



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Fakulta zdravotně sociální  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Perioperační ošetrovatelská péče na gynekologickém oddělení

Vypracovala: Petra Wolfová  
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2014

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2014

.....

Petra Wolfová

## **Poděkování**

Touto cestou děkuji PhDr. Drahomíře Filausové za ochotu a čas, odbornou pomoc, cenné a praktické rady při vedení bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za trpělivost a podporu během studia a při psaní této práce.

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče v období před, během a po gynekologické operaci. Gynekologické operace se rozdělují na malé a velké. Jako malé gynekologické operace jsou označovány takové, k jejichž provedení postačuje jeden operatér a hospitalizace pacientky nepřesáhne 24 hodin. Velké operace jsou takové, kdy je nutná přítomnost více operatérů, pacientka je delší dobu pod vlivem anestezie a hospitalizace je delší než 24 hodin. Pro účely této bakalářské práce jsme se zaměřili na perioperační péči o ženy po velké gynekologické operaci.

Péče během perioperačního období je nedílnou součástí práce porodní asistentky, neboť obor gynekologie je z velké části oborem chirurgickým. Se stále se zvyšujícím pokrokem techniky a nových operačních metod přibývají také různé druhy operací, které si vyžadují svá specifika v oblasti ošetrovatelské péče. Efektivní perioperační péče je důležitá pro bezproblémovou rekonvalescenci ženy po operaci.

K perioperační péči patří nejen ošetrovatelské výkony jako takové, ale i informovanost klientky o průběhu hospitalizace a péče. Perioperační péče je velmi náročná jak pro ženu samotnou, tak pro celý tým, který se na péči podílí. Pro perioperační péči je nezbytná interakce veškerého zdravotnického personálu za účelem zajištění odborné péče dle standardů.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké potřeby pacientky jsou během perioperačního období nejvíce narušeny. Výzkum byl zaměřen na to, jak ženy vnímají perioperační péči a přístup zdravotníků a do jaké míry jsou naplněna jejich očekávání.

Výzkum probíhal na gynekologicko - porodnickém oddělení nemocničního zařízení. Pro výzkum byla zvolena metoda kvalitativního šetření a to formou hloubkových rozhovorů. Rozhovory obsahovaly 13 otevřených otázek. Výzkumný soubor tvořilo 8 žen po velké gynekologické operaci. Účast na rozhovoru byla dobrovolná. Výsledky výzkumu byly pečlivě transkripovány a analyzovány metodou „tužka-papír“. Tyto výsledky byly rozděleny do čtyř kategorií a ty byly dále členěny na jednotlivé podkategorie.

Výzkumná otázka číslo jedna byla zaměřena, na to v jakých oblastech je možné zvýšit kvalitu perioperační péče. Poukázala především na nutnost zvýšení

informovanosti pacientek o operačním výkonu a o návaznosti perioperační péče. Ženy udávaly, že by chtěly, aby jim bylo vždy vše vysvětleno předem a ne bezprostředně před daným výkonem, který jdou porodní asistentky provést. Dále je třeba zajistit kvalitnější rehabilitační přípravu ženy před operací a rehabilitační péči po operaci, neboť ženy postrádaly informace týkající se rehabilitace a dechové gymnastiky po operaci. Ženy by velmi ocenily přípravu na pooperační fázi již v období před operací.

Byly také zjišťovány pocity žen během intraoperačního období. Většina žen uvedla, že prostředí operačního sálu na ně působilo spíše negativně a polovina z dotazovaných by ocenila předchozí seznámení s personálem operačního sálu či návštěvu operačního sálu den před výkonem.

Výzkumná otázka číslo dva byla zaměřena na zjištění toho, jaké potřeby během perioperačního období uvádějí pacientky, jako nejméně uspokojené. Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že ženy nejvíce postrádaly informace ze stran lékařů o operačním výkonu a ze stran porodních asistentek o tom, co ženy během předoperační přípravy čeká. Jako další pacientky uváděly absenci lidského přístupu, empatie a vhodné komunikace ze stran některých porodních asistentek. Nejčastější ošetrovatelské diagnózy, které se v perioperačním období u žen vyskytovaly, byly strach a bolest. Je tedy důležité zvýšit péči o psychickou stránku pacientky.

Z výsledků výzkumu lze konstatovat, že pacientky byly s péčí porodních asistentek během hospitalizace spíše spokojeny. Perioperační péči hodnotily, i přes jisté připomínky a nedostatky, jako kvalitní. Pro většinu žen byla nejhorší fáze po operaci, zejména z důvodu bolesti, strachu a bezmoci.

Aby se perioperační péče zkvalitnila, je potřeba zajistit lepší informace v oblasti předoperační přípravy a péče a v oblasti rehabilitace.

Výzkumná práce poukazuje na to, jak je důležitá interakce mezi zdravotnickým personálem navzájem a zdravotnickým personálem a pacientkou. Pro vhodně zvolenou péči je důležité zjistit preference klientek a podle toho přizpůsobit péči, informovanost a přístup. Je tedy nutné přistupovat k jednotlivým pacientkám individuálně, neboť každá vnímá toto náročné období jinak a jinak strádá v oblasti potřeb.

Vzhledem k tomu, že ženy uváděly stres z neznámého prostředí operačních sálů, výstupem bakalářské práce je informační brožura určena pro ženy přicházející k velké gynekologické operaci. Tato brožura poskytuje informace o perioperační péči a je doplněna o fotografie z operačních sálů.

**Klíčová slova:** Perioperační období, předoperační příprava, intraoperační období, pooperační péče, porodní asistentka.

## **Abstract**

The bachelor thesis focuses on nursing care before, during and after a gynaecological surgery. Gynaecological surgeries are divided into small and big. Small gynaecological surgeries require only one surgeon and the hospitalization of the patient is shorter than 24 hours. Big surgeries require more surgeons, the patient is under anaesthesia for a longer time and the hospitalization is longer than 24 hours. In this bachelor thesis, we focused on perioperative care in women after a big gynaecological surgery.

Care during the preoperative period is an integral part of the work of a birth assistant, as gynaecology is largely a surgical specialisation. With advancing technical progress and development of new surgical methods, various types of surgeries appear with specific requirements for nursing care. Effective perioperative care is important for trouble-free convalescence of women after surgeries.

Perioperative care includes both nursing procedures and informing the patient about the hospitalization and care course. Perioperative care is very demanding for the woman herself and for the whole team participating in the care. Interaction of all the medical staff is necessary in perioperative care to provide specialised care according to the standards.

The aim of this bachelor thesis was to determine the needs of patients that are affected in the highest extent during perioperative period. The research focused on the way women perceive perioperative period and the approach of health care professionals and the extent these items meet their expectation.

The research was performed at a gynaecology-obstetrics department of a hospital, using qualitative assessment in deep interviews. The interviews included 13 open questions. The research group consisted of 8 women after a big gynaecological surgery. The participation in the interview was voluntary. The results of this research were carefully transcribed and analysed using the “pen-paper” method. These results were divided into four categories and further subcategories.

The research question number 1 was focused on the areas where perioperative care quality may be increased and it showed mainly the necessity of better information relay

to the patients, about the surgical procedure and further perioperative care. The women stated they wanted all explained before the procedure the birth assistants are going to perform, not at its start. Furthermore, it is necessary to provide rehabilitation preparation of women before and surgery and rehabilitation after surgery, as the women lacked information about rehabilitation and breathing gymnastics after the surgery. Women would appreciate preparation for the postoperative phase already before the surgery.

We focused as well on feelings of women during the intraoperative period. The majority of women stated that the operation room felt negative and a half would appreciate previous meeting with the OR staff or OR visit one day before the procedure.

The research question number two was focused on the needs of patients during the perioperative period they consider to be met in the least extent. Based on the research results, women miss being informed from physicians about the surgery and from birth assistants about preoperative preparation. Furthermore, the patients perceived absence of human approach, empathy and adequate communication from some birth assistants. The most common nursing diagnoses found in the preoperative period in women were fear and pain. Therefore, it is necessary to increase the care of psychical aspects of patients.

Based on the research results, the patients were rather satisfied with the care of birth assistants during hospitalization. Perioperative care quality was considered high, even with certain comments and deficits. For the majority of women, the worst phase was the period after the surgery, mainly due to pain, fear and powerlessness. To increase the quality of perioperative care, it is necessary to provide better information about preoperative preparation and care and rehabilitation.

The research thesis points to the importance of interactions among the health care professionals and between the health care professionals and the patient. For suitable care, it is necessary to determine the preferences of the clients and adjust the care, information and approach. It is necessary to use individual approach with the patients, as everybody perceives this demanding period in a different way and different needs are considered insufficiently met.



Due to stress of unknown environment in the operation room stated by women, the output of this bachelor thesis is an information booklet intended for women scheduled for a big gynaecological surgery. This booklet provides information about perioperative care and photos from operation rooms.

**Keywords:** Perioperative period, perioperative preparation, intraoperative period, postoperative care, birth assistant.

# Obsah

<b>1 Současný stav</b> .....	14
<b>1.1 Chirurgické gynekologické výkony</b> .....	14
<i>1.1.1 Operační přístupy</i> .....	15
<b>1.2 Perioperační období</b> .....	17
<b>1.3 Předoperační fáze</b> .....	19
<i>1.3.1 Předoperační vyšetření</i> .....	20
<i>1.3.2 Předoperační anesteziologická příprava</i> .....	21
<i>1.3.3 Ošetrovatelská péče porodní asistentkou – plánovaný výkon</i> .....	22
<i>1.3.4 Ošetrovatelská péče porodní asistentkou – akutní výkon</i> .....	25
<b>1.4 Intraoperační fáze</b> .....	25
<i>1.4.1 Ošetrovatelská péče porodní asistentkou v intraoperační fázi</i> .....	26
<i>1.4.2 Péče o ženu anesteziologickým týmem během operace</i> .....	28
<b>1.5 Pooperační fáze</b> .....	28
<i>1.5.1 Ošetrovatelská péče o ženu po gynekologické operaci</i> .....	29
<i>1.5.2 Péče o potřeby ženy po gynekologické operaci</i> .....	31
<b>1.6 Pooperační komplikace</b> .....	33
<b>2 Cíl práce a výzkumné otázky</b> .....	36
<b>2.1 Cíl práce</b> .....	36
<b>2.2 Výzkumné otázky</b> .....	36
<b>3 Metodika</b> .....	37
<b>3.1 Metodika výzkumu</b> .....	37
<b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</b> .....	38

<b>4 Výsledky</b> .....	40
<b>4.1 Vyhodnocení rozhovorů</b> .....	40
<b>5 Diskuze</b> .....	56
<b>6 Závěr</b> .....	65
<b>7 Seznam zdrojů</b> .....	67
<b>8 Přílohy</b> .....	73

## Seznam použitých zkratk

ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
ATB	Antibiotika
CRP	C-reaktivní protein
CT	Výpočetní tomografie
CŽK	Centrální žilní katétr
DK	Dolní končetiny
EKG	Elektrokardiograf
GEU	Graviditas extrauterina
i. v.	Intravenózně
JIP	Jednotka intenzivní péče
MR	Magnetická resonance
NN	Nozokomiální nákaza
OS	Operační sál
PA	Porodní asistentka
PMK	Permanentní močový katétr
RTG	Rentgenové vyšetření
s. c.	Subkutánně
TEN	Tromboembolická nemoc
TK	Tlak krve
UZ	Ultrazvuk
VVV	Vrozené vývojové vady

## Úvod

S neustále se zlepšujícími diagnostickými metodami, technickými pokroky a novými typy operací, získává i oblast perioperační ošetrovatelské péče nový rozměr. Každá operace vyžaduje specifickou přípravu a specifickou péči v průběhu operace a po ní. Jelikož každý operační zákrok je zásahem do tělesné i duševní stránky pacientky, je nutné pečovat o obě tyto složky. Kvalitní ošetrovatelská perioperační péče vede k efektivnímu zotavení se po operaci a ke snížení pooperačních komplikací.

Perioperační péčí se rozumí péče o pacientku před operací, během ní a po ní. Tato péče klade vysoké nároky jak na zdravotnický tým, tak na pacientku samotnou. Jedná se o péči multidisciplinární, neboť se na ní podílí odborníci z více oborů. Pro efektivní perioperační péči je důležitá spolupráce mezi jednotlivými zdravotníky a mezi zdravotníky a pacientkou samotnou.

Fáze preoperační začíná rozhodnutím o nutnosti operačního zákroku a končí předáním pacientky na operační sál. Fáze intraoperační začíná uložením pacientky na operační stůl a končí ve chvíli jejího předání na pooperační jednotku. Pooperační fáze začíná převzetím pacientky na pooperační jednotku a končí úplným zotavením ženy z operace.

Cílem této bakalářské práce je objasnit, jak pacientky vnímají perioperační péči. Důležitým pro potřeby této práce bylo zjistit, co ženy očekávají od perioperační péče a do jaké míry jsou jejich požadavky naplněny. Výzkum byl zaměřen na to, co ženy v poskytování péče postrádaly a jakým způsobem by bylo možné péči zlepšit na takovou úroveň, aby s ní byly ženy v rámci možností zcela spokojeny.

Pro zjišťování informací byla použita metoda individuálních hloubkových rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo 8 žen, které byly po velké gynekologické operaci.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože perioperační péče je nedílnou součástí pracovní náplně porodní asistentky a toto téma je mi blízké. Zajímalo mě, co pacientky očekávají od perioperační péče a do jaké míry jsou jejich požadavky naplněny. Dále mě zajímalo, co ženám v poskytování této péče chybí nejvíce a jakým způsobem by se mohla péče zkvalitnit. Myslím, že toto téma je a stále bude aktuální a záměrem každé nemocnice je poskytovat co nejkvalitnější péči, tedy i tu perioperační.

# 1 Současný stav

## 1.1 Chirurgické gynekologické výkony

Operativní řešení jako invazivní způsob léčby gynekologického onemocnění je indikováno tehdy, jde – li o onemocnění jiným známým a účinným způsobem neléčitelné nebo jsou – li možnosti neinvazivní terapie již vyčerpány (1).

Každý operační výkon, plánovaný či urgentní, je nefyziologický zásah, na který organismus nějakým způsobem reaguje, a to jak v době před operací, tak i v době po operaci. Z tohoto důvodu je nutné věnovat zvýšenou pozornost jak psychickým, tak fyzickým potřebám klientky (2).

Operační výkony se dělí dle účelu na léčebné a diagnostické. Diagnostické operace slouží k rozpoznání onemocnění. Účelem léčebných operací je snaha vyléčit pacientku, nebo alespoň zmírnit projevy nemoci. Z časového hlediska se operační výkony dělí na naléhavé nebo plánované. Naléhavá operace nedovoluje časový odklad. Plánovaná operace umožňuje provedení podrobných vyšetření a dokonalejší předoperační přípravu. Dále se operace rozdělují na radikální a paliativní. Radikální operací je odstraněno chorobné ložisko a lze předpokládat úplné vyléčení pacientky. Paliativní výkon vede ke zmírnění potíží, ale vyléčení pacientky nezajišťuje (3).

Gynekologické operace se dále dělí na rekonstrukční a amputační. Při rekonstrukčních výkonech se upravuje morfologie či funkce orgánů. Tyto operace se věnují například VVV nebo poruchám statiky pánevních orgánů. Amputačními výkony se nazývají takové, při kterých je chirurgicky odstraněn funkčně či morfologicky patologicky změněný orgán (4).

Většina gynekologických výkonů je léčebná, tedy řešící onemocnění ženy. Některé výkony však mohou být také kosmetické, zlepšující vzhled zejména zevního genitálu (4).

Gynekologické operace se rozdělují na malé a velké. Za malé gynekologické operace považujeme takové, k jejichž provedení postačuje jeden operatér, pacientka je pod vlivem krátkodobé anestezie a hospitalizace klientky nepřesáhne 24 hodin.

Pro potřeby této bakalářské práce jsme se zaměřili pouze na velké gynekologické operace. Jako velké gynekologické operace se označují ty, kde je nutná přítomnost mnoha členů operačního týmu. Pro velké operace také platí, že je klientka pod dlouhodobějším vlivem anestezie a po výkonu je nutná hospitalizace déle, než 24 hodin (4).

### *1.1.1 Operační přístupy*

V klasické gynekologické operativě lze zvolit vaginální přístup v gynekologické poloze nebo přístup přední břišní stěnou, a to buď laparotomií, nebo laparoskopii. Oba přístupy mají své výhody a zároveň i nevýhody. V jistých indikacích lze tyto přístupy kombinovat. Lze tedy zvolit vaginální přístup, který je zároveň kontrolován laparoskopicky. Laparoskop nejenže umožní kontrolovat výsledky operace a možné komplikace, ale zároveň pomáhá usnadnit vaginální fázi operace. Laparoskopické metody výrazně ovlivnily rozsah abdominálních gynekologických operací (5).

Přístup vaginální cestou je prováděn v gynekologické poloze. Vaginální operace, zejména na adnexech a děloze, se považuje za technicky obtížnější pro méně snadný přístup k operačnímu poli a zároveň pro omezený přehled. Dalšími méně příznivými faktory jsou předpokládané adheze po předchozích operačních výkonech, onemocnění v dutině břišní, či nadměrná velikost benigních nádorů. Vaginálně vedené operace však mají i své objektivní přednosti, které vyplývají z nižší invazivnosti. Zároveň je výhodou lehčí průběh pooperačního období. Krevní ztráta bývá menší než u operací abdominálních. Pooperační průběh po vaginální operaci je méně bolestivý, hojení je rychlejší a je kratší doba rekonvalescence (1,5, 6, 7).

Mezi nejčastější velké gynekologické operace, které jsou vedeny vaginální cestou a jsou plánované, patří vaginální hysterektomie, poševní plastiky, vulvectomie, kolpokleisis a operace na děložním hrdle (8).

Přístup břišní stěnou neboli laparotomie je metoda, kdy jde o otevření peritoneální dutiny řezem ve stěně břišní. Místo řezu volí lékař podle operačního výkonu tak, aby byl zajištěn dobrý přístup do břišní dutiny, aby co nejvíce šetřil cévy, nervy a zároveň

aby jizva po operaci byla pevná. Tato metoda umožňuje dokonalý pohled a přístup do operačního pole. To je důležité především pro operace radikální. Nevýhodou tohoto operačního přístupu je pooperační dyskomfort z rozsahu operační rány, riziko vzniku kýly v jizvě a oblenění střevní peristaltiky (1, 5, 6, 8).

Při laparotomii se volí v gynekologii nejčastěji suprapubický transverzální tzv. Pfannenstielův řez, dále dolní střední laparotomie, horní střední laparotomie či paraumbilikální řez. Výhodou Pfannenstielova řezu na rozdíl od dolní střední laparotomie je dobrý kosmetický efekt a menší výskyt hernií. Nevýhodou tohoto řezu však je nemožnost jeho rozšíření kraniiálním směrem a vyšší výskyt krvácení z břišních svalů (4).

Mezi nejčastější velké plánované gynekologické laparotomické výkony patří hysterektomie, adnexektomie, operace rekonstrukční, radikální operace dle Wertheima a takzvaná second-look operace. Nejčastější akutní abdominální operací je řešení mimoděložního těhotenství, dále se provádí hysterektomie z důvodu velkého krvácení a operace ruptury ovariální cysty (8, 9).

