



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Komunitní péče o ženy po gynekologické operaci

Vypracovala: Daniela Valentová  
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2015

## **Abstrakt**

Práce se zabývala tématem komunitní péče o ženy po gynekologické operaci. Budeme-li definovat komunitní péči, dalo by se říci, že znamená poskytovat pomoc a podporu lidem ve správnou chvíli, na správné úrovni, ve správné podobě tak, aby člověk dosáhl co největší úrovně nezávislosti, soběstačnosti a kontroly nad svým životem. Je to soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb poskytovaných nemocným, ale i zdravým občanům, jejich rodinám či skupinám určité komunity. Cílem je poskytovat co nejvíce péče v domácím prostředí, a to i při zdravotním postižení, závislosti nebo chronickém onemocnění. S rozvojem ošetrovatelství představuje právě samostatná práce a kompetence sester a porodních asistentek v péči o upevnění, ochranu a návrat zdraví člověka, jeden ze základních charakteristických rysů vyspělého zdravotnického systému. Doba hospitalizace se obecně zkracuje a ani v gynekologických oborech tomu není jinak. Stále více roste význam primární péče. Probíhající reformy zdravotní péče jsou postavené na zásadách primární zdravotní péče, která se snaží podněcovat člověka a veřejnost k odpovědnosti za své zdraví i zdravý způsob života.

Komunitní péče je zaměřena na podporu zdraví a v primární péči má plnit funkci ochrany zdraví a předcházení vzniku choroby, je více orientována na skupinu osob a celé komunity a vychází z jejich specifických potřeb.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena právě na osvětlení pojmů, jako je komunitní ošetrovatelství, komunita, historie komunitní péče, na fungování systému domácí péče na území České republiky. V další části je pozornost zaměřena na práci porodní asistentky v primární gynekologické péči. Vzhledem k tomu, že gynekologie je z velké části oborem chirurgickým, je součástí práce i rozdělení operačních přístupů v gynekologické operativě.

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá hodnocením pooperačního období pohledem žen po gynekologické operaci. Byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda ženy po gynekologických operacích mají zájem o komunitní péči ze strany porodní asistentky. Druhým cílem bylo zjistit, co ženy očekávají od komunitní péče ze

strany porodní asistentky. Ze stanovených cílů vyplynuly dvě výzkumné otázky. První zjišťovala, jaké nesaturované potřeby mají ženy po gynekologické operaci po propuštění do domácí péče, a druhá, jakým způsobem by vnímaly ženy po gynekologické operaci péči komunitní porodní asistentky.

Pro zpracování výzkumu bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaných individuálních hloubkových rozhovorů. Rozhovory se uskutečnily s ohledem na soukromí zúčastněných na klidném, předem domluveném místě v období od února do dubna roku 2015. Informovaný souhlas od všech respondentek byl dán pouze ústně. Získané informace byly následně analyzovány, barevně označeny a rozčleněny do jednotlivých kategorií a podkategorií. Tyto byly pro snadnější vizualizaci znázorněny do jednotlivých schémat. Při interpretaci získaných dat bylo použito přímých citací respondentek, které jsou pro větší přehlednost psány kurzívou. Výzkumný soubor tvořilo devět žen po velké gynekologické operaci, které mohly s odstupem času hodnotit subjektivní vnímání svého pooperačního období. V textu jsou označovány jako R1-R9.

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že dotazované ženy ve většině případů nemají informace o fungování komunitní péče. Až na výjimku ale vyslovily velký zájem o službu, kdy by mohly porodní asistence zavolat a promluvit si o svých problémech s někým kompetentním v klidu domova.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že ženy tuto službu opravdu postrádají. Jako nejvíce zatěžující pro všechny oslovené respondentky byla první návštěva u obvodního gynekologa na extrakci stehů. Velmi oceněnou pomocí by byla návštěva porodní asistentky doma za účelem vyndání stehů po operaci, kvůli čemuž musejí pacientky často jen krátce po propuštění k lékaři, což je pro ně velmi náročné. Odpovědi respondentek se shodovaly v příliš dlouhé čekací době v ordinaci a přílišné zaměstnanosti lékaře a porodní asistentky. Ženy by uvítaly více prostoru pro dotazy a edukaci o životě po hysterektomii, některým respondentkám chyběly informace např. o pohlavním životě po operaci. Právě zde by ocenily onu návštěvu porodní asistentky v domácím prostředí. Jiné z dotazovaných žen uvedly, že ač byly po propuštění z hospitalizace edukovány o hygieně operační rány, samy tuto věc nezvládaly a došlo

u nich ke komplikaci. Jedna respondentka uváděla i pozdější rehospitalizaci. Ženy samy jsou přesvědčeny, že kdyby mohly využívat návštěvní služby porodní asistentky, ošetření sutury by bylo kvalitnější a nebyla by nutná opakovaná hospitalizace.

Výsledky bakalářské práce mohou být využity jako informační materiál nejen pro ženy-potencionální klientky, ale i pro porodní asistentky.

**Klíčová slova:**

Domácí péče, komunitní péče, gynekologické operace, porodní asistentka

## **Abstract**

The subject of this thesis is community care for the women recovering from a gynaecological surgery. Community care is, by definition, a policy that provides help and support to people at the right time, at the appropriate level, and in the suitable form to enable people to achieve the highest possible level of independence, self-sufficiency and control over their lives. It is a set of health, social and other services provided to the sick as well as healthy persons, their families, or groups of a specific community. The objective is to provide as much care at home as possible, even in the event of disablement, reliance on others, or chronic disease. With the growth of the nursing care, it is exactly the individual work and qualifications of the nurses and midwives caring for health consolidation, protection and recovery that is one of the basic characteristic features of an advanced health system. Generally, the time spans of institutional care are getting shorter and this trend can be seen in gynaecology as well. The primary care is gaining more and more importance. The ongoing health reforms are based on the principles of primary health care which strives to encourage individuals as well as the society to accept responsibility for their health and their healthy lifestyles.

Care in the community focuses on the support of health and, in the primary care, is to provide protection of health and prevention of the disease formation. It is more directed at groups of persons and entire communities and draws on their specific needs.

The theoretical part of this Bachelor Thesis provides explanations of terms such as “community nursing care”, “community”, “community care history”, and on the practice of the domiciliary care system in the Czech Republic. The next part focuses on the work of midwives in the primary gynaecological care. Because gynaecology belongs largely to a field of surgery, the thesis also provides categorization of surgical approaches in the gynaecological surgery.

The research part of this Bachelor Thesis is concerned with the post-operative period from the perspective of the women. Two main aims were set down. The first aim was to find out whether women undergone gynaecological surgeries are interested in community care provided by midwives. The second aim was to find out what is the

woman expectation from community care and midwives. Two questions come out from research aims. What is the need of woman undone gynaecological surgery after coming home? And how would woman perceive care of midwife?

The collection of data was worked out as half structured individual interview. To ensure privacy for all the participants, the interviews were held at a quiet, prearranged setting from February to April 2015. All the respondents provided only oral consent. The information thus obtained was subsequently analysed, sorted into several categories and subcategories and, in order to be clearly understood, represented in well-arranged charts. Direct quotations were used in this thesis. It is written in italics. The research group was made of nine women who went through serious gynaecological surgery. They were able to evaluate their post – operative period. In the text they are marked as R1-R9.

The results of the research show that the majority of the interviewed women have no idea how community care works. However, they all - with but one exception - showed great interest in the service that would enable them, after they had time to think things over, to call the midwife in order to discuss their problems with a professional person in the quiet of their homes.

And indeed, the research discovered that the women are in bad need of such service. For most of the respondents, their first visit at their local gynaecologist for removal of stiches was a most stressful experience. They all complained about having to wait too long in the doctor's office and about their physicians and nurses being too busy to answer all their questions. They would welcome more room for questions and instructions about the life following hysterectomy while some respondents, for example, lacked information about the post-operational sex life. It is exactly such issues that would call for a visit by a "female nurse" at their homes. A nurse coming to their homes in order to remove the stiches would also be a help highly appreciated, sparing them the very strenuous affair of having to see their doctors shortly after they have been released from the hospital. Other respondents said that in spite of having been instructed about the hygiene of the surgery wound when released from the hospital, their failure to manage by themselves resulted in a complication which led, in case of one respondent,

to a subsequent re-hospitalization. They were convinced that such service, with a midwife visiting them at their homes, would provide a higher quality of the suture treatment and eliminate the need of a repeated hospitalization.

The results of my Bachelor Thesis could provide useful information for the women to-be clients as well as midwives.

**Key words:**

Aftercare, Community care, Genealogical surgery, Midwife

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2015

.....

Daniela Valentová



## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala všem, kteří mi při vypracování mé bakalářské práce pomáhali. Děkuji PhDr. Drahomíře Filausové za vedení bakalářské práce a poskytování cenných rad a připomínek během odborných konzultací. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině a hlavně svým dětem za trpělivost a podporu po celou dobu mých studií.

## Obsah

Úvod .....	13
1 SOUČASNÝ STAV .....	14
1.1. Komunitní ošetřovatelství.....	14
1.1.1 Historie komunitní péče.....	14
1.1.2 Komunitní péče.....	17
1.1.2.1 Komunita .....	17
1.1.3 Domácí péče .....	19
1.1.3.1 Domácí péče v České republice.....	21
1.1.4 Komunitní péče v porodní asistenci .....	23
1.1.5 Role porodní asistentky v primární péči.....	24
1.1.5.1 Předoperační příprava.....	27
1.1.5.2 Pooperační péče .....	28
1.1.5.3 Pooperační komplikace.....	30
1.2. Gynekologické operace .....	31
1.2.1 Operační přístupy.....	32
1.2.2 Role porodní asistentky v péči o ženu po gynekologické operaci.....	34
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	35
2.1 Cíle práce .....	35
2.2 Výzkumné otázky .....	35
3 METODIKA .....	36
3.1 Použité metody .....	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	37

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	38
4.1 Kategorizace dat .....	38
5 DISKUSE .....	52
6 ZÁVĚR .....	59
7 SEZNAM LITERATURY .....	61
8 PŘÍLOHY .....	64
8.1 Seznam příloh .....	64

## **Seznam použitých zkratk**

PA – porodní asistentka

MZ ČR – ministerstvo zdravotnictví České republiky

EKG – elektrokardiograf

RTG – rentgen

VVV – vrozená vývojová vada

TEN – tromboembolická nemoc

DM – diabetes mellitus

ICHS – ischemická choroba srdeční

ATB - antibiotika

LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterectomie

HYA – hysterectomie abdominální

AE - adnexectomie

## Úvod

Tématem této bakalářské práce je komunitní péče o ženy po gynekologické operaci. Komunitní ošetřovatelství a komunitní péče má ve vyspělých zemích dlouholetou tradici. Bohužel v našich podmínkách tomu tak není. Ženy po operacích (zaměříme se na velké gynekologické výkony) jsou propouštěny do domácího prostředí co možná nejdříve. V ideálním případě jsou vybaveny informacemi a spoustou užitečných rad, jak zvládnout první pooperační dny v domácím prostředí. Nebývá výjimkou, že ženy mnohdy nevědí, jak s těmito informacemi naložit, a v případě i sebemenších potíží neví, na koho se mohou obrátit.

Doba hospitalizace se obecně zkracuje a ani v gynekologických oborech tomu není jinak. Stále více roste význam primární péče. Probíhající reformy zdravotní péče jsou postavené na zásadách primární zdravotní péče, která se snaží podněcovat člověka a veřejnost k odpovědnosti za své zdraví i zdravý způsob života. Reálně je to právě samostatná práce a kompetence sester a porodních asistentek. Jejich činnost v oblasti péče o upevnění, ochranu a návrat zdraví člověka bývá označována za jeden ze základních charakteristických rysů vyspělého zdravotnického systému.

Jako porodní asistentku, pracující řadu let na pooperačním gynekologickém oddělení, mě toto téma oslovilo i pro svou aktuálnost, protože v naší společnosti převládá mnoho názorů a náhledů na potřebu rozvoje komunitního ošetřovatelství.

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda u nás zavedený systém omezený na kontrolu u lékaře je dostačující. Zjistit, zda by ženy uvítaly návštěvní službu poskytovanou porodní asistentkou. Službu, která z mého pohledu u nás chybí. Respondentkami jsou ženy, které v minulosti prodělaly gynekologickou operaci a mohou s odstupem času a jistým nadhledem hodnotit vnímání pooperačního období po propuštění do domácího prostředí.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1. Komunitní ošetrovatelství

Profese porodní asistentky je stará jako lidstvo samo. Od nepaměti pomáhaly starší, zkušené ženy při zázraku zrození a nejen při něm. Často plnily úlohu léčitele a pečovatelky na základě svých zkušeností či zkušeností získaných od svých předchůdkyň. Posláním porodní asistentky bylo vždy stát na straně ženy, pomoci jí v podpoře zdraví po celý její život (Vránová, 2007).

Péče o ženu porodní asistentkou je dnes více vnímána ve spojitosti s těhotenstvím, porodem a šestineděním. Dnešní porodní asistentka může vykonávat svou činnost v gynekologických ambulancích, nemocnicích, klinikách nebo i samostatně jako soukromá porodní asistentka. Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Komunitní péče je tvořena zdravotními, sociálními a dalšími službami, které jsou poskytovány nejen nemocným, ale i zdravým lidem v domácím prostředí. Doba hospitalizace je obecně zkracována a ani v gynekologických oborech tomu není jinak. Celospolečensky je kladen větší důraz na odpovědnost za své zdraví. S rozvojem moderního ošetrovatelství je stále více žádoucí individuální péče, holistický přístup a kontinuita péče. Návštěvní služba porodní asistentkou u gynekologicky nemocných žen či žen po gynekologické operaci není u nás běžně poskytovanou službou (Vrublová, 2013; Komunitní ošetrovatelství pro PA, 2010).

### 1.1.1 Historie komunitní péče

Podíváme-li se do historie komunitní práce, má ve světě dlouhodobou historii, která souvisí s historií ošetrovatelství jako takového. První zmínky se objevují již v raném středověku a jsou spojeny s rozvojem křesťanství. Významnou postavou počátků ošetrovatelství u nás byla Anežka Přemyslovna, jejíž záslužná činnost byla oceněna

ve 20. století. V celém vývoji ošetřovatelství a komunitní péče zastávala nemalou roli rodina a její příslušníci pečující o svého blízkého. Dříve to byl zcela přirozený způsob péče o člověka. Lidé v rodinách spolu prožívali chvíle starostí i radostí. V domácnosti člověk přicházel na svět, stonal, léčil se a umíral za přítomnosti všech v rodině. Domácí péče tak vznikla naprosto přirozeně z potřeb člověka. Znalost medicíny byla minimální. Lidé si museli poradit doma sami a rodina byla pro ně tou nejdůležitější podporou (Hanzlíková, 2007; Jarošová, 2007).

Přibližně ve 12. století na území tehdejšího českého státu vznikaly první špitály, které však měly spíše funkci sociální. Poskytovaly stravu a nocleh chudým a starým lidem. Úlohu léčitele v této době plnily převážně ženy, o nemocné se v případě potřeby staraly přímo v jejich domácnosti. Péči poskytovaly na základě svých vlastních zkušeností nebo ze zkušeností získaných od svých předchůdkyň. Těmto ženám se přezdívalo bylinkářky a často zastávaly i práci porodní babičky (Hanzlíková, 2007; Vránová, 2007).

Masivněji se ošetřovatelství v domácnosti začalo rozvíjet koncem 13. století, kdy řeholnice vykonávaly opatrovnictví v domech nemocných. V 15. století provozovaly tuto službu speciálně školené diakonky. Docházely za nemocnými, pečovaly o ně, prováděly hygienickou péči, ale praly třeba i prádlo (Jarošová, 2007).

Od 17. století se pak začaly objevovat první nemocnice, které s rozvojem medicíny a přírodních věd začaly mít charakter více léčebný než sociální. Vzdělávání opatrovníků rozšířilo i nařízení Marie Terezie (1740-1780). Výuku opatrovníků se na tehdejší lékařské fakultě v Praze snažil prosadit Václav Joachim Vrabec (1740-1805). Věnoval pozornost hlavně hygieně nemocného a prostředí, ve kterém se nacházel, stravě a jejímu podávání a procedurám, které mohli opatrovníci vykonávat. Přednášek na lékařské fakultě se mohli zúčastnit i ranhojiči a porodní báby. Bohužel tyto přednášky byly zrušeny dvorským dekretem z roku 1789. Péče o nemocné se začala soustřeďovat do městských lazaretů, kde péči o tyto lidi zastávaly starší, zkušené ženy pověřené konšely (Jarošová, 2007).

Začátky profesionální komunitní péče ve světě jsou datovány do druhé poloviny 19. století, kdy bylo třeba mít ženy odborně připravené pro péči o nemocné a raněné.

