



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
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Ošetrovatelská péče u žen s onemocněním děložního čípku a jeho chirurgickým řešením, tj. konizace a rekonizace

Vypracovala: Veronika Nedorostová, DiS.
Vedoucí práce: Mgr. Dominika Průchová, PhD.

České Budějovice 2015

ABSTRAKT

V České republice je ročně diagnostikováno 1 050 až 1 100 případů rakoviny děložního čípku. Za prekurzory invazivního karcinomu děložního hrdla jsou označovány dysplastické změny děložního epitelu. Tyto dysplázie patří k přednádorovým procesům, které jsou označovány jako prekancerózy. Jako jediný akceptovatelný způsob ošetření prekanceróz děložního hrdla se považuje chirurgický výkon konizace, popřípadě reexcizní výkon rekonizace. S výkonem konizace je také spojená předoperační a pooperační péče. Tato péče patří do ošetrovatelského procesu, který provádí porodní asistentka.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou, tedy výzkumnou. Teoretická část je zaměřena na onemocnění děložního hrdla, prekancerózy, jejich popis, diagnostiku, screening a také na významné rizikové faktory. Dále byla co nejpřesněji shrnuta léčba prekanceróz, a to zejména jejich chirurgické ošetření konizací, popřípadě reexcizním výkonem rekonizací. Do této teoretické části byla také včleněna ošetrovatelská péče v souvislosti s onemocněním děložního čípku a jeho chirurgickým ošetřením.

Praktická část bakalářské práce byla zaměřena na kvalitativní výzkum v kombinaci s kvantitativním výzkumem. Cílem kvalitativního výzkumného šetření byla informovanost o předoperační a pooperační péči a také zmapování ošetrovatelské péče o ženy s onemocněním děložního čípku. V kvantitativním výzkumném šetření byly stanoveny dva cíle, které se týkaly snižujícího se věku žen s onemocněním děložního čípku a prognóze tohoto onemocnění v budoucnosti.

Na základě těchto vytyčených cílů byly v kvalitativním výzkumném šetření stanoveny tři výzkumné otázky, které se obracely na to, jak vnímají ženy s onemocněním děložního čípku provádění ošetrovatelské péče a jaké dostupné informace mají o předoperační a pooperační péči v rámci tohoto onemocnění. Kvantitativní výzkum si vytyčil dvě hypotézy, které předpokládaly, že věk žen s výskytem onemocnění děložního čípku se snižuje a zda ženy s tímto onemocněním podstoupily po konizaci další operační zákrok.

Kvalitativní výzkum probíhal na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., a výzkumný soubor tvořilo šest žen, u nichž byl proveden výkon konizace a rekonizace. Nástrojem sběru dat byl nestandardizovaný rozhovor, který se týkal onemocnění děložního čípku. Dále byla zpracována sekundární analýza vybraných dat z ošetrovatelské a zdravotnické dokumentace Nemocnice České Budějovice, a. s., v letech 2005 – 2014, v rámci kvantitativního výzkumného šetření.

Z výsledků kvalitativního výzkumu lze prokázat, že podané informace ženám, o předoperační přípravě směřují do ordinace obvodního gynekologa, který vyjadřuje svou nezastupitelnost v předávání těchto informací. Porodní asistentky jsou zase nepostradatelné v informovanosti o ošetrovatelské péči před výkonem, ale naopak v informovanosti o pooperační péči vykazují nedostatky. Dále výsledky poukazují na mizivou informovanost žen o komplikacích a domácí péči ze strany lékaře. V oblasti informovanosti o prognóze onemocnění, výsledky ukazují na neutralitu. Avšak za alarmující výsledek tohoto šetření se považuje zajištění intimity pacientek, nejenom v předoperační péči, ale zejména v pooperační péči. Tento negativní závěr směřuje jak na ošetrovatelskou, tak na lékařskou péči. Konec kvalitativního výzkumného šetření se zaměřil na spokojenost pacientek s ošetrovatelskou péčí před a po výkonu. Vyhodnocení těchto údajů ukazuje na vysokou profesionalitu a kvalifikovanou ošetrovatelskou péči.

Při zpracování kvantitativního výzkumného šetření se potvrdily vytyčené hypotézy, které jasně ukazují na předpokládané cíle. Z výzkumu je patrné, že se věk žen s onemocněním děložního čípku snižuje a počet reexcizních výkonů úměrně stoupá s počtem pacientek, které podstoupily konizaci.

Bakalářská práce je cíleně zaměřena na toto aktuální téma. Výsledky kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření ukazují na závěry vytyčených cílů, výzkumných otázek a hypotéz. I přes zjištěné nedostatky mohou výsledky posloužit k hlubšímu a konkrétnějšímu pochopení dané problematiky a ošetrovatelské péče. Využití těchto poznatků je přínosné nejenom pro porodní asistentky, ale i pro laickou veřejnost.

Klíčová slova: Konizace, rekonizace, předoperační péče, pooperační péče, informovanost, porodní asistentka

ABSTRACT

In the Czech Republic there are diagnosed about 1 050 – 1 100 cases of cervical cancer a year. As precursors of this invasive cervical cancer are signed dysplastic changes of the cervix epithelium. These dysplasias belong to pretumorous processes marked as precancers. As the only acceptable way of medical attention of cervical precancer is considered a conical surgery performance or reexcision of reconization. This medical intervention is also connected with a pre - and post- operation care. This care belongs into the nursery process providing by a midwife.

The thesis is divided into a theoretical and a practical part, ie researching. The theoretical part is focused on a qualitative research in combination with a quantitative one. The aim of a quantitative research were three survey questions asking how women with this illness feel about nursing care and which knowledge they have about the pre and postcare regarding this illness. The quantitative research aimed at two hypotheses supposing that the age of women with cervical cancer is decreasing and if they had the operation of cervical conization.

The quantitative survey was done at the gynecology-maternity unit of the hospital in České Budějovice, a.s. There were six ladies who were tested on conization and reconization and the survey consists of nonstandard interviews concerning cervical cancer. Afterwards there was made a secondary analysis of collected data from nursing and medical documentation of the České Budějovice hospital a.s. in years 2005 – 2014 within the quantitative research.

From the results of quantitative research is possible to prove that information about preoperation given to women is delegated to the surgery of their gynecologist who is irreplaceable for these situations. Midwives are also irreplaceable in passing this knowledge about the care before the medical assessment but they also show imperfection regarding knowledge about postoperation care. The results also show a low information about complications and home care on the part of their doctor. In the field of knowledge and prognosis of this illness the results show the neutrality. But the alarming result of the research is the intimacy of the patients not only during

preoperation care but especially after the operation. This negative conclusion is focused on both nursing and medical care. The assessment of data shows a high professionalism and qualified nursery care.

From the research is well seen that the age of women with cervical cancer is decreasing and the number of reexcisive assessments rises in proportion with the number of patients who went through conization.

The thesis is aimed on purpose on this topic. The results of quantitative and qualitative research survey show marked out targets, questions and hypothesis. In despite of found deficiency the results can help for better and deeper understanding of these issues and nursing care. The use of these findings can be helpful not only for midwives but also for the laic public.

Key words: Conization, reconization, preoperation care, postoperation care, knowledge, midwife

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. 2015

.....

Veronika Nedorostová, DiS.

Poděkování

Touto cestou děkuji Mgr. Dominice Průchové, PhD. za ochotu a čas, odbornou pomoc, cenné a praktické rady při vedení bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za trpělivost a podporu během studia.

OBSAH

ÚVOD.....	13
1 SOUČASNÝ STAV.....	14
1.1 Historie operativních přístupů v gynekologii.....	14
1.2 Onemocnění děložního hrdla	15
1.2.1 Anatomie děložního hrdla.....	15
1.2.2 Prekancerózy děložního hrdla.....	16
1.2.3 Rizikové faktory prekanceróz děložního hrdla.....	18
1.2.4 Infekce lidským papillomavirem (HPV).....	18
1.2.5 Diagnostika a screening prekanceróz děložního hrdla	20
1.3 Konizace a rekonizace děložního hrdla	23
1.4 Předoperační a pooperační péče porodní asistentkou u žen s indikovaným výkonem konizace, rekonizace	25
1.4.1 Předoperační příprava u žen s konizací	26
1.4.2 Pooperační péče u žen po konizaci	27
1.5 Edukace porodní asistentkou u ženy s konizací.....	28
1.6 Ošetřovatelství, ošetřovatelský proces a potřeby	30
1.6.1 Ošetřovatelské diagnózy	35
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Výzkumné otázky.....	36
2.3 Hypotézy	36

3 METODIKA	37
3.1 Použitá metodika	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	37
4 VÝSLEDKY	38
4.1 Kategorizace získaných dat respondentek	38
4.1.1 Seznam kategorií a podkategorií výzkumu.....	38
4.2 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření	40
4.3 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření	62
5 DISKUZE	67
6 ZÁVĚR	73
7 SEZNAM LITERATURY	75
8 PŘÍLOHY	81
8.1 Seznam příloh	81

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIS	Adenokarcinom in situ
ASC – H	Atypical squamous cells that cannot exclude HG SIL – atypické dlaždicové buňky neumožňující vyloučit HG lézi
ASC - US	Atypical squamous cells of undetermined significance – atypické dlaždicové buňky nejasného významu
ATZ	Atypická transformační zóna
CGIN	Cervikální glandulární intraepiteliální neoplazie
CIN	Cervikální intraepiteliální neoplazie
ČGPS	Česká gynekologicko – porodnická společnost
D	Dech
DNA	Deoxiribonukleová kyselina
EKG	Elektrokardiografické vyšetření
HG CGIN	High grade cervikální glandulární intraepiteliální neoplazie - vysokého stupně závažnosti
HG SIL	High grade squamous intraepithelial lesions - skvamózní intraepiteliální léze vysokého stupně závažnosti
HPV	Human papilloma virus – lidské papilomaviry
HR	High risk – vysoce rizikové
i. v.	intravenózní
LG CGIN	Low grade cervikální glandulární intraepiteliální neoplazie – nízkého stupně závažnosti
LG SIL	Low grade squamous intraepithelial lesions - skvamózní intraepiteliální léze nízkého stupně závažnosti
LBC	Liquid based cytology - cytologie v tekutém médiu
LEEP	Loop electroexcisional procedure
LLETZ	Large loop excision of transformation zone – excize transformační zóny kličkou
LR	Low risk – nízké rizikové

mRNA	messenger (posílček) ribonukleové kyseliny
NETZ	Needle excizion of the transformation zone – jehlová excize z transformační zóny
P	Pulz
PB	Punch biopsie
SIL	Skvamózní intraepiteliální léze
SPO2	Okysličení - saturace
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Gynekologická péče v České republice stojí na předních místech v celosvětovém žebříčku. Vysoká úroveň a odbornost našich lékařů a porodních asistentek značí o nadstandardním přístupu k ženám, které potřebují lidský, citlivý přístup a respekt k individuálním potřebám. To platí i u onkologické prevence. Výskyt prekanceróz děložního hrdla neustále stoupá a incidence invazivních nádorů děložního hrdla je ve srovnání s jinými vyspělými evropskými státy stále nepřiměřeně vysoká. V dnešní přetechizované době se klade největší důraz na pravidelné gynekologické prohlídky. Součástí preventivních gynekologických prohlídek jsou prebioptické vyšetřovací metody, které slouží ke včasnému odhalení prekanceróz děložního hrdla (9, 29, 41).

Za vznik prekanceróz a zhoubných nádorů děložního hrdla se považuje infekce lidskými papillomaviry. Ale existuje i řada rizikových faktorů, které také přispívají k tomuto onemocnění. Tímto rizikovým faktorům, lze efektivně předcházet. Podpora zdraví a dodržování zásad zdravého životního stylu je zde nezastupitelná. Však i nová éra vakcinace proti původci onemocnění lidského papillomaviru přispěla k redukcí vzniku onkologického onemocnění děložního čípku (29, 41).

Děložní hrdlo je velmi pestrá oblast, pokud dojde ke vzniku patologických změn, ve smyslu prekancerózy, je důležité zvolit co nejšetnější chirurgický postup ošetření. Nejvyšší terapeutickou efektivitu vykazuje konizace. Konizace je jediný akceptující způsob léčby, který eliminuje postižení děložního čípku. Své místo tu má i rekonizace, jako reexcizní výkon, s ohledem na věk a zachování fertility žen (26, 42).

Bakalářská práce na téma „Ošetrovatelská péče u žen s onemocněním děložního čípku a jeho chirurgickým řešením, tj. konizace a rekonizace“, jsem si zvolila, protože mě oslovila nejen problematika onemocnění děložního čípku jako taková, ale zejména jeho chirurgické ošetření prekanceróz. Volbu tématu také ovlivnila i má profesní činnost. Pracuji na oddělení konzervativní gynekologie, kde péče o ženy, které podstupují gynekologický výkon konizace, je velmi častá.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie operativních přístupů v gynekologii

Dějiny gynekologie z pohledu jednotlivých úkonů sahají do nejstarších dob různých civilizací. Od druhé čtvrtiny 19. století se gynekologie s klinickou základnou začíná konstituovat jako samostatný obor. Ovšem ještě mnoho let poté se gynekologie obtížně vymezovala nejen vůči porodnictví, ale i jiným lékařským oborům. Gynekologie obecně jako samostatný termín pronikal do povědomí laické a odborné veřejnosti dosti pomalu. Potvrzují to i naše terminologické slovníky z 19. století. V tomto období se také na lékařských fakultách popisují patologické procesy ženských orgánů. Díky těmto popisům bylo možné indikovat jejich chirurgickou terapii (30, 34).

K rozvoji chirurgické gynekologie napomohl narkotizační účinek éteru. V chirurgii bylo významné i zavedení asepsy a antisepsy. Začínají se zdokonalovat i operační techniky v gynekologii. Řada chirurgů se zasloužila o rozvoj těchto operativních přístupů. Jedním z nich byl francouzský chirurg a gynekolog J. J. Récamiera (1774 – 1852), který v roce 1846 zavedl používání kyrety k evakuaci děložní dutiny. Za připomenutí stojí také francouzský chirurg J. Péan (1830 – 1898), který od roku 1880 provedl řadu vaginálních hysterektomií, a vynikl v rozvoji chirurgie uteru. Jedním z nejvýznamnějších představitelů v Čechách byl klatovský rodák F. A. Kiwisch, který nejenom napsal několik publikací o ženských onemocněních, ale také na samostatném gynekologickém oddělení operoval ovariální cisty, a dokonce i mimoděložní těhotenství. Dalším významným představitelem byl profesor K. Pawlík, který získal velké úspěchy v porodnictví a gynekologické operativě. Jako jeden z prvních transvaginálně operoval karcinom děložního hrdla. Tito a další představitelé gynekologické chirurgie měli velký vliv na dnešní operační postupy. Je až fascinující k jakému vývoji došlo. Nejenom u abdominálních a vaginálních gynekologických operací, ale i u malých diagnostických a léčebných operačních výkonů. Své místo zde má i konizace, malý gynekologický výkon, který je doménou ošetření prekanceróz děložního hrdla (6, 30, 34).

1.2 Onemocnění děložního hrdla

Děložní hrdlo je velmi pestrá oblast, jak z hlediska anatomického, tak z hlediska možného výskytu patologických změn. V průběhu života ženy dochází k řadě změn na děložním hrdle a jeho epitelu. Na podkladě těchto změn mohou vzniknout prekancerózy a posléze i zhoubné nádory. Nové poznatky o prekancerózách a invazivních karcinomech nám umožňují širší pohled na toto onemocnění. V průběhu posledních třiceti let se zdokonalily prebioptické metody, díky kterým jsme schopni včas diagnostikovat, a poté účinně řešit prekancerózy (29, 42).

1.2.1 Anatomie děložního hrdla

Hrdlo děložní, latinsky cervix uteri, představuje dolní část dělohy - kónického, cylindrického nebo válcovitého tvaru, navazující na děložní istmus. Cervix je také označován jako fibromuskulární orgán. Délka hrdla děložního je v rozmezí 3 – 4 cm a šíře 2,5 cm. Velikost je variabilní v závislosti na věku, hormonální situaci a paritě (9, 32).

Cervix přirůstá k pochvě. Horní část děložního krčku, který se nazývá portio supravaginalis, leží nad poševním úponem, dolní část krčku, kónická, leží pod úponem pochvy a vyčnívá do pochvy jako čípek, jenž je označován jako portio vaginalis (31).

Čípek děložní (portio vaginalis) má přední a zadní pysk (labium anterius et posterius). Dále čípek děložní dělíme na endocervix a exocervix. Trubicovitý kanál děložního hrdla, canalis cervicis uteri, má slizniční řasy uspořádané do tvaru palmových listů. Anatomické vyústění endocervikálního kanálu na exocervixu se nazývá ostium uteri externum. Tato zevní branka hrdla děložního je otevřená do pochvy. U nullipar je okrouhlá, u žen, které rodily šterbinovitá. Ostium uteri internum je horní část endocervikálního kanálu. Jde o oblast kontinuálního přechodu endocervikálního kanálu v děložní istmus (41).

Cervix je pokryt dvěma druhy epitelů. Ektocervix neboli exocervix je krytý nerohovějícím vrstevnatým dlaždicovým epitelem. Endocervix je vystlán jednořadým

cylindrickým mucinózním epitelem, který v příčném řezu vytváří dojem endocervikálních žlázek. Avšak o pravé žlázy se nejedná (41).

Hranice mezi oběma epitely (skvamokolumnární junkce) daná embryonální dispozicí, se dynamicky posouvá v závislosti na věku, hladině estrogenů, porodním traumatem a graviditě. Je přehledně umístěna v zevní brance, pokud je cylindrický epitel lokalizován na ektocervixu, jde o ektopii, druhotně (po porodním traumatu) vzniká ektropie. Nebo mezi dlaždicový a cylindrický epitel je vsunuta přechodná zóna (transformační zóna), což je různě dlouhý úsek metaplastického epitelu. Lokalizace transformační zóny je stejně jako skvamokolumnární junkce proměnlivá, a během života se vyskytuje v různých anatomických oblastech (9, 41).

Cévní zásobení děložního cervixu je z obou uterinních arterií, jež jsou větvemi arterie iliacae interny. V ektocervixu je cévní zásobení z cervikovaginálních větví vaginálních arterií, které přímo zásobují hrdlo děložní a pochvu (9).

1.2.2 Prekancerózy děložního hrdla

Prekancerózy děložního hrdla jsou dysplastické změny epitelu, které jsou dobře diagnostikovatelné, a jejich výskyt v posledních letech narůstá. Místem vzniku nemaligních a maligních změn děložního hrdla je většinou a nejčastěji oblast junkční zóny, mezi dlaždicovým a cylindrickým epitelem. Dysplázie děložního epitelu patří k přednádorovým procesům, a dělí se do třech stupňů, které autorka uvádí v další kapitole této práce. Dysplastické změny jednotlivých buněk epitelu děložního čípku jsou většinou získané, a představují celou škálu změn, které mohou plynule přecházet v karcinom in situ. Pomocí gynekologických zrcadel a kolposkopu jsme schopni prohlédnout poševní část děložního čípku, a dále lze prokázat prekancerózy pomocí prebiptických metod a cílené biopsie (18, 30, 40).

Prekancerózy vycházejí z dlaždicobuněčného i žlázového epitelu cervixu a jejich klasifikace se rozděluje na dlaždicové – cervikální intraepiteliální neoplazie, skvamózní intraepiteliální léze (CIN, SIL) a žlázové – cervikální glandulární intraepiteliální neoplazie (CGIN) (2).

Dlaždicové – cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN), (synonyma: skvamózní intraepiteliální léze (SIL)) jsou předchůdci invazivního dlaždicobuněčného karcinomu hrdla. Jedná se o spektrum dysplastických změn epitelu, které jsou na podkladě HPV infekce. CIN je histologicky charakterizována poruchou maturace, tedy zrání a cytologickými abnormalitami buněk. Histologicky a dle rozsahu dysplastických změn se rozlišují tři stupně. CIN 1 (mírná dysplazie), CIN 2 (střední dysplazie), CIN 3 (zahrnuje těžkou dysplazii a carcinoma in situ). V poslední době došlo ke změně klasifikace, obdobně jako v cytologii, a to pouze na dva stupně. Low grade skvamózní intraepiteliální léze (LG SIL) a high-grade skvamózní intraepiteliální léze (HG SIL), zahrnující i carcinoma in situ. Cervikální intraepiteliální neoplazie 1. stupně (CIN 1) je označována na histologické úrovni přítomností změn v dolní 1/3 epitelu, u cervikální intraepiteliální neoplazie 2. stupně (CIN 2) v dolních 2/3 epitelu a u cervikální intraepiteliální neoplazie 3. stupně (CIN 3) přesahují 2/3 šíře epitelu. Případy, kdy je výrazná porucha maturace – zrání a jaderné atypie těžkého stupně, je léze hodnocena jako karcinom in situ. Přesto se jedná o lézi spadající do kategorie CIN 3, a rozlišení nemá klinický význam, do určité míry je subjektivní (2, 41).

Žlázové – cervikální glandulární intraepiteliální neoplazie (CGIN) jsou většinou provázené dlaždicovými lézemi. Tato přítomnost dlaždicové léze představuje asi 46 – 72 % prekanceróz žlázového epitelu. Žlázové neoplazie členíme na adenoatypie, které jsou označovány jako LG CGIN, a prekancerózy v užším slova smyslu HG CGIN, jež jsou zastoupeny adenokarcinoma in situ (AIS). Většinou je nález CGIN náhodným histopatologickým objevem při vyšetření pro podezření na CIN. Nejzávažnější nález je AIS, který tvoří maximálně 2 % ze všech potvrzených HG intraepiteliálních neoplazií děložního hrdla (2, 41).

1.2.3 Rizikové faktory prekanceróz děložního hrdla

Existuje řada rizikových faktorů, které identifikovaly epidemiologické studie. Tyto faktory se mohou podílet na vzniku prekanceróz děložního hrdla a invazivních karcinomů. Většina epidemiologických studií vedla k závěru, že prekancerózy děložního hrdla způsobují sexuálně přenosná onemocnění. To prokazují i výsledky výzkumů prováděné na jeptiškách, u kterých nebyly zjištěny prekancerózy ani spinocelulární karcinomy. V současné době se za nejvýznamnější rizikové faktory považuje infekce rizikovým typem humánního papilomaviru (HPV). Dále zde hraje velkou roli stav imunitního systému, a dle statistik vysoké riziko představuje kouření (29, 32).

