



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

# Edukace žen po operaci pro zhoubné nádory rodidel

Vypracoval: Zdeňka Ellingerová  
Vedoucí práce: MUDr. Petr Sák, Ph.D

České Budějovice 2014

## Abstrakt

Moje bakalářská práce na téma Edukace žen po operaci pro zhoubné nádory rodidel, se zabývá především péčí a sebepéčí o ženy po gynekologické operaci. V práci zjišťuji, v jakých okruzích péče porodní asistentky ženy edukují. Práce je rozdělena do kapitol tak, aby byly objasněny všechny termíny. Začínám anatomii ženských pohlavních orgánů, vyšetřovacími metodami v gynekologii, které ženy podstupují při preventivních prohlídkách nebo naopak, když jdou ke svému lékaři s problémy. Dále pokračuji klasifikací nádorových onemocnění jednotlivých pohlavních orgánů, popisují jejich specifika, projevy, vyšetřovací metody a možnou léčbu. Gynekologické nádory je možné do určité fáze vývoje onemocnění řešit operativně. Proto jsou v práci zahrnuty i možné operační přístupy. Dále jsou v práci popsána i onkologická centra, jejich vybavenost a kolik jich v České republice je. Následně je rozepsána role porodní asistentky v péči o ženu po operaci s onkologickým onemocněním, specifika péče, je zde popsán i psychologický přístup k ženě, protože onkologické onemocnění je po ženu těžkou životní situací. Je úkolem porodní asistentky pomoci ženě se s tímto vyrovnat. Každá porodní asistentka by měla psychologický přístup znát, proto je mu věnována celá kapitola. Poslední kapitola je věnována ošetrovatelskému procesu v péči o ženu s onkologickým onemocněním a edukaci ženy porodní asistentkou. Je zde popsán ošetrovatelský proces jako metoda péče o ženu. Zabývám se zde také edukací v péči o ránu a předcházení vzniku infekce, o stravování a vyprazdňování, o bolesti a jejím tlumení, o pohybu a vstávání a o sexuálním životě po operaci.

Cílem práce bylo zjistit, jak jsou ženy edukovány zdravotnickým personálem, zda je pro ně míra informací srozumitelná a dostačující.

Ve výzkumné části práce jsem použila kvalitativní metodiku- strukturované rozhovory, na které odpovídalo 7 pacientek operativní gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s. rozhovor se skládal ze 13 otázek, které byly doplněny dalšími dodatkovými informacemi podle typu onemocnění a operace. Respondentky byly v různém věkovém rozmezí, různého nejvyššího dosaženého vzdělání, po různých typech

operací a v různých stádiích pooperační péče. Byly stanoveny tři výzkumné otázky, a to: Chtějí ženy po operaci dostávat více informací o svém zdravotním stavu? Nepovažují ženy informace podané porodní asistentkou za příliš odborné? Dodržují ženy doporučení porodní asistentky?

Ze sedmi rozhovorů s respondentkami vyplývá, že míra podaných informací je pro pacientky dostačující, ženy si vědí v péči o sebe rady, v případě potřeby vědí, na koho se mohou s dotazem obrátit. V odpovědi na druhou otázku se již všechny respondentky neshodly. Jedna žádala od porodních asistentek, aby používaly méně odborné výrazy, když s nimi hovoří. 6 žen bylo spokojeno, všemu rozuměly. Na třetí otázku se opět shodlo všech 7 žen. Doporučení, která lékaři a porodní asistentky ženám během hospitalizace dávají, dodržují.

Z uskutečněného výzkumu vyplývá, že ženy jsou s pooperační péčí spokojeny, jsou spokojeny s mírou podaných informací, které jim stačí k tomu, aby o sebe adekvátně pečovaly. Jsou také velice spokojeny s péčí porodních asistentek, které jsou v rozhovorech často chváleny především za svůj přístup a profesionalitu. Všechny ženy jsou poučeny ve specifikách péče o daný typ operace, péči o ránu, hygienu, předcházení vzniku infekce, stravování, vyprazdňování a o sexuálním životě po propuštění z nemocnice.

Myslím, že tato práce by mohla být použita jako edukační materiál pro porodní asistentky nebo studentky porodní asistence.

**Klíčová slova:** Zhoubný nádor, gynekologie, onkogynekologie, edukace, porodní asistentka, psychologický přístup k onkologicky nemocné

## **Abstract**

The theme of my bachelor's thesis is Education of women after surgery for malignant disease of the genitals. In the thesis I write about care and selfcare of women after gynecological surgery. I find out in which part of selfcare are women educated. The thesis is divided into chapters to clarify all technical terms. The first chapter is about anatomy of female genitals and examining methods in gynecology. In the next chapter I write about classification of malignant disease of female genitals, I describe their specifics, manifestations, examining methods and possible treatment. Some of gynecological malignant disease are operable, so I describe surgical approaches too. Further are described oncology centers, their equipment and how many are there in the Czech republic. The next chapter is about a role of midwife in care of women after surgery for malignant disease of the genitals, and of course a psychological approach with oncology patients, because oncology disease is a very difficult life situation. And it is midwife's mission to help these women. All of midwives should know this psychological approach. The last chapter is about nursing, nursing process in care of oncological patients and about education. I describe an education about care of surgical wound and protect of infection, diet and emptying, pain and its relief, movement and sexual life after a surgery.

The objective of my thesis was to find out what women know about selfcare, if they understand the informations. I used qualitative method – structured interview, in the research part of thesis. The interview I did with 8 patients of gynecology department in a Hospital České Budějovice a.s. the structured interview have 13 questions. The patients are different ages, have different level of education and different surgery approaches.

I set 3 research questions: Want the women to know more information about their health condition? Are the informations of midwives understandable or very professional? Observe the women recommendations of midwives?

Eight interviews show that the rate of the submitted informations is sufficient, women know how to take care of yourself. And they know, if they need anything can ask a midwife. On the second did not answer all women equally. Two of the women said, they did not understand all of the midwives said. They wanted less technical terms. Six of the women understood all. The third question answered all women equally. They observed the recommendations of midwives.

The research shows women are satisfied with nursing care after surgery. The level of informations is enough to care of yourself. They are satisfied with midwives' care on the gynaecological department. All af women are educated about specifics of their type of surgery, care of surgery wound, hygiene, protect of infection, diet, emptying, sexual life after release from hospital.

I think this tehsis can be used as an educational material for midwives or students of midwife.

**Key words:** malignity disease, gynaecology, oncogynaecology, education, midwife, psychological approach to oncology patient

## **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 (datum)

.....

Zdeňka Ellingerová

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat především MUDr. Petru Sákovi, Ph.D., za cenné rady, metodické vedení a odbornou pomoc při zpracování této bakalářské práce.

# Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav .....	11
1.1 Anatomie .....	11
1.1.1 Vnější pohlavní orgány .....	11
1.1.2 Vnitřní pohlavní orgány .....	11
1.2 Klasifikace nádorových onemocnění a jejich šíření.....	13
1.2.1 Šíření nádoru v organismu .....	13
1.2.2 TMN klasifikace .....	14
1.3 Základní vyšetření v gynekologické onkologii .....	14
1.3.1 Anamnéza .....	15
1.3.2 Vaginální vyšetření .....	15
1.3.3 Vyšetření per rektum.....	16
1.3.4 Kolposkopie .....	16
1.3.5 Cytologie.....	16
1.3.6 Role porodní asistentky během gynekologického vyšetření.....	17
1.4 Druhy nádorových onemocnění v gynekologii .....	17
1.4.1 Karcinom vulvy .....	17
1.4.2 Karcinom pochvy.....	18
1.4.3 Karcinom děložního hrdla.....	19
1.4.4 Karcinom děložního těla .....	19
1.4.5 Karcinom vejcovodů .....	20
1.4.6 Karcinom vaječníku .....	21
1.5 Léčebné postupy.....	22
1.6 Onkogynekologie .....	23
1.7 Role porodní asistentky .....	23
1.7.1 Edukace žen s nádorovým onemocněním.....	24
1.7.2 Perioperační péče porodní asistentky.....	25
1.7.3 Péče o ránu a infekci .....	26
1.7.4 Stravování a vyprazdňování.....	27
1.7.5 Bolest .....	28
1.7.6 Pohyb a vstávání po operaci .....	28
1.7.7 Sexuální život.....	29



1.7.8	Radioterapie .....	30
1.7.9	Chemoterapie .....	31
1.7.10	Ošetrovatelské diagnózy .....	31
2	Cíle práce a hypotézy .....	32
2.1	Cíle práce.....	32
2.2	Výzkumné otázky.....	32
3	Metodika.....	33
3.1	Metodika.....	33
3.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	33
4	Výsledky výzkumu .....	34
4.1	Rozhovory s respondentkami .....	34
5	Diskuse .....	41
6	Závěr.....	45
7	Citovaná literatura .....	46
8	Přílohy .....	48
8.1	Seznam příloh.....	48

## Seznam použitých zkratk

TNM = nádor (tumor)

- uzlina (nodus) - stupeň postižení lymfatických uzlin

- metastáza- přítomnost metastáz v organismu

SIL = skvamozní intraepiteliální léze

LSIL = Low grade sil = nízký stupeň dlaždicové intraepitelové léze

HSIL = High grade sil = vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze

HPV = human papiloma virus

CIN = cervikální intraepiteliální neoplasie

VIN = vulvární intraepiteliální neoplazie

VAS = vizuální analogová škála bolesti

LAVH= laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

# Úvod

*„Denně děláme jednu ze dvou věcí-  
bud' upevňujeme své zdraví,  
nebo podporujeme nemoc.“*

*Adelle Davisová*

Zhoubné nádory rodidel jsou po nádorech prsu a tlustého střeva nejčastěji se vyskytujícími zhoubnými nádory u žen, se stále stoupající tendencí. Ve státech Evropské Unie ročně onemocní asi 33 000 žen. V České republice je hlášení zhoubných nádorů povinné již od roku 1951, jde o jeden z nejlépe fungujících onkologických registrů ve světě. V rámci Evropy to pak může působit dojmem, že je v České republice nápadně vyšší morbidita než v ostatních státech.

V České republice také velice dobře funguje systém preventivních gynekologických prohlídek. Bohužel ne všechny ženy je pravidelně podstupují. MUDr. Jiří Vambora ve své práci „Prevence v gynekologické ambulantní péči. Srovnání údajů okresu Trutnov, České republiky a ostatních zemí.“ uvádí, že pravidelně na preventivní prohlídky dochází pouze 35% žen. Je zodpovědností každé ženy dbát o své zdraví, zvláště má-li k tomu dobré podmínky.

Téměř každý člověk může říct, že se ve svém okolí setkal s někým, kdo měl nebo má zhoubný nádor. Incidence je vysoká. Je proto velice důležité, abychom uměli o tyto pacienty adekvátně pečovat a znali psychologický přístup k onkologicky nemocným, protože špičková péče bez správného přístupu může být bezúčelná.

# 1 Současný stav

## 1.1 Anatomie

Ženské pohlavní orgány dělíme na vnější a vnitřní. Zhoubné nádory se mohou vyskytovat v obou těchto skupinách. Abychom mohli správně porozumět nádorovým změnám v těchto orgánech, je třeba si stručně připomenout základní anatomii ženských pohlavních orgánů.

### 1.1.1 Vnější pohlavní orgány

Vnější pohlavní orgány začínají hrmou, což je tuková vyvýšenina nad stydkou kostí. Kůže hrmy je pokryta tuhou ochlupenou kůží s četnými mazovými a potními žlázami. Hrma pokračuje směrem kaudálním, ve velké stydké pysky. Podkladem velkých stydkých pysků jsou vazivově tuková tělesa. Velké stydké pysky k sobě přiléhají, a tvoří tak stydkou rýhu. Mezi stydké pysky ústí močová trubice. Mezi velkými stydkými pysky jsou uloženy malé stydké pysky. Směrem k symfýze se malé stydké pysky rozbíhají do dvou řas, mezi nimiž je uložen poštváček. Ten je obdobou mužského pyje a je orgánem topořivým. Poševní vchod je částečně uzavřen panenskou blánou. V dorzální třetině velkých stydkých pysků je několik žláz, z nichž největší je Bartholiniho žláza. Vývod této žlázy ústí do rýhy mezi velkými stydkými pysky a hymenem. Mezi análním otvorem a spojením stydkých pysků je oblast perineum. Je to část pánevního dna, která odděluje část pochvy od konečníku. Skládá se z tukové tkáně, fascií a svalů (1, 2, 3, 4, 5).

### 1.1.2 Vnitřní pohlavní orgány

Mezi vnitřní pohlavní orgány řadíme pochvu, dělohu, kterou dělíme na děložní hrdlo a děložní tělo, vejcovody, vaječníky a děložní vazy (4,5).

#### *Pochva (kolpos, vagina)*

Pochva je dutý svalový orgán, dlouhý asi 10cm, vyznačující se velkou elasticitou. Horní část pochvy se upíná na vaginální část dělohy. Vytváří se tím štěrbinovitý prostor, nazývaný

poševní klenba. Stěna pochvy se skládá ze tří vrstev, a to sliznice, svaloviny a zevního vazivového obalu. Sliznice je tvořena vícevrstevným nerohovějícím epitelem. Tento epitel reaguje na hormonální změny v těle a je tvořen několika vrstvami různých druhů buněk (2,5).

#### *Děloha (metra, uterus, hystera)*

Děloha je dutý svalový orgán vystlaný sliznicí a částečně krytý pobřišnicí. Děloha se skládá ze tří částí: tělo děložní (corpus uteri), hrdlo děložní (cervix uteri) a úžina (isthmus).

