

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Edukace žen po operaci pro zhoubné nádory rodidel

bakalářská práce

Autor práce: Zdeňka Ellingerová

Studijní program: Porodní asistentka

Studijní obor: Porodní asistence

Vedoucí práce: MUDr. Petr Sák, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 13. 8. 2013

Abstrakt

Moje bakalářská práce na téma Edukace žen po operaci pro zhoubné nádory rodidel, se zabývá především péčí a sebepéčí o ženy po gynekologické operaci. V práci zjišťuji, v jakých okruzích péče porodní asistentky ženy edukují. Práce je rozdělena do kapitol tak, aby byly objasněny všechny termíny. Začínám anatomii ženských pohlavních orgánů, vyšetřovacími metodami v gynekologii, které ženy podstupují při preventivních prohlídkách nebo naopak, když jdou ke svému lékaři s problémy. Dále pokračuji klasifikací nádorových onemocnění jednotlivých pohlavních orgánů, popisují jejich specifika, projevy, vyšetřovací metody a možnou léčbu. Gynekologické nádory je možné do určité fáze vývoje onemocnění řešit operativně. Proto jsou v práci zahrnuty i možné operační přístupy. Dále jsou v práci popsána i onkologická centra, jejich vybavenost a kolik jich v České republice je. Následně je rozepsána role porodní asistentky v péči o ženu po operaci s onkologickým onemocněním, specifika péče, je zde popsán i psychologický přístup k ženě, protože onkologické onemocnění je po ženu těžkou životní situací. Je úkolem porodní asistentky pomoci ženě se s tímto vyrovnat. Každá porodní asistentka by měla psychologický přístup znát, proto je mu věnována celá kapitola. Poslední kapitola je věnována ošetrovatelskému procesu v péči o ženu s onkologickým onemocněním a edukaci ženy porodní asistentkou. Je zde popsán ošetrovatelský proces jako metoda péče o ženu. Zabývám se zde také edukací v péči o ránu a předcházení vzniku infekce, o stravování a vyprazdňování, o bolesti a jejím tlumení, o pohybu a vstávání a o sexuálním životě po operaci.

Cílem práce bylo zjistit, jak jsou ženy edukovány zdravotnickým personálem, zda je pro ně míra informací srozumitelná a dostačující.

Ve výzkumné části práce jsem použila kvalitativní metodiku- strukturované rozhovory, na které odpovídalo 8 pacientek operativní gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s. rozhovor se skládal ze 13 otázek, které byly doplněny dalšími dodatkovými informacemi podle typu onemocnění a operace. Respondentky byly v různém věkovém rozmezí, různého nejvyššího dosaženého vzdělání, po různých

typech operace a v různých stádiích pooperační péče. Byly stanoveny tři výzkumné otázky, a to: Chtějí ženy po operaci dostávat více informací o svém zdravotním stavu? Nepovažují ženy informace podané porodní asistentkou za příliš odborné? Dodržují ženy doporučení porodní asistentky?

Z osmi rozhovorů s respondentkami vyplývá, že míra podaných informací je pro pacientky dostačující, ženy si vědí v péči o sebe rady, v případě potřeby vědí, na koho se mohou s dotazem obrátit. V odpovědi na druhou otázku se již všechny respondentky neshodly. Dvě žádaly od porodních asistentek, aby používaly méně odborné výrazy, když s nimi hovoří. 6 žen bylo spokojeno, všemu rozuměly. Na třetí otázku se opět shodlo všech 8 žen. Doporučení, která lékaři a porodní asistentky ženám během hospitalizace dávají, dodržují.

Z uskutečněného výzkumu vyplývá, že ženy jsou s pooperační péčí spokojeny, jsou spokojeny s mírou podaných informací, které jim stačí k tomu, aby o sebe adekvátně pečovaly. Jsou také velice spokojeny s péčí porodních asistentek, které jsou v rozhovorech často chváleny především za svůj přístup a profesionalitu. Všechny ženy jsou poučeny ve specifikách péče o daný typ operace, péči o ránu, hygienu, předcházení vzniku infekce, stravování, vyprazdňování a o sexuálním životě po propuštění z nemocnice.

Myslím, že tato práce by mohla být použita jako edukační materiál pro porodní asistentky nebo studentky porodní asistence.

Klíčová slova: Zhoubný nádor, gynekologie, onkogynekologie, edukace, porodní asistentka, psychologický přístup k onkologicky nemocné

Abstract

The theme of my bachelor's thesis is Education of women after surgery for malignant disease of the genitals. In the thesis I write about care and selfcare of women after gynecological surgery. I find out in which part of selfcare are women educated. The thesis is divided into chapters to clarify all technical terms. The first chapter is about anatomy of female genitals and examining methods in gynecology. In the next chapter I write about classification of malignant disease of female genitals, I describe their specifics, manifestations, examining methods and possible treatment. Some of gynecological malignant disease are operable, so I describe surgical approaches too. Further are described oncology centers, their equipment and how many are there in the Czech republic. The next chapter is about a role of midwife in care of women after surgery for malignant disease of the genitals, and of course a psychological approach with oncology patients, because oncology disease is a very difficult life situation. And it is midwife's mission to help these women. All of midwives should know this psychological approach. The last chapter is about nursing, nursing process in care of oncological patients and about education. I describe an education about care of surgical wound and protect of infection, diet and emptying, pain and its relief, movement and sexual life after a surgery.

The objective of my thesis was to find out what women know about selfcare, if they understand the information. I used qualitative method – structured interview, in the research part of thesis. The interview I did with 8 patients of gynecology department in a Hospital České Budějovice a.s. the structured interview have 13 questions. The patients are different ages, have different level of education and different surgery approaches.

I set 3 research questions: Want the women to know more information about their health condition? Are the information of midwives understandable or very professional? Observe the women recommendations of midwives?

Eight interviews show that the rate of the submitted informations is sufficient, women know how to take care of yourself. And they know, if they need anything can ask a midwife. On te second did not antswer all women equally. Two of the women said they did not understand all of the midwives said. They wanted less technical terms. Six of the women understood all. The third queastion anter all women equally. They observed the recommendations of midwives.

The research shows women are satisfied with nursing care after surgery. The level of informations is enough to care of yourself. They are satisfied with midwives' care on the gynecological department. All af women are educated about specifics of their type of surgery, care of surgery wound, hygiene, protect of infection, diet, emptying, sexual life after release from hospital.

I think this tehsis can be used as an educational material for midwives or students of midwife.

Keywords: malignit disease, gynecology, oncogynecology, education, midwife, psychological approach to oncology patient

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Zdeňka Ellingerová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především MUDr. Petru Sákovi, Ph.D., za cenné rady, metodické vedení a odbornou pomoc při zpracování této bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	11
1. Současný stav.....	12
1.1 Anatomie.....	12
1.1.1 Vnější pohlavní orgány.....	12
1.1.2 Vnitřní pohlavní orgány.....	14
1.2 Vyšetření v gynekologii.....	16
1.2.3 Anamnéza.....	16
1.2.4 Vaginální vyšetření.....	17
1.2.5 Kolposkopie.....	17
1.2.6 Cytologie.....	18
1.2.7 Porodní asistentka během gynekologického vyšetření.....	19
1.3 Klasifikace nádorových onemocnění.....	19
1.3.1 Šíření nádoru v organismu.....	20
1.3.2 TNM klasifikace.....	20
1.3.3 Karcinom vulvy.....	21
1.3.4 Karcinom pochvy.....	22
1.3.5 Karcinom děložního hrdla.....	23
1.3.6 Karcinom děložního těla.....	24
1.3.7 Karcinom vejcovodu.....	25
1.3.8 Karcinom vaječníku.....	25
1.4 Operační přístupy.....	26
1.5 Onkogynekologie.....	28
1.5.1 Onkogynekologická centra.....	28
1.6 Role porodní asistentky.....	29
1.6.1 Dovednosti PA.....	29
1.6.2 Oprávnění PA.....	30
1.6.3 Psychologický přístup k pacientce s onkologickou diagnózou.....	30
1.7 Ošetrovatelský proces a edukace.....	31
1.7.1 Ošetrovatelský proces.....	31

1.7.2	Edukace.....	33
1.7.3	Péče o ránu a infekce	33
1.7.4	Stravování a vyprazdňování.....	34
1.7.5	Bolest	35
1.7.6	Pohyb a vstávání	36
1.7.7	Sexuální život.....	36
2.	Cíle práce a výzkumné otázky	38
2.1	Cíl práce	38
2.2	Výzkumné otázky.....	38
3.	Metodika	39
3.1	Použitá metodika	39
3.2	Výzkumný soubor	39
4.	Výsledky výzkumu	40
4.1	Rozhovory s klientkami.....	40
5.	Diskuze	50
6.	Závěr	52
7.	Seznam použitých zdrojů.....	53
8.	Přílohy.....	56
8.1	Seznam příloh.....	56

Seznam použitých zkratk

TNM = nádor (tumor)- typ nádoru

- uzlina (nodus)- stupeň postižení lymfatických uzlin

- metastáza- přítomnost metastáz v organismu

SIL = skvamozozní intraepiteliální léze

LSIL = Low grade sil = nízký stupeň dlaždicové intraepitelové léze

HSIL = High grade sil = vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze

HPV = human papiloma virus

CIN = cervikální intraepiteliální neoplasie

VIN = vulvární intraepiteliální neoplazie

VAS = vizuální analogová škála bolesti

LAVH = laparoskopicky asistovaná vaginální hysteroskopie

Úvod

*„Denně děláme jednu ze dvou věcí-
bud' upevňujeme své zdraví,
nebo podporujeme nemoc.“*

Adelle Davisová

Zhoubné nádory rodidel jsou po nádorech prsu a tlustého střeva nejčastěji se vyskytující nemocí u žen, se stále stoupající tendencí. Ve státech Evropské Unie ročně onemocní asi 33 000 žen. V České republice je hlášení zhoubných nádorů povinné již od roku 1951, což je jeden z nejlépe fungujících onkologických registrů ve světě. V rámci Evropy to pak může působit dojmem, že je v České republice nápadně vyšší morbidita než v ostatních státech.

V České republice také velice dobře funguje systém preventivních gynekologických prohlídek. Bohužel ne všechny ženy je pravidelně podstupují. MUDr. Jiří Vambora ve své práci „Prevence v gynekologické ambulantní péči. Srovnání údajů okresu Trutnov, České republiky a ostatních zemí.“ uvádí, že pravidelně na preventivní prohlídky dochází pouze 35% žen. Je zodpovědností každé ženy dbát o své zdraví, zvláště má-li k tomu dobré podmínky.

Téměř každý člověk může říct, že se ve svém okolí setkal s někým, kdo měl nebo má zhoubná nádor. Incidence je vysoká. Je proto velice důležité, abychom uměli o tyto pacienty adekvátně pečovat a znali psychologický přístup k onkologicky nemocným, protože špičková péče bez správného přístupu může být bezúčelná.

1. Současný stav

Stanovení diagnózy zhoubného nádoru rodidel, je pro ženu těžkou životní situací, a to po stránce biopsychosociální a spirituální. Je úkolem porodních asistentek, aby pomohly ženám se s tímto stavem vyrovnat.

Při srovnávání jednotlivých statistických údajů o výskytu zhoubných nádorů v Evropě a především ve světě se často na první pohled může jevit, že v České republice je situace výrazně horší. Je velmi obtížné tato data interpretovat, především proto, že Česká republika má jeden z nejlépe fungujících nádorových registrů na světě a jím uveřejněná data jsou získána na základě hlášení, nikoli odhadů.

1.1 Anatomie

Ženské pohlavní orgány dělíme na vnější a vnitřní.

1.1.1 Vnější pohlavní orgány

Hrma (mons pubis- Veneris)

Hrma je tuková vyvýšenina pod přední břišní stěnou. Kůže hrmy je pokryta tuhou ochlupenou kůží s četnými mazovými a potními žlázami. Kraniální hranice ochlupení u ženy je rovná. Hrma pokračuje směrem kaudálním ve velké stydké pysky.