Další metodou užívanou při gynekologických operacích je laparoskopie, která také umožňuje pohled do dutiny břišní. Tato metoda využívá vysoce specializovaného nástrojového a přístrojového vybavení. Umožňuje operovat z jednoho nebo více vpichů v dutině břišní bez nutnosti jejího širokého otevření. Laparoskopie dovoluje jak terapeutické, tak diagnostické zásahy. Zpravidla se provádí v celkové anestezii (10).

Její výhodou je minimální mortalita, nízká morbidita, menší krevní ztráty a minimální pooperační dyskomfort, pooperační zátěž a kratší rekonvalescence. Nevýhodou je nemožnost přímého palpačního vyšetření jednotlivých orgánů, omezené možnosti ve výběru instrumentária a nemožnost provedení operace touto metodou například u žen s kardiálním onemocněním, obézních pacientek či pacientek po opakovaných břišních operacích (10).

Limitní hranice hmotnosti pro bezpečné provedení laparoskopické operace by neměla nijak výrazně přesáhnout hodnotu 100kg. Anesteziolog musí zvážit možná respirační a kardiovaskulární rizika, neboť klientka je uložena po celou dobu operace ve zvýrazněné Trendelenburgově poloze, což může být pro některé klientky



kontraindikací. Další kontraindikací může být ileus, generalizovaná peritonitida, velký tumor v dutině břišní, břišní kýla, šokový stav a další. Nároky na anesteziologa jsou při laparoskopickém řešení velmi vysoké (1, 11, 12, 13).

Mezi laparoskopické plánované výkony patří například laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie a diagnostická laparoskopie. Nejčastější indikací k akutní endoskopické operaci je řešení mimoděložního těhotenství a ruptury ovariální cysty. GEU se kromě nejakutnějších případů v současné době řeší výhradně laparoskopicky (8, 9, 12).

## **1.2 Perioperační období**

Jedná se o časový úsek od začátku intenzivní přípravy klientky k operačnímu výkonu přes průběh operace až po stabilizaci stavu po ní. Operace je tedy v celém období dominantním činitelem (3).

Základem pro hospitalizaci z důvodu operační léčby je stanovení diagnózy ošetřujícím gynekologem. Ten musí ženu informovat o všech pro a proti operativní léčby, která ji čeká. V případě nesouhlasu s léčbou je nutné tuto skutečnost zaznamenat do dokumentace. Pokud žena s výkonem souhlasí, je odeslána do zařízení, kde má být výkon proveden. V dané nemocnici se opět posoudí současný stav ženy a provedou se nutná předoperační vyšetření. Následně je domluven termín hospitalizace a operačního výkonu. U žen s menstruačním cyklem, které nejsou v akutní fázi žádného onemocnění, a operace se tedy může naplánovat, je vhodné volit termín operace v proliferační fázi, to znamená v časném pomenstruačním období (4, 14).

Perioperačním obdobím se rozumí doba před operací, během ní a po ní. Zahrnuje tedy tři fáze. Fázi předoperační, která začíná rozhodnutím pro chirurgický zákrok a končí převozem klientky na sál. Jde o období, ve kterém se klientka připravuje na operaci jak psychicky, tak fyzicky. Toto období je také určeno k vyšetření celkového zdravotního stavu klientky a k jeho optimalizaci. V případě neodkladných, vitálně indikovaných výkonů se vyšetření i příprava omezí jen na ty naprosto nezbytné úkony.

Jedná se především o stabilizaci krevního oběhu na hodnotách, které zajišťují průtok krve v životně důležitých orgánech (2, 3).

Druhá fáze perioperačního období se nazývá intraoperační, začíná uložením klientky na operační stůl a končí v době, kdy je klientka předána na pooperační ošetrovací jednotku (2, 3).

Poslední je fáze pooperační. Jedná se o období po operačním výkonu, které začíná přijetím klientky na pooperační pokoj či na jednotku intenzivní péče a končí kompletním zotavením klientky z operace (2, 3).

Termín perioperační péče dostatečně vystihuje práci porodních asistentek na oddělení a operačním sále. Klientce poskytují bezprostřední předoperační, intraoperační a pooperační ošetrovatelskou péči. Nevěnují se pouze fyzickému stavu klientky, ale nahlížíjí na ni z komplexního biopsychosociálního hlediska (15, 16).

Co nejpečlivější předoperační příprava klientky je základním předpokladem příznivého výsledku operace (17).

Operace je pro každého určitou zátěží a stresem. Každý je v jeho prožívání a vnímání jiný a různé jsou i operační výkony. Existují ošetrovatelské diagnózy, které se vyskytují častěji právě u pacientek hospitalizovaných v souvislosti s operačním výkonem (viz. Příloha č. 1). (18, 19).

Po celou dobu hospitalizace je nutné pečovat o dobrý psychický stav klientky, na který má vliv také umožnění návštěv na oddělení. Příbuzní dávají svou přítomností najevo, že jim na ženě záleží. Někdy však mohou návštěvy a příbuzní na klientku působit i negativně, a to v případě, že jsou lítostiví a mají přehnaný soucit (15, 16).

Perioperační péče je nenahraditelná v procesu podpory o navrácení zdraví. Jejím hlavním cílem je vytvořit ideální podmínky k zvládnutí zátěže, která je s operací spojena. Zajištění řádné přípravy na výkon, seznámení klientky s průběhem péče před a po operaci a zajištění maximální péče o klientku po operaci. Dále perioperační péče vede k nekomplikovanému hojení operační rány a následné rekonvalescenci klientky. Nedílnou součástí perioperační péče je zajištění veškeré dokumentace a odborných vyšetření dle ordinace lékaře (8, 15, 16).

Důležitou součástí perioperační péče je ošetrovatelská dokumentace. Její součástí jsou osobní údaje klientky v rozsahu nezbytném k její identifikaci. Také musí obsahovat důležité informace, které se týkají anamnézy, onemocnění, dále informace o průběhu léčení, postupu léčby a vyšetření klientky. A další významné informace, které souvisí s jejím zdravotním stavem. Veškeré vyšetřovací a léčebné výkony lze provádět pouze se souhlasem klientky. K tomu slouží Informovaný souhlas. Velmi důležitým dokumentem je Záznam o souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu. V tomto dokumentu klientka svým podpisem určuje, jaké osoby a v jakém rozsahu lze informovat, nebo komu zakazuje podávat informace o jejím zdravotním stavu. Dalším nezbytným dokumentem je Souhlas s přijetím do ústavní péče. Nedílnou součástí je dokument týkající se ceností a osobních věcí. Součástí zdravotnické dokumentace je také souhlas se zvoleným způsobem anestézie (viz. Příloha č. 2). Veškeré dokumenty musí být správně vyplněny a obsahovat potřebné náležitosti. U dětí jsou nutné podpisy zákonného zástupce. Souhlasu klientky není třeba v případě, není-li možné jej získat s ohledem na její zdravotní stav (2,20).

### **1.3 Předoperační fáze**

Předoperační fáze začíná rozhodnutím o chirurgickém řešení a končí převozem klientky na operační sál. Délka tohoto období je závislá na tom, zda se jedná o výkon akutní či plánovaný a o jaký druh výkonu jde (2, 21).

V období před operací prochází žena různými vyšetřeními. Součástí přípravy před operací může být autotransfuze, která je provedena ještě před příjmem k hospitalizaci. V nemocnici porodní asistentka připravuje klientku psychicky a fyzicky k operačnímu výkonu, zároveň zajišťuje ordinace lékaře a poskytuje dle svých kompetencí informace. Všeobecná příprava, která je obdobná pro většinu výkonů, zahrnuje tělesnou a psychickou přípravu klientky (21, 22, 23).

Klientky mají před výkonem mnoho otázek, které většinou kladou spíše porodní asistence než lékaři. Je tedy na porodní asistentce, aby na otázky v rámci svých kompetencí odpověděla (21).

### *1.3.1 Předoperační vyšetření*

Základní předoperační vyšetření je prováděno praktickým či dětským lékařem a interním specialistou. Důležitá je podrobná anamnéza o klientce, která je zároveň doplněna fyzikálními vyšetřeními a dalšími pomocnými vyšetřeními. Cílem základního předoperačního vyšetření je shrnutí potřebných anamnestických informací, výsledků všech provedených vyšetření, posouzení dlouhodobého užívání léků a zajištění potřebných konziliárních vyšetření, pokud žena trpí přidruženými chorobami (23).

Samotné klinické vyšetření zahrnuje fyzikální vyšetření (pohled, pohmat, poslech, poklep, vyšetření per rektum), dále biochemický screening, kterým se vyšetřují jaterní testy, urea, kreatinin, glykémie, minerály, celková bílkovina a CRP. Dále se provádí hematologický screening, kterým se vyšetřuje krevní obraz, koagulace, krevní skupina. Před velkou gynekologickou operací je nutné vyšetřit krevní skupinu a rezervovat krev pro případ, že by se v souvislosti s operačním výkonem vyskytla větší krevní ztráta. (17, 23, 24, 25).

Platnost předoperačního vyšetření je jeden měsíc, u závažně nemocných žen 7 dní u nestabilních je nutné aktuální vyšetření těsně před operací (23).

Elektrokardiografické vyšetření není povinnou součástí předoperačních vyšetření, ale provádí se dle požadavků pracoviště, zdravotního stavu ženy a dle úvahy interního či praktického lékaře (17).

Mezi další předoperační vyšetření patří vyšetření nefrologická. Opět je důležitá anamnéza ženy, dále vyšetření moči a močového sedimentu. Pokud klientka trpí onemocněním ledvin, je důležité vyšetřit také glomerulární filtraci. Nefrologické předoperační vyšetření je možné v případě nutnosti doplnit o RTG, UZ, CT nebo MR ledvin (17).

Rentgenové vyšetření srdce a plic také nepatří k povinným předoperačním vyšetřením. Avšak pneumonologická problematika má v předoperační i pooperační péči důležité místo, neboť k nejčastějším pooperačním komplikacím patří právě ty pneumonologické. RTG vyšetření má však svá negativa, neboť vystavení se radioaktivnímu záření ohrožuje reprodukční orgány ženy (17, 26).

Před operací je nutné gynekologické vyšetření, které může ženu do určité míry velmi stresovat. Už jen poloha na vyšetřovacím stole, očekávání bolesti, nepříjemné pocity, pokud vyšetření provádí lékař – muž, nebo strach z nepříjemných zpráv. Porodní asistentka informuje klientku o správné přípravě před vyšetřením, o jeho průběhu a klientku na vyšetření doprovází a pečuje o ni. Zároveň provádí nutné odběry (24).

### *1.3.2 Předoperační anesteziologická příprava*

„Anesteziologická péče je charakterizována jako soubor léčebných a diagnostických postupů, které umožňují provádět operační výkony, léčebné výkony a vyšetřovací metody v celkovém nebo regionálním znecitlivění. Je poskytována v perioperačním období a zahrnuje podíl na přípravě k výkonu, samotné zajištění v jeho průběhu a nezbytnou péči navazující (17, s. 100)“.

Anestezie umožňuje klientce snést operační výkon bez bolesti a psychického traumatu, vytvořit vhodné podmínky pro operujícího lékaře a snížit riziko pooperačních komplikací na co nejmenší možnou míru. Anesteziologické vyšetření probíhá v anesteziologické ambulanci nebo formou vizity u lůžka. Jeho součástí je vyplnění anesteziologického dotazníku, který je součástí dokumentace. Anesteziolog stanoví anesteziologické riziko a seznámí klientku s typem a postupem anestezie. Anestezie je volena tak, aby zajistila nejvyšší míru bezpečnosti pro klientku (3, 23).

Kala uvádí, že nejbezpečnější je taková anestezie, kterou anesteziolog ovládá nejlépe (20, s. 31).

Druh anestezie se volí dle zdravotního stavu klientky, druhu operačního výkonu a požadavků samotného operátora. Anestezie se dle základního rozdělení rozlišuje na lokální a celkovou. Celková anestezie se dle způsobu jejího navození dělí na inhalační, nitrožilní, nitrosvalovou a rektální. Lokální anestezie se dle místa aplikace anestetika rozděluje na topickou (slizniční a povrchovou), infiltrační, okřskovou a neuroaxilární (kdy se blokují jednotlivé nervy a pleteně) a perispinální (epidurální, subarachnoidelání). Je možné také tyto druhy anestezí kombinovat (27, 28).

Anesteziolog v rámci předoperační přípravy naordinuje prepremedikaci a premedikaci klientky. Prepremedikací se myslí farmakologická příprava před celkovou anestézií a operací. Podává se večer před výkonem a jejím cílem je prožít klidné noci bez stresu. Porodní asistentka podává klientce na noc dle ordinace lékaře sedativa, hypnotika, antidepresiva, případně analgetika. Důležitou úlohou porodní asistentky je psychologický přístup, který též povede ke zmírnění strachu (17).

Premedikace se podává v den operačního výkonu, a to ve správném časovém intervalu, který je velmi závislý na způsobu aplikace. Nejideálnější je podání premedikace 45 minut před úvodem do anestézie. U většiny klientek se premedikace podává parenterálně (2,3).

Úkolem premedikace je snížení úzkosti, sedace při zachování obranných mechanismů, analgezie, amnézie, zabránění aspirace, usnadnění úvodu anestézie, potlačení vagových reflexů, tlumení sekrece slin a bronchiální sekrece, zmírnění vedlejších účinků anestetik a snížení dávky léků. Zároveň je premedikace profylaxí pooperační nauzey a zvracení. U břišních operací jsou také kladeny požadavky, aby anestezie zajistila uvolnění svalů břišní stěny. Premedikace se skládá nejčastěji z analgetika, většinou se podává Dolsin, a vagolytika jehož nejužívanějším zástupcem je Atropin. Před podáním premedikace vyzve porodní asistentka klientku, aby se došla vyprázdnit, a po podání již zůstává na lůžku kvůli prevenci pádu z ortostatické hypotenze (6, 8,23, 29).

### *1.3.3 Ošetrovatelská péče porodní asistentkou – plánovaný výkon*

K plánované operaci přichází klientka v co nejlepší kondici a zároveň jsou dostupné výsledky doplňujících vyšetření. Cílem předoperační přípravy je vytvoření optimálních podmínek k tomu, aby žena zvládla operační zátěž, aby se pooperační rána dobře a bez komplikací hojila a rekonvalescence klientky byla co nejlepší. Součástí předoperační přípravy je předoperační vyšetření a chirurgická, všeobecná, anesteziologická a psychická příprava (23).

Velmi důležité je před operací kompenzovat přidružená onemocnění. Ženy s přidruženými onemocněními si vyžadují zvláštní předoperační péči. Například u anemických klientek je vhodné doplnit hematokrit k hodnotám  $> 0,30$  (28).

Předoperační péče o onkologické pacientky má též svá specifika. Porodní asistentka pečuje o dostatečnou výživu, tišení bolesti a především o duševní stav klientky (28).

Zvláštní péče je kladena na klientky s diabetem mellitem. Ty by měly být hospitalizovány minimálně jeden den před operací. Opakovaně by se měl provést glykemický profil a zajistit i. v. vstup. Ženy, které jsou na dietě, nevyžadují žádná zvláštní opatření, pouze kontrolu hladiny glykémie. U pacientek, které užívají perorální antidiabetika, je péče stejná a léky se 24 - 48 hodin před operací vysazují. Klientky závislé na inzulinu se do operačního programu zařazují jako první. Porodní asistentky dle ordinace lékaře ráno podají infuzi glukózy s inzulinem, nebo podají inzulin s.c. Lékař ordinuje jejich aplikaci dle aktuální hladiny glykémie. Nikdy se před operací nesmí podávat dlouhodobě působící inzuliny. Nezbytné je, aby porodní asistentka kontrolovala hodnotu glykémie. Tím se předchází hypoglykémii pacientky (22, 30).

Předoperační příprava začíná již vstupem ženy do zdravotnického zařízení. Je omezena na 24 hodin před operačním zákrokem. Porodní asistentka změří a provede záznam fyziologických funkcí, záznam o hmotnosti, alergiích a užívaných lécích. Klientka musí podepsat po konzultaci s lékařem veškeré informované souhlasy. Pro vytvoření důvěry je důležité vlídné a trpělivé zacházení, klid a vysoká profesionalita zdravotnického personálu (3, 8, 23, 31).

Před laparoskopickou operací je lékař zároveň povinen ženu upozornit na možnost ukončení laparoskopie a pokračování v operaci laparotomickou cestou, neboť se mohou vyskytnout různé komplikace (11).

Již na lůžkovém oddělení si porodní asistentka ověří identifikaci klientky. PA pacientku převlékne do košile, sepíše její oblečení, popřípadě cennosti a uloží je na dané místo. Seznámí klientku s oddělením a jeho chodem a zavede pacientku na pokoj. PA upozorní klientku na nutnost odlakování nehtů. Dle ordinace lékaře PA zavede klientce i.v. katétr. Dle aktuálního stavu a ordinace lékaře je někdy nutné podat klientce ATB. PA klientce vysvětlí nutnost lačnění. Měla by jíst naposledy

6 - 8 hodin před výkonem. Vodu bez bublin může popíjet po doušcích do 2 hodin před operací. Lačnění je nutné z důvodu snížení rizika aspirace. PA dále klientce vysvětlí, jak by měla po operaci vstávat z lůžka, správně dýchat, odkašlávat a ukáže jí některé cviky dolních končetin. Dále PA večer aplikuje ženě klyzma a před některými výkony zavede klientce vaginální čípek na dezinfekci pochvy. Poté se klientka důkladně umyje, popřípadě jí pomáhá PA. Ta dbá především na dokonalou hygienu operačního pole. Před laparoskopií je nutná zvýšená hygiena pupíku. Pokud je předepsána premedikace, PA ji klientce večer podá. Porodní asistentka plní po celou dobu ordinace lékaře (8, 20, 22, 23).

Součástí předoperační přípravy je také profylaxe TEN. PA tedy provede bandáž DK a dle ordinace aplikuje nízkomolekulární heparin. Podá klientce dle ordinace premedikaci a zajistí její předání na operační sál (8, 20, 23).

Neméně důležitou součástí předoperační přípravy je péče o psychiku. Úlohou porodní asistentky je minimalizovat strach a stres klientky z operace. Zcela zásadní ze strany lékařů a anesteziologů je poskytnout pacientce dostatečné množství informací o jejím zdravotním stavu, jak dlouhá ji čeká hospitalizace a vysvětlit trvalá či přechodná omezení, která s sebou operační výkon přináší. Porodní asistentka klientku informuje dle svých kompetencí (2, 20, 23).

Je vhodná dostatečná komunikace a respektování otázek klientky. Nikdy nesmíme klientčiny dotazy bagatelizovat. Důležitý je profesionální přístup a vysvětlení výkonů, které porodní asistentka provádí. Pokud to zdravotnické zařízení dovoluje, je vhodné seznámit klientku s místem, kde bude výkon prováděn. Dále je důležité objasnit, kdo bude u operace přítomen, seznámit klientku s plánovanou dobou výkonu, vysvětlit průběh přípravy. Špatný psychický stav zvyšuje pooperační morbiditu (20, 22, 23).

V den operace PA zkontroluje operační místo a popřípadě ho oholí. Je doporučeno holit právě až v den operace, protože drobné ranky jsou vstupní branou infekce. Porodní asistentka poučí klientku, aby byla odlíčena, neměla na sobě brýle, kontaktní čočky, šperky ani žádné protézy. Pozornost také věnuje stavu nehtů – nutnosti odstranění laku. (8, 20, 23).



