

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENY
PO HYSTEREKTOMII**

Bakalářská práce

SIMONA RYZKOVÁ

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Garneková, R.M.

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Simona Ryzková
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 11. 4. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče o ženy po hysterektomii

The Nursing Care of Women after Hysterectomy

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Garneková

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 29. 03. 2013

.....

podpis

Děkuji všem, kteří mi jakýmkoliv způsobem pomohli při vytvoření bakalářské práce. Především bych ráda poděkovala Mgr. Zuzaně Garnekové, R. M. za cenné rady a připomínky. Dále děkuji kolektivu Gyn.-por. kliniky FNKV. Děkuji svým rodičům za naplňování životních cílů, ať už jsou špatné, či dobré a především děkuji As. MUDr. Jiřímu Pavláskovi, za podporu ve studiu, vytvoření pracovního zázemí a hlavně za trpělivost a důvěru.

ABSTRAKT

RYZKOVÁ, Simona. Ošetrovatelská péče o ženy po hysterektomii. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Garneková, R. M. Praha. 2013. 83 s.

Tématem bakalářské práce je ošetrovatelská péče o ženy po laparoskopické hysterektomii. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsme se zabývaly anatomií vnitřních a zevních ženských pohlavních orgánů, popisu jednotlivých typů hysterektomie, jejími indikacemi a komplikacemi. Dále popisujeme předoperační a pooperační péči o pacientku.

V praktické části byly stanoveny cíle, které jsme se snažili potvrdit nebo vyvrátit za pomoci průzkumného šetření. Z výsledků vyplynulo, že pokud porovnáme pooperační bolestivost, průměrnou dobu hospitalizace a pracovní neschopnost, je laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie lepší variantou. Avšak i tento typ operace má své limity, indikace a kontraindikace a pravdou zůstává, že někdy je pro pacientku lepší dobře provedená nekomplikovaná abdominální hysterektomie než velmi komplikovaná a dlouho trávající laparoskopická operace, což záleží nejen na peroperačním nálezu na vnitřních rodidlech a v malé pánvi, celkovém zdravotním stavu, ale i na zkušenostech operátora.

Klíčová slova

Abdominální hysterektomie. Hysterektomie. Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Pooperační péče. Pooperační rekonvalescence.

ABSTRACT

RYZKOVÁ, Simona. Nursing care of women after hysterectomy. College of Healthcare, o.p.s. Degree qualifications: Bachelor (Bc). Supervisor: Mgr. Zuzana Garneková, R. M. Prague. 2013th 83 s.

The subject of this work is nursing care of women after laparoscopic hysterectomy. The thesis is divided into the two parts, theoretical and practical. In the theoretical part, we look into the anatomy of the internal and external female genitalia, description of different types of hysterectomy, its indications and complications. In addition, we describe the preoperative and postoperative care of the patient.

In the practical part the targets have been set and we tried to confirm or disprove it by exploratory investigation. The results showed that when we compared postoperative pain, hospitalization and average time of work inability the better option is a laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. However, this type of surgery has its limits, indications and contraindications, and the truth is that sometimes it is better for the patient to well performed uncomplicated abdominal hysterectomy than a very complicated and long lasting laparoscopic surgery, which depends not only on intra-operative findings of internal genitals and pelvis, general health, but also the experience of the surgeon.

Keywords

Abdominal hysterectomy. Hysterectomy. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. Post-operative care. Postoperative convalescence.

OBSAH

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1. ANATOMIE ŽENSKÝCH POHLAVNÍCH ORGÁNŮ	15
1.1 Vnitřní ženské pohlavní orgány	15
1.2 Zevní ženské pohlavní orgány	19
2. FYZIOLOGIE REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ	21
2.1 Fyziologické účinky pohlavních hormonů	22
2.1.1 Estrogeny	22
2.1.2 Gestageny	23
2.1.3 Androgeny	23
2.1.4 Relaxin	23
3. HYSTEREKTOMIE	24
3.1 Historie	24
3.2 Operační postupy	24
3.3 Abdominální hysterektomie	25
3.3.1 Indikace k operaci	25
3.3.2 Popis operace	25
3.3.3 Komplikace	26
3.4 Vaginální hysterektomie	26
3.4.1 Indikace k operaci	26
3.4.2 Popis operace	27
3.4.3 Komplikace	27
3.5 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie	27
3.5.1 Indikace k operaci	27
3.5.2 Popis operace	28
3.5.3 Komplikace	28
3.6 Předoperační vyšetření	29
3.7 Předoperační příprava	29

3.7.1	Somatická příprava	30
3.7.2	Příprava k výkonu	30
3.8	Pooperační péče	31
3.9	Návrat do každodenního života	31
PRAKTICKÁ ČÁST		34
3.10	Průzkumný problém	34
3.11	Průzkumné cíle	34
3.12	Průzkumné otázky	34
3.13	Metodika průzkumu	35
3.14	Průzkumný soubor	35
3.15	Technika dotazníku	35
3.16	Zpracování	35
4.	Zpracování údajů	36
5.	Vyhodnocení průzkumných otázek	66
6.	Diskuze	69
6.1	Doporučení pro praxi	71
7.	Závěr	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		74
SEZNAM PŘÍLOH		

SEZNAM TABULEK A GRAŮ

Tabulka č. 1 Věk respondentek.	36
Tabulka č. 2 Věk při odstranění dělohy.	37
Tabulka č. 3 Vzdělání respondentek.	39
Tabulka č. 4 Počet porodů.	40
Tabulka č. 5 Způsob odstranění dělohy.	41
Tabulka č. 6 Odstranění vaječníků.	42
Tabulka č. 7 Pojem hysterektomie.	44
Tabulka č. 8 Zdroje informovanosti.	45
Tabulka č. 9 Dostatek prostoru.	46
Tabulka č. 10. a. Důvod odstranění dělohy.	47
Tabulka č. 10. b. Důvod odstranění dělohy vzhledem k věku.	48
Tabulka č. 11 Největší obtíže po operaci.	49
Tabulka č. 12 Bolest první pooperační den.	51
Tabulka č. 13 Bolest pátý pooperační den.	53
Tabulka č. 14 Počet dnů vyžadující analgetika.	55
Tabulka č. 15 Informovanost o následném sexuálním životě.	57
Tabulka č. 16 Realizace pohlavního styku.	58
Tabulka č. 17 Změna sexuálního života.	59
Tabulka č. 18 Negativní změny.	60
Tabulka č. 19 Zcela bez obtíží.	61
Tabulka č. 20 Propuštění.	62
Tabulka č. 21 Ukončení pracovní neschopnosti.	64
Tabulka č. 22 Informace.	65
Graf č. 1 Věk respondentek.	36
Graf č. 2 Věk při odstranění dělohy.	37
Graf č. 3 Vzdělání respondentek.	39
Graf č. 4 Počet porodů.	40
Graf č. 5 Způsob odstranění dělohy.	41
Graf č. 6 Odstranění vaječníků.	42
Graf č. 7 Pojem hysterektomie.	44

Graf č. 8 Zdroje informovanosti.	45
Graf č. 9 Dostatek prostoru.	46
Graf č. 10. a. Důvod odstranění dělohy.	47
Graf č. 10. b. Důvod odstranění dělohy vzhledem k věku.	48
Graf č. 11 Největší obtíže po operaci.	49
Graf č. 12 Bolest první pooperační den.	51
Graf č. 13 Bolest pátý pooperační den.	53
Graf č. 14 Počet dnů vyžadující analgetika.	55
Graf č. 15 Informovanost o následném sexuálním životě.	57
Graf č. 16 Realizace pohlavního styku.	58
Graf č. 17 Změna sexuálního života.	59
Graf č. 18 Negativní změny.	60
Graf č. 19 Zcela bez obtíží.	61
Graf č. 20 Propuštění.	62
Graf č. 21 Ukončení pracovní neschopnosti.	64
Graf č. 22 Informace.	65

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a.....	arterie (céva)
AH.....	abdominální hysterektomie
aj.....	a jiné
BWR.....	Bordetova-Wassermannova reakce
CO ₂	oxid uhličitý
DK.....	dolní končetiny
EKG.....	elektrokardiogram
FF.....	fyziologické funkce
FSH.....	folikuly stimulující hormon
HBsAg.....	hepatitis B surface antigen, nebo také zvaný australský antigen.
HIV.....	human immunodeficiency virus – virus lidské imunodeficiencie, který způsobuje chorobu AIDS
H ₂ O.....	voda, sloučenina dvou atomů vodíků a jednoho atomu kyslíku
i.v.....	intravenózně
JIP.....	jednotka intenzivní péče
K ⁺	draselný kationt
KO.....	krvní obraz
LAVH.....	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
LH.....	luteinizační hormon
Na ⁺	sodný kationt
n. l.....	našeho letopočtu
P.....	pulz
RTG.....	rentgenové vyšetření
TEN.....	tromboembolická nemoc
TK.....	krvní tlak
TT.....	tělesná teplota
UPT.....	umělé přerušování těhotenství
UZ.....	ultrazvukové vyšetření
VA.....	vaginální hysterektomie

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Androgeny.....	steroidní hormon ovládající především vývoj muže
Anteflexe.....	ohnutí dopředu
Anteverze.....	sklon dopředu
Aspekce.....	vyšetření pohledem
Ectocervix.....	část hrdla děložního cervix uteri čnějící do pochvy
Endocervix.....	sliznice kanálu děložního hrdla
Endometriální cyklus.....	cyklické změny na děložní sliznici
Endometrium.....	slizniční vrstva dělohy
Estrogeny.....	ženský pohlavní hormon
Gestageny.....	ženský pohlavní hormon
Hysterektomie.....	chirurgické odstranění dělohy
Hysteroskopie.....	endoskopická minimálně invazivní diagnostická i operační technika, napomáhající vizualizaci dutiny děložní a eventuální řešení patologií v dutině děložní
Infundibulum.....	přechod hypothalamu do hypofýzy
Isthmus.....	zúžená část dělohy v místě přechodu děložního těla v děložní hrdlo
Ligamentum.....	vazivový pruh sloužící ke spojení či upevnění orgánů a jejich částí
Myometrium.....	svalová vrstva dělohy
Perimetrium.....	zevní vrstva dělohy děložního těla
Peritoneum.....	pobříšnice
Progesteron.....	ženský pohlavní hormon

ÚVOD

Hysterektomie je odstranění dělohy s a nebo bez vaječníků a vejcovodů jednostranně nebo oboustranně. Tato operace se dříve prováděla z klasického břišního či vaginálního přístupu. První zmínky v literatuře o odstranění dělohy sahají do starověku. Od začátku devadesátých let minulého století výrazným rozvojem endoskopických technik byly popsány a následně široce rozšířeny modifikace laparoskopicky asistované hysterektomie a totální laparoskopické hysterektomie.

Vzhledem k širokému spektru gynekologických onemocnění benigních i maligních, vedoucích k indikaci odstranění dělohy, se tento typ operace může potencionálně týkat celé řady žen, ať již ve fertilním věku či postmenopauzálních. A právě proto, jsme si toho téma vybraly. Domníváme se, že přístup porodních asistentek je velmi důležitý pro psychicky pozitivní přístup k samotné operaci a následnému zdárnému průběhu období pooperačního a rekonvalescence operované.

Cílem bakalářské práce je komparace ošetrovatelské péče u žen po hysterektomii. Uvedení čtenáře do této problematiky, klasifikace jednotlivých druhů hysterektomií, indikace, operační postupy i komplikace. Snahou naší práce je, aby každá žena byla informovaná, co se týče předoperační přípravy, vlastní operace a pooperační péče.

Teoretická část se zabývá anatomií vnitřních a zevních ženských pohlavních orgánů, fyziologií, historií hysterektomií a celkové péči o ženu před a po hysterektomii na gynekologii. Praktická část obsahuje kvantitativní šetření. Nestandardizovaný dotazník vyplnilo 74 respondentek. Dotazované respondentky průběžně docházely do ordinace gynekologa v Praze a v Jablonci nad Nisou.;

TEORETICKÁ ČÁST

1 Anatomie ženských pohlavních orgánů

Ženské pohlavní orgány se dělí na vnitřní a zevní. Podle toho, kde jsou uloženy. Vnitřní pohlavní orgány jsou uloženy v pánevním prostoru a zevní pohlavní orgány jsou ty, které vidíme okem.

1.1 Vnitřní ženské pohlavní orgány

Mezi vnitřní ženské pohlavní orgány patří vaječníky, vejcovody, děloha, závěsný a podpůrný aparát dělohy a pochva.

Vaječník (ovarium) je párový orgán, je zdrojem ženských pohlavních buněk a je endokrinní žlázou. Vaječník v dospělosti svým tvarem a velikostí připomíná švestku. Jeho délka je 3-5 cm, šířka 3 cm a tloušťka 2 cm, má bělavou barvu a důsledkem dozrávání folikulů je povrch hrboletý. Velikost vaječníku se v průběhu života mění. Největší bývá kolem 20. až 30. roku a v séniu se vaječník zmenšuje a svrašťuje.

Vaječník není nijak pevně fixován k pevné struktuře, ale volně visí na peritoneální duplikatuře. V místě připojení mezovaria je hilus ovaria. Tudy do žlázy vstupují nervy a cévy. K děložnímu rohu ovarium poutá ligamentum ovarii proprium. Při vaginálním vyšetření, lze vaječník vyhmátnat přes zadní poševní klenbu. I přesto, že se vaječník nachází v peritoneální dutině, tak není kryt peritoneem, ale jednovrstevným epitelem. Pod epitelem je zhuštěná vrstva vaziva, tunica albuginea. Vaječník dělíme na kůru a dřev. V kůře se nachází folikulární aparát, který se skládá z několika druhů folikulů v různém stádiu vývoje.

Cévním zásobením vaječníku je ovarická artérie (a. ovarica), která je párovou viscerální větví břišní aorty. Druhým zásobníkem je ovarická větev uterinní větve (ramus ovaricus a. uterinae).

Mízní cévy probíhají současně s vasa ovarica a odvádí mizu do lumbálních lymfatických uzlin (nodi lymphatici lumbales) podél velkých cév. Inervace vaječníku je zajištěna vlákny senzitivními, sympatickými a parasympatickými (CITTERBART, 2001).

Vejcovod (tuba uterina) je párový orgán trubicovitého tvaru o délce 10-12 cm a o tloušťce 0,5 cm. Během dospívání a v senu se vejcovod mění jen nepatrně. Jeho funkcí je transport spermií a oplozeného vajíčka do děložní dutiny. Mediální konec vejcovodu prochází děložním rohem, poté následuje úzký isthmus, který se rozšiřuje v ampulu zakončenou laterálně infundibulem, kterým se vejcovod otevírá do peritoneální dutiny. Infundibulum je nálevkovitě rozšířené, nemá hladký povrch a je rozeklán do 10 až 15 třásní – fimbrií.

Stěna vejcovodu je složena ze tří vrstev: vnitřní sliznice, která je členěná do bohatého systému řas. Povrch sliznice tvoří jednovrstevný cylindrický epitel s řasinkami, které kmitají směrem k děloze. Směr kmitání řasinek se mění v průběhu cyklu, kdy řasinkové i sekreční buňky sliznice mění morfologii. Střední vrstva je z hladké svaloviny s vnitřní vrstvou cirkulární a s vnější longitudinální. Zevně je vejcovod kryt serózou a ta přechází v zív.

U vejcovodu je cévní, lymfatické a nervové zásobení stejné jako u vaječníku (TURKOVÁ, 2004).

Děloha (uterus) je dutý a svalový orgán, který je uložen v centru pánve a slouží k přijetí oplozeného vajíčka. V dospělosti má tvar oploštělé hrušky. Tloušťka děložní stěny je 10 až 15 mm. Váha je kolem 50 g. Rozeznáváme na ní tělo (corpus uteri) a hrdlo (cervix uteri). Od sebe se liší svojí morfologií, funkcí, rozdílnou citlivostí na pohlavní hormony i patologickými procesy, které je postihují. Tělo a hrdlo je spojeno malým úsekem – isthmus uteri. Největší část dělohy je děložní tělo. Její horní okraj je zaoblen a je to nejširší část dělohy. To se pak kaudálním směrem zužuje. Přední strana naléhá na močový měchýř, zadní stěna se obrací proti konečníku a obě strany se spojují nahoře v děložním fundu a po stranách do sebe přecházejí svými zaoblenými děložními hranami. Z děložního fundu vybíhají děložní rohy, kde z každého odstupuje jeden vejcovod a lig. ovarii proprium a lig. teres uteri. Děložní dutina má plochý trojúhelníkovitý tvar. Hrdlo je zúženou kaudální částí dělohy. K cervixu přirůstá pochva. Hrdlo pochvy má tvar válce a je rozděleno na portio supravaginalis a portio vaginalis. Portio vaginalis směřuje zaobleným koncem do pochvy a této části se říká čípek děložní. Na vrcholu děložního čípku se nachází zevní branka děložní, kterou vyúsťuje kanál hrdla spojující

děložní dutinu a pochvu. Zevní branka má u dětí a dospívajících dívek tvar příčné štěrbiny, u dospělých nerodivších žen důlkovitý tvar a u žen, které již rodily je tvar příčně rozeklané štěrbiny. Povrch děložního čípku je kryt poševní sliznicí.

Podélná osa děložního těla svírá s osou hrdla tupý úhel otevřený dopředu. Děloha je vůči pochvě výrazně skloněná dopředu a svírá s ní úhel 70 až 100 stupňů. Pokud žena stojí, její děložní tělo je uloženo horizontálně. Děložní stěna se skládá ze tří vrstev. Z vnitřní, kterou tvoří sliznice vystylající děložní dutinu – endometrium. Endometrium je šedorůžové barvy, a je tvořeno jednovrstevným cylindrickým epitelem a slizničním vazivem s tuberkulózními žlázkami. Endometrium obsahuje vrstvy statum basale, které srůstá s myometriem a neodlučuje se při menstruačním krvácení. Druhá vrstva stratum functionale podléhá hormonálním změnám. Střední a zároveň nejsilnější vrstvou je hladká svalovina – myometrium. Třetí vrstvou je vrstva zevní. Tu tvoří serózní vrstva – perimetrium (CITTEBART, 2001).

Děložní hrdlo má dva epitely. Jedním je endocervix, který vystylá kanál hrdla. Část hrdla, která je obrácená k pochvě má povrchovou sliznici – ectocervix, s vrstevnatým dlaždicovým epitelem. V období života ženy je hranice těchto dvou epitelů za klidového i estrogenizovaného období v místě zevní branky, kdežto u novorozence i v pubertě se dočasně posouvá až na zevní plochu čípku a tak vzniká tzv. fyziologická ektopie.

Myometrium je nejsilnější vrstvou děložní stěny. Prostoupená vazivem je svalová vrstva tvořena pruhy hladké svaloviny. Perimetrium je pevně spojeno s vrstvou svalovou.

Velikost dělohy, tvar a poměr mezi délkou těla a hrdla závisí na tom, jak je žena estrogenizovaná. Na estrogeny více reaguje hrdlo. Tudíž u dívek v klidovém období je děložní hrdlo větší než děložní tělo a to v poměru 2:1. Při stoupající se hladině estrogenů v pubertě, se začne děložní tělo zvětšovat v poměru 1:1. Další stimulací estrogeny je poměr děložního těla vůči hrdlu 2:1. Až postupným vývojem se děloha sklání do antevertze a anteflexe (AVF).

Vyvinutá děloha nerodivší ženy, je zhruba 7 – 9 cm dlouhá, široká ve fundu 4 – 5 cm a 2,5 – 3,5 cm měří předozadní průměr. U žen, které již rodily, jsou rozměry zhruba o 10 mm větší a po přechodu a v seniu se důsledkem vymizení estrogenů děložní tělo zmenšuje.

