



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Péče porodní asistentky o ženu s náhlou příhodou
břišní**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autorka: Klára Oklešťková

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Péče porodní asistentky o ženu s náhlou příhodou břišní* jsem vypracovala samostatně a pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9. 8. 2023

.....

Klára Oklešťková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především paní Mgr. Romaně Belešové za její cenné rady, trpělivost a čas strávený vedením mé bakalářské práce.

Velké díky také patří ženám, které byly ochotné mi odpovědět na otázky během rozhovorů pro výzkumnou část.

Dále děkuji své rodině a blízkým, kteří mě po dobu studia podporovali.

Péče porodní asistentky o ženu s náhlou příhodou břišní

Abstrakt

Tématem této bakalářské práce je péče porodní asistentky o ženu s náhlou příhodou břišní. Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části jsou definovány gynekologické náhlé příhody břišní, konkrétně ektopická gravidita, pánevní zánětlivá nemoc, torze adnex a ruptura cyst. Jsou zde také charakterizovány intervence porodní asistentky u ženy s touto diagnózou v oblasti předoperační, intraoperační a pooperační péče. V teoretické části jsou taktéž kapitoly, které zmiňují edukaci ženy porodní asistentkou a specifické potřeby ženy s akutním stavem.

Pro praktickou část této bakalářské práce byl stanoven jeden cíl. Cílem bylo zjistit, jak ženy vnímají péči porodní asistentky v období hospitalizace. Pro tento cíl byla určena jedna výzkumná otázka: Jak ženy s náhlou příhodou břišní gynekologického původu vnímají péči porodních asistentek v období jejich hospitalizace?

Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou za použití individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumným souborem byly ženy, které prodělaly náhlou příhodu břišní v nemocnicích Jihočeského kraje. Sběr dat se uskutečnil v měsíci dubnu roku 2023 prostřednictvím sociálních sítí. Hlavním kritériem výběru žen pro rozhovory bylo podstoupení operace s gynekologickou náhlou příhodou břišní. Dalším kritériem byla také ochota žen k účasti ve výzkumném šetření bakalářské práce. Samotným rozhovorům se ženami předcházelo seznámení žen s tématem bakalářské práce a s výzkumným cílem. Ženy byly ujistěny o zachování anonymity a o nakládání se získanými daty v souladu s etickými normami. Pro zachování anonymity byly ženy z výzkumného souboru označeny Ž1 až Ž7.

Získaná data byla analyzována pomocí metody barvení textu. Na základě analýzy dat byla stanovena hlavní významová kategorie, která byla doplněna podkategoriemi. Hlavní kategorií výzkumného šetření je Péče porodní asistentky. Ta byla rozdělena na podkategorie Předoperační období, Pooperační období, Komunikaci a Uspokojování

potřeb žen.

Výzkumná otázka zkoumala péči porodní asistentky o ženu s náhlou příhodou břišní. Ženy Ž1, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6 a Ž7 zhodnotily informace, komunikaci a péči porodní asistentky jako nedostatečnou. Tyto ženy neobdržely dostatečné informace o péči a komunikace nebyla podle jejich úsudku taková, jakou v akutním stavu potřebovaly. Naopak žena Ž2 péči, komunikaci a informace, které obdržela od porodní asistentky, hodnotila velmi kladně a byla díky přístupu porodní asistentky plně edukována.

Klíčová slova

akutní stav; gynekologie; náhlá příhoda břišní; péče; porodní asistentka; žena

Midwife's Care For a Woman With an Acute Abdomen

Abstract

The topic of this bachelor thesis is Midwife care of a woman with an acute abdomen. The bachelor thesis consists of theoretical and practical parts. In the theoretical part, gynaecological acute abdominal events are defined, specifically ectopic pregnancy, pelvic inflammatory disease, adnexal torsion and cyst rupture. The midwife's interventions for a woman with this diagnosis in terms of preoperative, intraoperative and postoperative care are also characterized. There are also chapters in the theoretical section that mention the education of the woman by the midwife and the specific needs of the woman with the acute condition.

For the practical part of this bachelor thesis, one objective was set. This objective was to investigate the quality of a care provided by the midwife to women during hospitalization. For this objective, one research question was identified, how women with acute severe abdominal pain of gynaecological origin perceive the care of midwives during their hospitalisation?

The research investigation was carried out by qualitative method using individual semi-structured interviews. The research population was women who had suffered an acute severe abdominal pain in hospitals of the South Bohemia Region. Data collection was carried out in the month of April 2023 through social networking sites. The actual interviews with the women were preceded by introducing the women to the topic of the bachelor thesis and the research aim. The women were assured of anonymity and that the data collected would be handled according to ethical standards. In order to maintain anonymity, women in the research population were identified as Ž1 to Ž7.

The data collected was analysed using text colouring method. Based on the data analysis, the main meaning category and subcategories were determined. The main category The midwives care was divided into Preoperative period, Postoperative period, Communication and Satisfaction of women needs.

The research question explored midwife care for a woman with an acute severe abdominal pain. Women Ž1, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6 and Ž7 rated information, communication and care as inadequate. These women did not receive sufficient information about care and communication was not in their judgement what they needed in their acute condition. In contrast, woman Ž2 found care, communication and information she received from the midwife very positively and she was satisfied with the midwife's approach.

Key words

Acute Abdomen; Acute Status; Care; Gynecology; Midwife; Woman

Obsah

Úvod	9
1 Současný stav.....	10
<i>1.1 Náhlá příhoda břišní</i>	10
<i>1.2 Předoperační péče o ženu</i>	14
<i>1.3 Edukace ženy před akutní operací.....</i>	16
<i>1.4 Intraoperační péče o ženu.....</i>	17
<i>1.5 Pooperační péče o ženu.....</i>	18
<i>1.6 Specifické potřeby žen s náhlou příhodou břišní</i>	21
2 Výzkumná část	24
<i>2.1 Cíle práce</i>	24
<i>2.2 Výzkumné otázky</i>	24
3 Metodika výzkumu	25
<i>3.1 Metodika a technika výzkumu</i>	25
<i>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</i>	25
4 Výsledky výzkumu.....	27
<i>4.1 Rozhovory se ženami po náhlé příhodě břišní.....</i>	27
5 Diskuze.....	39
6 Závěr	46
Seznam příloh.....	53
Seznam zkratk	60
Seznam cizích slov.....	61

Úvod

Práce porodní asistentky při péči o ženy s náhlou příhodou břišní je velmi specifická, vyžaduje kvalitní vzdělání a orientaci v tomto oboru. Náhlá příhoda břišní v gynekologii je velmi vážný, život ohrožující stav. Náhlá příhoda břišní se rozvíjí náhle a většinou z plného zdraví. V gynekologii se rozlišuje několik hlavních náhlých příhod břišních, mezi něž se zahrnuje především mimoděložní těhotenství, pánevní zánětlivá nemoc, ruptura cyst, torze adnex a nekrózy myomu. Porodní asistentka pečuje o ženu po celou dobu hospitalizace, která se dělí na předoperační, intraoperační a pooperační období.

V období hospitalizace ženy je velmi důležité poskytovat kvalitní a profesionální péči. Porodní asistentka musí mít dobré vědomosti v mnoha oblastech, od znalostí chodu zdravotnického zařízení, specifických příznaků náhlých příhod břišních, vedení zdravotnické dokumentace, postupů při gynekologických vyšetřeních, zásad odběru biologického materiálu, pooperačních komplikací až po uspokojování potřeb žen v akutním stavu. Odborné znalosti porodní asistentky ve všech zmíněných oblastech mohou zabránit vzniku komplikací po operačním výkonu a neuspokojení potřeb žen, jež prodělaly akutní stav. Komplexní vzdělanost zdravotnického personálu, včetně porodních asistentek, zajišťuje zlepšení úrovně poskytované péče.

Téma bakalářské práce „Péče porodní asistentky o ženu s náhlou příhodou břišní“ jsem si vybrala, protože v péči o ženu v akutním stavu by měla porodní asistentka zastávat významnou roli a být ženě oporou. Žena snadněji komunikuje o svých potřebách a obtížích s porodní asistentkou, která má nejen teoretické znalosti dané problematiky, ale i skutečný zájem o tuto práci. Je tedy na porodní asistentce, aby uspokojila potřeby žen v akutním stavu, a tím zajistila poskytnutí kvalitní a odborné péče.

1 Současný stav

1.1 Náhlá příhoda břišní

Pojem *náhlá příhoda břišní* (dále jen „NPB“) zahrnuje onemocnění břicha, která vznikají náhle a probíhají rychle, obvykle z plného zdraví, a většinou je nutný neodkladný operační výkon (Šubrt a Čečka, 2015). NPB v gynekologii se diferencují na NPB krvácivé, bolestivé, zánětlivé a na stavy spojené s těhotenstvím (Šálková, 2021). Mezi ty nejčastější se zařazují ektopická gravidita, ruptura cysty, torze adnex, akutní nekróza myomu a pánevní zánětlivá nemoc (Čepický, 2018). Tyto akutní stavy ohrožují nejen celkové zdraví ženy, ale mohou poškodit i její reprodukční funkce (Šálková, 2021). Převládajícím příznakem NPB je bolest, kdy charakter a lokalizace bolesti napomáhají následující diagnostice lékařem (Šálková, 2021). U každé NPB je třeba ženu řádně vyšetřit. Vyšetření, která žena podstupuje, se provádějí na základě klinických příznaků ženy, což diferencuje konkrétní problém (Stickland a Phillips, 2021). Dalším klinickým příznakem gynekologické NPB je krvácení, které se rozlišuje na krvácení ze zevního genitálu nebo nitrobřišní (Šálková, 2021). Klíčovým faktorem v diagnostice NPB je čas, čím rychleji se akutní stav začne řešit, tím je menší riziko následků pro reprodukční systém ženy (Balogh et al., 2022).

1.1.1 Ektopické těhotenství

Ektopické těhotenství, též označované jako gravidita extrauterina (dále jen „GEU“), je stav, kdy se oplozený oocyt nebo blastocysta uhnízdí mimo endometriální sliznici (Al Faraj et al., 2019) (Příloha 1). GEU bývá častou příčinou morbidit a mortality žen v reprodukčním věku (Al Faraj et al., 2019). Z 96 % dochází k ektopické graviditě již ve vejcovodech, ve zbylých případech může dojít k nidaci blastocysty v dutině břišní, v jizvách po operacích na děloze, v děložním čípku nebo na vaječnicích (Nielsen et al., 2020). Mezi nejčastější rizikové faktory GEU patří prodělaná abdominální operace, pánevní zánětlivá nemoc, výskyt pohlavně přenosných chorob, kouření, stimulovaná činnost vaječníků, aborty a GEU v anamnéze (Stanica et al., 2021).

Etiologie GEU není vždy úplně jasná, většinou však souvisí se zavedeným nitroděložním tělískem, prodělaným císařským řezem, vývojovou vadou ženy na reprodukčním traktu nebo kyretáží děložního hrdla. Významným rizikovým faktorem je také aplikace technik asistované reprodukce (Dobrosavljevic et al., 2019). V dnešní době je možné GEU diagnostikovat v době, kdy žena nemá ještě vážné příznaky, většinou na GEU upozorní pozitivní těhotenský test a nepřítomnost plodového vejce v dutině děložní na ultrazvukovém zobrazení (Čepický et al., 2018). Jestliže se ektopické těhotenství nezachytí v této fázi, hrozí ruptura vejcovodu, poté je žena ohrožena na životě (Čepický et al., 2018). V tomto akutním stavu žena udává ostrou bolest v podbříšku, která často má kolikovitý charakter, může docházet k postupné anemizaci, v typickém případě dochází ke krvácení v období amenorey (Čepický et al., 2018).

U všech žen v reprodukčním věku, které uvádějí bolesti břicha, vaginální krvácení nebo nepravidelnou menstruaci, je nutné vyloučit těhotenství (Nielsen et al., 2020). Ženy s podezřením na GEU mohou prožívat i nejisté známky těhotenství, jako jsou například nauzea nebo zvracení či ztuhlé prsy (Al Faraj et al., 2019). Aby byla potvrzena diagnóza ektopické gravidity u ženy s tímto klinickým obrazem, určuje se hladina lidského choriového gonadotropinu (dále jen „hCG“) z krve pomocí laboratorního vyšetření. U ektopické gravidity je hladina hCG v krvi ženy nad diskriminační hodnotou. Diskriminační hodnota hCG je ukazatelem možnosti detekování fyziologického těhotenství na ultrazvukovém zobrazení děložní dutiny v 6. až v 8. týdnu gravidity (Al Faraj et al., 2019).

Jakmile je u ženy určena diagnóza GEU, začne se s léčbou, která se odvíjí od lokalizace a velikosti ektopické gravidity a celkového stavu ženy (Šálková, 2021). Ve většině případů se volí chirurgická léčba, a to laparoskopické vynětí GEU a vyčistění dutiny břišní v případě ruptury GEU (Taran et al., 2015).

Cílem péče porodní asistentky u ženy s GEU jsou správné rozpoznání symptomů, změření vitálních funkcí a včasné zavolání lékaře, dále následuje příprava ženy na operaci (Slezáková et al., 2017).

1.1.2 Pánevní zánětlivá onemocnění

Pánevní zánětlivé onemocnění (dále jako „PID“) se vyznačuje zánětem vnitřních reprodukčních orgánů ženy, týká se dělohy, vejcovodů a vaječnicků. Většinou jde o infekci ascendentního původu neboli infekci šířící se směrem z vnějších pohlavních orgánů na vnitřní pohlavní orgány (Nituleac-Betivu, 2020). PID nejčastěji způsobují bakterie *Chlamydia trachomatis* a *Neisseria gonorrhoeae*, která způsobuje kapavku, a jde tedy o sexuálně přenosnou infekci (Curry et al., 2019). U PID se bolest postupně a symetricky neboli oboustranně rozvíjí během několika desítek hodin až dní, na rozdíl od ostatních akutních stavů v gynekologii, kdy bolest přichází náhle (Čepický et al., 2018).

Mezi rizikové faktory PID patří především věk ženy mladší 25 let, časté střídání sexuálních partnerů, začátek sexuálně aktivního života před 15. rokem života ženy nebo přítomnost pohlavně přenosné choroby v anamnéze (Curry et al., 2019). Diagnostika PID se provádí na základě laboratorního vyšetření krve, a to především ze zvýšených hodnot sedimentace erytrocytů, C-reaktivního proteinu a leukocytů (Čepický et al., 2018). Dalšími určujícími znaky pánevní zánětlivé nemoci jsou klinické příznaky, jako například postupně gradující bolest v podbřišku, může být přítomný hnísavý fluor z pochvy ženy a subfebrilie až febrilie (Čepický et al., 2018). Léčba PID spočívá v podávání širokospektálních antibiotik, jimiž by se mělo předejít zjizvení tkáně reprodukčního traktu, rozšíření infekce do jiných orgánových struktur, chronické pánevní bolesti a potenciální neplodnosti ženy. V případě vzniku či ruptury abscesu je nutné provést laparoskopickou operaci a vyčištění dutiny břišní (Das et al., 2016).

