

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Vliv edukace na životní styl u žen po hysterektomii

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Andrea Festová

Autor práce:
Stanislava Bastlová

16.8.2010

The Impact of Education on the Lifestyle among Women after Hysterectomy

Hysterectomy is one of the most common types of major surgery performed on women. It is often understood very negatively, some women can even see it as an attack to their gender identity. On the other side, it reduces or eliminates long-term health problems. Therefore the clients should be entirely and properly informed and so be confident about their lifestyle after coming home from the hospital.

The Bachelor thesis was aimed at pre-operational education and its impact on the lifestyle of the women after hysterectomy together with these women's awareness of appropriate lifestyle after hysterectomy in some hospitals of the Plzeň region. The thesis also led to completing an effective educational handbook for women after hysterectomy. Four hypotheses were stated. Hypothesis 1 supposed that women have enough information of the operation. Hypothesis 2 said that education positively impacts the women's awareness of their lifestyle after hysterectomy. Hypothesis 3 supposed the women's positive reactions to the handbook. Hypothesis 4 said: Women in chosen hospitals suffer from lack of information on the sexual life after hysterectomy.

The research survey was run in both quantitative and qualitative ways. The quantitative research was realized through anonymous questionnaires, the qualitative research used interviews with both educated and non-educated respondents. The quantitative research help complete the second aim and proved hypothesis 1. At the same time hypothesis 4 was proved. The quantitative research have shown that the women are short of information on the lifestyle after hysterectomy. Comparing the data on educated and non-educated respondents, the first aim and hypothesis 2 were proved. The non-educated women felt the lack of information on the lifestyle after hysterectomy and would appreciate an educational handbook. They had no information on sexual life after hysterectomy, the ways of getting a complex spa care and the impact of the operation on menopause. The third aim was completed and hypothesis 3 was proved. The educated respondents enjoyed the educational handbook.

The research findings have proved the need to educate women in the lifestyle after hysterectomy. The information on the life after coming home from the hospital are often omitted. Based on this thesis, the educational handbook could be prepared for women

after hysterectomy. This way all women can get sufficient information which will positively impact their mental condition after surgery.

The thesis can also be used as a complete source of information on hysterectomy.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Vliv edukace na životní styl u žen po hysterektomii vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů z literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 6. 5. 2010

.....
Podpis studenta

Poděkování:

Děkuji Mgr. Andree Festové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce.

Ráda bych poděkovala personálu vybraných nemocnic Plzeňského kraje za umožnění výzkumného šetření.

Velký dík též patří mé rodině, která mi byla oporou.

Obsah

Úvod..	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů	5
1.1.1 Zevní rodidla.....	5
1.1.2 Vnitřní rodidla.....	7
1.1.3 Prs (mamma).....	11
1.2 Vyšetřovací metody.....	12
1.2.1 Anamnéza.....	12
1.2.2 Gynekologické vyšetření	14
1.2.3 Kolposkopie	16
1.2.4 Onkologická cytologie.....	17
1.2.5 Biopsie	18
1.2.6 Hysteroskopie	18
1.2.7 Cystoskopie.....	19
1.2.8 Zobrazovací metody	19
1.2.9 Probatorní kyretáž.....	20
1.3 Hysterektomie a její nejčastější indikace.....	21
1.4 Operační přístupy.....	21
1.5 Komplikace hysterektomie	26
1.6 Předoperační ošetrovatelská příprava	26
1.7 Pooperační ošetrovatelská péče	28
1.8 Edukace porodní asistentkou	29
1.8.1 Edukace klientky porodní asistentkou s ohledem na životní styl po hysterektomii.....	30

2. Cíle práce, hypotézy.....	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Hypotézy.....	34
3. Metodika.....	35
3.1 Popis metodiky	35
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	35
4. Výsledky výzkumného šetření.....	37
4.1 Kvantitativní výzkumné šetření.....	37
4.2 Kvalitativní výzkumné šetření.....	51
4.2.1 Rozhovory s edukovanými ženami.....	51
4.2.2 Rozhovory s needukovanými ženami	63
4.3 Porovnání výsledků edukovaných žen.....	74
4.4 Porovnání výsledků needukovaných žen.....	77
4.5 Vzájemné porovnání výsledků edukovaných a needukovaných žen.....	80
5. Diskuse.....	85
7. Seznam použitých zdrojů.....	97
8. Klíčová slova.....	100
9. Přílohy.....	101
9.1 Seznam příloh (součást vazby)	101
9.2 Seznam příloh (volně vložené)	101

Úvod

Hysterektomie je chirurgické odstranění dělohy. Patří k nejčastějším gynekologickým operacím. Dle rozsahu odstraněné tkáně rozlišujeme operaci na prostou hysterektomii, supracervikální amputaci a hysterektomii s adnexektomií. Podle operačního přístupu dělíme hysterektomii na vaginální, abdominální a laparoskopickou či laparoskopicky asistovanou.

Mezi nejčastější indikace k hysterektomii patří uterus myomatosus, prekancerózy a karcinom cervixu a endometria, endometrióza, benigní tumory a karcinom ovárií, metrorrhagie, prolaps dělohy a také chronické pelviálgie. Hysterektomie s adnexektomií je prováděna především u žen s karcinomem hrdla, těla děložního a ovárií.

Hysterektomii je možno provést z několika operačních přístupů. Výhodou vaginálního přístupu je jednoduchost a rychlost celé operace a malá invazivita operačního výkonu. Vaginální hysterektomie však neumožňuje kompletní kontrolu dutiny břišní (12).

Abdominální hysterektomií je možno řešit jakýkoliv nález. Laparotomie však prodlužuje operační čas, zhoršuje pooperační komfort klientky (25).

Laparoskopický přístup spojuje výhody laparotomie a vaginálního přístupu. To znamená, že laparoskopický přístup umožňuje dobrý přehled v dutině břišní s minimalizací invazivita výkonu a minimalizací jizev (15).

Z psychologického pohledu je často hysterektomie vnímána jako negativní výkon ničící podstatu ženství. Na druhou stranu přináší tato operace odstranění často dlouhodobých, značně obtěžujících potíží. Proto musí být klientky úplně a řádně informovány o důvodech operace, o vhodném operačním přístupu, o průběhu operace a ranného i pozdního pooperačního období. Měly by také mít informace o možných komplikacích a alternativních postupech léčby. Vždy je však nutné ke každé klientce přistupovat přísně individuálně (1).

Vhodnou edukací dokážeme klientky lépe psychicky připravit nejen na samotný průběh operace a hospitalizaci, ale také těmto klientkám dodáme jistotu v podobě dostatku informací o životním stylu po propuštění do domácí péče. Edukace je

významným pomocníkem v boji za zlepšení kvality života klientek v před i pooperačním období (30).

Edukace je obecně chápána jako proces vzdělávání a výchovy. Obsahem edukační činnosti sestry je tedy výchova ke zdraví. V ošetrovatelství má edukace nezastupitelné místo.

Pro to, aby byla edukace účinná jsou vypracovávány edukační standardy a materiály. V edukačních standardech se nachází zaměření edukace, cíle a kritéria, způsob hodnocení a také metodiku kontroly standardu. Edukační materiály jsou buď již připravené, nebo je nutno je připravit (30).

1. Současný stav

1.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů

Znalost anatomie pohlavních orgánů ženy je pro pochopení operačních postupů při hysterektomii nezbytná. I specifická ošetrovatelská péče se o tyto vědomosti opírá.

Pohlavní orgány ženy dělíme na zevní a vnitřní rodidla.

1.1.1 Zevní rodidla

Zevní rodidla zahrnují hrmu (*mons pubis*), velké a malé stydké pysky (*labia majora pudendi* et *labia minora pudendi*), poštváček (*clitoris*), poševní vchod (*vestibulum vaginae*), panenskou blánu (*hymen*), malé a velké předsíňové žlázy (*glandulae vestibulares minores et majores*) a topořivé tkáně jejichž podkladem je *bulbus vestibuli* (4). K zevním rodidlům řadíme i hráze (*perineum*). Nalézáme zde i vyústění močové trubice.

Zevně jsou rodidla uložena povrchově v urogenitální krajině kolem poševní předsíně. Ventrálně sousedí s krajinou hypogastria, dorzálně se prostřednictvím hráze stýkají s krajinou řitní. Laterálně jsou zevní rodidla ohraničena genitofemorálními rýhami (7, 8).

Hrma (mons pubis, mons Veneris) je trojúhelníkovitá vyvýšenina ležící nad a před sponou stydkou v dolní části podbřišku. Je tvořena silnou kůží s četnými potními a mazovými žlázami. Kůže je po pubertě kryta silnými chlupy. Podkladem hrmy je tuková vrstva prostoupená vazivovými trácí (4, 7).

Velké stydké pysky (labia majora pudendi) jsou pokrčováním hrmy. Tvoří je párová kožní řasa. Ve střední čáře velké stydké pysky k sobě přiléhají a ohraničují stydkou rýhu (*rima pudendi*). Ventrálně se spojují v přední komisuru, dorzálně v zadní komisuru, kde pokračují do hráze. Podkladem velkých stydkých pysků je vazivově tuková tkáň. Jsou kryty silnou kůží se silnými chlupy. Velké a malé stydké pysky jsou od sebe odděleny mělkou rýhou – tzv. *sulcus interlabialis* (7, 8).

Malé stydké pysky (labia minora pudendi) jsou uloženy mediálně od velkých stydkých pysků jako kožně slizniční duplikatura. Směrem vzhůru se rozdělují.

Horní řasa tvoří předkožku, dolní řasa uzdičku. Zadní okraje malých stydkých pysků většinou splývají v labia majora nebo se navzájem spojují a tím vytvářejí frenulum labiorum pudendi. Podkladem malých stydkých pysků je vazivová tkáň s hojnými elastickými vlákny. Jejich kůže má charakter sliznice, bez ochlupení a neobsahuje potní žlázy. Jsou v ní četné mazové žlázy (4, 7, 8).

Poštěváček (clitoris) je kavernózní orgán, obdoba penisu, neobsahuje však uretru. Tvoří jej zakrnělý žalud (glans clitoridis) a tělo (corpus clitoridis). Tělo je připojeno k dolní části symfýzy pomocí lig. suspensorium clitoridis a lig. fundiforme clitoridis. Kaudálně se corpus clitoridis dělí na dvě ramena připojená k dolním rmenům stydkých kostí. Glans clitoridis je částečně kryt prepuciem a poután frenulem. Podkladem poštěváčku jsou párová topořivá tělesa. Je kryt velmi jemnou sliznicí podobající se kůži s velkým množstvím senzitivních tělísek ve sliznici (4, 8).

Panenská blána (hymen) je tenká vazivová blána krytá z obou stran sliznicí. Tvar i skladba hymenu jsou závislé na estrogenech. Hymen u panen neúplně uzavírá vchod poševní. Panenská blána má zhruba uprostřed otvor, kterým odtéká menstruační krev. Nacházíme různé tvary panenské blány. Nejčastěji se vyskytuje hymen anularis – prstenčitý hymen s různě velkým otvorem (4, 7, 8).

Poševní vchod (vestibulum vaginae) je prostor ohraničený malými a velkými stydkými pysky a poštěváčkem. Vzadu tvoří jamku – fossa navicularis (7).

Bulbus vestibuli je párové erektilní těleso ležící vpředu a po stranách poševního vchodu. Podkladem jsou žilní pleteně, které při pohlavním vzrušení zduří. Tím pomáhají uzavírat poševní vchod – tzv. poševní manžeta (4).

Malé a velké předsíňové žlázy (glandulae vestibulares minores et majores) jsou drobné žlázy ležící ve sliznici poševního vchodu. Také jsou ve větším množství nakupeny kolem ústí močové trubice. Mají za úkol neustále zvlhčovat sliznici poševního vchodu. Glandula vestibularis major – Bartholinská žláza je párová žláza v průměru 1cm velká. Leží v zadní části velkých stydkých pysků při zadním okraji. Ústí navnitř od malých lábií (8).

Hráz (perineum) je cca 4cm široká přepážka mezi řitním otvorem a zadní komisurou velkých stydkých pysků. Tvoří ji kůže, podkoží a svalovina (4).

1.1.2 Vnitřní rodidla

K vnitřním rodidlům řadíme vaječníky, vejcovody, dělohu, podpurný a závěsný aparát dělohy a pochvu.

Močový měchýř není odbornou literaturou řazen k vnitřním rodidlům. Ale poruchy tohoto orgánu (např. inkontinence) velmi často souvisejí s onemocněním vnitřních pohlavních orgánů. Proto zde uvádím i anatomii močového měchýře a jeho uložení (7, 8).

Vaječník (ovarium) je párovým orgánem. Jde o pohlavní žlázu produkující ženské pohlavní buňky a hormony. Vaječník je oválný, ze dvou stran oploštělý. V dospělosti velikost ovaria kolísá mezi 3 - 5 x 1,5 - 3cm. Barva je bělavá až šedorůžová, povrch zvrásněný v důsledku dozrávání folikulů. Ovarium je uloženo v dutině břišní intraperitoneálně, pod vejcovodem. K pánevní stěně ovarium fixuje lig. suspensorium ovarii, ve kterém vede i cévní zásobení ovaria. Lig. ovarii proprium vede od dělohy k ovariu. Povrch ovaria není kryt peritoneem, jen jednovrstevným epitelem (4, 8). Pod epitelem nacházíme vazivovou vrstvu - tunica albuginea. V ovariu rozlišujeme kůru (cortex ovarii) obsahující řídké vazivo s folikuly a dřeň (medulla ovarii), která tvoří hustší oblast s krevními a mízními cévami a nervy. Folikulární aparát uložený v kůře ovaria se skládá z několika druhů folikulů v různém stádiu vývoje (8).

Tepenné zásobení ovaria je z a. ovarica (větev břišní aorty) a z a. uterina (větev a. iliaca interna). Žilní krev je odváděna vv. ovaricae. Z plexus aorticus je ovarium inervováno vegetativními nervy (7).

Vejcovod (tuba uterina, salpinx) je 8-15cm dlouhá trubice o tloušťce 0,5cm. Mediální konec vejcovodu prochází děložním rohem (pars uterina) a ústí do dutiny děložní (ostium tubae uterinum). Dále následuje zúžená část vejcovodu (isthmus) rozšiřující se v ampulu, která je zakončena infundibulem. Infundibulum je nálevkovitě rozšířené a zakončené řasami - fimbriemi po celém obvodu. Ústí do dutiny břišní - ostium abdominale (4). Stěna vejcovodu se skládá ze tří vrstev. Endosalpinx (vnitřní sliznice) tvoří jednovrstevný cylindrický epitel s řasinkami, které kmitají směrem k děloze. Svalová vrstva tvořená hladkou svalovinou má dvě vrstvy, vnitřní cirkulární a

vnější longitudoální (8). Hladká svalovina se podílí na peristaltických pohybech směřujících od abdominálního ústi k děloze. Zevní vrstvu tvoří seróza přecházející v závěs – mesosalpinx. Cévní a nervové zásobení je stejné jako u ovaria (4).

Děloha (uterus, metra) je svalový orgán uložený ve středu pánve. Má tvar předozadně oploštělé hrušky o hmotnosti asi 50g. Na děloze rozlišujeme tělo děložní (corpus uteri) a hrdlo děložní (cervix uteri). Mezi tělem a hrdlem se vymezuje zúžená část – isthmus uteri (4). Fundus uteri zaujímá největší část těla dělohy. Je to zaoblený horní okraj corpus uteri. Tělo děložní se kaudálním směrem zužuje. Na přední stěnu dělohy naléhá močová měchýř, proto je lehce konkávní. Zadní stěna je konvexní, naléhají na ni kličky střeva a je přivrácena ke konečníku. Obě stěny se stýkají ve fundu, po stranách do sebe přecházejí a tvoří tak děložní hrany – margines uteri. Přejít do děložních hran do fundu tvoří rohy děložní – cornua uteri, ústící do vejcovodů (7). Z děložních rohů také odstupuje lig. teres uteri a lig. ovarii proprium. Hrdlo děložní je kaudální válcovitá část dělohy. Úponem pochvy je cervix uteri rozdělen na portio supravaginalis a portio vaginalis. Portio vaginalis má přední a zadní pysk, mezi nimi se nachází zevní branka. Zevní branku vyúsťuje kanál hrdla, který spojuje dutinu děložní s pochvou. U dospělé nulipary je důlkovitého tvaru, u rodivší ženy je štěrbinovitá (7).

Dutina děložní kopíruje tvar těla, má plochý trojúhelníkový tvar. V rozích navazují vejcovody a kaudálně přechází v kanál hrdla děložního. Stěna dělohy se skládá ze tří vrstev. Vnitřní vrstva je tvořena sliznicí – endometrium. Nejsilnější vrstvou je svalovina – myometrium. Zevně je děloha kryta serózní vrstvou – parametrium.

Endometrium je tvořeno jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami. Kmitání řasinek směřuje k ostium uteri (8). Podslizniční vazivo obsahuje žlázy – glandulae uterinae. V oblasti zevní děložní branky přechází endometrium do mnohovrstevného dlaždicového epitelu pochvy. Fyziologicky není tato hranice při gynekologickém vyšetření patrná. Kanál hrdla děložního vystylá endocervix (cylindrické hlenotvorné buňky). Portio vaginalis je pokryto povrchovou sliznicí – ectocervix, která je stejná jako výstelka pochvy (mnohovrstevný dlaždicový epitel) (8).

Myometrium je nejsilnější vrstvou děložní stěny. Tvoří jej pruhy hladké svaloviny prostoupené vazivem. Svalovina je uspořádaná do několika navzájem

prolínajících se vrstev. Svalová vrstva děložní stěny je organizována do dvou protilehlých spirálních systémů, začínajících v děložních rozích. Směrem k hrdlu postupně splývají do jednotně cirkulárního systému endometria hrdla děložního (7).

Perimetrium je pevně spojeno se svalovou vrstvou. Přechází z přední stěny dělohy na močový měchýř. Tím vzniká mezi oběma orgány excavatio vesicouterina. Ze zadní strany dělohy přechází perimetrium na zadní poševní klenbu a odtud na konečník (7). Mezi dělohou a konečníkem tak vzniká excavatio rectouterina (Douglasův prostor). Do stran odstupuje perimetrium jako široký vaz děložní – ligamentum latum uteri, který laterálně navazuje na parietální peritoneum pánevní stěny. Je tvořeno dvěma listy. Perimetrium prochází podél děložních hran, přechází mezi oba listy lig. latum uteri a je součástí závěsného a fixačního aparátu dělohy (4).

Děloha je uložena mezi konečníkem a močovým měchýřem. Fyziologicky leží ve střední rovině či je mírně posunuta stranou (lateropozice) a je pootočena doprava (dextroverze). Podélná osa děložního těla svírá s podélnou osou hrdla tupý úhel, který je otevřený dopředu (anteflexe). Podélná osa dělohy a pochvy svírají tupý, dopředu otevřený úhel (anteverze) (8).

Podpůrný aparát dělohy je tvořen svaly dna pánevního – mm. levatores ani a svaly hráze – diaphragma urogenitale. Závěsný aparát dělohy tvoří čtyři útvary. Ligg. cardinalia uteri probíhají od boků isthmus a cervix až k pánevní stěně. Ligg. sacrouterina jsou párové vazy upínající se na kost křížovou. Probíhají od děložních hran, obemykají z obou stran rektum a ohraničují excavatio rectouterina. Ligg. vesicouterina, párové vazy, jdoucí od děložních okrajů na boční stěnu močového měchýře. K symfýze pokračují jako ligg. pubovesicalia. Tyto tři vazy jsou tuhé a kolagenní, upínají se na děložní hrdlo a tvoří pevný a pružný závěs dělohy. Ligg. teria uteri jsou pružné struny z hladké svaloviny odstupující od děložních rohů až do tříselního kanálu. Končí ve vazivu labia majora. Napomáhají udržovat dělohu v anteverze flexi (7, 8).

Dělohu zásobuje a. uterina. Ta přistupuje k děložnímu hrdlu ve spodní části lig. latum uteri. Zhruba 2cm od děložní hrany se tepna kříží s ureterem. U děložního hrdla se z a. uterina odděluje a. vaginalis, která sestupuje podél poševní stěny. Zásobuje hrdlo

děložní a pochvu. A. uterina dále probíhá podél hrany děložní vzhůru a vysílá větve do přední a zadní stěny dělohy. Konečnou větví je r. ovaricus a. uterinae. Venae uterinae probíhají podél arterií. Ústí do vv. iliaca interna. Lymfatická síť začíná v subserózním vazivu těla děložního. Děložní tělo je drénováno lymfatickými cévami třemi směry podél vasa ovarica do lymphonodi lumbales, podél vasa uterina do lymphonodi iliaci a podél lig. teres uteri do lymphonodi subinguinales. Z děložního hrdla proudí lymfa do lymphonodi iliaci interni et externi a také do lymphonodi sacrales laterales (4).

Pochva (colpos, vagina) spojuje dělohu se zevními pohlavními orgány. Je to trubicovitý svalový orgán. Kraniálně se kruhovitě upíná na hrdlo děložní, kaudálně se otevírá navenek jako ostium vaginae. Pochva je předozadně oploštělá, rozeznáváme na ní přední a zadní stěnu. Přední i zadní stěna na sebe naléhají. Osa pochvy s osou děložního hrdla svírá úhel 70 – 100°, proto jsou poševní stěny nestejně dlouhé. Horní konec pochvy kruhovitě obemyká hrdlo děložní v oblasti portio cervicis uteri. Vzadu vytváří hlubokou zadní klenbu – fornix vaginae posterior (receptaculum seminis), zde se po ejakulaci shromažďuje sperma. Na zadní stěnu poševní naléhá dno Douglasova prostoru. Přední klenba poševní – fornix vaginae anterior je mělká (7).

Poševní stěna je tvořena třemi vrstvami: sliznicí, svalovinou a adventicií. Poševní sliznice vytváří řasy – rugae vaginalis, které jsou patrné především na přední stěně pochvy. Tyto slizniční řasy se po porodech a s přibývajícím věkem snižují. Sliznici tvoří mnohvrstevný dlaždicový epitel bez žlázek. Epitel je stejný na hrdle i vagíně a cyklicky podléhá hormonálním změnám. Ve slizničním vazivu se nachází četná nervová zakončení a žilní pleteně (8). Vnitřní vrstva hladké svaloviny je uspořádána cirkulárně a zevní vrstva podélně. V kaudálním úseku pochvy probíhají svalové snopce příčně, mají charakter svěrače a patří ke svalovině diaphragma urogenitale. Adventicie tvoří povrchovou vrstvu poševní stěny. Je tvořena kolagenním vazivem a pletení cév a nervů a přechází do okolního vaziva paracolpia (4).

Pochva je cévně zásobena z hora z a. vaginalis (větve a. uterina), ze zadu z a. rectalis media, zdola z a. pudendi interna. Žíly tvoří plexus venosus vaginalis. Krev z této pleteně odtéká do v. iliaca interna a do v. pudenda interna. Inervaci pochvy zajišťují větve plexus uterovaginalis a oblast vestibula je inervována z n. pudendus.

Odvod mízy z horní části pochvy se děje do nodi lymphatici iliaci interni a do nodi lymphatici sacrales. Z dolní části pochvy odtéká lymfa do nodi lymphatici inquinales superficiales (4).

Močový měchýř (vesica) naléhá na přední stěnu děložního hrdla a na přední poševní klenbu. Uretra vystupující ze dna močového měchýře je od přední stěny pochvy izolována tenkou vazivovou vrstvou. U dospělé ženy je močový měchýř skryt za sponou stydkou. Na stěně močového měchýře nacházíme hladkou trojúhelníkovitou část – tzv. trigonum vesicae. Sliznici trigona kryje dlaždicový epitel reagující na pohlavní hormony podobně jako epitel pochvy. Ostatní sliznice močového měchýře kryje vícevrstevný přechodný epitel (4).

Svalovinu močového měchýře tvoří třívrstevný m. detrusor vesicae a m. sphincter vesicae. Zevně je kryt vazivovou adventicií. Na fundus močového měchýře a zadní část stěny přechází peritoneem z břišní stěny, tím je zde vytvořeno excavatio vesicouterina (4).

Uretra vystupující z močového měchýře svírá s rovinou trigona měchýře úhel 110°. Tento zadní vezikouretrální úhel je důležitý pro správnou funkci uzávěrového systému močového měchýře (4).

1.1.3 Prs (mamma)

Prsy jsou největšími kožními žlázami v lidském těle. Jsou párovým orgánem, v němž je uložena mléčná žláza. Tu obklopuje vazivovou a tukovou tkáň pod kůží hrudníku. Dorzální hranici tvoří m. pectoralis major. Klinicky se prs rozděluje na čtyři kvadranty, centrální část a mamiloareolární komplex. Největší masa žlázy je uložena v horním zevním kvadrantu (4).

Mamiloareolární komplex tvoří dvorec, který je více pigmentovaný než okolní kůže. Dvorec obklopují Montgomeryho žlázy. Prsní bradavka se nachází uprostřed dvorce. Glandula mammae se skládá z 15 – 20 laloků. Ty se dále člení v lalůčky zakončené terminálním duktem. Terminální duktus a lalůček spolu tvoří acinus. Z jednoho laloku se vývody sbíhají do společného mlékovodu ústícího na mamile. Laloky obklopuje tuková tkáň, která je individuálně rozvinuta a dává tak

charakteristický tvar prsu (4, 7).