Dále vyzve klientku, aby si, dle zvyklosti oddělení, sbalila malou příruční tašku, kterou bude mít na JIP. Poté klientku převlékne do otevřené košile, postará se o její vymočení. Klientka odloží spodní prádlo, a pokud má dlouhé vlasy, stáhne je gumičkou (32).

#### *1.3.4 Ošetrovatelská péče porodní asistentkou – akutní výkon*

Příprava u akutní operace se provádí řádově několik hodin po příjmu klientky a lze provést alespoň základní vyšetření a krátkou předoperační přípravu (17).

U urgentní operace může jakýkoli odklad ohrozit život klientky. Na rozdíl od plánované operace nedovolují urgentní výkony optimálně stabilizovat zdravotní stav klientky, kompenzovat léčbu přidružených chorob a kontrolovat nutriční stav. Lze provést jen základní orientační vyšetření a předoperační příprava není možná vůbec nebo je jen omezena (17, 23).

Prvním úkolem porodní asistentky je zajištění nitrožilního přístupu, který umožňuje podávat infuzní roztoky a předcházet tak hypovolemickému šoku. Nutné je zajistit podepsání informovaných souhlasů, odložení šperků, brýlí, kontaktních čoček a protéz. Pokud to stav klientky umožňuje, je nutné zajistit alespoň částečnou hygienu a přípravu operačního pole, aplikovat naordinovanou premedikaci. U akutní operace z vitální indikace nesmí nikdy porodní asistentka podat klyzma. Je důležité, aby porodní asistentka prováděla veškerá naordinovaná statimová vyšetření. K dalším úkolům porodní asistentky patří zajištění dokumentace a převoz na operační trakt (2, 6, 8).

### **1.4 Intraoperační fáze**

Operační sál je místo, které je spojováno s pocity bolesti, úzkosti a strachu. Klientky si často vyprávějí své zkušenosti s operací a mnohé informace tak bývají zkreslené. V tomto prostředí se stávají porodní asistentky, instrumentářky a anesteziologické sestry nepostradatelnými a spolehlivými průvodkyněmi klientek. Porodní asistentka by měla vzbudit v klientce pocit důvěry (21).

Tato fáze začíná uložením klientky na operační stůl a končí předáním na jednotku intenzivní péče nebo jiné specializované pracoviště. Při překladi klientky je maximální snaha zdravotnického personálu o respektování jejího studu. Po celou dobu pečuje personál o biopsychosociální potřeby klientky a má za ni plnou zodpovědnost (19, 23).

V této fázi perioperačního období je vhodné provádět veškeré nepříjemné výkony až po uvedení operované ženy do anestezie (21).

Bezpečnost klientky během operace je jednou z priorit a vyžaduje aktivní zapojení všech pracovníků na operačním sále. Práce na sále je velmi náročná pro všechny členy, kteří jsou při operaci přítomni. Perioperační sestry a operatři se do určité míry podílejí na utváření situace a vhodných podmínek během intraoperačního období (23, 31).

Důležitou součástí intraoperační fáze je vedení dokumentace. Jedná se o soubor záznamů, které jsou důležité pro klientku, personál a zdravotnické zařízení. Dokumentace je vedena v písemné formě či ve formě elektronické. Musí obsahovat identifikaci klientky, datum, razítko a podpis zaznamenávajícího. Součástí dokumentace je Perioperační záznam (viz. Příloha č. 3), Záznam o spotřebě implantátů a zdravotnického materiálu, Operační protokol, Záznam o anestezii (viz. Příloha č. 4), Záznam o použití přístrojů. Veškeré informace o operaci jsou zaznamenány v operační knize (7).

#### *1.4.1 Ošetrovatelská péče porodní asistentkou v intraoperační fázi*

Péče o klientku je na operačním sále velmi náročná a bohužel klientkami vzhledem k jejich aktuálnímu fyzickému a psychickému stavu nepříliš doceněná. Žena může mít pocit, že se jí personál dostatečně nevěnuje, může ji zneklidňovat prostředí operačního sálu a také to, že personál působí anonymně. Je tedy vhodné dbát na edukaci a klientku předem seznámit s prostředím a personálem operačního sálu. Pro klientku je velmi uklidňující a významná přítomnost „někoho známého“ na operačním sále (19, 33, 34, 35).

Zároveň i realizace ošetrovatelského procesu je zde velmi složitá a náročná, neboť po uvedení do anestezie není možná verbální komunikace s klientkou (36).

Porodní asistentka má možnost specializačního vzdělávání v oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví a po jeho vystudování získá odbornost s označením Porodní asistentka pro perioperační péči. Porodní asistentka, která má toto vzdělání, získává způsobilost v péči o ženu v intraoperačním období (19, 37).

Převoz klientky na operační sál se děje přes vstupní filtr. Zde je nutné převzít dokumentaci a ověřit totožnost klientky. Je žádoucí, aby klientka přicházela na sál již utlumena a co nejméně vnímala okolí. Ve vstupním filtru odloží veškerý oděv a je přeložena na vozík, který slouží výhradně jen pro operační sál. V této chvíli je již nahá a zakrytá prostěradlem či rouškou. Personál respektuje její stud a soukromí a dbá na to, aby byla odhalena až po uvedení do anestezie, a to jen na dobu nezbytně nutnou. Vlasy jsou klientce zakryty čepicí či šátkem (5, 16).

Porodní asistentka ověřuje při příjezdu totožnost klientky, seznamuje se s její dokumentací, podává jí informace dle svých kompetencí. Zajišťuje polohu popruhy, vypodloží místa, kde by mohlo dojít k dekubitům či útlaku nervu, ženu zarouškuje, zabraňuje jejímu prochladnutí a chrání kůži před poškozením, upevňuje neutrální elektrodu, připravuje operační pole, provede dezinfekci rodidel. Zajišťuje dále bezpečí v průběhu operace, dokumentuje průběh výkonu a péči v průběhu výkonu, spolupracuje s ostatními zdravotníky (19, 37, 38).

Před některými operacemi provádí porodní asistentka, dle ordinace lékaře, v předsáli výplach pochvy dezinfekcí a až poté zavádí permanentní močový katétr (39).

Po operaci je pacientka dle stavu přeložena na lůžkové oddělení, dospávací pokoj, JIP či ARO. Transport pacientky z operačního sálu na JIP by měl být zajištěn dvěma porodními asistentkami pracujícími na JIP (19).

Porodní asistentka se může v tomto období zabývat například ošetrovatelskou diagnózou rizika úrazu v souvislosti s nesprávným uložením pacientky při operaci, rizikem sníženého objemu tělesných tekutin v souvislosti se zvýšenou krevní ztrátou během operačního výkonu. Riziko perioperačního poškození a riziko infekce jsou další ošetrovatelské diagnózy, kterými se může PA zabývat (19).

#### *1.4.2 Péče o ženu anesteziologickým týmem během operace*

Po převozu klientky na operační sál ověřuje anesteziologická sestra její totožnost a seznamuje se s její dokumentací, kontroluje celkový stav a eventuelně aplikuje premedikaci. Dále zjistí, kdy žena naposledy jedla a pila, ověří si možné alergie, zkontroluje, zda má sejmuté veškeré šperky, protézu, brýle, je odlícená a má odlakované nehty. Pečuje o přístroje, připravuje sterilní stůl, sleduje a monitoruje klientku, asistuje u intubace, zavádí periferní žilní kanylu nebo asistuje při zavádění CŽK, provádí veškerou ošetrovatelskou péči v anestézii, plní ordinace anesteziologa (5, 20, 23).

Po uvedení do anestezie je klientka ze základní polohy uložena do polohy, která je nutná pro daný operační výkon (40).

Probuzení ženy je dáno ukončením přívodu anestetik a zároveň jejich vyloučením a odbouráváním nebo podáním jejich antidot. Po operaci zůstává klientka ještě určitou dobu na operačním stole nebo v resuscitační místnosti. Je pod stálým dohledem anesteziologa a anesteziologické sestry. A to až do návratu obranných reflexů, plného vědomí, stabilizaci kardiovaskulárního a respiračního aparátu a zároveň vyrovnaní homeostázy. Je nutné obnovení spontánní plicní ventilace. Pokud jsou základní životní funkce stabilizovány, je možné pacientku převést na lůžkové oddělení či na JIP. Na JIP zůstává pacientka tak dlouho, dokud to její zdravotní stav vyžaduje, poté se vrací zpět na standardní lůžkové oddělení. Součástí pooperační anesteziologické péče je také zajištění analgezie. Anesteziolog a anesteziologická sestra vedou záznam týkající se prováděné anestézie (5, 17, 20, 23).

### **1.5 Pooperační fáze**

Tato fáze začíná přijetím klientky na speciální oddělení a končí až jejím úplným zotavením (19).

Délka pooperačního období je závislá na typu, délce a závažnosti operace, způsobu vedení anestézie, komplikacích, které vzniknou během operace, přidružených onemocnění (20).

Bezprostředně po operačním výkonu je žena uložena do polohy na boku či na zádech, hlava je otočena vždy na stranu, což je prevence proti zapadnutí jazyka či aspiraci při zvracení. Žena pod vlivem anestezie není schopna adekvátně reagovat na vnější podněty a nějakým způsobem je řešit. Měla by však před převozem na JIP reagovat na oslovení a splnit jednoduchou výzvu jako vypláznutí jazyka, zvednutí hlavy, odkašlání či stisk ruky. Pokud jsou navráceny přirozené reflexy, je to známka, že anestezie již nepůsobí. Po stabilizaci stavu je klientka odvezena zpravidla na jednotku intenzivní péče, kde bude přibližně 24 hodin. V tomto období se mohou vyskytnout tyto diagnózy – zhoršená verbální komunikace, riziko infekce, akutní bolest, riziko pádu, riziko krvácení (3, 19).

Porodní asistentka přebírá ženu z operačního sálu od anesteziologické sestry a podepisuje anesteziologický záznam. Pacientka je z operačního sálu předávána s kompletní dokumentací, která obsahuje záznam o anestezii, operační protokol, ordinace lékaře pro další péči. V období po operaci je žena nejvíce ohrožena komplikacemi oběhovými, respiračními a poruchou homeostázy a koagulace. Porodní asistentka má v tomto období za úkol kontinuální monitorování klientky, sledování fyziologických funkcí, drénů, krvácení, bolesti a operační rány. Nedílnou součástí je také péče o psychický stav klientky (8, 19, 22, 23).

### *1.5.1 Ošetrovatelská péče o ženu po gynekologické operaci*

V období po operaci je úkolem stabilizace ženy. Jedná se o období rizikové a je důležité sledovat její vědomí, krevní oběh, dýchání a homeostázu (23).

V prvních dvou hodinách porodní asistentka sleduje především vědomí klientky, fyziologické funkce, diurézu, krvácení, operační ránu, barvu sliznic, periferní prokrvení, rozšíření zornic, pocení a průchodnost dýchacích cest. Vitální funkce zapisuje porodní asistentka zpočátku v intervalu 15 minut a dále se interval prodlužuje na 30 minut a hodinu. Další péčí je zajistit monitorace saturace hemoglobinu kyslíkem a EKG záznamu. PA zajišťuje termomanagement a sleduje možné příznaky šoku. Pečuje

o dutinu ústní a vhodnou polohu klientky. Dle ordinace podává PA ženě zvlhčený kyslík, antiemetika a analgetika. Po dvou hodinách již může klientka pít (8, 17, 28, 30).

V intervalu do 24 hodin po operaci porodní asistentka sleduje fyziologické funkce, pomáhá ženě s vertikalizací. Dále PA sleduje bilanci tekutin. Tento den je ordinována čajová dieta. PA pečuje o vyprazdňování klientky, o PMK, aplikuje infuze a léky dle ordinace lékaře, zajišťuje odběry, tlumí bolest, podává led (8, 30, 41).

Důležitou úlohou PA je zajistit prevenci TEN. Po operaci je nutná včasná mobilizace, zabránění dehydratace klientky a aplikace nízkomolekulárního heparinu. Dále aplikace bandáží, provádění dechové gymnastiky a cvičení DK (6).

V intervalu od 24 do 48 hodin po operaci zajišťuje porodní asistentka ranní vstávání z lůžka a hygienu. Věnuje se především tomu, jak klientka snáší rehabilitaci a pohybovou aktivitu. Porodní asistentka s klientkou procvičuje hluboké dýchání a kašel, pomáhá jí provádět speciální cviky dolních končetin. Nacvičuje s ní správný postup při vstávání z lůžka a lehání si na něj. Učí ženu využívat úlevové polohy (8, 30, 41).

Pacientce po operaci vysvětlí a nacvičí s ní vstávání přes bok, doporučí sedání na podložní kruh. Poučí ji o péči po vaginální operaci. Klientka tedy nesmí sedat a místo musí udržovat v suchu, čistotě a větrat (32).

Pokud je vše v pořádku, klientka bývá dle stavu zpravidla za 24 hodin předána na standardní lůžkové oddělení. Zde je sledován celkový stav klientky, fyziologické funkce (dvakrát denně se měří TT, TK, P). Dále PA sleduje vědomí, bolest a krvácení, denní diurézu a vyprazdňování. PA po celou dobu plní ordinace lékaře. Pokud je bez potíží, bývá 7 - 8. den po operaci propuštěna do domácího ošetření (22, 30, 32).

Klientka, která je po laparoskopii a je dobře mobilizována, je u ní přítomna peristaltika a močení a nejeví známky komplikací, může být již za 24 - 48 hodin propuštěna do domácího ošetření. Stehy jsou jí ambulantně vyndány do týdne. Po laparotomické operaci se stehy zpravidla odstraňují 5. – 9. operační den (1).

Druhý pooperační den se zpravidla odstraňují drény a PMK. Je důležité po odstranění PMK hlídat první mikci. Ta by se měla dostavit do 4 - 6 hodin. Porodní

asistentka sleduje fyziologické funkce a psychický stav klientky. Po operačních výkonech tělo běžně reaguje lehce zvýšenou tělesnou teplotou (30, 32, 41).

V období po 72 hodinách přechází klientka již na kašovitou stravu. Porodní asistentka se soustředí na to, zda již byla žena na stolici, protože defekace by se měla do tohoto dne dostavit. Dále by porodní asistentka měla sledovat, jak klientka zvládá fyzickou zátěž, zhodnotí i. v. vstup a buď jej zruší, nebo přemístí. Kontroluje, zda jsou dolní končetiny bez otoků. Sleduje laboratorní výsledky a operační ránu. Porodní asistentka zajišťuje aseptické převazování ran po operaci (22, 30).

### *1.5.2 Péče o potřeby ženy po gynekologické operaci*

Jedním z nejdůležitějších úkolů porodní asistentky je zhodnocení bolesti u ženy po operaci a její zmírnění. Porodní asistentka hodnotí bolest pomocí zvolené hodnotící stupnice. Nejčastější způsob hodnocení bolesti je za pomoci vizuální analogové škály. Aby mohla porodní asistentka efektivně zasáhnout, je důležité, aby měla dostatek empatie a uměla zhodnotit faktory ovlivňující bolest (29, 30).

Akutní bolest patří mezi velký stresový faktor. Stres je ovlivňován nejen bolestí, ale i aktuálním onemocněním a výkonem, který bolest způsobil. Proto je nezbytnou úlohou porodní asistentky snížit stres klientky a zároveň dle ordinace lékaře podávat analgetika. Bolest ovlivňuje dýchání, neboť ženě brání se zhluboka nadechnout a odkašlat. Strach z bolesti vede ke snížení tělesné aktivity, což má za následek stagnaci žilní krve s následnou agregací trombocytů. Tato situace může způsobit až vznik tromboembolické nemoci. Vliv bolesti na psychiku klientky může způsobit její nespavost, která může mít za následek zhoršený proces zotavování. Velké gynekologické operace patří mezi ty s těžkou pooperační akutní bolestivostí (30).

Léčba pooperační bolesti může být farmakologická, která je nejčastější a nejvíce používaná, anebo nefarmakologická. K léčbě farmakologické patří především aplikace lokálních anestetik, neopioidních analgetik, opioidních agonistů a antagonistů. Zároveň se užívají další druhy léků, které léčbu bolesti doplňují. K nefarmakologickým metodám tišení bolesti patří například obklady - ať už studené (podání ledu), či teplé. Dále jemná

masáž, polohování klientky, odvedení pozornosti od bolesti, relaxace, pravidelné dýchání (42).

Porodní asistentka by se měla spolu s fyzioterapeutem po operacích věnovat rehabilitaci klientky. Obnovení pohybové aktivity a následná rehabilitační léčba pozitivně ovlivňuje pooperační průběh a také zvyšuje kvalitu života operovaných. Pooperační dechová rehabilitace vede ke zlepšení průchodnosti dýchacích cest, zlepšení ventilace a snížení bronchiální obstrukce (30).

Další oblastí, o kterou porodní asistentka pečuje, je zajištění vhodného stravování, neboť přijímání stravy velmi ovlivňuje zdravotní stav. Klientka tedy přijímá stravu, která jí zajišťuje vyrovnanou energetickou bilanci. 0. den po operaci dostává čaj po lžičkách, další dny zajišťuje porodní asistentka výživu dle naordinované diety. Dbá na dostatečnou hydrataci klientky a snaží se odstraňovat nepříjemné projevy nemoci, jako je bolest, únava, a tím zlepšovat chuť k jídlu. Porodní asistentka by měla ženě aktivně nabízet tekutiny a pomáhat s podáváním stravy, eventuálně klientku krmit. Pokud se jedná o ženu, která nedokáže přijímat potravu ústy bez rizika aspirace, porodní asistentka jí dle ordinace lékaře zavede nazogastrickou sondu (22, 41).

Velmi důležité je také zajištění dostatečné hygieny klientky. Nemoc a operační výkon mění nároky na hygienickou péči. Porodní asistentka by nejdříve měla u ženy zhodnotit schopnost pohybu, sebepěče a soběstačnosti, a to za pomoci Barthelova testu - základních všedních činností. Porodní asistentka sleduje suchost kůže, svědění, hematomy, zvýšené pocení či výskyt dekubitů. U soběstačné klientky porodní asistentka zajistí pomůcky k hygieně a čisté ložní prádlo. Pokud je žena soběstačná částečně, porodní asistentka jí pomáhá s doprovodem do koupelny, osprchováním, oblékáním. Pokud se jedná o ženu ležící, porodní asistentka zajišťuje ranní a večerní hygienu. Připraví veškeré pomůcky k lůžku a dle schopností klientky jí buď dopomáhá, nebo provádí hygienu zcela sama. Důležitá je péče o dutinu ústní a chrup. PA pečuje také o zajištění vyprazdňování moče. Klientce podává zvýšené množství tekutin, zajišťuje dostatečné soukromí při mikci. Dále pečuje o vyprazdňování stolice. Podporuje defekaci zajištěním soukromí, změnou polohy pacientky, podáváním léků dle ordinace, aplikací klyzmatu (29, 41).