Velké stydké pysky (labia majora)

Podkladem velkých stydkých pysků jsou vazivově tuková tělesa. Kůže je kryta ochlupením stejným jako na hrmě. Velké stydké pysky k sobě přiléhají, a tvoří tak stydkou rýhu (rima pudendi). Mezi stydké pysky ústí močová trubice- uretra

Malé stydké pysky (labia minora)

Malé stydké pysky jsou kožními a slizničními útvary. Jsou uloženy mezi velkými pysky. Nemají ochlupení a potní žlázy, mají žlázy mazové, bohatou žilní pleteň, a proto jsou mírně topořivé. Směrem k řitnímu otvoru dosahují do dvou třetin velkých stydkých pysků. Směrem k symfýze se malé stydké pysky rozbíhají do dvou řas, mezi nimiž je uložen poštváček. Přední řasa je praeputium clitoridis, která klitoris kryje.

Poštváček (clitoris)

Je obdobou mužského pyje a je orgánem topořivým. Glans clitoridis přechází v corpus clitoridis, které je dlouhé asi 2 cm, připojené ke stydké kosti vazem. Z poštváčku vychází podněty k pohlavnímu vzrušení.

Panenská blána (hymen)

Hymen uzavírá u děvčete, které dosud nemělo pohlavní styk poševní vchod. Panenská blána je vazivovým lemem, který má v centru otvor různého tvaru a velikosti.

Bartholiniho žláza (glandula vestibularis major)

Je párovou žlázou v dorzální třetině velkých stydkých pysků. Vývod této žlázy ústí do rýhy mezi velkými stydkými pysky a hymnem. Její sekret je vazký a zvlhčuje při pohlavním vzrušení poševní vchod. (1)

Hráz (perineum)

Perineum je oblast mezi análním otvorem a spojením stydkých pysků. Je to část pánevního dna, která odděluje část pochvy od konečníku. Skládá se z tukové tkáně, z fascií a svalů diafragmy pelvis a urogenitale. (2)

1.1.2 Vnitřní pohlaví orgány

Pochva (kolpos, vagina)

Pochva je dutý svalový orgán, dlouhý asi 10cm, vyznačující se velkou elasticitou. Ventrálně od pochvy leží močový měchýř a uretra. Přední stěna pochvy je od močového měchýře oddělena vazivovou přepážkou. Horní část pochvy se upíná na vaginální část dělohy. Vytváří se tím šterbinovitý prostor nazývaný poševní klenba. Rozeznáváme přední, postranní a zadní poševní klenby. Podélná osa pochvy svírá s osou děložního těla 70-100°, proto je přední poševní stěna asi o 3 cm kratší než zadní klenba. Stěna pochvy se skládá ze 3 vrstev: sliznice, svalovina, zevní vazivový obal. Sliznice je tvořena vícevrstevným nerohovějícím epitelem. Tento epitel reaguje na hormonální změny v těle a je tvořen několika vrstvami různých druhů buněk. (2)

Děloha (metra, uterus, hystera)

Děloha je dutý svalový orgán vystlán sliznicí a částečně krytý pobřišnicí. Leží v malé pánvi, mezi močovým měchýřem a rektum. Děloha je dlouhá 7-8 cm, široká 5 cm, má tloušťku přibližně 3-4 cm a hruškovitý tvar. Hmotnost je asi 50g. (3)

Děloha se skládá ze 3 částí: tělo děložní (corpus uteri), hrdlo děložní (cervi x uteri) a úžina (isthmus).

Tělo děložní je u dospělé ženy dvojnásobně dlouhé oproti děložnímu hrdlu. U dětí je poměr těla a hrdla 1:1. Na děložním těle rozeznáváme přední a zadní stěnu, které se v okraji spojují v hrany děložní a v horní části tvoří fundus děložní. Děložní fundus je mírně vyklenutý a po stranách přechází v rohy děložní, ze kterých vycházejí vazy a vejcovody.

Děložní hrdlo má válcovitý tvar a kaudálním směrem se zužuje. Hrdlo je poševním úponem rozděleno na dvě části: supravaginální a vaginální, této části říkáme děložní čípek. Má přední a zadní pysk., mezi nimi je zevní branka, kde vyústuje kanál děložního hrdla. Tento kanál spojuje děložní dutinu s pochvou. Kanál hrdla vystálá

cylindrický epitel. Ectocervix je část obrácená do pochvy, je kryta dlaždicovým epitelem. (4)

Dělohu tvoří tři vrstvy: endometrium- sliznice vystylající děložní dutinu; myometrium- svalová vrstva; perimetrium- povrchová vrstva dělohy. (5)

Vejcovod (tuba, salpinx)

Vejcovod je dutý, párový orgán, který je dlouhý 8-13cm a tlustý 2-4 mm. Vybíhají z děložních rohů směrem k vaječníku. Spojují dutinu břišní s vnějšími orgány ženského těla. Stěna se skládá ze třech vrstev: vnitřní sliznice s řasinkovým epitelem, střední vrstva z hladké svaloviny a zevně je vejcovod kryt serózou- lesklá blána kryjící některé vnitřní orgány.

Vejcovod vystupuje z děložní dutiny intersticiální částí, pokračuje jako isthmus, který má nejmenší průsvit a nejsilnější svalovinu, širší část vejcovodu je ampula. Část ústící do břišní dutiny je infundibulum, je to nálevkovitý konec vejcovodu s fimbriemi- pohyblivými výběžky, pohybují se nad vaječníky a zachycují vajíčko. Úloha vejcovodu je v době fertilizace, zajišťuje transport spermií a oplozeného vajíčka. (1,4)

Vaječník (ovarium)

Vaječník je párovou žlázou o velikosti vlašského ořechu. Má dvojí funkci- rozmnožovací a endokrinní (zdroj pohlavních orgánů). (2)

Jeho povrch je kvůli dozrávání folikulů hrbolatý, není kryt peritoneem. Vaječníky jsou spojeny vaječnickovými vazy s děložními stěnami. Vaječník se dělí na kůru a dřeň. Kůra obsahuje folikulární aparát v různém stadiu vývoje folikulů. U novorozence je folikulů 500 000-2 000 000, jejich počet se snižuje, v pubertě je folikulů do 500 000 a za plodné období ženy dozraje asi 450 folikulů. Po menopauze vymizí folikulární aparát během 5 let úplně.

Dřeň je tvořena vazivem a množstvím cév. (1)

1.2 Vyšetření v gynekologii

Každá žena v České republice od 15-ti let věku, má ročně hrazeno jedno preventivní gynekologické vyšetření, včetně cytologie a kolposkopie. Díky preventivním prohlídkám dochází k včasnému odhalení prekanceróz, a to hlavně u hrdla děložního, méně často u nádoru vaječníku. Je proto nutné ženám vysvětlovat důležitost preventivních prohlídek. Další věc, o které by měly porodní asistentky edukovat jsou rizikové faktory. O kterých se více zmíním u klasifikace nádorových onemocnění. (6)

Preventivní gynekologické vyšetření má několik kroků, které by lékař neměl podkročit. Jedná se o: Odběr anamnézy, inspekci a prohmatání břicha, inspekci zevního genitálu, vyšetření v zrcadlech, bimanuální palpační gynekologické vyšetření, kolposkopii, cytologii, případně o ultrazvukové vyšetření. Při podezření na zhoubné onemocnění se provádí odběr tkáně na histologické vyšetření. Nejčastěji se provádí excize= vyříznutí (pochva a vulva), biopsie (děložní hrdlo), kyretáž a hysteroskopie (děložní tělo). Při potvrzení zhoubného nádoru se před začátkem léčby provádí gynekologické vyšetření, ultrazvuk pánve, dutiny břišní, rentgen plic. (7)

Diagnostické metody v onkogynekologii pomáhají v určení diagnózy, určení stadia onemocnění (staging), to znamená určení jeho rozsahu, zhodnocení úspěšnosti případné léčby, sledování nemocného, plánování radioterapie, zjištění komplikací onemocnění nebo léčby. (8, 9)

1.2.1 Anamnéza

Jsou to informace o předchozím zdravotním stavu ženy, o stavu před nemocí. Vyšetření začíná rodinnou anamnézou, zjišťujeme onemocnění v rodině, hlavně karcinomy, nemoci srdce a plic, psychiatrická onemocnění, vrozené vývojové vady. Dále se ptáme na osobní anamnézu, zaměstnání, životní prostředí, alergie. Gynekologicko – porodnická anamnéza zahrnuje údaje o menstruaci, délku menstruace, délku cyklu, intenzitu, pravidelnost, poslední menstruaci. Pokud žena rodila, pak průběh

porodu a šestinedělí, prodělané potraty, antikoncepci a sexuální. Zjistíme současné zdravotní problémy. Otázky jsou kladeny cíleně, odběr anamnézy může vést k diagnóze. K onkologické diagnóze nás mohou navést následující příznaky: nepravidelné krvácení nebo výtok z tělních dutin, nehojící se rána nebo vřed na sliznicích, zduření nebo zatvrdnutí v kůži nebo pod kůží, zduření žláz v tříslech, přetrvávající polykací, žaludeční nebo střevní obtíže. (1, 8)

Sběr informací musí probíhat citlivě ale důsledně, protože některé pacientky mohou problémy zveličovat, jiné bagatelizovat. (10)

1.2.2 Vaginální vyšetření

Provádí se na gynekologickém křesle nebo na lůžku. Křížová oblast je podložena, aby byla pánev mírně nadzdvížená. Vaginální vyšetření má svůj postup: Vyšetření pohledem zevních rodidel- typ ochlupení, velikost klitorisu, malých a velkých stydkých pysků, uložení močové trubice, okolí poševního vchodu, dále výtoky a změny na kůži a hrázi. Vyšetření v zrcadlech- přední lžice vyšetřovacích zrcadel je zavedena na přední stranu pochvy, zadní lžice- žlábková- na zadní poševní stěnu. Toto vyšetření se zaměřuje na poševní vchod, změny v pochvě a na děložní hrdlo- jeho povrch a sekret. Posledním krokem je palpační vyšetření, pro toto vyšetření je nutné, aby měla žena vyprázdňovaný močový měchýř. Vyšetření se provádí jedním nebo dvěma prsty. Jedná se o bimanuální vyšetření, to znamená vyšetření oběma rukama. Jde o spolupráci prstů zavedených po pochvy a druhé ruky, která hmatá zevně na podbříšku. Tímto vyšetřením se popisuje tvar, konzistence, uložení děložního hrdla, tvar, konzistenci a velikost dělohy, změny na adnexech, v okolí dělohy a bolestivost při palpaci.

1.2.3 Kolposkopie

Kolposkop je binokulární lupa, to znamená lupa, do které se díváme oběma očima. Kolposkopem lze prohlédnout zevní rodidla, pochvu a děložní hrdlo. Pokud

čípek potřeme 3% kyselinou octovou a Lugolovým roztokem, dosáhneme přesnějšího vyšetření - jedná se o rozšířenou kolposkopii. Tímto vyšetřením můžeme rozeznat okem neviditelné změny- zhoubné bujení, exofytický růst, malé ulcerace.

1.2.4 Cytologie

Cytologie spolu s kolposkopií se uplatňují ve screeningu zhoubného bujení. Buňky k cytologickému vyšetření získáváme stěrem, aspirací nebo punkcí z dutin. V prevenci se nejčastěji užívá kartáčku „Cytobrush“. Materiál je natřen na sklíčko, fixován a následně odeslán do akreditované laboratoře. K hodnocení se užívá Bethesda systému. (1,4)

Cytologie slouží k diagnostice změn ve tkáních. Vyhodnocení cytologických stěrů: musí odpovídat stavu tkáně, ze které byly odebrány, to je histologii. Dnes se užívá systém hodnocení dle Bethesda. Je to hodnocení cervikovaginálního stěru do všech podrobností. Je nutné přesné vyplnění průvodky k cytologickému stěru. Cytolog hodnotí kvalitu stěru a benigní změny (infekce, reparativní změny, hormonální stav, všechny atypické změny na dlaždicovém epitelu, žlázovém epitelu a metastázy). Podmínkou pro stanovení správného cytologického závěru je zhotovení dokonalého stěru především odběrem buněk z odpovídajícího místa, v dostatečném množství a správně nanesených na sklíčko. (11) gynekol cytodg str.17- průvodka

Dnes používáme označení SIL= skvamozozní intraepiteliální léze. Jedná se o poruchu normální tkáně s tvorbou abnormální tkáně v oblasti povrchových buněk dlaždicového epitelu. Je to kategorizace cytologických stěrů.

