14 a 15 zjišťovala odpovědi na poslední průzkumnou otázku, která se zabývala informovaností při dimisi z lůžkového oddělení.

Otázka č. 14: Byla jste v rámci propuštění edukována o:

V této otázce bylo možné zvolit více odpovědí s tím, že nejčastěji respondentky uváděly, že byly edukovány o hygieně, a to v 92 %. Druhá nejčastější odpověď se týkala vyndání stehů (87 %). Zvedání břemen označilo 80 % žen a klidový režim 77 % žen. Tyto informace jsou

klíčové pro rychlou a efektivní pooperační rekonvalescenci a myslím si, že je edukace v těchto oblastech je dostatečná. Pouze 60 % respondentek má povědomí o tom, jak se starat o jizvy a jenom 54 % respondentek bylo informováno o menstruaci po operaci. To ukazuje na možnou mezeru v informovanosti při odstranění dělohy. Tento výsledek je důležitý pro zlepšení edukace, protože o těchto změnách je nezbytné, aby ženy věděly. V 17 % byla uvedena sexuální abstinence a kontrola po operaci. Edukace o menstruaci není dostatečná a informovanost o sexuální abstinenci a kontrola po operaci by také měla mít větší procentuální zastoupení.

Valentová (2015) se ve své bakalářské práci zmínila o tom, že respondentky neměly dostatečné informace o jizvě. Tyto výsledky se dají zhodnotit jako podobné.

Výsledek u Jandové (2018) týkající se péče o pooperační ránu vyšel o pár procent lépe. 72,22 % respondentek mělo povědomí, jak se o pooperační ránu starat. Jandová (2018) zaznamenala podobné výsledky o podávání informací v rámci menstruace. Sice 47,22 % respondentek odpovědělo ano, ale více než polovina dotazovaných nevěděla anebo si nevzpomínala. Z toho vyplývá, že je potřeba se zaměřit na tuto problematiku a věnovat jí dostatečnou pozornost. Tato skutečnost je ale v souladu s výsledky jiných studií, které také poukazují na nedostatečnost informací týkající se menstruace.

Dostatečnou míru informovanosti při propuštění uvedlo 69,44 % žen ve výzkumu Jandové (2018). Na základě výsledků vlastního dotazníkového šetření se domnívám, že i respondentky mé studie byly celkově dostatečně informované.

Otázka č. 15: Za jak dlouho byste měla jít na vyndání stehů?

87 % pacientek uvedlo správný časový interval (7.–10. den), což svědčí o dobré závěrečné edukaci. 12 % respondentek danou informaci neví, ale v propouštěcí lékařské zprávě je informace, týkající se vyndání stehů, uvedená. Při dimisi jsou ženy ujišťovány, že v případě veškerých dotazů se mají obrátit na porodní asistentky z oddělení, porodní asistentku z příjmové ambulance, anebo na ošetřující lékaře z lůžkového oddělení.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii a zkoumá úroveň informovanosti pacientek. V teoretické části jsou za pomoci odborných zdrojů popsány a definovány gynekologické operace s hlavním zaměřením na operaci LAVH. Cílem této části bylo podrobně popsat indikace a kontraindikace operace, předoperační přípravu, možné komplikace během samotného operačního výkonu, pooperační péči a byla zakončena ošetrovatelskou péčí porodní asistentky s edukací pacientky.

Na základě teoretické části byla provedena praktická část, která využívá anonymní dotazníkové šetření vytvořené autorkou práce. Tento nestandardizovaný dotazník sloužil k získání informací o vědomostech, které měly pacientky po absolvování operace, a jestli jsou ze strany zdravotníků dostatečně edukovány a informovány. Výzkumu se zúčastnilo celkem 80 respondentek, kdy zpětná vazba byla 100 %. Respondentky vyplnily všech 80 dotazníků, ale pouze 70 z nich bylo do analýzy zahrnuto.

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit míru informovanosti u pacientek, které podstoupily laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii. Praktická část se soustředí na zjištění, jaké informace ženy dostávají před hospitalizací, během ní, i jak jsou edukovány při propuštění. Na základě tohoto cíle byly stanoveny čtyři průzkumné otázky, jejichž zodpovězení probíhalo formou kvantitativního vyhodnocení odpovědí. Výsledky byly následně interpretovány a shrnuty v závěru práce, kde došlo k potvrzení všech stanovených cílů.

Z analýzy výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že více než polovina žen byla dostatečně informována o průběhu operace a možných komplikacích před jejím provedením. Nejčastěji zmiňovaným způsobem informování bylo ústní poučení, což potvrzuje důležitost osobní komunikace mezi pacientkami a zdravotnickým personálem. V průběhu hospitalizace byly pacientky informovány o nezbytných postupech a opatřeních, jako je například oholení zevního genitálu či lačnění před operací, což přispívá k dobré přípravě na zákrok. Po operaci měly ženy možnost mluvit s operátorem o průběhu operace a byly informovány o způsobu vstávání, což přispívá k jejich pocitu bezpečí a důvěry.