Úkolem porodní asistentky při propuštění klientky je vysvětlit nutnost fyzické a psychické pohody. Porodní asistentka informuje klientku o tom, jak má provádět intimní hygienu, jak se vyprazdňovat, že by se měla po dobu 6 týdnů vyhýbat sexuální aktivitě. Jak má rehabilitovat, pečovat o ránu a jak pokračovat, pokud je nutné, v antikoagulační léčbě. Dále by měla porodní asistentka podat informace o pracovní neschopnosti, možnosti využití lázeňské léčby, návštěvě gynekologa a kdy a kam přijít na extrakci stehů. Měla by ji upozornit na možné komplikace jako je krvácení či infekce. Ženu po vaginální operaci informuje o tom, že 6 měsíců nesmí jezdit na kole a měla by se vyhýbat zvedání těžkých břemen. Porodní asistentka by měla spolupracovat také s rodinou nemocné a ověřit si, zda všemu klientka i rodinní příslušníci rozumí (8, 22, 43).

## **1.6 Pooperační komplikace**

Jako pooperační komplikace označujeme: „Stavy vznikající v souvislosti s operací a/nebo s anestézií a narušující normální pooperační průběh (23, s. 243)“. Tyto komplikace vznikají přímo v operačním poli nebo ve vzdálenějších orgánech či prostorech, a to do 30 dnů po operačním výkonu (44).

Prevence pooperačních komplikací je zajišťována v celém perioperačním období a je zajištěna somatickou a psychickou přípravou klientky. Prevencí TEN je aplikace nízkomolekulárního heparinu, bandáží, správná hydratace klientky a vysvětlení dechových cvičení. Prevencí infekce je především aplikace ATB. Autotransfuze je svým způsobem také prevencí infekce. Po operaci je prevencí dechových a kardiovaskulárních komplikací například včasná mobilizace klientky a pasivní i aktivní cvičení. Polohování klientky je prevencí vzniku dekubitů. Prevencí možné aspirace je podávání léků proti zvracení. Sledování příjmu a výdeje tekutin a podávání infuzní terapie dle ordinace lékaře je prevencí rozvratu homeostázy organismu. Pravidelné provádění aseptických převazů ran zabraňuje vniknutí infekce do rány a špatnému hojení rány. Úprava hemokoagulace, podávání transfuzí a sledování krvácení je prevencí krvácení a DIC (3, 45).

U akutních a urgentních výkonů, kdy se nedá předpokládat optimální předoperační stav, zejména jedná-li se o klientky vyššího věku, které trpí přidruženými chorobami, lze očekávat zvýšené riziko a výskyt pooperačních komplikací (20).

U laparoskopických metod je výskyt komplikací daleko nižší ve srovnání s operacemi laparotomickými (44).

Časné komplikace jsou takové, které vznikají do 2 - 24 hodin po operačním výkonu. Vznikají v souvislosti s celkovou anestezií a samotnou operací. Na jejich vzniku se podílí i řada jiných faktorů. Většina komplikací vzniká již během samotné operace. Tyto komplikace, které jsou život ohrožující, vyžadují okamžitou léčbu (23).

Mezi časné komplikace po operaci patří poruchy dýchání. Jejich terapií je aplikace bronchodilancií, oxygenoterapie, podpurné ventilace. Dále to jsou poruchy kardiovaskulárního ústrojí, jako je hypertenze, hypotenze či poruchy rytmu; šokový stav a pooperační krvácení. Poruchy vědomí, které jsou zapříčiněny vlivem sedativ, opiátů či psychomotorickým neklidem. Nauzea a zvracení, kterým lze zabránit například podáním antiemetik. Podchlazení a svalový třes, kterému lze předejít minimalizací tepelných ztrát nebo nahříváním infuzních roztoků. Dalšími komplikacemi jsou hypertermie, poruchy hydratace, pozdní krvácení. Poruchy elektrolytového a vodního hospodářství jako jsou hypovolémie a iontová dysbalance (1, 20, 23, 44).

Závažnou komplikací je také centrální anticholinergní syndrom. Jedná se o inhibici cholinergních receptorů anestetiky, opioidy, atropinem a dalšími léky, vedoucí k tachykardii, poruchám srdečního rytmu, mydriáze, snížení tvorby sekretů a potu, zrudnutí v obličeji, zpomalení peristaltiky, strachu, neklidu, ztrátě orientace, halucinacím, zvýšené teplotě, horečce, somnolenci až kómatu. Léčba je podání fyzostigminu (20, 23).

Prevencí časných pooperačních komplikací je šetrný operační postup, správně vedená perioperační péče, dostatečně odeznělá anestézie (44).

Pozdní komplikace jsou takové, které nastávají obvykle od 4. - 5. dne po operaci. Patří mezi ně ventilační komplikace, kardiovaskulární poruchy a s nimi spojené šokové stavy, komplikace týkající se rány, proleženiny, které jsou důkazem selhání ošetrovatelské péče, dále poruchy krvácení a jejich komplikace, jako jsou

flebotrombóza, tromboflebitida, embolie nebo DIC. Dále renální komplikace, gastrointestinální komplikace a nejčastější z nich - porucha střevní pasáže, která může vyústit až v ileus. Dále poruchy jaterních funkcí, zvýšená tělesná teplota či horečka, alergie, komplikace z invazivních vstupů, duševní poruchy jako je pooperační delirium, neurologické komplikace a nozokomiální infekce. Může se jednat o urinální, respirační nozokomiální nákazy a sepse. Většinu těchto infekcí vyvolávají bakterie a především *Staphylococcus aureus* (1, 20, 23, 44).

Významným problémem je komplikace hojení rány. První převaz operační rány by měl být proveden po 48 hodinách od výkonu. Pokud rána jeví známky infekce, je nezbytná její revize a odběr na kultivační vyšetření. Dle závažnosti je antibiotická léčba buď místní, nebo celková. Komplikací hojení rány je také její dehiscence. Příčinou bývá vyšší pohybová aktivita či nedodržení klidového režimu. Dále tvorba seromu či hematomu. Jde o místní nahromadění lymfy a sekretu z rány nebo nahromadění krve. Mezi rané komplikace patří také absces tj. nahromadění hnisu v ráně (20, 44).

Chronická rána se hojí sekundárně a i přes adekvátní léčbu nevykazuje po dobu 6 -9 týdnů známky hojení a její léčení je zdlouhavější. Poté vzniká hypertrofická jizva (20, 23).

Prevencí pozdních pooperačních komplikací je operování nemocné v co nejlepší kondici, léčení pooperační komplikace dle vyvolávající příčiny, časná mobilizace a rehabilitace klientky. Dále správná výživa, rehydratace a analgezie (20, 23).

Velkým problémem jsou nozokomiální nákazy, které se přenáší především vinou lidského faktoru. NN jsou velmi závažnou komplikací, které prodlužují hospitalizaci a zvyšují morbiditu i mortalitu. Je nutné dodržovat přísná hygienická opatření, bariérovou ošetrovatelskou péči a pravidla asepse. Před a po kontaktu s klientkou by měl zdravotnický personál dodržovat správnou hygienu rukou. Prevencí NN je také uvážlivá ordinace ATB a co nejkratší doba hospitalizace, a to zejména právě před chirurgickým výkonem (23, 44).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Cíl 1: 1. Zjistit, jaké potřeby pacientky jsou během perioperačního období nejvíce narušeny.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. V jakých oblastech je možné zvýšit kvalitu perioperační péče?
2. Které potřeby ženy v průběhu perioperačního období uvádějí jako nejméně uspokojené?

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika výzkumu

Téma bakalářské práce je zpracováno na základě odborné literatury. K výzkumu byla zvolena metoda kvalitativního šetření a to formou hloubkových rozhovorů. Výzkum probíhal v nemocnici na gynekologickém oddělení po předchozím souhlasu primáře, hlavní sestry a vrchní sestry gynekologicko-porodnického oddělení. Všichni výše jmenovaní byli předem seznámeni s tématem bakalářské práce, důvodem výzkumného šetření, formou výzkumu a se seznamem otázek pro rozhovor.

Šetření bylo prováděno u žen po velké gynekologické operaci, a to po návratu z JIP na standardní lůžkové oddělení. Rozhovory byly uskutečněny po předchozí domluvě s pacientkami a bylo zajištěno jejich soukromí. Výzkumný vzorek tvořilo 8 žen. 7 žen souhlasilo se zaznamenáním rozhovoru na diktafon. 1 rozhovor byl zaznamenán písemně. Rozhovor se skládal ze 13 otevřených otázek, které byly doplněny dotazováním (viz. Příloha č. 5). Tyto rozhovory byly poté doslovně přepsány. Jednotlivé rozhovory s respondentkami byly očíslovány. Na tato jednotlivá čísla je odkazováno v textu, například R7 (respondentka 7). Informace o operačním výkonu byly získány z dokumentace.

Analýza získaných údajů probíhala metodou kódování v ruce neboli metodou papír a tužka (46). Jednotlivé rozhovory byly doslovně přepsány, vytištěny, pečlivě přečteny a analyzovány. Dále byly kódovány do 4 kategorií a jejich podkategorií. Odpovědi respondentek byly barevně rozlišeny pro větší přehlednost. Jednotlivé kategorie a podkategorie jsou zpracovány do přehledných tabulek se stručným popisem. Podkategorie jsou doplněny přímými citacemi respondentek, které jsou zapsány tak, aby co nejvíce autenticky odpovídaly skutečné výpovědi.

Praktická část bakalářské práce je zároveň doplněna o informační brožuru pro pacientky, které jsou hospitalizovány na gynekologickém oddělení z důvodu operačního zákroku. V této brožuře je stručně a jasně popsána péče o ženu během perioperačního období. Součástí této brožury jsou fotografie operačních sálů a vyšetřovny. Tyto

fotografie byly pořízeny se souhlasem primáře a vrchní sestry gynekologicko-porodnického oddělení.

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 8 žen po velké gynekologické operaci.

**Tabulka 1 Identifikační údaje (R1-R4)**

<b>Respondentka</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>
<b>Věk</b>	46	50	30	56
<b>Vzdělání</b>	Střední s maturitou	Střední odborné bez maturity	Vysokoškolské	Vysokoškolské
<b>Druh operace</b>	Abdominální hysterektomie + oboustranná adnexektomie	LAVH + oboustranná adnexektomie	LS resekce ovaria I.sin +evakuace hemoperitonea	Abdominální hysterektomie + oboustranná adnexektomie + omentektomie + appendektomie + resekce pánevních a paraortálních uzlin
<b>Důvod operace</b>	Myomatózní děloha	Ca hrdla	Ruptura ovariální cysty	Ca ovaria
<b>Plánovaný výkon</b>	ANO	ANO	NE	ANO

**Tabulka 2 Identifikační údaje (R5 – R8)**

<b>Respondentka</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>	<b>R8</b>
<b>Věk</b>	29	47	68	67
<b>Vzdělání</b>	Střední odborné s maturitou	Střední odborné bez maturity	Střední odborné s maturitou	Vysokoškolské
<b>Druh operace</b>	Adnexektomie I.dx.	Radikální operace dle Wertheima–Meigse	Hysterektomie + PZP	Vulvectomy
<b>Důvod operace</b>	Vaječnicková cysta	Ca čípku děložního	Výhřez dělohy	Ca vulvy
<b>Plánovaný výkon</b>	NE	ANO	ANO	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem se výzkumu zúčastnilo 8 respondentek ve věku od 29 do 68 let. Průměrný věk respondentek je 49 let. Tři respondentky mají vysokoškolské vzdělání, tři respondentky mají střední vzdělání s maturitou a dvě mají střední odborné bez maturity. Šest respondentek přišlo do nemocnice k plánovanému výkonu. U dvou respondentek byl důvodem operace akutní stav. Čtyři respondentky byly operovány z důvodu onkologického.

## 4 Výsledky

### 4.1 Vyhodnocení rozhovorů

Některé podkategorie jsou doplněny tabulkami z důvodu větší přehlednosti ve výsledcích. Výsledky jednotlivých podkategorií jsou pak podrobně slovně rozepsány a doplněny o přímé citace respondentek. V popisování výsledků výzkumu byla věnována pozornost především rozdílným odpovědím jednotlivých respondentek.

**Tabulka 3 Seznam kategorií a podkategorií výzkumu**

<b>Kategorie</b>	<b>Podkategorie</b>
1. Předoperační období	A. Informovanost před příjmem do nemocnice B. Informovanost v nemocnici C. Péče PA před operací D. Přístup PA před operací E. Výhrady k předoperační přípravě F. Neuspokojené potřeby
2. Intraoperační období	A. Převoz na operační sál B. Pocity na operačním sále C. Vnímání personálu D. Narušené potřeby
3. Pooperační období	A. Vnímání pobytu na JIP B. Přístup a péče PA po operaci C. Narušené potřeby
4. Hodnocení péče během perioperačního období	A. Nedostatky během hospitalizace B. Spokojenost s péčí C. Nejnáročnější fáze perioperačního období



## **Kategorie 1 Předoperační období**

Tato kategorie je zaměřena na hodnocení předoperační fáze pacientkami. Její součástí je 6 podkategorií. U každé podkategorie je možné vysledovat různé varianty odpovědí. Jednotlivé podkategorie jsou pro lepší přehlednost označeny velkým tiskacím písmenem.

### **A. Informovanost před příjmem do nemocnice**

Dvě respondentky (R3, R5) byly do nemocnice odeslány svým obvodním lékařem a šest respondentek (R1, R2, R4, R6, R7, R8) bylo odesláno svým ošetřujícím gynekologem.

Respondentky, které byly do nemocnice odeslány praktickým lékařem, uvádějí, že nebyly dostatečně informovány. R3 uvedla: „*Měla jsem velké bolesti a ráno už jsem to nemohla vydržet, tak jsem šla ke svému praktikovi, protože má ultrazvuk. Myslela jsem si, že se od něj dozvím víc. Řekl mi jen, že mám pravděpodobně cystu na vaječníku a že mám v břiše nějakou tekutinu. Takže by prý bylo dobré jet do nemocnice. Bližší informace mi neposkytnul ani mě nijak neuklidnil.*“ R5 uvedla: „*Mě odeslal můj praktický lékař rovnou do nemocnice, protože jsem prý měla nějakou zvýšenou hodnotu v krvi. Řekl, že mám v těle zánět. O ničem bližším mě neinformoval. Tak jsem jela na chirurgii.*“

Zbýlých šest respondentek (R1, R2, R4, R6, R7, R8) bylo k výkonu odesláno svým gynekologem. Dvě respondentky (R6, R7) uvádějí, že byly informovány dostatečně a s podanými informacemi byly spokojeny.

Čtyři respondentky (R1, R2, R4, R8) nebyly od lékaře téměř informovány. R1 a R8 uvedly, že je lékař informoval pouze o druhu operace a proč se musí udělat. R2 uvedla: „*U mě to bylo tak, že mi vzali vzorky z čípku, ty nevyšly, takže jsem tady. Lékař mě téměř neinformoval. Informace jsem se spíše dozvěděla od kamarádek.*“ R4 uvedla: „*Já měla potíže s trávením, takže jsem šla ke svému obvodnímu lékaři. Udělal mi ultrazvuk a řekl mi, že mám urychleně vyhledat gynekologa. Jela jsem tedy k němu, ten mi řekl, že mám cystoidní útvar na vaječníku, a že mám co nejdříve jet do nemocnice. Nic víc mi neřekl. Bylo to všechno hodně narychlo a byl to velký šok.*“

**Tabulka 4 Informovanost před příjmem do nemocnice**

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Ano						X	X	
Ne	X	X	X	X	X			X

### **B. Informovanost v nemocnici**

Čtyři respondentky (R3, R4, R6, R7) byly s informovaností v nemocnici spíše spokojeny. Tyto respondentky uvádí, že jim byly poskytnuty informace o důvodu provedení výkonu a o výkonu samotném.

Čtyři respondentky (R1, R2, R5, R8) byly s informovaností v nemocnici spíše nespokojeny. R1 uvedla: „*V nemocnici to bylo s informacemi v podstatě stejné. Nikdo mě o tom, co mě přesně čeká, neinformoval. Jediné, co mi řekli, že mám za úkol si vybrat, zda si nechám vzít i vaječníky nebo ne. Takže to psychicky člověku moc nepřidalo. Kdyby mi alespoň vysvětlili výhody a nevýhody ponechání si vaječníků.*“ R2 uvedla: „*Informovali mě pouze o tom, kdy půjdu na operaci a že potom budu na JIP. Aby mi řekli, jaké výkony mě předtím čekají a proč, to mi nikdo nesdělil.*“ R5 uvedla: „*Mně provádělo několik lékařů na chirurgické ambulanci stejné a nepříjemné vyšetření, což pro mne bylo hrozné. Jinak si mě moc nevšimli, spíše papírů. Pak následovalo UZ vyšetření, kde to bylo v podstatě stejné. Ze stran lékařů to bylo velmi zmatené a svými řečmi mezi sebou mě celkem znervózňovali. Poté mi oznámili, že mám v břiše nějakou tekutinu. Bližších informací o tom, co mi je, jsem se opět nedočkala. Po přijetí na chirurgii za mnou přišla paní doktorka, že mě ještě vyšetří gynekolog. Takže mě vzali sem. Zde mě pan primář vyšetřil, nechal mě rovnou na oddělení. Poté mi dali papíry na podepsání. A akorát mi oznámili, že operace bude vedena laparoskopicky, ale také může být nakonec vedena velkým řezem.*“

Všech osm klientek uvedlo, že byly vyšetřeny panem primářem a s jeho přístupem byly velmi spokojeny.

Sedm klientek (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8) uvedlo, že je ještě před operací navštívil operatér, aby jim podal bližší informace. R5 uvedla: „Operatér za mnou asi ani nebyl. Možná to bylo tím, jak to bylo akutní. Moc si nevzpomínám.“

Pouze jedna respondentka (R6) uvedla, že jí den před operací navštívil anesteziolog, aby ji podal bližší informace.

Sedm klientek (R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8) uvedlo, že za nimi nikdo z anesteziologického týmu nebyl a vnímají to jako nedostatek. R1 uvedla: „Anesteziolog za mnou nebyl. Sestřička říkala, že měl přijít, ale bohužel nepřišel. Možná kdyby proběhlo nějaké slovo ohledně anestezie dříve a ne až na sále, bylo by to jiné. Alespoň bych byla připravena na možnost, že mi po narkóze bude tak hrozně zle.“

R2 uvedla: „Anesteziolog za mnou nepřišel. Sestřička mi říkala, že přijde, a tak jsem pořád čekala. Potom když jsem se zeptala, kdy tedy pan doktor přijde, bylo mi oznámeno, že když mě holili, tak tam seděl a všechno už si sepsal. Na nic se mě neptal, takže veškeré informace měl jen z papírů. R4 uvedla: S anesteziologickým týmem jsem se setkala až na sále. Pan doktor mi vysvětloval vše až tam, a to už skoro nic nevnímáte. Je škoda, že nepřišli den předtím.“

Pět respondentek (R1, R2, R5, R7, R8) uvedlo, že by ze stran lékařů potřebovaly ještě více informací.