Velký podíl na tomto měla Florence Nightingalová, která jako první technicky rozdělila poskytování ošetrovatelské péče. V roce 1860 založila při nemocnici svatého Tomáše ošetrovatelskou školu, o dva roky později se na této škole začaly vzdělávat i porodní asistentky. Pracovala na projektech domácí ošetrovatelské péče, projektech porodnic a vojenských kasáren. Při své práci kladla důraz na estetiku prostředí, hygienu, světlo a dobrou stravu nemocných. Právem je považována za zakladatelku moderního ošetrovatelství (Kutnohorská, 2010; Domácí péče, 2009).

V roce 1874 byla z iniciativy Karolíny Světlé a Elišky Krásnohorské založena první ošetrovatelská škola na našem území. Byly zřizovány různé spolky, pořádány dobročinné akce na podporu sociálně slabých. V roce 1919 za významné pomoci Alice Masarykové vzniká Československý červený kříž. V období první republiky vysoké náklady na ošetřování v nemocnicích a také snaha zlepšit úroveň zdravotnictví daly vznik myšlenky odborné ošetrovatelské pomoci v domácnosti (Kutnohorská, 2010; Domácí péče, 2009).

S podporou a rozvojem Československého červeného kříže byly realizovány další pokusy v oblasti domácí péče, která se ubírala směrem ošetrovatelským, sociálním ale i výchovným. Po druhé světové válce začínají vznikat další ošetrovatelské školy, kde mezi nově zavedené obory patřila odborná výchova sester pro úsek ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách. Po roce 1948 byly postupně ze zdravotnictví vyřazeny řádové sestry a práce sester a se přesunula do institucí a nemocnic. Další právní úpravou se ze sester v komunitní péči stávají sestry geriatrické, pracující v rámci zdravotních středisek. Organizace zdravotní a ošetrovatelské služby tak přešla pod nově vznikající Ústavu národního zdraví (Jarošová, 2007).

Porodní asistentky (v padesátých letech přejmenované na ženské sestry) pracovaly na všech úsecích v péči o matku a dítě; na porodním sále, šestinedělí, gynekologii, v ordinaci ženského lékaře a též jako obvodní ženské sestry v návštěvních službách. Návštěvy byly vykonávány u žen po operaci, dále u žen se závažným gynekologickým onemocněním, u těhotných, šestinedělek a novorozenců. Terénní porodní asistentky měly přidělenou svou spádovou oblast. V případě potřeby se obracely na obvodního



lékaře či pediatra. V šedesátých letech péči o novorozence začaly přebírat dětské sestry (Vránová, 2007).

Postupem času samostatná práce sester pomalu zaniká. Sestry a porodní asistentky jsou více vnímány jako asistentky lékaře než jako rovnocenný partner. (Kutnohorská, 2010; Boledovičová, 2009).

Teprve až po roce 1989 se u nás začíná v praxi rozvíjet jeden z prvků komunitního ošetrovatelství – domácí péče. Do vzdělání sester a porodních asistentek je komunitní ošetrovatelství jako samostatný předmět zařazeno až po roce 2000 s platností zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních (Jarošová, 2007).

### **1.1.2 Komunitní péče**

Budeme-li definovat komunitní péči, dalo by se říci, že znamená poskytovat pomoc a podporu lidem ve správnou chvíli, na správné úrovni, ve správné podobě tak, aby člověk dosáhl co největší úrovně nezávislosti, soběstačnosti a kontroly nad svým životem. Je to soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb poskytovaných nemocným, ale i zdravím občanům, jejich rodinám či skupinám určité komunity (Hanzlíková, 2007; Jarošová, 2007).

#### **1.1.2.1 Komunita**

Komunita je definována jako společenství a pospolitost osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity. Je to typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce. Dle Světové zdravotnické organizace je komunita sociální skupina determinována geografickými hranicemi nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a vzájemně ovlivňují (Jarošová, 2007; Komunitní ošetrovatelství pro PA, 2010).

Hovoříme-li o komunitě, mluvíme o skupině, kterou spojují společná filozofie, zkušenosti, názory, předsudky nebo třeba víra. Mají společné zájmy vycházející např. ze společné profese, kultury a náboženství. Jedinci mohou být členy i několika komunit. Jedním z cílů komunitní práce je také podpora a rozvoj komunit již existujících (Komunitní ošetřovatelství pro sestry, 2010; Gojová, 2006).

Komunitní péče je zaměřena na podporu zdraví a v primární péči má plnit funkci ochrany zdraví a předcházení vzniku choroby. Cílem je poskytovat co nejvíce péče v domácím prostředí, a to i při zdravotním postižení, závislosti nebo chronickém onemocnění. Doplňuje primární péči, která je svým posláním tím nejpřirozenějším prostředím, kolem kterého se systém komunitní péče může vytvářet (Hanzlíková, 2007; Jarošová, 2007).

Další filozofie komunitní práce vychází z přesvědčení, že posláním civilizované společnosti je pomáhat lidem, kteří se vlivem své nemoci, handicapu či závislosti nemohou sami plně uspokojovat své někdy i obyčejné životní potřeby (biologické, psychické, sociální a spirituální). Právě na takto smýšlející společnosti je těmto lidem pomoci se svým handicapem vyrovnat a umožnit jim co nejkvalitněji prožít život mezi ostatními. Tato filozofie přináší holistický a integrovaný přístup do péče o nemocné i o zdravé (Štefková, 2000).

Komunitní péče se oproti primární liší v tom, že je více orientována na skupinu osob a celé komunity a vychází z jejich specifických potřeb (např. senioři, ohrožená mládež, sociálně slabší rodiny, nezaměstnaní, svobodné matky atd.). Tato komplexní holisticky pojatá péče je zaměřena především na základní jednotku komunity. Tou je rodina žijící v určitém specifickém prostředí (Boledovičová, 2009; Jarošová, 2007).

Komunitní zdravotní péči poskytuje multidisciplinární tým osob, který je tvořen komunitními sociálními pracovníky, fyzioterapeuty, psychology, dobrovolníky z komunit, ale hlavně sestrami a porodními asistentkami, které v ošetřovatelské praxi vystupují v mnoha rolích. Ať už je to role poradkyně, koordinátorky péči či samotné ošetřovatelky. Tím představují nenahraditelnou složku v péči o zdraví naší populace. V neposlední řadě je zde i rodina, která je základním kamenem spolupráce mezi nemocným člověkem a celým týmem komunitní péče. Rozvoj komunitního

ošetřovatelství je prioritou Světové zdravotnické organizace (Jarošová, 2007; Boledovičová, 2009).

V současné době stojíme již delší dobu stále „na prahu“ vzniku fungujícího systému komunitního ošetřovatelství i komunitní porodní asistence. Mnohé výzkumy prováděné jak lékaři, tak samotnými sestrami a zejména porodními asistentkami ukazují, že rozvoj práce v komunitě je nutný, potřebný a důležitý. Jak již bylo zmíněno, koncepce komunitního ošetřovatelství vychází z koncepce ošetřovatelství. Ošetřovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče jsou organizovány většinou mimo ústavní zařízení a zajišťují péči o jedince, rodinu a skupinu obyvatel. Zaměřuje se na ochranu zdraví, výchovu ke zdraví spojenou s prevencí onemocnění. Dále zahrnuje péči o chronicky a nevyлéčitelně nemocné, včetně edukace rodinných příslušníků v poskytování laické ošetřovatelské péče (Festová, 2007).

Mezi služby poskytované v rámci komunitního ošetřovatelství v České republice patří agentury domácí péče, hospice, pracoviště privátních porodních asistentek a privátních sester (zákon č. 96/ 2004 Sb. ustanovuje tzv. specializaci v komunitním ošetřovatelství). Pokud ale vezmeme v úvahu samotnou filosofii a smysl komunitního ošetřovatelství, dalo by se říct, že systém domácí péče pojetí komunitní práce odpovídá jen částečně. Tato péče je u nás zaměřena převážně na nemocné, nikoliv na zdravou či ohroženou populaci. Komunitní sestry pracují v terénu samostatně jako součást veřejného zdravotnictví. Jsou za svou práci odměňovány z veřejných prostředků a společností velmi ceněny (Festová, 2007).

### **1.1.3 Domácí péče**

Domácí péče představuje v současné době jeden z rychle se rozvíjejících sektorů zdravotnictví. Pokrok v oblasti medicíny a ošetřovatelství umožňuje poskytovat pacientům kvalitní péči v jeho přirozeném domácím prostředí, což hraje nemalou úlohu v procesu uzdravování. Na rozvoj domácí péče má vliv mnoho společenských faktorů jako jsou stoupající náklady na zdravotní péči, rozvoj moderní technologie, populační

stárnutí a rostoucí poptávka veřejnosti po službách v domácím prostředí. Dle světové zdravotnické organizace je domácí péče definována jako jakákoliv forma péče poskytovaná člověku v jeho přirozeném sociálním prostředí. Klientům je poskytována péče v oblasti fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb. Je to integrovaná forma péče, proto se označuje jako komplexní domácí péče (KDP).

Řada států pod pojmem domácí péče prezentuje systém pečovatelských služeb doplněných o základní ošetrovatelskou intervenci v různém rozsahu a kvalitě. Role klienta a jeho rodiny je většinou pasivní. Kvalita takto poskytované domácí péče je dána postavením organizace v systému zdravotní nebo sociální péče. Poskytovatelé této formy péče si často stěžují na fakt, že jsou klienty často zneužíváni a často plní více rolí "služek" než pomocníků (Hanzlíková, 2007).

Komplexní domácí péče je jedním z funkčních prvků primární péče. Primární péče je v tomto kontextu vnímána jako první linie kontaktu člověka se systémem zdravotní, ale i sociální péče v rámci komunity. Filozofie vychází z principu pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím. V rámci komplexní domácí péče pak bývá poskytována odborná zdravotnická péče na základě indikace ošetřujícího lékaře, dále sociální péče a pomoc, která vychází z aktuální sociální diagnózy klienta. Určitý podíl na poskytování zdravotní i sociální péče má laická veřejnost, ať už v oblasti sebepéče či zapojení blízkých osob klienta, která je modifikována aktuální situací v rodině. Komplexní domácí péče není pouze aktivitou zdravotníků, sociálních pracovníků, psychologů, dobrovolníků či duchovních, ale i aktivitou klienta samotného (Hanzlíková, 2007; Komunitní péče pro sestry, 2010).

Cílem domácí péče je pomáhat klientovi a jeho rodině v dosažení tělesné, duševní a sociální pohody v souladu s jejich sociálním prostředím, udržovat a zvyšovat soběstačnost klienta v běžných denních činnostech, edukovat klienta a jeho blízké o zodpovědnosti za vlastní zdraví, zajišťovat dodržování léčebného režimu, zabezpečit komplexní péči v koordinaci s ústavní péčí a dalšími sociálními a zdravotnickými zařízeními. A v neposlední řadě zachovat kvalitu života a umožnit nemocným v terminálním stadiu umírat v kruhu svých blízkých a ve svém domácím prostředí (Hanzlíková, 2007; Jarošová, 2007).

### 1.1.3.1 Domácí péče v České republice

Po roce 1989 docházelo postupně v českém zdravotnictví k reformám a změnám v řízení a financování rezortu jako takového. Od roku 1991, kdy v České republice v rámci experimentu vznikly první agentury domácí péče, došlo v české domácí péči k mnoha pozitivním změnám. Několik původních agentur domácí péče, dnes nahradil funkční systém komplexní domácí péče dostupné 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce (Domácí péče, 2009).

Domácí péče v České republice je podle vyhlášky MZ ČR 55/2000 formálně evidována jako odbornost 925 – domácí zdravotní péče a indikována praktickým lékařem nebo ošetřujícím lékařem za hospitalizace klienta. Sociální pracovník státní správy nebo samosprávy na základě sociálního šetření pak rozhodne o potřebnosti a rozsahu sociální péče v rámci domácí péče.

Domácí péče navazuje na léčebnou péči praktických lékařů, ambulantních specialistů a ošetřujících lékařů zdravotnických zařízení. Domácí zdravotní péče je metodicky řízena Ministerstvem zdravotnictví a je poskytována všem občanům bez rozdílu věku, pohlaví, rasy a politické či náboženské příslušnosti. U každého klienta je vedena ošetřovatelská dokumentace. Zdravotní péče v rámci domácí péče je financována zdravotními pojišťovnami.

V rámci domácí péče je poskytována péče preventivní, léčebná, rehabilitační, ošetřovatelská, včetně sociální péče a pomoci, která může být v určité míře financována i přímou platbou ze strany klienta. Dle stavu pacienta a na základě indikace ošetřujícího lékaře je klientům poskytována základní i odborná zdravotní a sociální péče jako je např. prevence dekubitů, zajištění osobní hygieny, převazy ran, odběry biologického materiálu, kontrola fyziologických funkcí, aplikace injekcí. V rámci specializované péče je nabízena např. psychoterapie, péče spirituální či odborný monitoring u chronicky nemocných klientů (Jarošová, 2007; Hanzlíková, 2007).

V České republice je domácí péče poskytována v pěti formách. První formou je tzv. domácí hospitalizace neboli akutní domácí péče. Indikovaná je u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje hospitalizaci, nebo jako alternativa

k ústavní péči. Bývá poskytována většinou v rozsahu několika dnů. Nejčastěji se uplatňuje u klientů po operaci, úrazu nebo u pacientů s akutní exacerbací onemocnění např. kardiovaskulárního.

Druhou formou je dlouhodobá domácí péče, která je nejrozšířenější formou domácího ošetřovatelství u nás, zajišťující péči tělesně i duševně nemocným po dobu několika měsíců a mnohdy i let.

Forma preventivní domácí péče je využívána k monitorování celkového zdravotního stavu pacienta, kontrole fyziologických funkcí. Změna stavu je konzultována s ošetřujícím lékařem a její frekvence je též indikována lékařem (Jarošová, 2007).

Domácí hospicová péče je indikována u klientů v preterminálním a terminálním stavu. Ze strany pracovníků domácí péče je zajišťována hlavně základní ošetřovatelská péče, zmírnění bolesti a emocionální podpora klienta i jeho rodiny v procesu umírání. Na základě získaných poznatků byl vydán již v roce 1994 manuál pro poskytování domácí hospicové péče, který je kontinuálně doplňován o nové trendy a postupy. Významným a spolehlivým zdrojem informací je Světová organizace domácí a hospicové péče (WorldHome and Hospice Care Organization – dále jen WHHO), která byla založena v roce 1995 v USA.

Poslední formou domácí péče je tzv. jednorázová domácí péče, která spočívá v provedení jednorázových výkonů sestrami z ordinací praktických nebo jiných ošetřujících lékařů. Jedná se většinou o jednorázové provedení odborného výkonu, jako je např. aplikace injekce bez zavedení další domácí péče. Tato forma je indikována u případů, kdy nelze z nějakých důvodů (časové omezení ordinačních hodin lékaře) zajistit návštěvní službu sester v domácím prostředí klientů (Domácí péče, 2009; Youngová, 2010).

### **1.1.4 Komunitní péče v porodní asistenci**

Porodní asistentky představují nemalou část poskytovatelů zdravotní péče, a proto by měly být významně respektovány jako ty, které se chtějí podílet na reformě zdravotní péče u nás. Jsou těmi, které mohou velmi dobře naplňovat metody, principy a formy komunitní práce. Porodní asistentky tvoří výjimku ve skupině poskytovatelů komunitní péče, protože převážná část náplně jejich práce je zaměřena na zdravou část populace ve fertilním období. Porodní asistentky pracující v privátní oblasti se zabývají zejména péčí o těhotné ženy, provádí předporodní přípravu, cvičení s těhotnými či poskytují návštěvní službu – dle zákona o zdravotním pojištění jde obvykle o jednu návštěvu před porodem a tři návštěvy po porodu. Péče po porodu je zaměřena na edukaci v otázkách kojení, hygienickou péči v šestinedělí, péči o novorozence v domácím prostředí a neposlední řadě i psychickou podporu rodičky a celé rodiny (Festová, 2007; Ratislavová, 2008).

Úlohou porodní asistentky je ale poskytovat specifickou péči ženě v průběhu celého jejího života. Jak je patrné z uvedených zdrojů, porodní asistentka pracující v komunitní péči zná důvěrně prostředí komunity, ze které klientka vychází, ctí a respektuje její intimitu. Provádí poradenskou činnost od výchovy k informovanému a odpovědnému rodičovství u adolescentů přes již zmíněnou péči o reprodukční zdraví v produktivním věku spojenou s těhotenstvím a porodem po edukaci v oblasti zdravého životního stylu, výživy, prevenci sexuálně přenosných chorob a prevenci osteoporózy v období postmenopauzy. Všímá si možných náznaků onemocnění a je průvodcem ženy i v tomto nelehkém období života. Návštěvní služba u žen gynekologicky nemocných či po gynekologických operacích u nás není běžně nabízenou a poskytovanou službou. Potřeby žen v této oblasti jsou částečně saturovány službami domácí péče. (Vrublová, 2013; Strategické dokumenty WHO).