Prs cévně zásobuje a. thoracica interna, a. axillaris, a. thoracica lateralis a větve aa. intercostales. Žíly vytvářejí pod prsním dvorcem pleteň ústící do v. thoracica lateralis, do v. thoracica interna a do vv. intercostales. Mízu odvádějí mízní cévy přes skupinu pektorálních uzlin do axily. Dále je míza odváděna do supraklavikulárních mediastinálních uzlin přes diafragmu i do jaterních uzlin. Prs je inervován z druhého a šestého interkostálního nervu (7).

1.2 Vyšetřovací metody

Vyšetřovací metody v gynekologii jsou stejně důležité jako v jiných lékařských oborech. Jejich smyslem je posoudit anatomii a funkci pohlavních orgánů. Samozřejmě je kladen zřetel na celkový stav organismu a obtíže ženou udávané (4, 23).

1.2.1 Anamnéza

Anamnéza je tvořena čtyřmi částmi. Zjišťuje údaje z rodinné, osobní a gynekologické anamnézy. Ptáme se na nynější onemocnění (23).

Rodinná anamnéza se zaměřuje na získávání údajů o závažných onemocněních rodičů a blízkých příbuzných. Zajímáme se o výskyt vrozených vývojových vad, zhoubných nádorů, infekčních onemocnění (venerické onemocnění, TBC, HIV....). Dále se zaměřujeme na zjištění onemocnění žláz s vnitřní sekrecí (DM, thyreopatie), ptáme se po výskytu tromboembolie, iktu, infarktu myokardu, psychiatrických onemocněních a také alergií (4, 23).

V osobní anamnéze chronologicky zjišťujeme všechny důležité události v životě ženy od jejího narození po současnost. Dotazujeme se na dětská onemocnění, choroby jater, srdce, plic, infekční onemocnění. Zjišťujeme prodělané gynekologické operace, apendektomii, úrazy, alergie, pohlavně přenosné choroby, transfúze (23). Důležité jsou informace o současné medikaci. Ptáme se po projevech zvýšené krvácivosti v minulosti. Informace o kouření, pití alkoholu, užívání léků a drog nesmí v anamnéze chybět. Pro pochopení obtíží klientky jsou také důležité informace z pracovní anamnézy, zjištění podmínek bydlení a finančního zajištění klientky (4).

Gynekologická anamnéza má souvislost s údaji o nynějším onemocnění.

Zjišťujeme údaje o menstruačním cyklu (věk první menarche, délka, pravidelnost cyklu, intenzita krvácení, eventuelně bolestivost při menstruaci, nepravidelnosti krvácení, datum poslední menstruace, věk menopauzy, klimakterické obtíže). Dále se ptáme zda byla žena těhotná a na průběh těhotenství (těhotenství zaznamenáváme v chronologickém pořadí), zjišťujeme, zda byly obtíže v průběhu těhotenství, porodní hmotnost plodu, potíže v šestinedělí, délku kojení, eventuelně záněty prsů, ptáme se na zdraví dětí, u interrupcí se zajímáme o indikaci a datum provedení. Další dotazy směřujeme na prodělaná gynekologická onemocnění (kolpitis, adnexitis...), která se chronicky opakovala, dotazujeme se na gynekologické operace, kdy zjišťujeme důvod, kdy a kde byl výkon proveden. Nesmíme se zapomenout dotázat na užívanou antikoncepci případně hormonální substituční terapii a na udržení moče. Dále by v anamnéze neměly chybět údaje o pohlavním styku, frekvenci a spokojenosti se stykem (4, 23).

Nynější onemocnění - nejčastějšími potížemi, které přivedou klientku do ordinace gynekologa jsou: bolest, výtok, poruchy krvácení, močová inkontinence.

Intenzita bolesti je velmi subjektivní. Zjišťujeme, zda jde o bolest novou nebo zda se již vyskytovala někdy v minulosti. Ptáme se na charakter bolesti (stálá, tupá, bodavá...), na okolnosti vzniku bolesti, lokalizaci, propagaci, intenzitu a délku trvání bolesti. Pátráme, zda se bolest vyskytuje při pohlavním styku, močení či defekaci (4, 23).

Pokud klientka přichází pro poruchy krvácení uvádíme délku trvání a intenzitu krvácení a také nepravidelnosti cyklu. U ženy ve fertilním věku zjišťujeme, zda krvácení není projevem komplikace gravidity. Pokud klientka udává opoždění menstruace, je vždy nutné vyloučit ektopickou graviditu. Gynekologické záněty a také malignity bývají provázené nadměrným krvácením (23).

Nejčastější příčinou výtoku je zánět pochvy. Vyšetřujeme pH sekretu testovacím papírkem (za fyziologických podmínek je poševní sekret kyselý). Ptáme se na vzhled výtoku, zápach, chronicitu, závislost na menstruačním cyklu či na pohlavním styku (4).

V diagnostice močové inkontinence hraje nejdůležitější roli popis obtíží klientkou (4).

1.2.2 Gynekologické vyšetření

I v gynekologii jsou důležitá nejzákladnější vyšetření jakými jsou pohled, poslech, poklep a pohmat. Vždy bychom měli před vyšetřením požádat klientku o souhlas. Přítomnost sestry/porodní asistentky během palpačního vyšetření je vždy nutná (4).

Pohledem hodnotíme konstituci těla, výšku, hmotnost, chůzi a celkový vzhled klientky. Aspekci také zjišťujeme na první pohled nápadné abnormality. Hodnotíme stav kůže a sliznic, jizvy, pigmentaci, ochlupení, držení těla a stav hygieny. Dále aspekti zaměřujeme na břicho. Zde si všímáme stavu výživy, hodnotíme vývoj svalstva, vtažení či vyklenutí břicha, výskyt strií a pigmentace. Aspekty vulvy je zaměřena na její konfiguraci, trofiku tkání, vývojové abnormality, eventuální známky poranění a typ ochlupení. V okolí konečníku pátráme po hemeroidech, fisurách či parazitech. Zjišťujeme, zda jsou na kůži genitálu eflorescence, ekzémy, opruzeniny a záněty. V aspekti pokračujeme po rozevření velkých stydkých pysků. Hodnotíme vchod poševní, malé a velké stydké pysky, klitoris, zevní ústí močové trubice a hymen (4, 23).

Pohmatem přes břišní stěnu vyšetřujeme orgány dutiny břišní. Palpace musí být jemná, s mírným tlakem. Vyšetření začínáme na opačné straně, než kde klientka udává bolest. Postupně lékař palpuje oblast největší bolestivosti. Povrchovou palpací se zjišťuje síla stěny břišní, její napětí a oblast bolestivosti. Hlubokou palpací pátráme po patologických útvarech v dutině břišní. Určujeme jejich velikost, konzistenci, tvar a pohyblivost (23).

Palpační vyšetření doplňujeme *poklepem*. *Perkuse* nad volnou tekutinou v dutině břišní je tlumená. Neměli bychom zapomínat na poklep v oblasti ledvin při bolestech nejasného původu.

Poslechem můžeme diagnostikovat ileus. Při obstrukčním ileu je slyšitelní hlasité škroukání. Charakteristické pro paralytický ileus je vymizení zvukových fenoménů při poslechu střev (4, 23).

K celkovému vyšetření patří změření krevního tlaku, pulsů a tělesné teploty. Vyšetření moče orientačně na bílkovinu, cukr, aceton a žlučová barviva se provádí jen

v indikovaných případech. Hodnotíme držení těla klientky, stav výživy, velikost a tvar prsů, typ ochlupení, varixy, pigmentaci. Všímáme si oblasti štítné žlázy, zjišťujeme případné otoky dolních končetin (23).

Vyšetření vnitřních rodidel. Klientky, které ještě neměly pohlavní styk vyšetřujeme rektálně. Samotné vyšetření vnitřních rodidel se skládá z vyšetření v zrcadlech, bimanuálního vyšetření a rektálního vyšetření. Klientky, které již pohlavní styk měly začínáme vyšetřovat v zrcadlech. K nejběžnějším zrcadlům, které využíváme patří Simpsonova, Scherbackova zrcadla a zrcadlo Trélatovo (Cuzkovo).

Zrcadla musí být nejen sterilní, ale i teplá. Je možné dát přednost i zrcadlům na jedno použití. Důležité je zvolit vhodnou velikost zrcadel a při jejich zavádění použít lubrikant. Hodnotíme hrdlo děložní, kde popisujeme velikost, tvar a symetrii, dále popisujeme tvar zevní branky. Posoudíme barvu, jizvy, krvácení z hrdla eventuelně popisujeme tkáň vyčnívající z hrdla. Důležitý je přesný popis rozsahu a tvaru ektopia či ektropia a retenčních cyst, charakter cervikálního hleny. Můžeme provést odběr hleny k dalšímu vyšetření. Také si všímáme výtoky. Popisujeme barvu, hojnost, konzistenci a zápach (4).

K bimanuálnímu vyšetření přistupujeme po odstranění zrcadel. Žena by měla mít před samotným vyšetřením vyprázdněný močový měchýř. Při vyšetření hodnotíme šířku a poddajnost poševního vchodu, délku a šířku pochvy. Popisujeme hrdlo děložní, jeho citlivost, pohyblivost, měkkost, délku, prostupnost zevní branky. Dále zjišťujeme velikost, tvar a uložení dělohy. Pak vyšetřujeme adnexa. Orientujeme se podle děložních hran a rohů. Vejcovody nejsou za normálních okolností hmatné. I zdravé vaječníky bývají na pohmat citlivé, volně pohyblivé a nepohybují se s dělohou. Vyšetřením Douglasova prostoru můžeme rozpoznat vyklenutí způsobené zde nahromaděnou krví, hnisem či ascitem (23).

Rektální vyšetření provádíme v dětské gynekologii, u panen, při změnách na zadní stěně děložní, na zadní části parametrií, dále pokud chceme lépe palpačně posoudit sakrouterinní vazy. Při podezření na apendicitidu a u žen s karcinomem děložního hrdla vyšetřujeme také rektálně (23).

Vyšetření prsů většinou následuje po bimanuálnímu vyšetření. Proto před

vyšetřením prsů umožníme ženě, aby si zahalila dolní polovinu těla. Žena je pak méně stresována nahotou. Prsy vyšetřujeme u ženy sedící na židli či ležící na vyšetřovacím lehátku. Pohledem hodnotíme tvar hrudníku, jeho symetrii. U prsů aspekci hodnotíme tvar, velikost, symetrii a uložení. Dále hodnotíme bradavky a dvorce prsů. Pátráme po známkách vtažené kůže či pomerančové kůže (známky pokročilého maligního bujení) (4, 23).

Palpační vyšetření prsů provádíme tak, že prs pomyslně rozdělíme na čtyři kvadranty. Prohmatáváme postupně všechny kvadranty od periférie k bradavce. Tu pak vyšetřujeme zvlášť. Palpujeme regionální mízní uzliny v axile a v podklíčkové oblasti. Žena by měla být poučena o samovyšetřování prsů (4).

1.2.3 Kolposkopie

Kolposkopie slouží k hodnocení ektocervixu děložního hrdla. Je to optická metoda, při které se 8 – 40x zvětšuje bodově osvětlené zorné pole. Některé kolposkopy jsou vybaveny fotografickým přístrojem či kamerou. To umožňuje přesnou dokumentaci nálezů. Kolposkopicky lze také hodnotit změny na vulvě a pochvě. Toto vyšetření je nedílnou součástí preventivní gynekologické prohlídky. Kolposkopie předchází palpačnímu vyšetření (23).

Při *nativní kolposkopii* zjišťujeme základní změny na děložním hrdle. Hodnotíme ektocervix, zevní ústí děložního hrdla a dostupnou část cervikálního kanálu. Dále hodnotíme poševní stěny a klenby, popisujeme kvalitu epitelu, zánětlivé změny, eventuelně přítomnost cév či krvácení a jeho zdroj, přítomnost maligního bujení (4).

Rozšířenou kolposkopii provádíme po aplikaci 3% kyseliny octové na děložní hrdlo. Po aplikaci kyseliny octové dochází k rozpuštění hlenu a zvýraznění patologických změn epitelu. Dále pokračujeme Schillerovo zkouškou Lugolovým roztokem. Lugolův roztok obsahuje jód(23).

Klasifikace kolposkopických nálezů. Kolposkopické nálezy dělíme do několika skupin. Jsou to *nálezy normální, nesuspektní, nerozhodné, suspektní, nálezy suspektního karcinomu, nálezy různé a nedostatečné nálezy* (4).

Nálezy fyziologické zahrnují nálezy histologicky odpovídající normálnímu

dlaždicovému a cylindrickému epitelu. Cytologicky je nález též normální. Řadíme sem ektopium (ektropium) (E). V kolposkopickém obraze vidíme okrsky vyvýšených hrozníčků červené barvy. Po aplikaci kyseliny octové blednou. Toto je fyziologický nález u žen ve fertilním věku. U rodivší ženy mluvíme o ektropia, u nulipary o ektopiu. Dalším normálním nálezem je normální vícevrstevný dlaždicový epitel – origin (O). V kolposkopu vidíme hladký, lesklý, růžový epitel, vidíme prosvítat kapiláry. Tento epitel je snadno zranitelný. Transformační zóna (TZ) je místo přechodu mezi dlaždicovým a cylindrickým epitelem (23).

Nálezy nesuspektní – metaplazie jsou nálezy histologicky odpovídající zralé nebo nezralé metaplazii. Ložiska metaplazie po aplikaci kyseliny octové bělají. Zbělání opět rychle mizí. Nezralá metaplazie je náchylnější k napadení HPV viry. Cytologicky tyto nálezy hodnotíme jako metaplazie (23).

Nálezy nerozhodné – LG léze histologicky odpovídají nálezu CIN I a dysplazii I stupně. Cytologicky jsou hodnoceny jako SIL low. Mezi LG léze patří Ložiska bílého epitelu (BE), jemná mozaiky (M), jemné puntíčkování (P), jemná leukoplakie (L) a jód negativní území (JNU). U nálezu ložiska bílého epitelu po aplikaci kyseliny octové rozeznáváme cévní změny, tvořící obraz jemné mozaiky, puntíčkování či leukoplakie (4).

Nálezy suspektní – HG léze histologicky odpovídají CIN II, CIN III, dysplazii II, III, CIS. Cytologicky se tento nález hodnotí jako SIL high. Tyto nálezy jsou vystupňovanými změnami z předchozí skupiny: hrubá mozaiky, hrubé puntíčkování, hrubá leukoplakie, atypické cévy (V) a abnormální transformační zóna (ATZ) (4).

Nálezy suspektního karcinomu histologicky odpovídají karcinomu, při cytologickém hodnocení jako suspektní karcinom. K *nálezům různým* řadíme benigní změny, jako jsou záněty, atrofie, endometrióza, eroze a ulcus. Jako *nedostatečné nálezy* hodnotíme situaci, kdy není zpřístupněno pozorování cervix, např. pro synechie, či není plně přehledná transformační zóna (4).

1.2.4 Onkologická cytologie

Onkologická cytologie je neinvazivní diagnostická metoda, která má největší

využití ve screeningu a diagnostice cervikálních lézí. Buňky odebíráme z cervix vatovou štětičkou, z kanálu hrdla děložního odebíráme buňky kartáčky. Získaný materiál se natře na podložní sklíčko a fixuje se 95% alkoholem. Pak se skla barví dle Papanicolaoua (4).

Od 50. let do r. 1988 se používalo hodnocení *onkologické cytologie podle Papanicolaoua I. – V.* PAP I. – II. byl hodnocen jako negativní nález, PAP III. suspektní, PAP IV. jako buňky podezřelé z karcinomu a PAP V. jako karcinom. Od roku 1988 se používá *terminologie Bethesda systému*. Bethesda systém hodnotí nejen buněčné změny dlaždicového a žláзовého epitelu, ale hodnotí i kvalitu nátěru, popisuje infekci a hormonální stav (23).

1.2.5 Biopsie

Biopsie je invazivní metoda, která definitivně potvrdí závažnost prekancerózy nebo invazivního karcinomu. Pro odběr tkáně je možné použít různé techniky. Jednou z nich je minibiopsie prováděná speciálními kleštěmi. Tkáň získáme pod kolposkopickou kontrolou z exocervixu. Rozsah odebrané tkáně určuje velikost bioptických kleští. Další metodou je cílená excize skalpelem, kdy je vytínána suspektní tkáň opět pod kolposkopickou kontrolou. Operatér určuje velikost excize podle rozsahu nejzávažnější léze. Ostrou kyretou je prováděna kyretáž z endocervikálního kanálu. Nejreprezentativnější vyšetření léze umožňuje konizace (4, 23).

1.2.6 Hysteroskopie

Hysteroskopie je endoskopická metoda diagnostická či léčebná. Indikacemi k diagnostické hysteroskopii jsou vizualizace nálezu při intrauterinních defektech zjištěných hysteroografií, recidivující abnormální děložní krvácení a sterilita a infertilita. Operační hysteroskopie je indikována při ablaci endometria, resekci intrauterinních myomů a polypů, rozrušování intrauterinních adhezí, transcervikální resekci děložního septa, cílené biopsii, odstranění intrauterinních cizích těles. Hysteroskopie je absolutně kontraindikována v případě, že celkový stav klientky nedovoluje provedení operativního nebo diagnostického výkonu. Dalšími absolutními kontraindikacemi jsou

poševní nebo pánevní infekce a těhotenství. Silné krvácení, které ztěžuje vizualizaci děložní dutiny je považována za relativní kontraindikaci (4).

Optimální vizualizace dutiny děložní dosáhneme v proliferační fázi menstruačního cyklu, co nejdříve po menstruaci. Lze však hysteroskopii provádět v kterékoliv fázi cyklu (4).

1.2.7 Cystoskopie

Cystoskopie je endoskopické vyšetření močového měchýře. Po jeho naplnění 300ml fyziologického roztoku se hodnotí tvar močového měchýře a jeho změny, stavba a barva sliznice, stěna měchýře a přehlednost ureterálních ústí.

Indikací k cystoskopii jsou mikční poruchy, chronické a recidivující záněty močového měchýře, píštěle a maligní tumory vnitřních rodidel. Při akutním zánětu močového měchýře je cystoskopie kontraindikována (4, 23).

1.2.8 Zobrazovací metody

Za jednu z nejdůležitějších součástí moderní gynekologické diagnostiky považujeme metody zobrazující orgány a tkáň ženského reprodukčního systému. K nejpoužívanějším zobrazovacím diagnostickým metodám v gynekologii patří *ultrazvuk, počítačová tomografie a magnetická rezonance* (4).

Ultrazvukové vyšetření (UZ) využívá ultrazvukové vlnění vysoké frekvence a minimální energie. Toto vyšetření je neinvazivní zobrazovací metodou a provádějí jej sami gynekologové. Přímé propojení ultrazvukových nálezů s výsledky jiných vyšetřovacích metod přináší výhody (4).

Pro vyšetření používáme abdominální nebo vaginální sondy. K vyšetření oblasti podbříšku a celé břišní dutiny využíváme abdominální přístup. Naplněný močový měchýř zlepšuje vizualizaci malé pánve. Vaginální přístup umožňuje dokonalou vizualizaci blízko uložených vnitřních rodidel. Odpadá zde nutnost naplněného močového měchýře. Kontraindikací transvaginálního ultrazvukového vyšetření je neporušený hymen, poševní striktury a velmi silné krvácení. V dětské gynekologii a urologii se využívá transperineální a transvestibulární vyšetření (4).

V současné době je *počítačová tomografie (CT)* jednou z nejdůležitějších zobrazovacích vyšetřovacích metod v gynekologii. Pomocí CT můžeme dobře zobrazit ovariální tumory zasahující do břišní dutiny, prokázat metastázy v omentu a parietálním peritoneu a v játrech. Také je CT přínosné v průkazu i malého množství volné tekutiny v dutině břišní. Po aplikaci kontrastní látky umožňuje CT zobrazení horních vývodných cest vylučovacího systému (23).

Magnetická rezonance (MR) je jednou z nejnovějších tomografických zobrazovacích metod. „Je založena na fyzikálním jevu, při kterém atomová jádra umístěná v konstantním magnetickém poli selektivně absorbují energii vysokofrekvenčního elektromagnetického pole“ (4, s. 39). MR má možnost zobrazování v plynném prostředí (při zvýšené plynné náplni střev). Naopak překážkou magnetické rezonance je nepravidelný pohyb (4, 23).

MR umožňuje diferencovat měkké tkáně, je možné zobrazení i malých změn na rozhraní tkání. Další uplatnění nachází při vyšetření prsů (objemné prsy, rozlišení starší jizvy od recidivy karcinomu, vyšetření u žen se silikonovou protézou, diferenciálně diagnosticky před plánovanou biopsií, možnost vyšetření lymfatických uzlin v okolí prsu a axile). U klientek s kardiostimulátorem a také u klientek s metalickými materiály v těle (kostní dlahy, cévní svorky) je magnetická rezonance kontraindikována. Relativní kontraindikací je nespolupracující klientka, či klientka trpící klaustrofobií (4).

1.2.9 Probatorní kyretáž

Probatorní kyretáž je diagnostický i terapeutický operační výkon. Při diagnostické probatorní kyretáži získáváme bioptický materiál. Úkolem terapeutické probatorní kyretáže je zástava krvácení vycházející z dělohy. Výkon se provádí v celkové anestézii. Ostrou kyretou se získává tkáň z děložního hrdla a těla na histologické vyšetření. Frakcionovaná kyretáž je častější. Získává se zvlášť tkáň z hrdla děložního a po té z těla děložního. Oba získané vzorky tkání se fixují a odesílají k histologickému vyšetření. Mikroabrazi používáme při hormonální diagnostice a poruchách fertility. Z přední a zadní stěny děložní se získávají dva proužky endometria. Vakuumaspirace se získává endometrium aspirační kyretou (4, 23).

1.3 Hysterektomie a její nejčastější indikace

Hysterektomie – odstranění dělohy patří k nejčastějším velkým gynekologickým operacím. I když absolutní počty hysterektomií od roku 1971 poklesly, má USA nejvyšší počet hysterektomií. V České republice bylo v roce 2003 provedeno 13 500 hysterektomií. Mezi nejčastější indikace k hysterektomii patří uterus myomatosus, prekancerózy a karcinomy cervixu a endometria, endometrióza, benigní tumory a karcinomy ovárií, metrorrhagie, prolaps dělohy a také chronické pelvialgie (1, 17). Urgentní poporodní hysterektomie je indikována nejčastěji pro nezišitelné krvácení (abrupce placenty, atonie děložní, placenta praevia, placenta accreta, HELLP syndrom, submukózní myomy), pro sepsi z purulentní endometritidy a pro rupturu dělohy. K vzácným indikacím pro urgentní poporodní hysterektomii patří děložní krvácení z nezhojené incize po sectio caesarea, ruptura tuboovariálního abscesu na konci gravidity a ruptura ovariálního karcinomu (1, 10, 28).

Hysterektomie s adnexektomií je prováděna především u žen s karcinomem hrdla, těla děložního a ovárií. Dříve byl prosazován názor, že hysterektomie s oboustrannou adnexektomií pro benigní afekci je nejlepším způsobem ke snížení výskytu karcinomu ovárií. Současné poznatky však neprokazují zvýšené riziko výskytu karcinomu ovárií po prosté hysterektomii pro benigní afekci. Provedené studie popisují pozitivní vliv zachování vaječníků na výskyt osteoporózy, fraktur krčku kosti stehenní a kardiovaskulárních chorob (19, 21).

1.4 Operační přístupy

Hysterektomii je možno provést z několika operačních přístupů. Každý z nich má své pozitivní i negativní stránky (20).

Výhodou *vaginálního přístupu* je jednoduchost a rychlost celé operace. Nespornou výhodou pro samotnou klientku představuje malá invazivita operačního výkonu. Po operačním zákroku není viditelná jizva. Vaginální hysterektomie neumožňuje kompletní kontrolu dutiny břišní (12, 20, 27).

Abdominální hysterektomií je možno řešit jakýkoliv nález. Laparotomie však

prodlužuje operační čas. Také zhoršuje pooperační komfort klientky. Prodlužuje se čas potřebný pro aktivní mobilizaci, tím jsou omezeny respirační funkce. Po laparotomii udávají klientky větší bolestivost. Negativním kosmetickým jevem je pro klientky následná laparotomická jizva (17, 20, 29).

Podmínkou k provedení *laparoskopie* je dobré technické vybavení. Laparoskopický přístup spojuje výhody laparotomie a vaginálního přístupu. To znamená, že laparoskopický přístup umožňuje dobrý přehled v dutině břišní s minimalizací invazivity výkonu (15, 16).

Z psychologického pohledu je často hysterektomie vnímána jako negativní výkon ničící podstatu ženství. Na druhou stranu přináší tato operace odstranění často dlouhodobých, značně obtěžujících potíží. Proto musí být klientky úplně a řádně informovány o důvodech operace, o vhodném operačním přístupu, o průběhu operace a ranného i pozdního pooperačního období. Měly by také mít informace o možných komplikacích a alternativních postupech léčby. Vždy je však nutné ke každé klientce přistupovat přísně individuálně (1).

Abdominální hysterektomii provedl W.A. Freud v roce 1878 ve Vratislavi první vědecky podloženou abdominální hysterektomii. V této době byla pooperační peritonitida běžná. Většina operatérů se této komplikace obávala, a proto raději volila vaginální přístup.

Statisticky je abdominální hysterektomie nejčastější gynekologickou operací. V současné době však rozeznáváme snahy o snížení počtu laparotomií. Přesto známe indikace, kdy abdominální přístup využíváme (24).