**Tabulka 5 Informovanost v nemocnici**

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Spíše ano			X	X		X	X	
Spíše ne	X	X			X			X

### C. Péče porodní asistentkou před operací

Šest respondentek (R1, R3, R4, R6, R7, R8) uvedlo, že byly s péčí před operací ze stran porodních asistentek spíše spokojeny. R1 konstatovala: „Během předoperační přípravy se mi péče líbila. Sestřičky mi vše vysvětlovaly a informovaly nás spíše po kouskách. Nechrlily informace a úkony najednou, takže to bylo dobré. Na co jsem se zeptala, hned mi zodpověděly. Vždy mi vysvětlily, co jdou právě dělat, takže jsem byla spokojena. Ani mi v podstatě nic nechybělo.“ R3 uvedla „Hrozně jsem se bála toho, co

bude. Sestřičky ale byly perfektní i vzhledem k mému stavu a nedostatku času. Vysvětlovaly mi hlavně praktické věci. Vůbec mě nenechaly samotnou, hezky se postaraly, pomohly mi sbalit věci na JIP. Vše bylo perfektní a já si nemohu na nic stěžovat.“ R4 uvedla: „Na oddělení mi bylo všechno hezky vysvětleno. Vždy předem mi sestřička vše řekla. I když je to tu velmi hektické a činnost sestřiček je velmi náročná. Výkony mi vždy vysvětlovaly. Večer mě připravily, daly mi tabletu, pitnou kúru. Hezky se o mě staraly a psychicky mě podporovaly. Z hlediska péče je to I\*.“

Dvě respondentky (R2, R5) nebyly s předoperační péčí spokojeny. R5 uvedla: „Tohle fakt ne. To bylo strašné. Mám za sebou již dřívější zkušenost s, ale tohle jsem opravdu ještě nezažila. Ta péče ze strany sestry byla hrozná. Ještě když jste na ženském a očekáváte to chování k ženám prostě jiné. Výkony v podstatě nijak nevysvětlovala. Byly to prostě jen úkony, které musí provést. Nechci si nijak stěžovat, ale ta hrubost, a to, že ty výkony celkem bolely... To vám nepřidá. Ještě když víte, že píchnout injekci nebo vzít krev jde i bezbolestně a šetrně.“

**Tabulka 6 Péče PA před operací**

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Spokojená	X		X	X		X	X	X
Nespokojená		X			X			

#### **D. Přístup porodní asistentky před operací**

Šest respondentek uvedlo (R1, R3, R4, R6, R7, R8), že byly s přístupem porodních asistentek spíše spokojené. R4 uvedla: „Jejich přístup je zde velmi vstřícný a etický. Nemohu mluvit negativně. Sestřičky zbytečně nestresují. Vím také ale, že je to o akci a reakci. Takže pokud je pacientka v pohodě, spolupracuje a sestřičky u ní vidí snahu se uzdravit, jsou i ony milé a ochotné. Sestřičky jsou milé, usměvavé, vstřícné, empatické a přitom vím, že to mají velmi náročné.“ R6 uvedla „Přístup se mi líbil, sestřičky mi všechno vysvětlovaly. Snažily se mě uklidnit. Daly mi prostor pro otázky, takže jsem byla spokojena. Nic navíc bych asi vědět nechtěla, myslím si, že by mě to zbytečně více stresovalo.“ R8 „Jedna sestra na příjmu mi přišla taková laxní. Naopak

na oddělení byla sestřička ochotná, ale zároveň mi přišla taková rozlítaná. Většina se ale chovala hezky.“

Dvě respondentky (R2, R5) s přístupem porodních asistentek před operací nebyly spokojeny. R2 uvedla: „Bohužel přístup se mi nelíbil. Myslím si, že to nebylo tak, že by se mi věnovaly a vše mi vysvětlovaly. Neříkaly mi, co se bude dít. Spíše na mě vše působilo hrozně chaoticky. To mi vadilo. Nebylo to v klidu. Informace na mě najednou vychrlily a já měla pocit, že na mě není dostatek času. Což mi před operací vůbec nepomohlo. Bála jsem se, že to takhle bude po celou dobu. Je to prostě tak, že člověk něco potřebuje. Já se snažím to tlačítko vůbec nepoužívat, mám pak pocit, že sestřičky nějak obtěžuju, ale jenom přece člověk před operací i po ní leccos potřebuje. Pokud mohu, tak si udělám, co potřebuju, sama. Mám pocit, jako kdyby tu sestřičky nebyly pro mě.“ R5 uvedla: „Třeba na chirurgii byly ty sestřičky takové lidské. Tady z té sestry jsem měla pocit, že je taková rozlítaná. Ona tam tedy byla pravděpodobně sama, protože sháněla ještě někoho jiného. Ale to už poznáte. Jak vám dají injekci, jak vám vezmou krev, jak vás oholí. Prostě ten přístup k těm pacientkám. Já si nechci nějak stěžovat, ale fakt to tam nebylo. Ten kontakt s pacientem, takové to uklidnění, to tu úplně chybělo. Všechno bylo hrozně zbrklé. A já neměla pocit klidu. Neměla jsem pocit klidu před operací. Chápu, že potřebovali, aby to bylo rychle, ale prostě ten pocit, že vás berou, jak na běžícím páse, byl hrozný.“

**Tabulka 7 Přístup PA před operací**

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Spokojená	X		X	X		X	X	X
Nespokojená		X			X			

### **E. Výhrady k předoperační přípravě**

Pouze dvě respondentky (R6, R7) neuvádí žádné výhrady k předoperační péči.

Šest respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R8) uvedlo, že by alespoň něco na předoperační péči a přístupu změnilo či zlepšilo. R1 uvedla: „Jediné, co jsem se vůbec nedozvěděla, bylo, jak po operaci vstávat a dýchat. To za mnou přišla sestřička až na JIP. Jinak bylo vše v pořádku.“ R2 uvedla: „Pomohlo by mi, aby sestřičky v klidu

*přišly, sedly si a vše mi vysvětlily. Chyběla mi komunikace. Pan primář je ale moc příjemný. Snaží se do toho vnést i vtip, říct, ať se nebojíme, uklidnit. Ale mám pocit, že u toho zůstal pan primář sám. Ostatní lékaři toto zanedbávali. Ze stran sestřiček to v tomto ohledu bylo v pořádku.“*R5 uvedla: *„Mě hrozně znervózňovalo, proč je to všechno tak zmatené a rychlé. Jestli je to tak normálně, nebo to bylo až tak akutní. Třeba by mě uklidnilo, kdyby alespoň tohle mi vysvětlili.“*

Respondentky uváděly jako největší nedostatek, že nepřišel den předem anesteziolog a největší výhrady měly k informovanosti a komunikaci.

### **F. Neuspokojené potřeby**

Dvě respondentky (R1, R4) strádaly v oblasti informovanosti. Jedna (R8) respondentka uvedla jako největší problém strach před operací a z toho, co bude následovat po operaci a jak bude všechno zvládat. Dvě respondentky (R2, R5) uvádí jako největší problém deficit informací v oblasti předoperační a zároveň strach před operací. Jedna respondentka (R3) uvádí, že pro ni byla nejhorší bolest a zároveň strach.

### **Kategorie 2 intraoperační období**

Tato kategorie je zaměřena na hodnocení intraoperační fáze pacientkami. Její součástí jsou 4 podkategorie. U každé podkategorie je možné vysledovat různé varianty odpovědí. Jednotlivé podkategorie jsou pro lepší přehlednost označeny velkým tiskacím písmenem.

#### **A. Převoz na operační sál**

Šest respondentek uvedlo, že byly s přístupem a péčí personálu během převozu na OS celkem spokojeny. R3 uvedla: *„Na sál se mnou jela sestřička a vše mi vysvětlovala.“*

Jedna respondentka uvedla, že péči vnímala neutrálně. Byla zmatená z léků, takže samotný převoz nijak nevnímala.

Jedna respondentka uvedla nespokojenost s přístupem personálu během převozu na OS. R5: *„Můžu tedy říct, že ten pán, co mě vezl na sál, to bylo strašné. Asi ten den toho bylo hodně, protože i on se rozčiloval, že nestíhá. Ale tohle chápu, sama znám stresové situace. Spíš šlo o to zacházení s lůžkem.“*

## **B. Pocity na operačním sále**

Dvě respondentky (R1, R3) uvádí, že prostředí OS vnímaly celkem dobře. R1 uvedla: *„Cítila jsem se dobře. Ze strany sestřiček mi nic nevadilo. Nosím brýle, ale jejich sundání mi také nevadilo. Radši už jsem na cestu neviděla.“* R3 uvedla: *„Na sále se pořád někdo pohyboval, byl tam hrozný frmol, ale já to nesla v pohodě.“*

Šest respondentek (R2, R4, R5, R6, R7, R8) uvedlo, že prostředí OS a péči na něm vnímaly spíše negativně. R2 uvedla: *„V tom předsálí jsem byla strašně dlouho sama. Chápu, že tam musíme být dříve, ale chtělo by, aby tam byla po celou dobu třeba sestřička. To by určitě pomohlo, protože je to tam dlouhé a člověk najednou má prostor a čas přemýšlet nad zbytečně negativními věcmi. Navíc jak se člověk motá, tak je to strašně nepříjemné a bojí se o své bezpečí. I v tomto ohledu by bylo dobré, kdyby tam s vámi někdo byl.“*

R4 uvedla: *„Kvůli brýlím to byl velmi škaredý moment ten převoz na operační sál chodbou. V předsálí jsem byla chvíli sama, ale jinak u mě pořád někdo byl a snažil se odvést pozornost. Což bylo příjemné, ale hrozné pro mě bylo, že před rokem jsem na sále zažila to, že mě anesteziolog pohladil, uklidňoval mě a před narkózou mi řekl, ať se mi něco hezkého zdá. A teď jsem zaslechla jen: „Tak Pepíček by nám taky mohl pomoci!“. A jak jsem bez brýlí neviděla, tak bylo pěkně nepříjemné tohle slyšet. Najednou jsem jen vnímala, jak mě někdo přivazuje. Je hrozný ten pocit, že jste tam odevzdána nějakému Pepíčkovvi. To byl pro mě dost ošklivý zážitek. Takže už jen to, že jste tam odhalená, v té poloze a tam nějaký Pepíček. Měl by se dát pozor na to, co se tam říká, protože pacientka to vnímá. Mě to hrozně rozrušilo. Takže tam jsem vůbec nevnímala sestřičky, ale spíše ty zřízence.“*

R5 uvedla: *„Na operačním sále mi opět chyběl kontakt. Chybělo mi to uklidnění. Nikdo se mnou nekomunikoval. Bylo to jen: „Tady si položte ruku, tady vás připoutáme.“ A místo toho, aby vám řekli, ať si položíte nohu, tak vám ji radši beze slov tahali tlakem dolů, aby ji připoutali. Což bylo velmi nepříjemné. Já ani nevím, proč to dělali, asi abych je nekopla. To, že mi poutají ruce, chápu, ale proč spodek, aniž by řekli „Já vás teď připoutám, aby...“ Prostě to tam bylo zas hrozně hektické, neměla jsem z toho dobrý pocit. Já bych potřebovala více komunikace a toho uklidnění. To jsem*

*zažila jen ze strany anesteziologického týmu. Ty jediní na mne působili klidně. Ještě tam stála nějaká mladá holčina, asi učenka. Ta se jen koukala, takže ta na mě působila tak nějak neutrálně. Jinak ze strany ostatního týmu, nevím. Vše bylo prostě hrozně zmatené.“*

R6 uvedla: *„No jelikož jsem byla ze všeho taková vyděšená, tak pro mě byla strašná ta doba, než jsem usnula. Ale naštěstí se mnou mluvily sestřičky ze sálu, takže to mě trochu uklidnilo. Jediné, co bych uvítala, aby mě dříve uspali a nevnímala jsem tam to prostředí tak dlouho.“*

R7 uvedla: *„Pro mě bylo hrozné, jak člověk nemohl pít. Nemáte ani slinu a do toho se vás anesteziolog na něco ptá a už jste pod vlivem léků. Škoda, že nepřišel dříve. Na sále to bylo hrozné. Nejde o prostředí, to bylo v pořádku, čisté. Sestřičky i pan doktor za mnou přišli, ale já to prostě neunesla. Tak jsem začala brečet. Nějak to na mě všechno dolehlo i co se týká osobního života. Ale všichni mě hezky uklidňovali. Byla bych ráda, kdyby se mnou byla celou dobu jedna sestřička. A ještě pro mě bylo strašné, že jsem neměla zuby a mluvit bez zubů se prostě nedá.“*

R8 uvedla: *„Personál tam byl milý, ale znervózňovalo mě to všechno, co jsem okolo slyšela. Ten ruch, šum, nástroje atd.“*

Všechny respondentky uvedly, že pro ně je nebo by byla důležitá přítomnost sestřičky na OS po celou dobu, kdy se nacházejí v předsálí.

Čtyři respondentky (R1, R3, R4, R8) uvedly, že by vnímaly jako pozitivum předchozí seznámení s operačním sálem, nebo příchod někoho z operačního sálu. R1 uvedla: *„Sestřičky z operačního sálu také vůbec nepřišly, což bych možná ocenila, kdybych tam druhý den přijela a už viděla někoho „známého“.“* R4 uvedla: *„Uvítala bych předem vědět, kam druhý den půjdu. Abych věděla, do čeho jdu, jak to na sále vypadá. Protože já ve chvíli, kdy sundám brýle, nevidím nic, protože mám 5 dioptrií. Takže pro mě to byl krok do neznáma na druhou. Bylo mi to hodně nepříjemné. Přišla za mnou anestezioložka i se sestrou a snažily se mě uklidnit. Ale když nevíte, jak to tam vypadá a co s vámi budou dělat, tak vás to velmi zneklidní. A i když je člověk pod léky, tak to prostředí nějakým způsobem vnímá. A ještě když člověk neví, jak tam bude, jestli bude někam přelézat. Jak se z té postele dostane, jací jsou sanitáři atd. Chtěla bych*



*předem vědět, co mě čeká, jak sál vypadá a co se tam se mnou bude dít.“R8 uvedla: „Pro mě byl strach z neznáma hrozný. Nejrady bych odtud odešla. Vůbec jsem nevěděla, jaké prostředí mě čeká. Chtěla bych předem vědět, do čeho jdu.“*

Jedna (R6) respondentka by prý v předchozím seznámení neviděla plus a je pro ni lepší méně informací o prostředí OS.

Tři respondentky (R2, R5, R7) nedokážou posoudit, zda by pro ně bylo předchozí seznámení s OS přínosnější nebo ne.

### **C. Narušené potřeby**

Sedm respondentek ( R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8) uvedlo narušení některé z potřeb. Ženy nejvíce strádaly v oblasti informovanosti. Měly nedostatek informací o operačním výkonu a o tom, jak přesně bude probíhat převoz na sál a jak bude probíhat péče na operačním sále. Dále ženy uváděly, že by pro ně byla velkým přínosem návštěva sestřičky z OS den před operací a seznámení se s prostředím OS, neboť uváděly strach z toho, co je čeká. Dále tři respondentky (R2, R4, R5) postrádaly takt personálu. Tyto tři respondentky také postrádaly větší uklidnění a komunikaci ze stran personálu. S anesteziologickým týmem byla většina spokojena, ale sedm klientek (R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8) by uvítalo návštěvu anesteziologa den před operací. Jedna klientka (R4) uvedla, jako nejhorší odevzdání brýlí před odjezdem na OS. A jedna klientka (R7) uvedla za velmi nepříjemné odložení zubní protézy před odjezdem na OS. Některé respondentky uváděly za velice nepříjemné nutnost lačnění před operací, ale zároveň chápou, že je to nutné.

### **Kategorie 3 pooperační období**

Tato kategorie je zaměřena na hodnocení pooperační fáze pacientkami. Její součástí jsou 3 podkategorie. U každé podkategorie je možné vysledovat různé varianty odpovědí. Jednotlivé podkategorie jsou pro lepší přehlednost označeny velkým tiskacím písmenem.

#### **A. Vnímání pobytu na jednotce intenzivní péče**

Dvě respondentky (R3, R6) vnímaly pobyt na JIP spíše pozitivně. R3 uvedla: *„Na JIP je člověk rád, že leží. Tak chybělo mi jídlo a pití, ale člověk ví, že tam to ani*

vyžadovat nemůže hned po operaci. Tam potřebujete hlavně klid a je to tam spíše o psychice“

Šest respondentek (R1, R2, R4, R5, R7, R8) vnímalo pobyt na JIP spíše negativně. R1 uvedla: „Bylo to tam hrozně zmatené, protože tam asi měli nával. Stejně tak na mě působily i sestřičky. Jak jsem říkala, co mě hrozně překvapilo, jak špatně mi po narkóze bylo. To že jsem pořád zvracela. A také mi vadilo, že mě hned druhý den vystěhovaly. Člověk tam měl pocit bezpečí, protože se sestřičky opravdu intenzivně staraly, ale najednou jsem měla jít zpátky na oddělení? To mě zaskočilo.“

R2 uvedla: „ Pro mě bylo hrozné, že jsem na začátku podepsala souhlas s tím, že mohu mít jen vpichy po LPS nebo to nakonec může skončit velkým řezem. A nejhůřší byl ten pocit na JIP, než přišel pan primář a řekl mi, co a jak. Volaly mi děti, jak to dopadlo, a já jim neměla co říct, protože jsem sama nevěděla, jestli je to tak, nebo tak. Břicho jsem měla celé zalepené, tudíž jsem nevěděla.“

R4 uvedla: „Pan doktor za mnou hned přišel, aby mě informoval. A zároveň mi v tom přízračném prostředí JIPky oznámil dobrou zprávu. To prostředí mi tam opravdu nedělalo dobře. Ale tou dobrou zprávou se člověk alespoň vnitřně uklidnil“

R5 uvedla: „Já jsem asi schytala špatnou směnu. Nebylo to dobré. Ráno už potom byly sestřičky skvělé. Ale já za to přeci nemůžu, že mě přivezou takhle večer a na mě to působilo, že tam sestru ještě otravuji. Jinak po té narkóze si moc nepamatuju. Jen vím, že jsem hrozně zvracela.“

R8 uvedla: „Já se všeho hrozně bojím. Takže jsem byla ráda, že jsem se vůbec probudila, ale bála jsem se, aby se na JIPce nic nepříhodovalo. Bylo mi nepříjemné se odhalovat při vizitách, nebo při přechodu do sprchy.“

**Tabulka 8 Vnímání pobytu na JIP**

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Spíše pozitivně			X			X		
Spíše negativně	X	X		X	X		X	X

## B. Přístup a péče porodních asistentek po operaci

Jedna respondentka (R5) hodnotí přístup PA spíše negativně, ale vnímá tak jen PA z jedné směny. R5 doslovně uvedla: „*Já za to přeci nemůžu, že mě přivezou takhle večer. Nedělal mi dobře ten přístup. To jak to bylo pod nátlakem. Já chtěla ještě něco na bolest a stroze mi bylo odsekáváno: „Ne, na bolest už vám nic nedám, to nejde.“ „Nic vám dát nemůžu.“. Já to chápu, že to třeba nejde, ale sestřička mi to mohla podat alespoň lépe a vysvětlit, proč mi nic nemůže dát. Ale, nevím, no. Alespoň mokrý hadr na hlavu, nebo cokoli. Jiné metody mi prostě nenabídla. Jinak péče tady byla fajn, sestřičky se staraly, až na tu jednu sestřičku o noční. Ale asi byla pod tlakem a stresem. Na ranní jich bylo o hodně víc, takže to bylo i více v klidu. Jinak lékařka mi přišla po operaci říct, ale hrozně brzo a já byla ještě po narkóze, takže jsem si z toho nic nepamatovala. A pak když jsem měla o vizitě možnost se ptát, tak jsem si prostě nevybavila, na co jsem se chtěla zeptat. Já sama bych ocenila, kdyby lékaři chodili informovat až za delší dobu po té operaci, a ne když jste ještě pod vlivem narkózy.“*