Neléčená PID s sebou přináší i určité komplikace, a to z krátkodobého hlediska tuboovariální absces, který je charakterizován zánětlivou tkání prorůstající do vejcovodů, vaječnicků a občas i do jiných orgánů malé pánve (Kreisel et al., 2021). Do budoucna je žena s neléčenou PID ohrožena rizikem vzniku ektopické gravidity, spontánních abortů a chronické pánevní bolesti (Slezáková et al., 2017).

1.1.3 Jiné náhlé příhody břišní v gynekologii

Mezi další náhlé gynekologické příhody břišní jsou zařazeny ovariální cysty a jejich ruptury, torze adnex nebo akutní nekrózy myomu. Ovariální cysty neboli cysty folikulární, které se také nazývají nepravé nádory vaječníků, jsou tvořeny z nedozrálých folikulů (Slezáková et al., 2017). Folikulární cysty vznikají následkem neproběhlé ovulace. Ve folikulu se nahromadí tekutina, jež způsobuje zvětšování folikulu do různých velikostí (Šálková, 2021). Folikulární cista působí bolest, která se zhoršuje při otřesech a pohlavním styku, tato cista může narušovat i menstruační cyklus ženy (Šálková, 2021). Endometriální cista vyrůstá z endometriální tkáně, která se naplní krví a vyrůstá do větších rozměrů než cista folikulární. U ruptury endometriální cysty hrozí velké krevní ztráty do dutiny břišní, ohrožuje plodnost ženy a zvyšuje riziko karcinomu ovaria (Baras, 2022). Z toho vyplývá, že všechny ruptury cyst mohou způsobit hemoperitoneum, které se dá řešit jak operativně, tak konzervativně. Záleží na krevní ztrátě a vitálních funkcích ženy (Kim a Seong, 2021).

Další NPB z výše uvedených je torze adnex. Jedná se o stav, kdy se parciálně nebo totálně obtočí vaječník nebo vejcovod kolem své podpůrné tkáně. Tento stav se nejčastěji objevuje u adolescentních dívek a žen ve fertlím věku (Adeyemi-Fowode et al., 2018). Při torzi adnex se vyskytuje hypoxická bolest nestejného charakteru neboli jednostranná stálá bolest, od které si žena ulevuje použitím úlevových poloh (Čepický et al., 2018). Nejčastějšími příznaky jsou již zmíněná bolest, nauzea, zvracení, obštipace a rozvoj šokového stavu doprovázený tachykardií, nitkovitým pulzem, hypotenzí a studeným opocněním ženy (Slezáková et al., 2017). Tato diagnóza se určuje na podkladu klinického obrazu ženy a ultrazvukového vyšetření. Standardním krokem k určení diagnózy jsou i laboratorní testy z krve. Především se určuje hladina lidského choriového gonadotropinu, C-reaktivního proteinu a přítomnost krve nebo leukocytů v moči ženy (Adeyemi-Fowode et al., 2018). Terapie se řídí nálezem z vyšetření, obvyklým postupem je však laparoskopická cystektomie nebo parciální resekce ovaria či adnexektomie. Je-li žena hemodynamicky nestabilní, provádí se akutní laparotomie (Slezáková et al., 2017).

Mezi NPB v gynekologii byla zařazena i akutní nekróza myomu, což je stav, jenž nastává při přerušení zásobovací cévy myomu a následně nato začne odumírat a nekrotizovat za

doprovodu ostré bolesti (Čepický et al., 2018). U diagnostiky tohoto onemocnění je důležité klást důraz na rozeznání rozdílů mezi nekrózou myomu a torzí adnex, v čemž napomáhá ultrazvukové zobrazení. V průběhu diagnostiky mají nekróza myomu a torze adnex stejný klinický obraz, konečná diagnóza se potvrdí až při operaci (Čepický et al., 2018).

1.2 Předoperační péče o ženu

Průběh předoperační péče o ženu záleží na aktuálním zdravotním stavu, lékařské diagnóze, druhu operační léčby a naléhavosti onemocnění (Slezáková et al., 2017). Díky předoperační péči a přípravě ženy porodní asistentkou je možné předejít pooperačním komplikacím (Schneiderová, 2014). Předoperační péče se skládá z příjmu ženy a s tím souvisejícího sepsání ošetrovatelské anamnézy, z vytvoření základních ošetrovatelských diagnóz, z vyšetření ženy a z následné přípravy na operační zákrok (Schneiderová, 2014). Porodní asistentka by měla dbát na zajištění fyziologických procesů ženy, jako jsou výživa, příjem tekutin a vylučování (Slezáková, 2019). V procesu předoperační péče by měla být zahrnuta i edukace porodní asistentkou a lékařem za účelem minimalizování strachu a stresu z operace (Slezáková, 2019).

1.2.1 Předoperační příprava ženy s akutním stavem

Akutní stavy jsou specifické tím, že příjem ženy a celá předoperační příprava probíhají co nejrychleji (Šálková, 2021). Důležitou součástí předoperační přípravy ženy je získání anamnestických údajů od ženy (Schneiderová, 2014). V anamnéze se především uvádí nynější onemocnění, ke kterému jsou připojeny jeho vznik a vývoj, dosavadní léčebné intervence a reakce na ně (Slezáková et al., 2017). U sepsování anamnézy je podstatné zjistit všechny alergie ženy, ve zdravotnickém zařízení jsou důležité alergie na léky, dezinfekční prostředky a náplasti (Šálková, 2021). V akutních stavech se z časových důvodů nezjišťují detailní anamnestické údaje, ty se doplní po zvládnutí akutní situace a stabilizování stavu ženy (Schneiderová, 2014). Po získání anamnestických údajů následuje bezprostřední příprava ženy na chirurgický výkon (Knapová, 2019).

Porodní asistentka se bez prodlení řídí podle ordinací lékaře (Šálková, 2021). Porodní asistentka zajistí alespoň jednu žilní linku a zároveň provede odběry venózní krve a zajistí

jejich urychlené odeslání do laboratoře s požadavkem na statimové zpracování (Schneiderová, 2014). Porodní asistentka kontroluje vitální funkce ženy a podle možnosti vybavení ošetrovatelské jednotky připojí ženu na monitor vitálních funkcí. Porodní asistentka také kontroluje krvácení z rodidel, aby mohla odhadnout krevní ztrátu ženy (Šálková, 2021). Před chirurgickým výkonem porodní asistentka zajistí, aby na sobě žena neměla šperky či jiné kovové předměty (Schneiderová, 2014). V neposlední řadě se provádějí intervence spojené s prevencí tromboembolické nemoci, a to bandážováním dolních končetin elastickým obinadlem, podáním nízkomolekulárních heparinů, zajištěním hydratace ženy a časnou pooperační mobilizací ženy (Šálková, 2021).

Před transportem ženy na operační sál je nutné, aby žena podepsala informované souhlasy za přítomnosti porodní asistentky či lékaře (Jedličková, 2019). Lékař ženu edukuje o průběhu chirurgického výkonu (Šálková, 2021). Porodní asistentka zapíše informace o průběhu předoperační přípravy do zdravotnické dokumentace. Jde o soubor informací, které se vztahují ke zdravotnímu stavu dané ženy a postupům zdravotnického zařízení při poskytování léčebné a ošetrovatelské péče (Dušová et al., 2019). Tento soubor informací je veden systematicky a úzce souvisí s ochranou osobních dat pacientů. Tato ochrana dat pacientů je popsána v zákoně č. 101/2000 Sb. (Dušová et al., 2019). Předoperační příprava ženy končí ve chvíli, kdy je žena porodní asistentkou s veškerou zdravotnickou dokumentací předána na operační sál (Knapová, 2019).

1.2.2 Vyšetřovací metody

Po získání celistvé anamnézy následuje fyzikální vyšetření lékařem gynekologem. Zpravidla se začíná vyšetřením 6P, které se skládá z pohledu, poklepu, poslechu, pohmatu a vyšetření per vaginam v gynekologických zrcadlech a per rectum (Slezáková et al., 2017). Na výše zmíněné vyšetření navazuje bimanuální palpační vyšetření ženy, kdy lékař jednou rukou vaginálně vyšetřuje a zjišťuje velikost dělohy, pochvy, ovarií a druhou rukou v protisměru přes stěnu břišní si pomáhá nahmatat potřebné orgány (Slezáková et al., 2017) (Příloha 2). Kompetencemi porodní asistentky u fyzikálního vyšetření ženy jsou řádná příprava a informování ženy o výkonu, příprava pomůcek a případná asistence lékaři (Slezáková et al., 2017).

U akutních stavů je velmi důležitá vyšetřovací metoda laboratorního vyšetření z krve (Slezáková et al., 2017). Do laboratorních vyšetření je nutné zařadit vyšetření na hladinu hematokritu i hemoglobinu a celého krevního obrazu. Dále se z odebrané krve zjišťují hodnoty iontogramu, urey a kreatinu, jaterního a ledvinného souboru, C-reaktivního proteinu a v neposlední řadě hodnoty hCG, pro vyloučení gravidity (Wethmar, 2016). V některých případech, většinou u podezření na PID, je nutné provést laboratorní testy z poševních stěrů ke zjištění, či k vyloučení zánětlivého agens a jeho citlivosti na antibiotika (Slezáková et al., 2017).

Další pro gynekologii velmi významnou vyšetřovací metodou je ultrazvukové vyšetření ženy, kdy lékař používá abdominální i vaginální sondy. Touto metodou se nejčastěji diagnostikují nádory, cysty, výpotky v pánvi, ektopické těhotenství, stav a výška děložní sliznice i hrdla, a dále se také tato metoda používá k diagnostice a měření těhotenství (Slezáková et al., 2017).

1.3 Edukace ženy před akutní operací

Edukačním cílem porodní asistentky u ženy s akutním stavem je snížit strach ženy, předat jí potřebné informace, napomáhat k dobré spolupráci a následné rekonvalescenci (Slezáková et al., 2017). Výsledkem edukace porodní asistentkou by měla být změna postoje a chování ženy v předoperačním a pooperačním období. Porodní asistentka se zajímá o ženu i její potřeby a umožní ženě se doptat na informace. Porodní asistentka by měla ženě zodpovědět všechny dotazy (Krátká a Gatěk, 2021).

Porodní asistentka v průběhu předoperační přípravy ženy provádí různé intervence, které by měla ženě vysvětlit. Při zavádění periferního žilního katétru (dále jen „PŽK“) porodní asistentka vysvětlí jeho účel, funkčnost a to, že bude celou dobu kontrolovat místo vpichu, aby se předešlo rozvoji infekcí (Dušová, 2019). Při výkonu zavádění PŽK porodní asistentka popisuje každý krok, aby ženě zmírnila stres a žena věděla, co se děje (Duková et al., 2018). Po zavedení PŽK porodní asistentka v místě vpichu monitoruje zejména bolest, otok, zčervenání či hematoma (Dušová, 2019). Porodní asistentka edukuje ženu o monitoraci místa vpichu po celou dobu, kdy je PŽK zaveden a používán (Dušová, 2019). Další předoperační intervencí je zavedení permanentního močového katétru.

Permanентní močový katétr (dále jen „PMK“) porodní asistentka zavádí ženě v závislosti na ordinaci lékaře (Schneiderová, 2014). U permanentní močové katetrizace je edukace velmi podobná jako u zavádění PŽK. Porodní asistentka vysvětlí ženě důvod zavedení PMK, jeho funkci, jak dlouho žena bude mít katétr zaveden, dále ji také edukuje o nutnosti zvýšeného pitného režimu a o hygieně genitálu (Duková et al., 2018). Ženu je třeba informovat o pooperační monitoraci moče porodní asistentkou, která bude sledovat množství, barvu a konzistenci moče i její případné příměsi (Dušová, 2019). Porodní asistentka edukuje ženu o komplikacích tromboembolické nemoci (dále jen „TEN“) a o nutnosti preventivních opatření TEN v podobě podávání nízkomolekulárních heparinů, bandážování dolních končetin a časně pooperační mobilizace (Slezáková et al., 2017).

Porodní asistentka by si měla uvědomit, že předoperační úzkostí trpí více ženy než muži. Ke snížení této úzkosti napomáhá právě správná edukace ženy před zákrokem (Slezáková et al., 2017). Žena by proto dále měla obdržet informace týkající se pooperační péče. Porodní asistentka edukuje ženu ohledně možností tlumení pooperační bolesti, problematiky hygienické péče, rehabilitace, péče o ránu, případně o drén, jakož i o možných vedlejších účincích anestezie (Slezáková et al., 2017). Porodní asistentka dále edukuje ženu o chodu ošetrovatelské jednotky a dietním režimu po operaci (Slezáková et al., 2017).

1.4 Intraoperační péče o ženu

Intraoperační péče je rozdělena do několika fází. V té první se připravuje operační tým (Knapová, 2019). Ten musí provést chirurgickou hygienu rukou a sterilně se obléci k operaci, včetně roušek a chirurgických čepic (Schneiderová, 2014). Operační tým se skládá z lékaře operátora, lékaře asistenta, anesteziologického lékaře, instrumentální sestry, sestry obíhající a sanitáře (Krátká a Gatěk, 2021). Při převzetí ženy na operační sál personál ženu identifikuje a je dotázána na alergie na léky či dezinfekční prostředky (Knapová, 2019). Žena je uvedena nejčastěji do gynekologické polohy, v případě, že jde o laparoskopii, je uvedena do polohy se sníženou hlavou (Libová, 2022). Poté je žena překryta sterilními rouškami a je dezinfikována v místě operačního pole (Knapová, 2019). U hlavy ženy je přítomen anesteziologický tým, který po dobu operace sleduje tělesnou teplotu a vitální funkce, především tlak a pulz (Schneiderová,

2014). Anesteziologický lékař kontroluje stav a působení anestezie až do úplného konce výkonu (Knapová, 2019). Poté se zaznamenají příprava, průběh a případně i komplikace do operační dokumentace, která se skládá z anesteziologického záznamu, záznamu operační sestry a operační zprávy (Libová et al., 2019).