Low grade sil = nízký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (LSIL) je prekanceróza lehkého stupně. Jádra buněk jsou 3-6x větší než jádra normálních buněk. Stejně změny způsobují i HPV, jsou proto také zařazeny do skupiny LOW GRADE. Buňky leží jednotlivě nebo v plátech. Cytoplazma má zřetelné hranice. Cytologický obraz může odpovídat i histologickému obrazu CIN I (cervikální intraepiteliální neoplasie) – lehká dysplazie.

High grade sil = vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (HSIL) Je to závažná nebo těžší forma prekancerózy. Zvětšuje se poměr jádra a cytoplazmy. Cytologický obraz odpovídá histologickému obrazu CIN II (střední, těžká dysplazie) až CIN III (carcinoma in situ). (11)

1.2.5 Porodní asistentka během gynekologického vyšetření

Úkolem porodní asistentky je připravit ženu ke gynekologickému vyšetření, změřit krevní tlak, puls, teplotu, zajistit možnost vymočit se a provést hygienu genitálu. Poučí ženu o odložení oděvu do půl pasu a zajistí jí soukromí. V případě potřeby dopomůže ženě na gynekologické křeslo. Připravuje pomůcky a asistuje lékaři při vyšetření a odběru biologického materiálu. V indikovaných případech provádí orientační vyšetření moči. (5)

1.3 Klasifikace nádorových onemocnění

Nádory jsou útvary tvořeny tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu. Dělíme je na benigní a maligní.

Benigní nádory

Mají ohraničený růst, nepřemísťují se, nemetastazují. Často nemají větší negativní účinek na organismus.

Maligní nádory

Zhoubné nádory jsou definované jako skupina nemocí, pro které je typický neomezený růst buněk tkání. To znamená, že normální mechanismus, který kontroluje růst buněk je trvale poškozen. Konečným výsledkem je nárůst buněčné hmoty nádoru,

který napadá a ničí normální tkáň. Často rostou rychle, infiltruji se do okolí a vytváří metastázy- vzdálená ložiska. Pokud nejsou včas léčeny, způsobují smrt organismu. Morfologicky se nádorový růst projevuje třemi způsoby:

- a) Růst expanzivní. Mechanicky utlačuje okolí, okolní tkáň atrofuje.
- b) Růst infiltrativní. Nádorové buňky vrůstají mezi buňky okolních tkání bez jejich přímého ničení.
- c) Růst invazivní. Nádorové buňky vrůstají do buněk okolních tkání, ty jsou tak poškozeny a ničeny. Je to typický růst zhoubného nádoru.

1.3.1 Šíření nádoru v organismu

Je opět děleno trojím způsobem:

- a) Pokračujícím místním růstem, zasahuje někdy i rozsáhlé partie těla, tam, kde nejsou anatomické překážky pro volné šíření nádorových buněk.
- b) Metastazováním lymfatickými cestami, znamená to zakládání vzdálených ložisek v průběhu lymfatických cest. Může přejít v šíření krevní cestou, protože lymfatické cesty ústí do krevního systému.
- c) Metastazováním krevními cestami, jde o šíření nádorových buněk krevním systémem. (12)

1.3.2 TNM klasifikace

Používá se u morfologicky ověřených nádorů. Rozsah nádoru se zjišťuje dle předepsaných vyšetření. Onemocnění podléhají onkologickému hlášení a dále se označují jako zhoubné nádory či novotvary. Povinnost hlásit zhoubný nádor má každý poskytovatel zdravotních služeb, který stanovil diagnózu do formuláře „Incidence a léčba zhoubného novotvaru“ a každý poskytovatel zdravotních služeb, který odpovídá za léčbu a dispenzarizaci. 7. verze byla v ČR vydána 1. 1. 2011 (sdělení ČSÚ č.

324/2010 ze dne 29. 11. 2010, částka 118/2010 Sb.). TNM je systém, kterým se popisuje anatomický rozsah změn k určení tří složek:

T= rozsah primárního nádoru

N= přítomnost či nepřítomnost a rozsah metastáz v regionálních uzlinách

M= přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz.

Rozsah nádorového procesu systému TNM kategorií je určen číslem přidaným za písmeno. Čím je číslo vyšší, tím je vyšší i rozsah nádoru a jeho šíření v dané kategorii. Pokud nebyla provedena předepsaná vyšetření, používá se pro stanovení kategorie symbol X. Možná hodnocení jsou: T0, T1, T2, T3, T4, TX

N0, N1, N2, N3, N4, NX

M0, M1, MX(11)

V České republice je hranice pro operační řešení T2. (13)

1.3.3 Karcinom vulvy

Karcinomy vulvy tvoří 3-5% gynekologických maligních nádorů. Mezi zhoubné nádory patří spinocelulární karcinom, adenokarcinom, melanom. K rizikovým faktorům vzniku patří vyšší věk (maximum výskytu je v 70-80 letech), sexuálně přenosné infekce, zejména high-risk typy lidských papilomavirů (HPV 16, 18), kouření, imunosuprese, VIN v anamnéze, diabetes mellitus, obezita, nuliparita, pozdní menarché, časná menopauza.

Klinickým obrazem zhoubného nádoru vulvy je špinění, krvácení, výtok, zápach, pálení, svědění, bolest. Ulcerózní defekt nebo exofytický nádor na vulvě (nejčastější lokalizace: 1. labia, 2. klitoris, 3. zadní komisura), zvětšení tříselných uzlin.

Diagnóza a vyšetření: především sběr anamnézy- bolest, pálení, svědění, výtok, krvácení, špinění, fyzikální vyšetření a to vyšetření celkové, vyšetření břicha a inguinofemorálních uzlin, gynekologické vyšetření včetně kolposkopie, cytologie děložního hrdla, bimanuální vyšetření. Základní hematologická a biochemická

vyšetření. RTG srdce a plic, sonografie pánve, jater a ledvin nebo vylučovací urografie, CT pánve a retroperitonea u pokročilejších nálezů.

Léčba je individuální v závislosti na stadiu onemocnění. Jedná se o excizi, jednoduchou vulvectomii, radikální vulvectomii- vulvectomie s oboustrannou lymfadenectomií, anovulvectomie + kolostomie. Karcinom vulvy je poměrně nízko radiosenzitivní, používá se brachyterapie a teleterapie, chemoterapie. (5)

1.3.4 Karcinom pochvy

Karcinomy pochvy tvoří asi 1-2% gynekologický maligních nádorů. Mezi zhoubné nádory patří spinocelulární karcinom, adenokarcinom, metastazují sem nádory z karcinomu hrdla děložního, vulvy, močového měchýře, rekta.

Mezi rizikové faktory patří sexuálně přenosné infekce, radioterapie, jiný gynekologický karcinom, imunodeficience, imunosuprese. Prognózu onemocnění ovlivňuje histologický typ, hloubka invaze, věk, velikost nádoru a počet pozitivních uzlin.

Klinický obraz je výtok, špinění, krvácení, zápach, kontaktní- postkoitální špinění nebo krvácení. U pokročilejších nálezů je bolestivost. Exofytický útvar, infiltrát nebo ulcerózní defekt poševní sliznice.

Diagnóza a vyšetření jsou podobné jako u karcinomu vulvy- anamnéza, fyzikální vyšetření, vyšetření hematologické a biochemické, zobrazovací vyšetření.

Léčba je dle rozsahu a stadia onemocnění- excize až radikální hysterektomie + kolpectomie + lymfadenectomie, radioterapie, chemoterapie. (5)

1.3.5 Karcinom děložního hrdla

Mezi zhoubné nádory patří spinocelutární karcinom, adenokarcinom. Nejčastějším maligním nádorem je karcinom. Předchází mu prekancerózy- abnormální epitel, dysplazie-porucha růstu.

Výskyt je nejčastější u žen mezi 40.-50. rokem věku. Mezi rizikové faktory karcinomu děložního hrdla patří nízký věk prvního sexuálního styku, promiskuita, nízký věk prvního porodu, multiparita, kouření, nízký socioekonomický status, imunodeficience, imunosuprese, sexuálně přenosné infekce. Prevencí je chráněný pohlavní styk, nízký počet sexuálních partnerů, nekuřáctví, profylaktická HPV vakcinace.

Klinický obraz karcinomu děložního hrdla je spontánní nebo postkoitální špinění, krvácení, zapáchající vodnatý fluor. Dále dysurie, časté uroinfekce, urémie, tenesmy-nucení na stolici bez uspokojivého odchodu stolice- malé množství, bolestivá defekace, edém dolních končetin.

Klasifikace je dle makroskopického vzhledu- exofytická forma vypadá jako křehké bradavičnaté nebo květákovité výrůstky, které se na povrchu rozpadají a pronikají do okolí. Druhá forma je endofytická, nádor prorůstá do hloubky, infiltruje stěnu děložního hrdla, později se rozpadá a tvoří se krvácející vřed. Diagnóza je především při screeningu- kolposkopie, cytologie, dále anamnéza, fyzikální vyšetření, gynekologické vyšetření. Zobrazovací metody, laboratorní vyšetření, test na HR HPV- ze stěru buněk z povrchu a kanálu hrdla. Biopsie pomocí cílené excize, konizace, kyretáže hrdla děložního.

Léčba závisí na stadiu onemocnění, na základě TNM klasifikace. Z počátku je léčba radikální chirurgická spolu s radioterapií. U pokročilých forem probíhá pouze konzervativní léčba. Chirurgická léčba se stanovuje na základě rozsahu nádoru a na udržení fertility ženy. Prvním typem je konizace děložního hrdla případně jeho amputace. Dále se provádí plastika děložního hrdla, prostá nebo rozšířená hysterektomie. Rozšířená hysterektomie je i s adnexektomií, lymfadenektomií a resekci horní třetiny pochvy. Provádí se laparotomicky nebo laparoskopicky dle rozsahu

nádoru. Konzervativní léčbou je chemoterapie neadjuvantní kdy se nádor zmenší, aby byl operabilní a paliativní chemoterapie. Dále kombinace chemoterapie a radioterapie, a samostatná radioterapie, ta se užívá jako paliativní a adjuvatní- ta nahrazuje operační léčbu. (5)

1.3.6 Karcinom děložního těla

Mezi zhoubné nádory patří adenokarcinom endometria, sarkom. Adenokarcinom děložního těla je nejčastější maligní nádor děložního těla. Prevencí je včasná diagnostika.

Mezi rizikové faktory patří pozitivní rodinná anamnéza, časná menarché, obezita, hypertenze, diabetes mellitus, pozdní menopauza- po 50. roce, nulliparita, dlouhodobé podávání estrogenů bez užívání gestagenů, syndrom polycystických ovarií, stav po iradiaci pánve, imunodeficience, imunosuprese. Organizovaný screening tohoto zhoubného nádoru neexistuje. Pokud jsou přítomny rizikové faktory, pak je po menopauze vhodná vaginální sonografie a cytologické vyšetření.

Klinický obraz je výtok, metrorrhagia, zvláště perimenopauzální a postmenopauzální, větší měkká děloha, bolest v podbříšku, hnisavý nebo vodnatý fluor, zažívací potíže, postižení močového ústrojí.

Existují dva typy maligního nádoru těla děložního, první typ vzniká dlouhodobou stimulací endometria zvýšenou hladinou estrogenů. Druhý typ je karcinom, který vznikne bez vlivu estrogenů, tvoří metastázy a má horší prognózu.

Podle pokročilosti onemocnění rozdělujeme čtyři stupně. První stupeň je nádor omezený na děložní tělo, druhý stupeň se šíří do děložního hrdla, třetí stupeň přerůstá do pochvy, vejcovodů nebo vaječnicků, čtvrtý stupeň je nádor, který se šíří na okolní orgány.

Diagnóza a vyšetření: anamnéza, fyzikální a gynekologické vyšetření, cytologie endometria (uterobrushem), biopsie při hysteroskopii, laboratorní vyšetření, zobrazovací metody.