Nesmíme opomenout i další rizikové faktory, jež nepřímo souvisí se vznikem prekanceróz či karcinomem děložního čípku. Patří sem časný počátek sexuálního života (před 18 rokem života), rizikové sexuální chování (sexuální promiskuita), první porod ve velmi mladém věku, vysoký počet potratů a porodů v anamnéze – opakované lacerace čípku děložního při instrumentálních zákrocích (chronické zánětlivé změny v oblasti junkce), drogy, nutriční vlivy (nedostatek vitamínu A, C a kyseliny listové), užívání perorální hormonální antikoncepce, špatné socioekonomické podmínky, a v neposlední řadě genetická predispozice (1, 41).

1.2.4 Infekce lidským papilomavirem (HPV)

Infekce lidskými papilomaviry (HPV) je považována za nejrozšířenější sexuálně přenosné onemocnění. Udává se, že většina sexuálně aktivní dospělé populace (odhaduje se až 75 – 80 %) je v průběhu života vystavena jednomu nebo více typům HPV virů (27).

Lidské papilomaviry (HPV – human papilloma virus) jsou malé DNA viry, které patří do samostatné čeledi Papillomaviridae. V současné době je známo více než 130 genotypů. Virus je celkem stabilní a odolný. Díky své specifitě infikuje

pouze kůži a sliznice člověka. Ve vlhkém prostředí je infekční i několik měsíců, ale inkubační doba se udává v průměru 3 měsíce (41).

U HPV infekce je důležité rozlišovat infekci benigními HPV a viry s onkogenním potenciálem. Dle onkogenního potenciálu dělíme HPV viry na genotypy nízké rizikové (low risk – LR) (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81) a vysoce rizikové (high risk – HR) (16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82). WHO oficiálně uznala genotypy 16 a 18 jako lidské karcinogeny (22, 41).

Infekce se přenáší pohlavním stykem a vstupní bránou HPV infekce jsou mikrotraumata kůže a sliznic. Typickou vstupní bránou pro onkogenní viry je metaplastický epitel zóny cervixu. Další forma přenosu je možná orální cestou, dotykem, autoinfekcí a výjimečně infikovaným prádlem. Prokázán byl i intrapartální přenos, což je vertikální přenos z matky na dítě (22).

Projevy HPV infekce mohou být po delší dobu zcela asymptomatické. Proto je dělíme na tři typy infekce. Nejčastější typ je latentní infekce, která je bez klinického projevu, a lze ji prokázat pouze molekulárně biologickým vyšetřením virové DNA nebo mRNA. Velkou roli u latentní infekce hraje imunitní systém, který infekci likviduje. Doba vymýcení HPV infekce je 7 – 24 měsíců. Druhým projevem je subklinická papilomavirová infekce, jíž lze klinicky prokázat. Tento průkaz je možný kolposkopickým, cytologickým, histopatologickým a molekulárně biologickým vyšetřením. Manifestní infekce je třetím projevem HPV infekce, která již zahrnuje klinicky viditelné nálezy. V oblasti anogenitální se diagnostikují condylomata acuminata, což jsou venerické bradavice, jež připomínají květákovité výrůstky. Dále intraepiteliální premaligní nebo maligní léze (41).

HPV infekce je velmi častým onemocněním, a jen minimální část progreduje do stadia invazivního karcinomu. Však velké riziko prekanceróz a karcinomu děložního hrdla stále převládá, a proto nesmíme zapomenout na prevenci a včasnou diagnostiku. Velkým přínosem pro svět bylo objevení vakcíny proti HPV infekci. Optimální vakcinace se provádí zejména u dětí a mladistvých, před zahájením sexuálního života. Dle doporučení České gynekologicko - porodnické společnosti (ČGPS) mohou být očkovány ženy a dívky, které již měly pohlavní styk. Před vakcinací však musí

absolvovat gynekologické vyšetření. Dále ČGPS vydala doporučení, že lze očkovat i ženy s abnormálním výsledkem cytologie, kondylomaty či ošetřenou prekancerózou v anamnéze. V graviditě je vakcinace kontraindikována. V očích veřejnosti je stále diskutabilní věková hranice, kterou limitují výzkumy jednotlivých preparátů a očkování mužů. Na českém trhu jsou v současné době k dispozici dvě profylaktické vakcíny a to Silgard a Cervarix. V České republice od roku 2008 existuje národní program screeningu karcinomu děložního hrdla (9, 23).

1.2.5 Diagnostika a screening prekanceróz děložního hrdla

Základním předpokladem úspěšného léčení je včasná diagnostika prekanceróz a maligních nádorů děložního hrdla. Některé ženy přijdou ke gynekologovi až s nástupem typických obtíží. Maligní onemocnění mohou provázet kromě specifických symptomů i symptomy nespecifické. V České republice na začátku roku 2008 zahájilo Ministerstvo zdravotnictví celorepublikový screeningový program na včasný záchyt karcinomu děložního čípku. Screening je názvem pro plošné vyšetřování populace za účelem odhalování nádorového onemocnění v jeho časných stadiích. Jedná se o nejdostupnější ochranu a jediný účinný způsob prevence maligního onemocnění děložního hrdla (4, 44).

Diagnostika a průkaz prekanceróz děložního hrdla je možná pomocí prebioptických metod a cílené biopsie. Tyto prebioptické vyšetřovací metody představují triádu, která je tvořena kolposkopií, vyšetřením cytologického stěru a HPV testem. V určitých případech má své opodstatnění i expertní onkogynekologické ultrazvukové vyšetření, jež využívá transabdominální, transvaginální i transrektální přístup (2).

Onkologická cytologie je neinvazivní, prebioptická metoda, která slouží k diagnostice a screeningu cervikálních lézí. Považuje se za základní screeningovou metodu. Cervikovaginální cytodiagnostika je obor poměrně mladý (před 60 lety neexistoval), a v současné době je to jedna z nejobtížnějších cytologických metod. Jelikož na prostředí, ze kterého se buňky získávají, působí vlivy hormonální, mikrobiální, koitus apod. Základ této prebioptické metody se nachází v popisu kritérií

malignity v buňce. Onkologická cytologie je vysoce specifická, až v 97 %. Při jednorázovém odběru, ale relativně málo citlivá a to v 60 %. Falešná negativita pro správné odhalování abnormalit epitelu u jednotlivých cytologických stěrů se pohybuje mezi 15 – 40 %. Citlivost narůstá až s opakováním. Podmínka pro stanovení správného cytologického závěru je provedení dokonalého stěru, v dostatečném množství a správným nanesením na sklíčko. Méně často používaná je cytologie v tekutém médiu (LBC – liquid based cytology), která vykazuje mírně vyšší citlivost za vyšší cenu. Odběr materiálu na cytologické vyšetření provádí lékař za asistence porodní asistentky, která zde má nezastupitelnou úlohu. Porodní asistentka se podílí na samostatném vyšetření, hlavní náplní její práce je příprava nástrojů, odběrových pomůcek a řádné vyplnění průvodky k vyšetření. Dále je nezbytná komunikace, edukace a příprava ženy na vyšetření. Pro popis cytologických nálezů se v minulosti používala řada klasifikací. Za oficiální klasifikaci v České republice se dnes považuje reevaluovaná cytologická klasifikace, která byla přijata v roce 2001 v Bethesda, jež je označovaná jako tzv. Bethesda systém. Popis abnormálních změn dlaždicového a žlázoového epitelu dle tohoto systému je k nahlédnutí v příloze 3 a interval kontrolní cytologie v příloze 4 (13, 21, 29, 41).

Kolposkopie je neinvazivní, diagnostická, zobrazovací metoda, umožňující pozorování děložního čípku a celého dolního genitálního traktu, při zvětšení a osvětlení zdrojem studeného světla kolposkopu. Kolposkop je optický přístroj, díky němuž získáváme okamžité informace o hranici epitelů, transformační zóně, atypických či premaligní lézi nebo tumoru děložního hrdla, pochvy a celé anogenitální krajiny. Jde o programově druhý krok vyšetření po onkologické cytologii a zároveň patří do první linie komplexního gynekologického vyšetření. Hlavním záměrem kolposkopie je zjištění nebo vyloučení invazivního karcinomu, druhotným záměrem je ověření abnormálního výsledku cytologického vyšetření, určení rozsahu cervikálních lézí a realizace cílené biopsie z děložního čípku. V návaznosti na toto vyšetření je vyhotoven obrázek a popisný záznam, zhodnocen nález a provedeno další doporučení. Zásadou je dostatek času, posuzované nálezy je nutné hodnotit v jejich průběhu a vývoji v čase (16,41).

Kolposkopii členíme na základní, kterou musí ovládat každý gynekolog a na expertní, u níž je nutností získat funkční licenci. Dělíme ji na nativní a rozšířenou. **Nativní kolposkopie** je vyšetření, kde je prohlížena oblast bez aplikace jakéhokoliv roztoku. **Rozšířená kolposkopie** využívá zobrazení příslušné oblasti za pomoci 3% nebo 5% roztoku kyseliny octové, dále Lugolova roztoku (1% vodného roztoku jódu a jodidu draselného), nebo 1% toluidinové modři. Roztoky se nanášejí tlustým vatovým tamponem, jemným přiložením k vyšetřované oblasti v rozsahu minimálně 15 – 20 sekund. Šetrnou alternativou je nanášení roztoků ve formě spreje. Sledují se jak abnormality epitelové, tak cévní. Při nedostupnosti některých lokalit jsou k dispozici různé nástroje. Kolposkopické vyšetření se provádí v lékařské ordinaci s vyšetřovacími pomůckami, nástroji a kolposkopem. Toto vyšetření provádí gynekolog za asistence porodní asistentky, která má stejnou úlohu jako u cytologického vyšetření. Indikovanou kolposkopií lze provést v každém věku ženy po zahájení pohlavního života i v těhotenství, u žen ve fertilním věku je možno toto vyšetření provést v jakékoli fázi menstruačního cyklu, ale mimo menstruaci. Pro popis a vyhodnocení kolposkopického nálezu se používají kolposkopické znaky a názvosloví. Využívá se klasifikace obnovené v Barceloně v roce 2002 příloha 5 (2, 9, 33, 34).

HPV test je velmi spolehlivá metoda určující riziko vzniku onemocnění. Testování přítomnosti HPV se provádí za pomoci molekulárně biologických technik. K doplnění prebiopických metod je přínosem testování přítomnosti HR genotypů. Testování LR genotypů nemá žádný klinický význam. Tento test je opodstatněný provádět ženám až po 30 roce života, vzhledem k prevalenci infekce HPV. Pozitivita HR HPV je v této skupině žen jasným rizikovým faktorem. Test HPV je přínosný i ke zhodnocení přetrvávání HPV infekce, dispenzarizaci po ošetření prekanceróz děložního hrdla nebo reinfekci. V tomto případě má smysl test provést nejdříve za 6, lépe za 12 měsíců po výkonu (2, 41).

Expertní onkogynekologické ultrazvukové vyšetření provádí specializovaný onkogynekolog transvaginální či transrektální přístupem. Využívá se v případě podezření na invazivní nádor (2).

Cílená biopsie je definitivní histologické ověření prekanceróz děložního hrdla, navazující na prebiopsické metody. Jde zejména o punch biopsii (PB), což je minibiopsie děložního hrdla prováděná biopsickými kleštěmi pod kolposkopickou kontrolou, dále endocervikální kyretáž, cold knife excize, LEEP (loop electroexcisional procedure) excize – elektorodiaternická excize tkáně z papilomavirových lézí na cervixu nebo provedení diagnosticko-terapeutického výkonu konizace či cylindrické disekce. Tyto metody pro získání biopsického vzorku se provádí ambulantně, porodní asistentka je opět přítomna vyšetření, zastává ošetrovatelské a edukační činnosti, které jsou v její kompetenci (2, 34).

1.3 Konizace a rekonizace děložního hrdla

V předchozí kapitole se autorka zmiňuje o diagnostice prekanceróz děložního hrdla. Včasná diagnostika bývá indikací k léčebnému ošetření prekanceróz. Doménou ošetření prekanceróz a časných stádií zhoubných nádorů děložního hrdla je léčba chirurgická. Rozumí se tím jediný akceptovatelný způsob léčby, jak toto postižení eliminovat pomocí chirurgické techniky, která se nazývá konizace (17, 26).

Konizace děložního hrdla je diagnostický a bezpečný terapeutický výkon, kterým rozumíme snesení částí cervixu různými technikami, ve tvaru kužele (konusu) s bází na exocervixu, s vrcholem a výškovou osou v cervikálním kanálu. Konizaci lze dělit podle nástroje, kterým je provedena. Klasickým skalpelem (studeným nožem či kopíčkem), dále nůžkami, vysokofrekvenční elektrickou kličkou (loop electroexcisional procedure - LEEP, large loop excision of transformation zone – LLETZ, LOOP), jehlou tzv. „needle cone“ (needle excizion of transformation zone – NETZ), využívá se výhod laseru, konizaci lze provést i kombinovanou technikou (jehla + nůžky, různě velkými kličkami, tzv. „cowboy hut“, kličkou a laserem atd.). Dominantní a zejména dostupné provedení se klade na elektrofekvenčních metody (konizace kličkou a jehlou). Tyto výkony jsou rychlé díky použití elektrochirurgie, jednoduché, nekrvavé a lze je provést i v ambulantní sféře. Ostatní zmiňované metody jsou méně používané kvůli náročnosti provedení a následnému sledování či těhotenství.

Výběr jednotlivých technik je v kompetenci operátora. Ten volí takovou techniku, která směřuje k tomu, aby bylo odstraněno maximální množství postižené tkáně a zároveň zachováno maximální množství zdravých struktur, což je cílem konizace (2, 26).

Před zahájením vlastní konizace musí být provedena adekvátní kontrola děložního čípku přímými metodami. Adekvátní kontrolou přímými metodami se rozumí především provedení kolposkopického vyšetření před konizací. Připojuje se také palpační vyšetření. Spojením těchto vyšetření, optického a palpačního, si lékař může učinit představu o anatomických poměrech děložního hrdla, hlavně o velikosti a tvaru děložního čípku. Významnou informací představuje velikost a topografie léze čípku a typ atypické transformační zóny (ATZ). Podle těchto získaných informací se zvolí technika výkonu, kterou provádí operátor. Jak již autorka výše uvedla, nejčastější technické provedení konizace je vysokofrekvenční elektrickou kličkou nebo jehlou. Tyto metody se považují za nové, ač tomu tak není. Jejich historie sahá zpět do 60. let minulého století, kdy se prováděla tzv. elektrokonizace. Dnes se používají různě velké a různě tvarované kličky, které jsou napojeny na elektrochirurgický generátor střídavého proudu o vysoké frekvenci (350 000 až 4 000 000 kmit/s) s monopolárním výstupem. Tyto kličky umožňují snést tkáň v rozsahu, který odpovídá patologii, méně či více. Vytětí zvolené velikosti konusu se provádí přiložením kličky na exocervix a kývavým pohybem se vytne tkáň v potřebném rozsahu. Termické poškození tkáně je minimální. Krvácení ze spodiny je ošetřeno elektrokoagulací. U ATZ II – III, endocervikálních lézí se využívá jehla. K výkonu je připojena kyretáž zbytku děložního hrdla, případně i těla děložního. Pokud se z histologického vyšetření potvrdí patologické ložisko, které dosahuje do okraje řezu konizátu, je s ohledem na věk a zachování fertility žen doporučen reexcizní výkon, který se nazývá rekonizace. Technické provedení rekonizace je obdobné jako u konizace, i s možnými riziky výkonu (5, 15, 17).

Konizaci lze také provést v těhotenství, ale vždy je pomýšeno na možná rizika, která s sebou výkon přináší, např. zvýšené riziko potratu, předčasného porodu nebo intrauterinní infekce. Proto je konizace v těhotenství, pokud je to možné, odložena

až na období po porodu. Při podezření na mikroinvazi se operuje mezi 13. a 24. týdnem gravidity s nejvyšší obezřetností za aplikace tokolytik (7, 31).

Jako každý chirurgický zákrok i konizace přináší svá úskalí a komplikace. Jedním z nejzávažnějších úskalí je nedostatečně vyšetřený čípek před samotným výkonem. Důsledek je špatné zvolení techniky a velikosti konusu. Řez musí být veden ve zdravé tkáni. Pokud patologické změny zůstávají ve zbylé tkáni, mohou se vyvíjet postupně dál. Výkon může nepříznivě ovlivnit další léčbu či špatné hojení, může způsobit neschopnost provést následná kolposkopická a cytologická vyšetření. Jedním z rizik konizace je vliv na následující graviditu, ve smyslu potratu, předčasného porodu, či protražovaného porodu. Nejčastější je krvácení. Krvácení dělíme na perioperační a pooperační, které může být časně a pozdní. K zástavě krvácení se zavádí poševní tamponáda s různými terapeutickými prostředky, pokud je to nedostatečné, provádí se opich zdroje krvácení v celkové narkóze, a tím se krvácení zastaví. Nesmíme opomenout ani zánětlivou komplikaci, která je řešena ambulantně podáním antibiotik. Potřebnou ošetrovatelskou péči, která je nutná u ženy před a po konizaci, zabezpečuje porodní asistentka v rámci perioperační péče (2, 17, 29, 44).

1.4 Předoperační a pooperační péče porodní asistentkou u žen s indikovaným výkonem konizace, rekonizace

Konizace, rekonizace patří do skupiny gynekologických výkonů, které se řadí mezi malé výkony. Tyto výkony jsou prováděné v režimu jednodenní chirurgie, která má svá specifika a indukující lékař je s nimi obeznámen. Tato specifika vedou především ke snížení perioperační zátěže pacientek a zkracují dobu pobytu na lůžku, potřebnou k pooperačnímu zotavení. Často tato doba nepřesahuje několik hodin. V některých nemocnicích se hospitalizují ženy po konizaci, ale jedná se o krátkodobou hospitalizaci, v rámci dvou dní. Perioperační péče prováděná porodní asistentkou u žen s konizací i rekonizací zahrnuje předoperační přípravu, dlouhodobou, bezprostřední a pooperační péči. V tomto období působí celý ošetrovatelský a lékařský tým ve spolupráci s externími specialisty (3, 17, 29).

1.4.1 Předoperační příprava u žen s konizací

Před každou plánovanou operací musí být zajištěna optimální příprava nemocné na výkon. Předoperační příprava u žen s operačním výkonem konizace se rozděluje na dlouhodobou a bezprostřední. Dlouhodobá předoperační příprava začíná již v ordinaci u indikujícího lékaře ve spolupráci s porodní asistentkou. Zde je žena vybavena potřebnou dokumentací k indikovanému výkonu s řádnou edukací. Posléze žena musí podstoupit základní vyšetření, která nesmí být starší 14 dnů. Základní vyšetření obsahuje interní předoperační vyšetření s EKG popisem, laboratorní testy (krevní obraz, biochemie krve, krevní srážlivost a vyšetření moči), anesteziologické konzilium s anesteziologickým dotazníkem, a samozřejmě onkocytologická a kolposkopická vyšetření děložního hrdla. Někdy mohou být doporučena i jiná doplňující, speciální vyšetření, která závisí na patologickém nálezu, zdravotním stavu a možných individuálních rizicích ženy (17, 29, 34, 35).

Je nutné dobře naplánovat výkon, vzhledem k menstruačnímu cyklu, abychom předešli komplikacím během a po výkonu. Porodní asistentka edukuje pacientku o úpravě stravy, pitného režimu (nesycené nápoje, ovocný čaj, voda), lačnění (minimálně 6 – 8 hodin) a zákazu kouření den před plánovaným výkonem. Musíme myslet i na psychickou přípravu ženy a věnovat jí mimořádnou pozornost. Porodní asistentka přistupuje k ženě vstřícně a empaticky, aby zamezila strachu z plánovaného výkonu konizace a zajišťuje kvalifikovanou ošetrovatelskou péči, aby poskytla ženě pocit bezpečí a jistoty (14, 34, 35).

Žena k operačnímu zákroku přichází na lačno v den výkonu. Je přijata na oddělení, uložena na standardní pokoj, kde se jí ujme porodní asistentka. Porodní asistentka individuálně seznámí ženu s ošetrovatelskými intervencemi před a po konizaci. Zároveň zajistí bezprostřední předoperační přípravu ženy s ohledem na její psychický a fyzický stav. Důkladně ženu edukuje o pokračování lačnění a zákazu kouření před výkonem. Uvědomí ji o nutnosti sejmutí spodního prádla, šperků, brýlí, kontaktních čoček, popřípadě zubních náhrad. Porodní asistentka pacientce zkontroluje operační pole a oholení pubického ochlupení. Pokud k oholení nedošlo doma samopéčí, je nutné, aby tak učinila porodní asistentka na oddělení. Dále jí umožní provést hygienu genitálií

ve sprše. Další příprava operačního pole se zajistí na operačním sále perioperační sestrou, která zároveň zajišťuje ošetrovatelskou péči během operačního výkonu. Bezprostředně před výkonem, po vymočení, provede porodní asistentka bandáž dolních končetin obinadlem, či kompresivními punčochami, jako prevenci tromboembolické nemoci. Také zajistí splnění předepsaných ordinací lékaře, tzn. zejména premedikaci, miniheparinizaci a antibiotickou léčbu. Další ordinace lékaře se individuálně liší dle zdravotního stavu pacientky. Předoperační příprava porodní asistentkou zahrnuje i práci se zdravotní a ošetrovatelskou dokumentací. Součástí dokumentace jsou adekvátně vyplněné a podepsané souhlasy k danému výkonu, informované souhlasy a edukace pacientky. Pacientka by měla být před zahájením výkonu plně informovaná lékařem o způsobu operačního provedení a jeho možných rizicích. Bezprostřední předoperační příprava u konizace končí předáním pacientky porodní asistentkou na operační sál perioperační sestře s potřebnou dokumentací (3, 14, 34, 35).