Tělo děložní je u dospělé ženy dvojnásobně dlouhé oproti děložnímu hrdlu. Na děložním těle rozeznáváme přední a zadní stěnu, které se v okraji spojují v hrany děložní a v horní části tvoří fundus děložní. Děložní fundus je mírně vyklenutý a po stranách přechází v rohy děložní, ze kterých vychází děložní vazy a vejcovody.

Děložní hrdlo má válcovitý tvar, který se kaudálním směrem zužuje. Hrdlo je poševním úponem rozděleno na dvě části: supravaginální a vaginální, této části říkáme děložní čípek. Děložní čípek má přední a zadní pysk, mezi nimiž je zevní branka, která je ústím kanálu děložního hrdla. Tento kanál spojuje děložní dutinu s pochvou. Kanál hrdla vystýlá cylindrický epitel. Ectocervix je část obrácená do pochvy, je kryta dlaždicovým epitelem (4, 6, 7). Dělohu tvoří tři vrstvy: endometrium - sliznice vystýlající děložní dutinu; myometrium - svalová vrstva; perimetrium - povrchová vrstva dělohy (2, 5).

#### *Vejcovod (tuba, salpinx)*

Vejcovod je dutý, párový orgán, který je dlouhý 8-13cm a tlustý 2-4 mm. Vejcovody vyběhají z děložních rohů směrem k vaječnickům. Stěna se skládá ze třech vrstev: vnitřní sliznice s řasinkovým epitelem, střední vrstva z hladké svaloviny a zevně je vejcovod kryt serózou (1, 4).

#### *Vaječník (ovarium)*

Vaječník je párovou žlázou o velikosti vlašského ořechu. Má dvojí funkci - rozmnožovací a endokrinní (2,3). Jeho povrch je kvůli dozrávání folikulů hrboletý, není kryt peritoneem. Vaječník se dělí na kůru a dřev. Kůra obsahuje folikulární aparát v různém stadiu vývoje folikulů. Dřev je tvořena vazivem a množstvím cév (1, 4, 5).

## **1.2 Klasifikace nádorových onemocnění a jejich šíření**

Nádory jsou útvary tvořeny tkání, jejíž růst se vymkl kontrole organismu. Dělíme je na benigní a maligní.

*Benigní nádory* mají ohraničený růst, nepřemísťují se, nemetastazují. Často nemají větší negativní účinek na organismus (7).

*Maligní nádory* jsou definované jako skupina nemocí, pro které je typický neomezený růst buněk tkání. To znamená, že normální mechanismus, který kontroluje růst buněk je trvale poškozen. Konečným výsledkem je nárůst buněčné masy nádoru, který napadá a ničí normální tkáň. Často rostou rychle, infiltrují se do okolí a vytváří metastázy - vzdálená ložiska. Pokud nejsou včas léčeny, způsobují smrt organismu (7).

Morfologicky se nádorový růst projevuje způsoby:

- a) Růst expanzivní - mechanicky utlačuje okolí, okolní tkáň atrofuje.
- b) Růst infiltrativní - nádorové buňky vrůstají mezi buňky okolních tkání bez jejich přímého ničení.
- c) Růst invazivní - nádorové buňky vrůstají do buněk okolních tkání, ty jsou tak poškozeny a ničeny. Je to typický růst zhoubného nádoru.

### **1.2.1 Šíření nádoru v organismu**

Nádory se v organismu šíří čtyřmi způsoby:

- a) Pokračujícím místním růstem, který zasahuje někdy i rozsáhlé partie těla. Častěji v místech, kde nejsou anatomické překážky pro volné šíření nádorových buněk.
- b) Metastazováním lymfatickými cestami, což znamená zakládání vzdálených ložisek v průběhu lymfatických cest. Může přejít v šíření krevní cestou, protože lymfatické cesty ústí do krevního systému.
- c) Metastazováním krevními cestami, kdy jde o šíření nádorových buněk krevním systémem.
- D) Implantačně (8).

### **1.2.2 TMN klasifikace**

Používá se u morfologicky ověřených nádorů. Rozsah nádoru se zjišťuje dle předepsaných vyšetření. Onemocnění podléhají onkologickému hlášení a dále se označují jako zhoubné nádory či novotvary. Povinnost hlásit zhoubný nádor má každý poskytovatel zdravotních služeb, který stanovil diagnózu do formuláře „Incidence a léčba zhoubného novotvaru“ a každý poskytovatel zdravotních služeb, který odpovídá za léčení a dispenzarizaci. 7. verze byla v ČR vydána 1. 1. 2011 (sdělení ČSÚ č. 324/2010 ze dne 29. 11. 2010, částka 118/2010 Sb.). TNM je systém, kterým se popisuje anatomický rozsah změn k určení tří složek:

T= rozsah primárního nádoru

N= přítomnost či nepřítomnost a rozsah metastáz v regionálních uzlinách

M= přítomnost či nepřítomnost vzdálených metastáz.

Rozsah nádorového procesu systému TNM kategorií je určen číslem přidaným za písmeno. Čím je číslo vyšší, tím je vyšší i rozsah nádoru a jeho šíření v dané kategorii. Pokud nebyla provedena předepsaná vyšetření, používá se pro stanovení kategorie symbol X. Možná hodnocení jsou: T0, T1, T2, T3, T4, TX

N0, N1, N2, N3, N4, NX

M0, M1, MX(9).

### **1.3 Základní vyšetření v gynekologické onkologii**

Každá žena v České republice od 15-ti let věku, má ročně hrazeno jedno preventivní gynekologické vyšetření, včetně cytologie a kolposkopie. Díky preventivním prohlídkám dochází k včasnému odhalení prekanceróz, a to hlavně u hrdla děložního. Je proto nutné ženám vysvětlovat důležitost preventivních prohlídek. Další věc, o které by měly porodní asistentky edukovat, jsou rizikové faktory vedoucí k prekancerózám a kancerózám. O těch se více zmíním u klasifikace nádorových onemocnění. (6)

Preventivní gynekologické vyšetření má několik kroků, které by lékař neměl podkročit. Jedná se o: Odběr anamnézy, inspekci a prohmatání břicha, inspekci zevního genitálu, vyšetření v zrcadlech, bimanuální palpační gynekologické vyšetření, kolposkopii, cytologii, případně o ultrazvukové vyšetření. Při podezření na zhoubné onemocnění se provádí odběr tkáně na histologické vyšetření. Nejčastěji se provádí excize (pochva a vulva),

biopsie (děložní hrdlo), kyretáž a hysteroskopie (děložní tělo). Při potvrzení zhoubného nádoru se před začátkem léčby obligatorně provádí gynekologické vyšetření, ultrazvuk pánve, dutiny břišní, rentgen plic. Fakultativně se provádí CT, NMR, vyšetření močového měchýře a střeva. (7)

Diagnostické metody v onkogynekologii pomáhají v určení diagnózy, určení stadia onemocnění (staging), to znamená určení jeho rozsahu, zhodnocení prognózy léčby, sledování nemocného, plánování radioterapie, zjištění komplikací onemocnění nebo léčby. (8, 11)

### ***1.3.1 Anamnéza***

Jsou to informace o předchozím zdravotním stavu ženy. Vyšetření začíná rodinnou anamnézou, zjišťujeme karcinomy, nemoci srdce a plic, psychiatrická onemocnění, vrozené vývojové vady. Dále se ptáme na osobní anamnézu, zaměstnání, alergie. Gynekologicko – porodnická anamnéza zahrnuje údaje o menstruaci, její délku, délku cyklu, intenzitu, pravidelnost, poslední menstruaci. Pokud žena rodila, pak průběh porodu a šestinedělí, prodělané potraty, užívanou antikoncepci. Zjistíme současné zdravotní problémy. Otázky jsou kladeny cíleně, odběr anamnézy může vést k diagnóze. (1, 8)

Sběr informací musí probíhat citlivě ale důsledně, protože některé pacientky mohou problémy zveličovat, jiné bagatelizovat. (11)

### ***1.3.2 Vaginální vyšetření***

Provádí se na gynekologickém křesle nebo na lůžku. Křížová oblast je podložená, aby byla pánev mírně nadzdvížená. Vaginální vyšetření má svůj postup: Vyšetření pohledem zevních rodidel- typ ochlupení, velikost klitoris, malých a velkých stydkých pysků, uložení močové trubice, okolí poševního vchodu, dále výtoky a změny na kůži a hrázi. Vyšetření v zrcadlech- toto vyšetření se zaměřuje na poševní vchod, změny v pochvě a na děložní hrdlo- jeho povrch a sekret. Posledním krokem je palpační vyšetření, pro toto vyšetření je nutné, aby měla žena vyprázdňený močový měchýř. Vyšetření se provádí jedním nebo dvěma prsty. Jedná se o bimanuální vyšetření. Jde o spolupráci prstů zavedených po pochvy a druhé ruky, která hmatá zevně na podbříšku. Tímto vyšetřením se popisuje tvar, konzistence, uložení děložního hrdla, tvar, konzistenci a velikost dělohy, změny na adnexech, v okolí dělohy a bolestivost při palpaci.



### **1.3.3 Vyšetření per rektum**

Provádí se v stejné poloze jako vaginální vyšetření, a to v případech, kdy je potřeba doplnit vaginální bimanuální vyšetření. Zejména pro posouzení změn na zadní stěně děložní, pro posouzení šíření tumoru z čípku do parametrií, dále i k diagnostice nádoru rekta. Je vhodné, aby se na vyšetřovací rukavici naněs gel (11).

### **1.3.4 Kolposkopie**

Kolposkop je binokulární lupa, to znamená lupa, do které se díváme oběma očima. Kolposkopem lze prohlédnout zevní rodidla, pochvu a děložní hrdlo. Pokud čípek potřebe 3% kyselinou octovou a Lugolovým roztokem, dosáhneme přesnějšího vyšetření - jedná se o rozšířenou kolposkopii. Tímto vyšetřením můžeme rozeznat okem neviditelné změny - zhoubné bujení, exofytický růst, malé ulcerace.

### **1.3.5 Cytologie**

Cytologie slouží k diagnostice změn ve tkáních. Buňky k cytologickému vyšetření získáváme stěrem, aspirací nebo punkcí z dutin. V prevenci se nejčastěji užívá kartáčku „Cytobrush“. Materiál je natřen na sklíčko, fixován a následně odeslán do akreditované laboratoře. (1,4)

Vyhodnocení cytologických stěrů: musí odpovídat stavu tkáně, ze které byly odebrány, to je histologii. Dnes se užívá systém hodnocení dle Bethesda. Je to hodnocení cervikovaginálního stěru do všech podrobností. Je nutné přesné vyplnění průvodky k cytologickému stěru (příloha č. 1). Cytolog hodnotí kvalitu stěru a benigní změny (infekce, reparativní změny, hormonální stav, všechny atypické změny na dlaždicovém epitelu, žlázovém epitelu). Podmínkou pro stanovení správného cytologického závěru je zhotovení dokonalého stěru především odběrem buněk z odpovídajícího místa, v dostatečném množství a správně nanesených na sklíčko (9).

Nejčastěji nalézáme SIL= skvamozní intraepiteliální léze. Jedná se o poruchu normální tkáně s tvorbou abnormální tkáně v oblasti povrchových buněk dlaždicového epitelu. Je to kategorizace cytologických stěrů.

**Low grade sil** = nízký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (LSIL) je prekanceróza lehkého stupně. Jádra buněk jsou 3-6x větší než jádra normálních buněk. Změny způsobují HPV. Buňky leží jednotlivě nebo v plátech. Cytoplazma má zřetelné hranice. Cytologický obraz

může odpovídat i histologickému obrazu CIN I (cervikální intraepiteliální neoplasie) – lehká dysplazie.

**High grade sil** = vysoký stupeň dlaždicové intraepitelové léze (HSIL) Je to závažná nebo těžší forma prekancerózy. Zvětšuje se poměr jádra a cytoplazmy. Cytologický obraz odpovídá histologickému obrazu CIN II (střední, těžká dysplazie) až CIN III (9).

### ***1.3.6 Role porodní asistentky během gynekologického vyšetření***

Úkolem porodní asistentky je připravit ženu ke gynekologickému vyšetření, změřit krevní tlak, puls, teplotu, zajistit možnost vymočit se a provést hygienu genitálu. Poučí ženu o odložení oděvu do půl pasu a zajistí jí soukromí. V případě potřeby dopomůže ženě na gynekologické křeslo. Připravuje pomůcky a asistuje lékaři při vyšetření a odběru biologického materiálu. V indikovaných případech provádí orientační vyšetření moči. (5)

## ***1.4 Druhy nádorových onemocnění v gynekologii***

Nádorová onemocnění postihují všechny orgány ženského pohlavního aparátu. V následující kapitole se budu věnovat charakteristice nádoru jednotlivých orgánů, jeho projevům, diagnostice a možné léčbě.

### ***1.4.1 Karcinom vulvy***

Karcinomy vulvy tvoří 3-5% gynekologických maligních nádorů. Mezi zhoubné nádory patří spinocelulární karcinom, melanom, verukózní karcinom. Po menopauze vznikají často v oblasti dystrofických změn. K rizikovým faktorům vzniku patří vyšší věk (maximum výskytu je v 70-80 letech). Sexuálně přenosné infekce, zejména high-risk typy lidských papilomavirů (HPV 16, 18), kouření, imunosuprese, VIN v anamnéze, diabetes mellitus, obezita, multiparita, pozdní menarché, časná menopauza.