Arteria uterina obstarává cévní zásobení dělohy. A. uterina je větví a. iliaca interna. U děložní hrany se odděluje a. vaginalis pro zásobení hrdla a pochvy. Zbytek kmene pro-

bíhá po hraně směrem vzhůru a vysílá větve do přední i zadní děložní stěny. Cílovou větví je r. ovaricus a. uterinae. Shodně s artérií probíhají venae uterinae a ústí do vv. Iliacae internae.

Děloha je sympaticky inervovaná pleteněmi, které jdou podél cév. Parasympaticky i senzitivně z oblasti S3 a S4 (CITTERBART, 2001).

Pochva (vagina) je poddajný a kopulační orgán, který má tvar trubice a která, se svým koncem kruhovitě upíná na děložní hrdlo. Tam úpon pochvy tvoří poševní klenbu. Dolní konec pochvy je poševní vchod. Právě poševní vchod je nejužší poševní částí a otevírá se do prostoru mezi malými stydkými pysky, tj. do poševní předsíně. Přední a zadní stěny se navzájem dotýkají, protože je pochva předozadně oploštělá. Poševní stěny nejsou stejně dlouhé, protože osa pochvy s osou hrdla svírá od 70 do 100 procent. Přední stěna měří 7 – 10 cm a zadní 10 – 12 cm. Při pohlavním styku po ejakulaci se sperma hromadí v hluboké zadní klenbě, která vzniká tím, že se pochva upíná na děložní hrdlo v místě portio vaginalis. Poševní sliznice vytváří na stěnách četné příčné řasy (ROZTOČIL, 2001).

Sliznice pochvy se skládá ze tří vrstev. Ze sliznice, svaloviny a ze zevního vazivového obalu. Sliznici tvoří mnohvrstevný dlaždicový epitel a na rozdíl od kůže nerohovatí, nemá žlázy ani chlupy. Tento mnohvrstevný dlaždicový epitel se nachází v pochvě pouze u pohlavně zralých žen na vrcholu ovulace. V klidovém bezhormonálním období u děvčat je sliznice pokryta 5 – 8 vrstvami parabazálních buněk. Během menstruačního cyklu pochva mění cyklicky svou skladbu a po menopauze se epitel zmenšuje z nedostatku estrogenů.

Hladká, síťovitě uspořádaná, ve vnitřní vrstvě s převahou cirkulárně orientovaných buněčných vláken je svalovina pochvy. V kaudálním úseku pochvy se přidávají příčné pruhy buněk a ty mají charakter svěrače. Adventicie tvoří povrchovou vrstvu poševní stěny. Je tvořena kolagenním vazivem a plynule přechází do okolního řídkého vaziva, které nazýváme parakolpium (KOBILKOVÁ, 2005).

Cévní zásobení tvoří několik zdrojů. Jednak se shora větvemi a. uterina, zezadu z a. rectalis media a zdola z a. pudendi interna. Stejnomenými žilami je drénován bohatě venózní plexus vaginalis. Míza odtéká do lymfonodi iliaci interni, přes rektální mízní systém do inn. sacrales, z dolní části pochvy do inn. inguinales superficiales. Nervové zásobení horního oddílu pochvy je totožná s nervovým zásobením dělohy a dolní oddíl je senzitivně nervově zásoben z n. pudendalis (CITTERBART, 2001).

1.2 Zevní ženské pohlavní rodidla

Zevní ženské pohlavní rodidla tvoří hrma, velké a malé stydké pysky, poštváček, poševní vchod, panenská blána, bulbus vestibuli, bartholinská žláza a hráz. Také zde vyúsťuje močová trubice. K vulvě patří pubické ochlupení.

Hrma (mons pubis) tvoří silná kůže s mazovými a potními žlázami, která je podložena tukovým polštářem. Hrma je trojúhelníková vyvýšenina. V pubertě kůže poroste chlupy. Horní hranice tohoto ochlupení je u žen horizontální.

Velké stydké pysky (labia majora pudendi) jsou pokračování hrmy a to směrem dorzokaudálním. Tvoří je párová kožní řasa. Tvoří přední a zadní komisuru. Vzadu pokračují do hráže. Kůže velkých stydkých pysků je pigmentovaná, s ochlupením a s tukovým podkožím.

Malé stydké pysky (labia minora pudendi) jsou asi 3 cm dlouhé a 5 mm široké. Jsou to kožně – slizniční duplikátory a uloženy mediálně od velkých stydkých pysků. Horní řasa tvoří předkožku a dolní řasa zas uzdičku. Jejich kůže je slizničního charakteru a tudíž není porostlá ochlupením a nemá potní žlázy. Avšak mazové žlázy obsahuje. Vzhledem k tomu, že malé stydké pysky obsahují četná senzitivní tělíska, jsou proto velice citlivá a jejich dráždění vyvolává pohlavní vzrušení.

Poštváček (klitoris) je ekvivalentem mužského penisu. Ovšem neobsahuje uretru. Je pokryt sliznicí, podobnou kůži. Skládá se ze zakrnělého žaludu a z těla. K dolní části symfýzi je tělo připojeno. Tělo se dělí na dvě ramena. Poštváček je dlouhý asi 8 cm, ale zevně je z něj vidět pouze malá část a to 1 cm. Tuto část překrývají řasy malých stydkých pysků. Podklad klitorisu tvoří topořivá tělíska, která jsou párová.

Poševní vchod (vestibulum vaginae) je ohraničen malými stydkými pysky a poštváčkem. Vzadu vytváří jamku. V centru poševního vchodu je vstup do pochvy a ten je u dívek, které neměly pohlavní styk částečně kryt hymenem.

Panenská blána (hymen). Říká se, že hymen je zrcadlem estrogenů a to proto, protože skladba i tvar hymenu je výrazně závislá na estrogenu, podobně jako poševní sliznice. Při prvním pohlavním styku se hymen postupně trhá na mnoha místech.

Bulbus vestibuli je erektilní orgán, který je tvořen žilní pletením. Je uložen po stranách poševního vchodu.

Bartholinská žláza je párová žláza o rozměru 2 x 1 cm.

Hráz (perineum) je 4 cm široká přepážka mezi zadní komisurou velkých stydkých pysků a řitním otvorem.

Dno pánevní je svalový a vazivový systém tvořící spodinu malé pánve. Nejmohutnějším svalem je zde zdvihač řitní, který má nálevkovitý tvar. Štěrbinou prostupuje močová trubice, pochva a konečník. Při ochabnutí pánevního dna, dochází u žen k poklesu dělohy a to může vést až k vyhřeznutí dělohy (TURKOVÁ, 2004).

2 Fyziologie reprodukčních orgánů

Reprodukční funkce ženy jsou řízeny prostřednictvím systému hypothalamus-hypofýza-ovarium. Tyto regulace jsou realizovány působky, kterými jsou hormony (látky, které jsou produkovány v jedné části organismu a cévním řečištěm jsou transportovány do místa působení - endokrinní sekrece) a neurotransmitery (chemické látky, uvolňované do synaptické štěrbině sloužící k přenosu podráždění- neurokrinní sekrece).

Hormony jsou zpravidla produkovány endokrinními žlázami (žlázy s vnitřní sekrecí- ovarium, hypofýza), výjimkou jsou například thékální a granulózové buňky folikulů v ovariu, které jsou tvořeny jednotlivými endokrinními buňkami nežlázových orgánů.

Hormony transportovány krví se vážou v cílových orgánech prostřednictvím specifických receptorů. Právě vzhledem k této specifčnosti je vazba realizována již při velmi nízké koncentraci těchto látek.

Struktura steroidních hormonů má společnou perhydrocyklopentanofenantrénovou strukturu s drobnými molekulárními odchylkami u každého, které jsou však mají za následek často zcela odlišnou biologickou aktivitu té dané molekuly.

Pohlavní steroidy dělíme do 3 skupin podle počtu uhlíkových atomů:

1. kortikoidy a progestiny - 21 uhlíků, pregnanové jádro
2. androgeny – 19 uhlíků, androstanové jádro
3. estrogeny – 18 uhlíků, estranové jádro

Část progestinů, androgenů a estrogenů může být syntetizována přímo v ovariu z cholesterolu, který vzniká z acetylkoenzymu a tato syntéza však zdaleka nedokáže pokrýt celkovou potřebu steroidů, takže dominantním zdrojem je cirkulující cholesterol z krve, kterou je transportován do ovarií.

Ženské steroidy (estrogeny, gestageny) vznikají převážně v ovariích. V těle ženy vznikají též androgeny, ovšem v malém množství (60 % v nadledvinách, 40 % v ovariu).

Metabolismus hormonů je uskutečňován hlavně v játrech, kde jsou hormony, které jsou špatně rozpustné ve vodě konjugovány s kyselinou glukuronovou a stávají se rozpustnými ve vodě a následně jsou vylučovány ledvinami do moči a malou částí žlučovými cestami do tenkého střeva.

2.1 Fyziologické účinky pohlavních hormonů

2.1.1 Estrogeny

A) obecný stimulační účinek na pohlavní orgány, sekundární pohlavní znaky, přídatné reprodukční orgány:

- vývoj zevního genitálu,
- proliferace vaginální sliznice s tvorbou glykogenu a následně kyseliny mléčné-kyselost vaginálního prostředí,
- buněčná proliferace v cervixu, v myometriu i endometriu,
- stimulace růstu svaloviny a motility tuby,
- trigonum močového měchýře- cykličnost změn podobná poševním změnám,
- ovlivnění ovaria přímé i nepřímé,
- cestou pozitivní i negativní zpětné vazby ovlivnění produkce a sekrece gonadoliberinů a tím i sekrece LH a FSH,
- ovlivnění sekundárních pohlavních znaků, psychiky a chování,

B) Metabolické účinky:

- ovlivnění hospodaření s minerály a H₂O - zadržení K⁺ intracelulárně a Na⁺ extracelulárně - retence tekutin v tkáních, otoky,
- snížení utilizace glukózy,
- snižování cholesterolu, lipoproteinů,
- metabolismus kalcia - urychlení zrání osifikačních center, uzávěru růstových štěrbin a protektivní vliv na vznik osteoporózy,
- biologická inaktivace některých hormonů štítné žlázy a nadledvin.

C) Parasympatotonický účinek.

D) Zvýšení rezistence cév zpevněním jejich stěny a snižování fragility cév.

- E) Snižování tvorby erythropoetinu.
- F) Ovlivnění růst a větvení mlékovodů v prsu.

2.1.2 Gestageny

Jejich hlavní rolí je příprava a udržení gravidity.

- Účinky na hrdlo děložní (zahuštění hlenu v hrdle děložním), endometrium (příprava žlázek k nidaci) a myometrium (progesteronový blok v graviditě).
- Vývoj alveolů v prsu.
- Zpomalení transportu plodového vejce.
- Inhibice sekrece LH po ovulaci.
- Podpora inhibičních účinků estrogenů-blokáda ovulace.
- Sekundární metabolické účinky proteinokatabolický účinek a zvýšení vylučování dusíku močí.

2.1.3 Androgeny

Androgeny mají androgenní a proteinoanabolický účinek (nejúčinnější testosteron, dihydrotestosteron).

- Abnormální účinky na ženu - maskulinizace pohlavních orgánů a virilizace.
- Fyziologické účinky: vliv na růst pubického a axilárního ochlupení, udržení libida, jsou prekurzory estrogenů.

2.1.4 Relaxin

Relaxin je produkován v corpus luteum - v graviditě rozvolňování spojů pánevních kostí a symfýzy, inhibice kontrakcí, ovlivnění vývoje mléčné žlázy. Mimo graviditu, není jeho role jednoznačně známá (CITTEBART, 2001).

3 Hysterektomie

Hysterektomie je odvozená z řeckých dvou slov: (hystera – děloha, tomé – řez), znamená tudíž v překladu vyříznutí dělohy. V posledních letech se stala nejčastější prováděnou velkou gynekologickou operací. Chirurgické odstranění dělohy lze provést poševní cestou, přes stěnu břišní i laparoskopicky. Pro ženu hysterektomie znamená absence menstruace, sterilita, hormonální změny a někdy psychické i sociální změny (TOŠNER, 2003).

3.1 Historie

První odstranění dělohy provedl ve 2. století n. l. Soran z Efezu. Tato operace byla provedena vaginální cestou. Fridrich Schaut a jeho student Ernst Wertheim jako první provedli vaginální hysterektomii na vídeňské škole a to roku 1903.

Až poté, co se začala rozvíjet celková anestezie, byla provedena abdominální hysterektomie. Postupně nahradila vaginální hysterektomii a byla prováděna především při uterovaginálním sestupu.

V 90. letech 20 století se začala rozvíjet endoskopická operační technika. První laparoskopická hysterektomie byla provedena roku 1988. Hysterektomii provedl americký operátor H. Reich, který byl znepokojen vysokým počtem abdominálních hysterektomií (VANČO, 2007).

3.2 Operační postupy

Hysterektomie lze provést vaginálním přístupem v gynekologické poloze, abdominální břišní stěnou, což může být laparotomicky nebo laparoskopicky. Avšak lze tyto přístupy kombinovat. Každý přístup má své indikace, výhody a samozřejmě i nevýhody. Dále můžeme hysterektomii rozdělit na hysterektomii prostou, kdy je odstraněna pouze děloha a v případě kdy je i s dělohou odstraněn vaječník a vejcovou na jedné či na obou

stranách mluvíme o hysterektomii s adnexektomií. Hysterektomie radikální je odstranění dělohy, její vazivové struktury a lem pochvy. Ve většině případů jsou odstraněny i spádové uzliny a adnexa (FAIT, 2007).

To jak bude děloha odstraněna, je individuální a závisí na mnoha faktorech. Mezi ně patří diagnóza, velikost dělohy, prostornost pochvy, prodělané operace, zkušenost operátora, věk, váha i zdravotní stav operované ženy (TOŠNER, 2003).

3.3 Abdominální hysterektomie

Tato operace se provádí v celkové anestezii a je vedena přes přední břišní stěnu. Je to jedna nejčastější gynekologická operace. Odstraněna může být děloha samostatně nebo s adnexy. Pokud je k operaci důvodem zhoubný nádor nebo patologický nález, odstraňují se krom dělohy i adnexa. Jestliže jsou adnexa odstraněna, je ženě bezprostředně po operaci nasazena hormonální substituční léčba (ZÁBRANSKÝ, 2006).

3.3.1 Indikace k operaci

Indikací je několik, mezi častou indikací patří děložní myomy, které mohou způsobovat silné a nepravidelné krvácení, nereagující na léčbu. Dále jsou to onemocnění děložní sliznice, změny na děložním čípku, endometrióza, dysfunkční krvácení, některé typy chronických bolestí, poranění dělohy a poporodní komplikace. Dále je to i z důvodu, pokud jiná přístupová cesta je riskantní nebo dokonce kontraindikována (MÁRA, 2009).

3.3.2 Popis operace

Nejdříve se provede laparotomie, což je otevření dutiny břišní. Provádí se tzv. dolní střední řez nebo tzv. Pfannenstielův řez. Dolní střední laparotomie je řez, který je veden od pupku až ke stydké sponě. Pfannenstielův řez je příčný řez, který je veden

v podbříšku na hranici stydkého ochlupení. Ten je výhodný z kosmetického hlediska z hlediska větší pevnosti operační rány. Dutina břišní se otevírá po jednotlivých vrstvách: kůže, podkoží, fascie, břišní svalstvo a pobříšnice. Je-li součástí výkonu, následuje operace na děložních přívěscích. Následuje obnažení dělohy od vazů a od cév. V tuto chvíli následuje vynětí dělohy odstrižením od pochvy a následuje sešití pochvy a vytvoří se tzv. poševní pahýl. Operatér musí ošetřit rané plochy, které odstraněním dělohy vznikly. Po prohlédnutí všech přístupových orgánů dutiny břišní uzavře břišní stěnu opět podle jednotlivých vrstev (DUDA, 2000).

3.3.3 Komplikace

Komplikace mohou nastat již v průběhu samotné operace a to poraněním močového měchýře, močovodů, konečníku či střevních kliček. Dále máme komplikace časné a pozdní pooperační. Mezi časné pooperační komplikace patří tromboembolie, krvácení, které může probíhat okultně. Dále jsou to infekce, infikování rány a její špatné hojení. V dutině břišní se může vytvořit infiltrát, který se dlouho vstřebává a působí neurčité obtíže (ZÁBRANSKÝ, 2006).

3.4 Vaginální hysterektomie

Vaginální hysterektomie je odstranění dělohy popřípadě i s adnexy vaginálním přístupem. Jelikož jde o menší pooperační oblenění střevních kliček, je zde lehčí průběh pooperačního období a má menší invazivitu operačního pole. Je dobře tolerována i u obézních žen. Jelikož operace netrvá dlouho, nedochází k velké krevní ztrátě.

3.4.1 Indikace k operaci

Jednou z nejčastějších indikací jsou myomy, krvácení, endometria, sestup genitálu, prekancerózy cervixu, atd. Podmínkou operace je dostatečná pohyblivost dělohy (ZÁBRANSKÝ, 2006).

3.4.2 Popis operace

Žena, která podstupuje vaginální hysterektomii je na operačním sále v gynekologické poloze. Nejdříve se pochvou otevře břišní dutina. Potom se musí uvolnit děloha od vazů a podvázat cévy. Po vysunutí močového měchýře se odstraní děloha poševní cestou. Než se uzavře peritoneum, musí se zkontrolovat krvácení. Pochva se šije napříč.

Pokud dělohu nelze vyndat pochvou, řezem v podbříšku se otevře dutina břišní. U této operace lze provést poševní plastiku (DUDA, 2000).

3.4.3 Komplikace

Komplikací může být krvácení či poranění okolních orgánů nebo poranění močové trubice. Z časných pooperačních komplikací to je krvácení a infekce (ZÁBRANSKÝ, 2006).

3.5 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (dále jen LAVH) je výkon, kdy část operace se provádí laparoskopicky a část vaginálně. Nejdříve se laparoskopicky uvolní děloha a podvázání cév a odstranění dělohy je provedeno vaginálně tedy pochvou. LAVH je nejmodernější operace v gynekologii.

3.5.1 Indikace k operaci

Prolínají se zde indikace vaginální hysterektomie a abdominální hysterektomie. Mezi časté indikace patří děložní myomy, nepravidelné krvácení, poranění dělohy, endometrióza, výhřez čípku či dělohy. Kontraindikací může být velikost dělohy, obezita či zdravotní stav, který brání celkové narkóze.

3.5.2 Popis operace

- Laparoskopická část:

Žena na operačním stole leží na zádech a dolní končetiny má abduko-
vané a lehce flexované v kyčelních a kolenních kloubech. Nejdříve se
zavede insuflační jehla v místě pupeční jizvy. Touto jehlou proudí do
břišní dutiny vzduch. Vzduch v břišní dutině oddaluje břišní dutinu od
nitrobřišních orgánů a umožňuje tak operátorovi lepší přístup k orgánům
a přehlednost. Dalším krokem je zavedení trubičky s optikou. Ta zpro-
středkuje pohled do dutiny břišní a následně umožní použití operačních
nástrojů vedoucí z vpichu v obou podbříšcích. Pokud je součástí operace
na děložních přívěscích, provede se. Nakonec se uvolní děloha od tkání,
od močového měchýře a od cév.

- Vaginální část:

Po skončení laparoskopické fáze následuje pronětí poševní stěny
v místě úponu pochvy na děložní hrdlo. Operátor uvolní dělohu od vazů,
podváže cévy a může vyjmout dělohu. Při uzavírání se nejdříve uzavře
břišní dutina a poté i pochva.

