

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Kateřina Kaufnerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Kateřina Kaufnerová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY
PO HYSTEREKTOMII**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

PLZEŇ 2022

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP/DP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2022

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kateřina Kaufnerová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacientky po hysterektomii

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Tůmová

Počet stran – číslované: 47

Počet stran – nečíslované: 36

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 48

Klíčová slova: vaginální hysterektomie, abdominální hysterektomie, laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, ošetrovatelský proces, ošetrovatelský standard

Souhrn:

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část se zaměřením na ošetrovatelský proces u pacientek po hysterektomii.

Teoretická část se zabývá popisem jednotlivých druhů operačních zákroků hysterektomie, pooperační a ošetrovatelskou péčí.

Praktická část byla provedena formou kvalitativního výzkumu. Byly vybrány tři pacientky, které podstoupily abdominální hysterektomii a tři pacientky, které podstoupily laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii. Na základě vyhodnocení rozhovorů byl vytvořen návrh ošetrovatelského standardu na časnou pooperační péči u pacientek po hysterektomii, který bude následně nabídnut k použití na gynekologicko-porodnické oddělení krajské nemocnice Stod po spolupráci s managementem.

Abstract

Surname and name: Kateřina Kaufnerová

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Nursing procedure of patients after a hysterectomy

Consultant: Mgr. Pavlína Tůmová

Number of pages – numbered: 47

Number of pages – unnumbered: 36

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 48

Keywords: vaginal hysterectomy, abdominal hysterectomy, laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, nursing process, nursing standard

Summary:

This bachelor thesis is divided into a theoretical and practical part, which focus on the nursing procedure of patients after a hysterectomy.

The theoretical part deals with the description of particular types of hysterectomy surgical procedures and postoperative care.

The practical part was carried out in the form of qualitative research. There were selected three patients who underwent abdominal hysterectomy and three other patients who underwent laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. Based on the evaluation of the interviews, a draft of nursing standard for early postoperative care of patients after hysterectomy was created and will be then offered for use in the Obstetrics and Gynecology Department of the Stod Regional Hospital in cooperation with the Management.

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavlíně Tůmové za odborné vedení práce, trpělivost, poskytování rad a materiálních podkladů a za pomoc při sestavení návrhu Standardu. Dále děkuji své rodině za podporu při studiu a celému gynekologicko-porodnickému kolektivu krajské nemocnice.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 ANATOMIE VNITŘNÍCH RODIDEL	15
1.1 Pochva.....	15
1.2 Děloha	15
1.3 Hrdlo děložní	15
1.4 Vejcovody	16
1.5 Vaječníky	16
2 VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	17
2.1 Indikace k vaginální hysterektomii	17
2.2 Výhody a nevýhody vaginální hysterektomie	17
2.3 Operační technika u standardní VH bez adnexektomie	18
2.4 Komplikace po vaginální hysterektomii	19
3 LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE.....	20
3.1 Indikace a kontraindikace	20
3.2 Výhody a nevýhody LAVH.....	20
3.3 Operační technika LAVH	21
3.4 Komplikace po LAVH.....	21
3.4.1 Pooperační komplikace po LAVH	22
4 ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	23
4.1 Indikace.....	23
4.2 Výhody a nevýhody	23
4.3 Operační technika	23
4.4 Komplikace	24
5 PERIOPERAČNÍ PÉČE Z POHLEDU SESTRY	25
5.1 Předoperační příprava	25
5.1.1 Předoperační vyšetření	25
5.1.2 Psychická příprava pacientky před operačním zákrokem	26
5.1.3 Fyzická příprava	27
5.2 Intraoperační péče.....	27
5.3 Pooperační péče	30
5.3.1 Bezprostřední pooperační péče.....	30
5.3.2 Pooperační bolest.....	31

5.3.3	Dlouhodobá pooperační péče	31
	PRAKTICKÁ ČÁST	37
6	FORMULACE PROBLÉMU	37
7	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
7.1	Hlavní cíl.....	38
7.2	Dílčí cíle.....	38
7.3	Hlavní výzkumná otázka	38
7.4	Dílčí výzkumné otázky	38
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	39
9	METODIKA PRÁCE	40
10	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	41
10.1	Kategorizace zjištěných dat.....	41
10.1.1	Kategorie – pooperační péče	42
10.1.1.1.	<i>Subkategorie Tlumení bolesti</i>	42
10.1.1.2.	<i>Subkategorie Péče o ránu a poučení sestrou</i>	43
10.1.1.3.	<i>Subkategorie Mobilizace</i>	45
10.1.1.4.	<i>Subkategorie Redonův drén a péče o něj</i>	47
10.1.1.5.	<i>Subkategorie Vyprazdňování - stolice</i>	48
10.1.1.6.	<i>Subkategorie Vyprazdňování – moč (po odstranění PMK)</i>	50
10.1.1.7.	<i>Subkategorie Osobní hygiena</i>	52
10.1.1.8.	<i>Subkategorie Komplikace</i>	53
10.1.1.9.	<i>Subkategorie Péče o kanylu</i>	54
10.1.1.10.	<i>Subkategorie Pozitivum a negativum</i>	55
	DISKUZE	56
	ZÁVĚR.....	60
	SEZNAM LITERATURY	61
	SEZNAM PŘÍLOH	66
	PŘÍLOHY	67

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1:LAVH vs AH.....	65
---------------------------	----

SEZNAM ZKRATEK

VH.....	vaginální hysterektomie
AH.....	abdominální hysterektomie
LAVH	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
tzv.....	tak zvané
JIP	jednotka intenzivní péče
např	například
p. o.	per orálně
TEN.....	tromboembolická nemoc
CO2.....	oxid uhličitý
tzn.....	to znamená
apod.....	a podobně
PMK.....	permanentní močový katétr
VAS	vizuální analogová škála
APPE.....	apendektomie
EKG	elektrokardiogram
RTG	rentgen
PŽK.....	permanentní žilní katétr
TK	krevní tlak
P	pulz
SpO2	saturace kyslíkem
CHT	chemoterapie

RT radioterapie
IM..... infarkt myokardu
SC..... secco caesarea
tbl. tableta
BMI..... Body Mass Index
BSA..... Body Surface Area
HSk Hysteroskopie
OS operační sál
ATB antibiotika
cm..... centimetry
g gramy
WHO..... World Health Organization

ÚVOD

Hysterektomie patří v dnešní době k jedné z nejčastěji prováděných gynekologických operací u žen všech věkových kategorií. Přestože tento operační zákrok je lékaři vyvíjen již několik desetiletí, stále patří mezi nejnáročnější gynekologické zákroky, které negativně ovlivní jak psychiku ženy, tak i vzhled ženského těla. Po odstranění dělohy se u žen mohou a také nemusejí objevit psychické problémy spojené s vnímáním sebe sama nebo v případě odstranění vaječníků v produktivním věku rychlý nástup menopauzy. Pro některé ženy je tento zákrok úlevou, protože jsou delší dobu omezovány gynekologickými zdravotními problémy a hysterektomie pro ně znamená návrat k běžnému životu.

Téma bakalářské práce bylo vybráno hned z několika důvodů. Pracuji jako sestra na gynekologicko-porodnickém oddělení krajské nemocnice a mou náplní je péče o ženy po malých i velkých gynekologických operacích a zároveň jsem si chtěla prohloubit znalosti.

Bakalářská práce je rozdělena do teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývá popisem jednotlivých typů hysterektomie (vaginální, abdominální a laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie), která začíná anatomii vnitřních pohlavních orgánů, diagnostikou nejvhodnějšího typu zákroku, dále je popsán způsob provedení operace s možnými operačními nebo pooperačními komplikacemi. Praktická část se zabývá vyhodnocením polostrukturovaných rozhovorů s pacientkami, které podstoupily hysterektomii, a zjišťuje, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče u pacientek po abdominální hysterektomii a laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii.

Výstupem práce bylo vytvoření návrhu ošetrovatelského standardu na pooperační období. Návrh standardu bude nabídnut k implementování do praxe na gynekologicko - porodnické oddělení krajské nemocnice po domluvě s managementem.

Literární zdroje pro zpracování bakalářské práce byly vybrány na základě seznamu rešerší, který byl zpracován Studijní a vědeckou knihovnou Plzeňského kraje.

TEORETICKÁ ČÁST

Hysterektomie je nejčastější velká operace v gynekologii. Ročně ji v České republice absolvuje kolem dvaceti tisíc žen různého věku a z různých důvodů. Hysterektomií rozumíme odstranění dělohy, hrdla děložního a u některých žen i vaječníky a vejcovody. U žen ve fertilním věku po hysterektomii a odstranění vaječníků dochází k neplodnosti a předčasné menopauze, proto je zapotřebí hormonální substituční léčby. Aby bylo možné tento operační zákrok provést, je nutná několikadenní hospitalizace a po propuštění do domácího prostředí, je zapotřebí dodržet klidový režim po dobu šesti týdnů. Indikace k hysterektomii má za úkol zajistit ženě úlevu od jejich dlouhotrvajících potíží spojených s krvácením, zároveň je pro ni velmi psychicky i fyzicky náročná (Zábranský, 2006, s. 207).

Každý její způsob provedení má svou historii a tím pádem bychom mohli u každého typu hysterektomie uvést dlouhou řadu lékařských osobností, které se na vývoji postupu odstranění dělohy podílely až do současnosti (Zábranský, 2006, s. 207-208).

Je důležité vyzdvihnout počátky hysterektomie na konci 19. století, kdy každý pokus o odstranění dělohy bylo dobrodružství pro operátory i ostatní lékařský personál. Lékaři provádějící tyto operace měli největší obavy ze vzniku zánětů, hemostázy a bolesti (Zábranský, 2006, s. 207).

Existuje několik způsobů odstranění dělohy – vaginální, laparoskopický, laparoginální a abdominální. Záleží však na zvyklostech pracoviště, jakým způsobem hysterektomie provádí. Způsob operačního postupu, který lékař zvolí a je vhodný pro jednu pacientku, nemusí být vhodný pro další i když jejich anatomická situace je stejná, protože klinické okolnosti mohou být úplně jiné (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 117).

1 ANATOMIE VNITŘNÍCH RODIDEL

1.1 Pochva

Pochva je dutý orgán délky přibližně 10 cm a trubicovitého tvaru. Je tvořena spirálovitě uspořádanou hladkou svalovinou díky čemuž je velmi elastická a to jí umožňuje široké roztažení například při porodu nebo pohlavním styku. Poševní sliznice se skládá z nerohovějícího více vrstevnatého dlaždicového epitelu. V těsné blízkosti pochvy je v malé pánvi umístěn močový měchýř, močová trubice a rectum (Slezáková a kol., 2017, s. 19; Mára, Holub a kol., 2009, s. 27).

1.2 Děloha

Děloha je orgán sloužící k vývoji a ochraně zárodku a následně plodu. Skládá se z hrdla a těla, má hruškovitý tvar a je přibližně uložena uprostřed pánve mezi močovým měchýřem a rectem. Měří přibližně 8 centimetrů, má průměr 2,5 až 3,5 cm a váží přibližně 40 – 50 gramů. Celkem je děloha tvořena třemi vrstvami, kdy střední vrstva – myometrium dává děloze její tvar a je tvořena hladkým svalstvem. Vnitřní stěnu tvoří sliznice - endometrium a zevní vrstvu perimetrium. Ve správné poloze udržuje dělohu závěsný a podpůrný aparát, který zároveň tvoří pánevní dno. O cévní zásobení se zaslouhuje arteria uterina a její další větvení (Slezáková a kol., 2017, s. 20; Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 33-35; Roztočil, 2011, s. 23; Mára, Holub a kol., 2009, s. 25-26).

1.3 Hrdlo děložní

Děložní hrdlo vystupuje do pochvy jako cervix. Cervix je z poševní strany pokryt sliznicí složenou z vícevrstevnatého dlaždicovitého epitelu, který se nazývá ektocervix. Děloha a pochva je spojena kanálkem děložním, který je velmi úzký. Průměr hrdla děložního je přibližně 7-8 mm, ale při porodu se zvětší až na 10 cm. Cervix a hrdlo děložní je považováno za ochrannou bariéru dělohy, protože zabraňuje vniknutí bakterií a nečistot do dělohy a dále do dutiny břišní (Slezáková a kol., 2017, s. 21; Pilka a kol., 2016, s. 132-134).

Jednou z příčin hysterektomie je karcinom cervixu, což je druhý nejčastější zhoubný nádor u žen, který je zapříčiněn nejčastěji promiskuitou, brzkým začátkem sexuálního života, špatnou životosprávou v kombinaci se sníženou imunitou. Onemocnění probíhá bezpříznakově, ale v pozdním stádiu se projeví krvácením po pohlavním styku, bolestí v podbříšku a výtokem z pochvy, který zapáchá. Karcinom cervixu se dá snadno a spoleh-

livě diagnostikovat v rámci pravidelných preventivních prohlídek a stěrů z hrdla děložního, očkováním před prvním pohlavním stykem (Pilka a kol., 2016, s. 132-134).

1.4 Vejcovody

Vejcovody jsou duté trubicovité orgány, dlouhé přibližně 10 – 15 cm. Vedou od děložního rohu k ováriu, kde se rozšiřují do nálevkovitého tvaru, z jehož okraje vybíhají výběžky, které během ovulace umožňují zachycení uvolněného vajíčka. Vnitřní vrstva se skládá ze sliznice, střední z hladké podélně a příčně probíhající svaloviny a vnější ze serózy (Mára, Holub a kol., 2009, s. 25; Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 30-31).

1.5 Vaječníky

Vaječníky jsou párové orgány, bělavé barvy, vejčitého tvaru, tvořící pohlavní hormony (estrogen a progesteron) a zárodečné pohlavní buňky. V dospělosti ženy se hmotnost vaječníku pohybuje mezi 6 až 10 g, délky kolem 2,5 až 5 cm a šířky 1 až 3 cm. V období před pubertou mají vaječníky hladký povrch, který se po nástupu menstruace a po proběhlých ovulacích mění na jizevnatý. Vaječníky se skládají ze dvou částí. Vnitřní část je složena z dřene (medulla ovarii) a vnější část je složena z kůry (cortex ovarii), kde jsou zároveň i různě vyvinuté folikuly včetně žlutých a bílých tělísek. Vaječníky nejsou fixovány, visí volně na mesováriu – peritoneální duplikatuře. Cévní zásobení je primárně zajištěno artérií ovarica, dále vaječnickovou větví ramus ovaricus z tepny děložní (Mára, Holub a kol., 2009, s. 24-25; Slezáková a kol., 2013, s. 18; Roztočil a kol., 2011, s. 18).

2 VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

Jedná se o typ operace, který byl v minulosti nejčastěji využíván, kdy postup k odstranění dělohy byl poševní cestou. V současné době je více využíván výkon hysterektomie abdominální. (Pilka, Procházka a kol., 2012, s. 157; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 919-921).

První zmínky o pokusu odstranění dělohy poševní cestou jsou již ze středověku, kdy většinou končily tragicky. Dle německých publikací první hysterektomii provedl Konrád Langenbeck. Od té doby se na zdokonalení operačního zákroku podílela celá řada lékařů (Zábranský a Adamík, 2010, s. 47).

2.1 Indikace k vaginální hysterektomii

Vaginální hysterektomie je určena nejčastěji ženám s děložním prolapsem. Mezi další indikace patří i dlouhodobé krvácení nereagující na konzervativní léčbu, prekancerózy endometria nebo děložního čípku, chronické bolesti v podbřišku, adenomyóza a nevelké děložní myomy (Dubová, Zikán, 2019, s. 209; Schneiderová, 2014, s. 198-199; Zábranský, 2006, s. 217-218).

Hlavní kritéria pro indikaci VH je pohyblivost dělohy, velikost myomu, nepřítomnost nuliparity, velikost pochvy, která by měla být ve velikosti alespoň pro 2 prsty a děložní sestup. Standardně je stanoven limit pro velikost myomatózní dělohy o velikosti 280 – 300 g, což odpovídá přibližně 12. týdnu těhotenství. Kontraindikace i podmínky k VH v současné době nejsou tak striktní jako dříve. Samozřejmě záleží na zkušenostech operátora a pracoviště. Až na výjimky není VH doporučována k operativnímu řešení maligních onemocnění (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 119-120; Mára, Holub a kol., 2009, s. 88-91).

2.2 Výhody a nevýhody vaginální hysterektomie

Výhody VH jsou především v neinvasivním řešení operace mimo břišní dutinu, čímž dochází k minimální manipulaci se střevy, kdy do peritonea je vytvořen malý otvor pro vstup do pánve. Díky tomuto postupu dochází téměř minimálně k tvorbě pooperačních adhezí. Pro operační postup poševní cestou je VH nejvhodnější pro obézní a vysoce rizikové pacientky. Další výhodou je časově krátký operační zákrok a kratší anestezie, jakož i menší krevní ztráta. Díky minimálnímu invazivnímu operačnímu postupu jsou pooperační bolesti i celková rekonvalescence pacientky kratší. To souvisí s délkou hospitalizace a fi-

nanční výhodností pro zdravotnické zařízení (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 118-119; Simočková, 2011, s. 69; Kudela, Zahradníčková a Hejtmánek, 2003, s. 217).

Hlavní nevýhodou při VH je nemožnost provedení revize celé dutiny břišní. Nemožné je i provedení v případě potřeby dalších dílčích operačních zákroků jako např. odstranění appendixu. Protože VH je doporučována u malých děloh, kdy nedochází k odstranění vaječníků, může v případě anomálií (adheze po císařském řezu, velká děloha apod.) dojít ke komplikacím (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 118-119; Simočková, 2011, s. 69; Kudela, Zahradníčková a Hejtmánek, 2003, s. 217).

2.3 Operační technika u standardní VH bez adnexetomie

Jedná se o častý operační úkon, při němž se odstraní děloha, která sestoupí jen málo, jejíž velikost odpovídá přibližně 12. týdnu těhotenství nebo hmotnost dělohy není více jak 300 g (Mára, Holub a kol., 2009, s. 88-91).

Před započítím operace je nutná předoperační příprava, kterou pacientka absolvuje na gynekologickém oddělení, jejíž příprava spočívá v oholení operační oblasti, podání klyzma, dietního režimu, anesteziologického konzilia. Samotný zákrok probíhá na operačním sále, kdy pacientka je umístěna do gynekologické polohy na operačním sále, nohy jsou upevněny v Schautových opěrkách a jedna horní končetina je k dispozici anesteziologovi. Následuje dezinfekce operační oblasti, kdy je nutné vyčkat na zaschnutí dezinfekce a zaraškování jednorázovým nebo látkovým rouškovacím setem. Operatér s asistentem jsou vybaveni sterilními plášti a usadí se mezi nohy operované pacientky. Operatér vždy sedí na pravé straně a výměna nástrojů s perioperační sestrou probíhá vždy zprava za jeho zády (Kudlejová, 2014, s. 386-387).

Nejprve je přes pochvu rozstřížením zadní i přední stěny poševní otevřena břišní dutina. Následuje uvolnění dělohy od vazů a podvázání uterinních cév. Před prostřížením vezikouterinního záhybu musí operatér urocystis vysunout vzhůru, aby mohl odstranit samotnou dělohu přes pochvu. Po odstranění dělohy následuje podvázání a odstřížení vaječníků i oblých vazů. Po tomto úkonu je nutná revize vaječníků a kontrola dutiny břišní. Pokud není v dutině břišní zjištěno krvácení a proběhla revize vaječníků je možno uzavřít peritoneum tak, aby pahýly zůstaly uvnitř dutiny břišní. Pahýly zadních vazů se následně všijí do zadní stěny poševní a pahýly oblých vazů se přišijí k přední stěně. Poté jsou uchopeny okraje pochvy a je napříč sešita jednotlivými stehy (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 881-882; Schneiderová, 2014, s. 199; Mára, Holub a kol., 2009, s. 88-91).

V případě objemné dělohy, kterou nelze vyjmout pochvou, se otevře dutina břišní malým řezem v podbřišku a po vyjmutí dělohy je možno touto cestou operaci ukončit (Říčanek, 2016).

V závislosti na sestup dělohy sestupují i stěny poševní, které musejí být plasticky upraveny. Provádí se plastika přední a zadní stěny poševní. Operačně je lze provést obě najednou nebo samostatně. V případě, že sestupuje pouze poševní stěna, může operátor provést jen plastiku poševní bez hysterektomie (Zábranský, 2006, s. 220).

Před ukončením operace je pacientce zaveden permanentní močový katétr, tampónada a provedena dezinfekce operační oblasti (Kudlejová, 2014, s. 386-387).