Klinickým obrazem zhoubného nádoru vulvy je špinění, krvácení, výtok, zápach, pálení, svědění, bolest. Objektivně ulcerózní defekt nebo exofytický nádor na vulvě (nejčastější lokalizace: 1. labia, 2. klitoris, 3. zadní komisura), zvětšení tříselných uzlin.

Diagnóza a vyšetření: především sběr anamnézy- bolest, pálení, svědění, výtok, krvácení, špinění. Fyzikální vyšetření a to vyšetření celkové, vyšetření břicha a inguinofemorálních uzlin. Gynekologické vyšetření včetně vulvoskopie (vyšetření vulvy kolposkopem), kolposkopie a cytologie děložního hrdla, bimanuální vyšetření. Reprezentativní biopsie s následným histopatologickým vyšetřením. Základní hematologická a biochemická vyšetření.

RTG srdce a plic, sonografie pánve, jater a ledvin nebo vylučovací urografie, uretrocystoskopie a rektoskopie. U pokročilejších nálezů CT pánve a retroperitonea.

Léčba je individuální v závislosti na stadiu onemocnění. Jedná se o excizi, jednoduchou vulvectomii, při invazi onemocnění do 1mm; radikální vulvectomii- vulvectomie s oboustrannou inguinofemorální lymfadenectomií, anovulvectomie + kolostomie (5). Při menším postižení se místo systematické lymfadenektomie nyní provádí odběr sentinelové uzliny, což je pro pacientku šetrnější a systematická lymfadenektomie je nutná pouze v případě pozitivní histologie. Samotnou radioterapii či chemoradioterapii podstupují pouze ženy s pokročilejším stádiem onemocnění, u kterých nelze provést operační léčbu. U žen s pokročilým onemocněním se provádí předoperační radioterapie. Pooperační radioterapie je indikována u žen se zasaženými dvěma a více uzlinami, s nádorem větším než 4cm, nádorem T3 a T4, hloubkou invaze nádoru větší než 5mm. Chemoterapie se u karcinomu vulvy používá zřídka, především u mladých pacientek s postižením lymfatických uzlin či šíření nádoru mimo vulvu (13).

#### **1.4.2 Karcinom pochvy**

Karcinomy pochvy tvoří asi 1-2% gynekologicky maligních nádorů. Mezi zhoubné nádory patří spinocelulární karcinom, adenokarcinom, metastazují sem nádory z karcinomu hrdla děložního, vulvy, močového měchýře, rekta. Maximum výskytu je mezi 60. a 70. rokem věku)

Mezi rizikové faktory patří sexuálně přenosné infekce, radioterapie v oblasti malé pánve, jiný gynekologický karcinom, imunodeficience, imunosuprese. Prognózu onemocnění ovlivňuje histologický typ, hloubka invaze, věk, velikost nádoru a počet pozitivních uzlin.

Klinický obraz je výtok, špinění, krvácení, zápach, kontaktní- postkoitální špinění nebo krvácení, urologické a defekační obtíže. U pokročilejších nálezů je bolestivost. Nádor vytváří exofytický útvar, infiltrát nebo ulcerózní defekt poševní sliznice.

Diagnóza a vyšetření jsou podobné jako u karcinomu vulvy- anamnéza, fyzikální vyšetření, gynekologické vyšetření, kolposkopie a cytologie děložního hrdla, palpační vyšetření per vaginam a per rektum, vyšetření třísel, vyšetření hematologické a biochemické, zobrazovací vyšetření- ultrasonografie tříselných uzlin, podle lokalizace cystoskopie a rektoskopie, CT pánve a retroperitonea, biopsie (5, 13)

Léčba je dle rozsahu a stadia onemocnění. Chirurgická léčba se provádí u mladých žen s lokalizovanou intraepiteliální lézí, a to částečná nebo prostá kolpekтомie. Nejužívanější léčbou je radioterapie a to především brachyterapie, u pokročilých nádorů teleterapie (13).

### **1.4.3 Karcinom děložního hrdla**

V České republice má nádor děložního hrdla dlouhodobě vysokou incidenci. Mezi zhoubné nádory patří spinocelulární karcinom a adenokarcinom. Předchází mu prekancerózy- abnormální epitel, dysplazie-porucha růstu.

Výskyt je nejčastější u žen mezi 40.-50. rokem věku. Mezi rizikové faktory karcinomu děložního hrdla patří časný začátek sexuálního života, promiskuita, nízký věk prvního porodu, multiparita, kouření, nízký socioekonomický status, imunodeficience, imunosuprese, sexuálně přenosné infekce.

Klinický obraz karcinomu děložního hrdla je spontánní nebo postkoitální špinění, krvácení, zapáchající vodnatý fluor, bolest. Dále dysurie, časté uroinfekce, urémie, tenesmy, bolestivá defekace, edém dolních končetin.

Klasifikace je dle makroskopického vzhledu- exofytická forma vypadá jako křehké bradavičnaté nebo květákovité výrůstky, které se na povrchu rozpadají a pronikají do okolí. Bývá lokalizovaná především na povrchu čípku. Druhá forma je endofytická, nádor prorůstá do hloubky, infiltruje stěnu děložního hrdla, později se rozpadá a tvoří se krvácející vřed. Diagnóza je především při screeningu- kolposkopie, cytologie. Je nutné provést histopatologické ověření nálezu prebiotických metod. Při pozitivitě nálezu pak RTG plic, cystoskopie, UZ ledvin. Hematologické vyšetření, biochemické testy, rektoskopie, MR a CT pánve a retroperitonea.

Léčba závisí na stadiu onemocnění, na základě TNM klasifikace. (5). Standardně lze léčbu rozdělit pro *časná stádia* - dle FIGO stadium IA-IIA, kdy se uplatňuje chirurgická léčba a pro *pozdní stádia*, kdy je první volbou radioterapie či chemoradioterapie. U invazí do 3 mm se provádí konizace nebo hysterektomi. U hlubších invazí se provádí pánevní lymfadenektomie a radikální hysterektomie- odstranění dělohy, parametrií, resekce části pochvy (13).

### **1.4.4 Karcinom děložního těla**

Karcinom děložního těla je nejčastějším gynekologickým nádorem se stoupající incidencí ve vyspělých zemích Evropy i Severní Ameriky. Nejčastější výskyt je mezi 60. a 70. rokem

věku ženy. Mezi zhoubné nádory patří adenokarcinom endometria, sarkom. Adenokarcinom děložního těla je nejčastější maligní nádor děložního těla. Prevencí je včasná diagnostika.

Mezi rizikové faktory patří pozitivní rodinná anamnéza, časná menarché, obezita, hypertenze, diabetes mellitus, pozdní menopauza- po 50. roce, nulliparita, dlouhodobé vystavení estrogenům, syndrom polycystických ovarií, stav po iradiaci pánve, imunodeficience, imunosuprese. Organizovaný screening tohoto zhoubného nádoru neexistuje. Pokud jsou přítomny rizikové faktory, pak je po menopauze vhodná vaginální sonografie a cytologické vyšetření.

Klinický obraz je výtok, metrorrhagia, zvláště perimenopauzální a postmenopauzální, větší měkká děloha, bolest v podbříšku, hnisavý nebo vodnatý fluor, zažívací potíže, postižení močového ústrojí.

Existují dva typy maligního nádoru těla děložního, první typ vzniká dlouhodobou stimulací endometria zvýšenou hladinou estrogenů. Druhý typ je karcinom, který vznikne bez vlivu estrogenů, tvoří metastázy a má horší prognózu.

Podle pokročilosti onemocnění rozdělujeme čtyři stupně. První stupeň je nádor omezený na děložní tělo, druhý stupeň se šíří do děložního hrdla, třetí stupeň přerůstá do pochvy, vejcovodů nebo vaječníků, čtvrtý stupeň je nádor, který se šíří na okolní orgány.

Diagnóza a vyšetření: anamnéza, gynekologické bimanuální vyšetření, cytologie endometria (uterobrushem), vyšetření per rektum, biopsie při hysteroskopii, základní biochemické vyšetření, RTG plic, UZ epigastria a cystoskopické vyšetření. (5)

Chirurgická léčba karcinomu endometria se provádí u stadia onemocnění T1, T2 a T3 (příloha č. 2). A to totální abdominální hysterektomie s adnexetomií, resekci vaginální manžety a peritoneální laváž s cytologickým vyšetřením dolní střední laparotomií nebo laparoskopii. Lymfadenektomie se provádí v indikovaných případech. Pokud nelze provést chirurgickou léčbu zahajuje se kurativní radioterapie. Pooperační radioterapie je indikována vždy, když jsou zasaženy lymfatické uzliny. Hormonální terapie je spíše terapií paliativní, zejména u pacientek s plicními metastázami. Stejně tak chemoterapie je paliativní léčbou (13).

#### **1.4.5 Karcinom vejcovodů**

Primární zhoubné nádory vejcovodu jsou vzácné, častější je sekundární prorůstání do vejcovodu z dělohy nebo vaječníku.

Mezi rizikové faktory patří sterilita, nulliparita, salpingitis v anamnéze, věk nad 50 let. Klinický obraz je tlak a bolest v břiše, často kolikovitá, nahnědlý výtok, který trvá i po kyretáži, suspektní žlázové buňky v cytologii při negativní kyretáži, zvětšení břicha.

Diagnóza a vyšetření: anamnéza, fyzikální a gynekologické vyšetření, onkologická cytologie děložního hrdla, laboratorní vyšetření, marker Ca 125, zobrazovací metody. Léčba je stejná jako u karcinomu ovaria. (5)

#### **1.4.6 Karcinom vaječníku**

Karcinom vaječníku je třetím nejčastějším nádorem ženských pohlavních orgánů. Nejčastějším zhoubným nádorem vaječníku je cystadenokarcinom. Metastazují sem nádory z trávicí trubice.

Podle histologického původu dělíme maligní nádor vaječníku na serózní, mucinózní nebo endometroidní.

Dle pokročilosti onemocnění dělíme karcinomy na čtyři stádia. V prvním stádiu je karcinom omezen pouze na vaječník, druhý stupeň zasahuje vejcovod, dělohu a jiné tkáně, třetí stupeň se šíří mimo pánev a čtvrtý stupeň je karcinom se vzdálenými metastázemi.

Mezi rizikové faktory patří pozitivní rodinná anamnéza, časná menarché, pozdní menopauza, nulliparita, vysoký příjem živočišných tuků, vyšší věk, virová infekce v anamnéze jako příušnice, karcinom endometria a kolorektální karcinom v anamnéze. Prevencí je hormonální antikoncepce užívaná déle jak 5 let.

Prevence i včasná diagnostika jsou obtížné, včasná diagnostika je většinou náhodným nálezem při gynekologickém vyšetření jako hmatná rezistence v pánvi nebo břiše. Karcinom vaječníku je dlouho asymptomatický, později vznikají dyspeptické potíže, tlak a bolest v břiše, poruchy vyprazdňování, poruchy menstruačního krvácení, sterilita, zvětšování břicha, ascites, hydronefróza způsobená tlakem nádoru na močový měchýř, úbytek hmotnosti, kachektizace, obraz náhlé příhody břišní při nekróze, krvácení, ruptuře, torzi tumoru. Asi polovina pacientek má zvýšenou hladinu nádorového markeru CA 125. Může nastat feminizace nebo maskulinizace u hormonálně aktivních nádorů.

Diagnóza a vyšetření: anamnéza včetně anamnézy rodinné- dědičné syndromy: karcinom prsu a ovaria, fyzikální a gynekologické vyšetření včetně vyšetření per rektum, cytologie, základní hematologická a biochemická vyšetření, vyšetření nádorových markerů, RTG plic, ultrasonografie malé pánve, CT malé pánve, břicha, retroperitonea, cystoskopie, rektoskopie, koloskopie.

Terapie je chirurgická a konzervativní. Radikalita chirurgické operace závisí na rozsahu nádoru. Provádí se abdominální hysterektomie s oboustrannou adexektomií, omenektomií, stagingová biopsie, lymfadenektomie pánevní a paraaortální, appendektomie. Chemoterapie se užívá neoadjuvantně u neoperabilních nádorů k jeho zmenšení, adjuvantně po chirurgických výkonech, při léčbě recidiv a paliativně. Po neoadjuvantní chemoterapii následuje při zmenšení nádoru interval debulking surgery.

## **1.5 Léčebné postupy**

Rozsah a náročnost léčby závisí na charakteru a lokalizaci nádorového bujení. Chirurgická léčba je buď radikální, kdy se odstraní celý nádor společně s okolními zdravými tkáněmi, a nebo léčba paliativní, která nemá léčebný účinek, ale zmírňuje klientce bolest a obtíže. (14, 15)

Operační přístupy jsou dva- abdominální a vaginální.

### **Abdominální**

Laparotomie je chirurgické otevření dutiny břišní. (16) Je indikována při větším výkonu. Nevýhodou je větší pooperační dyskomfort, riziko vzniku hernií v jizvě, zpomalení střevní peristaltiky. Dolní střední laparotomie je řez od symfýzy k pupku, řez dle Phannenstiela je příčný řez nad symfýzou.

Laparoskopie je endoskopický diagnosticko-terapeutický výkon v dutině břišní, který se provádí pomocí laparoskopu.

### **Vaginální**

Řadí se sem operační výkony prováděné na vulvě, hrázi, poševních stěnách, pánevním dnu, děložním čípku. Provádí se v gynekologické poloze. (5)

Operační řešení může být doplněno ještě chemoterapií, radioterapií a hormonální léčbou.

**Chemoterapie** je léčba cytostatiky, které ničí nádorovou buňku. Aplikují se enterálně nebo parenterálně, a to buď intravenózně, implantací podkožního rezervoáru s kanylou ústící do horní duté žíly, a nebo perfúzí nádoru cytostatiky přímo do tepny, která nádor vyživuje.