Častou indikací k abdominální hysterektomii předstupu fibromatoza značného rozsahu, která způsobuje topografické změny v okolí dělohy. Další častou indikací je dysfunkční krvácení organického původu, endometrióza, těžké zánětlivé a pozánětlivé stavy, onkologická onemocnění dělohy a adnexa. Z abdominálního přístupu také provádíme urgentní poporodní hysterektomii (24).

Abdominální hysterektomii rozdělujeme podle rozsahu odstraněné děložní tkáně na totální (hysterektomii) a subtotální (supracervikální amputaci). Podle přístupu k cervikální fascii rozlišujeme extrafasciální a intrafasciální abdominální hysterektomii.

Při extrafasciální abdominální hysterektomii nejprve uvolňujeme oblé vazy a úpony adnexa. Poté prostříhujeme oba listy širokého vazy a vezikouterinní plíky. Dalším krokem je sesunutí močového měchýře a provádíme podvaz uterinní tepny. Po podvazu sakrouterinních vazů je prostřiháváme. Dále je nutné prostřihnout vezikouterinní septum. Po incizi pochvy postupně separujeme hrdlo od pochvy. Sutura pochvy je prováděna po odstranění dělohy. Při intrafasciální přístupu se preparují a podvazují jednotlivé tkáně a cévy vnitřně od cervikální fascie (24).

Supracervikální amputace je značně jednodušší variantou hysterektomie, která má samozřejmě své výhody i nevýhody. Provádíme ji u klientek, u nichž nelze operační dobu prodlužovat z důvodu špatného zdravotního stavu. Také je možné supracervikální amputaci provést u klientek bez onkologického rizika cervikálních lézí (4).

Při *radikální abdominální hysterektomii* se na rozdíl od prosté hysterektomie resekuje proximální část pochvy a parametria. Nezahrnuje však adnexektomii ani lymfadenektomii, ale většinou je její součástí. Radikální abdominální hysterektomie je klasifikována do pěti tříd. Rozhodující je rozsah resekce předních a zadních a také postranních parametrií. Indikací k radikální abdominální hysterektomii je karcinom děložního hrdla s invazí hlubší než 3mm – stádium I.A, dále stádium I.B v kombinaci s radioterapií (6).

Abdominální radikální trachelektomii s pánevní lymfadenektomii je možné využít u klientek přejících si zachovat fertilitu s časným stádiem karcinomu děložního hrdla. Výkon je prováděn stejně jako radikální abdominální hysterektomie. Jediný rozdíl je oddělení děložního těla, radikální odstranění děložního hrdla a poševní manžety a poté sutura těla děložního s okrajem pochvy (3, 31).

V gynekologické onkochirurgii je nejrozsáhlejším výkonem *exenterace pánve*. Dříve byl tento výkon indikován jako paliativní. Dnes je většina výkonů tohoto typu prováděna jako primárně kurativní. Za hlavní indikaci k exenteraci pánve považujeme recidivu zhoubného nádoru v pánvi po primární radioterapii či chemoterapii (5). Dle rozsahu výkonu lze exenteraci pánve dělit na přední, zadní a totální. Při *přední exenteraci* odstraňujeme močový měchýř, uretru, distální část močovodů, dělohu, pochvu, parakolpium, parametrium, pánevní peritoneum a lymfatické pánevní uzliny.

Zadní exenterace v sobě zahrnuje odstranění rekta, dělohy, pochvy, parakolpia, parametria, pánevního peritonea a pánevních lymfatických uzlin. *Totální exenterace* pánve je výkon zahrnující přední i zadní exenteraci. Dále je nutné vyřešit derivaci moči a stolice. Derivace stolice je nejčastěji řešena terminální sigmoideostomií nebo transversostomií. Derivace moče může být řešena kontinentním či inkontinentním způsobem. Volba optimální metody zásadně ovlivňuje kvalitu života klientky. Nejdůležitější podmínkou pro provedení exenterace pánve je absence vzdálených metastáz a negativita paraaortálních uzlin. Závažná morbidita výkonu se pohybuje kolem 50 – 60%, mortalita mezi 3 – 10% (5).

O rozvoj *vaginální hysterektomie* i operativy se u nás zasloužil profesor Rubeška. Jako přístupová cesta je využita pochva. Samozřejmě vaginální hysterektomie není určena k řešení všech patologií dělohy a adnex.

Vaginální hysterektomii volíme v případě nálezu myomů, descenzu, při chronických bolestech v podbřišku, prekancerózách cervixu a endometria. Častou indikací je také adenomyóza. Pro řešení maligních chorob není vaginální přístup určen. Významnou výhodou vaginální hysterektomie je zkrácení operačního času oproti abdominální hysterektomii, další výhodou je její technická i instrumentální jednoduchost. Také nezanechává žádné viditelné jizvy. Jednu z nevýhod představuje nemožnost přehlédnout celou břišní dutinu (12, 25).

Operační technika vaginální hysterektomie je následující. Je provedena incize cervixu ve tvaru obrácené kapky, kdy se dolní ramena v ostrém úhlu spojují u čísla šest. Výhoda této incize tkví v tom, že nedochází ke zkrácení pochvy a je výhodná pro pozdější rekonstrukci. Dále se vpředu subfasciálně izoluje cervix až k děložním cévám. Sakrouterinní vazy a úpon paracervixu jsou podvázány a odstřiženy po otevření Douglasova prostoru. Podvazujeme a prostřihujeme uterinní artérii. Močový měchýř se po ostrém prostřihnutí fascie dostává mimo operační pole, proto není nutné jej vysouvat. Prostřihneme vezikouterinní pliku a vysuneme ureter. Provádíme přední hemisekci, která zpřístupní děložní rohy a také usnadní děložní extrakci. Úpony adnex ponecháváme volně v pánvi, peritonealizace není nutná. Do okraje poševní stěny u čísla dvanáct fixujeme ligg. teretia uteri. Ve střední rovině sešíváme dolní část paracervixu

(27).

Izolovaně se radikální vaginální hysterektomie v současné onkologické operativě téměř nepoužívá. Většinou je součástí laparoskopické hysterektomie, kdy laparoskopie řeší lymfadenektomii a zároveň je využívána jako asistence vaginální operace. V kombinaci s laparoskopií může radikální vaginální hysterektomie řešit karcinom cervixu ve stádiu Ia2 a Ib1 (26).

Laparoskopická hysterektomie se jako operační chirurgická metoda začala rozvíjet až od roku 1989. Její výhodou je dokonalá vizualizace dutiny břišní při malé invazivita. Nezanedbatelnou výhodou pro klientky je kosmetický efekt, kdy chybí velká jizva po laparotomii. Tím pádem je i pooperační komfort vyšší, lepší rekonvalescence a kratší doba hospitalizace (14, 16, 29).

Pojem laparoskopická hysterektomie v sobě zahrnuje několik typů výkonů. Řadíme sem laparoskopicky asistovanou hysterektomii (LAVH), vaginálně asistovanou laparoskopickou hysterektomii (VALH), laparoskopickou supracervikální hysterektomii (LSH, LASH), totální laparoskopickou hysterektomii (TLH), laparoskopicky asistovanou radikální hysterektomii (LARH) a její modality (11).

Při *laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii* provádíme část operačního výkonu laparoskopické a děloha je odstraněna pochvou. V průběhu laparoskopické fáze jsou přerušovány děložní cévy, čemuž předchází koagulace těchto cév vaginálně. Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie spojuje výhody laparoskopického a vaginálního přístupu. Proto je nejrozšířenějším typem laparoskopické hysterektomie (13, 16).

Obdobu abdominální hysterektomie představuje *totální laparoskopická hysterektomie*. Všechny fáze operace, včetně sutury pochvy a pánevního peritonea probíhají laparoskopicky. Odstranění dělohy se provádí poševní cestou. Indikací k totální laparoskopické hysterektomii je úzká pochva. V poslední době je laparoskopická hysterektomie využívána též u karcinomu endometria, zvláště v časném stádiu nemoci. Proběhlo několik studií u nás i v zahraničí (11, 15, 22), které dokazují, že laparoskopický přístup je možné využít u onkologicky nemocných, také u obézních a starších klientek (15, 22).

1.5 Komplikace hysterektomie

Hysterektomie jako operační léčba je vždy vážným zásahem do organismu ženy. Patříčnou a důkladnou přípravou je možno některým komplikacím předejít. Důležitou přípravu představuje prevence tromboembolické nemoci, profylaktické podávání antibiotik, převod perorálních antidiabetik na inzulin aj. (2).

Komplikace je možné dělit na *peroperační, časné a pozdní pooperační*. Dále na *chirurgické a nechirurgické*. Krvácení a poranění okolních orgánů a tkání patří mezi nejčastější a nejzávažnější chirurgické komplikace. Časné pooperační komplikace představuje skryté krvácení, které se náhle projeví až po několika hodinách. Základními projevy jsou hypotenze, tachykardie a dispenze břišní stěny (16, 24). Relativně častou komplikací je infekce. Za rizikový faktor vzniku infekce pokládáme laparotomická přístupu, velkou krevní ztrátu, dlouhodobě zavedený močový katétr a také prodloužení operačního času. Riziko vzniku infekce se snažíme minimalizovat neagresivní vaginální přípravou, pečlivou hemostázou a preparací v anatomických vrstvách. Také profylaktické podávání antibiotik má svůj podstatný vliv na snížení rizika vzniku infekce. Plicní embolie je nejzávažnější komplikací, její prevence je v současné době dobře zajištěna (2).

1.6 Předoperační ošetrovatelská příprava

Každý operační výkon je pro klientku náročný nejen fyzicky, ale i psychicky. Proto předoperační přípravu nezaměřujeme pouze na tělesnou stránku. Všímáme si i psycho.sociálních potřeb klientky (18).

Přípravou k operaci rozumíme souhrn opatření, jejichž cílem je zabránit nebo minimalizovat riziko vzniku komplikací. Pokud nehrozí nebezpečí z prodlení, snažíme se u klientky dosáhnout optimálního zdravotního stavu. Předoperační příprava zahrnuje klinické vyšetření a další speciální vyšetření, které upřesňují stanovenou diagnózu. K plánované operaci přichází klientka již s kompletním laboratorním vyšetřením (18).

Psychosociální příprava zahrnuje podání dostatečného množství srozumitelných informací o operaci, předoperačních vyšetřeních, pooperační péči. Seznamujeme

klientku s prostředím lůžkového zařízení, nabízíme možnost ubytování na jednolůžkovém pokoji. Velmi důležité je ponechat klientce čas na vstřebání informací a pro kladení dotazů kdykoliv. Podáváme klientce informace o možnosti kontaktu s rodinou a přáteli. Řádné vedení dokumentace by mělo být samozřejmostí. Důležitou součástí dokumentace představuje informovaný souhlas s výkonem v písemné formě. Za sepsání informovaného souhlasu odpovídá lékař, sestra bývá přítomna jako svědek (18).

Předoperační příprava se skládá z přípravy *všeobecné, chirurgické, interní a anesteziologické*. Všeobecná příprava zahrnuje úpravu výživy a tekutin. Klientka lačnící nejméně 6 – 8 hodin před výkonem. Lačnění snižuje riziko aspirace během operačního výkonu. V indikovaných případech zajišťujeme přívod tekutin a energie parenterální cestou. Kuřáčkám doporučujeme přestat kouřit minimálně 3 týdny před plánovaným výkonem. Pokud to není možné, alespoň by klientky neměly kouřit po dobu lačnění. K všeobecné přípravě také patří vyprázdnění zažívacího traktu (projímadla, klyzma, glycerinové čípky...), spontánní vyprázdnění močového měchýře těsně před výkonem nebo zavedení permanentního močového katétru před výkonem. Samozřejmostí je zajištění celkové hygieny klientky, a to buď večer před výkonem nebo v den operace. K holení zevních rodidel případně břicha přistupujeme v den operace, vyčistíme pupeční jizvu, odmašťujeme kožní povrch a bandážujeme dolní končetiny (18).

Bezprostředně před operačním výkonem kontrolujeme dokumentaci (kompletace potřebných údajů, výsledků vyšetření). Dále kontrolujeme operační pole. Klientka, pokud má zubní či jinou protézu, tyto odkládá. Šperky klientce ukládáme do trezoru s jejich popisem a proti podpisu klientky. Zajistíme, aby klientka byla vymočená, eventuálně zavedeme permanentní močový katétr nebo jiné vstupy dle ordinace lékaře. Dle ordinace anesteziologa podáváme premedikaci 30 – 40 minut před operačním výkonem. Aplikaci zaznamenáváme do dokumentace (datum, hodina, druh a množství aplikovaného léku, jméno ordinujícího lékaře, jméno a podpis osoby, která premedikaci aplikovala). Při aplikaci opiátů postupujeme dle nařízení o manipulaci s omamnými látkami. Dále je nutné zajistit bezpečnost klientky od aplikace premedikace do převozu na operační sál. Klientku předáváme anesteziologické sestře s kompletní dokumentací a

záznamem o čase předání (18).

1.7 Pooperační ošetrovatelská péče

Po operaci si opět klientku osobně přebíráme od anesteziologické sestry s dokumentací a zápisem o čase převzetí z operačního sálu. Klientka bývá obvykle převážena na jednotku intenzivní péče. Zde pobývá zhruba 12 – 24 hodin. Monitorujeme srdeční akci, krevní tlak, pulz, saturaci kyslíkem. Pokud má klientka zavedený permanentní močový katétr je jím moč odváděna. Sledujeme příjem a výdej tekutin. Tekutiny jsou většinou zpočátku hrazeny parenterální cestou. Obvykle mívá klientka zavedený drén v malé pánvi, vyúsťující břišní stěnou. Kontrolujeme pravidelně odvedené množství krve. Vše zaznamenáváme do dokumentace (18).

První pooperační den jsou klientky překládány na standardní pooperační oddělení, kde vstávají a chodí pod dohledem sestry. Odstraňujeme močový katétr, drén vytahujeme 3. – 4. den. Stehy v pochvě ponecháváme, na kůži břicha se buď vstřebají, nebo je odstraníme 7. den po operaci. Klientky po vaginální či laparoskopické hysterektomii propouštíme do domácího ošetření 3. – 5. den, po abdominální hysterektomii 6. – 10. den (9).

Délka pracovní neschopnosti se řídí podle charakteru práce a typu operace. Po laparoskopické a vaginální hysterektomii je pracovní neschopnost kratší, zhruba 5 – 14 dní. Po abdominální hysterektomii se může prodloužit až na 6 týdnů. Klientka by se měla po dobu šesti měsíců po operaci vyvarovat zvedání těžších břemen nad 15kg (riziko descenzu). Před odchodem domů by měla být klientka řádně poučena o pohlavním životě. Prvních šest týdnů po operaci nedoporučujeme pohlavní styk. Poševní pahýl musí být dokonale uzavřený a zhojený, pokud toto klientky nedodrží hrozí roztržení pochvy a výhřez střevních kliček před rodidla. Dále by měly být klientky informovány, že samotná operace pohlavní styk nevyklučuje a nemá vliv na prožívání. Hlavními místy odpovědnými za prožívání styku a po té za vyvrcholení jsou klitoris a přední poševní stěna (bod G). Svaly pánevního dna, které tvoří při styku orgastickou manžetu nejsou při operaci porušeny. Hysterektomie pouze ukončuje možnost otěhotnět a menstruovat (9, 18).

Pokud byla současně s hysterektomií provedena adnexektomie, je důležité klientce vysvětlit příchod klimakterických obtíží, jako je snížení libida a lubrikace pochvy, návaly horka, změny nálad... . Klimakterické obtíže lze bezpečně a účinně ovlivnit celkovým či lokálním podáváním estrogenů (18).

1.8 Edukace porodní asistentkou

Edukace je obecně chápána jako proces vzdělávání a výchovy. Výchova ke zdraví představuje proces výchovy a vzdělávání vedoucí ke zdraví jednotlivce či skupiny. Oba pojmy spolu úzce souvisí, protože výchova ke zdraví je jednou z oblastí edukace. Také je obsahem edukační činnosti sester/porodních asistentek. Edukace slouží pacientům a jejím blízkým pro jejich kvalitnější zapojování do ošetrovatelského a léčebného procesu a aby se mohli kvalifikovaně rozhodovat (30).

Obsahem edukace jsou informace, které by si měl pacient osvojit před propuštěním do domácí péče nebo do jiného zdravotnického zařízení (např. sebeobsluha, aplikace inzulínu....), dále jsou to informace o rozsahu dalších kontrol, o řešení případných akutních stavů a také o poskytovatelích ošetrovatelských, lékařských a sociálních služeb v okolí svého bydliště. Rozpoznání faktorů, které ovlivňují schopnost učit se, je základní podmínkou pro úspěšnou edukaci (30).

V ošetrovatelství má edukace nezastupitelné místo. Protože narůstá počet neinfekčních chronických onemocnění postihujících stále mladší věkové skupiny obyvatel, je edukace významným pomocníkem v boji za zlepšení kvality života jednotlivce a skupiny. S edukací souvisejí další pojmy, které je třeba znát pro správné pochopení celého edukačního procesu. *Edukátorem* nazýváme jakéhokoliv aktéra edukační aktivity (ten, kdo jakýmkoliv způsobem vyučuje, poučuje někoho jiného). *Edukantem* je jakýkoliv subjekt učení bez ohledu na věk, národnost.... (nemocné dítě, dospělý pacient...). *Edukačním procesem* rozumíme odevzdávání konkrétních informací ve specificky připraveném prostředí. Při edukačním procesu dochází ke vzájemné interakci mezi sestrou/porodní asistentkou a pacientem a je vytvořen tak, aby se pacient něčemu naučil. V edukačním procesu je vzájemný vztah mezi sestrou/porodní asistentkou a pacientem dynamický děj. Edukační proces může být součástí

ošetřovatelského procesu. Místo, kde se edukace provádí nazýváme *edukačním prostředím*. To by mělo být správně osvětlené, klidné, mělo by mít vhodnou teplotu a mělo by zajišťovat pacientovi intimitu. Reálné edukační procesy jsou ovlivňované nebo určované edukačními faktory, které představují různé teorie, plány, modely, předpisy (edukační plán, knihy, předpisy, výukové filmy aj. (30).

Pro to, aby byla edukace účinná jsou vypracovávány edukační standardy a materiály. V edukačních standardech se nachází zaměření edukace, cíle a kritéria, způsob hodnocení a také metodiku kontroly standardu.

Aby bylo dosaženo edukačního cíle, je nutné cíl stanovit tak, aby vycházel z potřeb jednotlivce a skupiny. Sestra/porodní asistentka by měla s klientem udržovat aktivní kontakt, pak je možno předpokládat účinnost edukace. Dále sestra/porodní asistentka navazuje na klientovi předchozí znalosti, povzbuzuje je a pomáhá osvojit nové návyky. Pro úspěch edukace je také důležité podávat informace stručně a zřetelně, nezahlcovat klienta informacemi, které přímo nesouvisí s edukačním cílem (30).

Edukační proces je velmi podobný ošetřovatelskému. Je složen z několika částí, mezi něž patří pozorování a diagnostika edukační potřeby, určení cílů edukace, plánování a realizace edukace a v neposlední řadě zhodnocení edukace (30).

1.8.1 Edukace klientky porodní asistentkou s ohledem na životní styl po hysterektomii

Pro úspěšnou edukaci klientek je zapotřebí vytvořit vhodný edukační plán, podávat informace srozumitelně, jednoduše, několikrát informaci zopakovat. Prospěšné jsou názorné ukázky. Edukaci provádí převážně sestra/porodní asistentka na gynekologickém oddělení nebo v ambulanci obvodního gynekologa. Edukace klientek by měla vycházet z jejich dosavadních zkušeností a znalostí dané problematiky (30).

Samotný edukační plán se skládá z několika částí. Nejprve sestra/porodní asistentka zjišťuje potřebu edukace pomocí rozhovoru s klientkou či si klientka sama informace vyžádá (30).

Dále sestra/porodní asistentka volí vhodné téma edukace podle zjištěné potřeby klientky. Aby byla edukace dobře připravena, měla by se sestra/porodní asistentka seznámit se současným stavem problematiky. Měla by se snažit klientce předávat

informace aktualizované, nejnovější. Proto je tak důležité nastudování odborné literatury (30).

Před edukací si sestra/porodní asistentka ujasňuje cílovou skupinu, na kterou je edukace zaměřena. Styl edukace je vhodné přizpůsobit věku, úrovni vzdělání a typu onemocnění klientek. Musí též dobře zvolit oslovení klientek, aby je neodradila již v úvodu.

Pečlivá volba a příprava edukačního prostředí je důležitou součástí plánování edukace. Prostor, kde bude sestra/porodní asistentka edukovat by mělo mít vhodnou teplotu, přiměřené osvětlení. V místnost zvolené k edukaci by neměl být hluk a sestra/porodní asistentka by se měla snažit zajistit určitou míru intimity pro klientky.

Kolikrát bude edukace prováděna se odvíjí od míry zjištěného deficitu vědomostí klientek a podle rozsahu informací, jež je třeba klientkám předat. Některým klientkám postačuje jedno sezení, některé klientky vyžadují sezení opakovaně (30).

Aby bylo dosaženo stanoveného edukačního cíle, je třeba používat vhodných edukačních metod. K edukačním metodám patří přednáška, vysvětlování, demonstrace, cvičení, rozhovor, brainstorming a hraní rolí. Přednáška představuje efektivní způsob předávání nových informací. Pokud je jako edukační metoda zvoleno vysvětlování, mělo by navazovat na předchozí znalosti klientek. Vysvětlování kombinujeme s jinými metodami, jako např. cvičení nebo demonstrace. Rozhovor využíváme u klientek, u kterých předpokládáme základní znalosti dané problematiky. Je-li potřeba klientku naučit některé praktické dovednosti, volí se metoda demonstrace, neboli názorné předvedení, ukázka. Doporučuje se používat názorné pomůcky (obrázky, plakáty, modely...). Cvičení pomáhá klientkám upevnit a rozvinout již získané dovednosti a znalosti. Brainstorming a hraní rolí jsou v současné době jako metody edukace využívány poměrně málo (30).

Sestra/porodní asistentka realizující edukaci by se měla dopředu zamyslet nad pomůckami, které chce k edukaci klientek využívat. Nejčastěji používanými pomůckami jsou výuková DVD či videokazety, přehrávač videokazet a DVD, meotar či dataprojektor, edukační brožury, letáčky. Dále je důležité, aby sestra/porodní asistentka správně určila jaká forma edukace se pro dané klientky bude hodit. Některé klientky

dávají přednost edukaci skupinové, jiné individuální.

Po ukončení edukace sestra/porodní asistentka ponechává klientkám prostor pro kladení otázek. Sama si pak kladením dotazů ověřuje míru dosažení vytyčeného cíle (30).

V současnosti probíhá edukace klientek podstupujících hysterektomii především na gynekologickém oddělení, část informací klientky získávají v ambulancích gynekologů. Potřebné informace poskytují klientkám převážně sestry/porodní asistentky.

Obsahem edukace, která je poskytována lékaři jsou informace o důvodech operace, o způsobech vedení operace a eventuálně o následné léčbě a komplikacích. Sestra/porodní asistentka klientku informuje nejen o plánovaných předoperačních vyšetřeních, ale i o tom jak budou jednotlivá vyšetření probíhat, co je jejich účelem a jak se na jednotlivá vyšetření připravit. Poskytuje klientkám psychickou oporu (9, 30).

Klientky jsou po přijetí seznamovány s prostředím a režimem oddělení. Měl by být klientkám představen ošetřující personál. Sestra/porodní asistentka podává klientce informace o plánovaných a prováděných úkonech. Neméně důležitá je edukace klientek o jejich stylu života po hysterektomii. Mnoho klientek klade dotazy týkající se pohlavního života, sportu a návratu do práce po absolvované hysterektomii. Pro edukaci těchto klientek je volen většinou rozhovor, přednáška a vysvětlování. Rozhovorem se zjišťuje míra znalostí klientek na dané téma. Klientky mají možnost klást otázky, které je nejvíce trápí. Aby byly podávané informace ucelené, měla by na rozhovor navazovat přednáška. V úvodu přednášky jsou znovu probírána témata, které nejvíce klientky zajímala (30).

Klientky jsou informovány o délce hospitalizace a pracovní neschopnosti. Sestra/porodní asistentka upozorňuje klientku na dodržování hygienického režimu jako v šestinedělí. To znamená, že by se klientka neměla koupat, měla by raději používat sprchu. Doporučují se klientkám vhodné sportovní aktivity. Klientky jsou upozorněny na pozvolné zahajování pohybové aktivity, zpočátku jsou jim doporučovány procházky, později mohou přidávat protahovací cviky a cviky na posílení pánevního dna. Sporty jako je plavání je ženám doporučováno až po dokonalém zhojení poševního pahýlu.

Naopak nevhodnými sporty v prvních šesti měsících je intenzivní posilování, vzpírání, skoky jakéhokoliv charakteru. Klientkám jsou podány informace o vymizení menstruace a nemožnosti otěhotnět. Zahájení pohlavního života se doporučuje až na dobu, kdy je plně zhojený poševní pahýl. Klientky jsou sestrou/porodní asistentkou ujištěny, že prožívání pohlavního styku není prostou hysterektomií nijak ovlivněno (9). V případě, že klientce byla odstraněna i adnexa, je klientka edukována o možných potížích s lubrikací pochvy při pohlavním styku, o možném snížení libida. Klientky po hysterektomii s adnexektomií jsou edukovány o možném nástupu klimakterických potížích. Jsou klientkám vysvětleny jednotlivé klimakterické projevy, jejich důvody a možnosti jak jim předcházet. Klientkám jsou nabídnuty nefarmakologické i farmakologické metody ovlivnění klimakterických obtíží. Dále sestra podává informace o tom, kdy a za jakých podmínek klientce vzniká nárok na komplexní lázeňskou péči (9).