### 1.1.5 Role porodní asistentky v primární péči

Primární péče je péče poskytována v rámci zdravotní péče při prvním kontaktu s klientkou. V podstatě jde o soustavnou a komplexní péči, která zahrnuje podporu zdraví, prevenci chorob, popřípadě jejich včasné diagnostikování a následné léčení (Boledovičová, 2009).

Jak již bylo zmíněno, samostatná komunitní práce porodní asistentky v oblasti péče o gynekologické pacientky je u nás zatím soustředěna spíše do primární péče, tedy jako práce porodní asistentky v ambulantním úseku.

Zdraví je v životě člověka jedna z nejdůležitějších hodnot vůbec. Na kvalitu našeho zdraví působí několik faktorů. Mezi faktory, které nemůžeme ovlivnit, patří genetická predispozice, věk a částečně i životní prostředí, ve kterém žijeme. Na druhé straně jsou faktory, které ovlivní člověk sám jako je životní styl, přístup k prevenci onemocnění, míra stresu a podobně. Jednou z důležitých činností porodní asistentky pracující v primární péči je právě podpora zdraví ženy, eliminace negativních faktorů působících na zdraví, zapojení ženy/klientky do aktivit směřujících k podpoře a udržení zdraví. Dále vhodně zvolenou edukací předcházet gynekologickému onemocnění (Komunitní ošetřovatelství pro PA, 2010; Vrublová, 2013).

Edukace je důležitou součástí náplně práce porodní asistentky. Obecně je chápána jako proces výchovy a vzdělávání. V ošetřovatelské péči má edukace nezastupitelné místo a je významným pomocníkem v boji za zlepšení kvality života jednotlivce nebo celé skupiny.

S edukací souvisí další pojmy, které je třeba znát pro správné pochopení edukačního procesu. *Edukátorem* nazýváme osobu, která jakýmkoliv způsobem vyučuje a *edukantem* subjekt, který informace přijímá. *Edukačním procesem* pak rozumíme konkrétní předávání informací ve specifickém prostředí. Pravidlem by mělo být podávání jednoduché informace, následné opakování této informace a názorná demonstrace.

Edukace v ošetřovatelství je rozdělena na edukaci základní, kdy je klientka informována o nově vzniklé problematice, edukaci komplexní, která je realizována



v edukačních kurzech, a edukaci pokračující neboli reedukační navazující na již získané vědomosti a jejich následné rozvíjení.

Dále je edukační proces rozdělen na fázi projektování, realizace a hodnocení. Ve fázi projektování edukátor posuzuje, koho bude edukovat, o čem a jakým způsobem bude edukace probíhat, jaké edukační materiály budou použity. V realizační fázi je klientka motivována a v hodnocení je zjištěn stav dosažený edukací. Pro hodnocení je důležité mít vždy zpětnou vazbu. V plánu edukace je stanovena priorita edukace, její záměr a cíl (Závodná, 2005).

Péče o ženu v gynekologii začíná zpravidla v období dospívání. S nástupem první menstruace mnohdy přicházejí i první obtíže. Porodní asistentka bývá první, s kým se přicházející dívka při návštěvě gynekologické ordinace setkává. Bývá tou, ke které vzhlíží jako ke zdroji informací. Profesionálním přístupem, empatií a samozřejmou diskrétností ze strany porodní asistentky a dále i lékaře docílíme aktivního přístupu a spolupráce nastupující generace mladých dívek a žen. Aktivní spolupráce žen se pozitivně odráží v dodržování pravidelnosti gynekologických prohlídek, v zodpovědném přístupu k plánovanému rodičovství a následnému mateřství, k postoji a náhledu na péči o prsa, k časnému řešení vzniklých gynekologických obtíží, ke zdravému životnímu stylu obecně (Vrublová, 2013; Komunitní ošetřovatelství pro PA, 2010).

Tak například riziko zhoubného onemocnění prsu stoupá s věkem. Nicméně výskyt tohoto onemocnění je možný i u žen před 35 rokem věku. Hlavním problémem je podceňování možnosti vzniku karcinomu prsu a jeho bagatelizace. Úkolem porodní asistentky je nenásilnou formou při běžné komunikaci zjistit postoj ženy k edukaci, úroveň znalostí a její ochotu přijmout nové informace. A to u žen všech věkových kategorií.

Na základě tohoto a vhodně zvoleného rozhovoru může porodní asistentka (ještě před lékařským vyšetřením) zjistit změny na kůži prsou, asymetrie, vpáčení bradavek či bolestivých změn v podpaží. Cílem edukace je odstranit psychické bariéry – se svěřením se lékaři, obavy ze zjištěného výsledku vyšetření a následné léčby, motivovat klientky k pravidelnému samovyšetřování prsou jedenkrát týdně před zrcadlem.

Edukaci je možno doplnit o tištěnou formu edukačního materiálu (příloha1) (Svěráková, 2014).

Stejně citlivým a taktním způsobem přistupuje porodní asistentka k problému inkontinence. Inkontinence sice není život ohrožující stav, pro ženy je však obtěžující a velice nepříjemná. Vlivem těhotenství a porodu může docházet k poškození struktur pánevního dna a tím vzniku následné inkontinence. Mezi další faktory vzniku patří věk, obezita. Výskyt inkontinence je spojen též s rozvojem dalších zdravotních problémů, jako je diabetes mellitus, neurologické poruchy či demence. Spousta žen se za své obtíže stydí a skrývá je. Vyhýbají se společenskému životu, sportovním aktivitám a v neposlední řadě to ovlivňuje i jejich partnerský život (Petrášová, 2012).

Úloha porodní asistentky v záchytu inkontinence je velmi důležitá a mnohdy záleží jen na jejím přístupu k ženě, kterým může získat klientku ke spolupráci a motivovat pro léčebný postup vycházející s určeného typu inkontinence. U léčby stresové inkontinence je mnohdy lékařem indikována konzervativní terapie pomocí gymnastiky svalů pánevního dna. Jestliže má porodní asistentka pacientku správně edukovat, bylo by vhodné, aby si cviky sama vyzkoušela a mohla vlastními slovy doplnit informace (Petrášová, 2012; Jílková, 2015).

Dalo by se říct, že péče o ženu v gynekologii končí až se životem samotným. Ne vždy tomu tak ale bývá. Mnohé ženy v menopauze, které nemají gynekologické potíže, již preventivní gynekologické prohlídky nevyhledávají. Na porodní asistentce je přesvědčit ženu o opaku a předejít tím vzniku vážnějších problémů, která vyžadují náročnější, mnohdy operační řešení (Vrublová, 2013).

Ne všechny gynekologické obtíže a problémy v průběhu života lze řešit cestou konzervativní, mnohdy se musí přistoupit k operačnímu řešení. V případě řešení gynekologického problému operační cestou je na porodní asistence, aby byla nápomocna v rámci svých kompetencí při edukaci a předoperační přípravě (Roztočil, 2011).

### 1.1.5.1 Předoperační příprava

Smyslem předoperační přípravy je posouzení zdravotního stavu klientky, určení operačních rizik a prevence možných pooperačních komplikací. Cílem předoperační přípravy je zajistit pacientce co nejoptimálnější podmínky pro zvládnutí operačního výkonu. Je nezpochybnitelným faktem, že výsledek jakéhokoliv léčení, a tím je myšlen i operační zákrok, je dán i přístupem nemocné ženy k léčebnému procesu (Rob, 2008; Mikšová, 2006).

Každá příprava k operaci v sobě zahrnuje prvky obecného rázu, které musí být splněny u každého typu operačního zákroku, a prvky speciální, které jsou dané konkrétní diagnózou a zvoleným typem výkonu. Délka předoperačního období závisí na předoperační péči a plánování. Předoperační příprava je dále dělena na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední a také somatickou a psychickou. Za začátek dlouhodobé přípravy lze považovat stanovení diagnózy obvodním gynekologem, která úzce souvisí s psychickou přípravou ženy na plánovaný výkon. Psychická příprava by neměla být brána pouze jako nutná součást všeobecné přípravy, ale měla by jí být věnována mimořádná pozornost jak ze strany lékaře, tak ze strany porodní asistentky (Slezáková, 2010; Zeman, 2011; Standardy ošetrovatelské péče, 2014).

Dále v rámci dlouhodobé přípravy bývá provedeno předoperační vyšetření, které většinou obsahuje hematologické, biochemické a sérologické vyšetření krve, chemické vyšetření moči, komplexní interní vyšetření, včetně EKG a mnohdy i požadovaného RTG snímku srdce a plic. Další rozsah doplňujících laboratorních vyšetření a pomocných vyšetření bývá proveden dle individuálních rizik každé klientky. U plánovaných výkonů se toto provádí cestou obvodního lékaře, aby byl pobyt v nemocničním prostředí co nejkratší. Při řešení akutních situací je toto vyšetření provedeno bezprostředně před výkonem přijímajícím lékařem nebo nemocničním internistou. Pokud nejde o operační indikaci či operaci starších a jinak nemocných žen, kde je třeba delší hospitalizace před samotným výkonem, jsou pacientky obvykle přijímány k hospitalizaci den před plánovaným výkonem (Roztočil, 2011; Rob, 2008; Standardy ošetrovatelské péče, 2014).

Pacientka by měla mít dostatečné množství informací od lékaře o operačním výkonu, předpokládané délce hospitalizace a následné délce pracovní neschopnosti. Úlohou porodní asistentky je minimalizovat obavy a strach klientky z následující operace. V rámci přípravy k operaci je dobré již v primární péči pacientku seznámit s přípravou spojenou s daným typem operace, která bude následovat v nemocnici. Příprava většinou spočívá v úpravě stravy (lehká nenadýmavá strava, popř. pouze očistných klyzmat a oholení operačního pole). Dále jsou ženy poučeny o nutnosti odšperkování před samotným výkonem, vyndání zubní protézy a nekouření v den výkonu (Slezáková, 2013; Mikšová, 2006).

V průběhu přípravy k operačnímu řešení se ženy častěji se svými dotazy obracejí právě na porodní asistentku. Ta by měla v rámci svých kompetencí na tyto dotazy umět odpovědět, zmírnit tím obavy pacientky a podpořit pozitivní náhled na situaci. PA by měla spolupracovat s příslušným lůžkovým oddělením gynekologie a informacemi v tištěné formě typu *co vzít s sebou do nemocnice*, pacientce alespoň částečně usnadnit nástup do nemocnice (příloha 2). Od prvního okamžiku by klientka měla nabýt přesvědčení, že stávající kolektiv zdravotníků má maximální zájem o zdárné zvládnutí průběhu její operační léčby (Svěráková, 2014; Janoušková, 2008).

#### **1.1.5.2 Pooperační péče**

Pokud je to možné, seznámí porodní asistentka alespoň částečně pacientku s cvičením, které bude v období rekonvalescence (období po operačním zákroku) provádět. Počínaje dechovou gymnastikou s prodlouženým výdechem, ukázkou a nácvikem pohybů dolní končetin vleže na lůžku, vstávání z lůžka přes bok a nácvikem odkašlávání s přidržení rány. Podáním celkové anestezie a intubace dochází často k podráždění dýchacích cest a tím vyvolání pocitu škrábání v krku a nutnosti odkašlat. Pro pacientky však bývá kašláni po operaci bolestivé, protože tím dochází ke zvýšení nitrobřišního tlaku a napínání svalů v okolí rány. Proto je vhodné již v rámci předoperační přípravy provést nácvik odkašlávání vleže na zádech s fixací rány

dlaněmi, které nepůsobí takovou bolest (Kolář, 2009; Standardy ošetrovatelské péče, 2010; Volejníková, 2002).

Cílem cvičení po gynekologických operacích je zabránit vzniku pooperačních komplikací zlepšením krevního oběhu, prohloubením plicní ventilace a podporou střevní peristaltiky. Cílené cviky zlepšují prokrvení malé pánve a tím podporují hojení, posilují svaly pánevního dna a břišní stěny a neposlední řadě pozitivně působí na psychiku ženy. I po propuštění pacientky z nemocnice se porodní asistentka věnuje edukaci v oblasti cvičení. Ženy by měly být poučeny o nutnosti pravidelného cvičení v domácím prostředí s důrazem na správnou funkci pánevního dna přibližně po dobu dvou měsíců. Obzvláště po abdominální operaci je snahou dosáhnout optimálního stavu břišních svalů, tím můžeme částečně zabránit nerovnováze mezi zádovými a břišními svaly a možnému vzniku pozdějších ortopedických potíží páteře (příloha 3).

Dále porodní asistentka seznámí ženu s péčí o jizvu po abdominální operaci, která po dobu hospitalizace bude spočívat ve zvýšené hygieně. Po odstranění stehů, většinou již u obvodního gynekologa, a zhojení rány, začínáme s praktickým nácvikem v péči o vzniklou jizvu. Laparotomický řez u gynekologické operace může být různě dlouhý. Po provedené operaci je dutina břišní sešita v jednotlivých vrstvách. Jizva je konečný výsledek hojení rány a vlastně neúplné regenerace poškozené tkáně. Jizevnatá tkáň je oproti původní tkáni vždy méněcennější, dochází ke ztrátě pružnosti a tím k možnosti vzniku svráštění jizvy. Tento proces můžeme zmírnit pravidelně prováděnou jemnou tlakovou masáží. Pacientka leží na zádech s pokrčenými dolními končetinami. Poté přiloží poslední článek ukazováku pravé ruky plošně na okraj jizvy, lehce stačí a jemně zakrouží. Tímto způsobem promasíruje jizvu v celé délce i několikrát denně (Kolář, 2009; Volejníková, 2002).

### 1.1.5.3 Pooperační komplikace

Prevence pooperačních komplikací vychází z řádné předoperační přípravy, která je zajištěna somatickou a psychickou přípravou klientky k danému operačnímu zákroku a pokračuje v celém perioperačním období.

Za pooperační komplikace lze považovat příhody, které vznikly v souvislosti s operačním výkonem nebo anestezií a nějakým způsobem narušují normální pooperační průběh. Pooperační komplikace lze rozdělit dle lokalizace na komplikace v místě operačního výkonu nebo na komplikace postihující jiné orgány v důsledku zatížení operačním výkonem. Z hlediska časové osy jsou pooperační komplikace děleny na *bezprostřední* (intraoperační), *časné*, s počátkem projevů do týdne po operaci, a *pozdní*, které se obvykle projeví více než za týden po provedené operaci. Mezi tyto můžeme řadit tvorbu adhezí, tvorbu keloidních jizev nebo tvorbu hernií v operační ráně (Roztočil, 2011; Slezáková, 2010).

Prevence TEN je zajištěna správnou hydratací pacientky, prováděním dechového cvičení, včasnou vertikalizací, používáním elastických bandáží a aplikací nízkomolekulárního heparinu. Včasná mobilizace pacientky má příznivý vliv na prevenci respiračních a kardiovaskulárních komplikací (Standardy ošetrovatelské péče 2010, Zeman, 2011).

Mezi častěji se vyskytující pooperační problémy můžeme řadit již zmíněné komplikace vycházející z operační rány. Hojení ran je fyziologický proces, při kterém dochází k obnově porušené struktury a funkce kůže. Tento proces může být nepříznivě narušen lokálními faktory, ale i celkovým stavem klientky, jako je malnutrice, obezita, DM, ICHS nebo nádorové onemocnění. Zvýšená bolestivost, teplota, zarudnutí či sekrece z operační rány jsou známky počínající infekce. Zde je nezbytné kultivační vyšetření a případná revize rány. Komplikací hojení rány může být tvorba abscesu nebo její dehiscence (Bureš, 2006).

Jedna z příčin vzniku zánětlivé komplikace může být nedodržení bariérové ošetrovatelské péče a všech pravidel asepse. Jak již bylo zmíněno, o zásadách správné

hygieny a péče o jizvu by měla být klientka edukována při propuštění z nemocnice, a dále pak i porodní asistentkou v navazující péči.

## **1.2. Gynekologické operace**

Operace jako invazivní způsob léčby gynekologického onemocnění je indikována tehdy, je-li primární onemocnění jiným známým a účinným způsobem neléčitelné nebo již byly vyčerpány možnosti neinvazivní (konzervativní), popř. není jiné možnosti, jak diagnostikovat probíhající patologický proces. Každý operační výkon je nefyziologický zásah do organismu, na který tento nějakým způsobem reaguje. A to v době před operací, tak i v době pooperační. Z tohoto důvodu je nutné věnovat zvýšenou pozornost nejen fyzickým potřebám klientky, ale i psychickým (Rob, 2008; Roztočil, 2011).

Operační výkony se dělí dle účelu na léčebné a diagnostické. Účelem léčebných operací je snaha klientku vyléčit nebo alespoň projevy nemoci nějakým způsobem zmírnit. Z časového hlediska se operační výkony dělí na plánované a urgentní (neodkladné). Plánované operace umožňují provedení podrobného předoperačního vyšetření a dokonalejší přípravu před samotným výkonem. Akutní zákrok nesnese časový odklad, proto se příprava omezuje na nezbytné minimum (Slezáková, 2010).