Po skončení vaginální části se laparoskopicky zkontroluje dutina břišní. Pokud je vše
v pořádku vytáhnou se laparoskopické nástroje a zašijí řezy v pupeční jizvě a
v podbříšcích.

3.5.3 Komplikace

Již první komplikací může být poranění střeva při zavádění prvního vpichu. Dále za-
vádění plynu CO₂ do dutiny břišní může způsobit plynovou embolii. Také může dojít
k poranění břišních orgánů a ke krvácení. K poraněné močového měchýře dochází jen
vzácně (HOLUB, Z. 2000).

3.6 Předoperační vyšetření

Nejdříve se s pacientkou musí sepsat anamnézu. Anamnéza obsahuje veškeré údaje o zdravotním stavu vyšetřované pacientky od narození až po současný zdravotní stav. Anamnézu dělíme hned na několik skupin podle obsahu:

- a) Rodinná anamnéza: slouží k posouzení dědičného rizika, ptáme se na genetické choroby, nemoci oběhové soustavy a nádorové nemoci
- b) Osobní anamnéza: měla by obsahovat veškeré obtíže nemocného
- c) Gynekologická anamnéza: věk při první menstruaci, intenzita a pravidelnost menstruačního cyklu, pohlavní život pacientky, počet porodů popřípadě UPT a věk poslední menstruace
- d) Farmakologická anamnéza: zde pacientka uvádí užívání léků jak v minulosti, tak i v současnosti
- e) Abúzus: kouření, alkohol
- f) Alergologická anamnéza: všechny alergie i přecitlivělosti
- g) Pracovní anamnéza: pracovní podmínky a rizika
- h) Sociální anamnéza: kde, s kým a v jakém prostředí bydlí
- i) Nynější onemocnění: individuální projevy onemocnění

Po odebrání anamnézy následuje pohled (aspekce), kde se hodnotí konstituce těla, věk, hmotnost, výška, chůze, celkový věk, abnormality. Po pohmatu následuje poklep a poslech, gynekologické vyšetření (vyšetření v zrcadlech, bimanuální, rektální, rektovaginální, kolposkopie, cytologie a vyšetření prsů). Před operací by pacientka měla mít vyšetření moče a krve (KO, krevní skupinu, koagulace, sedimentace, HIV, BWR, HBsAg), UZ, RTG snímek plic a EKG. Dle zvyklosti pracoviště se může provést hysteroskopie (diagnostická metoda, kterou se prohlíží dutina děložní) nebo kyretáž (odběr materiálu z hrdla a dutiny děložní pomocí malé kyrety).

3.7 Předoperační příprava

Předoperační příprava je velice důležitá, jelikož při každé operaci můžou vzniknout komplikace a je potřeba jim předcházet. Příjem může být plánovaný nebo akutní. Pokud není stav akutní, tak se ženy neoperují v období menstruace, jelikož orgány jsou při

menstruaci přerušené a mohlo by dojít k větší krevní ztrátě. Dále se hysterektomie neprovádí, pokud má žena akutní infekce dýchacích cest, virózy nebo zánět žil.

3.7.1 Somatická příprava

Pacientka je obvykle přijímána den před operací. Do somatické přípravy patří gynekologické vyšetření včetně ultrazvuku, eventuální úprava infekce rozsahu operačního výkonu dle aktuálního nálezu, získaného tímto vstupním vyšetřením, samozřejmě po podrobné konzultaci s pacientkou. Doplnění laboratorních výsledků, zvláště u interně chronicky nemocných pacientek dle aktuálního doporučení anesteziologa. Pokud je zjištěno u ženy v rámci předoperačního vyšetření onemocnění, které by mohlo komplikovat vlastní peroperační a pooperační průběh, či patří-li žena do některé výrazně rizikové skupiny vyžadující intenzivnější péči a předoperační medikamentózní přípravu, je nutné přizvat ke konsiliárnímu vyšetření příslušného specialistu a pak zvláště v takových případech je přístup k dané pacientce obzvláště individualizovaný a multidisciplinární.

3.7.2 Příprava k výkonu

Zahrnuje dietní opatření, vyprázdnění střev i přípravu operačního pole. Pacientka se může ráno lehce nasnídat, avšak v poledne dostane poslední stravu, kterou je bujon. Od oběda už smí pouze pít. V podvečer je pacientce provedeno klyzma, oholení ochlupení v místě operačního pole a vydezinfikování pupeční jizvy. Od půlnoci, kromě toho že pacientka nejí, ještě nepije a nekouří. Dle ordinace lékaře mohou být pacientce večer podány sedativa na zklidnění, antibiotika jako profylaxe a antikoagulancia nebo bandáže DK jako prevence TEN. Ráno jsou pacientce změřeny základní FF (TK, P, TT, glykemie) a je potřeba zajistit vyprázdnění močového měchýře. Před začátkem anestezie je pacientce podána premedikace dle ordinace lékaře. Ovšem to není všechno, pro pacientku může být hospitalizace velice stresující. Proto je velice důležité pacientku seznámit s oddělením a s personálem. Tak jako kdekoli jinde, je i v nemocnici veliký důraz kladen na komunikaci. I když pacientka ne vždy může přiznat své obavy, porodní asis-

tentka by je měla dokázat odhadnout a snažit se je zmírnit. Pacientka by vždy měla vědět plán dění. Gynekolog i anesteziolog by měli pacientku edukovat o výkonu i o možných rizicích. I porodní asistentka může odpovídat na kladené otázky, pokud si není jistá s odpovědí, nebo odpověď není v její kompetenci, zajistí pacientce konzultaci s lékařem. V dnešní době je i velice důležité mít ještě před operací podepsané všechny souhlasy spojené jak s narkózou, tak i se samotným operačním výkonem.

3.8 Pooperační péče

Pooperační období se začíná po probuzení pacientky z narkózy. Vzhledem k tomu, že anestezie zhoršuje schopnost vnímání, je důležité pacientku hlídat a kontrolovat.

Po probuzení z narkózy je pacientka předána i s dokumentací porodní asistentce a uložena na JIP. Zde se kontroluje srdeční akce, krevní tlak, pulz, saturace a moč, která je odváděná permanentním močovým katetrem. Tekutiny jsou podávány i.v. cestou. Vhodná je brzká mobilizace. Druhý den, nebo dle stavu pacientky je možný překlad na standartní lůžkové oddělení. Stehy, které nejsou vstřebatelné, se 7. pooperační den, nebo dle zvyklosti oddělení vytahují. Po LAVH jsou pacientky obvykle propouštěny do domácí péče 4. až 5. den a po abdominální hysterektomii 7. až 10. den.

Během hospitalizace je důležité kontrolovat operační ránu, FF, bolest, sledovat příjem a výdej tekutin, dbát a kontrolovat dietní opatření, edukovat pacientku o správném zvedání se z lůžka a o hygieně, povzbuzovat k pohybu, zaznamenávat stolici, sledovat psychiku pacientky a poskytnout dostatečné pohodlí a soukromí.

3.9 Návrat do každodenního života

- Práce:

Délka pracovní neschopnosti záleží jak na typu operace, tak i na druhu vykonávané profese. Avšak po laparoskopické a vaginální hysterektomii je pracovní neschopnost zhruba 14 dní a abdominálních hysterektomií až šest týdnů. Ovšem u všech druhů hysterektomie platí, že by ženy šest

měsíců neměly zvedat nic těžkého. Hrozilo by sestupu až výhřezu poševního pahýlu.

- Pohlavní život:

Asi každá žena před hysterektomií se ptá, jak to bude dál se sexuálním životem. Ovšem bát se nemusí. Prvních šest týdnů tzv. šestinedělí se pohlavní styk nedoporučuje. Je třeba nechat vše zahojit. Riziko brzkého pohlavního styku, může být roztržení pochvy a tehdy může dojít i k vyhřeznutí střev.

To, že žena po hysterektomii už nebude menstruat a nebude moct mít děti, ještě neznamená, že se bude muset vzdát pohlavního styku.

Děložní hrdlo neplní při pohlavním styku žádnou funkci. Pochva stále zůstane prostorná, dlouhá a ve stejném směru.

Ovšem pokud jsou ženám odstraněny i vaječníky, mohou mít menší touhu a může dojít k poruše lubrikace. I to se, ale v dnešní době dá léčit podáváním pohlavních hormonů a lubrikačními gely.

- Klimakterium:

Vaječníky jsou zdrojem pohlavních hormonů a tak se ženy často rozhodují, zda je také odstranit či nikoli. Ani lékaři netáhnou za jeden provaz a tak se dělí na dvě skupiny. Jedna skupina je pro a druhá proti. Kolem 49. Roku ženy funkce vaječníku vyhasíná a tak je doporučováno operovaným ženám, s dělohou odstranit i vaječníky.

Nedostatek hormonů se u většiny žen projevuje návaly horka, bušením srdce, nervozitou, nadměrným pocením a podrážděností. Tyto příznaky se označují jako klimakterický syndrom. Po nějakém čase to může vést k poruše lubrikace, bolestivému pohlavnímu styku, výtokům a po letech i k osteoporóze.

Nejúčinnější je hormonální léčba.

Ženám, které podstoupily hysterektomii, se může podávat pouze estradiol, který produkují vaječníky. Jednou z možností je ho podat jako podkožní implantát a vstřebává se zhruba šest měsíců. Tato metoda je šetrná k organismu a to z toho důvodu, že obchází trávicí trakt.

Každá žena je individuální a tak i hormonální léčba nemá jeden daný vzorec, ale je každé pacientce šitá na míru.

- Pohybová aktivita:

Po propuštění z nemocnice, by ženy měly všeobecně dodržovat klidový režim a nezatěžovat se. Lehké domácí práce a nákupy můžou ženy vykonávat již od pátého týdne.

I ke sportovním aktivitám se ženy můžou vrátit nejdříve po šesti týdnech po operaci. Ze začátku se doporučuje začít pomalu, např. procházkami, jógou. Po šesti měsících a dokonalém zhojení se ženy opět můžou vrátit ke sportům, které vykonávaly před operací a na který, byly zvyklé.

- Každá žena po hysterektomii by se po propuštění z nemocnice měla hlásit u svého gynekologa, který ji doporučí, kdy by měla přijít na kontrolu. Kontroly jsou plánovány a uskutečňovány s přihlédnutím k dosavadnímu pooperačnímu průběhu a stavu pacientky a rovněž s výsledky definitivní histologie (FAIT, 2007).

PRAKTICKÁ ČÁST

3.10 Průzkumný problém

Komparace ošetrovatelské péče u žen po operačním výkonu - hysterektomie.

3.11 Průzkumné cíle

Cíl 1 Zjistit, zda je u žen po LAVH rychlejší proces hojení a rekonvalescence, než u žen po AH.

Cíl 2 Zjistit, zda u žen po LAVH dochází méně často k negativnímu ovlivnění následného sexuálního života, než u žen po AH.

Cíl 3 Zjistit kolik procent žen po LAVH trápí bolest a kolik procent žen po AH trápí bolest.

Cíl 4 Zjistit, zda jsou pacientky podstupující hysterektomii dostatečně edukované.

3.12 Průzkumné otázky

Otázka 1: Předpokládáme, že u žen po LAVH dochází k rychlejší rekonvalescenci, než u žen po AH.

Otázka 2: Předpokládáme, že u žen po LAVH dochází méně často k ovlivnění následného sexuálního života, než u žen po AH.

Otázka 3: Předpokládáme, že většinu žen po hysterektomii trápí bolest.

Otázka 4: Předpokládáme, že ženy po LAVH trápí bolest kratší dobu po operaci než ženy po abdominální hysterektomii.

Otázka 5: Předpokládáme, že 90 % žen po hysterektomii je dostatečně edukovaných.

3.13 Metodika průzkumu

Jedná se o teoreticko-praktickou práci, kvantitativní metodu výzkumu. Jako metodu k získání informací jsme zvolili dotazníkovou metodu. Dotazník je nestandardizovaný vlastního zpracování. Časový plán výzkumu byl stanoven na měsíc prosinec 2012 až únor 2013.

3.14 Průzkumný soubor

Průzkumný vzorec tvořily ženy po hysterektomii. Respondentky byly cíleně kontaktovány ve dvou soukromých gynekologických ordinacích v Jablonci nad Nisou u MUDr. Jiřího Pavláška a v Praze u MUDr. Josefa Homoly.

3.15 Technika dotazníku

Dotazník obsahoval 22 položek. U 2 položek mohly respondentky doplnit odpověď, pokud jim nevyhovovaly uvedené odpovědi, tedy 2 položky byly polootevřené. 8 položek bylo otevřených a zbylých 12 položek bylo uzavřených.

Dotazníků bylo rozdáno 80, z čehož se vrátilo 74 řádně vyplněných dotazníků. Návratnost tedy byla 92,5 %.

3.16 Zpracování

Získaná data byla vytříděna, zpracována kvantitativní metodou a vyjádřena v absolutní a relativní četnosti. Položky byly zpracovány pomocí statistických tabulek a grafů s procentuálním vyjádřením v programu Microsoft Excel.

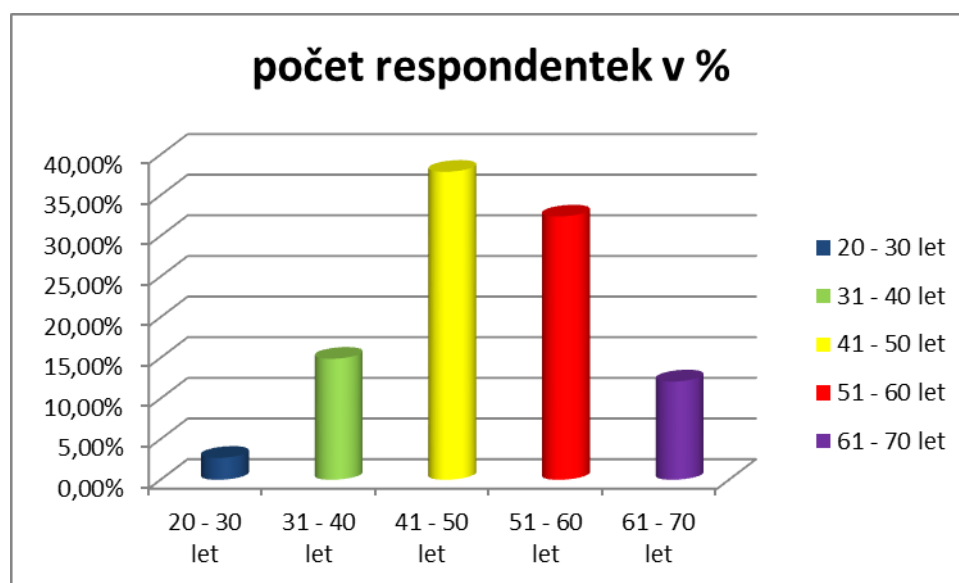
4 Zpracování údajů

Otázka č. 1 – Váš věk?

Tabulka č. 1 – Věk respondentek.

věk respondentek	počet respondentek	počet respondentek v %
20 - 30 let	2	2,7 %
31 - 40 let	11	14,9 %
41 - 50 let	28	37,9 %
51 - 60 let	24	32,4 %
61 - 70 let	9	12,1 %
celkem	74	100 %

Graf č. 1 – Věk respondentek.



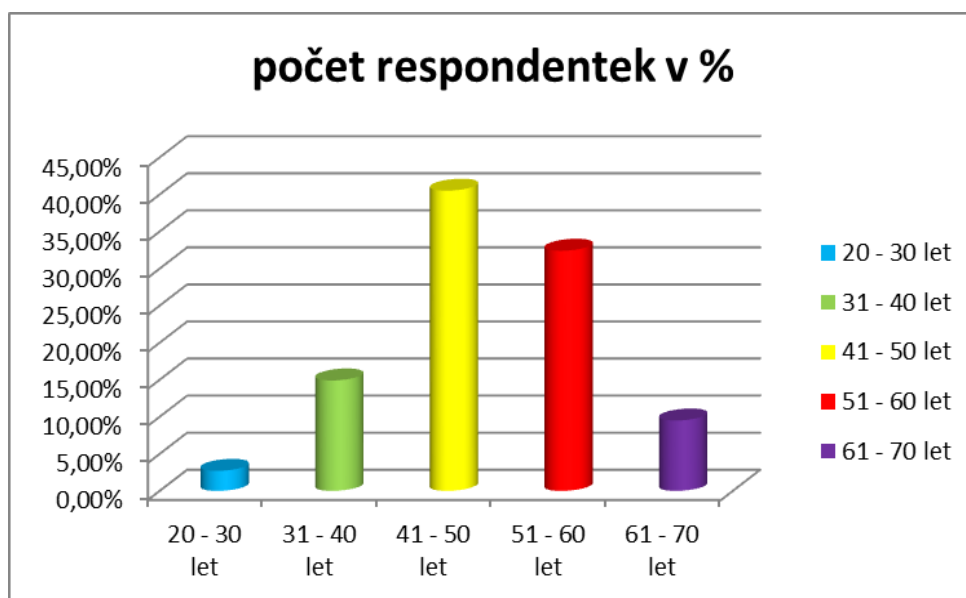
Mezi respondentkami byla nejčastěji zastoupena věková skupina 41 – 50 let a to 37,9 %. Následovala další početná skupina respondentek ve věku 51 – 60 let zastoupena 32,4 %. 14,9 % tvořila věková skupina respondentek 31 – 40 let. 12,7 % respondentek bylo ve věku 61 – 70 let a nejméně bylo respondentek ve věku 20 – 30 let a to 2,7 %.

Otázka č. 2 – Kolik Vám bylo, když Vám byla odstraněná děloha?

Tabulka č. 2 – Věk při odstranění dělohy.

věk respondentek	počet respondentek	počet respondentek v %
20 - 30 let	2	2,7 %
31 - 40 let	11	14,9 %
41 - 50 let	30	40,5 %
51 - 60 let	24	32,4 %
61 - 70 let	7	9,5 %
celkem	74	100 %

Graf č. 2 – Věk při odstranění dělohy.



Největší skupinu tvořily respondentky, kterým byla odstraněná děloha v 41 – 50 letech, což činí 40,5 %. Hned další skupinou byly respondentky ve věkovém rozmezí 51 – 60 let a to je 32,4 %. 14,9 % nebo-li 11 respondentkám byla odstraněna děloha v rozmezí 31 – 40 let. Dalším 7 respondentkám a to je 9,5 %, byla děloha odstraněna ve věkovém rozmezí 61 – 70 let. Nejméně respondentek uvedlo, že jim byla odstraněna děloha ve 20 – 30 letech. Tuto odpověď označily 2 respondentky a 2,7 %.

Nejvíce zastoupenou je skupina žen mezi 40-50 lety věku. Je to dáno tím, že jedním z nejčastějších indikací u žen k hysterektomii je onemocnění děložními myomy nepravidelné a silné děložní krvácení, nereagující na konzervativní medikamentózní terapii.