Ve většině případů se volí miniinvazivní postup při operaci, což znamená přístup laparoskopický. U laparoskopických operací jsou nástroje zavedeny trokary do dutiny břišní, a nevzniká tak rozsáhlá operační rána (Libová, 2022). Díky této metodě není žena vystavována přílišnému stresu v průběhu operace, pooperační rána je menšího rozsahu, a snižuje se tím pravděpodobnost intraoperačního krvácení (Libová, 2022). V případě, že je operační pole nepřehledné v laparoskopickém provedení, přechází se na laparotomické řešení operace (Krátká a Gatěk, 2021). Laparotomie v gynekologii může být provedena dvěma způsoby, a to klasickým řezem ve střední čáře mezi symfýzou a pupkem, nebo takzvaným Pfannestielovým řezem, který je veden příčně nad symfýzou (Šálková, 2021) (Příloha 3). Při takovém rozsahu operace jsou největšími nevýhodami pooperační diskomfort ženy, větší bolestivost a delší trvání rekonvalescence ženy (Šálková, 2021).

Intraoperační péče končí předáním ženy na jednotku intenzivní péče či na ošetrovatelskou jednotku gynekologie s veškerou dokumentací a operačním protokolem. Před předáním je nutné ženu probudit z anestezie a zkontrolovat její vitální funkce (Krátká a Gatěk, 2021).

1.5 Pooperační péče o ženu

Pooperační péče je charakterizována především typem a délkou operačního výkonu, způsobem anestezie, perioperačními komplikacemi a přidruženými komorbiditami (Flajšingrová, 2019). Pooperační péče o ženu se dělí na bezprostřední, která probíhá prvních několik hodin po zákroku, a poté přechází do klasické pooperační péče (Knapová, 2019). V bezprostřední pooperační péči je nejdůležitější monitoring, který je individualizován podle stavu ženy a ordinací lékaře. Základní složkou je neinvazivní měření vitálních funkcí, u méně rizikových žen bez přidružených či chronických onemocnění porodní asistentka sleduje stav vědomí, EKG, krevní tlak a pulz, dech, tělesnou teplotu, bilanci tekutin, sekrety z drénů a stav krytí operační rány (Páral, 2020).

Porodní asistentka uvede ženu do pooperační polohy, většinou se volí poloha vleže na zádech s přizvednutou horní polovinou těla, připevní jí svody EKG-monitoru a manžetu na měření krevního tlaku (Flajšingrová, 2019). Porodní asistentka aplikuje infuzní terapii, většinou v podobě balancovaných roztoků krystaloidů podle ordinace lékaře (Páral, 2020). V návaznosti na infuzní terapii porodní asistentka sleduje příjem i výdej tekutin a vše zapíše do dokumentace (Dušová et al., 2019). Je důležité, aby porodní asistentka zajistila tepelný management ženy, a zabránila tak pooperační hypotermii (Flajšingrová, 2019). Na udržení tělesné teploty porodní asistentka používá vyhřívané příkrývky nebo předeřtáté infuzní roztoky (Flajšingrová, 2019). Porodní asistentka kontroluje krvácení ženy z pooperační rány a z pochvy (Šálková, 2021). Krvácivý stav ženy se může projevit hypotenzí spojenou s tachykardií v průběhu prvních hodin po operaci (Šálková, 2021). Porodní asistentka zajišťuje i péči o drény v případě, že je žena má zavedeny, kontroluje funkčnost drénů, odpady a jejich charakter, označení drénů, fixaci drénů a převazuje rány s drénem (Vytejková, 2015).

Nedílnou součástí pooperační péče je tlumení bolesti. Aby mohla být bolest tlumena, je potřeba ji nejdříve změřit. K zhodnocení bolesti porodní asistence pomáhají určující znaky, jako jsou například zvýšený krevní tlak, tachykardie, rychlé dýchání, neklid ženy, opocenosť (Kopecký, 2019). V ošetrovateľskej péči je ale hlavním měřítkem bolesti vizuální analogová škála (dále jen „VAS“), kdy se porodní asistentka ženy ptá na míru bolesti od 0 do 10 s tím, že 10 je největší bolest, kterou si dokáže představit (Kopecký, 2019). K tlumení bolesti se používá kombinace lékových skupin, jako jsou analgetika, nesteroidní antiflogistika a opioidy (Páral, 2020). Benefitem je využití regionálních metod tlumení bolesti, například epidurálním katétrem, díky němuž jsou snižovány dávky opioidů podávaných ženě, které mají negativní účinky na mobilitu gastrointestinálního traktu (Páral, 2020).

Po skončené bezprostřední pooperační péči je možné se ženou více pracovat, mělo by dojít k časné vertikalizaci, dovolí-li to stav ženy. Porodní asistentka doporučí ženě úlevové polohy, což u gynekologických operací většinou znamená, že je žena instruována k tomu, aby nezatěžovala oblast podbřišku, a nezapojovala tak břišní svaly, když to není nutné (Schneiderová, 2014). Nejvhodnější je poloha na zádech nebo na boku

s pokrčenými dolními končetinami (Slezáková et al., 2017). Časná mobilizace snižuje riziko TEN, dekubitů a pneumonie, je doporučeno na této mobilizaci pracovat s fyzioterapeutem (Flajšingrová, 2019). Je nutné ženu edukovat o nutnosti dodržování klidového režimu a omezení zvedání těžkých břemen, jimiž jsou myšleny předměty těžší než pět kilogramů (Slezáková et al., 2017).

V pooperační péči porodní asistentka také pečuje o rány, stehy a drény. Porodní asistentka provádí převazy ran, případné odstranění krytí podle zvyklostí zdravotnického zařízení a stavu pooperační rány (Knapová, 2019). Porodní asistentka edukuje ženu v péči o ránu a převazech rány operační v případě, že je toto krytí znečištěné nebo vlhké (Vytejšková, 2015). Jestliže se rána hojí per primam neboli bez komplikací, je možné převaz odstranit již první pooperační den a nechat ránu větrat bez veškerého krytí (Vytejšková, 2015). Rána se omývá čistou vodou při provádění celkové hygieny ženy (Krátká a Gatěk, 2021). Porodní asistentka sleduje a hodnotí změny v okolí rány. Změny, které by porodní asistentka neměla opomenout, jsou zarudnutí, výpotek nebo zvýšená citlivost rány (Krátká a Gatěk, 2021). Stehy se zpravidla odstraňují 7. až 14. pooperační den, pokud je žena již propuštěna do domácí péče, je možné odstranit stehy ambulantně (Krátká a Gatěk, 2021). Odstranění drénu probíhá na základě ordinace lékaře ve chvíli, kdy drén odvádí menší množství odpadu (Vytejšková, 2015). Před extrakcí drénu je důležité, aby porodní asistentka vysvětlila ženě, jak bude drén odstraněn, a edukovala ji o správném dýchání v průběhu tohoto výkonu (Vytejšková, 2015). Porodní asistentka požádá ženu, aby se zhluboka nadechla, a při výdechu drén opatrně vytahuje, čímž žena pomůže porodní asistentce vyjmout drén, aniž by traumatizovala drenážní kanál (Vytejšková, 2015). Po extrakci stehů či drénu edukuje porodní asistentka ženu ohledně péče o jizvu, dodržování hygieny a přísunu vzduchu k jizvě, o tlakových masážích a možnostech promazávání jizvy (Nemocnice České Budějovice, 2017). Důležité pro správnou pooperační rekonvalescenci jsou i zásady a režimová opatření, které musí žena dodržovat, aby se plně a správně zmobilizovala. Žena by se měla zdržet pohlavního styku alespoň po dobu šesti týdnů po operaci, dále by neměla vykonávat zvýšenou fyzickou aktivitu, nicméně běžné denní aktivity a kratší procházky jsou považovány za vhodnou formu rehabilitace. Žena by si také měla dávat pozor na dráždivý kašel nebo zácpu, které by měly být okamžitě léčeny (Nemocnice České Budějovice, 2017).

1.5. 1 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace je stav, kdy dojde k odchylce od normálního či očekávaného průběhu v rekonvalescenci a hojení ženy po operaci (Páral, 2020). Tyto komplikace lze dělit na bezprostřední, časné nebo pozdní, dále rozlišujeme místní a celkové komplikace (Knapová, 2019).

Časné pooperační komplikace vznikají od dvou do 24 hodin po operaci, jsou vázány především na anestezii a jedná se o komplikace kardiovaskulární, dýchací či komplikace centrální nervové soustavy (Šálková, 2021). Mohou nastat i chirurgické časné pooperační komplikace, ty se většinou týkají vylučovací soustavy, jsou buď spojeny s močovým měchýřem a retencí moči v něm, nebo s narušenou peristaltikou či perforací střev (Libová et al., 2019). V důsledku využití celkové anestezie a vyvinutí stresu na tělo ženy při operaci dochází téměř po všech výkonech k dočasnému ochrnutí zažívacího traktu (Schneiderová, 2014). K nejzávažnějším časným pooperačním komplikacím se řadí TEN a poruchy srážení krve, u kterých je snaha jim zabránit již předoperační přípravou. Z těchto poruch se může rozvinout i plicní embolie a je nutné, aby porodní asistentka byla schopna rozeznat příznaky (Knapová, 2019). K časným pooperačním komplikacím patří i nauzea a zvracení, které je pacienty označováno za jednu z nejhorších komplikací (Šálková, 2021). Komplikaci nauzey se předchází podáváním antiemetik porodní asistentkou v předoperačním období (Šálková, 2021).

Pozdní pooperační komplikace se pak objevují okolo 4. až 5. dne po operaci (Flajšingrová, 2019). Tyto komplikace bývají často spojovány s hojením operační rány a rozvojem infekce v ní (Šálková, 2021). V průběhu prvního týdne po operaci může nastat takzvaná dehiscence operační rány, která je zapříčiněna zvýšením nitrobřišního tlaku například při kašli nebo větší fyzické námaze, tím vzniká kýla v ráně, která znemožňuje správné hojení (Schneiderová, 2014). Pooperačním komplikacím porodní asistentka může zabránit správnou edukací a přípravou ženy před operací (Dušová et al., 2019).

1.6 Specifické potřeby žen s náhlou příhodou břišní

Dušová (2019, s. 71) uvádí: „*Porodní asistentka se zabývá ženou jako holistickou bio-psycho-sociálně-duchovní bytostí.*“ Porodní asistentka posuzuje potřeby ženy různými

metodami, jako jsou pozorování, rozhovor, měřicí nástroje a škály (Dušová, 2019). Posouzení potřeb ženy je třeba provádět systematicky a řadit podle priorit (Mastiliaková, 2014). K posouzení potřeb ženy je nutné, aby porodní asistentka získala ošetřovatelskou anamnézu. Ta se pak skládá ze základních údajů o ženě, jimiž jsou věk, vzdělání, zájmy a duchovní potřeby, na které navazují údaje o životním stylu, sociokulturních faktorech, postojích a návycích ženy (Dušová, 2019). Potřeby ženy vycházejí z ošetřovatelské diagnostiky, což jsou interpretace a analýza výsledků z ošetřovatelské anamnézy (Dušová, 2019). Lidské potřeby lze rozdělit do dvou skupin, jimiž jsou primární potřeby, které jsou nezbytné pro lidskou existenci, a potřeby sekundární, které navazují na ty primární, ale jsou individualizované (Šálková, 2014). V intenzivní péči se potřeby ženy mění podle rychle měnícího se zdravotního stavu (Kapounová, 2020). Těmi primárními potřebami jsou potřeby vzduchu, výživy, vyprazdňování, spánku, odpočinku a pocit bezpečí, tyto potřeby jsou v prostředí nemocniční péče ženou pocíťovány intenzivněji (Šálková, 2014). Sekundární potřeby jsou potom láska, pocit příslušnosti a pocit sebeúcty (Krátká, 2018). Gynekologické problémy mohou souviset se změnami v potřebách psychických, jako jsou například sebepojetí, osobní identita a plnění rolí ženy (Slezáková, 2019). Porodní asistentka má většinou bližší vztah k ženě nežli lékař, jelikož porodní asistentka tráví se ženou více času. Je tedy důležité, aby porodní asistentka znala všechny její potřeby, trpělivě ji vyslechla a byla schopna jí poradit (Kapounová, 2020). Porodní asistentka si seřadí potřeby ženy podle Maslowovy pyramidy potřeb, díky níž určí priority uspokojení potřeb ženy (Krátká, 2018) (Příloha 4).

Mezi základní potřeby žen v akutním stavu náleží biologické potřeby, které zahrnují výživu a hydrataci, vyprazdňování se, potřebu spánku a odpočinku i potřebu bytí bez bolesti. Potřeba ženy po akutním stavu být bez bolesti je vnímána velmi intenzivně. Proto je nutné, aby porodní asistentka znala míru a lokaci bolesti a byla schopna ji tlumit (Šálková, 2021). Je důležité, aby porodní asistentka měla na paměti, že bolest je individuálním prožitkem a každá žena ji prožívá jinak (Dušová, 2019). Rozlišují se různé typy bolesti. U gynekologických náhlých příhod břišních bývají nejčastější viscerální bolest pocházející z dutiny břišní a intenzivní ostrá bolest (Šálková, 2021). Tlumení bolesti závisí na ordinacích lékaře, jak je zmíněno v kapitole Pooperační péče. Určujícími

znaky bolesti jsou grimasy, zaujímání úlevových poloh, hodnocení na VAS-škále a podobně. Uspokojení potřeby žen být bez bolesti je velmi důležité pro zmírnění stresu a usnadnění rekonvalescence v pooperačním období (Šálková, 2021).

Další základní biologické potřeby představují výživa a hydratace. Ženy bezprostředně po operaci nemohou pít ani jíst, vyčkává se do odeznění anestezie a poté se přes pití čaje žena dopravuje až k normální racionální dietě (Slezáková et al., 2019). Hydratace v pooperačním období je velmi důležitá pro správnou činnost orgánů a obnovu tkání, do pitného režimu by se měla zahrnout především neperlivá voda, ale bylinné čaje a neslazené nápoje jsou také v pořádku (Kapounová, 2020). Potřeba spánku a odpočinku je rovněž významná pro včasnou rekonvalescenci ženy, porodní asistentka by měla vytvořit co nejpříjemnější prostředí, aby žena byla schopna tuto potřebu saturovat (Krátká, 2018).