Chirurgická terapie je ve formě abdominální nebo vaginální hysterektomie s oboustrannou adnexektomií a LAVH. Případně se provádí i paraaortální lymfadenektomie. Konzervativní terapií je radioterapie, chemoterapie a hormonální terapie. Radioterapie se používá jako samostatná léčba nebo doplněk chirurgické léčby. Hormonální terapie se používá u pokročilého nebo metastazujícího karcinomu. (5)

1.3.7 Karcinom vejcovodu

Primární zhoubné nádory vejcovodu jsou vzácné, častější je sekundární prorůstání do vejcovodu z dělohy nebo vaječníku.

Mezi rizikové faktory patří sterilita, nulliparita, salpingitis v anamnéze, věk nad 50 let. Klinický obraz je tlak a bolest v břiše, často kolikovitá, nahnědlý výtok, který trvá i po kyretáži, suspektní žlázoové buňky v cytologii při negativní kyretáži, zvětšení břicha.

Diagnóza a vyšetření: anamnéza, fyzikální a gynekologické vyšetření, onkologická cytologie děložního hrdla, laboratorní vyšetření, marker Ca 125, zobrazovací metody. Léčba je stejná jako u karcinomu ovaria. (5)

1.3.8 Karcinom vaječníku

Zhoubným nádorem vaječníku je cystadenokarcinom. Metastazují sem nádory z trávicí trubice. Spolu se zhoubnými nádory dělohy patří k nejčastějším gynekologickým nádorům. Prevence i včasná diagnostika jsou obtížné, včasná diagnostika je většinou náhodným nálezem při gynekologickém vyšetření.

Podle histologického původu dělíme maligní nádor vaječníku na serózní, mucinózní nebo endometroidní.

Dle pokročilosti onemocnění dělíme karcinomy na čtyři stádia. V prvním stádiu je karcinom omezen pouze na vaječník, druhý stupeň zasahuje vejcovod, dělohu a jiné

tkáň, třetí stupeň se šíří mimo pánev a čtvrtý stupeň je karcinom se vzdálenými metastázemi.

Mezi rizikové faktory patří časná menarché, pozdní menopauza, nulliparita, vyšší věk, virová infekce v anamnéze jako příušnice, karcinom prsu, endometria a kolorektální karcinom v anamnéze. Pozitivní rodinná anamnéza. Prevencí je hormonální antikoncepce užívaná déle jak 5 let, více než jedno donošené těhotenství, delší kojení.

Karcinom vaječníku je dlouho asymptomatický, později vznikají dyspeptické potíže, tlak a bolest v břiše, poruchy vyprazdňování, poruchy menstruačního krvácení, sterilita, zvětšování břicha, ascites, hmatná rezistence v pánvi nebo břiše, hydronefróza způsobená tlakem nádoru na močový měchýř, úbytek hmotnosti, kachektizace, obraz náhlé příhody břišní při nekróze, krvácení, ruptuře, torzi tumoru. Feminizace nebo maskulinizace u hormonálně aktivních nádorů.

Diagnóza a vyšetření: anamnéza včetně anamnézy rodinné- dědičné syndromy: karcinom prsu a ovaria, fyzikální a gynekologické vyšetření, laboratorní vyšetření, zobrazovací metody.

Terapie je chirurgická a konzervativní. Radikalita chirurgické operace závisí na rozsahu nádoru. Provádí se buď hysterektomie abdominální s oboustrannou adnexektomií, appendektomií, omenektomií, lymfadenektomií nebo laparoskopicky vedená adnexektomie, laparoskopická metoda se používá jen u fertálních žen při jednostranném postižení. Během obou druhů operací se provádí buď cytologie ascitu nebo výplachová cytologie. Konzervativní léčba je adjuvantní chemoterapie a imunoterapie.

1.4 Operační přístupy

Rozsah a náročnost léčby závisí na charakteru a lokalizaci nádorového bujení. Chirurgická léčba je buď radikální, kdy se odstraní celý nádor společně s okolními zdravými tkáněmi a nebo léčba paliativní, která nemá léčebný účinek, ale zmírňuje klientce bolest a obtíže. (14)

Operační přístupy jsou dva- abdominální a vaginální.

Abdominální

Laparotomie je chirurgické otevření dutiny břišní. (15) Je indikována při větším výkonu. Nevýhodou je větší pooperační dyskomfort, riziko vzniku hernií v jizvě, zpomalení střevní peristaltiky. Dolní střední laparotomie je řez od symfýzy k pupku, řez dle Phannenstiela je příčný řez nad symfýzou.

Laparoskopie je endoskopický diagnosticko-terapeutický výkon v dutině břišní, který se provádí pomocí laparoskopu.

Vaginální

Řadí se sem operační výkony prováděné na vulvě, hrázi, poševních stěnách, pánevním dnu, děložním čípku. Provádí se v gynekologické poloze. (5)

Operační řešení může být doplněno ještě chemoterapií, radioterapií a hormonální léčbou.

Chemoterapie je léčba cytostatiky, které ničí nádorovou buňku. Aplikují se perorálně nebo parenterálně, a to buď intravenózně, implantací podkožního rezervoáru s kanylou ústící do horní duté žíly, a nebo perfúzí nádory cytostatiky přímo do tepny, která nádor vyživuje.

Radioterapie je léčebná aplikace ionizujícího záření. Klientka je před aplikací poučena o celkové hygienické očištění, o očištění klyzma před aplikací, o nutnosti vymočit se před aplikací. Velice důležitá je i psychická podpora klientky. Po radioterapii může nastat takzvaný radiační syndrom, což jsou klinické reakce na léčbu ozařováním.

Může být místní na kůži nebo na sliznicích, kde dojde k zarudnutí, nekrotickým změnám, dermatitidě. Nebo celkové reakce jako je nauzea, zvracení, tenezmy, meteorismy, únava, anémie, psychická deprese.

Hormonální léčba se používá u hormonálně závislých nádorů- aplikují se vysoké dávky opačně působícího hormonu. (14)

1.5 Onkogynekologie

Onkogynekologie je podoborem gynekologie a porodnictví zabývá se diagnostikou a léčbou zhoubných nádorů rodidel. Tyto nádory tvoří 12-15% všech maligních nádorů žen. A to z největší části karcinom děložního hrdla, karcinom endometria a karcinom vaječníku. Freitag říká, že: *„K častému výskytu nádorů reprodukčního traktu přispívá zřejmě několik faktorů. Sexuální život přináší možnost expozice některým přenosným infekcím, jejichž původci mají určitý onkogenní potenciál. To je prokazatelné například u rizikových typů lidských papilomavirů. Dále se zřejmě uplatňuje cykličnost a periodicitá tkáňových přeměn ve fertilním věku, které dávají větší pravděpodobnost maligní transformace. Roli mají nepochybně životní styl a výživa žen.“*¹⁶

1.5.1 Onkogynekologická centra

Celkem je v České republice 17 onkogynekologických center. Jsou v 11 z 12 krajských nemocnic.

Onkogynekologické centrum má dané personální obsazení, jsou to minimálně dva gynekologové s nejvyšší specializací, tj. 2. atestace a s onkogynekologickou atestací. Minimálně jeden gynekolog s nadstavbovou atestací z onkologie. Dále jsou to konziliáři z radioterapie, histopatologie a radiodiagnostiky, sekundáři, instrumentářky a zdravotní sestry.

Podmínkou fungování onkogynekologického centra je incidence minimálně 100 zhoubných nádorů za rok, minimálně 60 radikálních operací za rok (30 zhoubných nádorů děložního hrdla, 20 zhoubných nádorů děložního těla, 30 zhoubných nádorů ovaria), 10 laparoskopických lymfadenektomií. Dále jde o nemocniční zázemí, musí být dosažitelná rychlá perioperační biopsie, jednotka intenzivní pooperační péče, diagnostický komplet- ultrazvuk s vaginální sondou, 24 hodin denně dostupný

hematologický, biochemický, radiodiagnostický komplet, 24 hodin denně dostupná gynekologická, interní, anesteziologická a chirurgická konzilia. (18)

Onkologická sekce Gynekologicko-porodnické společnosti stanovila kritéria pro akreditaci klinických gynekologických pracovišť, která tak lze pokládat za způsobilá k léčbě zhoubných nádorů ženských pohlavních orgánů. Kromě výše zmíněné operační léčby zajišťuje také chemoterapii, léčbu zářením a má propracovaný systém dispenzarizace nemocných a záchyt a léčbu nádorových recidiv. (17)

1.6 Role porodní asistentky

Světová zdravotnická organizace definuje porodní asistentku takto [WHO. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha, 2000.]: „Porodní asistentka je osoba, která po přijetí do vzdělávacího programu pro porodní asistentky, řádně uznaného státem, ve kterém je zajišťován, úspěšně dokončila předepsaná studia porodní asistence a získala požadovanou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou porodní asistentkou.“¹⁷

Díky svému vzdělání je porodní asistentka schopna zajistit dohled, péči a radu ženám v těhotenství, během porodu a v průběhu šestinedělí. Dále vede fyziologické porody a pečuje o novorozence a kojence. V této péči zajišťuje prevenci, rozeznává fyziologie a patologie a obstará ženě odbornou lékařskou pomoc. Důležitou funkcí porodních asistentek je také edukace a výchova žen, rodin a komunit vztahujících se k plánování rodičovství, porodu a k poporodnímu období. (18)

1.6.1 Dovednosti PA

Porodní asistentka je poskytovatelkou péče, která posuzuje pacienta holisticky a poskytuje mu kvalitní, komplexní, kontinuální péči. Je autorkou rozhodnutí, které definuje potřeby a problémy pacienta. Rozhoduje jak dosáhnout holistické a

vysoce kvalitní péče. Je komunikátora podporující zdravý životní styl. Získá-li si důvěru lidí, se kterými pracuje, je vedoucí komunity. Je manažerka, která může vhodným způsobem využít dostupná data k práci s jedinci a organizacemi.

1.6.2 Oprávnění PA

Porodní asistentka může poskytovat poradenství o plánovaném rodičovství, diagnostikuje těhotenství a monitoruje fyziologie těhotenství za užití potřebných vyšetření. Doporučuje vyšetření k diagnostikování rizikového těhotenství. Poskytuje předporodní kurzy, poradenství ohledně porodu, hygieny, výživy. Pečuje o rodičky během porodu, sleduje stav plodu v děloze. Vede spontánní porody včetně epiziotomie v nezbytných případech. Rozpoznává abnormality a rizika u plodu i těhotné. Ošetřuje novorozence, provádí případnou neodkladnou resuscitaci novorozence. Pečuje o rodičku v postnatálním období. Edukuje ženu v péči o novorozence. (18)

1.6.3 Psychologický přístup k pacientce s onkologickou diagnózou

Porodní asistentka, která je v kontaktu se ženami s onkologickou diagnózou musí znát specifika jejich chování. Po sdělení diagnózy dochází k psychické odezvě. Ta má několik fází. Fáze probíhají zpravidla v následujícím pořadí, avšak někdy může dojít k jejich změně, či k úplnému přeskočí některé fáze. Definovala ji Kübler-Rossová:

Šok, jedná se o emočně velmi silnou odezvu, která se projevuje pláčem, ztíženým dechem, silným neklidem nebo naopak ztrnulostí. Pacientka se ptá, proč onemocnění postihlo právě ji. Tato fáze trvá různě dlouho a zpravidla odezní sama.

Popření, pacientka se nehodlá s diagnózou smířit, hledá racionální vysvětlení, pochybuje o správnosti diagnózy.

Agrese, pacientka je v emoční pasti, projevuje se zlostně vůči zdravým lidem ve svém okolí. V závislosti na své mentalitě buď přestávají se zdravotníci komunikovat nebo jsou se vším nespokojeni, hádají se a odmítají pomoc.

Smlouvání, pacientky se uchylují k tzv. boží, přírodní nebo lékařské autoritě. Za uzdravení slibují zlepšení života. Odůvodňují svoji existenci dětmi, rodinou.