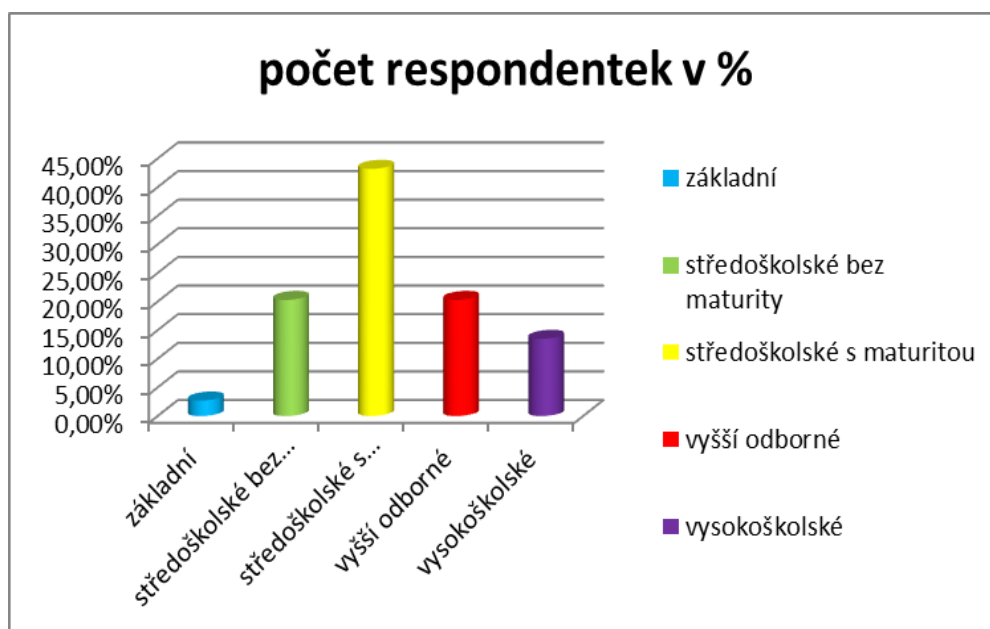
Myomy děložní jsou hormonálně dependetní benigní tumory, jejichž růst je podmíněn právě hormonálním ovlivněním a nejčastěji se právě manifestuje v této věkové skupině

Otázka č. 3 – Vzdělání?

Tabulka č. 3 – Vzdělání respondentek.

vzdělání respondentek	počet respondentek	počet respondentek v %
základní	2	2,7 %
středoškolské bez maturity	15	20,3 %
středoškolské s maturitou	32	43,2 %
vyšší odborné	15	20,3 %
vysokoškolské	10	13,5 %
celkem	74	100 %

Graf č. 3 – Vzdělání respondentek.



Nejvíce respondentek má vzdělání středoškolské s maturitou a to 32 respondentek a 43,2 %. Středoškolské bez maturity a vyšší odborné vzdělání uvedlo stejný počet respondentek, což bylo 15 a 20,3 %. Vysokoškolské vzdělání má 10 respondentek a 13,5 %. Pouze 2 respondentky a 2,7 % má pouze základní vzdělání.

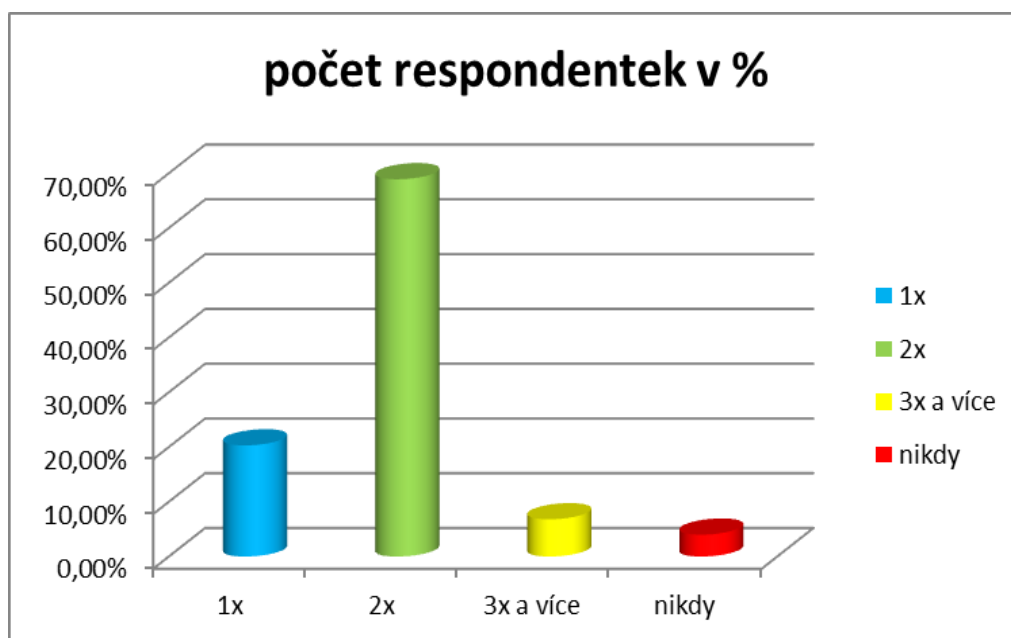
Naším názorem je, že informovanost je do jisté míry související s nejvyšším dosaženým vzděláním, přičemž vysokoškolsky vzdělané ženy vyžadují výrazně vyšší úroveň informovanosti o svém onemocnění a zároveň dá se říci, že i větší kontrolu nad léčebným postupem a v tomto případě i nad konzervativností operačního výkonu stran ponechávají ječnicků.

Otázka č. 4 – Kolikrát jste rodila?

Tabulka č. 4 – Počet porodů.

počet porodů	počet respondentek	počet respondentek v %
1x	15	20,3 %
2x	51	68,9 %
3x a více	5	6,8 %
nikdy	3	4 %
celkem	74	100 %

Graf č. 4 – Počet porodů.



Nejvíce respondentek rodilo 2x a to 51 respondentek tedy 68,9 %. Jednou rodilo 15 respondentek, což je z celkového počtu 20,3 %. 3x a více rodilo 5 respondentek tedy 6,8 % a nikdy nerodily 3 respondentky, což je 4 %.

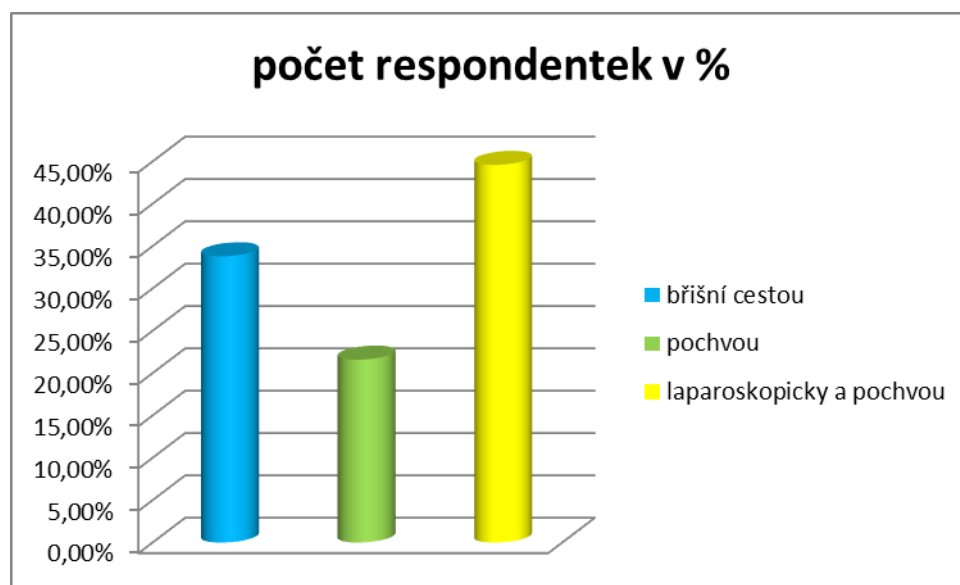
Vliv parity se jednak odráží v některých indikacích, vedoucích lékaře k doporučení odstranění dělohy jako například pokles dělohy k provedení vaginální hysterektomie v případě vhodnosti odstranění obou vaječníků event.LAVH (nejasné UZ nálezy na adnexech, zvýšení onkomarkerů). Na druhou stranu u žen, které 2x a více kráte rodily je ze zkušenosti předpoklad větší prostornosti pochvy, což je dobrým předpokladem pro vaginální či endoskopicko-vaginální operativu, na rozdíl od nerodivších.

Otázka č. 5 – Jak Vám byla odstraněná děloha?

Tabulka č. 5 – Způsob odstranění dělohy.

způsob odstranění dělohy	počet respondentek	počet respondentek v %
břišní cestou	25	33,8 %
pochvou	16	21,6 %
laparoskopicky a pochvou	33	44,6 %
celkem	74	100 %

Graf č. 5 – Způsob odstranění dělohy.



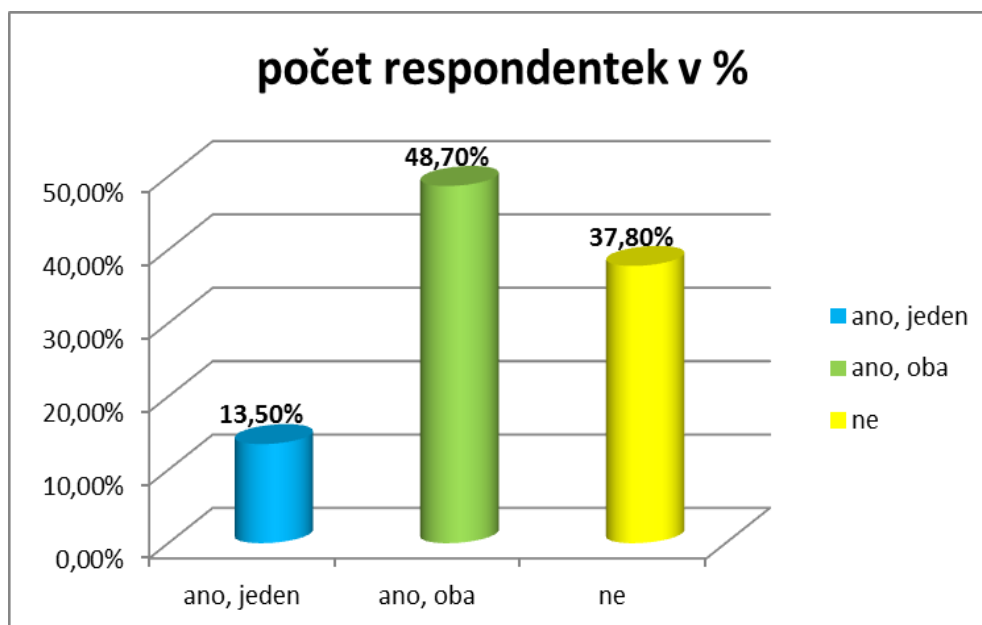
Na otázku č. 5 odpovědělo 44,6 %, že jim byla děloha odstraněná laparoskopickými řezy na břicho a pochvou. 33,8 % podstoupilo abdominální hysterectomii a 21,6 % laparoskopickou hysterectomii.

Otázka č. 6 – Byly Vám odstraněny i vaječníky?

Tabulka č. 6 – Odstranění vaječníků.

odstranění vaječníků	počet respondentek	počet respondentek v %
ano, jeden	10	13,5 %
ano, oba	36	48,7 %
ne	28	37,8 %
celkem	74	100 %

Graf č. 6 – Odstranění vaječníků.



Při odstranění dělohy byly odstraněny oba vaječníky 48,7 % respondentkám, 37,8 % respondentek uvedlo, že jim byly vaječníky ponechány a pouze jeden vaječník byl odstraněn u 13,5 % respondentek.

Ve věkové skupině nad 45 let je s pacientkou většinou řešena i problematika ponechání či odstranění jednoho či obou vaječníků. Nutno podotknout, že adnexa jsou vždy peroperačně kontrolována a v případě zjištění patologie po předchozím vysloveném písemném souhlasu odstraněna i u mladších žen. Věková hranice odstraňování vaječníků je mezi jednotlivými pracovišti mírně variabilní. Ze zkušenosti je známo, že na ponechaných vaječnících je výrazně vyšší riziko vzniku zhoubného nádoru. I když se v poslední době dle výzkumů ukazuje, že nezanedbatelná část nádorů vaječníků jsou vlastně pri-

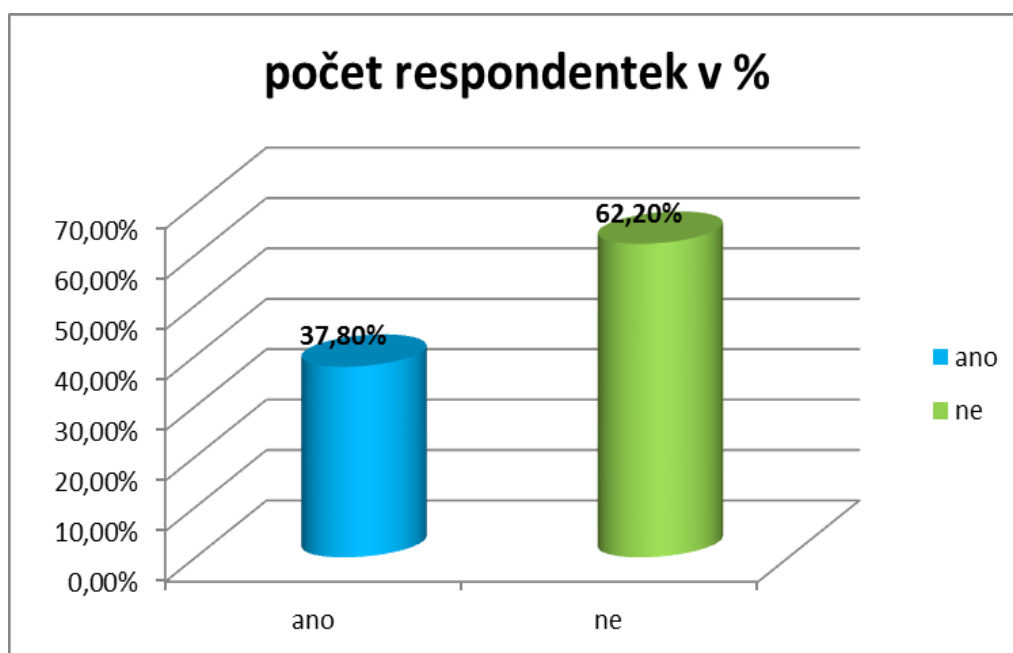
márně nádory z vejcovodu. Z těchto důvodů již řada pracovišť i při zachování obou vaječníků preventivně odstraňuje oba vejcovody.

Otázka č. 7 – Věděla jste, co znamená pojem hysterektomie?

Tabulka č. 7 – Pojem hysterektomie.

pojem hysterektomie	počet respondentek	počet respondentek v %
ano	28	37,8 %
ne	46	62,2 %
celkem	74	100 %

Graf č. 7 – Pojem hysterektomie.



Z celkového počtu 74 respondentek, znalo pojem hysterektomie pouze 37,8 %. 62,2 % respondentek tento pojem neznaly.

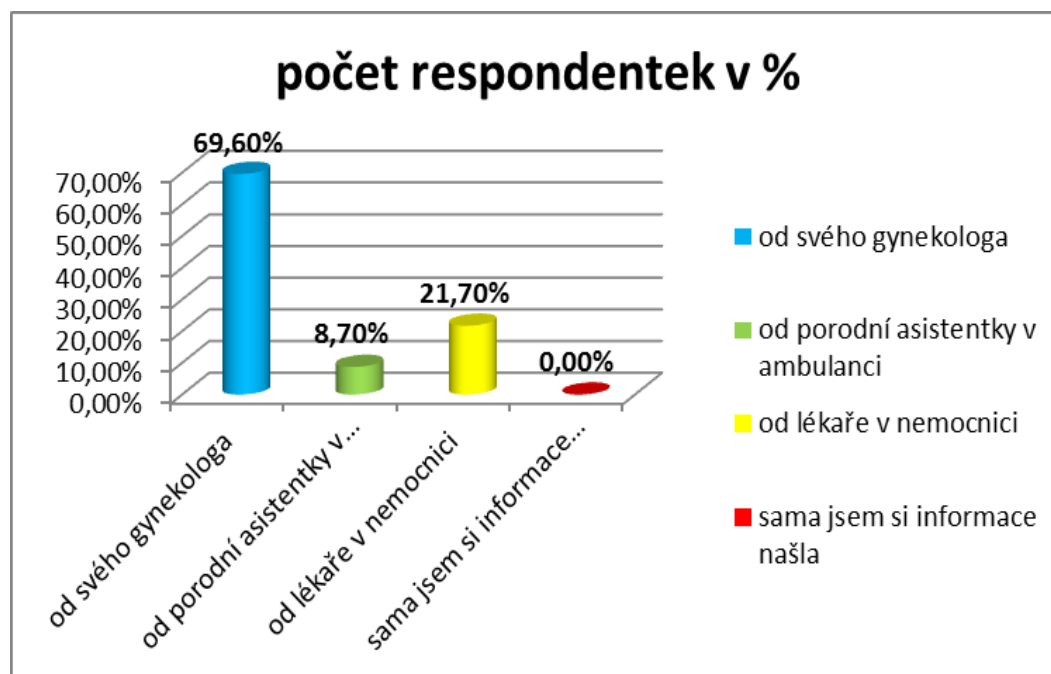
Tento fakt je dozajista z větší části dán tím, že se většinou nejedná o zdravotnickou veřejnost a tyto pojmy jsou jim tedy neznámé a v běžné komunikaci je neužívají a pokud jsou jimi již obeznámeny, velmi často je to díky tomu, že tyto informace dostanou z populárně naučné literatury či časopisů pro ženy, a nebo přímo ze zkušenosti například některé ženy z okruhu přátel či rodiny.

Otázka č. 8 – Pokud jste na otázku č. 7 odpověděla za b) ne. Kde jste se to dozvěděla?

Tabulka č. 8 – Zdroje informovanosti.

zdroj	počet respondentek	počet respondentek v %
od svého gynekologa	32	69,6 %
od porodní asistentky v ambulanci	4	8,7 %
od lékaře v nemocnici	10	21,7 %
sama jsem si informace našla	0	0 %
celkem	74	100 %

Graf č. 8 – Zdroje informovanosti.



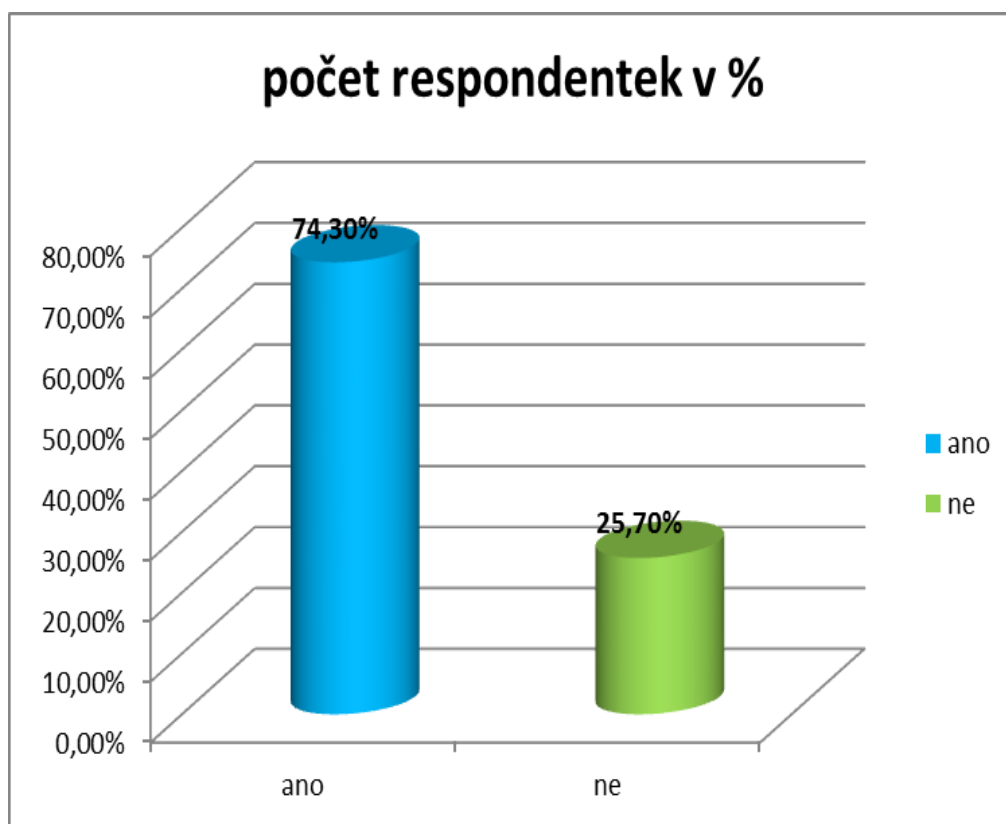
Co znamená pojem hysterektomie, se nejvíce respondentek a to 69,6 % dozvědělo od svého gynekologa. Na druhém místě tvoří skupina s celkovým počtem 21,7 %, která se informace dozvěděla od lékaře v nemocnici. Od porodní asistentky se informovalo pouze 8,7 % a ani jedna respondentka si nehledala informace sama.