Gynekologické operace se rozdělují na malé a velké. Za malé gynekologické operace považujeme takové, k jejichž provedení postačuje jeden operatér, pacientka je pod vlivem krátkodobé anestezie a hospitalizace nepřesáhne 24 hodin. Mezi tyto výkony řadíme např. ošetření děložního čípku či hysteroskopie (HS). Velká gynekologická operace vyžaduje přítomnost zkušeného operačního týmu. Pro velké operace také platí, že klientka je pod dlouhodobějším vlivem anestezie a po výkonu je nutná hospitalizace déle než 24 hodin (Roztočil, 2011; Standardy ošetrovatelské péče, 2014).

Dále se operace rozdělují na radikální a paliativní. Radikální operací je odstraněno celé chorobné ložisko a lze předpokládat úplné vyléčení pacientky. Paliativní výkon vede pouze ke zmírnění potíží, ale vyléčení pacientky nezajišťuje. Dělení operací je na

rekonstrukční a amputační. Při amputačních výkonech je odstraněn funkčně a morfologicky změněný orgán. Rekonstrukční operace v gynekologii jsou zaměřeny na VVV nebo poruchy statiky pánevních orgánů. Většina gynekologických výkonů je léčebná a řeší základní onemocnění klientky, některé výkony však mohou být pouze kosmetické např. zlepšující vzhled zevního genitálu (Roztočil, 2011; Mikšová, 2006).

### **1.2.1 Operační přístupy**

V klasické gynekologické operativě je možné zvolit přístup vaginální cestou v gynekologické poloze nebo přes přední stěnu břišní, a to laparoskopický nebo laparotomický. Za určitých podmínek se mohou tyto přístupy kombinovat. Lze tedy zvolit vaginální přístup, který je laparoskopicky kontrolován. Oba přístupy mají své výhody i nevýhody, řešení je vždy zcela individuální (Rob, 2008; Roztočil, 2011).

#### *Přístup vaginální*

Tento přístup zcela samozřejmě indikovaný u chorobných stavů, které svou lokalizací k tomuto vybízejí. Mluvíme o zákrocích na vulvě, pochvě, hrdle děložním nebo při sestupu stěn poševních či dělohy. Vaginální přístup při řešení problémů dělohy a adnex je považován za technicky obtížnější pro nesnadnější přístup k operačnímu poli a omezený přehled. Na druhou stranu má tento přístup i své přednosti, které vyplývají z nižší invazivnosti menšího operačního pole. Lehčí pooperační průběh vychází z podstatně menšího oblenění střevních kliček, což má své výhody zejména u rizikovějších nebo starších pacientek (Rob, 2008; Roztočil, 2011).

#### *Přístup přes stěnu břišní*

Laparotomie – otevření dutiny peritoneální řezem v břišní stěně, který dovoluje dokonalý přístup a pohled do operačního pole zejména u radikálních operací. Za nevýhodu je považován pooperační diskomfort z rozsahu operační rány, z pooperačního oblenění střevních kliček a též z rizika vzniku hernie v jizvě. V gynekologické



laparotomické operativě se používají dva typy incizí – *dolní střední laparotomie*, kdy řez je veden ve střední čáře mezi symfýzou a pupkem. Výhodou tohoto podélného řezu je dobrý přístup do malé pánve s možností prodloužení řezu kraniálně dle potřeby a také menší časová náročnost.

Druhý způsob, v gynekologii hojně využívaný, je řez *suprapubický* tzv. *Pfannenstielerův*, kde výhodou zůstává dobrý kosmetický efekt, minimální riziko hernie v jizvě. Nevýhodou je větší technická i časová náročnost. Tento řez je vhodný zejména u extrémně obézních žen. Mezi nejčastější laparotomické výkony v gynekologii patří hysterektomie, adnexektomie, radikální operace dle Wertheima a takzvaná second-look operace (Rob, 2008; Standardy ošetrovatelské péče, 2014).

Další operační metodou hojně využívanou v gynekologii je laparoskopie – operační přístup, který umožňuje rovněž pohled do dutiny břišní za využití vysoce specializovaného přístrojového vybavení. Z jednoho či více vpichů umožňuje operovat v dutině břišní bez jejího širokého otevření. Laparoskopické výkony se označují jako metody minimální invazivní chirurgie. Tato je rovnocenná laparotomickému nebo vaginálnímu přístupu. V dnešní době je minimální invazivní chirurgie zavedenou operační technikou téměř ve všech oblastech gynekologické operační léčby včetně onkogynekologie (Rob, 2008; Holub, 2005).

Laparoskopické operace jsou děleny na operační a diagnostické. Indikace k laparoskopickému zákroku vychází z běžných indikací gynekologické operační léčby, jako je hysterektomie pro myomy, diagnosticko-terapeutické výkony na děloze, vejcovodech a vaječnících v souvislosti s reprodukční medicínou, řešení akutní bolesti břicha, pro extrauterinní graviditu (GEU), hemoperitoneum, rupturu ovariální cysty či její torzi, nebo urogynekologické závěsné operace řešící inkontinenci. Výhodou laparoskopické operace je minimální perioperační zátěž a pooperační dyskomfort, velmi nízká morbidita a minimální změny životních stereotypů ženy. Jako nevýhodu je možno brát riziko poranění cév a střevních kliček při přístupu do peritoneální dutiny nebo delší operační čas u složitějších případů, kde mohou hrozit specifická anesteziologická rizika (Holub, 2005; Roztočil, 2011).

Kontraindikace k provedení laparoskopie je stav pacientky, u které není možno provést výkon v celkové anestezii, netoleruje-li polohu na zádech nebo v Trendelenburgově poloze, jestliže se jedná o difuzní peritonitidu spojenou s ileózním stavem, u rozsáhlých tumorózních procesů malé pánve a též u těhotenství staršího 16. týdnů (Rob, 2008; Holub, 2005).

### **1.2.2 Role porodní asistentky v péči o ženu po gynekologické operaci**

Úkolem porodní asistentky při propuštění klientky je vysvětlit nutnost dodržování klidového režimu i po propuštění do domácího prostředí. PA informuje pacientku o výživě a vyprazdňování, o případném krvácení, o způsobu rehabilitace a pozvolném zahajování pohybové aktivity. Instruuje ženu v péči o operační ránu a intimní hygienu (nekoupat se, pouze sprchovat). Vhodným způsobem poučí pacientku, že by se měla po dobu šesti týdnů vyhýbat sexuální aktivitám. Řešení gynekologických potíží často souvisí se změnami sebepojetí, hlavně v oblasti sexuální aktivity a plnění role ženy. Porodní asistentka svým přístupem může pomoci k odstranění mylných představ, že ztráta dělohy znamená konec sexuálního života a gynekologická operace snížení ženskosti (Roztočil, 2011; Standardy ošetrovatelské péče, 2014).

Dále je pacientka poučena, kam a kdy se má dostavit na extrakce stehů, a o nutnosti pooperační kontroly u obvodního gynekologa. Jak již bylo zmíněno výše, po odstranění stehů a zhojení rány začínáme s praktickým nácvikem v péči o vzniklou jizvu. Jizevnatá tkáň je oproti původní tkáni vždy méněcennější, a proto může docházet ke ztrátě pružnosti a tím k možnosti vzniku svrašťování jizvy. Prováděním pravidelné masáže může být tento proces alespoň částečně zmírněn (Kolář, 2009).

Rovněž by klientka měla být poučena o možnosti komplikací ve smyslu většího krvácení, bolestí břicha či teploty. V případě těchto potíží by měla žena vědět, na koho se má obrátit a zde je na místě informace o možnosti využití služeb domácí péče. Na závěr by si měla porodní asistentka ověřit, zda klientka všemu správně porozuměla.

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

V rámci bakalářské práce „Komunitní péče o ženu po gynekologické operaci“ byly stanoveny dva cíle.

Cíl 1: Zjistit, zda ženy po gynekologických operacích mají zájem o komunitní péči ze strany porodní asistentky.

Cíl 2: Co ženy očekávají od komunitní péče ze strany porodní asistentky?

### **2.2 Výzkumné otázky**

Ze stanovených cílů vplynuly dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1:

Jaké nesaturované potřeby mají ženy po gynekologické operaci po propuštění do domácí péče?

Výzkumná otázka 2:

Jakým způsobem by vnímaly ženy po gynekologické operaci péči komunitní porodní asistentky?

## 3 METODIKA

### 3.1 Použité metody

Pro zpracování výzkumu bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, které pracuje s malým souborem respondentů. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaných individuálních hloubkových rozhovorů, které byly následně zpracovány metodou obsahové analýzy.

Rozhovory byly vedeny se ženami po velké gynekologické operaci, které mohly s odstupem času hodnotit subjektivní vnímání svého pooperačního období. Zmíněné ženy byly předem seznámeny s tématem a průběhem výzkumu a bylo jen na jejich rozhodnutí, zda se výzkumu zúčastní, či nikoliv. Rozhovory se uskutečnily s ohledem na soukromí zúčastněných na klidném, předem domluveném místě v období od února do dubna roku 2015. Informovaný souhlas od všech respondentek byl získán pouze ústně.

K rozhovoru bylo použito 12 otázek, které byly postupně doplněny dotazováním (příloha 4). Začátek rozhovoru byl zaměřen na identifikační údaje dotazovaných žen. Další otázky vedly k zjištění potřeby a zájmu operovaných žen o komunitní péči ze strany porodní asistentky.

Všechny respondentky souhlasily s nahráváním průběhu rozhovoru na záznamové zařízení. Hlasové záznamy byly poté doslovně přepsány. Jednotlivé rozhovory s respondentkami byly očíslovány. Na tato čísla je následně v textu odkazováno, například R6 (respondentka 6). Získané informace byly následně analyzovány, barevně označeny a rozčleněny do jednotlivých kategorií a podkategorií. (Švaříček, Šedřová, 2007). Tyto byly pro snadnější vizualizaci znázorněny do jednotlivých schémat. Při interpretaci získaných dat bylo použito přímých citací respondentek, které jsou pro větší přehlednost psány kurzívou.

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen devíti ženami po velké gynekologické operaci, které byly požádány o zpětné hodnocení svého pooperačního období.

**Tabulka 1** Identifikační údaje

Respondentky	věk	rodinný stav	operační zákrok
R1	47	vdaná	LAVH + AE
R2	69	vdova	vulvectomie + lymfadenectomie
R3	48	vdaná	vaginální hysterectomie
R4	33	vdaná	LAVH
R5	62	svobodná	HYA + AE radicalis
R6	49	vdaná	LAVH + AE
R7	63	vdova	HYA + AE
R8	48	vdaná	HYA + AE
R9	44	vdaná	LAVH

Zdroj: vlastní

Z tabulky vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo 9 žen ve věku 35 až 69 let. Šest žen bylo vdaných (R1, R3, R4, R6, R8, R9), dvě ženy ovdovělé (R2, R7) a jedna z respondentek byla svobodná (R5). Všechny ženy v poslední době absolvovaly velkou gynekologickou operaci. Čtyři ženy (R1, R4, R6, R9) hysterectomii laparoskopicky asistovanou, z toho tři ženy (R1, R6, R9) pro myomatózní dělohu a jedna (R4) pro nepříznivý nález na děložním čípku. Tři ženy (R5, R7, R8) abdominální hysterectomii, z toho dvě (R7, R8) opět pro myomy na děloze a jedna (R5) pro suspektní onkologický nález. Jedna žena (R3) byla po hysterectomii vaginální a další z dotazovaných žen (R2) byla po vulvectomii spojené s lymfadenectomií. Osm oslovených žen prodělalo výkon plánovaný, pouze u jedné se jednalo o výkon akutní (R5).

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 4.1 Kategorizace dat

Pro větší přehlednost jsou jednotlivé výsledky zpracovány do kategorií a podkategorií a pro snadnější vizualizaci znázorněny do jednotlivých schémat.

**Tabulka 2 Seznam kategorií a podkategorií výzkumu**

Kategorie	Podkategorie
1. Hospitalizace	A. Informovanost před zákrokem
	B. Hodnocení hospitalizace
	C. Pocity při propuštění
	D. Informovanost při propuštění
	E. Deficit informací
2. Pooperační období v domácím prostředí	A. Míra samostatnosti
	B. První kontrola
3. Komunitní péče	A. Znalost termínu
	B. Využití komunitní péče

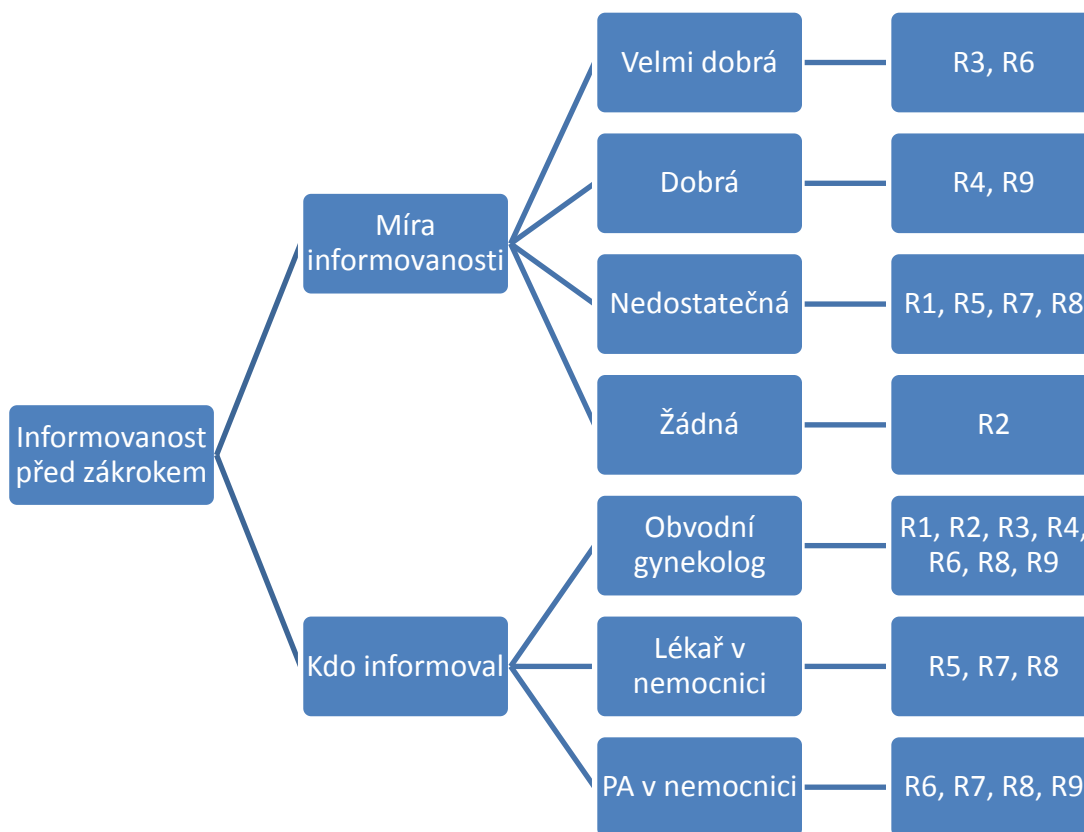
Zdroj: vlastní

#### **Kategorie 1. Hospitalizace**

Tato kategorie je zaměřena na hodnocení informovanosti pacientek před nástupem do nemocnice a při jejich propuštění a hodnocení hospitalizace. Její součástí je pět podkategorií, které jsou pro větší přehlednost označeny velkými tiskacími písmeny A-E a znázorněny do jednotlivých schémat.

