



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

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

Bakalářská práce

# Ošetrovatelská péče o ženu při malém gynekologickém výkonu

Vypracovala: Veronika Káplová  
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2014

## Abstrakt

Malé gynekologické výkony jsou takové výkony, po kterých obvykle mohou pacientky do 12 až 24 hodin po výkonu odejít do domácí péče. Přínosy ambulantních zákroků jsou následující: zmírnění rizika vzniku nozokomiálních nákaz, lepší psychický stav pacientek a v neposlední řadě i nižší náklady na péči. Cílem předoperační péče ze strany porodní asistentky je zajistit důkladnou somatickou i psychickou přípravu pacientky na výkon. Pacientka by měla mít podepsané všechny potřebné souhlasy k operaci, být informována o průběhu předoperační péče, následném výkonu, pooperační rekonvalescenci a samozřejmě i o možných rizicích. Výsledkem důsledného rozhovoru porodní asistentky s pacientkou je klidná a psychicky připravená pacientka na výkon (Henková, 2010; Repková, 2006).

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou neboli výzkumnou. Teoretická část je zaměřena na malé gynekologické výkony, ošetrovatelskou péči před výkonem a po výkonu. U malých gynekologických výkonů jsme se zabývali diagnostikou, riziky, průběhem výkonu. V předoperační péči jsme se zaměřili na předoperační přípravu a specifika u jednotlivých výkonů. Pooperační péče je zaměřena na možné komplikace po výkonu, specifickou péči po malém gynekologickém výkonu a ošetrovatelský proces.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost žen o malých gynekologických výkonech. Na podkladě tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky: Jaká je informovanost žen o malých gynekologických výkonech? Druhou výzkumnou otázkou bylo: Jaký způsob informování by ženy ocenily?

Ve výzkumné části bakalářské práce byla využita kvalitativní metoda výzkumu. Pro sběr dat byl využit polostrukturovaný rozhovor. Výzkumný soubor tvořilo 8 žen. Rozhovory byly realizovány od začátku února do konce března 2014. Byly vedeny s ženami, které v posledních třech měsících absolvovaly malý gynekologický výkon. Ženy byly vybrány bez ohledu na výkon, který podstoupily. Na základě analýzy dat byly stanoveny kategorie a podkategorie výzkumu.

Z výzkumného šetření mělo vyplynout, zda jsou ženy dostatečně informované o malých gynekologických výkonech.

V kategorii předoperační období jsme zkoumali: Jaké jsou zkušenosti s předchozí ošetrovatelskou péčí. Do jaké míry jsou ženy informované z ordinace svého obvodního gynekologa a jestli byly dostatečně informované v nemocnici před výkonem.

Z výsledků vyplývá, že většina respondentek nemá žádné předchozí zkušenosti s ošetrovatelskou péčí. Dvě respondentky udaly, že již na malém výkonu byly a s ošetrovatelskou péčí byly spokojeny. Výsledky výzkumu nám poukazují na mezery ve formě a množství získaných informací v ordinaci obvodního gynekologa. Polovina respondentek nebyla spokojena s informacemi podaných v ordinaci. Informace podané v nemocnici před výkonem hodnotí pět respondentek z osmi kladně, oceňují zejména osobitý přístup, vstřícnost, profesionalitu, empatii.

V kategorii pooperační období, jsme zjišťovali, jak respondentky hodnotí přístup ošetrujícího personálu na operačním sále.

Z výsledků vyplynulo, že respondentky hodnotí kladně zejména představení se lékaře a podání informací o následné péči.

V kategorii pooperační péče jsme se zabývali subjektivními pocity dotazovaných žen po výkonu, informovaností o domácím pooperačním režimu a formě podání informací.

Výsledky výzkumu poukazují na velikou všímavost pacientek. Zejména co se týče milých gest a slov. Informovanost o domácím pooperačním režimu hodnotila polovina respondentek kladně a polovina záporně. Nelíbilo se jim, že na ně porodní asistentka neměla dostatek času či že na ně chrlila informace příliš rychle. Na druhou stranu se jim líbil osobitý přístup, vstřícnost a profesionalita. S formou podání informací byla většina respondentek spokojena. Některé by uvítaly leták či informační brožuru, kde by byly sepsány všechny důležité informace. Jiným respondentkám se zamlouvá osobní kontakt s lékařem a možnost se ptát na cokoliv. Respondentkám také vyhovoval informovaný souhlas.

Teoretická část bakalářské práce může být využita, jako učební text pro další ročníky porodních asistentek na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Výzkumná část může být použita, jako zdroj informací pro porodní asistentky.

**Klíčová slova:** Malý gynekologický výkon, porodní asistentka, ošetrovatelská péče, informovanost

## **Abstract**

Minor gynecological surgeries are defined as surgeries after which the patients are dismissed from hospital to home care within 12 to 24 hours. Benefits of such same-day surgeries include reduced risk of nosocomial infections, better mental condition of the patients and, last but not least, lower costs. The purpose of pre-surgery care provided by a midwife is to ensure thorough somatic and mental preparation of the patient for the surgery. The patient is required to sign all necessary consents with the surgery, she shall be informed about the course of pre-surgery care, the surgery itself, post-surgery recovery and naturally also about all risks involved. The result of a consistent instruction provided by a midwife shall be a patient who is calm and mentally prepared for the surgery (Henková, 2010; Repková, 2006).

The bachelor thesis includes a theoretical part and a practical part with research. The theoretical part focuses on minor gynecological surgeries and nursing care before and after the surgery. In respect to minor gynecological surgeries, we focused on diagnostics, risks and the course of the surgery. In respect to pre-surgery care we focused on pre-surgery preparation and specific features of the individual surgeries. After-surgery care focuses on potential complications, specific care after minor gynecological surgeries and the nursing process.

The objective of the bachelor thesis was to survey the level of awareness among women about minor gynecological surgeries. Two research questions were formulated to meet the objective: what the level of awareness about minor gynecological surgeries is among women and which method of information provision would be appreciated by women.

The research part of the bachelor thesis employed the method of qualitative survey. The data were collected by means of semi-structured interviews. The surveyed set of respondents consisted of 8 women. The interviews were conducted from the beginning of February to the end of March 2014. The interviews were conducted with women who underwent minor gynecological surgeries in the previous three months. The women

were selected regardless of the type of a surgery they underwent. Research categories and subcategories were determined based on an analysis of the data.

The survey was expected to provide information about whether the women had been sufficiently informed about minor gynecological surgeries.

For the category of pre-surgery period we investigated the following: What is the experience of women with previous nursing care? To what extent were the women informed by their local gynecologists and were they sufficiently informed in the hospital before the surgery?

The results have shown that most of the respondents did not have any previous experience with nursing care. Two respondents said that they had previously undergone a minor surgery and that they were content with the nursing care. Results of the survey have shown some gaps in the form and quantity of information provided in medical offices of the local gynecologists. One half of the respondents were not content with the information provided in the medical offices. The information provided in the hospital before the surgery was assessed positively by five respondents out of eight and they appreciated particularly the personal and accommodating approach, professional conduct and empathy.

For the category of post-surgery period we investigated how the respondents saw the approach of the nursing staff in the operating room.

The results have shown that the respondents evaluated positively particularly the fact that the physician introduced himself/herself to the patient and provided information about the subsequent care.

For the category of post-surgery care we also investigated subjective feelings of the respondents after the surgery, their awareness of the post-surgery regime at home and the form of information provision.

Results of the research suggest that patients are highly perceptive, particularly when it comes to friendly gestures and words. The information about the home post-surgery regime was rated positively by one half of the respondents and negatively by the other half. They did not like the fact that the midwife did not have enough time and sputtered the information too fast. On the other hand, they appreciated the personal and

accommodating approach and professional conduct. Most of the respondents were content with the form of information provision. Some of them would have appreciated to have a leaflet or information brochure containing all important information. Other respondents preferred personal contact with the physician and the opportunity to ask questions. The respondents also favorably rated the informed consent.

The theoretical part of the bachelor thesis can be as used as a study material for future students of midwifery at the Faculty of Health and Social Studies of the University of South Bohemia. The research part can be used as a source of information for midwives.

**Key words:** Minor gynecological surgery, midwife, nursing care, awareness

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2014

.....

Veronika Káplová



## **Poděkování**

Ráda bych tímto způsobem poděkovala své vedoucí práce paní PhDr. Drahomíře Filausové za odborné vedení, pomoc, trpělivost a poskytování cenných rad při psaní bakalářské práce.

# Obsah

ÚVOD.....	12
1 SOUČASNÝ STAV .....	13
1.1 Malé gynekologické výkony.....	13
1.1.1 Miniinterrupce .....	14
1.2.2 Interrupce.....	15
1.2.3 Instrumentální revize dutiny děložní .....	15
1.2.4 Hysteroskopie .....	16
1.2.5 Konizace .....	17
1.2.6 Excize Bartholiniho žlázy.....	19
1.2.7 Abraze condylomat accuminat .....	20
1.2.8 Probatorní kyretáž .....	21
1.3 Ošetrovatelská péče před výkonem .....	22
1.4 Ošetrovatelská péče po výkonu .....	24
1.4.1 Pooperační péče.....	24
1.4.1.2 Monitorování bolesti.....	25
1.4.2 Pooperační komplikace .....	26
1.4.3 Využití ošetrovatelského procesu v péči o ženu po malém výkonu.....	27
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	32
2.1 Cíl práce.....	32
2.2 Výzkumné otázky .....	32
3 METODIKA VÝZKUMU.....	33
3.1 Metodika práce, technika výzkumu .....	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	34
4 VÝSLEDKY .....	35
5 DISKUZE .....	49
6 ZÁVĚR.....	55
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	56
9 PŘÍLOHY .....	59

## Seznam použitých zkratk

ASA	Americká společnost pro anestézii
CRP	C-reaktivní protein
D	Počet dechů
DNA	Deoxiribonukleová kyselina
EKG	Elektrokardiografické vyšetření
FW	Měření sedimentace červených krvinek
HPV	Lidský papilomavirus
LEEP	Loop electro excision procedure- Technika cirkulární excize tkáně na děložním hrdle chirurgickou lžičkou
LLETZ	Large loop excision of transformation zone- Technika cirkulární excize tkáně na děložním hrdle dlouhou chirurgickou lžičkou
P	Pulz
PC	Probatorní kyretáž
RCUI	Instrumentální revize dutiny děložní
SpO <sub>2</sub>	Okysličení- saturace
T	Tělesná teplota
TK	Krevní tlak
TOT	Beznapěťová páska
TVT	Poševní páska bez tahu a napětí
UPT	Umělé přerušování těhotenství
VAS	Vizuální stupnice hodnocení bolesti

## Úvod

Mezi malé gynekologické výkony nejčastěji prováděné na odděleních gynekologie patří UPT, probatorní kyretáž, konizace, hysteroskopie, biopsie z děložního hrdla, RCUI. Po malém gynekologickém výkonu mohou pacientky zpravidla do 12 až 24 hodin po výkonu odejít do domácí péče. Přínosy ambulantních zákroků jsou zmírnění rizika vzniku nozokomiálních nákaz, lepší psychický stav pacientek a v neposlední řadě i nižší náklady na péči. Úkolem porodní asistentky je zajistit důkladnou předoperační, peroperační a pooperační péči. Porodní asistentka by měla pacientce vysvětlit, jaká vyšetření je nutné podstoupit před samotným výkonem, jak bude probíhat celý pobyt v nemocnici, co by si s sebou do nemocnice měla vzít, jak se na výkon co nejlépe připravit jak z hlediska psychického, tak somatického. Před samotným výkonem jí empaticky nabídnout možnost se vypovídat, zeptat se na cokoliv a zároveň jí uklidnit. Při propouštění do domácího ošetřování je úkolem porodní asistentky důkladně pacientku edukovat o klidovém domácím režimu, o hygieně, sexuální abstinenci a o následné kontrole u jejího gynekologa (Henková, 2010).

Téma malých gynekologických výkonů a informovanosti kolem ošetrovatelské péče jsem si vybrala z důvodu nastínění problémů komunikace a edukace mezi porodními asistentkami a pacientkami. V bakalářské práci budou popsány nejčastěji prováděné malé gynekologické výkony z hlediska předoperační, peroperační a pooperační péče.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Malé gynekologické výkony

Malé gynekologické výkony, jsou takové výkony, po kterých obvykle mohou pacientky do 12 až 24 hodin po výkonu odejít do domácí péče. Dnes se pro tyto druhy výkonů využívá pojem jednodenní chirurgie, ambulantní chirurgie, či krátkodobá chirurgie (Henková, 2010).

Přínosy ambulantních zákroků jsou následující: zmírnění rizika vzniku nozokomiálních nákaz, lepší psychický stav pacientek a v neposlední řadě i nižší náklady na hospitalizaci (Czudek, 2009).

Naopak mezi nevýhody malých gynekologických výkonů patří vyšší pozdní riziko alergické reakce na aplikované léky, nižší ošetrovatelská péče bezprostředně po výkonu. Vzhledem k možným pooperačním komplikacím se ambulantní výkony nedoporučují ženám, o které se nemá kdo postarat po odchodu domů (Czudek, 2009; Henková, 2010).

Žena, u které bychom chtěli přistoupit k jednodennímu výkonu, by měla po zdravotní stránce splňovat následující kritéria: Zdravotní stav pacientky dle hodnocení ASA (American Society of Anesthesiologist- ASA 1 = zdravý pacient, ASA 2 = lehké celkové onemocnění nebo choroba bez omezení funkční výkonnosti, ASA 3 = závažné systémové onemocnění jakékoli etiologie, omezující aktivitu nemocného, výkonnost a funkci orgánů), viz příloha č. 2. Věk pacientek by neměl přesáhnout 70 let, přihlížíme ovšem i na celkový fyzický stav. S ohledem na náročnost operace, která by neměla přesáhnout 45 minut, by výkon měl být bez rizika pooperační bolestivosti a pooperačních krevních ztrát. Přihlížíme též k pooperačním podmínkám pacientky, která by měla být pod dohledem v domácím prostředí alespoň 24 hodin. Pacientka by měla mít doma dobré sociální a hygienické zázemí. V případě komplikací by se pacientka měla dostavit do nemocničního zařízení, a to co nejdříve (Czudek, 2009; Henková, 2010).

Malé gynekologické výkony prováděné v režimu jednodenní chirurgie jsou následující: probatorní kyretáž, interrupce, miniinterrupce, revize dutiny děložní, excize

čípku, LLETZ, incize a drenáž abscesů. Dále k nim můžeme zařadit konizaci, plastiky čípku, exstirpaci Bartholinské žlázy, ošetření vulvárních lézí, TOT a TVT pásy, ale i hysteroskopické výkony, jako je diagnostická a operační hysteroskopie (Henková, 2010).

### **1.1.1 Miniinterrupce**

Umělé přerušování těhotenství, miniinterrupce, někdy též vakuumaspirace, je operační výkon, který lze provést buď na žádost ženy, nebo ze závažných zdravotních důvodů do 8. týdne gravidity. Výkon je prováděn přes děložní hrdlo, odsátím obsahu dutiny děložní (Čech, 2006; Vokurka, 2009).

U žen pod věkovou hranicí 16ti let a u žen zbavených právní způsobilosti, je nutný souhlas právních zástupců. Ženy ve věku 16 až 18 let, si mohou o výkon samy požádat, avšak lékař musí ze zákona uvědomit zákonné zástupce. Žena je před podepsáním souhlasů seznámena s možnými riziky a pozdějšími následky výkonu (Rob, 2008).

Výkon je prováděn ambulantně do 8. týdne gravidity. Zpravidla platí, čím mladší je gravidita, tím bezpečnější zákrok je (Čech, 2006).

Zákrok se provádí v gynekologické poloze, v intravenózní krátkodobé anestézii. Nejprve se odezinfikují zevní rodidla a pochva. Poté se jednoduchými americkými kleštěmi fixuje děložní hrdlo, provede se sondáž děložní dutiny a dilatace děložního hrdla Hegarovými kovovými dilatátory. Dilatátory jsou ve většině případů průměrně o 1 mm větší, než je průměr plastové kyrety. Poté se podtlakem odsává plodové vejce a decidua. Po dokončení odsávání se obvykle provádí ještě instrumentální revize dutiny děložní, a to tupou kyretou (Čech, 2006; Rob, 2008).

Komplikací po operačním ukončení těhotenství je znatelně méně, pokud k jeho ukončení dojde do 8. týdne gravidity. Poranění děložního hrdla, jako následek interrupce, může znamenat nedostatečnost děložního hrdla u následujících těhotenství. Residua post abortum neboli nedostatečné odstranění části plodového vejce se projeví bolestivostí v podbřišku, krvácením, či zánětem. Následná léčba probíhá nasazením antibiotik, popřípadě je možné provést RCUI. Jednou z možných komplikací může

taktéž být tzv. „Ashermannův syndrom“, který vzniká při poškození dutiny děložní při nitroděložních operacích a projevuje se intrauterinními adhezemi. Další možnou komplikací mohou být zánětlivé komplikace, způsobené nedodržením aseptických podmínek či nedodržením sexuálního půstu. Příznaky zánětu jsou teplota, krvácení či výtok. Tyto komplikace mohou vyústit až ve sterilitu pacientky (Rob, 2008).