2. Cíle práce, hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit, jaký má předoperační edukace vliv na život žen po hysterektomii.

Cíl 2

Srovnat informovanost žen o životním stylu po hysterektomii ve vybraných nemocnicích Plzeňského kraje.

Cíl 3

Vytvořit pro ženy efektivní edukační materiál, týkající se životního stylu po hysterektomii.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Ženy mají informace o průběhu operace.

Hypotéza 2

Edukace má pozitivní vliv na informovanost žen o jejich životním stylu po hysterektomii.

Hypotéza 3

Ženy pozitivně hodnotí předloženou edukační brožuru.

Hypotéza 4

Ženy ve vybraných nemocnicích postrádají informace týkající se sexuálního života po hysterektomii.

3. Metodika

3.1 Popis metodiky

V bakalářské práci byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního šetření. Pro účely ověření hypotéz byla použita kvantitativní metoda na základě kvaziexperimentu a dotazníkového šetření.

Základní soubor pro kvaziexperiment tvoří dvě skupiny. První skupinu tvořily ženy, které před hysterektomií, s použitím vytvořeného edukačního materiálu, edukovány byly. Druhá skupina byla složena z žen, které edukovány nebyly. Pro testování efektivity předoperační edukace byl použit strukturovaný rozhovor (Příloha 2). Rozhovor podstoupily obě skupiny žen před propuštěním do domácí péče. V rozhovoru bylo použito dvanáct otázek. Identifikační otázky se zaměřily na věk, paritu, vzdělání a bydliště respondentek, zbývajících osm otázek bylo zjišťovacích.

Další část šetření, srovnávající informovanost žen o životním stylu po hysterektomii, byla provedena pomocí anonymních dotazníků (Příloha 1). Dotazník obsahoval 26 otázek. Otázky identifikační (1-5) se zaměřily na věk, bydliště, vzdělání a paritu ženy. Dále byly použity otázky kontrolní (6, 22), uzavřené, kdy ženy volily pouze odpověď ano, ne, nevím (7, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26), jedna filtrační otázka (4) po níž následovala otázka pouze pro ženy s odpovědí ano (5). Též byly kladeny polytomické otázky s výběrem jedné alternativy (9, 10, 12, 13, 15, 17) a s výběrem více variant (14). Polouzavřené otázky byly kladeny uprostřed a na konci dotazníku (8, 11, 24, 25).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro kvantitativní šetření zahrnul ženy po hysterektomii ve vybraných nemocnicích Plzeňského kraje (Klatovská nemocnice a.s., Domažlická nemocnice a.s., Fakultní nemocnice Plzeň). Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků, 15 dotazníků se nevrátilo, 5 bylo vyřazeno z výzkumného souboru pro neúplnost vyplňovaných otázek. Celkový počet dotazníků použitých pro kvantitativní šetření bylo 50 (100 %). Výběr žen pro výzkumné šetření byl náhodný. Výzkumné šetření probíhalo

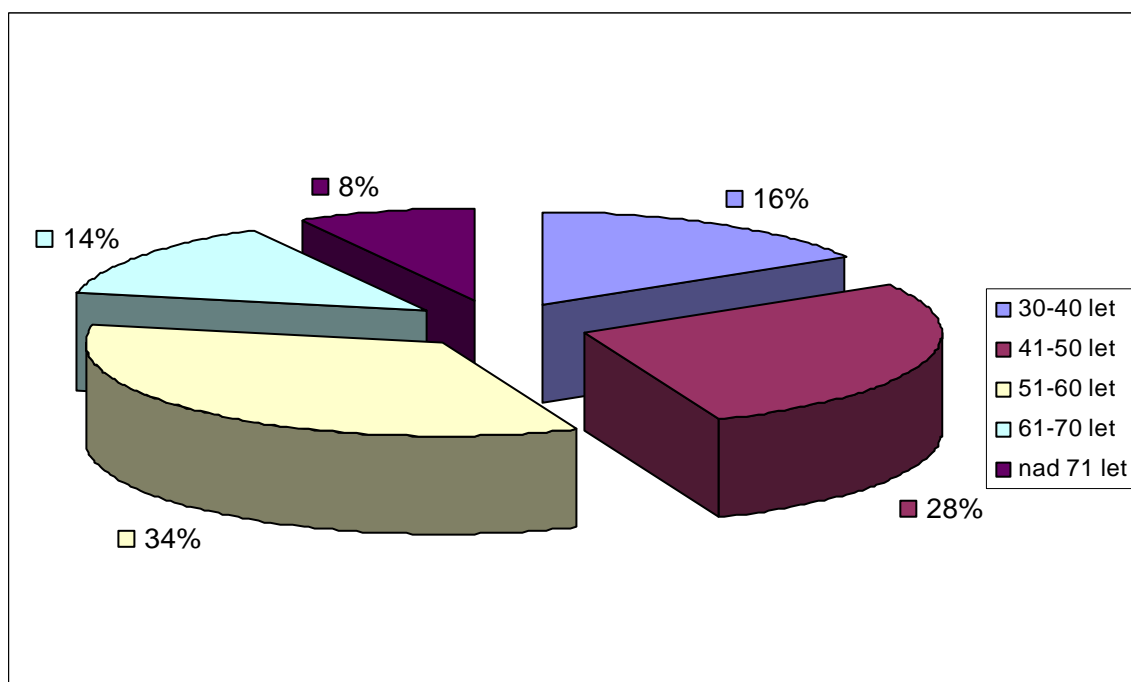
od poloviny dubna do poloviny června 2010. Výsledky byly zpracovány do jednotlivých grafů.

Základní soubor pro kvaziexperiment tvořily dvě skupiny žen. První skupinu tvořily čtyři ženy, které byly, pomocí edukační brožury (Příloha 4) před hysterektomií edukovány. Pro samotnou edukaci byl vytvořen edukační plán (Příloha 3). Druhou skupinu představovaly čtyři ženy, které před hysterektomií edukovány nebyly. Rozhovor se ženami, uskutečněný v Klatovské nemocnici a.s., byl veden před propuštěním do domácí péče. Výběr žen pro výzkumné šetření byl náhodný. Výzkumné šetření probíhalo od poloviny května do poloviny července 2010. Jednotlivé rozhovory byly zpracovány do kazuistik a výsledky do tabulek.

4. Výsledky výzkumného šetření

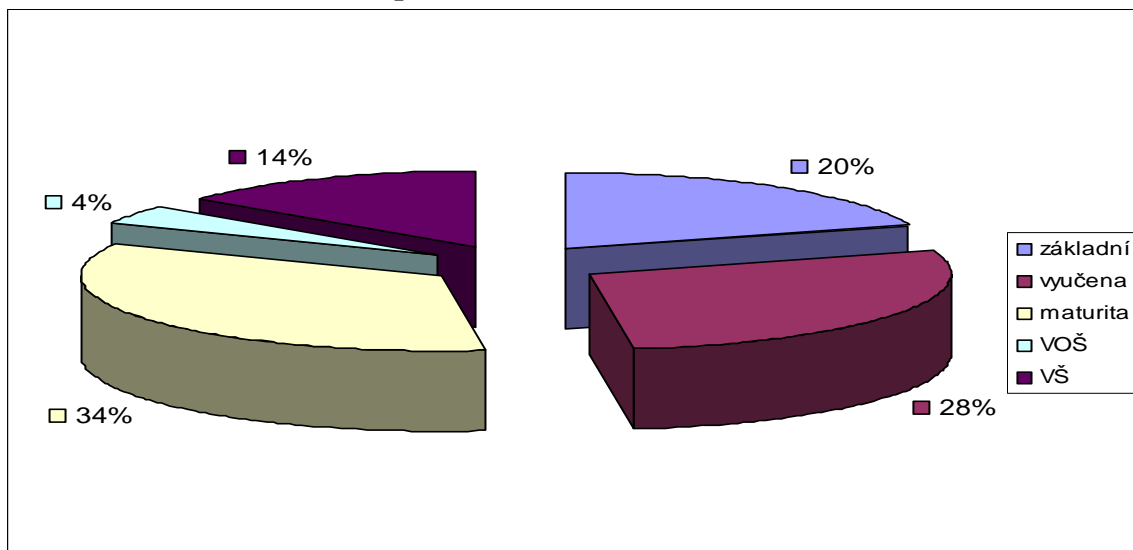
4.1 Kvantitativní výzkumné šetření

Graf 1 Věk respondentek



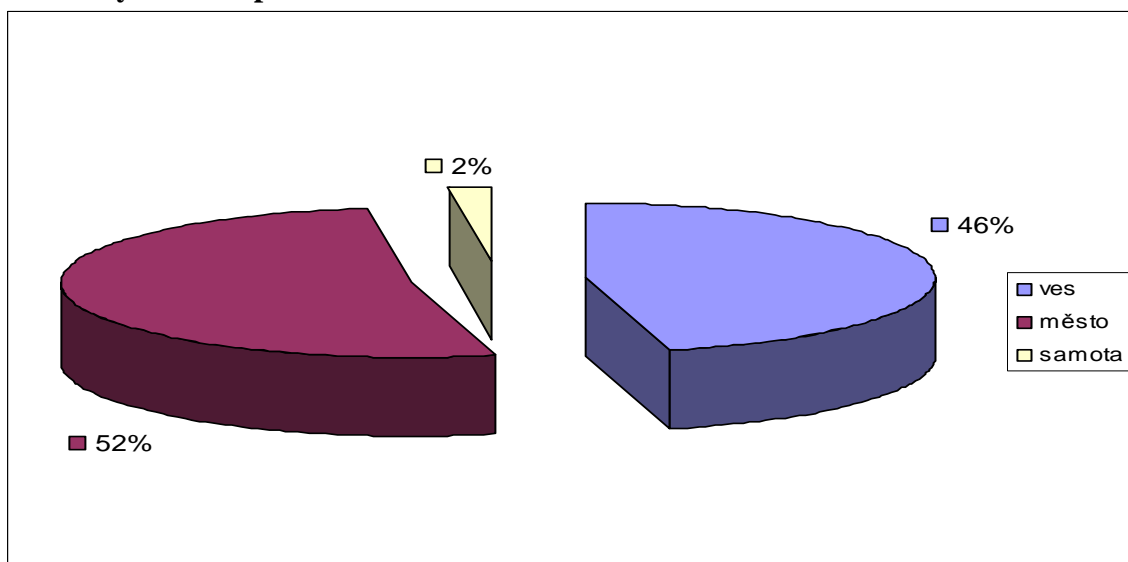
Z celkového počtu 50 (100 %) žen bylo 8 (16 %) žen ve věku mezi 30-40 lety, 14 (28 %) žen ve věku mezi 41-50 lety, 17 (34 %) žen ve věku 51-60 let, 7 (14 %) žen ve věku 61-70 let a 4 (8 %) ženy byly starší 71 let.

Graf 2 Dosažené vzdělání respondentek



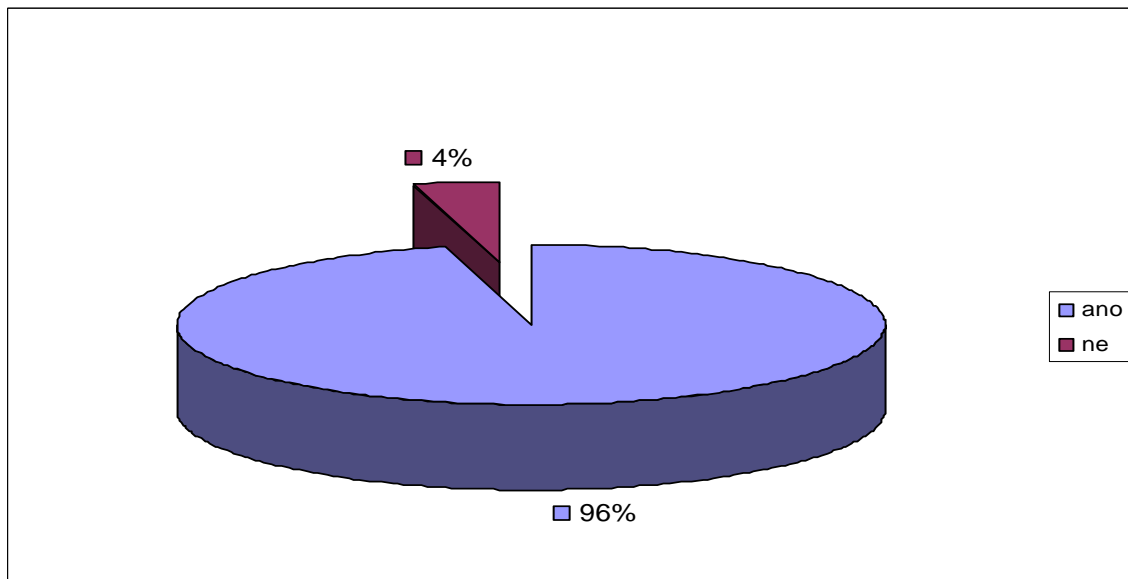
Z 50 (100%) žen dosáhlo 7 (28 %) žen vysokoškolského vzdělání, 2 (4 %) ženy mají vyšší odborné vzdělání, 17 (34 %) žen maturitu. 14 (28 %) žen je vyučeno a 10 (20 %) žen dosáhlo základního vzdělání.

Graf 3 Bydliště respondentek



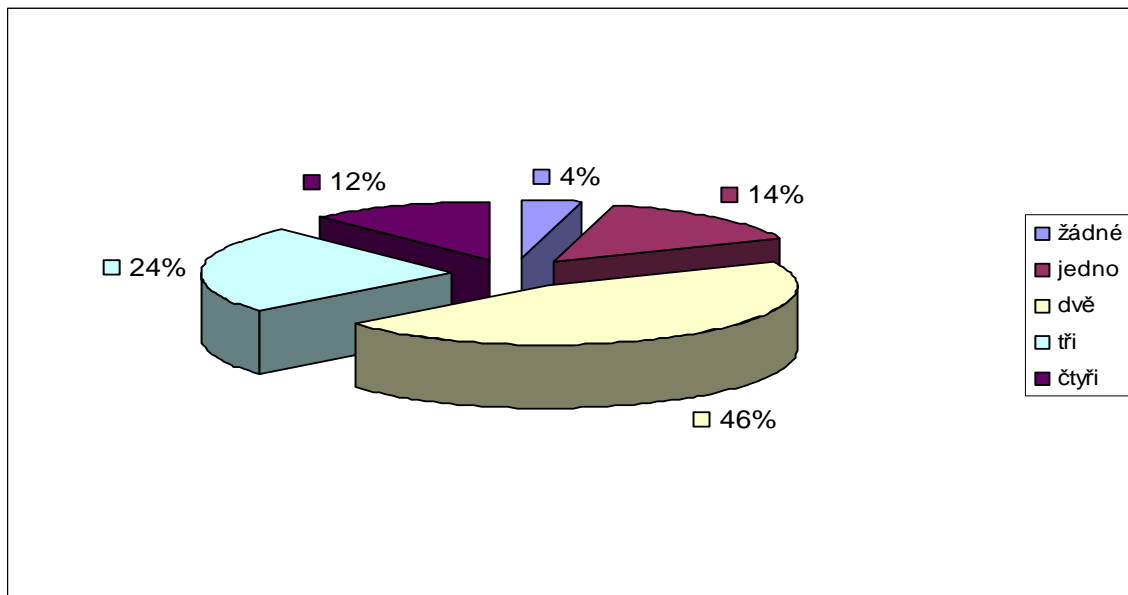
Z 50 (100 %) dotázaných žen bydlí 26 (52 %) žen ve městě, 23 (46 %) na vesnici a 1 (2 %) žena žije na samotě.

Graf 4: Děti respondentek



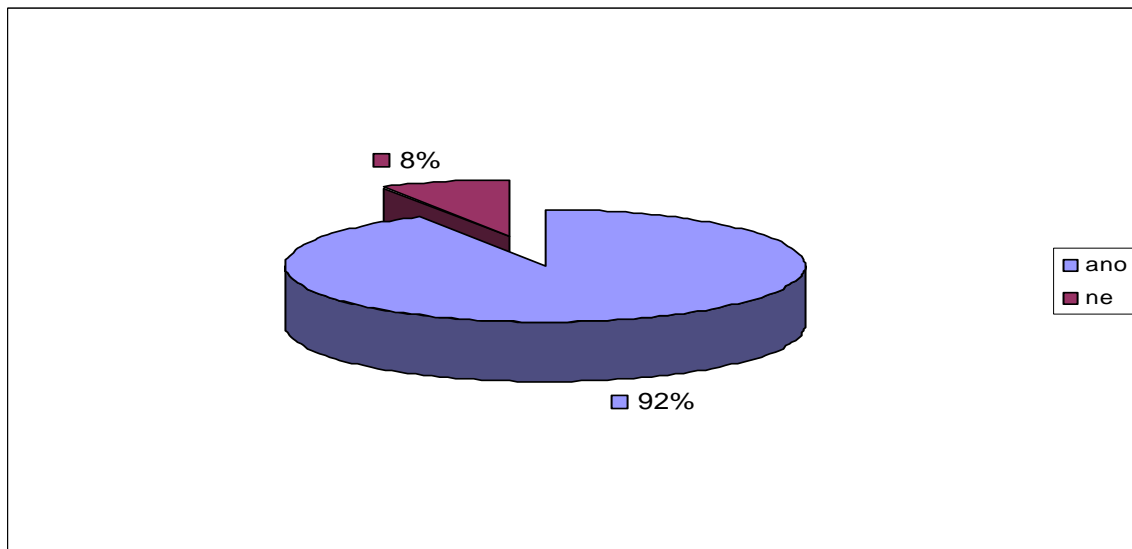
Z celkového počtu 50 (100 %) žen uvedlo 48 (96 %) žen , že děti má, 2 (4 %) ženy děti nemají.

Graf 5 Počet dětí



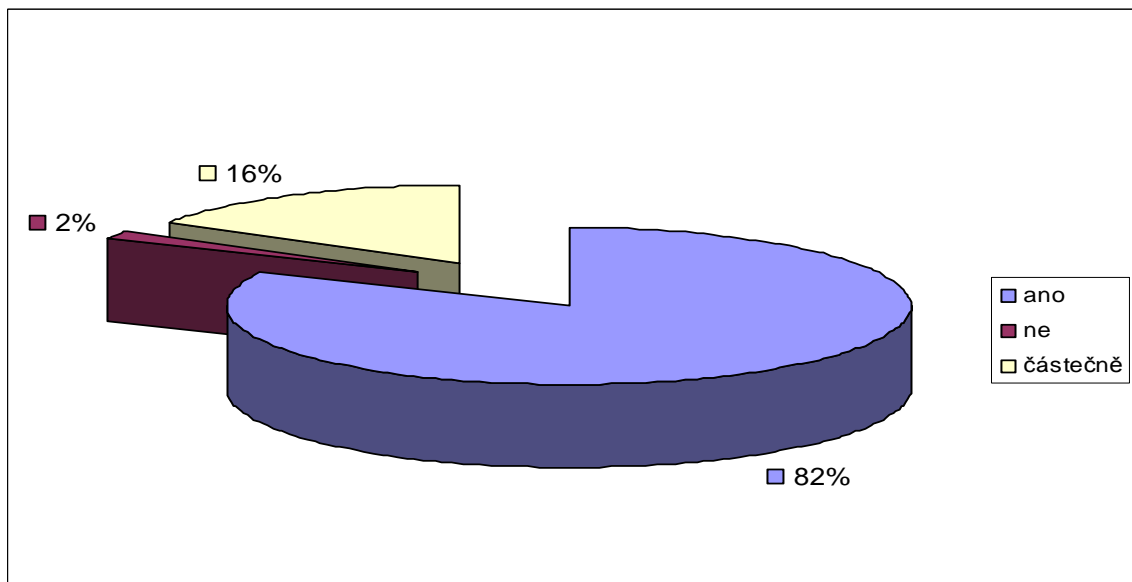
Jedno dítě má 7 (14 %) žen, 23 (46 %) žen uvádí dvě děti, 12 (24 %) žen má tři děti a čtyři děti porodilo 6 (12 %) žen.

Graf 6 Znalost pojmu hysterektomie



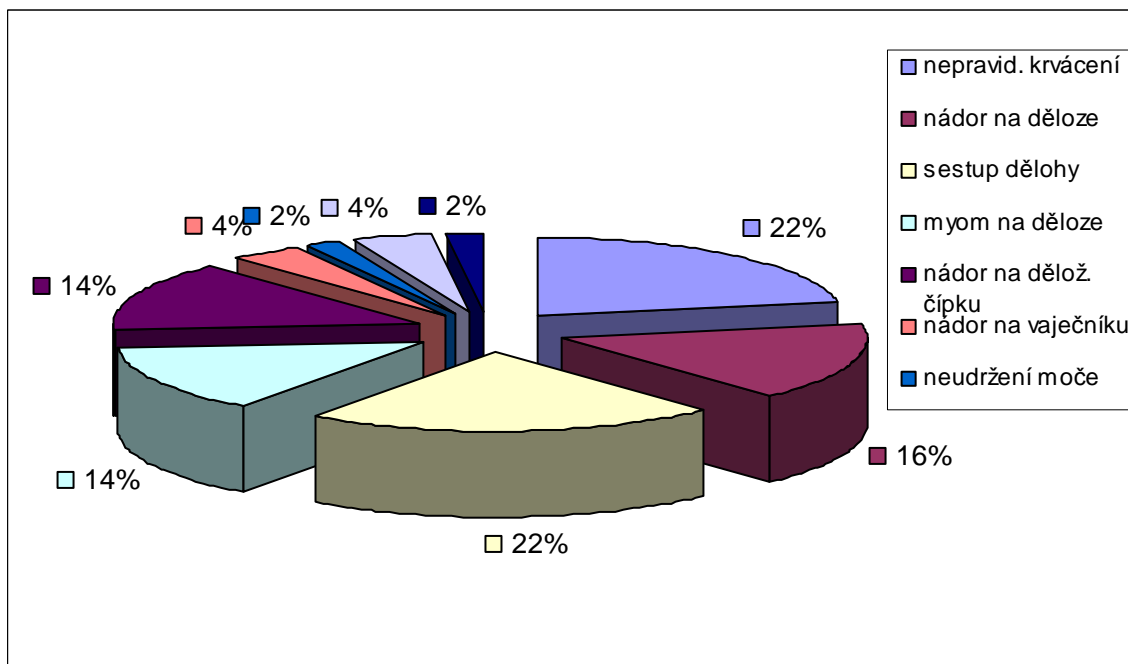
Graf 16 znázorňuje znalost pojmu hysterektomie. 46 (92 %) žen ví, co je hysterektomie, 4 (8 %) ženy tento pojem neznají.

Graf 7 Informovanost respondentek o důvodech operace



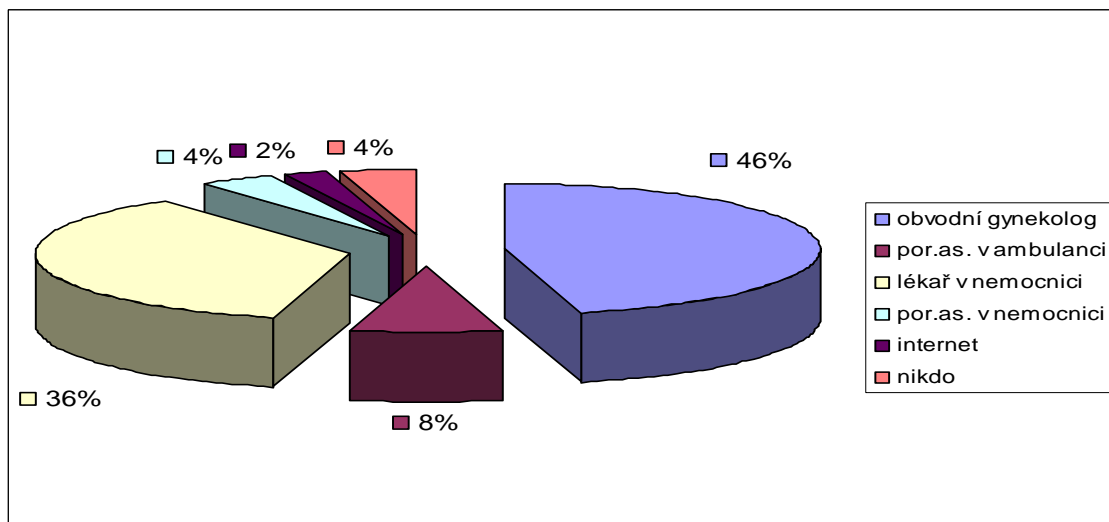
Z 50 (100 %) žen bylo informováno 41 (82 %) žen o důvodech hysterektomie, 1 (2 %) žena uvádí, že žádné informace na toto téma nedostala a 8 (16 %) žen bylo informováno jen částečně. Tyto ženy také v dotazníku uvádějí potřebu dalších a podrobnějších informací o důvodech hysterektomie.