Výsledky ukazují, že úroveň informovanosti pacientek o postupech před, během a po operaci je velmi dobrá, a to zejména díky kvalitní edukaci poskytované lékaři a porodními asistentkami.

Samozřejmě stále existují oblasti, kde je prostor na zlepšení, ale toto zjištění odpovídá běžné praxi.

Zpracování této problematiky mi umožnilo získat mnoho užitečných informací, které mohou být prospěšné nejen odborníkům z oblasti zdravotnictví, ale i širší veřejnosti. Především je přínosem pro ženy, které laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií již absolvovaly, nebo se na ni teprve připravují.

11. POUŽITÁ LITERATURA

1. BAJSOVÁ, S. a J. KLÁT, 2019. ERAS protokol u onkogynekologických operací. *Česká gynekologie* [online]. 84(5), 376-385 [cit. 2025-04-01]. ISSN 1210-7832. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-5-8/eras-protokol-u-onkogynekologickych-operaci-118525>
2. CITTERBART, Karel et al., 2001. *Gynekologie*. Praha: Galén. 278 s. ISBN 80-246-0318-7.
3. ČEPICKÝ, Pavel a kolektiv, 2018. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5604-2.
4. DELAMEILLEURE, Mieke, Stefan TIMMERMAN, Cindy VANDOREN, et al., 2024. Approaches for hysterectomy and implementation of robot-assisted surgery in benign gynaecological disease: A cost analysis study in a large university hospital. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [online]. 301, 105-113 [cit. 2025-04-01]. ISSN 0301-2115. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2024.07.060.
5. DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN, 2019. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. 866 s. ISBN 978-80-7345-599-6.
6. DUFFKOVÁ, Lucie a Jiří FREI, 2015. *Praktické rady pro instrumentárky*. 1. vyd. Plzeň: Euroverlag, s.r.o. 93 s. ISBN 978-80-7177-051-0.
7. HOLUB, Zdeněk a David KUŽEL, 2005. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0834-5.
8. JANDOVÁ, Ivana, 2018. *Informovanost klientek s operačním výkonem laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Škorníčková.
9. KÁČEROVÁ, Kristýna, 2011. *Kvalita života žen po hysterektomii*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie. Vedoucí práce prof. PhDr. Petr Macek, Csc.
10. KEHLET, Henrik, 2018. ERAS Implementation—Time To Move Forward. *Annals of Surgery* [online]. 267(6), 998-999 [cit. 2025-04-01]. ISSN 0003-4932. DOI: 10.1097/SLA.0000000000002720
11. KUČERA, Eduard et al., 2008. Postavení laparoskopické hysterektomie v doškolovacím centru. In: *casopisendoskopie.cz* [online]. 17(3-4), 71-73 [cit. 2025-04-01]. Dostupné z: <https://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2008/03/06.pdf>

12. LOUGHLIN, Santiago Mc a Adrian ALVAREZ, Luiz Fernando Dos Reis FALCÃO a Olle LJUNGQVIST, 2020. The History of ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Society and its development in Latin America. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* [online]. 47, 76-84 [cit. 2025-04-01]. ISSN 1809-4546. DOI:10.1590/0100-6991e-20202525
13. MÁRA, Michal a Zdeněk HOLUB, 2009. *Děložní myomy: Moderní diagnostika a léčba*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1854-5.
14. MLČOCH, Zbyněk, 2012. LAVH – Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie: postup, průběh, komplikace. *Komplikace LAVH* [online]. [cit. 2025-04-01]. Dostupné z: <https://www.zbynekmlcoch.cz/medicina/nemoci-lecba/lavh-laparoskopicky-asistovana-vaginalni-hysterektomie-postup-prubeh-komplikace>
15. NEIS, Felix, Aylin AYGUEN, et al., 2024. Access to Hysterectomy—What Is the Realistic Rate for Pure Vaginal Hysterectomy? A Single-Center Prospective Observational Study. *Journal of Clinical Medicine* [online]. 13(20) s. 6130 [cit. 2025-04-01]. ISSN 2077-0383. DOI: 10.3390/jcm13206130
16. PÁCHNIKOVÁ, Štěpánka, 2020. *Pacientčino pojetí nemoci - stav po hysterektomii*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce Mgr. Jana Matulová.
17. PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA, 2017. *Gynekologie*. 2. opravené vydání. Skripta. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 192 s. ISBN 978-80-244-5158-9.
18. POWER, S., D. O. KAVANAGH, G. MCCONNELL, et al., 2011. Reducing preoperative fasting in elective adult surgical patients: a case-control study. *Irish Journal of Medical Science* [online]. 181(1), 99-104 [cit. 2025-04-01]. ISSN 0021 1265. Dostupné z: DOI:10.1007/s11845-011-0765-6
19. ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART, 2008. *Gynekologie*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
20. ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
21. SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Sestra. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.
22. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ, 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Sestra. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