## Podkategorie A. Informovanost před zákrokem

Schéma 1 Informovanost před zákrokem



Zdroj: vlastní

Ze schématu 1 vyplývá, jak samy respondentky hodnotily míru poskytnutých informací před zákrokem. Pouze dvě respondentky (R3, R6) uvedly, že byly s informacemi spokojeny. R3 odpověděla: „Vše mi řekla moje doktorka v gynekologické ambulanci. Řekla mi, že po 4 porodech mám natolik uvolněné nějaké vazy, že mi hrozí vyhřeznutí dělohy a vzhledem k mé práci, je to nezbytné řešit operativně.“ R6 uvedla: „Věděla jsem, co mi budou dělat, lékař mi to vysvětlil.... byla jsem v klidu.“ Další dvě respondentky (R4, R9) hodnotily míru informací jako dobrou. Čtyři ženy (R1, R5, R7, R8) by uvítaly více informací zejména ohledně samotného zákroku. R7 uvedla: „Sestřička mi říkala, že se jako nejlíp a že určitě dostanu klystýr.....taky jsem nevěděla co si vzít s sebou, ale pak jsem se zeptala kamarádky, protože ona byla na té operaci

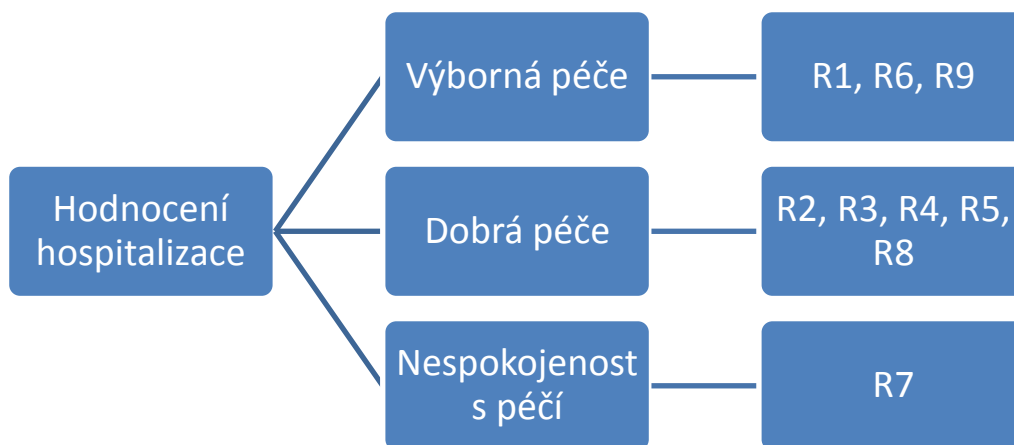
vloni. " Respondentka R2 šla na operaci pouze proto, že její lékař konstatoval, že je to nutné: *"No, já tomu nerozumím. To víte, řekli mi, že mám jít..."*

Všechny ženy se vyjádřily, že byly informovány lékařem, ať již v ambulantní péči (R1, R2, R3, R4, R6, R8, R9) nebo při hospitalizaci (R5, R7, R8). R5 se kvůli akutnímu stavu vše dozvěděla až od lékaře v nemocnici. R7 nebyla spokojena s přístupem obvodního gynekologa, zásadní informace dostala také až v nemocnici: *„No, moc mi toho neřekl...akorát, že už jsem starší, a jak jsem říkala, že mi proto vezmou všechno. No a pak taky říkal, že by to mohlo být špatný. Pak mi říkal, že budu asi týden v nemocnici. O tom, že budu mít řez, jsem se dozvěděla až v nemocnici, ale to jsem celkem chápala...Co bude po operaci, se mnou nikdo neřešil..."* Čtyři respondentky (R6, R7, R8, R9) měly pocit, že se více dozvěděly od PA než lékařů. R6 udala: *„Porodní asistentka mi řekla, co mě bude čekat v nemocnici, i mi doporučila, abych se oholila, že to budou určitě vyžadovat....a taky se zmínila o cvičení, jako že si o tom budeme povídat, až přijdu na kontrolu.“* R8 uvedla: *„V ambulanci od sestry jsem nevěděla nic. Lékař mě jenom připravoval na týdenní hospitalizaci. Všechno o pooperačním stavu mi vysvětlovaly až sestřičky na JIP, když už jsem byla po operaci.“*



## Podkategorie B. Hodnocení hospitalizace

Schéma 2 Hodnocení hospitalizace



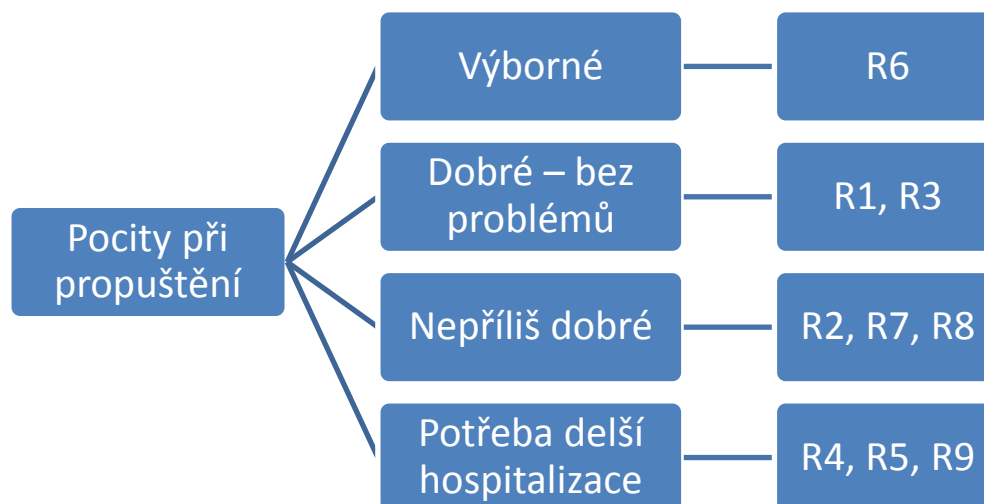
Zdroj: vlastní

Osm respondentek hodnotilo péči v nemocnici pozitivně. Tři z nich (R1, R6, R9) označily péči jako výbornou, zbývajících pět (R2, R3, R4, R5, R8) jako dobrou. R2 odpověděla: „Péče byla dobrá, sestřičky byly moc hodné a dost mi pomáhaly, všechno mi vysvětlily a dost mě uklidňovaly...byla jsem docela nemožná po té operaci.“ R4 uvedla: „Péče byla dobrá, nejvíce jsem se bála klyzmatu, ale zvládla jsem to....také jsem dost citlivá, takže mi chybělo soukromí, ale musím říct, že od porodu se to změnilo k lepšímu.“ R6 zmínila, že si pobyt v nemocnici doslova užila: „Tam to bylo super, bylo to před Vánocemi, byla jsem tam skoro sama...péče byla úžasná...“

Naopak R7 s péčí spokojená nebyla: „Protože jsem se dost bála a špatně se soustředila, působilo na mě všechno dost chaoticky. Informací jsem asi potom měla dost, ale nějak jsem nebyla schopná to všechno pobrat, bylo to na mě moc rychlé, chaotické, podepisovala jsem spoustu papírů. Po operaci mi nebylo moc dobře a dost to bolelo. Sestřičky mě nutily chodit, ale mě strašně bolelo se zvedat, žádná mi nepomohla...taky jsem měla celkem dlouho přelepenou tu ránu, a když mi to sundaly, nikdo mi neřekl, jak to mám umývat.“

## Podkategorie C. Pocity při propuštění

Schéma 3 Pocity při propuštění



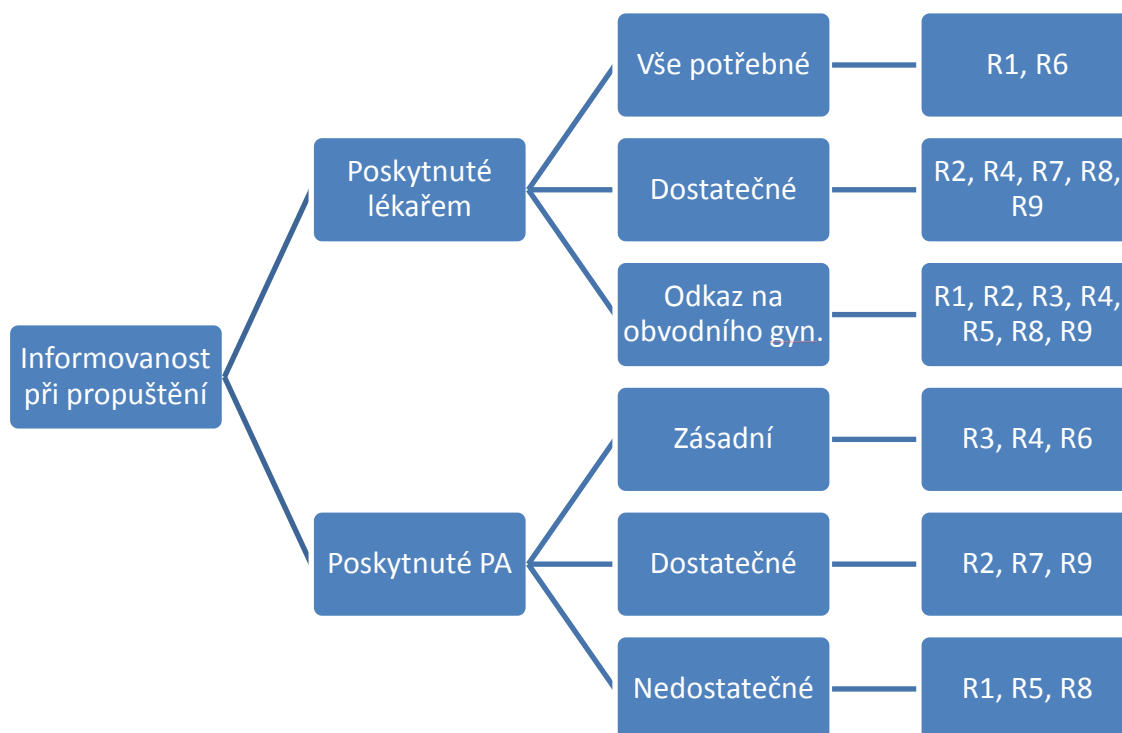
Zdroj: vlastní

Zcela soběstačná a bez problému se cítila při propuštění R6. Rovněž další dvě respondentky (R1 a R3) potíže neudávaly. R1 řekla: „*Při propuštění jsem se cítila dobře, problém nebyl, byla jsem soběstačná*“.

Tři respondentky (R2, R7, R8) označily své pocity při propuštění za nepříliš dobré. R2 popisovala: „*Unavená a slabá jsem byla, ale kdo by nešel domů. Dali mi nějaký čtverečky, že si je mám dávat jako na ty jizvy v těch tříselech. Stehy už jsem neměla. Sice bydlím sama, ale syn je nahoře, tak jsem si říkala, že mi taky pomůže. Jako že mě odveze k doktoru a tak.*“ R7 uvedla: „*Pustili mě domů šestý den. Stehy už jsem měla vyndané, ale ta rána se mi moc nelíbila. Pan doktor říkal, že je to tak normální. Cítila jsem se unavená, ale domů jsem chtěla. Stejně se se mnou nic nedělo a já si myslela, že doma to bude lepší.*“ Další tři respondentky (R4, R5, R9) udaly, že by si byly hospitalizaci i prodloužily. R4 uvedla: „*Pustili mě pátý den po operaci, prý se takto pouští...docela bych ještě zůstala. Mám doma dvě malé děti, muž se sice staral, ale znáte to. Víte, bylo mi blbě říct, že se ještě tak moc necítím, když jsem tak mladá. Připadala jsem si jako fňukna...*“

## Podkategorie D. Informovanost při propuštění

Schéma 4 Informovanost při propuštění



Zdroj: vlastní

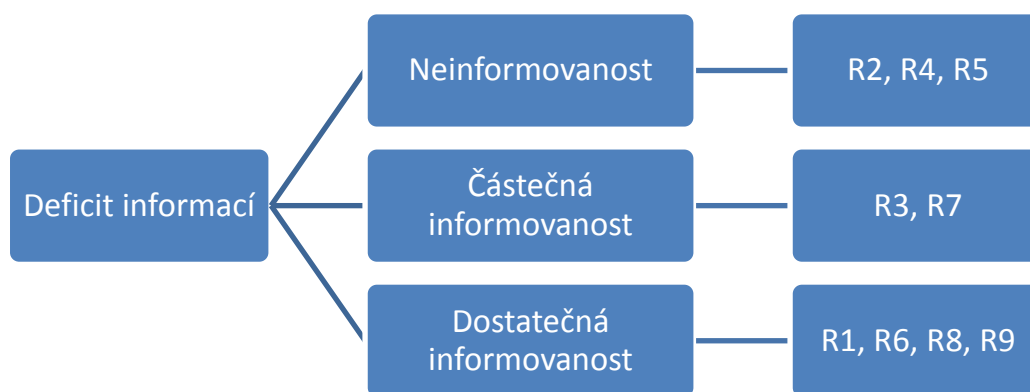
Schéma popisuje informovanost respondentek při propuštění do domácí péčelékařem a porodní asistentkou.

Dvě respondentky (R1, R6) byly s informacemi od lékaře spokojené. R1 uvedla: „*Stehy mi vyndali už v nemocnici, trochu mi to hnisalo, ale to mi hned ošetřili. Lékařka mi vše vysvětlila.*“ Pět respondentek hodnotilo informace podané lékařem jako dostatečné (R2, R4, R7, R8, R9). Sedm respondentek z devíti uvedlo, že byly lékařem v nemocnici poučeny o nutnosti první pooperační kontroly u obvodního gynekologa (R1, R2, R3, R4, R5, R8, R9). R6 hodnotila pozitivně množství informací poskytnutých PA: „*Staniční sestra mi ukázala ty cviky a řekla, jak mám doma cvičit. Zbytek jsem si pak našla na internetu. Taky mi řekla, že mám dodržovat šestinedělí. A myslím, že se zmínila i o té jizvě, že si to mám mazat Infadolanem a nebo sádlem...všechny tyhle informace mi řekla sestra...*“ I další dvě respondentky (R3, R4) byly s podanými

informacemi ze strany porodní asistentky spokojené. R3 udala: „*Od lékaře jsem dostala do ruky jen předběžnou propouštěcí zprávu, kdy na kontrolu a kam se dostavit při potížích. Zásadní informace jsem měla spíše od sestřiček – kontrola krvácení, jakých činností se mám vyvarovat, cvičení a tak podobně.*“ Tři respondentky (R2, R7, R9) popisovaly míru informací od porodní asistentky jako dostatečnou a tři (R1, R5, R8) jako nedostatečnou. R5 uvedla, že dostala pouze informaci o tom, že se nemá sprchovat: „*O ničem jiném se porodní asistentka nezmínila.*“ Stejným způsobem odpověděla i R8.

### Podkategorie E. Deficit informací

Schéma 5 Deficit informací



Zdroj: vlastní

Tři respondentky (R2, R4, R5) postrádaly ze svého pohledu poměrně důležité informace. R2 odpověděla: „*Já jsem vlastně nevěděla, co teda můžu, to mě žádnéj neřekl....přes den jsem byla doma sama, tak jsem si uvařila...jak dlouho budu krvácet jsem nevěděla, neměla jsem doma žádné vložky, ještě, že mi sestřička dala z nemocnice.*“ R4 uvedla: „*Postrádala jsem informace o těch jizvách, jestli můžu tahat děti, prostě ten obyčejný domácí režim, jak mám přidávat zátěž.*“ R5 konstatovala: „*No nejvíc jsem potřebovala vědět, co s tou jizvou. Když jsem přišla domů, začalo mi to pak červenat, a já se bála...volala jsem do nemocnice a zase mi řekli, že to mám větrat a pořádně sprchovat. Celkem jsem ani neměla chuť k jídlu a ani jsem neřešila cvičení. Bála jsem se té onkologie, takže mi vlastně chyběly informace, co bude.*“ Dvě

respondentky (R3, R7) uvedly, že porodní asistentky je samy aktivně neinformovaly, nicméně všechny dotazy jim zodpověděly. R7 si stěžovala, že v jejím stavu bylo těžké některé informace pochopit.

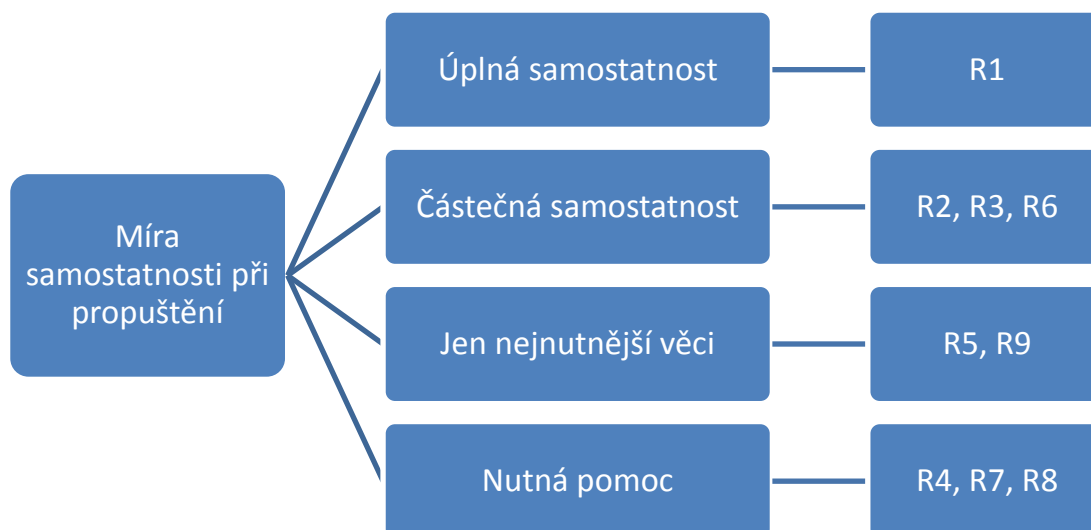
Čtyři respondentky (R1, R6, R8, R9) shodně uvedly, že informace měly dostatečné a dozvěděly se vše potřebné. R1 udala: „*Ani žádné informace mi nechyběly.*“ R8 na dotaz, které informace postrádala, odpověděla: „*Asi nic.*“

## **Kategorie 2. Pooperační období v domácím prostředí**

Tato kategorie je zaměřena na hodnocení pooperačního období po propuštění z nemocnice pohledem samotných žen. Je rozdělena na dvě podkategorie. U každé podkategorie je možno vysledovat různé varianty odpovědí. Jednotlivé podkategorie jsou pro lepší přehlednost označeny velkými tiskacími písmeny A-B.