1.4.2 Pooperační péče u žen po konizaci

Konizace je výkonem, který je prováděn v krátké celkové anestezii. Pooperační péče začíná tehdy, když pacientka po konizaci spontánně dýchá, má výbavné reflexy a je oběhově stabilní. Anesteziolog předá pacientku proti podpisu porodní asistence na operačním sále s veškerou dokumentací. Pacientka je neprodleně převezena na tzv. dospávací pokoj, neboli pokoj se zvýšeným dohledem, který je vybaven rozvodem kyslíku s možností kyslíkové terapie, ventilátory, přístroji k dlouhodobé infuzní terapii, monitory srdeční činnosti, krevního tlaku, oxymetry, odsávacími, dobrým osvětlením a vybavením pro neodkladnou rozšířenou resuscitaci. Pokud nemocniční zařízení není vybaveno tímto pokojem, pacientky jsou ukládány na standardní pokoj. Ihned po převozu pacientky na pokoj zhodnotí porodní asistentka celkový stav. Zabezpečí pacientku dostupnými přístroji k monitoraci vitálních funkcí. Zkontroluje krvácení z rodidel. Množství a barva krve se odhadují pomocí přiložených hygienických vložek. Pokud je zavedena poševní tamponáda, kontroluje prosáknutí tamponády. Dále pečuje o i. v. vstup a reguluje rychlost infúze v rámci dostatečné

hydratace. Plní předepsané ordinace lékaře. Dbá také na celkový stav, barvu kůže, stav vědomí a motorickou aktivitu. Po konizaci si často pacientky stěžují na vzniklou bolest v podbřišku. Porodní asistentka vzniklou bolest zhodnotí pomocí vizuální analogické škály, aktivně přistupuje k pacientce, doporučí jí úlevové polohy, podá led na podbříšek a vede záznam hodnocení bolesti. Při nedostatečném účinku doporučených intervencí tlumí bolest pomocí ordinované analgetické léčby. V časném pooperačním období mohou vzniknout komplikace, zejména pooperační krvácení, zástava dýchacího a oběhového systému, šokový stav a tromboembolické komplikace. Porodní asistentka sleduje jejich možný vznik během pooperačního období. Pacientka je součástí monitoringu na dospávacím či standardním pokoji v časovém rozmezí 2 hodin. Kontrolu fyziologických funkcí (TK, P, D, TT, SPO2), krvácení a bolesti porodní asistentka zaznamená do příslušné ošetrovatelské dokumentace, každých 30 minut v určeném časovém horizontu (14, 29, 34, 35).

Důležitá je i časná mobilizace pacientky v důsledku prevence tromboembolické nemoci. K mobilizaci dochází po dokončení monitoringu a stabilizaci stavu pacientky. Žena vstává z lůžka s bandáží na dolních končetinách, za doprovodu porodní asistentky. Společně s lékařem zhodnotí celkový stav po dospání, riziko pádu a možný vazomotorický kolaps. Pomůže pacientce s osobní hygienou, pečuje o vyprazdňování a hydrataci po konizaci. Pokud je pacientka mobilizována, stává se soběstačnou a její hospitalizace se odvíjí od zvyklostí zdravotnického zařízení. Při ukončení hospitalizace je pacientka dostatečně edukována nejenom lékařem, ale i porodní asistentkou o domácím pooperačním režimu a následné kontrole u obvodního gynekologa (14, 8, 29).

1.5 Edukace porodní asistentkou u ženy s konizací

Pojem edukace již znali naši předkové. Pochází z latinského slova *educare*, *educare*, a znamená vést vpřed, vychovávat. Edukace znamená výchovu a vzdělání jedince, charakteristická je i tato definice: „*Edukace je proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích,*

návyčích a dovednostech.“ (12, s. 9). Tento učební proces má přispět ve zdravotnictví k předcházení nemoci, k udržení nebo navrácení zdraví. Jejím hlavním cílem je zkvalitnění života jedince (12).

Edukace je komunikační proces mezi edukátorem a edukantem, tedy pacientkou. Porodní asistentka působí jako edukátor, je nestranná, nezaujatá, a přistupuje ke každé pacientce stejně. Její předpoklady, například charakterové, intelektové, senzitivní, vedou k co nejkvalitnější a nejúspěšnější edukaci. Porodní asistentka musí zajistit vhodné prostředí, atmosféru a pohodlí pacientky, aby mezi nimi došlo k smysluplnému dialogu a posléze navázání důvěrného vztahu. Pokud je navázán úzký vztah mezi porodní asistentkou a pacientkou, dojde také ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Cílem porodní asistentky v roli edukátora je získat zájem pacientky, předat potřebné informace, získat její spolupráci, pomoci jí pochopit podstatu onemocnění a indikovaného chirurgického výkonu, předoperační a pooperační péči, domácí režim po propuštění, následné kontroly po výkonu u svého gynekologa, podpořit ji a získat zpětnou vazbu od pacientky. Zároveň je nutné, aby žena byla informovaná o vlastní roli v péči o sebe, o svou osobu a motivovat ji k odpovědnosti. Kvalitní a efektivní edukace představuje řádnou přípravu, realizaci výuky a zajištění účasti pacientky v ošetrovatelském procesu v době hospitalizace i po propuštění do domácí péče (12).

Edukace v perioperační péči a následné domácí péči o pacientky s indikovaným, chirurgickým výkonem konizace se člení do několika částí. První částí je ordinace u obvodního gynekologa. Ten se ženou komunikuje a edukuje ji o provedených vyšetřeních s jejich výsledky a indikované léčbě. Porodní asistentka zde představuje nezbytný článek v celém systému ošetrovatelské péče. Má dostatek času, individuálně se ženě věnuje, vysvětlí principy provedených vyšetření a řádně edukuje ženu v ošetrovatelských intervencích. Nezbytnou ošetrovatelskou intervencí je i péče v domácím prostředí před a po stanovené léčbě. Šíří osvětu v preventivních opatřeních a je ženě ve všem nápomocna. Další částí edukace pacientky při konizaci je perioperační období. V tomto období se žena setkává s týmem vyškolených zdravotníků, kteří postupnými kroky edukace směřují pacientku k výkonu konizace. Zdravotníci postupují dle předem daného ošetrovatelského plánu. Tento plán obsahuje

předoperační přípravu a pooperační péči, kterou autorka shrnula v předchozí kapitole. Součástí této perioperační péče je důsledná edukace pacientky. Ta by měla zabránit negativním okolnostem a nejasnostem pacientky při daném výkonu. Správně provedená edukace porodní asistentkou vede k získání důvěry pacientky vůči zdravotnímu personálu a následná komunikace s pacientkou je tak na mimořádně dobré úrovni. Takto připravená pacientka lépe toleruje jak fyzickou, tak psychickou zátěž u výkonu. Spolupracuje, nemá ostych se zeptat a plní ošetřovatelské intervence poskytnuté porodní asistentkou. Všechny tyto indikátory směřují ke zkvalitnění ošetřovatelské péče při hospitalizaci. Spokojenost pacientky svědčí o důležitosti edukace provedené v průběhu perioperačního období. Proces edukace se včlenil do odborných dovedností porodní asistentky a je nedílnou součástí v systému zdravotní péče (12, 19).

1.6 Ošetřovatelství, ošetřovatelský proces a potřeby

Ošetřovatelství je obor, který má tendenci rychle se rozvíjet. Zkoumá ošetřovatelská hlediska péče o jedince a skupiny, tj. vztah mezi osobou, zdravím a prostředím, které vznikají v důsledku uspokojování potřeb. Cílem moderního ošetřovatelství je zaměřením se na člověka se všemi jeho potřebami a problémy. Jedním z článků ošetřovatelství je sestra, porodní asistentka, jejímž úkolem je komplexně a systematicky uspokojovat potřeby člověka, identifikovat problémy a najít co nejefektivnější způsob řešení. Do moderního ošetřovatelství je promítnuta i holistická teorie, která vidí všechny živé organismy jako jednotné celky ve vzájemné interakci. Z toho vyplývá, že porucha jedné části je poruchou celého systému. Z hlediska ošetřovatelství zahrnuje holistická péče o člověka bio-psycho-sociální stránku, tedy přistupuje k osobě jako k celku. Koncepce holismu je základem ošetřovatelských teorií, modelů, etických zásad a vytváří hodnotový systém oboru (25, 39).

Systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb zdravého a nemocného člověka se realizuje prostřednictvím ošetřovatelského procesu, který se opírá o vědecké výsledky. Ošetřovatelský proces lze charakterizovat jako racionální, systematickou

a periodickou metodu poskytování ošetrovatelské péče jednotlivci, rodině, komunitě a lze jí použít ve všech typech zdravotní péče. Cílem tohoto procesu je poskytování ošetrovatelských intervencí se záměrem uspokojování jednotlivých potřeb, podpora a obnovení zdraví, zajištění co nejvyšší kvality života a zabezpečení klidného umírání a smrti. Ošetrovatelský proces se skládá z pěti logicky navazujících fází: posuzování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení. Posuzování je sběr informací, ověřování, třídění a záznam údajů o zdravotním stavu jednotlivce, rodiny či komunity. Diagnostika představuje analyticko-syntetický proces, tím se stanoví existující, či potenciální problémy, stanoví se tedy diagnostický závěr, který tvoří základ pro poskytování ošetrovatelské péče. Plánování je fáze, která stanoví plán ošetrovatelské péče s cílem prevence, redukce a eliminace problémů. Čtvrtou fází je realizace, zde se plní ošetrovatelské intervence zaměřených na dosažení cílů u jednotlivce, rodiny, komunity. V poslední fázi vyhodnocení se zjišťuje, do jaké míry se dosáhlo vytyčeného cíle. Zhodnotí se reakce pacienta na ošetrovatelskou péči (25, 38).

Porodní asistentka při své práci také realizuje a řídí ošetrovatelský proces spolu s pacientkou a její rodinou. V tomto procesu využívá aktivní ošetrovatelskou péči, jejíž součástí je tzv. skupinová péče. Skupinovou péčí se rozumí, že porodní asistentka má ve službě přidělenou skupinu žen, u kterých provádí ošetrovatelskou péči. Klade důraz na individualitu potřeb, respektuje práva nemocných a snaží se o dosažení co nejoptimálnějšího stavu pacientky. I při plánovaném výkonu konizace, rekonizace je využití ošetrovatelského procesu nezastupitelné a přináší celému ošetrovatelskému týmu efektivitu a flexibilitu (10).

Získané informace a realizace ošetrovatelského procesu se zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace dle platné legislativy. Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace. Tyto dvě složky od sebe nelze oddělit a jsou vlastnictvím zdravotního zařízení, které tuto dokumentaci pořídilo a vedlo (25, 43).

Zdravotní dokumentace dle platného právního předpisu musí obsahovat: osobní data nezbytné pro identifikaci pacienta, informace o onemocnění, průběhu nemoci, výsledcích vyšetření, operační protokol a dalších okolnostech související se zdravotním

stavem pacienta. Dále její součástí musí být všechny podepsané potřebné souhlasy. Je vedená lékaři (28, 43).

Dle těchto kritérií z toho vyplývá i pro ošetrovatelskou dokumentaci, že každý list či formulář v dokumentaci musí mít hlavičku zdravotního zařízení, křestní jméno, příjmení, rodné číslo nebo datum narození. Zápis musí být opatřen datem, časem a podpisem osoby, která záznam provedla (43).

Ošetrovatelská dokumentace zachycuje a shromažďuje konkrétní skutečnosti, týkající se ošetrovatelské péče konkrétního pacienta. Rozumí se tím všechny písemné, grafické a jiné záznamy prováděné sestrou, porodní asistentkou při poskytování ošetrovatelské péče. Je to komplexní zdroj informací o potřebách jednotlivce, cílech ošetrovatelské péče, o péči samotné a jejich výsledcích. Jasně dokládá jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu (25, 43).

Ošetrovatelská péče, která je vedená formou ošetrovatelského procesu vyžaduje od zdravotníků potřebné dovednosti, znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost, zaujetí k práci a schopnost rozpoznat jednotlivé potřeby nemocného. Potřebu lze charakterizovat jako projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Lidská potřeba je také dynamická síla, která směřuje k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy organismu – homeostázy. Potřeby nejsou neměnné, vyvíjejí se, kultivují se na rozdíl od pudů a instinktů. Je důležité vědět, že každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem. Uspokojování potřeb nemocného člověka je hlavním cílem kvalitní léčebné a ošetrovatelské péče (36, 39).

Ošetrovatelská péče vychází z hierarchického organizovaného systému potřeb dle A. H. Maslowa:

Fyziologické potřeby vyplývají z podstaty člověka, objevují se při porušení homeostázy. Vyznačují potřeby organismu, které slouží k přežití. Jednou z nejdůležitějších potřeb v našem životě je potřeba dýchání. S dýcháním souvisí i potřeba tekutin a elektrolytů. Další nezbytně důležitou fyziologickou potřebou je výživa. S výživou je spojená potřeba vyprazdňování moče a stolice. Pro zachování tělesné a duševní pohody je nutná potřeba spánku. Potřeba pohybu a aktivity

je výchozím bodem soběstačnosti člověka. Soběstačnost se také odráží v sebepéči, tedy potřebě hygienické péče. K těmto základním potřebám člověka také patří ochrana před nebezpečím a odstranění bolesti. Uspokojování těchto základních biologických potřeb se promítají i v ošetrovatelské péči u výkonu konizace. Proto si porodní asistentka stanoví plán ošetrovatelské péče a uspokojuje individuální potřeby ženy spojené s výkonem. Tento proces je shrnut v kapitole předoperační a pooperační péče u žen s konizací (37, 39).

Potřeba jistoty a bezpečí je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje stabilitu, spolehlivost, touhu po důvěře, osvobození od strachu, ekonomické zajištění aj. Tuto potřebu lze rozčlenit na několik odvětví, které ovlivňují fyziologicko-biologickou stránku lidského organismu. Proto je důležité zachovat nemocnému pocit jistoty a bezpečí, který mu umožňuje získat důvěru, spolehlivost a nezávislost. Konizace je plánovaný výkon, s tím je spojeno několik faktorů, které mohou vyvolat strach, úzkost, hněv, smutek a také stres. Naopak pozitivum s ohledem na vyřešení problému. Pro zachování bezpečí ženy je nutné, ze strany porodní asistentky dodržet všechny postupy ošetrovatelské péče, aby zamezila všem negativním jevům spojeným s konizací. Například dodržuje při všech ošetrovatelských úkonech bariérovou péči, předchází riziku pádu před a zejména po výkonu. Ujistí pacientku, že je v bezpečí a může v klidu dospávat po výkonu. Během celé hospitalizace jí informuje o ošetrovatelské péči. Edukuje jí o správném pooperačním a domácím režimu. Také neopomene zajistit dostatečný čas na rozhovor s lékařem o jejím zdravotním stavu, o provedeném výkonu a o prognóze onemocnění děložního čípku. S prognózou tohoto onemocnění souvisí také i psychická stránka ženy. Konizace, a především rekonizace je v blízkém kontaktu s onkologickou diagnózou. Ta je provázena výrazným strachem a úzkostí. Rakovina je slovo, které většinu lidí děsí, má podtext nevyléčitelnosti, velkých bolestí, utrpení a smrti. Proto potřeba jistoty a bezpečí může být narušena. Po stránce psychické je důležitá adaptace na onemocnění děložního čípku. V procesu adaptace se promítne osobnost člověka, jeho vlastnosti, vlohy a schopnosti. Ke správné adaptaci dopomáhá i ošetřující personál, tedy porodní asistentka, která se snaží uspokojovat všechny potřeby žen v době hospitalizace (37, 39).

Potřeba lásky a sounáležitosti je potřebou milovat a být milován. Je to potřeba náklonnosti a sounáležitosti. Vchází do popředí při osamocení a opuštění. Zde porodní asistentka zajistí pomoc ze strany rodiny, zejména ve smyslu doprovodu do domácího prostředí z nemocnice. A zároveň spolu s pacientkou edukuje rodinu o klidovém a domácím režimu po konizaci (3, 39).

Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty jsou spojené dvě potřeby. Potřeba sebeúcty a sebehodnocení klade důraz na přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Potřeba ocenění je touhou po respektu druhých lidí, statutu, prestiže uvnitř sociální skupiny. Při uspokojování této potřeby je cílem porodní asistentky dobrý vztah mezi ní a pacientkou. Proto porodní asistentka ženu neustále informuje, edukuje a začleňuje do ošetrovatelského procesu. Zároveň akceptuje její názory a přání. Vyslechne jí a poskytne jí zpětnou vazbu. A to i v případě onemocnění děložního čípku. Při plánovaném výkonu konizace se u ženy projeví obavy, které mohou vygradovat v neuspokojení této potřeby. U žen může převládat pocit nezodpovědnosti, ve smyslu zdravého životního stylu a sexuálního života. Dále mohou mít strach z neplodnosti v souvislosti s výkonem a při nesprávné edukaci, může dojít k narušení obrazu těla ženy. Správné jednání porodní asistentky podporuje sebeúctu člověka a důvěru ve vlastní identitu. Pacientka se stává rovnocenným partnerem při poskytování ošetrovatelské péče (37, 39).

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace realizuje své schopnosti a záměry. Člověk chce být tím, kým podle svého mínění může být. Musí nacházet ve své práci uspokojení a přesvědčení, že danou činnost dělá dobře. Porodní asistentka při uspokojování této potřeby v souvislosti s výkonem konizace dá pacientce duchovní prostor a umožní jí uspokojit estetické potřeby. Dopomůže pacientce do sprchy po konizaci, nechá jí učesat, namalovat a umožní jí obléci se do svého pyžama. Poté neustále zajišťuje intimitu ženy. Porodní asistentka nepřetržitě s pacientkou komunikuje a nechává jí prostor pro zpětnou vazbu (37, 39).

1.6.1 Ošetrovateľské diagnózy

Ošetrovateľské diagnózy jsou vědecké výklady hodnotících údajů, které se používají jako návod k ošetrovateľskému plánování, k realizaci a vyhodnocení. Jednodušeji formulováno, je to rozhodnutí o problému, který vyžaduje ošetrovateľskou intervenci. Tato diagnostika zahrnuje jen takové stavy, které jsou sestry schopny a oprávněny zvládnout. Ošetrovateľská diagnóza je klinické zhodnocení o odpovědi jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo hrozící zdravotní problém. Diagnostický ošetrovateľský proces se liší od diagnostického lékařského procesu, týká se nezávislých činností porodní asistentky (20, 24).

Pro stanovení ošetrovateľské diagnózy je důležité stanovit si cíl a výsledná kritéria. Přesněji, jakého výsledku chceme se ženou dosáhnout. Dalším krokem jsou intervence. Tyto intervence neboli ošetrovateľské úkony nám umožní dosažení žádoucích výsledků. Formulace ošetrovateľských intervencí musí být jasné a přesné, aby se dosáhlo co nejefektivnějšího zdravotního stavu ženy. Ošetrovateľská péče se plánuje společně s pacientkou a odvíjí se od průběhu onemocnění. Jako poslední částí, dobře stanovené ošetrovateľské diagnózy je ošetrovateľské hodnocení, které se skládá ze subjektivních údajů od osoby, nebo osob a objektivních údajů diagnostických testů a jiných zdrojů (20, 24).

Existuje seznam schválených ošetrovateľských diagnóz, které se neustále rozrůstají a vyvíjejí. Za tímto seznamem stojí výzkum sester a asociace ošetrovateľských diagnóz NANDA (24).

V rámci ošetrovateľské péče o ženu s onemocněním děložního čípku a jeho chirurgickým řešením se také využívá ošetrovateľská diagnostika. Ta je zařazena do jednotlivých domén, které jsou nápomocné porodním asistentkám v realizaci ošetrovateľského procesu u žen po konizaci, rekonizaci (Příloha 9).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zmapovat ošetrovatelskou péči o ženy s onemocněním děložního čípku

Cíl 2 Zjistit informovanost žen s onemocněním děložního čípku o předoperační péči

Cíl 3 Zjistit informovanost žen s onemocněním děložního čípku o pooperační péči

Cíl 4 Zjistit, zda se snižuje věk žen s onemocněním děložního čípku

Cíl 5 Zjistit, jaká je prognóza žen s onemocněním děložního čípku v budoucnosti

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1 Jak vnímají ženy s onemocněním děložního čípku provádění ošetrovatelské péče?

Výzkumná otázka 2 Jaké informace mají ženy s onemocněním děložního čípku o předoperační péči?

Výzkumná otázka 3 Jaké informace mají ženy s onemocněním děložního čípku o pooperační péči?

2.3 Hypotézy

Hypotéza 1 Věk žen se s výskytem onemocnění děložního čípku snižuje.

Hypotéza 2 Ženy s onemocněním děložního čípku podstoupily po konizaci další operační zákrok.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření v kombinaci s kvantitativním výzkumným šetřením. Nástrojem sběru dat byl nestandardizovaný rozhovor, který se týkal žen s onemocněním děložního čípku (Příloha 1). Dále byla zpracovaná sekundární analýza vybraných dat z ošetrovatelské a zdravotnické dokumentace. Rozhovory byly vedeny se ženami na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. Úvodní otázky byly zaměřené na identifikaci žen, další oblast otázek byla směřována na vnímání ošetrovatelské péče ženami, kterou zdravotníci provádějí při jejich ošetřování. V další fázi byly kladené otázky pacientkám o předoperační a pooperační péči po gynekologické operaci.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily ženy s onemocněním děložního čípku na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Výzkumné šetření probíhalo od ledna do března roku 2015 se souhlasem paní náměstkyně ošetrovatelské péče a primáře příslušného oddělení (Příloha 10). Rozhovory byly vedeny se souhlasem dotazovaných pacientek, kterých bylo 6. Sekundární analýza vybraných dat byla provedena od roku 2005 do roku 2014 z dokumentací gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kategorizace získaných dat respondentek

Výsledky získaných dat respondentek jsou pro přehlednost rozděleny do kategorií a podkategorií. V jednotlivých kategoriích jsou výsledky podrobně slovně rozepsány a doplněny o přímé citace respondentek. V rámci tohoto výzkumu byla pozornost věnována zejména rozdílným odpovědím jednotlivých respondentek.