2.4 Komplikace po vaginální hysterektomii

Během operačního výkonu mohou nastat komplikace ve formě krvácení v důsledku poranění okolních orgánů jako je například urocystis, ureter nebo rektum. Jejich výhodou je, že jsou dobře viditelné a zastavitelné oproti krvácení z tepen, které byly nedostatečně podvázané, proto je vhodné podvázání provést dvakrát. Pozor by měl operátor dávat na místo opichu lokální anestezií. Poranění urocystis nevzniká často a nemusí být řešeno hned, ale až po vyjmutí dělohy. Je však důležité ho odhalit. K poranění ureteru dochází jen výjimečně, zároveň i oblast rekta bývá poraněna jen v případě provádění větších zadních plastik. Dále se může projevit peritonitida, u pacientek s porušenou imunitou pomalé hojení poševního pahýlu, sutury, infekce v operační ráně nebo vznik hernie, kterou je potřeba s odstupem času odstranit. (Pilka a kol., 2014, s. 35; Zábranský, 2006, s. 222).

V pooperačním období může nastat krvácení často spojené se zánětem, je však evidován pokles těchto komplikací v souvislosti s podáváním antibiotik. V případě drénování operační oblasti není přítomno viditelné krvácení. Mezi další komplikace můžeme zařadit hematom, potíže s močením, granulom, prolaps vejcovodu, prolaps pochvy i její zkrácení nebo zapomenutý cizí předmět v operační oblasti (Zábranský, 2006, s. 223; Holub, Kužel a kol., 2005, s. 134).

U VH se setkáváme nejčastěji s komplikacemi ve formě zánětů a krvácení, ale obecně platí, že u tohoto typu hysterektomie je frekvence komplikací relativně malá (Mára, Holub a kol., 2009, s. 134).

3 LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYS- TEREKTOMIE

Jedná se o moderní a v poslední době oblíbenou operační techniku, kdy je za pomoci laparoskopické a současně vaginální metody odstraněna děloha. Laparoskopickým přístupem se uvolní děloha (případně i vaječníky) pomocí 3-4 vstupů, kdy hlavní je veden přes pupek a následně je děloha vyjmuta vaginálním přístupem (Holub, 2006, s. 3; Koutná, 2012, s. 31).

3.1 Indikace a kontraindikace

Mezi nejčastější indikace LAVH dle Holuba, Kužela a kol. (2005, s. 111) patří především:

1. Benigní onemocnění dělohy a adnex,
2. Prekancerózy děložního hrdla a těla a ovaria,
3. Karcinomy endometria a děložního hrdla v časném stádiu.

Hlavní kontraindikační důvod nevhodnosti provedení LAVH je u pacientek s kardiálním onemocněním, kdy během operačního zákroku je pacientka uložena do Trendelenburgovi polohy, při které hrozí selhání oběhu. Mezi další kontraindikace patří zejména obezita pacientek, kdy je nemožné nebo velmi obtížné provést laparoskopii a velké tumory, které již není možné vyjmout přes laparoskopický port pomocí rozmělnění (morcelace) (Holub, Kužel a kol., 2005, s. 111; Dubová, Zikán, 2019, s. 214).

3.2 Výhody a nevýhody LAVH

LAVH je nejvýhodnější kombinace laparoskopického a vaginálního přístupu odstranění dělohy. Mezi zásadní výhody této operační metody patří menší bolestivost, menší invazivnost a s tím spojené i menší riziko vzniku pooperačních komplikací, rychlejší doba zotavení pacientky, menší operační vstupy a menší krevní ztráty. Další neméně významnou výhodou především z hlediska pacientky je, že tento postup zanechává menší vizuální pooperační následky (Zábranský, 2006, s. 269; Shimizu, 2011, s. 2; Rob, Martan, Ventruha a kol., 2019, s. 76; Špaček, Kalousek, Jílek a kol., 2018, s. 383).

Bohužel i tento nejméně invazivní postup má svá rizika a nevýhody, mezi které patří zejména možnost poranění orgánů při zavádění operačních nástrojů např. Verresova jehla nebo trokar. Další nevýhodou je delší operační čas a s tím spojená delší anestezie, kdy

tato metoda není doporučována pacientkám s kardiálním onemocněním. V neposlední řadě je nevýhodou i finančně nákladnější zákrok z důvodu potřeby většího nástrojového a přístrojového vybavení (Dubová, Zikán, 2019, s. 214; Holub, Kužel a kol., 2005, s. 111; Kudela, Zahradníčková a Hejtmánek, 2003, s. 217; Rob, Martan, Ventruba a kol., 2019, s. 76).

3.3 Operační technika LAVH

Před započítím samotné operace je opět nutná předoperační příprava, která začíná na gynekologickém oddělení. Skládá se z oholení operační oblasti, podání klyzma, dietního režimu a anesteziologického konzilia. Na operačním sále je pacientka uložena do gynekologické polohy, poté je uvedena do celkové anestezie. Následně je provedena dezinfekce operační oblasti, pochvy, provedeno vycévkování močového měchýře a zarouškování operační oblasti (Duffková, Frei, 2015, s. 79-81).

Operatér krátkým řezem v pupku zavede Verresovu jehlu, kterou pomocí CO₂ naplní kapnoperitoneum. Následně je zavedena optika, jejíž pomocí jsou vytvořeny další 2-3 vstupy pro operační techniku. Poté je provedena revize dutiny břišní. Pokud je LAVH s adnexetomií, je proveden výkon na děložních přívěscích, tzn. vejcovodech i vaječnicích. Dále operatér přeruší děložní vazy, uvolní dělohu od močového měchýře a cév (Mára, Holub a kol., 2009, s. 93; Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 956-957; Holub, Kužel a kol., 2005, s. 107-109).

Následuje vaginální fáze, kdy je provedena cirkulární incize pochvy a vyjmuta děloha. Poté je provedena sutura pochvy a zavedena tamponáda a také Foleyův katétr do močového měchýře. Před ukončením operace je nutno znovu naplnit kapnoperitoneum, aby mohla být provedena kontrola krvácení a celková revize dutiny břišní. Nyní mohou být vyjmuty porty a provedeny sutury břišních vstupů (Mára, Holub a kol., 2009, s. 93; Holub, Kužel a kol., 2005, s. 108-109).

3.4 Komplikace po LAVH

Jako u každého operačního zákroku může i u LAVH dojít ke komplikacím. Nejčastější rozdělení je na operační komplikace, tedy takové, které vzniknou během operačního zákroku a na pooperační komplikace, ty vznikají po kratším či delším časovém odstupu po operaci. Z důvodu invazivního vstupu do dutiny břišní mohou být poraněny tkáň nebo břišní orgány především při zavádění prvního vpichu, kdy může dojít k poranění tenkého

nebo tlustého střeva. Operatér může také poranit močovod, močový měchýř nebo velké cévy při neopatrné manipulaci s operačními nástroji. V případě většího poranění vnitřních orgánů je možné (někdy i nutné) změnit laparoskopii na laparotomii a operační zákrok dokončit abdominální hysterektomií (Fait, Kolečka, 2007, s. 22; Roztočil a kol., 2011, s. 399-400; Cibula a kol., 2009, s. 171).

3.4.1 Pooperační komplikace po LAVH

Pooperační komplikace lze dále rozdělit na časné a pozdní. Mezi časné komplikace tedy ty, které vznikají krátce po operačním zákroku, patří infekce, krvácení a anesteziologické komplikace vzniklé v souvislosti s kapnoperitoneem, kdy nedojde k úplnému vypuštění plynu z dutiny břišní (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 929; Kučera, 2004, s. 7).

Mezi pozdní komplikace patří vznik keloidních jizev nebo adheze, které se mohou projevat bolestí břicha. Dále může dojít ke vzniku kýly v jizvě nejčastěji po použití trokaru o větším průměru než 10 mm během operačního zákroku. Jako méně časté mohou vzniknout nekrózy gastrointestinálního nebo močového systému (Kučera, 2004, s. 7; Kužel a kol., 2005, s. 42-43).

4 ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

Jedná se o odstranění dělohy způsobem, který v dnešní době patří mezi nejčastěji používaný. Jde o postup operačního zákroku přes břišní stěnu tzv. laparotomii. V různých případech se společně s dělohou a hrdlem odstraní i vejcovody a vaječníky (Pilka, Procházka a kol. 2012, s. 157; Pilka, 2017, s. 228).

4.1 Indikace

Mezi hlavní důvody k abdominální hysterektomii patří myomy, které vzhledem k jejich velikosti nemohou být odstraněny laparoskopicky nebo vaginálně nebo jsou v kombinaci s dalšími nálezy na vaječnicích či úzkou pochvou. Mezi další indikace k AH jsou například benigní tumory a prekancerózy endometria a cervixu, poranění dělohy, endometriózy, krvácení, které nereaguje na konzervativní léčku nebo po komplikacích po porodu např. nezastavitelné krvácení nebo ruptura dělohy (Mára, Holub, 2009, s. 88; Duffková, Frei, 2015, s. 77)

4.2 Výhody a nevýhody

Výhodou této metody odstranění dělohy je, že není limitována její velikostí a suspektními nálezy na vaječnicích. Operatér má dokonalý přehled v operované oblasti, kdy během zákroku může provést revizi dutiny břišní.

Jelikož se jedná o invazivní zákrok přes dutinu břišní a tím spojené následné možné komplikace převažují nevýhody nad výhodami. Mezi nevýhody můžeme zařadit následné pooperační krvácení, střevní potíže, srůsty, pomalé hojení, úmrtnost z důvodu delší operace. Další nevýhodou této metody je, že není vhodná pro každou ženu z hlediska dalších přidružených onemocnění pacientky, ale zároveň může jít o poslední možnou volbu (Zábranský, 2006, s. 210).

4.3 Operační technika

Před započítím samotné operace je opět nutná předoperační příprava, která začíná na gynekologickém oddělení. Skládá se z oholení operační oblasti, podání klyzma, dietního režimu a anesteziologického konzilia. Na operačním sále je pacientka umístěna na operační stůl do lehu na zádech s jednou horní končetinou upaženou pro potřeby anesteziologa a dolní končetiny jsou upraveny tak, aby perioperační sestra stála buď u nohou pacientky odkud má výborný přehled do operačního pole, což se nedá říci o operatérovi, který musí

vynaložit více pohybu nebo perioperační sestra stojí na pravé straně pacientky odkud už má ztížen výhled do operačního pole a operatér stojí na levé straně pacientky. Pacientce je ještě před začátkem operace zaveden permanentní močový katétr, který následně vyprázdní močový měchýř, dále je provedena dezinfekce pochvy a zavedení tamponády. Následuje dezinfekce operační oblasti a sterilní zaroubování (Duffková, Frei, 2015, s. 7-79; Kudlejšová a kol., 2014, s. 389-390).

Operatér otevře dutinu břišní způsobem podélným (tzv. dolní střední laparotomie) nebo příčným (tzv. Pfannenstielův řez). Poté operatér pomocí břišního rozvěrače provede revizi dutiny břišní a odsune střeva z malé pánve. Aby mohla být děloha vyjmuta, musí být nejdříve oddělena od cév, které jí vyživují, vazů, kterými je připevněna v pánvi a močového měchýře. Posledním krokem před vyjmutím dělohy je její oddělení od pochvy. Ta je následně sešita a vznikne poševní pahýl, který je uchycen k pánevním vazům. Před uzavřením dutiny břišní operatér provede její revizi, s perioperační sestrou provede kontrolu roušek a operačních nástrojů. Poté sešije jednotlivé vrstvy (peritoneum, svaly, fascii, podkoží a kůži) provede dezinfekci operační oblasti a přilož sterilní krytí (Duffková, Frei, 2015, s. 77-79; Duda, 2000, s. 292-293; Říčanek, 2016, online).

4.4 Komplikace

Komplikace mohou nastat již na operačním sále. Můžeme mezi ně zařadit poranění močového měchýře, močovodu, střev, cév, ale může nastat i srdeční zástava nebo snížení krevního tlaku (Zábranský, 2006, s. 213; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 891-892).

Mezi časné pooperační komplikace vznikající do dvou hodin po operaci, nejdéle však do 24 hodin, můžeme zařadit krvácení, které může být skryté, projeví se nízkým tlakem a rychlou srdeční frekvencí a může vyústit až v hemoragický šok, dechové obtíže související s anestezií nebo alergické reakce, které mohou přijít až do anafylaktického šoku (Škorníčková, Moravcová, Zajíčková, 2015, s. 61; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 891-892).

Komplikace s delším časovým odstupem od operace mohou být infekce s ní spojené, febrilie, hematomy, bolest, abscesy, trombóza, poruchy střevní peristaltiky nebo plicní embolie. Těmto komplikacím se operatér snaží předejít podáním antibiotik, které jsou podány ještě před operačním zákrokem dle zvyklosti pracoviště (Zábranský, 2006, s. 213-214).

5 PERIOPERAČNÍ PÉČE Z POHLEDU SESTRY

Perioperační péče o pacientku je složena z předoperační, operační a pooperační péče. Užší perioperační péče začíná předáním pacientky ze standardního oddělení na operační sál a končí převzetím pacientky po operačním zákroku zpět na standardní oddělení nebo jednotku intenzivní péče (Wichsová a kol., 2013, s. 133-138).

5.1 Předoperační příprava

V případě, že se nejedná o akutní operační výkon, je předoperační příprava složena z několika kroků, které na sebe navazují. Zatímco se příprava pacientky skládá z pohledu tělesné a psychické stránky.

Předoperační příprava se skládá z dlouhodobé, krátkodobé a bezprostřední předoperační přípravy, kdy dlouhodobou přípravou myslíme přibližně 10-14 dnů před operačním zákrokem, kdy pacientka podstupuje předoperační vyšetření (obvodní lékař, internista apod.), krátkodobou 24 hodin před operací a bezprostřední je realizována dvě hodiny před operačním zákrokem.

V neposlední řadě je důležité brát zřetel na vhodné načasování operačního zákroku, aby byl naplánován po menstruaci. V případě, že bude proveden před menstruací, hrozí větší krevní ztráta z důvodu většího prokrvení pohlavních orgánů. Abychom předešli tromboembolické nemoci, je nutné vysadit hormonální antikoncepci a přeléčení případné poševní infekce (Slezáková a kol., 2017, s. 32-33; Roztočil et al., 2011, s. 398).

5.1.1 Předoperační vyšetření

K hospitalizaci je pacientka přijata 24 hodin před plánovaným operačním zákrokem, kdy indikaci k operaci stanoví obvodní gynekolog, kterou pacientka předkládá při příjmu k hospitalizaci společně s výsledky předoperačních vyšetření, které jsou kontrolovány přijímacím lékařem. Následně lékař odebere podrobnou anamnézu a provede fyzikální i gynekologické vyšetření. Laboratorní výsledky krve, které se skládají z krevní skupiny, biochemického, hematologického a hemokoagulačního rozboru by neměly být staršího data než 14 dní. Pacientka by měla předložit i záznam s popisem EKG od svého obvodního lékaře a popřípadě rentgen plic a srdce u pacientek starších 50 let nebo s podezřením na kardiopulmonální onemocnění. Dále se provádí vyšetření pomocí magnetické rezonance u pacientek s karcinomem děložního hrdla, aby se zjistilo, zda neprorůstá do děložních vazů. U starších či rizikových pacientek je nutná delší hospitalizace před ope-

račním zákrokem z důvodu dalších vyšetření (respirační a oběhové funkce). Termín operace s následnou premedikací je stanoven po zhodnocení všech výsledků a vyšetření, které pacientka podstoupila (Roztočil, 2011, s. 398; Rokyta 2020; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 916; Citterbart, 2008, s. 62).

5.1.2 Psychická příprava pacientky před operačním zákrokem

Pro pacientku je operační zákrok nebo samotná hospitalizace velkou psychickou a stresující zátěží, proto by psychická příprava měla být stejně důležitá jako tělesná, avšak záleží také na intelektu a stáří pacientky, zda je hospitalizována poprvé nebo s jejími zkušenostmi z jiných hospitalizací. Vše začíná už prvním kontaktem s pacientkou v den nástupu k hospitalizaci, kdy by zdravotnický personál měl dbát na správné oslovování, komunikaci, verbální i neverbální projevy. Pacientka při nástupu ke gynekologickému zákroku může cítit stud, obavu, úzkost, strach z pooperačního průběhu, tělesného vzhledu nebo osobní identity. Je proto velmi důležité jí srozumitelně vysvětlit vše, co se týká operačního zákroku, dát jí prostor k tomu, aby se mohla ptát na to, z čeho má obavy a co jí není jasné a v neposlední řadě také na to, na koho se může dále během hospitalizace obrátit v případě nových dotazů. Je důležité seznámit ji s chodem oddělení, vnitřním řádem, právy pacienta, dietním opatřením, alergeny ve stravě, možnostmi využití signalizačního zařízení či uložení cenností do trezoru. Časové posloupnosti jednotlivých úkonů, které na sebe navazují podle zvyklosti oddělení. Lékařem je informována o průběhu plánovaného operačního zákroku, svém zdravotním stavu a následně je lékařem požádána o podpis informovaného souhlasu s hospitalizací, operací a anesteziologického vyšetření. Anesteziologické vyšetření provádí anesteziolog, který pacientce vysvětlí vše v souvislosti s anestezií. V souhlasu s hospitalizací má pacientka možnost uvést osobu, které může lékař podávat informace o zdravotním stavu pacientky. Úkolem sestry na oddělení je edukovat pacientku o následných krocích nutných k předoperační přípravě, které se skládá z dietního režimu, tělesné přípravy, hygieny nebo návštěvních hodin apod. Pacientka by měla mít možnost vyjádřit své obavy i pocity a sestra by naopak měla umět pacientku povzbudit, uklidnit a dodat jí sebedůvěru, v žádném případě by sestra neměla soudit chování nebo projev pacientky, který může být ovlivněn strachem. To vše může pozitivně ovlivnit celkový průběh hospitalizace, adaptaci pacientky na nemocniční prostředí, její spolupráci v jednotlivých úkonech a v neposlední řadě psychiku. *„Základem pro rozhovor s pacientem je empatie, úcta a nefalšovaná projevů toho, kdo s nemocným hovoří. Je vhodné, jsou-li informace poskytovány nikoliv těsně před výkonem, ale v dostatečném časovém předstihu, tak aby se nemocný*

mohl dostatečně „vnitřně připravit“. Existuje předpoklad, že na co se člověk subjektivně připraví, to také lépe snáší.“ (Slezáková a kol., 2017, str. 34-35; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 34; Simočková, 2011, s. 70-71; Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 67).

5.1.3 Fyzická příprava

Tělesná příprava pacientky den před plánovaným operačním zákrokem spočívá v dodržení dietního opatření, kdy je pacientkám podávána lehká strava a tekutiny, následně jsou poučeny o tom, že od půlnoci nesmí nic p.o. . Pacientce je zpravidla dle ordinace lékaře podáno očistné klyzma z důvodu vyprázdnění střev, abychom předešli možným komplikacím, například perforaci střev. Po podání očistného klyzma se pacientka osprchuje. Je kladen důraz na přípravu operační oblasti, který spočívá v oholení podbřišku, hrmy, vulvy nebo perinea. Oholení by mělo být provedeno v den operace, těsně před jejím začátkem z důvodu rizika infekce. Před vaginální hysterektomií je provedena laváž pochvy použitím antiseptického roztoku a před LAVH sestra za použití desinfekce vyčistí pupek. Součástí tělesné přípravy před operačním zákrokem je podání laxativ, která nejčastěji ordinuje anesteziolog, a jsou podány s večerní medikací. V případě, že pacientka užívá chronickou medikaci, je jí podána také dle ordinace lékaře. V ranních hodinách operačního dne je u pacientky provedena lékařská vizita, poté je sestrou PŽK, změřena tělesná teplota, krevní tlak a puls. Dle zvyklosti oddělení jsou pacientce podána antibiotika a nízkomolekulární heparin jako prevence tromboembolické nemoci a provedena bandáž dolních končetin za pomoci elastického obinadla nebo kompresních punčoch. Následuje podání premedikace, která je ve většině případů podávána přibližně 30-45 minut před začátkem operace. Před převozem na operační sál je pacientka poučena o nutnosti absence šperků, zubní náhrady a odložení oděvu. Vše je pečlivě zaznamenáno do zdravotnické dokumentace, která je předána společně s pacientkou na operační sál s časovým záznamem, kdy byla pacientka na operační sál předána, kdo ji připravil k operaci a kdo podal premedikaci (Jedličková a kol., 2019, s. 155; Slezáková a kol., 2017, s. 34; Rob, Martan, Citterbart et al., 2008, s. 62; Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 916-917; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 34).