Graf 8 Důvod hystrektomie



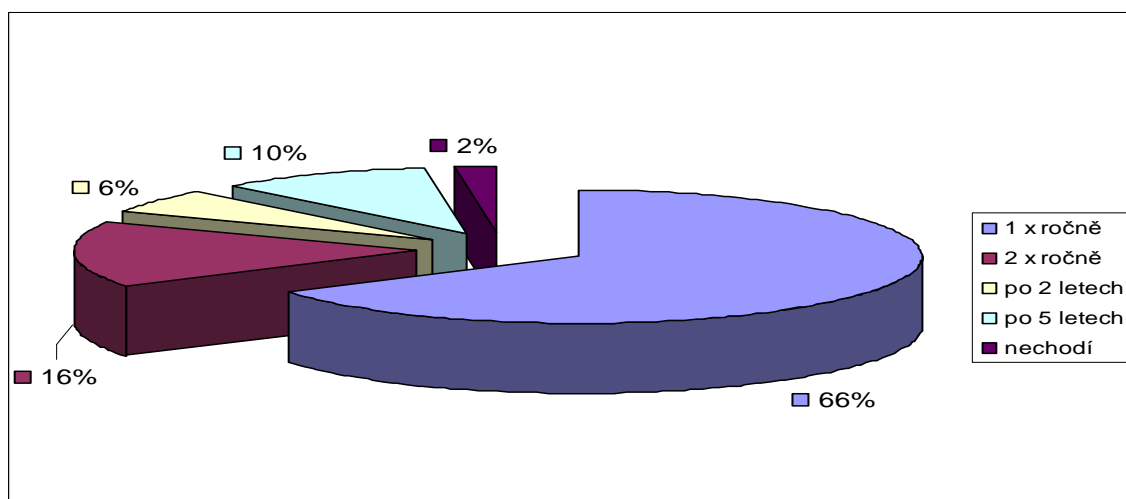
Graf 8 ukazuje jaký důvod k hysterektomii byl ženám uveden. Nejčastěji ženy uváděly nepravidelné krvácení a sestup dělohy - 11 (22 %) žen. 8 (16 %) žen uvedlo jako důvod k hysterektomii nádor na děloze. Myom a nádor na děložním čípku uvádělo 7 (14 %) žen, 1 (2 %) nevěděla důvod hysterektomie, nádor na vaječníku a inkontinence byl důvod k hysterektomii u 2 (4 %) žen. Dvě (4 %) ženy v dotazníku zvolily odpověď jiné, ale již důvod nespécifikovaly.

Graf 9 Osoba podávající informace o důvodech operace



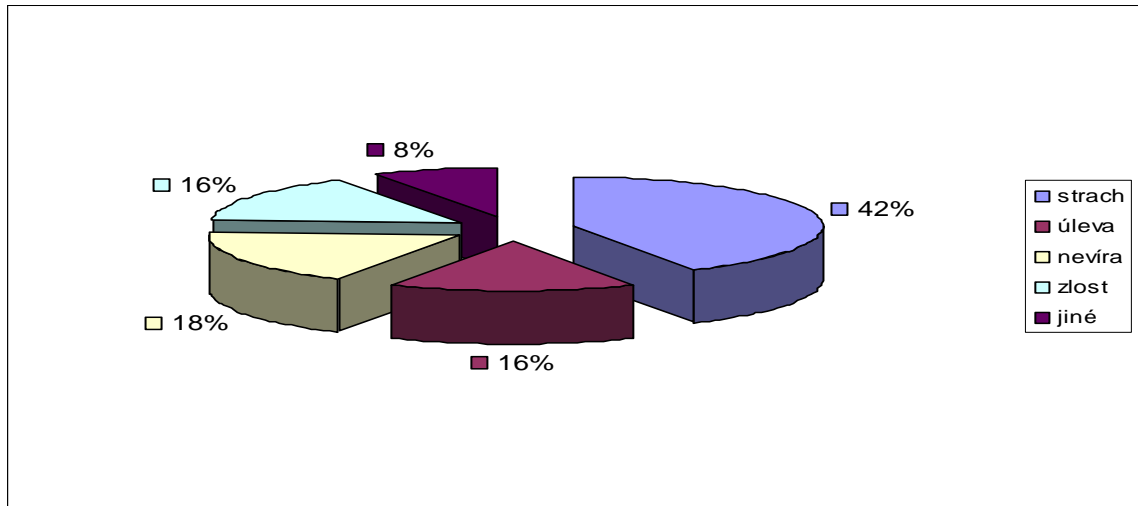
23 (46 %) žen dostalo informace o důvodech hysterektomie od obvodního gynekologa, 4 (8 %) ženy o porodní asistentky v ambulanci. Lékař v nemocnici informoval 18 (36 %) žen, porodní asistentka na oddělení podala informace 2 (4 %) ženám. 1 (2 %) žena získala informace na internetu a 2 (4 %) ženy nebyly nikým informovány.

Graf 10 Četnost preventivních prohlídek respondentek



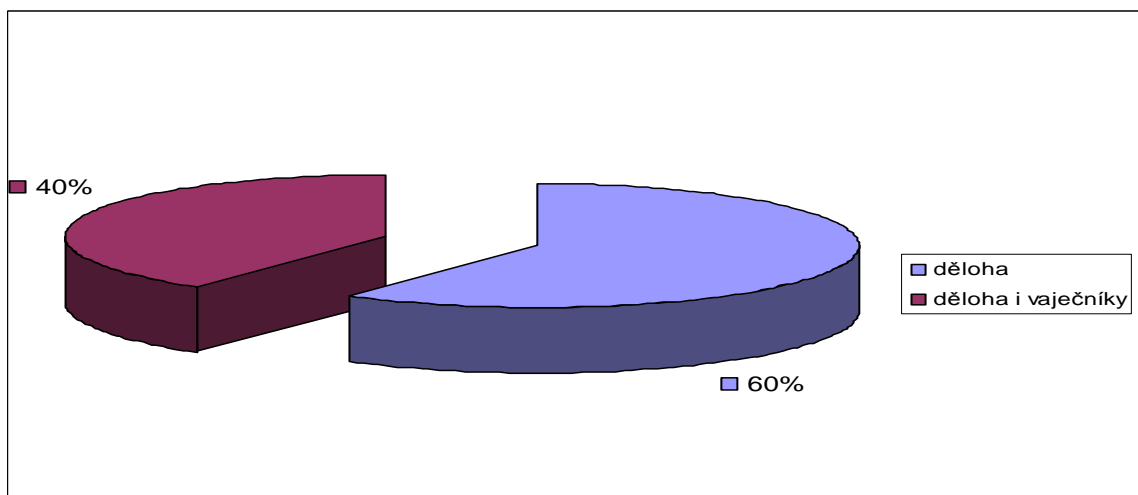
Na preventivní prohlídky chodí 1x ročně 33 (66 %) žen. 8 (16%) žen podstoupilo preventivní prohlídku 2x ročně. Dvouleté intervaly mezi jednotlivými preventivními prohlídkami uvádí 3 (6 %) ženy, po pěti letech navštěvuje gynekologa 5 (10 %) žen. 1 (2 %) žena na preventivní prohlídky nechodí.

Graf 11 Pocity respondentek před operací



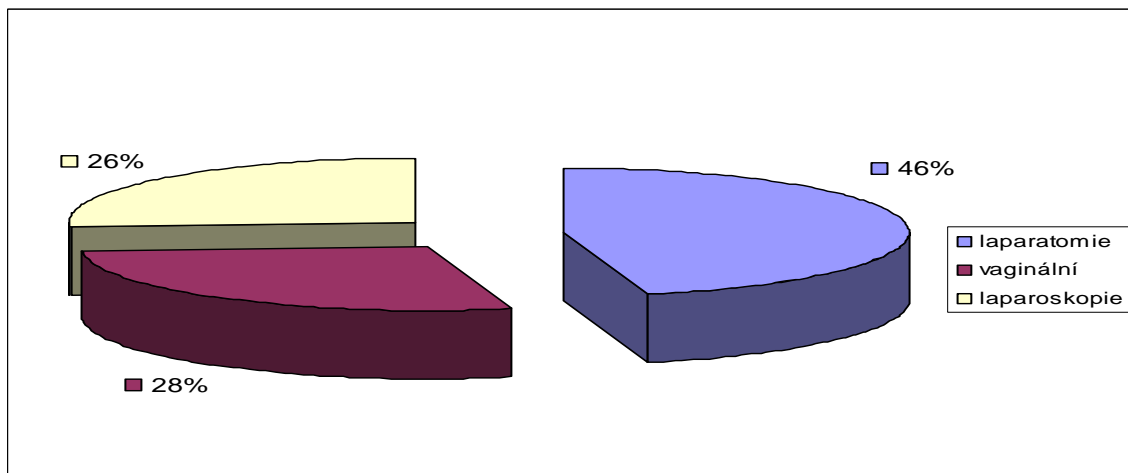
Graf 11 ukazuje pocity žen před operací. 21 (42 %) žen udávalo strach z operace, 8 (16 %) žen pociťovalo úlevu, protože se zbaví svých obtíží. 9 (18 %) žen nechtělo uvěřit faktu, že musí podstoupit hysterektomii, 8 (16 %) žen mělo zlost proto, že tato náročná situace potkala je. 2 (4 %) ženy uváděly především obavy z výsledků operace a obavy z anestézie.

Graf 12 Rozsah hysterektomie



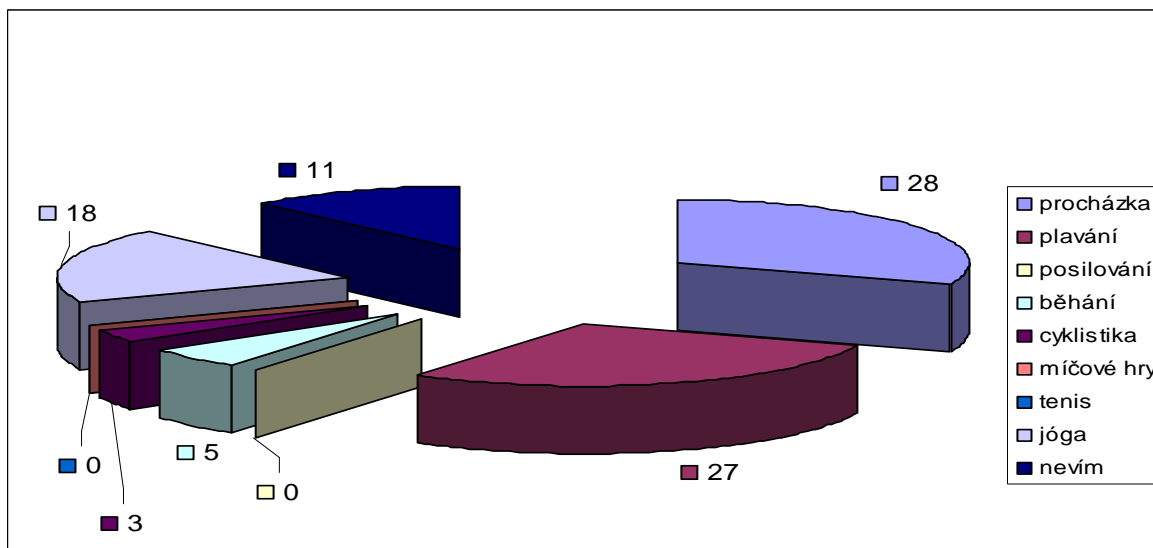
Z celkového počtu 50 (100 %) bylo u 30 (60 %) žen provedena prostá hysterektomie a u 20 (40 %) žen hysterektomie s adnexektomií.

Graf 13 Přístupová cesta pro hysterektomii



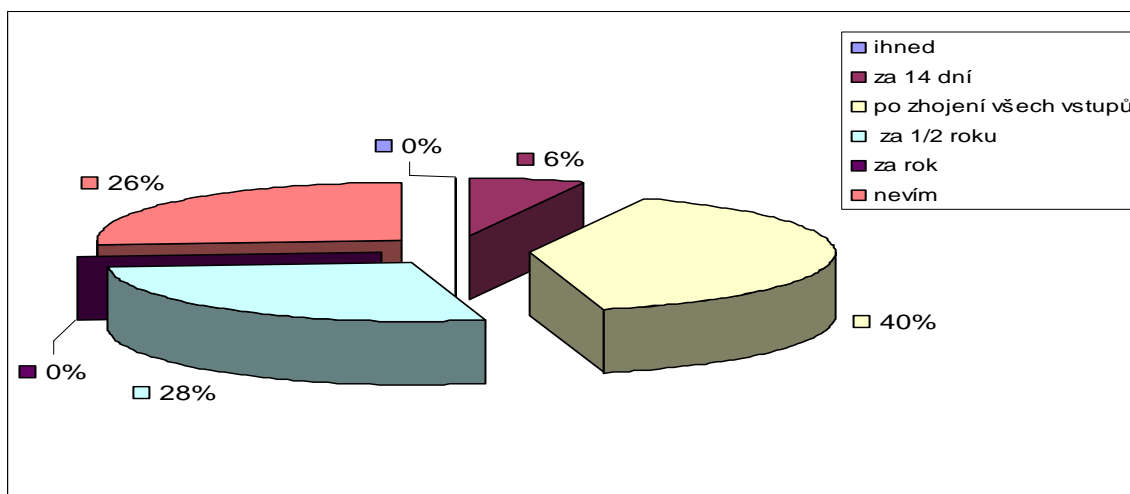
U 23 (46 %) žen byla jako přístupová cesta pro hysterektomii zvolena laparatomie. Vaginální hysterektomie byla provedena u 14 (28 %) žen a laparoskopie byla zvolena u 13 (26 %) žen.

Graf 14 Znalost respondentek o sportech, které je možno provozovat měsíc po operaci



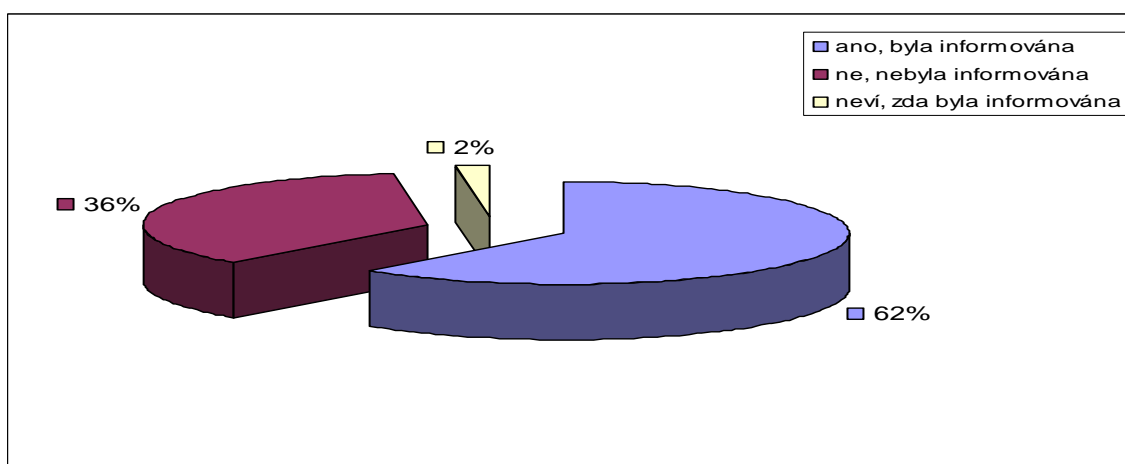
Graf 14 ukazuje, jaké sporty by ženy provozovaly měsíc po operaci. Ženy mohly volit více odpovědí. 28 žen volilo procházky, 27 žen plavání, 5 žen běhání, 3 ženy cyklistiku. Jógu by provozovalo 18 žen. Tenis a posilování nezvolila žádná žena a 11 žen nevědělo, který sport by mohly měsíc po operaci provozovat.

Graf 15 Informovanost klientek o době, za jakou mohou začít s nenáročnými sporty



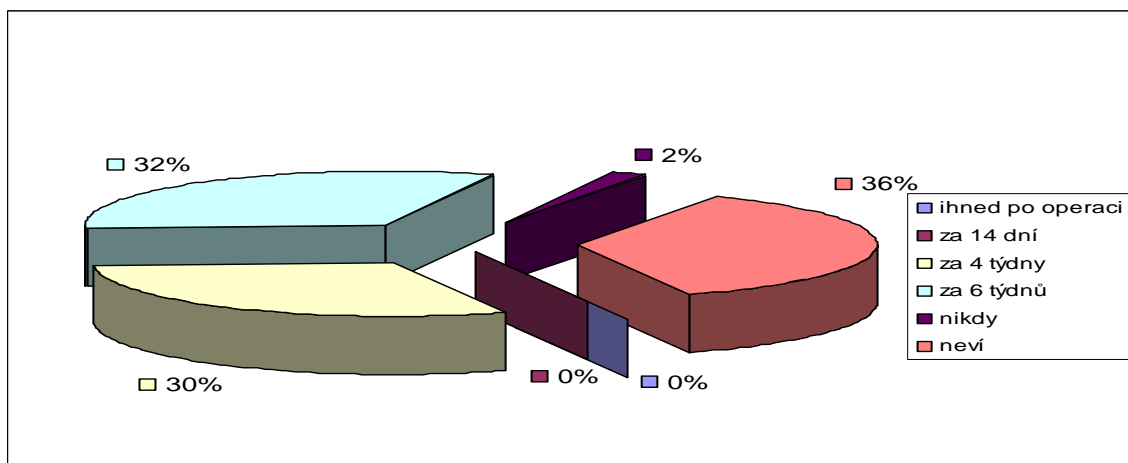
Tento graf se zabývá informovaností žen o době za kterou mohou začít s nenáročnými sporty jako jsou jóga, protahování, procházky. Možnost ihned po operaci ne zvolil nikdo. 3 (6 %) ženy uvedly, že mohou začít sportovat za 14 dní, 20 (40 %) žen uvedlo začátek sportování na dobu po zhojení všech operačních vstupů. Za půl roku by začalo sportovat 14 (28 %) žen, za rok 3 (6 %) ženy. 13 (26 %) žen si s tímto dotazem nevědělo rady.

Graf 16 Informovanost respondentek o sexuálním životě po hysterektomii



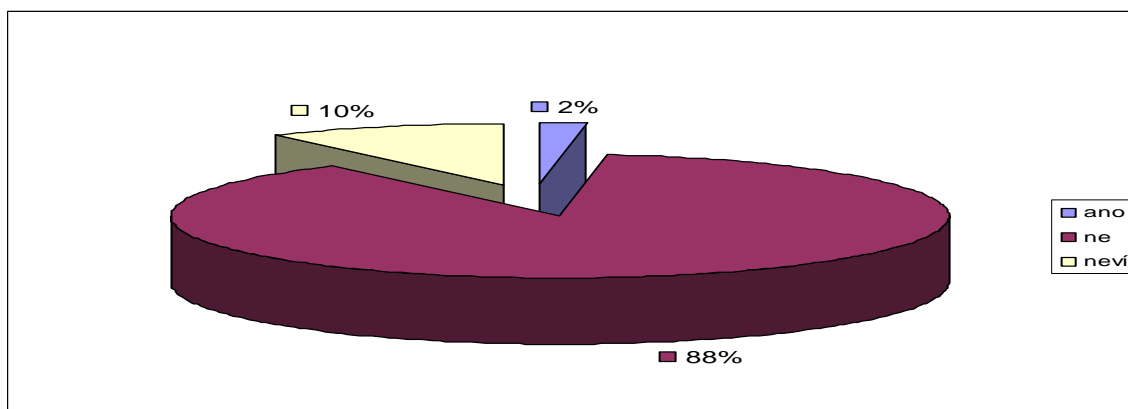
Z celkového počtu 50 (100 %) žen bylo 31 (62 %) informováno o sexuálním životě po hysterektomii, 18 (36 %) žen informováno nebylo a 1 (2 %) žena si neuvědomuje, zda byla informována.

Graf 17 Informovanost respondentek o době, za kterou mohou mít po operaci pohlavní styk



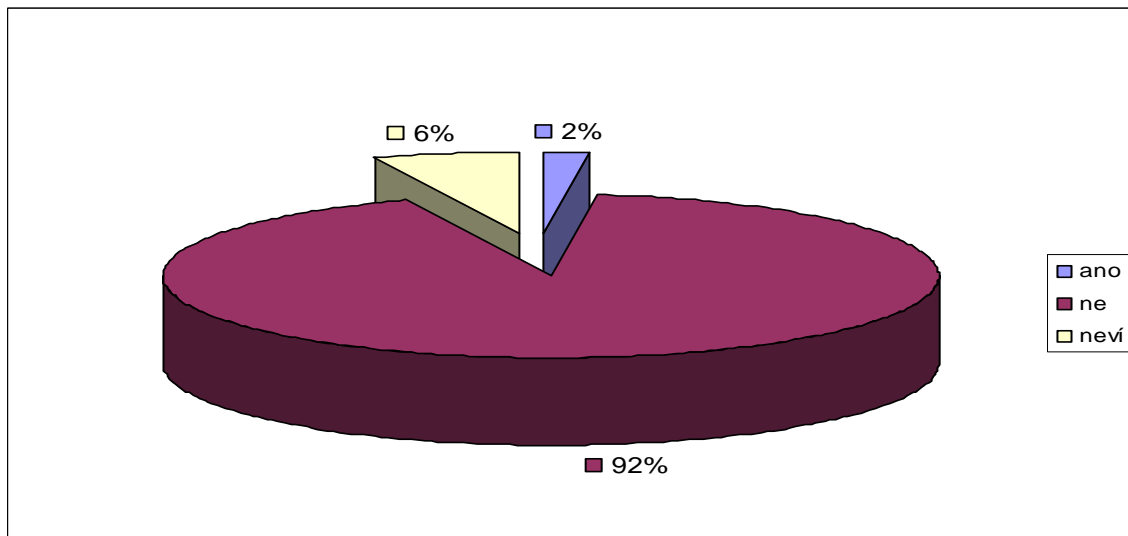
Graf 17 se zabývá informovaností žen o době, za kterou mohou mít pohlavní styk. Žádná z žen si nemyslí, že by mohla mít pohlavní styk ihned po operaci, taktéž možnost za 14 dní ne zvolil nikdo. 15 (30 %) žen si myslí, že mohou začít s pohlavním životem za čtyři týdny, 16 (32 %) žen by začalo s pohlavním stykem za 6 týdnů. Již nikdy by nezačala s pohlavním stykem 1 (2 %) žena a 18 (36 %) žen neví, kdy mohou začít s pohlavním životem po operaci.

Graf 18 Menstruace po operaci



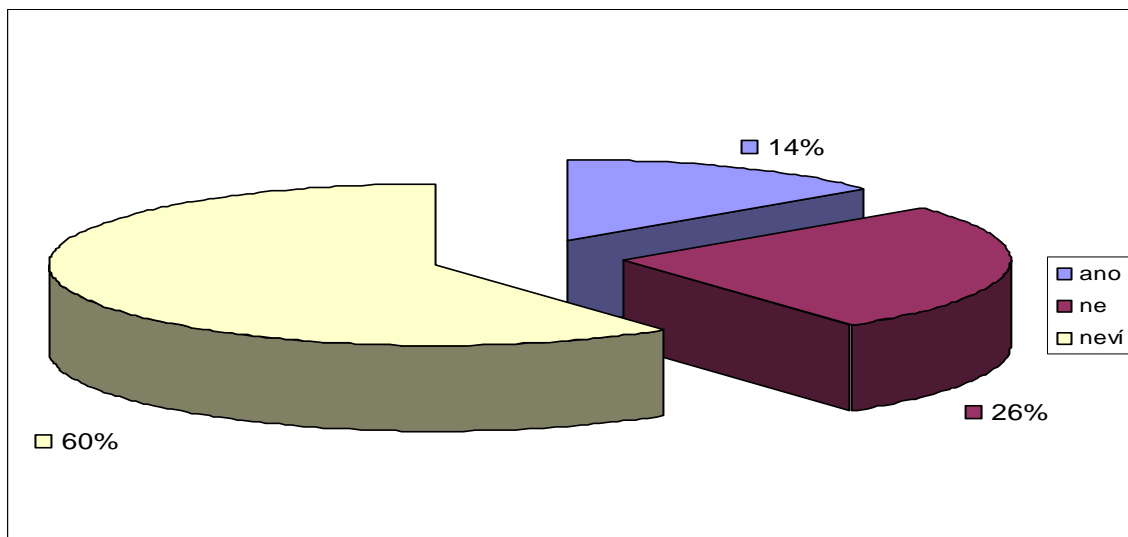
Z 50 (100 %) dotázaných žen si 1 (2 %) žena myslí, že bude po hysterektomii dále menstruat. 44 (88 %) ženy uvádějí, že po hysterektomii již menstruat nebudou a 5 (10 %) žen neví, zda budou nadále po hysterektomii menstruat.

Graf 19 Možnost otěhotnění po operaci



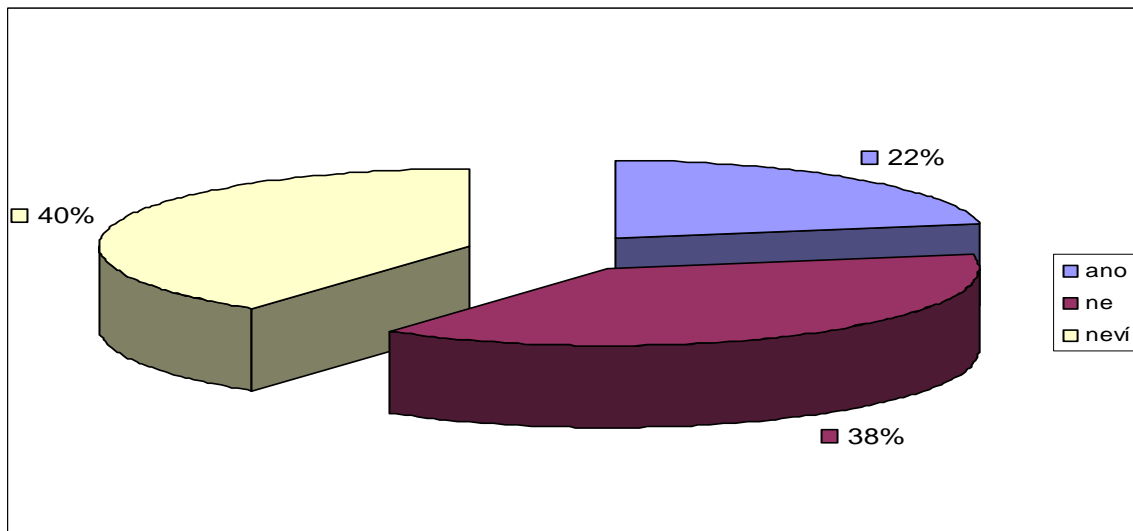
Jak jsou ženy informovány o možnosti otěhotnění po hysterektomii znázorňuje tento graf. 46 (92 %) žen je přesvědčeno, že po hysterektomii již otěhotnět nemohou, 1 (2 %) si myslí, že otěhotnět může a 3 (6 %) ženy neví, zda mohou otěhotnět po hysterektomii.