4.1.1 Seznam kategorií a podkategorií výzkumu

- Kategorie 1: **Identifikační údaje**
- Kategorie 2: **Informace o životním stylu pacientek**

Podkategorie:

A. Rizikové faktory

- Kategorie 3: **Celkové informace o gynekologické prevenci**

Podkategorie:

A. Gynekologické prohlídky

B. Sexualita pacientek

C. Informovanost o onemocnění děložního čípku

D. Informovanost o předoperační přípravě v ordinaci obvodního gynekologa

E. Spokojenost s péčí obvodního gynekologa

- **Kategorie 4: Předoperační péče před výkonem**

Podkategorie:

- A. Informovanost o předoperační přípravě lékařem**
- B. Informovanost o předoperační přípravě porodní asistentkou**
- C. Zajištění intimity (vyšetřování, sepisování dokumentace, podávání informací)**
- D. Pocity před výkonem**
- E. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí před výkonem**

- **Kategorie 5: Pooperační péče po výkonu**

Podkategorie:

- A. Informovanost o pooperační péči**
- B. Informovanost o komplikacích po výkonu lékařem**
- C. Pocity bezprostředně po výkonu**
- D. Zajištění intimity (kontrola krvácení, atd.)**
- E. Informovanost o domácí péči**
- F. Informovanost o prognóze onemocnění děložního čípku do budoucnosti**
- G. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí po výkonu**

4.2 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření

Kategorie 1: Identifikační údaje

Tabulka 1 Identifikační údaje – objektivní data získaná od respondentek

	R1	R2	R3
Věk	32	46	23
Vzdělání	Vyšší odborné	Střední odborné bez maturity	Vysokoškolské
Zaměstnání	Fyzioterapeut	Prodavačka	Destination supervisor
Porod	1x	2x	Ne
Potrat	2x	Ne	Ne
Časté výtoky	Ne	Ano	Ne
Důvod konizace	L-SIL, HPV pozitivní	H-SIL, HPV pozitivní	L-SIL, ASCUS, HPV pozitivní
Důvod rekonizace	-	-	-
	R4	R5	R6
Věk	58	27	49
Vzdělání	Střední odborné bez maturity	Střední odborné s maturitou	Vysokoškolské
Zaměstnání	Invalidní důchodkyně	Úřednice	Referentka
Porod	2x	1x	2x
Potrat	Ne	Ne	1x
Časté výtoky	Ano	Ne	Ne
Důvod konizace	ASC-H, H-SIL	ASCUS, L-SIL	H-SIL, HPV pozitivní
Důvod rekonizace	-	CIN II - CIS	-

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 znázorňuje identifikační údaje respondentek. Celkem se výzkumu zúčastnilo 6 respondentek. Respondentky jsou ve věku od 23 do 58 let. Respondentky R3 a R6 mají vystudovanou vysokou školu, R1 má vyšší odborné vzdělání. Respondentka R5 má nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné s maturitou a respondentky R2, R4 mají střední odborné vzdělání bez maturity. Zaměstnání respondentek se odvíjí od dosaženého vzdělání. Respondentka R1 pracuje jako fyzioterapeutka, R2 je prodavačka na vesnici, R3 pracuje v cestovní kanceláři jako Destination supervisor, R4 je invalidní důchodkyně, R5 je zaměstnaná na poště a její náplň práce je úřednice za přepážkou, R6 pracuje jako referentka ve státní správě. R1, R2, R4, R5 a R6 již rodily, R3 nerodila. R1 a R6 mají v anamnéze potrat. Častými výtoky trpěly pouze R2 a R4. Konizaci podstoupily R1, R2, R3, R4, R6, rekonizace byla provedena pouze jedné respondentce, R5.

Kategorie 2: **Informace o životním stylu pacientek**

Tato kategorie je zaměřena na životní styl pacientek. Jako součást této kategorie byla vytvořena jedna podkategorie, kterou jsme sledovali demografické údaje respondentek, jak dodržují zdravý životní styl a zda se u nich vyskytují rizikové faktory. Rizikové faktory se mohou podílet na vzniku prekanceróz a invazivních karcinomů děložního hrdla (29).

Podkategorie:

A. **Rizikové faktory**

Z šesti dotazovaných žen, čtyři žijí ve městě a dvě na vesnici. V otázce jaký je Váš jídelníček se respondentky celkem shodly na pestré stravě. R1 uvedla: „*Jím ovoce, zeleninu, maso, rýži, brambory, jogurty, sýry, vejce. Preferuji spíše zdravější stravu.*“ R2 uvedla: „*Určitě nejsem vegetariánka, maso je mou oblíbenou potravou, zeleninu jím občas, ovoce nejím. V oblíbeně mám také zakysané mléčné výrobky.*“ R3 uvedla: „*Dodržuji zdravý životní styl.*“ R4 uvedla: „*Jím všechno, ale převažuje zelenina a maso. Sladké moc nemusím, je to cíleně kvůli váze, dost se hlídám.*“

R5 uvedla: „*Mám ráda všechno, ale nejraději mám vepřové s knedlíkem a se zelím*“.
R6 uvedla: „*Snažím se jíst všechno a všechno mám ráda, takže pestrá strava*“.
Další otázky se týkaly kouření a alkoholu. Nekuřáček bylo pět ze šesti respondentek. Jedna je kuřačka – R2, která vykouří 8 cigaret denně. Z pěti nekuřáček v minulosti kouřili dvě.
R4 uvedla: „*Nyní již nekouřím, ale kouřila jsem 40 let, zhruba 10 cigaret denně.*“
R5 uvedla: „*Kouřila jsem před těhotenstvím a již nekouřím 3 roky*“.
Při dotazování respondentek zda pijí alkohol, všech šest shodně uvedlo, že alkohol užívají příležitostně. Posléze jsme zjišťovali váhu respondentek, a zda u nich převládá sportovní aktivita. R1 uvedla: „*Vážím 67 kilogramů. Sportuji velmi ráda, chodím na Bosu, jezdím na kole, plavu, ve sportu jsem všestranná.*“ R2 uvedla: „*Nesportuji, nemám na to čas a má váha je 82 kilogramů*“.
R3 uvedla: „*Vážím 70 kilogramů. Ve volných chvílích sportuji, chodím plavat, dá se říci, že všechna aktivita, která je spojená s vodou mě baví. Takže všechny vodní sporty.*“ R4 uvedla: „*Má váha je 75 kilogramů a v žádném případě nesportuji. Jen chodím na procházky a na zahradu.*“ R5 uvedla: „*Vážím 65 kilogramů. Sportuji pravidelně, již od dětství dělám lehkou atletiku.*“ R6 uvedla: „*Aktivně nesportuji, preferuji spíše procházky se psem a má váha je 68 kilogramů.*“

Kategorie 3: Celkové informace o gynekologické prevenci

V této kategorii jsme zkoumali, množství a dostupnost informací v rámci gynekologické prevence ve spojení s onemocněním děložního hrdla. Gynekologickou prevencí zahrnuje škála faktorů, které se navzájem prolínají. Součástí této kategorie je pět podkategorií, které jsou zaměřeny na tuto problematiku. Jednotlivé podkategorie jsou pro srozumitelnější přehlednost označeny velkými tiskacími písmeny.

Podkategorie:

A. Gynekologické prohlídky

Tato podkategorie nám měla ukázat na pravidelnost preventivních prohlídek u obvodního gynekologa. V základní otázce, která se týkala první návštěvy gynekologa,

převládá individualita respondentek. R1 uvedla: „Začala jsem ke gynekoložce chodit v 18 letech.“ R2 uvedla: „Doktora Tůmu jsem začala navštěvovat ve 20 letech a je můj gynekolog doposud“. R3 uvedla: „První návštěva gynekologa byla v 15 letech“. R4 uvedla: „Poprvé jsem navštívila gynekologa, když jsem poprvé otěhotněla, tedy v 18 letech.“ R5 uvedla: „Začala jsem ke gynekologovi chodit v 17 letech, dříve mi to nepřišlo důležité.“ R6 uvedla: „Poprvé to bylo v 15 letech, bolelo mě břicho a tenkrát ještě má dětská lékařka chtěla vyloučit cystu.“ V následující otázce jsme se dostali na pravidelné preventivní otázky. Z provedených rozhovorů vyplývá, že pět žen chodilo na pravidelné preventivní prohlídky k obvodnímu gynekologovi. Jedna žena na prevenci chodila sporadicky. R1 uvedla: „Poctivě chodím k paní doktorce, dříve to bylo vždy jeden krát za rok, ale v posledním roce byly kontroly častější, po třech měsících.“ R2 uvedla: „Dříve jsem chodila sporadicky, tak jednou za dva roky, pak jsem měla delší pauzu a nyní jsem u gynekologa více jak doma.“ R3 uvedla: „Chodila jsem pravidelně jeden krát za rok, od poslední prevence chodím každého půl roku až doposud.“ R4 uvedla: „Samozřejmě, že chodím na prevenci, každý půl rok.“ R5 uvedla: „Vždy jsem chodila jednou ročně a po prvním špatném stěru každé tři měsíce. Nyní po konizaci jsem byla u pana primáře, který mi nabídl buď znovu ten samý výkon, rekonizaci nebo odstranění dělohy. Rozhodla jsem se pro rekonizaci.“ R6 uvedla: „Chodím na preventivní prohlídky, je to zhruba každého půl roku. A také jak mi řekne lékař, kdy se mám dostavit na vyšetření.“

B. Sexualita pacientek

Tato podkategorie nám měla nastínit sexuální stránku respondentek, zejména před onemocněním děložního čípku. Respondentky odpovídaly bez studu a bez zábran. Zkoumali jsme, v kolika letech měly respondentky první pohlavní styk, kolik měly sexuálních partnerů a zda používají při styku ochranu. R1 uvedla: „Můj první pohlavní styk byl v 18 letech a měla jsem čtyři sexuální partnery. Ochranu při pohlavním styku jsem používala, brala jsem prášky, tedy antikoncepci, také jsme někdy používali kondom. Nyní nic nepoužíváme, jelikož se snažíme o druhé miminko. Mám velké obavy z výkonu, ne jako takového, ale zejména z histologie. Jen, aby to vyšlo dobře, abychom

mohli mít druhé dítě a nebyly žádné komplikace.“ R2 uvedla: „První pohlavní styk jsem měla v 17 letech s jedním klukem od nás z vesnice. Byl to nezapomenutelný zážitek. Pokud se dá brát více sexuálních partnerů tři, tak ano měla jsem tři a více sexuálních partnerů. Ochranu při pohlavním styku jsem v minulosti nepoužívala, poté jsem chtěla s mým bývalým manželem, ale ten nechtěl používat kondom a prášky také nechtěl, abych brala, vzhledem k tomu, že bych mohla být tlustá. S nynějším partnerem se již chráníme, nechala jsem si od pana doktora Tůmy zavést tělísko.“ R3 uvedla: „Poprvé to bylo v 17 letech. Sexuální partnery jsem měla jen dva, více jich nebylo. Ochranu jsem používala vždy, s bývalým partnerem jsme používali prezervativ a s již budoucím manželem užívám jen prášky, antikoncepci“. R4 uvedla: „První pohlavní styk jsem měla v 18 letech, než jsem otěhotněla, dříve tomu jinak nebylo. Partnera jsem měla jen jednoho a to manžela. Ochranu a na co, jsem v přechodu. A v mládí jsme nikdy nic nepoužívali, měla jsem manžela šikovného.“ R5 uvedla: „Můj první pohlavní styk jsem měla v 15 letech a sexuálních partnerů jsem zřejmě vystřídala dost, bylo jich pět. Ochranu při sexu jsem nikdy nepoužívala a nepoužívám.“ R6 uvedla: „První pohlavní styk byl v 18 letech. Měla jsem tři sexuální partnery. Jako ochranu jsme používali kondom a nyní mám tělísko Mirenu.“

C. Informovanost o onemocnění děložního čípku

Podkategorie informovanost o onemocnění děložního čípku nám měla objasnit, v jakém množství mají respondentky informace o tomto onemocnění. Zda si respondentky vyhledávaly doplňující informace o onemocnění děložního čípku, a jaké byly jejich zdroje. Dále našim předmětem zkoumání bylo povědomí o očkování děložního čípku. R1 uvedla: *„Nejvíce informací o onemocnění děložního čípku mi poskytla paní doktorka v ordinaci, poté i sestřička u paní doktorky, ta je hodně pečlivá a vždy si na mě udělá čas. Doplňující informace jsem si hledala samozřejmě na internetu, jsou tam k nahlédnutí různé stránky, které vypadají solidně a přesvědčivě. Dále jsem si už nic nehledala, tyto informace pro mne byly dostačující. O očkování proti rakovině děložního čípku jsem slyšela v televizi a v čekárně u gynekoložky, jsou zde k dispozici různé informační letáčky. Očkována proti této rakovině bohužel*

nejsem.“ R2 uvedla: „Informace o onemocnění děložního čípku mi poskytl můj pan doktor Tůma, bylo to, ale až posléze co mi špatně dopadly stěry a já se začala ptát, jaký problém vlastně mám. Sama jsem si žádné informace nevyhledávala, radši ne, nechtěla jsem už poté nic vědět pro jistotu. Očkovaná nejsem a bohužel jsem o tom neslyšela, až nyní, že něco takového existuje, ale to už je pozdě.“ R3 uvedla: „O onemocnění děložního čípku jsem dostala informace od mého gynekologa a také jako každý jiný jsem brouzdala na internetu, jsou zde různé stránky s diskuzemi žen, které toto onemocnění mají a které také podstoupily konizaci. Doplnující informace mi poskytla moje sestra, která je zdravotní sestřička. Samozřejmě, že jsem slyšela o očkování proti rakovině děložního čípku. Chtěla jsem se také nechat naočkovat, ale bohužel, když jsme se o to začaly s mamkou zajímat, bylo možné očkování pouze před prvním pohlavním stykem a to už pro mne bylo pozdě. Tudiž očkována nejsem.“ R4 uvedla: „Nejvíce informací mi poskytl můj gynekolog, vše mi vysvětlil, co je to za onemocnění a jak se to bude řešit dále. Tyto informace mi stačily, nikde jsem si nic nehledala, nenapadlo mě to a ani nevím, kde bych si měla konkrétní informace hledat. Věřím mému gynekologovi. O očkování proti rakovině děložního čípku vím, všude se o tom hovoří, poprvé jsem o tom slyšela u mého gynekologa v čekárně. Má tam velkou televizi, kde se zobrazují reklamy a jedna byla na očkování proti rakovině děložního čípku. HPV virům, co to jsou HPV viry? (Autorka respondentce objasnila termín HPV viry.) To rozhodně očkována nejsem, nikdo mi to nikdy nenabídl. Nezajímala jsem se ani o to, předpokládala jsem, že je to pro mladé holky, které souloží pokaždé s někým jiným.“ R5 uvedla: „Nejprve jsem si informace o onemocnění děložního čípku vyhledávala v odborné literatuře a z internetu, protože mi můj gynekolog nic konkrétního neřekl, neměl na mě čas. Při druhé návštěvě jsem se začala dotazovat, zejména na odborné termíny, kterým jsem nerozuměla. Pan doktor mi na položené otázky odpověděl. O očkování proti rakovině děložního čípku vím, řekla bych, že již dnes je to běžné očkování, které je dostupné, myslím finančně. Nepřijde mi to tak drahé. Oproti tomu co zaplatíme jinde. Ale bohužel očkována nejsem.“ R6 uvedla: „Nejvíce informací mi poskytl můj gynekolog a pak také internet. Na internetu jsem si hledala, co mě nejvíce zajímalo, zejména jaká bude moje

budoucnost a jaká bude další léčba. Povědomí o očkování děložního čípku mám, slyšela jsem to z televize a také jsem četla různé letáky v čekárně u mého gynekologa. Očkována proti HPV virům nejsem.“

D. Informovanost o předoperační přípravě v ordinaci obvodního gynekologa

Tato podkategorie se zaměřuje na informovanost respondentek o předoperační přípravě podané v ordinaci obvodního gynekologa. Z rozhovorů vyplynulo, že všechny dotazované respondentky měly dostatečné informace o předoperační přípravě, v rámci předoperačních vyšetření. Všech šest respondentek uvedlo, pouze poučení porodní asistentkou v ordinaci obvodního gynekologa o oholení genitálií před výkonem. R1 uvedla: *„O předoperační přípravě jsem věděla od paní doktorky, ta mi dala potřebné informace a instrukce, kde mám absolvovat předoperační vyšetření. Také mám vystudovanou střední zdravotnickou školu, tak jsem předpokládala, že něco takového budu muset absolvovat. Sestřička u paní doktorky mi řekla, hlavně ať jsem oholená, než půjdu do nemocnice, že to tam chtějí.“* R2 uvedla: *„Pan doktor Tůma mě o všem informoval, myslím tím kam si dojit na odběry, kde si mám nechat udělat interní předoperační vyšetření a s výsledky se mám dostavit ve stanoveném termínu na gynekologickou ambulanci. Poté mě poučila sestřička, že jestli zvládnou doma se sama oholit, že je to nutné, abych to měla hotové před operací. Samozřejmě to pro mě nebyl problém.“* R3 uvedla: *„Absolvovala jsem předoperační vyšetření až posléze. Nejprve mi můj gynekolog objasnil, co je potřeba k vyšetřením a kam se mám dostavit. Doporučil mi navštívit mého praktického lékaře, ten mi dal žádanky na krev a na moč. S těmito výsledky jsem šla k paní doktorce na internu. Zde mi sestřička udělala EKG a paní doktorka se mnou pohovořila. Doporučení na konzultaci jsem dostala od svého gynekologa. Sestřička se zmínila o oholení před výkonem.“* R4 uvedla: *„O předoperačním vyšetření mě informoval můj gynekolog. Řekl mi, že můj praktický lékař napíše žádanky na krev a na moč, poté na RTG plic, protože mám problémy s plícemi a jsem po operaci štítné žlázy. Špatně se mi dýchá. S výsledky krve, moči a rentgenu půjdu na polikliniku k paní doktorce Jirsové. To je internistka,*

která mi napíše zprávu. A s tou zprávou přijdu do nemocnice na příjem. Datum operace jsem měla již od pana primáře z nemocnice. Sestřička u mého gynekologa mě poučila o oholení, ale řekla, že mě oholí na oddělení a ať si s tím nedělám hlavu. “ R5 uvedla: „O předoperační přípravě mě informovala porodní asistentka po domluvě s mým gynekologem, jelikož lékař byl v časovém presu a nestíhal. Řekl, že jsem to již jednou absolvovala, že jsem mluvila s panem primářem, a že to se mnou vyřídí sestřička. Námitky jsem proti tomu neměla. Asistentka mi dala opět žádanky na vyšetření a řádně mě poučila kdy a kam si s nimi dojít. Zmínila se o oholení, o kterém jsem věděla již z minulé hospitalizace. “ R6 uvedla: „Informace o předoperační přípravě jsem měla od svého gynekologa a to i o samostatném výkonu. Sestřička mi zdůraznila oholení před výkonem, které pro mě nebylo nikterak zatěžující. “

E. Spokojenost s péčí u obvodního gynekologa

V této podkategorii jsme se zaměřili na spokojenost respondentek s odvedenou péčí u svého gynekologa. Zajímala nás odborná zdravotnická péče, tak ošetrovatelská ze strany porodní asistentky. Všech šest dotazovaných respondentek odpovídalo kladně. Z této podkategorie vyplývá, že individuální potřeby všech dotazovaných jsou nadmíru uspokojené. R1 uvedla: „S paní doktorkou jsem velmi spokojená, sestřička je velmi hodná, obětavá a vždy si na mě udělá čas. Obě odvádějí velmi dobrou práci na vysoké úrovni. “ R2 uvedla: „Jak s panem doktorem, tak se sestřičkou a jejich péčí jsem velmi spokojená, proto k nim také chodím. “ R3 uvedla: „Jsem nad míru spokojená s veškerou péčí. Pan doktor ve spolupráci se sestřičkou jsou jak z ordinace v Růžové zahradě. “ R4 uvedla: „Samozřejmě jsem spokojená, nedá se vytknout nic lékaři, ani sestřičce, jinak bych tam nechodila. “ R5 uvedla: „S mým gynekologem jsem v celku spokojená a s porodní asistentkou jsem nadmíru spokojená, ta je opravdu k nezaplacení. “ R6 uvedla: „Jsem spokojená, tak normálně, nemám nikomu co vytknout. “

Kategorie 4: Předoperační péče před výkonem

Kategorie čtyři je zaměřena zejména na předoperační přípravu žen před výkonem konizace. Zkoumali jsme množství informací podaných v nemocnici ze strany lékaře

a ze strany porodní asistentky. Tyto informace se týkaly především ošetrovatelské péče před výkonem a samotného výkonu konizace. Dále zda byla pacientkám zajištěna intimita, jaký byl psychický stav pacientek a spokojenost pacientek s péčí před výkonem. Součástí kategorie čtyři je pět podkategorií, které jasně ukazují na množství a porozumění podaných informací. Jednotlivé podkategorie jsou pro srozumitelnější přehlednost označeny velkými tiskacími písmeny.