5.2 Intraoperační péče

Na operační sál je pacientka ze standardního oddělení převezena sanitářem a sestrou na lůžku přikryta příkrývkou. Zdravotnická dokumentace pacientky je předána společně s ní, aby bylo možné identifikovat pacientku jak verbálně tak pomocí identifikač-

ního štítku, který má pacientka umístěn na horní končetině. Z lehátka je pacientka přeložena na operační stůl, kde je důležité dbát na krytí intimních míst. Krytí vlasů pacientky je zajištěno pomocí jednorázové čepice. Po všech těchto úkonech je pacientka převezena na operační sál, kde se jí představí operační i anesteziologický tým. Významnou roli v komunikaci s pacientkou na operačním sále má haptický kontakt, který může zmírnit pocit strachu a psychicky pacientku podpořit. Mezi nejvíce používané dotekové oblasti v perioperační péči řadíme např. ramena a ruce a paže (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 68; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 41; Wichsová a kol., 2013, s. 134; Jedličková a kol., 2019, s. 155).

Při překlada pacientky je ověřena její identita, zda má odstraněny šperky, je lačná, má odstraněny protetické pomůcky a opětovně je položen dotaz, zda má pacientka alergii. Péči o pacientku na operačním sále přebírá operační tým, který se skládá z lékaře anesteziologa, anesteziologické sestry, perioperační sestry, obíhající perioperační sestry, sanitáře, lékaře gynekologa, který vede operační zákrok a jednoho nebo více asistentů lékařů. Měl by být kladen důraz na intimitu pacientky a na operačním sále by se měli pohybovat jen lidé, kteří tam v danou chvíli mají být, protože první dojem je jeden z klíčových pocitů pacientky. Jako při příjmu pacientky k hospitalizaci, hraje důležitou roli první dojem i po příjezdu pacientky na operační sál. V případě nevhodného chování vystavujeme pacientku dalšímu zbytečnému stresu (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 67-68; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 40; Wichsová a kol., 2013, s. 134).

Na operační stůl, jehož součástí je vyhřívaná podložka, je pacientka uložena v základní poloze na zádech a začíná práce anesteziologického týmu. Podle prostorového uzpůsobení operačního sálu, je jedna horní končetina, kde je zavedený PŽK upažena a pevně fixována na podložce tak, aby byla volně přístupná anesteziologickému týmu. Na druhé horní končetině se měří krevní tlak, SpO₂, P, a po umístění svodů na hrudník pacientky i EKG. Po těchto úkonech následuje úvod do anestezie a intubace. Operační tým dbá na bezpečnost pacientky a předchází riziku pádu, dekubitů i poškození periferních nervů. Každá operace má své požadavky na polohu pacientky. U LAVH je pacientka uložena na zádech v Trendelenburgově poloze, ramena má opřena o zarážky, dolní končetiny má v kolenou v mírné extenzi a upevněny v Schautových opěrkách. U vaginální hysterektomie je pacientka uložena na zádech, dolní končetiny má v široké abdukci a kolena v extenzi fixované v Schautových opěrkách. U abdominální hysterektomie je pacientka uložena také na zádech a dolní končetiny má dle zvyklosti operatéra v addukci nebo abdukci. V případě

potřeby uložení pacientky do zvláštní polohy provádíme úpravu až po uvedení do celkové anestezie (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 77; Janíková a Zeleníková, 2013, s.41; Roztočil et. al., 2011, s. 405; Wichsová a kol., 2013, s. 135; Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 917-918).

V případě, že operatér předpokládá při operačním zákroku použití elektrokoagulace je pacientce přilepena neutrální elektroda nejčastěji na pravé stehno, aby nedošlo k poškození pacientky popálením. U umístění elektrody je brán zřetel na zvyklosti oddělení i tělesné proporce pacientky. Dále je pacientce zaveden permanentní močový katétr do močového měchýře, aby bylo možné sledovat barvu a množství moči. Následuje příprava operační oblasti, kterou za pomoci sterilních tampónů, podávkových kleští a antiseptika provádí lékař. Dezinfekce se provádí nanášením od středu operačního pole do stran, tento úkon je nutné provést dvakrát. Abychom předešli riziku popálení v případě použití elektrokoagulace, dbáme na to, aby dezinfekce nezatekla pod tělo pacientky. Po přípravě operační oblasti je pacientka sterilně celotělově zarouškována (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 42; Wichsová a kol., 2013, s. 136; Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 82).

Sálová sestra ještě před začátkem operačního zákroku kontroluje nástroje a pomůcky, které má připraveny na sterilním instrumentačním stolku. V průběhu operačního zákroku plní požadavky operátora a sleduje průběh operace. Během operace sleduje počet nástrojů a dalších sterilních pomůcek, který je následně před ukončením operace přepočítán s hlavním operátorem. Obíhající sálová sestra je plně k dispozici celému operačnímu týmu, obsluhuje přístroje a spolu s instrumentující sestrou kontroluje dodržování sterilních postupů celého operačního týmu. Anesteziologický tým má rovněž před začátkem operace připravený anesteziologický přístroj, který je potřebný pro vedení anestezie (Wichsová a kol., 2013, s. 137-138; Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 82).

Po domluvě lékaře operátora a lékaře anesteziologa je ukončeno podávání anestezie. Na závěr operačního zákroku, je pacientce omyta a osušena operační rána a poté je nutné přiložit sterilní krytí z důvodu prevence vzniku infekce v operační ráně. Následně je odstraněno sterilní rouškování a zkontrolován celkový stav pacientky. Anesteziologický tým pečuje o pacientku a po nabytí vědomí ji extubuje. Toto je ověřeno tím, že pacientka je schopna na pokyn anesteziologa plazit jazyk, verbálně odpovědět na dotaz a zvednout hlavu nad úroveň ramen. Poté je předána i se zdravotnickou dokumentací sestře a sanitáři k dalším intervencím na standardní oddělení. V případě, že pacientka není oběhově stabilní

nebo se vyskytly jiné komplikace je z operačního sálu předána na anesteziologicko-resuscitační oddělení nebo jednotku intenzivní péče (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 42; Wichsová a kol., 2013, s. 138).

5.3 Pooperační péče

Období po operaci je pro pacientku nejrizikovější. Hlavním cílem ošetrovatelského personálu je předcházet komplikacím a snaha navrátit pacientku nazpátek k běžnému životu. Komplikacemi poruchu vyprazdňování močového měchýře po odstranění permanentního močového katétru nebo vzniklými jinými anatomickými poměry, které po operaci vzniknou. Mezi další možné komplikace můžeme zařadit například poruchu vyprazdňování střev, kterým předcházíme dietním režimem, kdy se střeva začínají postupně zatěžovat. Dietní režim se v průběhu hospitalizace mění dle pooperačního stavu pacientky. Dále může dojít vlivem snížené tělesné obranyschopnosti nebo nedostatečně prováděnou hygienou k infekci v operační ráně. Tomu se snažíme předejít aseptickým přístupem při převazu operační rány a edukací pacientky v oblasti hygieny. Další komplikace může nastat při mobilizaci pacientky, té se snažíme zabránit dohledem nebo dopomocí při mobilizaci a při verbálním projevu nejistoty doprovodem i v delším (např. s odstupem 6 hodin po mobilizaci) časovém horizontu. Mezi málo časté komplikace můžeme zařadit infekce malé pánve, špatné vstřebávání materiálu, který byl použit při šití při operaci nebo vznikem píštělí, které mohou vzniknout mezi močovou trubicí a močovodem či močovou trubicí, močovým měchýřem a pochvou. Pooperační péči rozdělujeme na bezprostřední a dlouhodobou (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 47-49; Černý, 2016, s. 400-401, Slezáková a kol., 2013, s. 34; Simočková, 2011, s. 71; Slezáková a kol., 2013, s. 36).

5.3.1 Bezprostřední pooperační péče

Bezprostřední pooperační péče o pacientku po operaci většinou probíhá na jednotce intenzivní péče nebo dle možností zdravotnického zařízení i na standardním gynekologickém oddělení. U pacientky dochází k postupnému navrácení vědomí i obranných reflexů i svalového napětí. Bezprostředně po operaci sledujeme: krevní tlak (TK), puls (P), saturaci krve kyslíkem (SpO₂), vědomí, tělesnou teplotu (TT), dechovou frekvenci (D), průchodnost dýchacích cest, nauzeu popřípadě zvracení, bilanci tekutin, močení (barvu a množství moči), bolest a reakci na analgetika nebo opiáty, celkový stav pacientky, slizni-

ce a barvu kůže a stav invazivních vstupů. Fyziologické funkce sestry nejčastěji sleduje 4x15 minut, poté 2x30 minut, pak po 1 hodině a dále po 3 hodinách, ale vždy záleží na ordinaci lékaře. Zároveň sestra sleduje stav sterilního krytí, zda není prosáklé nebo se v okolí operační rány netvoří hematom, také věnuje pozornost krvácení z rodidel, zda je přiměřené k rozsahu operace a v případě zavedení poševní tamponády její prokrvácení. Dle ordinace lékaře podává infuzní přípravky nebo při větší krevní ztrátě i krevní deriváty. Pokud má pacientka zavedený Redonův drén, kontroluje obsah, množství, podtlak a viskozitu odvedené tekutiny. Redonův drén se obvykle odstraňuje do 3 pooperačního dne. Pozornost sestry věnuje i pohybovému režimu zpočátku na lůžku, úlevové poloze a následně nácvičku sebeobsluhy, hygieně, s tím související i čistotu a suchost lůžka. Vše pečlivě zaznamenává do zdravotnické dokumentace (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 47-49; Černý, 2016, s. 400-401, Slezáková a kol., 2017, s. 34; Simočková, 2011, s. 71; Slezáková a kol., 2017, s. 36).

5.3.2 Pooperační bolest

Jako po každém chirurgickém výkonu, tak i po hysterektomii má pacientka silnou bolest, která negativně dopadá na její psychiku a může mít neblahý vliv na průběh rekonvalescence v pooperačním období. Záleží na zvyklostech zdravotnických zařízení a druhu prováděných operací, jakou metodou zvládají tlášení bolesti, která se však v zásadě neliší. Samozřejmě záleží na pooperačním průběhu, komplikacích a rozsahu provedeného zákroku. Při rozsáhlých operacích je možné využít tlášení bolesti pomocí epidurálního katétru, který je zaveden mezi tvrdou plenu mozkovou a páteřní kanál, kdy anestetikum je podáváno pomocí infuzní pumpy či injekčního dávkovače. Po operačním zákroku se obvykle začíná podáním nejsilnějších analgetik (opioidy) a pokračuje se v aplikaci analgetik (neovoidních), dále podáváním analgetik ve formě tabletek. Intenzitu bolesti můžeme měřit a sledovat za využití vizuální analogové škály (VAS). Vizuální analogová škála má stupnici 0 – 10, na které se hodnotí síla bolesti, která nám určuje podání konkrétního tlášení prostředku, ať už jsou to opiáty, analgetika či tablety (Roztočil a kol., 2011, s. 389-390).

5.3.3 Dlouhodobá pooperační péče

Pokud je pacientka oběhově kompenzována, je přeložena na standardní oddělení, kde jsou i nadále monitorovány fyziologické funkce dle ordinace lékaře. Dále jsou: pacientce podávány analgetika nebo opiáty, prováděny odběry biologického materiálu dle ordinace lékaře, kontrolovány drény a jejich obsah, v případě potřeby jsou vyměněny, kontrolovány invazivní vstupy, jejich průchodnost a okolí, prováděny převazy operační rány. Je-li zavedena tamponáda poševní, sledujeme její prokrvácení (tamponáda je většinou od-

straněna druhý den po operačním zákroku). Periferní močový katétr je zaveden různě dlouhou dobu, která se odvíjí od druhu operačního výkonu, sestra sleduje množství a barvu moči, okolí zavedení PMK. Po odstranění PMK kontroluje vyprázdnění močového měchýře. Stav operační rány je kontrolován téměř při každém kontaktu s pacientkou a převaz se provádí buď při prosáknutí krytí, nebo 1-2 dny od operačního výkonu. Stehy jsou odstraňovány 5-7 dnů od operačního výkonu ještě za hospitalizace nebo u obvodního gynekologa pacientky. Zavedené drény se obvykle odstraňují 2 dny po operačním výkonu, kdy je pacientka mobilizována a do drénu nepřibývá žádný obsah. Při mobilizaci sestra dopomáhá pacientce a zároveň je pacientka edukována o péči o operační ránu, hygieně, vstávání z lůžka a dietním režimu. Vhodné je zajistit klid na oddělení a celkově přizpůsobit okolí tak, aby měla pacientka možnost spát (Slezáková a kol., 2017, s. 36-37; Janíková a Zeleníková, 2013, s. 54-56).

V předoperačním období byla zahájena prevence tromboembolické nemoci a ta pokračuje po celou dobu hospitalizace aplikací nízkomolekulárního heparinu. V bezprostřední přípravě před operačním zákrokem jsou pacientce nasazeny dle zvyklostí a možnostmi pracoviště kompresní punčochy nebo elastické bandáže, které jsou pacientce sundány při mobilizaci. U rizikových nebo chronicky nemocných pacientek se v kompresi dolních končetin pokračuje po celou dobu hospitalizace. Už na lůžku po operaci dle stavu může pacientka procvičovat dolní končetiny (pohybovat špičkou a patou nebo krčit v kolenou). Velmi důležitá je včasná mobilizace, abychom předešli komplikacím spojeným s nedostatkem pohybu (Kolařík, Hlaška a Feyereisl, 2011, s. 921-922; Roztočil, 2011, s. 430).

Po operačním výkonu je nutné dbát na dodržení dietního režimu, aby došlo k postupnému zatěžování tračníku a tím předešli komplikacím. V den operace dle ordinace lékaře a stavu může pacientka po 2 hodinách od operačního zákroku tekutiny p.o., většinou po lžičkách nebo doušcích (D0s). první den po operaci je ordinována tekutá strava (D0), druhý den po operaci kašovitá (K) a třetí den má pacientka stravu normální (D3). U chronicky nemocných (např. u pacientek s DM) nebo s potravinovou alergií je dieta upravena individuálně, navíc má pacientka možnost konzultace s dietologem daného pracoviště). Obzvláště důležité je dbát na pitný režim. V bezprostřední pooperační péči je u pacientky sledována bilance tekutin, kde jsou zaznamenané podané infuzní přípravky a jejich množství, příjem tekutin p. o., množství obsahu drénu a také množství odvedené moči. Kontrolujeme také střevní peristaltiku, odcházení plynů a stolice, která by měla být zajištěna třetí

den po operačním výkonu. Pokud pacientka trpí obstipací, je pacientce dle ordinace lékaře podána medikace nebo malé klyzma. Po odstranění PMK sestra nadále dbá na pitný režim, kdy edukuje pacientku o dodržení příjmu tekutin alespoň 1,5 l za den. Také dbá na to, aby se pacientka do 4-6 hodin spontánně vymočila, v případě, že to z nějakého důvodu není možné, je nutné informovat lékaře a provést jednorázové vycévkování. Po určitých druzích operací je lékařem ordinováno reziduum, které se provádí po vymočení pacientky buď jednorázovým vycévkováním, nebo pro lepší komfort pacientky ultrazvukem. Zjišťujeme tím, kolik moči zůstalo v močovém měchýři (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 922; Simeočková, 2011, s. 72; Slezáková a kol., 2017, s. 37;

Velkou pozornost by měla mít i psychická podpora pacientky po hysterektomii ve fertilním věku, protože důsledkem je ztráta možnosti reprodukce. V některých případech se objeví pocit ztráty ženskosti nebo mohou mít obavy z toho, jak je přijme partner, ale i z následujícího sexuálního života (snížení sexuální aktivity). Vzácněji se u pacientek po hysterektomii může objevit posthysterektomický syndrom, který se může projevit návaly horka, poruchou spánku, bolestí hlavy, únavou či močovými obtížemi. Proto je důležité komunikovat, všimnout si projevů pacientky ať verbálních nebo neverbálních a včas informovat lékaře (Roztočil, 2011, s. 399; Slezáková a kol., 2013, s. 33-34; Citterbart 2008, s. 66; Jirásek, 2005, s. 183; Wendsche, 2012, s. 76, Slezáková a kol., 2013, s. 37-38).

Pacientka je do domácí péče propuštěna po LAVH a VH 4. - 5. den, po AH 6. - 10. den, ale vše záleží na jejím zdravotním stavu. Během hospitalizace je pacientka edukována o hygieně, poté před propuštěním do domácího režimu opakovaně upozorněna na nutnost dodržení pouze se sprchovat a nekoupat ve stojaté vodě a také nepoužívat tampony, životosprávu, klidovém režimu, kdy by neměla zvedat těžká břemena a mít fyzickou námahu. Pozornost je věnována i péči o ránu, aby pacientka věděla jak se o ránu starat v domácím prostředí (promazávat ji mastným krémem, udržovat ji čistou, chránit proti oteru, provádět tlakové masáže jizvy i jejího okolí), jak ji chránit a jaké mohou být příznaky počínajícího infektu a také kdy a na koho se v případě komplikací obrátit. Měla by také vědět o dodržení sexuální abstinence po dobu 6 týdnů. Pacientka by neměla prochladnout a snažit se vyvarovat psychické zátěži. Zároveň je pacientka lékařem informována o lécích, které může v domácím prostředí užít na bolest a pracovní neschopnosti. Odstranění stehů probíhá u obvodního gynekologa nebo během hospitalizace, kdy nevstřebatelné stehy bývají odstraněny 6. - 7. den, vstřebatelné jsou ponechané a kovové svorky bývají odstraněny 10. den. Dbáme na to, aby pacientka měla dostatek času na pochopení podaných informací

a měla možnost pokládat dotazy (Roztočil a kol., 2017, s. 183; Pilka a kol., 2017, s. 34; Cibula a kol., 2009, s.20-21; Slezáková a kol., 2017, s. 34; Simočková, 2011, s. 72).

Pacientky po hysterektomii mají akutní bolest, která je může provázet i několik týdnů po propuštění do domácího režimu. Bolest pacientka projevuje neverbálně například bolestivou grimasou v obličeji, můžeme slyšet například syknutí při pohybu nebo nám ji pacientka sdělí verbálně. Pro zjištění síly bolesti používáme analogové škály, kterých je celá řada. Nejvyužívanější je vizuální analogová škála (VAS), která má stupnici od 1 do 10 a pacientka vyjádří číslem intenzitu bolesti, kterou cítí. Dále je nutné bolest lokalizovat a zjistit její typ (tupá, bodavá, vystřelující, řezavá atd.). Sestra bolest sleduje a zaznamenává do zdravotnické dokumentace. Podle toho se dále odvíjí ordinace lékaře a podávání analgetik či opiátů (Roztočil, 2011, s. 388-389).

Po operačním zákroku je pro pacientku důležitý nácvik rehabilitace a sebeobsluhy. Edukace v tomto směru začíná v co nejkratší době po zákroku, ale samozřejmě záleží na stavu pacientky a bolesti. Nejprve je pacientka edukována o procvičování s přestávkami špičky a paty, následně o pokrčení dolních končetin v kolenou, které jí částečně může pomoci zmírnit bolest, mírného lehu na bok, aby ulevila záďm a zároveň i bolesti. Procvičování dolních končetin a nácviku lehu na bok je přínosné v prevenci tromboembolické nemoci, možným komplikacím tračnicku a také jako nácvik před mobilizací. Pozornost by měla být věnována dechovému cvičení, které pomůže uvolnit dýchací cesty a zároveň má přínos pro krevní oběh, vstřebání anestetik i tračník. Při mobilizaci se věnujeme edukaci ve správném vstávání z lůžka, které by mělo být přes bok za použití hrazdičky, aby pacientka co nejméně zatěžovala břišní partii. Také by pacientka měla vědět, že si má například při zakašlání nebo kýchnutí přidršet ruce na operační ráně, aby tak předešla bolesti (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011, s. 921-922; Roztočil, 2011, s. 430).

Preventivně je vhodné pacientce doporučit provádění cviků na podporu pánevního svalstva. Nejčastěji používané jsou Kegelovy cviky. Cílem je posílení pánevních svalů. Vhodné je toto cvičení jak u žen po porodu, tak u pacientek po hysterektomii s poševními plastikami nebo bez, aby eliminovaly riziko prolapsu pochvy nebo inkontinence. Cvičení se skládá ze 4 částí, kdy první částí je představení si svého pánevního dna a za pomoci zrcátka by si žena měla prohlédnout svůj genitál. Ve druhé části by se žena měla položit na záda, pro lepší pohodlí lze umístit po kolena podložku nebo stočený ručník, soustředit se na pánevní svaly a pokusit se celkově uvolnit. Ve třetí části se snaží provést nácvik sta-

žením nejprve konečníku, pak pochvy a následně močové trubice. Ve čtvrté části přichází na řadu posilování, kdy by při jednom stahu měla napočítat do 5 vteřin a během dne toto cvičení provést minimálně stokrát (doporučuje se 80-300x za den). Nejprve je vhodné cvičit vleže a po osvojení techniky může žena provádět cviky kdekoli, ať už vsedě nebo vestoje. Je ale možné využití dalších technik, například jógy nebo tantry, jejichž cílem je vnímání pánevního svalstva jako části těla. K posilování pánevního dna může žena využít i erotické pomůcky jako například vibrátor nebo Venušiny kuličky, kdy by měla věnovat pozornost materiálům, ze kterých jsou vyrobené a vyvarovat se vibracím. Mezi výhody těchto pomůcek patří uvolnění spasmu, zpestření sexuálního života, dostupnost, široký výběr barev, velikostí, materiálů, tvarů a zároveň při jejich použití nemůže dojít k otěhotnění nebo přenosu pohlavní choroby. Pacientka po hysterektomii má například obavy z toho, zda bude schopna prožít orgasmus stejně jako před ní, nebo udává obavu z bolestivého pohlavního styku, či vaginální suchosti. Tyto obavy a vnímání sebe sama ovlivňuje věk nebo náboženské vyznání, ale ne každá je schopna přijmout tuto formu terapie nebo o ní dokonce hovořit, a proto by sestra měla vědět jak se ženou mluvit, navázat kontakt, motivovat, naslouchat, respektovat její stud nebo obavy, dát jí čas na promyšlení a otázky (Slezáková a kol., 2017, s.34; Roztočil, 2011, s. 429-430).