Další velmi důležitou potřebou v akutním stavu je potřeba psychické vyrovnanosti, k tomu porodní asistentka může přispět splněním následujících faktorů v té nejvyšší možné míře, jakou stav ženy dovoluje. Těmi faktory jsou udržení nebo zlepšení soběstačnosti, odstranění či minimalizování bolesti, správná komunikace se ženou a zajištění dostatečného spánku i odpočinku (Kapounová, 2020). Žena v akutním stavu si potřebuje být jistá, že na tento stav není sama a že se jí v případě potřeby dostane všeho, co jí přinese úlevu (Krátká, 2018). Porodní asistentka u ženy navodí pocit jistoty a bezpečí tím, že se ženou adekvátně komunikuje, naslouchá jí a zodpovídá ženě veškeré dotazy. Porodní asistentka by měla být vůči ženě trpělivá, empatická a být jí psychickou podporou (Kapounová, 2020). Další velmi podstatnou potřebou především v případě gynekologických náhlých příhod břišních je potřeba zachování rodu spojená se zplozením potomstva a péčí o ně (Vágnerová, 2017).

2 Výzkumná část

2.1 Cíle práce

Cíl 1:

Zjistit, jak ženy vnímají péči porodní asistentky v období hospitalizace.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1:

Jak ženy s náhlou příhodou břišní gynekologického původu vnímají péči porodních asistentek v období jejich hospitalizace?

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodika a technika výzkumu

Ke zpracování výzkumné části bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Data byla sesbírána skrze individuální polostrukturovaný rozhovor. Pro rozhovory se ženami po prodělané náhlé příhodě břišní, která musela být operativně řešena, bylo sestaveno celkem osmnáct otevřených otázek (Příloha 8). V úvodu rozhovoru byly zjišťovány identifikační údaje žen. Další otázky se zabývaly problematikou péče porodní asistentky o ženy s gynekologickou náhlou příhodou břišní v průběhu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a trvalými následky, kterými ženy po tomto akutním stavu trpí. Otázky byly zaměřeny především na informace, které ženám byly poskytnuty, na komunikaci zdravotnického personálu se ženou a na uspokojování potřeb žen. V průběhu rozhovorů byly použity předem sestavené otázky, které byly doplněny dodatečnými otázkami pro potřeby výzkumu.

Rozhovory se ženami byly uskutečněny online formou v měsíci dubnu roku 2023, většinou prostřednictvím sociálního média Facebook. Před samotnými rozhovory byly ženy seznámeny s tématem bakalářské práce, s výzkumnými cíli a otázkami. Od každé z nich byl získán souhlas se zpracováním jejich osobních údajů do anonymních rozhovorů. Pro zachování anonymity byly ženy označeny Ž1–Ž7.

Získané rozhovory byly následně přepsány a analyzovány pomocí metody barvení textu (Švaříček et al., 2014). Na základě analýzy výpovědí žen byla stanovena hlavní kategorie Péče porodní asistentky, která byla rozdělena do podkategorií Předoperační období, Pooperační období, Komunikace a Uspokojování potřeb žen. Výsledky výzkumu jsou doplněny o přímé citace respondentek, jež jsou v textu zvýrazněny kurzívou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily ženy po prodělané gynekologické náhlé příhodě břišní, které byly hospitalizovány a operovány v nemocnicích na území Jihočeského kraje. Ženy byly vyhledány pomocí inzerátu na sociální síti Facebook. V tomto inzerátu byla specifikována kritéria potřebná pro zpracování výzkumného šetření bakalářské práce.

Hlavním kritériem výběru žen pro rozhovory bylo podstoupení operace s gynekologickou náhlou příhodou břišní. Dalším kritériem byla také ochota žen k účasti ve výzkumném šetření bakalářské práce.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Rozhovory se ženami po náhlé příhodě břišní

V Tabulce 1 jsou uvedeny identifikační údaje a základní charakteristika dotazovaných žen, jako jsou věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav a zaměstnání. Dále jsou v Tabulce 1 uvedeny údaje o diagnóze akutního stavu a prodělaném výkonu v rámci akutního stavu.

Tabulka 1 Identifikační údaje žen po náhlé příhodě břišní

Žena	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Rodinný stav	Zaměstnání	DG akutního stavu	Operační výkon
Ž1	25	SOŠ s maturitou	svobodná	OSVČ – fotografka	rpt. hemoragické cysty	LPSK
Ž2	37	VŠ	vdaná	administrativní pracovnice	GEU + rpt. vejcovodu	LPSK + SE dx.
Ž3	35	SŠ s maturitou	svobodná	administrativní pracovnice	GEU + rpt. vejcovodu	LPSK + SE sin.
Ž4	42	SOŠ s maturitou	vdaná	instruktorka plavání	ruptura hemoragické cysty	LPSK
Ž5	34	SOŠ s maturitou	vdaná	bez zaměstnání	ruptura hemoragické cysty	LPSK

Ž6	40	SŠ s maturitou	vdaná	OSVČ realitní makléřka	–	PID ovariální absces	+	LPSK
Ž7	23	SOŠ s maturitou	vdaná	studentka		GEU + rpt. vejcovodu		LPSK + SE sin.

Legenda: GEU – ektopická gravidita, LPSK – laparoskopie, OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná, SŠ – střední škola, SOŠ – střední odborná škola, SE – salpingektomie, rpt. – ruptura, VŠ – vysokoškolské, Ž – žena

(Zdroj: vlastní výzkumné šetření)

Žena Ž1 vystudovala střední odbornou školu s maturitou. Ž1 bylo 25 let a byla svobodná. Pracovala jako OSVČ. Ž1 prodělala rupturu hemoragické cysty před méně než rokem, s tímto akutním stavem podstoupila laparoskopickou operaci.

Ženě Ž2 bylo 37 let, absolvovala vysokou školu ukončenou bakalářským titulem a pracovala jako administrativní pracovnice. Žena Ž2 byla vdaná. Žena prodělala akutní stav ektopického těhotenství spojený s rupturou vejcovodu před pěti lety. S tímto akutním stavem podstoupila laparoskopickou revizi dutiny břišní a pravostrannou salpingektomii.

Ženě Ž3 bylo 35 let, měla vystudovanou střední školu s maturitou a pracovala jako administrativní pracovnice. Žena byla svobodná. Žena prodělala ektopické těhotenství s rupturou levého vejcovodu po in vitro fertilizaci. Žena Ž3 podstoupila laparoskopickou operaci spojenou s levostrannou salpingektomií.

Žena Ž4 vystudovala střední odbornou školu zakončenou maturitou a pracovala jako instruktorka plavání kojenců a batolat. Ženě Ž4 bylo 42 let a byla vdaná. Ž4 podstoupila laparoskopickou revizi dutiny břišní po ruptuře hemoragické cysty před pěti lety.

Ženě Ž5 bylo 34 let a byla vdaná. Ž5 vystudovala střední odbornou školu s maturitou a byla nezaměstnaná. Žena Ž5 před dvěma lety prodělala laparoskopickou operaci společně s čištěním dutiny břišní následkem diagnózy ruptury hemoragické cysty.

Žena Ž6 byla ve věku 40 let, vystudovala střední školu s maturitou a pracovala jako osoba samostatně výdělečně činná coby realitní makléřka. Žena Ž6 byla vdaná. Ž6 prodělala akutní stav s pánevní zánětlivou nemocí a rupturou abscesu do dutiny břišní, což se řešilo laparoskopickou operací a vyčištěním dutiny břišní. Žena Ž6 prodělala akutní stav před více než pěti lety.

Žena Ž7 vystudovala střední odbornou školu s maturitou a v době, kdy byly rozhovory zpracovávány, byla studentkou vysoké školy. Ž7 bylo 23 let. Žena Ž7 prodělala diagnózu ektopické gravidity s rupturou vejcovodu, poté podstoupila laparoskopickou operaci a levostrannou salpingektomií.

Kategorie Péče porodní asistentky

Kategorie v jednotlivých podkategoriích popisuje péči porodní asistentky o ženu s náhlou příhodou břišní od příjmu do zdravotnického zařízení až po propuštění do domácí péče. Dále jsou v kategorii rozepsány výsledky z výzkumu týkající se komunikace a uspokojování potřeb žen porodní asistentkou.

Podkategorie Předoperační období

V podkategorii Předoperační péče jsou shrnuty poznatky žen od počátku příznaků náhlé příhody břišní přes přijetí do zdravotnického zařízení až do počátku intraoperační péče a s tím spojené péče porodní asistentky.

Tato podkategorie popisuje předoperační období, které u žen začínalo přijetím do zdravotnického zařízení. Příjmu do zdravotnického zařízení předcházely konkrétní příznaky náhlé příhody břišní. Ž1, Ž2, Ž3, Ž4 a Ž5 uvedly jako první potíže prudkou bolest v podbřišku, u žen Ž3 a Ž4 následovalo i krvácení ze zevního genitálu. U žen Ž6 a Ž7 se bolest vyvíjela postupně a byla viscerálního původu, u informantky Ž7 se poté rozvinulo prudké krvácení ze zevního genitálu. Ž6 jako další potíž zmínila špinění po dobu rozvoje bolesti. Žena Ž4 řekla: „*Zničehonic jsem cítila bolest, jako by mě někdo bodl nožem do břicha. Pak mi bylo asi půl hodiny na omdlení...*“ Žena Ž1 tlumila bolest pomocí běžně dostupných analgetik a čekala týden, než navštívila lékaře. Ženy Ž2, Ž3, Ž4 a Ž5 navštívily lékaře hned druhý den od počátku potíží. U žen Ž6 a Ž7 nedošlo k rychlému nástupu potíží, tudíž ženy vyčkávaly také zhruba týden, než potíže získaly na intenzitě. Žena Ž2 si myslela, že jde o apendicitidu neboli zánět slepého střeva, a tak navštívila nejdříve chirurgickou ambulanci, kde neměli vůči jejímu stavu adekvátní reakci. Ž2 vypověděla: „*Na chirurgii mě sestra hned mezi dveřma seřvala, co tam dělám, že to není případ pro chirurgii, ať jdu na gynekologii ke svému lékaři, moje doktorka mi pro změnu řekla, ať jdu rovnou do nemocnice. A tak jsem šla.*“ Ostatní ženy Ž1, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6 a Ž7 se po domluvě se svými obvodními gynekology dostavily rovnou do nemocnice na gynekologické oddělení. Ž2 vyličila: „*Přijela jsem tam ráno, byla tam hrozná fronta. Nebylo mi příjemné čekat tam v bolestech asi hodinu a půl...*“

Ženy Ž2, Ž3, Ž5 a Ž6 sdělily, že jim porodní asistentka a lékař poskytli veškeré informace o dalším postupu. Ženy také uvedly, že jim sdělené informace o jejich zdravotním stavu lékařem zmírnily strach a stres z akutního stavu. Informantka Ž3 řekla: „*Pan doktor mi všechno hezky pochopitelně vysvětlil, díky tomu, co mi řekl, jsem přesně věděla, co se bude dít a co můžu očekávat. Neřekla bych teda, že mi to úplně zmírnilo strach, ale trošku mě to uklidnilo.*“ Ženy Ž1, Ž4 a Ž7 uvedly, že informací od porodní asistentky a lékaře neobdržely dostatek. Těmto ženám nedostatek informací jen zvýšil hladinu stresu a strachu. Ž4 vyličila: „*Měla jsem až slzy v očích, doktor si tam něco jenom pomumlával, když koukal do ultrazvuku, a pak mě poslal za sestrou. Vůbec jsem nevěděla, co se děje.*“ Při příjmu do zdravotnického zařízení ženy obdržely dokument souhlasu s výkonem, u žen Ž1, Ž4, Ž5, Ž6 a Ž7 se tento informovaný souhlas týkal laparoskopické diagnosticko-léčebné operace, u žen Ž2, Ž3 a Ž7 tento souhlas obsahoval i souhlas s odstraněním vejcovodu. Ženy Ž1, Ž4 a Ž7 v rozhovorech řekly, že během podepisování tohoto informovaného souhlasu neměly prostor na otázky, jen jim byl souhlas podán k podpisu. Žena Ž1 se při rozhovoru až rozhořčila: „*Nikdo mi nic nevysvětlil, já v tom papíře rozuměla každému druhému slovu...*“ Ostatní ženy Ž2, Ž3, Ž5 a Ž7 byly o výkonu plně edukovány lékařem a mohly se ptát na rizika spojená se zákrokem. Ženy Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 uvedly, že porodní asistentky při příjmu jim sdělily informace ohledně péče, která jim bude porodní asistentkou poskytována. Ženy popsaly, že jim porodní asistentka vysvětlila zavádění periferního žilního katétru, odběr venózní krve i podání intravenózních antibiotik jako profylaxe infekce. Dále ženy Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 popsaly, že je porodní asistentka požádala, aby si odložily veškeré šperky, a Ž5 byla také dotázána, zda nemá nasazeny kontaktní čočky. Těmto ženám podané informace pomohly lépe se zorientovat v péči porodních asistentek a sester na oddělení a zmírnil se jejich strach. Naopak ženy Ž1 a Ž7 měly pocit, že jim porodní asistentka nesdělila žádné informace ohledně péče a edukace.

Ženy Ž2, Ž3, Ž5 a Ž6 také uvedly, že za nimi těsně před operací přišel lékař. Dodal jim informace o anestezii, o tom, jak dlouho bude výkon probíhat a jaké jsou možné komplikace. Porodní asistentka ženám Ž6 a Ž2 poskytla informace o tom, že budou po operaci převezeny na dospávací pokoj, kde budou monitorovány jejich životní funkce, a pak budou převezeny zpátky na gynekologické oddělení. U žen Ž2, Ž3, Ž4 a Ž5 porodní

asistentka dodala i informace o možných komplikacích ohledně ošetrovatelské péče. U žen Ž3 a Ž5 zmínila, že jim může být po zákroku chladno a také mohou pociťovat nauzeu a uvolnění emocí.

Ženy Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž7 popsaly, že jim porodní asistentka před výkonem monitorovala krevní tlak, pulz i tělesnou teplotu a obvázala jim dolní končetiny, nebo je požádala, aby si nasadily kompresní punčochy. Vysvětlila, že je to kvůli možnosti vzniku trombózy. Výjimkou byla žena Ž1, které nebyla provedena bandáž dolních končetin vůbec. Žena Ž4 sdělila: „*Porodní asistentka na oddělení mi všechno v klidu vysvětlila. Připravila mě na operaci, všechno, co dělala, mi vysvětlila, a dokonce mi i řekla, jak to bude probíhat po operaci.*“ Ženy Ž2 a Ž3 ještě uvedly, že dostaly injekci před operací. Bylo jim řečeno, že je to na zklidnění nauzey.

Podkategorie Pooperační období

V podkategorii Pooperační péče jsou obsaženy výsledky z rozhovorů týkající se pooperační péče porodní asistentky o ženu po výkonu.