Podkategorie:

A. Informovanost o předoperační přípravě lékařem

Touto podkategorií jsme zkoumali množství informací podané lékařem o indikovaném výkonu konizace. Z položených otázek nás nejvíce zajímalo, jak bude výkon prováděn, jak dlouho bude výkon trvat, zda dotazované měly dostatek času na přečtení informovaného souhlasu a jestli mu porozuměly. Z rozhovorů vyplynuly různorodé odpovědi. R1 uvedla: *„Pan doktor na ambulanci, který mě přijímal, mi vysvětlil, co výkon konizace obnáší, myslím, jen to obecné, ale nikdo mi neřekl, jakou operační technikou výkon provede. Přečetla jsem si na internetu, že konizace může být prováděná kličkou, jehlou nebo skalpelem. Tak mě zajímalo, jakou techniku zvolí u mě. Jak dlouho bude výkon trvat, mi lékař při příjmu neřekl, ale zeptala jsem se a on mi odpověděl, že tento výkon bude trvat zhruba půl hodiny. S informovanými souhlasy jsem problém neměla, času na přečtení jsem měla dost. Přišla jsem již na příjem v půl sedmé ráno. Zde se mě ujala sestřička, která se mnou sepsala osobní údaje, změřila mi teplotu, tlak a dala mi na přečtení informované souhlasy, které jsem později v ordinaci s lékařem podepsala. Informovaným souhlasům jsem rozuměla.“* R2 uvedla: *„Informoval mě nějaký doktor na operačním sále, jak bude výkon prováděn, ale moc jsem tomu nerozuměla, měla jsem už strach a takové věci nechávám v režii lékařů. Na příjmu mi lékař asi něco takového také řekl, ale stejně jsem si to nepamatovala, byla jsem docela mimo a stále tam někdo chodil. To samé s tou dobou výkonu, jak říkám byl tam pěkný ruch. Jestli jsem měla dostatek času na přečtení informovaného souhlasu? Ano, čtu pomaleji, ale zvládla jsem to v čase,*

který mi sestřičky na příjmu umožnily. Souhlasům jsem rozuměla, nevím, jakému obsahu bych tam neměla rozumět.“ R3 uvedla: „O tom, jakým způsobem bude výkon prováděn, se mi nikdo nezminil, ani na ambulanci, ani na operačním sále. Pouze zaznělo na ambulanci, že výkon bude trvat zhruba půl až třičtvrtě hodiny a že se nemám čeho bát. Byla jsem stejně nervózní a ani mě nenapadlo se na něco zeptat. Ale myslím, že jakým způsobem se provádí konizace jsem si přečetla v informovaném souhlasu. Na přečtení souhlasu mi sestřičky daly dostatek času a myslím, že jsem tomu celkem rozuměla, ale některé „lékařské hantýrce“ jsem nerozuměla.“ R4 uvedla: „Pan doktor, který mě přijímal, mi řekl, jak se ta operace bude provádět, vše bylo obecné a mně to stačilo. Jak dlouho bude operace trvat, mi řekl už můj gynekolog a tady pan doktor na té ambulanci také. Prý to bude trvat půl hodinky. Informovaným souhlasům jsem rozuměla dobře a času na přečtení jsem měla dost. Ani tomu nepřikládám nějaký význam. Přečetla jsem si to, podepsala a hotovo. Chápu, že to k operaci musí být.“ R5 uvedla: „Jak bude výkon znovu prováděn, mi řekl už pan primář v krajské ambulanci, poté i lékař, který mě přijímal. Oba mluvili stejně, prý se tam bude něco popalovat a že to provedou co nejšetrněji. Informované souhlasy se v celku nelišily, pár věcí, tam bylo napsaných jinak. Právě těm jsem moc nerozuměla, např. o uvedených možných komplikacích spojených s operačním výkonem, že jako laik mám pocit, že se mi vždy něco může stát. A to zejména, když už jdu podruhé. Času jsem měla celkem dost na přečtení souhlasů.“ R6 uvedla: „Informace o výkonu jako takovém mi řekl lékař na příjmu, ale jakou technikou čípek odstraní, mi bohužel neřekl. Já se také nezeptala a nyní mě to mrzí. Jak dlouho bude výkon trvat, mi také řekl lékař na příjmu, cca půl hodiny. Informovanému souhlasu jsem rozuměla, ale je hrozné to podepsat. Připadá mi, že všechno, co je uvedené v souhlasu je na riziko pacienta a přesto osobně nemůžu operaci ovlivnit, z hlediska profesionality lékařů a personálu. Času jsem měla dost na přečtení souhlasu.“

B. Informovanost o předoperační přípravě porodní asistentkou

Naším záměrem v této podkategorii bylo zmapovat předoperační přípravu u žen před výkonem konizace. Otázky směřovaly k informacím ošetřovatelské péče před výkonem, kterou zastává porodní asistentka. Respondentky v první části této podkategorie odpovídaly jednoznačně. Na otázku, zda si hledaly informace o ošetřovatelské péči před zákrokem, odpovědělo všech šest respondentek shodně, že si informace o ošetřovatelské péči před výkonem nehledaly. Nepovažovaly to za důležité. R1 uvedla: „*Nehledala jsem si žádné informace o ošetřovatelské péči, neměla jsem potřebu a veškeré potřebné informace mi poskytl na oddělení.*“ R2 uvedla: „*Nic jsem si o ošetřovatelské péči nehledala, předpokládala jsem, že se vše dozvím v nemocnici.*“ R3 uvedla: „*Informace o ošetřovatelské péči jsem si nehledala, neměla jsem k tomu důvod. Jak říkáme v kruhu rodinném, „máme doma paní primárku“, myslím tím mou sestru, která je, jak jsem již zmínila zdravotní sestřička a ta mě pestře informovala o ošetřovatelské péči.*“ R4 uvedla: „*Mám už nějaké operace za sebou, proto jsem si nehledala informace o ošetřovatelské péči. Vždy jsem byla všude spokojená a pan doktor mě také ujišťoval, že to bude malý výkon, tak jsem ani strach neměla, že by se o mě sestřičky nepostaraly.*“ R5 uvedla: „*V tomto ohledu jsem si nic nehledala, neměla jsem k tomu důvod, vše jsem znala z minulé hospitalizace.*“ R6 uvedla: „*Informace o ošetřovatelské péči před výkonem jsem si nehledala, nepovažovala jsem to za důležité.*“ V druhé části této podkategorie jsme zkoumali, zda respondentky věděly o přípravě před výkonem (holení, odložení šperků, odlakování nehtů, odstranění zubní protézy, kontaktních čoček, bandáže DK). R1 uvedla: „*Obecně jsem si myslela, co bude obsahovat předoperační příprava, přece jsem také zdravotník, ale konkrétně, jaká je před tímto výkonem jsem nevěděla. Jediné co jsem věděla, bylo, že mám být oholená, to jsem provedla před nástupem do nemocnice. Na oddělení, při ukládání na pokoj mě informovala sestřička o přípravě před výkonem. Zeptala se mě, zda jsem oholená a zkontrolovala mi to. Dále mě poučila, pokud mám šperky, tak, že je musím sundat, jestli mám kontaktní čočky či brýle a jestli mám vlastní zuby, to mě opravdu pobavilo. Upozornila mě, že si tyto osobní věci mám uklidit do tašky a že si za ně nesu*

zodpovědnost. Také mi ukázala, kde máme záchod a koupelnu, a že tam najdeme čisté vložky. Po tomto monologu mi řekla, že posléze přijde, zaváže mi nohy a dá mi tabletku na zklidnění před anestézií, myslím, že to byl Diazepam. Takto podané informace byly pro mne naprosto dostačující, nemám k tomu co vytknout.“ R2 uvedla: „Věděla jsem něco od mé sousedky, která byla na tomto zákroku před měsícem.“ Dále uvedla: „Růžena říkala, abych si nebrala žádné zlato, řetízky a tak, že to v nemocnici nesmím mít.“ Poté jsem věděla o oholení od sestřičky od mého pana doktora Tůmy a ostatní jsem se dozvěděla od sestřičky na oddělení, která mě ukládala na pokoj. Dala mi přesné instrukce o tom, co mám dělat, co si mám sundat, co si mám obléci, kam si mám dát osobní věci a co se mnou bude dělat. Myslím tím, že mi zavázala nohy, dala mi tabletku a píchla mi nějakou injekci do ramene, prý na ředění krve.“ R3 uvedla: „O předoperační přípravě jsem věděla od mé sestry, která mě opravdu důkladně poučila. Vysvětlila mi, že nemám mít s sebou šperky, velké peníze a abych neměla nalakované nehty. Dále co si s sebou mám vzít do nemocnice a také, abych nezapomněla na léky, které užívám. O oholení jsem věděla od sestřičky od mého gynekologa a zbytek jsem se dozvěděla od sestřiček na oddělení. Ty mě poučily o bandážích, o injekci na ředění krve a o nějaké tabletě na zklidnění. Posléze mi všechno provedly a já už jen čekala, než pojedou na sál.“ R4 uvedla: „Neměla jsem ani tušení o nějaké přípravě, sestřička u gynekologa se sice zmínila o nějakém oholení, ale řekla, že mi vše udělají v nemocnici. To se také stalo, sestřička na oddělení mě tedy oholila. Musela jsem si vyndat zuby, sundala jsem si prstýnky. Poté mi sestřička zavázala nohy, píchla nějakou injekci, nevím, asi to byla ta oblbovačka před operací. Ještě jsem musela spolknout malou tabletku, to bylo prý na zklidnění, ale nic jsem nepocítovala. Pak jsem si lehla a čekala jsem docela dlouho, než mě odvezli na sál.“ R5 uvedla: „Věděla jsem o všem z minulého výkonu, nic se nezměnilo, byla jsem na to i tak připravená.“ R6 uvedla: „Samozřejmě jsem věděla o oholení, oholená jsem byla a s ostatním jsem se setkala již při operaci žlučníku, tak to pro mne nebyla žádná novinka. Tyto informace mi poskytla sestřička, která mě ukládala na oddělení.“ Doplňující otázka v druhé části této podkategorie byla, „Kdo vám poskytl nejvíce informací o předoperační péči.“ Ze získaných odpovědí na tuto položenou otázku jasně

vyplývá, že ošetřující personál je v poskytování informací o předoperační přípravě na prvním místě a je nezastupitelný. Všech šest respondentek shodně odpovědělo ku prospěchu porodních asistentek. R1 uvedla: „Rozhodně sestřička na oddělení mi poskytla nejvíce informací.“ R2 uvedla: „Nejvíce informací jsem dostala od sestřiček na oddělení, měly ráno fofr, ale i tak se snažily.“ R3 uvedla: „Nejvíce informací mi asi řekla moje sestra a pak také sestřičky na oddělení.“ R4 uvedla: „Zkušenosti o předoperační péči jsem měla již z minulosti, ale rozhodně nejvíce informací jsem dostala od sestřičky na oddělení.“ R5 uvedla: „U předchozího i u nynějšího výkonu jsem nejvíce informací získala od sestřiček.“ R6 uvedla: „Nejvíce informací o péči jsem získala od sestřičky, která se o mě starala před operací.“

C. Zajištění intimity (vyšetřování, sepisování dokumentace, podávání informací)

Zajištění intimity je podkategorií, která nám měla ukázat profesionální přístup zdravotnického personálu při příjmu pacientek. Z rozhovorů jsme zjistili, že čtyři respondentky měly zajištěnou intimitu a dvě ne. R1 uvedla: „Intimita mi při příjmu zajištěna byla, nevidím v tom nějaký problém. Všichni se chovali profesionálně a za to je musím pochválit. Když jsem na ambulanci podstupovala vaginální vyšetření, byla přítomna jen jedna sestřička, byla milá a vše mi vysvětlila. Lékař byl také profesionální a jemný. Při sepisování dokumentace jsem měla prostor na otázky, celková komunikace mezi mnou a lékařem byla na dobré úrovni. Rozhodně jsem neměla narušenou intimitu.“ R2 uvedla: „Intimita mi z mého pohledu zajištěna nebyla. Na ambulanci stále někdo pobíhal, měnily se sestry, bylo tam celkově rušno. Nevěděla jsem, co mám dělat a lékaři odpovídat. To, ale nemohu říci o oddělení, tam to bylo již v pohodě.“ R3 uvedla: „Intimita mi byla zajištěna. A to při příjmu a při veškerých administrativních a ošetrovatelských úkonech. Nepociťuji žádnou psychickou újmu.“ R4 uvedla: „Při příjmu vše probíhalo dobře, necítila jsem se nikterak ponížena, takže si myslím, že jsem měla zajištěnou intimitu.“ R5 uvedla: „V případě intimity při příjmu jsem neměla žádný velký problém, jak u prvního výkonu, tak i u druhého výkonu.“ R6 uvedla: „Intimita mi rozhodně

zajištěna nebyla. Při vaginálním vyšetření se mi neustále střídaly sestry a neustále někdo otevíral dveře. I když jsem byla za paravánem, bylo to přesto nepříjemné. Dále při komunikaci s lékařem jsem problém neměla. Byla tam již jen jedna sestřička a nikdo nás v podstatě při rozhovoru nerušil.“

D. Pocity před výkonem

V této podkategorii jsme zjišťovali psychický stav pacientek před výkonem. R1 uvedla: *„Před výkonem jsem byla bezmocná, osamělá a vystrašená“*. R2 uvedla: *„Cítila jsem se pod psa, bála jsem, ani na to nechci vzpomínat.“* R3 uvedla: *„Byla jsem nervózní a hrozně jsem se bála. Sestřička na oddělení se mě snažila uklidnit a na operačním sále byli všichni úžasní, ale má nervozita stejně nezmizela.“* R4 uvedla: *„Před výkonem jsem se cítila v celku dobře, strach jsem neměla. Víte co já už mám za sebou, to byly závažnější operace.“* R5 uvedla: *„Měla jsem strach, už podruhé stejný výkon a neustále jsem měla myšlenky na to, jak dopadne histologie. Pan primář mě upozorňoval, že pokud výsledek nebude příznivý, bude mi opět doporučovat odstranění dělohy. A to si neumím představit.“* R6 uvedla: *„Cítila jsem se špatně, měla jsem velký strach a to čekání, než půjdu na řadu, bylo nekonečné.“*

E. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí před výkonem

Touto podkategorii jsme zkoumali, jak byly dotazované respondentky spokojené s ošetrovatelskou péčí před výkonem. Všech šest respondentek uvedlo, že bylo s poskytovanou péčí před výkonem spokojeno. R1 uvedla: *„Byla jsem moc spokojená, všechno bylo super.“* R2 uvedla: *„V celku jsem s péčí spokojená byla, až na to běhání sestřiček a jiných na ambulanci.“* R3 uvedla: *„Spokojená jsem byla velmi, všichni jsou tu úžasní, je tu dobrá atmosféra, i když to tu běží jako na běžícím páse.“* R4 uvedla: *„S veškerou péčí jsem zde byla spokojená, všichni byli vstřícní. Bylo o mě vzorně postaráno.“* R5 uvedla: *„Ano, s péčí jsem byla velmi spokojená.“* R6 uvedla: *„Byla jsem moc spokojená, až mě to samotnou překvapilo.“*

Kategorie 5: Pooperační péče po výkonu

Tato kategorie pooperační péče po výkonu konizace je obsáhlá a to již z pohledu vytyčených podkategorií. Výzkumné šetření bylo zaměřeno zejména na informovanost o pooperační péči, o monitoringu a pooperačních komplikacích, o domácí péči a o prognóze tohoto onemocnění. Dalším předmětem zkoumání byly pocity žen bezprostředně po výkonu. Poslední část kategorie pět zahrnuje hodnocení ošetrovatelské péče po výkonu. Jednotlivé podkategorie jsou pro srozumitelnější přehlednost označeny velkými tiskacími písmeny.

A. Informovanost o pooperační péči

Podkategorií informovanost o pooperační péči jsme zkoumali, zda respondentky měly zájem o informace o ošetrovatelské péči po výkonu. Ve smyslu, zda čerpaly informace z dostupných informačních zdrojů. Dále naším cílem této podkategorie byl monitoring pooperačního stavu. Zajímalo nás, do jaké míry byly respondentky informované porodní asistentkou o sledování svého stavu po výkonu (FF, stav vědomí, vyprazdňování, krvácení, bolest, odeznívání anestézie). Z rozhovorů překvapivě vyplývá, že všech šest respondentek shodně odpovědělo, že informace o ošetrovatelské péči po výkonu nevyhledávaly. R1 uvedla: *„Nehledala jsem si žádné informace o ošetrovatelské péči, ani mě to nenapadlo. Spíše mě zajímala prognóza tohoto onemocnění, zejména zda budu moci mít druhé dítě. Již o dvě jsem přišla, tak tento problém považuji za další komplikaci v cestě za dítětem. Moc po něm toužím.“* R2 uvedla: *„O ošetrovatelské péči jsem si nic nehledala, ani mě to nenapadlo.“* R3 uvedla: *„Informace o ošetrovatelské péči jsem si nehledala, neměla jsem k tomu důvod, má sestra mi podrobně vše vylíčila.“* R4 uvedla: *„Ne, tyto informace jsem si nehledala, proč bych si je měla hledat? Předpokládala jsem, že se po operaci, budu cítit dobře a péče mi bude zajištěna.“* R5 uvedla: *„Neměla jsem potřebu si hledat informace o ošetrovatelské péči, znala jsem to již z minulé hospitalizace.“* R6 uvedla: *„Informace o péči jsem si nevyhledávala, považuji za samozřejmé, že se o mě po operaci postarají. Spíše mě zajímala prognóza tohoto onemocnění.“*

Další částí o informovanosti pooperační péče je již zmíněný monitoring. V položené otázce zda respondentky věděly, co u nich bude porodní asistentka sledovat po výkonu, odpověděly celkem příznivě. R1 uvedla: „Ano, věděla jsem vše od sestřičky na dospávacím pokoji. Při příjezdu ze sálu na tento pokoj mi vše vysvětlila. Řekla mi, že mě napojí na přístroj, který mi bude snímat srdíčko a jak dýchám, dále mi měřila tlak a kontrolovala vložku. Také mi řekla, jak dlouho budu na dospávacím pokoji ležet a co se, se mnou bude dít po dospání. A také jsem to předpokládala, že mi budou měřit tlak, puls a budou mě kontrolovat po anestézii.“ R2 uvedla: „Sestřička, která mě ukládala, při příjmu na pokoj se zmínila, že po výkonu půjdu na dospávací pokoj a mou tašku s osobními věcmi mi tam prý přesunou. Opravdu se vše tak stalo. Ale přesně co mi budou kontrolovat, mi nikdo nevysvětlil. Probudila jsem se na operačním sále, můžu říci, že to byl úžasný pocit, krásně jsem se vyspala, po dlouhé době. Poté mě zřízenec a sestřička dovezli na takový velký pokoj, bylo nás tam myslím šest a sestřička mi dala na prst takový kolík a pípala jsem, občas mi změřila tlak a podívala se na vložku. Myslím, že jsem tam byla zhruba dvě hodiny. Poté mě opět převáželi na jiný pokoj a odtud jsem šla po vizitě domů.“ R3 uvedla: „Nic, jsem nevěděla. Probudila jsem se a bylo mi hrozně špatně, bolelo mě břicho a chtělo se mi zvracet. Takže si vůbec nepamatuji, že mi sestřička něco říkala. Víím, že mi měřila tlak, koukala na vložku a na něco jsem byla napojená. Až po převozu na můj první pokoj jsem se začala dávat trochu dohromady a vnímat co mi sestřičky říkají.“ R4 uvedla: „Od příjmu jsem již věděla, že budu někde sledovaná a hned se na pokoj nevrátím. Ze sálu mě přivezli na dospávací pokoj, kde se mě ujala sestřička, která nás tam hlídala. Řekla mi, že můžu ještě spát, že mi dá na prst kolíček, kterým si mě bude hlídat. Poté mi měřila tlak a koukala se na krvácení. Něco mě hrozně tlačilo v pochvě, řekla jsem to sestřičce a ta mi odpověděla, že tam mám zavedenou tamponádu. Nebolelo to, ale spíše hrozně tlačilo, sestřička zavolala lékařku a ta rozhodla tamponádu vyndat. Hrozně se mi ulevilo, když tu tamponádu vyndala. Dále jsem již žádné potíže neměla, prospala jsem se, a když mě po dospání přestěhovali, vysprchovala jsem a bylo mi fajn.“ R5 uvedla: „Co se bude dít, kde budu a co mi budou sledovat, po výkonu jsem věděla již z minulé hospitalizace. Jediné co bylo nové,

že jsem měla zavedenou tamponádu. Tu jsem minule neměla, tak mě to trochu vyděsilo. Tentokrát se mi chtělo zvracet a ta tamponáda mě tlačila, chtělo se mi i hrozně „čůrat“. R6 uvedla: *„Konkrétně jsem nevěděla, co u mě bude porodní asistentka sledovat, ale po příjezdu na dospávací pokoj mi asistentka oznámila, že zde budu dvě hodiny, a že si mě bude hlídat. Mně to vlastně stačilo, bylo o mě postaráno.“*

B. Informovanost o komplikacích po výkonu lékařem

Každý operační výkon přináší i možné komplikace. Riziko komplikací hrozí i u výkonu konizace, rekonizace. Tato podkategorie nastiňuje informovanost respondentek o možných komplikacích po výkonu. Podání těchto informací je v kompetenci lékaře. V položené otázce, jestli byly respondentky informované o komplikacích po výkonu, je možné vysledovat zajímavé varianty odpovědí. R1 uvedla: *„Byl to paradox, při příjmu mě ani nenapadlo se zeptat lékaře, jestli mi hrozí nějaké komplikace během nebo po výkonu. Lékař mi při příjmu pořádně neobjasnil, jaké komplikace mohou nastat, až sestřička na dospávacím pokoji se zmínila, že mohu více krvácet a můžu mít teploty, zánět nebo průjem.“* R2 uvedla: *„O komplikacích po výkonu jsem byla asi informovaná při příjmu lékařem, ale jak jsem již odpovídala v předchozích otázkách, byla jsem docela mimo, a nějaké komplikace jsem si nepřipouštěla.“* R3 uvedla: *„Lékař, který mě přijímal na ambulanci, se o komplikacích nezminil, já se také nezeptala, ale myslím, že to bylo uvedeno opět v informovaném souhlasu.“* R4 uvedla: *„Ano, informovaná jsem o komplikacích byla, od pana doktora na té ambulanci a bylo to také napsané v souhlasech s operací. Pan doktor mi vysvětlil, že mohu po výkonu více krvácet a pokud by se tomu tak stalo, musela bych jít znovu na sál. Naštěstí mě něco takového nepotkalo.“* R5 uvedla: *„Jak jsem již uvedla, přečetla jsem si v informovaném souhlase o vzniku, možných komplikacích spojených s operačním výkonem. Nerozuměla jsem tomu a jako laik mám pocit, že se mi vždy může něco stát. A podruhé je riziko mnohem vyšší, než poprvé. Pan doktor při příjmu i pan primář mě uklidňovali, že se výkon provede co nejšetrněji a tím se sníží riziko vzniku komplikací na minimum. Samozřejmě, že jsem jim věřila, jinak bych to znovu nepodstupovala.“* R6 uvedla: *„O komplikacích*

po výkonu jsem byla informovaná lékařem na příjmu a také to bylo uvedeno v informovaném souhlase.“

C. Pocity bezprostředně po výkonu

Touto podkategorií jsme jasně zjišťovali, jak se cítily respondentky bezprostředně po výkonu. R1 uvedla: *„ Byla jsem šťastná, že je to za mnou. Bolesti jsem neměla, po fyzické stránce jsem se cítila dobře.“* R2 uvedla: *„Cítila jsem se euforicky, krásný pocit a velmi dobře jsem se vyspala.“* R3 uvedla: *„Jak jsem již uvedla, po probuzení mi bylo špatně, bolelo mě břicho a chtělo se mi zvracet. Sestřička mi dala nějakou misku, prý jsem do toho mohla zvracet a také led na podbřišek. Myslím, že jsem byla dost protivná, ale sestřička vše vydržela, zřejmě je zvyklá na takové případy jako jsem já.“* R4 uvedla: *„Bezprostředně po výkonu mě tlačila tamponáda v pochvě, nebolelo to, ale bylo to velmi nepříjemné. Po vyndání té tamponády se mi ulevilo a cítila jsem se dobře.“* R5 uvedla: *„Ihned po výkonu jsem se cítila velmi špatně, chtělo se mi zvracet, sestřička mi dala nějaké „blinkátko“, hrozně mi vadilo, bylo igelitové a měla jsem pocit, že se do toho nestřefím. Také mě tlačila tamponáda a chtělo se mi na záchod. Sestřička mi řekla, že je to normální, že mě tam ta tamponáda tlačí a vyvolává mi pocit na močení. V podstatě mi řekla, že se mi nechce a že to musím vydržet.“* R6 uvedla: *„Po výkonu mě sice bolelo břicho, ale byla jsem šťastná, že jsem se probudila. Dostala jsem led na podbřišek a po nějaké chvíli bolesti odezněly. Po té jsem se již cítila dobře.“*