### **1.2.2 Interrupce**

Výkon je prováděn mezi 8. a 12. týdnem gravidity na žádost ženy nebo ze zdravotních důvodů. Po 12. týdnu gravidity již pouze ze závažných zdravotních důvodů (Čech, 2006).

Zárok je prováděn v celkové anestézii, vyžaduje krátkodobou hospitalizaci pacientky. Postup je stejný jako u miniinterrupce, avšak dilatace děložního hrdla je větší dle velikosti těhotenství. Tupou kyretou je vyprazdňován obsah děložní dutiny. Při těhotenství nad 10 týdnů je možné pro vybavení větších uvolněných částí plodu použít potratové kleště. Po dokončení výkonu se doporučuje odsát z dutiny děložní koagula, drobné zbytky plodového vejce a deciduy (Čech, 2006).

Komplikace jsou shodné jako u miniinterrupce, avšak možnost jejich výskytu je vzhledem k velikosti těhotenství vyšší (Čech, 2006).

### **1.2.3 Instrumentální revize dutiny děložní**

Instrumentální revizí dutiny děložní je míněno odstranění zbytků plodového vejce z děložní dutiny a následné vyčištění dělohy (Kobilková, 2005).

Instrumentální revize dutiny děložní se provádí po samovolném potratu či po indukovaném porodu v I. a II. trimestru gravidity. Dále lze revizi indikovat při podezření na neúplné odloučení placenty a plodových obalů či pro podezření z poranění těla děložního. Při výkonu je nutno odstranit zbytky plodového vejce nebo koagula a

tkáňovou drť. Indikací může být i krvácení a teploty po interrupci, což je známkou reziduí v dutině děložní (Kobilková, 2005).

Výkon se provádí, jako většina jednodenních výkonů, v celkové, krátkodobé anestézii. Míra dilatace a velikost kyrety závisí na velikosti neúspěšného těhotenství. Při RCUI se používá Bummova tupá kyreta, kleštěmi se uchopí čípek a kyreta je zavedena do dutiny děložní. Pro potvrzení diagnózy potratu, se zbytky tkáně podrobují histologickému vyšetření, kdy mohou být zjištěny patologické změny na trofoblastu či mimoděložní těhotenství (Čech, 2006; Doležal, 2007).

Komplikacemi, stejně jako i u jiných výkonů, může při RCUI výjimečně dojít k trombóze, embolii, infekci, krvácení v průběhu výkonu nebo po výkonu. Při RCUI může být poškozena děložní stěna a může dojít k masivnějšímu krvácení. Potom je nutné tento výkon rozšířit o jiné zákroky zachraňující funkci (Standard č. 032).

#### **1.2.4 Hysteroskopie**

Hysteroskopie je endoskopická metoda, která je využívána k diagnostice i terapii. Je to moderní metoda umožňující kontrolu děložní dutiny, jejího tvaru a stavu endometria (Kobilková, 2005).

Hysteroskopii lze indikovat při abnormálním děložním krvácení, a to zejména pátráme-li po polypu, myomu či karcinomu. Současně s vyšetřením odebíráme vzorek na histologické vyšetření a podrobně popisujeme vnitřní prostředí děložního těla a hrdla. Dále lze hysteroskopii indikovat, pokud gynekolog ženě při ultrazvukovém vyšetření naměří výšku endometria vyšší než 4mm, v tom případě je nutné u ženy vyloučit polyp, hyperplazie či karcinom. Současně s vyšetřením se odebírá i vzorek k histologickému vyšetření. Hysteroskopii s využitím hysteroskopu, můžeme využít při lokalizaci či jako nástroj k odstranění nitroděložního tělíska, lze odstranit i tělísko částečně zanořené v děložní stěně. Hysteroskopem je také možné po císařském řezu kontrolovat jizvy na děloze, či umožňuje ablační odstranění endometriálního polypu z děložního těla (Holečková, 2006; Roztočil, 2011).



Hysteroskopie je, jak již bylo naznačeno výše, výkonem operačním i diagnostickým. K výkonu je potřeba zajistit sterilitu operačního pole, materiálové a personální zabezpečení, jako u každého operačního výkonu. Před výkonem lékař zhodnotí zdravotní stav pacientky, ultrazvukový nález, klinický nález a podle výsledku rozhodne o technice výkonu. Obvykle lze malé diagnostické hysteroskopie provádět ambulantně, pouze malým hysteroskopem. Větší, plánované hysteroskopie, se provádí v celkové anestézii, na operačním sále. Hysteroskopie nevyžaduje žádnou speciální přípravu, lačná pacientka se dostaví v den výkonu s výsledky interního a krevního a ultrazvukového vyšetření. Poté následuje běžná příprava, stejná jako u jiných ambulantních výkonů. Pacientce se odezinfikují rodidla a sondou je změřena dutina děložní, poté se pomocí dilatátorů rozšíří děložní hrdlo pro zavedení hysteroskopu. K hysteroskopii nejčastěji využíváme rigidní hysteroskopy, jejichž součástí je optika a osvětlení. Poskytují nám dobrou přehlednost dutiny děložní. Po zavedení hysteroskopu je děložní dutina roztažena pomocí tekutiny. K výkonu se používá vodivý fyziologický roztok (Purisol, Manitol), který se vyznačuje teplotou lidského těla. Na operačním sále je k dispozici monitor, kamera a světelný zdroj. Následně zkontrolujeme stav děložní dutiny. Podle nálezu můžeme zavést nástroje pro biopsii či různé typy bipolárních jehel k odstranění polypů a myomů (Holečková, 2006).

Komplikace u hysteroskopie mohou nastat v souvislosti s anestézií, tak jako u jiných operačních výkonů. Mohou vzniknout poranění sondou, dilatátory, hysteroskopem nebo operačními nástroji v děložní dutině (Holub, 2005).

Kontraindikací hysteroskopie je takový stav pacientky, který nedovoluje provedení výkonu nebo poševní či pánevní infekce a taktéž těhotenství, s výjimkou embryoskopie. Další méně závažnou kontraindikací může být krvácení (Holub, 2005).

### **1.2.5 Konizace**

Konizace je snesení části hrdla děložního, nejčastěji ve tvaru kužele, či kónusu. S výchozím bodem na vnější části děložního hrdla a s vrcholem v kanálu hrdla děložního (Standard č. 032).

Klinický obraz u prekanceróz a neinvazivních forem karcinomu hrdla nebývá příliš specifický. Obvykle dochází k bolestivosti a malému krvácení po pohlavním styku a při pokročilejším stádiu nálezů se může objevit výtok. Dalším symptomem může být krvácení v období mezi menstruacemi. Diagnostika se provádí na popud kolposkopického vyšetření. Obvykle změny na epitelu objevíme onkologickou cytologií a diagnózu potvrdíme histologickým odebráním tkáně (Kobilková, 2005).

Konizace je metodou diagnostickou i terapeutickou. Terapii dělíme dle metody a nástroje, jež se využívá, např. skalpelem, laserem, nůžkami, jehlou, či elektrickou kličkou. Po aplikaci správné anestézie a zafixování pacientky do gynekologické polohy, zavede gynekolog do pochvy zrcadla se závažím. Abychom správně určili rozsah postižení tkáně, provádí se Schilerova zkouška, Lugolovým roztokem, kterým potřepe ectocervix. Zdravá tkáň se zbarví mahagonově hnědě, zatímco postižená tkáň na roztok nereaguje. Následně se změří dutina děložní a podle rozsahu postižené tkáně se zvolí jedna z metod konizace. Snesením hrdla děložního se odstraní postižená část hrdla a na zbytku hrdla a posléze i na těle děložním se provede probatorní kyretáž. Sliznice získaná z kyretáže je poté podrobena histopatologickému vyšetření (Rob, 2008; Kobilková, 2005; Standard č. 032).

Destrukčními metodami jsou kryoterapie a laserová vaporizace. Kryoterapie využívá působení tekutého dusíku, po jehož přiložení dochází ke zmrazení a následné nekróze tkáně. Výhodou této terapie jsou nízké náklady a pouze jednodenní nemocniční léčba pacientky. Nevýhodou potom může být nežádoucí, dlouhodobě trvající výtok. Další destrukční metodou je laserová vaporizace. Tato metoda pracuje pomocí CO<sub>2</sub> paprsku, kterým se odpaří potřebně hluboká tkáň. Vše probíhá pod kolposkopickou kontrolou. Výhodou metody je rychlejší hojení. Nevýhodou je vysoká pořizovací cena přístroje. Destrukční metody jsou dnes zcela nahrazeny ablačními metodami, z důvodu nemožnosti histopatologického vyšetření tkáně (Rob, 2008).

Mezi ablační metody zahrnujeme klasickou konizaci, LLETZ, LEEP a jehlovou konizaci. Klasická konizace „studená“ dle Scotta, se provádí skalpelem a nůžkami. Excize vysokofrekvenční lžičkou se nejčastěji provádí na vnějším exocervixu. Velikost lžičky operátor určuje dle rozsahu léze a rozměru hrdla děložního. Tato metoda je

výhodná vzhledem ke snížení rizika pooperační stenózy děložního hrdla. Jehlová konizace, někdy též nazývána „needle cone“, využívá stejné vysokofrekvenční techniky jako LEEP technika. Provádí se za využití pevné, rigidní jehly, s co největším šetřením děložního hrdla (Rob, 2008).

Největšími komplikacemi jsou zejména intraoperační a pooperační krvácení, riziko vzniku infekce, či tvorba trombózy nebo embolie. K zabránění rozvoje krvácení je možné aplikovat do hrdla zředěné injekce adrenalinu, či vazopresinu, které sníží intraoperační krvácení. Nezmírní ovšem krvácení, které se dostavuje 7. – 14. den po zákroku. Tyto léky jsou kontraindikovány u žen hypertenzních a žen s onemocněním srdce. Jako prevenci před stenózou někteří operatři používají aplikaci malého drénu do cervikálního kanálu. Dalšími komplikacemi může být poškození dělohy, které vyžaduje další operační zákrok. V takovýchto situacích se postupuje s co největším důrazem na zachování orgánu (Nyirjesy, 2012, Standard č. 032).

Následná rekonvalescence by měla trvat až 6 týdnů. Žena by se měla vyvarovat sexuálního styku a používání vaginálních tampónů, v opačném případě se vystavuje riziku infekce a krvácení. Následné kontroly po operačním výkonu probíhají po dobu prvního roku každé tři měsíce, v dalších letech každého půl roku (Nyirjesy, 2012).

### **1.2.6 Excize Bartholiniho žlázy**

Excize Bartholiniho žlázy je výkon provádějící se z důvodu jejího opakovaného zánětu. Dojde při něm k vyříznutí abscesu a cysty chirurgickým způsobem (Rob, 2008)

Zánět Bartholiniho žlázy způsobují nejčastěji Neisseria Gonorrhoea nebo Chlamydia trachomatis. Pokud se zánět dostane do žlázy, vývod se slepí a vzniká absces. Absces nemá kam postupovat a dochází ke zvětšování. Klinický obraz se projevuje zvětšujícím se otokem a bolestivým nálezem. S postupem nálezu se může zvyšovat i tělesná teplota. Při gynekologickém vyšetření nachází gynekolog zúžený, zarudlý a velmi bolestivý poševní vchod. V místě žlázového vývodu, na zadní straně malých stydkých pysků, může dojít k perforaci abscesu. Pokud přejde zánět do chronicity, bolest i otok ustupují, žláza však zůstává nadále zvětšená a palpačně citlivá.

Laboratorně můžeme zjistit zvýšené hodnoty FW, leukocytů a CRP (Rob, 2008; Roenneburg).

V počátečních stádiích postačí konzervativní léčba, k níž patří klid, antibiotika, studené obklady, analgetika. Pokud se empyém rozšíří, jsou nutná chirurgická opatření, jako je incize s drenáží a chemická exstirpace. Retenční cystu bez známek zánětu lze vyjmout chirurgicky. Cílem operace je odstranění celé žlázy. Funkcí žláz je zvlhčovat pochvu při pohlavním styku, jejich odstranění by však nemělo znamenat žádná zásadní omezení (Rob, 2008; Roenneburg).

Pacientka se uloží do gynekologické polohy, připraví a zarouškuje se operační pole. Před zahájením operace se provede pečlivé rektovaginální vyšetření, aby se zkontrolovala celá žláza, či absces. Řez se provádí nad abscesem. Je důležité, aby byla odstraněna celá žláza. Pokud by tak nebylo učiněno, může dojít k navrácení zánětu. Po vyjmutí žlázy dochází často ke krvácení z rány, důsledkem toho se zavede malý drén k odtoku abcessu (Rob, 2008; Roenneburg).

Po operačním výkonu se nasadí antibiotika a 3. – 4. den je možno vyjmout drén. Pracovní neschopnost není většinou delší než 2 týdny (Rob, 2008, Roenneburg).

### **1.2.7 Abraze condylomat accuminat**

Condylomata accuminata jsou drobné, mnohočetné, bradavčité, někdy i trásnité útvary. Tyto útvary se šíří ze zevních rodidel, přes pochvu a děložní hrdlo, až ke konečníku. Jsou dobře viditelné při kolposkopickém vyšetření (Kobilková, 2005; Rob 2008).

Onemocnění se přenáší především pohlavními cestami, dále cestami kožními a slizničními. Diagnostika je u tohoto onemocnění značně obtížná, jelikož může probíhat asymptomaticky. Zpravidla se onemocnění odhalí cytologií a potvrdí histologií. Typizace viru se provádí vyšetřením DNA (Kobilková, 2005; Rob, 2008).

Chirurgická léčba u onemocnění HPV virem se týká především větších ložisek. Ložiska se mohou odstranit buď chirurgicky, destrukcí elektrodiatermokauterem, kryokauterem a nebo laser vaporizací. Dnes se používá spíše metoda laserové

vaporizace, která je účinná při léčbě plošných lézí na vulvě a pochvě. Též se používá metoda kličkové a jehlové elektrochirurgie (Kobilková, 2005).

Komplikacemi mohou být krvácení, výtok, který značí infekci, dále bolest či horečka (Rob, 2008).

Pooperační zotavení závisí na počtu odstraněných bradavic, většina lidí se zotaví během 1 - 3 dnů. Pohlavní styk by měl být vyloučen na dobu 1 - 3 týdnů, závisí na postižené ploše (Rob, 2008).

### **1.2.8 Probatorní kyretáž**

Probatorní kyretáž je jedním z nejčastějších diagnostických a terapeutických výkonů v gynekologii. Terapeutickým výkonem je zastavení krvácení z děložní dutiny nebo odstranění endocervikálního polypu z hrdla děložního. Diagnosticky se výkonem získává materiál z děložního těla a hrdla k histologickému vyšetření (Standard č. 032).

Pro správné a bezpečné provedení výkonu je nutné, aby žena byla v celkové anestézii a byla uložena v gynekologické poloze. Dále musíme mít informaci o tom, zda je děloha v ante či retro verzi, abychom správně zavedli nástroje. Výkon se řídí přesným operačním postupem. Nejprve se odezinfikují zevní rodidla a poté i pochva. Operatér zavede zrcadla a děložní hrdlo uchopí jednozubými americkými kleštěmi. Poté operatér dilataje děložní hrdlo kovovými dilatátory a zavede kyretu do dutiny děložní. Následně provádí frakcionovanou kyretáž, mikroabrazi, či vakutáž. Při frakcionované kyretáži se získává tkáň nejprve z děložního hrdla a poté z děložního těla, oba vzorky se posílají na histologii. Mikroabraze je výkon při kterém se malou ostrou kyretou, či speciální kyretou získávají z přední a zadní děložní stěny dva proužky endometria. Tento výkon se provádí v rámci hormonální diagnostiky a poruch fertility. Podtlakovou aspirační kyretou se získává část endometria, při zákroku zvaném vakutáž (vakuumaspirace) (Rob, 2008).

Mezi možné komplikace při kyretáži patří intraoperační a pooperační krvácení, či infekce. Iatropatogenní příčinou může být manuální poškození dělohy, které by mohlo

vyžadovat další operační postupy. Komplikace mohou nastat také při vzniku trombózy, či embolie, to však jen velmi zřídka. (Standard č. 032).