**Radioterapie** je léčebná aplikace ionizujícího záření. Klientka je před aplikací poučena o celkové hygienické očistě, o očištění klyzma před aplikací, o nutnosti vymočit se před aplikací. Velice důležitá je i psychická podpora klientky.

**Hormonální léčba** se používá u hormonálně závislých nádorů- aplikují se vysoké dávky opačně působícího hormonu. (14)

## **1.6 Onkogynekologie**

Onkogynekologie je podoborem gynekologie a porodnictví, zabývá se diagnostikou a léčbou zhoubných nádorů rodidel. Tyto nádory tvoří 12-15% všech maligních nádorů žen. A to z největší části karcinom děložního hrdla, karcinom endometria a karcinom vaječníku. Freitag říká, že: „K častému výskytu nádorů reprodukčního traktu přispívá zřejmě několik faktorů. Sexuální život přináší možnost expozice některým přenosným infekcím, jejichž původci mají určitý onkogenní potenciál. To je prokazatelné například u rizikových typů lidských papilomavirů. Dále se zřejmě uplatňuje cykličnost a periodicitu tkáňových přeměn ve fertilním věku, které dávají větší pravděpodobnost maligní transformace. Roli mají nepochybně životní styl a výživa žen.“<sup>17</sup>

## **1.7 Role porodní asistentky**

Kompetence a práci porodní asistentky vymezuje Zákon č. 96/2004 Sb. a vyhláška č. 55/2011 Sb.: Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky se získává absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek, tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004 střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.

(2) Porodní asistentka, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. c), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání porodní asistentky na úseku péče o ženu během těhotenství, porodu a šestinedělí a péče o novorozence. Porodní asistentka musí prokázat činnost na každém z těchto úseků v minimální délce 1 měsíce, kromě úseku péče o ženu během porodu, kde musí prokázat činnost v minimální délce 6 měsíců. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.

(3) Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to jest zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská



péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

(4) Pokud způsobilost k výkonu porodní asistentky získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti porodní asistent (19).

### **1.7.1 Edukace žen s nádorovým onemocněním**

Porodní asistentka, která je v kontaktu se ženami s onkologickou diagnózou musí znát specifika jejich chování. Po sdělení diagnózy dochází k psychické odezvě. Ta má několik fází. Fáze probíhají zpravidla v následujícím pořadí, avšak někdy může dojít k jejich změně, či k úplnému přeskočení některé fáze. Definovala je Kübler-Rossová:

**Šok**, jedná se o emočně velmi silnou odezvu, která se projevuje pláčem, ztíženým dechem, silným neklidem nebo naopak strnulostí. Pacientka se ptá, proč onemocnění postihlo právě ji. Tato fáze trvá různě dlouho a zpravidla odezní sama.

**Popření**, pacientka se nehodlá s diagnózou smířit, hledá racionální vysvětlení, pochybuje o správnosti diagnózy.

**Agrese**, pacientka je v emoční pasti, projevuje se zlostně vůči zdravým lidem ve svém okolí. V závislosti na své mentalitě buď přestává se zdravotníky komunikovat, nebo je se vším nespokojena, hádá se a odmítají pomoc.

**Smlouvání**, pacientky se uchylují k tzv. boží, přírodní nebo lékařské autoritě. Za uzdravení slibují zlepšení života. Odůvodňují svoji existenci dětmi, rodinou.

**Deprese**, je nejtěžší fází odezvy, kdy se pacient zcela ponoří do beznaděje, strachu, úzkosti. Tato fáze je pro pacienty i léčbu nebezpečná, a je nutné ji překonat psychofarmaky.

**Smíření**, jedná se o fázi psychického uvolnění. Převažuje rozumový přístup k nemoci i k léčbě.

Porodní asistentka musí znát tyto fáze, musí vědět, jak se pacientka v dané fázi pravděpodobně bude chovat, musí poznat, ve které fázi se pacientka aktuálně nachází, aby mohla adekvátně reagovat na pacientčiny požadavky, nálady, chování. Měla by také s těmito fázemi a chováním seznámit rodinu a přátele pacientky. (8)

Porodní asistentka si musí uvědomit, že pacientka je psychicky zdravá žena, ve složité, emočně napjaté situaci. V krizových situacích, kdy na ni pacientka ventiluje svoji zlost, musí zachovat klid, svým chováním by měla snížit pacientčinu úzkost. Na každou pacientku by si měla vyhradit čas, kdy pacientka bude vědět, že je tu jen pro ni, že ji vyslechne. Povzbuzení a sílu pacientce dodá každé pochválení za sebemenší úspěch. Pokud se bude porodní asistentka

aktivně ptát, co pro pacientku může udělat, vzbudí u pacientky důvěru, naději a povzbudí ke spolupráci v léčbě. (8)

### **1.7.2 Perioperační péče porodní asistentky**

Porodní asistentka pečuje o ženu s onkologickým onemocněním před operací, během operace a po operaci.

#### **Ošetrovatelský proces**

Ošetrovatelství je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako: „Systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“(21).

Ošetrovatelství je zaměřeno především na udržení zdraví, na jeho podporu a navrácení, na rozvoj soběstačnosti klienta, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Vzájemně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci (21).

Metodou moderního ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, to je způsob, jakým sestra vykonává péči o člověka. Tato péče musí být založena na uváženém a organizovaném uspokojování potřeb a řešení problémů. Člověk je zde chápán jako celek, na který působí řada faktorů ovlivňujících jeho prožívání zdraví a nemoci. Moderní ošetrovatelská péče klade důraz hlavně na podporu a udržení zdraví, toho lze dosáhnout především aktivní účastí pacienta během ošetrovatelského procesu v rozhodování o své péči. Jednotlivec nebo skupina spolu s porodní asistentkou zhodnotí své potřeby, sestaví plán péče, společně se podílí na jeho plnění a zhodnocení dosažených výsledků (21).

Ošetrovatelský proces představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Je to systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je zlepšení zdravotního stavu pacienta. Individualizovanou ošetrovatelskou péči provádí porodní asistentka sama nebo ve spolupráci s pacientem. Tyto ošetrovatelské činnosti umožňují porodní asistentce samostatně rozhodovat o nejvhodnějším způsobu péče o pacienta, dosahování stanovených cílů a měření pokroku, kterého pacient dosáhl (21).

Ošetrovatelský proces má pět fází: zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení. Ve fázi zhodnocení porodní asistentka sbírá informace a hodnotí zdravotní stav pacienta, možná rizika a patologické procesy. Během diagnostiky analyzuje data a stanovuje existující i potenciální problémy. Následně porodní asistentka spolu s pacientem určí

problémy vyžadující okamžitou pozornost, stanoví cíle a očekávané výsledky, určí činnosti potřebné k dosažení cíle, zaznamená individualizovaný plán péče. Po sestavení plánu péče ho realizuje. Během realizace sleduje reakce pacienta, jeho stav, zda se nevyskytl nový problém a zda je plán péče stále aktuální. V poslední fázi zhodnotí spolu s pacientem, zda došlo k dosažení stanoveného cíle (21).

## **Edukace**

Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Znamená to výchovu a vzdělávání jedince. Edukace by měla být součástí ošetrovatelské péče. Zpravidla se dělí na pět fází, které bychom měli zařadit do ošetrovatelského procesu.

V první fázi zjistíme úroveň znalostí, dovedností a zvyků pacientky. Ke zjištění porodní asistentka využije například rozhovor nebo pozorování. Ve druhé fázi- fázi projektování porodní asistentka naplánuje cíl, metodu, obsah a čas edukace. Třetí fázi je realizace, kdy porodní asistentka pacientce zprostředkuje nové poznatky, je důležité, aby si pacientka nové vědomosti a dovednosti zafixovala, aby byly nové vědomosti a dovednosti procvičovány a opakovány. Porodní asistentka se také snaží ověřit, zda pacientka opravdu dané vědomosti má a dovednosti umí sama provést. Následuje fáze upevňování a prohlubování učiva, to znamená systematické opakování a prohlubování vědomostí a dovedností. Pátou fází je zpětná vazba (22).

Edukace pacientky porodní asistentkou by měla zahrnout předoperační péči, perioperační péči a pooperační péči.

Do pooperační edukace a péče řadíme péči o ránu a prevenci vzniku infekce, stravování a vyprazdňování, bolest, pohyb a vstávání, sexuální život po operaci, specifika radioterapie a chemoterapie.

### ***1.7.3 Péče o ránu a infekci***

Operační rána se může hojit primárně nebo sekundárně. Primární hojení probíhá, pokud jsou povrchy tkání uzavřené bez nepatrné ztráty tkáně, granulační tkáně a jizevnatění. Pokud se rána hojí sekundárně, má větší ztrátu tkáně. Od primárního hojení se liší delší dobou hojení, větším jizevnatěním a větším rizikem vzniku infekce. Naším cílem je primární hojení rány.

Při kontrole rány se zaměřujeme na její vzhled, otok, výtok, bolestivost. 3 až 5 dní po operaci můžeme očekávat silnou bolestivost v jizvě, která se postupně mírní. Pokud se bolest nezmírňuje, může to být známkou počínající infekce (23).

U laparotomické operační rány je indikována její komprese alespoň na 12 hodin, čímž se předchází vzniku hematomu v jizvě. Operační rána by měla být na 24 hodin překryta sterilním krytím. Porodní asistentka musí při kontaktu s operační ránou postupovat přísně asepticky. První pooperační den se rána ošetřuje dezinfekcí, následně žena ránu umývá běžným mýdlem a po hygieně důkladně jemně osuší. Ránu udržuje v suchu. U obézní ženy, je vhodné do záhybů kůže v místě jizvy vkládat sterilní longetu. Pokud je rána šitá pokračovacím stehem, je steh vyndáván 6. pooperační den. U sutury tvořené jednotlivými stehy se polovina stehů vyndává 5. pooperační den a druhá polovina 7. pooperační den (24).

Chirurgicky se rány dělí na čisté, čisté kontaminované, kontaminované a znečištěné. Čistá rána je taková rána, kdy nedošlo k infekci, čistá kontaminovaná je taková rána, kdy byl zasažen nesterilní trakt kontrolovaně, například operační rána na pochvě, a nevznikly žádné známky infekce. Kontaminovaná rána je čerstvá otevřená rána, vznikající především poraněním nebo kontaminací při operaci. Znečištěná rána je rána s existující klinickou infekcí (25).

Onkologičtí pacienti mohou mít oslabenou imunitu, a proto lze očekávat pomalejší hojení operační rány. Porodní asistentka pravidelně hodnotí tělesnou teplotu pacientky, sekreci z rány a drénů, zhoršení pooperační bolesti, změnu pohyblivosti pacientky, změnu prokrvení nebo otoky končetin (11).

#### **1.7.4 Stravování a vyprazdňování**

Po operaci je důležitá důsledná hydratace pacientky a dodržování lékařem ordinované diety. Je nutné postupné zatížení trávicího traktu spolu s dostatečným přísunem kalorií. Výživa při nauze a zvracení je specifická tím, že mezi tuhou stravou a pitím, by se měly dělat přestávky. Podávají se menší porce v častějších intervalech. Upřednostňují se studená jídla a jídla s vysokým obsahem sacharidů. (10) Při zácpě se podává strava bohatá na vlákninu a teplé nápoje.

Podaná anestézie i samotný operační výkon mohou snížit až zastavit hybnost střev. Obnovení střevních pohybů může být v tomto období problematické. Několik dní po operaci bývá také obtížné močení, ale stav se upravuje sám (26). Nejpozději 4. pooperační den by mělo dojít k odchodu stolice. (24)

### **1.7.5 Bolest**

Nádorová bolest se vyskytuje až u 30% pacientek a až u 70% pacientek s pokročilým stádiem onemocnění. Současná medicína je schopna snížit nádorovou bolest na snesitelnou míru u všech onkologicky nemocných pacientů. Proto je nutný důkladný odběr anamnézy a edukace pacientky (8).

Po operaci klientka pociťuje akutní bolest. Akutní bolest netrvá dlouho, ale při vyšší intenzitě znamená pro pacientku stresovou záležitost a psychickou zátěž. Nekontrolovaná nebo špatně kontrolovaná bolest zhoršuje tělesné i duševní zdraví pacienta (27).

Pro kvalitní tlumení bolesti je nutná její dobrá diagnostika. Zjišťujeme lokalizaci, kvalitu a intenzitu bolesti. Intenzitu bolesti zjišťujeme pomocí vizuální analogové škály bolesti (VAS). Porodní asistentka musí ženu naučit s touto škálou pracovat. Hodnocení bolesti podle VAS probíhá pravidelně a subjektivně, podle pocitu pacientky. Hodnocení je od 0 do 10, kdy 0 není žádná bolest a 10 je nesnesitelná bolest (26).

Pacientky můžeme dělit podle zvládnutí bolesti do několika skupin. Optimistická pacientka bagatelizuje skutečnou míru bolesti, její závažnost. Oproti tomu pesimistická pacientka trpí zvýšenou měrou obavami z nebezpečí, čeká komplikace, může být i depresivní. Nadměrně se zabývá svojí chorobou. Bolest pociťuje intenzivněji. Realistická pacientka důvěřuje ošetřujícímu personálu. Reálně přijímá svoji bolest (28).

Podle nejnovějších medicínských poznatků je nevhodnější k terapii léčby bolesti užívat kombinaci farmakologických a nefarmakologických metod (29).

Mezi nefarmakologické metody tlumení bolesti patří fyzikální terapie, alternativní a doplňkové terapie, kognitivní a behaviorální terapie (27).