D. Zajištění intimity (kontrola krvácení po výkonu, atd.)

Podkategorií zajištění intimity jsme se již zabývali v kategorii čtyři, v rámci předoperační péče před výkonem. Tato podkategorie nám měla ukázat profesionální přístup zdravotnického personálu při příjmu pacientek. Oblast intimity a její zajištění se promítá i v pooperační péči po výkonu. Opět jsme se zaměřili na profesionální přístup zdravotníků, zejména při kontrole krvácení po výkonu a poskytování potřebných informací, týkající se pooperačního stavu. Z rozhovorů vyplývá, že tři respondentky se přiklánějí k profesionalitě zdravotnického personálu a tři respondentky vnímají

nedostatky ze strany personálu při zajištění intimity. R1 uvedla: „*Intimita mi po výkonu byla zajištěna, v rámci možností. Mám na mysli to, že dospíváte na pokoji, kde nejste sama, neustále vám někdo odkrývá peřinu, aby zkontroloval krvácení. Chápu, že je to nutné, ale příjemné to přede všemi není. A když sestřička někomu něco říká, tak to slyší všechny přítomné ženy a ne vždy je to vhodné. Například, sestřička poučovala kolegyni, co ležela vedle mě, hlavně žádný pohlavní styk atd. Ale personál za to nemůže, takto jsou situované dospívací pokoje nemocnice, takže jak jsem již řekla, v rámci možností mi intimita po výkonu zajištěna byla.*“ R2 uvedla: „*Pravděpodobně mi intimita zajištěna byla. Bezprostředně po výkonu jsem se necítila nějak bezvýznamně, sice jsem neustále ukazovala vložku, ale považuji to za normální.*“ R3 uvedla: „*Intimita mi z mého pohledu v tomto případě zajištěna nebyla. Po výkonu si toho moc nepamatuji, až posléze, když jsem byla převezena na normální pokoj. Byli jsme tam tři, sestřičky stále chodily a kontrolovaly vložky. Je to pěkně nepříjemné, roztahujete nohy a někdo se vám tam neustále dívá. Celkově těžko snáším odhalování se na veřejnosti. Někdy jsou pro mě, v tomto směru, za trest i návštěvy u gynekologa.*“ R4 uvedla: „*Nejsem stydlivá, předpokládám, že kontroly krvácení a poskytování informací, které se týkají pooperačního režimu, patří k základním činnostem ošetřujícího personálu na gynekologii. Určitě to sestřičky nedělají zbytečně.*“ R5 uvedla: „*Intimita po výkonu, dle mého názoru nemůže být zajištěna, ani jedné pacientce. Není to, ani v kompetenci sestřiček, ty to mají naopak těžké. Na dospívacím pokoji hlídají šest žen, ty jsou umístěné tak blízko, že při každé nadzdvihnuté peřině pomalu vidíte na intimní místa kolegyně. Pak na tom samém pokoji vstáváte s holým zadkem a ostatní vás pozorují, jak vám to jde. Tak na otázku, zda mi byla zajištěna intimita, mohu klidně odpovědět, že nebyla.*“ R6 uvedla: „*Intimita, a jestli mi byla zajištěna? To rozhodně nebyla. Na dospívacím pokoji nás bylo víc a všichni vidí, jak vám kontrolují krvácení, alespoň mi to tak přišlo.*“

E. Informovanost o domácí péči

V pooperačním období po konizaci, či rekonizaci je důležité dodržovat správný režim, tzv. režim v šestinedělí. Informovanost o domácí péči je nezbytnou součástí

edukace pacientek před propuštěním do domácího prostředí. V této podkategorii jsme se zaměřili na to, zda byly respondentkám poskytnuté informace o domácí péči. A kdo jim tyto informace poskytl. R1 uvedla: „*O domácí péči, tedy o tom jak se mám chovat a co vše musím dodržet po výkonu, mě informovala sestřička na dospávacím pokoji. Hlavně mě zajímalo, kdy budu moci chodit plavat. Byla jsem zaskočená, že také musím dodržet režim po porodu.*“ R2 uvedla: „*Myslíte o tom, jak se mám chovat po výkonu, že se mám sprchovat, žádný pohlavní styk atd. Toto jsem se dozvěděla od sestřiček v průběhu hospitalizace, stále nás o něčem poučovaly.*“ R3 uvedla: „*Tyto informace jsem získala od paní doktorky, která přišla večer na vizitu, ale bylo to na můj dotaz. Zajímalo mě, co vše musím dodržet, abych něco nezanedbala.*“ R4 uvedla: „*Ano, byla jsem informovaná o domácí péči, od sestřičky na oddělení. Pan doktor se mi o něčem takovém nezmínil.*“ R5 uvedla: „*Informace o tom, jaký režim mám dodržovat doma, jsem dostala při propuštění již u prvního výkonu a to od paní doktorky. Nyní mi ještě nikdo nic neřekl, ale předpokládám, že se to dozvím opět při propuštění a postup bude stejný.*“ R6 uvedla: „*Potřebné informace o dodržování režimu po výkonu jsem dostala od sestřičky na dospávacím pokoji. Sestřička to tam již vysvětlovala vedle kolegyni, tak jsem se přidala a ona nám to podrobně vysvětlila.*“

F. Informovanost o prognóze onemocnění děložního čípku do budoucnosti

Předmětem zkoumání této podkategorie bylo množství informací o prognóze tohoto onemocnění. Zajímalo nás, jestli respondentky hovořily s lékařem na toto téma a zda si jsou vědomy toho, jak se bude postupovat po výkonu v budoucnu. R1 uvedla: „*Částečně jsem byla informovaná mojí gynekoložkou o tom, jak se bude dále postupovat. Ale vše se odvíjí od histologie, jak dopadne. Věřím, že histologie dopadne dobře a toho druhého dítěte se konečně dočkám.*“ R2 uvedla: „*O všem, jaké varianty mohou nastat, jsem již hovořila s panem doktorem Tůmou. Bojím se jak čert kříže, jak výsledky dopadnou.*“ R3 uvedla: „*Informovaná jsem byla mým gynekologem, domluvili jsme se, že počkáme, jak vyjde histologie a dále bychom se domluvili*

na dalším postupu. Samozřejmě mě nejvíce zajímalo, zda budu moci mít v budoucnu děti, někdy si rodinu budu také přát.“ R4 uvedla: „Ani jsem informovaná o prognóze nebyla, můj pan doktor mi řekl, že uvidíme, jak vše vyjde a pak by, při nejhorším bylo další řešení. Měl na mysli, asi zřejmě nějakou operaci, tak doufám, že nebudu muset něco dalšího podstupovat a tímto to skončí.“ R5 uvedla: „Než jsem šla na první výkon, tak mi můj gynekolog řekl, že je třeba to ošetřit, abych z toho neměla něco špatného a aby mi zbytečně nevzali dělohu. Posléze jsem i o prognóze hovořila s panem primářem v krajské ambulanci. Pan primář mluvil rozumě, domluvili jsme se na rekonizaci a vyčkáme na výsledky.“ R6 uvedla: „O tom, jak se bude postupovat v případě, že výsledky konizace nebudou příznivé, jsem již diskutovala s mým gynekologem. Stejně mě to stále zajímá, jak mi to dopadne a co bude dál. Všichni mi říkají, že musím počkat na histologii, ale to čekání bude pěkně dlouhé.“

G. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí po výkonu

Touto podkategorií jsme opět zjišťovali spokojenost dotazovaných respondentek s poskytnutou ošetrovatelskou péčí po výkonu. Jako doplňující a poslední otázka tohoto výzkumného šetření byla, co by respondentky zlepšily v rámci hospitalizace. R1 uvedla: „Jsem velmi spokojená a jsem i zároveň překvapená, jak dobře to může v nemocnici fungovat. Je zde velmi kvalitní ošetrovatelská péče. A jediné co bych zlepšila, je čas. Čas čekání na výkon, zdálo se mi to příliš dlouhé.“ R2 uvedla: „Se sestřičkami na oddělení jsem byla spokojená, byly hodné, milé a vstřícné mým dotazům, nic pro ně nebyl problém. Zato o panu doktorovi se to říci nedá. Neměl na nás vůbec čas, na vizitě to prolétl, šup, šup, ukažte mi vložku a byl pryč. A co bych změnila? Na oddělení bych neměnila nic, bylo to v rámci možností i příjemné. Ambulance byl očištěc, takže jediné co bych, zlepšila, by bylo soukromí na ambulanci. Ne, aby to tam bylo jako průchodák a nešlo to jak na běžícím páse. Tam jsem se opravdu cítila mizerně, to mi věřte. A zlepšila bych i přístup některých doktorů, byli dost chladný, žádný cit.“ R3 uvedla: „Byla jsem spokojená, sestřička co se o nás starala na dospávacím pokoji, byla moc fajn, avšak některé sestřičky na oddělení a na ambulanci byly chladnější a méně empatické. S lékaři to celkem šlo,

je to tak na stejné úrovni, jako u těch sestřiček. A zlepšila bych akorát ten dospávací pokoj, bylo tam moc lidí, nezajištěná intimita a to i na normálním pokoji, bylo to pro mne dost stresující a nepříjemné.“ R4 uvedla: „S péčí jsem byla velmi spokojená, jak před operací, tak po operaci. Sestřičky jsou zde na správném místě. Neměnila bych nic, vše tu bylo v pohodě. Všem patří velké díky.“ R5 uvedla: „ Celkem jsem byla s péčí spokojená. Jen mi vadilo, že nás na dospávacím pokoji bylo moc. Působilo to na mě neosobně, chápu, že to není v silách personálu zlepšit vybavení pokoje, ale stojí to za zdůraznění. Dále musím ocenit sestřičky, i když toho měly hodně, byly stále milé. Na otázku, co bych zlepšila? Zlepšila bych zejména ten systém, moc žen najednou, málo personálu, který tam běhá, snaží se, ale působí to chaoticky.“ R6 uvedla: „Když pomínu strach z operace, tak péče byla na vysoké úrovni. Jediné co bych změnila je, že bych zajistila větší intimitu při přijetí i po výkonu, zejména na dospávacím pokoji. Doufám, že se sem znovu s nějakými problémy nevrátím.“

4.3 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

Tabulka 2 Počet konizací v Nemocnici České Budějovice, a. s. v letech 2005 - 2014

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Počet pacientek	139	194	205	202	242	194	277	351	309	357

Zdroj: Vlastní výzkum dle dat ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace Nemocnice České Budějovice, a. s.

V **tabulce 2** je zachycen počet pacientek, které podstoupily konizaci v Nemocnici České Budějovice, a. s. v letech 2005 - 2014. Z tabulky vyplývá, že se počet pacientek se zvyšuje. V roce 2014 bylo provedeno celkem 357 konizací, což je nárůst téměř 157 procent oproti roku 2005 (139 konizací).

Tabulka 3 Konizace v Nemocnici České Budějovice, a. s. v letech 2005 - 2014

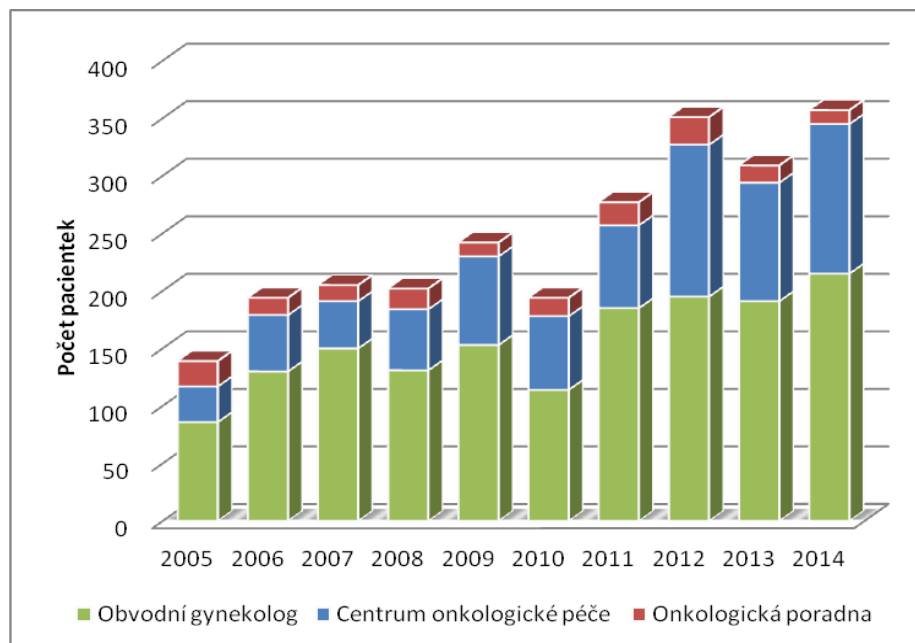
Rok	Počet pacientek	Průměrný věk	Počet rekonizací		Počet hysterectomií		Dispenzarizace					
							Centrum onkologické prevence		Onkologická poradna		Obvodní gynekolog	
2005	139	39,2	5	3,6%	18	12,9%	31	22,3%	22	15,8%	86	61,9%
2006	194	36,6	9	4,6%	23	11,9%	49	25,3%	15	7,7%	130	67,0%
2007	205	39,2	8	3,9%	20	9,8%	41	20,0%	14	6,8%	150	73,2%
2008	202	40,3	8	4,0%	32	15,8%	53	26,2%	18	8,9%	131	64,9%
2009	242	36,4	8	3,3%	24	9,9%	77	31,8%	12	5,0%	153	63,2%
2010	194	35,4	5	2,6%	22	11,3%	64	33,0%	16	8,2%	114	58,8%
2011	277	37,3	13	4,7%	21	7,6%	72	26,0%	20	7,2%	185	66,8%
2012	351	35,2	26	7,4%	34	9,7%	132	37,6%	24	6,8%	195	55,6%
2013	309	35,9	16	5,2%	17	5,5%	103	33,3%	15	4,9%	191	61,8%
2014	357	35,9	14	3,9%	21	5,9%	130	36,4%	12	3,4%	215	60,2%
celkem	2470	37,1	112	4,5%	232	9,4%	752	30,4%	168	6,8%	1550	62,8%

Zdroj: vlastní výzkum dle dat ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace Nemocnice České Budějovice, a. s.

V **tabulce 3** je zachycen přehled rekonizací, hysterectomií a dispenzarizace v Nemocnici České Budějovice, a.s. v letech 2005 – 2014 rozdělených podle počtu a procentuálního podílu na celkovém počtu pacientek. Z tabulky je patrné, že počet rekonizací stoupá úměrně s počtem pacientek, které podstoupily konizaci. Procentuální podíl hysterectomií vzhledem k celkovému počtu pacientek má klesající tendenci. Pro větší přehlednost jsou dispenzarizace zachyceny v **grafu 1**. Dispenzarizace v centru onkologické prevence vzrůstá. V roce 2014 bylo v centru onkologické prevence dispenzarizováno 130 pacientek, což je nárůst oproti roku 2005 o 319 procent. Dispenzarizace pacientek v onkologické poradně klesá. V roce 2014 bylo v onkologické poradně dispenzarizováno 12 pacientek, což je pokles o 45 procent oproti roku 2005. Počet dispenzarizací u obvodního gynekologa roste úměrně s počtem pacientek, které podstoupily konizaci. V tabulce je rovněž zachycen průměrný věk

pacientek v jednotlivých letech, který je pro větší přehlednost zobrazen v **grafu 2**. Z lineárního trendu v tomto grafu je zřejmé, že se potvrdila hypotéza o snižujícím se věku pacientek, které podstoupily konizaci.

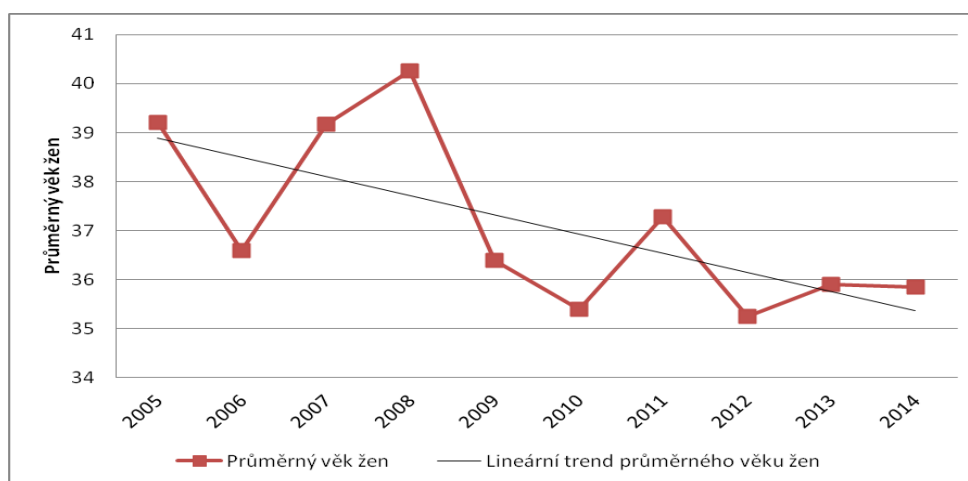
Graf 1 Počet konizací v Nemocnici České Budějovice, a. s. v letech 2005 - 2014, dle dispenzarizace



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 zachycuje dispenzarizovanou péči v Nemocnici České Budějovice, a. s. v letech 2005 – 2014, dle celkového počtu pacientek, u nichž byla provedena konizace s následnou rekonizací a hysterectomií. Z grafu je patrné, že dispenzarizace v centru onkologické prevence vzrůstá, naopak dispenzarizace v onkologické poradně má klesající tendenci. Dispenzarizace u obvodního gynekologa stoupá úměrně s dispenzarizací v centru onkologické prevence.

Graf 2 Průměrný věk žen s provedeným výkonem konizace v Nemocnici České Budějovice, a. s. v letech 2005 – 2014



Zdroj: Vlastní tvorba dle dat ze zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace Nemocnice České Budějovice, a. s.

Graf 2 zobrazuje průměrný věk pacientek a lineární trend v jednotlivých letech 2005 – 2014. Z lineárního trendu v tomto grafu je zřejmé, že se potvrdila hypotéza o snižujícím se věku pacientek, které podstoupily konizaci.

5 DISKUZE

V průběhu života ženy dochází k řadě změn na děložním hrdle a jeho epitelu. V důsledku těchto změn mohou vzniknout prekancerózy a posléze i zhoubné nádory. Výskyt prekanceróz děložního hrdla v posledních letech narůstá. Dysplastické změny děložního epitelu patří k přednádorovým procesům, které mohou plynule přecházet v karcinomy. Karcinom děložního čípku je v celosvětovém měřítku druhým nejčastějším zhoubným bujením reprodukčního systému u žen. Je to jediný karcinom, kterému se dá předejít a to systematickým screeningem a sledováním rizikových faktorů. Ale, i přes screeningový program a důkladné preventivní prohlídky, dochází stále k většímu výskytu prekanceróz a invazivních karcinomů (29, 30).

Dominantní způsob ošetření prekanceróz děložního hrdla je excizní výkon konizace, popřípadě rekonizace. Toto chirurgické ošetření vykazuje vysokou terapeutickou efektivitu. V rámci ošetrovatelské péče o ženy s indikovaným výkonem konizace je důležité, aby porodní asistentka dostatečně připravila pacientky na výkon, pohovořila s nimi, uklidnila je a správně je edukovala, nejenom o předoperační péči, ale i o pooperační a domácí péči. Takto provedená příprava a edukace žen porodní asistentkou značí o dobré komunikaci a spolupráci hospitalizovaných pacientek (26, 30).

Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjistit informovanost žen o předoperační a pooperační péči po gynekologickém výkonu, konizaci. Dalším cílem bylo zmapovat ošetrovatelskou péči o ženy s tímto onemocněním. V neposlední řadě, v rámci kombinace kvantitativního výzkumného šetření byly vytyčeny další dva cíle, jejichž účelem bylo zjistit, zda se snižuje věk žen a jaká je prognóza žen s onemocněním děložního čípku v budoucnosti.

Do výzkumného souboru byly zařazeny ženy s onemocněním děložního čípku, které byly hospitalizované na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., u nichž byl proveden výkon konizace a rekonizace. Ženy v době rozhovorů byly již po výkonu, kompenzované a jejich odpovědi byly přiléhavé. Výzkumný vzorek tvořilo šest žen, jejich věk byl od 23 do 58 let. Úvodní část výzkumu byla zaměřena na objektivní informace o respondentkách. Na základě těchto informací

byla vytvořena tabulka s identifikačními údaji. Tato **tabulka 1**, přesně zobrazuje základní charakteristiku respondentek. Z tabulky jednoznačně vyplývá, zda respondentky trpěly častými výtoky a jaký výkon podstoupily. Pět žen podstoupilo konizaci a jedna žena rekonizaci. Již tento poměr výzkumného vzorku, provedených konizací a rekonizací, značí o vysoké profesionalitě lékařů a jejich preciznosti chirurgického ošetření prekanceróz děložního hrdla. Výsledky výzkumu byly zpracovány do pěti kategorií, které byly dále rozděleny na jednotlivé podkategorie.