Pacientka před hysterektomií by měla být seznámena s rizikem výskytu posthysterektomického syndromu, měla by tedy být seznámena s pooperačním průběhem, vlivem hysterektomie na pohlavní život a mít povědomí o psychických nebo tělesných následcích či příznacích. Posthysterektomický syndrom je provázen únavou, bolestí hlavy, poruchami spánku, návalech horka a močovými obtížemi a v neposlední řadě depresi. V souvislosti s informovaností pacientky je důležité brát v potaz závažnost onemocnění, které vedlo k hysterektomii, postoj k životu i ke zdraví, její věk, intelekt a zda nachází oporu v rodině nebo partnerovi (Slezáková a kol., 2017, s. 38)

Pacientky po hysterektomii s odstraněním vaječnicků, při dosud zachované funkci vaječnicků, užívají estrogény, což je hormonální medikace (může být ve formě mastí, gelů, náplastí, podkožního implantátu s pozvolným vstřebáváním 6 měsíců apod.), aby tak předešly rozvoji klimakterickému syndromu neboli menopauze, který vzniká nedostatečnou tvorbou pohlavních hormonů. Mezi příznaky spojené s menopauzou patří například podrážděnost, návaly horka, palpitace, pocení, parestezie, nespavost, změny nálad, únava, úzkost, poruchy spánku, zapomínání, deprese, suchou pokožkou, vypadáváním vlasů, inkontinencí moči nebo infekcí močových cest, zlomeniny související s osteoporózou nebo

bolesti svalů a kloubů. Pacientky se také po hysterektomii obávají nárůstu hmotnosti vedoucí k obezitě, kdy vliv nemá jen samotná hysterektomie, ale i špatná životospráva a nedostatek pohybu. Estrogeny pomáhají, dokážou v řádech několika týdnů ulevit ženám od potíží a působí preventivně proti kardiovaskulárnímu onemocnění, ale musí je začít užívat ještě před hysterektomií. V případě, že estrogeny začne pacientka užívat po hysterektomii, hrozí riziko kardiovaskulárního onemocnění například v podobě ischemické choroby srdeční. Užívání estrogenů má však i další potenciální rizika, například zhoubný nádor prsu nebo embolii. Pokud pacientka nemůže užívat hormonální medikaci nebo nemá účinek, je možné projevy menopauzy řešit užíváním nehormonální medikace, která dokáže zmírnit potíže, má méně rizik, ale zároveň má slabší účinnost. Je možné ji užívat ve formě doplňků stravy, vaginálních nebo extraktů. Při potížích v sexuálním životě s případnou vaginální suchostí, pálením nebo bolestivým pohlavním stykem může pacientka užívat kyselinu hyaluronovou ve formě vaginálních globulí, která má zvlhčující a preventivní účinek proti vzniku infekce. Mezi další možnosti, které je možné využít ke zmírnění klimakterického syndromu je homeopatická medikace, užívání vitamínu D a vápníku, jóga, pití čajů, úprava jídelníčku i zvýšení pohybové aktivity, nebo využití alternativní medicíny za pomoci akupunktury. Hysterektomie je operační zákrok náročný jak pro tělo, tak pro psychiku, proto by pacientka měla být informována o tom, že může vyhledat pomoc psychologa nebo sexuologa ať už pro ni nebo partnera (Pilka a kol., 2017, s. 24-34; Rob et al., 2008, s. 92, 297; Cibula a kol., 2009, s. 24; Koutná, 2012, s. 139; Slezáková a kol., 2017, s. 37-38).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Hysterektomie patří mezi nejčastěji prováděné operační zákroky v gynekologii. Ošetrovatelská péče o pacientky po hysterektomii má široké spektrum týkající se například péče o operační ránu, bolest, invazivní vstupy, vyprazdňování, mobilizaci a předcházení komplikacím.

Ve výzkumném šetření se budu snažit zjistit specifika v ošetrovatelské péči o pacientky po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii a abdominální hysterektomii. Jaký je rozdíl a jak probíhá jejich mobilizace?

7 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

7.1 Hlavní cíl

Zjistit rozdíly pooperační ošetrovatelské péče u pacientek po LAVH a AH.

7.2 Dílčí cíle

1. Zmapovat specifika pooperační ošetrovatelské péče u pacientky po LAVH a AH.
2. Zmapovat včasnou mobilizaci u pacientek po LAVH a AH.

7.3 Hlavní výzkumná otázka

Jak se liší pooperační ošetrovatelské péče u pacientek po LAVH a AH?

7.4 Dílčí výzkumné otázky

1. Jaká jsou specifika pooperační ošetrovatelské péče u pacientky po LAVH a AH?
2. Jak probíhá včasná mobilizace u pacientek po LAVH a AH?

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro výzkum bylo vybráno 6 pacientek, které podstoupily hysterektomii. Tři pacientky podstoupily AH, další tři pacientky LAVH. Všechny pacientky byly seznámeny s cílem výzkumu, jeho zpracováním a použitím výsledných dat. Zároveň podepsaly informovaný souhlas s výzkumným šetřením. Veškeré informace o pacientkách jsou anonymní a nejsou nikde zveřejněny.

Pro výzkum jsme vybrali pacientky v rozmezí věku 45-50 let. První rozhovor byl uskutečněn s paní narozenou v roce 1976, pracující jako účetní v rodinné firmě, která byla přijata k plánované abdominální hysterektomii. Druhý rozhovor byl veden s paní narozenou v roce 1977, pracující jako dělnice v automobilovém průmyslu a přijatou k plánované abdominální hysterektomii. Třetí rozhovor byl proveden s paní narozenou v roce 1972, pracující jako úřednice na Katastrálním úřadě a přijatou k plánované abdominální hysterektomii a trvale se léčící s hypotyreózou (Euthyrox 75 mg tbl). Čtvrtý rozhovor byl veden s paní narozenou v roce 1974, která byla přijata k laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Pracuje jako šička v malé firmě, trvale se léčí s hypotyreózou (Euthyrox 50 mg tbl). Pátý rozhovor byl veden s paní narozenou v roce 1976, která byla přijata k laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii a pracuje jako OSVČ. Šestý rozhovor byl proveden s paní narozenou v roce 1976, která byla přijata k plánované laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii a pracuje jako prodavačka v obchodě s potravinami.

9 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování bakalářské práce jsme zvolili metodu kvalitativního výzkumu prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Podle Miovského 2006, je polostrukturovaný rozhovor zlatý střed mezi strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem, který má danou osnovu a ta je pro dotazovaného zavazující. Osnova polostrukturovaného rozhovoru má soubor otázek, který nemá dané povinné řazení.

Výzkum probíhal v měsíci listopadu – lednu 2021/2022 a bylo vybráno 6 pacientek. Všechny pacientky s rozhovorem souhlasily, byly seznámeny s důvodem kvalitativního výzkumu a byla jim zajištěna anonymita.

Rozhovory s pacientkami probíhaly ve Stodské nemocnici, a.s. na konci hospitalizace (poslední den hospitalizace před propuštěním z nemocnice) v soukromí na gynekologicko – porodnickém oddělení po podepsání informovaného souhlasu. Získané informace jsme analyzovali metodou kódování - tužka papír a následně byly vytvořeny kategorie a podkategorie jak uvádí v knize Švaříček, Šeďová a kol. 2014.

Abychom mohli provést šetření, požádali jsme o souhlas management Stodské nemocnice a.s.. Souhlas je přílohou bakalářské práce.

10 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole se zaměřujeme na výsledky z výzkumného šetření, které jsou uspořádané do souhrnných tvarových diagramů rozdělených na kategorii pooperační péče.

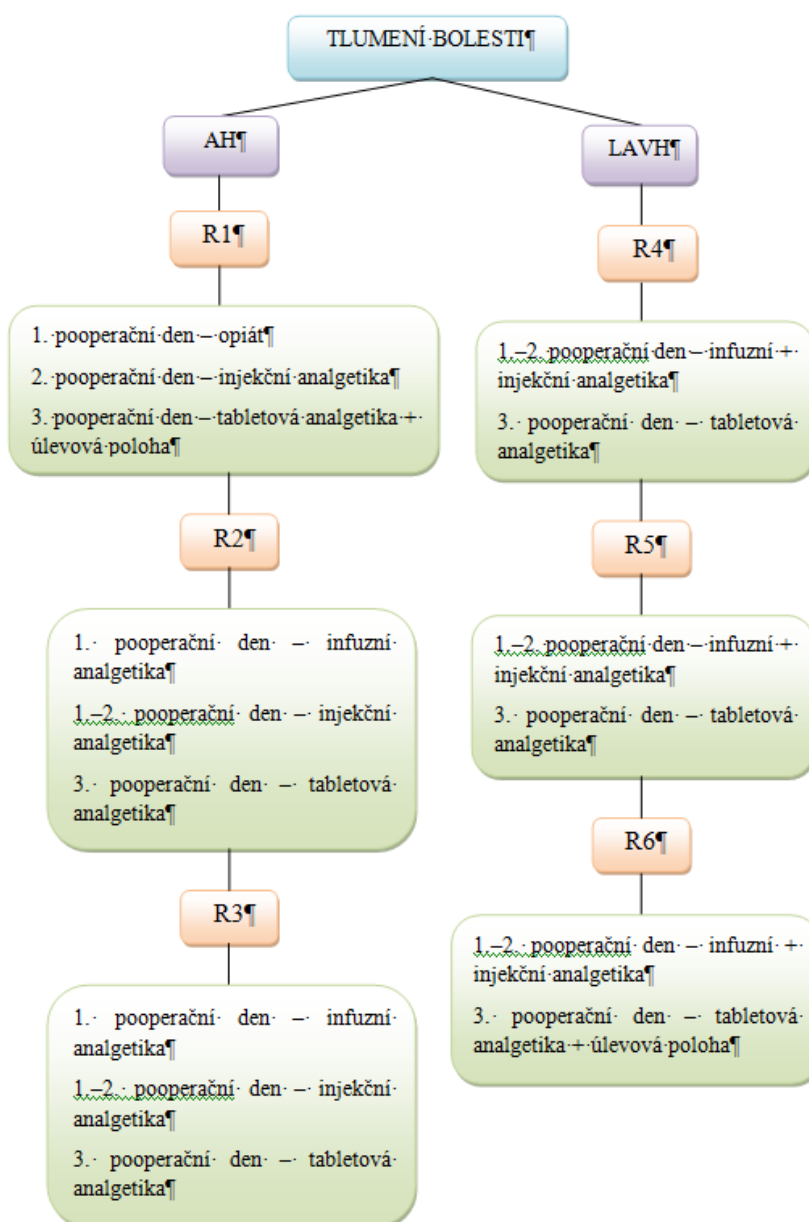
10.1 Kategorizace zjištěných dat

Kategorie – pooperační péče	Subkategorie Tlumení bolesti
	Subkategorie Péče o ránu a poučení sestrou
	Subkategorie Mobilizace
	Subkategorie Redonův drén a péče o něj
	Subkategorie Vyprazdňování – stolice
	Subkategorie Vyprazdňování – moč (po odstranění PMK)
	Subkategorie Osobní hygiena
	Subkategorie Komplikace
	Subkategorie Péče o kanylu
	Subkategorie Pozitivum a negativum

10.1.1 Kategorie – pooperační péče

10.1.1.1. Subkategorie *Tlumení bolesti*

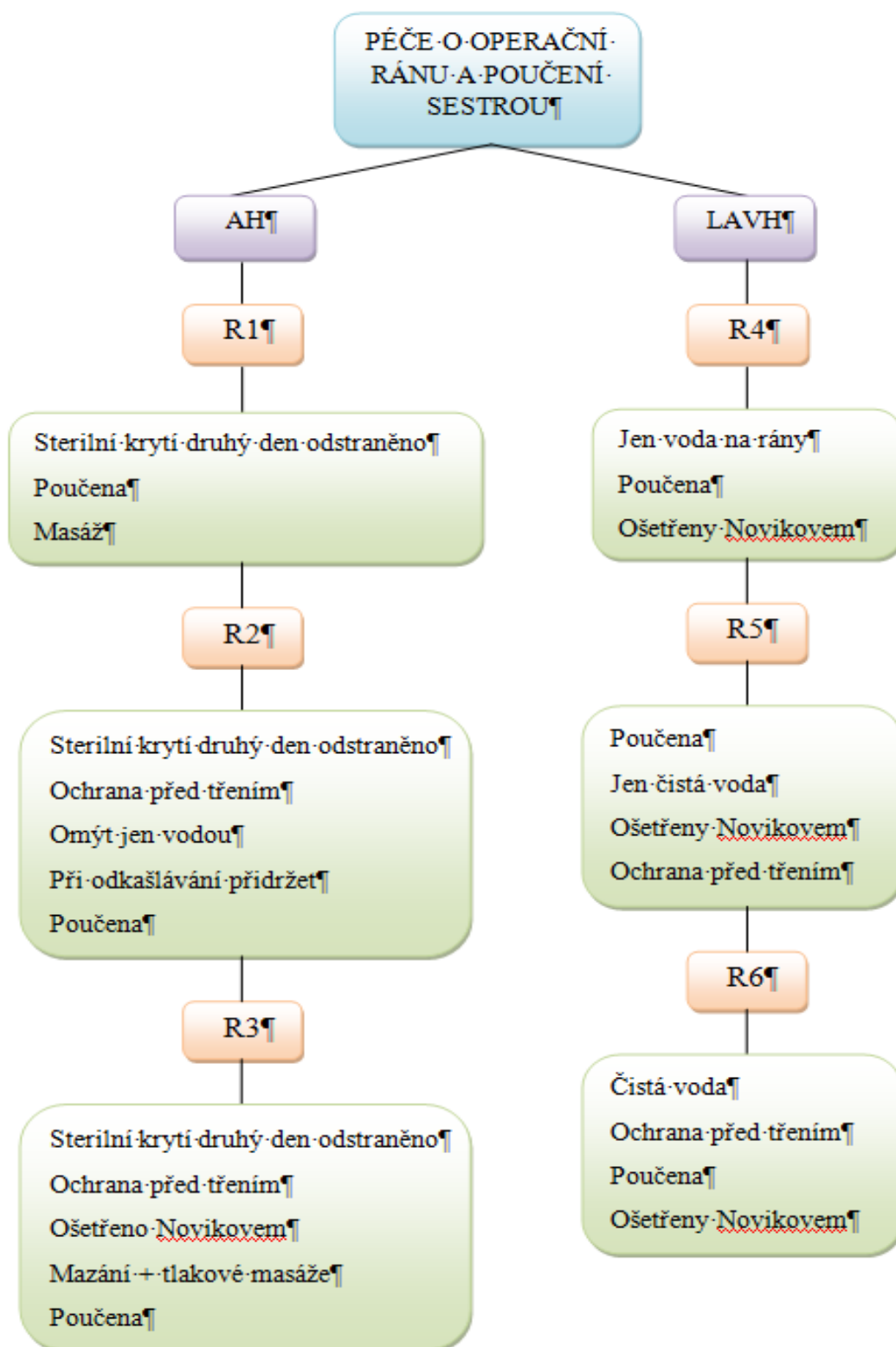
Na otázku jakým způsobem Vám byla tlumena bolest R1 uvedla: „*bolest byla strašná, proto bezprostředně po operaci byla tlumena po 8 hodinách opiáty, poté 2. den následovala analgetika v injekční formě a další den tabletové + úlevová poloha*“. R2 uvedla: „*ihned po operaci jsem dostala kapačku a injekce, pak za dva dny tabletky*“. Stejný postup tlumení bolesti jako R2 uvedla i R3. R4 na tlumení bolesti uvedla: „*první a druhý den po operaci jsem dostávala infuze a injekce proti bolesti, třetí den jsem dostávala tablety*“. R5 a R6 shodně uvedly stejný postup tlumení bolesti jako R4.



Zdroj: vlastní

10.1.1.2. Subkategorie Péče o ránu a poučení sestrou

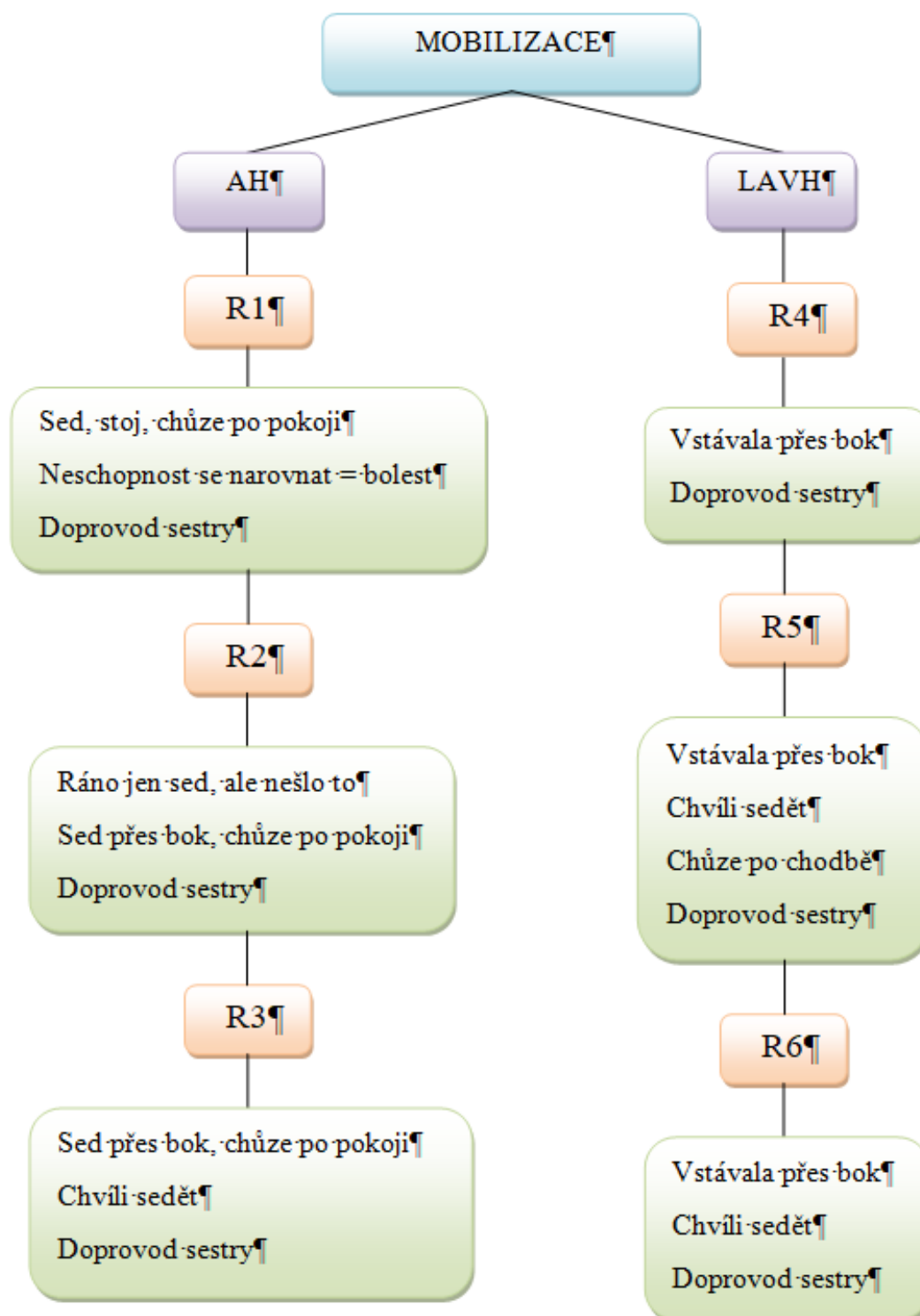
Na otázku jak jste pečovala o operační ránu a byla jste poučena sestrou o její péči R1 odpověděla: „*rána byla sterilně zakryta a druhý den na vizitě krytí odstraněno, sestra mě poučila o její kontrole a byla mi doporučena jemná masáž rány*“. R2 odpověděla: „*náplast odstraněna druhý den po operaci při kontrole, dále jsem byla poučena sestrou, jak ránu chránit před třením kalhotek a při odkašlávání, že si mám držet břicho a ve sprše nepoužívat mýdlo*“. R3 uvedla: „*ránu jsem měla zalepenou, ale ráno na vizitě mi jí lékařka odlepila, pak mi jí sestra kontrolovala a poučila, jak si jí mám chránit, aby se mi o ní nic netřelo, po sprše mi jí sestra natřela zelenou vodou. Při propuštění mi doktorka říkala o tlakových masážích*“. R4 uvedla „*Poučena jsem byla. Sprchovala jsem se, na rány jsem nepoužívala sprchový gel, jen čistou vodu.*“. R5 uvedla: „*Měla jsem hlídat stehy, ve sprše je nemýt mýdlem a chránit je před otěrem kalhotek. Po sprše mi je sestra přišla potřít zelenou vodou.*“. R6 uvedla: „*Sestřička mi říkala, že mám ve sprše používat jen čistou vodu bez mýdla a stehy chránit vložkou vloženou do kalhotek, aby se mi guma netřela o ranky.*“.