### **1.3 Ošetrovatelská péče před výkonem**

Předoperační příprava představuje celistvou, individuální péči celého nemocničního týmu. Důraz je kladen na uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacientky. Cílem předoperační péče ze strany porodní asistentky je zajistit důkladnou somatickou i psychickou přípravu pacientky na výkon. Patří sem zejména seznámení pacientky s průběhem předoperačního a pooperačního období a získání souhlasu pacientky s výkonem. Dle ordinace lékaře je nutné zajistit všechna potřebná vyšetření a medikaci, dále shromáždit a řádně vyplnit všechnu potřebnou dokumentaci. Porodní asistentka doporučí pacientce vyhovující stravu den před výkonem a pro dostatečnou hydrataci jí doporučí vhodné tekutiny (čaj, voda, nebulinkové minerální vody) a jejich dostatečné množství (cca 2 - 2,5 litru), aby se předešlo riziku deficitu tělesných tekutin. Jíst a pít přestává pacientka v půlnoci, v den výkonu. (Kobilková, 2005; Marečková, 2006; Standard č. 032)

Důležité u gynekologických výkonů je také načasování cyklu, vzhledem k menstruačnímu období a možné graviditě pacientky (Czudek, 2009).

Kontraindikacemi k vykonání výkonu mohou před operací být poruchy krevních hodnot, ztráta hmotnosti o více než 10 %, nedostatečná funkce ledvin a jater, či poruchy v respiračním a kardiovaskulárním systému (Repková, 2006).

Významným ukazatelem zdravotního stavu je i psychický stav pacientky před samotným výkonem. Pacientka by měla mít podepsané všechny potřebné souhlasy k operaci, je informována o průběhu předoperační péče, následném výkonu, pooperační rekonvalescenci a samozřejmě i o možných rizicích. Porodní asistentka se snaží pacientku ubezpečit a poskytnout jí pocit, že je tu jen pro ni. S tím souvisí i udržování očního kontaktu a vyčlenění si dostatečného množství času na rozhovor s pacientkou, a to na klidném místě. Výsledkem důsledného rozhovoru porodní asistentky s pacientkou je pacientka klidná a psychicky připravená na výkon. Strach pacientky se snaží porodní

asistentka snížit na možné minimum. Práce porodní asistentky je založena na uklidňování, avšak ne na zlehčování výkonu (např. *“To už se dneska běžně dělá ve výtahu“*), což by mohlo mít za následek negativní dopad na pacientku a následnou její nedůvěru v operátora. Samozřejmostí je, že porodní asistentka zachovává mlčenlivost o všem, co se v souvislosti s pacientky stavem dozví (Kapounová, 2007; Repková, 2006).

Vzdálená předoperační příprava zpravidla zahrnuje interní předoperační vyšetření, laboratorní vyšetření krve, vyšetření moči. Dle výsledků všech vyšetření doporučí anesteziolog vhodnou anestézii k výkonu (Repková, 2006).

Porodní asistentka v rámci bezprostřední předoperační přípravy provádí kontrolu operačního pole, zda je pacientka oholená, podle druhu operačního výkonu. Z hlediska možných drobných poranění, je dobré, kdyby byla pacientka oholena již den před samotným výkonem. V den výkonu porodní asistentka přijme pacientku na pokoj a zkontroluje její identifikační údaje. Dále porodní asistentka slovně zkontroluje, zda je pacientka 6 - 8 hodin před výkonem lačná a zda nekouřila. Šperky a zubní náhradu musí pacientka sejmout. Pacientka by měla být podrobně a srozumitelně seznámena s možnými riziky operačního výkonu. Dále porodní asistentka zkontroluje podepsaný souhlas s provedením výkonu, s anestézií a také, zda má pacientka vyplněný anesteziologický dotazník. O samotném výkonu a jeho provedení by měl pacientku informovat její gynekolog (Repková, 2006; Valenta, 2003).

Bezprostředně před výkonem se pacientka vymočí, porodní asistentka zabandážuje pacientce dolní končetiny obinadlem či použije kompresivní punčochy. Pacientka si odloží všechno spodní prádlo, šperky, brýle, kontaktní čočky, zubní protézu a oblékne si otevřenou košili. Poté porodní asistentky splní další eventuelní ordinace lékaře jako je profylaxe antibiotik, aplikace nízkomolekulárního heparinu či infuze s inzulinem. Po aplikaci premedikace by pacientka, vzhledem k možnému kolapsu a následném možnosti zranění, již neměla vstávat. Porodní asistentka předává pacientku s vyplněnou dokumentací na operačním sále sálové sestře. (Henková, 2010; Standard č. 032)

## 1.4 Ošetrovatelská péče po výkonu

### 1.4.1 Pooperační péče

Pooperační péče začíná předáním pacientky anesteziologickou sestrou porodní asistentce a končí propuštěním pacientky do domácího ošetřování. Po operačním výkonu je žena převezena na pokoj se zvýšeným dohledem, kde jsou jí monitorovány fyziologické funkce a pooperační stav. Pokud pokoj se zvýšeným dohledem v nemocnici nemají, je pacientka uložena na standardní pokoj. Na pokoji se zvýšeným dohledem je obvykle jedna, speciálně proškolená sestra, či porodní asistentka. Pooperační péče závisí na druhu operačního výkonu, na anestezii, stavu pacientky a na zvyklostech oddělení (Czudek, 2009; Slezáková, 2010).

Po převozu pacientky na pokoj zhodnotí porodní asistentka její celkový stav pacientky. Uloží pacientku do polohy na zádech, pokud tak již není. Pokud hrozí zvracení, uloží porodní asistentka pacientku do polohy na boku. Porodní asistentka sleduje známky možných komplikací jako je hypotenze, tachykardie, krvácení, bolest. Dále porodní asistentka kontroluje každých 15 minut fyziologické funkce, TK, P, T, D, SpO<sub>2</sub>. Tělesnou teplotu měříme ručním teploměrem, nejčastěji v podpaží, nejméně 2 minuty. Po změření teploty následuje zápis porodní asistentkou do dokumentace. Pulzní oxymetrie je neinvazivní metoda měření saturace kyslíkem a tepové frekvence. Zajišťuje minimalizaci hypoxemie. Fyziologická hodnota je 95 – 98 %, měření se provádí pomocí neinvazivního čidla, které se umísťuje tak, aby prosvítilo okrajovou část těla. Většinou se umísťuje na prst ruky či na ušní lalůček. Dále porodní asistentka sleduje barvu kůže, stav vědomí, motorickou aktivitu. Dbá na pravidelnou kontrolu krvácení a také na to, aby pacientka měla na rodidlech přiložené sterilní vložky, které napomáhají zjistit množství krevní ztráty. Dále porodní asistentka plní ordinace lékaře, podává antibiotika, analgetika a pečuje o hydrataci. Po celou dobu pobytu na pokoji se zvýšeným dohledem, nesmí pacientka přijímat nic per os, v případě potíží tekutiny pouze otíráním rtů. Porodní asistentka pečlivě zapisuje naměřené hodnoty krevního tlaku, počet pulsů, počet dechů a stav vědomí do dokumentace (Minaříková, 2008; Repková, 2006; Standard č. 022).



Součástí rané pooperační péče je i časná mobilizace z důvodu prevence tromboembolické nemoci, vzniku proleženin a jiných dalších pooperačních komplikací. Porodní asistentka by měla být velice obezřetná při prvním vstávání s pacientkou z lůžka vzhledem k riziku pádu při vazomotorickém kolapsu. Pacientka je dle pooperačního stavu propuštěna 2 - 3 hodiny po výkonu. Před ukončením hospitalizace informuje lékař ženu o provedeném výkonu a poučí ji o následné péči a nutnosti návštěvy obvodního gynekologa do 10 dnů od provedení výkonu (Henková, 2010; Vyhnálek, 2003).

#### **1.4.1.2 Monitorování bolesti**

Bolest je subjektivní vjem, jehož léčbou po operaci snižujeme riziko následných komplikací. Jak moc to bolí, kde to bolí, jaká je to bolest, to vše může pacientka zhodnotit svým vlastním úsudkem. Pacientce bolest vždy věříme. Jako nápomocná nám při hodnocení bolesti může být vizuální stupnice (VAS). Kde pacientka může svou bolest zhodnotit na 10 stupňové úsečce od 0 (=žádná bolest) do 10 (nejhorší, nesnesitelná bolest) (Jiroutková, 2007).

Při jednodenních výkonech je vhodné použít pouze oblastní analgetika, jelikož analgezie po výkonu má dlouhodobé trvání. Velkého účinku dosáhneme kombinací různých druhů analgetik, které snižují na minimum nežádoucí účinky a těší se maximálního analgetického účinku. Akutní pooperační bolest nejlépe ovlivníme opioidními analgetiky, avšak jejich aplikace bývá spojena s nevolnostmi, zvracením, svědčením a celkovou sedací pacienta. Tyto nepříznivé účinky mohou být indikací k oddálenému propuštění. Pro následnou domácí péči jsou vhodná analgetika s antiflogistickým a antipyretickým účinkem (Jiroutková, 2007).

## 1.4.2 Pooperační komplikace

Pooperačním komplikacím bychom měli předcházet, a to zejména správnou přípravou nemocného na operaci, premedikací předepsanou lékařem, šetrnou medikací, správnou operační technikou a odbornou pooperační péčí (Rob, 2008).

Zástava srdce není tak častou komplikací, ale pokud k ní dojde, musíme ihned reagovat. První reakcí je resuscitace. Obnovení činnosti srdce a plic, by mělo nastat do 5 minut. Následuje napojení pacienta na elektrokardiogram (EKG) a dále měření arteriálního tlaku. EKG je základní monitorovací technikou. EKG funguje za pomoci monitorovacích svodů, prostřednictvím kterých sledujeme srdeční frekvenci, můžeme i detekovat srdeční arytmie, sledovat kardiostimulaci či účinek léků. Při monitoraci srdeční akce pomocí elektrokardiogramu je důležité dodržovat správné umístění elektrod, zbavit pokožku ochlupení, případně omýt. Dále je důležité správné nalepení jednorázových monitorovacích elektrod s inkorpaným gelem a sledování pokožky pacientky z důvodu případné alergické reakce. Další metodou monitorace stavu kardiovaskulárního systému je měření žilního tlaku. Hodnota středního tlaku orientačně informuje o průtoku krve orgány. Neinvazivní způsob měření je založen na principu zaznamenávání zvukového fenoménu poslechem fonendoskopem uloženým na artérii, směrem dolů od manžety. Dnes se již používá spíše tonometr digitální, rtuťový tonometr se využívá při kontrole naměřeného tlaku. Fyziologickým tlakem u dospělé pacientky je tlak pod 140/90 mm Hg. Porodní asistentka naměřené hodnoty zapíše do dokumentace, dle směrnic oddělení (Minaříková, 2008; Rob, 2008; Standard č 008).

S šokovým stavem jiným než hemoragickým se setkáváme zřídka. Při hemoragickém šoku, krevních ztrátách vyšších jak 500ml a dle stavu pacientky nahrazujeme krevní ztráty. Při léčbě šoku podáváme krevní deriváty, ale i analgetika, kortikoidy, krystaloidy a léčbu na základě laboratorních výsledků (Rob, 2008).

Pooperační krvácení po konizaci na děložním hrdle většinou zastavíme tamponádou. Po malých gynekologických operacích se krvácení může dostavit až v průběhu několika hodin. Poté je nutná revize nebo konzervativní postup (Rob, 2008).

Embolie může vzniknout při prvním opuštění lůžka, či 7. – 14. den po výkonu. Při masivní embolii může dojít k zástavě srdce a dechové funkce. Proto je třeba dbát na předoperační přípravu, jako je aplikace antikoagulací, bandáže dolních končetin, časné vstávání z lůžka a pohyb (Rob, 2008).

Tromboflebitida neboli zánět povrchových žil se může dostavit po zavedení žilní kanyly. Projevem je většinou bolestivost v okolí vpichu, zarudlá kůže, zvýšená teplota nad 38 stupňů. První pomocí je odstranění kanyly, či infuze a přikládání Priessnitzových obkladů a aplikace masti s heparoidem (Valenta, 2003).

### **1.4.3 Využití ošetrovatelského procesu v péči o ženu po malém výkonu**

Ošetrovatelství pohlíží na jednotlivce, jako na bytost komplexní, holistickou. Při uplatňování holistické teorie, je třeba brát v potaz, že jednatel je celek a je nutné respektovat interakci s vnějším prostředím a ostatními lidmi. Holistická teorie, zastává názor, že potřeby jednotlivce musí být v rovnováze (Tomagová a kol., 2008).

Ošetrovatelský proces je systém komplexních činností, které pohlíží na jedince, jako na individuální lidskou bytost. Snaží se přihlížet k individuálním potřebám klienta, k jeho problémům a k předcházení problémů. Ošetrovatelský proces se opírá o vědecké poznatky. Představuje plánované činnosti, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Porodní asistentka má povinnost spolu s pacientkou a její rodinou plánovat ošetrovatelský proces pro dosažení optimálního stavu pacientky. Cílem ošetrovatelského procesu je změna zdravotního stavu pacientky pomocí systematických, racionálních metod. Ošetrovatelský plán je taktéž dokladem poskytované péče ze strany porodních asistentek. Ošetrovatelský proces zahrnuje pět fází: posuzování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení. Ve fázi posuzování porodní asistentka sbírá všechny potřebné informace o zdravotním stavu pacientky, patologických procesech, rizikových faktorech a také hledá silné stránky pacientky. Fázi diagnostiky realizuje porodní asistentka analýzou získaných informací a dat, z této analýzy stanoví existující, či potenciální problémy, které tvoří základ pro poskytování ošetrovatelské péče. Ve fázi plánování stanoví porodní asistentka spolu s pacientkou priority, cíle a očekávané

výsledky. Dále určí činnost, kterou bude vykonávat, zaznamená a individualizuje plán ošetrovatelské péče. Během fáze realizace se realizuje ošetrovatelský plán péče, sleduje se reakce pacientky na intervence a znovu se hodnotí nové informace. Ve fázi vyhodnocení se zjišťuje, zda došlo ke splnění vytyčených cílů. Zhodnotí se reakce pacienta na ošetrovatelskou péči (Tóthová, 2009; Trachtová, 1998).

Zdravotnická dokumentace musí obsahovat informace umožňující identifikaci pacienta. Musí být založen záznam o příjmu pacientky a taktéž informace k zjištění vhodné anamnézy. Dále do zdravotnické dokumentace zahrnujeme informace o onemocnění pacientky, výsledky vyšetření, operační protokol (viz příloha č. 3), záznam o hospitalizaci s jasným pooperačním průběhem, záznam o propuštění pacientky a podepsané všechny potřebné souhlasy (viz přílohy 4-9) (Czudek, 2009; Standard č. 052).

Každý formulář v dokumentaci musí obsahovat jméno a příjmení pacientky, rodné číslo, ID zdravotnického zařízení a oddělení, kde je pacientka hospitalizována. Dále by na formuláři neměl chybět datum, čas a podpis sestry, která dokumentaci vyplnila (Standard č. 052).

Ošetrovatelská dokumentace slouží porodním asistentkám ke kvalitnímu předání informací v ošetrovatelském týmu jako záruka, že porodní asistentka postupovala dle ordinace lékaře a že poskytovaná péče byla v souladu se zdravotním stavem pacienta, byla lege artis a slouží také jako podklad pro vědu a výzkum (Vondráček, 2008).

V rámci ošetrovatelské péče po malém gynekologickém výkonu je nutné brát v potaz i uspokojování potřeb pacientky. Uspořádání lidských potřeb dle A. H. Maslowa:

### **Fyziologické potřeby**

Fyziologické potřeby jsou základní potřeby, které potřebuje jedinec ke svému přežití (Tomagová a kol., 2008).

Potřeba dýchání patří k nejdůležitějším potřebám v našem životě. Pro udržení průchodnosti dýchacích cest a odstranění sekretů je důležitý pohybový režim. Porodní asistentka dopomůže po dvou hodinách pacientce se vstáním z lůžka a doprovodí

pacientku do koupelny. Dále pacientce doporučí dodržovat pitný režim pro udržení vlhkosti sliznic. Pokud by pacientka zvracela, ihned jí přetočíme na bok, abychom předešli riziku aspirace zvratků (Tomagová a kol., 2008).

S potřebou dýchání souvisí i potřeba tekutin a elektrolytů. Při nedostatku tekutin se může objevit pocit slabosti, únava, snížené množství moči. Po výkonu se pacientka může napít až na standardním pokoji. Porodní asistentka jí doporučí pít spíše po malých doušcích nedráždivé tekutiny, jako jsou bylinkové čaje či neperlivá voda. Dále porodní asistentka edukuje pacientku o nutnosti dodržování pitného režimu vzhledem k udržení elektrolytové rovnováhy. Pacientka by měla denně doma vypít 2-3 litry tekutin, při fyzické námaze i více (Tomagová a kol., 2008).