Otázka č. 9 – Měla jste dostatečný prostor na otázky týkající se odstranění dělohy?

Tabulka č. 9 – Dostatek prostoru.

prostor	počet respondentek	počet respondentek v %
ano	55	74,3 %
ne	19	25,7 %
celkem	74	100 %

Graf č. 9 – Dostatek prostoru.



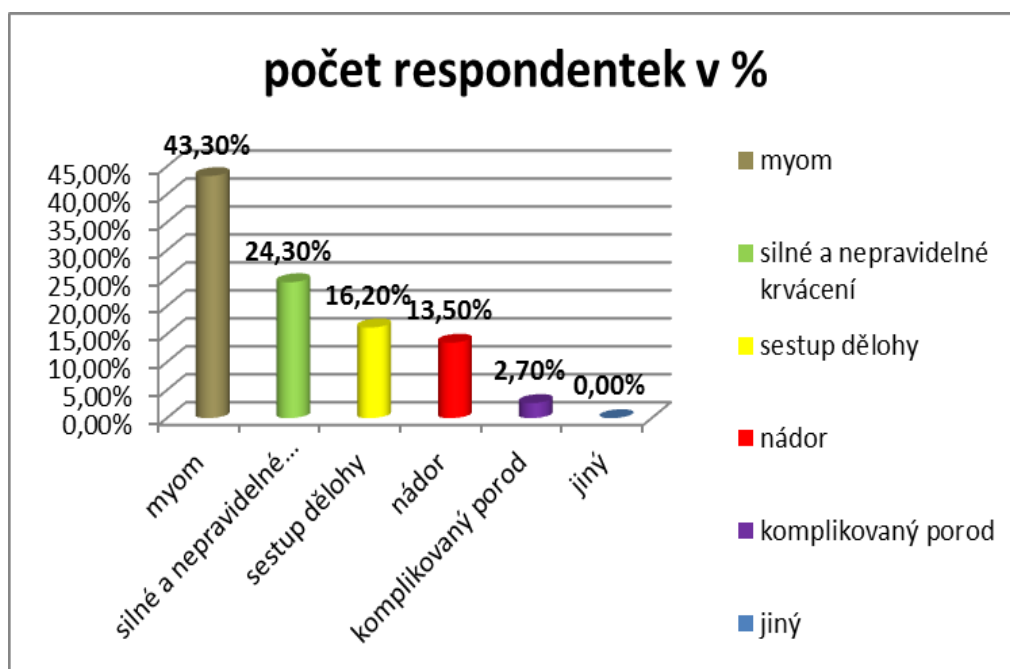
Ze všech dotazovaných, mělo dostatečný prostor na otázky týkající se odstranění dělohy 55 respondentek a 74,3 %. Je to více jak polovina, za což jsme rády, ale i tak by toto číslo mohlo být mnohem větší. Menší část respondentek uvedla, že neměla dostatek prostoru na otázky ohledně odstranění dělohy. Těchto respondentek bylo 25,7 %.

Otázka č. 10 – Z jakého důvodu Vám byla děloha odstraněna?

Tabulka č. 10. a. – Důvod odstranění dělohy.

důvod odstranění dělohy	počet respondentek	počet respondentek v %
myom	32	43,3 %
silné a nepravidelné krvácení	18	24,3 %
sestup dělohy	12	16,2 %
nádor	10	13,5 %
komplikovaný porod	2	2,7 %
jiný	0	0 %
celkem	74	100 %

Graf č. 10. a. – Důvod odstranění dělohy.



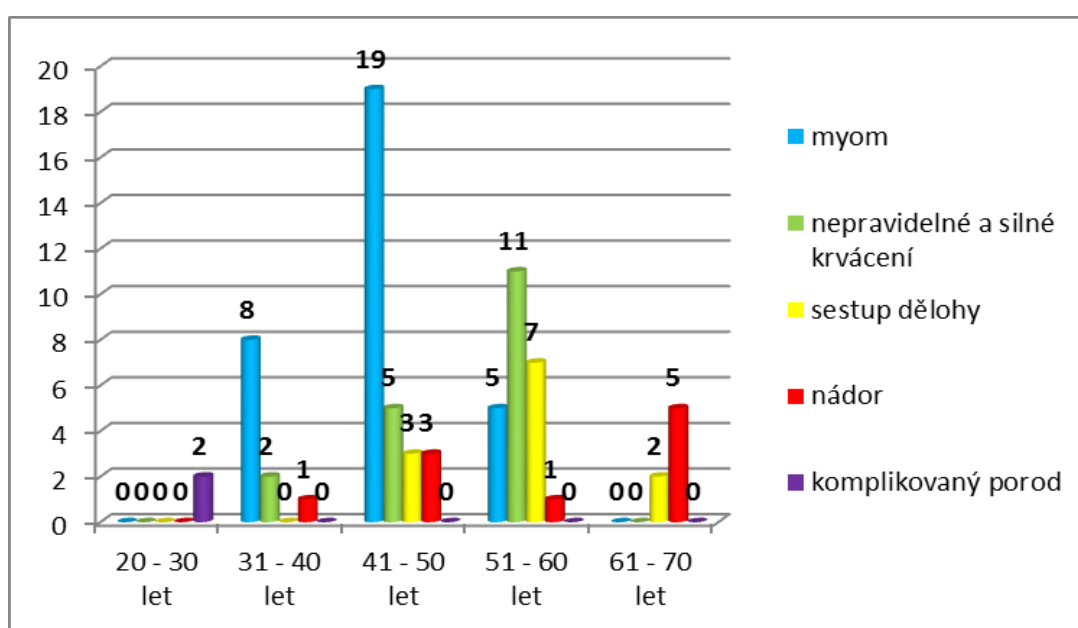
Nejčastější odpovědí proč byla odstraněna děloha, byl myom. Z důvodu myomu podstoupilo hysterektomii 43,3 % respondentek. 24,3 % označilo silné a nepravidelné krvácení. Sestup dělohy hrál roli u 16,2 % respondentek a nádorové onemocnění 13,5 % respondentek. Jako nejméně častá odpověď nám vyšla hysterektomie po komplikovaném porodu, tuto odpověď uvedlo 2,7 %. Jinou možnost si nezvolila žádná z dotazovaných respondentek.

Tyto výsledky jsou ve shodě s klinickou statistikou, dle které jsou děložní myomy nejčastější benigní diagnózou vedoucí k odstranění dělohy.

Tabulka č. 10. b. – Důvod odstranění dělohy vzhledem k věku.

důvod odstranění dělohy	20 - 30 let	31 - 40 let	41 - 50 let	51 - 60 let	61 - 70 let	celkem
myom	0	8	19	5	0	32
nepravidelné a silné krvácení	0	2	5	11	0	18
sestup dělohy	0	0	3	7	2	12
nádor	0	1	3	1	5	10
komplikovaný porod	2	0	0	0	0	2
celkem	2	11	30	24	7	74

Graf č. 10. b. – Důvod odstranění dělohy vzhledem k věku.



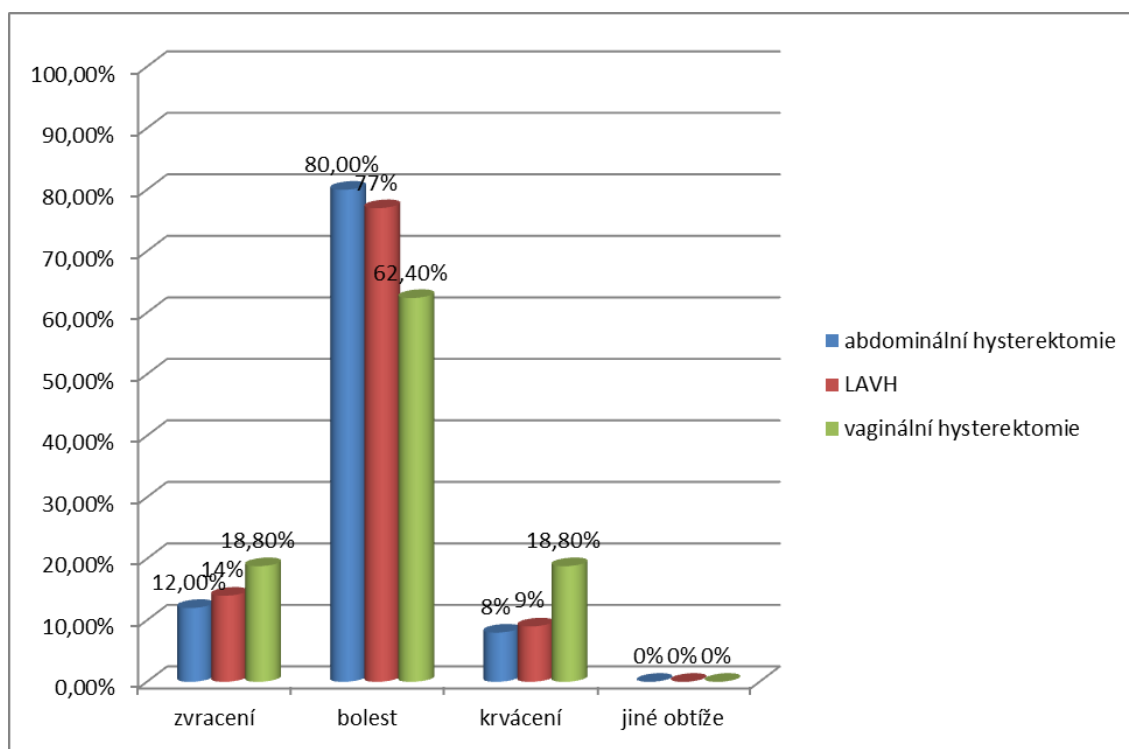
2 pacientky v rozmezí 20 – 30 let podstoupily hysterektomii po komplikovaném porodu. Ve věkovém rozmezí 31 – 40 let, podstoupilo 8 respondentek hysterektomii kvůli myomu, 2 respondentky z důvodu silného a nepravidelného krvácení a 1 respondentka kvůli nádoru. Ve věkovém rozmezí od 41 do 50 let byl nejčastější důvod pro hysterektomii myom. Těchto respondentek bylo 19. 5 z nich uvedlo jako indikaci nepravidelné a silné krvácení a po třech respondentkách odpovědělo, že u nich byl důvod hysterektomie sestup dělohy a nádorové onemocnění. Ve věku od 51 do 60 let byl nejčastější důvod hysterektomie nepravidelné a silné krvácení (11 respondentek). 5 z nich uvedlo myom, 7 sestup dělohy a pouze 1 respondentka uvedla nádorové onemocnění. Respondentky, kterým bylo 61 - 70 let uváděly nejčastější důvod nádor a pouze 2 uvedly sestup dělohy.

Otázka č. 11 – Jaké potíže Vás bezprostředně po operaci nejvíce trápily?

Tabulka č. 11 – Největší obtíže po operaci.

potíže	typ operace					
	abdominální hysterektomie		LAVH		vaginální hysterektomie	
	počet žen	počet žen v %	počet žen	Počet žen v %	počet žen	počet žen v %
zvracení	3	12 %	5	14 %	3	18,8 %
bolest	20	80 %	25	77 %	10	62,4 %
krváčení	2	8 %	3	9 %	3	18,8 %
jiné obtíže	0	0 %	0	0 %	0	0 %
celkem	25	100 %	33	100 %	16	100 %

Graf č. 11 – Největší obtíže po operaci.



Tato tabulka a graf znázorňují, jaké obtíže nejvíce trápily respondentky bezprostředně po operaci. Tabulka i graf jsou rozdělené podle typu prodělané operace, na které navazují odpovědi.

Respondentky, které podstoupily abdominální hysterektomii, po operaci nejvíce trápila bolest a to v 80 %. U respondentek po LAVH to byla také bolest, ale už pouze v 77 % a u respondentek po vaginální hysterektomii nejvíce trápila bolest v 62,4 %.

Další častá potíží byla zvracení. U respondentek po abdominální hysterektomii zvracení uvedlo 12 % respondentek, po LAVH 14 % a po vaginální hysterektomii 18,8 % respondentek.

Nejméně respondentek udávalo jako potíží krvácení. U respondentek po abdominální hysterektomii to bylo 8 % a u respondentek po LAVH 9 %. U respondentek po vaginální hysterektomii 18,8 % potíží s krvácením stejně tak jako u předchozí odpovědi, kde 18,8 % respondentek mělo potíží se zvracením.

Jinou variantu si nevybrala žádná ze 74 respondentek.

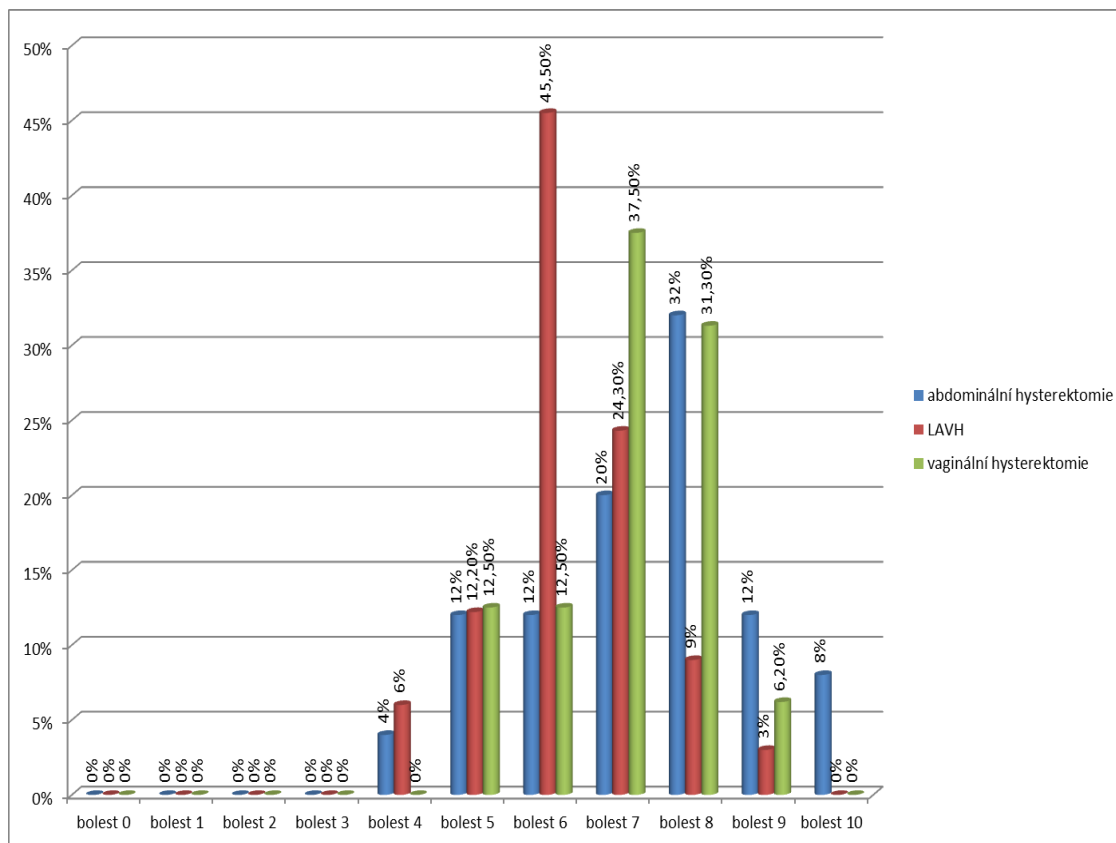
Z celkového součtu vychází, že nejvíce respondentky trápila po hysterektomii bolest a hned po bolesti je trápilo zvracení.

Otázka č. 12 – jak byste ohodnotila svojí bolest první den? 0 – 10

Tabulka č. 12 – Bolest první pooperační den.

bolest	typ operace					
	abdominální hysterektomie		LAVH		vaginální hysterektomie	
	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %
bolest 0	0	0 %	0	0 %	0	0 %
bolest 1	0	0 %	0	0 %	0	0 %
bolest 2	0	0 %	0	0 %	0	0 %
bolest 3	0	0 %	0	0 %	0	0 %
bolest 4	1	4 %	1	6 %	0	0 %
bolest 5	3	12 %	4	12,2 %	2	12,5 %
bolest 6	3	12 %	15	45,5 %	2	12,5 %
bolest 7	5	20 %	8	24,3 %	6	37,5 %
bolest 8	8	32 %	3	9 %	5	31,3 %
bolest 9	4	12 %	1	3 %	1	6,2 %
bolest 10	2	8 %	0	0 %	0	0 %
celkem	25	100 %	33	100 %	16	100 %

Graf č. 12 – Bolest první pooperační den.



Každá respondentka mohla svoji bolest první pooperační den ohodnotit číslicí od 0 do 10. Přičemž 0 byla bolest nejmenší a 10 bolest největší jakou si dokáže představit. Tabulka i graf jsou rozděleny na odpovědi podle typu operace.

Po hysterektomii abdominální největší počet respondentek uvedlo bolest jako velikost č. 8 a to 32 %. Pro respondentky po LAVH byla největší bolest č. 6 – 45,5 % a u dotazovaných po vaginální hysterektomii byla největší bolest č. 7 – 37,5 %.

U respondentek po abdominální hysterektomii byla další čttná skupina, která udala bolest č. 7 a to v 20 %. Bolest č. 9 a bolest č. 6 uvedlo stejný počet respondentek, čily 12 %. Bolest č. 10 uvedlo 8 % a nejmenší skupinku tvořily respondentky, které uvedly bolest č. 4 – 4 %.

U respondentek po LAVH byla druhou nejčastější odpovědí bolest č. 7 – 24,3 %. Dále bolest č. 5 zvolilo 12,2 %. Bolest č. 8 byla zastoupena 9 % respondentek. Mezi nejméně volené bolesti byla bolest č. 4 zastoupena 6 % a bolest č. 9 zastoupena 3 % respondentek.