Zdroj: vlastní

10.1.1.3. Subkategorie Mobilizace

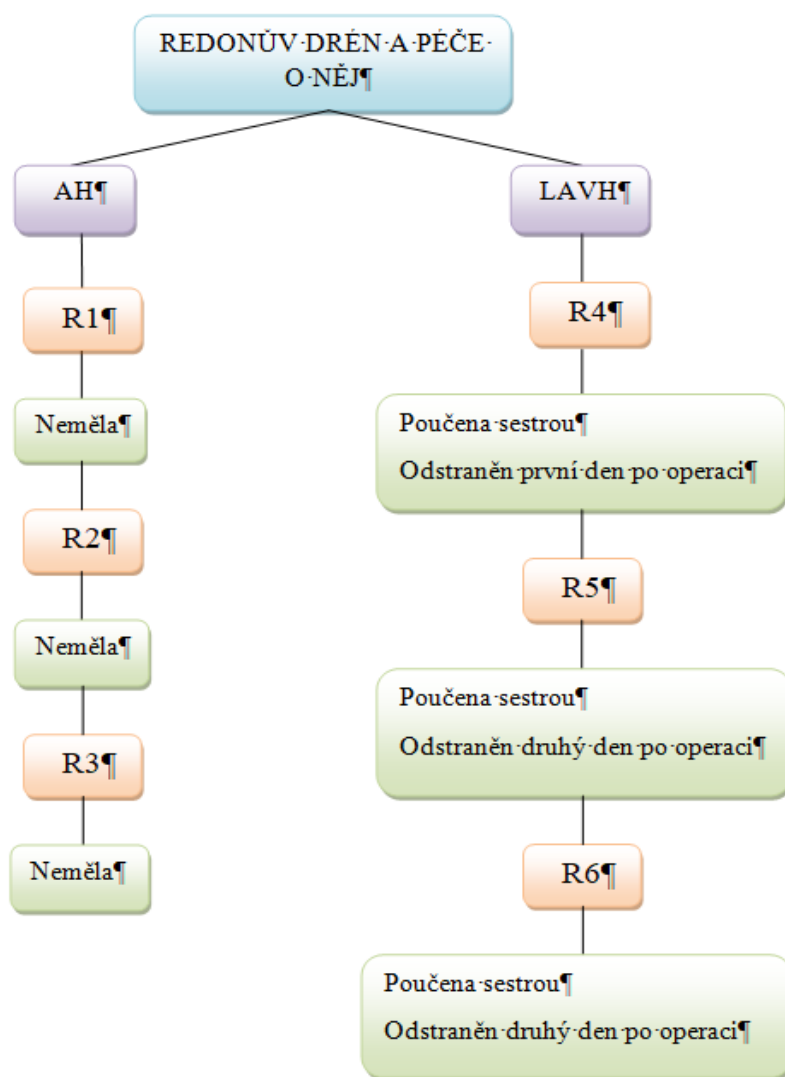
Na otázky jakým způsobem probíhala mobilizace po operačním zákroku R1 uvedla, že: „*První operační den jsem si nejprve sedla na lůžku, po delší chvíli jsem se prošla po pokoji. Dost to bolelo a nebyla jsem schopná se pořádně narovnat. Všechny korky byly vedeny pod dohledem a za asistence sestry.*“ R2 uvedla: „*Když jsem vstávala, tak to vůbec nešlo. Nebyla jsem schopná snad ničeho. Sestra mi řekla, že mám zkusit sednout si přes bok, že nemám namáhat břišní svaly. Později přišly dvě sestry, že jdeme vstávat. Napřed jsem si měla jen sednout a chvíli sedět, aby se mi nemotala hlava, pak jsem se se sestrou prošla po pokoji, ale měla jsem nízký tlak, tak jsem na záchod nedošla.*“ R3 stejně jako R2 uvedla, že byla edukována o vstávání přes bok, aby nezapojovala břišní svaly. Dále uvedla „*Pod dohledem sestry jsem se prošla po pokoji a řekla mi, že pokud se mi bude točit hlava, tak mám jen sedět, jinak můžu chodit po chodbě nebo po pokoji a kdyby cokoliv, tak mám zvonit.*“ R4 po operačním zákroku k mobilizaci uvedla: „*Ráno po operaci přišla sestra, cítila jsem se dobře a sestra mi řekla, abych vstávala přes bok. Pod dohledem sestry jsem se prošla k umyvadlu, kde jsem udělala samostatnou hygienu.*“ R5 a R6 uvedly, že byly stejně jako R4 edukovány sestrou, jak vstát z postele přes bok. R5 dále uvedla: „*Čekala jsem to mnohem horší, jen se mi trochu motala hlava. Měla jsem chvíli sedět, pak jsem se se sestrou šla projít po chodbě. Když jsem se vrátila, šla jsem si zase lehnout.*“ R6 uvedla: „*Sestra mi řekla, že když se mi bude motat hlava, tak mám zazvonit, aby se mnou někdo šel. Já jsem to ale zvládla sama.*“



Zdroj: vlastní

10.1.1.4. Subkategorie Redonův drén a péče o něj

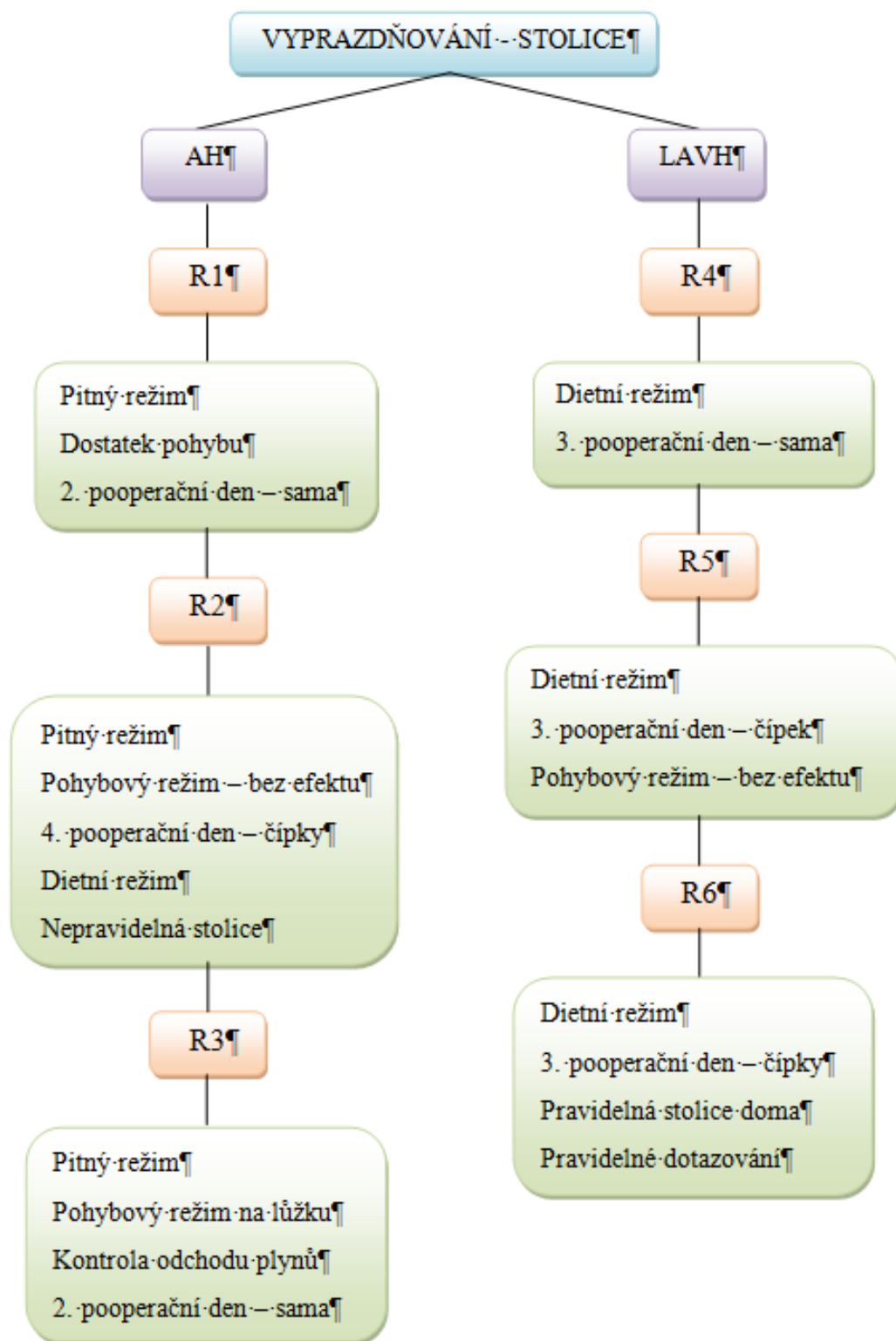
Na otázku, zda měly respondentky zavedený Redonův drén a jak o něj pečovaly, shodně R1, R2 a R3 odpověděly, že Redonův drén zavedený neměly. R4 odpověděla: „Ano měla jsem ho zavedený a sestra mi ukázala, jak to odmontovat od postele, když jsem měla vstávat. Nijak jsem o něj nepečovala, protože mi ho vyndali ještě ten den, když jsem měla vstávat.“. R5 odpověděla: „Ano měla. Sestra mi při vstávání ukázala, jak ho mám odmontovat od postele a že na něj nesmím zapomenout a když se vrátím, mám ho zase mít dole u postele, aby do něj tekla krev. Odstranili mi ho druhý den po operaci.“. R6 odpověděla: „Ano, ten jsem měla. Nijak jsem o něj nepečovala, jen mi sestra řekla, jako ho mám odpojit a dát si tu baňku do kapsy od županu, když někam půjdu. Vyndali mi ho druhý den po operaci, když už do něj nic nepřibývalo.“.



Zdroj: vlastní

10.1.1.5. Subkategorie Vyprazdňování - stolice

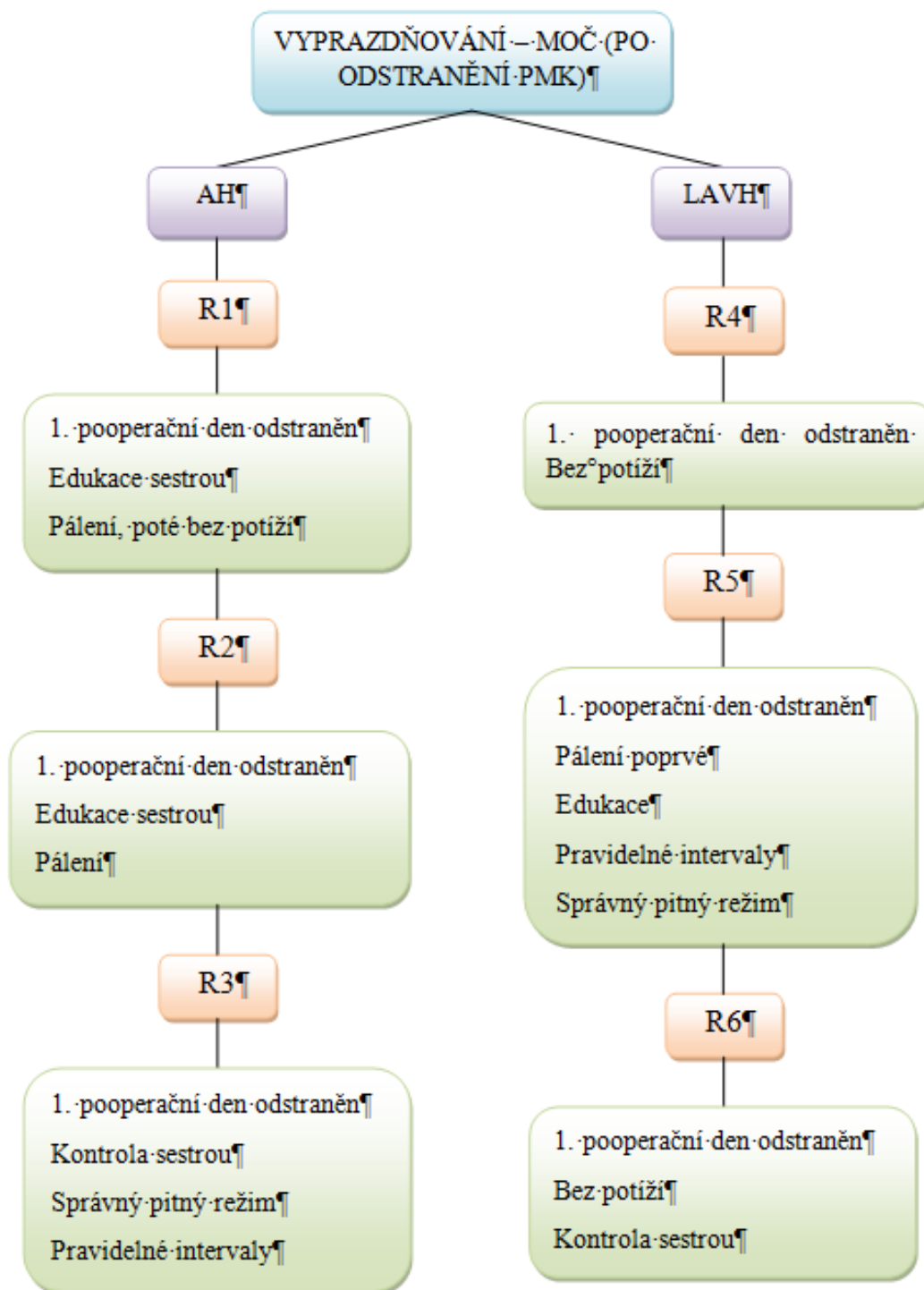
Na otázku týkající se vyprazdňování stolice po operačním zákroku R1 odpověděla: „ Na stolici jsem šla druhý pooperační den večer, byla jsem poučena o dostatku pohybu a dostatečném pitném režimu.“. R2 odpověděla: „Na stolici jsem byla 4. pooperační den. Nešlo to, tak jsem dostala čípky. Chodila jsem a pila jak říkala sestra, ale nic. Ani doma nechodím pravidelně a taky jsem měla prázdný žaludek, tak se mi nechtělo.“. R3 odpověděla: „ Sestra mi řekla, že se po operaci mám převalovat na lůžku z boku na bok, aby se mi rozeběhly střeva a že mám hodně pít a v rámci možností chodit. První pooperační den se setra ptala, jestli mi odešly plyny nebo jestli byla stolice. Na stolici jsem šla druhý den po operaci. Žádný problém nebyl.“. R4 odpověděla: „Jelikož u mě byla tekutá strava, tak stolice přišla třetí den po operaci. Samovolně, bez léků a jakékoli pomoci.“. R5 odpověděla: „ Po operaci jsem měla dietu, tak jsem třetí den po operaci poprosila sestru o čípek, který mi pomohl. Při vstávání mi sestra řekla, že prý mám hodně chodit, abych rozpohybovala střeva, to moc nepomohlo. Po čípku už jsem chodila normálně.“. R6 odpověděla: „Po operaci jsem měla dietu a každý den se mi jak sestry, tak lékaři ptali, jestli jsem byla na stolici. Třetí den po operaci jsem od sestry dostala čípek, který zabral do půl hodiny. Jinak doma problémy se stolicí nemám a chodím pravidelně.“.



Zdroj: vlastní

10.1.1.6. Subkategorie Vyprazdňování – moč (po odstranění PMK)

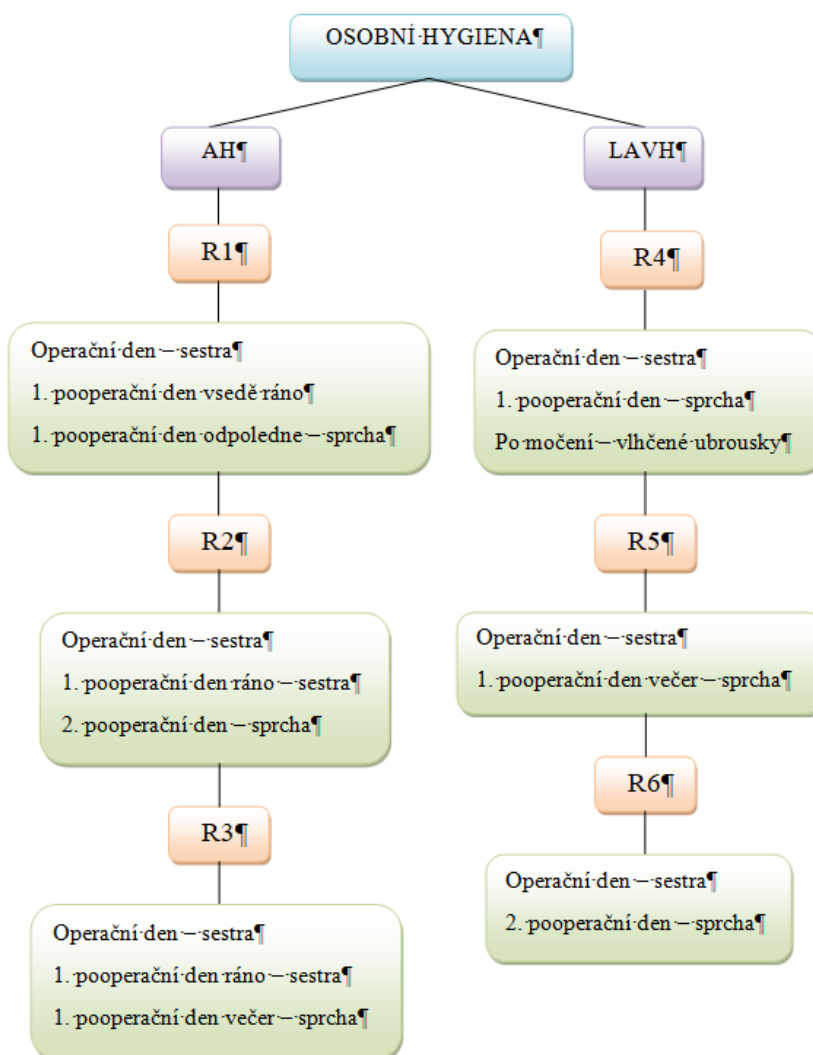
Na otázku jakým způsobem bylo pečováno o Vaše vyprazdňování moči po odstranění PMK R1 a R2 shodně odpověděly, že jim byl PMK odstraněn první pooperační den, dále uvedly, že byly edukovány sestrou o postupu odstranění PMK a nutnosti dodržovat pitný režim. Shodně také uvedly, že první močení po odstranění PMK pánilo, poté další močení již bylo normální. R3 odpověděla: *„Ještě v noci po operaci před vstáváním mi sestra kontrolovala hadičku a myslím, že jí kontrolovala i odpoledne. Cévkou mi byla odstraněna první den po operaci. Pak jsem měla hodně pít a chodit a pravidelně čůrat. První čůrání bylo v pohodě.“*. R4 odpověděla: *„Cévkou mi byla vyndána druhý den po operaci. Měla jsem strach, že to bude bolet, ale vůbec nic jsem necítila. První močení bylo v pohodě bez pálení.“*. R5 odpověděla: *„Cévkou mi byla vytažena den po operaci, ani jsem nic necítila, ale první čůrání mě pánilo. Během chození po chodbě se sestrou jsem dostala instrukce, že mám hodně pít a pravidelně chodit na záchod.“*. R6 odpověděla: *„Vím, že při mytí po operaci na lůžku mi sestra kontrolovala hadičku. Cévkou mi sestra vytáhla před vstáváním a na záchod už jsem došla sama. Nic mě nepálilo a vše bylo v pořádku.“*.