Výživa je další velice důležitou fyziologickou potřebou. Porodní asistentka dohlédne na to, aby pacientka do dvou hodin po výkonu vzhledem k možnosti komplikací nic nejedla ani nepila. Následně po přemístění z pokoje se zvýšeným dohledem, již může pacientka pít i jíst. Pití jsme již zmínili u potřeby tekutin. Dieta po výkonu je standardní D3, pacientka by měla jíst pomalu a v malých porcích, vzhledem k možné nauce (Slezáková, 2007; Standard č. 006).

Potřeba vylučování moči. Po operačním výkonu je velice důležité, aby se pacientka spontánně vymočila. Po gynekologických výkonech může být tato schopnost zásadně narušena vzhledem k pooperační bolesti, či ochabnutím stěny močového měchýře. Pokud by se pacientce močení nepodařilo do 4 - 6 hodin po výkonu, bylo by nutné ji vycévkovat. Abychom potřebu vylučování podpořili, zajistíme pacientce dostatečný příjem tekutin, podporu normálních návyků při močení. Před odchodem do domácího ošetřování pacientce doporučíme dostatečný příjem tekutin, aspoň 2 litry, denně, jíst ovoce a zeleninu bohatou na vodu, méně solit, a pokud má žena dráždivý močový měchýř, vyhnout se pikantním, dráždivým jídlům (Tomagová a kol., 2008; Vyhnálek, 2003).

Potřeba vylučování stolice. Pro pravidelnou stolici porodní asistentka pacientce doporučí dostatek soukromí, času na vyprázdnění, přiměřený příjem potravy a tekutin, pravidelné cvičení a popřípadě užívání naordinované medikace (Tomagová a kol., 2008).

Spánek a odpočinek. Pro kvalitní spánek je důležitá tělesná i psychická pohoda, pocit bezpečí, nemít bolest. Pro zabezpečení této potřeby navrhne porodní asistentka pacientce po odchodu do domácí péče dodržovat správné předspánkové zvyklosti, jako jsou ticho, tma, teplota 18-21 stupňů, vyvětraná místnost, pohodlná postel. Před spaním se osprechovat teplou vodou, dojít se vyprázdnit (Tomagová a kol., 2008).

Pohyb. Po přivezení pacientky z operačního sálu, uložíme pacientku do polohy na zádech s pokrčenými dolními končetinami a mírně zvýšenou horní polovinou těla. Dále lůžko opatříme pomůckami k zabránění potřísnění pacientky, jako jsou jednorázová podložka, gumová podložka, vložky a emitní miska (vzhledem k možné nauze a případnému zvracení). Po malém gynekologickém výkonu je pohyb možný až po dvou hodinách strávených pacientkou na lůžku. Porodní asistentka dopomůže pacientce do koupelny, zabezpečí tak riziko pádu. Pokud je vše v pořádku, pacientka se může pohybovat dále sama (Slezáková, 2007; Tomagová a kol., 2008).

Hygienická péče po výkonu spočívá v důkladném omytí genitálu, případně potřísněných částí těla. Úkolem porodní asistentky je dohlédnout na bezproblémový průběh hygieny, zajistit pacientce čisté vložky a dopomoci jí pokud se bude cítit slabá a unavená, zejména proto, že hrozí riziko pádu. Zároveň však porodní asistentka respektuje intimitu ženy. Intimní hygiena po malém gynekologickém výkonu je velice důležitá. Před odchodem do domácího ošetřování edukuje porodní asistentka pacientku o dodržování sexuální abstinence po dobu šesti týdnů, kvůli riziku infekce. Dále porodní asistentka informuje ženu o péči o genitál, o možnosti aplikace hojivých masť a hojivých odvarů z březové kůry na podrážděná místa sliznice (Slezáková, 2007; Tomagová a kol., 2008).

Nepřítomnost bolesti. Porodní asistentka by měla pacientku také informovat o nefarmakologickém způsobu tišení bolesti, jako jsou aplikace tepla a chladu, odpoutání pozornosti, rozptýlení (Tomagová a kol., 2008).

### **Potřeba bezpečí a jistoty**

Potřeba bezpečí a jistoty vychází z potřeby lidí mít věci alespoň trochu pod kontrolou. Pokud člověk nemá věci pod kontrolou, dostává se stres, strach, úzkost.

S tím souvisí i změny v oblasti zdraví. Pro zajištění pacientčina bezpečí zvedne porodní asistentka postranice, zabráni riziku pádu, dopomůže pacientce při vstávání. Riziko infekce se také řadí do této potřeby, porodní asistentka má za úkol dodržovat bariérovou péči při všech ošetrovatelských úkonech. Porodní asistentka, by měla informovat pacientku o všem, co vykoná, co bude následovat, měla by u pacientky vzbudit důvěru. Před odchodem pacientky do domácího ošetřování porodní asistentka zkontroluje, zda pacientka všemu rozumí, dá jí možnost se ptát a poskytne pacientce zpětnou vazbu. Před propuštěním je pacientka seznámena s obsahem propouštěcí zprávy, s kontaktem na oddělení v případě komplikací a je srozuměna s další pooperační kontrolou u svého gynekologa. Pacientka je propuštěna domů ve chvíli, kdy vysloví souhlas pacientka, gynekolog, anesteziolog i pacientčin doprovod (Czudek, 2009; Tomagová a kol., 2008).

#### **Potřeba lásky a sounáležitosti**

Porodní asistentka má za úkol u této potřeby zajistit pomoc ze strany rodiny při rekonvalescenci. Pacientka by měla mít při propuštění zajištěn doprovod, který taktéž porodní asistentka edukuje o pacientčině klidovém domácím režimu (Czudek, 2009).

#### **Potřeba uznání a sebeúcty**

Hlavním cílem porodní asistentky by u uspokojování této potřeby měl být dobrý vztah mezi ní a pacientkou. Porodní asistentka musí pacientku začlenit do ošetrovatelského procesu, měla by akceptovat pacientky názor a představu o dalších postupech. Měla by ji vyslechnout, podporovat její pocity a myšlenky a poskytovat jí zpětnou vazbu (Tomagová a kol., 2008).

#### **Potřeba seberealizace**

Porodní asistentka by u této potřeby měla dát pacientce duchovní prostor, dále jí umožnit uspokojit její estetické potřeby. To může znamenat, nechat pacientku vysprchovat, učesat, namalovat, vrátit její oblečení nezmačkané. Určitě by porodní asistentka vzhledem k této potřebě měla pacientce vždy všechno důkladně vysvětlit, tak aby tomu porozuměla, dát jí zpětnou vazbu (Tomagová a kol., 2008).

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

Zjistit informovanost žen o malých gynekologických výkonech

### **2.2 Výzkumné otázky**

**Výzkumná otázka 1:** Jaká je informovanost žen o malých gynekologických výkonech?

**Výzkumná otázka 2:** Jaký způsob informování by ženy ocenily?



## 3 METODIKA VÝZKUMU

### 3.1 Metodika práce, technika výzkumu

Ve výzkumné části bakalářské práce byla využita kvalitativní metoda výzkumu, která pracuje s malým souborem dotazovaných. Pro sběr dat byl využit polostrukturovaný rozhovor.

Na tomto druhu rozhovorů se podílí, jak výzkumník, tak respondent. Výhodou této metody je udržení zaměření rozhovoru, avšak zároveň dovoluje tazateli uplatnit své zkušenosti a vlastní perspektivy ke kladení doplňujících otázek. Také je možné podle aktuální potřeby rozebrat jednotlivé problémy do větší hloubky. Výzkumník má možnost změnit pořadí připravených otázek a vrátit se k nejednoznačně zodpovězeným otázkám (Bártlová, 2005; Farkašová, 2006).

Rozhovory byly realizovány od začátku února do konce března 2014. Rozhovory byly vedeny s ženami, které v posledních třech měsících absolvovaly malý gynekologický výkon. Ženy byly vybrány bez ohledu na výkon, který podstoupily, jelikož druh výkonu není u našeho výzkumu podstatný. Pro výběr dotazovaných žen, byla použita metoda „sněhové koule“. Zapojení do rozhovoru bylo zcela dobrovolné. Ženy byly předem seznámeny s obsahem bakalářské práce, stručnou kostrou otázek v rozhovoru a způsobem zaznamenání dat.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon a posléze doslovně přepsány. Dále byl text segmentován do různých oddílů pomocí barevného rozlišení a následně kódován, tzn., že jednotlivé datové segmenty byly označeny kódem. Při přepisování dat byly použity citace z rozhovorů. Na základě analýzy dat byly stanoveny kategorie a podkategorie výzkumu (Bártlová, 2005).

### **3. 2 Charakteristika výzkumného souboru**

Zkoumaný soubor tvořilo celkem 8 dotazovaných žen ve věku od 20 do 45 let. Ženy byly vybrány bez ohledu na výkon, věk a vzdělání. Rozhovory byly vedeny zcela anonymně s ženami, které v posledních třech měsících podstoupily malý gynekologický výkon.

## 4 VÝSLEDKY

**Objektivní data získaná od respondentek:**

**Tabulka 1: Identifikační údaje:**

OZNAČENÍ RESPONDENTEK	VĚK	VZDĚLÁNÍ	PODSTOUPENÝ VÝKON	ČASOVOST VÝKONU
R1	28	VŠ	Konizace	Plánovaný výkon
R2	27	SŠ vyuč	UPT	Plánovaný výkon
R3	23	SŠ s M	Abraze kondylomat accuminat	Plánovaný výkon
R4	45	SŠ s M	Probatorní kyretáž-PC	Plánovaný výkon
R5	20	SŠ s M	UPT	Plánovaný výkon
R6	27	VŠ	RCUI	Akutní výkon
R7	29	VŠ	RCUI	Akutní výkon
R8	42	SŠ s M	Hysteroskopie+PC	Plánovaný výkon

Tabulka 1 znázorňuje identifikační údaje respondentek. Respondentky jsou ve věku od 20 do 45 let. Respondentky R1, R6, R7 vystudovaly vysokou školu, R3, R4, R5, R8 mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou a R2 vystudovala střední školu s vyučením. První respondentka podstoupila konizaci, R2 a R5 podstoupily UPT, R3 abraze kondylomat accuminat, R4 probatorní kyretáž, R6 a R7 podstoupily instrumentální revizi dutiny děložní a R8 podstoupila hysteroskopii. Všechny

respondentky absolvovaly plánovaný výkon kromě R6 a R7, ty podstoupily akutní výkon.

### **Schéma kategorií a podkategorií:**

V přehledu výsledků výzkumu jsou uvedeny jednotlivé kategorie, podkategorie a jejich názvy, do kterých je výzkum rozdělen.

Kategorie: **Předoperační období**

Podkategorie: **Předchozí zkušenosti s ošetrovatelskou péčí**

**Informace podané v ordinaci obvodního gynekologa**

**Informace podané v nemocnici před výkonem**

Kategorie: **Peroperační období**

Podkategorie: **Přístup ošetřujícího personálu na operačním sále**

Kategorie: **Pooperační období**

Podkategorie: **Subjektivní pocity dotazovaných žen po výkonu**

**Informovanost žen o domácím pooperačním režimu**

**Forma podání informací**

## Výsledky výzkumu

Kategorie: **Předoperační období**

Podkategorie: **Předchozí zkušenosti s ošetrovatelskou péčí**

V této podkategorii jsme sledovali předchozí zkušenosti dotazovaných žen s ošetrovatelskou péčí v nemocničním zařízení. Zajímalo nás, po kolikáté byly respondentky hospitalizovány v nemocnici a kolikrát podstoupily malý gynekologický výkon. Také nás zajímala spokojenost s předešlou hospitalizací.

Šest z osmi dotazovaných žen bylo na malém gynekologickém výkonu poprvé. Pět žen udalo, že bylo hospitalizováno v nemocnici vůbec poprvé. R3 uvedla: *„Nikdy jsem v nemocnici hospitalizovaná nebyla. Takže jsem ze všeho byla taková vyjukaná.“*

Jedna z dotazovaných žen měla záporné zkušenosti s ošetrovatelskou péčí na jiném oddělení nemocnice. R2 uvedla: *„Byla jsem jednou hospitalizována kvůli zánětu slepého střeva. Kdybych to mohla srovnat s tímto zákrokem, na chirurgii mi přišlo, že to tam je na denním pořádku a nikdo se tam s nikým moc nezabývá. Třeba jsem měla jen štěstí na hodné sestry na gynekologii.“*

Dvě zbylé dotazované ženy již na malém gynekologickém výkonu v minulosti byly a s ošetrovatelskou péčí byly spokojeny. R4 uvedla, že kdysi dávno byla hospitalizována kvůli krvácení, ale to se s dnešní jednodenní hospitalizací nedá srovnat. V reakci na toto tvrzení byla položena doplňující otázka: V jakém smyslu? *„Myslím tím, že ráno přijdu a večer jdu domů, dřív jsem tu ležela nejdříve na pozorování a potom mě poslali na výkon a po výkonu jsem na oddělení zase ležela asi dva dny. Je pravda, že tenkrát nebylo tolik toho papírování a všeho možného vyptávání. Ošetřující personál je však dnes profesionální a je fajn být v nemocnici jen dobu nezbytně nutno.“* R8 udala: *„Gynekologických výkonů jsem absolvovala několik. Ať už se jednalo o malý výkon či velkou operaci, přístup ošetřujícího personálu byl vždy vynikající a profesionální.“*

### Podkategorie: **Informace podané v ordinaci obvodního gynekologa**

V této části výzkumu nás zajímala informovanost v ordinaci obvodního gynekologa. Zaměřili jsme se na konkrétní informace podané porodní asistentkou a lékařem. Také nás zajímala spokojenost respondentek s množstvím a formou podaných informací. V této podkategorii jsme mohli pracovat s výpovědí pouze sedmi z dotazovaných žen, jelikož jedna dotazovaná žena nenavštívila pro akutní stav svého obvodního gynekologa.

Z provedených rozhovorů vyplývá, že dvě ženy ze sedmi byly spokojeny s podanými informacemi v ordinaci svého obvodního gynekologa. R2 uvedla: „*Porodní asistentka mi vysvětlila, co mě čeká na oddělení, jak bude probíhat výkon a jak následná pooperační péče. Řekla mi, co si mám vzít sebou do nemocnice a co si nebrat. Gynekolog mi řekl, jak se daný výkon provádí. A jaká jsou rizika výkonu.*“ Dále respondentka uvedla, že všem informacím podaných lékařem rozuměla, jelikož mluvil velice srozumitelně a laicky. R8 uvedla: „*Porodní asistentka si mě po rozhovoru s lékařem vzala stranou a připomněla mi, že nemám od půlnoci před výkonem jíst a kouřit. Jelikož jsem už věděla, co si sebou vzít ani mi to nemusela říkat. Myslím si ale, že když jsem šla na první malý výkon, řekla mi, co si s sebou vzít. Potom mi dala žádanky a řekla, kdy mám přijít na kontrolu. Lékař mi vysvětlil, proč musím absolvovat daný výkon, jak se daný výkon provádí a jak budeme postupovat v další léčbě.*“ I tato respondentka uvedla, že přístup lékaře byl velice profesionální a že všem informacím z jeho strany rozuměla.