Deprese, je nejtěžší fází odezvy, kdy se pacient zcela ponoří do beznaděje, strachu, úzkosti. Tato fáze je pro pacienty i léčbu nebezpečná, a je nutné ji překonat psychofarmaky.

Smíření, jedná se o fázi psychického uvolnění. Převažuje rozumový přístup k nemoci i k léčbě.

Porodní asistentka musí znát tyto fáze, musí vědět, jak se pacientka v dané fázi pravděpodobně bude chovat, musí poznat, ve které fázi se pacientka aktuálně nachází, aby mohla adekvátně reagovat na pacientčiny požadavky, nálady, chování. Měla by také s těmito fázemi a chováním seznámit i rodinu a přátele pacientky. (8)

Porodní asistentka si musí uvědomit, že pacientka je psychicky zdravá žena, ve složité, emočně napjaté situaci. V krizových situacích, kdy na ni pacientka ventiluje svoji zlost, musí zachovat klid, svým chováním by měla snížit pacientčinu úzkost. Na každou pacientku by si měla vyhradit čas, kdy pacientka bude vědět, že je tu jen pro ni, že ji vyslechne. Povzbuzení a sílu pacientce dodá každé pochválení za sebemenší úspěch. Pokud se bude porodní asistentka aktivně ptát, co pro pacientku může udělat, vzbudí u pacientky důvěru, naději a povzbudí ke spolupráci v léčbě. (8)

1.7 Ošetrovatelský proces a edukace

1.7.1 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelství je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako: „Systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“. (19)

Ošetrovatelství je zaměřeno především na udržení zdraví, na jeho podporu a navrácení na rozvoj soběstačnosti klienta, zmírňování utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Vzájemně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. (20)

Metodou moderního ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, to je způsob, jakým sestra vykonává péči o člověka. Tato péče musí být založena na uvážení a organizovaném uspokojování potřeb a řešení problémů. Člověk je zde chápán jako celek, na který působí řada faktorů ovlivňujících jeho prožívání zdraví a nemoci. Moderní ošetrovatelská péče klade důraz hlavně na podporu a udržení zdraví, toho lze dosáhnout především aktivní účastí pacienta během ošetrovatelského procesu v rozhodování o své péči. Jednotlivec nebo skupina spolu s porodní asistentkou zhodnotí své potřeby, sestaví plán péče, společně se podílí na jeho plnění a zhodnocení dosažených výsledků. (20)

Ošetrovatelský proces představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Je to systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je zlepšení zdravotního stavu pacienta. Individualizovanou ošetrovatelskou péči provádí porodní asistentka sama nebo ve spolupráci s pacientem. Tyto ošetrovatelské činnosti umožňují porodní asistentce samostatně rozhodovat o nejvhodnějším způsobu péče o pacienta, dosahování stanovených cílů a měření pokroku, kterého pacient dosáhl. (20)

Ošetrovatelský proces má pět fází: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení. Ve fázi zhodnocení porodní asistentka sbírá informace a hodnotí zdravotní stav pacienta, možná rizika a patologické procesy. Během diagnostiky analyzuje data a stanovuje existující i potenciální problémy. Následně porodní asistentka spolu s pacientem určí problémy vyžadující okamžitou pozornost, stanoví cíle a očekávané výsledky, určí činnosti potřebné k dosažení cíle, zaznamená individualizovaný plán péče. Po sestavení plánu péče ho realizuje. Během realizace sleduje reakce pacienta, jeho stav, zda se nevyskytl nový problém a zda je plán péče stále aktuální. V poslední fázi zhodnotí spolu s pacientem, zda došlo k dosažení stanoveného cíle. (20)

1.7.2 Edukace

Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Znamená to výchovu a vzdělávání jedince. Edukace by měla být součástí ošetrovatelské péče. Zpravidla se dělí na pět fází, které bychom měli zařadit do péče o nemocného – do ošetrovatelského procesu.

V první fázi zjistíme úroveň znalostí, dovedností a zvyků pacientky. Ke zjištění porodní asistentka využije například rozhovor nebo pozorování. Ve druhé fázi- fázi projektování porodní asistentka naplánuje cíl, metodu, obsah a čas edukace. Třetí fázi je realizace, kdy porodní asistentka pacientce zprostředkuje nové poznatky, je důležité, aby si pacientka nové vědomosti a dovednosti zafixovala, aby byly nové vědomosti a dovednosti procvičovány a opakovány. Porodní asistentka se také snaží ověřit, zda pacientka opravdu dané vědomosti má a dovednosti umí sama provést. Následuje fáze upevňování a prohlubování učiva, to znamená systematické opakování a prohlubování vědomostí a dovedností. Pátou fází je zpětná vazba. (21)

Edukace pacientky porodní asistentkou by měla zahrnout předoperační péči, perioperační péči a pooperační péči.

Do pooperační edukace a péče řadíme péči o ránu a prevenci infekce, stravování a vyprazdňování, bolest, pohyb a vstávání, sexuální život po operaci.

1.7.3 Péče o ránu a infekce

Operační rána se může hojit primárně nebo sekundárně. Primární hojení probíhá, pokud jsou povrchy tkání uzavřené bez nepatrné ztráty tkáně, granulační tkáně a jizevnatění. Pokud se rána hojí sekundárně, má větší ztrátu tkáně. Od primárního hojení

se liší delší dobou hojení, větším jizevnatěním a větším rizikem vzniku infekce. Naším cílem je primární hojení rány.

Při kontrole rány se zaměřujeme na její vzhled, otok, výtok, bolestivost, 3 až 5 dní po operaci můžeme očekávat silnou bolestivost v jizvě, která se postupně mírní. Pokud se bolest nezmírňuje, může to být známkou počínající infekce. (22)

U laparotomické operační rány je indikována její komprese alespoň na 12 hodin, čímž se předchází vzniku hematomu v jizvě. Operační rána by měla být na 24 hodin překryta sterilním krytím. Porodní asistentka musí při kontaktu s operační ránou postupovat přísně asepticky. 1. pooperační den se rána ošetřuje dezinfekcí, následně žena ránu umývá běžným mýdlem a po hygieně důkladně jemně osuší. Ránu udržuje v suchu. U obézní ženy, je vhodné do záhybů kůže v místě jizvy vkládat sterilní longetu. Pokud je rána šitá pokračovacím stehem, je steh vyndáván 6. pooperační den. U sutury tvořené jednotlivými stehy se polovina stehů vyndává 5. pooperační den a druhá polovina 7. pooperační den. (23)

Chirurgicky se rány dělí na čisté, čisté kontaminované, kontaminované a znečištěné. Čistá rána je taková rána, kdy nedošlo k infekci, čistá kontaminovaná je taková rána, kdy byl zasažen nesterilní trakt kontrolovaně, například operační rána na pochvě a nevznikly žádné známky infekce. Kontaminovaná rána je čerstvá otevřená rána, vznikající především poraněním nebo kontaminací při operaci. Znečištěná rána je rána s existující klinickou infekcí. (24)

Onkologičtí pacienti mohou mít oslabenou imunitu, a proto lze očekávat pomalejší hojení operační rány. Porodní asistentka pravidelně hodnotí tělesnou teplotu pacientky, sekreci z rány a drénů, zhoršení pooperační bolesti, změnu pohyblivosti pacientky, změnu prokrvení nebo otoky končetin.

1.7.4 Stravování a vyprazdňování

Po operaci je důležitá důsledná hydratace pacientky a dodržování lékařem ordinované diety. Je nutné postupné zatížení trávicího traktu spolu s dostatečným přísunem kalorií. Výživa při nauze a zvracení je specifická tím, že mezi

tuhou stravou a pitím, by se měly dělat přestávky. Podávají se menší porce v častějších intervalech. Upřednostňují se studená jídla a jídla s vysokým obsahem sacharidů. (10) Při zácpě se podává strava bohatá na vlákninu a teplé nápoje.

Podaná anestézie i samotný operační výkon mohou snížit až zastavit hybnost střev. Obnovení střevních pohybů může být v tomto období problematické. Několik dní po operaci bývá také obtížné močení, ale stav se upravuje sám. (25) Nejpozději 4. pooperační by mělo dojít k odchodu stolice. (23)

1.7.5 Bolest

Po operaci klientka pocítuje akutní bolest. Akutní bolest netrvá dlouho, ale při vyšší intenzitě znamená pro pacientku stresovou záležitost a psychickou zátěž. Nekontrolovaná nebo špatně kontrolovaná bolest zhoršuje tělesné i duševní zdraví pacienta. (26)

Pro kvalitní tlumení bolesti je nutná její dobrá diagnostika. Zjišťujeme lokalizaci, kvalitu a intenzitu bolesti. Intenzitu bolesti zjišťujeme pomocí vizuální analogové škály bolesti (VAS). Porodní asistentka musí ženu naučit s touto škálou pracovat. Hodnocení bolesti podle VAS probíhá pravidelně a subjektivně, podle pocitu pacientky. Hodnocení je od 0 do 10, kdy 0 není žádná bolest a 10 je nesnesitelná bolest. (25)

Pacientky můžeme dělit podle zvládnutí bolesti do několika skupin. Optimistická pacientka bagatelizuje skutečnou míru bolesti, její závažnost. Oproti tomu pesimistická pacientka trpí zvýšenou měrou obavami z nebezpečí, čeká komplikace, může být i depresivní. Nadměrně se zabývá svojí chorobou. Bolest pocítuje intenzivněji. Realistická pacientka důvěřuje ošetřujícímu personálu. Reálně přijímá svoji bolest. (27)

Podle nejnovějších medicínských poznatků je nejvhodnější k terapii léčby bolesti užívat kombinaci farmakologických a nefarmakologických metod. (28)

Mezi nefarmakologické metody tlumení bolesti patří fyzikální terapie, alternativní a doplňkové terapie, kognitivní a behaviorální terapie. (26)

Vhodná je terapie chladem, tzv. kryoterapie, která vyvolá vazokonstrikci v místě poranění, sníží průtok krve do poraněné oblasti, zpomalí rozvoj otoků a sníží vznik modřin. (29)

1.7.6 Pohyb a vstávání

Porodní asistentka edukuje ženu o dechových cvičeních, odkašlávání s přidržením rány. O vstávání z lůžka a ulehání na lůžko přes bok.

Žena po vaginální operaci nesmí alespoň 14 dní sedět. Po odstranění močového katetru žena aktivně procvičuje svaly pánevního dna. Dále edukujeme o tom, že alespoň 2 měsíce po operaci by neměla zvedat břemena těžší než 2 kilogramy. Po 3 měsících se může začít věnovat rekreačním sportům s výjimkou jízdy na kole. Té by se měla vyvarovat ještě alespoň 6 měsíců.

Žena po břišní operaci nesmí do odstranění stehů napínat břišní stěnu. Edukujeme ženu o zvedání břemen, která by po 10 až 12 týdnů od operace neměla být těžší než 2 kilogramy. Při jejich zvedání by měla žena podřepnout a zvedat jej s pevnými zády, nepřepínat břišní stěnu. Rekreační sporty může začít provozovat asi po 3 měsících. (30)

1.7.7 Sexuální život

Žena musí být podrobně a srozumitelně informována o pravděpodobných handicapech, které jí operace přinese nebo o omezeních, která mohou nastat. Každá gynekologická operace může mít negativní vliv na ženskou vzrušivost, reaktivitu a sexuální chování.

Abdominální operace ve většině případů nepřináší žádné pooperační sexuální problémy. Výjimkami je odstranění endokrinních žláz, kdy musí být žena patričně edukována o možnosti, výhodách a rizicích hormonální substituční terapie; ovlivnění reprodukční funkce ženy při odstranění reprodukčního orgánu. Pokud je žena ve

fertilním věku a přeje si otěhotnět, musí být řádně edukována o riziku snížení fertilního potenciálu a případně o možnostech asistované reprodukce. Z čistě anatomického hlediska by odstranění dělohy nemělo přinést negativní vliv na ženskou sexualitu. Z psychologického hlediska jde pro ženu často o ztrátu podstaty ženství, protože nemohou menstruuovat, otěhotnět. Kvalita sexuálního života je nejvíce závislá na kvalitě před operací. Obecně platí, že u nekomplikovaných abdominálních operací není potřeba žádných zvláštních opatření. Pohlavní styk je doporučován nejdříve po šesti týdnech od operace. U komplikovanějších, rozsáhlejších operací, pooperačních komplikacích a abdominálních operací komunikujících s pochvou po zhojení operačního poranění a v době, kdy nebude ženě přinášet žádný somatický dyskomfort.