Zdroj: vlastní

10.1.1.7. Subkategorie Osobní hygiena

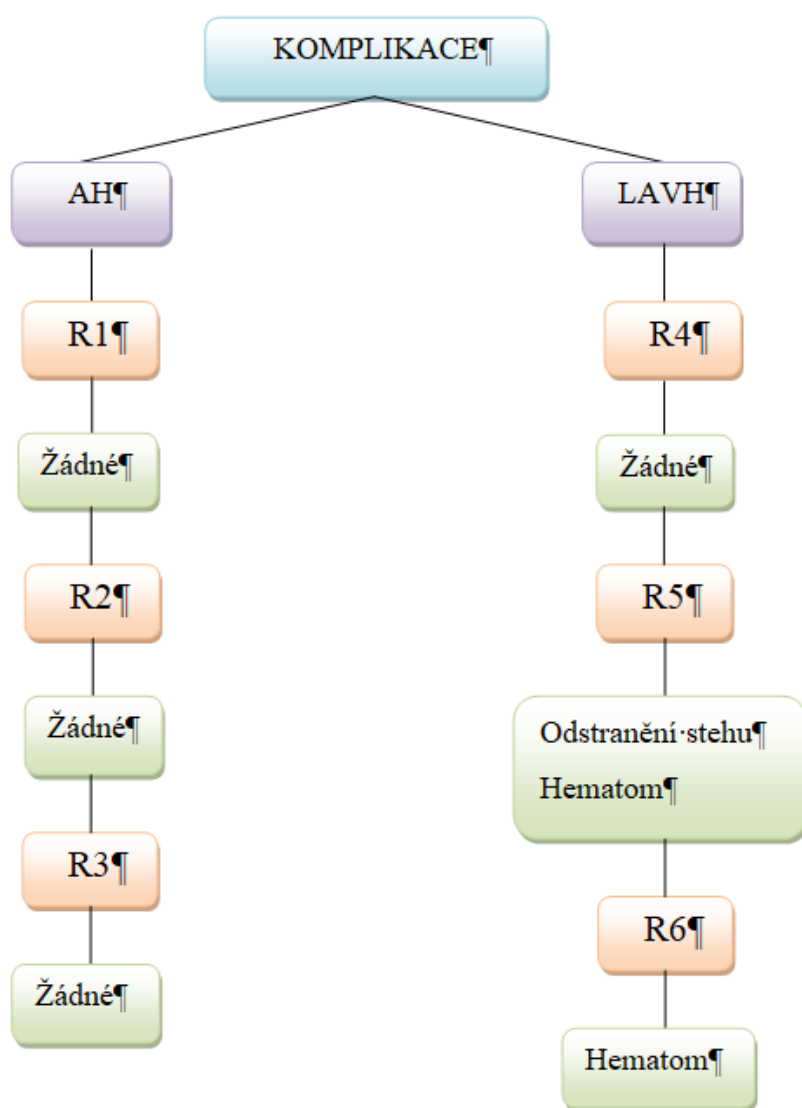
Na otázku, jak u Vás probíhala osobní hygiena, všechny respondentky shodně odpověděly, že v operační den provedla osobní hygienu sestra. R1 dále uvedla: „*Ráno, druhý den po operaci v sedě na lůžku, s mírnou dopomocí sestry, večer jsem byla ve sprše, opět pod dohledem sestry. Nebyla jsem si totiž ještě jistá.*“. R2 uvedla: „*Druhý den ráno po operaci jsem dostala umyvadlo, ale moc mi to nešlo, tak mě umyla sestra. Odpoledne jsem už šla do sprchy a pořádně se umyla.*“. R3 odpověděla: „*Ráno mě umyla sestra. Večer už jsem šla do sprchy.*“. R4 uvedla: „*Druhý den po operaci jsem šla do sprchy. Jelikož stále špiním, kdykoliv po močení používám vlhčené ubrousky.*“. R5 uvedla: „*druhý den po operaci po vstávání jsem se šla večer osprchovat.*“. R6 odpověděla: „*Sestra mi říkala druhý den po operaci, abych se šla osprchovat, ale jen jsem polehávala. Do sprchy jsem šla až druhý den a bylo to fajn, vše bez problémů.*“.



Zdroj: vlastní

10.1.1.8. Subkategorie Komplikace

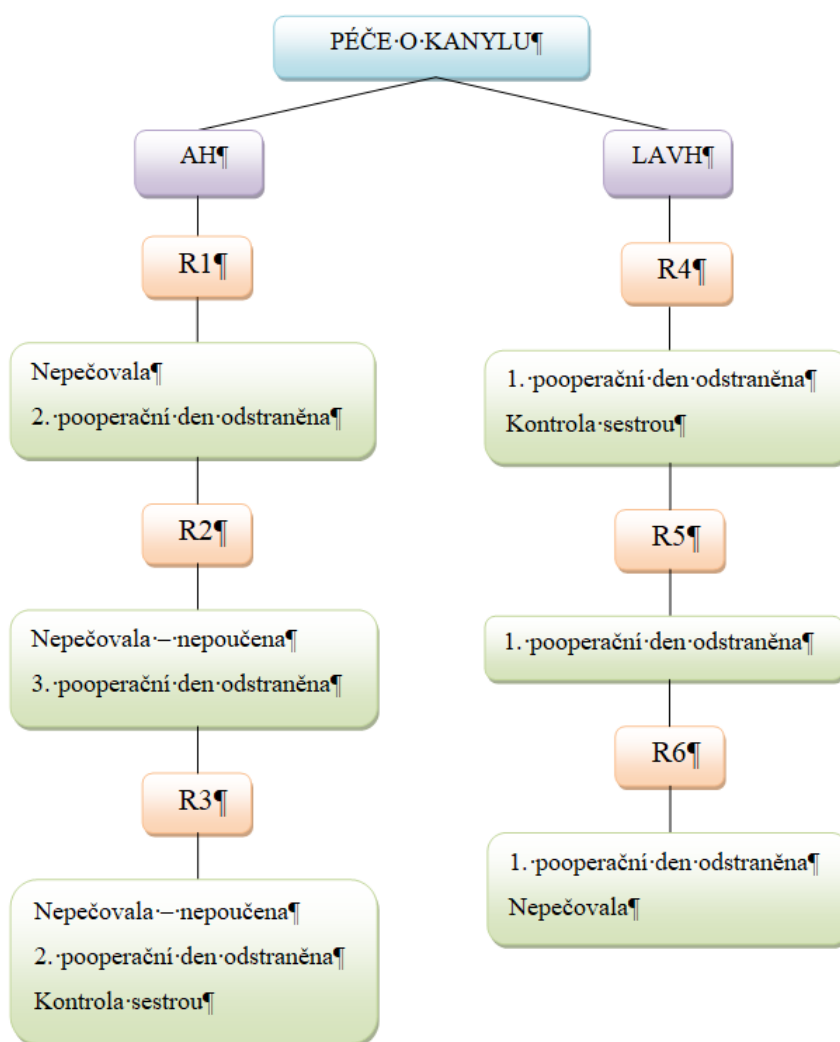
V otázce zda se po operaci objevily nějaké komplikace shodně R1, R2, R3 a R4 shodně odpověděly, že jim po operačním zákroku nenastaly žádné komplikace. R5 uvedla: „Při vyndávání drénu mi bohužel paní doktorka stříhla i steh, který tam prý měl zůstat. Začalo to hodně krváčet, tak sestřička přinesla mašličku a zalepila mi to. Také jsem měla pod pupíkem docela velkou modřinu.“. R6 uvedla: „Pokud se do komplikací počítá také modřina, tak tu jsem měla obrovskou. Od pupíku až dolů. Jinak mě nic nenapadá.“.



Zdroj: vlastní

10.1.1.9. Subkategorie Péče o kanylu

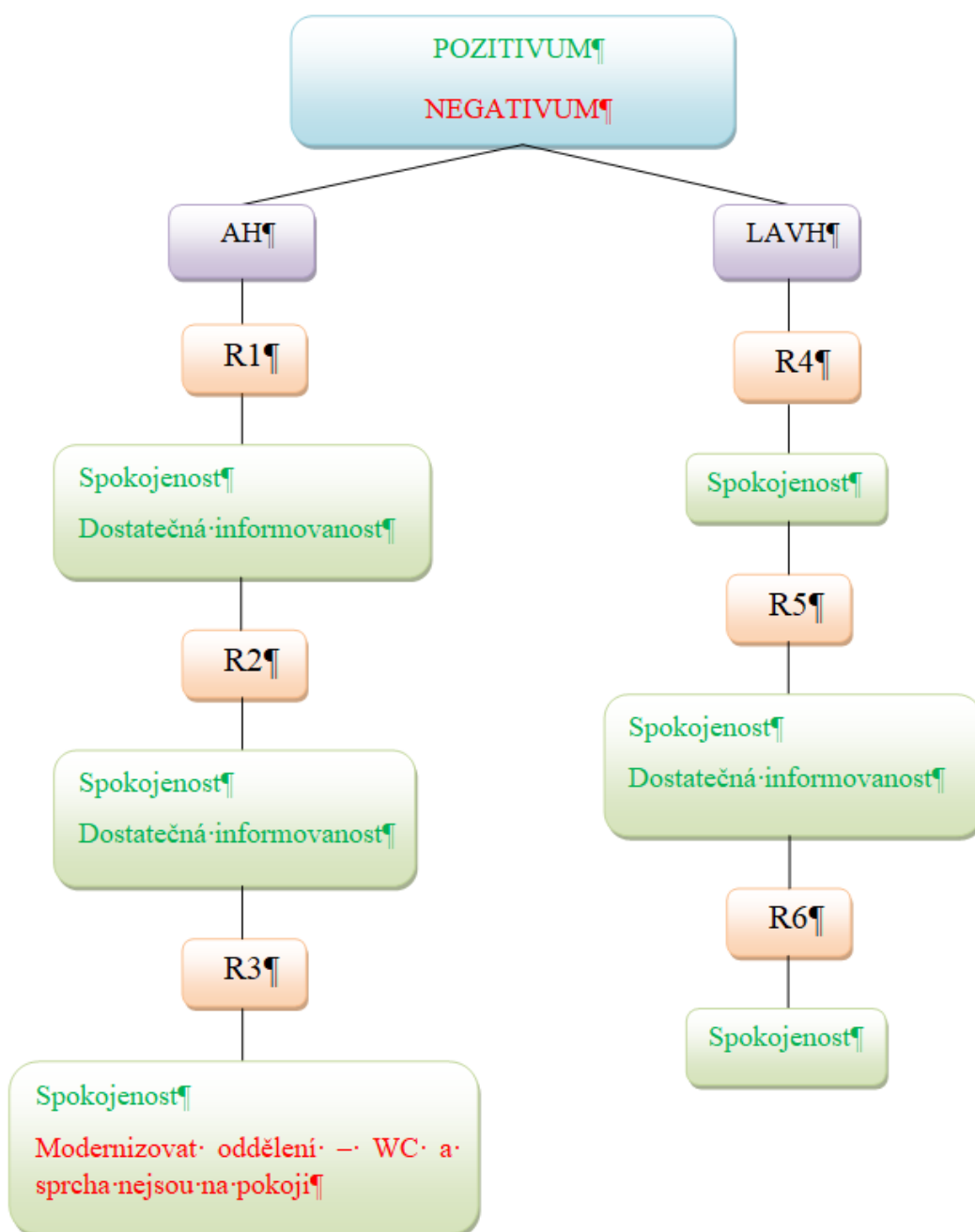
V případě otázky na péči o kanylu R1 odpověděla: „Kanylu mi sestra píchla před operací a odstranila jí druhý den na mou žádost. Nijak jsem o ni nepečovala.“. R2 a R3 shodně odpověděli, jak pečovat o kanylu jim nikdo neříkal. R2 dále odpověděla „Kanylu mi vyndali třetí den po operaci, když už si byli jisti, že jí nebudu potřebovat. Trochu mě tahala náplast, ale vyndávání jsem vůbec necítila.,,. R3 uvedla „Když mi přestali dávat infuze, tak mi jí pro jistotu nechali ještě jeden den. Vyndávání jsem vůbec necítila.“. R4, R5 a R6 shodně uvedly, že jim byla kanyla odstraněna druhý den po operačním zákroku. R4 dále uvedla „Kdykoliv dokapala infuze a zůstala krev v hadičce, pokaždé jí sestra propláchla, aby byla čistá.“. R6 navíc uvedla: „O kanylu jsem nijak nepečovala. Měla jsem jí jen jeden den, takže mi ani nevadila.“.



Zdroj: vlastní

10.1.1.10. Subkategorie Pozitivum a negativum

Otázka byla zaměřena na zjištění pozitivních a negativních vjemů sledovaných respondentek. Všechny shodně odpověděly, že s péčí sester a lékařů byly spokojené. R4 navíc uvedla: „Jsem poprvé, kromě dvou porodů, v nemocnici a díky sestřičkám jsem to tady zvládla. Ochota, péče, jednání s lidmi musím před nimi smeknout.“. R1, R2 a R5 dále uvedly, že byly dostatečně informované během celé hospitalizace v nemocnici. R3 uvedla negativum: „Chtělo by to zmodernizovat oddělení, záchody jsou daleko, když jste po operaci.“.



Zdroj: vlastní

DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zaměřili na pooperační péči o pacientky po hysterektomiích. Výběr pacientek byl záměrný. Jedním z kritérií byl věk, proto jsme oslovili ženy ve věku 45-50 let. Druhým kritériem byl typ operace, kdy jsme vybrali 3 pacientky podstupující laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii a 3 pacientky podstupující abdominální hysterektomii. Všechny pacientky byly informovány lékařem o operačním zákroku, indikaci k němu, průběhem operace a následné pooperační péči včetně možných komplikací. Dále měly prostor pro otázky či vyjádření obav související s operačním zákrokem a podepsaly informovaný souhlas s indikovaným operačním zákrokem, který je v příloze součástí bakalářské práce.

Výzkumné šetření probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru v období listopadu roku 2021 až ledna roku 2022 na gynekologicko-porodnickém oddělení Stodské nemocnice v den propuštění pacientek do domácího ošetřování (u AH 7. pooperační den, u LAVH 5. pooperační den). Všechny pacientky s rozhovorem souhlasily a podepsaly informovaný souhlas s výzkumem, který je v nevyplněné formě součástí bakalářské práce. Rozhovor byl zaměřen na pooperační péči, obsahoval 10 otázek, následně byl zpracován metodou kódování tužka-papír a uspořádán do přehledných diagramů.

Stanovili jsme si jeden hlavní cíl, dva dílčí cíle, kdy na hlavní cíl navazuje hlavní výzkumná otázka a na každý z dílčích cílů také jedna výzkumná otázka.

První dílčí cíl *Zmapovat specifika pooperační ošetrovatelské péče u pacientky po LAVH a AH.*

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že ošetrovatelská péče se u pacientek po LAVH a AH liší v péči o operační ránu, tlumení bolesti, délce hospitalizace a průběhu mobilizace druhý den po operačním zákroku.

V oblasti tišení bolesti nám pacientky uvedly, že bezprostředně po operačním zákroku pociťovaly velmi silnou bolest. Dále uvedly, že 0. -1. pooperační den, jim byla podávána intravenózní i injekční analgetika, která jim zabírala. Pouze R1 uvedla, že jí z důvodu nesnesitelné bolesti byla podávána opioidní analgetika v kombinaci s injekčními analgetiky, po kterých pociťovala značnou úlevu. Zároveň pacientky R1 a R6 uvedly, že využívaly úlevovou polohu, která jim od bolesti mírně ulevila, jen pacientka R3 při použití

úlevové polohy pociťovala zhoršení bolesti. Roztočil a kol. (2011, s. 2908), ve své knize uvádí, že je vhodné začít tlumit bolest použitím nejsilnějších analgetik, což je označováno jako třetí stupeň dle žebříčku WHO a s klesající bolestí postupně sestupovat na druhý nebo první stupeň. Postup dle Roztočila se nám potvrdil u pacientky R1, kdy bylo zapotřebí použít k tlumení bolesti opioidní analgetika, zatímco ostatním pacientkám byly podávány infuzní a injekční analgetika. Podobný postup tišení bolesti jako Roztočil a kol., uvádí ve své knize i Zeleníková s Janíkovou (2013, s. 190-191). Všechny pacientky uvedly podávání analgetik v tabletové formě od 3. pooperačního dne a do domácího ošetřování odcházely s minimální bolestí.

V oblasti péče o ránu nám pacientky R1, R2 a R3 uvedly, že měli na operační ránu přiloženo sterilní krytí, které jim bylo 1. pooperační den odstraněno a převaz operační rány se neprováděl, což nám souhlasí s tvrzením Roztočila kol. (2011, s. 459), který ve své knize uvádí, že v gynekologii je preferováno otevřené hojení operačních ran. Myslím si, že tato cesta je správná, ale je však velmi důležité edukovat pacientky v péči o operační ránu, aby věděly možné příznaky infekce a jak jim předcházet. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že všechny pacientky byly poučeny v péči o ránu, v osobní hygieně, ochraně jizvy, R3, R4, R5 a R6 uvedly, že jim byly stehy ošetřeny Novikovem. Pacientky R4, R5 a R6 byly poučeny o odstranění stehů cestou obvodního gynekologa, jelikož byly propuštěny do domácího ošetřování 5. pooperační den. Potvrdilo se nám tím tvrzení Vytejčkové (2015, s. 220), která ve své knize uvádí, že stehy jsou odstraňovány 7. -10. pooperační den. V souvislosti s operační ránou nám pacientky uvedly, že nenastaly žádné vážné komplikace, pouze pacientky R5 a R6 uvedly hematom v oblasti pupku a R6 byl chybně odstraněn steh při odstraňování Redonova drénu.

Pacientky po AH byly do domácího ošetřování propuštěny 7. pooperační den, pacientky po LAVH byly do domácího ošetřování propuštěny 5. pooperační den. Dubová a Zikán (2019, s. 216) ve své knize uvádí, že do domácího ošetřování lze pacientku po LAVH propustit již 3. pooperační den a po AH 5. pooperační den. Dimise pacientek však závisí na zvyklostech daného zdravotnického zařízení a stavu pacientek. Dle mého názoru, je možná delší doba hospitalizace pro některé pacientky psychicky náročnější, ale zároveň přínosnější v oblasti předcházení komplikací a dodržení klidového režimu.

Druhý dílčí cíl Zmapovat včasnou mobilizaci u pacientek po LAVH a AH.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že **mobilizace** pacientek probíhá následující den po operačním zákroku. Kolařík a kol. (2011, s. 921-922) ve své knize klade důraz na včasný nácvik rehabilitace, sebeobsluhy, nebo procvičování dolních končetin v co nejkratším období po operačním zákroku. Ani jedna z dotazovaných pacientek neuvedla edukaci v oblasti procvičování dolních končetin. Všechny pacientky v rozhovoru uvedly, že jejich mobilizace probíhala za přítomnosti a dohledu sestry 1. pooperační den. Zároveň uvedly, že byly poučeny, že mají vstávat přes bok. Pacientky R1, R2 a R3 uvedly, že byly limitovány silnou bolestí v oblasti operační rány, kdy R1 uvedla, že nebyla schopna narovnat se v důsledku velké bolesti. U pacientek po LAVH R4, R5 a R6 naopak z rozhovoru vyplynulo a potvrdilo se mé očekávání, že jejich mobilizace byla snazší. Berhardt (2012, s. 86-87) uvádí, že pacientky po LAVH v porovnání s pacientkami po AH mají výhodu v rychlejším návratu k běžnému životu, kratší dobu hospitalizace, menší krevní ztrátu při operačním výkonu a menší traumatizaci. Zdůrazňuje, že by LAVH měla mít přednost před AH. Dle našeho výzkumu, kde jsme zkoumali pacientky po AH a LAVH, souhlasíme s jeho tvrzením, že AH, je větší zásah do integrity těla, s čímž souvisí i delší doba hospitalizace, větší bolest a větší míra péče o pooperační ránu. Náš názor ve své diplomové práci potvrzuje Bc. Eva Plšková svým výzkumem (Plšková 2014). Na základě výzkumu pro zkvalitnění ošetřovatelské péče v rámci mobilizace by bylo vhodné navázat spolupráci s rehabilitačním oddělením.