V první části výzkumu jsme se zaměřili na informace o životním stylu pacientek a na informace o gynekologické prevenci. Dodržování zdravého životního stylu přispívá k plnohodnotnému zdraví. Ale bohužel existuje i řada rizikových faktorů, které se mohou podílet na vzniku prekanceróz a invazivních karcinomů. Získané informace o životním stylu respondentek nám měly ukázat na přítomnost rizikových faktorů. Dle Roba, který se zmiňuje nejenom o epidemiologických studiích, které identifikovaly řadu rizikových faktorů, ale také se zmiňuje o jednom z nejvýznamnějších rizikových faktorů, lidského papillomaviru HPV. To prezentuje i Mašata. Náš výzkum tyto poznatky potvrdil. Čtyři ze šesti respondentek měly pozitivní testy na HPV (R1, R2, R3, R5). Ale naopak z dalších významných rizikových faktorů se nedá jednoznačně říci, že přispěly k onemocnění děložního čípku. Tomu naznačuje i fakt, že například kouření, jako velký karcinogen, převládá pouze u jedné respondentky (R2). Zbýlých pět (R1, R3, R4, R5, R6) se považuje za nekuřáčky, i když dvě z vyjmenovaných pěti (R4, R5) v minulosti kouřily (22, 29).

V již zmíněné části tohoto výzkumu jsme potřebovali také získat náhled o celkové informovanosti gynekologické prevence. Roztočil ve své publikaci uvádí, že podstatná část gynekologické péče má vlastně preventivní charakter i tehdy, když žena přichází s konkrétním zdravotním problémem. Proto jsme se zaměřili na jednotlivá odvětví, která souvisí s péčí obvodního gynekologa při onemocnění děložního hrdla. Ukázalo se, že na pravidelné gynekologické prohlídky chodila většina dotazovaných respondentek, tedy pět ze šesti a R2 uvedla: „*Dříve jsem chodila sporadicky, tak jednou za dva roky, pak jsem měla delší pauzu a nyní jsem u gynekologa více jak doma.*“ Dalším předmětem zkoumání bylo citlivé téma, které nastínilo sexuální stránku

respondentek, zejména před onemocněním děložního čípku. Jasně se ukázalo, že ochrana při pohlavním styku, ve smyslu kondomu je v podstatě tabu, dotazované respondentky spíše preferovaly antikoncepční pilulky. Promiskuita v tomto případě byla také u většiny respondentek potvrzena. Tím jsme opět dokázali, že již zmiňovaní autoři, ve svých publikacích dávají do popředí problematiku sexuálního chování. Z výsledku šetření ohledně informovanosti o onemocnění děložního čípku vyplývá, že nezastupitelnost v poskytování informací o tomto onemocnění má obvodní gynekolog, též je to i v případě informovanosti o předoperační přípravě. Porodní asistentka u obvodního gynekologa, dle získaných rozhovorů od respondentek, nepředstavuje roli edukátora, jak uvádí ve své publikaci Juřeníková. Naopak respondentky jí vnímají, jako ošetřovatelku s administrativní pracovníci dohromady. Erudice respondentek o očkování děložního čípku byla překvapivě vysoká. Koncem této části výzkumu jsme zjišťovali, do jaké míry jsou spokojené respondentky s péčí obvodního gynekologa. Všech šest respondentek mluvilo v superlativech (12, 30).

Průběh předoperační přípravy závisí na zdravotním stavu ženy, stanovené diagnóze a druhu operačního výkonu. Konizace jako malý gynekologický výkon je výkonem plánovaným a jeho provedení závisí na důkladných prebiopických a základních předoperačních vyšetřeních. Dle Slezákové je důležitá i psychická příprava, abychom eliminovali strach s blížícího se výkonu a hospitalizace. Především ve formě poskytování potřebných informací. V tomto výzkumném šetření jsme informovanost o předoperační přípravě rozdělili na dvě skupiny. A to podané informace lékařem a porodní asistentkou. Ze strany lékaře dostaly čtyři respondentky (R1, R4, R5, R6) informace o tom, jak bude výkon prováděn, při příjmu na ambulanci. Jaká technika výkonu bude zvolena, se přijímající lékař nezmínil ani jedné respondentce. Jejich odpovědi se v celku nelišily, respondentky hovořily o obecných údajích, které se týkají výkonu. Výjimku tvořily dva rozhovory. R2 byla informovaná pouze na operačním sále lékařem a R3 nebyly poskytnuty žádné informace o provedení indikovaného výkonu. Psychická podpora při poskytování informací lékařem je v této oblasti velmi mizivá. S informovanými souhlasly respondentky neprokazovaly výrazné problémy. Ze strany porodní asistentky směřovaly informace k ošetřovatelské péči, jelikož to bylo jedním

z našich cílu. Respondentky neprokazovaly ochotu si vyhledávat informace z dostupných zdrojů o ošetrovatelské péči před výkonem. Předpokládaly, že tyto informace dostanou v nemocnici. Tomu se také tak stalo. Ošetrojící personál, v poskytování informací o předoperační přípravě, jednoznačně vykazoval svou nezastupitelnost (34).

Trachtová, která podrobně popisuje potřeby nemocného, se také zajímá o intimitu a její zajištění. Intimita je tématem, které je stále více komentované a dodržování správných zásad se odráží v profesionalitě zdravotníků. Snažili jsme se zjistit, zda respondentkám byla zajištěna intimita v předoperační a pooperační péči. V předoperační přípravě, se v celkovém počtu odpovědí respondentek, při příjmu, dodržely zásady intimního prostředí, naopak v pooperačním období, tři respondentky se přiklánějí k profesionalitě zdravotnického personálu a tři vnímají velké nedostatky, při zajištění své intimity. Realita intimity a její zajištění, se od názorů Trachtové, odlišuje, je potřeba se na tuto oblast více zaměřit a bojovat proti konkrétním nedostatkům, jak z pozice ošetrovatelské, tak lékařské (39).

Do předoperační péče byla zahrnuta i spokojenost s ošetrovatelskou péčí a jaké měly ženy pocity před výkonem. Psychický stav a pocity, které respondentky prožívaly před výkonem, jsou velmi individuální a jejich odpovědi jsou podrobně rozepsány ve výsledcích výzkumu. Též jsme tyto odpovědi sledovali v pooperační péči, kde situace je obdobná. Spokojenost respondentek s poskytnutou péčí před a po výkonu je opět na dobré úrovni a odpovědi ve výzkumné části značí o vysoké profesionalitě porodních asistentek na tomto oddělení.

K předoperační péči patří také již zmíněná pooperační péče, opět naším záměrem byla informovanost. Předmětem zkoumání byla oblast pooperační péče, jejich komplikací, prognóze a domácí péči. Tato část výzkumu byla nejnáročnější a to ve zpracování množství informací. Zájem respondentek o vyhledávání si informací o ošetrovatelské péči po výkonu, nebyl přítomen. U pooperační péče jsme se zejména zaměřili na monitoring. To bylo v rámci ošetrovatelské péče to nejzákladnější. Sledování stavu po výkonu, o kterém se zmiňují Hůsková i Slezáková, by také měl být v povědomí žen, které podstupují gynekologickou operaci. Respondentkám

se tyto informace dostaly pouze ve formě, že někde budou sledované, ale konkrétně jakou ošetrovatelskou péči bezprostředně po výkonu u nich zajistí porodní asistentka, dostaly pouze tři respondentky a to jen okrajově (R1, R5, R6). Výzkum nám tedy ukázal, že takto podané informace ze strany porodní asistentky jsou nedostatečné. I když respondentky to nepovažovaly za negativum, spíše to vzaly tak, že taktováto péče je dostačující. To je právě ta možná chyba, nevědomí žen a mylné informace o ošetrovatelské péči. Dále do této sféry výzkumu byly zařazeny komplikace, informovanost o nich jsou v kompetenci lékaře. Zde se promítly různé varianty odpovědí. R1 nebyla informovaná od lékaře, toho zastoupila porodní asistentka, R2 byla v psychickém rozpoložení, R3 a R5, u nich hrál roli informovaný souhlas a R4, R6 byla s komplikacemi seznámena lékařem při příjmu. Odvětví komplikací, které se popisují snad v každé chirurgické literatuře, patří do základních odborných znalostí jak porodních asistentek, tak lékařů. V tomto případě pokulhávají, jejich nedostatky jsou již ukázkou tohoto výzkumného šetření (10, 34, 35).

Domácí péče po výkonu představuje rekonvalescenci a znovunavrácení do běžného života. Zde jsme získávali údaje o poskytnutých informacích o tomto režimu. Jasně jsme se přesvědčili o tom, že tento způsob informací byl podán pouze porodní asistentkou. V jednom případě byla informovanost zastoupena lékařkou. To je nedostatek v rámci léčby ze strany lékařů.

Prognóza je spojena s výsledky, ty však nemusejí být vždy příznivé, proto je důležité, jednat se ženami co nejcitlivěji a hovořit o jejich případné budoucnosti. Janíková ve své publikaci hovoří o efektivní komunikaci nejenom mezi členy ošetrovatelského týmu, ale i s pacienty, kdy výsledek správné komunikace přispívá ke zkvalitnění péče před a po výkonu, ale i v rámci dalšího pooperačního sledování. Ve výzkumném šetření jsme zjistili, že informace o prognóze tohoto onemocnění byly dle respondentek řečeny již v ordinaci obvodního gynekologa. Při hospitalizaci se lékaři odkazovali na histologii, což v psychice ženy, představuje strach a dlouhý čas, kdy čekají na výsledky (11).

V neposlední řadě tohoto výzkumného šetření byl proveden sběr vybraných dat z ošetrovatelské a zdravotnické dokumentace Nemocnice České Budějovice, a. s.,

v letech 2005 – 2014. Na základě sběru těchto dat byla provedena sekundární analýza, kde jsme chtěli ve stanovených hypotézách zjistit, zda se snižuje věk žen s onemocněním děložního čípku a zda ženy podstoupily po konizaci další operační zákrok. Obě tyto hypotézy se nám potvrdily. Počet rekonizací, jako reexcizní výkon, stoupá úměrně s počtem pacientek, které podstoupily konizaci. Naopak procentuální podíl hysterectomií, vzhledem k celkovému počtu pacientek má klesající tendenci. Z výzkumu je také patrné, že věk žen s onemocněním děložního čípku se snižuje. To názorně vystihuje **graf 2**, ve výsledcích této práce.

Internetová stránka Cervix. cz, srozumitelně poskytuje informace o celorepublikovém screeningu. Poukazuje na fakt, že prekancerózy a karcinomy děložního hrdla představují stále větší hrozbu pro ženy a dívky. Také se zaměřuje se na důležitost pravidelných gynekologických prohlídek a eliminaci rizikových faktorů, ve formě bezpečného pohlavního života a očkování. Věřím, že s rozvojem vědy, nových operativních přístupů a důkladného cervikálního screeningu, se v budoucnu podaří eliminovat prekancerózy a karcinomy děložního hrdla (4).

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na dnes již velmi diskutované téma onemocnění děložního čípku a jeho chirurgické řešení, tj. konizace, rekonizace. Výskyt onemocnění děložního hrdla neustále stoupá a incidence invazivních nádorů děložního hrdla je nepřiměřeně vysoká. Důkladný screening a včasná diagnostika by mohly v budoucnu toto onemocnění redukovat (29, 41).

Teoretická část bakalářské práce byla věnována onemocnění děložního hrdla, prekancerózám, jejich popisu, diagnostice, screeningu a rizikovým faktorům. Dále léčebnému ošetření prekanceróz děložního hrdla a to dominantní technikou, která se nazývá konizace, popřípadě jejím následným reexcizním výkonem, s názvem rekonizace. V neposlední řadě se teoretická část zabývala ošetrovatelským procesem onemocnění děložního čípku a jeho chirurgickým ošetřením.

Praktická část bakalářské práce byla zaměřena na kvalitativní výzkum v kombinaci s kvantitativním výzkumem. Kvalitativní výzkumné šetření se zabývalo zejména informovaností o předoperační a pooperační péči po gynekologické operaci a nastínilo nám, jak vnímají ženy ošetrovatelkou péči, kterou zdravotníci provádějí při jejich ošetřování. Druhá část bakalářské práce byla věnována již zmíněnému kvantitativnímu výzkumnému šetření, kde na základě vybraných dat z ošetrovatelské a zdravotnické dokumentace Nemocnice České Budějovice, a. s. byla zpracována sekundární analýza dat.

Při zpracování kvalitativního výzkumného šetření se ukázalo, že svou nezastupitelnost v poskytování informací o onemocnění děložního čípku a předoperační přípravě má obvodní gynekolog. Porodní asistentky vyšly jako nepostradatelné v informovanosti o ošetrovatelské péči před výkonem. Ale naopak v pooperační péči a její informovanosti mají nedostatky, které se však správnou edukací pacientek dají odstranit. Komplikace, domácí péče a prognóza, tyto tři termíny spolu úzce souvisí a také jejich informovanost. Z výsledků výzkumu bylo zřejmé, že informovanost o komplikacích, o domácí péči je ze strany lékařské velmi mizivá. Dá se říci, že tuto roli informovanosti přebraly z části porodní

asistentky. S informovaností o prognóze onemocnění výsledky ukazují na neutralitu, vzhledem k patohistologickým výsledkům. Jako alarmující nedostatek v předoperační a zejména v pooperační péči bylo zajištění intimity pacientek. Je velmi důležité, aby se tyto nedostatky odstranily, vzhledem k individualitě a potřebám žen. Avšak spokojenost respondentek s ošetrovatelskou péčí před a po výkonu vykazuje vysokou profesionalitu a kvalifikovanou ošetrovatelskou péčí.

V kvantitativním výzkumném šetření, byla zpracována sekundární analýza vybraných dat. Kdy se potvrdily vytyčené hypotézy, které jasně ukazují na problematické chování mladých dívek a žen v rámci gynekologické prevence. Jejich průměrný věk se odráží v onemocnění děložního čípku a nese tím riziko vzniku karcinomu. To však s sebou přináší i rizika dalšího chirurgického řešení. Z výzkumu je patrné, že věk žen s onemocněním děložního čípku se snižuje.

Vzhledem k tomu, že zpracování tohoto tématu mě velmi obohatilo v osobním a profesním životě, chtěla bych svou bakalářskou prací přispět nejenom ženám, které se potýkají s touto problematikou, ale i porodním asistentkám, které najdou využití v realizaci ošetrovatelského procesu.

7 SEZNAM LITERATURY

1. ADAM, Zdeněk et al. *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*. 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. 696 s. ISBN 80-247-0896-5.
2. CIBULA, David et al. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
3. CZUDEK, Stanislav et al. *Jednodenní chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 126 s. ISBN 978-80-247-1786-9.
4. DVOŘÁK, V., M. MICHAL a J. ONDRUŠ. Cervikální screening v České republice *Cervix* [online]. 2014 [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: <http://www.cervix.cz/index.php?pg=cervikalni-screening--ceska-republika>.
5. FREITAG, Pavel. Možnosti kontroly endocervixu při konizaci. *Gynekolog: časopis ženských lékařů*. 2012, roč. 21, č. 2, s. 60-69. ISSN 1210-1133.
6. HÁJEK, Zdeněk et. al. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 1 599 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
7. HÁJEK, Zdeněk et. al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
8. HENKOVÁ, Petra. Jednodenní chirurgie v gynekologii. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 3, s. 72-74. ISSN 1210-0404.

9. HERBECK, Georg et al. *Atlas kolposkopie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 514 s. ISBN 978-80-7345-249-0.
10. HŮSKOVÁ, Jitka a Petra KAŠNÁ. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty. Pracovní sešit II/2.díl*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 85 s. ISBN 978-80-247-2854-4.
11. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
12. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-217-2.
13. KOBILKOVÁ, Jitka et al. *Gynekologická cytodiagnostika*. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. 119 s. ISBN 80-7262-313-3.
14. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a. s. Standard ošetrovatelské péče č. 032. Předoperační příprava a pooperační péče o nemocné - operací abdominální, plánované, vaginální operace, přehled operací na ženském oddělení, r. 2010.
15. KRŠKA, Zdeněk et al. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 262 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
16. LELLÉ, J. Ralph und Volkmar KÜPPERS. *Kolposkopie in der Praxis*. 2. Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag, 2014. 319 S. ISBN 978-3-642-38307-6.

17. MACKŮ, František et al. *Kompendium gynekologických operací*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 600 s. ISBN 80-7169-154-2.
18. MAČÁK, J., J. MAČÁKOVÁ a J. DVOŘÁČKOVÁ. *Patologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 347 s. ISBN 978-80-247-3530-6.
19. MAGERČIAKOVÁ, Mariana. Edukácia chirurgického pacienta. *Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórnych metódik*. 2009, roč. XV., č. 1, s. 36-39. ISSN 1335-5090.
20. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
21. MAREŠOVÁ, Pavlína. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 301 s. ISBN 978-80-204-3153-0.
22. MAŠATA, Jaromír a Anna JEDLIČKOVÁ. *Infekce v gynekologii a porodnictví a základy jejich antiinfekční léčby*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 371 s. ISBN 80-7345-038-0.
23. MOUKOVÁ, L., R. FERANEC a J. CHOVANEC. HPV a vakcinace v prevenci karcinomu děložního hrdla. In: *Diagnostika a léčba nádorů vaječníku, čípku a těla děložního: sborník přednášek z XVII. Jihočeských onkologických dnů*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a. s., 2010, s. 4.
24. NANDA International. *NANDA – ošetrovatelské diagnózy – Definice a klasifikace 2009 – 2011*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-3423-1.

25. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
26. PLUTA, Marek. Současné trendy operační léčby u karcinomu děložního hrdla. *Referátový výběr z onkologie*. 2007, roč. 24, speciál II, s. 19-23. ISSN 0034-2815.
27. PLUTA, Marek a Vít UNZEITIG. HPV asociované gynekologické léze v dospělém věku. *Remedia*. 2010, roč. 2010, č. 4, s. 243-247. ISSN 0862-8947.
28. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
29. ROB, L., A. MARTAN a K. CITTERBART. *Gynekologie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
30. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
31. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
32. SÁK, Petr. *Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky: pro bakalářské studium ošetřovatelství*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010. 82 s. ISBN 978-80-7394-235-9.

33. SLÁMA, Jiří. Nové kolposkopické znaky – výběžky a vnitřní hranice. *Česká gynekologie: časopis české gynekologické a porodnické společnosti*. 2012, roč. 2012, č. 1, s. 22 - 24. ISSN 1210-7832.
34. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
35. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 214 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
36. ŠÁMANKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
37. TOMAGOVÁ, Martina. *Potreby v ošetrovatelství*. 1. vyd. Marín: Vydavatelstvo Osveta, 2008. 198 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
38. TÓTHOVÁ, Valerie et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
39. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. nezměněné vyd. Brno: NCONZO, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
40. TURKOVÁ, Zuzana. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2004. 116 s. ISBN 80-86432-74-2.
41. TURÝNA, Radovan a Jiří SLÁMA. *Kolposkopie děložního hrdla*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 171 s. ISBN 978-80-7262-679-3.

42. VERNEROVÁ, Zdeňka. Léze žlázového epitelu cervixu. *Praktická gynekologie*. 2006, č. 10 (2), s. 64-68. ISSN 1211-6645.
43. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
44. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2011. 512 s. ISBN 978-802-4737-706.

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Otázky pro respondentky

Příloha 2 Histopatologická terminologie prekanceróz dlaždicobuněčného epitelu a invazivního nádorů děložního hrdla

Příloha 3 Reevaluovaný systém Bethesda 2001 pro klasifikaci cytologického stěru

Příloha 4 Interval kontrolní cytologie

Příloha 5 Kolposkopická klasifikace Barcelona 2002

Příloha 6 Informovaný souhlas s výkonem konizace

Příloha 7 Perioperační záznam malý

Příloha 8 Fotografie z operačního sálu – konizace

Příloha 9 Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách taxonomie II k roku 2005

Příloha 10 Žádosti o umožnění výzkumu na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice České Budějovice

Příloha 1 Otázky pro respondentky

Identifikační otázky

1. Věk respondentek?
2. Vzdělání?
3. Zaměstnání?
4. Zda rodila či nikoliv?
5. Důvod ke konizaci?
6. Důvod k rekonizaci?

Informace o životním stylu pacientek

7. Bydlíte na vesnici nebo ve městě?
8. Jaký je váš jídelníček (zelenina, ovoce, atd.)?
9. Kouříte?
10. Pijete alkohol?
11. Vaše váha?
12. Sportujete?

Celkové informace o gynekologické prevenci

13. V kolika letech jste začala navštěvovat gynekologa?
14. V kolika letech jste měla první pohlavní styk?
15. Měla jste více partnerů – nemusíte odpovídat?
16. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky k vašemu gynekologovi?
17. Víte o očkování proti rakovině děložního čípku?
18. Jste očkovaná proti HPV virům?
19. Používáte při pohlavním styku ochranu?
20. Hledala jste si sama informace o onemocnění děložního čípku?
21. Poskytl vám informace lékař?
22. Poskytla vám informace porodní asistentka?
23. Jaké potíže vás přivedly k vašemu gynekologovi?

24. Věděla jste o přípravě před výkonem od vašeho gynekologa (odběr krve, moče, EKG)

25. Jste spokojená s ošetrovatelskou péčí u vašeho gynekologa?

Předoperační péče před výkonem

26. Hledala jste si sama informace o ošetrovatelské péči před zákrokem?

27. Poskytl vám informace lékař,

28. Poskytla vám informace porodní asistentka?

29. Byla vám zajištěná intimita (vyšetřování, sepisování dokumentace, podávání informací)?

30. Měla jste dostatek času na přečtení informovaného souhlasu?

31. Rozuměla jste informovanému souhlasu?

32. Věděla jste o přípravě před operací (holení, odložení šperků, odlakování nehtů, odstranění zubní protézy, kontaktních čoček, bandáže DK)?

33. Informoval vás lékař, jak dlouho bude výkon trvat?

34. Informoval vás lékař, jak bude výkon prováděn?

35. Byla zajištěna vaše intimita?

36. Jak jste se cítila před výkonem?

Pooperační péče

37. Jak jste se cítila bezprostředně po výkonu?

38. Věděla jste, co bude u vás po výkonu porodní asistentka sledovat (FF, stav vědomí, vyprazdňování, krvácení, bolest, odeznívání anestézie)?

39. Byla vám zajištěna intimita?

40. Hledala jste si sama informace o ošetrovatelské péči po výkonu?

41. Od koho jste dostala nejvíce informací o pooperační péči?

42. Byla jste informovaná o komplikacích po výkonu?

43. Byla jste informovaná o domácí péči?

44. Byla jste informovaná o prognóze vašeho onemocnění do budoucnosti?

Zdroj: Vlastní

Příloha 2 Histopatologická terminologie prekanceróz dlaždicobuněčného epitelu a invazivního nádorů děložního hrdla

normální dlaždicový epitel	dysplazie			karcinom		
	lehká	střední	těžká	in situ	mikroinvazivní	invazivní
	cervikální intraepiteliální neoplazie					
	CIN 1	CIN 2	CIN 3			
	skvamózní intraepiteliální léze					
LSIL	HSIL					

Zdroj: TURÝNA, Radovan a Jiří SLÁMA. Kolposkopie děložního hrdla.