Sedm respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8) uvedlo spokojenost s péčí a přístupem PA po operaci. Respondentky říkaly, že PA se jim věnovaly dostatečně, pečovaly o psychiku i tělesnou stránku. R1 uvedla: „*Sestřičky byly moc milé a ochotné. Jen na začátku mi přišly hrozně rozlítané. Pořád pro mě měly slova útěchy, říkaly, ať se nebojím, že to bude dobré atd. K nim žádnou výtku nemám.“* R6 uvedla: „*Když jsem něco potřebovala, tak jsem si zazvonila na sestřičky. Ty přišly a byly ochotné, takže já jsem byla spokojena.“*

**Tabulka 9 Přístup a péče PA po operaci**

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
Spíše pozitivně	X	X	X	X		X	X	X
Spíše negativně					X			

## C. Narušené potřeby

Všechny respondentky uvádějí neuspokojení některé z potřeb. Všech 8 klientek trápila bolest po operaci. Čtyři ( R1, R2, R5, R7) ženy uvedly, že je trápila pooperační

nauzea, zvracení a větry. Pět žen (R4, R5, R6, R7, R8) uvádí, že měly nedostatek informací ohledně rehabilitace. Čtyři ženy (R2, R4, R6, R8) trápil strach po operaci zejména z toho, co bude následovat dál a do jaké míry operace ovlivní jejich životy. R8 uvedla: *„Bojím se teď o svou ženskost. Já vůbec nevím, co to teď obnáší a jak to všechno dole bude vypadat. Jde jen o můj pocit“*. Dvě respondentky (R1, R2) uvedly, že pro ně byl velice nepříjemný a stresující převoz na UZ. Další neuspokojenou potřebou byla potřeba výživy. Čtyři klientky (R1, R5, R6, R8) uvedly narušený spánek. Dvěma klientkám (R2, R5) chyběla komunikace a lidský přístup. R1 uvedla: *„Jediné, co mi tam chybělo, byl spánek. Když už jsem usnula, tak ty přístroje začaly „řvát“*. *A další, co jsme tady teď s paní říkaly, že by bylo dobré si dojít na malou a nemít větry, ale to je na nás. Ten záchod teď řeší člověk asi nejvíce.“* R3 uvedla: *„Jediné, co jsem postrádala, bylo více informací od lékařů.“* R6 uvedla: *„Jediné, co mi chybělo, že mi nikdo neřekl, jak dýchat, jak kašlat. Spíš jen jak cvičit. A na té JIPce pořád něco pípalo, takže tam se člověk prostě nevyspí.“*

#### **Kategorie 4 Hodnocení péče během celého perioperačního období**

Tato kategorie je zaměřena na hodnocení péče pacientkami během celé hospitalizace. Její součástí jsou 4 podkategorie. U každé podkategorie je možné vysledovat různé varianty odpovědí. Jednotlivé podkategorie jsou pro lepší přehlednost označeny velkým tiskacím písmenem.

##### **A. Nedostatky během hospitalizace**

Pět respondentek (R4, R5, R6, R7, R8) uvedlo, že postrádaly více informací v oblasti rehabilitace. Ocenily by, kdyby za nimi rehabilitační sestřička přišla víckrát a naučila je, jak chodit, dýchat, kašlat atd. R5 uvedla: *„Chybělo mi vysvětlení toho, jak mám po operaci kašlat. To mi nikdo předem neřekl a já ránu v břiše nikdy předtím neměla. A sestřička za mnou byla jen jednou a to myslím, že až na té JIPce po operaci. Vysvětlila mi, jak chodit, jak vstávat a lehat si, jak dýchat, dívat se před sebe.“*

Čtyři respondentky (R1, R3, R5, R8) uvedly, že pro ně bylo největším nedostatkem podávání informací všeobecně.

Jako další nedostatek v poskytování péče klientky uvedly přístup PA, nedostatek času, klidu, komunikace a lidského přístupu. R2 uvedla: „*Sestřičky by se měly více starat. Chápu, že toho mají hodně. Po stránce jídla, hygieny, léků je vše v pořádku. Ale ta komunikace. Chtělo by to mít pocit, že na nás mají více času. Nejde o to, aby u nás pořád seděly, ale mám z toho pocit, že je zajímavá a plní jen to, co mají v papírech. Změřit teplotu, podat prášek, ale už je nezajímá, že by možná člověk taky potřeboval i něco jiného, než jen co je napsáno v papírech. Mně vadí to, že přijdou, udělají výkon a odejdou.*“ R5 uvedla: „*Bylo to tak, aby porodní asistentky hlavně splnily výkony, ale hlubší kontakt s pacientem a uklidnění, to v podstatě chybělo úplně.*“

R4 uvedla: „*Veškeré potřeby byly narušeny. Vše je jinak. Člověk překročí práh a už je pacient. A to se vším, co to s sebou přináší. Ale s tím předem počítáte. Takže se tu neděje nic, co by vás překvapilo nebo s čím byste nepočítala.*“

## **B. Spokojenost s péčí**

Šest respondentek (R1, R3, R4, R6, R7, R8) uvedlo, že byly s celkovou péčí, během celé hospitalizace, spíše spokojeny. R3 uvedla: „*Péče byla úplně úžasná. Bylo tu hodně pozitivní energie, což mi moc pomohlo. Kdybych šla na plánovaný výkon, tak bych nejspíše vyžadovala informace o prostředí sálu, operačním týmu a návštěvu někoho z operačního sálu. Tím myslím sestřičku, protože to by mi hodně psychicky pomohlo. Ale v mém případě jsem byla se vším spokojena.*“ R1 uvedla: „*Jediné, co mi opravdu vadilo, že nás hned druhý den vezli na UZ. Vezli mě na sedačce, takže to na to břicho nebylo vůbec dobré. Bylo mi špatně, zvracela jsem, měla jsem cévku a v tomhle stavu mě vezli dolů, kde na mě koukala veřejnost. To bylo velmi nedůstojné.*“

Dvě respondentky (R2, R5) byly s péčí během celé hospitalizace spíše nespokojeny. R5 uvedla: „*Chyběl mi lidský přístup a komunikace. To sluchátko na JIPce jsem vnímala divně. Já chápu, že sestřičky toho mají asi hodně a že nemohou každé pacientce zvlášť něco vyprávět. Ale možná by stačilo méně informací a jen ty opravdu praktické a potom dát větší prostor pro případné otázky. Vždyť když vám pustí všechny informace najednou a ještě jste po narkóze, tak si z toho moc nezapamatujete a nakonec zapomenete i na to, na co jste se chtěla zeptat. Kdyby sestřička přišla a mohla bych se jí ptát rovnou a byla tam nějaká zpětná vazba, dalo by mi to víc. Zase*

*jsem z toho měla pocit, že sestřičky si své splnily tím, že mě nějakým způsobem informovaly, ale dále se v této oblasti nestaraly. To se mi nelíbilo.“*

*R2 uvedla: „Mohlo by to být lepší. Je to vše znatelné na přístupu sestřiček, které s námi tráví více času než lékaři, takže člověk hodnotí spíše je. Ale i tak mi vadilo, že lékaři tudy jen proběhli a také na nás neměli moc času. Prostě bylo vše tak rychlé, že člověk nestačil informace vstřebávat. Mělo by se zpomalit. Soukromí máme zajištěné, takže v tomto ohledu je vše v pořádku. Jde prostě o ten čas a komunikaci.“*

**Tabulka 10 Spokojenost s péčí**

<b>Respondentka</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>	<b>R8</b>
<b>Spíše ano</b>	X		X	X		X	X	X
<b>Spíše ne</b>		X			X			

### **C. Nejnáročnější fáze perioperačního období**

Dvě respondentky (R1, R3) uvedly, že pro ně byla nejtěžší fáze před operací. R1 uvedla: *„Nejvíce náročné pro mne bylo najít si termín operace. Mám zaměstnání, povinnosti a mě se to teď vůbec nehodí. Také bylo těžké rozhodnout se, zda vaječníky nechat či nenechat. A že mi nikdo neporadil. Takže jsem se více dozvěděla od známých a veřejnosti, než od odborníků.“*

R3 uvedla: *„Nejhorší asi byl strach z toho, co bude. Od praktika jsem zhruba věděla, co mě čeká, ale člověk se bál, aby v tom břiše nebylo něco víc. A úplně nejhorší pro mě byla ta bolest. Jakmile jsem dostala tu kapačku, tak mi bylo nádherně. A ještě bylo hrozné to, co se týkalo osobního života. Máte doma dítě a najednou jdete k lékaři a rovnou do nemocnice a na operaci. Takže opět ta psychika pracovala, ale sestřičky mě hezky povzbuzovaly a uklidňovaly.“*

Ani jedna klientka neuvedla, že pro ni byla nejtěžší intraoperační fáze.

Šest respondentek (R2, R4, R5, R6, R7, R8) uvedlo, že pro ně byla nejtěžší fáze po operaci. Většina respondentek konstatovala, že pro ně bylo nejtěžší snést pooperační bolest a špatně přijímat fakt závislosti na druhých osobách. R2 uvedla: *„Nejtěžší byla asi ta fáze po operaci, kvůli bolesti. Vadila mi ta bezmoc, to odevzdání a závislost*

*na péči druhého. Je velmi důležité, aby se ten člověk, kterému se takto musíte odevzdat, choval tak, jak má. Na JIP jsem byla jen jeden den. To mi vadilo, protože člověk by chtěl více dní tu intenzivní péči. Hrozné bylo, jak nás hned první den vezli na UZ. Já zvracela, vezli mě na tom vozíčku, takže mě vsedě hrozně bolelo břicho. Člověk by raději chtěl odpočívat. Ocenila bych, kdyby mě tam aspoň tedy vezli na posteli. Pro mě bylo hrozné, jak tam seděli lidi u ambulancí a koukali na mě jako na nějaké pokusné zvíře. To bylo hodně nepříjemné.“*

*R6 uvedla: „Tak ta pooperační bolest mě trápila, ale s tím člověk počítá. Spíše pro mě je nejhorší to, co je teď. To čekání, co přijde z histologie. Jestli to bude dobré nebo ne. Takže po té stránce psychiky je to nejhorší.“*

*R7 uvedla: „Kupodivu pro mě bylo nejhorší to, že jsem se vrátila na pokoj, kde jsem předtím nebyla. Myslela jsem si, že tam budeme zase ty tři, co předtím, a že se jakoby vrátím k někomu známému. Ale chápu, že to organizačně nejde. Šlo spíše jen o mou psychiku.“*

## 5 Diskuze

Perioperační péče je velmi důležitá, protože pokud je kvalitní a důsledná, efektivně připraví pacientku k operaci, zajišťuje nižší riziko výskytu pooperačních komplikací, a také lepší a rychlejší rekonvalescenci ženy po operaci.

Do výzkumného souboru byly zařazeny pacientky po velké gynekologické operaci. Pacientky byly v době rozhovorů již přeloženy zpět na lůžkové části gynekologického oddělení. Průměrný věk klientek je 49 let. Šest žen bylo po plánované velké gynekologické operaci a dvě ženy po akutním velkém gynekologickém zákroku. Čtyři pacientky byly operovány z důvodu onkologického. Žena, která byla po největší gynekologické operaci, byla nejlépe informována o operačním výkonu, který ji čekal. Dalo by se předpokládat, že vzhledem k dostatečnému času na přípravu by mohlo být lépe postaráno o potřeby a informovanost žen před plánovaným zákrokem než před operací akutní. Z výsledků výzkumu však můžeme konstatovat, že tomu tak nebylo.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké potřeby ženy byly během perioperačního období nejvíce narušeny. Pro získání informací byla použita metoda kvalitativního šetření formou individuálních hloubkových rozhovorů. Otázkami, které byly pacientkám kladeny, byla zjišťována spokojenost s ošetrovatelskou perioperační péčí. Zároveň bylo zjišťováno, na jaké úrovni tato péče je. Nedílnou součástí výzkumu bylo objasnit, jaké potřeby ženy uváděly za nejvíce narušené a za nejméně uspokojené. Výsledky výzkumu byly zpracovány do čtyř kategorií a tyto kategorie byly dále rozděleny na jednotlivé podkategorie.

Perioperační období zahrnuje časový úsek od začátku intenzivní přípravy klientky k operačnímu výkonu přes průběh operace až po stabilizaci stavu po ní. Operace je tedy v celém období dominantním činitelem (3). Klientky, které šly na plánovaný výkon, uváděly, že od počátku přípravy na operaci jim vědomí nutné hospitalizace nějakým způsobem narušilo osobní život.

Každý operační zákrok, ať už plánovaný, či urgentní je nefyziologický zásah, na který organismus nějakým způsobem reaguje. Z tohoto důvodu je nutné věnovat zvýšenou pozornost jak psychickým, tak fyzickým potřebám klientky (2). Klientky zmiňovaly, že během celého tohoto období měly narušenou či neuspokojenou



některou z potřeb. R4 uvedla: „Člověk překročí práh a už je pacient, a to se vším, co to s sebou přináší.“ Ženy zmiňovaly, že fakt, že budou hospitalizované, jim velmi narušil osobní život. R3 uvedla: „Máte doma dítě a najednou jdete k lékaři a rovnou do nemocnice a na operaci. Takže opět ta psychika pracovala hodně.“

Předoperační fáze začíná rozhodnutím o operaci. Základem pro hospitalizaci z důvodu operační léčby je stanovení diagnózy ošetřujícím gynekologem či praktickým lékařem. Ten musí ženu informovat o všech pro a proti operativní léčby, která ji čeká (4). Pouze dvě respondentky (R6, R7) uvedly, že byly s informovaností od svého ošetřujícího gynekologa spokojeny. Ostatní respondentky uváděly, že je jejich ošetřující lékař informoval pouze o tom, na jakou operaci půjdou a proč je výkon nutný. Ženy by požadovaly více informací o tom, co je přesně čeká, jaká vyšetření budou muset podstoupit a jak se bude postupovat v nemocnici. Jak je uvedeno výše, lékaři by měli informovat o všech pro a proti, která s sebou operace přináší. Ovšem žena (R1), která byla odeslána k hysterektomii, komplexní informace neobdržela. Uvedla: „*Bližší informace o tom, co přesně mě čeká, jsem nedostala. Jediné, co mi řekli, že mám za úkol si vybrat, zda si nechám vaječníky nebo ne. Takže psychicky to člověku moc nepřidalo. Kdyby mi alespoň vysvětlili, výhody a nevýhody ponechání si vaječníků*“.

Co se týká informovanosti v nemocnici, výsledky ukázaly lepší informovanost zde než před příjmem do nemocnice. Čtyři respondentky (R3, R4, R6, R7) byly s informovaností v nemocnici spíše spokojeny. Dle zvyklosti zařízení vyšetřuje a informuje pacientky o výkonu primář či vedoucí lékař. Vondráček však uvádí, že není podmínkou, aby ženy informoval primář nebo vedoucí lékař. Je však nevhodné, pokud by poučení o výkonu provedla porodní asistentka. Ta pacientku informuje pouze o ošetřovatelských výkonech, které sama provádí (47). Z odpovědí žen lze konstatovat, že porodní asistentky své kompetence neporušily a skutečně informovaly pouze o ošetřovatelské péči. Z výsledku šetření ohledně informovanosti před hospitalizací vyplývá, že ženy jsou s informovaností o výkonu, hospitalizaci a předoperační přípravě nespokojeny a bylo by nutné poskytovat více informací o tom, co je přesně čeká. Dle mého názoru by tak poté vnímaly samotný nástup do nemocnice a pobyt v ní lépe.

K předoperační péči pacientky uváděly mnohé výhrady a nedostatky. Jelikož jsou pacientky nejčastěji v kontaktu s porodními asistentkami, celkový pohled na péči a hospitalizaci si utvářely právě ze zkušeností z jejich přístupu a péče. Perioperační péče zahrnuje práci porodních asistentek na oddělení a operačním sále. Klientce poskytují bezprostřední předoperační, intraoperační a pooperační ošetrovatelskou péči. Nevěnují se pouze fyzickému stavu klientky, ale nahlížíjí na ni z komplexního biopsychosociálního hlediska (15, 16). Dvě ženy (R2, R5) uvedly, že byly s péčí a přípravou před operací nespokojeny z důvodu absence holistického přístupu k nim. Pacientky uvedly, že porodní asistentky dostatečně nevěnovaly pozornost jejich psychice a málo s nimi komunikovaly. Nabízí se otázka, zda porodní asistentky opravdu pečují o biopsychosociální potřeby ženy. Respondentky uvedly, že měly pocit, že na ně není dostatek času. Porodní asistentky prý jen provedly nutný výkon a dále jim nevěnovaly pozornost. Péče o psychiku pacientek, zvláště před operací, je velmi důležitá a na tuto péči by se mělo dbát. Pokud by byly ženy více psychicky připravené, podle mého názoru by samotnou hospitalizaci lépe snášely.

Jako další nedostatek v předoperační péči ženy uváděly neinformovanost v oblasti rehabilitace. Po operaci prý za nimi byl fyzioterapeut jen jednou a jako přínos to ženy neshledaly. Spíše by uvítaly informace o tom, jak po operaci dýchat, kašlat, vstávat, ještě v předoperačním období. Jak uvádí Slezáková, již v předoperačním období se provádí nácvik dýchání pro pooperační dobu. Jedná se o takzvanou dechovou gymnastiku. Dále je v předoperačním období důležitý nácvik aktivního cvičení dolních končetin, vstávání a chůze (22). R4 uvedla: „*Cviky mi byly vysvětleny jen direktivně, ale vůbec ne prakticky. A to až po operaci. Ještě mi paní rehabilitační řekla, že mi přijde ukázat, jak masírovat jizvu, ale už nepřišla. Měla by názorně ukázat, jak vstávat, chodit, zakašlat, protože se zkrátka bojíte*“. Je tedy zřejmé, že je nutné tento nedostatek napravit a před operací se více věnovat rehabilitační stránce. Myslím si, že rehabilitaci by se měla věnovat velká pozornost, neboť právě tyto informace jsou pro ženy opravdu důležité a péči po této stránce velmi ocení. Jak vyplývá z odpovědí žen, informovanost ohledně rehabilitace již před operací by působila pozitivně na jejich

psychický stav. Proto by bylo vhodné pacientky již během předoperační přípravy edukovat o vstávání, dýchání, odkašlávání a chození po operaci.

K přípravě pacientky před operací patří také příprava anesteziologická. Anesteziolog přichází za pacientkou na oddělení, hodnotí její zdravotní stav a seznamuje ji s anestezií a také s riziky, která mohou nastat během operace (47). Z výsledků výzkumu však vyplývá, že osobně anesteziologický lékař navštívil pouze jednu pacientku (R6). Otázkou je, zda to bylo z důvodu, že ženu čekala největší gynekologická operace dle Wertheima, nebo návštěva anesteziologa neměla s rozsáhlostí operace žádnou souvislost. Ženy uvedly nepřítomnost anesteziologa den před operací jako nedostatek. Rády by s ním mluvily osobně a získaly více informací předem. Ženy uváděly, že je velký problém reagovat adekvátně na otázky anesteziologa na operačním sále, když jsou pod vlivem léků a mají pocity strachu a úzkosti.