### **Podkategorie A. Míra samostatnosti**

**Schéma 6 Míra samostatnosti při propuštění**



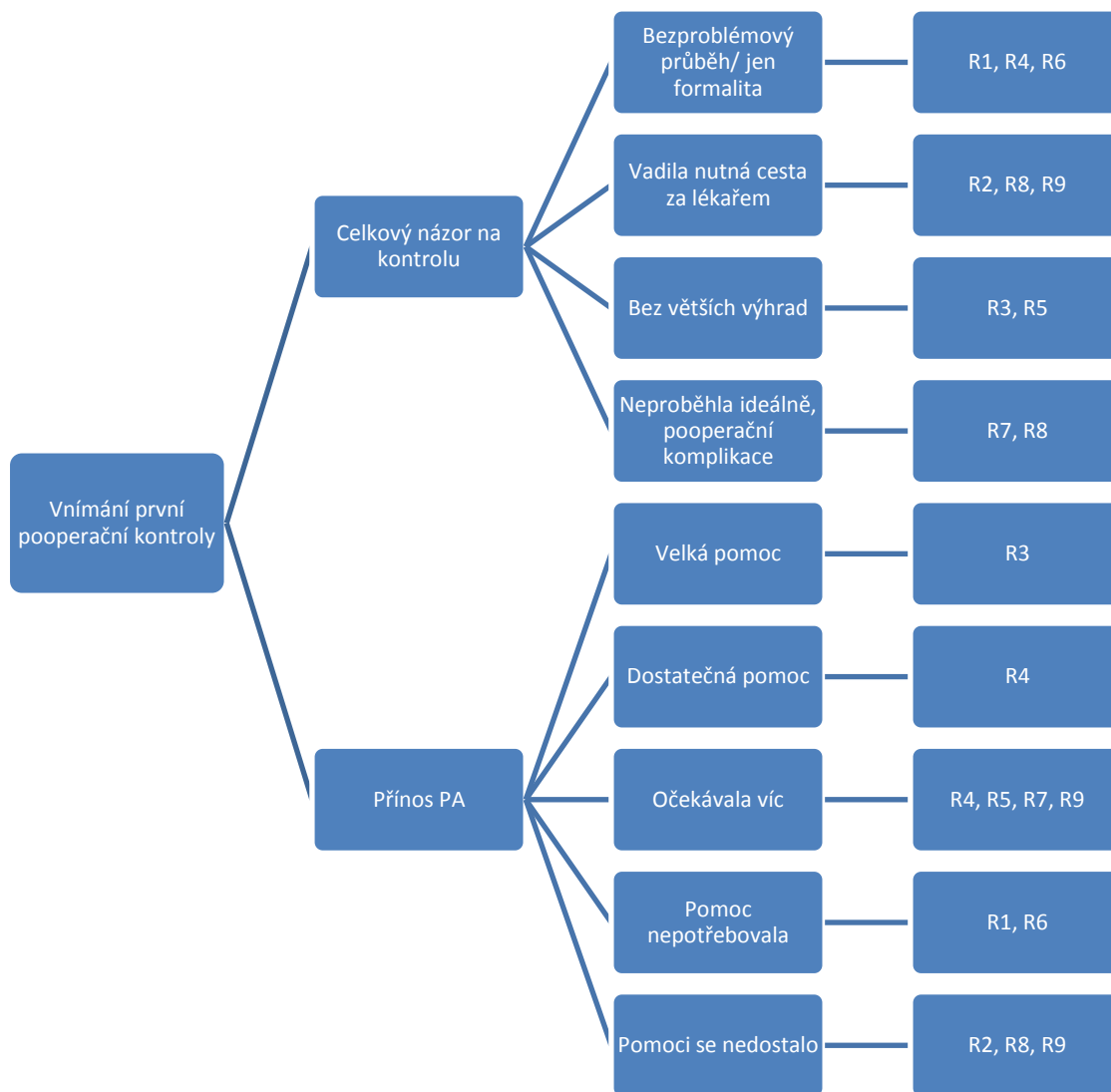
Zdroj: vlastní

Pouze jedna respondentka (R1) udala, že se cítila při propuštění natolik dobře, že byla úplně samostatná, zvládala vše a nepociťovala žádný deficit v soběstačnosti. Tři

respondentky (R2, R3, R6) udávaly soběstačnost jako částečnou a dvě (R5, R9) byly schopné vykonávat pouze nejnnutnější potřeby. R3 situaci okomentovala slovy: „*Bylo to o trochu těžší, než jsem myslela, ale vše jsem zvládla. Doma mi hodně pomáhal manžel.*“. R5 uvedla: „*Bylo to jako po operaci, byla jsem unavena.*“ R9 udala, že pro ni cesta k lékaři na vyndání stehů byla ohromně zatěžující už jen proto, že musela z rodinných důvodů jet autobusem. Tři respondentky (R4, R7, R8) uvedly, že po propuštění do domácího prostředí potřebovaly nezbytnou pomoc. R4 konstatovala: „*Bylo mi hrozně, děti se na mě sesypaly. Manžel sice vařil, ale pak již musel do práce, byl doma týden s dětmi. Víte, kdybych to věděla, domluvila bych si tchýni na pomoc...bylo mi řečeno, že jsem mladá, že to zvládnu....no i já jsem k tomu tak přistupovala...dost mě to tenkrát vzalo, že jsem tak nemožná...unavená*“ Tato respondentka též byla nucena sedmý den po operaci dojet na vyndání stehů, uvedla: „*Stehy...to bylo hrozné, sedmý den po operaci, v ambulanci bylo moc lidí. Manžel měl sice dovoleno z práce, ale pak už byl nervózní...bylo mi tam blbě.*“ R7 uvedla: „*U mě byla dcera, dost mi pomohla...běžné věci mě zatěžovaly, většinu dne jsem proležela.*“ Také R8 potřebovala po propuštění pomoc rodiny, uvedla, že pro ni první dny byla zatěžující i cesta na toaletu.

## Podkategorie B. Pooperační kontrola

Schéma 7 Vnímání první pooperační kontroly



Zdroj: vlastní

Toto schéma popisuje, jak se respondentky vyjadřovaly k první pooperační kontrole a jak hodnotily pomoc porodní asistentky v ordinaci obvodního gynekologa.

Tři respondentky (R1, R4, R6) vnímaly první pooperační kontrolu jako bezproblémovou. R1 uvedla: „*Cítla jsem se velice dobře, vše proběhlo tak, jak má....*“ R4 hodnotila kontrolu těmito slovy: „*To už bylo lepší, cítila jsem se dobře...a to,*

*co mě trápilo těch čtrnáct dní, mi lékař zodpověděl. Taky jsem tentokrát byla objednaná na čas, bylo tam málo lidí, tak měli na mě čas a mohli jsme si chvilku povídat. Na co jsem se zeptala, to mi sestřička řekla...ale sama ne, čekala bych spíše zájem z její strany, ale byla hodná....cvičení jsem si třeba našla sama na internetu...“* Tři ženy (R2, R8, R9) shodně odpověděly, že je obtěžovala cesta k lékaři. Dvě respondentky (R3, R5) neměly ke kontrole větších výhrad a dvě (R7, R8) pooperační kontrolu nehodnotily příliš pozitivně z důvodu pooperačních komplikací.

K přístupu porodní asistentky k respondentkám R3 uvedla, že byla při první kontrole velice spokojená. Bylo jí vše vysvětleno a názorně předvedeno: „....bylo to velmi povzbuzující a moje pooperační nervozita ustoupila.“ R4 zhodnotila pomoc porodní asistentky jako dostačující, nicméně její očekávání byla větší, stejně jako u dalších třech žen (R5, R7, R9). R7 uvedla: „Sama mi nic neřekla, na moje otázky mi odpověděla, ale strašně se divila, že mi to neřekli v nemocnici....cvičení se mnou nikdo neřešil, měla jsem pocit, že si myslí, že v mém věku to není již třeba řešit...“ Dvě ženy (R1, R6) totožně odpověděly, že intervence porodní asistentky nebyly nutné a třem dotazovaným respondentkám (R2, R8, R9) porodní asistentka nijak nepomohla a její přístup kritizovaly. R9 uvedla: „Fronta v čekárně mě děsila, ale to je vždycky....sestra mi akorát změřila tlak....ptala se mě na všechno okolo, jen ne na můj zdravotní stav. Pan doktor mi taky jen řekl, že jsem v pořádku a nic jiného jsme neřešili.“

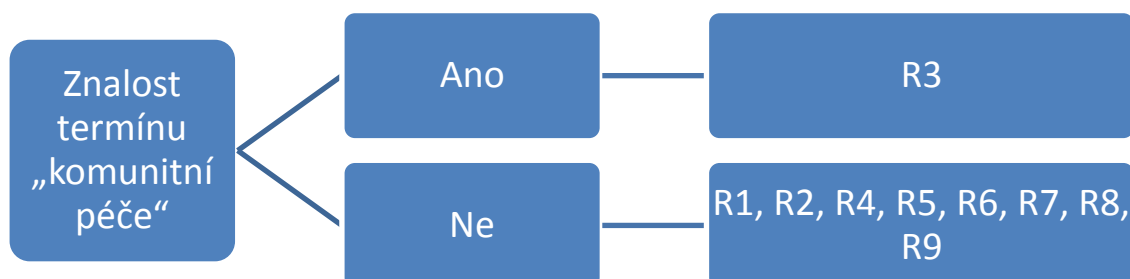
### **Kategorie 3. Komunitní péče**

Tato kategorie byla zaměřena na znalost pojmu komunitní péče, využití domácí péče z pohledu oslovených respondentek a dále na možnost využití návštěvní služby terénní porodní asistentky. Je rozdělena na dvě podkategorie. U každé podkategorie je možno vysledovat různé varianty odpovědí. Jednotlivé podkategorie jsou pro lepší přehlednost označeny velkými tiskacími písmeny A-B.



## Podkategorie A. Znalost termínu

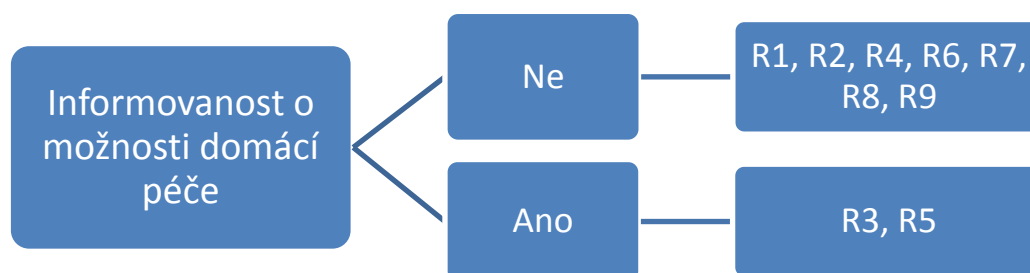
Schéma 8 Znalost termínu „komunitní péče“



Zdroj: vlastní

Osm respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9) uvedlo, že termín komunitní péče nezná. Pět z nich (R1, R2, R4, R6, R7) se s tímto pojmem nikdy neseťkalo, další tři (R5, R8, R9) pouze odhadovaly. R8 uvedla: „*Napadá mě něco jako péče o bezdomovce nebo charita.*“ R9: „*Představuji si streetworkery, co navštěvují ty drogově závislý.*“ Pouze jedna respondentka (R3) komentovala: „*Znám to od dcery, která je zdravotní sestřička. Je to péče o lidi, kteří nemohou k lékaři. Je to péče sestry v terénu.*“

Schéma 9 Informovanost o možnosti domácí péče



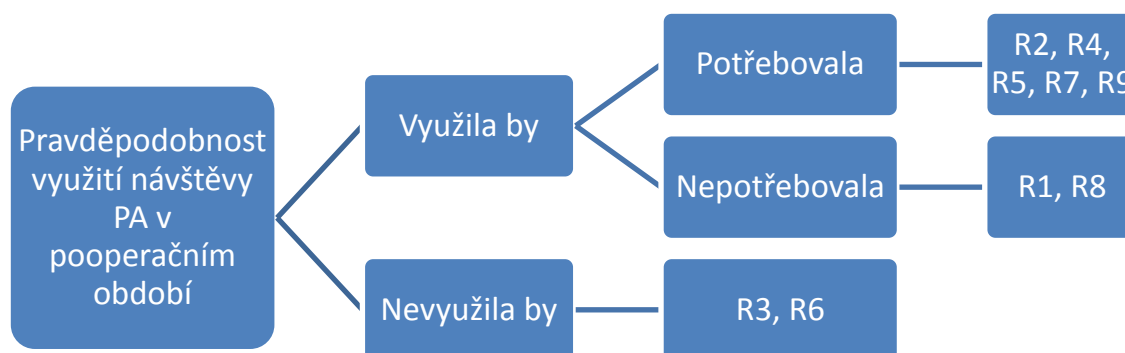
Zdroj: vlastní

Zde sedm respondentek (R1, R2, R4, R6, R7, R8, R9) uvedlo, že o možnosti využití domácí péče neměly žádné informace. R1 odpověděla: „*Nevím, že to je...byla se podívat u nás sestřička, když jsem měla děti, ale teď mě ani nenapadlo, že by někdo chodil...*“ R4 o možnosti domácí péče nevěděla: „*...to je jako pečovatelská služba? Ale*

ta je pouze na staré lidi, že by mi někdo přišel, jako na mě na mladou, to mě nenapadlo..." R8 uvedla: „O této možnosti jsem nevěděla.“ R9 okomentovala tuto otázku: „Nevěděla, myslela jsem si, že je to jenom pro starý, invalidní lidi. Že jim nosí obědy, to mě napadlo. Ani bych nevěděla, koho se třeba zeptat. Náš doktor nikdy o tomhle nemluvil. A se sestřičkou by mě ani nenapadlo to řešit.“ Dvě respondentky (R3, R5) o možnosti využití domácí péče věděly, avšak jim nebyla nabídnuta lékařem ani porodní asistentkou. R3 věděla o této službě od dcery – zdravotní sestry: „...v nemocnici ani u lékaře mi tato možnost nebyla nabídnuta.“ R5 věděla o konkrétním případě, kdy už někdo domácí péči využívá: „Jo, to vím, že je. Sousedce na chalupě chodila nějaká sestřička ošetřovat nohy.“

## Podkategorie B. Využití komunitní péče

Schéma 10 Pravděpodobnost využití návštěvy PA v pooperačním období



Zdroj: vlastní

Sedm respondentek (R1, R2, R4, R5, R7, R8, R9) udalo, že by o návštěvní službu poskytovanou terénní porodní asistentkou měly zájem. Pět z nich (R2, R4, R5, R7, R9) uvedlo, že by ji ve svém stavu reálně využily. R2 řekla: „*Já jsem moc potřebovala, aby mi někdo chodil koukat na ty jizvy. Asi jsem to dělala špatně, potřebovala jsem pomoc. Víte, syn je hodný, on mě odveze, ale přece se před ním nebudu svlékat...Určitě by taková nějaká sestřička měla chodit, ale takový ty šikovný, co tomu rozumí, ty ženské sestry, jako jsou v nemocnici. Víte, když je někdo jako já...to já si uvařím, to mě*

nevadilo, ale tohle....“ R4 uvedla: „Využila bych ji, první dny pro mě byly opravdu náročné. Čtrnáct dní jsem byla v nejistotě.....Asi jsem potřebovala si ty informace trochu zopakovat. Třeba jsem začala špinit, nevěděla jsem, že je to normální.“ R5 souhlasila, že pokud by o této možnosti věděla, určitě by ji využila: „Víte, já nevím, jak to funguje...kdybych měla tu možnost, nebo mi o ní někdo řekl, využila bych jí. Víte, já si říkám, že bych si ji i zaplatila...“ R7 uvedla, že chtěla lékaři telefonovat, ale nechtěla obtěžovat a tak problém přetrpěla: „Určitě bych to využila i před operací. Na spoustu věcí bych se zeptala (to víte, já nejsem generace, která by si to našla na internetu), a neměla bych takový strach. Po operaci bych určitě uvítala, kdyby se mi někdo přišel podívat na tu jizvu. Víte, já sice neměla stehy, ty mi už vyndali v nemocnici, ale zase se mi to nějak pomalu hojilo. No on pan doktor říkal, že jsem měla teda přijít dřív, ale já myslela, že je to jako normální, že mi to tak svědí.... A asi by mi tenkrát dost pomohlo, kdybych věděla, že jenom můžu někomu zavolat.“ R9 konstatovala: „Uvítala bych, kdybych měla kontakt, že když bude třeba, můžu volat. To by se mi líbilo..... máte problém, třeba malý a jdete k doktoru a čekáte tam hodinu, a pak vám řeknou, že jste s tím ani nemusela chodit. Asi bych tu službu uvítala, určitě je to dobrá věc“. Návštěvu porodní asistentky by rády využily i R1 a R8, nicméně jejich stav to nevyžadoval a měly podporu rodiny. Shodly se, že kdyby věci probíhaly jinak, měly by nějaké problémy, rády by se na porodní asistentku obrátily. R1 řekla: „Nic takového jsem nepotřebovala. Ale kdyby byla potřeba, využila bych, myslím si, že je to dobrá věc.“

Návštěvy PA by určitě nevyužily dvě respondentky (R3, R6). R6 uvedla: „Nevyužila. Měla jsem doma manžela a byla jsem ráda, že mám klid, kdybych měla nějaké potíže, raději bych šla k doktoru, cizí ženská by mi vadila a sestřička od našeho doktora je taková odměřená, takže bych se stejně na nic neptala.“

## 5 DISKUSE

*Posláním porodní asistentky je stát na straně ženy, pomoci ji v podpoře zdraví po celý její život nejen v období těhotenství, kojení a šestinedělí. Mluvíme-li o porodní asistentce, mluvíme o ženě, která by měla mít nejen patřičné vzdělání, praktické dovednosti, ale i o ženě, která je schopna s klientkou komunikovat, respektovat ji, naslouchat, slyšet její přání a mnohdy tím i odhalit skryté problémy. Jestliže toto všechno porodní asistentka ovládá, získává tím důvěru ženy a neposlední řadě i spolupracujících lékařů...* (Ratislovová)

Tématem této práce je „Komunitní péče o ženu po gynekologické operaci“. Komunitní péče, slovní spojení dnes ve zdravotnictví dosti často skloňované. Hanzlíková (2007) definuje komunitní péči jako poskytnutí pomoci a podpory lidem ve správnou chvíli, na správné úrovni, ve správné podobě tak, aby člověk dosáhl co největší úrovně nezávislosti, soběstačnosti a kontroly nad svým životem. Stejným způsobem komunitní péči ve své publikaci popisuje i Jarošová (2007). Jak dále obě zmíněné autorky uvádějí, jedná se o soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb poskytovaných nemocným, ale i zdravým občanům, jejich rodinám či skupinám určité komunity.