Vaginální operace jsou oproti abdominálním operacím méně invazivní a mívají lehčí pooperační průběh. Podle radikality operace dochází k vlivu na následný sexuální život. Omezení očekáváme nejčastěji u vulvektomie, exstirpace maligních tumorů s následnou chemoterapií, poševní stenózy. Radikální vulvektomie vždy znemožňuje koitální sex. Koitální sex po vaginální operaci se doporučuje až po úplném zhojení operačních ran a pokud nečiní ženě žádný tělesný dyskomfort. Mezi nejčastější pooperační komplikace patří poruchy lubrikace, dyspareunie, vaginismus, stenóza pochvy a poševního vchodu, zkrácení pochvy, prolaps vaginálního pahýlu. (31)

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1:

Zjistit, jak jsou ženy edukovány zdravotnickým personálem, zda je pro ně míra informací srozumitelná a dostačující.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1:

Chtějí ženy po operaci dostávat více informací o svém zdravotním stavu?

Otázka 2:

Nepovažují ženy informace podané porodní asistentkou za příliš odborné?

Otázka 3:

Dodržíjí ženy doporučení porodní asistentky?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování výsledků výzkumného šetření mé bakalářské práce na téma „*Edukace žen po operaci pro zhoubná onemocnění rodidel*“ byla použita kvalitativní metoda. Jednalo se o strukturovaný rozhovor. Otázky se týkají názoru respondentek na srozumitelnost a míru informací. Odpovědi byly průběžně zapisovány. Rozhovory se zakládaly na 13 otázkách (*viz příloha 1*) a probíhaly na oddělení operativní gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s. Díky tomu, že jsou rozhovory strukturované, je snadnější jejich vyhodnocení. Ženy byly dotazovány na stejné otázky, podle specifika jejich onemocnění a operace byly přidány další, doplňující otázky.

Všechny ženy poskytly ústní souhlas k zapsání a zveřejnění jejich odpovědí se zachováním částečné anonymity. Jsou zveřejněna jen křestní jména a věk.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření probíhalo na oddělení operativní gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Rozhovory s klientkami

Klientky byly vybírány náhodně, v různých časových odstupech od operace, s různými operačními přístupy a různými diagnózami.

Rozhovor č. 1

První respondentce, paní Anně, je 39 let a má ukončené střední odborné vzdělání s maturitou. Je vdaná a má 2 děti, dceru, které je 19 let a syna, kterému je 16 let. Nikdy dříve na žádné operaci nebyla.

Paní Anna šla poprvé k lékaři s tím, že se jí zvětšuje a nafukuje břicho, začala mít problémy s močením, které došly tak daleko, že přestala močit úplně, to ji manžel zavezl na urologii. Na urologii jí zjistili nádor na pravém vaječníku. Vůbec netušila, že by to mohlo být tak vážně. Byla převezena na oddělení gynekologie a tam byla operována. Byla jí provedena radikální břišní operace abdominálním přístupem.

Ze začátku nebyla paní Anna o ničem moc informovaná, vše se seběhlo hrozně rychle. Šla na akutní operaci a jediné, co jí bylo sděleno, bylo to, že se jedná o velmi agresivní typ nádoru. *„Nejhorší to bylo pro moji rodinu. Oni nevěděli nic, já alespoň věděla, že půjdu na operaci a že to asi nevypadá moc příznivě.“*

Co se týče nemocniční péče, byla paní Anna v rámci možností spokojená. Informace jí podávali v průběhu celého pobytu, něco málo před operací, většinu až po operaci. Říká, že chvíli žádné informace nevnímala, protože se nedokázala vůbec soustředit. *„Prostě jsem jen myslela na to, co bude...“*. Ale dodává, že nakonec byla ráda, že za ní pravidelně docházely sestřičky a ptaly se jí, jestli něco nepotřebuje, pomáhaly jí a radily, i když původně chtěla být sama. Informace jí podávaly většinou laicky, protože tomu, co jí říkaly, rozuměla. Na oddělení ani na pokoji nebyla jediná, takže informace, které byly pro ni i pro ostatní pacientky společné jim porodní asistentka sdělovala společně, buď na pokoji, nebo na jídelně. Ale informace, které se týkaly jen jí, jí sdělovala osobně a v soukromí. Po celou dobu pobytu si nepřišla

zanedbávaná nebo přehlížená, i když bylo oddělení plné, možná měla zrovna štěstí, že byla operovaná, když měly praxi studentky, protože ty tam byly každý den, říká.

Od lékařů dostala informace o probíhající léčbě a o léčbě po propuštění. Od porodních asistentek pak byla informována o aktuálních problémech. Nejdříve jak má vstávat z postele, o stravování, že jsou různé diety a na každý pooperační den má nějakou stanovenou. O hygieně, jak se má starat o jizvu, jak ji má mýt, že ji má větrat a udržovat suchou a čistou, kdy se budou vyndávat stehy. A oceňuje, že ji nenechaly při tom, že už je jen nemocná, nemohoucí osoba, ale že jí poučily i o tom, jak může probíhat její další sexuální život, i když jak říká, na to teď nemá ani pomyslení. Co může, se snaží dodržovat.

Rozhovor č. 2

Druhou respondentkou je paní Božena, které je 72 let. Je vyučená. Paní Božena má 2 děti, kterým je 53 a 47 let. Posledních 5 let se stará o nemohoucího manžela, který je odkázaný na její péči. Říká, že neměla čas sledovat, co se s ní děje, natož chodit k lékaři, zanedbávala své problémy. K návštěvě lékaře ji donutilo až nepravidelné krvácení a bolesti zevních rodidel. Obvodní gynekolog jí po několika vyšetřeních a odběrech sdělil diagnózu zhoubný nádor vulvy, objednal paní Boženu do nemocnice na nejbližším možný termín operace.

Den před operací byla přijata na oddělení operativní gynekologie, kde jí sestřičky z oddělení informovaly o tom, co se bude dít, mluvila i s lékařem, který ji operoval.

Paní Boženě byla provedena radikální vulvektomie. Byla to její druhá operace. Před 12-ti lety byla na totální endoprotéze kolenního kloubu, takže z nemocničního prostředí strach nemá. *„Nebála jsem se ani tak operace, hlavně aby vše bylo v pořádku a rychle zahojené, protože manžel je teď přes den doma sám. Musím brzo domů, abych se o něj mohla starat.“*

Říká, že za ní každou chvíli chodí sestřičky a říkají, co a jak má dělat. Za to by jim chtěla moc poděkovat. Říká, že pobyt v nemocnici je moc dlouhý a protože se jí rána špatně hojí, asi tu bude ještě několik dní. Z toho je nervózní. Bojí se o manžela. *„Myslím, že všemu, co mi říkaly sestřičky, jsem rozuměla. Asi už jsou naučené mluvit laicky, žádná odborná slova. Doktor chodí o vizitě a tam když něčemu nerozumím, sestřička mi to vždycky vysvětlí.“* Nemyslí, že by na ni informace „vychrlili“ naráz, vždy se vše potřebné dozvěděla včas. Když chodila sama do sprchy, tak jí sestry edukovaly o koupání, že se nemá bát ránu umýt, aby v ní nezůstala žádná zaschlá krev, pořádně, ale jemně osušit a co nejvíce větrat. Vstávat ji učila rehabilitační sestra, která, jak říká, byla moc fajn. *„Vypadalo to, že má za sebou stejnou operaci jako já, protože přesně věděla, při jakém pohybu mě to bude bolet.“* O sexuálním životě s paní Boženou mluvil lékař ještě před operací, ale ujišťovala ho, že to už není její aktuální problém. Co jí dělalo problém, bylo močení po vyndání permanentního močového katétru. Byla nešťastná z toho, že musela být ještě dvakrát vycévkovaná, než se jí podařilo se spontánně vymočit. Říká, že už byla docela nervózní z toho, že se jí sestry opakovaně ptaly, jestli už se jí podařilo vymočit. Většinu informací jí sestry říkaly na pokoji, když se jednalo o intimnější problém, zvaly si ji na sesternu, kde jak říká nikdy nezapomněly podotknout, že by ji vyzvaly, ať se posadí, ale to bohužel ještě několik dní nesmí. Informací má dostatek, většinu z nich opakovanou několikrát, říká, že si občas přijde jako ve škole, když si sestry nechají přeříkat, co má a nemá dělat. Všechno, co jí lékař i sestry řeknou, dodrží, proto jí mrzí, že se jí jizva špatně hojí. Doufá, že nejhorší má už za sebou a brzo půjde domů.

Rozhovor č. 3

Třetí respondentkou je paní Lucie, které je 49 let. Paní Lucie má středoškolské vzdělání s maturitou a má dvě děti, ve věku 27 a 25 let. Paní Lucie byla na preventivní prohlídce u obvodního gynekologa, který ji provedl cytologii, která vyšla pozitivně. Diagnóza nebyla stanovena ihned, dozvídala se postupně vývoj věcí, a co by to

pravděpodobně mohlo a nemohlo být. Konečná diagnóza- zhoubný nádor hrdla děložního, byla stanovena až po vyhodnocení vzorku tkáně. Paní Lucie byla také na rentgenu plic. Obvodní gynekolog paní Lucii objednal k operaci. Byla provedena radikální operace abdominální cestou.

Informace jí jsou sdělovány postupně. Informace týkající se jejího zdravotního stavu a diagnózy jí sděloval pouze lékař. Porodní asistentky a sestřičky se snaží spíše podpořit a dodat naději. Informace, které podávají porodní asistentky, se týkají spíše věci typu péče o ránu nebo kam na kontrolu. *„Přiznám se, že některým výrazům jsem nerozuměla, ale většina věcí si myslím, že mi byla podána srozumitelně. Některé věci jsem si nechala zopakovat, protože jsem jim zcela nerozuměla nebo jsem je nebyla schopná vnímat vzhledem k děsu, který ve mně všechny tyto informace vyvolávaly. Nečekala jsem, že by se něco takového mohlo stát mě, ačkoli o podobných hrůzách člověk slyší všude kolem sebe.“* Prostor pro otázky má. Paní Janě bylo i opakovaně nabídnuto doptat se na věci, kterým nerozuměla nebo které ji zajímaly.

Od porodních asistentek dostává spoustu informací. Všechny jsou moc ochotné, jak říká, a pokud něco potřebuje, pomohou nebo poradí. Po příjmu na oddělení si prošla sérií vyšetření, sestřičky byly moc milé a vypadaly, že pro ni jako ženu, která nemá s nemocnicí žádné zkušenosti, měly pochopení. Byla provedena na oddělení, poučena o stravě ten den a od kdy nesměla jíst, v kolik se bude co dělat, kdo ji bude operovat i kolikátá jde na řadu. Po operaci byla také soustavně informována ať již o vstávání, hygieně, péči o ránu, stravování a vyprazdňování, se kterým měla po operaci problémy. *„Co se týče hygieny, dostala jsem od sester různé informace, jedna radila ránu mýt mýdlem, druhá pouze vodou.“* Jinak se ale informace podávané sestrami shodují. Všechna jejich doporučení a rady dodržuje. Sestry ji také často utěšují a dodávají naději a radu jak svou těžkou situaci překonat. Dávají jí najevo, že jsou tu pro ni a že mají pochopení. Nebojí se na ně s čímkoli obrátit. Porodní asistentky na ni měly vždy dost času.

Většina informací byla podávána v klidu a beze spěchu, sdělována v soukromí, některé na pokoji před ostatními pacientkami, ale to nešlo o tajné informace nebo

informace, které by jí vadilo slyšet před ostatními ženami. Jediné, co by paní Jana uvítala, je více informací od lékařů o alternativách léčby.