Graf 20 Vliv operace na osteoporózu



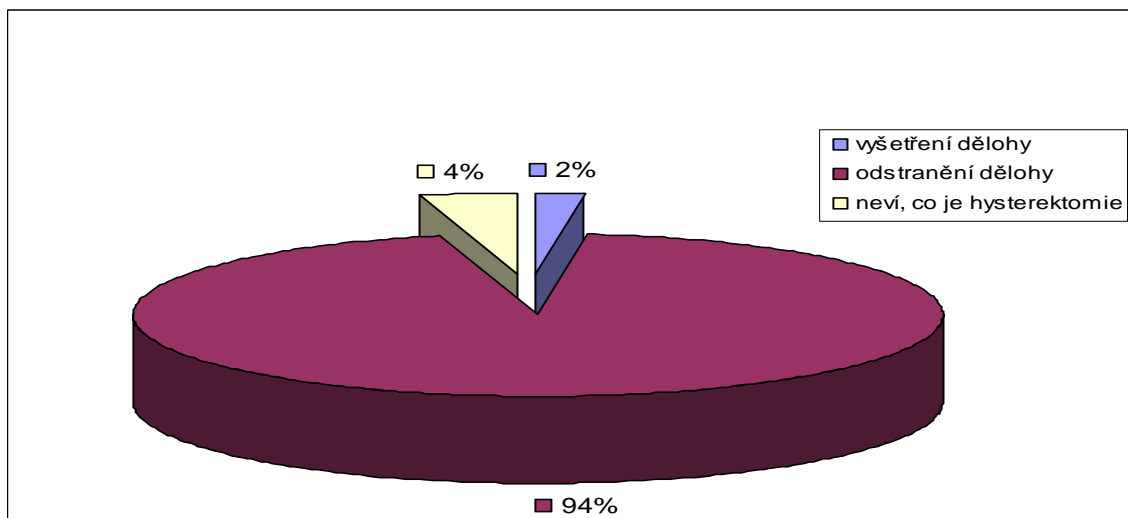
Z celkového počtu 50 (100 %) žen si 7 (14 %) myslí, že hysterektomii má vliv na osteoporózu, 13 (26%) žen popírají vliv hysterektomie na osteoporózu. 30 (60 %) žen nevědí, zda má hysterektomie vliv na osteoporózu.

Graf 21 Změny váhy ve spojitosti s operací



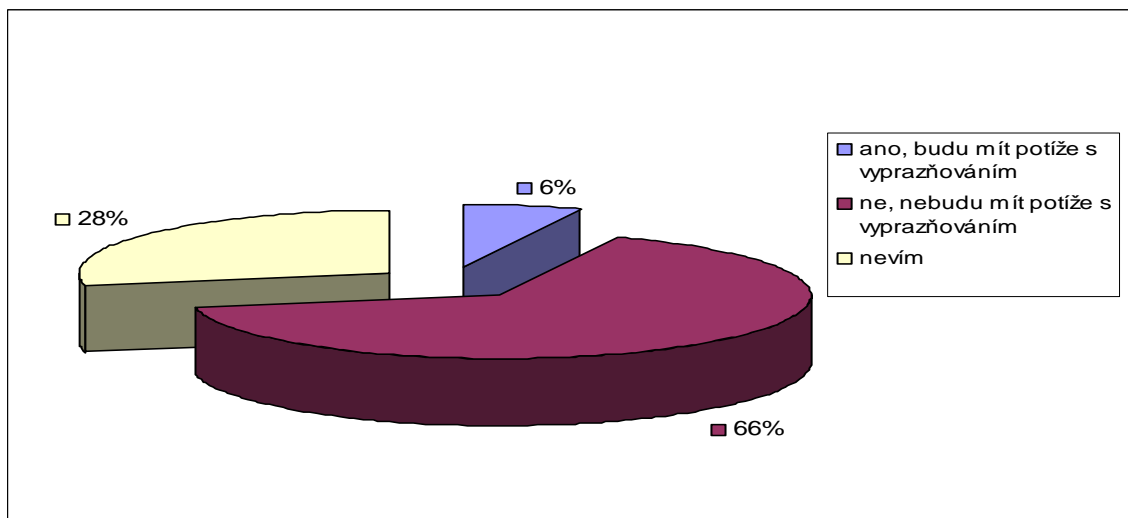
Z celkového počtu 50 (100 %) žen je 11 (22 %) přesvědčeno o vlivu hysterektomie na změny váhy. 19 (38 %) žen popírá souvislost mezi hysterektomií a změnami váhy. 20 (40 %) žen neví, zda je hysterektomie spojena se změnami váhy.

Graf 22 Kontrolní otázka na znalost respondentek pojmu hysterektomie



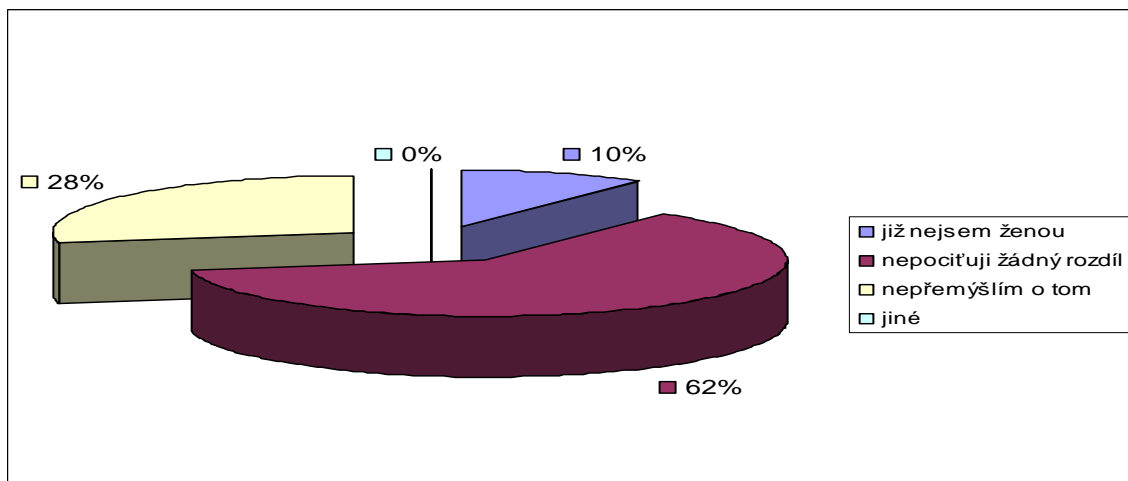
Na dotaz co je hysterektomie zvolila 1 (2 %) žena odpověď A, tedy vyšetření dělohy. 47 (94 %) žen uvedlo, že hysterektomie je odstranění dělohy a 2 (4 %) ženy nevěděly, co je hysterektomie.

Graf 23 Potíže s vyprazdňováním moče v souvislosti s operací



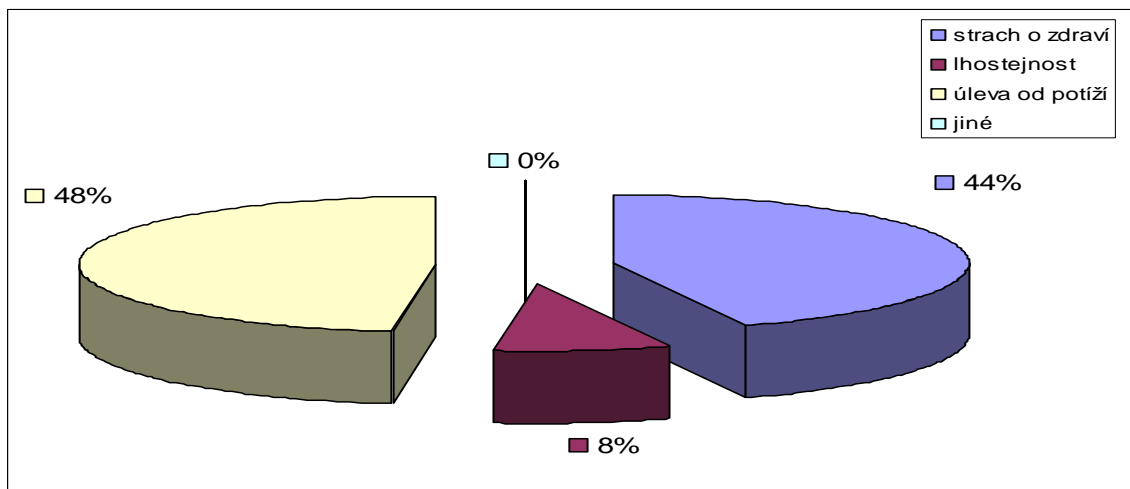
Z celkového počtu 50 (100 %) žen si 3 (6 %) ženy myslí, že budou mít po hysterektomii potíže s vyprazdňováním moče, 33 (66 %) ženy jsou přesvědčeny, že po hysterektomii žádné potíže s vyprazdňováním moče mít nebudou. 14 (28 %) žen neví, zda budou mít potíže s vyprazdňováním moče.

Graf 24 Vnímání ženskosti po operaci



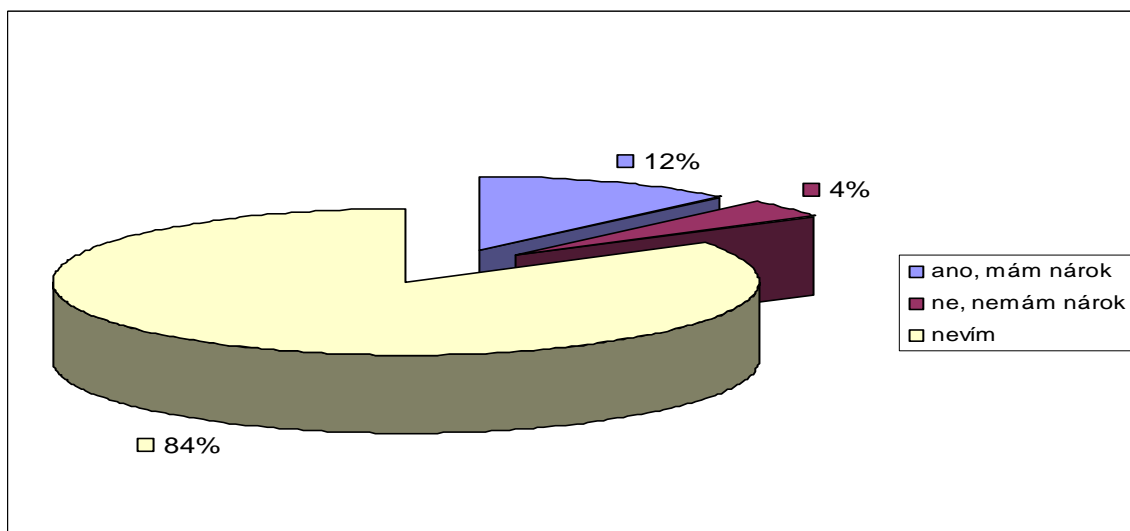
Graf 24 znázorňuje změnu vnímání ženskosti po hysterektomii. 5 (10 %) žen se již necítí být ženou, děloha pro ně znamenala projev ženskosti. 31 (62 %) žen žádnou změnu nepocit'uje, 14 (28 %) žen o tomto nepřemýšlí. Možnost jiné ne zvolila žádná s dotazovaných žen.

Graf 25 Reakce respondentek na sdělení o hysterektomii



Z celkového počtu 50 (100 %) žen uvedlo jako reakci na sdělení nutnosti podstoupit hysterektomii 22 (44%) žen strach, 24 (48 %) ženám se ulevilo, protože se zbaví svých obtíží a 4 (8 %) ženám bylo jedno, že podstupují hysterektomii.

Graf 26 Informovanost respondentek o nároku na lázně



Graf 26 zjišťoval informovanost žen o nároku na lázně. 6 (12 %) žen si myslí, že má nárok na komplexní lázeňskou péči, 2 (4 %) ženy uvádějí, že nemají nárok na komplexní lázeňskou péči. 42 (84 %) ženy nemají informace o tom, zda mají nárok na lázeňskou péči.

4.2 Kvalitativní výzkumné šetření

4.2.1 Rozhovory s edukovanými ženami

Pro větší přehlednost byly rozhovory přepsány do jednotlivých kazuistik. Rozhovory byly poskytnuty po předchozím souhlasu jak ženy, tak i vedení gynekologicko-porodnického oddělení Klatovské nemocnice a.s.

Kazuistika 1

Rozhovor poskytla respondentka pátý den po prosté hysterektomii. Před operací byla respondentce předložena edukační brožura a byl nabídnut edukační rozhovor. Rozhovor respondentka nevyžadovala.

Paní J. H. je 56 let, středoškolačka. Bydlí na vesnici, má 3 děti, dva syny a dceru ve věku 35, 33 a 30 let.

Respondentka chodí na gynekologické preventivní prohlídky 1x ročně. Význam pravidelných preventivních prohlídek nepodceňuje. Ví, jaká rizika jsou spojena s nepravidelnou preventivní péčí.

Pojem hysterektomie zná, byla poučena obvodním lékařem o významu tohoto slova. Již dříve pojem hysterektomie slyšela, měla hrubou představu o jeho významu. Ale jak sama říká, nedovedla si přestavit co vše hysterektomie obnáší.

O důvodech hysterektomie byla informována nejprve obvodním gynekologem, od kterého získala základní informace. Přijímající lékař paní J.H. podrobněji vysvětlil proč by měla hysterektomii podstoupit, dále paní J.H. získala informace o průběhu operace. Zdravotní sestra na gynekologickém oddělení pak respondentku poučila o vyšetřeních, které ji před operací čekají a vysvětlila jí, jak bude probíhat ranné pooperační období.

Paní J.H. jako důvod hysterektomie uvádí nepravidelné a silné krvácení. Tento problém jí obtěžuje již dva a půl roku. Teprve před půl rokem se odhodlala svěřit se se svými potížemi obvodnímu gynekologovi.

U paní J.H. byla provedena laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Respondentka si tento operační přístup velmi pochvaluje. Již ráno, den po operaci, byla

schopna se sama umýt a projít se po pokoji za doprovodu sestry. Jen si stěžuje na bolesti v podžebří a ramenou. Důvod těchto bolestí jí byl objasněn ošetřující sestrou.

Přesto, že měla paní J.H. dostatek informací o průběhu operace, pociťovala značné obavy. Především se obávala anestézie, kladla otázky týkající se bezpečnosti anestézie. Měla strach, že se neprobudí. Další obavy se týkaly bolestí po operaci a vstávání po operaci. Paní J.H. postrádala informace o možném medikamentózním tlumení bolestí po operaci.

Respondentka již před edukací měla některé informace týkající se životního stylu po hysterektomii. Informace získala od obvodního gynekologa a sestry v ambulanci. Paní J.H. věděla, že po operaci nebude menstruuovat. O tomto faktu byla poučena již obvodním gynekologem a velmi to vítá. O nemožnosti otěhotnění ví, nijak ji to neznepokojuje. Myslí si, že hysterektomie nemá vliv na změny váhy ani na vyprazdňování moče. Informace o sexuálním životě po hysterektomii má jen kusé, je si jistá, že odstranění dělohy nijak neovlivní možnost mít pohlavní styk. Ale neví, kdy bude moci opět pohlavní život obnovit a zda operace nebude mít negativní vliv na prožívání pohlavního styku. Podrobněji o sexuálním životě informována nebyla. S lékařem se styděla intimní otázky probírat. O možnost sportovat i po operaci se velmi živě zajímá. Před operací aktivně sportovala. Preferuje cyklistiku, pěší turistiku, plavání a lyžování. Paní J.H. byla poučena ošetřujícím lékařem a sestrou, že se sportovními aktivitami může začít pozvolna, nejlépe po úplném zhojení operačních vstupů. Byly jí doporučeny na začátek protahovací cviky, cviky na posílení svalů pánevního dna a procházky. Od ošetřující sestry dostala leták s cviky pro posílení svalů pánevního dna. Zda má nárok na lázně neví, ani ji tento dotaz nenapadl.

Paní J.H. je velmi ráda, že podstoupila operaci. Konečně se zbavila svých obtíží. Anestézii snášela dobře, využívala možnost medikamentózní tišení bolestí. Pochvaluje si chování ošetřujícího personálu, zvláště zdůrazňuje ochotu a komunikativnost ošetřujících sester a jejich snadnou dosažitelnost v případě potřeby. Na dotaz, zda odstranění dělohy ovlivnilo její vnímání ženskosti odpověděla, že se nic pro ni nezměnilo. Dělohu v posledních dvou letech již vnímala jako obtěžující a nepotřebný orgán, který splnil svoji funkci.

Po přečtení brožury získala paní J.H. přesnější informace o sexuálním životě, sportování a o tom, kdy vzniká nárok na lázeňskou péči kompletně hrazenou pojišťovnou. Dozvěděla se, že osteoporóza je ovlivněna hormony vaječnicků a také jak může ovlivnit přechodové potíže, které ji trápí již 4 roky. Říká, že brožura ji pomohla ujasnit si již získané vědomosti a dozvěděla se odpovědi na ty otázky, na které se styděla nebo nestihla zeptat.

Tabulka 1 Respondentka J.H.

Respondentka 1	
Věk	56 let
Vzdělání	Středoškolské
Bydliště	Vesnice
Počet dětí	Tři
Preventivní prohlídky, jak často	Ano 1x ročně
Informace o pojmu hysterektomie Zdroj informací	Ano Obvodní gynekolog
Informace o důvodu hysterektomie Zdroj informací	Ano Obvodní gynekolog Ošetřující gynekolog
Důvod hysterektomie	Nepravidelné a silné krvácení
Přístupová cesta pro hysterektomii	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
Pocity před hysterektomií	Strach z anestézie, z pooperačních bolestí a vstávání
Informace o pohlavním styku, jaké	Ano, může mít pohlavní styk Neví kdy může začít s pohlavním stykem Neví, zda hysterektomie ovlivní prožívání pohlavního styku Informace získané z edukační brožury
Informace o sportu - kdy a jaké sporty	Ano Po zhojení operačních vstupů Procházky, protahování, posílení svalů pánevního dna
Informace o menstruaci, jaké	Ano Nebude již menstruuovat
Informace o osteoporóze, jaké	Ano Informace získané z edukační brožury
Informace o vyprazdňování moči, jaké	Ano Hysterektomie nemá vliv na vyprazdňování moči
Nárok na komplexní lázeňskou péči	Ano Informace získané z edukační brožury

Informace o otěhotnění, jaké	Ano Nemůže již otěhotnět
Informace o změnách váhy, jaké	Ano Hysterektomie nemá vliv na změny hmotnosti Informace získané z edukační brožury
Pocity po hysterektomii	Nepocituje změnu Stále se cítí být ženou
Spokojenost s brožurou	Ano Našla zde informace, které nevěděla
Postrádané informace v brožuře	Ne

Respondentka 1, paní J.H., 56 let, středoškolačka žijící na vesnici, tři děti. Pravidelně 1x ročně chodí na preventivní prohlídky. Pojem hysterektomie zná, byl jí vysvětlen obvodním gynekologem. Informace o důvodu hysterektomie získala od obvodního a též ošetřujícího gynekologa. Důvodem k hysterektomii bylo nepravidelné a silné krvácení. Jako přístupová cesta byla zvolena laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Před samotnou operací respondentka pociťovala obavy z anestézie, pooperačních bolestí a vstávání po operaci. Respondentka je poměrně dobře informována o životním stylu po hysterektomii. Ví, že nebude menstruat, že nemůže otěhotnět, dále ví, že samotná hysterektomie neovlivňuje osteoporózu, změny váhy ani vyprazdňování moče. Má dostatečné informace o době, kdy může začít sportovat a jaké sporty či cviky jsou zpočátku doporučovány. Byla informována o možnosti obnovení pohlavního života. Více informací o sexuálním životě získala z edukační brožury. Také informace o poskytování komplexní lázeňské péče získala až z brožury. Respondentka nepocituje změnu ve vnímání ženství po operaci. Brožuru hodnotí kladně.

Kazuistika 2

Rozhovor poskytla respondentka sedmý den po prosté hysterektomii. Před operací byla respondentce předložena edukační brožura a byl nabídnut edukační rozhovor. Respondentka rozhovor nevyužila.

Paní H.L., 70 let, vyučena, bydlí ve městě, má 2 děti, dceru a syna ve věku 52 a 49 let.

Na preventivní prohlídky chodila paní H.L. do 60 let pravidelně 1x ročně. Po té nebyla u gynekologa 9 let. Měla pocit, že není třeba v tomto věku chodit na preventivní

prohlídky a také se styděla.

Pojem hysterektomie před operací nikdy neslyšela. Až přijímající gynekolog jí objasnil význam tohoto slova.

Důvod operace jí též sdělil až přijímající lékař. Též jí vysvětlil potup operace a pooperační péči. Jak paní H.L. sama říká, obvodní gynekolog ji pouze informoval o tom, že bude muset podstoupit hysterektomii. Více informací se nedozvěděla a to ji velmi vyděsilo.

Důvodem hysterektomie byla myomatózní děloha. Přijímající gynekolog paní H.L. objasnil, co toto onemocnění znamená. Ještě znovu ji tyto informace poskytla ošetřující porodní asistentka, která přidala informace o předoperačních vyšetřeních a ošetrovatelské péči po operaci.

Vzhledem k obezitě byl u paní H.L. zvolen abdominální přístup. Respondentka udává vyšší bolestivost v laparotomická jizvě. Míru bolestivosti srovnává s laparoskopickou cholecystektomií provedenou před 5 lety. Laparotomický přístup přináší respondentce dle jejích slov větší diskomfort.

Paní H.L. měla z operce strach. Především z anestézie a také jak dopadnou výsledky histologie. Nemocniční prostředí snáší respondentka špatně. Den před operací jí byly naordinovány léky na uklidnění.

O životním stylu po hysterektomii nebyla respondentka poučena. Tyto vědomosti získala až z předložené edukační brožury. Ví, že menstruovat nebude, že nemůže otěhotnět. Informace o sportu, sexuálním životě, osteoporóze a dalších, získala až z edukační brožury. Nejvíce jí zaujala informace o podmínkách poskytování komplexní lázeňské péče, kterou by ráda využila. Informace týkající se sportu a sexuálního života pro ni nejsou aktuální. Respondentka nesportuje a sexuální život již neplánuje. Manžel jí zemřel před rokem.

Hysterektomii nevnímá jako operaci ničící podstatu ženství.

Edukační brožuru respondentka pečlivě prostudovala. Byla velmi ráda, že má možnost získat informace, které sama nezná a které jí nikdo nesdělil. Brožuru po obsahové i estetické stránce hodnotí kladně. Připomínku měla paní H.L. pouze k velikosti písma.

Tabulka 2 Respondentka H.L.

Respondentka 2	
Věk	70 let
Vzdělání	vyučena
Bydliště	město
Počet dětí	dvě
Preventivní prohlídky	Ne Po 9 letech
Informace o pojmu hysterektomie Zdroj informací	Ano Přijímající gynekolog
Informace o důvodu hysterektomie Zdroj informací	Ano Ošetřující gynekolog
Důvod hysterektomie	Uterus myomatosus
Přístupová cesta pro hysterektomii	Abdominální hysterektomie
Pocity před hysterektomií	Strach z anestézie, z výsledků histologie
Informace o pohlavním styku, jaké	Ano Informace získané z edukační brožury
Informace o sportu - kdy a jaké sporty	Ano Informace získané z edukační brožury
Informace o menstruaci, jaké	Ano Ví, že menstruovat nebude
Informace o osteoporóze, jaké	Ano Informace získané z edukační brožury
Informace o vyprazdňování moči, jaké	Ano Informace získané z edukační brožury
Nárok na komplexní lázeňskou péči	Ano Informace získané z edukační brožury
Informace o otěhotnění, jaké	Ano Ví, že nemůže otěhotnět
Informace o změnách váhy, jaké	Ano Informace získané z edukační brožury
Pocity po hysterektomii	Nepociťuje změnu Stále cítí být ženou
Spokojenost s brožurou	Ano Našla zde informace, které nevěděla
Postrádané informace v brožuře, připomínky	Ne Zvětšit velikost písma

Respondentka 2, paní H.L., 70 let, vyučena, žijící ve městě, dvě děti. Od 60 let nechodí na preventivní prohlídky, byla až před rokem. Informaci o pojmu hysterektomie jí podal přijímající gynekolog. Též informace o důvodech operace získala od přijímajícího gynekologa. Důvodem hysterektomie byl uterus myomatosus a jako operační přístup

operatéři zvolili abdominální přístup. Před operací měla respondentka strach z anestézie a z výsledků histologie. Informace o životním stylu po hysterektomii se dozvěděla až z edukační brožury. Věděla však, že po hysterektomii nebude menstruovat a nemůže otěhotnět. Hysterektomii nepovažuje za operaci ničící podstatu ženství, žádné změny nepociťuje. Respondentka byla spokojená s edukační brožurou, měla jen výhrady k velikosti písma. Uvítala by větší písmo.