Ženy Ž1, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž7 měly pocit, že se mnoho informací ohledně pooperační péče nedozvěděly. Žena Ž1 uvedla, že jí porodní asistentka poskytla velmi strohé informace o klidovém režimu a extrakci stehů. Dále jí byla porodní asistentkou poskytnuta informace, kdy jí podle ordinací lékaře doporučila užívat volně dostupná analgetika při bolestech. Žena Ž3 již podobný zákrok absolvovala před několika lety. Žena Ž3 zmínila, že informací očekávala víc a s obdrženými informacemi porodní asistentky nebyla spokojena. Doslova sdělila: „*Něco málo jsem si pamatovala z minula, ale potřebovala jsem to osvěžit. Toho jsem se úplně nedočkala. Sestra mi řekla, že bych měla dodržovat klidový režim a hodně pít. Ale ohledně toho, že mám dodržovat šestinedělí a co mám dělat se stehy, jsem se dočetla až v propouštěcí zprávě. Uvítala bych, kdyby mi to sestra bývala řekla. Sice jsem se těšila domů, ale tyhle informace mi přijdou důležité.*“ Ženy Ž4 a Ž5 na tom byly velmi podobně jako žena Ž3. Dostalo se jim ve zkratce informací o extrakci stehů, zmírňování pooperační bolesti a o klidovém režimu. Ženy Ž3, Ž4 a Ž5 neměly ani prostor na otázky, a tak si informace zjišťovaly od svých známých či příbuzných. Žena

Ž7 si nepamatuje, že by ji někdo ohledně pooperační péče informoval, péči a zotavení zvládla vlastními prostředky a pomocí internetu.

Ženy Ž2 a Ž6 naopak byly velmi spokojeny s kvalitou a kvantitou informací, které obdržely. Žena Ž2 hodnotila tyto informace jako velmi přínosné. Porodní asistentkou jí bylo vysvětleno, že musí dodržovat klidový režim, odpočívat, dodržovat pitný režim, nezvedat těžká břemena a že má dodržovat šestinedělí. Dále byla Ž2 informována ohledně výživy a hygieny, což jí přišlo velmi přirozené, a pravděpodobně by tato režimová opatření dodržovala i bez edukace porodní asistentkou. Porodní asistentka podle ordinací lékaře ženě Ž2 doporučila léky na tlumení bolesti a upozornila ji na možná rizika spojená s prodělaným akutním stavem. Žena Ž6 uvedla, že jí informace ohledně pooperační péče a sebezpěče v domácím prostředí sdělila především porodní asistentka, ta jí dala též prostor na otázky, čehož žena využila. Žena se konkrétně vyptávala na informace spojené s pohybem a sportem. Ženy Ž2 a Ž6 odcházely domů spokojeny a beze strachu z nevědomosti ohledně péče.

Všechny dotazované ženy se shodly na tom, že mívají po proděláním gynekologické náhlé příhody břišní bolestivější menstruaci, a v některých případech, konkrétně u žen Ž1, Ž4 a Ž6, i větší bolesti v období ovulace. Ženy Ž2, Ž3 a Ž7 po prodělaném výkonu spojeným s GEU a salpingektomií uvedly, že mívají bolesti nezávisle na menstruačním cyklu. Žena Ž2 v rozhovoru sdělila, že ji bolest pravého boku v noci budí a občas mívá strach, že jde o zánět slepého střeva. Žena Ž2 konzultovala své bolesti se svým obvodním gynekologem. Ten jí vysvětlil, že jde o zjizvenou tkáň, kterou by bylo vhodné odstranit v budoucnosti v rámci jiné abdominální operace, jestliže žena nějakou podstoupí. Ženy Ž3 a Ž7 sdělily, že se s bolestí na levém boku sžily a tlumí ji volně dostupnými analgetiky.

U ženy Ž6 se jednou za tři měsíce až půl roku objeví známky recidivy zánětu, který se projevuje zvýšeným množstvím poševního výtoku a horečkami. Tento stav hned na počátku potíží vždy řeší s gynekologem. Žena Ž1 své potíže popsala: *„Ano, furt mám ty samé potíže, co předtím, občas je ta bolest horší a občas se to dá zvládnout. Ale začala jsem cvičit hormonální jógu a používám nějaké doplňky stravy z východní medicíny a přijde mi, že to pomáhá. Zároveň se snažím se tolik nestresovat a trošku jsem upravila*

svůj životní styl a vidím nějaké pokroky.“ Ženy Ž4 a Ž5 uvedly, že je bolest většinou neomezuje v běžném životě, od bolesti jim ulevují klidový režim, nahřívání podbřišku a běžně dostupná analgetika.

Podkategorie Komunikace

Podkategorie Komunikace kategorizuje komunikaci porodní asistentky se ženou.

Ženy Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 zhodnotily komunikaci s personálem velmi dobře. Také uvedly, že s nimi personál komunikoval profesionálně, ale citlivě vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a okolnostem. Ž3 vypověděla: *„Bylo na mně vidět, že jsem z toho hodně špatná, a tak mi přišlo, že se mnou jednají se soucitem. Byla jsem tam sama a dost ve stresu.“* Ženy Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 uvedly, že zdravotnický personál, především porodní asistentky, jim pomohly. Díky empatické komunikaci se zmírnil jejich strach v souvislosti s akutním stavem. Žena Ž3 konstatovala: *„Doktor, porodní asistentka i studentka, která byla přítomna u příjmu, se mnou komunikovali moc hezky. Všechno bylo srozumitelné, možná mi toho mohli říct víc, ale to, co mi řekli, bylo hezky podáno.“* Ženy Ž1 a Ž7 s komunikací zdravotnického personálu nebyly vůbec spokojeny. Žena Ž7 popsala až úzkostný plačtivý stav. Komunikace se ženami Ž1 a Ž7 byla velmi strohá, nepřinášela ani úlevu od strachu, ani nebyla pro ženy informativní. Žena Ž1 uvedla: *„...vůbec se se mnou nepárali.“* U ženy Ž1 se v důsledku špatné komunikace zvýšily stres a nedůvěra ve zdravotnické zařízení i personál.

Komunikace personálu ve většině případů neprobíhala dobře ani s doprovodem partnera. Tento problém se vyskytl u žen Ž2, Ž4 a Ž6, které do zdravotnického zařízení dovezl partner. Ženu Ž2 partner dovezl do zdravotnického zařízení i s jejími dětmi. U těchto případů se projevilo velmi přísné a necitlivé jednání. Partneri měli také strach o své partnerky. Personál partnerům žen až do poslední chvíle neposkytl žádné informace o tom, co se zrovna děje a jaký bude mít tato situace vývoj.

V pooperačním období již informantka Ž1 neměla žádné očekávání, co se komunikace ze strany personálu týká. Žena Ž1 v rozhovoru uvedla, že lékař u ní po operaci ještě zvýšil strach, když jí sdělil diagnózu endometriózy a možnosti toho, že nebude moci mít své

vlastní děti. Ženy Ž3, Ž4 a Ž5 očekávaly empatickou a podporující komunikaci ze strany personálu, avšak nedočkaly se jí všechny. Žena Ž4 v rozhovoru zmínila nezáměr zdravotnického personálu o komunikaci s ní. Žena Ž4 dále uvedla, že s ní lékař komunikoval velmi stroze, co se jejího zdravotního stavu týká. Nevysvětlil jí rizika a možné potíže do budoucnosti, i když se na to žena vysloveně dotazovala. Ž3 a Ž5 byly s komunikací spokojeny, naplnila se jejich očekávání a uvedly, že komunikace byla velmi lidská a profesionální. Žena Ž5 poznamenala: „*Všichni, včetně uklízeček, které tam chodily dvakrát denně vytírat, byli hrozně fajn. Komunikovali se mnou s respektem, občas jsme se i zasmáli. Pomohlo mi to se trochu uvolnit, i když jsem se už těšila domů.*“ Žena Ž2 také neměla žádné očekávání, ale byla s komunikací porodní asistentky nadměrně spokojena. Dále žena Ž2 zmínila, že i lékař s ní komunikoval tak, jak ona potřebovala, uklidnil ji ohledně jejího strachu z komplikovaného otěhotnění. Vše jí vysvětlil a dal ženě prostor na otázky. Ženy Ž6 a Ž7 komunikaci v pooperačním období neřešily. Byly rády, že se akutní stav vyřešil a ony půjdou co nejdříve bez bolesti domů. Žena Ž6 navíc dodala, že jedna z porodních asistentek na ošetrovatelské jednotce s ní komunikovala velmi empaticky vzhledem k jejímu stavu. Tato žena zároveň vyzdvihla komunikaci s lékařem. Zhodnotila ji jako velmi profesionální, cítila se během ní klidně.

Podkategorie Uspokojování potřeb žen

Nejvíce narušenou potřebou žen po výkonu byla potřeba výživy a hydratace. Ženám Ž1 až Ž7 bylo po dotazu na uspokojení žízně vysvětleno porodní asistentkou, že pít mohou až po dvou hodinách od operace, což ženám příliš nepomohlo, protože měly sucho v ústech a nedokázaly s tím nic dělat. Potřeba hydratace byla u žen Ž1 až Ž7 uspokojena hned ve chvíli, kdy to bylo možné. U výživy byly výsledky výzkumného šetření mírně odlišné. Největší potřebu výživy měly ženy Ž6 a Ž7, které delší období před operací nejedly kvůli bolestem. U ženy Ž7 byla tato potřeba uspokojena několik hodin po operaci, kdy jí porodní asistentka poskytla alespoň jogurt a banán. U ženy Ž6 bylo uspokojení této potřeby složitější, protože žena pociťovala zvýšenou nauzeu a nutkání na zvracení. Ženě Ž6 byla potřeba výživy saturována pomocí infuzní terapie obsahující glukózový roztok, dále byla tato potřeba uspokojena až následující den

prostřednictvím snídaně. Ženám Ž1, Ž2, Ž3, Ž4 a Ž5 byla potřeba výživy saturována také několik hodin od operace, jejich potřeba však nebyla tak silná jako u žen Ž6 a Ž7.

Další narušenou potřebou žen byla potřeba pohybu. Ženy Ž2, Ž3, Ž5 a Ž6 pocítovaly velkou potřebu vstávat brzo po operaci. Ž5 uvedla brnění nohou a neklid na lůžku, také pocítovala jistý diskomfort v rámci samostatného pohybu na lůžku. Žena Ž3 uváděla velkou bolest v oblasti drénu, tato bolest jí znemožnila veškerý pohyb. Druhý den po operaci měla žena Ž3 naplánovanou návštěvu fyzioterapeuta, který ji žádal o spolupráci v rámci pohybu. Žena Ž3 uvedla, že se nemohla hýbat kvůli zavedenému drénu. Potřeba pohybu bez bolesti u ženy Ž3 byla uspokojena až ve chvíli, kdy jí byl drén odstraněn porodní asistentkou. Ženy Ž2 a Ž6 měly potřebu pohybu pouze ve spojení se sebepečí. Informantky chtěly uspokojit potřebu hygieny a dojít si do sprchy individuálně. Tuto potřebu ženám porodní asistentka uspokojila časnou mobilizací. Ženu Ž2 porodní asistentka také edukovala o umístění signalizačního zařízení do blízkosti ženy v případě, že by se její stav zhoršil a potřebovala pomoc porodní asistentky.

Neméně podstatnou potřebou, která se u žen po operaci projevila, byla potřeba vylučování. Ženy Ž1, Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 uvedly nucení na močení hned dvě hodiny po výkonu. Tuto potřebu u žen saturovaly porodní asistentky hned při první vertikalizaci žen po operaci. Žena Ž2 řekla: „*Největší potřebu jsem měla už asi hodinu po tom, co jsem byla na pokoji. Potřebovala jsem strašně čurat a měla jsem pocit, že už to nevydržím. Sestra mi řekla, že můžu vstávat až za hodinu. Tak jsem celou hodinu koukala na hodiny a počítala vteřiny.*“ Žena Ž7 potřebu močení pocítila až po čtyřech hodinách, kdy zvýšila příjem tekutin. Potřeba vylučování stolice a odchodu plynů se projevila u žen Ž2, Ž3 a Ž6 již první pooperační den. U žen Ž1, Ž4, Ž5 a Ž7 se potřeba vyprazdňování projevila až den druhý, kdy ženám porodní asistentka doporučila použití glycerinového čípku. U ženy Ž5 doporučila porodní asistentka i pití fenyklového čaje na lepší odchod plynů. Dále porodní asistentka ženám Ž4 a Ž7 řekla, že kdyby měly potíže v tomto ohledu, ať to sdělí lékaři při vizitě.

Potřeba být bez bolesti se projevila u většiny žen. Pouze u žen Ž1 a Ž7 byla tato potřeba saturována samovolně. Hned po operaci se těmto ženám snížila míra bolesti a ony tedy byly spokojeny. U žen Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 se potřeba být bez bolesti rozvíjela časem. Ž2

sdělila: „*Po operaci mi bylo děsně dobře, ani jsem nic na bolest nepotřebovala. Ale jak jsem se pak začala víc hýbat a asi odeznávaly ty dryjáky ze sálu, tak už to bylo až nesnesitelné.*“ Tyto ženy verbalizovaly monitoraci bolesti porodní asistentkou na škále VAS. Ženy Ž4 a Ž5 řekly, že při velké bolesti v den operace jim byla nabídnuta a následně aplikována intramuskulární injekce do hýždě. Ženy Ž2, Ž3 a Ž6 uvedly, že jim bolest byla tlumena pomocí infuzí nebo perorálních analgetik. Ženy Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 se shodly na tom, že nejlepší poloha na úlevu od bolesti byla v polosedě s pokrčenými nohama. Ženám Ž2, Ž3 a Ž5 tuto polohu doporučila porodní asistentka, ženy Ž4 a Ž6 si na úlevovou polohu přišly samy. Dále také ženy Ž2 a Ž3 uvedly, že v noci byla bolest po operaci tak intenzivní, že kvůli tomu nemohly příliš spát.

Jako významnou potřebu po akutní gynekologické operaci vnímaly ženy potřebu spánku a odpočinku. Ženy Ž2, Ž3, Ž4 a Ž7 cítily značný diskomfort v souvislosti se spánkem na nemocničních lůžkách. Ženy Ž2, Ž5 a Ž6 uvedly potíže se spánkem a odpočinkem v souvislosti s nedostatkem soukromí. Jak již bylo zmíněno v odstavci o potřebě být bez bolesti, ženy Ž2 a Ž3 nemohly spát právě kvůli potřebě být bez bolesti. Ženy Ž4, Ž5, Ž6 a Ž7 neuspokojenou potřebu spánku a odpočinku nesdělovaly porodní asistentce. Ženy Ž2, Ž3, Ž5 a Ž7 počkaly, až budou propuštěny, a potřebu spánku i odpočinku saturují až v domácím prostředí. Ženy Ž4 a Ž6 tuto potřebu uspokojily po svém, a to díky použití pomůcek pro kvalitnější spánek, jako jsou například maska přes oči nebo špunty do uší.