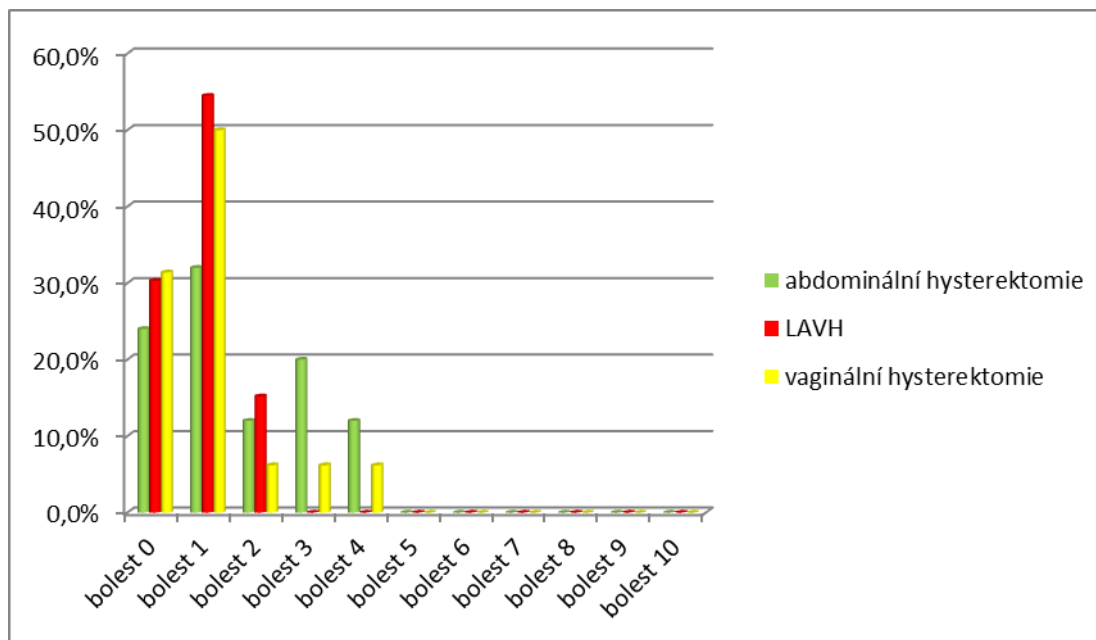
U respondentek po vaginální hysterektomii, následovala těsně bolest č. 8 – 31,3 %. Bolest č. 5 a 6 zvolilo shodně 12,5 % a bolest č. 9 si zaškrtno 6,2 % dotazovaných.

Otázka č. 13 – jak byste ohodnotila svoji bolest pátý pooperační den od 0 do 10?

Tabulka č. 13 – Bolest pátý pooperační den.

bolest	typ operace					
	abdominální hysterektomie		LAVH		vaginální hysterektomie	
	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %
bolest 0	6	24 %	10	30,3 %	5	31,4 %
bolest 1	8	32 %	18	54,5 %	8	50 %
bolest 2	3	12 %	5	15,2 %	1	6,2 %
bolest 3	5	20 %	0	0 %	1	6,2 %
bolest 4	5	20 %	0	0 %	1	6,2 %
bolest 5	0	0 %	0	0 %	0	0 %
bolest 6	0	0 %	0	0 %	0	0 %
bolest 7	0	0 %	0	0 %	0	0 %
bolest 8	0	0 %	0	0 %	0	0 %
bolest 9	0	0 %	0	0 %	0	0 %
bolest 10	0	0 %	0	0 %	0	0 %
celkem	25	100 %	33	100 %	16	100 %

Graf č. 13 – Bolest pátý pooperační den.



U této otázky, stejně jako u předchozí, mohla každá respondentka ohodnotit svojí bolest pátý pooperační den číslicí od 0 do 10. Přičemž 0 je nejmenší a 10 největší bolest.

Respondentky po abdominální hysterektomii nejčastěji uváděly bolest č. 1, kterou označilo 32 %. Druhou nejčastější odpovědí byla bolest č. 0, kterou uvedlo 24 %. Bolest

č. 3 uvedlo 20 %, stejně tak jako 20 % uvedlo bolest č. 4. Bolest č. 2 označilo 12 % respondentek.

Respondentky, které podstoupily laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii, uvedly pouze bolesti č. 0, 1, 2. Nejčastěji byla označena bolest č. 1 a to 54,5 %. Bolest č. 0 označilo 30,3 % a bolest č. 2 označilo 15,2 % respondentek.

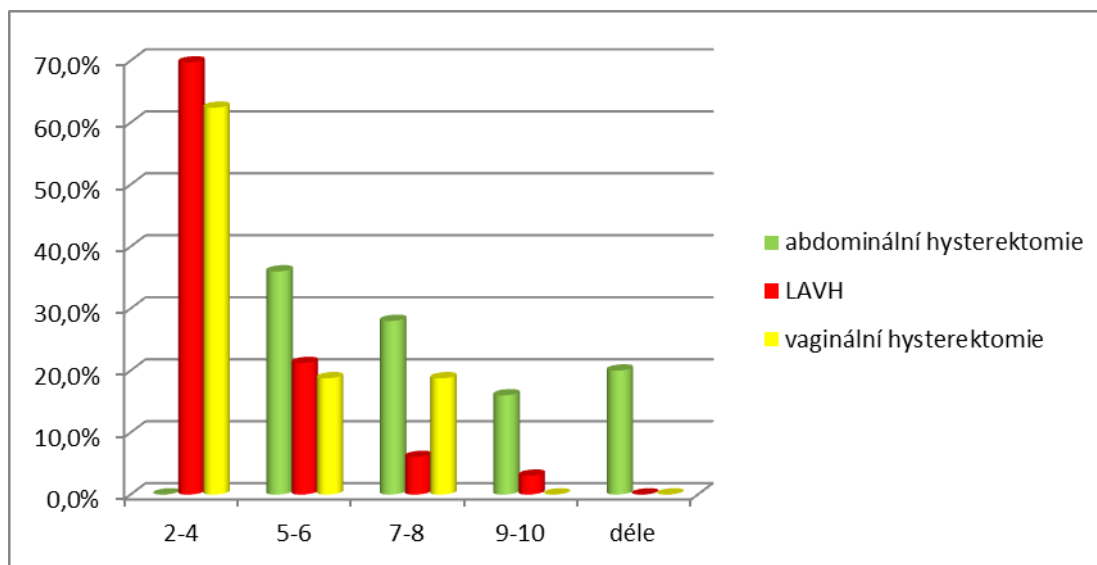
U respondentek po vaginální hysterektomii převládala bolest č. 1. Tuto odpověď si zvolilo 50 % dotazovaných. Bolest č. 0 si uvedlo 31,4 %. Bolest č. 2, 3 a 4 uvedlo po každé 6,2 % dotazovaných.

Otázka č. 14 – Kolik dnů po operaci jste musela dostávat, nebo jste vyžadovala léky tlumící bolest?

Tabulka č. 14 – Počet dnů vyžadující analgetika.

počet dnů	typ operace					
	abdominální hysterektomie		LAVH		vaginální hysterektomie	
	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %
2-4	0	0 %	23	69,7%	10	62,4 %
5-6	9	36 %	7	21,2 %	3	18,8 %
7-8	7	28 %	2	6,1 %	3	18,8 %
9-10	4	16 %	1	3 %	0	0 %
déle	5	20 %	0	0 %	0	0 %
celkem	25	100 %	33	100 %	16	100 %

Graf č. 14 – Počet dnů vyžadující analgetika.



Na otázku kolik dnů po operaci respondentky musely dostávat, nebo vyžadovaly léky tlumící bolest, se odpovědi různily. U respondentek po AH byla nejčastější odpovědí, že vyžadovaly analgetika 5 – 6 dnů po operaci. Druhou nejčastější odpovědí bylo 7 – 8 dnů a to 28 % respondentek. 20 % respondentek uvedlo, že vyžadovaly analgetika déle jak 10 dnů a 16 % zvolilo odpověď 9 – 10 dnů.

Respondentky po LAVH uváděly nejčastěji odpověď 2 – 4 dny a to 69,7 % respondentek. 5 – 6 dnů odpovědělo 21,2 % respondentek, 7 – 8 dnů 6,1 % respondentek a nejméně odpovědělo 9 – 10 dnů. Tuto variantu si vybraly pouze 3 % respondentky.

U vaginální hysterektomie byly odpovědi velice podobné jako u respondentek po LAVH. 62,4 % respondentek uvedlo 2 – 4 dny. U odpovědí 5 – 6 dnů a 7 – 8 dnů odpovědělo stejný počet respondentek, čili 18,8 %.

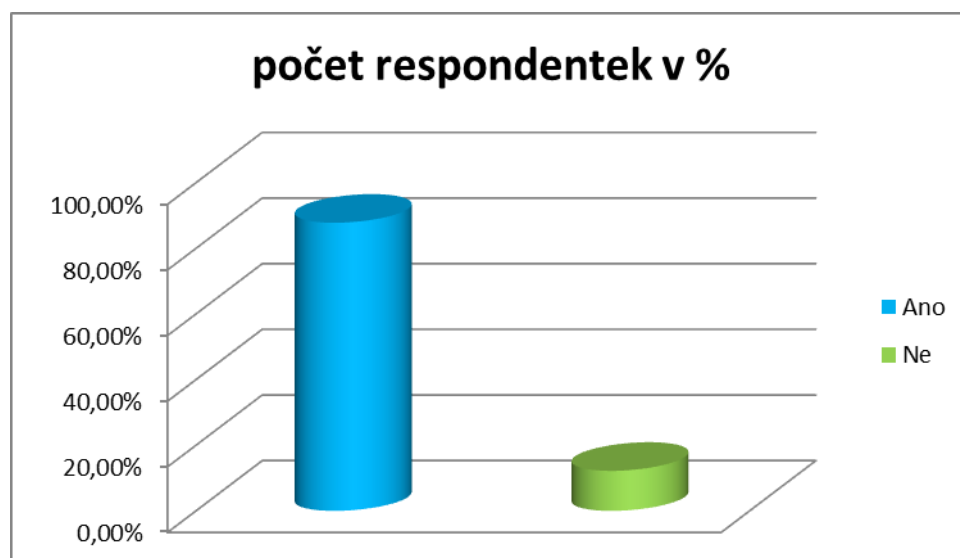
Tuto skutečnost vysvětlujeme faktem, že při použití otevřeného břišního přístupu ať již dolní střední laparotomií nebo laparotomií dle Pfannestiela je výrazně větší ranná plocha, větší porušení integrity kožního krytu v abdominální části, a tedy i výrazně větší pooperační bolestivost v místě operačního vstupu než při laparoskopicky asistované hysterektomii.

Otázka č. 15 – Byla jste informována o následném sexuálním životě?

Tabulka č. 15 – Informovanost o následném sexuálním životě.

informovanost	počet respondentek	počet respondentek v %
Ano	65	87,8 %
Ne	9	12,2 %
celkem	74	100 %

Graf č. 15 – Informovanost o následném sexuálním životě.



Z celkového počtu 74 respondentek na otázku zda byla informovaná o následném sexuálním životě po operaci, odpovědělo 87,8 % respondentek, že byly informované.

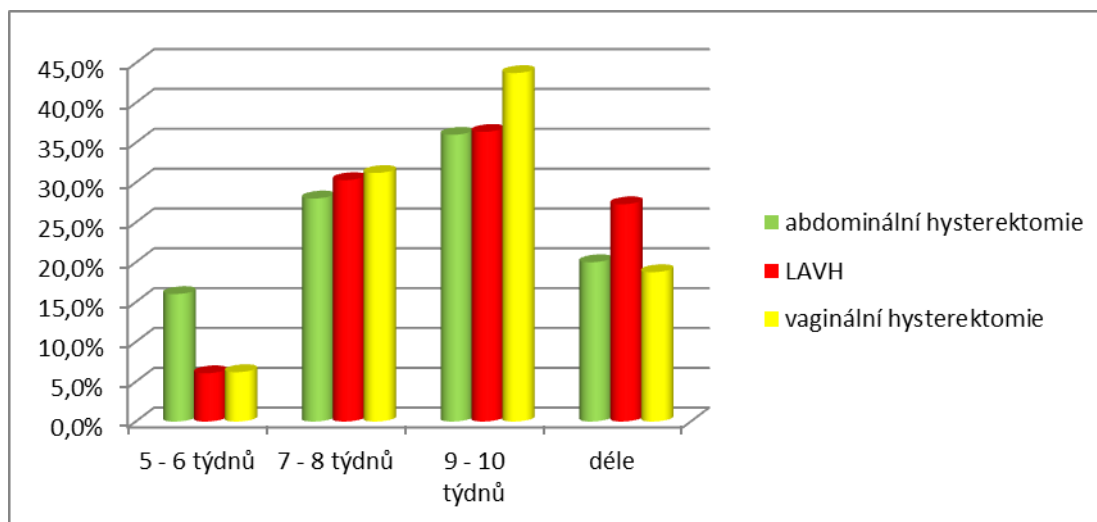
Pouze 12,2 % respondentek udalo, že nebyly informované.

Otázka č. 16 – Za jak dlouho po operaci, jste realizovala pohlavní styk?

Tabulka č. 16 – Realizace pohlavního styku.

počet týdnů	typ operace					
	abdominální hysterektomie		LAVH		vaginální hysterektomie	
	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %
5 - 6 týdnů	4	16 %	2	6,1 %	1	6,2 %
7 - 8 týdnů	7	28 %	10	30,3 %	5	31,2 %
9 - 10 týdnů	9	36 %	12	36,4 %	7	43,8 %
déle	5	20 %	9	27,3 %	3	18,8 %
celkem	25	100 %	33	100 %	16	100 %

Graf č. 16 – Realizace pohlavního styku.



Tuto otázku jsme si opět rozdělily na respondentky po abdominální hysterektomii, po LAVH a na respondentky po vaginální hysterektomii. U všech respondentek bylo pořadí odpovědí stejné

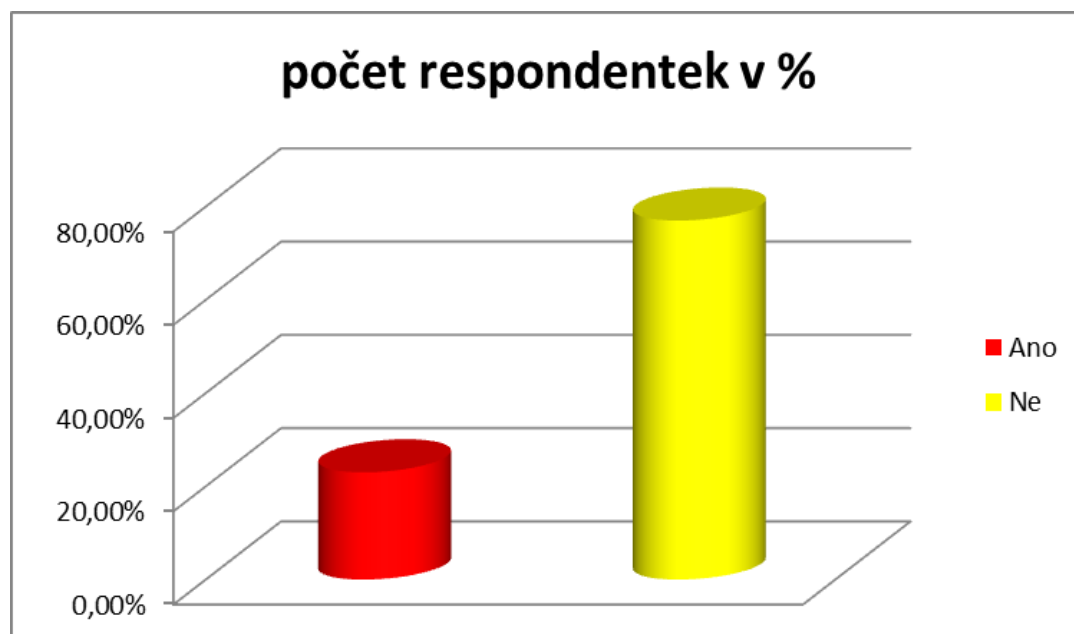
Nejčastější odpověď byla, že pohlavní styk realizovaly 9 až 10 týdnů po operaci. Po AH takto odpovědělo 36 %, po LAVH 36,4 % a po VH 43,8 % respondentek. Druhou nejčastější odpovědí bylo 7 – 8 týdnů. U respondentek po AH tak odpovědělo 28 %, po LAVH 30,3 % a po VH 32,2 % respondentek. To, že první pohlavní styk po operaci respondentky měly déle jak za 10 týdnů odpovědělo 20 % respondentek po AH, 27,3 % po LAVH a 18,8 % po VH. Nejméně respondentky odpověděly, že měly pohlavní styk již v rozmezí 5 až 6 týdnů po operaci. 16 % po AH, 6,1 % po LAVH a 6,2 % respondentek po VH.

Otázka č. 17 – Změnilo odstranění dělohy Váš sexuální život?

Tabulka č. 17 – Změna sexuálního života.

změna sexuálního života	počet respondentek	počet respondentek v %
Ano	17	23 %
Ne	57	77 %
celkem	74	100 %

Graf č. 17 – Změna sexuálního života.



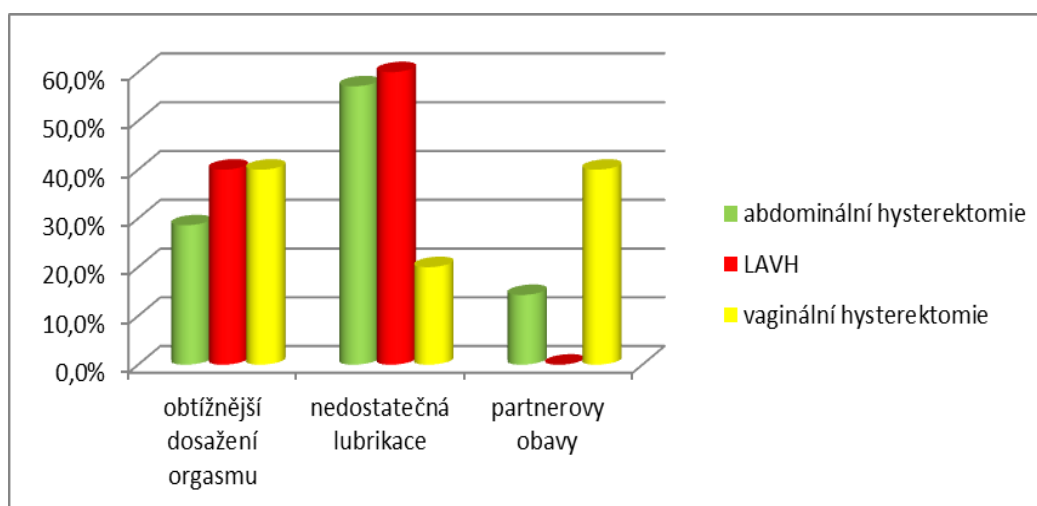
Změnu v sexuálním životě zaznamenalo 17 respondentek, což je z celkového počtu 23 %. Naopak žádnou změnu nezaznamenalo 77 % respondentek.

Otázka č. 18 – Pokud jste odpověděla na otázku č. 17 za a) ano, jak?

Tabulka č. 18 – Negativní změny.

změny	typ operace					
	abdominální hysterektomie		LAVH		vaginální hysterektomie	
	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %
obtížnější dosažení orgasmu	2	28,6 %	2	40 %	2	40 %
nedostatečná lubrikace	4	57,1 %	3	60 %	1	20 %
partnerovy obavy	1	14,3 %	0	0 %	2	40 %
celkem	7	100 %	5	100 %	5	100 %

Graf č. 18 – Negativní změny.