Kazuistika 3

Rozhovor poskytla respondentka čtvrtý den po prosté hysterektomii. Před operací byla respondentce předložena edukační brožura a byl veden edukační rozhovor.

Paní E.CH., 55 let, středoškolačka, žije ve městě. Respondentka má dvě děti, dcery ve věku 30 a 28 let.

Na preventivní prohlídky paní E.CH. chodí pravidelně 1x ročně. Uvědomuje si význam pravidelných preventivních prohlídek. Je svědomitá, o své zdraví pečuje.

Pojem hysterektomie zná z různých časopisů a také si jej vyhledala na internetu. Ví, že hysterektomie znamená odstranění dělohy, dále zná i důvody k jejímu odstranění.

Informaci o důvodu k hysterektomii jí poskytl obvodní gynekolog a po té i přijímající gynekolog na gynekologickém oddělení.

Hysterektomii respondentka podstoupila pro silné a nepravidelné krvácení trvající již rok.

Operatéři byla zvolena laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Respondentka je velmi ráda, že nebude mít velkou jizvu po klasické laparotomii. Ráda plave a za velkou jizvu by se styděla.

Respondentka měla strach z operace. Především se obávala nevolností po anestézii. Má negativní zkušenost z předchozích operačních zákroků. Byla ale ráda, že se její potíže operací vyřeší. Silné a nepravidelné krvácení ji velmi vyčerpávalo, nemohla se věnovat svým obvyklým sportovním aktivitám.

Informace o životním stylu po hysterektomii získala z internetu. Ale měla pocit, že tyto informace nejsou ucelené a dostatečně srozumitelné. Proto uvítala možnost prostudovat si edukační brožuru a využila i nabízený edukační rozhovor. Respondentka

věděla, že menstruovat nebude. Měla informace o nemožnosti dalšího otěhotnění. Z edukační brožury se dozvěděla o sexuálním životě po operaci, především uvítala informace o době, kdy může s pohlavním stykem bez obav začít. Částečné informace měla o sportu. Věděla, že hysterektomie ji neomezuje ve sportovních aktivitách. Při edukačním rozhovoru se zajímala o to, kdy zahájit sport, jaké cviky či sporty zpočátku zařadit. Dále respondentka kladla otázky týkající se menopauzy a jak předcházet přechodovým potížím. Dozvěděla se o vlivu pohlavních hormonů na osteoporózu. Lázeňskou péči by dle jejích slov nevyužila, přesto byla ráda, že byla informována o podmínkách poskytování komplexní lázeňské péče po hysterektomii.

Respondentka se po hysterektomii zpočátku cítila zvláště. Uváděla pocity prázdnoty a zmatenosti. Na jedné straně dělohu vždy považovala za jeden ze symbolů ženství, na straně druhé byla ráda, že se zbavila svých obtíží.

Edukační brožura respondentku zaujala. Podle jejích slov jí pomohla ujasnit si chaotické informace získané z internetu. Oceňuje uvedený kontakt na personál gynekologického oddělení.

Tabulka 3 Respondentka E.CH.

Respondentka 3	
Věk	55 let
Vzdělání	středoškolské
Bydliště	město
Počet dětí	dvě
Preventivní prohlídky	Ano 1x ročně
Informace o pojmu hysterektomie Zdroj informací	Ano Časopisy, internet
Informace o důvodu hysterektomie Zdroj informací	Ano Obvodní gynekolog Ošetřující gynekolog
Důvod hysterektomie	Silné a nepravidelné krvácení
Přístupová cesta pro hysterektomii	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
Pocity před hysterektomií	Strach z nauzei po anestézii
Informace o pohlavním styku, jaké	Ano, částečné Informace získané z edukační brožury

Informace o sportu - kdy a jaké sporty	Ano, částečné Informace získané z edukační brožury a rozhovoru
Informace o menstruaci, jaké	Ano
Informace o osteoporóze, jaké	Ano Informace získané z edukační brožury a rozhovoru
Informace o vyprazdňování moči, jaké	Ano
Nárok na komplexní lázeňskou péči	Ano Informace získané z edukační brožury a rozhovoru
Informace o otěhotnění, jaké	Ano
Informace o změnách váhy, jaké	Ano
Pocity po hysterektomii	Protichůdné – pocity ztráty i úlevy
Spokojenost s brožurou	Ano Ujasnila si již získané informace
Postrádané informace v brožuře, připomínky	Ne Ocenila uvedený kontakt na gynekologické oddělení

Respondentka 3, paní E.CH, 55 let, středoškolačka, žijící v městě, dvě děti. Pravidelně 1x ročně chodí na preventivní prohlídky. Informace o pojmu hysterektomie získala z časopisů a internetu. O důvodech operace byla nejprve poučena obvodním gynekologem, po té ošetřujícím gynekologem. Důvodem k hysterektomii bylo silné nepravidelné krvácení. U respondentky byla provedena laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Obávala se především nauzei po hysterektomii. Respondentka měla neucelené informace o životním stylu po hysterektomii. Ujasnit získané vědomosti jí pomohla edukační brožura a rozhovor. Po hysterektomii pociťovala ztrátu ženství a též úlevu od potíží. Respondentka byla s edukační brožurou spokojena, ocenila uvedený kontakt na personál gynekologického oddělení.

Kazuistika 4

Rozhovor poskytla respondentka šestý den po prosté hysterektomii. Před operací byla respondentce předložena edukační brožura a nabídnut edukační rozhovor, který odmítla.

Paní J.R., 63 let, středoškolačka, žije ve městě. Respondentka má dvě děti,

dcery, ve věku 33 a 35 let.

Na preventivní prohlídky chodí respondentka pravidelně 1 x ročně. O významu preventivních prohlídek je dobře poučena obvodním gynekologem a dcerou, která pracuje jako porodní asistentka.

Pojem hysterektomie zná. Ví, že se jedná o odstranění dělohy. Paní J.R. se s pojmem hysterektomie seznámila na internetu. Podrobně jí byl objasněn dcerou.

Důvod hysterektomie byl respondentce sdělen obvodním gynekologem a poté ošetřujícím gynekologem při příjmu do nemocnice.

Respondentka operaci podstupuje pro zhoršující se sestup dělohy. Potíže respondentka udává již čtyři roky, které se stále zhoršovaly. Poslední půl roku měla již potíže s udržením moče.

Pro hysterektomii s poševními plastikami lékaři zvolili laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii.

Před operací byla paní J.R. mírně nervózní. O anestézii byla dobře poučena a ničeho se z této strany neobává. Paní J.R. doufá, že hysterektomie s poševními plastikami vyřeší její potíže s únikem moči. Respondentka ráda cestuje a tyto potíže ji velmi omezují. Aby snížila riziko úniku většího množství moče omezuje příjem tekutin i v horkých dnech.

Respondentka je dobře informována o životním stylu po hysterektomii. Zdrojem informací byla především dcera. V edukační brožurě si ověřila získané informace. Paní J.R. ví, že může nadále pohlavně žít, také zná dobu, za kterou může obnovit pohlavní život. O vymizení menstruace a nemožnosti otěhotnět má dostatek informací. Sama již nemenstruuje několik let. Respondentka příliš nesportuje, žádný sport aktivně neprovozuje. Má však ráda dlouhé procházky, které jak sama uvádí, nemusí kvůli operaci nijak omezovat. Z edukační brožury se respondentka dozvěděla jaké možnosti mohla využít ke zlepšení přechodových obtíží. Sama v menopauze nevyužila ani medikamentózní ani nemedikamentózní metody ovlivnění přechodových obtíží. Nejvíce ji trápily návaly horka a nadměrné pocení. Ale tyto nepříjemnosti brala jako součást života ženy, kterými je nutné projít. Je informovaná o vlivu hormonů na osteoporózu. Doufá, že operace bude mít pozitivní vliv na její potíže s únikem moči. Paní J.R. před

pročtením edukační brožury postrádala informace o podmínkách poskytování komplexní lázeňské péče.

Respondentka necítí žádný rozdíl ve vnímání ženskosti pře a po hysterektomii. Děloha byla již několik let pro respondentku jen zdrojem potíží.

Edukační brožura posloužila klientce jako zdroj pro ověření již získaných informací. Některé uvedené informace byly pro respondentku nové. Pokud by se jí tato brožura nedostala do ruky, sama by po ničem takovém nepátrala. Informací o životním stylu po hysterektomii má, dle jejích slov, dostatek. Jako zdroj využívá dceru. Edukační brožuru však hodnotí kladně, jako srozumitelnou a přehlednou.

Tabulka 4 Respondentka J.R.

Respondentka 4	
Věk	63 let
Vzdělání	středoškolské
Bydliště	město
Počet dětí	dvě
Preventivní prohlídky	Ano 1x ročně
Informace o pojmu hysterektomie Zdroj informací	Ano Internet Dcera (porodní asistentka)
Informace o důvodu hysterektomie Zdroj informací	Ano Obvodní gynekolog Ošetřující gynekolog
Důvod hysterektomie	Sestup dělohy
Přístupová cesta pro hysterektomii	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
Pocity před hysterektomií	Mírná nervozita Zda operace vyřeší potíže s inkontinencí
Informace o pohlavním styku, jaké	Ano
Informace o sportu - kdy a jaké sporty	Ano
Informace o menstruaci, jaké	Ano Ví že nebude menstruuovat
Informace o osteoporóze, jaké	Ano
Informace o vyprazdňování moči, jaké	Ano
Nárok na komplexní lázeňskou péči	Ano Informaci získala až z edukační brožury

Informace o otěhotnění, jaké	Ano Ví, že nemůže otěhotnět
Informace o změnách váhy, jaké	Ano
Pocity po hysterektomii	Nepociťuje změnu Stále cítí být ženou
Spokojenost s brožurou	Ano Srozumitelná, přehledná Sama by ji nevyužila, má dostatek informací
Postrádané informace v brožuře, připomínky	Ne

Respondentka 4, paní J.R., 63 let, středoškolačka, žijící ve městě, dvě děti. Na gynekologické preventivní prohlídky chodí pravidelně 1x ročně. O pojmu hysterektomie získala informace z internetu a od dcery pracující jako porodní asistentka. Obvodní i přijímající gynekolog edukovali respondentku o důvodech hysterektomie. Důvodem byl sestup dělohy. Respondentka podstoupila laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii s poševními plastikami. Před operací pociťovala mírnou nervozitu. Doufala, že operace vyřeší její potíže s únikem moči. O životním stylu po hysterektomii má dostatek informací i bez edukační brožury. O podmínkách poskytování komplexní lázeňské péče a možnostech ovlivnění přechodových potíží se dozvěděla z edukační brožury. Po odstranění dělohy nezaznamenala žádnou změnu ve vnímání vlastní ženskosti. Brožuru hodnotí kladně, jako srozumitelnou a přehlednou, ale sama by ji nevyužila.

4.2.2 Rozhovory s needukovanými ženami

Pro větší přehlednost byly rozhovory přepsány do jednotlivých kazuistik. Rozhovory byly poskytnuty po předchozím souhlasu jak ženy, tak i vedení gynekologicko-porodnického oddělení Klatovské nemocnice a.s.

Kazuistika 5

Rozhovor poskytla respondentka pátý den po hysterektomii s adnexektomií. Rozhovor byl veden bez předchozí edukace.

Paní H.M., 60 let, vyučena, žijící na vesnici. Respondentka má dvě děti, syna a dceru ve věku 43 a 40 let.

Na preventivní prohlídky chodí paní H.M. pravidelně 1x ročně. Myslí si, že po odstranění dělohy již nebude muset absolvovat preventivní gynekologické prohlídky. Je jí to nepříjemné, protože se stydí. Zatím nebyla nikým edukována o nutnosti pravidelných preventivních prohlídek i po hysterektomii.

O pojmu hysterektomie se dozvěděla až od obvodního gynekologa, který jí vysvětlil konkrétní význam tohoto slova.

Obvodní gynekolog jí vysvětlil jaké důvody ho vedou k doporučení hysterektomie.

Hysterektomii podstoupila respondentka pro myom na děloze. Byla velmi překvapena. Žádné obtíže nezaregistrovala.

U respondentky byla zvolena laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. S volbou přístupové cesty je respondentka velmi spokojena. Překvapilo ji, jak malé jizvy jí zůstanou. Paní H.M. byla již druhý den po operaci schopná sebeobsluhy.

Před operací byla paní H.M. nervózní, ještě nikdy žádnou operaci nepodstoupila. Měla strach z anestézie. Udávala obavu, že anestézie bude nedostatečně účinná a ona bude pociťovat bolest při operaci.

Respondentka ví, že nebude po operaci menstruovat, také má informace o nemožnosti otěhotnění. Tyto informace získala od přijímajícího gynekologa. O sexuálním životě nebyla nikým edukována. Myslí si však, že odstranění dělohy nemá

vliv na další možnost pohlavního styku. Neví, kdy může obnovit sexuální život. Respondentka má obavy z toho, že odstranění dělohy zhorší prožívání pohlavního styku. Nemyslí si, že by změny váhy po operaci byly zapříčiněny odstraněním dělohy. Doufá, že hysterektomie nebude mít negativní vliv na vyprazdňování moče, ale informace na toto téma nemá. Respondentka byla informována o vlivu hormonů vaječníků na rozvoj osteoporózy. Tento problém však řešila několik let užíváním hormonálních preparátů, které jí též pomáhaly zvládat nepříjemné příznaky menopauzy. O nehormonálních přípravcích sice slyšela, ale nikdy je nevyzkoušela. Měla pocit, že nejsou příliš účinné. Nyní již žádné hormonální preparáty neužívá a přechodovými potížemi již netrpí.

Po hysterektomii se paní H.M. zpočátku cítila nejistě. Měla pocit, že každý na ní pozná, že nemá dělohu. Nikdy dělohu nespojovala s ženstvím, ale měla zvláštní pocit prázdnoty.

Paní H.M. by ocenila více informací o pohlavním životě, zvláště o tom, kdy může opět zahájit pohlavní život. Dále postrádá informace o možnosti využít lázeňskou péči a za jakých podmínek. Dále by ráda získala informace o následném obnovení sportovních aktivit po hysterektomii. Ráda plave a jezdí na kole. Chtěla by začít s těmito sporty co nejdříve to půjde. Obává se však, aby zahájení sportu příliš neuspěchala a neublížila si.

Brožuru by si respondentka ráda přečetla. Edukační brožura respondentce přijde přijatelnější než rozhovor s lékařem. Uvítala by též rozhovor s porodní asistentkou, která by jí mohla vysvětlit případné nejasnosti nalezené v brožuře.

Tabulka 5 Respondentka H.M.

Respondentka 5	
Věk	60 let
Vzdělání	vyučena
Bydliště	vesnice
Počet dětí	dvě
Preventivní prohlídky	Ano 1x ročně

Informace o pojmu hysterektomie Zdroj informací	Ano Obvodní gynekolog
Informace o důvodu hysterektomii Zdroj informací	Ano Obvodní gynekolog
Důvod hysterektomie	Myom na děloze
Přístupová cesta pro hysterektomii	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
Pocity před hysterektomií	Strach z anestézie – malá účinnost
Informace o pohlavním styku, jaké	Částečné Neví kdy může obnovit pohlavní život
Informace o sportu - kdy a jaké sporty	Ne
Informace o menstruaci, jaké	Ano Ví, že menstruovat nebude
Informace o osteoporóze, jaké	Ano Nedostatek pohlavních hormonů má vliv na osteoporózu
Informace o vyprazdňování moči, jaké	Ne
Nárok na komplexní lázeňskou péči	Ne
Informace o otěhotnění, jaké	Ano Ví, že nemůže otěhotnět
Informace o změnách váhy, jaké	Ano
Pocity po hysterektomii	Pocity prázdnoty
Postrádané informace, jaké	Ano Pohlavní život Lázeňská péče Sport po hysterektomii
Požadavek edukační brožury	Ano
Požadavek edukačního rozhovoru	Ano

Respondentka 5, paní H.M., 60 let, vyučena, žijící na vesnici, dvě děti. Preventivní prohlídky absolvuje pravidelně 1x ročně. Ví co znamená pojem hysterektomie, byla edukována obvodním gynekologem. Obvodní gynekolog respondentku též informoval o důvodech odstranění dělohy. Důvodem je velký myom na děloze. Operatéri zvolili laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii. Před operací se především obávala malé účinnosti anestézie. Informace o sexuálním životě má jen částečné. Ví, že hysterektomie neovlivňuje možnost obnovit pohlavní život. O znovuzahájení sportovních aktivit nebyla respondentka nikým edukována. Též nemá informace o vlivu hysterektomie na vyprazdňování moči a o podmínkách poskytování lázeňské péče. Informace o menstruaci a otěhotnění po hysterektomii má správné. Ví, že odstranění

dělohy nemá vliv na změny váhy. Po hysterektomii zažívala respondentka pocity prázdnoty. Postrádá především informace o sexuálním životě, lázeňské péči a sportu po hysterektomii. Uvítala by srozumitelně napsanou brožuru. Též by respondentka uvítala edukační rozhovor s porodní asistentkou.

Kazuistika 6

Rozhovor poskytla respondentka pátý den po prosté hysterektomii. Rozhovor byl veden bez předchozí edukace.

Paní M.B., 58 let, vyučena, žijící ve městě. Respondentka má tři děti, dceru a dva syny ve věku 34, 32 a 28 let.

Preventivní prohlídky respondentka absolvuje 1x ročně. Význam prevence zná.

Pojem hysterektomie si našla na internetu, také jí byl vysvětlen obvodním i přijímajícím gynekologem.

Respondentka byla informována o důvodech hysterektomie. Edukována byla obvodním gynekologem i přijímajícím gynekologem. Byla velmi ráda, že oba lékaři s ní podrobně probrali důvody operaci i postup při hysterektomii.

Hysterektomie byla u paní M.B. provedena pro nepravidelné a silné krácení, které ji trápí již rok.

U respondentky byla zvolena laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. S přístupovou cestou je paní M.B. velmi spokojena. Především oceňuje její šetrnost a minimální invazivnost.

Před operací paní M.B. pociťovala obavy z výsledků histologie. Anestézie ji nelekala, již jednou podstoupila anestézii a tak ví, co ji čeká.

Respondentka je informovaná o tom, že nebude po hysterektomii menstruovat. Dále ví, že hysterektomie znemožňuje otěhotnění. O vlivu pohlavních hormonů na osteoporózu nebyla edukována. Také nezná možnosti ovlivnění přechodových potíží. S respondentkou nikdo nemluvil o sportu po hysterektomii, i když by jí toto téma velmi zajímalo. Aktivně se věnuje turistice. Respondentka tuší, že operace nijak neznemožňuje sportovní aktivity, ale neví, kdy může se sportem začít. Paní M.B. nechce

příliš hovořit o pohlavním životě po hysterektomii. Stydí se. Toto téma ji přijde příliš intimní na to, aby jej probírala s cizím člověkem. Jako přijatelný zdroj informací považuje brožuru. Paní M.B. neví, zda a za jakých podmínek má nárok na komplexní lázeňskou péči. Nikdy neměla potíže s vyprazdňováním moči a doufá, že i po operaci žádné potíže nenastanou.

Respondentka dělohu nijak nepostrádá. Je ráda, že se zbavila svých obtíží. Nikdy nepovažovala dělohu za znak ženství. Vnímala ji jako kterýkoliv vnitřní orgán.

Paní M.B. by se ráda dozvěděla více informací o sexuálním životě po operaci, o možnostech sportu, kdy zahájit sportovní aktivity a jaké sporty může provozovat. Dále by respondentka ocenila informace o možnosti ovlivnění přechodových potíží. Zvláště jí znepríjemňují život návaly horka, nadměrné pocení a časté bolesti hlavy. Také má potíže s usínáním. Rád by věděla, zda je možné tyto potíže zmírnit nebo úplně odstranit.

Edukační brožura by byla pro paní M.B. přijatelným zdrojem informací. Některé otázky, na které by chtěla znát odpověď, jsou pro respondentku příliš intimního charakteru. Je stydlivá.

Tabulka 6 Respondentka M.B.

Respondentka 6	
Věk	58 let
Vzdělání	vyučena
Bydliště	město
Počet dětí	tří
Preventivní prohlídky	Ano 1x ročně
Informace o pojmu hysterektomie Zdroj informací	Ano Internet Obvodní gynekolog Přijímající gynekolog
Informace o důvodu hysterektomie Zdroj informací	Ano Obvodní gynekolog Přijímající gynekolog
Důvod hysterektomie	Siné a nepravidelné krvácení
Přístupová cesta pro hysterektomii	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
Pocity před hysterektomií	Strach z výsledků histologie

Informace o pohlavním styku, jaké	Ne
Informace o sportu - kdy a jaké sporty	Ne
Informace o menstruaci, jaké	Ano Ví, že menstruovat nebude
Informace o osteoporóze, jaké	Ne
Informace o vyprazdňování moči, jaké	Ne Doufá, že žádné potíže nenastanou
Nárok na komplexní lázeňskou péči	Ne
Informace o otěhotnění, jaké	Ano Ví, že nemůže otěhotnět
Informace o změnách váhy, jaké	Ano
Pocity po hysterektomii	Nepociťuje změnu Stále se cítí být ženou
Postrádané informace, jaké	Ano Sexuální život Sport – jaké sporty a kdy Možnosti ovlivnění přechodových potíží Možnost komplexní lázeňské péče – za jakých podmínek
Požadavek edukační brožury	Ano
Požadavek edukačního rozhovoru	Ne, kvůli studu

Respondentka 6, paní M.B., 58 let, vyučena, žijící ve městě, tři děti. Na preventivní prohlídky chodí pravidelně 1x ročně. Pojem hysterektomie zná z internetu, od obvodního a též přijímajícího gynekologa. O důvodech hysterektomie respondentku informoval obvodní i přijímající gynekolog. Hysterektomie byla u respondentky provedena pro silné a nepravidelné krvácení. Byla provedena laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie. Před operací udávala respondentka strach z výsledků histologie. Paní M.B. postrádá informace o pohlavním životě po hysterektomii, o možnosti sportování a též možnosti ovlivnění přechodových potíží. Také postrádá informace o možnosti využít komplexní lázeňskou péči. Edukační brožura by byla pro respondentku přijatelným zdrojem informací. Rozhovor odmítá pro stud.

Kazuistika 7

Rozhovor poskytla respondentka šestý den po hysterektomii s adnexektomií. Rozhovor byl veden bez předchozí edukace.

Paní L.K., 42 let, středoškolačka, žijící ve městě. Respondentka má dvě děti,

dceru a syna ve věku 20 a 23 let.

Na preventivní prohlídky paní L.K. chodí sporadicky. Jako důvod udává nedostatek času. Rizika spojená se zanedbáváním preventivní péče zná.

Pojem hysterektomie znala pouze okrajově. Podrobněji jí tento pojem vysvětlil obvodní gynekolog, kterého navštívila pro opakované krvácení po styku.

Obvodní i přijímající gynekolog respondentce vysvětlili důvod hysterektomie. Respondentka také získala informace o průběhu operace.

Uváděným důvodem pro hysterektomii s adnexektomií u respondentky byl karcinom děložního čípku (T1 M0 N0).

Pro maligní nález na děložním hrdle gynekologové zvolili abdominální přístup.

Respondentka byla velmi překvapena stanovenou diagnózou. Nemohla pochopit, jak je možné, že má rakovinu. Zpočátku obvodnímu gynekologovi nevěřila a navštívila ještě několik dalších gynekologů, kteří diagnózu potvrdili. Paní L.K. byla velmi zdrcená, bála se o svůj život. Měla zlost, proč tohle onemocnění postihlo zrovna ji.

Paní L.K. při rozhovoru uvedla, že mnoho informací o životním stylu po hysterektomii jí lékaři nesdělili. O nemožnosti otěhotnět a vymizení menstruace po hysterektomii byla informována. Též byla edukována o nástupu přechodových obtíží po odstranění dělohy i s vaječníky. Informace o vlivu operace na vyprazdňování moče a vlivu na osteoporózu si našla na internetu. Také si zde našla informace o sexuálním životě po operaci.

Respondentka se po operaci nadále cítí napjatá, čeká, jak bude plánovaná další její léčba. Dělohu nijak nepostrádá. Dočetla se však, že bez vaječníků bude stárnout mnohem rychleji a to ji velmi leká.

Paní L.K. postrádá podrobnější informace o sexuálním životě, zvláště ji zajímá, kdy může obnovit pohlavní život. Také se zajímá o to, zda hysterektomie s adnexektomií ovlivní prožívání pohlavního styku. Dále by ocenila informace o tom, jak zmírnit či úplně eliminovat přechodové potíže. Ráda by se dozvěděla, zda byl článek o zrychlení stárnutí po odnětí vaječníků pravdivý. O lázeňské péči se dozvěděla od přátel. Ale neví, za jakých podmínek je komplexní lázeňská péče poskytována. O sportovní aktivity se respondentka nezajímá. Informace na toto téma nemá a

nevyhledává je.

Paní L.K. již edukační brožuru o životním stylu po hysterektomii sháněla. Nenašla zatím nic, co by jí vyhovovalo. Ocenila by brožuru napsanou stručně a srozumitelně.