Narušená potřeba tělesného komfortu ve smyslu hygieny a čistoty se u žen Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 projevila hned v den operace, kdy ženy Ž2, Ž3, Ž5 a Ž6 měly potřebu k večeru provést osobní hygienu. Vzhledem k tomu, že tyto ženy již byly vertikalizovány, s pomocí porodní asistentky mohly tuto potřebu uspokojit individuálně. Ženy Ž5 a Ž6 požádaly porodní asistentku, aby jim pomohla s osobní hygienou. Pouze Ž3 potřebovala pomoc s oblékáním košile v souvislosti s bolestí v oblasti drénu. Ženy Ž1, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž7 prožívaly značný diskomfort v nemocničním prostředí z různých důvodů. Ženy Ž1 a Ž5 prožívaly diskomfort kvůli neefektivnímu termomanagementu po narkóze. Porodní asistentka tuto potřebu u žen Ž1 a Ž5 saturovala pomocí přidané příkrývky a zvýšení teploty v místnosti. Ženy Ž3, Ž4 a Ž7 uvedly jako diskomfortní

nemocniční režim dne. Pro ženy Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 bylo také nekomfortní odloučení od rodiny a neinformovanost ohledně situace, která probíhá u nich v domácnosti.

Ženy Ž2, Ž3 a Ž7 pocítily také potřebu podpory. Tyto ženy měly strach, že kvůli provedené salpingektomii již nebudou moci spontánně otěhotnět, a tudíž potřebovaly podporu porodní asistentky či svého partnera. U ženy Ž2 tuto potřebu uspokojila porodní asistentka osobně svou přítomností a komunikací se ženou. U ženy Ž3 požádala porodní asistentka lékaře o psychologické konzilium, které u ženy proběhlo hned druhý pooperační den. Žena Ž7 si tuto potřebu nepřipouštěla, ale zpětně si uvědomuje, že potřebu podpory od porodní asistentky měla velmi neuspokojenou.

5 Diskuze

Péče porodní asistentky o ženy s náhlou příhodou břišní je velmi specifická. Ženy mají v akutním stavu změněné potřeby a kvůli náročnosti této situace by měla porodní asistentka být pro ženu oporou. Z analýzy dat získaných v rozhovorech se ženami po prodělané náhlé příhodě břišní vyplývá, že ženy vnímají péči porodní asistentky v období hospitalizace různě. Péči porodní asistentky hodnotily ženy dle svých osobních zkušeností.

Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že příjmu do zdravotnického zařízení u žen Ž1, Ž2, Ž3, Ž4 a Ž5 předcházela prudká bodavá bolest v podbřišku. U žen Ž6 a Ž7 se bolest viscerálního typu rozvíjela postupně až do nesnesitelné intenzity. Podle Šálkové (2021, s. 397) *dominantním příznakem náhlých příhod břišních je bolest, v gynekologii snad není nemoci, která by se cestou bolesti neprojevovala*. Ženy Ž3, Ž4 a Ž7 podle výzkumu zaznamenaly také krvácení z vnějších rodidel. Podle Rizka et al. (2020) může být ruptura ektopické gravidity doprovázena krvácením z vnějších rodidel a do dutiny břišní společně se šokem, diaforézou, pocitem slabosti, kolapsem a dyspneou. Ženy Ž2, Ž3, Ž4 a Ž5 se k příjmu do zdravotnického zařízení dostavily hned druhý den po nástupu příznaků, ženy Ž1, Ž6 a Ž7 se dostavily k příjmu až zhruba po týdně, do té doby se snažily poradit si s potížemi vlastními silami.

Péče porodní asistentky v průběhu celé hospitalizace je pro ženy v akutním stavu velmi stěžejní. Porodní asistentka by měla brát na vědomí, že informace, které ženě poskytne, úzce souvisí s redukcí strachu a úzkosti u žen (Gulášová et al., 2014). Díky informacím, které žena od zdravotnického personálu, zejména porodní asistentky, v předoperačním období přijme, se doba zotavení ženy do plného zdraví může zkrátit. Ženy, které se zúčastnily výzkumného šetření, popisovaly péči od zdravotnického personálu v předoperačním období odlišně. Ženy Ž2, Ž3, Ž5 a Ž6 obdržely informaci a péče dostatek na to, aby se jim zmírnil strach a stres z akutního stavu. Účelem edukace porodní asistentkou v předoperačním období je minimalizování strachu a stresu z operace (Slezáková, 2019). Naopak u žen Ž1, Ž4 a Ž7 se obdržený nedostatek informací spojený s akutním stavem projevil tak, že kvůli tomuto faktoru byly ženy vystaveny velkému

strachu, protože nevěděly další postupy. Žena by před operací měla být plně informována o svém onemocnění, seznámena se všemi možnostmi léčby a s potenciálními riziky, jež z léčby vyplývají (Schneiderová, 2014). Ačkoli nebyly ženy Ž1 až Ž7 informovány v dostačující míře, všechny v rozhovorech uvedly, že podepsaly informovaný souhlas s výkonem, kdy v případech Ž1, Ž4 a Ž7 neměly ani prostor na otázky týkající se jejich zdravotního stavu. Co se péče porodní asistentky během předoperačního období týká, ženy v rozhovorech popsaly intervence, které u žen proběhly. Ženy Ž1 až Ž7 popsaly odběry krve, zavádění PŽK a edukaci ohledně PŽK a udělení informovaného souhlasu se zákrokem. U ženy Ž1 chyběly intervence spojené s prevencí TEN. Podle studie z roku 2020 je perioperační profylaxe TEN v podobě bandážování dolních končetin, časná pooperační mobilizace a zvýšení pitného režimu ta nejlepší prevence této nemoci u žen v reprodukčním věku (Nicholson et al., 2020). Podle Schneiderové (2014) také patří do předoperační přípravy ženy zavedení permanentního močového katétru, přičemž z analýzy dat vyplývá, že ženy z výzkumného souboru PMK zaveden neměly. V průběhu předoperačního období porodní asistentka ženy Ž2, Ž3, Ž5 a Ž6 edukovala o průběhu pooperační péče. Porodní asistentka v rámci předoperační péče informuje ženu o místě, kde se žena po narkóze probudí, o dietních opatřeních, o významu drénu a péči v souvislosti s vitálním stavem ženy (Libová et al., 2022).

V pooperačním období ženy Ž1, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž7 neobdržely dostatek potřebných informací ke správné rekonvalescenci bez potíží. Porodní asistentka těmto ženám neposkytla informace spojené s pooperační péčí a režimem, který by ženy po operaci akutního stavu měly dodržovat. Cílem edukace o pooperačním režimu je prevence pooperačních komplikací, jak uvádí Dušová (2019). Ženy Ž2 a Ž6 byly pečlivě edukovány ohledně pooperační péče. Porodní asistentka ženám vysvětlila důležitost časně mobilizace po operaci, informovala je o nutnosti kontrolování vitálních funkcí a krvácení, o dodržování klidového a pitného režimu i o dodržování šestinedělí v domácí péči. Podle doporučení Nemocnice České Budějovice (2017) o pooperační péči jsou tyto informace důležité ke správnému navrácení ženy do plného zdraví.

Ženy dále během výzkumného šetření verbalizovaly své trvalé potíže po prodělaném akutním stavu. Ženy Ž1 až Ž7 v rozhovorech sdělily, že po prodělaném výkonu mají

intenzivnější bolesti v průběhu menstruačního krvácení. Dále ženy Ž2, Ž3 a Ž7 po prodělané diagnóze GEU a salpingektomii uvádějí bolesti na straně odstraněného vejcovodu. Stanica et al. (2021) ve své studii publikované na PubMedu uvádějí, že ektopické těhotenství v anamnéze je rizikovým faktorem pro prodělaní další GEU nebo pánevní zánětlivé nemoci.

Komunikace porodní asistentky se ženou s akutním stavem byla další schopností, podle které ženy hodnotily péči porodní asistentky v průběhu hospitalizace. Podle mého názoru je komunikace velmi náročnou součástí praxe zdravotnického personálu. Lidský faktor ovlivňuje výsledek naší práce. Důležité jsou nejenom teoretické znalosti, ale i schopnost všechny poznatky využít v praxi. V oblasti neverbální komunikace je třeba si uvědomit potřebu vyznat se i v řeči těla, ne vždy je člověk schopen vyjádřit své pocity a potřeby slovy. Porodní asistentka by v rozhovoru se ženou měla být schopna projevit empatii, profesionalitu a znalosti. Vzájemné porozumění a naslouchání všem projevům vede k uklidnění obav a docílení toho, že s porodní asistentkou bude žena co nejvíce spolupracovat. Ženy Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 byly s komunikací porodní asistentky spokojeny. Ženy uvedly, že s nimi porodní asistentky komunikovaly profesionálně, a uspokojily tak jejich psychosociální potřeby v oblasti komunikace. Shodně tuto problematiku popisuje Zacharová (2016), jež vysvětluje, že míra spokojenosti ženy v akutním stavu s péčí zdravotnického personálu je úzce spjata s verbální i neverbální komunikací mezi ženou a zdravotnickým personálem. Naopak u žen Ž1 a Ž7 komunikace se zdravotnickým personálem nebyla na takové úrovni, aby splnila ošetrovatelský účel. Neprofesionální komunikace u ženy Ž1 vzbudila nedůvěru ve zdravotnické zařízení a personál. Zdravotnickému personálu se doporučuje používat několik pravidel komunikace a chování, aby se míra stresu u ženy snížila a důvěra ženy v personál naopak zvýšila. Porodní asistentka by ženám měla pozorně naslouchat, vysvětlovat jim vše srozumitelně a jazykem, kterému žena rozumí, měla by ženy emocionálně podporovat, udržovat oční kontakt během rozhovoru a respektovat jejich přání i soukromí (Zacharová, 2016).

Podkategorie Uspokojování potřeb žen po prodělaném akutním stavu je zaměřena na péči porodní asistentky v souvislosti s konkrétními potřebami žen. Jak uvádí Šálková (2021),

poskytovaná péče u žen v akutním stavu nebo po operaci by se měla individualizovat podle jejich měnících se potřeb.

Z výzkumného šetření bylo zjevné, že nejméně uspokojenou potřebou žen po prodělání akutní operace byla výživa a hydratace. Z rozhovorů vyplývá, že ženy Ž1 až Ž7 měly potřebu hydratace bezprostředně po výkonu, avšak tato potřeba byla porodní asistentkou uspokojena až ve chvíli, kdy to bylo možné, tj. dvě hodiny po výkonu. Podle mého názoru mohla porodní asistentka ženy edukovat o možnosti svlažení rtů vlhkým obkladem či o použití ošetřující tyčinky na rty, aby ženy nepocíťovaly suchost v ústech. Potřebu výživy ženy popisovaly odlišně. Podle Kapounové (2020, s. 59) *výživa neuspokojuje pouze žaludek, trávicí ústrojí a energetické nároky organismu, ale i psychosociální potřeby*. U žen Ž6 a Ž7 byla potřeba výživy velmi intenzivní. Tyto ženy neuspokojenou potřebu výživy pocíťovaly již celý týden před výkonem, kdy kvůli bolesti v podbříšku nemohly přijímat potravu. Dlouhodobá bolest může být doprovázena poruchami spánku, nechutenstvím, zácpou a snížením fyzické aktivity (Šálková, 2021).

Další neuspokojená potřeba, která byla ženami vnímána v časném pooperačním období, byla potřeba pohybu. Tu nejvíce pocíťovaly ženy Ž1, Ž2, Ž3, Ž5 a Ž6 z různých důvodů. U ženy Ž5 to bylo zapříčiněno nemožností pohybu na lůžku a brněním nohou, u žen Ž3 a Ž1 z důvodu bolestivosti vyvedeného drenážního systému z dutiny břišní. Ženy Ž2 a Ž5 tuto potřebu udávaly v souvislosti s neuspokojenou sebepéčí. Tato potřeba byla ženám saturována pomocí časně vertikalizace porodní asistentkou, kdy podle Šálkové (2021) je časná vertikalizace považována za jednu z nejdůležitějších prevencí TEN a je doporučeno ji aplikovat již v den operace.

U potřeby močení byla priorita potřeby celkem jednoznačná, ženy Ž1 až Ž6 pocíťovaly potřebu močení do dvou hodin po výkonu. Tato potřeba byla pomocí porodní asistentky uspokojena hned během první vertikalizace ženy, kdy porodní asistentka ženy doprovodila na toaletu, aby se vymočily. Při uspokojování potřeby močení je nutné ženě zajistit soukromí, aby močení nebylo ovlivněno psychickým stresem (Slezáková et al., 2017). U ženy Ž2, která pocíťovala potřebu močení velmi intenzivně po dobu dvou hodin, než došlo k pooperační vertikalizaci, by podle mě bylo vhodné, aby porodní asistentka

nabídla ženě možnost využití podložní mísy, a uspokojit tak potřebu okamžitě. Potřebu vylučování stolice pocítily ženy Ž2, Ž3 a Ž6 hned v operační den. Téma potřeby vyprazdňování je velice intimní a citlivé, nicméně je důležité, aby porodní asistentka byla schopna se ženou o tom komunikovat a zjistit, zda v tomto ohledu žena nemá potíže (Kapounová, 2020). Ženy Ž1, Ž4, Ž5 a Ž7 tuto potřebu pocítily až první pooperační den.

Velmi podstatná potřeba, kterou žena po akutní operaci prožívá, je potřeba být bez bolesti. U žen Ž1 a Ž7 byla tato potřeba saturována samovolně, jen díky operačnímu výkonu, který těmto ženám přinesl úlevu od bolesti. U žen Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 potřeba být bez bolesti nabývala priority časem a pohybem během pooperačního období. Tlumení pooperační bolesti je velmi důležité, protože podle Kapounové (2020) se neefektivním tlumením pooperační bolesti oddaluje zahájení rehabilitace a ovlivňuje se tím řada orgánových systémů, včetně obranyschopnosti, a může vést k poruchám spánku a k chronické bolesti. Ženám Ž2 až Ž6 bylo podle výzkumu porodní asistentkou nabídnuto tlumení bolesti na základě VAS a ordinací lékaře. Stejně jako o farmakologickém tišení pooperační bolesti by porodní asistentka podle Dušové (2018) měla ženy informovat o dodržování klidového režimu a o metodách farmakologického či nefarmakologického tišení bolesti. Mezi nejpoužívanější nefarmakologické metody náleží zaujímání úlevových poloh, kterých je celá řada, ale záleží na subjektivním pocitu dané ženy, zda jí poloha tlumí bolest. Podle mých zkušeností z praxe mezi nejpoužívanější úlevové polohy po gynekologických operacích patří ty v polosedě s pokrčenými dolními končetinami, vleže na boku v takzvaném klubičku a všechny polohy, kdy nedochází k namáhání břišního svalstva.