Největším ošetrovatelským problémem v období před operací byla nedostatečná informovanost o předoperační přípravě a operačním výkonu. Pacientky také velmi trápil strach, což negativně ovlivňovalo psychiku žen před operací. Podle Slezákové je cílem psychické přípravy minimalizace strachu a stresu z operace (22). Pokud však ženy uváděly nedostatek informací a komunikace, je jisté, že jejich strach z operace se tímto prohluboval. Co se týká přípravy po stránce fyzické, je o ženy postaráno kvalitně. Jedná se spíše o nutnost zlepšení osobního přístupu některých porodních asistentek k pacientkám a zvýšení péče o psychiku pacientek. Je důležité přistupovat k ženám více individuálně a věnovat větší pozornost informovanosti, komunikaci a lidskému přístupu.

Bylo by tedy vhodné pacientky před operací uklidňovat a vše jim vysvětlit, neboť tyto intervence ovlivňují zdravotní stav ženy po operaci a její rekonvalescenci. Křivohlavý popisuje výzkum týkající se předoperační přípravy, během kterého byla metodika zlepšována. Pacienti byli nejen informováni o vyšetřeních a operaci, ale také měli možnost se den předem podívat na místo, kde budou vyšetřováni či operováni. Také se využívalo instruktážních videofilmů. Tímto výzkumem bylo zjištěno, že se u pacienta až trojnásobně snížil stres před výkonem, když daný výkon viděl na videozáznamu. Avšak během studie se ukázalo, že není možné postupovat u všech pacientů stejně (48). Někteří vnímají více informací předem jako přínos, jiní

právě naopak. Tento fakt je patrný i z našeho výzkumu, kdy většina žen by požadovala více informací a druhá polovina dotazovaných nedokázala posoudit, zda by uvítala více informací, nebo by více informací nechtěla vůbec.

Co se týká informací před operací, Křivohlavý dále uvádí, že již v 60. letech 20. století byly publikovány studie, které srovnávaly chování dvou skupin pacientů. Pacienti ve skupině první byli podrobněji informováni o tom, co přesně se s nimi bude dít. Byli psychicky připraveni na operaci. Pacienti ve druhé skupině prošli běžnou předoperační přípravou. Porovnání zdravotního stavu, kvality života, míry bolesti a spotřeby analgetik prokázalo, že psychická příprava pacientů před operací má svá opodstatnění (48). Z výsledků výzkumu lze konstatovat, že žena (R6), která uváděla ze všech dotazovaných pacientek největší spokojenost s informovaností, byla s hospitalizací nejvíce vyrovnána. Neměla k péči a přístupu porodních asistentek a lékařů téměř žádné připomínky. Zatímco žena (R5), která byla přijata k akutnímu výkonu ve večerních hodinách, poskytovala během rozhovoru nejvíce negativní výpovědi ze všech a hospitalizaci, dle jejích výpovědí, snášela nejhůře ze všech dotazovaných žen. Pacientka uvádí: „*Já jsem asi schytala špatnou směnu. Nebylo to dobré. Ale já za to přeci nemůžu, že mě přivezou takhle večer a na mě to působilo tak, že tam sestru ještě otravuji*“. Nabízí se otázka, zda žena vnímala hospitalizaci nejhůře z dotazovaných žen právě z důvodu nedostatku informací před akutním výkonem, nebo se jednalo o to, že: „*Natrefila na špatné směny.*“ Jak sama uvádí.

Strach z operace graduje s příjezdem na operační sál. Je nutné nezapomínat na to, že pacientka vnímá až do uvedení do anestezie úplně vše. Velmi negativní zážitky měly ženy při převozu na operační sál. Ať už byla důvodem neznalost prostředí operačního sálu, chování personálu, odložení brýlí či strach z neznáma, pro ženy bylo období bezprostředně před operací velmi nepříjemné a náročné. Je důležité během převozu zacházet šetrně s lůžkem a se ženou komunikovat. Polovina z dotazovaných žen konstatovala, že by uvítala seznámení se s prostředím či personálem operačního sálu den před operací. R4 uvedla, že by si měli zdravotníci na sále dávat pozor na to, co říkají, protože pacientka vše slyší a vnímá. Také jí vadil přístup sanitářů. Ten samý problém měla 5. respondentka, která uvedla: „*Můžu tedy říct, že ten co mě vzl*

na sál, to bylo strašné. Asi ten den toho bylo hodně, protože i on se rozčiloval, že nestíhá. Ale tohle chápu, sama znám stresové situace. Spíš šlo o to zacházení s lůžkem. Jenom přeci jsme lidé, že. Nikdo se mnou nekomunikoval. Bylo to jen: „Tady si položte ruku, tady vás připoutáme.“ A místo toho, aby vám řekli, ať si položíte nohu, tak vám ji radši beze slov tahali tlakem dolů, aby ji připoutali“. Co se týká potřeb žen během intraoperačního období, byl pro ně největším problémem právě „krok do neznámého“. Většina žen by uvítala více informací o prostředí operačního sálu. Některé respondentky (R1, R3, R4, R8) by chtěly vidět na sále „někoho známého“, tzn., preferovaly by návštěvu např. instrumentářky den před operací. Během okamžiku převozu na sál by se mělo dbát i na záležitosti, které nám připadají banální, ale pro pacientku jsou zcela zásadní. Například umožnit odložení brýlí či zubní protézy až v předsáli operačního sálu. Jako nepříjemné a stresující ženy uváděly ruch a šum na operačním sále. Negativně na ně působilo cinkání nástrojů. R8 uvedla: „Znervózňovalo mě to všechno, co jsem okolo slyšela. Ten ruch, šum, cinkání nástrojů. Myslím, že by se dalo s nástroji zacházet o něco šetrněji“. Je důležité, aby si personál uvědomoval, že hluk, který způsobuje manipulace s nástroji, působí na ženu před operací velmi negativně.

Ženy dále stresovalo, že byly chvílemi na sále samy a uvítaly by kontinuální přítomnost porodní asistentky. Zároveň jim chybělo uklidnění a psychická podpora. R4 uvedla: „Před rokem jsem na sále zažila to, že mě anesteziolog pohladil, uklidňoval mě a před narkózou mi řekl, ať se mi něco hezkého zdá. Nyní tohle úplně chybělo“. Uklidnění před operací je pro ženy velmi důležité a personál by si měl uvědomovat, že jejich vlídné slovo, či pohlázení může dělat zázraky s psychikou ženy.

Na operačním sále není příliš času, ale právě to málo, co tam pacientky před narkózou vnímají, si velmi dobře zapamatují. Jsem toho názoru, že by se měla pozitivně podporovat psychika ženy, uklidnit a povzbudit. Pacientka by neměla mít pocit, že je „několikátá v pořadí“. Jak ale uvádí Ptáček, čas, kdy je operatér a personál operačního sálu v kontaktu s pacientem, je omezen – někdy na několik hodin. To má právě zásadní dopad na komunikaci (49). Dle mého názoru jediným řešením, jak zařídit, aby ženy vnímaly lépe komunikaci během intraoperačního období, je skutečně

předchozí seznámení se s některým členem operačního týmu a kontinuální přítomnost porodní asistentky v předsálí.

Co se týká fáze po operaci, ženy nejvíce trápila bolest, bezmoc a nutnost závislosti na druhém. Bolest v pooperačním období je zřejmě dominantní a její prožívání úzce souvisí s předoperační přípravou. Pacient s úzkostí a strachem vnímá více bolesti, neboť úzkost vede ke zvýšenému svalovému tonu, to vede ke zvýšené bolesti a vyššímu krevnímu tlaku. Veškeré tyto projevy ovlivňují fázi po operaci, zejména rehabilitaci a zotavení, a délka hospitalizace se tak může prodloužit (28). Čtyři ženy (R2, R3, R5, R8) uvedly, že je před operací nejvíce trápil právě strach a vnímání bolesti po operaci udávaly všechny dotázané ženy. Avšak nebylo prokázáno, že by ženy, které před operací nejvíce trápil strach, vnímaly nejhůře pooperační bolest. U některých převládala nad bolestí opět strach z toho, jaké budou výsledky histologie a jak se jim po operaci změní život.

Tišení bolesti je možné farmakologickými či nefarmakologickými metodami. K nefarmakologickým metodám tišení bolesti patří například obklady, ať už studené – podání ledu, či teplé. Dále jemná masáž, polohování klientky, odvedení pozornosti od bolesti, relaxace, pravidelné dýchání (42). Jedna pacientka (R5) ovšem uvedla, že jí nebyla nabídnuta jiná metoda analgezie, než farmakologická, kterou v tu dobu již využít nemohla. Uvítala by, kdyby jí porodní asistentka informovala i o jiných možných metodách analgezie. Jelikož ženy opět postrádaly péči ze stran rehabilitačních pracovníků, nemohly ani využít efektivního dýchání či úlevové polohy ke zmírnění bolesti. Fyzioterapeut by se měl po operacích věnovat rehabilitaci klientky (30). Bohužel ženy uváděly nedostatečnou rehabilitační péči. Fyzioterapeut je navštívil jednou a porodní asistentky jim ukázaly, jen jak mají vstávat. Domnívám se, že by se opět měla věnovat větší pozornost rehabilitační stránce, protože velmi ovlivňuje zotavování žen po operaci.

Šest žen (R1, R2, R4, R5, R7, R8) hodnotilo pobyt na JIP spíše negativně. Negativní prožívání pobytu na JIP však nebylo způsobeno chováním či péčí personálu, to shledávaly ženy spíše pozitivně. Jednalo se spíše o prostředí JIP jako takové. Ve spojení s pooperační nauzeou, zvracením a narušeným spánkem vnímaly pobyt spíše

negativně. R4 uvedla: „*To prostředí na JIP na mě působilo přízračně a pochmurně. Ráda jsem se vrátila zpět na oddělení*“.

K péči jako takové příliš výhrady nebyly. Pouze k rehabilitační péči, kterou ženy shledávaly jako nedostačující.

Dvě ženy zaskočilo, že se druhý den vracely zpět na oddělení. I v literatuře se však uvádí, že po stabilizaci stavu je klientka odvezena zpravidla na jednotku intenzivní péče, kde bude přibližně 24 hodin (20).

Byly také určité připomínky k edukaci pacientek po operaci. Na JIP daného zdravotnického zařízení jsou poskytovány informace po operaci formou edukace, která je ženám pouštěna do sluchátka. Ženy tuto formu podání informací hodnotily jako nevhodnou. Uvítaly by spíše méně informací, které by však byly sděleny osobně a byl tak dán prostor pro jejich dotazy. Osobně si myslím, že je pro ženy těžké vnímat po operaci najednou podané informace. Reakce pacientek na tuto edukaci byla vesměs identická s tím, co uvedla R5: „*To sluchátko na JIPce jsem vnímala divně. Já chápu, že sestřičky toho mají asi hodně a že nemohou každé pacientce zvlášť něco vyprávět. Ale možná by stačilo méně informací a jen ty opravdu praktické. A potom dát větší prostor pro případné otázky. Vždyť když vám pustí všechny informace najednou a ještě jste po narkóze, tak si z toho moc nezapamatujete a nakonec zapomenete i na to, na co jste se chtěla zeptat. A radši se pak na nic nezeptáte, protože se bojíte, aby vám nebylo odsekáno, že jste přece informace slyšela.*“ I během praxe na JIP jsem se setkala s negativními reakcemi na tuto edukaci. Pacientky si zapamatovaly málo informací a poté zapoměly, na co se během poslouchání edukace chtěly zeptat. Tento fakt poté vedl ke strachu ptát se porodních asistentek, takže mnohé dotazy byly směřovány ke studentkám. Janíková též uvádí, že výhodou verbální edukace je možnost hned reagovat a zeptat se na případné nejasnosti (28). S tím naprosto souhlasím.

Během celého perioperačního období ženy péči hodnotily spíše pozitivně. V péči o fyzickou stránku byly ženy spokojeny a v tomto ohledu jsou porodní asistentky profesionální a péči poskytují kvalitně. Problém však byl spíše v lidském přístupu některých konkrétních porodních asistentek a nedostatečné komunikaci. Největším problémem však byla informovanost žen, ať už ze stran lékařů či porodních asistentek.

Z tvrzení žen lze konstatovat, že je možné perioperační péči zkvalitnit například podáním většího množství informací o tom, co ženu během hospitalizace čeká. Proto je výstupem této práce informační brožura, která by mohla sloužit k větší informovanosti žen před velkou gynekologickou operací a snížit tak výskyt strachu a úzkosti před operací.

Na otázku, která fáze byla pro pacientky nejtěžší, odpovědi překvapivé nebyly. Dalo se předvídat, že pro většinu žen bude nejtěžší fáze po operaci. Ženy především trápila pooperační bolest a strach z budoucnosti. Jedna odpověď mne však překvapila a to, že tato fáze byla pro pacientku nejtěžší z toho důvodu, že se nevrátila na pokoj, kde původně ležela, a nebyla tam s paní, se kterou se seznámila před operací.

Vlivem operačního výkonu a hospitalizace se mnoho potřeb modifikuje. Z výsledků výzkumu je jisté, že s tímto pacientky předem počítají a uvědomují si tuto skutečnost. S čím však už tak smířené nejsou, je fakt, že péče o jejich potřeby nebude dostatečná a potřeby budou neuspokojeny.

Dle výše uvedeného je tedy patrné, že každá žena je skutečně osobností s různými přáními a potřebami. Je velmi důležité perioperační péči přizpůsobit individuálně každé ženě, neboť jak už bylo řečeno, kvalita předoperační přípravy a pooperační péče velmi ovlivňuje rekonvalescenci ženy a snižuje výskyt pooperačních komplikací. Celý tým, který se na perioperační péči podílí, by tak měl svými intervencemi směřovat k co nejkvalitnějšímu poskytování péče. A přesto, že je tato péče velmi náročná, je také záslužná a každého, kdo se na ni podílí, by mělo těšit, že svým počínáním přispívá k efektivnímu zotavení druhých.

Věřím, že s neustále se zvyšujícím rozvojem medicíny se bude i perioperační péče zkvalitňovat a budou se v její oblasti vynalézat nové metody, které povedou k posilování psychiky ženy před a po operaci a ke kvalitnější péči o její potřeby.



## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou perioperační ošetrovatelské péče z pohledu pacientek, které podstoupily velkou gynekologickou operaci. Teoretická část byla věnována předoperační přípravě a péči během operace a po ní.

Praktická část byla zaměřena na to, jak pacientky vnímají perioperační péči, přístup porodních asistentek a co jim právě během poskytování této péče nejvíce chybí.

K realizaci výzkumu byla využita metoda kvalitativního šetření, které probíhalo formou hloubkových rozhovorů s osmi pacientkami.

Cílem bylo zjistit, jaké potřeby pacientky jsou během perioperačního období nejvíce narušeny. Pacientky uváděly v jednotlivých fázích perioperačního období narušení mnoha potřeb a v závěru rozhovorů uvedly potřebu, která byla během hospitalizace narušena nejvíce. Na základě tohoto zjištění byly získány informace, v jaké oblasti by bylo vhodné perioperační péči zkvalitnit.

Výzkumná otázka číslo jedna, která byla zaměřena na to, v jakých oblastech je možné zvýšit kvalitu perioperační péče, poukázala především na nutnost zvýšení informovanosti pacientek o operačním výkonu, návaznosti perioperační péče a věnování se především nácvičku dýchání po operaci, vstávání z lůžka či odkašlávání. Pacientky uváděly, že jim velmi chyběly informace právě v oblasti rehabilitace. Bylo by tedy vhodné klientky dostatečně edukovat o dýchání, vstávání, odkašlávání a pohybu po operaci ještě v předoperačním období. Ženy dále uváděly nedostatek informací o tom, jaké ošetrovatelské výkony je čekají, jak bude vypadat převoz na operační sál a jakým způsobem o ně bude na operačním sále pečováno.

Výzkumná otázka číslo dva byla zaměřena na zjištění toho, jaké potřeby během perioperačního období uvádějí pacientky jako nejméně uspokojené. Ženy opět nejvíce postrádaly informace v oblasti dýchání a pohybu po operaci, nevěděly, co je čeká a chyběly jim přesné informace o operaci. Některé ženy by požadovaly zapracování na komunikaci a přístupu některých zdravotníků a jedním z největších ošetrovatelských problémů pro ženy byl strach a bolest. Většina pacientek uvedla, že byla věnována dostatečná pozornost jejich potřebám.

Výsledky výzkumu poukazují na potřebu zlepšení kvality perioperační péče v oblasti informovanosti a rehabilitační péče. Zejména je důležité věnovat se individuálním potřebám pacientek a zaměřit se na informovanost o ošetřovatelských výkonech, které budou ženy během hospitalizace podstupovat. S přístupem zdravotnického personálu byly pacientky spíše spokojeny.

Porodní asistentka s pacientkou během perioperačního období spolupracuje a tato spolupráce je založena nejen na vztahu „pacient – zdravotník“, ale měla by být zaměřena také na individuální potřeby pacientky. Každá pacientka je osobností s různými vlastnostmi a povahovými rysy. Nároky a požadavky jednotlivých pacientek se tedy velmi liší. S vědomím toho, že pacientky nejsou identické, ani perioperační péče by neměla být rutinní a měla by vycházet z potřeb jednotlivých pacientek.

Pacientky, které uváděly nespokojenost s péčí, popisují tuto skutečnost v souvislosti s přístupem zdravotníků. Očekávaly by lidštvější přístup ze stran některých porodních asistentek. Ženy uváděly, že jim porodní asistentky nevěnovaly dostatečnou pozornost. Měly pocit, že jejich individuální potřeby zůstaly ve stínu naordinovaných výkonů. Porodní asistentka by tedy neměla jen plnit ordinace lékaře, ale měla by zároveň naslouchat pacientkám a jejich potřebám.

Dále pacientky uvedly, že by ocenily příchod anesteziologa den před operací a seznámení se s prostředím a personálem operačního sálu den před operací.

Výzkum poukazuje na skutečnost, že poskytovaná péče je, i přes drobné nedostatky, na dobré úrovni.

Tato bakalářská práce může sloužit jako určitý návod ke zkvalitnění perioperační péče, dále může sloužit jako zdroj informací pro ženu před velkou gynekologickou operací. Vzhledem k tomu, že respondentky uváděly stres z neznámého prostředí operačního sálu, je součástí práce informační brožura pro pacientky před velkou gynekologickou operací. Brožura obsahuje fotografie operačních sálů.

## 7 Seznam zdrojů

1. ROB, L., A. MARTAN a K. CITTERBART. *Gynekologie*. 2. dopl. a přeprac.vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-807-2625-017.
2. MIKŠOVÁ, Z., M. FROŇKOVÁ a M. ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče* 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1443-4.
3. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3. Přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4737-706.
4. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4728-322.
5. DUDA, Miloslav et al. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-716-9642-0.
6. KOBILKOVÁ, J., J.BOCHMAN a J. ŽIVNÝ. *Technika gynekologických abdominálních operací*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-716-9494-0.
7. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDJOVICE a.s. Standard ošetrovatelských postupů na operačních sálech I. díl č. 765. Přístupy do dutiny břišní, r. 2010.
8. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s. Standard ošetrovatelské péče č. 032. Předoperační příprava a pooperační péče o nemocné - operace abdominální, plánované, vaginální operace, přehled operací na ženském oddělení, r. 2010.