Šest dotazovaných žen nebylo spokojeno s podanými informacemi v ordinaci svého obvodního gynekologa. R1 uvedla: „*Porodní asistentka mi nevysvětlila téměř nic, řešila pouze administrativní úkony. Dala mi žádanky a řekla, kam a v kolik si mám dojít na odběr krve. Paní doktorka mi vysvětlila, co se bude dít jen velice stručně. A poté jsme se bavily, jaké mám šance na další otěhotnění. Ptát jsem se ale mohla na cokoli.*“ R3 uvedla: „*Porodní asistentka mi nevysvětlila skoro nic. Nikdy jsem v nemocnici nebyla a vůbec jsem neměla tušení, co se bude dít a co to vlastně jednodenní výkon je. Byla taková nevšimavá, ani se na mě nepodívala, abych se náhodou na něco nezeptala.*“

*Celou dobu koukala do počítače a psala něco do papírů. Gynekolog mi vysvětlil, co to je jednodenní výkon, jinak bych si to asi musela zjistit na internetu. Poté mi řekl, jak se daný výkon provádí a jaká jsou rizika výkonu. Moc jsem tomu nerozuměla, jediné, co mi utkvělo v paměti je, že mi to nějakým očkem odpálí od kůže. Musím říct, že to mě dost vyděsilo a potom jsem už radši nic vědět nechtěla.“ R4 uvedla: „Porodní asistentka mi neřekla skoro nic, vlastně všechno, co považoval za důležité, mi řekl lékař. Porodní asistentka mi řekla, že tam mám jít v pondělí na sedmou s žádostí a že o mě ví, toť vše. V ordinaci jsem si myslela, že mám všechny potřebné informace, když jsem však přišla domů a začala se balit, zjistila jsem, že vůbec nevím, co si mám sebou vzít a jak mi po zákroku bude. Jestli budu schopna se postarat o rodinu, jestli si musím vzít volno v práci. Lékař mi řekl, jak bude zákrok probíhat, proč se výkon provádí a co se bude dít, když vyjde takový, či takový výsledek.“ Na otázku, jestli dal lékař repondentce prostor pro kladení otázek. Odpověděla, že ano, byl velice ochotný. R5 uvedla: „Porodní asistentka mi v ordinaci vlastně nic moc neřekla, akorát že nemám od půlnoci před výkonem jíst, pít a nekouřit. Také mi řekla, že během odpoledne budu propuštěna, ale jak přesně to bude probíhat, mi nikdo neřekl. To mi trochu vadilo. Vůbec jsem třeba nevěděla, že musím mít odlakované nehty a nesmím mít piercing. To mi řekla porodní asistentka až v nemocnici, kdy mi dala odlakovač a řekla, že si mám odlakovat nehty. Lékař mi řekl, co se mnou budou dělat na operačním sále. Mluvil stručně a laicky, tak abych všechno pochopila a na konci rozhovoru se mě zeptal, jestli nemám nějaké otázky. Mě zajímalo, jestli do budoucna není nějaké omezení, z hlediska dalšího těhotenství. A lékař mě uklidnil, pokud proběhne výkon standardně, nemělo by dalšímu těhotenství stát nic v cestě.“ R6 uvedla: „V ordinaci obvodního gynekologa mi od porodní asistentky nebylo vysvětleno skoro nic, porodní asistentka zde nebyla příliš příjemná a dokonce mě i vzhledem k značným bolestem a krvácení nechala téměř hodinu sedět v čekárně. To i přesto, že jsem byla s lékařkou telefonicky domluvená, že mě ihned vezme na řadu. Informace mi podávala pouze lékařka. Ta mi vysvětlila, že se jedná v podstatě o malý rutinní zákrok, snažila se mě uklidnit. Více informací jsem si až později vyčetla na internetu. V čem bude zákrok přesně spočívat, jsem se nedozvěděla nebo si to nepamatuji. Lékařka mi dokonce navrhla, ať podepišu revers a jedu po*

*zákroku domů, kde budu ve větší psychické pohodě. To se ale v nemocnici ukázalo jako nereálné.“*

#### **Podkategorie: Informace podané v nemocnici před výkonem**

V této podkategorii jsme zkoumali množství a formu informací poddaných v nemocnici před výkonem, lékařem a porodní asistentkou. Otázky na respondentky směřovaly na porozumění a množství podaných informací ze strany ošetřujícího personálu.

Z rozhovorů vyplývá, že pět žen bylo spokojeno s podáním informací porodní asistentkou při příjmu na gynekologické oddělení. R1 uvedla: *„Přišla jsem na ambulanci, tam jsem předala žádanky a potom si mě sestra zavolala, změřila mi tlak a dala informovaný souhlas a ještě asi souhlas s hospitalizací. Informovaný souhlas byl velice rozsáhlý, ale srozumitelný. Dostala jsem dostatek času na prostudování. Lékař si mě pozval též v předvečer zákroku a měla jsem možnost se i ptát. Na oddělení jsem porodní asistentce porozuměla velmi dobře, asistentka byla perfektní, lidská a velice empatická. Na pokoji jsme byly tři, všechny čekající na stejný výkon a proto nám paní asistentka v předvečer zákroku udělala takovou malou přednášku. Vysvětlila nám, jak bude celý následující den probíhat.“* Dále respondentka uvedla, že prostor pro kladení otázek dostala. Porodní asistentka dokázala situaci i vtipně odlehčit. Respondentce se toto odlehčení zamlouvalo, jelikož byla dost vystrašená. R2 uvedla: *„Porodní asistentka z ambulance mi dala k přečtení informované souhlasy a potom si mě zavolal gynekolog. Žádné další otázky jsem neměla, všechno jsem vlastně věděla, rizika byla znovu popsána v informovaném souhlasu a i mi je řekl gynekolog. Mohla jsem se zeptat na cokoli, jak gynekologa na ambulanci při příjmu, tak mého gynekologa. Oba byli hodní a klidně mi něco i vícekrát zopakovali. Porodní asistentka na oddělení mluvila srozumitelně, věcně. Když jsem něčemu nerozuměla i opakovaně mi na otázky odpověděla. Byla velice vstřícná a empatická, jelikož jsem byla na tom psychicky dost špatně. Dokonce mě překvapila, když mě při předávání na operační sál chytila za ruku a řekla, že bude vše dobrý, ať se nebojím, že si mě tu zase vyzvedne.“* Dodala



respondentka s úsměvem. R3 uvedla: „*Sestra si mě zavolala, vzala si ode mě žádanky a potom mi dala do ruky informované souhlasy, že si je mám na chodbě přečíst a potom podepsat. Potom si mě zavolal gynekolog na vyšetření a ještě se mnou všechno prošel, jestli nemám nějaké otázky a zda všemu rozumím. Na oddělení jsem tak nějak pochopila, jak to tu bude probíhat, ale přesto jsem byla hrozně nesvá a přiznávám, že jsem se dost bála. Porodní asistentka byla hodná, viděla na mě, že se bojím a tak se ke mně chovala moc hezky. Když viděla, že si něčím nejsem jistá, ještě jednou mi to zopakovala a potom se zeptala, jestli tomu takto rozumím a samozřejmě se mě zeptala, jestli nemám nějaké otázky a na všechny mi odpověděla.*“ R5 uvedla, že při příjmu dostala od porodní asistentky informované souhlasy, které si měla přečíst a podepsat. Na otázku, zda měla nějaké otázky ohledně souhlasů, odpověděla, že ano. Všechny otázky jí poté zodpověděl lékař na ambulanci. A na doplňující otázku, jestli rozuměla všemu, co jí lékař řekl, odpověděla: „*Byl sice stručný, ale zodpověděl mi všechno, co jsem chtěla vědět. Na oddělení byl docela frmol, tak to porodní asistentka na mě všechno chrlila. Někdy jsem si ani nebyla jistá, co po mě opravdu chce. Možná kdyby tam nebylo tak rušno, byla by se mi více věnovala. Ale snažila se mi to, co nejvíce ulehčit a být empatická. Na konci rozhovoru mi dala prostor pro otázky, a kdyby cokoli, že se můžu kdykoliv zeptat.*“ R7 uvedla: „*Jelikož jsem přijela přímo z domova a bylo už k večeru, tak na ambulanci nikdo nebyl. Porodní asistentka mě hned vzala na řadu a sepsala se mnou nějaké papíry. Potom docela trvalo, než přišel někdo z lékařů. Gynekolog mě vyšetřil a řekl mi, že bude potřeba provést revizi dutiny děložní. Vysvětlil mi, že je to výkon v celkové, krátkodobé anestézii a že potom zřejmě strávím noc na oddělení a ráno budu moct podle situace domů. Všechno mi bylo srozumitelné, akorát jsem se musela zeptat, jestli má výkon nějaká rizika. Lékař mi je řekl a potom mě odkázal na informovaný souhlas, že tam jsou všechny rizika ještě popsána. Porodní asistentka na oddělení byla velice milá, nejdříve mě vzala převléct do nemocničního anděla a potom mi odebrala krev, současně s tím mi říkala, proč to dělá. Celou dobu mluvila moc hezky, tak nějak tlumeně. Víím, že jsem si toho všimla a bylo to i uklidňující.*“ Na doplňující otázku, zda porozuměla všemu, co jí porodní asistentka říkala. Odpověděla, že ano a nabídla jí i prostor pro kladení otázek.

Tři ženy s podanými informacemi spokojeny nebyly. R4 uvedla: „*Porodní asistentka na oddělení byla dost stručná, bylo vidět, že má hodně práce. Takže to na mě chrlila a moc jí nezajímalo, že to vůbec nepobírám. A potom jsem ještě dostala vynadáno, že nemám sundané kalhotky. V tu chvíli mi to připadalo jako úplná absurdita. Myslím, že se zase tak moc nestalo. Prostě jsem je nechala v té posteli, co jsem byla přivezena na operační sál.*“ Dále respondentka uvedla, že žádné doplňující otázky neměla, jelikož sotva dokázala vstřebat všechny přijaté informace od porodní asistentky. R6 uvedla: „*Porodní asistentka v nemocnici zde byla pouze v roli administrativní pracovnice. Měla jsem podepsat informované souhlasy a potom si počkat na lékaře. Bylo to bráno jako rutinní záležitost. Lékař přišel vzápětí, řekl asi dvě věty a zase někam odešel. Poté jsem se na nic neptala, celá situace pro mě byla dost emocionálně náročná a nebyla jsem příliš schopna dotazů. Vzali mě přednostně před ostatními ženami, takže příchod na oddělení byl ve spěchu. Porodní asistentka se mi snažila co nejrychleji říct, co mám udělat a jak bude hospitalizace probíhat. Že se mám svléci a dojít si na toaletu, potom mi přinesla nějaké léky. To si nevzpomínám, co za léky to bylo. Byla empatická a snažila se, abych přišla na jiné myšlenky než na ztrátu dítěte.*“ R8 uvedla: „*Tentokrát tam bylo hodně rušno, nestíhala jsem přijet ráno na sedmou a tak už na ambulanci bylo hodně žen přede mnou a musela jsem dlouho čekat. Poté mi sestra dala k podepsání souhlas s výkonem a souhlas s hospitalizací. Následně si mě pozval lékař, ten se mě zeptal, jestli nemám nějaké otázky a už jsem byla poslána na oddělení. Vzhledem k frmolu, který byl na oddělení, bylo informování tentokrát hodně rychlé. Pamatuji si jen, že jsem asi tři hodiny čekala, až přijdu na řadu a nikdo si mě tam skoro nevšímal. To bylo dost nepříjemné. Akorát asi sanitárka mi říkala, že mají zřejmě pauzu na oběd a potom, že už to určitě bude.*“

Kategorie: **Peroperační období**

Podkategorie: **Přístup ošetřujícího personálu na operačním sále**

V této části výzkumu jsme se zaměřili na profesionální přístup ošetřujícího personálu na operačním sále. Hodnotili jsme také podané informace a přístup vůči respondentce.

Z rozhovorů vedených s ženami po malém gynekologickém výkonu vyplývá, že sedm z osmi žen hodnotí kladně ošetřovatelskou péči a informace podané na operačním sále. R1 uvedla: *„Na operační sál mě přivezla porodní asistentka z oddělení a potom si mě tam převzala sestra z operačního sálu. Zeptala se mě, jak se jmenuji, jestli nemám nějaké alergie a potom jsem tam asi deset minut ležela na nějaké chodbě. Poté mě převezli na sálek, tam jsem si převezla na operační stůl. Byla tam paní doktorka z ARA, ta se mi představila a řekla mi, co se bude dít z hlediska usnutí a potom jsem už spala a pamatuji si až, jak jsem se vzbudila na pokoji, kde ležely asi 4 další pacientky.“* R2 uvedla: *„Vím, že si mě tam převzala jiná sestra, vzala si papíry a zeptala se mě, jak se jmenuji. Potom si ještě pamatuji doktora, zřejmě z ARA, který se mě ptal na alergie a jestli jsem již byla v anestézii a jak jsem jí snášela. Dále si pamatuji až, když jsem byla převážena zpátky na oddělení.“* R3 uvedla: *„Musím říct, že jsem byla hodně nervózní, takže si pamatuji jen anesteziologa, který se mi představil, ale jak se jmenuje, si nepamatuji. A potom už nic nevím, jen jak jsem se probudila na pokoji s jinými ženami.“* R4 uvedla: *„Z operačního sálu si moc nepamatuji, vím, že mě tam porodní asistentka z oddělení odvezla a tam si mě převzala jiná sestřička. Ta byla moc milá, představila se mi a řekla, co se teď bude dít. Potom mě převezli na sálek.“* Dále respondentka uvedla, že si pamatuje někoho, kdo se jí ptal na jméno a alergie, ale kdo to byl, to prý neví. R6 uvedla: *„Přivezla mě porodní asistentka z oddělení a předala mě jiné sestře na operačním sále. Ta se mě zeptala, jak se jmenuji a jestli nemám nějaké alergie. Snažila se mě uklidnit, asi na mě viděla, že jsem nervózní. Potom si pamatuji až, jak jsem se vzbudila na pokoji.“* R7 uvedla: *„Pamatuji si, že tam byla moc hodná sestra. Ptala se mě, jak se jmenuji, jestli nemám nějaké alergie. Potom mi řekla, kdo bude výkon provádět a potom přišel anesteziologický lékař. Ten se mě opět ptal na*

*alergie, a jestli jsem už byla v narkóze a jak jsem to snášela. Přístup byl profesionální. Potom si ještě pamatuji, že mi nějaká sestra napíchla kanylu a pak už jsem usínala.“* R8 uvedla: *„Na operačním sále znám sálovou sestru a zrovna sloužila, tak mi řekla, jak se jmenuje anesteziologický lékař a kdo bude výkon provádět. To mě dost uklidnilo.“*

Jedna z žen si nic z operačního sálu nepamatuje. R5 uvedla: *„Z výkonu si skoro nic nepamatuji, byla jsem dost unavená a tak jsem asi ani pořádně nevnímala, co se se mnou děje.“*

**Kategorie: Pooperační období**

**Podkategorie: Subjektivní pocity dotazovaných žen po výkonu**

V této položené otázce nás zajímalo, jak se choval ošetřující personál vůči respondentkám po výkonu a jak se cítili po somatické stránce. Také nás zajímaly, různé zajímavé postřehy ze strany respondentek.

R1 uvedla: *„Po výkonu jsem se cítila všelijak, najednou se toho na mě hrozně nahromadilo a nějak jsem nevěděla, co s tím. Trochu mě to bolelo, tak jsem byla i taková nepříjemná. Bohužel to poznala i asistentka, která mě po výkonu chodila kontrolovat. Ptala se mě, jestli mě to bolí a já jsem jí v tu chvíli nějak nedokázala odpovědět a potom už na mě byla nepříjemná celou dobu. Přitom si myslím, že takový stav tam nemůže být nijak ojedinělý. Za ty dvě hodiny jsem si odpočinula, psychicky a myslím, že i fyzicky.“* R2 uvedla: *„Po tělesné stránce jsem se cítila unavená, slabá. Po stránce psychické prázdná a možná i trochu beznadějná. Na pokoji po výkonu s námi byla ta samá porodní asistentka, která mě vezla na operační sál. I když pořád někam odbíhala, pokaždé se na mě usmála a zeptala se, jestli je všechno v pořádku. To, musím na rovinu říct, bylo moc milé.“* R3 uvedla: *„Byla jsem dost unavená a chtělo se mi spát. Také se mi chtělo brečet, ani nevím proč, možná že mě to bolelo nebo protože mě nemocnice vždycky děsily. Ted' už opravdu nevím, poté jsem usnula, a když jsem se probudila, vím, že už to bylo dobré.“* R4 uvedla: *„Ani nevím, pořád jsem tak nějak pospávala až do chvíle než mě porodní asistentka donutila vstát z postele a dojít si do sprchy.“* R5 uvedla: *„Abych popravdě řekla, najednou jsem si říkala, že jsem hloupá.*

*Pozorovala jsem na pokoji ostatní ženy a říkala si, že všechny jsou tu kvůli nějakému onemocnění, či problému. A já jsem tak sobecká. Mamka mi říkala, že se o to dítě postaráme, ale já ho prostě nechtěla. Dále respondentka uvedla, že důvod jejího rozhodnutí matce říct nemohla. Bojí se, že to nikdy nepochopí. Poté jsme se zajímali o fyzickou stránku po výkonu. Na to respondentka odpověděla, že se cítila unavená a rozbolavělá a bolela jí hlava. R6 uvedla: „Na pokoji, kam jsem byla převezena z operačního sálu, mi velice pomohly dvě porodní asistentky-studentky, které se mnou strávily dobu asi 2 hodin po výkonu. Díky nim jsem bezprostředně po výkonu prožívala lepší psychický stav, než kdybych byla na pokoji sama. Byly moc hodné, viděly, že si chci povídat, tak si se mnou skoro celé dvě hodiny povídaly. Moc mi to pomohlo, aspoň jsem nemyslela na ošklivé věci.“ R7 uvedla: „Cítila jsem se prázdná, a to myslím jak po fyzické stránce, tak po psychické stránce. Jelikož to byl můj druhý spontánní potrat, bylo mi na nic.“ R8 uvedla: „Vždycky celé ty dvě hodiny na pokoji prospím. I když to nebyl můj první výkon, vždycky jdu do nemocnice s nervozitou, protože člověk nikdy neví, co se může stát a jaké komplikace se mohou přihodit. Tak jsem potom asi z toho stresu dost unavená. Když jsem byla na svém prvním výkonu, asi před dvěma lety, dokonce jsem při vstávání omdlela.“*

#### **Podkategorie: Informovanost dotazovaných žen o domácím pooperačním režimu**

V této podkategorii jsme se zaměřili na formu a množství podaných informací před propuštěním domů. Zajímalo nás, zda respondentkám forma podání informací vyhovovala, jestli dostaly prostor pro jejich dotazy a zda jim bylo všechno srozumitelné.