Komunitní péče je zaměřena na podporu zdraví a v primární péči má plnit funkci ochrany zdraví a předcházení vzniku choroby. Cílem je poskytovat co nejvíce péče v domácím prostředí, a to i při zdravotním postižení, závislosti nebo chronickém onemocnění. Doplnuje péči primární, která je svým posláním tím nejpřirozenějším prostředím, kolem kterého se systém komunitní péče může vytvářet - jak opět uvádějí ve svých publikacích zmíněné autorky (Hanzlíková, 2007; Jarošová, 2007).

Výzkumná část bakalářské práce se zabývala zjišťováním, zda by ženy po gynekologické operaci měly zájem o péči komunitní porodní asistentky. Výzkumný soubor tvořilo devět žen, které v minulosti prodělaly gynekologickou operaci. Neformálním rozhovorem bylo zjišťováno subjektivní vnímání pooperačního období. Abychom získaly ucelenější informace, byly otázky směřovány tak, aby bylo patrné, jak ženy vnímají porodní asistentku v primární péči a celkově celé období kolem operačního výkonu.

Otázky zaměřené na předoperační přípravu byly orientovány na informovanost žen v oblasti provedeného výkonu a na přípravu s tím související. Z výsledků je patrné, že většina oslovených klientek byla ošetřujícím lékařem/gynekologem seznámena s důvody, pro které je nutno operaci provést. Trochu překvapující bylo zjištění, jak málo informací ženy o přípravě k operaci získaly od porodní asistentky. Pouze jedna z oslovených respondentek uvedla, že jí „sestřička“ ještě v gynekologické ambulanci celkem podrobně a v klidu vysvětlila, co ji bude čekat v nemocnici. R6 uvedla: *„Porodní asistentka mi řekla, co mě bude čekat v nemocnici i mi doporučila, abych se oholila, že to budou určitě vyžadovat....a taky se zmínila o cvičení, jako že si o tom budeme povídat, až přijdu na kontrolu.“* Přitom podíváme-li se do literatury zabývající se operačními zákroky a jejich přípravou, dočteme se, jak důležitá je i psychická příprava před operací. Tato by neměla být brána pouze jako nutná součást všeobecné přípravy, ale měla by jí být věnována mimořádná pozornost - jak ze strany lékaře, tak ze strany porodní asistentky (Slezáková, 2013). A dále jak uvádí Roztočil (2011) a Rob (2008), je třeba si uvědomit, že každý operační výkon je nefyziologický zásah do organismu, na který tento nějakým způsobem reaguje, a to jak v době před operací, tak i v době pooperační. Z tohoto důvodu je nutné věnovat zvýšenou pozornost nejen fyzickým potřebám klientky, ale i psychickým, a přistupovat ke každé ženě individuálně. Ve vnímání respondentek můžeme vysledovat rozdíly – jedna respondentka R6 byla v klidu: *„Věděla jsem jen, že budu mít rozříznuté břicho, že je to tak třeba. To mě neděsilo. Vše mi řekli, byla jsem v klidu....“*, R5 měla strach z nadcházejícího výkonu a uvedla: *„Víte, něco mi řekli, já nebyla schopna se na nic soustředit, dost jsem se bála.“*

Pobyt v nemocnici hodnotily ženy většinou kladně. Chválena byla ochota a vstřícnost ze strany porodních asistentek. Vidíme jako velký úspěch, že tolik respondentek bylo s péčí spokojeno, přestože se často jednalo o velmi stresové situace, kdy člověk má tendenci vidět věci hůře, než jaké jsou ve skutečnosti. Jedna respondentka se zmínila, že informací, co do množství, měla dostatek. Vše ale celkově působilo chaoticky, takže ve finále se nebyla schopna v podaných informacích orientovat. Což by se dalo hodnotit jako ukázka nesprávné edukace. Pravidlem by mělo

být podávání jednoduché informace, následné opakování této informace a názorná demonstrace (Závodná, 2005). Na základě zkušeností a praxe je možno doplnit i fakt, jak důležitá je jednotnost v podávaných informacích.

Zajímavé bylo zjištění, s jakými pocity a informacemi ženy nemocniční zařízení opouštěly. Tři ženy (R2, R7, R8) uvedly, že i když se cítily slabé, domů chtěly. S úsměvem dodávaly, že „doma je doma“. Další tři oslovené respondentky (R4, R5, R9) uvedly, že by si hospitalizaci i prodloužily. Jedna z nich (R4) dokonce uvedla, že by raději zůstala, ale přišlo jí hloupé protestovat vzhledem k jejímu mladému věku. Je překvapující, že tato respondentka absolvovala odstranění dělohy prováděné laparoskopickou cestou, která je v literatuře popsána jako výkon s výrazně menším pooperačním diskomfortem a o poznání kratší pooperační rekonvalescencí než při klasickém abdominálním přístupu (Holub, 2005; Rob, 2008). Ve srovnání s respondentkou R6, která byla po hysterectomii abdominální cestou, hodnotící svou rekonvalescenci a vnímání pooperačního období na výbornou. Zde je patrné, že obecné výhody a tvrzení, nemusí být ze strany samotných klientek vždy takto vnímány.

V otázce poskytnutých informací při propuštění se autoři (Roztočil, 2011; Slezáková, 2010) shodují, že při propuštění jenutné vysvětlit klientce dodržování klidového režimu i po propuštění do domácího prostředí. Informovat pacientku o výživě a vyprazdňování, o případném krvácení, o způsobu rehabilitace a pozvolném zahajování pohybové aktivity. Dále autoři uvádějí, že je potřeba instruovat ženu v péči o operační ránu a v intimní hygieně. Dále je důležité ženu poučit o tom, kam a kdy se má dostavit na extrakce stehů, též o nutnosti pooperační kontroly u obvodního gynekologa. Rovněž by klientka měla být poučena o možnosti komplikací ve smyslu většího krvácení, bolestí břicha či teploty. Z provedených rozhovorů vyplynulo, že klientky byly poučeny o nutnosti kontroly u obvodního gynekologa i o možnosti vzniku eventuální komplikace. Co se týče pooperačního cvičení, pouze dvě z nich (R3, R6) uvedly, že byly již při propuštění seznámeny s důležitostí cvičení a s prováděním jednotlivých cviků.

Na důležitost pooperačního cvičení poukazuje ve své knize i Kolář (2009) a Volejníková (2002). Cílené cviky zlepšují prokrvení malé pánve a tím podporují hojení, posilují svaly pánevního dna a břišní stěny a v neposlední řadě pozitivně působí

na psychiku ženy. Další klientka (R4) uvedla, že jí sice informace o cvičení byly sděleny již druhý den po operaci, ale v té chvíli na ně nebyla připravena a tudíž nic si nepamatovala. Zde je možná na místě zamyslet se nad tím, kdy a jakým způsobem klientkám potřebné informace poskytovat. Z výzkumu vyplývá, že obecně pooperačnímu cvičení je ze strany porodních asistentek věnována malá pozornost. Respondentky získávaly informace více na internetu než edukaci od zdravotníků. Dále bylo z výzkumného šetření patrné, že zejména ženy po abdominální hysterotomii postrádaly informace v péči o operační jizvu.

Na první pooperační kontrolu jsou ženy zvány z pravidla po čtrnácti dnech. Respondentky (R4, R9), kterým nebyly odstraněny stehy ještě za hospitalizace, byly nuceny po týdnu absolvovat cestu k lékaři. Z výsledků výzkumu je patrné, jak moc byla tato návštěva pro klientky zatěžující. Přeplněné čekárny u lékaře a dlouhé čekací doby týden po operaci byly pro ně vyčerpávající. Další kontrola (14 dní po výkonu) již byla hodnocena příznivěji. V této části rozhovoru byla pozornost více zaměřena na práci ambulantní porodní asistentky. Dvě ženy (R3, R4) uvedly, že byly s péčí spokojeny a na konkrétní dotazy jim bylo odpovězeno. Zajímavé bylo sdělení jedné z nich (R3), která líčila první pooperační kontrolu jako milé popovídání s porodní asistentkou na téma co může dělat, jak cvičit, a dokonce jí zodpověděla i dotazy týkající se intimního života. Opakem byly tři respondentky (R2, R8, R9), kterým se takovéto podpory nedostalo. Informace typu „*sestřičku moje problémy nezajímaly, pouze mi změřila tlak a řekla, že má moc lidí*“, byly pro nás přinejmenším zarážející. V těchto případech se můžeme domnívat, že takovýto přístup ze strany porodní asistentky je dán pravděpodobně nedostatkem času či trpělivosti a snahou zvládnout velký nápor pacientek v ordinaci.

Co se týče subjektivního vnímání pooperačního stavu, bylo překvapivé, že věk nehraje až takovou roli. Poměrně mladá respondentka (R4) vylíčila první dny po propuštění v domácím prostředí dosti dramaticky, na druhou stranu žena o čtrnáct let starší (R1), zvládala podle svých slov vše výborně. Také bylo zajímavé zjištění, že ženy po propuštění sice informace měly, ale ne vždy je uměly zpracovat. Jak již bylo zmíněno, chyběly informace o cvičení. Výzkumné šetření ukázalo, že doba čtrnácti dnů mezi propuštěním a první pooperační kontrolou, je pro mnohé ženy dost dlouhá.

Například dvě respondentky (R2, R7) řešily problém s operační jizvou. Podle výpovědi ženy nebyly schopny posoudit, jestli stav operační rány je ještě „normální“, anebo je již nutno vyhledat lékaře. Nutno podotknout, že obě respondentky žily bez partnera a neměly potíže s kým řešit. Kontrola u nich proběhla podle původního plánu, problém byl následně řešen podáním ATB a u jedné dokonce i pozdější rehospitalizací pro zánětlivou komplikaci, která vyžadovala delší léčbu.

Míra samostatnosti a zvládnání pooperačního stavu je velmi subjektivní a záleží na tom, jestli se např. člověku dostává pomoci od rodiny nebo je po něm naopak vyžadován výkon jako každý jiný den. Vnímání první pooperační kontroly pak také ovlivnil zdravotní stav. Zhruba polovina oslovených žen vše zvládla, pro druhou to bylo stresující.

Výsledky odpovědí na otázku „Setkala jste se někdy s termínem komunitní péče?“ pro nás nebyly překvapující a potvrdily naše domněnky, že ač se o komunitní péči dosti mluví a zmiňuje se její důležitost, obecné povědomí je minimální. Většina žen se s termínem komunitní péče nikdy nesešla nebo měly jen mlhavé představy. Pouze jedna z dotazovaných (R3) měla informace o fungování komunitní péče. Nutno podotknout, že dcera této respondentky byla zdravotní sestra, tudíž byla do problematiky více zasvěcena.

V informovanosti o možnosti domácí péče se odpovědi rozcházely. Ukázalo se, že systém fungování domácí péče, jak ji ve své knize popisuje Hanzlíková (2007), není znám. Sedm respondentek (R1, R2, R4, R6, R7, R8, R9) uvedlo, že o možnosti využití domácí péče nevěděly, lékař ani porodní asistentka je neinformovali. Většina z nich si domácí péči spojovala pouze s charitou nebo s ošetřováním starých a nemocných či nemohoucích lidí. Nejvíce nás zaujala odpověď R7: „*V okolí mého bydliště je nějaká charita, ale ta vozí jídlo, ale to asi nejsou zdravotníci, né... To asi není na ženské po operaci.*“ Dvě respondentky (R3, R5) o této možnosti věděly, nicméně jim nebyla nabídnuta.

Na otázku o využití návštěvní služby poskytované komunitní porodní asistentkou odpovědělo sedm respondentek (R1, R2, R4, R5, R7, R8, R9), že by tuto službu určitě využily. Nebylo překvapující, že v této skupině byly právě ženy žijící samy (R5, R7)



a jedna (R2), která žila ve společné domácnosti pouze s dospělým synem. Tyto ženy řešily problém, se kterým se potřebovaly někomu svěřit. Potřebovaly ujištění, že je všechno v pořádku, informace o postupném zvyšování zátěže. Celkově by ženy pozitivně hodnotily možnost sdílet své pocity a obavy s někým kompetentním. Ženám chyběla psychická podpora, jedna respondentka (R5) řešila problém prognózy svého onemocnění. Prostě by se rády zeptaly doma v klidu, kdy už měly utříděné myšlenky, ale nechtěly „otravovat.“ Pouze dvě respondentky (R3, R6) uvedly, že by terénní porodní asistentku nevyužily. Respondentka R6 by raději s případným problémem navštívila lékaře. Ukázalo se ale, že si pravděpodobně představila ve formě domácí pomoci jen svou sestru u obvodního gynekologa, kterou nepovažuje za dostatečně kompetentní. I další respondentka (R2) uváděla, že by tato terénní PA musela být z kruhu "těch šikovných sestřiček, co jsou v nemocnicích".

Odpovědi respondentek nás přivedly na myšlenku, že by komunitní péče v této oblasti mohla fungovat podobně jako laktační poradenství u žen po porodu, kdy každá matka dostane při odchodu z porodnice telefonní číslo na "infolinku kojení", kam si může zavolat a své problémy prodiskutovat. Je-li potřeba asistence u kojící matky doma, operátorka předá kontakt na laktační poradkyni v místě bydliště. Taková organizace by mohla fungovat také u žen po gynekologických operacích, nemocnice by měla k tomuto účelu vyhradit jednu PA, která by mohla v rámci pracovní doby pomáhat v terénu.

Jak již bylo napsáno, péče o ženu porodní asistentkou je ve světě, ale i u nás, více vnímána ve spojitosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Vrublová (2013) ve své publikaci uvádí, že posláním porodní asistentky je stát na straně ženy po celý její život. Být jí oporou v nemoci i ve zdraví. Život se nám neskládá pouze s věcí krásných, očekávaných, jako narození potomka a péče o něj, ale bohužel nás v životě mohou zastihnout i věci méně příjemné a neočekávané. Gynekologické onemocnění může postihovat ženu v průběhu celého jejího života. S prodlužující se délkou života, zkvalitňováním péče, lepší diagnostikou a cílenou prevencí se práce porodní asistentky zaměřuje i na péči o takto nemocné ženy. A právě na důležitost této pomoci byla zaměřena výzkumná část práce. Ne všechny gynekologické obtíže a problémy

v průběhu života lze řešit cestou konzervativní, mnohdy se musí přistoupit k operačnímu řešení. V případě řešení gynekologického problému operační cestou je na porodní asistenci, aby byla nápomocna v rámci svých kompetencí (Roztočil, 2011).

## 6 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na práci porodní asistentky. Dle světové zdravotnické organizace je porodní asistentka uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje jako partner ženy, poskytuje jí potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Dále má porodní asistentka důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek.