Během mobilizace pacientky uvedly, že jim sestra odstranila **PMK** 1. pooperační den a byly během chůze po chodbě poučeny o osobní hygieně, pitném a pohybovém režimu a také, že nenastaly komplikace související s močením, pouze pacientky R1, R2 a R5 uvedly pocit pálení při prvním močení. Zde můžeme potvrdit tvrzení Citterbarta a kol. (2008, s. 62), který ve své knize uvádí, že permanentní močový katétr bývá odstraněn po 24 hodinách po operačním zákroku, záleží však na celkovém stavu pacientky a absence komplikací. V péči o **PŽK** všechny pacientky uvedly, že nijak o PŽK nepečovaly, ani nebyly sestrou poučeny o jeho péči, pouze R1 uvedla, že požádala sestru o odstranění, R3 a R4 uvedly, že PŽK byl sestrou kontrolován. Z našeho výzkumného šetření jsme zjistily, že všem pacientkám byl PŽK odstraněn 2. pooperační den. **Redonův drén** měly zavedeny pouze pacientky po LAVH R4, R5 a R6. Z rozhovoru vyplynulo, že jim během mobilizace bylo sestrou vysvětleno, jak s ním mají zacházet a v jaké poloze ho mají mít. Slezáková a kol. (2017, s. 36-37) uvádí, že zavedené drény se obvykle odstraňují 2. pooperační den,

což se nám potvrdilo u pacientek R5 a R6. U pacientky R4 byl drén odstraněn 1. pooperační den. Jako malou komplikaci související s odstraněním Redonova drénu nám pacientka R6 uvedla, že jí byl společně s drénem odstraněn steh. V oblasti zabývající se osobní hygienou nám R1, R3, R4 a R5 uvedly, že byly ve sprše 1. pooperační den. Pacientky R2 a R6 2. pooperační den.

V otázce týkající se péče o vyprazdňování **stolice** nám pacientky uvedly, že na stolici byly 3. pooperační den. R2, R5 a R6 za pomoci čípku, R1, R3 a R4 samy a R2 uvedla, že ani v domácím prostředí nechodí na stolici pravidelně. Domníváme se, že by měly být pacientky poučeny sestrou o pohybovém režimu v co nejkratším čase od operačního zákroku, protože by stolice měla být zajištěna 3. pooperační den, jak ve své knize uvádí Kolařík a kol. (2011, s. 921-922), aby se předešlo případným potížím v oblasti vyprazdňování/zažívání.

Ptali jsme se také na pozitiva a negativa související s ošetrovatelskou péčí. Jak uvádí ve své knize *Komunikace s pacientem v intenzivní péči* Tomová a Křivková „*O duši se musí pečovat, a to cestou respektující, trpělivé a upřímné komunikace.*“ (2016, s. 121). Tato slova se nám potvrdila u všech pacientek, protože při propuštění do domácího léčení, odcházely s minimální bolestí a spokojené s péčí i personálem.

ZÁVĚR

V teoretické části jsme se zabývali popisem jednotlivých druhů operačních zákroků hysterektomie. Konkrétně se jednalo o vaginální hysterektomii, laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii a abdominální hysterektomii, kdy jsme popsali indikace jednotlivých typů zákroků. Dále jsme se věnovali popisu výhod a nevýhod jednotlivých zákroků, následoval popis postupu operačního zákroku s následnou ošetrovatelskou péčí z pohledu sestry. Poslední kapitolou v teoretické části jsme se věnovali možným operacím či pooperačním komplikacím hysterektomie.

V praktické části jsme se snažili zjistit specifika v ošetrovatelské péči o pacientku po LAVH a AH a došli jsme k závěru, že pro pacientky po AH je pooperační průběh náročnější v oblasti tlumení bolesti, péče o operační ránu, následná mobilizace a délka hospitalizace, která je o 2 dny delší než u pacientek po LAVH. Dále z výzkumu vyplývá, že mobilizace probíhá 1. pooperační den pod dohledem sestry a během ní jsou pacientky poučeny o péči o vyprazdňování, pitném režimu, péči o drén, ránu a pohybovém režimu, avšak ani jedna z pacientek neuvedla, že by byla sestrou poučena o pohybovém režimu, který by měl být realizován v co nejkratší době po operačním zákroku s výjimkou úlevové polohy pro zmírnění bolesti ani o péči o PŽK. Žádná z pacientek si nestěžovala na nedostatek informací a s péčí byly spokojené. Oba dílčí cíle byly v našem výzkumu splněny.

Myslím si, že by bylo vhodné mít k dispozici na oddělení standardní ošetrovatelský postup, který by mohl být přínosem nebo nápovědou pro poskytování ošetrovatelské péče určený pro nově nastupující nelékaře a studenty zdravotnických oborů. Výstupem z naší bakalářské práce je standardní ošetrovatelský postup určený pro nelékaře gynekologicko – porodnického oddělení který bude po finálních úpravách managementem Stodské nemocnice a.s. využit v praxi.

SEZNAM LITERATURY

1. **BERHARDT, Leon V.** *Advances in medicine and biology* [online]. New York: Nova Science Publishers, 2012 [cit. 2013-11-16]. ISBN 978-161-3248-232. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&sid=34afa2c4-c2b3-4838-84df-40910912eace%40sessionmgr110&hid=123&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc210ZT1laG9zdC1saXZ1#db=e600tw&AN=535076>
2. **CIBULA, David a kol.** *Onkogynekologie*. Praha: Grada, 2009. 614 s. ISBN 978-80-247-2665-6.
3. **CITTERBART, K.** *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
4. **ČERNÝ, Vladimír.** *Péče o pacienta po anestezii. Anesteziologie a intenzivní medicína*. 27, č. 6, s. 400-401, 2016. ISSN1214-2158.
5. **DUBOVÁ, Olga, ZIKÁN, Michal.** *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. Praha: Maxdorf, 2019. Jessenius. ISBN 978-80-7345-59-6.
6. **DUDA, Miloslav et. al.** *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 389. ISBN 80-7169-642-0.
7. **DUFFKOVÁ, Lucie, FREI, Jiří.** *Praktické rady pro instrumentárky*. Plzeň: Euroverlag, s.r.o., 2015. s. 93. ISBN 978-80-7177-051-0.
8. **DUŠOVÁ, Bohdana, HERMANNOVÁ, Martina, JANÍKOVÁ, Eva a SALOŇOVÁ, Radka.** *Edukace v porodní asistenci*. 1. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
9. **FAIT, Tomáš, KOLEŠKA, Tomáš.** *Hysterektomie – odstranění dělohy*. Praha: TRITON, 2007. 28 s. ISBN 978-80-7254-983-2.
10. **HOLUB, Zdeněk.** *Moderní gynekologie a porodnictví – gynekologické operace*. Praha: LEVRET, 2006, vol. 15, č.1. s. 259-277 ISSN 1211-1058.
11. **HOLUB, Zdeněk, KUŽEL, David a kol.** *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 232 s. ISBN: 80-247-0834-5.

12. **JANDOVÁ, Ivana.** *Informovanost klientek s operačním výkonem laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie.* Pardubice: Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií., 2018. 65 s. Bakalářská práce. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Škorničková.
13. **JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta.** *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské studium a magisterské studium.* 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
14. **JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol.** *Ošetrovatelská perioperační péče.* 2. roz. vyd. Brno: NCO NZO, 2019. 330 s. ISBN 978-80-7013-598-3.
15. **KARASOVÁ, Daniela a kol.** Dehiscencia laparotómie po hysterektómii – manažment hojenia rany. *Česká gynekologie.* 2012, roč. 77, č. 6, s. 486-491. ISSN 1210-7832.
16. **KOLAŘÍK, Dušan, HALAŠKA, Michael, FEYEREISL, Jaroslav.** *Repetitorium gynekologie.* Praha: Maxdorf, 2008. Jessenius. ISBN 978-80-7345-138-7.
17. **KOLAŘÍK, Dušan, HALAŠKA, Michael, FEYEREISL, Jaroslav.** *Repetitorium gynekologie.* 2. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-267-4.
18. **KOUTNÁ, Zdeňka.** *Hysterektomie neboli odstranění dělohy.* Sestra [online], ročník 2012, č. 6, [cit. 23. ledna 2021], ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hysterektomie-neboli-odstraneni-delohy-465159>.
19. **KUČERA, Eduard.** *Moderní babičtví.* [online]. Praha: Levret, 2004, č. 5, s. 1-8. [cit. 18. leden 2021]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-5/?pdf=120>.
20. **KUDELA, Milan, ZAHRADNÍČKOVÁ, Věra, HEJTMÁNEK, Pavel.** Děložní myomatóza – AHY, VHY nebo LAVHY? *Česká gynekologie.* Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2003, ročník 68, č. 3, s. 213-217. ISSN 1210-7832.
21. **KUDLEJOVÁ, Mária.** *Inštrumentovanie – princípy, zásady, techniky a postupy.* Martin: Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-423-0.
22. **MÁRA, Michal, HOLUB, Zdeněk a kol.** *Děložní myomy.* Praha: Grada, 2009, 236 s. ISBN 978-80-247-1854-5.

23. **MIOVSKÝ, Michal.** *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada Publishing, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
24. **PAVLÍKOVÁ, Slavomíra.** *Modely ošetrovatelství v kostce.* Praha: Grada, 2006, ISBN 987-80-247-1211-6.
25. **PILKA, Radovan, PROCHÁZKA a kol.** *Gynekologie.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, ISBN 978-80-244-3019-5.
26. **PILKA, Radovan a kol.** *Gynekologie.* 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. 217 s. ISBN 978-80-244-3019-5.
27. **PLŠKOVÁ, Eva, Bc..** *Komparace různých typů hysterektomie.* Pardubice: Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií., 2014, 84. Diplomová práce. Vedoucí práce doc. MUDr. Milan Košťál, CSc.
28. **ROB, Lukáš, MARTAN, Alois, VENTRUBA, Pavel a kol.** *Gynekologie.* 3. přepracované a doplněné vyd. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-426-2.
29. **ROB, Lukáš, MARTAN, Alois, CITTERBART, Karel et al.** *Gynekologie.* 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
30. **ROKYTA, Zdeněk.** *Přednáška Gynekologie – Ošetrovatelská péče o nemocné s gynekologickými chorobami.* Západočeská univerzita v Plzni, 19.3.2020.
31. **ROZTOČIL, Aleš a kol.** *Moderní gynekologie.* Praha: Grada, 2011. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
32. **ŘÍČÁNEK, Jan.** *Operační odstranění dělohy (hysterektomie) poševní cestou - vaginální hysterektomie* [online]. [cit. 10. leden 2021] Dostupné z: http://www.igyn.cz/vaginalni_hysterektomie.html.
33. **ŘÍČÁNEK, Jan.** *Abdominální hysterektomie* [online]. [cit. 15. leden 2021] Dostupné z: http://www.igyn.cz/abdominalni_hysterektomie.html.
34. **SHIMIZU, Deborah J.** *Hysterectomy: procedures, complications, and alternatives.* Hauppauge, N.Y.: Nova Science Publishers, 2011. s. 191. ISBN 9781-61122-257-9.
35. **SCHNEIDEROVÁ, Michaela.** *Perioperační péče.* Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

36. **SIMOČKOVÁ, Viera.** *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatelstvo: učebnica pre fakulty ošetrovatelstva.* 1. vyd. Martin: Osveta, 2011. ISBN 978-80-8063-362-2.
37. **SLEZÁKOVÁ, L. a kol.** *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví.* 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.
38. **SLEZÁKOVÁ, L. a kol.** *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy.* 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7.
39. **ŠITINOVÁ, Jana.** *Vliv hysterektomie na život ženy.* Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií., 2019. 73 s. Bakalářská práce. Vedoucí práce Mgr. Markéta Hošková.
40. **ŠKORNIČKOVÁ, Zuzana, MORAVCOVÁ, Markéta, ZAJÍČKOVÁ, Markéta.** *Základy péče v porodní asistenci II.* Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, katedra porodní asistence a zdravotně sociální péče, 2015. ISBN 978-80-7395-860-2.
41. **ŠPAČEK, Jiří, KALOUSEK, Ivo, JÍLEK, Petr a kol.** *Vybrané kapitoly z gynekologie.* Praha: MLADÁ FRONTA, 2018. ISBN 978-80-204-4646-6.
42. **ŠVARÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol.** *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* 2. vyd. Praha: Portál, 2014, 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
43. **TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana.** *Komunikace s pacientem v intenzivní péči.* Praha: Grada, 2016. 134 s. ISBN 987-80-271-9540-4.
44. **VYTEJČKOVÁ, Renata a kol.** *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III.* Praha: Grada, 2015. 308 s. ISBN 987-80-247-3421-7.
45. **WENDSCHE, Peter, POKORNÁ, Andrea a ŠTEFKOVÁ, Ivana.** *Perioperační ošetrovatelská péče.* Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-894-0.
46. **WICHSOVÁ, Jana a kol.** *Sestra a perioperační péče.* 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.
47. **ZÁBRANSKÝ, František.** *Moderní gynekologie a porodnictví – gynekologické operace.* Praha: LEVRET, 2006, vol. 15, č.1. s. 207-223 ISSN 1211-1058.

48. **ZÁBRANSKÝ, František a ADAMÍK, Zdeněk.** Vaginální hysterektomie v proměnách času – fragmenty z vývoje operační techniky. *Gynekolog: časopis ženských lékařů*. Hradec Králové: MedEXart, 2010, roč. 19, č. 2, s. 47-53. ISSN 1210-1133.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Standard pooperační ošetrovatelské péče
- Příloha B – Kategorie: Pooperační péče
- Příloha C – LAVH vs AH
- Příloha D – Informovaný souhlas LAVH
- Příloha E – Informovaný souhlas AH
- Příloha F – Informovaný souhlas VH
- Příloha G – Informovaný souhlas pacienta podání anestézie
- Příloha H – Informovaný souhlas – sběr dat
- Příloha CH – Žádost o realizaci výzkumného šetření

PŘÍLOHY

Příloha A – Standard pooperační ošetrovatelské péče

Péče o ženu po hysterektomii

Účinnost od:	Stanoví si samo zdravotnické zařízení	Revize:	
Rozsah působnosti:	Všeobecná sestra/ porodní asistentka/ praktická sestra pracující pod odborným dohledem		

Obsah

1. Úvod	1
2. Indikace	2
3. Kontraindikace	2
4. Komplikace.....	2
5. Cíle	2
6. Účel a předmět.....	2
7. Pojmy a zkratky	2
7.1. Pojmy.....	2
7.2. Zkratky	2
8. Související externí dokumenty	3
9. Kompetentní osoby k výkonu.....	3
10. Ošetrovatelská péče	3
10.1. Převzetí pacientky z operačního sálu	3
10.2. Kontrola vitálních funkcí	3
10.3. Bolest a její tlumení	3
10.4. Kontrola operační rány.....	4
10.5. Příjem a výdej tekutin	4
10.6. Výživa	4
10.7. Vylučování	4
10.8. Pohybová aktivita.....	4
10.9. Hygiena	4
10.10. Tělesná teplota	5
10.11. Spánek.....	5
10.12. Psychická podpora	5
10.13. Periferní žilní katétr	5

1. Úvod

Hysterektomie znamená chirurgické odstranění hrdla dělohy, dělohy, vejcovodů a případně i vaječníků. Provádí se třemi různými operačními postupy: laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH), abdominální hysterektomie (AH) a vaginální hysterektomie (VH).

2. Indikace

- Myomy
- Jinak neřešené krvácení z dělohy
- Gynekologické nádory dělohy a vaječníků
- Některé formy endometriózy
- Prolaps dělohy
- Při protržení děložní stěny po porodu a neřešitelném poporodním krvácení z dělohy

3. Kontraindikace

- LAVH - kardiální onemocnění, obezita, velké tumory na děloze, předchozí laparotomické operace
- AH- žádné
- VH- nepohyblivost dělohy, velké tumory na děloze

4. Komplikace

- Poranění okolních orgánů
- krvácení do dutiny břišní, operační rány nebo z rodidel
- známky zánětu

5. Cíle

- Stanovit standardní ošetrovatelský postup při péči o ženu po hysterektomii
- Předějit komplikacím v rané pooperační péči
- Identifikovat a efektivně tlumit bolest související s operačním výkonem
- Zajistit komfort pacientky

6. Účel a předmět

Tento standard definuje a jasně vymezuje ošetrovatelskou péči o ženu, jež podstoupila operační zákrok - hysterektomii.

7. Pojmy a zkratky

7.1 Pojmy

Hysterektomie je chirurgické odstranění dělohy, obvykle prováděné gynekologem.

Škály jsou nástroje k měření a hodnocení bolesti. Bolest, je subjektivní pocit, kterou každý člověk prožívá jinak. K objektivizování intenzity prožívané bolesti používáme různé škály (VAS, Melzack).

Komplikace je okolnost, která stěžuje původní činnosti. Komplikací rozumíme těžkost, jež se vyskytla neočekávaně při péči o pacienta. Komplikacím bychom měli efektivně předcházet.

Edukace (edukační činnost) je výchovně- vzdělávací proces vedoucí ke správné a samostatné péči o vlastní zdraví.

7.2 Zkratky

- TK krevní tlak
- SpO₂ nasycení krve kyslíkem

- P puls
- VAS vizuální analogová škála
- TEN tromboembolická nemoc
- GIT gastrointestinální trakt
- p.o. per os (léky podávané ústy)
- LAVH laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
- AH abdominální hysterektomie
- VH vaginální hysterektomie

8. Související externí dokumenty

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění

Vyhláška č. 98/2021 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění

Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

Národní ošetrovatelské postupy

9. Kompetentní osoby k výkonu

Kompetence vychází z vyhlášky č. 55/2011 Sb., v platném znění o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

10. Ošetrovatelská péče

10.1 Převzetí pacientky z operačního sálu

- převezme pacientku od anesteziologického týmu se zdravotnickou dokumentací
- zajistí bezpečný transport pacientky na oddělení
- provede záznam do zdravotnické dokumentace o času převzetí pacientky z operačního sálu

10.2 Kontrola vitálních funkcí

- monitoruje dýchání, TK, P, SpO₂ v intervalu 4x po 15-ti minutách, 2x po 30 min, 1x po 60-ti min, dále á 3 hodiny, zaznamenává do sledovacího protokolu
- patologických hodnotách neprodleně informuje lékaře
- podává léky a infuze dle lékaře
- poskytne pacientce signalizační zařízení na dosah ruky

10.3 Bolest a její tlumení

- monitoruje a hodnotí bolest dle VAS, zaznamenává do zdravotnické dokumentace
- edukuje o úlevové poloze a klidovém režimu

- v případě komplikací informuje lékaře
- dle ošetrovatelského standardu Stodské nemocnice a.s.

10.4 Kontrola operační rány

- kontroluje krytí operační rány a její okolí, dodržuje zásady asepse
- kontroluje funkčnost drenu, jeho obsah, množství a viskozitu tekutiny, vše zaznamenává do zdravotnické dokumentace
- nežádoucí projevy hlásí neprodleně lékaři

10.5 Příjem tekutin

- monitoruje příjem a výdej tekutin a zaznamenává jej do sledovacího protokolu
- podává tekutiny p.o. dle ordinace lékaře
- edukuje o pitném režimu

10.6 Výživa

- edukuje o nutnosti dodržení dietního režimu- 0.+1. pooperační den dieta tekutá, 2. pooperační den kašovitá, 3. pooperační den racionální
- při nauze a zvracení edukuje o vhodné poloze, sleduje frekvenci, množství, obsah, informuje lékaře a vše zaznamenává do zdravotnické dokumentace

10.7 Vylučování

- kontroluje množství, barvu, zápach a příměsi moči ve sběrném sáčku a vše zaznamenává do zdravotnické dokumentace
- kontroluje průchodnost permanentního močového katetru
- dbá na hygienu genitálu pacientky
- pravidelně vyprazdňuje sběrný sáček
- v případě snížené mikce informuje lékaře (méně než 150 ml/ 3 hod)
- sleduje odchod plynů, stolice

10.8 Pohybová aktivita

- edukuje o pohybové aktivitě časně po operaci (procvičovat pata- špička, pokrčení nohou v kolenou, otáčení se na boky) jako prevence vzniku TEN a GIT potíží
- edukuje o vhodném vstávání z lůžka (přes bok), zaznamenává do zdravotnické dokumentace
- dbá na prevenci pádu

10.9 Hygiena

- kontroluje krvácení z rodidel a podle potřeby mění vložky a jednorázové podložky
- 0. pooperační den v odpoledních hodinách je provedena hygiena na lůžku v leže
- 1. pooperační den ráno je provedena hygiena v sedě na lůžku
- edukuje o hygieně genitálu
- dbá na čistotu lůžka

10.10 Tělesná teplota

- kontroluje 2x denně tělesnou teplotu a zaznamenává do zdravotnické dokumentace
- při zvýšené teplotě (37°C +) informuje lékaře

10.11 Spánek

- zajistí klid na oddělení a pokoji dle možností, ztlumí světla na pokoji
- edukuje o vhodné poloze ke spánku
- podává léčiva dle ordinace lékaře

10.12 Psychická podpora

- přistupuje k pacientce citlivě, klidně, chápavě
- aktivně naslouchá potřebám pacientky a nechá ji vyjádřit pocity a obavy
- odpovídá na dotazy v rámci svých kompetencí

10.13 Periferní žilní katétr

- kontrola místa vpichu
- dle ošetrovatelského standardu Stodské nemocnice a.s.