Z výsledků rozhovorů plyne, že 4 ženy byly dostatečně informované o domácím pooperačním režimu. R3 uvedla: „Lékařka mi vysvětlila, co daný výkon znamená pro můj další život, zjistila jsem, že se vlastně skoro nic nemění. Akorát budu muset častěji chodit na kontroly ke gynekologovi. Poté mi vysvětlila, že teď asi do dalších měsíců nebudu moct s nikým spát a i potom, že si mám dávat pozor na pohlavně přenosné choroby a zopakovala mi, jak se před nimi chránit. Lékařka mluvila velice srozumitelně,

*takže jsem všemu rozuměla.“ R5 uvedla: „Porodní asistentka mě informovala o dodržování sexuální abstinence, minimálně do dalších měsíčků, z důvodu vzniku možné infekce. A abych se moc nepřepínala a spíše odpočívala. A po šestinedělí, že se mám přijít ukázat ke svému gynekologovi. Porodní asistentka mluvila velice srozumitelně, takže jsem všemu rozuměla. Potom se mě zeptala, jestli nemám nějaké otázky. A kdybych něco potřebovala, že klidně můžu zavolat na ambulanci, že mi tam poradí.“ R6 uvedla: „Byla jsem informována, že mám dodržovat šestinedělí, krátce bylo shrnuto, v čem to spočívá. Mohla jsem se i na cokoliv zeptat, porodní asistentka byla velice ochotná a milá.“ R8 uvedla: „Porodní asistentka mi vysvětlila vše při propuštění, jelikož to nebyl můj první výkon. Tak mi jen připomněla, že se mám šetřit a dodržovat šestinedělí a potom se dostavit ke svému gynekologovi na kontrolu.“ Dále respondentka udala, že všem informacím ze strany porodní asistentky rozuměla.*

Čtyři dotazované ženy spokojeny nebyly s množstvím informací podaných porodní asistentkou při propuštění. R1 uvedla: *„O pooperačním režimu mě asistentka neinformovala, pouze odkázala na již zmiňovaný informovaný souhlas, kde bylo v příloze vše uvedeno. Abych řekla pravdu, uvítala bych, kdyby mi to možná nejdříve řekla a potom dala třeba nějaký leták, protože informovaný souhlas jsem domů nedostala.“* R2 uvedla: *„Porodní asistentka mi řekla, že se mám šetřit a nikde nenastydnout. A že mám dodržovat šestinedělí. To musím říct, že jsem v první chvíli nevěděla, co tím myslí, když děti ještě nemám. Tak jsem se zeptala a ona mi to sice ne moc ochotně vysvětlila. Připomínám, že to byla jiná sestra, než ta, co mě odvážela na operační sál. Tenkrát mi přišlo, že mám informací dostatek, ale když jsem přišla domů, stejně jsem si skoro nic nepamatovala a musela jsem se kouknout na internet.“* R4 uvedla: *„Jelikož na mě porodní asistentka stále neměla moc času, tak mi akorát řekla, že mám dodržovat šestinedělí a potom jít na kontrolu ke svému gynekologovi.“* Dále respondentka uvedla, že jí před odchodem domů bylo jedno, že nemá dostatek informací. Chtěla být už doma. R7 uvedla: *„Bohužel o pooperačním režimu jsem informována skoro nebyla. Jediné co mi při odchodu porodní asistentka vysvětlila, bylo, že mám dodržovat šestinedělí. Přišlo mi dost divné, že jsem podstoupila výkon v celkové*

*narkóze a jediné, co musím je dodržovat šestinedělí. Navíc, pod pojmem šestinedělí si představí každý asi něco jiného.“*

#### Podkategorie: **Forma podání informací**

V této výzkumné části jsme se zaměřili zejména na formu podaných informací. Zajímalo nás také, zda musely respondentky čerpat i z jiných informačních zdrojů a jakou formu podání informací upřednostňují.

Z rozhovorů vyplývá, že čtyři ženy z osmi upřednostňují ústní formu podání informací. R1 uvedla: *„Vyhovoval mi rozhovor s gynekoložkou u ní v ordinaci, bylo vidět, že ví, o čem mluví. A to musím říct, že mě dost uklidnilo. Také jsem se ptala na zkušenosti svých známých, ale spíše ohledně rekonvalescence. Internet jsem použila jen krátce, rychle jsem tuto formu získávání informací zavrhla. Upřednostňuji stručně vysvětlit, co pacienta čeká před, během a po zákroku. Zbytečně nezabíhat do situací typu: „coby-kdyby“. Někdy to na psychice nepříspěvá. Citlivě informovat o rizicích.“* R3 uvedla: *„Forma podání informací v nemocnici byla v pořádku, všemu jsem rozuměla. Co se týče informací před výkonem u gynekologa, vlastně mi neřekli skoro nic. Musela jsem se zeptat kamarádky, co už byla na gynekologickém výkonu, jak to probíhá. A potom samozřejmě internet. Upřednostňuji pěkně v klidu všechno vysvětlit a třeba i vícekrát zopakovat.“* R6 uvedla: *„Teprve po zákroku jsem se dozvěděla o rizicích, která může daný výkon způsobit do budoucna, to jsem nikde nevyčetla. Další informace jsem našla na internetu a byly mi též potvrzeny přáteli. Nejlepší je pro mě osobní rozhovor, pro pacienta by rozhodně bylo příjemnější, kdyby bylo na zdravotnickém personálu patrné, že pacient není jen další položkou v počítačovém systému. Bylo by také dobré, kdyby se mnou bylo krok po kroku probráno, jak se celý zákrok i následná péče budou odehrávat.“* R8 uvedla: *„Výhrady k formě podání informací asi žádné nemám. Informace jsem vždy dostala všechny, co jsem potřebovala vědět. K informovanosti jsem dále použila internet, kde jsem si případně našla vše potřebné, ale zároveň se tam člověk dozví i to, co by možná vědět ani nemusel. Přijde mi, že tam je vždycky napsáno, jen to nejhorší, co se může stát. Přednost dávám ústní*

*formě podání informací, protože se mohu kdykoliv na cokoliv zeptat a personál mi vždy vyšel vstříc.“*

Dvě ženy z osmi uvádějí, že jim vyhovuje si informace přečíst. R4 uvedla: *„Vyhovovala mi forma informovaného souhlasu, kde je celkem přehledně všechno napsáno. Samozřejmě bych ocenila i slovní poučení a rady. Ale když by chtěla být sestra, či porodní asistentka nepříjemná, ať mi radši nic neříká. Dále jsem využila internet a zeptala jsem se kamarádky, která na výkonu již byla. Nejvíce mi vyhovoval informovaný souhlas, bylo tam všechno pěkně a stručně popsáno. Asi by se mi líbilo nějaké shrnutí i s tím, co si vzít sebou do nemocnice, jak to bude probíhat i s příjmem, zákrokem a následně na pokoji, kde se žena vzbudí.“* R5 uvedla: *„Co se týče informací o výkonu, to jsem si všechno přečetla na informovaném souhlasu, ale myslím, že bych ocenila i něco o tom, co si vzít sebou do nemocnice, že mám být oholená, bez laku na nehtech atd.“* Ještě jsem využila zkušenosti kamarádky, která byla na stejném výkonu. *Ale spíš jsem se jí ptala na psychickou stránku věci. A potom samozřejmě internet, zajímali mě zkušenosti jiných žen s UPT. Určitě dávám přednost informovanému souhlasu, je to takový souhrn toho všeho okolo výkonu.“*

Dvě ženy uvádějí, že jim vyhovuje písemná i ústní forma sdělení informací. R2 uvedla: *„Myslím, že forma podání informací, byla dobrá. Vyhovuje mi si něco v klidu přečíst a potom to ještě slyšet jinými slovy a moci se ptát.“* Dále respondentka uvádí, že využila internet, jako zdroj získání informací od jiných žen. R7 uvedla: *„O tuto problematiku už jsem se dříve zajímala, protože kamarádka také samovolně potratila. Informace jsem hledala na internetu, kde je tedy musím říct i spoustu nepravdivých věcí. Proto jsem si zapůjčila i odbornou literaturu. Spíše literaturu pro laiky. Upřednostňuji informace podané osobně, případně s písemným doplňkem důležitých informací. Přejde mi to přehledné, a když pacientka něco neví, může jí ošetřující personál ledacos vysvětlit.“*



## 5 DISKUZE

Malé gynekologické výkony jsou takové výkony, po kterých obvykle mohou pacientky do 12 až 24 hodin po výkonu odejít do domácí péče. Přínosy ambulantních zákroků jsou následující: zmírnění rizika vzniku nozokomiálních nákaz, lepší psychický stav pacientek a v neposlední řadě i nižší náklady na hospitalizaci (Czudek, 2009; Henková, 2008).

Před samotným výkonem je důležité, aby pacientka byla klidná a psychicky připravená na výkon. Měla by mít podepsané všechny potřebné souhlasy k operaci, být informována o průběhu předoperační péče, následném výkonu, pooperační rekonvalescenci a samozřejmě i o možných rizicích. Porodní asistentka se snaží pacientku ubezpečit a poskytnout jí pocit, že je tu jen pro ni. S tím souvisí i udržování očního kontaktu a vyčlenění si dostatečného množství času na rozhovor s pacientkou na klidném místě. Výsledkem důsledného rozhovoru porodní asistentky s pacientkou je klidná a psychicky připravená pacientka na výkon (Kapounová, 2007; Repková, 2006).

Cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost žen o malých gynekologických výkonech. Byly položeny dvě výzkumné otázky: Jaká je informovanost žen o malých gynekologických výkonech? Jaký způsob informování by ženy ocenily? V úvodní části výzkumu jsme sledovali objektivní informace o respondentkách, jako jsou věk, vzdělání, druh podstoupeného výkonu a časovost výkonu. Respondentky jsou ve věku od 20 do 45 let, vybrány byly náhodně, jejich věk není ve výzkumu důležitý. Tři respondentky mají nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, čtyři respondentky středoškolské s maturitou. Jedna z respondentek má nejvyšší dosažené vzdělání vyučení v oboru. V úvodu výzkumné části práce jsme se zabývali předoperační péčí, zaměřili jsme se na předchozí zkušenosti respondentek s ošetrovatelskou péčí a na to, zda ovlivnila nynější hospitalizaci. Zajímalo nás, po kolikáté byly respondentky hospitalizovány v nemocnici a zda podstoupily malý gynekologický výkon. Také nás zajímala spokojenost s ošetrovatelskou péčí předchozí hospitalizace. Šest dotazovaných žen bylo na malém gynekologickém výkonu poprvé. Respondentky R1, R3, R5, R6, R7

udaly, že byly hospitalizovány v nemocnici vůbec poprvé. Tyto respondentky uvedly, že nemají žádné zkušenosti s hospitalizací či péčí. Všechno pro ně bylo nové. Jedna respondentka již hospitalizaci podstoupila, ale na jiném oddělení. S předchozí ošetrovatelskou péčí moc spokojená nebyla, uvedla: *„připadala jsem si jako stroj a ne lidská bytost.“* Dle Tóthové (2009) pracuje ošetrovatelský proces s individuálními potřebami pacientky, na rozdíl od předchozího biomedicínského modelu, který byl rutinní. V dnešní době, kdy se velice dbá na individualitu každého jedince, je třeba přihlídnout k těmto jedinečnostem i v ošetrovatelském procesu. Dle mého názoru je důležitým úkolem dobré porodní asistentky celoživotní vzdělávání, získávání nových poznatků a zkušeností, tak je totiž také možné předejít rutinně a stereotypu. Respondentky R8 a R4 již na malém gynekologickém výkonu byly a s ošetrovatelskou péčí byly spokojeny. Jedna z respondentek udala: *„Absolvovala jsem několik gynekologických výkonů a přístup ošetřujícího personálu byl vždy vynikající a profesionální.“* Dle mého názoru záleží na tom, jaké má pacientka zkušenosti s předchozí péčí. Pokud žena přijde do nemocnice se záporným vztahem k nemocničnímu zařízení, bude se nám těžko dokazovat opak. Avšak i když má žena záporné zkušenosti, nemělo by to nic měnit na našem profesionálním i lidském přístupu. Jak tvrdí Plevová (2011) pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Dále nás zajímaly informace podané v ordinaci obvodního gynekologa. Zajímalo nás jejich množství, druh, kvalita, způsob podání informací. Z výsledků vyplývá, že respondentky R2 a R8 byly spokojeny s informacemi získanými v ordinaci obvodního gynekologa. Oběma respondentkám byly podány všechny potřebné informace jak od lékaře, tak od porodní asistentky. Oběma respondentkám byl též dán prostor pro jejich otázky a všechny jim byly také zodpovězeny. Respondentky se shodují, že jim porodní asistentka vysvětlila, co je čeká na oddělení, jak bude výkon a následná péče probíhat. Také jim porodní asistentka připomněla, že nesmí od půlnoci před výkonem jíst, pít a kouřit. Ocenily také, že jim bylo řečeno, co si s sebou vzít do nemocnice. Zbylých šest respondentek nebylo s informacemi podanými v ordinaci obvodního gynekologa spokojeno. Většinou nebyly respondentky spokojeny s informacemi od porodních

asistentek, zřejmě vzhledem k tomu, že porodní asistentky by je měly informovat o praktických věcech: co si vzít sebou do nemocnice, od kdy nejíst a nepít, kam si dojet na odběry krve atd. Respondentky R1, R3, R4 samy uvedly, že jim porodní asistentka neřekla „skoro nic“. Jedna z respondentek odpověděla, že si myslela, že má informací dostatek. Avšak po příchodu domů zjistila, že vůbec neví, co si s sebou do nemocnice vzít. To by se dalo vyřešit buď důkladnější edukací pacientek, či nějakým informačním letákem, kde by byly všechny důležité informace vypsané. R5 si stěžovala, že nevěděla, že má mít odlakované nehty. S množstvím i formou informací od obvodního gynekologa většinou spokojeny byly. Téměř všechny dostaly od obvodního gynekologa prostor pro dotazy.

Dále jsme se zabývali informacemi podanými v nemocnici před výkonem. Zajímalo nás množství, způsob, srozumitelnost podaných informací. Z výsledků výzkumu vyplývá, že pět respondentek bylo spokojeno s podanými informacemi. Tři respondentky udaly, že porodní asistentka byla velice empatická. Vágnerová (2010) uvádí: „*Empatie je schopnost vžít se v rámci bezprostřední komunikace s druhým člověkem do jeho duševního stavu.*“ Pomocí empatie lze vycítit a pochopit prožitek, potřeby a postoje, které není snadné vyjádřit verbálně (Vágnerová, 2010). Myslím si, že empatie, pochopení, milé slovo a třeba i jen úsměv jsou ve chvílích, kdy jsme vystrašení, bojíme se, možná to jediné, čemu věříme a co nás uklidní. Jedné respondentce se líbilo, že porodní asistentka mluvila tlumeným hlasem, což ji prý uklidňovalo. Další respondentka s nadšením udala, že ji porodní asistentka empaticky chytla za ruku a řekla jí, ať se nebojí, že si ji na operačním sále zase vyzvedne. Kontakt dotykem je pro lidského jedince velmi důležitý. Pokorná (2006) zmiňuje význam dotyku jako vyjádření pozitivní emoce, podpory, účasti či náklonnosti.

Peroperační péče a přístup personálu na operačním sále nás zajímal z hlediska přístupu a odborného chování k pacientkám. Sledovali jsme informace podané za strany zdravotníků, otázky položené respondentkám a jejich subjektivní pocity z prostředí operačního sálu. Z výsledků vyplynulo, že respondentky hodnotí přístup ošetřujícího personálu na operačním sále velice kladně. Cení si především představení se, což by mělo patřit k profesionálnímu chování každého lékaře, a informací o následné péči

z hlediska usnutí a výkonu. Dle Plevové (2011) k vytvoření bezpečné a důvěryhodné atmosféry by měl rozhovor začínat pozdravem a oslovením, dále představením sebe, své pozice a podáním ruky, pokud se jedná o první setkání.

Další problematikou, již jsme se zabývali, bylo pooperační období a subjektivní pocity dotazovaných žen po výkonu. Snažili jsme se zjistit, jak respondentky vnímaly pooperační bolest, čeho si všímaly, co jim bylo nepříjemné, jak se chovaly porodní asistentky. Respondentka R5 udala, že byla po výkonu „rozbolavělá“. Většina respondentek udala, že byly unavené a skoro celé dvě hodiny prospaly. Po prospání se prý cítily lépe, jak po stránce psychické, tak fyzické. Jedna z respondentek si velice chválila přítomnost studentek porodních asistentek, po celou dobu si s respondentkou povídaly a tím jí moc pomohly. R2 se líbilo a připadlo jí milé, že se na ni porodní asistentka usmívala. Kristová (2004) uvádí, že autentický a nenucený úsměv je vnímán jako posilující a povzbuzující.