Pro správnou rekonvalescenci ženy po akutní operaci je klíčová potřeba spánku a odpočinku. Jak uvádí Kapounová (2020), spánek a odpočinek představují nezbytné předpoklady pro zachování a udržení fyzického i psychického zdraví. Tato potřeba je u nemocných žen zvýšená, protože tělo spotřebuje více energie na zvládnání denních aktivit týkajících se sebepečí. Tuto potřebu pocítily všechny ženy (tedy Ž1 až Ž7). U žen Ž2, Ž3, Ž4 a Ž7 nebylo možné, aby porodní asistentka tuto potřebu v plné míře uspokojila. Výše uvedené ženy cítily značný diskomfort a nedostatek odpočinku v souvislosti se spánkem v nemocničním prostředí. Ženy Ž2 a Ž3 uvedly neuspokojenou

potřebu spánku a odpočinku zapříčiněnou nadměrnou bolestí v průběhu noci. Po gynekologické operaci tělo prochází značným stresem. Kromě fyzického traumatu, které tělo musí zvládnout, se žena potýká i s emocionálními problémy, jako jsou stres a úzkost (Šálková, 2021). Tyto faktory mohou ovlivnit schopnost pacientky spát a odpočívat, což může prodloužit dobu zotavení. Porodní asistentka by měla minimalizovat rušivé a stresující vlivy, dodržovat rytmus dne a noci, a tím zajistit co nejlepší podmínky pro spánek a odpočinek ve zdravotnickém zařízení (Šálková, 2021). Je velmi vhodné využít různé relaxační techniky, lze využít meditaci či hluboké dýchání, čímž se může ženám snížit stres, a podpořit tak správný spánkový cyklus.

Potřeba komfortu je důležitou potřebou ženy nejen v nemocničním prostředí. K potřebě komfortu byla přiřazena i potřeba hygieny a čistoty, což úzce ovlivňuje psychiku ženy. Komfort je tedy úleva od diskomfortu, stav uvolnění a klidu, v podstatě cokoli, co činí život snadným nebo příjemným (Plevová, 2018). U každé ženy se tato potřeba projevuje velmi subjektivně. Potřeba hygieny a čistoty se projevila během dvou pooperačních dnů u všech dotazovaných žen. Ženám Ž5, Ž6 a Ž7 byla poskytnuta pomoc porodní asistentky. Dále ženy pocítovaly potřebu komfortu v oblasti termomanagementu, a to konkrétně ženy Ž1 a Ž5, které porodní asistentka saturovala pomocí poskytnutí další přikrývky či zvýšení okolní teploty v místnosti. Ženy Ž3, Ž4 a Ž7 také uvedly značný diskomfort v souvislosti s nemocničním režimem dané ošetrovatelské jednotky. U žen Ž2, Ž5 a Ž6 se projevoval diskomfort deficitem soukromí. Nicméně podle Slezákové (2017) je úlohou porodní asistentky v průběhu edukace navázání kontaktu a důvěry se ženou, a díky tomu by porodní asistentka měla být schopna vytvořit vhodné prostředí i atmosféru, aby se žena cítila komfortně. Nekomfortní pro ženy, které mají děti, tedy pro Ž2, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6, byly také odloučení od rodiny a neinformovanost o situaci doma.

Poslední, ovšem neméně důležitou potřebou, byla pro ženy potřeba podpory. Podle Krátké (2018) potřebuje mít žena jistotu, že na akutní stav není sama a může se spolehnout na porodní asistentku ve všech biopsychosociálních a spirituálních ohledech. Mým názorem je, že by se uspokojení potřeby podpory ženám v akutním stavu mělo dostat právě od porodní asistentky ve chvíli, kdy je to v jejich možnostech a kompetencích. Tato potřeba se projevila u žen Ž2, Ž3 a Ž7 v souvislosti s prodělanou

salpingektomií. Všechny tři ženy měly strach, že už nebudou moci mít své vlastní děti. Pocit strachu bývá spojen s nedostatkem adekvátních informací. Tato neuspokojená potřeba byla saturována porodní asistentkou nebo psychologem, který navštívil ženu Ž2 v rámci psychologického konzilia na základě přání ženy. Kapounová (2020) ve své publikaci uvádí, že porodní asistentka saturuje potřebu podpory především empatickým přístupem, nasloucháním a adekvátní komunikací. Z rozhovorů uvedených v této práci vyplývá, že je třeba tuto oblast péče porodních asistentek ještě zdokonalovat a zaměřit se na nedostatky v oblasti komunikace. Ženy s náhlou příhodou břišní jsou velmi specifický vzorek žen, o které porodní asistentka může pečovat a uspokojovat jejich potřeby. Tyto ženy mají úzce spjaté potřeby a jsou ovlivněny strachem z akutního stavu. Porodní asistentka by měla péči o tyto ženy individualizovat a uzpůsobit i komunikaci dané situaci, ve které se žena nachází.

6 Závěr

Bakalářská práce „Péče porodní asistentky o ženu s náhlou příhodou břišní“ se zabývala péčí porodní asistentky v různých obdobích hospitalizace ženy s gynekologickou náhlou příhodou břišní. V bakalářské práci byl stanoven hlavní cíl, a sice zmapovat, jak ženy vnímají a hodnotí péči porodní asistentky v průběhu hospitalizace.

Ve výzkumné části bylo zjištěno, že ženy Ž1, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6 a Ž7 vnímaly péči porodní asistentky jako nedostatečnou a přejí si, aby byla co nejvíce zkvalitněna. Největší absence péče spočívala ve špatné komunikaci mezi porodní asistentkou a ženou i v nedostatku informací, které ženy od porodní asistentky obdržely. Největší nedostatky shledaly ženy v oblasti edukace o předoperačním a pooperačním režimu. Bohužel také porodní asistentky neprojevovaly dostatek empatie a lidského přístupu, který ženy potřebovaly. Dalším velkým nedostatkem, jenž z výzkumného šetření vyplývá, je nízká míra individualizované péče, kdy se porodní asistentky nezaměřily na ženu po holistické stránce. Nejvíce spokojená s prací porodních asistentek byla žena Ž2, jež jejich podporu vnímala pozitivně ve všech oblastech. Porodní asistentky, které pečovaly o ženu Ž2, byly empatické, tudíž se dokázaly do ženy vcítit dostatečně na to, aby měla důvěru ve zdravotnické zařízení. Z výsledků výzkumného šetření je zjevné, že porodní asistentka má nezastupitelnou roli v péči o ženy s akutním stavem. Porodní asistentka by se měla zaměřit na edukaci ženy o předoperační a pooperační péči, aby dosáhla saturace potřeb, které žena po akutním stavu má, a zároveň tak porodní asistentka zabránila vzniku komplikací spojených s akutním stavem.

Závěrem práce bych ráda poukázala na potřebu zkvalitnění péče porodních asistentek, přičemž se nemůže opomenout lidský faktor, který hraje významnou roli ve výkonu každého povolání. Výsledky výzkumného šetření mohou být využity k výuce studentek oboru porodní asistence v rámci zkvalitnění péče o ženy v akutních stavech v gynekologii.

Seznam použité literatury

ADEYEMI-FOWODE, O. et al., 2018. Adnexal Torsion. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. North American Society of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2018, 31(4), 333-338.

BARAS, D., 2022. *What Risks Are Associated with a Ruptured Ovarian Cyst?*. [online]. Johns Hopkins Medicine. Maryland: The Johns Hopkins University, 2022 [cit. 2022-11-1]. Dostupné z: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/what-risks-are-associated-with-a-ruptured-ovarian-cyst>

ČEPICKÝ, P. et al., 2018. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví* [online]. Praha: Grada, 1411 s. [cit. 2022-10-23]. ISBN 978-80-271-2346-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/kapitoly-z-diferencialni-diagnostiky-v-gynekologii-a-porodnictvi-4961/>

CURRY, A. et al., 2019. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *American Family Physician*. 2019, 100(6), 357-364. DOI: 41598-021-97214-6.

DAS, B.B. et al., 2016. Pelvic inflammatory disease: improving awareness, prevention, and treatment. *Infect Drug Resist*. 2016, 19(9), 191-197. DOI: 10.2147/IDR.S91260.

DUŠOVÁ, B. et al., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci* [online]. Praha: Grada Publishing, 618 s. [cit. 2022-12-4]. ISBN 978-80-271-0837-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/potreby-zen-v-porodni-asistenci-857040/>

DUKOVÁ et al., 2018. *Ošetrovatelské postupy* [online]. Pardubice: Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií, 144 s. [cit. 2022-11-23]. ISBN 978-80-7560-184-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelske-postupy-807631/>

FARHAT, A. et al., 2017. Point-of-care Ultrasound for the Diagnosis of Ectopic Pregnancy. *Journal of Education and Teaching: Emergency Medicine*. 2(4), 18-19. DOI: 10.21980/j8vk7v.

FLAJŠINGROVÁ, J., 2019. 5. 5 Pooperační péče a pooperační komplikace. In: *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 302-308. ISBN 978-80-7013-598-3.

JEDLIČKOVÁ, J., 2019. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2. rozšířené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 330 s. ISBN 978-80-7013-598-3.

KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči* [online]. 2, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2121 s. [cit. 2023-2-7]. ISBN 978-80-271-1551-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/oseetrovatelstvi-v-intenzivni-peci-1153235/>

KIM, M.J., SEONG, W.J., 2021. The predicting factors for indication of surgery in patients with hemoperitoneum caused by corpus luteum cyst rupture. *Scientific Reports*. 11(17766), 7. DOI: 10.1038/s41598-021-97214-6.

KNAPOVÁ, J., 2019. *Předoperační, intraoperační, pooperační ošetrovatelská péče a pooperační komplikace* [online]. 1. Ostrava: Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická, Ostrava, 8 s. [cit. 2022-11-17]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/502/page00.html>

KOPECKÝ, M., 2019. 16 Hodnocení bolesti. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Ošetrovatelské postupy*. Univerzita Pardubice, s. 110-113. ISBN 978-80-7560-184-9.

KRÁTKÁ, 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi* [online]. 1. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 156 s. [cit. 2023-2-7]. ISBN 978-80-7454-764-5. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/43691/Hodnoty_a_potreby_clovek_a_v_oseetrovatelske_praxi_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

KRÁTKÁ, A., GATĚK, J., 2021. *Základy ošetrovatelské péče v endoskopii a endoskopické přístupy* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 103 s. [cit. 2022-10-20]. ISBN 978-80-7678-040-8 Dostupné z: [Kratka_Gatek_Zaklady_oseetrovatelske_pece_v_endoskopii_a_endoskopicke_operacni_pristup_2021](#)

KREISEL, K.M. et al., 2021. The Burden of and Trends in Pelvic Inflammatory Disease in the United States, 2006-2016. *The Journal of Infectious Diseases*. United States, 224(2), 103-112. DOI: 10.1093/infdis/jiaa771. ISSN 0022-1899.

LALOVOVÁ, K., 2018. *Informační mapa péče pro ženu s plánovaným císařským řezem* [online]. Pardubice [cit. 2023-2-6]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/71465/LalovovaK_InformacniMapa_PP_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice – Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Petra Pavlová.

LIBOVÁ, Ľ., 2022. *Ošetrovatelský proces v chirurgii II* [online]. Praha: Grada Publishing, 136 s. [cit. 2022-12-4]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-4913-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/oseetrovatelsky-proces-v-chirurgii-ii-1016580/>

LIBOVÁ, Ľ., BALKOVÁ, H., JANKECHOVÁ, M., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii* [online]. 1. Praha: Grada Publishing, 756 s. [cit. 2022-11-30]. ISBN 978-80-1405-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/oseetrovatelsky-proces-v-chirurgii-1061731/#>

NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, 2017. *Doporučení pro domácí pooperační péči po operaci z řezu na břicho*. 1. Nemocnice České Budějovice a.s.

NICHOLSON, M., CHAN, N., BHAGIRATH, V., GINSBERG, J., 2020. Prevention of Venous Thromboembolism in 2020 and Beyond. *J Clin Med*. 8(9), 27. DOI: 10.3390/jcm9082467. ISSN 32752154.

NITULEAC-BETIVU, D., 2020. Pelvic Inflammatory Disease (PID). In: *International Medical Congress for Students and Young Doctors*. 8. Chisinau: MedEspera, s. 186-187. ISBN 978-9975-151-11-5.

NOVÁKOVÁ, M., 2016. Monitorace bolesti a její tlumení první den po gynekologické operaci [online]. Univerzita Pardubice [cit. 2023-5-3]. Dostupné z: [10195/65030/NovakovaM_MonitoraceBolesti_MM_2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y&fbclid=IwAR05TCDQmlI5at8kpoRbM4JUexxM_n_TH68fcTmfGmUJBA3pecIrE801GW8](https://www.univ-pd.cz/10195/65030/NovakovaM_MonitoraceBolesti_MM_2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y&fbclid=IwAR05TCDQmlI5at8kpoRbM4JUexxM_n_TH68fcTmfGmUJBA3pecIrE801GW8). Diplomová práce. Univerzita Pardubice - Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph.D.

PÁRAL, J., 2020. *Chirurgická propedeutika* [online]. 1. Praha: Grada Publishing, 713 s. [cit. 2022-11-30]. ISBN 978-80-4071-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/chirurgicka-propedeutika-1061414/>

PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I* [online]. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 1022 s. [cit. 2023-5-3]. ISBN 978-80-271-2327-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelstvi-i-1305629/>

PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.

PT MEDICA [online], 2022. Prachatice: PT Medica [cit. 2022-11-8]. Dostupné z: <https://www.ptmedica.cz/>

RIZK, B., BORAHAY, M.A., RAMZY, A.M., 2020. *Clinical Diagnosis and Management of Gynecologic Emergencies*. 1. Florida: CRC Press, 232 s. ISBN 9780367443146.