Příloha B – Kategorie: Pooperační péče

1. Subkategorie: tlumení bolesti

Jakým způsobem Vám byla tlumena bolest?

Byla Vám sestrou doporučena úlevová poloha?

2. Subkategorie: péče o ránu

Jakým způsobem probíhala péče o operační ránu?

Byla jste sestrou poučena o péči o operační ránu?

3. Subkategorie: mobilizace

Jakým způsobem probíhala Vaše mobilizace po operačním zákroku?

Byla prováděna za přítomnosti sestry nebo jiného ošetrovatelského personálu?

4. Subkategorie: Redonův drén

Měla jste zavedený redonův drén? Pokud ano, jakým způsobem jste o něj pečovala?

Kdy Vám byl drén odstraněn?

5. Subkategorie: vyprazdňování stolice

Jakým způsobem bylo pečováno o vyprazdňování stolice?

Byla jste sestrou poučena o režimových opatřeních?

Který den jste po operačním zákroku byla na stolici?

Zaznamenala jste nějaké potíže související s vyprazdňováním stolice

6. Subkategorie: vyprazdňování moči

Po operačním zákroku jste měla zavedený permanentní močový katétr, kdy Vám byl odstraněn?

Byla jste sestrou poučena o vyprazdňování, pitném režimu i možných příznacích komplikací?

Zaznamenala jste nějaké potíže po odstranění permanentního močového katétru?

7. Subkategorie: osobní hygiena

Jakým způsobem a kdy u Vás probíhala osobní hygiena?

8. Subkategorie: komplikace

Nastaly u Vás nějaké komplikace související s operačním zákrokem?

9. Subkategorie: péče o kanylu

Měla jste zavedený permanentní žilní katétr, jakým způsobem o něj bylo pečováno?

Kdy Vám byl odstraněn?

10. Subkategorie: pozitivum a negativum

Měla byste pozitivní či negativní připomínky k ošetrovatelské péči, komunikaci nebo poskytovaným informacím od ošetrovatelského personálu?

Příloha C – LAVH vs AH



LAVH

vs

Abdominal Hysterectomy

Zdroj: www.smallscargyn.com

Příloha D – Informovaný souhlas LAVH

Informovaný souhlas

LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ HYSTEREKTOMIE

Laparoskopicky asistovaná hysterektomie znamená chirurgické odstranění dělohy, případně i vaječníků a vejcovodů, kdy část operace se provádí laparoskopem a dokončuje se přes pochvu. Výhodou tohoto operačního postupu je jen nepatrné poranění břišní stěny. Nejčastějším důvodem pro tuto operaci je silné nepravidelné krvácení, myomatozní uzly, nádory dělohy nebo vaječníků, cysty, sestupy rodidel nebo bolest.

OPERAČNÍ POSTUP

Výkon se provádí v celkovém znecitlivění. S pomocí speciální jehly se nejprve do břišní dutiny napustí několik litrů kysličníku uhličitého (CO₂). Pak je řezem v okolí pupku (asi 1 cm dlouhým) zavedena do dutiny břišní vodící trubice (trokar). Tou je zaveden speciální optický nástroj, který umožňuje prohlédnutí dutiny břišní na obrazovce monitoru s několika násobným zvětšením a s osvětlením. Další nástroje, zpravidla dva, o průměru 0,5 až 1 cm. To se provádí z malých řezů v podbřišku. Po uvolnění děložních vazů a event. vaječníků a vejcovodů se děloha odstraňuje přes pochvu.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Žádný lékař nemůže zaručit úspěch svojí léčby a její absolutní bezrizikovitost. Všeobecná rizika lékařských výkonů, jako trombosy (tvorba krevních sraženin uvnitř cév), embolie (uzávěr cév např. z uvolněných zmíněných sraženin). Poranění sousedních orgánů (střeva, močových cest), jejich inervace a cévní zásobení nebo poškození elektrickým proudem při provádění operačních výkonů jsou velmi vzácná, ale i přes neustále se vyvíjející technický pokrok metody je nelze zcela vyloučit. Totéž platí i pro infekce dutiny děložní, krvácení a bolest. Taková poranění mohou vyžadovat provedení dalšího operativního zákroku (např. chronická apendicitis). Abychom v této situaci nemuseli přerušovat narkosu a po informativním rozhovoru s Vámi znovu narkotizovat, měla byste již před operací dát souhlas k takovým neodkladným či zvláště s operátérem domluveným výkonům.

CHOVÁNÍ po OPERACI

Bezprostředně po operaci vám mohou být podávány nitrožilní infuze, léky tišící bolest a po určité době může být moč odváděna cévkou. Je bezpodmínečně nutné, abyste v prvních dnech po výkonu dodržovala klid na lůžku a v následujících dnech začala opatrně s pozvolným zatěžováním dle doporučení Vašeho lékaře. Pevná jizva po operaci se neudělá dříve než za 4 - 6 týdnů. Po tuto dobu se vyvarujte zavádění tamponů do pochvy, výplachů pochvy, koupání, nadměrné tělesné zátěže anebo pohlavního styku. Před propuštěním do domácího ošetřování si pohovořte s Vaším lékařem, za jak dlouho po výkonu se můžete vrátit ke svým životním zvyklostem a o možnosti pohlavního styku. Pokud Vás bude bolet v podbřišku, budete silně krvácet, budete mít horečku nebo budete-li mít pocit, že není

Příloha E – Informovaný souhlas AH

Informovaný souhlas

ABDOMINÁLNÍ HYSTEKTOMIE

Abdominální hysterektomie znamená chirurgické odstranění dělohy, případně i vaječníků a vejcovodů, řezem v břišní stěně. Většinou volíme příčný řez v podbřišku, který je kosmeticky výhodnější a téměř nikdy se v něm netvoří kýla. Pokud je ale nález na vnitřních rodidlech rozsáhlejší, volíme řez ve střední čáře pod pupkem. Nejčastějším důvodem pro tuto operaci je silná a nepravidelná krvácení, myomatozní uzly, nádory dělohy nebo vaječníků, cysty, sestupy rodidel nebo bolest.

OPERAČNÍ POSTUP

Výkon lze provést v celkovém vzácně i v místním znecitlivění. Dutinu břišní postupně otvíráme v jednotlivých vrstvách. Uvolňujeme dělohu, vaječníky a vejcovody z případných srůstů s okolními orgány, uvolňujeme močových měchýř z přední stěny děložní, podvazujeme cévy a odstříhujeme dělohu od pochvy. Pochvu slepě zavíráme stehem a zavěšujeme na děložní vazy. Postupně po vrstvách zavíráme břišní stěnu.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Žádný lékař nemůže zaručit úspěch svojí léčby a její absolutní bezrizikovitost. Všeobecná rizika lékařských výkonů, jako trombosy (tvorba krevních sraženin uvnitř cév), embolie (uzávěr cév např. z uvolněných zmíněných sraženin), infekce a krvácení jsou díky pokrokům v lékařství mnohem vzácnější. Poranění sousedních orgánů (střeva, močových cest), jejich inervace a cévního zásobení jsou velmi vzácná, ale i přes neustále se vyvíjející technický pokrok metody je nelze zcela vyloučit. Taková poranění mohou vyžadovat neodkladné provedení dalších nezbytných operačních výkonů. Abychom v této situaci nemuseli přerušovat narkosu a po informativním rozhovoru s Vámi znovu narkotizovat, měla byste již před operací dát souhlas k takovým neodkladným či zvláště s operátorem domluveným výkonům. Vzácně u pacientek se silnější vrstvou podkožního tuku může dojít k sekreci (výtok) z operační rány i za řadu dní po operaci.

CHOVÁNÍ PO OPERACI

Bezprostředně po operaci vám mohou být podávány nitrožilní infuze, léky tišící bolest a po určitou dobu může být moč odváděna cévkou. Je bezpodmínečně nutné, abyste v prvních dnech po výkonu dodržovala klid na lůžku a v následujících dnech začala opatrně s pozvolným zatěžováním dle doporučení Vašeho lékaře. Pevná jizva po operaci se neudělá dříve než za 4-6 týdnů. Po tu dobu se vyvarujte zavádění tamponů do pochvy, výplachů pochvy, koupání, nadměrné tělesné zátěže nebo pohlavního styku. Před propuštěním do domácího ošetřování si pohovořte s Vaším lékařem, za jak dlouho po výkonu se můžete vrátit ke svým životním zvyklostem a o možnosti pohlavního styku. Pokud Vás bude bolet v podbřišku, budete silně krvácet, budete mít horečku nebo budete-li mít pocit, že není něco v pořádku, neprodleně se na nás obraťte. Případné komplikace se snáze zvládnou, začne-li se s léčbou včas. Velmi důležitá je následná kontrola a konzultace výsledků histologického vyšetření.

PROHLÁŠENÍ

Pacient prohlašuje, že mu byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace v souvislosti s provedení výkonu. Byly mu vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl také možnost zeptat se lékaře na všechno, co ho ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel vysvětlení, kterému porozuměl.

Lékařem byl též poučen o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

Tímto prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, že jsem všemu plně porozuměl/a a souhlasím s navrženým postupem.

Při výskytu neočekávaných komplikací, které vyžadují neodkladné provedení dalších úkonů a výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny.

Ve Stodě dne v hod.

Pacient/ka: rodné číslo:

Zákonný zástupce: příbuzenský vztah:

Podpis pacienta/pacientky:

Lékař provádějící poučení:

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen informovaný souhlas podepsat, z důvodu:

Způsob projevu souhlasu: (kývnutím hlavy, gestem, očima, jiným způsobem)

Svědék:

Příloha F – Informovaný souhlas VH

Informovaný souhlas

VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE

Vaginální hysterektomie znamená chirurgické odstranění dělohy, případně i vaječníků a vejcovodů před pochvu. Výhodou operace je to, že nezanechává viditelnou jizvu na břišní stěně. Nejčastějším důvodem pro tuto operaci je sestup dělohy a poševních stěn. Podmínkou pro možnost provést tuto operaci je dostatečná pohyblivost dělohy a její malé rozměry.

OPERAČNÍ POSTUP

Výkon lze provést v celkovém vzácně i v místním znecitlivění. Dělohu stahujeme do poševního vchodu, řezem oddělujeme poševní stěnu od děložního čípku a otvíráme dutinu břišní v prostoru za dělohou a po uvolnění močového měchýře i před dělohou. Postupně podvazujeme děložní vazy a cévy a odstraňujeme dělohu. Pokud je to možné, odstraňujeme i vaječnky a vejcovody. Potom zavíráme dutinu břišní a pochvu zavěšujeme na děložní vazy. Pokud jsou sestouplé i poševní stěny provádíme i plastiku poševních stěn a močového měchýře.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Žádný lékař nemůže zaručit úspěch svojí léčby a její absolutní bezrizikovitost. Všeobecná rizika lékařských výkonů, jako trombosy (tvorba krevních sraženin uvnitř cév), embolie (uzávěr cév např. z uvolněných zmíněných sraženin), infekce a krvácení jsou díky pokrokům v lékařství mnohem vzácnější. Dnes máme také více možností, jak těmto komplikacím čelit. Poranění sousedních orgánů (střeva, močových cest), jejich inervace a cévní zásobení nebo poškození elektrickým proudem při provádění operačních výkonů jsou velmi vzácná, ale i přes neustále se vyvíjející technický pokrok metody je nelze zcela vyloučit. Taková poranění mohou vyžadovat neodkladný operační zákrok s otevřením dutiny břišní a další nezbytné operační výkony. Abychom v této situaci nemuseli přerušovat narkosu a po informativním rozhovoru s Vámi znovu narkotizovat, měla byste již před operací dát souhlas k takovým neodkladným či zvláště s operátérem domluveným výkonům.

CHOVÁNÍ po OPERACI

Bezprostředně po operaci vám mohou být podávány nitrožilní infuze, léky tišící bolest a po určitou dobu může být moč odváděna cévkou. Je bezpodmínečně nutné, abyste v prvních dnech po výkonu dodržovala klid na lůžku a v následujících dnech začala opatrně s pozvolným zatěžováním dle doporučení Vašeho lékaře. Pevná jizva po operaci se neudělá dříve než za 4 - 6 týdnů. Po tu dobu se vyvarujte zavádění tamponů do pochvy, výplachů pochvy, koupání, nadměrné tělesné zátěže nebo pohlavního styku. Před propuštěním do domácího ošetřování si pohovořte s Vaším lékařem, za jak dlouho po výkonu se můžete vrátit ke svým životním zvyklostem a možnosti pohlavního styku. Pokud Vás bude bolest v podbříšku, budete silně krvácet, budete mít horečku nebo budete-li mít pocit, že není něco v pořádku, neprodleně se na nás obraťte. Případné komplikace se snáze zvládnou,

Příloha G – Informovaný souhlas pacienta podání anestézie

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA PODÁNÍ ANESTÉZIE

Vážený pane, vážená paní,

na základě doporučení lékaře a Vašeho rozhodnutí se v nejbližší době podrobíte operačnímu nebo vyšetřovacímu zákroku. Naše anesteziologicko-resuscitační oddělení Vám zajistí anestezii při provádění výše uvedeného zákroku, bez které by nebylo možné výkon provést.

Anestezii Vám poskytne lékař a sestra našeho oddělení, kteří jsou v tomto oboru specializovaní a zvolí pro Vás s Vaším souhlasem nejvhodnější způsob anestezie podle zamýšleného zákroku, podle Vašeho zdravotního stavu a výsledků předoperačních vyšetření. Naším cílem je provést Vás bezbolestně a bezpečně celým léčebným procesem se zaměřením na vlastní operační zákrok.

Co je to vlastně anestezie?

Je to léčebný postup, který má za cíl snížení nebo úplné odstranění bolesti z důvodu umožnění provedení operačního, či jinak bolestivého zákroku.

Jakou anestezii můžeme zvolit? - vyberte -

- Celkovou (tj. "narkózu")** - kdy Vás anesteziolog přivede vlivem nitrožilně nebo inhalačně podaných léků do stavu hlubokého spánku, který odstraní všechny bolestivé podněty z celého těla.
- Místní** (nejčastěji svodnou) - kdy Vám lékař aplikuje vpichem injekce anestetikum do blízkosti nervu či do páteřního kanálu, které způsobí přechodné znecitlivění a někdy až obrnu té části organismu, kde bude prováděn bolestivý zákrok.
- Kombinovanou** - v tomto případě se kombinují oba předchozí typy znecitlivění, tímto způsobem lze u některých operací zajistit i dlouhodobou pooperační bezbolestnost a vyhnout se opakovaným nitrosvalovým injekcím k potlačení bolesti.
- Analgosedaci** - je metoda, která se používá u některých bolestivých nebo nepříjemných výkonů, kdy pacient dostává léky v takovém množství, že zůstává při zákroku při vědomí, ale bolest a dyskomfort jsou sníženy na přijatelnou úroveň.

Má anestezie nějaké riziko?

Samozřejmě, jako kterákoliv léčebná činnost. Každá anestezie, a to i ta nejkratší, má svoje specifická rizika, která mohou v krajním případě ohrozit nemocného na zdraví i životě. Výskyt těchto komplikací nelze nikdy zcela odstranit, ale lze je snížit náležitě provedeným předoperačním vyšetřením a předoperační přípravou za spolupráce nemocného. Na zvýšení anesteziologického rizika se významně podílejí tyto faktory:

- nedodržení doporučené přípravy nemocným (lačnění, kouření apod.)
- závažnost a počet přidružených komplikujících onemocnění (nemocný většinou neovlivní)
- stupeň neodkladnosti operace (nemožnost náležité přípravy u neodkladných operací)
- náročnost a délka operace

Možná rizika s podáním premedikace:

Premedikace je farmakologický postup vedoucí k uklidnění a přípravu před operací a anestézií. Podává se většinou večer před výkonem a pak druhý den asi půl nebo i hodinu před operací. Léky zde mohou způsobit alergickou reakci s vyrážkou, nevolnost, zvracení, mdloby apod. Jmenované i jiné nežádoucí účinky hlaste prosím zdravotnickému personálu.

Možná rizika s podáním celkové anestezie:

Přes náležitě provedené předoperační vyšetření, optimální přípravě a při zohlednění komplikujících chorob a celkového stavu nemocného, se mohou vzácně při všech metodách znecitlivění vyskytnout následující problémy:

Bolest v místě vpichu nitrožilní kanyly s krevním výronem, poranění rtů, jazyka, dutiny nosní - krvácení, zlomení či úplné vylomení zubů, vdechnutí žaludečního obsahu (převážně u nedodrženého lačnění a pauzy v kouření), poruchy srdeční činnosti nebo krevního oběhu, poškození kůže desinfekcí, útlak jednotlivých nervů s poruchou citlivosti nebo hybnosti. V pooperační době jsou někdy popisovány bolesti v krku nebo svalech.

Možná rizika spojená s podáním svodné anestezie:

Alergické nebo toxické reakce, křeče, poruchy citlivosti, hybnosti, selhání oběhu, bolesti hlavy, přechodné poruchy vyprazdňování močového měchýře. Snahou lékaře - anesteziologa je všem uvedeným komplikacím předcházet a pokud se vyskytnou, pak je včas diagnostikovat a neprodleně léčit. Po skončení operace budete uložen/a na své původní lůžko, v případě, že si to Váš zdravotní stav vyžádá, můžete být dočasně uložen/a na lůžko jednotky intenzivní péče.

Údaje o souhlasu s poskytnutím dalších alternativních výkonů v případě neočekávaných komplikací v průběhu prováděného výkonu (včetně transfuze krve)

Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že během anestezie může dojít k náhlé změně zdravotního stavu, která bude vyžadovat překročení tohoto oprávnění. V těchto případech opravňuji lékaře na základě jeho profesionálního rozhodnutí k provedení všech postupů k záchraně mého zdraví nebo života. Souhlasím s podáním krve anebo krevních derivátů, jestliže pro to vznikne důvod během výkonu nebo bezprostředně po něm. Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a), že ve výjimečných případech může dojít k možným komplikacím v důsledku transfúze krve anebo krevních derivátů (např. horečka, alergická reakce, přenos některých infekčních chorob). Byl(a) jsem informován(a) a poučen(a) o možnosti vzniku výjimečně se vyskytujících, závažných a naprosto ojediněle i život ohrožujících komplikací v průběhu anestezie. Zároveň souhlasím s použitím omezovacích prostředků v pooperačním průběhu pro neklid včetně farmakologického omezení.

Pokud jste něčemu nerozuměl/a, neváhejte se zeptat na cokoliv lékaře, který bude s Vámi tento protokol podepisovat.

Prohlašuji, že jsem byl/a při osobním pohovoru dostatečně a srozumitelně informován/a o způsobu znecitlivění, které mi bude poskytnuto, o přípravě k němu. Na základě tohoto jsem si vědom/a i rizik, která jsou s tímto spojena, a s tímto způsobem znecitlivění souhlasím.

Pacient: číslo pojištění: podpis:

.....
Anesteziolog provádějící poučení jmenovka a podpis

.....
Ve Stodě dne: hodin

Příloha H – Informovaný souhlas – sběr dat

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: Ošetrovatelský proces u pacientky po hysterektomii

STUDENT:

Kateřina Kaufnerová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU Plzeň

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Pavlína Tůmová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU Plzeň

MÍSTO SBĚRU DAT:

Gynekologicko-porodnické oddělení Stodské nemocnice

CÍL VÝZKUMU:

Zjistit rozdíly pooperační ošetrovatelské péče u pacientek po LAVH a AH

METODIKA VÝZKUMU:

Kvalitativní výzkum – rozhovory, kódování

Datum a podpis studenta:.....

Souhlas se sběrem dat: ANO / NE

Datum, podpis a razítko:.....

Příloha CH – Žádost o realizace výzkumného šetření



Stodská
nemocnice

Nemocnice
Plzeňského
kraje

Žádost o realizaci výzkumného šetření a získání dat k vypracování
vysokoškolské/ jiné práce pro nelékařské zdravotnické pracovníky
ve Stodské nemocnici a.s.

Jméno a příjmení studentky/a:

Kontaktní údaje (telefon, e – mail):

Název vysoké/ vyšší školy a fakulty/katedry:

Studijní obor:

Název vysokoškolské/jiné práce:

Cíl vysokoškolské/jiné práce:

Termín sběru dat:

Metoda sběru dat:

Skupina respondentů (pacienti, NLZP...):

Ve Stodu dne:

Podpis:

Stanovisko hlavní sestry Stodské nemocnice a.s.:

Ve Stodu dne:

Podpis: Mgr. Pavlína Tůmová