Dále jsme sledovali informovanost respondentek o domácím pooperačním režimu. Zaměřili jsme se zejména na informace podané při propuštění, na jejich srozumitelnost, množství, spokojenost respondentek. Z výsledků výzkumu vyplývá, že polovina žen byla spokojena s informacemi podanými při propuštění. Respondentky kladně hodnotí zejména osobní přístup a vstřícnost. Dle Pokorné (2006) je důležitým etickým aspektem k navázání dobrého vztahu s pacientkou: pravdomluvnost, mlčenlivost, věrnost, poctivost, důvěryhodnost. Důvěryhodný zdravotník používá kvalitní komunikaci, do které patří: spolehlivé informace, srozumitelnost, vstřícnost a takt (Plevová, 2011). Respondentka R5 udala, že jí bylo doporučeno v případě potřeby zavolat na ambulanci oddělení, že jí určitě někdo pomůže. Vesměs všem respondentkám bylo doporučeno dodržovat šestinedělí, být v klidu, nepřepínat se, neprochladnout. Čtyři respondentky spokojené s péčí a podanými informacemi nebyly. Respondentkám se nelíbilo, a zároveň jim přišlo neprofesionální, že na ně porodní asistentka neměla moc času, byla neochotná, či že je odkázala, aby si to přečetly v informovaném souhlasu. R4 udala, že si nepamatuje skoro nic z toho, co jí porodní asistentka při propuštění říkala. Dle Šulistové (2012) musí porodní asistentka v psychologicko-komunikačním přístupu učení předložit pacientce jen ty nejdůležitější informace. To umožní pacientce utvořit si

určitou úroveň bezpečí a jistoty, takže bude schopna se orientovat v tom, co se od ní požaduje. Při zklidnění a snížení strachu a obav pacientky dochází k racionálnímu myšlení, uvažování a to vede k tvorbě otázek. Další pacientka uvedla, že se po příchodu domů musela podívat na internet, aby zjistila nějaké informace. Dle zkušeností s různými internetovými chaty, weby a dalšími stránkami typu: „Mám problém“ je na těchto stránkách mnoho informací. Ale mnohdy se jedná o informace nepravdivé, nepřesné, či možná i lživé.

V poslední části výzkumu jsme se zaměřili na formu podání informací. Hledali jsme takovou formu předání informací, která by respondentkám nejvíce vyhovovala. Ptali jsme se na různé postřehy, klady a zápory týkající se podání informací. Zajímalo nás také, zda respondentky využily i jiné zdroje informací, jako jsou internet, literatura či přátelé. Z výzkumného šetření vyplynulo, že polovina žen upřednostňuje ústní formu podání informací. Dle Kuberové (2010) si člověk v procesu učení zapamatuje: 10 % z toho, co četl; 20 % z toho, co slyšel; 30 % z toho, co viděl; 40 % z toho, co viděl a slyšel; 90 % z toho, co sám dělal a dělá. Každý jsme jiný a vyhovují nám různé věci, to ale nemění nic na tom, že bychom se měli snažit vyjít pacientce vstříc i ve formě podání informací. Možná by pacientky uvítaly, kdybychom se jich před rozhovorem zeptali, jaká forma podání informací jim vyhovuje. Třeba by stačilo jim nabídnout více zdrojů a možností podání informací a ony by si už jenom vybraly. Jedna z respondentek hodnotí kladně možnost stručně vysvětlit, co ji čeká před, během a po výkonu. Zbytečně nezabíhat do situací typu: „coby-kdyby“ a citlivě informovat o rizicích. Zbylé respondentky se shodly, že upřednostňují pěkně v klidu všechno vysvětlit a třeba i vícekrát zopakovat. Na ústní formě hodnotí kladně především možnost se kdykoliv na cokoli zeptat. Dvě respondentky udaly, že jim vyhovuje spíše písemná forma podání informací. Kuberová (2010) zmiňuje jeden z typů učení, tzv. typ zrakový, který se učí čtením z knih. Informace si zapamatuje podle rozložení textu, podle tvaru a barvy. Velmi pozitivně hodnotily respondentky informovaný souhlas, kde je všechno přehledně napsáno. Jedna z respondentek uvedla, že by uvítala nějaký leták, kde by bylo napsáno, co všechno si má vzít sebou do nemocnice, že má být oholená, nenalakované nehty atd. Dvě z osmi respondentek udaly, že jim nejvíce vyhovuje kombinace ústní a

písemné formy. Vyhovuje jim si všechny informace nejdříve pěkně v klidu přečíst a potom se lékaře, či porodní asistentky zeptat na otázky. Jedna respondentka udala, že by uvítala, kdyby jí lékař nejdříve všechny informace sdělil a vysvětlil a poté jí dal domů leták, kde by bylo ještě jednou všechno shrnuto. Co se týče jiných zdrojů informací, všechny respondentky hledaly další informace týkající se výkonu na internetu. Některé tam našly užitečné informace, jiné respondentky zjistily spíše informace nepotřebné, či pesimistické. Většina respondentek se také ptala svých známých na užitečné rady a zkušenosti.

Cílem práce bylo zjistit informovanost žen o malých gynekologických výkonech. První výzkumná otázka byla: Jaká je informovanost žen o malých gynekologických výkonech? Z výsledků výzkumu vyplynulo, že z hlediska informací podaných v ordinaci obvodního gynekologa před výkonem nejsou ženy dostatečně informované. Byl zjištěn nedostatek zejména v informovanosti o tom, co si s sebou do nemocnice vzít, co si nebrat. Ženy byly také nedostatečně informované o předoperační přípravě. Vytknuta byla též nedostatečná informovanost o průběhu celé hospitalizace, jak bude probíhat či kdy bude respondentka schopna odejít domů. V nemocnici před výkonem ženy se získanými informacemi spokojeny byly. Informace podané před odchodem do domácího ošetřování byly polovinou žen hodnoceny kladně a polovinou záporně. Vytknuty byly ošetřovatelskému personálu zejména nedostatek času na podání informací a nedostatečné množství podaných informací. Druhá výzkumná otázka zněla: Jaký způsob informování by ženy ocenily? Z výsledků výzkumu vyplynulo, že respondentkám vyhovuje kombinace informací v písemné i ústní formě, kladně hodnotí informovaný souhlas a rozhovor s lékařem či porodní asistentkou. Ženy uvedly, že by ocenily leták s informacemi ohledně výkonu a hospitalizace.

## 6 ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce byly malé gynekologické výkony, ošetrovatelská péče a informovanost žen ohledně výkonu. V teoretické části byly popsány jednotlivé malé gynekologické výkony a ošetrovatelská péče před, během a po výkonu. Ve výzkumné části jsme se zabývali informovaností žen o výkonu. Byly nastoleny dvě výzkumné otázky: Jaká je informovanost žen o malých gynekologických výkonech? Jaký způsob informování by ženy ocenily? Z výsledků kvalitativního výzkumného šetření vyplynulo, že podání informací ze strany porodních asistentek je nedostačující. Zjistili jsme zde nedostatky zejména v edukaci ze strany porodních asistentek v ordinaci obvodního gynekologa. Více jak polovina respondentek byla nedostatečně informována o předoperační přípravě a průběhu hospitalizace. Respondentky byly málo informované o tom, jak bude probíhat pobyt v nemocnici nedovedly si představit průběh zákroku či hospitalizace. Z tohoto důvodu je vypracována informační brožura pro ženy, které budou absolvovat malý gynekologický výkon. Respondentky také poukázaly na občasně rutinní a neprofesionální chování porodních asistentek na oddělení gynekologie.

Z výsledků bakalářské práce vyplývá, že ač jde u malých gynekologických výkonů pouze o jednodenní hospitalizaci, hraje zde komunikace a podání informací mezi porodní asistentkou a pacientkou velkou roli. Ať už se jedná o předoperační, peroperační či pooperační péči, informace ze strany porodní asistentky by měly být srozumitelné, dostačující a zapamatovatelné. Taková to kvalitní péče přispívá k lepšímu psychickému stavu pacientky

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, S. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1 vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005, 44 s. ISBN 80-7013-416-X
2. CZUDEK, S. a kol. *Jednodenní chirurgie*. 1 vydání. Praha: Grada, 2009, 122 s. ISBN 978-80-247-1786-9
3. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2007, 479 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
4. DOLEŽAL, A. a kol. *Porodnické operace*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, 148 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
5. HENKOVÁ, P. Jednodenní chirurgie v gynekologii. *Sestra*, 2010. č. 3, ročník 20. ISSN 1210-0404
6. HOLEČKOVÁ, D. Ambulantní hysteroskopie v současnosti pohledem sestry pracující na operačním sále. *Moderní babičství*. Praha: Levret, 2006, č. 9. Ročník 3. ISSN 1214-5572
7. HOLUB, Z. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005, 184 s. ISBN 80-247-0834-5.
8. JIROUTKOVÁ, K. a kol. Anestézie a pooperační analgezie u malých chirurgických výkonů. *Postgraduální medicína*. [online]. 5. 9. 2007 [cit. 2014-03-09]. Dostupné z: [zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/anestezie-a-pooperaacni-analgezie-u-malych-chirurgicky-vykonu-319034](http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/anestezie-a-pooperaacni-analgezie-u-malych-chirurgicky-vykonu-319034)
9. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007, 171s. ISBN 978-80-247-1830-9
10. KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, 181 s. ISBN 80-246-1112-0
11. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovatelské péče č. 052. „Ošetrovatelská dokumentace“, r. 2009.
12. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovatelské péče č. 022. „Měření tělesné teploty“, r. 2009.



13. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovateľskej péče č. 032. „Predoperační príprava a pooperační péče o nemocné“, r. 2010.
14. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovateľskej péče č. 008. „Měření krevního tlaku“, r. 2009.
15. KOLEKTIV NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. Standard ošetrovateľskej péče č. 006. „Stravování“, r. 2009.
16. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vydání. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2004, 31 s. ISBN 80-8063-160-3
17. KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovateľství*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010, 50 s. ISBN 978-80-7367-684-1
18. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006, 263 s. ISBN 80-247-1399-3
19. MINAŘÍKOVÁ, P. *Sestra*. Monitorace pacienta. 2008, č. 7-8, 42 s. ročník 18. ISSN 1210-0404
20. NYIRJESY, I. *Conization of Cervix Treatment and Management*. [online]. 15.10.2012 [cit. 2013-11-16]. Dostupné z: [emedicine.medscape.com/article/270156-treatment#a1133](http://emedicine.medscape.com/article/270156-treatment#a1133)
21. PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovateľství II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, 45 s. ISBN 978-80-247-3558-0
22. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovateľství*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 21 s. ISBN 80-7013-440-2
23. REPKOVÁ, A. *Gynekologické ošetrovateľ'stvo*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2006, 40 s. ISBN 80-806-3236-7.
24. ROB, L. a kol. *Gynekologie*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2008, 127 s. ISBN 978-807-2625-017.

25. ROENNEBURG, L., M. *Atlas of Pelvic Surgery*. Bartholin's Gland Excision. [online]. [cit. 2013-11-16]. Dostupné z: <http://www.atlasofpelvicsurgery.com/1VulvaandIntroitus/5bartholinsglandexcision/chap1sec5.html>
26. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní gynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, s. 260. ISBN 978-80-247-2832-2
27. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, 33 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
28. ŠULISTOVÁ, R. a kol. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči*. 1. vydání. 2012, 110 s. ISBN 978-80-7394-246-5
29. TOMAGOVÁ, M. a kol. *Potreby v ošetrovatel'stve*. 1. vydání. Marin: Vydavatelstvo Osveta, 2008, 47 s. ISBN 978-80-8063-270-0
30. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vydání. Triton, 2009, 16 s. ISBN 978-80-7387-286-1
31. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2010, 161 s. ISBN 978-80-246-0841-9
32. VALENTA, J. a kol. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003, 273 s. ISBN 80-246-0644-5
33. VOKURKA, M. a kol. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2009, 1147 s. ISBN 978-80-7345-202-5
34. VONDRÁČEK, L a kol. *Sestra a její dokumentace*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9
35. VYHNÁNEK, F. *Chirurgie 1: pro střední zdravotnické školy*. 2. přepracované vydání. Praha: Informatorium, 2003, 186 s. ISBN 80-733-3005-9.

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor s ženami po malém gynekologickém výkonu

Příloha č. 2: Klasifikace podle ASA

Příloha č. 3: Operační protokol

Příloha č. 4 -9: Informované souhlasy s výkonem

## **Příloha č. 1**

### **1. Identifikační otázky**

- Věk respondentek
- Vzdělání
- Podstoupený výkon
- Časovost výkonu

### **2. Předoperační období**

- Jaké jsou Vaše předešlé zkušenosti s ošetrovatelkou péčí v nemocničním zařízení?
- Co vše ohledně výkonu Vám vysvětlila porodní asistentka v ordinaci obvodního gynekologa?
- Jaké informace Vám byly podány lékařem?
- Můžete mi prosím říci, jak probíhal příjem na gynekologické ambulanci?
- Jak jste porozuměla podání informací při příjmu na oddělení porodní asistentkou?

### **3. Peroperační období**

- Jak jste vnímala samotný výkon na operačním sále?

### **4. Pooperační období**

- Jak jste se cítila po výkonu?
- Jakou formou Vás informovala porodní asistentka o pooperačním domácím režimu?
- Máte nějaké výhrady k formě a obsahu podání informací?
- Jaký způsob informování ze strany zdravotnického personálu upřednostňujete?

## Příloha č. 2

Skupina	Fyzický stav	Příklad	Perioperační mortalita do 7. dne po operaci <sup>2)</sup>
I	zdravý pacient		0,06 %
II	pacient s lehkou systémovou nemocí, bez omezení výkonnosti	esenciální hypertenze	0,47 %
III	pacient se závažnou systémovou nemocí, s omezením výkonnosti, který není dekompenzovaný	angina pectoris	4,39 %
IV	pacient s dekompenzovanou systémovou nemocí, která znamená neustálé ohrožení života	srdeční selhání	23,48 %
V	moribundní pacient, u něhož nelze očekávat přežití 24 h, bez ohledu na to, zda bude operován nebo ne	masivní plicní embolie	50,77 %

Pozn: k číslu skupiny se připojí písmeno E v případě, že se jedná o neodkladný výkon

### Příloha č. 3



Perioperační záznam				
Nemocnice Č.Budějovice a.s. - ŽO operační sál				
<i>Jméno pacienta</i>	<i>Druh výkonu</i>		<i>Datum</i>	<i>Antiseptse</i>
	<i>R.C.U.I.</i>	<i>Condylomata</i>		<i>Braunol 2000</i>
	<i>PC</i>	<i>Hysteroskopie</i>	<b>Výkon</b>	<i>Bor.voda 3%</i>
	<i>Mini UPT</i>	<i>Punkce ascitu</i>	<i>Akutní</i>	<i>Jiná:</i>
<b>Histologie</b>	<i>UPT</i>	<i>Synechie</i>	<i>Plánovaný</i>	
	<i>Konizace</i>		<b>Pomůcky</b>	<b>Anestezie</b>
	<b>Elektrokoagulace</b>		<i>Asp. kanyla č.</i>	<i>Celková</i>
	<i>Monopolár</i>	<i>Bipolár</i>	<i>Hysteroskop</i>	<i>Lokální</i>
	<i>Typ přístroje:</i>		<i>Tamponáda</i>	<b>Poloha</b>
<b>Použité nástroje</b>	<i>Umístění n. elektrody:</i>		<i>Mesocain 1 %</i>	<i>Gynekologická</i>
	<b>Operační skupina</b>		<i>Glycin + Manitol</i>	<i>Na zádech</i>
	<i>Operatér MUDr.</i>		<i>Gelaspon</i>	<b>Použité síto</b>
	<i>Asistent MUDr.</i>		<i>Sol.Lugol</i>	<i>Malé výkony</i>
<b>Dokumentace</b>	<i>Instrumentářka s.</i>		<i>Loop</i>	<i>Konizační</i>
<i>Zodpovídá s.</i>	<i>Sanitář p.</i>		<i>Koagul. kulička</i>	

## Příloha č. 4



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

**Identifikace:**  
(štítek)

### **Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče UMĚLÉ PŘERUŠENÍ TĚHOTENSTVÍ**

1) Povaha onemocnění:

*Na Vaši žádost a/nebo ze zdravotních důvodů Vám bude provedeno umělé přerušení těhotenství, podle zákona 66/1986.*

2) Předpokládaný vývoj onemocnění:

*Umělé přerušení těhotenství ze zákona lze provést maximálně do konce 12. týdne těhotenství.*

3) Plánovaný postup při léčbě:

*Výkon se provádí v celkové anestezii v gynekologické poloze. Po dezinfekci rodidel je sondou změřena dutina děložní, dilatací rozšířeno hrdlo děložní. Do 8. týdne těhotenství je následně těhotenství odsáto a dutina šetrně zrevidována kyretou. Mezi 8. až 12. týdnem těhotenství je většinou nutně těhotenství odstranit kyretou.*

4) Účel zdravotního výkonu a jeho průběh:

*Ukončení těhotenství.*

5) Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:

*Všeobecné komplikace provádějící operační výkony jsou velmi řídké. Mezi ně patří tvorba krevních sraženin (trombóza), uzavření tepny-nejčastěji plicní krevní sraženinou (embolie), krvácení během operace nebo po operaci, infekce. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy nebo krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je snaha o zachování všech vnitřních orgánů. Vzácně může dojít po výkonu k zadržení části těhotenského materiálu a je nutná následná druhá revize dutiny děložní. Jakákoli forma interrupce, přes veškeré preventivní opatření, přináší velmi malé riziko následné obtížné možnosti donosit plod a neplodnosti.*

Byl jsem poučen o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče.

**Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče**

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

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

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

Dne:..... Hodina: .....

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

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....



## Příloha č. 5



Identifikace:  
(štítek)

### Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče KONIZACE

1) Povaha onemocnění:

*Konizací rozumíme snesení části hrdla děložního ve formě kužele (konusu) s bazí na zevní části hrdla děložního a s vrcholem v kanálu hrdla. Jde o jeden z nejčastějších gynekologických operačních výkonů. Provádí se různými metodami – skalpelem, nůžkami, laserem, el. kličkou či jehlou. Nejvhodnější metodu stanovuje operatér na základě zkušeností a charakteru postižení hrdla. Ke konizaci se připojuje kyretáž zbytku hrdla a většinou i těla děložního.*

2) Předpokládaný vývoj onemocnění:

*Po provedené konizaci se dle histopatologického nálezu doporučuje další konzervativní či operační léčba.*

3) Plánovaný postup při léčbě:

*Výkon se provádí v celkové narkóze v gynekologické poloze. Po desinfekci rodidel a zavedení gyn. zrcadel je ozřejmena postižená zevní část hrdla Lugolovým roztokem, sondou změřena dutina děložní, snesen konus hrdla děložního, provedena kyretáž zbytku hrdla, které je rozšířeno a připojena kyretáž těla děložního, již se získává část sliznice k histopatolog. posouzení.*

4) Účel zdravotního výkonu a jeho průběh:

*Cílem konizace je snesení patologického ložiska hrdla děložního s buněčnými změnami s maximálním šetřením zdravých okolních struktur.*

5) Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:

*Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou velmi řídké. Mezi ně patří tvorba krevních sraženin (trombóza), uzavření tepny (embolie) – nejčastěji plicní embolie, krvácení během operace nebo po operaci, infekce. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy nebo krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je snaha o zachování všech vnitřních orgánů.*

*Mezi nejčastější komplikace u tohoto operačního zákroku patří pooperační krvácení rané (2%) či pozdní (0,5%). Nutno zmínit, že pooperační hojení a tím i riziko krvácení výrazně zhoršuje kouření.*

6) Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a pracovní neschopnosti po provedení navrhovaného výkonu:

*Pooperační hojení bývá spojeno se špiněním. Pobyt v nemocnici je obvykle 3 dny, den operace se nepočítá. Po propuštění se doporučuje sexuální abstinence – dodržování tzv. šestinedělí do následující menstruace. Pracovní neschopnost Vám ukončí Váš obvodní gynekolog dle Vašeho zdravotního stavu.*

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

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

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

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

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

**Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče**

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

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

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

Dne:.....

Hodina: .....

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

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....

## Příloha č. 6



Identifikace:  
(štítek)

### Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče **PROBATORNÍ KYRETÁŽ**

- 1) Povaha onemocnění:  
*Probatorní kyretáž je jedním z nejčastějších diagnostických i léčebných operačních výkonů. Diagnostickým úkolem je získat materiál k histologickému posouzení, léčebným úkolem je zástava krvácení.*
- 2) Předpokládaný vývoj onemocnění:  
*Po provedené kyretáži většinou dochází ke zmírnění nebo zástavě krvácení a dle nálezu se doporučuje další konzervativní nebo operační léčba.*
- 3) Plánovaný postup při léčbě:  
*Výkon se provádí v celkové anestezii v gynekologické poloze. Po dezinfekci rodidel se provádí sondáž dutiny děložní a následně dilatace – rozšíření hrdla děložního tak, aby bylo možné zasunout do dutiny děložní kyretu. Kyretou se pak získává tkáň z hrdla děložního a těla děložního.*
- 4) Předpokládaný prospěch léčby a jeho význam pro zdravotní stav pacienta:  
*Zástava krvácení a diagnóza příčin krvácení.*
- 5) Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:  
*Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou velmi řídké. Mezi ně patří tvorba krevních sraženin (trombóza), uzavření tepny – nejčastěji plicní krevní sraženinou (embolie), krvácení během operace nebo po operaci, infekce. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy nebo krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je snaha o zachování všech vnitřních orgánů.*
- 6) Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a pracovní neschopnosti po provedení navrhovaného výkonu:  
*Hojení trvá obvykle 10 dní a bývá spojeno se špiněním. Operace neohrozí budoucí průběh menstruačního cyklu ani Váš sexuální život, ani event. otěhotnění. Pobyt v nemocnici nebývá delší než 1 den. Po propuštění se doporučuje sexuální abstinence – dodržování tzv. šestinedělí do následující menstruace. Pracovní neschopnost dle Vašeho stavu posoudí Váš odesílající gynekolog.*

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

*V některých případech, kdy se nález na sliznici děložní může opakovat, doporučí histopatolog, ve spolupráci s gynekologem, kontrolní kyretáž nebo hysteroskopii s časovým odstupem.*

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

*Alternativou navrhovaného postupu je pokus o hormonální zástavu krvácení. Jeho zásadní nevýhodou je malá úspěšnost, déle trvající doba do zástavy krvácení a hlavně nezjištění příčiny, která vedla ke krvácení.*

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

**Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče**

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

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

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

Dne:..... Hodina: .....

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

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....

## Příloha č. 7



Identifikace:  
(štítek)

### Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče REVIZE PO SPONTÁNNÍM POTRATU

- 1) Povaha onemocnění:  
*Spontánní potrat je těhotenskou ztrátou, při které je plodové vejce odumřelé a někdy již odlučené, může nebo nemusí být vypuzeno dělohou, nebo může být vypuzeno jen částečně. Diagnostika je hlavně ultrazuková a laboratorní – pokles hladiny těhotenského hormonu.*
- 2) Předpokládaný vývoj onemocnění:  
*Většinou dochází k vaginálnímu krvácení. Dále se mohou objevit bolesti břicha zejména v podbřišku, únava, nechutenství a zvýšená teplota. Výše uvedené komplikace souvisí s intoxikací organismu odumřelou tkání plodového vejce. Mezi závažné komplikace řadíme sepsi (otrava krve), septický šok a poruchy krevní srážlivosti.*
- 3) Plánovaný postup při léčbě:  
*Doporučeným postupem při léčbě je instrumentální revize dutiny děložní v krátkodobé celkové anestézii. V gynekologické poloze po dezinfekci rodidel se provádí sondáž dutiny děložní a následně dilatace – rozšíření hrdla děložního tak, aby bylo možné zasunout do dutiny děložní vakuumaspirační kanylu a kyretu. Těmito nástroji se vybaví plodové vejce.*
- 4) Předpokládaný prospěch léčby a jeho význam pro zdravotní stav pacienta:  
*Nedokáže - li organismus ženy plodové vejce samovolně vypudit má instrumentální revize dutiny děložní zásadní význam pro léčbu daného stavu a předchází tak rozvoji již výše zmíněných komplikací.*
- 5) Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:  
*Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou řídké. Mezi ně patří tvorba krevních sraženin (trombóza), uzavření tepny – nejčastěji plicní, krevní sraženinou (embolie), krvácení během operace nebo po operaci, infekce. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy, okolních orgánů (střeva, střevního závěsu, předstěry břišní, močového měchýře, přívěsků děložních) nebo cév, které si vyžádá rozšíření stávajícího výkonu v rozsahu nezbytně nutném k nápravě vzniklé komplikace. I v této výjimečné situaci je snaha o zachování všech vnitřních orgánů. Další možnou komplikací je, že část tkáně plodového vejce v dutině děložní zůstane i po operaci. Tato komplikace se řeší individuálně buď konzervativně pomocí farmak, ultrazukovou kontrolou a sledováním hladiny těhotenského hormonu, nebo nutností opakované revize dutiny děložní v celkové anestézii.*
- 6) Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a pracovní neschopnosti po provedení navrhovaného výkonu:  
*Po výkonu trvá hojení obvykle 10 dnů a bývá spojeno se špiněním. Operace neohroží budoucí průběh menstruačního cyklu ani Váš sexuální život. Neohroží ani eventuální budoucí otěhotnění, pokud bude operace i pooperační průběh bez komplikací. Pobyt v nemocnici nebývá delší než jeden den. Po propuštění se doporučuje sexuální abstinence – dodržování tzv. šestinedělí do následující menstruace. Další těhotenství naplánujte nejdříve za šest měsíců od operace. Pracovní neschopnost dle Vašeho stavu posoudí Váš odesílající gynekolog.*
- 7) Údaje o léčebném režimu a vhodných preventivních opatřeních, o preventivních kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonech:  
*Ve většině případů se nepodaří příčinu těhotenské ztráty zjistit. Jedná se zejména o chybně založená embrya, která jsou selektivním tlakem v přírodě odstraněna jako ochrana proti narození geneticky*

defektního jedince). U gestačně starších plodů mají vliv i patologie placenty, pupečnickové příhody (zauzlení, tromboza cév a pod.). Pokud dochází k opakovaným ztrátám, mohou se na nich podílet onemocnění reprodukčních orgánů, interní onemocnění nebo špatné životní prostředí či životní styl. V těchto případech doporučujeme vyšetřit Váš zdravotní stav u obvodního gynekologa a praktického lékaře, kteří zvolí správný diagnostický algoritmus.

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

*Jestliže zůstává odumřelé plodové vejce v dutině děložní a organismus ženy si s tímto stavem nedokáže sám poradit, je instrumentální revize jedinou léčebnou alternativou. Pouze v případě, že dochází ke spontánnímu abortu a v dutině děložní se nenachází buď žádné, nebo jen minimální zbytky tkáně zamklého vejce je možný konzervativní postup s opakovaným sledováním hladiny těhotenského hormonu, ultrazvukovými kontrolami a aplikace farmak, která způsobují děložní kontrakce.*

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

Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče

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

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

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

Dne:.....

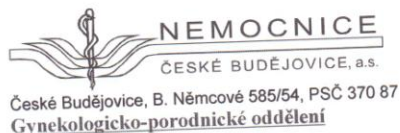
Hodina: .....

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

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....

## Příloha č. 8



Identifikace:  
(štítek)

### Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče BIOPSIE, EXCIZE Z ČÍPKU (HRDLA) DĚLOŽNÍHO

- 1) Povaha onemocnění:  
*Biopsie, excize ( odběr části tkáně) z hrdla děložního je jedním z častých gynekologických diagnostických výkonů. Cílem je získat materiál ze zevní části hrdla děložního k histopatologickému posouzení.*
- 2) Předpokládaný vývoj onemocnění:  
*Po provedení biopsie, excize dochází často k mírnému krvácení. Podle výsledku histopatologického vyšetření je stanovena další konzervativní či operační léčba.*
- 3) Plánovaný postup při léčbě:  
*Biopsie (tzv. minibiopsie) se provádí ambulantně bioptickými nůžkami a excize za hospitalizace v celkové anestezii skalpelem. Oba odběry se provádí v gynekologické poloze po zavedení zrcadel pod kolposkopickou (mikroskopickou) kontrolou. Biopsie nevyžaduje anestezii ani následné šití. Velikost excize vychází z nálezů na hrdle děložním, její hloubka je minimálně 7mm. K excizi se připojuje kyretáž hrdla děložního ( odběr sliznice z kanálu hrdla). Okraje rány se šíjí vstřebatelným stehem.*
- 4) Předpokládaný prospěch zdravotního výkonu a jeho význam pro zdravotní stav pacientky:  
*Cílem je včasné zachycení buněčných změn na hrdle děložním a jejich následné odstranění v celkové narkóze, v případě pokročilého onemocnění jeho diagnostika.*
- 5) Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:  
*Všeobecně komplikace provázející tento diagnostický výkon jsou velmi řídké. Patří mezi ně krvácení po výkonu a infekce. Krvácení nejčastěji vzniká při současných zánětlivých změnách na hrdle děložním. Podání celkové narkózy sebou nese minimální riziko vzniku embolie či trombózy.*
- 6) Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a pracovní neschopnosti po provedení navrhovaného výkonu:  
*Hojení obvykle trvá 7 dní a bývá spojeno se špiněním. Diagnostický výkon neohroží budoucí průběh menstruačního cyklu ani Váš sexuální život ani event. otěhotnění. Doporučuje se sexuální abstinence po dobu hojení. Pracovní neschopnost posoudí dle Vašeho zdravotního stavu a prac. zařazení Váš obvodní gynekolog.*
- 7) Údaje o léčebném režimu a vhodných preventivních opatřeních, o preventivních kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonech:  
*V některých případech podle výsledku histopatologického vyšetření je doporučena další operační léčba – konizace s kyretáží hrdla a těla děložního či odejmutí dělohy či odejmutí dělohy s vejcovody, vaječníky a pánevními uzlinami.*

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

*Alternativním diagnostickým a zároveň léčebným výkonem k ozřejmení povahy onemocnění hrdla děložního je konizace s kyretáží hrdla v celkové anestezii.*

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

**Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče**

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

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

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

Dne:.....

Hodina: .....

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

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....



## Příloha č. 9



Identifikace:  
(štítek)

### Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče HYSTEROSKOPIE

1) Povaha onemocnění:

*Hysteroskopie je moderní endoskopická metoda, umožňující zpřehlednění dutiny děložní. Nachází mnoho uplatnění, jak v diagnostice, tak v terapii:*

- *nepravidelné krvácení s nejasnou etiologií a neúspěšnou terapií*
- *průkaz a event. odstranění patologií dělohy (polypy, myomy, vrozené vývojové vady)*
- *lokalizace a event. odstranění nitroděložního tělíska*
- *při neplodnosti a neúspěšném donošení těhotenství*
- *odběr materiálu k vyšetření*

2) Předpokládaný vývoj onemocnění:

*Vývoj onemocnění vychází z povahy diagnostikovaného a léčeného problému.*

3) Plánovaný postup při léčbě:

*Výkon se provádí v celkové anestezii, v gynekologické poloze. Po dezinfekci rodidel je sondou změřena dutina děložní, dilatací rozšířeno hrdlo děložní. Zavedením hysteroskopu je umožněno roztažení stěn děložních pomocí sterilní tekutiny. Následuje prohlídka dutiny děložní, event. operační zákrok.*

4) Účel zdravotního výkonu a jeho průběh:

*Účelem hysteroskopie je diagnostika nitroděložních patologií a jejich odstranění.*

5) Možná rizika a důsledky navrhované léčby a jednotlivých zdravotních výkonů:

*Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou velmi řídké. Mezi ně patří tvorba krevních sraženin (trombóza), uzavření tepny – nejčastěji plicní krevní sraženinou (embolie), krvácení během operace nebo po operaci, infekce. I přes pečlivou operační techniku může dojít během operace k poškození dělohy nebo krvácení, které si vyžádá rozšíření stávajícího operačního výkonu. I v této výjimečné situaci je snaha o zachování všech vnitřních orgánů.*

6) Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a pracovní neschopnosti po provedení navrhovaného výkonu:

*Vytvoření nové sliznice trvá obvykle 14 dní a bývá spojeno se špiněním. Pobyt v nemocnici je obvykle 1 až 2 dny. Po propuštění se doporučuje sexuální abstinence – dodržování tzv. šestinedělí do následující menstruace. Pracovní neschopnost Vám ukončí Váš obvodní gynekolog dle Vašeho stavu a provedení výkonu.*

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

*Dle nitroděložního nálezu a histopatologického rozboru bývá někdy doporučována kontrolní hysteroskopie.*

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

*Probatorní kyretáž, která ale neumožňuje optický přehled v dutině děložní.*

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

**Souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytnutím zdravotní péče**

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

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

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

Dne:..... Hodina: .....

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

Podpis lékaře:.....

Podpis zúčastněné osoby:.....