Vhodná je terapie chladem, tzv. kryoterapie, která vyvolá vazokonstrikci v místě poranění, sníží průtok krve do poraněné oblasti, zpomalí rozvoj otoků a sníží vznik modřin (30).

### **1.7.6 Pohyb a vstávání po operaci**

Porodní asistentka edukuje ženu o dechových cvičeních, odkašlávání s přidržením rány. O vstávání z lůžka a ulehání na lůžko přes bok.

Žena po vaginální operaci nesmí alespoň 14 dní sedět. Po odstranění močového katétru žena aktivně procvičuje svaly pánevního dna. Dále edukujeme o tom, že alespoň 2 měsíce po operaci by neměla zvedat břemena těžší než 2 kilogramy. Po 3 měsících se může začít

věnovat rekreačním sportům s výjimkou jízdy na kole. Té by se měla vyvarovat ještě alespoň 6 měsíců.

Žena po břišní operaci nesmí do odstranění stehů napínat břišní stěnu. Edukujeme ženu o zvedání břemen, která by po 10 až 12 týdnů od operace neměla být těžší než 2 kilogramy. Při jejich zvedání by měla žena podřepnout a zvedat je s pevnými zády, nepřepínat břišní stěnu. Rekreační sporty může začít provozovat asi po třech měsících. (31)

### **1.7.7 Sexuální život**

Žena musí být před operací podrobně a srozumitelně informována o pravděpodobných handicapech, které jí operace přinese nebo o omezeních, která mohou nastat. Každá gynekologická operace může mít negativní vliv na ženskou vzrušivost, reaktivitu a sexuální chování.

Abdominální operace ve většině případů nepřináší žádné pooperační sexuální problémy. Výjimkami je odstranění endokrinních žláz, kdy musí být žena patřičně edukována o možnosti, výhodách a rizicích hormonální substituční terapie; ovlivnění reprodukční funkce ženy při odstranění reprodukčního orgánu. Pokud je žena ve fertilním věku a přeje si otěhotnět, musí být řádně edukována o riziku snížení fertilního potenciálu a případně o možnostech asistované reprodukce. Z čistě anatomického hlediska by odstranění dělohy nemělo přinést negativní vliv na ženskou sexualitu. Z psychologického hlediska je to pro ženu často ztráta podstaty ženství, protože nemohou menstruat, otěhotnět. Kvalita sexuálního života je nejvíce závislá na kvalitě před operací. Obecně platí, že u nekomplikovaných abdominálních operací není potřeba žádných zvláštních opatření. Pohlavní styk je doporučován nejdříve po šesti týdnech od operace. U komplikovanějších, rozsáhlejších operací, pooperačních komplikací a abdominálních operací komunikujících s pochvou po zhojení operačního poranění.

Vaginální operace jsou oproti abdominálním operacím méně invazivní a mívají lehčí pooperační průběh. Podle radikality operace dochází k vlivu na následný sexuální život. Omezení očekáváme nejčastěji u exstirpace maligních tumorů s následnou chemoterapií a možné poševní stenózy. Koitální sex po vaginální operaci se doporučuje až po úplném zhojení operačních ran a pokud nečiní ženě žádný tělesný dyskomfort. Mezi nejčastější pooperační komplikace patří poruchy lubrikace, dyspareunie, vaginismus, stenóza pochvy a poševního vchodu, zkrácení pochvy, prolaps vaginálního pahýlu. (32)

### **1.7.8 Radioterapie**

Různé tkáně jsou různě senzitivní na ionizační záření. Citlivost nádoru je odhadnutelná dle histologického typu, nádorové tkáně, lokalizace nádoru nebo rozsahu postižení. Snahou radioterapie je vpravení co největší smrtící nádorové látky během určité doby. Limitující je bezpečnost pro okolní zdravou tkáň.

#### **Nežádoucí účinky radioterapie**

Při ozařování oblasti břicha se jedná především o nevolnost a zvracení. Snažíme se psychologicky ovlivnit pacientku, odvracet pozornost, naučit ji hlubokému dýchání, edukujeme ji o tom, že je třeba pít po malých doušcích, jíst často a v malých porcích, zajistíme neдрáždivou dietu, odstraníme dráždivé pachy. Ozařováním v oblasti pánve dochází k průjmům, enteritidě a cystitidě. Při zjištění průjmu či enteritidě zajistí porodní asistentka bezesbytkovou, lehce stravitelnou dietu, která je bohatá na bílkoviny a je kaloricky hodnotná. Dále zajistí kvalitní perineální hygienu případně poskytne mast na konečník. Zajistí dobrou dosažitelnost podložní mísy. Hodnotí účinky léků proti průjmu, sleduje četnost a konzistenci stolice, případně příměsi krve nebo hlenu. Pokud klientku postihne cystitida, edukuje ji porodní asistentka o příjmu tekutin, a to alespoň 2-3 litrů/den v pravidelných intervalech. Zajistí neдрáždivou dietu, klientka by měla vyloučit kávu, alkohol a cigarety. Porodní asistentka také hodnotí barvu a množství vyloučené moče. Při ozařování pánve může dojít také k poškození krevetvorby, je proto nutné pravidelně sledovat krevní obraz klientky.

Dochází také ke kožním změnám a to zejména při současném podání s chemoterapií. Rozlišujeme čtyři druhy kožních reakcí. Nejčastějším projevem je erytém, který se objevuje během prvního až třetího týdne. Klinické projevy připomínají spálení sluncem. Druhou kožní reakcí je olupování, takzvaná suchá deskvamace, jejím projevem je i svědění a dochází k němu během 3. - 6. týdne. Důvodem je zničení mazových žláz, stav je reverzibilní. Další kožní reakcí je vlhká deskvamace, kdy dochází k tvorbě puchýřků a odlupování epitelových vrstev. Stav není trvalý, ale je vhodné na přechodnou dobu přerušit léčbu. Pokožka se odlupuje v plátech, silně secernuje, přičemž je tento stav velice bolestivý. Defekt oplachujeme fyziologickým nebo Ringerovým roztokem, dezinfikujeme a používáme sterilní krytí. K atrofii kůže dochází při zničení potních a mazových žláz, může k němu docházet až do 5 let od aplikace radioterapie. Porodní asistentka edukuje pacientku o vhodném oblečení, to je volný neдрáždivý oděv. Dále o tom, že pokožku musí udržovat čistou a suchou, kůže se jemně osprchuje a lehce osuší. Na postiženou oblast nesmí používat deodoranty ani parfémy. Kůži by měla chránit před tepelným, mechanickým a chemickým podrážděním, také před

slunečním zářením. Po ozařování perianální oblasti by neměla používat toaletní papír, ale vlhčené ubrousky a konečník po stolici sprchovat (8, 13).

### **1.7.9 Chemoterapie**

Chemoterapie znamená podání léků, které vznikly chemickou syntézou. V onkologii se podávají léky – cytostatika se snahou zničení nádorové buňky. Během léčby cytostatiky dochází k množství nežádoucích účinků. Porodní asistentka edukuje pacientku o riziku jejich vzniku a také o následné péči.

**Útlum krvetvorby** se spojenými komplikacemi jako je únava a snížení obranyschopnosti je nejběžnější u prvního cyklu chemoterapie. Snížená obranyschopnost se projevuje infekcí. **Závažná infekce** se projeví jednak horečkou, ale i zvýšenou tepovou frekvencí, poklesem krevního tlaku, zrychleným dechem a někdy i apatií.

**Nevolnost a zvracení** závisí na druhu podaných cytostatik. Před prvním cyklem je nutné podat antiemetika. Vhodné je také snižovat faktory stresu, strachu, úzkosti a sledovat a zaznamenávat účinky antiemetické léčby.

**Poškození sliznice trávicího traktu** způsobuje průjem, někdy i krvavý. Je nutné edukovat pacientku o zvýšení hygieny, abychom předešli vzniku infekce na porušené sliznici.

**Alopecie** je nejčastější nežádoucí účinek chemoterapie. Závisí na podaných cytostatikách (8).

### **1.7.10 Ošetrovatelské diagnózy**

Bolest

Strach

Zármutek

Porucha sebedůvěry

Únava

Nedostatek tekutin

Infekce, Riziko infekce

Zácpa, Průjem

Deficit znalostí



## **2 Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Zjistit, jak jsou ženy edukovány zdravotnickým personálem, zda je pro ně míra informací srozumitelná a dostačující.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Otázka č. 1:

Chtějí ženy po operaci dostávat více informací o svém zdravotním stavu?

Otázka č. 2:

Nepovažují ženy informace podané porodní asistentkou za příliš odborné?

Otázka č. 3:

Dodržují ženy doporučení porodní asistentky?

## **3 Metodika**

### ***3.1 Metodika***

Ke zpracování výsledků výzkumného šetření mé bakalářské práce na téma „*Edukace žen po operaci pro zhoubné nádory rodidel*“ byla použita kvalitativní metoda. Jednalo se o strukturovaný rozhovor. Otázky se týkají názoru respondentek na srozumitelnost a míru podaných informací. Odpovědi byly průběžně zapisovány. Rozhovory se zakládaly na 13 otázkách (příloha č. 3) a probíhaly na oddělení operativní gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s. Díky tomu, že jsou rozhovory strukturované, je snadnější jejich vyhodnocení. Ženy byly dotazovány na stejné otázky, a podle specifika jejich onemocnění a operace byly přidány další, doplňující otázky.

Všechny ženy poskytly ústní souhlas k zapsání a zveřejnění jejich odpovědí se zachováním částečné anonymity. Jsou zveřejněna jen křestní jména a věk.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvoří ženy ve věku 49-73, které byly operovány pro zhoubný nádor rodidel. Jejich vzdělání je od odborného vyučení bez maturity až po vysokoškolské. Jedná se o ženy hospitalizované poprvé i hospitalizované opakovaně.

## 4 Výsledky výzkumu

### 4.1 Rozhovory s respondentkami

Klientky byly před rozhovorem informovány o účelu provedení rozhovoru. Také ústně potvrdily souhlas se zveřejněním v anonymní podobě – pouze iniciály.

#### 1. Respondentka

První respondentkou je paní N.O., které je 63 let. Její nejvyšší dokončené vzdělání je středoškolské s maturitou. Má 3 děti, všechna tři těhotenství i porody probíhaly bez komplikací. Paní N.O. je hospitalizovaná kvůli zhoubnému nádoru pochvy. K obvodnímu gynekologovi ji přivedly problémy trvající asi dva měsíce. *„Především mě trápil silný výtok a špinění, později i zápach. Taky jsem měla pocit, že se nemůžu dostatečně vymočít.“* Lékař provedl sérii vyšetření. Rozhodující byla pozitivní biopsie. Seznámil ji s možnostmi léčby.

Pro paní N.O. je to již druhá operace, asi před 10- ti lety byla na operaci žlučových cest. Nyní se jedná o vaginální operaci, byla jí provedena kolpektomie. Po operaci se dozvěděla o pozitivním výsledku histologického vyšetření a zařazení do onkologického týmu. *„Nejhorší pro mě bylo, když mi řekli o pozitivní histologii, a že mě čeká radioterapie.“* Informace byly podávány citlivě a v přiměřeném množství, lékaři sdělovali informace týkající se operace a léčby, porodní asistentky pak o ošetrovatelské péči. Většina informací byla sdělována na pokoji. *„Myslím, že sestřičky mi říkají všechno tak, abych to pochopila, a vždycky se zeptají, jestli všemu rozumím.“* Porodní asistentky edukují paní N.O. o hygieně a péči o ránu, a to především tak, že operační rána musí zůstat čistá a suchá, je vhodné ji taky dostatečně větrat. Dále byla poučena o vstávání z lůžka. *„To za mnou přišla už na JIPce rehabilitační sestřička a učila mě, jak se zvednout, aniž bych si sedla.“* Paní N.O. také ví, že ještě alespoň 2 týdny po operaci by si neměla sedat. *„Měla jsem problémy s močením, po tom, co mi sestřička vyndala cévku, jsem se nemohla dlouho vyčůrat. Musela jsem pít hodně tekutin a čůrat ve sprše.“* Paní N.O. myslí, že porodní asistentky na ni mají dostatek času, když má nějaký dotaz nebo problém, tak ho zodpoví nebo vyřeší. Přestože byla většina informací sdělována na pokoji, nemá paní N.O. pocit, že by to nebylo v klidu. Všechna doporučení se snaží dodržovat. Především ta o hygieně, vstávání z lůžka a dostatečném příjmu tekutin. Lékaři jí také sdělili, co ji čeká v onkologickém týmu. *„Největší strach mám z ozařování, nevím, co všechno to obnáší. Zatím mi jen řekli, že to bude vnitřní ozařování. Víc se dozvím v onkologickém týmu.“*

## 2. Respondentka

Druhou respondentkou je paní B.P., které je 72 let. Je vyučená. Paní B.P. má 2 děti, kterým je 53 a 49 let. Posledních 5 let se stará o nemohoucího manžela, který je odkázaný na její péči. Říká, že neměla čas sledovat, co se s ní děje, natož chodit k lékaři, zanedbávala své problémy. K návštěvě lékaře ji donutilo až nepravidelné krvácení a bolesti zevních rodidel. Obvodní gynekolog ji po několika vyšetřeních a pozitivní biopsii objednal k operaci do nemocnice pro nádor vulvy. Den před operací byla přijata na oddělení operativní gynekologie, kde jí porodní asistentky z oddělení informovaly o tom, co se bude dít, mluvila i s lékařem, který ji operoval.