ŠÁLKOVÁ, J., 2021. *Intenzivní péče v porodní asistenci* [online]. Praha: Grada Publishing, 904 s. [cit. 2022-12-4]. ISBN 978-80-271-4212-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/intenzivni-pece-v-porodni-asistenci-924511/>

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče* [online]. Praha: Grada, 1584 s. [cit. 2022-12-4]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/perioperacni-pece-902576/>

SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M., KADUCHOVÁ, P., ROUČOVÁ, M., STAROŠTÍKOVÁ, E., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví* [online]. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 1330 s. [cit. 2022-12-4]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelstvi-v-gynekologii-a-porodnictvi-857035/>

STANICA, C.D., NEACSU, A., SIMA, R.M., IOAN, R.G., 2021. The role of risk factors in the incidence and recurrence of ectopic pregnancy. *Romanian Medical Journal*. Bucharest, Romania, 2021, 68(1), 87-91. DOI: 10.37897/RMJ.2021.1.15.

TARAN, F.A. et al., 2015. The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. *Dtsch Arztebl Int.* [online]. Tubingen, 9/10/ 2015, 112(41), 693-703 [cit. 2022-10-23]. DOI: 10.3238.

TARAN, F.A., KAGAN, K.O., HUBNER, M., WALLWIENER, D., BRUCKER, S., 2015. The Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. *Dtsch Arztebl Int.* 2015, 112(41), 693-703. DOI: 10.3238.

VÁGNEROVÁ, M., 2017. *Obecná psychologie: Dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ* [online]. Univerzita Karlova: Karolinium, 416 s. [cit. 2023-6-6]. ISBN 978-80-246-3295-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/obecna-psychologie-1343087/>

VYTEJČKOVÁ, R., 2015. Drény a drenážní systémy. In: VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část* [online]. 1. Praha: Grada Publishing, s. 1138–1201 [cit. 2022-12-1]. ISBN 978-80-247-9743-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelske-postupy-v-peci-o-nemocne-iii-1063397/>

WETHMAR, E., 2016. The acute abdomen. *Obstetrics*. 26(2), 41-48. ISSN 10291962.

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi* [online]. Praha: Grada Publishing, 474 s. [cit. 2023-4-18]. ISBN 978-80-271-9239-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/komunikace-v-oseetrovatelske-praxi-1293595/>

Seznam příloh

Příloha 1: Ektopická gravidita – s. 9

Příloha 2: Pánevní zánětlivá nemoc – s. 10

Příloha 3: Hemoragická ovariální cysta – s. 11

Příloha 4: Torze adnex – s. 12

Příloha 5: Bimanuální vyšetření – s. 14

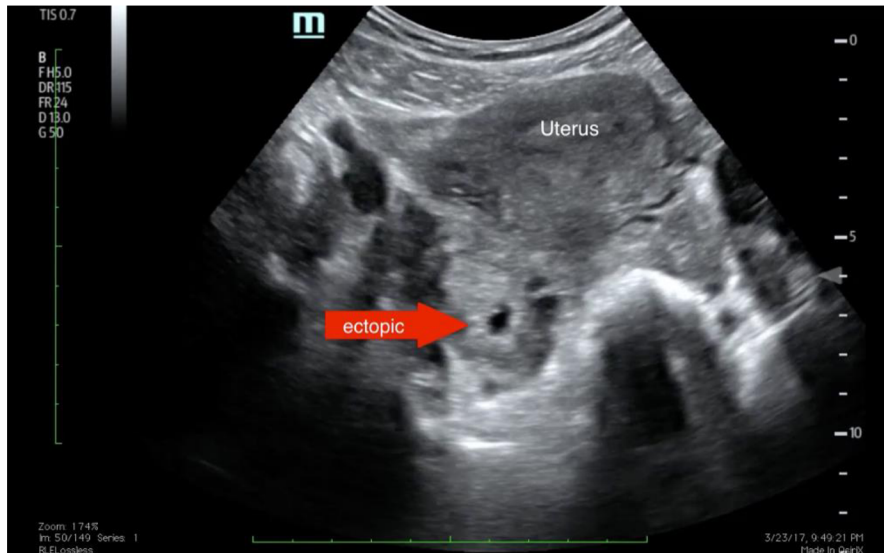
Příloha 6: Druhy řezů u laparoskopických operací – s. 17

Příloha 7: Maslowova pyramida potřeb – s. 21

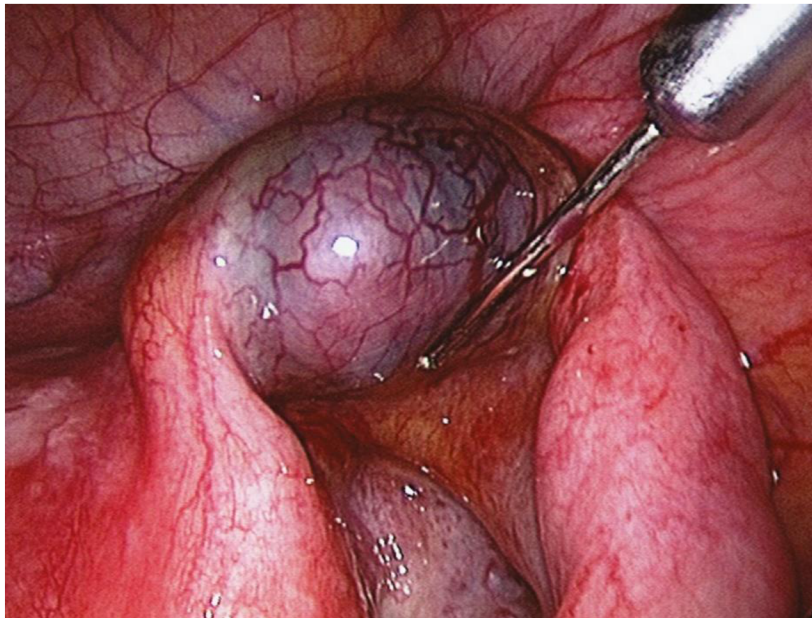
Příloha 8: Otázky k rozhovorům

Příloha 1

- a) Ektopická gravidita umístěná v pravém vejcovodu – ultrazvukové zobrazení (Farhat et al., 2017)

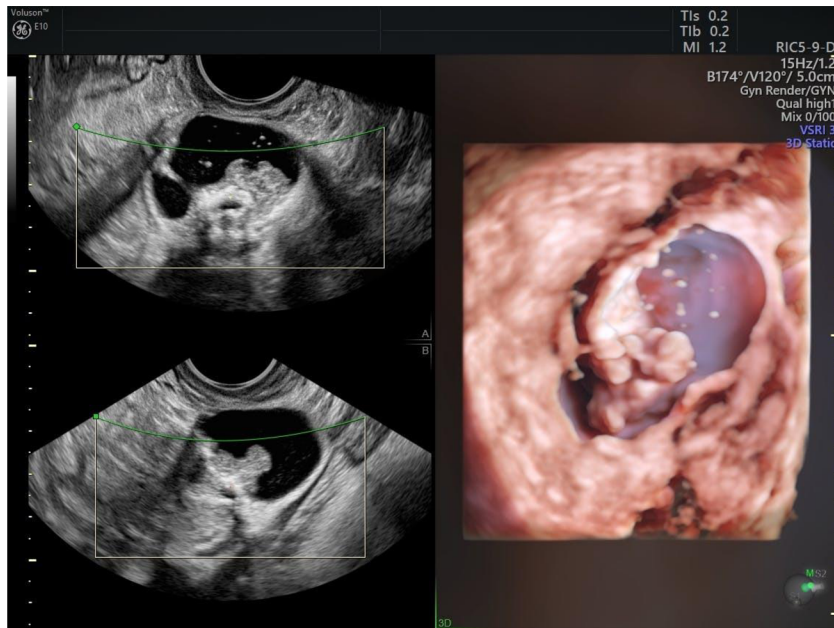


- b) Ektopická gravidita umístěná ve vejcovodu – laparoskopické zobrazení (Bhagavath, 2018)



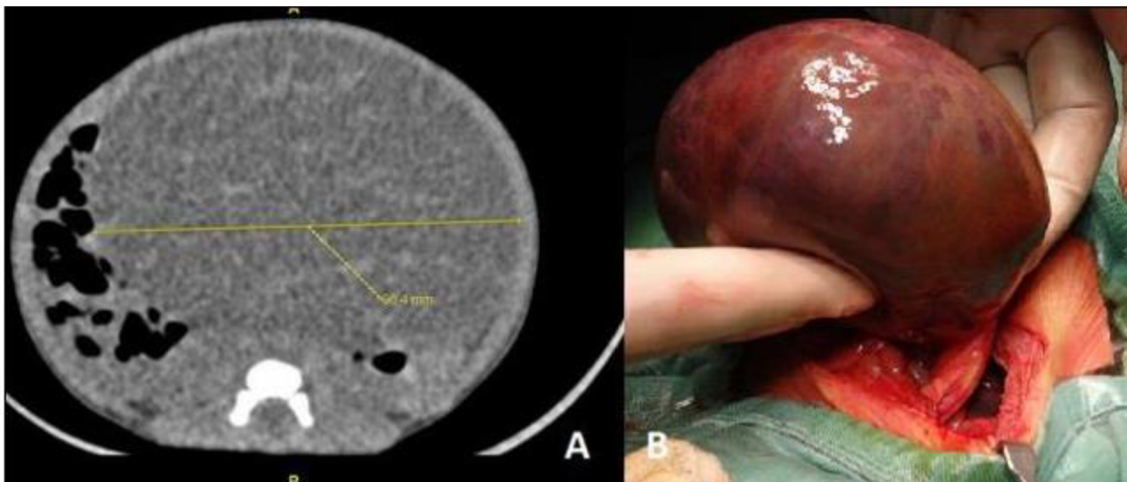
Příloha 2

Pánevní zánětlivá nemoc – ultrazvukové zobrazení i ve 3D (Handzel, 2022)



Příloha 3

Hemoragická ovariální cysta – a) ultrazvukové zobrazení, b) pooperační zobrazení (Hassan et al., 2017)



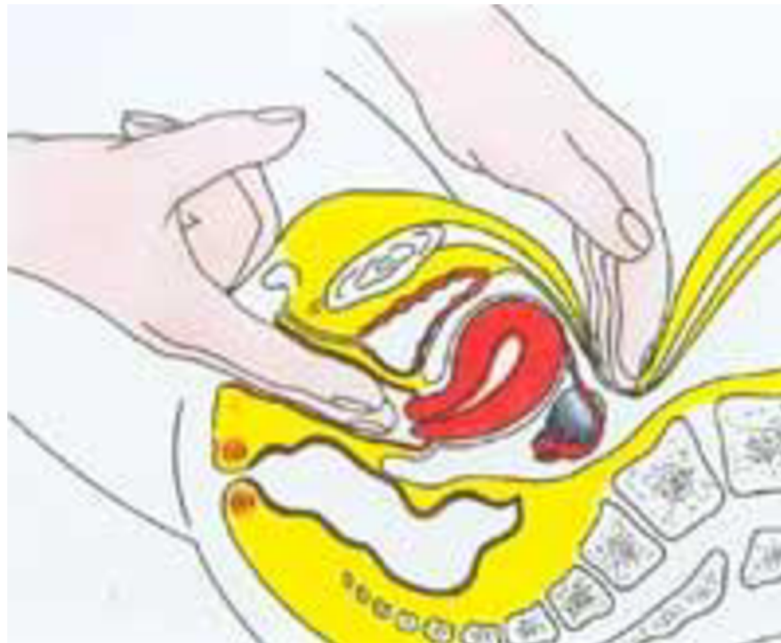
Příloha 4

Torze adnex – laparoskopické zobrazení (Cizek, 2022)



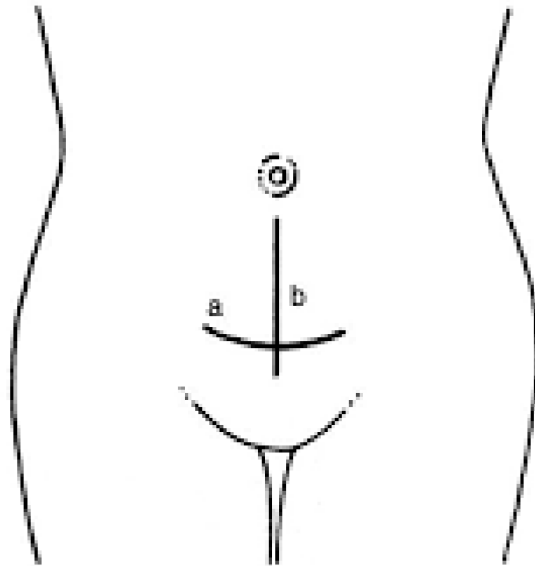
Příloha 5

Bimanuální palpační gynekologické vyšetření (PT MEDICA, 2022)



Příloha 6

Druhy řezů u laparotomických operací (Lalovová, 2018)



a – příčná suprapubická laparotomie (sectio sec. Pfannenstiel), b – dolní střední laparotomie

Příloha 7

Maslowova pyramida potřeb (Wikipedia Commons, 2020)



Příloha 8: Otázky k výzkumu

1. Kolik vám je let?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaký je váš rodinný stav?
4. Jaké je vaše zaměstnání?
5. Jaká byla vaše diagnóza akutního stavu v gynekologii?
6. Před jakou dobou a jaký výkon jste podstoupila v rámci akutního stavu?
7. Po jaké době od nástupu příznaků jste se rozhodla vyhledat odbornou pomoc?
8. Jak probíhal váš příjem ve zdravotnickém zařízení?
9. Jakým způsobem a kdo vám podal informace o vašem zdravotním stavu?
10. Jak jste se cítila v této chvíli?
11. Jak s vámi komunikovali zdravotničtí pracovníci?
12. Co si vybavujete jako první po probuzení po výkonu?
13. Jak probíhala pooperační péče?
14. Měla jste nějaké potíže po operaci? V případě, že ano, jaké?
15. Jak dlouho jste byla hospitalizována?

16. Kdo a jakým způsobem vám předával informace při propouštění do domácí péče?
17. Jak probíhalo období rekonvalescence v domácím prostředí? Pomáhal vám někdo v tomto období?
18. Popište prosím, jak se cítíte po prodělání tohoto akutního stavu a jaké informace či dojmy si nesete ze zdravotnické péče. Máte nějaké trvalé následky? Jestliže ano, jaké?

Seznam zkratk

BMI – Body Mass Index

EKG – elektrokardiogram

GEU – ektopická gravidita

hCG – Human Chorion Gonadotropin

PID – Pelvic Inflammatory Disease

PMK – permanentní močový katétr

PŽK – periferní žilní katétr

TEN – tromboembolická nemoc

VAS – vizuální analogová škála

NPB – náhlá příhoda břšní

Seznam cizích slov

bimanuální

dvojruční

hemoperitoneum

přítomnost krve v dutině břišní

Human Chorionic Gonadotropin

lidský choriový gonadotropin

Pelvic Inflammatory Disease

pánevní zánětlivá nemoc