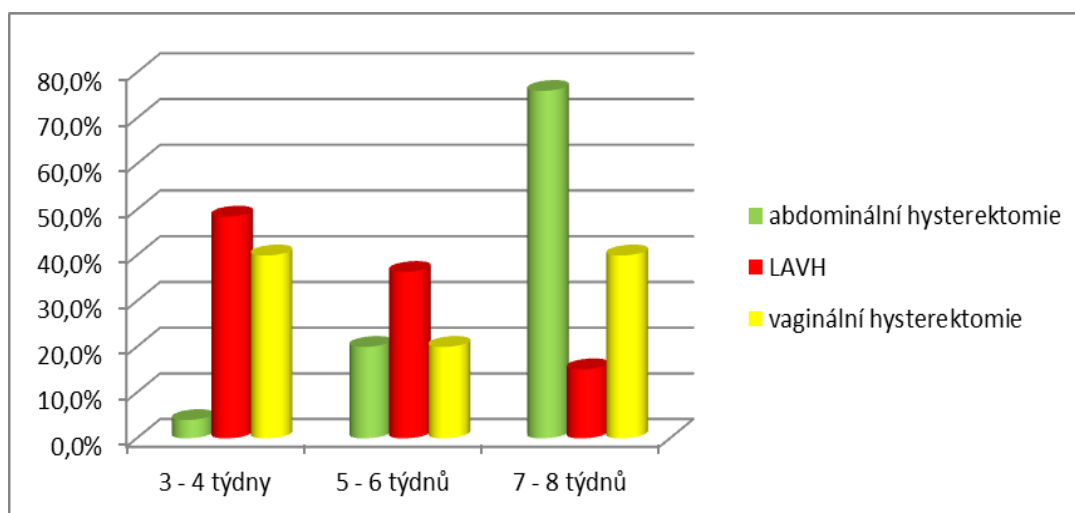
Mezi nejčastější změny v sexuálním životě, které respondentky uvedly, patří: obtížnější dosažení orgasmu, nedostatečná lubrikace a partnerovy obavy. Nejčastější odpovědi jak u respondentek po abdominální hysterektomii, tak i po LAVH byla nedostatečná lubrikace. Po abdominální hysterektomii to bylo 57,1 % a po LAVH 60 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo jak po abdominální hysterektomii, tak i po LAVH obtížnější dosažení orgasmu a to 28,6 % a 40 %. Partnerovy obavy uvedlo 14,3 % respondentek po abdominální hysterektomii. U respondentek po vaginální hysterektomii uvedlo stejný počet respondentek obtížnější dosažení orgasmu i partnerovy obavy. V obou případech to bylo 40 %. Pouze 20 % uvedlo nedostatečnou lubrikaci.

Otázka č. 19 – Za jak dlouho po odstranění dělohy, jste byla zcela bez obtíží?

Tabulka č. 19 – Zcela bez obtíží.

bez obtíží	typ operace					
	abdominální hysterektomie		LAVH		vaginální hysterektomie	
	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %
3 - 4 týdny	1	4 %	16	48,5 %	6	37,5 %
5 - 6 týdnů	5	20 %	12	36,4 %	7	43,7 %
7 - 8 týdnů	19	76 %	5	15,1 %	3	18,8 %
celkem	25	100 %	33	100 %	16	100 %

Graf č. 19 – Zcela bez obtíží.



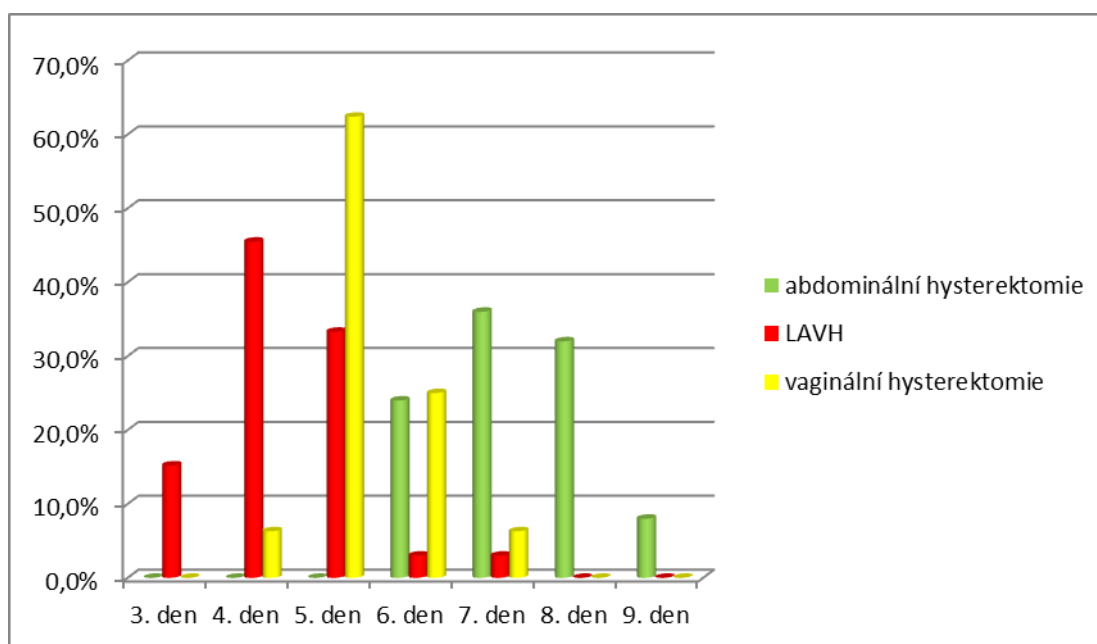
Zcela bez obtíží se respondentky po AH cítily nejvíce za 7 až 8 týdnů od operace. Respondentky po LAVH již za 3 – 4 týdny a respondentky po VH za 5 – 6 týdnů. 20 % respondentek se cítilo zcela bez obtíží za 5 až 6 týdnů a 4 % za 3 až 4 týdny. U respondentek po LAVH byla druhou nejčastější odpovědí 5 – 6 týdnů a to pro 36,4 respondentek. Ty, které podstoupily VH odpovídaly v 37,5 %, že byly bez obtíží za 3 – 4 týdny a 18,8 % z nich bylo bez obtíží za 7 - 8 týdnů.

Otázka č. 20 – Kolikátý pooperační den jste byla propuštěna do domácí péče?

Tabulka č. 20 – Propuštění.

propuštění	typ operace					
	abdominální hysterektomie		LAVH		vaginální hysterektomie	
	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %
3. den	0	0, %	5	15,2 %	0	0 %
4. den	0	0, %	15	45,5 %	1	6,3 %
5. den	0	0, %	11	33,3 %	10	62,4 %
6. den	6	24 %	1	3 %	4	25 %
7. den	9	36 %	1	3 %	1	6,3 %
8. den	8	32 %	0	0 %	0	0 %
9. den	2	8 %	0	0 %	0	0 %
celkem	25	100 %	33	100 %	16	100 %

Graf č. 20 – Propuštění.



Z tohoto grafu a tabulky vyplývá, že častěji jsou propouštěny domů z nemocnice ženy po LAVH. 45,5 % z nich bylo propuštěno 4. den po operaci, 33,3 % pátý den, 15,2 % třetí den a po třech respondentkách odpovědělo šestý a sedmý den.

Respondentky po AH byly nejčastěji propouštěny 7. pooperační den 36 %. 32 % respondentek bylo propuštěno 8 den, šestý den jich bylo 24 % a devátý den 8 % respondentek.

U VH byl nejčastější propouštěcí den pátý (62,4 %). 25 % jich bylo propuštěno šestý pooperační den a se stejným počtem 6,3 % byly propuštěny čtvrtý a sedmý den.

Důvodem časnější dimise po LAVH je časnější a snazší mobilizace, kratší a méně intenzivní bolestivost než po abdominální hysterektomii a rychlejší obnovení fyziologických funkcí, zejména časnější obnovení střevní pasáže. Tyto fakty jsou již od 2.1/2 devadesátých let minulého století empiricky prokázány a široce respektovány.

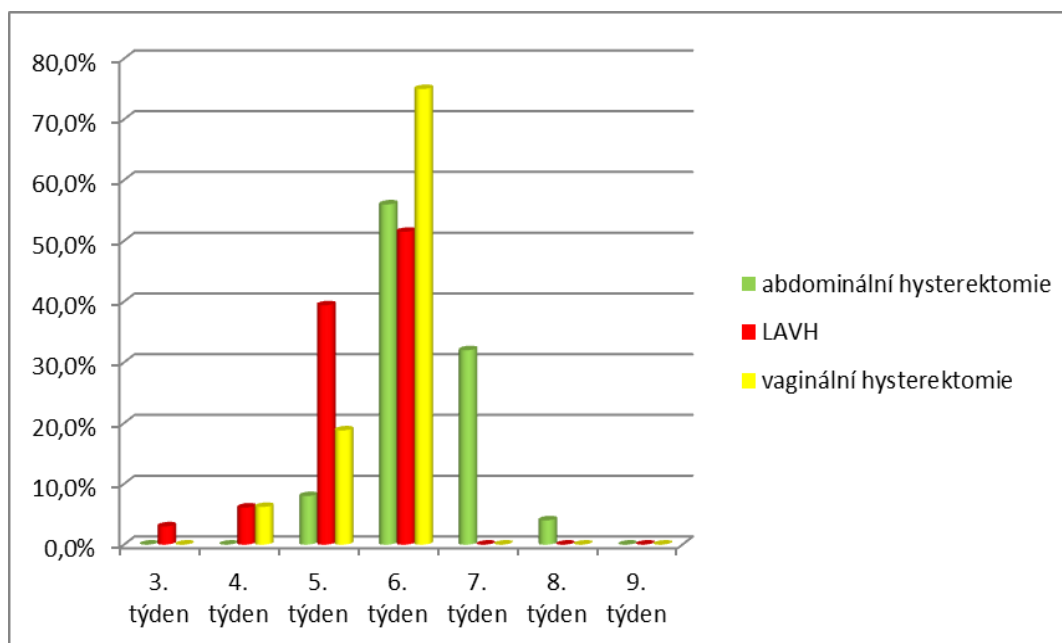
..

Otázka č. 21 – Za jak dlouho Vám byla ukončena pracovní neschopnost?

Tabulka č. 21 – Ukončení pracovní neschopnosti.

ukončení PN	typ operace					
	abdominální hysterektomie		LAVH		vaginální hysterektomie	
	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %	počet žen	počet žen v %
3. týden	0	0 %	1	3 %	0	0,0 %
4. týden	0	0 %	2	6,1 %	1	6,2 %
5. týden	2	8 %	13	39,4 %	3	18,8 %
6. týden	14	56 %	17	51,5 %	12	75 %
7. týden	8	32 %	0	0 %	0	0 %
8. týden	1	4 %	0	0 %	0	0 %
9. týden	0	0 %	0	0 %	0	0 %
celkem	25	100 %	33	100 %	16	100 %

Graf č. 21 – Ukončení pracovní neschopnosti.



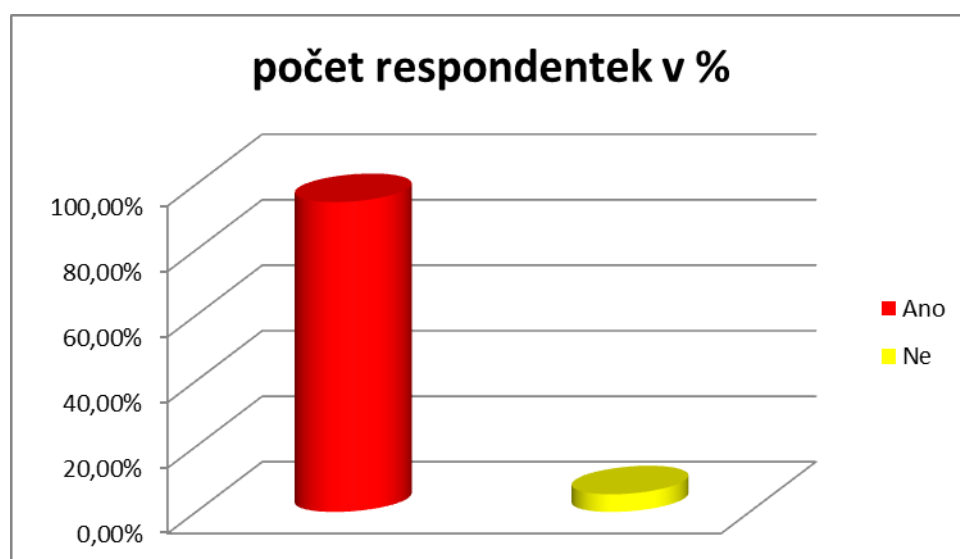
Nejčastěji byla respondentkám ukončena pracovní neschopnost šest týdnů po operaci. U respondentek po AH to bylo u 56 %, po LAVH u 51,5 % a po VH 75 % respondentek. 32 % respondentek po AH bylo v pracovní neschopnosti sedm týdnů, 8 % pět týdnů a pouze 4 % respondentek osm týdnů. Po LAVH bylo doma 39,4 % pět týdnů, 6,1 % 4 týdny a pouze 3 % tři týdny. U respondentek po VH to bylo podobně. 18,8 % bylo na pracovní neschopnosti pět týdnů a 6,2 % čtyři týdny.

Otázka č. 22 – Byla jste při propouštění do domácí péče dostatečně informována o následné rekonvalescenci?

Tabulka č. 22 – Informace.

informována	počet respondentek	počet respondentek v %
Ano	70	94,6 %
Ne	4	5,4 %
celkem	74	100 %

Graf č. 22 – Informace.



Při propouštění z nemocnice do domácí péče bylo informováno o následné rekonvalescenci 94,6 %. Pouze 5,4 % respondentek uvedlo, že nebyly informované o následné rekonvalescenci.

5 Vyhodnocení průzkumných otázek

Díky výsledkům průzkumného šetření jsme měli možnost potvrdit nebo vyvrátit stanovené průzkumné otázky.

Průzkumná otázka č. 1 – Předpokládáme, že u žen po LAVH dochází k rychlejší rekonvalescenci.

Průzkumná otázka se potvrdila.

Což dokazují tabulky a grafy stahující sek otázkám 20 a 21. V otázce č. 20 jsme se ptali na to, kolikátý pooperační den byly respondentky propuštěny domů do domácí péče. Respondentky po abdominální hysterektomii byly nejčastěji propouštěny domů 7. den (36 % respondentek), kdežto respondentky po LAVH již 4. den po operaci (45,5 % respondentek). V otázce 21 jsme se ptali na to, za jak dlouho byla ukončená neschopnost. Respondentkám po abdominální hysterektomii byla nejčastěji pracovní neschopnost ukončena 6. týden po operaci (56 %) a 7 týden po operaci (32 %). 5. týden po operaci 8 % žen a 8. týden po operaci 32 % žen. U respondentek po LAVH to bylo 51,5 % žen si nechalo ukončit pracovní neschopnost šestý týden po operaci a 39,4 % žen již pátý týden po operaci. 6,1 % 4. týden po operaci a 3 % žen 3. týden po operaci.

Průzkumná otázka č. 2. – Předpokládáme, že u žen po VH a LAVH dochází méně často k ovlivnění následného sexuálního života, než u žen po AH.

Průzkumná otázka se částečně potvrdila.

K této průzkumné otázce se vztahují tabulky a grafy 17 a 18. V otázce č. 17 jsme se ptali respondentek, zda u nich došlo k negativní změně v sexuálním životě. Celkem odpovědělo, že pociťují negativní změny 17 respondentek (23 %). Z této skupiny bylo 5 respondentek po LAVH, 5 po VH a 7 po abdominální hysterektomii. V otázce č. 18 jsme se dozvěděli, jaké nejčastější změny bývají. Jak po LAVH, tak i po AH a po VH odpověděli 2 respondentky, že došlo k obtížnějšímu dosažení orgasmu. Nedostatečnou lubrikaci pociťují 4 respondentky po AH, 3 respondentky po LAVH a 1 respondentka

po VH. 1 respondentka po AH odpověděla, že jako negativní změnu bere i to, že se na ní partner začal po hysterektomii dívat jinak a pohlavní styk s ní nevyhledává a stejně tak to bylo i u 2 respondentek po VH.

Průzkumná otázka č. 3 – Předpokládáme, že většinu žen po hysterektomii trápí bolest.

Průzkumná otázka se potvrdila.

Což dokazují tabulky a grafy vztahující se k otázkám 11 a 12. Otázka č. 11 se zabývala tím, co nejvíce trápilo respondentky po operaci. Celkem 55 respondentek ze 74 nejvíce trápila bolest. Otázka č. 12 se zabývala bolestí první pooperační den, kde odpověď byla 100 %, všechny respondentky trpěly bolestí.

...Průzkumná otázka č. 4 – Předpokládáme, že ženy po LAVH trápí bolest kratší dobu po operaci, než po abdominální hysterektomii.

Průzkumná otázka se potvrdila.

To se nám potvrdilo v otázce č. 13. V otázce č. 13 jsme se ptaly na bolest pátý pooperační den. V této průzkumné otázce se nám potvrdilo pouze to, že ženy po AH trápí po delší dobu bolest. V našem průzkumu 76% respondentek po AH trápila bolest pátý pooperační den, kdežto pouze 69 % respondentek po LAVH trápila bolest pátý pooperační den.

Průzkumná otázka č. 5 – Předpokládáme, že 90 % žen je dostatečně edukovaných o rekonvalescenci.

Průzkumná otázka se potvrdila.

Odpovídající je tabulka a graf vztahující se k otázce č. 22. V této otázce jsme se ptali na to, zda jsou ženy dostatečně edukované při propouštění do domácí péče o následné

rekonvalescenci. 70 (94,6 %) respondentek odpovědělo, že jsou dostatečně edukované a 4 (5,4 %) žen edukovaných o rekonvalescenci nebylo.

6 Diskuze

Průzkumný vzorec tvořily ženy, které průběžně chodily do ordinace svého obvodního gynekologa v Praze k MUDr. Josefovi Homolovi a v Jablonci nad Nisou k MUDr. Jiřímu Pavláskovi. Dotazníků bylo rozdáno celkem 80, z čehož řádně vyplněných dotazníků se vrátilo 74. Návratnost tedy byla 92,5 %.

Dotazník vyplňovaly ženy v různých věkových kategoriích. Nejvíce respondentek bylo ve věku 41 – 50 let (37,9 %). Na druhém místě byla věková skupina 51 – 60 let (32,4 %). Největší počet žen 32 (43,2 %) mělo nejvyšší ukončené vzdělání středoškolské s maturitou.

V otázce č. 2 jsme zjišťovali, v jakém roce byla ženám nejčastěji odstraněná děloha. Největší počet žen tvořilo věkové rozmezí 41 – 50 let a to 40,5 % respondentek. Z tohoto zjištění se dá předpokládat, že vliv může mít menopauza a tudíž nejčastější indikací je onemocnění děložními myomy.

Otázkou č. 5 jsme se chtěli dozvědět, jakou cestou byla respondentkám nejčastěji děloha odstraněná. Tato otázka ukázala, že nejčastěji byla respondentkám provedena LAVH (44,6 %), na druhém místě byla abdominální hysterektomie (33,8 %) a nejmenší zastoupení měla vaginální hysterektomie (21,6 %). Tato otázka souvisí i s otázkou č. 10, kde jsme zjišťovali nejčastější důvod odstranění dělohy. 43,3 % respondentek uvedlo jako důvod myom a právě tato odpověď byla nejčastější. A zrovna myom se nejvíce řeší cestou LAVH, jelikož je při tomto druhu operace nejmenší zásah do těla pacientky. Srovnání našeho výsledku s výsledkem, který vyhodnotila Martina Medvid'ová z Fakulty zdravotnických studií v Plzni ve své bakalářské práci se shoduje. Bakalářskou práci měla na téma Ošetrovatelská péče u žen s hysterektomií (2011). Průzkum byl realizován ve Fakultní nemocnici v Plzni. Na otázku o způsobu odstranění dělohy se jí dostalo 92 odpovědí. Z toho 42 % respondentek podstoupilo LAVH, 36 % respondentek AH a 22 % respondentek VH. Stejně tak jí vyšlo, že nejvíce žen podstoupilo hysterektomii z důvodu myomu a to 39 % respondentek.