Paní B. P. byla provedena radikální vulvektomie. Byla to její druhá operace. Před 12-ti lety byla na totální endoprotéze kolenního kloubu, takže z nemocničního prostředí strach nemá. *„Nebála jsem se ani tak operace, hlavně aby vše bylo v pořádku a rychle zahojené, protože manžel je teď přes den doma sám. Musím brzo domů, abych se o něj mohla starat.“*

Říká, že za ní každou chvíli chodí sestřičky a říkají, co a jak má dělat. Za to by jim chtěla moc poděkovat. Říká, že pobyt v nemocnici je moc dlouhý, a protože se jí rána špatně hojí, asi tu bude ještě několik dní. Z toho je nervózní. Bojí se o manžela. *„Myslím, že všemu, co mi říkaly sestřičky, jsem rozuměla. Asi už jsou naučené mluvit laicky, žádná odborná slova. Doktor chodí o vizitě a tam když něčemu nerozumím, sestřička mi to vždycky vysvětlí.“* Nemyslí, že by na ni informace „vychrlili“ naráz, vždy se vše potřebné dozvěděla včas. Když chodila sama do sprchy, tak jí sestry edukovaly o hygieně, že se nemá bát ránu umýt, aby v ní nezůstala žádná zaschlá krev, pořádně, ale jemně osušit a co nejvíce větrat. Vstávat ji učila rehabilitační sestra, která, jak říká, byla moc fajn. *„Vypadalo to, že má za sebou stejnou operaci jako já, protože přesně věděla, při jakém pohybu mě to bude bolet.“* O sexuálním životě s paní Boženou mluvil lékař ještě před operací, ale ujišťovala ho, že to už není její aktuální problém. Co jí dělalo problém, bylo močení po vyndání permanentního močového katétru. Byla nešťastná z toho, že jí musela být ještě dvakrát vycévkovaná moč, než se jí podařilo se spontánně vymočit. Říká, že už byla docela nervózní z toho, že se jí sestry opakovaně ptaly, jestli už se jí podařilo vymočit. Většinu informací jí sestry říkaly na pokoji, když se jednalo o intimnější problém, zvaly si ji na sesternu, kde jak říká, nikdy nezapomněly podotknout, že by ji vyzvaly, ať se posadí, ale to bohužel ještě několik dní nesmí. Informací má dostatek, většinu z nich opakovanou několikrát, říká, že si občas přijde jako ve škole, když

si sestry nechají přeříkat, co má a nemá dělat. Všechno, co jí lékař i sestry řeknou, dodržuje, proto ji mrzí, že se jí jizva špatně hojí. Doufá, že nejhorší má už za sebou a brzo půjde domů.

### 3. Respondentka

Třetí respondentkou je paní L. B., které je 49 let. Paní L. B. má vysokoškolské vzdělání a má dvě děti, ve věku 27 a 25 let. Paní L. B. byla na preventivní prohlídce u obvodního gynekologa, který ji provedl cytologii hrdla děložního, která vyšla pozitivně. Diagnóza nebyla stanovena ihned, dozvídala se postupně vývoj věcí, a co by to pravděpodobně mohlo a nemohlo být. Konečná diagnóza- zhoubný nádor hrdla děložního, byla stanovena až po vyhodnocení vzorku tkáně. Paní L. B. byla také na rentgenu plic. Obvodní gynekolog paní L. B. objednal k operaci. Byla provedena radikální operace abdominální cestou.

Informace jí jsou sdělovány postupně, ty, které se týkají jejího zdravotního stavu a diagnózy jí sděloval pouze lékař. Porodní asistentky se snaží podpořit a dodat naději, informace, které podávají, se týkají spíše věcí typu péče o ránu nebo kam na kontrolu. *„Přiznám se, že některým výrazům jsem nerozuměla nebo jsem je nebyla schopná vnímat vzhledem k děsu, který ve mně všechny tyto informace vyvolávaly, tyto informace jsem si nechala zopakovat a znovu vysvětlit, ale většina věcí si myslím, že mi byla podána srozumitelně.. Nečekala jsem, že by se něco takového mohlo stát zrovna mě, ačkoli o podobných hrůzách člověk slyší všude kolem sebe.“* Prostor pro otázky má. Paní L. B. bylo i opakovaně nabídnuto doptat se na věci, kterým nerozuměla nebo které jí zajímaly.

Od porodních asistentek dostává spoustu informací. Všechny jsou moc ochotné, jak říká, a pokud něco potřebuje, pomohou nebo poradí. Po příjmu na oddělení si prošla sérií vyšetření, sestřičky byly moc milé a vypadaly, že pro ni jako ženu, která nemá s nemocnicí žádné zkušenosti, měly pochopení. Byla provedena na oddělení, poučena o stravě ten den a od kdy nesměla jíst, v kolik se bude co dělat, kdo ji bude operovat, i kolikátá jde na řadu. Po operaci byla také soustavně informována ať již o vstávání, hygieně, péči o ránu, stravování a vyprazdňování, se kterým měla po operaci problémy. *„Co se týče hygieny, dostala jsem od sester různé informace, jedna radila ránu mýt mýdlem, druhá pouze vodou.“* Jinak se ale informace podávané sestrami shodují. Všechna jejich doporučení a rady dodržuje. Porodní asistentky jí také často utěšují a dodávají naději a radu jak svou těžkou situaci překonat. Dávají jí najevo, že jsou tu pro ni a že mají pochopení. Nebojí se na ně s čímkoli obrátit. Porodní asistentky na ni měly vždy dost času.

Většina informací byla podávána v klidu a beze spěchu, sdělována v soukromí, některé na pokoji před ostatními pacientkami, ale to nešlo o tajné informace nebo informace, které by jí vadilo slyšet před ostatními ženami. Jediné, co by paní Jana uvítala, je více informací od lékařů o alternativách léčby.

#### 4. Respondentka

Čtvrtou respondentkou je paní E. D., které je 66 let. Její nejvyšší ukončené vzdělání je střední odborné bez maturity. Paní E. D. má dvě děti. Paní E. D. přišla ke svému obvodnímu gynekologovi s problémy, a to se zácpou, zvětšováním, jakoby nafukováním břicha a bolestmi v podbříšku. Byla jí provedena série vyšetření, gynekologické vyšetření, ultrazvukové vyšetření, odběr krve na CA 125, následně i magnetická rezonance a rentgen plic. Následně lékař stanovil diagnózu zhoubný nádor vaječníku. Paní E.D. byla provedena radikální abdominální operace, po které bude následovat chemoterapie. Před operací paní E. D. moc informací nedostala, vše bylo řečeno zběžně, jen si pamatuje, že podepisovala spousty souhlasů. Po operaci už na ni měly sestry času více, ale při edukaci užívaly odborné výrazy. *„Kdybych neměla něco o této operaci načteno, asi bych jim ze začátku vůbec nerozuměla, ale pak jsem je poprosila, aby mluvily více laicky a už to bylo v pořádku“.*

Informace byly podávány průběžně, většinou na pokoji, je ráda, že ji sestry nezahltily informacemi naráz, protože by si z toho zapamatovala jen minimum. O věcech týkajících se výsledků operace, kdy půjde domů, kdy má mít další kontrolu, ji informoval lékař. Sestry doplňovaly zbytek, jak vstávat, aby rána moc netahala, že ji má pořádně vymýt, aby v ní nezůstaly zbytky krve. *„Bála jsem se vytahování stehů, ale sestřička přišla, mluvila, mluvila a ani jsem si nevšimla, že už jsou stehy venku. Pak už byla i ta hygiena lepší, protože jsem se nebála, že za stehy zatáhnu.“* Sestry často opakovaly, jak je důležité, aby rána zůstala čistá a suchá. *„To jsem si vzala k srdci, chci brzo domů.“* Některé věci měla paní E. D. nastudované už před operací, takže jí nepřijde, že by jich měla málo nebo že by si s něčím nevěděla rady. Ví, že je nutné se hodně pohybovat, dostatečně pít, starat se o ránu, i o dodržování šestinedělí po propuštění. Oceňuje, že tyto soukromé informace jí sestřička říkala v soukromí, pozvala si ji na sesternu o odpolední směně, když byl na oddělení klid a vysvětlila jí, že je potřeba šestinedělí dodržet, aby nedošlo k zavlečení infekce. Celkově je paní E. D. s péčí spokojená, ale těší se, až půjde domů.

## 5. Respondentka

Pátá respondentka je paní A. T., které je 56 let. Její nejvyšší dokončené vzdělání je středoškolské. Má dvě děti narozené v letech 1980 a 1984. K lékaře přišla s problémy, jednalo se o krvácení připomínající menstruaci, ale paní A. T. nemenstruuje už 5 let. Lékařka provedla ultrazvukové vyšetření, a protože stanovila vyšší hladinu endometria, objednala paní Alenu na hysteroskopii, kde jí byla provedena biopsie. Po tom, co jí vyšly pozitivně výsledky z histologie, byla paní A. T. objednána k operaci pro nádor děložního těla. Obvodní gynekoložka jí vysvětlila, jak bude probíhat operace, jak dlouho bude v nemocnici.

Pro paní A. T. to byla první operace, jednalo se o radikální operaci abdominální cestou. Hned při příjmu dostala informace od přijímajícího lékaře, vysvětlil jí, jak bude probíhat operace a její možná rizika. *„Byla jsem překvapená, že na mě měl pan doktor čas, všechno mi vysvětlil a několikrát se zeptal, jestli se nechci na něco doptat.“* Po příjmu na oddělení dostala informace od porodních asistentek, opět jak bude celá hospitalizace probíhat, ale v laičtější podobě. Všem, co říkaly, rozuměla, protože nepoužívaly odborné výrazy. Po operaci dostávala informace pro každý den zvlášť. *„Sestřičky byly hrozně fajn, moc hodné, měly velké pochopení, že spoustu věcí člověk zapomene, a tak jim vůbec nevadilo opakovat informace několikrát.“* Byla také poučena, že kdykoli nastane problém, může se na sestru obrátit. Dostala informace o hygieně, že se nesmí bát ránu pořádně umýt pod tekoucí vodou, dostatečně, ale jemně osušit a nechat větrat. Asi po dvou týdnech má jizvu začít masírovat – tahem a krouživými pohyby. Dále ji má promazávat nesoleným sádlem nebo neparfémovanými krémy. Velice užitečnou shledává i edukaci o vstávání a pohybování. Každý den docházela rehabilitační sestra a nacvičovala s ní vstávání z postele a uléhání zpět přes bok. Řekla jí o nutnosti cvičit svaly břišní stěny i doma, postupně, jak si ukázaly. Nejdříve prodýchávání břišní stěny, pak opatrné propínání, ale bez zbytečného zatěžování. Informace dostávala dohromady s pacientkou na pokoji, která měla stejnou operaci, ale věděla, že, kdyby jí to bylo nepříjemné, vzala by si ji sestra do soukromí. Měla dost prostoru pro otázky, nepřišla si odbytá. *„Sestřičky na nás měly vždycky dost času, kdykoli jsem přišla, že něco potřebuji, byly opravdu ochotné. V noci pro led, lék na bolest, nikdy nebyl problém.“* Všechna doporučení, která dostala, dodržuje. Byla zařazena do onkologického týmu, kam bude pravidelně docházet na další léčbu.

## 6. Respondentka

Šestou respondentkou je paní T. K., které je 65 let. Vyučila se jako švadlena. S manželem má tři děti. Nejstarší dceru rodila před 45 lety, druhou dceru před 43 lety a syna před 38 lety. Na prohlídku ke svému gynekologovi chodí pravidelně jednou ročně. Na mimořádnou prohlídku ji to vedlo tehdy, když dvanáct let po menopauze dostala krvavý výtok, dost ji to znepokojilo. Svěřila se s tím nejstarší dceři a ta ji přinutila navštívit svého gynekologa co nejdříve. *„Poté mě gynekolog poslal na nějakou menší operaci, na odebrání vzorku z děložní dutiny. A potom se to potvrdilo. Měla jsem rakovinu dělohy.“* Ihned jí doporučili radikální operaci. Operace byla abdominální. Jednalo se o její druhou gynekologickou operaci, ale o první abdominální. Pro paní T. K. to je to velmi náročné období. *„Ale když si představím, že by takovou operaci podstoupil někdo mnohem mladší, kdo ještě plánuje rodinu, tak si říkám, že to musím překousnout.“* Manžel je pro ni velkou oporou a to jí velmi pomáhá. Nejdříve ji informoval její obvodní gynekolog. Když k němu přišla na kontrolu s krvavým výtokem, říkal, že ji nechce strašit a že ji pošle na malý zákrok k odebrání vzorku. Histologie vyšla pozitivně. Poté se jí ujali v nemocnici a tam ji informoval její ošetřující lékař. Ten jí sdělil i to, že má rakovinu, jakého je druhu, a také o průběhu operace a o následující léčbě, sdělil jí, že bude zařazena do onkologického týmu, kde bude zahájena další léčba.

Porodní asistentky ji zase informovaly o tom, jak o sebe budu pečovat, o hygieně, o režimu v běžném životě. Informacím rozuměla, myslí, že byly podány dostatečně laicky a že jich bylo dostatek. *„Co sestřičky opakovaly nejčastěji, byl asi pitný režim, pořád upozorňovaly na to, že musím hodně a často pít.“* Všichni k ní byli moc milí a citliví. Nikdy na ni nemluvili v čekárně plné lidí. Vždy s ní mluvili o samotě, dbali o to, aby se cítila co nejlépe. Zajišťovaly jí intimitu a to jí velmi těšilo. V nemocnici se cítila po operaci velmi unaveně a trochu méněcenně. *„Přece jen už nejsem ta žena, jakou bych měla být.“* Pravidelně za ní chodila rehabilitační sestřička, která s ní cvičila. První vstávání bylo pro paní T. K. nejhorší, nebyla připravena na takovou bolest. S každým dalším vstáváním už se jí dařilo lépe vstávat přes bok a dodržovat správné držení těla a koordinaci pohybů. Snažila se dodržovat režim, jak ji poučovaly sestřičky a její ošetřující lékař.