9. SÁK, Petr. *Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky: pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-235-9.
10. ZELENÍKOVÁ, Renáta a Marcela, VOJKOVSKÁ. Pooperační péče po laparoskopických výkonech. *Sestra*. 2005, č. 11, s. 26-28. ISSN: 1210-0404.
11. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s. Standard ošetrovatelské péče č. 031. Příprava nemocného k endoskopickým výkonům, r. 2009.
12. KUČERA, Eduard. Laparoskopie. *Moderní babictví*. 2004, č. 5, s. 11-17. ISSN: 1214-5572.
13. HOLUB, Zdeněk a David KUŽEL. *Minimálně invazivní operace v gynekologii: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0834-5.
14. TRNĚNÁ, Daniela. Příprava pacienta k operaci před nástupem do nemocnice. *Sestra*. 2008, č. 12, s. 34. ISSN: 1210-0404.
15. BITTNEROVÁ, Zuzana. Úkoly sester perioperační péče. *Sestra*. 2004, č. 12, s. 24. ISSN: 1210-0404.
16. NOVÁKOVÁ, Libuše. Technický pokrok a změna chování na operačním sále. *Sestra*. 2008, č. 7, s. 64. ISSN: 1210-0404.
17. SKALICKÁ, Hana et al. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4710-792.

18. GULÁŠOVÁ, I., Z. BAČÍKOVÁ a J. HRUŠKA. Zvládání strachu pacienta před operací. *Sestra*. 2012, č. 2, s. 42-43. ISSN: 1210-0404.
19. WENDSCHE, P., A. POKORNÁ a I. ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-807-2628-940.
20. KALA, Zdeněk a Igor PENKA et al. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-807-0135-181.
21. JANOUŠKOVÁ, Miroslava. Uplatnění modelu perioperační péče na vlastním pracovišti. *Sestra*. 2008, č. 1, s. 4-5. ISSN: 1210-0404.
22. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-247-3129-0.
23. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-807-0135-433.
24. NEJEDLÁ, Marie. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1150-8.
25. NICHOLLS, Anthony a Iain WILSON. *Perioperační medicína*. 1. české vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2623-204.
26. ROZTOČIL, Aleš et al. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii: úvod do problematiky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN 80-701-3255-8.

27. WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4737-546.
28. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4744-124.
29. VAŇKOVÁ, Milena. Předoperační ošetrovatelská péče. *Diagnóza v ošetrovatelství: Odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. Praha: Promediamotion, 2006, č. 9, s. 343. ISSN: 1801-1349.
30. ZAZULA, Roman. *Intenzivní perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-862- 5717-7.
31. BALKOVÁ, H., D. ENGLIŠOVÁ a M. HAUPTVOGELOVÁ. Sebeovládání v práci perioperační sestry. *Sestra*. 2013, č. 5, s. 27-28. ISSN: 1210-0404.
32. KOLEKTIV SESTER A ASITENTEK NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s. Gynekologie 1. patra a JIP. *Břišní operace*, r. 2010.
33. MATLOCHOVÁ, Eva. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. 2012, č. 2, s. 41-42. ISSN: 1210-0404.
34. CHMELÍKOVÁ, Jana a Valerie, ŠILHARTOVÁ. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. 2008, č. 7-8, s. 62. ISSN: 1210-0404.
35. ČÁMSKÁ, Ivana. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Florence*. 2007, č. 1, s. 27. ISSN: 1801-464X.

36. BALKOVÁ, H., M. KOVÁČOVÁ a M. SIROTOVÁ, Ošetrovatelský proces v intraoperačním období. *Sestra*. 2013, č. 5, s. 48-50. ISSN: 1210-0404.
37. Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. 2010, č. 10, s. 88-111. ISSN: 1211-0868.
38. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s. Standard ošetrovatelských postupů na operačních sálech I. díl, č. 760. Přední a zadní poševní plastiky, r. 2010.
39. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s. Standard ošetrovatelských postupů na operačních sálech I. díl, č. 766. Abdominální hysterektomie simplex, r. 2010.
40. NOVÁKOVÁ, J., I. HASCHOVÁ a I. MALÍKOVÁ. Bezpečnost pacienta na operačním sále. *Florence*. 2006, č. 12, s. 39-40. ISSN: 1801-464X.
41. MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1.* aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
42. KOLEKTIV AUTORŮ, [překlad Veronika Di CARA]. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4717-203.
43. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-807-2628-452.
44. VALENTA, Jiří. *Chirurgie: pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0644-5.

45. ČOUPKOVÁ, Hana. *Ošetřovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-292.
46. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
47. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan Vondráček. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 80-247-2629-7.
48. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
49. PTÁČEK, R. a Petr Bartůněk a kolektiv. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-247-3976-3.
50. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.



## 8 Přílohy

**Seznam příloh:** Příloha č. 1. Diagnózy v perioperačním období

Příloha č. 2. Informovaný souhlas pacienta s podáním anestezie

Příloha č. 3. Perioperační záznam

Příloha č. 4. Záznam o anestézii

Příloha č. 5. Seznam otázek ke kvalitativnímu výzkumu

## **Příloha č. 1. Diagnózy v perioperačním období**

- 00148 Strach v souvislosti s operací projevující se nervozitou a stálými dotazy
- 00126 Nedostatek informací v souvislosti s operačním výkonem projevující se opakovanými dotazy.
- 00095 Narušený spánek v souvislosti s nemocničním prostředím projevující se verbálně a nonverbálně
- 00146 Úzkost v souvislosti s operačním výkonem projevující se pláčem, neklidem
- 00132 Akutní bolest v souvislosti s operační ránou projevující se verbálně, nonverbálně
- 00051 Zhoršená verbální komunikace v souvislosti s předchozí intubací projevující se neklidem
- 00039 Riziko aspirace v souvislosti s operační anestezií
- 00125 Bezmocnost v souvislosti se stavem po operaci projevující se pláčem, verbálně
- 00033 Oslabené dýchání v souvislosti s operační anestezií projevující se neklidem
- 00004 Riziko infekce v souvislosti s operační ránou
- 00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedenými drény
- 00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedeným PMK
- 00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedenou flexilou
- 00046 Porušená kožní integrita v souvislosti s operačním výkonem projevující se podrážděním pokožky
- 00134 Nausea v souvislosti s anestezií projevující se verbálně
- 00087 Riziko perioperačního poškození v souvislosti s ošetrovatelskými výkony
- 00085 Zhoršená pohyblivost v souvislosti s operačním výkonem projevující se bezmocí, verbálně
- 00103 Porušené polykání v souvislosti s intubací během operačního výkonu projevující se verbálně
- 00128 – Akutní zmatenost v souvislosti s narkózou projevující se neklidem, opakovanými dotazy

Zdroj: (50)

## Příloha č. 2. Informovaný souhlas pacienta s podáním anestezie

### INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PODÁNÍM ANESTEZIE

ANESTEZIOLOGICKÉ A RESUSCITAČNÍ ODDĚLENÍ  
Nemocnice České Budějovice, a.s.  
Primář oddělení: MUDr. Bohuslav KUTA, MBA

Vážená paní, vážený pane !

V současné době se většina operací a bolestivých vyšetření provádí při znecitlivění, které zajišťuje odborný lékař-anesteziolog. Podle stavu pacienta a druhu operace se může provést zákrok buď v celkové anestézii nebo v místním znecitlivění.

Celková anestézie (narkóza) znamená, že operace je prováděna v řízeném bezvědomí. Místní znecitlivění znamená, že operovaná oblast je nebolestivá a pacient je při vědomí a nebo, bude-li si to přát, pouze v lehkém spánku. Bezbolestnost při místním znecitlivění je zajištěna podáním léku (místního anestetika) do určitého místa těla. Místo vpichu může být různě vzdáleno od operačního pole.

Před plánovaným výkonem Vás navštíví anesteziolog, který s Vámi podrobně projedná a navrhne nejvhodnější postup anestézie pro Váš výkon. Budete seznámeni s výhodami a nevýhodami navrženého typu anestézie a budete informováni o případných možných komplikacích a jejich četnosti. Rovněž Vám velmi rádi odpovíme na všechny dotazy, týkající se anestézie, operace a pooperačního období.

1. Já,....., souhlasím s poskytnutím anestezie pro plánovaný léčebný/diagnostický výkon.
2. Byl(a) jsem informován(a) lékařem o typu anestezie, která mi bude poskytnuta a souhlasím s navrženým typem anestezie.
3. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že bez ohledu na použitý typ anestezie je řada obecných rizik a následků, které se mohou vyskytnout (např. bolest v krku a chraptot, nevolnost a zvracení, bolesti svalů).
4. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že léky či jiné látky, které užívám, mohou působit komplikace během anestezie a chirurgického výkonu. Jsem si vědom(a), že je v méni zájmu informovat o nich lékaře před plánovaným výkonem.
5. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že během anestezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuje lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně zdraví nebo života.
6. Souhlasím s podáním krve a/nebo krevních derivátů, jestliže vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfuze krve a/nebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob).
7. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací (včetně úmrtí) v průběhu anestezie.
8. Jsem si vědom(a), že ARO Nemocnice České Budějovice, a.s. je akreditovaným výukovým zdravotnickým pracovištěm a souhlasím s tím, že kromě ošetřujícího anesteziologa a anesteziologické sestry mohou být přítomny v průběhu podávání anestezie ještě třetí osoby (např. jiní lékaři).

#### PROHLÁŠENÍ PACIENTA

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že jsem porozuměl(a) jeho obsahu, jsem si vědom(a) všech rizik uvedených v souvislosti s podáváním anestezie a souhlasím s navrženým typem anestezie:

- Celková anestézie    Spinální anestézie    Epidurální anestézie    Jiná svodná anestézie  
 Monitorovaná sedace-analgezie

Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Datum:

Podpis:

#### PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Já, MUDr. ....potvrzuji, že pacient nebo jeho zákonný zástupce byl seznámen s navrhovaným typem anestezie a byl informován o možných komplikacích spojených s podáním anestezie.

Datum:

Jméno a podpis lékaře:

Zdroj: KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s. Gynekologický standard

### Příloha č. 3. Perioperační záznam

**PERIOPERAČNÍ ZÁZNAM**  
NEMOCNICE Č.B. A.S. ŽENSKÉ ODD. OPERAČNÍ SÁL


Jméno pacienta	Datum	Antisept	Anestezie	Poloha
	<b>Začátek</b>	Braunol 2000	Celková	Na zádech
	<b>Konec</b>	Hydr.perox. 3 %	Epidurální	Gynekologická
<b>Druh operace</b>		Borová voda 3 %	Spinální	Laparoskopická
Hysterektomie abd.simplex	Akutní	Octenisept	Jiná:	Jiná:
Hysterektomie abd.cum adn.	Plánovaná	Skinsept mucosa	<b>Kontrola pacienta , příprava</b>	
Hysterektomie vaginalis	Aseptická		<b>Močový katetr Foley</b>	
Laparotomie	Septická	<b>Léky - roztoky</b>	Z oddělení	Cévka jednorázová
Laparoskopie	<b>Výplach dut.břišní</b>	Patentblau V	<b>Pneumoperitoneum</b>	
LAVH	Persteril 1 ‰	Mesocain 1 %	Insuf.tlak mm/Hg	čas
Sectio caesarea	H 1/1	Remestyp 1.0	<b>Šicí materiál</b>	<b>Hemostatika</b>
TVT	Jiné:	Garanycin schwamm	Vicryl	Surgicel
		Prostin	Vicryl rapid	Surgicel Fibrillar
		Mesocain gel	Prolene	Glubran
Laparotomický kontejner	Laparoskopický kontejner	Bactigras	PDS II	Tachosil
Vaginální kontejner	Malé výkony síto		Ethibond Excel	
Chirurgický kontejner	Konizace kontejner	<b>Drény:</b>	Ethilon	<b>Jiné materiály</b>
W - M kontejner	TVT kontejner	Silikon	EPK 309	Endobag
HS sestava		Redon č.	Nurolon	Endopath Excel
<b>Přidané nástroje</b>				
			<b>Koagulace</b>	
			Olympus ESG-400 v.č.1317W130003 LS	
			Erbe ICC 350 v.č. A- 3026	
			Erbe VIO v.č. 11290856	
			Olympus ESG-400 v.č.12269W130019	
			Bipolár	Unipolár
			Bipolární nůžky	
			El.n. LDK	El.n. PDK
			Biclamp	

**PERIOPERAČNÍ ZÁZNAM**  
**NEMOCNICE Č.B. A.S. ŽENSKÉ ODD. OPERAČNÍ SÁL**

Peroperační biopsie RPB	
Histologie	Bakteriologie - anaeroby a aeroby
Virologie - chlamydie	
mykoplazmata	
Biochemie - CA 125	
Cytologie	
Jiné	
Kontrola počtu roušek a nástrojů	
Zvláštní upozornění	
Operatér MUDr.	Instrumentářka
Asistent MUDr.	Perioper.sestra
Asistent MUDr.	
Asistent MUDr.	
Sanitář	
Odsávačka MEDELA Basic 30 vč1346974 2.sál	
Vyhřívaná podložka Alfamedic bílá	Odsávačka Athmoforte v.č.20562-08/2001-02 1.sál
Laparoskopická sestava	Vyhřívaná podložka Alfamedic zelená
Operační stůl RAMED 5300 EN v.č.0601	
Operační stůl MAQUET 1131 12BO v.č. 02972	Za dokumentaci zodpovídá
Operační stůl MAQUET v.č. 11039	

Zdroj: KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s. Gynekologický standard

## Příloha č. 4. Záznam o anestézii

 <b>NEMOCNICE</b> <small>ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s.</small>		<b>ZÁZNAM O ANESTÉZII</b>				
Jméno, příjmení ID štítek		Diagnóza:	Datum:			
		Výkon:	Oddělení:			
Anesteziolog	Anest. sestra	Operátér				
<b>Anesteziologická anamnéza</b>						
<input type="checkbox"/> tyreopatie <input type="checkbox"/> ICHS chron <input type="checkbox"/> Kardiostimulace <input type="checkbox"/> hypertenze st <input type="checkbox"/> CHOPN st <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> Arytmie <input type="checkbox"/> Astma bronchiále <input type="checkbox"/> Varixy Dk <input type="checkbox"/> Obezita <input type="checkbox"/> st.p. CMP	<input type="checkbox"/> hematologické onem. <input type="checkbox"/> hepatopatie <input type="checkbox"/> kachexie <input type="checkbox"/> dialýza <input type="checkbox"/> ICHDK	<input type="checkbox"/> renal.insuf. <input type="checkbox"/> gastrointest.onem. <input type="checkbox"/> neuromuskulární onem. <input type="checkbox"/> diabetes mell.typ:			
ASA 1 2 3 4 5	POLOHA	Váha	BMI			
Alergie:	<input type="checkbox"/> léková	<input type="checkbox"/> jiná				
Preindukce (před anestézií)	TK(mmHg)	P/min				
Farmaka		čas podání				
Premedikace		Na výzvu				
Večer						
Ráno						
Způsob zajištění dýchacích cest						
<input type="checkbox"/> OTI č. <input type="checkbox"/> LMA č. <input type="checkbox"/> Laryng.tubus č. <input type="checkbox"/> vzduchovod č.						
Způsob anestézie						
<input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> Perif. blok <input type="checkbox"/> jiná <input type="checkbox"/> EPI blok <input type="checkbox"/> EPI katétr <input type="checkbox"/> analogosedace <input type="checkbox"/>						
<b>Použitý zdravotnický prostředek</b>						
Stav pacienta při předání      pooperační skóre probouzení podle Aldreteho						
aktivita	2	hybe všemi končetinami spontánně	1	hybe 2 končetinami spontánně	0	nehýbe spontánně ani na výzvu
dýchání	2	dýchá zhluboka, dostatečně odkašle	1	hypovětiluje	0	apnoe
oběh	2	TK+-20% oproti výchozím hodnotám	1	TK+-20%-50% oproti výchozím hodnotám	0	TK+- 50% oproti výchozím hodnotám
vědomí	2	plně bdělý	1	na zavolání probuditelný	0	nereaguje
barva kůže	2	růžová	1	bledá, mramorovaná, ikterická	0	cyanotická
						celkem bodů:
Doporučení:						
Podpis lékaře + jmenovka						
Převzal/a						

Čas	1					2					3					4					Celkem:																																																												
	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10		20	30	40	50	Spotřebováno:																																																							
O <sub>2</sub>																																																																																	
N <sub>2</sub> O																																																																																	
Relaxancia																																																																																	
Tekutiny l.v.																																																																																	
Krev																																																																																	
Pohlcovač																																																																																	
Legenda:																																																																																	
TK max. V																																																																																	
TK min. A																																																																																	
Tep •																																																																																	
Dech ○																																																																																	
Dýchání																																																																																	
R-P-S																																																																																	
Délka anestézie																																																																																	
Ordinace po anestézii																																																																																	
EKG																																																																																	
DIURESA																																																																																	
Použité přístroje																																																																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="10">Řízená ventilace</td> <td colspan="10">Pomocná ventilace</td> <td colspan="7">Spontánní ventilace</td> </tr> <tr> <td>IPP</td><td>TV</td><td>MV</td><td>TV</td><td>MV</td><td>TiTe</td><td>MV</td><td>TV</td><td>MV</td><td>TV</td> <td>TiTe</td><td>MV</td><td>TV</td><td>MV</td><td>TV</td><td>P</td><td>MV</td><td>TV</td><td>MV</td><td>TV</td> <td>MV</td><td>TV</td><td>MV</td><td>TV</td><td>MV</td><td>TV</td><td>MV</td><td>TV</td> </tr> </table>																											Řízená ventilace										Pomocná ventilace										Spontánní ventilace							IPP	TV	MV	TV	MV	TiTe	MV	TV	MV	TV	TiTe	MV	TV	MV	TV	P	MV	TV	MV	TV	MV	TV	MV	TV	MV	TV	MV	TV
Řízená ventilace										Pomocná ventilace										Spontánní ventilace																																																													
IPP	TV	MV	TV	MV	TiTe	MV	TV	MV	TV	TiTe	MV	TV	MV	TV	P	MV	TV	MV	TV	MV	TV	MV	TV	MV	TV	MV	TV																																																						

Zdroj: KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s. Gynekologický standard

## **Příloha č. 5. Seznam otázek ke kvalitativnímu výzkumu**

1. Kolik Vám je let?
2. Kvůli jaké operaci jste zde hospitalizována?
3. Do jaké míry Vás o výkonu, který Vás čekal, informoval Váš ošetřující gynekolog?
4. Jaké informace jste dostala o operačním výkonu, který Vás čekal?
5. Jaký byl přístup porodních asistentek a ostatních zdravotnických pracovníků během předoperační přípravy?
6. Jaké informace Vám byly poskytnuty ze strany členů operačního týmu či anesteziologů?
7. Jak jste se cítila při příjezdu na operační sál?
8. Jaké jste vnímala pobyt na JIP?
9. Jaké potřeby byste uvedla jako nejvíce narušené během pobytu v nemocnici?
10. Jak jste vnímala chování (péči) PA v perioperačním období?
11. Co Vám nejvíce chybělo v poskytování péče a informací během celé hospitalizace?
12. Jak jste byla spokojena s péčí během hospitalizace?
13. Která fáze během celého procesu pro Vás byla nejvíce náročná a proč?

Zdroj: Vlastní