1. vyd. Praha: Galén, 2010. 171 s. ISBN 978-80-7262-679-3

Příloha 3 Reevaluovaný systém Bethesda 2001 pro klasifikaci cytologického stěru

Tab. 1.8.1 Reevaluovaný systém Bethesda 2001 pro klasifikaci cervikovaginálního cytologického stěru
Zhodnocení kvality stěru <ul style="list-style-type: none">• dostatečná pro hodnocení (obsahuje buňky z exocervixu, endocervixu a z transformační zóny)• dostatečná pro hodnocení, bez endocervikálních buněk• nedostatečná pro hodnocení – stěr nehodnocený (poškozený preparát, špatná fixace) nebo nehodnotitelný (těžký zánět aj.)
Interpretace cytologického nálezu <ul style="list-style-type: none">• zhodnocení hormonálního stavu (je/není v souladu s anamnézou / funkční cytologii nelze hodnotit)• bez neoplastických intraepiteliálních změn a malignity (NILM)• zhodnocení přítomnosti mikroorganismů – kvasinek, trichomonád, aktinomycet, herpetické infekce, chlamydií, koků, smíšené flóry a známek bakteriální vaginózy• zhodnocení přítomnosti endometriálních buněk u žen nad 40 let věku, do 40 let se neuvádějí• popis jiných nenádorových změn – atrofie, reaktivní změny při zánětu, po radiaci, při IUD, metaplazie včetně nezralé, cytolýza, hyperkeratóza, parakeratóza, regenerace, přítomnost žlázových buněk po hysterektomii• buněčné epiteliální abnormality• atypické dlaždicové buňky<ul style="list-style-type: none">– ASC-US (atypické dlaždicové buňky nejasného významu – atypical squamous cells of undetermined significance)– ASC-H (atypické dlaždicové buňky, které nevylučují přítomnost HG dlaždicové léze – atypical squamous cells cannot exclude HSIL)– LSIL (low-grade squamous intraepithelial lesion)– HSIL (high-grade squamous intraepithelial lesion)– HSIL s nemožností vyloučit invazi– dlaždicobuněčný karcinom• atypické žlázové buňky<ul style="list-style-type: none">– AGC-NOS (blíže nespecifikované atypické žlázové buňky – atypical glandular cells not otherwise specified)– AGC-NEO, AGC-FN (žlázové buňky spíše neoplastického původu – atypical glandular cells favour neoplastic)– AIS (endocervical adenocarcinoma in situ)– adenokarcinom (endocervikální, endometriální, extrauterinní nebo blíže nespecifikovaný)• zhodnocení přítomnosti jiných maligních elementů – metastáz z jiných primárních zdrojů
Závěrečné hodnocení stěru <ul style="list-style-type: none">• náleze »normální, benigní« – bez neoplastických intraepiteliálních změn a malignity (NILM)• exfoliované endometriální buňky• buněčné epiteliální abnormality dlaždicových buněk a/nebo žlázových buněk• neepiteliální malignita
Doporučení cytopatologa <ul style="list-style-type: none">• při nedostatečném stěru je doporučena kontrola za 3 měsíce, je-li příčinou zánět, pak po jeho léčbě• NILM je důvodem ke kontrole za 12 měsíců, u těhotných po šestinedělí• ASC-US je nutné zkontrolovat za 3–6 měsíců, případně doplnit HPV test u žen starších 30 let• ASC-H je nutné zkontrolovat za 3 měsíce nebo provést kolposkopické vyšetření a bioptické ověření• LSIL je možné zkontrolovat za 3–6 měsíců• HSIL vždy vyžaduje provedení kolposkopie a bioptického ověření• dlaždicobuněčný karcinom je důvodem k okamžitému kolposkopickému vyšetření a bioptickému ověření• AGC-NOS je možné zkontrolovat za 3 měsíce, před kontrolou je vhodná léčba pravděpodobného zánětu, možné je již po prvním nálezu referovat k expertnímu kolposkopickému vyšetření, popřípadě doplnit HPV test• AGC-NEQ vyžaduje provedení kolposkopického vyšetření a bioptické ověření• AIS, adenokarcinom jsou důvodem k okamžitému kolposkopickému vyšetření a bioptickému ověření

Zdroj: TURÝNA, Radovan a Jiří SLÁMA. Kolposkopie děložního hrdla.

1. vyd. Praha: Galén, 2010. 171 s. ISBN 978-80-7262-679-3

Příloha 4 Interval kontrolní cytologie

Cytologie	Interval kontrolní OC (onkologické cytologie)	Biopsie
Normální nález	1 rok (u těhotných po šestinedělí)	ne
ASC-US	do 6 měsíců, doplnit HPV-HR	ano dle kolposkopie
ASC-H	do 4 měsíců	ano dle kolposkopie
L-SIL	do 6 měsíců	ano dle kolposkopie
H-SIL	ne	ano
H-SII – nelze vyloučit invazi	ne	ano
Dlaždicobuněčný Ca	ne	ano
AGC-NOS	ne	ano
AGC-NEO	ne	ano
AIS	ne	ano
AdenoCa invazivní	ne	ano
Ostatní maligní nádory	ne	ano

*Zdroj: MAREŠOVÁ, Pavlína. Moderní postupy v gynekologii a porodnictví.
1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. 301 s. ISBN 978-80-204-3153-0*

Příloha 5 Kolposkopická klasifikace Barcelona 2002

Kolposkopická klasifikace Barcelona 2002 – český překlad	
I. Normální kolposkopické nálezy	Originální dlaždicový epitel Cylindrický epitel Transformační zóna
II. Abnormální kolposkopické nálezy	Plochý bílý epitel Sytý bílý epitel* Jemná mozaika Hrubá mozaika* Jemné puntíčkování Hrubé puntíčkování* Částečně jodpozitivní zóna Jodnegativní zóna* Atypické cévy*
III. Kolposkopické nálezy svědčící pro invazivní karcinom	
IV. Nedostatečná kolposkopie	Skvamokolumnární junkce není viditelná Těžký zánět, výrazná atrofie, poranění Čípek není vidět
V. Různé nálezy	Kondylomata Keratóza Eroze Zánět Atrofie Deciduóza Polypy
Typologie transformační zóny	
TZ typu 1	je pouze na exocervixu, v plném rozsahu viditelná Může být široká nebo úzká
TZ typu 2	má endocervikální komponentu a je v plném rozsahu viditelná Exocervikální komponenta může být široká nebo úzká
TZ typu 3	má endocervikální komponentu, která není plně vidět Exocervikální komponenta může být široká nebo úzká
<small>Nálezy skupiny II. bez označení hvězdičkou představují low-grade léze Nález skupiny II. označené hvězdičkou představují high-grade léze</small>	

Zdroj: TURYNA, Radovan a Jiří SLÁMA. Kolposkopie děložního hrdla.

1. vyd. Praha: Galén, 2010. 171 s. ISBN 978-80-7262-679-3

Příloha 6 Informovaný souhlas s výkonem konizace



České Budějovice, B. Němcové 585/54, PSČ 370 87
Gynekologicko-porodnické oddělení

Identifikace:
(štítek)

Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče KONIZACE

- 1) **Povaha onemocnění:**
Konizaci rozumíme snesení části hrdla děložního ve formě kužele (konusu) s bazí na zevní části hrdla děložního a s vrcholem v kanálu hrdla. Jde o jeden z nejčastějších gynekologických operačních výkonů. Provádí se různými metodami – skalpelem, nůžkami, laserem, el. kličkou či jehlou. Nejvhodnější metodu stanovuje operátor na základě zkušeností a charakteru postižení hrdla. Ke konizaci se připojuje kyretáž zbytku hrdla a většinou i těla děložního.
- 2) **Předpokládaný vývoj onemocnění:**
Po provedení konizace se dle histopatologického nálezu doporučuje další konzervativní či operační léčba.
- 3) **Plánovaný postup při léčbě:**
Výkon se provádí v celkové narkóze v gynekologické poloze. Po desinfekci rodidel a zavedení gyn. zrcadel je ozřejmena postižená zevní část hrdla Lugolovým roztokem, sondou změřena dutina děložní, snesen konus hrdla děložního, provedena kyretáž zbytku hrdla, které je rozšířeno a připojena kyretáž těla děložního, již se získává část sliznice k histopatolog. posouzení.
- 4) **Účel zdravotního výkonu a jeho průběh:**
Cílem konizace je snesení patologického ložiska hrdla děložního s buněčnými změnami s maximálním šetřením zdravých okolních struktur.
- 5) **Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:**
*Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou velmi řídké. Mezi ně patří tvorba krevních sraženin (trombóza), uzavření tepny (embolie) – nejčastěji plicní embolie, krvácení během operace nebo po operaci, infekce. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy nebo krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je snaha o zachování všech vnitřních orgánů.
Mezi nejčastější komplikace u tohoto operačního zákroku patří pooperační krvácení rané (2%) či pozdní (0,5%). Nutno zmínit, že pooperační hojení a tím i riziko krvácení výrazně zhoršuje kouření.*
- 6) **Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a pracovní neschopnosti po provedení navrhovaného výkonu:**
Pooperační hojení bývá spojeno se špiněním. Pobyt v nemocnici je obvykle 3 dny, den operace se nepočítá. Po propuštění se doporučuje sexuální abstinence – dodržování tzv. šestinedělí do následující menstruace. Pracovní neschopnost Vám ukončí Váš obvodní gynekolog dle Vašeho zdravotního stavu.

7) Údaje o léčebném režimu a vhodných preventivních opatřeních, o preventivních kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonech:

Na základě histopatologického rozboru je stanoveno zda je konizace definitivním léčebným zákrokem nebo je nutné provést další rozšířený léčebný zákrok. Tím rozumíme hysterektomii – odejmutí dělohy či odejmutí dělohy s vaječníky, vejcovody a pánevními uzlinami. Vždy je postupováno přísně individuálně s ohledem na věk pacientky a přání další gravidity.

8) Alternativy plánovaného postupu při léčbě, jejich výhody a nevýhody:

Alternativou je diagnostická biopsie hrdla děložního a stanovení následného postupu dle histopatologického nálezu. Není ale léčebným zákrokem, protože neodstraňuje celý rozsah onemocnění a nemusí zastihnout nejtěžší buněčné změny.

Byla jsem poučena o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče.

Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče

Já, níže podepsaná prohlašuji, že jsem obdržela výše uvedené informace a těmito informacím jsem porozuměla. Lékařem mi bylo vše osobně vysvětleno, měla jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno.

Tomuto poučení a poskytnutým informacím jsem plně porozuměla. **Výslovně souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výše uvedeného výkonu.**

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s provedením veškerých dalších potřebných a neodkladných výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví.

Dne:.....

Hodina:

Podpis pacienta (zákonného zástupce):.....

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....

Příloha 7 Perioperační záznam malý

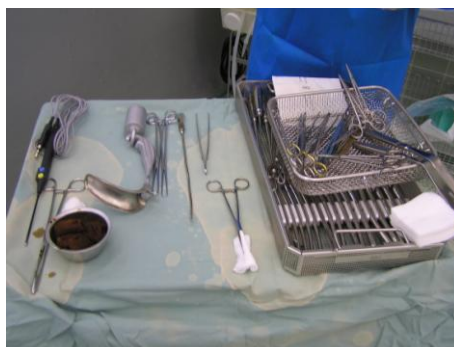
PERIOPERAČNÍ ZÁZNAM MALÝ				
Nemocnice Č.Budějovice a.s. - ŽO operační sál				
Jméno pacienta	Datum	Antisept	Anestezie	Poloha
	Začátek	Braunol	Celková	Gynekologická
	Konec	Bor.voda 3%	Lokální	Na zádech
		Octenisept	Jiná:	Jiná:
Druh operace		Jiná:	Kontrola pacienta:	
UPT mini , UPT	Akutní	Šicí materiál	Léky, roztoky	
RCUI	Plánovaná	Vicryl	Mesocain 1 %	
PC	Aseptická	Vicryl rapid	Mesocain gel	
Condylomata	Septická		Na Cl 0,9 %	
Hysteroskopie	Pomůcky		Glycin	
Punkce ascitu	Aspirační kanyla č.		Sol.Lugol	
Konizace	Tamponáda		Sol.Ferri trichlorati 15 %	
Cystoskopie	Teflonová souprava		Adrenalin	
Synechie			Gelaspon	
	Přidané nástroje			
Použitá síta				
Konizační kontejner			Koagulace	
Malé výkony			Erbe ICC 300 v.č. F - 1449	
			Erbe ICC 350 v.č. A - 3026	
	Histologie		Erbe VIO v.č. 11290856	
			Olympus ESG - 400 v.č. 12269W/130019	
		Bipolár	Unipolár	Loop
		El.n.LDK	El.n.PDK	Koag.kulička
Hysteroskopická sestava			Operatér MUDr.	
Operační stůl RAMED 5300 EN vč 0601			Asistent MUDr.	
Operační stůl MAQUET 1131 12 BO vč 02972			Asistent MUDr.	
Operační stůl MAQUET vč 11039			Instrumentářka	
Odsávačka CHEIRON vč 05111288			Periop.sestra	
UZ MEDISON SAR 5 SN: B 13310300000070				
			Sanitář	
Za dokumentaci zodpovídá				

Příloha 8 Fotografie z operačního sálu – konizace

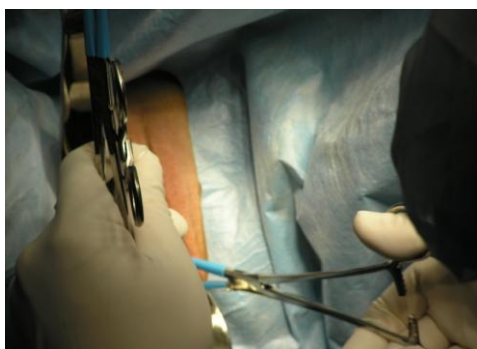
Fotografie 1 Konizační síto



Fotografie 2 Příprava ke konizace



Fotografie 3 Operační výkon



Fotografie 4 Konizát



Zdroj: Vlastní

Příloha 9 Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách taxonomie II k roku 2005

Diagnostická doména	Třída	Ošetrovatelská diagnóza	Číselný kód
1. PODPORA ZDRAVÍ	Povědomí zdraví		
	Management zdraví	Neefektivní léčebný režim	00078
		Neefektivní podpora zdraví	00099
		Zhoršené udržování domácnosti	00098
		Efektivní léčebný režim	00082
		Ochota ke zlepšení léčebného režimu	00162
		Hledání zdravého životního stylu (specifikovat)	00084
2. VÝŽIVA	Přijímání potravy	Nadměrná výživa	00001
		Nedostatečná výživa	00002
		Riziko nadměrné výživy	00003
	Trávení		
	Vstřebávání		
	Metabolismus		
	Hydratace	Deficit tělesných tekutin	00027
		Riziko deficitu tělesných tekutin	00028
		Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin	00025
		Ochota ke zlepšení bilance tekutin	00160
3. VYLUČOVÁNÍ A VÝMĚNA	Vyprazdňování moči	Porušené vyprazdňování moči	00016
		Retence moči	00023
		Stresová inkontinence moči	00017
		Reflexní inkontinence moči	00018
		Ochota ke zlepšení vyprazdňování moči	00166
	Gastrointestinální funkce	Průjem	00013
		Zácpa	00011
	Funkce pokožky		
Respirační funkce	Porušená výměna plynů	00030	
4. AKTIVITA ODPOČINEK	Spánek - odpočinek	Porušený spánek	00095
	Aktivita - pohyb	Zhoršená pohyblivost	00085

Diagnostická doména	Třída	Ošetrovatelská diagnóza	Číselný kód
4. AKTIVITA - ODPOČINEK	Aktivita - pohyb	Zhoršená pohyblivost na lůžku	00091
		Zhoršená schopnost se přemístit	00090
		Nedostatek zájmových aktivit	00097
		Opožděné pooperační zotavení	00100
	Energetická rovnováha	Porušená energie	00050
		Únava	00093
	Kardiovaskulární a pulmonální odezva	Snížený srdeční výdej	00029
		Oslabené dýchání	00033
		Neefektivní dýchání	00032
		Neefektivní tkáňová perfuze (typ: renální, cerebrální, kardiopulmonální, gastrointestinální, periferní)	00024
Sebepéče	Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku	00109	
	Deficit sebepéče při koupání a hygieně	00108	
5. VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ	Pozornost	Opomíjení jedné strany těla	00123
	Orientace	Porušená interpretace okolí	00127
	Čítí - vnímání	Porucha smyslového vnímání (specifikovat: zraku, sluchu, kinestezie, chuti, doteku, čichu)	00122
		Deficitní znalost (specifikovat)	00126
	Poznávání	Akutní zmatenost	00128
		Poškozená paměť	00131
		Ochota doplnit deficitní vědomosti	00161
		Zhoršená verbální komunikace	00051
Komunikace	Ochota ke zlepšení komunikace	00157	
6. VNÍMÁNÍ SEBE SAMA	Sebepojetí	Porušená osobní identita	00121
		Bezmocnost	00125
		Beznaděj	00124
		Riziko bezmocnosti	00152
		Ochota zlepšit sebepojetí	00167
	Sebeúcta	Chronicky nízká sebeúcta	00119
		Situačně snížená sebeúcta	00120
		Riziko situačně snížené sebeúcty	00153
	Tělesný obraz	porušený tělesný obraz	00118

Diagnostická doména	Třída	Ošetrovatelská diagnóza	Číselný kód
7. VZTAHY	Role pečovatele	Přetížení pečovatele	00061
		Zhoršená rodičovská role	00056
		Riziko přetížení pečovatele	00062
		Riziko zhoršení rodičovské role	00057
		Ochota ke zlepšení rodičovské role	00164
	Rodinné vztahy	Přerušeny život rodiny	00060
		Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte	00058
Neefektivní plnění role		00055	
8. SEXUALITA	Sexuální identita	Sexuální dysfunkce	00059
		Neefektivní sexuální život	00065
	Sexuální funkce		
Reprodukce			
9. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE – ODOLNOST VŮČI STRESU	Posttraumatická odezva	Riziko stresového syndromu po přemístění	00114
		Riziko posttraumatického syndromu	00142
	Reakce na zvládnání zátěže	Strach	00148
		Úzkost	00146
		Úzkost ze smrti	00147
		Oslabené přizpůsobení	00070
		Neefektivní zvládnání zátěže	00069
		Neschopnost rodiny zvládat zátěž	00073
		Ohrožující zvládnání zátěže rodinou	00074
		Riziko dysfunkčního smutku	00172
		Ochota zlepšit zvládnání zátěže	00158
		Ochota blízké osoby lépe zvládnout zátěž	00075
	Neurobehaviorální stres	Snížená nitrolební adaptivní kapacita	00049

Diagnostická doména	Třída	Ošetrovatelská diagnóza	Číselný kód
10. ŽIVOTNÍ PRINCIP	Hodnoty		
	Přesvědčení	Ochota ke zlepšení duchovní pohody	00068
	Soulad hodnot, přesvědčení a činů	Duchovní nouze	00066
		Konflikt v rozhodování (specifikovat)	00083
		Nedodržení (specifikovat)	00079
11. BEZPEČNOST – OCHRANA	Infekce	Riziko infekce	00004
	Tělesné poškození	Poškozená ústní sliznice	00045
		Porušená kožní integrita	00046
		Porušená tkáňová integrita	00044
		Neefektivní průchodnost dýchacích cest	00031
		Riziko poškození	00035
		Riziko perioperačního poškození	00087
		Riziko pádů	00155
		Riziko porušení kožní integrity	00047
		Riziko aspirace	00039
		Riziko traumatu	00038
	Násilí	Sebepoškození	00151
		Riziko sebepoškození	00139
	Rizika prostředí	Riziko intoxikace	00037
	Obranné procesy	Alergická reakce na latex	00041
		Riziko alergické reakce na latex	00042
	Termoregulace	Neefektivní termoregulace	00008
		Hypotermie	00006
		Hypertermie	00007
		Riziko nerovnováhy tělesné teploty	00005
12. KOMFORT	Tělesný komfort	Akutní bolest	00132
		Chronická bolest	00133
		Nauzea	00134
	Komfort prostředí		
Sociální komfort	Sociální izolace	00053	
13. RŮST/VÝVOJ	Růst		
	Vývoj		

Zdroj: MAREČKOVÁ, Jana. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

Příloha 10 Žádosti o umožnění výzkumu na gynekologicko-porodnickém oddělení
Nemocnice České Budějovice


Ve Slavčích 23. března 2015

Náměstkyně ošetrovatelské péče
Mgr. Monika Kyselová, MBA
Nemocnice České Budějovice a. s.

**Věc: Žádost o umožnění provedení výzkumu na gynekologicko-porodnickém oddělení
v Nemocnici České Budějovice a. s.**

Žádám o umožnění provedení výzkumu na gynekologicko-porodnickém oddělení
v Nemocnici České Budějovice a. s. Tento výzkum bude použit do mé bakalářské práce
na téma „Ošetrovatelská péče u žen s onemocněním děložního čípku a jeho chirurgickým
řešením, tj. konizace a rekonizací“. V příloze přikládám otázky rozhovoru pro respondentky.

Děkuji


Veronika Nedorostová

24. III. 2015

SOUHLASÍM


Mgr. Monika Kyselová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

Ve Slavči 21. března 2015

Primář gynekologicko-porodnického oddělení
MUDr. Petr Sák, PhD.
Nemocnice České Budějovice a. s.

**Věc: Žádost o umožnění provedení výzkumu na gynekologicko-porodnickém oddělení
v Nemocnici České Budějovice a. s.**

Žádám o umožnění provedení výzkumu na gynekologicko-porodnickém oddělení
v Nemocnice České Budějovice a. s. Tento výzkum bude použit do mé bakalářské práce
na téma „Ošetrovatelská péče u žen s onemocněním děložního čípku a jeho chirurgickým
řešením, tj. konizace a rekonizaci“. V příloze přikládám otázky rozhovoru pro respondentky.

Děkuji

Veronika Nedorostová