23. ŠÁLKOVÁ, Jana, 2021. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-271-0844-2.
24. ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana, Markéta MORAVCOVÁ a Markéta ZAJÍČKOVÁ, 2015. *Základy péče v porodní asistenci II*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce. 119 s. ISBN 978-80-7395-860-2.
25. VALENTOVÁ, Daniela, 2015. *Komunitní péče o ženy po gynekologické operaci*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová.
26. VETEŠNÍKOVÁ, Kristýna, 2023. *Využití ERAS protokolu v předoperační péči o pacientky podstupující velkou gynekologickou operaci*. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Janoušková.
27. VYMAZAL, T., P. KOCIÁN, P. PŘIKRYL, D. HODYC a J. HOCH, 2018. ERAS v české nemocnici – utopie, nebo realita?. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. 29(6), 317-321 [cit. 2025-04-01]. ISSN 1214-2158. Dostupné z: <https://www.aimjournal.cz/pdfs/aim/2018/06/02.pdf>

12. PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Karolína Procházková a jsem studentkou 2. ročníku oboru Porodní asistence na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Prosím Vás o vyplnění mého dotazníku k bakalářské práci. Dotazník je anonymní, dobrovolný a zabere Vám maximálně 10 minut. Téma mojí bakalářské práce je Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie a informovanost pacientek. Účelem dotazníku je zjistit informovanost pacientek, které podstoupily výše zmíněnou operaci, zda byly dostatečně informované ze strany zdravotníků či nikoliv. Všechna data budou zpracována anonymně a budou použita pouze v mé bakalářské práci. Předem Vám děkuji za čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

Přeji hezký zbytek dne

1. Kolik je Vám let?
 - a. Méně než 40 let
 - b. 40-50 let
 - c. 50-60 let
 - d. Více než 60 let

2. Jak dlouho jste čekala na operaci?
 - a. Méně než 1 měsíc
 - b. 1-2 měsíce
 - c. Více než 2 měsíce

3. Měla jste nějaké obtíže před operací?
 - a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevzpomínám si

4. Jaké problémy jste měla před operací? *více možných odpovědí*
- a. Krvácení mimo cyklus
 - b. Silné menstruační krvácení
 - c. Bolestivá menstruace
 - d. Dlouhotrvající bolest v podbříšku
 - e. Žádné
 - f. Jiné.....
5. Seznámil Vás přijímající lékař s operací?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím
6. Byla jste informována o možných komplikacích operačního výkonu?
- d. Ano
 - e. Ne
 - f. Nevzpomínám si
7. Jak probíhalo poučení o operaci? *více možných odpovědí*
- e. Ústně
 - f. Písemně
 - g. Pomocí obrázku
 - h. Nevzpomínám si
8. O čem Vás porodní asistentka informovala při příjmu na lůžkové oddělení?
více možných odpovědí
- a. Chod oddělení
 - b. Oholení zevního genitálu
 - c. Vyčištění pupku
 - d. Klyzma (vyprázdnění střev)
 - e. Jiné.....
 - f. Neměla jsem žádné informace

9. Jaké informace Vám byly poskytnuty v den operace? *více možných odpovědí*
- a. Lačnění (nejíst a nepít)
 - b. Odstranění šperků
 - c. Bandáže dolních končetin
 - d. Odlakované nehty
 - e. Odstranění kompenzačních pomůcek (zubní náhrada, naslouchátko, brýle, kontaktní čočky)
 - f. Jiné.....
 - g. Neměla jsem žádné informace
10. Měla jste možnost mluvit s Vaším operátorem o průběhu operace?
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevzpomínám si
11. Byla jste informovaná o způsobu vstávání po operaci? (vstávání přes bok, kvůli menší bolestivosti)
- d. Ano
 - e. Ne
 - f. Nevzpomínám si
12. Byla Vám vysvětlena otázka sexuálního života?
- f. Ano
 - g. Spíše ano
 - h. Spíše ne
 - i. Ne
 - j. Nedokážu posoudit
13. Informoval Vás gynekolog, že po operaci budete špinit?
- d. Ano
 - e. Ne
 - f. Nevím

14. Byla jste v rámci propuštění edukována o: *(více možných odpovědí)*

- a. Hygieně
- b. Vyndání stehů
- c. Zvedání břemen
- d. Péči o jizvy
- e. Menstruaci
- f. Klidovém režimu
- g. Jiné.....
- h. O ničem jsem nebyla edukována

15. Za jak dlouho byste měla jít na vyndání stehů?

- d. 7.-10. den po operaci
- e. 17.-20. den po operaci
- f. Nevím

16. Z jakého období jste měla největší obavy? *více možných odpovědí*

- e. Před operací
- f. Operace
- g. Po operaci
- h. Neměla jsem obavy

17. Byly zodpovězené všechny Vaše dotazy během hospitalizace?

- f. Ano
- g. Spíše ano
- h. Spíše ne
- i. Ne
- j. Nedokážu posoudit

18. Kde jste zjistila veškeré informace o operaci? *více možných odpovědí*

- f. Od lékaře z příjmové ambulance
- g. Od porodní asistentky z příjmové ambulance
- h. Od porodních asistentek na oddělení
- i. Od kamarádky
- j. Z internetu

19. Byla jste spokojená s hospitalizací? Máte nějaké připomínky ohledně informovanosti, zdravotnické péče nebo zdravotnického personálu?

.....

.....

.....

.....

.....