Rozhovor č. 4

Čtvrtou respondentkou je paní Eva, které je 66 let. Její nejvyšší ukončené vzdělání je střední odborné bez maturity. Paní Eva má dvě děti. Paní Eva přišla ke svému obvodnímu gynekologovi s problémy, a to se zácpou, zvětšováním, jakoby nafukováním břicha a bolestmi v podbříšku. Byla jí provedena série vyšetření, gynekologické vyšetření, ultrazvukové vyšetření, odběr krve na CA 125, následně i magnetická rezonance a rentgen plic. Následně lékař stanovil diagnózu zhoubný nádor vaječníku. Paní Evě byla provedena radikální břišní operace, po které bude následovat chemoterapie. Před operací paní Eva moc informací nedostala, vše bylo řečeno zběžně, jen si pamatuje, že podepisovala spousty souhlasů. Po operaci už na ni měly sestry času více, ale při edukaci užívaly odborné výrazy. *„Kdybych neměla něco o této operaci načteno, asi bych jim ze začátku vůbec nerozuměla, ale pak jsem je poprosila, aby mluvily laicky a už to bylo lepší, suturu vyměnily za šití a hned jsme si lépe rozuměly.“* Informace byly podávány průběžně, většinou na pokoji, je ráda, že ji sestry nezahltily informacemi naráz, protože by si z toho zapamatovala jen minimum. O věcech týkajících se výsledků operace, kdy půjde domů, kdy má mít další kontrolu, ji informoval lékař. Sestry doplňovaly zbytek, jak vstávat, aby rána moc netahala, že ji má pořádně vymýt, aby v ní nezůstaly zbytky krve. *„Bála jsem se vytahování stehů, ale sestřička přišla, mluvila, mluvila a ani jsem si nevšimla, že už jsou stehy venku. Pak už byla i ta hygiena lepší, protože jsem se nebála, že za stehy zatáhnu.“* Sestry často opakovaly, jak je důležité, aby rána zůstala čistá a suchá. *„To jsem si vzala k srdci, chci brzo domů.“* Některé věci měla paní Eva nastudované už před operací, takže jí nepřijde, že by jich měla málo nebo že by si s něčím nevěděla rady. Ví, že je nutné se hodně pohybovat, dostatečně pít, starat se o ránu, i o dodržování šestinedělí po propuštění. Oceňuje, že tyto soukromé informace jí sestřička říkala v soukromí, pozvala si ji na

sesternu o odpolední směně, když byl na oddělení klid a vysvětlila jí, že je potřeba šestinedělí dodržet, aby nedošlo k zavlečení infekce. Celkově je paní Růžena s péčí spokojená, ale těší se, až půjde domů.

Rozhovor č. 5

Pátá respondentka je paní Alena, které je 56 let. Její nejvyšší dokončené vzdělání je středoškolské. Má dvě děti narozené v letech 1980 a 1984. K lékařce přišla s problémy, jednalo se o silnou menstruaci. Lékařka provedla ultrazvukové vyšetření, a protože stanovila vyšší hladinu endometria, objednala paní Alenu na hysteroskopii, kde jí byla provedena biopsie. Po tom, co jí vyšly pozitivně výsledky z histologie, byla paní Alena objednána k operaci. Obvodní gynekoložka jí vysvětlila, jak bude probíhat operace, jak dlouho bude v nemocnici. Pro paní Alenu to byla první operace, jednalo se o radikální operaci břišní cestou.

Hned při příjmu dostala informace od přijímajícího lékaře, vysvětlil jí, jak bude probíhat operace a její možná rizika. *„Byla jsem překvapená, že na mě měl pan doktor čas, všechno mi vysvětlil a několikrát se zeptal, jestli se nechci na něco doptat.“* Po příjmu na oddělení dostala informace od sester, opět jak bude celá hospitalizace probíhat, ale v laičtější podobě. Všem, co říkaly, rozuměla, protože nepoužívaly odborné výrazy. Po operaci dostávala informace pro každý den zvlášť. *„Sestřičky byly hrozně fajn, moc hodné, měly velké pochopení, že spoustu věcí člověk zapomene, a tak jim vůbec nevadilo opakovat informace několikrát.“* Byla také poučena, že kdykoli nastane problém, může se na sestru obrátit. Dostala informace o hygieně, že se nesmí bát jizvu pořádně umýt pod tekoucí vodou, dostatečně jemně osušit a nechat větrat. Asi po dvou týdnech má jizvu začít masírovat – tahem a krouživými pohyby, aby jizva nepřirostla k vnitřní výstelce břišní dutiny. Dále jí má promazávat nesoleným sádlem nebo neparfémovanými krémy. Velice užitečnou shledává i edukaci o vstávání a pohybování. Každý den docházela rehabilitační sestra a nacvičovala s ní vstávání z postele a uléhání zpět přes bok. Řekla jí o nutnosti cvičit svaly břišní stěny i doma,

postupně, jak si ukázaly. Nejdříve prodýchávání břišní stěny, pak opatrné propínání, ale bez zbytečného zatěžování. Informace dostávala dohromady s pacientkou na pokoji, která měla stejnou operaci, ale věděla, že, kdyby jí to bylo nepříjemné, vzala by si ji sestra do soukromí. Měla dost prostoru pro otázky, nepřišla si odbytá. *„Sestřičky na nás měly vždycky dost času, kdykoli jsem přišla, že něco potřebuji, byly opravdu ochotné. V noci pro led, lék na bolest, nikdy nebyl problém.“* Všechna doporučení, která dostala, dodržuje. Byla zařazena do onkologického týmu, kam bude pravidelně docházet na kontroly.

Rozhovor č. 6

Šestou respondentkou je paní Klára, které je 52 let. Paní Klára má dvě děti narozené v letech 1985 a 1987. Její nejvyšší dokončené vzdělání je vysokoškolské. Ke svému obvodnímu gynekologovi chodila pravidelně na preventivní prohlídky. Při poslední jí byla díky opakované cytologii stanovena diagnóza karcinom děložního hrdla. *„Samozřejmě mě tato informace zasáhla, ale tak trochu jsem s ní vnitřně počítala, protože moje maminka zemřela na rakovinu vaječníku a sestra se léčila s rakovinou prsu.“*

Vzhledem k rodinné anamnéze byla naplánovaná radikální operace. Operace byla provedena břišní cestou, takzvanou dolní střední laparotomií. Jednalo se o její první operaci.

Od sester dostávala nějaké informace neustále. Začalo to už po prvním probuzení na gynekologické jednotce intenzivní péče, kdy ji edukovaly o bezpečném vstávání, že nemá koukat na zem a naopak má zhluboka dýchat, aby se jí neudělalo špatně a neomdlela. Informovaly jí o stravování, jaké má diety a že má hodně pít. Po přeložení na oddělení operativní gynekologie jí byla vytažena močová cévka. *„Měla jsem strach, že budu mít problémy s močením, ale sestřičky mě nutily hodně pít, takže to pak šlo nakonec vlastně samo. Asi je dobře, že ty cévky vytahují takhle brzo, protože mě to alespoň donutilo často vstávat z postele a chodit do koupelny.“* Informace dostávala

vždy aktuálně pro daný den, měla jich dostatek, většina z nich byla několikrát opakovaná. A protože měla na pokoji pacientku, která byla na stejné operaci dva dny před ní, slyšela i informace, které pro ni budou aktuální později. Během celé hospitalizace neměla pocit, že by si s něčím nevěděla rady. Běžné informace o hygieně rány, o masírování jizvy, o jejím promazávání nesoleným sádlem dostávala na pokoji, před ostatními pacientkami, ale když se jednalo o soukromé, intimní věci, vzala si ji sestra na inspekční pokoj. Den před propuštěním jí byly podány informace o šestinedělí, to znamená během šesti týdnů neprovazovat pohlavní styk, po šesti týdnech jen pokud jí to nebude způsobovat bolest. Nesmí zvedat břemena těžší než 3 kilogramy, nesmí prochladnout a celkově o sebe více pečovat. Měla by se vyhýbat přeplněným prostorám, nemocným lidem, snažit se zůstat v dobré tělesné i duševní kondici. V den propuštění byla objednána do onkologického týmu.

Rozhovor č. 7

Sednou respondentkou je paní Tereza, které je 65 let. Vyučila se jako švadlena. S manželem má tři děti. Nejstarší dceru rodila před 45 lety, druhou dceru před 43 lety a syna před 38 lety. Na prohlídku ke svému gynekologovi chodí pravidelně jednou ročně. Na netradiční prohlídku ji to vedlo tehdy, když dvanáct let po menopauze dostala krvavý výtok, dost ji to znepokojilo. Svěřila se s tím nejstarší dceři a ta ji přinutila navštívit svého gynekologa co nejdříve. *„Poté mě gynekolog poslal na nějakou menší operaci, na odebrání vzorku z dutiny děložní. A potom se to potvrdilo. Měla jsem rakovinu těla děložního, který lékaři nazývali jako sarkom.“* Ihned jí doporučili radikální operaci. Operace byla abdominální. Jednalo se o její druhou gynekologickou operaci, ale o první abdominální. Pro paní Terezu to bylo to velmi náročné období.

„Ale když si představím, že by takovou operaci podstoupil někdo mnohem mladší, kdo ještě plánuje rodinu, tak si říkám, že to musím překousnout.“ Manžel je pro ni velkou oporou a to jí velmi pomáhá. Nejdříve ji informoval její obvodní gynekolog. Když k němu přišla na kontrolu s krvavým výtokem, říkal, že ji nechce strašit a že ji

pošle na malý zákrok k odebrání vzorku. Poté se jí ujali v nemocnici a tam ji informoval její ošetřující lékař. Ten jí sdělil i to, že má rakovinu, jakého je druhu, a také o průběhu operace a o následující léčbě, sdělil jí, že bude zařazena do onkologického týmu, kde bude zahájena další léčba. Sestřičky ji zase informovaly o tom, jak o sebe budu pečovat, o hygieně, o režimu v běžném životě a tak dále. Informacím rozuměla, myslí, že byly podány dostatečně laicky a že jich bylo dostatek. „*Co sestřičky opakovaly nejčastěji, byl asi pitný režim, pořád upozorňovaly na to, že musím hodně a často pít.*“ Všichni k ní byli moc milí a citliví. Nikdy na ni nemluvili v čekárně plné lidí. Vždy s ní mluvili o samotě, dbali o to, aby se cítila co nejlépe. Dbali na její intimitu a to ji velmi těšilo. V nemocnici se cítila po operaci velmi unaveně a trochu méněcenně. „*Přece jen už jsem nebyla ta žena, jak jsem měla být.*“ Pravidelně za ní chodila rehabilitační sestřička, která s ní cvičila. První vstávání bylo pro paní Terezu nejhorší, nebyla připravena na takovou bolest. S každým dalším vstáváním už se jí dařilo lépe vstávat přes bok a dodržovat správné držení těla a koordinaci pohybů. Snažila se dodržovat režim, jak ji poučovaly sestřičky a její ošetřující lékař.

Rozhovor č. 8

Poslední respondentkou je paní Dana, které je 73 let. Má 3 děti. Paní Dana je vyučená. Od doby, co přestala menstruuovat, tedy asi před dvaceti lety, přestala chodit na pravidelné prohlídky ke svému gynekologovi, nepovažovala to za nutné. Chodila jen občasně, s problémy. Tentokrát ji k lékaři dovedlo silné svědění v okolí poševního vchodu, špinění a občasné krvácení. Lékař provedl několik vyšetření a nakonec byla stanovena diagnóza - zhoubný nádor vulvy.

Hospitalizovaná není poprvé, byla již na operaci žlučníku a appendektomii, takže s nemocničním prostředím už je trochu seznámená. O léčbě a onemocnění ji informoval především lékař, dohodli se na radikalitě operace, informoval ji o možných variantách, jak se může nemoc vyvinout a jak ji operace ovlivní v dalším životě. Především ji informoval o nemožnosti pohlavního styku po provedení operace. „*Jsem*

už 9 let vdova, tak mě tohle netrápilo, spíš aby všechno dopadlo dobře.“ Paní Daně tedy byla provedena radikální vulvektomie.