## 7. Respondentka

Poslední respondentkou je paní D. L., které je 73 let. Má 3 děti. Paní D. L. je vyučená. Od doby, co přestala menstruovat, tedy asi před dvaceti lety, přestala chodit na pravidelné prohlídky ke svému gynekologovi, nepovažovala to za nutné. Chodila jen občasně, s problémy. Tentokrát ji k lékaři dovedlo silné svědění v okolí poševního vchodu, špinění a občasné krvácení. Lékař provedl několik vyšetření a nakonec byla stanovena diagnóza - zhoubný nádor vulvy.

Hospitalizovaná není poprvé, byla již na operaci žlučníku a appendektomii, takže s nemocničním prostředím už je trochu seznámená. O léčbě a onemocnění ji informoval především lékař, dohodli se na radikalitě operace, informoval ji o možných variantách, jak se může nemoc vyvinout a jak ji operace ovlivní v dalším životě. Především ji informoval o nemožnosti pohlavního styku po provedení operace. *„Jsem už 9 let vdova, tak mě tohle netrápilo, spíš aby všechno dopadlo dobře.“* Paní D. L. tedy byla provedena radikální vulvektomie.

Po operaci už dostávala většinu informací od sester. Překvapilo ji, že hned první den vstávala do sprchy. Poprvé jí se vším pomáhaly, radily, jak má vstávat z postele, že nesmí na ránu sedat a hlavně aby nezapomněla, že má zavedenou močovou cévku. Docházela za ní rehabilitační sestra, která jí ukazovala, jak má vstát z postele a zpátky uléhat, aby si na ránu nesedla. Porodní asistentky z oddělení jí pomáhaly pečovat hlavně o ránu. *„Už mi není dvacet, abych se pořádně přesvědčila, jestli jsem jizvu pořádně dočista omyla. Sestřičky jsou moc hodné a chápavé a opravdu mi tu hodně pomáhají.“* Velký strach měla z odstranění močové cévky, jak říká, nakonec to vůbec nic nebylo, ale horší bylo se potom vymočít. *„Sestřičky říkaly, že musím hodně pít, víc než jsem zvyklá doma, a že se mám vyčurat ve sprše, že to půjde líp.“* Většinu hospitalizace byla na pokoji sama, takže informace dostávala v soukromí. Má pocit, že se jí tu všichni hodně věnují, když se na něco ptá, nikdo ji neodbude nebo neodbíhá k jiné práci a ještě ji sestry ujišťují, že cokoli bude potřebovat, ať si řekne nebo ať se kdykoli doptá, co nebude vědět. S péčí je tu opravdu spokojená. Informací měla dostatek. Na lístek si sepsala, co by doma měla a neměla dělat. Bude pokračovat v procvičování svalů pánevního dna, jak ji tady učili, ještě si nebude sedat, jen na nafukovací kruh, nesmí zvedat břemena těžší než 2 kilogramy a neměla by alespoň půl roku jezdit na kole.

## 5 Diskuse

Cílem mé bakalářské práce na téma Edukace žen po operaci pro zhoubné nádory rodidel, bylo zjistit, jak jsou ženy po operaci edukovány zdravotnickým personálem, zda je pro ně míra podaných informací srozumitelná a dostačující.

Rozhovory, které jsem prováděla, byly vedeny se sedmi ženami, které byly hospitalizovány na oddělení operativní gynekologie v Nemocnici České Budějovice, a.s., a které podstoupily operaci pro zhoubný nádor rodidel. Před zahájením každého rozhovoru, jsem klientce vysvětlila, čím se v mém výzkumu zabývám a za jakým účelem je práce psaná. Tedy zjistit, jak jsou klientky edukovány, kdo jim podává jaké informace, jakým způsobem jsou informace podány, zda dostatečně laicky, v soukromí a zda klientky podané rady dodržují. V případě, že nejsou ženy s péčí spokojeny, mohou tak svými připomínkami přispět k její nápravě, protože tato práce může sloužit jako výukový materiál pro porodní asistentky, které ošetřují klientky podstupující operaci pro zhoubné nádory rodidel. Ženy, které rozhovor poskytovaly, daly v úvodu rozhovoru souhlas k tomu, že informace, které od nich zjistím, budou publikovány v anonymní podobě.

Výzkumný soubor tvořilo celkem sedm žen. V úvodu rozhovoru jsem se dotazovala na obecné otázky, tedy věk respondentky, její nejvyšší dosažené vzdělání a to, zda rodily, a kolik mají případně dětí. Respondentky byly ve věkovém rozmezí 49 až 73 let. Čtyři dotazované ženy dosáhly jako nejvyššího dokončeného vzdělání odborné vyučení bez maturity, dvě ženy měly vystudovány střední odbornou školu v různých oborech a jedna žena měla vysokoškolský titul. Všechny respondentky již rodily, tři z nich měly tři děti a čtyři respondentky po dvou dětech.

Další otázky se týkaly již záležitostí z oboru gynekologie. A to kolikátou operaci respondentky podstoupily, zda je pro ně nemocniční prostředí známé nebo naopak cizí. Dále o jaký operační přístup se jednalo a samozřejmě na diagnózu a operovaný orgán. Pro tři dotazované ženy byla operace s následnou hospitalizací první, u třech žen se jednalo již o operaci druhou a u jedné ženy o třetí operaci. Předpokládala jsem tedy, že tyto tři ženy, které byly na operaci poprvé, budou mít horší adaptaci na hospitalizaci. Navzdory mému očekávání, se všechny respondentky, bez ohledu na to, jestli se jednalo o první nebo již opakovanou hospitalizaci, shodly na tom, že před operací měly velký strach, ale díky příjemnému prostředí a postupnému poskytování dostatečného množství informací byl strach regulován. Další z této skupiny otázek byla směřována na diagnózu, pro kterou byla ženy operovány. Dvěma z dotazovaných klientek byl diagnostikován zhoubný nádor vulvy, jedné

respondentce zhoubný nádor pochvy, jedné respondentce zhoubný nádor hrdla děložního, dvěma respondentkám zhoubný nádor těla děložního a jedné respondentce zhoubný nádor vaječníku.

Čtyřem respondentkám byla provedena operace břišní cestou, a to dolní střední laparotomií. Všechny ženy podstoupily radikální operaci. Tři dotazované ženy podstoupily vaginální operaci, přičemž dvěma byla provedena radikální vulvektomie a jedné kolpektomie.

Všech sedm respondentek dostávalo informace od ošetřujícího lékaře i od porodních asistentek. Shodují se na tom, že od lékaře dostaly největší množství informací před operací, a to o tom, jak bude operace probíhat, jaká jsou možná rizika spojená s operačním výkonem a jaká mohou očekávat omezení po operaci. Po provedené operaci pak dostávaly informace především o jejím výsledku, laboratorních výsledcích a o následné léčbě. Také o pokračování léčby v takzvaném onkologickém týmu.

Od porodních asistentek pak respondentky dostávaly průběžně informace týkající se ošetrovatelské péče, většinou srozumitelně, pouze jedna respondentka požádala o to, aby porodní asistentky používaly méně odborných výrazů. Informace, které byly společné jak pro danou respondentku, tak pro ostatní pacientky, se kterými byla na pokoji, dostávaly ženy společně, buď na pokoji, nebo v jídelně. Informace intimního charakteru, jako pohlavní styk po provedené operaci nebo informace týkající se jejich dané diagnózy, probíraly v soukromí, většinou na inspekčním pokoji. Ani jedna respondentka na dotaz o tom, zda nebyly informace podány například příliš hekticky a ve spěchu, neuvádí, že by na ni měla porodní asistentka málo času nebo se jí dostatečně nevěnovala, naopak všechny dotazované ženy si chválí výbornou péči a přístup od porodních asistentek. Především ocenily, že byly opakovaně nabádány, aby se na cokoli v průběhu hospitalizace doptaly, v případě, že jim něco nebude jasné.

V dalším okruhu otázek jsem od respondentek zjišťovala, v jakých oblastech péče je porodní asistentky edukovaly. Neptala jsem se cíleně na všechna témata, které by se měly klientky od porodních asistentek po operaci dozvědět, ale naopak jsem nechala respondentky volně vyprávět, co všechno se dozvěděly, čímž jsem si také ověřila, zda si respondentky podané informace pamatují a zda jsou schopny dané úkony samy provádět. Témata, o kterých byly respondentky edukovány se dají shrnout do několika celků. A to, jak mají klientky vstávat po operaci z lůžka, tak, aby nedošlo k napětí břišní stěny u břišní operace nebo k sednutí na operační ránu po vaginální operaci, také o tom, jak se pohybovat, aby byla operační rána co nejméně bolestivá. Samozřejmě i o rehabilitaci bezprostředně po operaci,

kteřá zajišťuje lepší hojení operační rány. Dále se jednalo o celkovou hygienu a hygienu operační rány, a to především o bezpečnost klientek ve sprše a způsob péče o operační ránu. S tím souvisela i další péče o operační ránu. O vhodném stravování a problémech, které mohou nastat s vyprazdňováním moče a stolice v souvislosti s operací v břišní dutině a s podanou anestézií. Dále se jednalo o pohlavní styk, jeho možná omezení či úplnou nemožnost po operaci, s čímž souvisí i dodržování šestinedělí a nakonec i dodržování klidového režimu po propuštění z nemocnice.

O vstávání z lůžka byly respondentky poučeny tak, že se mají zvedat pomalu, zhluboka dýchat, koukat se před sebe a až když si jsou jisté, netočí se jim hlava a nemají pocit hučení v uších, pomalu vstávat. Vstávání z lůžka závisí na typu provedené operace, tedy o operační přístup břišní a vaginální. U žen s břišní laparotomickou operací jde o to, aby nebyla přetěžována břišní stěna, u vaginálních operací naopak o to, že klientka vstává z lehu přímo do stoje, protože by si žena alespoň dva týdny po operaci neměla sedat. Podané informace od porodních asistentek se shodují s informacemi v knize P. Koláře „Rehabilitace v klinické praxi“.

První vstávání a chůze klientky po operaci by měla být nejdříve se školeným doprovodem, až když se ženy cítí jisté, mohou na krátké vzdálenosti chodit samy. Dotazované klientky měly povědomí o tom, že i mírný pohyb může pomoci vyřešit časté problémy s vyprazdňováním stolice.

Edukace o hygieně zahrnovala především informace o hygieně operační rány, a to takové, že rána by měla být pořádně umytá, tak aby v ní nezůstávaly částčky zaschlé krve. Důkladně, ale jemně osušená. A pokud možno, operační rána by měla být co nejčastěji větraná, především pro to, aby nedošlo k jejímu zapaření, zanícení nebo ke vzniku infekce a tím k nezdárnému hojení rány per primam. Všechna doporučení, která respondentky dostaly, se shodují s literaturou, kterou jsem použila, a to s knihou „Ošetrovatelství“ autorek Koziérové, Erbové a Olivierové, dále s knihou „Pooperační péče po císařském řezu“ A. Roztočila a s knihou „Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi“ autorů Maďar, Podstatová a Řehořová.

Většina klientek také ví o možnosti ledování operační rány, které pomáhá snížit její bolestivost. Což doporučuje i kolektiv autorů v knize „Sestra a urgentní stavy“.

Dále jsou ženy poučeny o tom, že by měly ránu několik dní po operaci masírovat, promazávat nesoleným sádlem nebo neparfémovaným krémem, aby jizva nepřirostla

k perimetrii, tuto informaci jsem nenašla v žádné aktuální literatuře týkající se dané problematiky.

Dalším důležitým bodem, o kterém porodní asistentky edukovaly, je stravování a vyprazdňování po operačním výkonu. Protože po vyjmutí permanentního močového katétru může docházet k retenci moče a k jejímu ztíženému odchodu, poučují porodní asistentky ženy o tom, že je potřeba zvýšit příjem tekutin. Toto doporučení dodržovaly všechny klientky svědomitě a zároveň nejsnáze, protože z problému s močením po odstranění permanentního močového katétru měly všechny velké obavy. O problémech s močením se vyjadřuje i Trachtová v knize „Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu“ a to tak, že problémy s močením jsou běžnou součástí pooperační rekonvalescence, ale stav se upravuje většinou sám. Při problémech se zácpou radí porodní asistentky klientkám, aby se snažily zvýšit příjem vlákniny, tekutin a měly alespoň nějaký pohyb, například krátké procházky po chodbách, které podpoří včasnou peristaltiku střev. Jak se vyjadřuje A. Roztočil v knize „Pooperační péče o císařském řezu“, k odchodu stolice by mělo docházet nejpozději do čtvrtého pooperačního dne.

O sexuálním životě po operaci informoval klientky především lékař a to ještě před provedením operace. Respondentkám sdělil případné problémy či komplikace týkající se dané diagnózy a dané operace. Ženám, které měly naplánovanou radikální vulvektomii vysvětlil komplikace dalšího koitálního styku. Porodní asistentky pak edukovaly o dodržování šestinedělí, především absence pohlavního styku a potřeby zvýšené hygieny.

Všechny ženy se shodly na tom, že se snaží dodržovat rady, které jim daly lékaři i porodní asistentky. O tom svědčí i fakt, že jsou schopny informace reprodukovat. Informace jsou podávány srozumitelně, jasně, v klidu a v soukromí a klientky jim rozumí a zvládají je dodržovat.