V práci byly stanoveny dva cíle. Jedním z cílů práce bylo zjistit, zda ženy po gynekologických operacích mají zájem o komunitní péči ze strany porodní asistentky, a druhým, co ženy očekávají od komunitní péče. Na základě těchto dvou cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První zjišťovala, jaké nesatureované potřeby mají ženy po gynekologické operaci po propuštění do domácí péče, a druhá, jakým způsobem by vnímaly ženy po gynekologické operaci péči komunitní porodní asistentky. Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaných rozhovorů s ženami po gynekologické operaci.

Obě výzkumné otázky byly zodpovězeny, pomocí rozhovoru byly zmapovány potřeby nemocných žen a tím i částečně poodkryta problematika nedostatečného zajištění péče v domácím prostředí. Z výsledků výzkumné šetření je patrné, že dotazované ženy ve většině případů nemají informace o fungování komunitní péče. Až na výjimky ale vyslovily velký zájem o službu, kdy by mohly porodní asistence zavolat a promluvit si o svých problémech s někým kompetentním v klidu domova. Velmi oceněnou pomocí by byla i návštěva PA doma za účelem vyndání stehů po operaci, kvůli čemuž musejí pacientky často jen krátce po propuštění k lékaři, což je pro ně velmi náročné. Odpovědi respondentek se shodovaly v příliš dlouhé čekací době v ordinaci a přílišné zaměstnanosti lékaře a porodní asistentky. Ženy by uvítaly více prostoru pro dotazy a edukaci o životě po hysterektomii, některým respondentkám

chyběly informace např. o pohlavním životě po operaci. Právě zde by ocenily onu návštěvu porodní asistentky v domácím prostředí.

Jiné z dotazovaných žen uvedly, že ač byly po propuštění z hospitalizace edukovány o hygieně operační rány, samy tuto věc nezvládaly a došlo u nich ke komplikaci. Jedna respondentka uváděla pozdější rehospitalizaci. Ženy samy jsou přesvědčeny, že kdyby mohly využívat návštěvní služby porodní asistentky, ošetření sutury by bylo kvalitnější a nebyla by nutná opakovaná hospitalizace.

Velkou roli ve faktickém využívání služby by hrála osobnost této terénní asistentky, respondentky by se pravděpodobně lépe ztotožnily s představou externí PA, která např. pracuje v nemocnici, než s vlastní PA u lékaře.

Výsledky bakalářské práce mohou být využity jako informační materiál nejen pro ženy-potencionální klientky, ale i pro porodní asistentky a svým způsobem částečně přispět k propagaci výhod a k dalšímu rozvoji komunitního ošetrovatelství v České republice.

## 7 SEZNAM LITERATURY

### MONOGRAFIE:

- 1) BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. 2009. *Sestra a pôrodná asistentka v komunitnej starostlivosti* [pdf]. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre, 400 s. [cit. 2015-04-16]. ISBN 978-80-8094-576-3.
- 2) BUREŠ, I. 2006. *Léčba rány*. 1. vydání. Praha: Galén, ISBN 80-7262-413-X.
- 3) GOJOVÁ, A. 2006. *Teorie a modely komunitní práce*. 116 s. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, ISBN 80-7368-154-4.
- 4) HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. vydání. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-257-1.
- 5) HOLUB, Z., KUŽEL, A. 2005. *Minimální invazivní operace v gynekologii*. 1. vydání. Praha: Grada, 232 s. ISBN 80-247-0834-5.
- 6) JAROŠOVÁ, D. 2007 *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- 7) KOLÁŘ, P. a kol. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- 8) Kolektiv autorů nemocnice Strakonice, a.s..2014. *Standart ošetrovatelské péče: Předoperační příprava a pooperační péče u pacientek na GPO*. 2. vydání, Strakonice: Nemocnice Strakonice, a. s.
- 9) Kolektiv autorů nemocnice Strakonice, a.s..2010. *Standart ošetrovatelské péče: Rehabilitační ošetrovatelství*. 1. vydání Strakonice: Nemocnice Strakonice, a. s.
- 10) Kolektiv autorů. 2010: *Komunitní ošetrovatelství pro porodní asistentky*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 127 s. ISBN 9978-80-7013-500-6.
- 11) Kolektiv autorů. 2010. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. 1.vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 154 s. ISBN 978-80-7013-499-3.
- 12) KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

- 13) MIKŠOVÁ, Z., M.FRONKOVÁ, M. ZAJÍČKOVÁ,. 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 172s. ISBN 80-247-1447-4.
- 14) RATISLAVOVÁ, K. 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 1. vydání. Praha: Reklamní atelier Area, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- 15) ROB, L., A. MARTAN, K. CITTERBART. 2008. *Gynekologie*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.
- 16) ROZTOČIL, A. a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
- 17) SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vydání. Praha: Grada, 268 s. ISBN 978-8.0-247-3129-2.
- 18) SLEZÁKOVÁ, L. 2013. *Ošetrovatelství pro zdravotnické školy III – gynekologii a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Grada, 248 s. ISBN 978-80-2478-77-8.
- 19) ŠVARŤÍČEK, R., K. ŠEĐOVÁ a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 384 s. ISBN: 978-80-7367-313-0.
- 20) VOLEJNÍKOVÁ, H. 2002. *Cvičení v práci porodní asistentky*. 3. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 51 s. ISBN 80-7013-351-1.
- 21) VRÁNOVÁ, V. 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 197 s. ISBN 978-80-244-1764-6.
- 22) VRUBLOVÁ, Y. 2013. *Komunitní ošetrovatelská péče v gynekologii*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 70 s. ISBN 978-80-7464-303-3.
- 23) WHO. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky: Portfolio inovačních praktik v ošetrovatelství a porodní asistenci primární zdravotní péče*. 2003. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. ISBN 80-85047-25-X.
- 24) ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vydání. Martin: Osveta, 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

- 25) ZEMAN, M. a Z. KRŠKA. 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, ISBN 978-802-4737-706.

#### **PERIODIKA:**

- 26) FESTOVÁ, A. Komunitní ošetrovatelství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek. *Moderní babičtví*, 2007, číslo 12, str. 5-9. ISSN 1214-5572.
- 27) JANOUŠKOVÁ, Miroslava. Uplatnění modelu perioperační péče na vlastním pracovišti. *Sestra*. 2008, č. 1, s. 4-5. ISSN: 1210-0404.
- 28) JÍLKOVÁ, J. Urogynekologie. *Zdravotnická medicína*. č. 3/15. s. 38. ISSN 2336-2987.
- 29) PETRÁŠOVÁ, R. Role sestry v záchytu inkontinence. *Sestra*. 2012, č. 5, s. 51. ISSN 1210-0404.
- 30) SVĚRÁROVÁ, M. Projekt 35 - Aktivní úloha gynekologické sestry v prevenci a časně diagnostice karcinomu prsu. *Florence*. 2014, č. 5, s. 14. ISSN 1801-464X.

#### **INTERNETOVÉ ZDROJE:**

- 31) *Domácí péče ČČK Strakonice*[online]. 2009 [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: <http://www.domacipece-strakonice.wz.cz/kontakt.html>
- 32) *Projekt 35: Chraňte svá prsa*. [online]. [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: <http://www.projekt35.cz/smysl-projektu.php>
- 33) ŠTEFLOVÁ, A. *Integrovaná komunitní péče: Úloha primární péče v péči komunitní*. Atestační práce z veřejného zdravotnictví, ŠVZ IPVZ. [pdf]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR - Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2000. 40 s.[cit. 2015-04-16]. Dostupné z: [www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=136](http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=136)
- 34) YOUNGOVÁ, A. Terminální stavy a paliativní péče. *Zdravotnictví a medicína, Příloha: Lékařské listy*. [online] č. 18/2010 [cit. 2015-04-16]. Dostupné z: [zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/terminalni-stavy-a-paliativni-pece-455167](http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/terminalni-stavy-a-paliativni-pece-455167)

## **8 PŘÍLOHY**

### **8.1 Seznam příloh**

Příloha 1 – Technika samovyšetření prsu

Příloha 2 – Poučení pro ženy hospitalizované na gynekologickém oddělení

Příloha 3 – Cvičení po abdominálních operacích

Příloha 4 – Otázky rozhovoru s respondentkami

Příloha 5 – Seznam tabulek a schémat



## Příloha 1 – Technika samovyšetření prsu

Zdroj: MammaHELP, z. s.

### Na co si dát pozor

Všímejte si viditelných změn a porovnejte změny ve velikosti, tvaru a symetrii prsů.

Sledujte, zda se na prsu neobjevily neobvyklé známky:

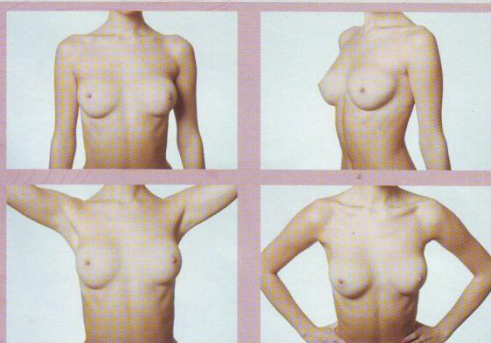
- bulka, vyklenutá místa, zesílená kůže připomínající pomerančovou kůru
- vtažená místa nebo vpáčená bradavka
- důlkovatění, zduření, šupinatění, svráštění prsu nebo bradavky
- přetrvávající svědění nebo ekzém prsu nebo bradavky
- neobvyklá sekrece z bradavky (výtok nebo krvácení)
- barevné změny nebo zarudnutí
- zvětšení lymfatických uzlin v podpaží a pod klíční kostí
- otok paže, bolest nebo zvýšená teplota prsu

### Postup samovyšetření

#### Vyšetření pohledem

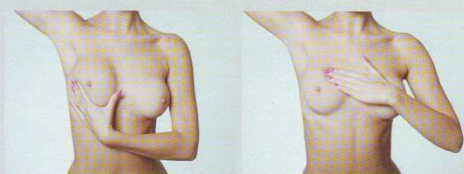
Postavte se před zrcadlo a zhodnoťte vzhled prsů v zrcadle:

- s rukama volně podél těla
- s tělem natočeným na stranu
- s rukama zvednutými za hlavou
- s rukama v bok a v mírném předklonu



### Vyšetření pohmatem

Zvedněte jednu ruku za hlavu. Druhou rukou postupně vyšetřete celý prs.



### Vyšetření objemných nebo povislých prsů

Při samovyšetřování může pomoci podepření prsu druhou rukou.



### Vyšetření bradavky

Stiskněte jemně bradavku, abyste mohla odhalit případný výtok.



### Vyšetření podpaží

Prohmatejte lymfatické uzliny v podpaží.



### Vyšetření oblasti kolem klíční kosti

Prohmatejte oblast kolem klíční kosti a nad hrudní kostí mezi prsy.



## **Příloha 2 – Poučení pro ženy hospitalizované na gynekologickém oddělení**

Zdroj: vlastní

Vážená paní,

V předem dohodnutou dobu (na doporučení od nás je uvedený datum a čas) se dostavte na ambulanci gynekologického oddělení nemocnice. Budova se nachází.....

### **K hospitalizaci vezměte vždy s sebou:**

1. Doporučení k výkonu, které jste obdržely v naší ordinaci
2. Předoperační vyšetření od praktického lékaře, které jste zajistily na základě naší žádanky (max. 10 dní před plánovaným výkonem)
3. Občanský průkaz, kartičky zdravotní pojišťovny
4. Již vystavenou pracovní neschopnost. V případě, že budete žádat o vystavení pracovní neschopnosti až v den nástupu v nemocnici, je potřeba znát přesnou adresu zaměstnavatele
5. Jméno a kontaktní adresa (včetně telefonu) na osobu blízkou, která by v případě mohla být informována
6. Jméno a adresu praktického lékaře
7. Léky, které dlouhodobě užíváte
8. Noční košile, župan, pantofle, ručník, toaletní potřeby (vločky, toaletní papír), telefon, nabíječka
9. Menší finanční obnos (spíše drobné)

### **Doporučujeme:**

- před nástupem oholit rodidla
- šperky a cenné předměty ponechat doma

V případě zdravotních či jiných komplikací, kdy je nutno již plánovaný výkon odložit, volejte prosím na gynekologickou ambulanci nemocnice číslo XXXXXX

### Příloha 3 – Cvičení po abdominálních operacích

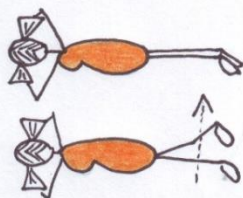
Zdroj: Volejníková - Cvičení v práci porodní asistentky.



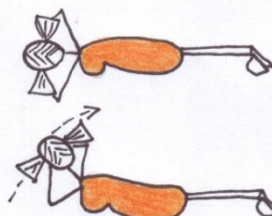
- Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, paže podél těla, tisknout sedací svaly, skrčit přednožmo levou (pravou, obě), zpět



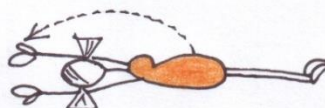
- Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, ruce v týl, tisknout sedací svaly, skrčit přednožmo, kolena přitáhnout k břichu, zdvihnout hlavu a hrudník, lokty se dotknout kolen, zpět



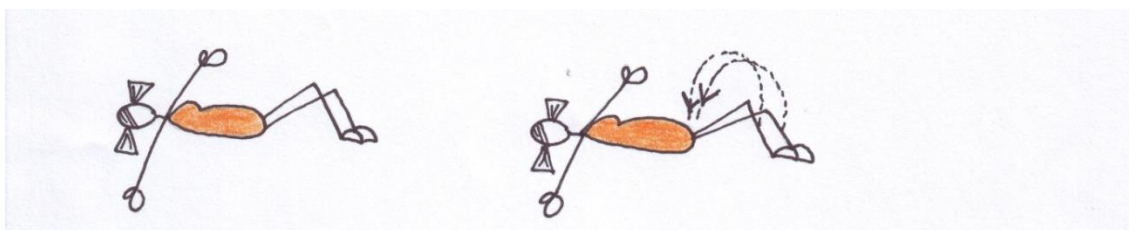
- Leh na břiše, dolní končetiny natažené, skrčit upažmo, ruce pod čelem, tisknout sedací svaly, zanožit levou, zpět, totéž pravou



- Leh na břiše, dolní končetiny natažené, skrčit upažmo, ruce pod čelem, hrudní záklon mírný



- Leh na zádech, dolní končetiny natažené, paže podél těla vzpažit – vdech, připažit - výdech



- Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, upažit, položit obě kolena vlevo a zpět, totéž napravo



- Leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, chodidla opřená o podložku, paže podél těla, zdvihnout pánev nad podložku, stisknout kotníky, kolena, stehna, hýžděové svaly, vtáhnout konečník, pochvu, močovou trubici, položit pánev zpět a uvolnit



- Stoj zády u lůžka, ruce opřít o pelest, mírný záklon, prohnout záda, zpět
- Stoj zády u lůžka, ruce opřít o pelest, unožit levou, zkřížit levou přes pravou, zpět, totéž pravou

## **Příloha 4 – Otázky rozhovoru s respondentkami**

Zdroj: vlastní

- 1. Identifikační údaje – věk, stav, nejvyšší dosažené vzdělání, profese?**
- 2. Kvůli jaké operaci jste byla hospitalizována?**
- 3. Do jaké míry a kým jste byla informována: a) o operačním zákroku a přípravě s ním spojené, b) o pooperační péči?**
- 4. Jak hodnotíte péči po dobu hospitalizace?**
- 5. Jak jste se cítila v době propuštění z nemocnice?**
- 6. Jaké informace Vám byly poskytnuty při propuštění do domácího prostředí ze strany lékaře, jaké ze strany porodní asistentky?**
- 7. Jaké informace jste postrádala? A kde jste je případně získala?**
- 8. Jak jste zvládala první dny po operaci v domácím prostředí? Bylo pro Vás zatěžující cesta k lékaři na vyndání stehů?**
- 9. Jak jste vnímala první pooperační kontrolu? Jaký byl přístup porodní asistentky?**
- 10. Setkala jste se někdy s termínem „komunitní péče“? A co si pod tímto pojmem představujete?**
- 11. Věděla jste o možnosti domácí péče?**
- 12. Kdyby byla možnost využít návštěvní službu poskytovanou terénní porodní asistentkou v pooperačním období, využila byste ji? Jaké služby byste využila?**

## **Příloha 5 – Seznam tabulek a schémat**

Tabulka 1 Identifikační údaje.....	37
Tabulka 2 Seznam kategorií a podkategorií výzkumu.....	38
Schéma 1 Informovanost před zákrokem.....	39
Schéma 2 Hodnocení hospitalizace.....	41
Schéma 3 Pocity při propuštění.....	42
Schéma 4 Informovanost při propuštění.....	43
Schéma 5 Deficit informací.....	44
Schéma 6 Míra samostatnosti při propuštění.....	45
Schéma 7 Vnímání první pooperační kontroly.....	47
Schéma 8 Znalost termínu „komunitní péče“.....	49
Schéma 9 Informovanost o možnosti domácí péče.....	49
Schéma 10 Pravděpodobnost využití návštěvy PA v pooperačním období.....	50