Otázka č. 6 nám měla odpovědět na četnost odstranění vaječnicků. Většina respondentek (48,7 %) odpověděla, že jim byly odstraněny oba vaječníky. Obecně platí, že adnexa se odstraňují u všech onkologických indikací, jak píše Citterbart (2001). I Zuzaně Hudé z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v bakalářské práci na téma Srovnání

pooperačního průběhu z žen po AH, VH a po LAVH (2011) se výsledek shoduje. K výzkumu použila dokumentace žen, které podstoupily hysterektomii v Nemocnici České Budějovice. 51 % žen byly vaječníky odstraněny. Taktéž vyšlo i Martině Medvid'ové, že 51 % žen byly vaječníky odstraněny společně s dělohou. Adnexa jsou vždy peroperačně kontrolována a v případě zjištění patologie jsou odstraněna i u mladších žen. Věková hranice u odstranění vaječníků se na pracovištích mírně liší.

Otázkou č. 11 jsme chtěli zjistit, jaké mají ženy největší obtíže po operaci. Výsledky byly rozděleny a zpracovány podle typu hysterektomie. Ovšem u všech třech skupin nám jednoznačně vyšlo, že všechny pacientky nejvíce trápí bolest. U respondentek po AH takto odpovědělo 80 %, 77 % respondentek po LAVH a 62,4 % respondentek po VH. Průzkumná otázka č. 3 se nám tedy potvrdila. Avšak Martině Medvid'ové se tato otázka nepotvrdila. Podle jejího průzkumu jí vyšlo, že nejvíce a to 48 % respondentek si stěžovalo nejvíce na nevolnost.

6.1 Doporučení pro praxi

Tato endoskopicky modifikovaná varianta odstranění dělohy, která zaznamenala většího rozšíření v České republice v druhé polovině devadesátých let, je dnes již nedílnou součástí spektra prováděných gynekologických operačních zákroků a má své jednoznačné benefity pro pacientky ze stran rychlejší rekonvalescence a pooperačního průběhu. Samozřejmě je velmi podstatná správná indikace k provedení té či oné varianty odstranění dělohy, která vychází ze základní diagnózy, celkového stavu pacientky, habitu (komplikovanost hojení laparotomie u obézních diabetiček, na druhé straně v počátcích rozšiřování LAVH byla limitem respektive kontraindikací hmotnost pacientky nad 110kg), parity a prostornosti zevních rodidel.

Edukace pacientek by měla probíhat jednak na všech úrovních ošetřujících lékařů, včetně praktických, ale je samozřejmě více než žádoucí a nutné, aby tuto problematiku dobře znaly i porodní asistentky, které se o tyto pacientky starají v ambulancích a zejména na lůžkovém pracovišti, kde jsou tyto operace prováděny, aby mohly i ony dostatečně pacientky edukovat a rozeznat standartní průběh a naopak možné komplikace včas odhalit a ještě lépe jim předcházet.

Naším přínosem pro zlepšení obecné informovanosti je vytvoření jednoduchého informačního letáku, psaného srozumitelnou formou i pro širokou laickou veřejnost, přinášející základní informace o operačním odstranění dělohy, jednotlivých variantách, výhodách i nevýhodách jednotlivých modifikací a rovněž průběh pooperačního období po jednotlivých typech těchto operací a odpovědi na další často kladené otázky. Tyto edukační letáky budou mít volně k dispozici ženy v čekárnách spolupracujících gynekologů a budou se s jejich obsahem moci seznámit ještě před vlastním pohovorem s lékařem a tím budou moci klást konkrétnější otázky, které je jindy napadnou až doma po vlastním vyšetření a na něž často musejí hledat odpovědi na internetu či v jiné populárně naučné literatuře.

7 Závěr

Hlavním cílem práce byla komparace ošetrovatelské péče o ženy po hysterektomii. Z průzkumného šetření se dá usoudit, že u žen po laparoskopicky asistovaných výkonech je jednoznačně benefit této operační varianty odstranění dělohy a to kratší doba procesu rekonvalescence a hojení, vzhledem k tomu, že je výrazně v menším rozsahu porušena integrita kůže v abdominální oblasti a tím je i zkrácena doba bolestivých vjemů prvních 7-14 dnů po operaci a tím i rychlejší mobilizace a včasnější integrace do normálního denního režimu pracovního i osobního.

Vedlejší průzkumné cíle:

Předpokladem bylo, že u žen po LAVH je menší ovlivnění kvality sexuálního života, avšak tato teze se nám jednoznačně nepotvrdila. Je to pravděpodobně dáno skutečností, že sice při laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii je výrazně menší zásah do přední břišní stěny, ale sutura slepě končící pochvy je prováděna obdobně a tedy i po tomto typu výkonu hrozí dehiscence poševního pahýlu například po předčasně realizovaném pohlavním styku.

Dalším cílem bylo zjistit míru bolestivých vjemů po LAVH a abdominální hysterektomii, přičemž naší tezí bylo, že po LAVH jest toto výrazně zkráceno. Tato teze se nám potvrdila, což je v souladu s obecně prezentovanými a zohledňovanými benefity tohoto typu operace.

Proces edukace začíná již okamžikem informování pacientky o její diagnóze v rámci vyšetření u ošetřujícího specialisty gynekologa, který by měl s pacientkou probrat možné eventuality řešení včetně konzervativního postupu a medikamentózní terapie a v případě že pacientka akceptuje jako navrhované řešení operační léčbu, měl by s ní probrat navrhované možné operační eventuality a jejich výhody a zároveň i možná negativa a komplikace a následně i standartní pooperační průběh a období rekonvalescence, včetně poučení o fyzických aktivitách.

Na základě zjištěných výsledků byl vytvořen textový leták pro ženy týkající se hysterektomie. Leták je v příloze bakalářské práce. Bude nabídnut k využití v čekárně u obvodních gynekologů, kde bylo prováděno dotazníkové šetření a také porodním asistentkám v pražských nemocnicích a v Nemocnici v Jablonci nad Nisou. Měl by sloužit

k účelu informovanosti. Měl by ženy informovat o pojmu hysterektomie, druzích i o následném návratu do běžného života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Citování podle normy ČSN ISO 690 : 2011

1. BENDO VÁ, Marie. In: *Sestra*. roč. 12, č. 3, s. 44. ISSN. 1210 - 0404
2. BREWER, Sarah. *Na co se ženy bojí zeptat?*. 1. čes. vyd. Překlad Zuzana Bohdanecká, Zora Mělková. Praha: Maxdorf, 1997, 144 s. Medica. ISBN. 80-858-0049-7.
3. CITTERBART, Karel. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, xvi, 278 s. ISBN. 80-246-0318-7.
4. CECH, Evžen., MACKU, František. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. 171 s. ISBN. 80-7333-001-6.
5. DUDA, Miloslav. et. al. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000, 389 s. ISBN. 80-716-9642-0.
6. FAIT, Tomáš. et. al. *Hysterektomie – odstranění dělohy: příručka pacientky*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 28 s. ISBN. 978 – 80 – 7245 – 983 – 2.
7. GULÁŠOVÁ, Ivana. *Adaptácia pacienta na zmenený zdravotný stav a na hospitalizáciu*. In *Kontakt*, 2005, c 3 – 4. 242 s. ISSN. 1212-4117.
8. HOLUB, Zdeněk a David KUŽEL. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 232 s., [4] s. obr. příl. ISBN. 80-247-0834-5.
9. HOLUB, Zdeněk. *Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému*. 1. vyd. Praha: Galén, c2000, 159 s. Alma mater. ISBN. 80-726-2045-2.

10. HUDÁ, Zuzana. *Srovnání pooperačního průběhu u žen po hysterektomii, abdominální vaginální a po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii*. České Budějovice: Jihočeská univerzita 2011. Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Fakulta zdravotně sociální.
11. KOBILKOVÁ, Jitka. et. al. *Technika gynekologických abdominálních operací*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000, 283 s. ISBN. 80 – 7269 – 494 – 0.
12. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 368 s. ISBN. 80-726-2315-X.
13. KOZIER, Barbara, Glenora Lea ERB a Rita OLIVIERI. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, c1995, xxxi, 836 s. ISBN. 80-217-0528-0.
14. MÁRA, Michal a Zdeněk HOLUB. *Děložní myomy: moderní diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 232 s. ISBN. 978-802-4718-545.
15. MEDVIĎOVÁ, Martina. *Ošetrovatel'ská péče u žen s hysterektomií* Plzeň: Západočeská univerzita 2011. Bakalářská práce, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.
16. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONĚKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatel'ské péče 2*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 171 s. ISBN. 80-247-1443-4.
17. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONĚKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatel'ské péče 2*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 171 s. ISBN. 80-247-1443-4.
18. ROKYTA, Richard. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatel'ství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2., přeprac. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008, 426 s. ISBN. 80-866-4247-X

19. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN. 978-802-4719-412.
20. TOŠNER, Jindřich. Faktory ovlivňující provedení hysterektomie. In. *Gynekolog*. 2003, roč. 12, č. 1, s. 8 – 15. ISSN. 1210 – 1133.
21. TURKOVÁ, Zuzana. *Gynekologie: učebnice pro zdravotní školy*. Vyd. 1. Praha: Eurolex Bohemia, 2004, 116 s. Učebnice pro zdravotnické školy (Eurolex Bohemia). ISBN 80-864-3274-2.
22. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 8., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2008, 1143 s. ISBN. 978-807-3451-660.
23. ZÁBRANSKÝ, František. *Hysterektomia vaginalis*. In. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006, roč. 12, č. 2, s. 216 – 223. ISSN: 1211 – 1058.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Protokol k provádění sběru podkladů.	I.
Příloha B – Protokol k provedení sběru podkladů.	II.
Příloha C – Dotazník.	III.
Příloha D – Leták.	VI.

Příloha A – Protokol k provádění sběru podkladů

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta		Simona Ryzková	
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník 3. A PA	
Téma práce		OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU PO HYSTEREKTOMII	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů			
Jméno vedoucího práce		Mgr. Zuzana Garneková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu		Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce		<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči		<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	

V..... dne 1. 11. 2012

podpis studenta

Příloha B – Protokol k provádění sběru podkladů

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku,
který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta		Simona Ryzková			
Studijní obor	Porodní asistentka	Ročník 3. A PA			
Téma práce		OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU PO HYSTEREKTOMII			
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	<table border="1"> <tr> <td>05 231 001</td> <td>MUDr. Josef HOMOLA soukromá gynekologická ordinace Baštecského 16, 150 00 Praha 5 Telefon: 251 626 249</td> </tr> </table>			05 231 001	MUDr. Josef HOMOLA soukromá gynekologická ordinace Baštecského 16, 150 00 Praha 5 Telefon: 251 626 249
05 231 001	MUDr. Josef HOMOLA soukromá gynekologická ordinace Baštecského 16, 150 00 Praha 5 Telefon: 251 626 249				
Jméno vedoucího práce	Mgr. Zuzana Garneková				
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště				
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím Garneková podpis				
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím podpis				

V dne 1.11.2012

Ryzková
podpis studenta

Příloha C – Dotazník

Vážená paní,

Jmenuji se Simona Ryzková a studuji třetím rokem na Vysoké škole zdravotnické v Praze obor Porodní asistentka.

Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Ošetrovatelská péče o ženy po hysterektomii.“

Dotazník je zcela anonymní a bude použit pouze pro účely mé bakalářské práce.

Za vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

Simona Ryzková

1. Váš věk?
 - a) 20 – 30 let
 - b) 31 - 40 let
 - c) 41 – 50 let
 - d) 51 – 60 let
 - e) 61 – 70 let

2. Kolik Vám bylo, když Vám byla odstraněná děloha?
 - a) 20 – 30 let
 - b) 31 – 40 let
 - c) 41 – 50 let
 - d) 51 – 60 let
 - e) 61 – 70 let

3. Vzdělání?
 - a) základní
 - b) středoškolské bez maturity
 - c) středoškolské s maturitou
 - d) vyšší odborné
 - e) vysokoškolské

4. Kolikrát jste rodila?
 - a) 1x
 - b) 2x
 - c) 3x a více
 - d) nikdy

5. Jak Vám byla odstraněná děloha?
 - a) břišní cestou
 - b) pochvou
 - c) laparoskopickými řezy na břicho a pochvou

6. Byly Vám odstraněny i vaječníky?
- ano, jeden
 - ano, oba
 - ne
7. Věděla jste, co znamená pojem hysterektomie?
- ano
 - ne
8. Pokud jste na otázku č. 7. odpověděla za b) ne. Kde jste se to dozvěděla?
- od svého gynekologa
 - od porodní asistentky v ambulanci
 - od lékaře v nemocnici
 - sama jsem si informace našla
9. Měla jste dostatečný prostor na otázky týkající se odstranění dělohy?
- ano
 - ne
10. Z jakého důvodu Vám byla děloha odstraněná?
- kvůli myomu
 - kvůli silnému a nepravidelnému krvácení
 - kvůli sestupu dělohy
 - kvůli nádoru
 - komplikovaný porod
 - jiný (uveďte prosím jaký):.....
.....
.....
11. Jaké potíže Vás bezprostředně po operaci nejvíce trápily? (můžete zakroužkovat i více odpovědí)
- zvracení
 - bolest
 - krvácení
 - jiné potíže (prosím napište jaké):.....
.....
.....
12. Jak byste ohodnotila svojí bolest první pooperační den od 0 – 10?
.....
13. Jak byste ohodnotila svojí bolest pátý pooperační den od 0 – 10?
.....
14. Kolik dnů po operaci jste musela dostávat, nebo jste vyžadovala léky tlumící bolest?

.....
15. Byla jste informována o následném sexuálním životě?

- a) ano
- b) ne

16. Za jak dlouho po operaci jste realizovala pohlavní styk?

.....

17. Změnilo odstranění dělohy Váš sexuální život?

- a) ano
- b) ne

18. Pokud jste odpověděla na otázku č. 16 za a) ano, jak?

.....
.....
.....
.....

19. Za jak dlouho po odstranění dělohy jste byla zcela bez obtíží ve smyslu pooperační bolesti?

.....
.....
.....

20. Kolikátý pooperační den jste byla propuštěná do domácí péče?

.....
.....
.....

21. Za jak dlouho Vám byla ukončena pracovní neschopnost? Pokud jste pracovní neschopnost neměla, kdy jste se opět mohla vrátit do práce?

.....
.....
.....

22. Byla jste při propouštění do domácí péče dostatečně informována o následné rekonvalescenci?

- a) ano
- b) ne

Hysterektomie (odstranění dělohy)

Hysterektomie je odvozená z řeckých dvou slov: (hystera – děloha, tomé – řez), znamená tudíž v překladu vyříznutí dělohy. V posledních letech se stala nejčastější prováděnou velkou gynekologickou operací. Chirurgické odstranění dělohy lze provést poševní cestou, přes stěnu břišní i laparoskopicky. Pro ženu hysterektomie znamená absence menstruace, sterilita, hormonální změny a někdy psychické i sociální změny (TOŠNER, 2003).

Hysterektomie lze provést vaginálním přístupem v gynekologické poloze, abdominální břišní stěnou, což může být laparotomicky nebo laparoskopicky. Avšak lze tyto přístupy kombinovat. Každý přístup má své indikace, výhody a samozřejmě i nevýhody. Dále můžeme hysterektomii rozdělit na hysterektomii prostou, kdy je odstraněna pouze děloha a v případě kdy je i s dělohou odstraněn vaječník a vejcovod na jedné či na obou stranách mluvíme o hysterektomii s adnexektomií. Hysterektomie radikální je odstranění dělohy, její vazivové struktury a lem pochvy. Ve většině případu jsou odstraněny i spádové uzliny a adnexa (FAIT, 2007).

To jak bude děloha odstraněna, je individuální a závisí na mnoha faktorech. Mezi ně patří diagnóza, velikost dělohy, prostornost pochvy, prodělané operace, zkušenost operátora, věk, váha i zdravotní stav operované ženy (TOŠNER, 2003).

Návrat do každodenního života

- **Kdy můžu opět začít chodit do práce?**

Délka pracovní neschopnosti záleží jak na typu operace, tak i na druhu vykonávané profese. Avšak po laparoskopické a vaginální hysterektomii je pracovní neschopnost zhruba 14 dní a abdominálních hysterektomií až šest týdnů. Ovšem u všech druhů hysterektomie platí, že by ženy šest měsíců neměly zvedat nic těžkého. Hrozilo by sestupu až výhřezu poševního pahýlu.

- **Kdy zas můžu mít pohlavní styk?**

Asi každá žena před hysterektomií se ptá, jak to bude dál se sexuálním životem. Ovšem bát se nemusí. Prvních šest týdnů tzv. šestinedělí se pohlavní styk nedoporučuje. Je třeba nechat vše zahojit. Riziko brzkého pohlavního styku, může být roztržení pochvy a tehdy může dojít i k vyhřeznutí střev.

To, že žena po hysterektomii už nebude menstruat a nebude moct mít děti, ještě neznamena, že se bude muset vzdát pohlavního styku.

Děložní hrdlo neplní při pohlavním styku žádnou funkci. Pochva stále zůstane prostorná, dlouhá a ve stejném směru.

Ovšem pokud jsou ženám odstraněny i vaječníky, mohou mít menší touhu a může dojít k poruše lubrikace. I to se, ale v dnešní době dá léčit podáváním pohlavních hormonů a lubrikačními gely.

- **Klimakterium?**

Vaječníky jsou zdrojem pohlavních hormonů a tak se ženy často rozhodují, zda je také odstranit či nikoli. Ani lékaři netáhnou za jeden provaz a tak se dělí na dvě skupiny. Jedna skupina je pro a druhá proti. Kolem 49. Roku ženy funkce vaječníku vyhasíná a tak je doporučováno operovaným ženám, s dělohou odstranit i vaječníky.

Nedostatek hormonů se u většiny žen projevuje návaly horka, bušením srdce, nervozitou, nadměrným pocením a podrážděností. Tyto příznaky se označují jako klimakterický syndrom. Po nějakém čase to může vést k poruše lubrikace, bolestivému pohlavnímu styku, výtokům a po letech i k osteoporóze.

Nejúčinnější je hormonální léčba.

Ženám, které podstoupily hysterektomii, se může podávat pouze estradiol, který produkují vaječníky. Jednou z možností je ho podat jako podkožní implantát a vstřebává se zhruba šest měsíců. Tato metoda je šetrná k organismu a to z toho důvodu, že obchází trávicí trakt.

Každá žena je individuální a tak i hormonální léčba nemá jeden daný vzorec, ale je každé pacientce šitá na míru.

- **Kdy a jak začít s pohybovou aktivitou?**

Po propuštění z nemocnice, by ženy měly všeobecně dodržovat klidový režim a nezatěžovat se. Lehké domácí práce a nákupy můžou ženy vykonávat již od pátého týdne.

I ke sportovním aktivitám se ženy můžou vrátit nejdříve po šesti týdnech po operaci. Ze začátku se doporučuje začít pomalu, např. procházkami, jógou. Po šesti měsících a dokonalém zhojení se ženy opět můžou vrátit ke sportům, které vykonávaly před operací a na které, byly zvyklé.

Každá žena po hysterektomii by se po propuštění z nemocnice měla hlásit u svého gynekologa, který ji doporučí, kdy by měla přijít na kontrolu. Kontroly jsou plánovány a uskutečňovány s přihlédnutím k dosavadnímu pooperačnímu průběhu a stavu pacientky a rovněž s výsledky definitivní histologie (FAIT, 2007).

Literatura:

1. TOŠNER, Jindřich. Faktory ovlivňující provedení hysterektomie. In. Gynekolog. 2003, roč. 12, č. 1, s. 8 – 15. ISSN. 1210 – 1133.
2. FAIT, Tomáš. et. al. *Hysterektomie – odstranění dělohy: příručka pacientky*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007, 28 s. ISBN. 978 – 80 – 7245 – 983 – 2