O chemoterapii či radioterapii nedostávají klientky bezprostředně po operaci a během hospitalizace moc informací. U většiny dotazovaných žen převládá větší strach právě z této následné léčby než ze samotné operace a pooperačního průběhu. Bývá jim sděleno, že podrobnosti následné léčby, její typ, délku a vedlejší účinky se dozví po zařazení do onkologického týmu.

Informace, které klientky dostávají od porodních asistentek na oddělení operativní gynekologie, se shodují s použitou literaturou. Nenašla jsem žádné výrazné odchylky.

## 6 Závěr

Jelikož neustále dochází k nárůstu nově diagnostikovaných zhoubných nádorů rodidel, je potřeba také neustále zvyšovat kvalifikaci porodních asistentek, které především ženy po operaci edukují.

Ve své práci jsem měla za cíl zjistit, jak jsou ženy edukovány zdravotnickým personálem, zda je pro ně míra informací srozumitelná a dostačující. K výzkumu byla použita kvalitativní metoda výzkumu pomocí rozhovorů. Rozhovory byly strukturované, případně s dalšími doplňujícími otázkami dle typu onemocnění a operace. Celkem jsem vedla sedm rozhovorů se sedmi klientkami po operaci pro zhoubný nádor rodidel na operativním oddělení gynekologie Nemocnice České Budějovice, a.s. O čem a jak jsou edukovány, je podrobně rozepsáno v rozhovorech s jednotlivými ženami. Ty se shodují na tom, že jsou s péčí i podanými informacemi spokojeny.

Dále byly stanoveny tři výzkumné otázky a to: Chtějí ženy po operaci dostávat více informací o svém zdravotním stavu? Nepovažují ženy informace podané porodní asistentkou za příliš odborné? Dodržují ženy doporučení porodní asistentky?

Výsledky jsou takové, že ženy jsou spokojeny s mírou podaných informací, vše potřebné jim personál sdělil a nemají tak potřebu dostávat informací více. Informace jsou většinou podávány dostatečně laicky, i když jedna respondentka uvádí, že požádala porodní asistentku o srozumitelnější vysvětlení. Ženy doporučení porodních asistentek dodržují.

Práce by dle mého názoru mohla být použita jako edukační materiál a zpětná vazba pro již pracující porodní asistentky nebo jako edukační a informační materiál pro studentky porodní asistence.

## 7 Citovaná literatura

1. KOBILKOVÁ, Jitka. Základy gynekologie a porodnictví. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 368 s. ISBN 80-726-2315-X
2. KUDELA, Milan. Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6
3. ČECH, Evžen. Porodnictví. Praha: Grada, 1999, 432 s. ISBN 80-716-9355-3.
4. SÁK, Petr. Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2010, 82 s. ISBN 978-80-7394-235-9.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
6. BRECKWOLDT, Meinert, Gerhard MARTIUS a Albrecht PFLEIDERER. *Gynekologie a porodnictví*. Martin: Osvěta, 1997. ISBN 80-888-2456-7.
7. ONKOGYN [online]. 2011 [cit. 2012-10-07]. Dostupné z: <http://www.onkogyn.cz/verejnost/vulva>
8. VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ. Klinická onkologie pro sestry. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1716-6.
9. KOBYLKOVÁ, Jitka a Zdeněk LOJDA. Gynekologická cytodiagnostika. 2. vydání. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-313-3
10. ŽÁKOVÁ, Barbora a Petr HALADA. *Onkologická prevence v ambulanci gynekologa*. Moderní babictví. 2011, č. 20. ISSN 1214-5572.
11. URBANOVÁ, Eva. Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy: v dimenzách ošetrovatelstva a porodnej asistencie. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-343-1
12. ROZTOČIL, Aleš. *Vyšetřovací metody v gynekologii a porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. ISBN 80-7013-255-8.
13. ŠLAMPÁ, Pavel. *Radiační onkologie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-469-0.
14. SLÁMA, J. *Metody léčby zhoubných nádorů děložního hrdla*. Moderní babictví. 2007, č. 13. ISSN 1214-5572.

15. REPKOVÁ, Adriana. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 80-8063-236-7
16. KRAUS, Jiří. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia, 2007. ISBN 978-80-200-1415-3.
17. FREITAG, Pavel. *Onkologie: minimum pro praxi*. Překlad Vladimír Šabata. Praha: Triton, 2001, 648 s. ISBN 80-7254-196.
18. Česká republika. Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky. In: 96/2004. 2004.
19. WHO. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha, 2000
20. Stnková, M: *Základy teorie ošetrovatelství, Učební texty po bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-243-5
21. TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1.
22. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
23. KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora ERBOVÁ a Rita OLIVIERIOVÁ. *Ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 8021705280.
24. ROZTOČIL, Aleš. *Pooperační péče po císařském řezu*. Moderní babictví. 2008, č. 15. ISSN 1214-5572.
25. MAĐAR, R., R. PODSTATOVÁ a J. ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-6277-7.
26. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.
27. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1720-4.
28. ROŠKOVÁ, Silvia. *Bolest – fyziologie, fáze a léčba*. Sestra. 2012, č. 4. ISSN 1210-0404.
29. ROKYTA, Richard. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
30. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2548-2.
31. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-6571
32. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.



## **8 Přílohy**

### **8.1 Seznam příloh**

1. Žádanka na vyhodnocení gynekologické cytologie
2. Klinická stádia zhoubného nádoru vaječníku
3. Strukturovaný rozhovor

Příloha č. 1

MARTA KRÍŽOVÁ – CYTOLOGICKÁ LABORATOŘ, Zábřdovická 16a, 615 00 Brno, tel.: 545 247 473										Interní laboratorní číslo:	
<b>ŽÁDANKA NA VYHODNOCENÍ GYNEKOLOGICKÉ CYTOLOGIE</b>											
Jméno a příjmení:				PSC:		Pojišťovna:		Rodné číslo:			
IUD <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> ANO	VLIV GESTAGENŮ <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> ANO	HRT <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> ANO	LAKTACE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> ANO	GRAV. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> ANO	ZÁKL. DG.	JINÁ DG.	ZN. A Č. VZORKU	DATUM ODBĚRU:			
STAV PO KONIZACI <input type="checkbox"/> ANO		STAV PO HYSTEREKTOMII <input type="checkbox"/> ANO		POŽADOVÁNO: CERVIX, VAGÍNA, VULVA, ENDOM., PAHYL			IČP:		Odbornost:		
PŘÍT. GENIT. KONDYLOM. <input type="checkbox"/> ANO		AKTINO <input type="checkbox"/> ANO		CHEMO <input type="checkbox"/> ANO		1. PRAVIDELNÝ SCREENING. STĚR <input type="checkbox"/>		Razítka odesílajícího lékaře			
OČKOVÁNA PROTI HPV <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		PŘEDCHOZÍ CYTOL./HISTOL. NÁLEZ		2. OPAKOVANÝ KONTROLNÍ STĚR <input type="checkbox"/>		3. OPAKOVANÝ PRO ODMÍTNUTÍ <input type="checkbox"/>					
TYP VAKCÍNY <input type="checkbox"/> SILGARD <input type="checkbox"/> CERVARIX		P.M. MENOPAUSA od: _____ let		3. OPAKOVANÝ PRO ODMÍTNUTÍ <input type="checkbox"/>		KOLPOSKOP. NÁLEZ					
ROK APLIKACE 3. DÁVKY 2 0 . .											
<b>VÝSLEDKOVÁ ZPRÁVA</b>											
STĚR 1. Uspokojivý 2. Uspokojivý, ale bez endoc. bb. 3. Neuspokojivý, ale zpracován 4. Odmítnut ke zpracování				ZÁVĚR 0. Nelze diagnostikovat 1. Bez neopl. intraepit. změn a malignity 2. ASC-US 3. ASC-H (nelze vyloučit HSIL) 4. LSIL (včetně HPV) 5. HSIL 6. HSIL - nelze vyloučit invazi 7. Diaždicobuněčný karcinom 8. Atypie žlázových buněk (nespecifikováno) 9. Atypie žlázových buněk (spíše neoplastické) 10. Adenokarcinom in situ 11. Adenokarcinom invazivní 12. Ostatní maligní nádory 99. Jiné				Bez neopl. intraep. změn a malignity 20. Trichomonas 21. Candida 22. Bakter. vaginóza 23. Döderlein 24. Koky 25. Aktinomykóza 26. Herpes Simplex 27. Chlamydie 28. Smišená flóra ERY, LEU, HISTIO			
KOMENTÁŘ LABORATOŘE:				Jiné nenádorové změny REAKTIVNÍ: 40. Zánět, 41. ozáření, 42. IUD 49. Jiné (metaplazie zralé, nezralé, cytolýza, hyperkeratóza, parakeratóza, regenerace) 50. Nález žlázových buněk po hysterektomii 51. Atrofie 52. Endometriální buňky u žen nad 40 let 99. Jiné							
DOPORUČENÍ: KO za 3 6 12 měsíců				HODNOTIL:				RAZÍTKO			
DATUM PŘÍJMU:				UVOLNIL:							
DATUM ODESLÁNÍ:											

KRÍŽOVÁ, Marta. *Žádanka na vyhodnocení gynekologické cytologie* [online]. [cit. 2014-05-01]. Dostupné z: [http://www.cytologiebrno.cz/doc/zadanka\\_cytologie\\_brno.pdf](http://www.cytologiebrno.cz/doc/zadanka_cytologie_brno.pdf)

### 18.3. Klinická stadia

Klinická stadia zhoubných nádorů vaječníků podle FIGO. TNM klasifikace odpovídá FIGO stadiím, J1 odpovídá stadiu FIGO IV.

#### Stadium I

- a) karcinom postihuje pouze jeden vaječník, zevní povrch ovaria není postižen nádorovým růstem, kapsula je intaktní, není přítomen maligní ascites, laváž neprokazuje maligní buňky v dutině břišní
- b) karcinom postihuje obě ovaria, zevní povrch je však intaktní, nejsou maligní buňky v ascitu ani v laváži peritonea
- c) karcinom stadia Ia nebo Ib s nádorem na povrchu jednoho nebo obou ovarii a/nebo s prasklým obalem a/nebo s maligními buňkami v ascitu nebo laváži peritonea

#### Stadium II

karcinom postihující jedno nebo obě ovaria s pánevním šířením

- Ia šíření a/nebo metastázy do dělohy a/nebo vejcovodů, povrch ovarii intaktní, nejsou maligní buňky v ascitu nebo laváži peritonea
- Ib karcinom ovaria šířící se na další pánevní tkáň, povrch ovarii intaktní, nejsou maligní buňky v ascitu nebo laváži peritonea
- Ic nádor stadia IIa nebo IIb s nádorem na povrchu jednoho nebo obou ovarii a/nebo s prasklým pouzdrém a/nebo s maligními buňkami v ascitu nebo laváži peritonea

**oznámka:** pro upřesnění stadia Ic a IIc je nutné věst, zda byly v ascitu nebo peritoneální laváži zjištěny maligní buňky a dále nedošlo-li ke spontánní nebo peroperační ruptuře pouzdra tumoru.

#### Stadium III

karcinom postihující jedno nebo obě ovaria s rozsvem tumoru na peritoneu mimo malou pánev nebo pozitivními retroperitoneálními nebo inguinálními uzlinami a/nebo povrchové metastázy jaterní. Nádor omezený na malou pánev, ale s histologicky prokázanou infiltrací stěny tenkého střeva nebo omenta.

- Ia nádor limitován na malou pánev, ale s histologicky prokázaným mikroskopickým postižením dutiny břišní mimo pánev. Uzliny negativní.
- Ib nádor s histologicky potvrzeným metastatickým postižením dutiny břišní mimo pánev uzly menšími než 2 cm v průměru. Uzliny negativní.
- Ic nádor s postižením dutiny břišní mimo pánev uzly většími než 2 cm v průměru a/nebo po-

tvrzené metastázy v retroperitoneálních nebo inguinálních uzlinách.

#### Stadium IV

Nádor postihující jedno nebo obě ovaria se vzdálenými metastázami. Metastázy v parenchymu jater, maligní buňky v pleurálním výpotku.

#### Regionální lymfatické uzliny

Ilické – společné, zevní, vnitřní (hypogastrické), laterální sakrální, paraaortální, vzácněji inguinální.

### Příloha č. 3

Otázky ke strukturovanému rozhovoru.

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké máte nejvyšší dokončené vzdělání?
3. Máte děti? Kolik? Kdy jste rodila? Plánujete další děti?
4. O jakou operaci se jedná? (břišní, vaginální, laparoskopická?)
5. Jaký je to typ operace? (děloha, vaječníky...) jaké jste měla problémy, co Vás dovedlo k lékaři?
6. Byla to Vaše první operace? Jaké byly předchozí?
7. Informovali Vás o léčbě průběžně nebo Vám řekli všechny informace naráz? Kdo Vám hlavně sděloval informace, lékař nebo porodní asistentka/sestra?
8. Rozuměla jste informacím? Byly podány laicky? Nebylo použito moc odborných výrazů, kterým byste nerozuměla? Měla jste prostor pro otázky?
9. O čem Vás porodní asistentka/sestra informovala? (hygiena?, vstávání?, péče o ránu?)
10. Měla na Vás porodní asistentka/sestra dostatek času?
11. Podávala Vám porodní asistentka/sestra informace v klidu a soukromí?
12. Myslíte, že jste měla dostatek informací? Stačilo Vám to? Věděla jste si se vším rady? Nebo byste ocenila více informací? Od koho?
13. Dodržovala jste doporučení lékaře, porodní asistentky/sestry?