Po operaci už dostávala většinu informací od sester. Překvapilo ji, že hned první den vstávala do sprchy. Poprvé jí se vším pomáhaly, radily, jak má vstávat z postele, že nesmí na ránu sedat a hlavně aby nezapomněla, že má zavedenou cévku a neodešla někam bez ní. Docházela za ní rehabilitační sestra, která jí ukazovala, jak má vstát z postele a zpátky uléhat, aby si na ránu nesedla. Sestry z oddělení jí pomáhaly pečovat hlavně o jizvu. *„Už mi není dvacet, abych se pořádně přesvědčila, jestli jsem jizvu pořádně dočista omyla. Sestřičky jsou moc hodné a chápavé a opravdu mi tu hodně pomáhají.*“ Velký strach měla z vyndávání močové cévky, jak říká, nakonec to vůbec nic nebylo, ale horší bylo dojít si potom na záchod. *„Sestřičky říkaly, že musím hodně pít, víc než jsem zvyklá doma, a že se mám vyčurat ve sprše, že to půjde líp.*“ Většinu hospitalizace byla na pokoji sama, takže informace dostávala v soukromí. Má pocit, že se jí tu všichni hodně věnují, když se na něco ptá, nikdo ji neodbyde nebo neodbíhá k jiné práci a ještě jí sestry ujišťují, že cokoli bude potřebovat, ať si řekne nebo ať se kdykoli doptá, co nebude vědět. S péčí je tu opravdu spokojená. Informací měla dostatek. Na lístek si sepsala, co by doma měla a neměla dělat. Bude pokračovat v procvičování pánevního dna, jak ji tady učili, ještě si nebude sedat, jen na nafukovací kruh, nesmí zvedat břemena těžší než 2 kilogramy a neměla by alespoň půl roku jezdit na kole.

5 Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou ženy edukovány zdravotnickým personálem, zda je pro ně míra informací srozumitelná a dostačující.

Rozhovory byly vedeny s osmi ženami hospitalizovanými na oddělení operativní gynekologie v Nemocnici České Budějovice, a.s., které podstoupily operaci pro zhoubný nádor rodidel. Na začátku každého rozhovoru, jsem pacientce vysvětlila, čím se v mém výzkumu zabývám a za jakým účelem je práce psaná. Tedy zjistit, jak jsou edukovány, kdo jim podává informace, jakým způsobem, zda dostatečně laicky, v soukromí a zda podané rady dodržují. V případě, že nejsou s péčí spokojeny, mohou tak přispět k její nápravě, protože tato práce může sloužit jako výukový materiál pro zdravotnický personál ošetřující ženy po operaci pro zhoubná onemocnění rodidel. Ženy, které rozhovor poskytovaly, daly souhlas k tomu, že informace, které od nich zjistím, budou publikovány v anonymní podobě.

Výzkumný soubor tvořilo 8 žen ve věkovém rozmezí 39 až 73 let. Nejvyšší dokončené vzdělání bylo u 4 žen odborné vyučení bez maturity, 3 ženy měly střední odbornou školu a jedna měla vysokoškolský titul. Všechny ženy již rodily, jedna respondentka měla 3 děti, 7 respondentek 2 děti. Pro 6 žen byla operace na gynekologickém oddělení první, u jedné ženy se jednalo o operaci druhou a u jedné ženy o třetí operaci. Předpokládala jsem tedy, že těchto 6 žen, které byly na operaci poprvé, bude mít horší adaptaci na hospitalizaci. Všechny se shodly na tom, že před operací měly velký strach, ale díky příjemnému prostředí a poskytování dostatečného množství informací byl regulován. Šesti ženám byla provedena operace břišní cestou, a to dolní střední laparotomií. Všechny ženy podstoupily radikální operaci, to znamená že byla odebrána děloha, adnexa, appendix, omentum paraaortální uzliny. Dvě ženy měly vaginální operaci, při které jim byla provedena radikální vulvektomie.

Všech osm žen dostávalo informace od lékaře i od porodních asistentek. Shodují se na tom, že od lékaře dostaly informace hlavně před operací, jak bude probíhat a jaká budou mít omezení, po operaci hlavně o jejích výsledcích a následné léčbě. Od

porodních asistentek dostávaly informace průběžně, jedna žena požádaly, aby sestry mluvily méně odborným jazykem. Informace, které byly společné jak pro respondentku, tak pro ostatní pacientky, dostávaly ženy společně, buď na pokoji, nebo na jídelně. Informace intimního charakteru, jako pohlavní styk po provedené operaci nebo týkající se jejich dané diagnózy probíraly v soukromí, většinou na inspekčním pokoji. Ani jedna respondentka neuvádí, že by na ni měla porodní asistentka málo času, naopak si chválí výbornou péči a jejich přístup. Především ocenily, že byly opakovaně nabádány, aby se na cokoli v průběhu hospitalizace doptaly, pokud jim něco nebude jasné.

Edukovány byly v několika základních oblastech. Jednalo se o vstávání po operaci, hygienu a hygienu operační rány, péče o ránu, stravování a vyprazdňování po operaci, pohlavní styk po operaci, dodržování šestinedělí a dodržování klidového režimu po propuštění z nemocnice.

O vstávání byly poučeny tak, že se mají zvedat pomalu, zhluboka dýchat, koukat se před sebe a až když jsou si jisté, pomalu vstávat. Vstávání závisí na typu operace, u žen s břišní laparotomickou operací jde o to, aby nebyla přetěžována břišní stěna, u vaginálních operací naopak o to, že se vstává z lehu, protože by žena alespoň dva týdny po operaci neměla sedat. Chůze by měla být nejdříve s doprovodem, až když se ženy cítí jisté, mohou chodit samy. Edukace o hygieně zahrnovala především hygienu rány, a to tak, že rána by měla být pořádně vymytá, aby v ní nezůstaly kousky zaschlé krve. Důsledně, jemně osušená a pokud možno, co nejčastěji větraná. Aby nedošlo k zapaření, zanícení nebo ke vzniku infekce a tím k nezdárnému hojení per primam. Vědí o možnosti ledování rány, které pomáhá snížit bolest. Dále jsou ženy poučeny, že by měly ránu masírovat, promazávat nesoleným sádlem nebo neparfémovaným krémem, aby jizva nepřirostla k perimetriu. Dalším důležitým bodem, o kterém porodní asistentky edukovaly, je stravování a vyprazdňování. Protože po vytažení permanentního močového katétru může docházet k retenci moče a jejímu ztíženému odchodu poučují porodní asistentky ženy o tom, že je potřeba zvýšeného příjmu tekutin.

6 Závěr

Jelikož neustále dochází k nárůstu nově diagnostikovaných zhoubných nádorů rodidel, je potřeba také neustále zvyšovat kvalifikaci porodních asistentek, které především ženy po operaci edukují.

Ve své práci jsem měla za cíl zjistit, jak jsou ženy edukovány zdravotnickým personálem, zda je pro ně míra informací srozumitelná a dostačující. K výzkumu byla použita kvalitativní metoda výzkumu pomocí rozhovorů. Rozhovory byly strukturované, případně s dalšími doplňujícími otázkami dle typu onemocnění a operace. Celkem jsem vedla osm rozhovorů s osmi klientkami po operaci pro zhoubné onemocnění rodidel na operativním oddělení gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s. O čem a jak jsou edukovány, je podrobně rozepsáno v rozhovorech s jednotlivými ženami. Ty se shodují na tom, že jsou s péčí i podanými informacemi spokojeny.

Dále byly stanoveny tři výzkumné otázky a to: Chtějí ženy po operaci dostávat více informací o svém zdravotním stavu? Nepovažují ženy informace podání porodní asistentkou za příliš odborné? Dodržují ženy doporučení porodní asistentky?

Výsledky jsou takové, že ženy jsou spokojeny s mírou podaných informací, vše potřebné jim personál sdělil a nemají tak potřebu dostávat informací více. Informace jsou většinou podávány dostatečně laicky, i když jedna respondentka uvádí, že požádala porodní asistentky o laičtější vysvětlení. Ženy doporučení porodních asistentek doporučují.

Práce by dle mého názoru mohla být použita jako edukační materiál a zpětná vazba pro již pracující porodní asistentky nebo jako edukační a informační materiál pro studentky porodní asistence.

7 Seznam použitých zdrojů

1. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 368 s. ISBN 80-726-2315-X
2. KUDELA, Milan. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6
3. ČECH, Evžen. *Porodnictví*. Praha: Grada, 1999, 432 s. ISBN 80-716-9355-3.
4. SÁK, Petr. *Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010, 82 s. ISBN 978-80-7394-235-9.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
6. BRECKWOLDT, Meinert, Gerhard MARTIUS a Albrecht PFLEIDERER. *Gynekologie a porodnictví*. Martin: Osvěta, 1997. ISBN 80-888-2456-7.
7. ONKOGYN [online]. 2011 [cit. 2012-10-07]. Dostupné z: <http://www.onkogyn.cz/verejnost/vulva>
8. VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
9. ŽÁKOVÁ, Barbora a Petr HALADA. *Onkologická prevence v ambulanci gynekologa*. Moderní babictví. 2011, č. 20. ISSN 1214-5572.
10. URBANOVÁ, Eva. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy: v dimenzách ošetrovatelstva a porodnej asistencie*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-343-1
11. KOBYLKOVÁ, Jitka a Zdeněk LOJDA. *Gynekologická cytodiagnostika*. 2. vydání. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-313-3

12. Národní onkologický registr. In: § 70 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb. 2011.
Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/zpok_nor_051_20120701.pdf
13. SLÁMA, J. *Metody léčby zhoubných nádorů děložního hrdla*. Moderní babictví. 2007, č. 13. ISSN 1214-5572.
14. REPKOVÁ, Adriana. *Gynekologické ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 80-8063-236-7
15. KRAUS, Jiří. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia, 2007. ISBN 978-80-200-1415-3.
16. FREITAG, Pavel. *Onkologie: minimum pro praxi*. Překlad Vladimír Šabata. Praha: Triton, 2001, 648 s. ISBN 80-7254-196.
17. Edukační sborník: XXXVI. Brněnské onkologické dny. Brno: Dataprint Brno, 2012. ISBN 78-80-86793-23-8
18. WHO. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha, 2000
19. Stnková, M: *Základy teorie ošetrovatelství, Učební texty po bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-243-5
20. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.
21. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
22. KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora ERBOVÁ a Rita OLIVIERIOVÁ. *Ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 8021705280.
23. ROZTOČIL, Aleš. *Pooperační péče po císařském řezu*. Moderní babictví. 2008, č. 15. ISSN 1214-5572.
24. MAŘAR, R., R. PODSTATOVÁ a J. ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-6277-7.
25. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.

26. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1720-4.
27. ROŠKOVÁ, Silvia. *Bolest – fyziologie, fáze a léčba*. *Sestra*. 2012, č. 4. ISSN 1210-0404.
28. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
29. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2548-2.
30. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-6571
31. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

8 Přílohy

9 *Seznam příloh*

1. Strukturovaný rozhovor

Příloha č. 1- strukturovaný rozhovor

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké máte nejvyšší dokončené vzdělání?
3. Máte děti? Kolik? Kdy jste rodila? Plánujete další děti?
4. O jakou operaci se jedná? (břišní, vaginální, laparoskopická?)
5. Jaký je to typ operace? (děloha, vaječníky...) jaké jste měla problémy, co Vás dovedlo k lékaři?
6. Byla to Vaše první operace? Jaké byly předchozí?
7. Informovali Vás o léčbě průběžně nebo Vám řekli všechny informace naráz? Kdo Vám hlavně sděloval informace, lékař nebo porodní asistentka/sestra?
8. Rozuměla jste informacím? Byly podány laicky? Nebylo použito moc odborných výrazů kterým byste nerozuměla? Měla jste prostor pro otázky?
9. O čem Vás porodní asistentka/sestra informovala? (hygiena?, vstávání?, péče o ránu?.....)
10. Měla na Vás porodní asistentka/sestra dostatek času?
11. Podávala Vám porodní asistentka/sestra informace v klidu a soukromí?
12. Myslíte, že jste měla dostatek informací? Stačilo Vám to? Věděla jste si se vším rady? Nebo byste ocenila více informací? Od koho?
13. Dodržovala jste doporučení lékaře, porodní asistentky/sestry?