Tabulka 7 Respondentka L.K.

Respondentka 7	
Věk	42 let
Vzdělání	středoškolské
Bydliště	město
Počet dětí	dvě
Preventivní prohlídky	Sporadicky
Informace o pojmu hysterektomie	Ano
Zdroj informací	Obvodní gynekolog
Informace o důvodu hysterektomie	Ano
Zdroj informací	Obvodní gynekolog Přijímající gynekolog
Důvod hysterektomie	Karcinom hrdla děložního (T1 M0 N0)
Přístupová cesta pro hysterektomii	Abdominální hysterektomie s adnexektomií
Pocity před hysterektomií	Strach o život Nevíra v diagnózu Zlost
Informace o pohlavním styku, jaké	Ano Může mít pohlavní styk.
Informace o sportu - kdy a jaké sporty	Ne
Informace o menstruaci, jaké	Ano Nebude menstruovat
Informace o osteoporóze, jaké	Ano Informace z internetu
Informace o vyprazdňování moči, jaké	Ano Informace z internetu
Nárok na komplexní lázeňskou péči	Ne
Informace o otěhotnění, jaké	Ano Nemůže již otěhotnět
Informace o změnách váhy, jaké	Ne
Pocity po hysterektomii	Dělohu nepostrádá Strach ze zrychlení stárnutí po odstranění vaječníků

Postrádané informace, jaké	Ano Sexuální život Možnosti ovlivnění přechodových potíží Zjistit pravdu o vlivu nedostatku pohlavních hormonů na zrychlení stárnutí Podmínky poskytování komplexní lázeňské péče
Požadavek edukační brožury Požadavek edukačního rozhovoru	Ano Nezmínila se

Respondentka 7, paní L.K., 42 let, středoškolačka, žijící ve městě, dvě děti. Na preventivní prohlídky chodí jen sporadicky. Informace o pojmu hysterektomie má od obvodního gynekologa. O důvodu hysterektomie byla poučena obvodním i přijímajícím gynekologem. Jako důvod uvádí karcinom hrdla děložního (T1 M0 N0). U respondentky byla provedena hysterektomie s adnexektomií z abdominálního přístupu. před operací pocítovala strach o svůj život, zlost a nevíru v diagnózu. Informace o životním stylu po hysterektomii považuje respondentka za nedostatečné. Změnu ve vnímání ženství neudává. Má strach z předčasného stárnutí. Postrádá informace o sexuálním životě, možnostech ovlivnění přechodových potíží a o podmínkách poskytování komplexní lázeňské péče. Ráda by měla pravdivé informace o vlivu pohlavních hormonů na stárnutí organismu. Edukační brožuru by uvítala. Nejlépe stručnou a srozumitelnou. Edukační rozhovor nepožadovala.

Kazuistika 8

Rozhovor poskytla respondentka čtvrtý den po prosté hysterektomii. Rozhovor byl veden bez předchozí edukace.

Paní O.H., 56 let, vyučena, žijící na vesnici. Respondentka má tři děti, syny ve věku 38, 35 a 34 let.

Na preventivní prohlídky chodí respondentka pravidelně 1 x ročně. Snaží se o své zdraví pečovat a nic nezanedbávat.

Pojem hysterektomie nezná. Respondentka se s tímto pojmem nikdy nesetkala. Nemá ráda, když lékaři používají latinské názvy a nic nevysvětlí. Její gynekolog toto respektuje a používá pouze české výrazy.

Obvodní gynekolog paní O.H. poučil o důvodu k hysterektomii. Byl jí též

vysvětlen postup operace.

Důvodem k hysterektomii byl zvětšující se myom na děloze. Respondentka byla již dva roky sledována pro myom na děloze.

U respondentky byl zvolen laparoskopický přístup – tedy laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie.“

Paní O.H. byla před operací nervózní. Obávala se anestézie. Nikdy žádný operační zákrok v celkové anestézii nepodstoupila.

Paní O.H. byla edukována přijímajícím gynekologem o pohlavním životě po operaci, vysvětlil jí, kdy může s pohlavním stykem začít. Respondentka získala informace o sportu po hysterektomii. Gynekolog jí objasnil, které sporty jsou vhodné v počátku a kterým by se měla vyhýbat. Dále byla poučena o vymizení menstruace a nemožnosti otěhotnět a také o vyprazdňování moči po operaci.

Po hysterektomii se cítila velmi unavená. Ale dělohy jí neschází. Nadále se cítí být ženou.

Paní O.H. by ráda získala informace o možnostech ovlivnění přechodových potíží. Ráda by nejprve zkusila nemedikamentózní metody. Postrádá informace o lázeňské péči.

Edukační brožuru by respondentka uvítala. Raději by si zvolila možnost rozhovoru s porodní asistentkou či lékařem.

Tabulka 8 Respondentka O.H.

Respondentka 8	
Věk	56 let
Vzdělání	vyučena
Bydliště	vesnice
Počet dětí	tři
Preventivní prohlídky	Ano 1x ročně
Informace o pojmu hysterektomie Zdroj informací	Ne Nikdo
Informace o důvodu hysterektomie Zdroj informací	Ano Obvodní gynekolog
Důvod hysterektomie	Myom na děloze

Přístupová cesta pro hysterektomii	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
Pocity před hysterektomií	Strach z anestézie
Informace o pohlavním styku, jaké	Ano Může mít pohlavní styk
Informace o sportu - kdy a jaké sporty	Ano Ví jaké sporty a od kdy
Informace o menstruaci, jaké	Ano Nebude menstruuovat
Informace o osteoporóze, jaké	Ne
Informace o vyprazdňování moči, jaké	Ano
Nárok na komplexní lázeňskou péči	Ne
Informace o otěhotnění, jaké	Ano Nemůže otěhotnět
Informace o změnách váhy, jaké	Ne
Pocity po hysterektomii	Nepocituje změnu, stále cítí být ženou
Postrádané informace, jaké	Ano Možnosti ovlivnění přechodových potíží Možnosti poskytování lázeňské péče
Požadavek edukační brožury	Ano
Požadavek edukačního rozhovoru	Ano Rozhovor přijatelnější

Respondentka 8, paní O.H., 56 let, vyučena, tři děti, žijící na vesnici. Na preventivní prohlídky chodí pravidelně 1x ročně. Pojem hysterektomie nezná. Informace o důvodu hysterektomie získala od obvodního gynekologa. Důvodem k hysterektomii byl zvětšující se myom. Operatěři zvolili u respondentky laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii. Před operací měla respondentka strach z anestézie. O životním stylu po hysterektomii byla dobře poučena přijímajícím gynekologem. Postrádá pouze informace o možnosti ovlivnění přechodových potíží a podmínkách v poskytování komplexní lázeňské péče. I po odstranění dělohy se nadále cítí být ženou. Změnu nezaznamenala. Edukační brožuru by uvítala. Přijatelnější se jí zdá edukační rozhovor.

4.3 Porovnání výsledků edukovaných žen

Tabulka 9 Porovnání identifikačních údajů

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4
Věk	56	70	55	63
Vzdělání	středoškolské	vyučena	středoškolské	středoškolské
Bydliště	město	město	město	město
Parita	3	2	2	2

Věk edukovaných respondentek se pohyboval mezi 55 a 70 lety. Jedné respondentce bylo 55 let, jedné 56 let, jedné 63 let a jedné 70 let. Tři respondentky dosáhly středoškolského vzdělání, jedna byla vyučena. Všechny čtyři respondentky udávaly bydliště ve městě. Tři respondentky mají dvě děti, jedna respondentka má děti tři.

Tabulka 10 Porovnání získaných vědomostí o hysterektomii

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R4
Preventivní prohlídky Četnost	Ano 1x ročně	Ne po 9 letech	Ano 1x ročně	Ano 1x ročně
Informace o pojmu Zdroj informací	Ano obvodní gynekolog	Ano přijímající gynekolog	Ano časopisy internet	Ano dcera internet
Informace o důvodu Zdroj informací	Ano obvodní gynekolog ošetřující gynekolog	Ano ošetřující gynekolog	Ano obvodní gynekolog ošetřující gynekolog	Ano obvodní gynekolog ošetřující gynekolog
Důvod hysterektomie	silné, nepravidelné krvácení	uterus myomatosus	silné, nepravidelné krvácení	sestup dělohy
Přístupová cesta	laparoskopie	abdominální	laparoskopie	laparoskopie
Pocity před hysterektomií	strach z anestézie z bolestí	strach z anestézie z výsledků histologie	strach z nauzei	nervozita z výsledku operace

Pravidelně 1x ročně chodí na preventivní prohlídky tři respondentky (R1, R3 a R4). Jedna respondentka (R2) byla na preventivní prohlídce po devíti letech. Všechny čtyři respondentky znaly pojem hysterektomie. Zdrojem informací byl u jedné respondentky

obvodní gynekolog (R1), u jedné přijímající gynekolog (R2), u jedné časopis a internet (R3) a u jedné dcera a internet (R4). Informace o důvodu hysterektomie mají všechny čtyři edukované respondentky. Tři respondentky (R1, R3, R4) udaly jako zdroj informací obvodního i přijímajícího gynekologa. Jedna respondentka (R2) získala informace o důvodu hysterektomie od ošetřujícího gynekologa. Dvě respondentky (R1, R3) uvedly jako důvod hysterektomie silné a nepravidelné krvácení, u jedné respondentky byla důvodem myomatózní děloha (R2) a u jedné sestup dělohy (R4). Laparoskopický přístup byl zvolen u tří respondentek (R1, R3, R4) a u jedné abdominální přístup (R2). Před hysterektomií převážně udávaly respondentky strach, jedna strach z anestézie a bolestí (R1), jedna z anestézie a výsledků histologie (R2), jedna z nauzei (R3) a jedna udávala nervozitu z výsledku operace (R4).

Tabulka 11 Porovnání získaných vědomostí o životním stylu po hysterektomii

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4
Pohlavní styk	Částečné	Ano z brožury	Částečné z brožury	Ano
Sport	Ano	Ano z brožury	Částečné z brožury	Ano
Menstruace	Ano	Ano	Ano	Ano
Osteoporóza	Ano z brožury	Ano z brožury	Ano z brožury z rozhovoru	Ano
Vyprazdňování moči	Ano	Ano z brožury	Ano	Ano
Lázeňská péče	Ano z brožury	Ano z brožury	Ano z brožury z rozhovoru	Ano z brožury
Otěhotnění	Ano	Ano	Ano	Ano
Změny váhy	Ano z brožury	Ano z brožury	Ano	Ano

Ucelené informace o pohlavním styku po hysterektomii měla jedna respondentka (R4), jedna respondentka (R1) získala jen část informací, jedna respondentka (R2) získala veškeré informace z edukační brožury a jedna respondentka (R3) získala část informací z edukační brožury. O sportu po hysterektomii měly informace dvě respondentky (R1, R4), dvě respondentky (R2, R3) získaly tyto vědomosti z edukační brožury. Všechny čtyři respondentky byly edukovány o menstruaci. Jedna respondentka (R4) měla

informace o osteoporóze z jiných zdrojů, dvě respondentky (R1, R2) informace získaly z edukační brožury a jedna respondentka (R3) z edukační brožury a edukačního rozhovoru. O problematice vyprazdňování moče byly poučeny všechny respondentky, jedna respondentka (R2) tyto informace našla v edukační brožuře. Vědomosti o poskytování komplexní lázeňské péče získaly všechny čtyři respondentky z edukační brožury, jedna respondentka (R3) navíc z edukačního rozhovoru. O těhotenství po hysterektomii měly znalosti všechny čtyři respondentky. Dvě respondentky (R3, R4) znaly informace o změnách váhy po hysterektomii, dvě respondentky (R1, R2) tyto se tyto informace dočetly v edukační brožuře.

Tabulka 12 Porovnání spokojenosti s brožurou, pocity po hysterektomii

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4
Vnímání ženskosti	beze změny	beze změny	ztráta i úleva	beze změny
Spokojenost s brožurou	Ano	Ano	Ano	Ano
Připomínky k brožuře	Ne	Ano větší písmo	Ne	Ne

Tři respondentky (R1, R2, R4) nepocítovaly žádnou změnu ve vnímání ženskosti po hysterektomii, jedna (R3) pocítovala ztrátu i úlevu zároveň. Všechny čtyři respondentky byly spokojené s edukační brožurou. Připomínku k edukační brožuře měla jedna respondentka (R2), požadovala zvětšit písmo.

4.4 Porovnání výsledků needukovaných žen

Tabulka 13 Porovnání identifikačních údajů

Respondentka	R 5	R 6	R 7	R 8
Věk	60	58	42	56
Vzdělání	vyučena	vyučena	středoškolské	vyučena
Bydliště	vesnice	město	město	vesnice
Parita	2	3	2	3

Věk needukovaných respondentek se pohyboval mezi 42 a 60 lety. Jedné respondentce (R7) bylo 42 let, jedné (R8) 56 let, jedné (R6) 58 let a jedné (R5) 60 let. Tři respondentky (R5, R6, R8) byly vyučeny, jedna respondentka (R7) uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. Dvě respondentky (R5, R8) uvedly bydliště na vesnici a dvě (R6, R7) ve městě. Dvě respondentky (R5, R7) měly dvě děti, dvě (R6, R8) tři děti.

Tabulka 14 Porovnání získaných vědomostí o hysterektomii

Respondentka	R 5	R 6	R 7	R 8
Preventivní prohlídky četnost	Ano 1x ročně	Ano 1x ročně	Sporadicky	Ano 1x ročně
Informace o pojmu hysterektomie	Ano obvodní gynekolog	Ano internet obvodní gynekolog přijímající gynekolog	Ano obvodní gynekolog	Ne
Informace o důvodu hysterektomie	Ano obvodní gynekolog	Ano obvodní gynekolog přijímající gynekolog	Ano obvodní gynekolog přijímající gynekolog	Ano obvodní gynekolog
Důvod hysterektomie	myom na děloze	silné, nepravidelné krvácení	Ca děložního hrdla (T1 M0 N0)	myom na děloze
Přístupová cesta	laparoskopie	laparoskopie	laparotomie	laparoskopie
Pocity před hysterektomií	strach z anestézie	strach z výsledků histologie	strach o život nevíra v diagnózu zlost	strach z anestézie

Tři respondentky (R5, R6, R8) absolvovaly preventivní gynekologické prohlídky 1 x

ročně, jedna (R7) sporadicky. Pojem hysterektomie znaly tři respondentky (R5, R6, R7), jedna (R8) se s tímto pojmem nikdy nesešla. Za zdroj informací označily dvě respondentky (R5, R7) obvodního gynekologa, jedna respondentka (R6) získala informace z internetu, od obvodního a přijímajícího gynekologa. Informace o důvodu k hysterektomii měly všechny čtyři respondentky, dvě respondentky (R5, R8) byly poučeny obvodním gynekologem, dvě respondentky (R6, R7) poučil obvodní i přijímající gynekolog. Důvodem k hysterektomii byl u dvou respondentek (R5, R8) myom na děloze, u jedné respondentky (R6) silné a nepravidelné krvácení a u jedné respondentky (R7) karcinom hrdla děložního ve stádiu T1 M0 N0. U tří respondentek (R5, R6, R8) byl zvolen laparoskopický přístup, u jedné (R7) byla provedena laparotomie. Dvě respondentky (R5, R8) udávaly před hysterektomií strach z anestézie, jedna (R6) strach z výsledků histologie a jedna (R7) pociťovala strach o svůj život, nevíru v diagnózu a zlost.

Tabulka 15 Porovnání získaných vědomostí o životním stylu po hysterektomii

Respondentka	R 5	R 6	R 7	R 8
Pohlavní styk	Částečné	Ne	Ano	Ano
Sport	Ne	Ne	Ne	Ano
Menstruace	Ano	Ano	Ano	Ano
Osteoporóza	Ano	Ne	Ano	Ne
Vyprazdňování moči	Ne	Ne	Ano	Ano
Lázeňská péče	Ne	Ne	Ne	Ne
Otěhotnění	Ano	Ano	Ano	Ano
Změny váhy	Ano	Ano	Ne	Ne

Dvě respondentky (R7, R8) byly poučeny o pohlavním styku po hysterektomii, jedna (R5) měla částečné informace a jedna (R6) nebyla edukována vůbec. O sportu po hysterektomii nebyly poučeny tři respondentky (R5, R6, R7), jedna (R8) poučena byla. Informace o menstruaci po hysterektomii byly sděleny všem respondentkám. O

osteoporóze byly informovány dvě respondentky (R5, R7), dvě (R6, R8) tyto informace postrádaly. Dvě respondentky (R5, R6) nebyly edukovány o vyprazdňování moči po hysterektomii, dvě respondentky (R7, R8) tyto informace měly. O poskytování komplexní lázeňské péče nebyla informována ani jedna respondentka. Všechny čtyři respondentky byly poučeny o otěhotnění po hysterektomii. O změnách váhy měly informace dvě respondentky (R5, R6), dvě respondentky (R7, R8) poučeny nebyly.

Tabulka 16 Porovnání požadavků na brožuru, rozhovor, pocitů po hysterektomii

Respondentka	R 5	R 6	R 7	R 8
Vnímání ženskosti	pocit prázdnoty	beze změny	beze změny	beze změny
Postrádané informace	Ano pohlavní život lázně sport	Ano pohlavní život sport ovlivnění přechodových potíží lázně	Ano pohlavní život ovlivnění přechodových potíží lázně	Ano ovlivnění přechodových potíží lázně
Požadavek brožury rozhovoru	Ano Ano	Ano Ne	Ano Nezmínila se	Ano Ano

Tři needukované respondentky (R6, R7, R8) nevnímaly po hysterektomii žádnou změnu, stále se cítily být ženou, jedna respondentka (R5) popisovala pocit prázdnoty. Všechny čtyři respondentky postrádaly informace o životním stylu po hysterektomii a ocenily by edukační brožuru. Jedna respondentka (R6) by edukační rozhovor nevyužila, jedna (R7) se o požadavku na edukační rozhovor vůbec nezmínila, dvě (R5, R8) by edukační rozhovor uvítaly. Třem respondentkám (R5, R6, R7) chybí informace o pohlavním životě, čtyři (R5, R6, R7, R8) chtěly získat znalosti o podmínkách v poskytování komplexní lázeňské péče, dvě respondentky (R5, R6) chtěly znát informace o sportu po hysterektomii, tři respondentky (R6, R7, R8) postrádaly vědomosti o možnostech ovlivnění přechodových potíží.

4.5 Vzájemné porovnání výsledků edukovaných a needukovaných žen

Tabulka 17 Porovnání identifikačních údajů

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4
Věk	56	70	55	63
Vzdělání	středoškolské	vyučena	středoškolské	středoškolské
Bydliště	město	město	město	město
Parita	3	2	2	2

Respondentka	R 5	R 6	R 7	R 8
Věk	60	58	42	56
Vzdělání	vyučena	vyučena	středoškolské	vyučena
Bydliště	vesnice	město	město	vesnice
Parita	2	3	2	3

Tabulka 17 porovnává identifikační údaje všech dotázaných respondentek, srovnává jejich věk, vzdělání, bydliště a paritu. Věk všech respondentek se pohyboval mezi 42 a 70 lety. Jedné respondentce bylo (R7) 42 let, jedné (R3) 55 let, dvěma (R1, R8) 56 let, jedné (R6) 58 let, jedné (R5) 60 let, jedné (R4) 63 let a jedné (R2) 70 let. Čtyři respondentky (R1, R3, R4, R7) dosáhly středoškolského vzdělání, čtyři respondentky (R2, R5, R6, R8) byly vyučené. Ve městě žilo šest respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R7), bydliště na vesnici udaly dvě respondentky (R5, R8). Pět respondentek (R2, R3, R4, R5, R7) mělo dvě děti, tři respondentky (R1, R6, R8) byly terciary.

Tabulka 18 Porovnání získaných vědomostí o hysterektomii

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R4
Preventivní prohlídky Četnost	Ano 1x ročně	Ne po 9 letech	Ano 1x ročně	Ano 1x ročně
Informace o pojmu Zdroj informací	Ano obvodní gynekolog	Ano přijímající gynekolog	Ano časopisy internet	Ano dcera internet
Informace o důvodu Zdroj informací	Ano obvodní gynekolog ošetřující gynekolog	Ano ošetřující gynekolog	Ano obvodní gynekolog ošetřující gynekolog	Ano obvodní gynekolog ošetřující gynekolog
Důvod hysterektomie	silné,	uterus	silné,	sestup dělohy

	nepravidelné krvácení	myomatosus	nepravidelné krvácení	
Přístupová cesta	laparoskopie	laparotomie	laparoskopie	laparoskopie
Pocity před hysterektomií	strach z anestézie, z bolestí	strach z anestézie z výsledků histologie	strach z nauzei	nervozita z výsledku operace

Respondentka	R 5	R 6	R 7	R 8
Preventivní prohlídky Četnost	Ano 1x ročně	Ano 1x ročně	sporadicky	Ano 1x ročně
Informace o pojmu Zdroj informací	Ano obvodní gynekolog	Ano internet obvodní gynekolog přijímající gynekolog	Ano obvodní gynekolog	Ne
Informace o důvodu Zdroj informací	Ano obvodní gynekolog	Ano obvodní gynekolog přijímající gynekolog	Ano obvodní gynekolog přijímající gynekolog	Ano obvodní gynekolog
Důvod hysterektomie	myom	silní, nepravidelné krvácení	Ca děložního hrdla	myom
Přístupová cesta	laparoskopie	laparoskopie	laparotomie	laparoskopie
Pocity před hysterektomií	strach z anestézie	strach z výsledků histologie	strach o život nevíra v diagnózu zlost	strach z anestézie

Pravidelně 1x ročně na preventivní prohlídky chodí šest respondentek (R1, R3, R4, R6, R8), jedna respondentka (R2) navštívila gynekologa po devíti letech a jedna navštěvuje gynekologa sporadicky (R7). Všechny edukované respondentky (R1 – R4) znaly pojem hysterektomie. Jedna needukovaná respondentka (R8) se s tímto pojmem nesetkala, zbývající tři needukované respondentky (R5, R6, R7) znaly pojem hysterektomie. Zdrojem informací u edukovaných respondentek byl v jednom případě (R1) obvodní gynekolog, v jednom případě (R2) přijímající gynekolog, v jednom případě (R3) časopisy a internet a v jednom případě (R4) dcera a internet. U needukovaných respondentek informace o pojmu poskytl 2x obvodní gynekolog (R5, R7) a v jednom případě (R6) byly informace získané z internetu, od obvodního a přijímajícího gynekologa. Informace o důvodu hysterektomie mělo všech osm respondentek. U

edukovaných respondentek podávali informace především obvodní a ošetřující gynekolog (R1, R3, R4). Jedna respondentka ze skupiny edukovaných (R2) byla poučena pouze ošetřujícím gynekologem. Dvě needukované respondentky (R5, R8) získaly informace o důvodu hysterektomie jen od obvodního gynekologa, dvě (R6, R7) od obvodního a přijímajícího gynekologa. Důvodem k hysterektomii bylo u edukovaných respondentek ve dvou případech silné a nepravidelné krvácení (R1, R3), jednou (R2) myomatózní děloha a jednou (R4) sestup dělohy. Dvě needukované respondentky (R5, R8) podstoupily hysterektomii pro myom na děloze, jedna (R6) pro silné a nepravidelné krvácení a jedna (R7) pro karcinom děložního hrdla (T1 M0 N0). U edukovaných (R1, R3, R4) i needukovaných respondentek (R5, R6, R8) převažoval laparoskopický přístup, jedna edukovaná (R2) a jedna needukovaná (R7) respondentka podstoupily laparotomii. Před hysterektomií edukované respondentky převážně udávaly strach, jedna strach z anestézie a bolestí (R1), jedna z anestézie a výsledků histologie (R2), jedna z nauzei (R3) a jedna udávala nervozitu z výsledku operace (R4). Dvě needukované respondentky (R5, R8) udávaly před hysterektomií strach z anestézie, jedna (R6) strach z výsledků histologie a jedna (R7) pocítovala strach o svůj život, nevíru v diagnózu a zlost.

Tabulka 19 Porovnání získaných vědomostí o životním stylu po hysterektomii

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4
Pohlavní styk	Částečné	Ano z brožury	Částečné z brožury	Ano
Sport	Ano	Ano z brožury	Částečné z brožury	Ano
Menstruace	Ano	Ano	Ano	Ano
Osteoporóza	Ano z brožury	Ano z brožury	Ano z brožury z rozhovoru	Ano
Vyprazdňování moči	Ano	Ano z brožury	Ano	Ano
Lázeňská péče	Ano z brožury	Ano z brožury	Ano z brožury z rozhovoru	Ano z brožury
Otěhotnění	Ano	Ano	Ano	Ano
Změny váhy	Ano z brožury	Ano z brožury	Ano	Ano

Respondentka	R 5	R 6	R 7	R 8
Pohlavní styk	Částečné	Ne	Ano	Ano
Sport	Ne	Ne	Ne	Ano
Menstruace	Ano	Ano	Ano	Ano
Osteoporóza	Ano	Ne	Ano	Ne
Vyprazdňování moči	Ne	Ne	Ano	Ano
Lázeňská péče	Ne	Ne	Ne	Ne
Otěhotnění	Ano	Ano	Ano	Ano
Změny váhy	Ano	Ano	Ne	Ne

Ucelené informace o pohlavním styku po hysterektomii měla jedna edukovaná respondentka (R4), jedna (R1) získala jen část informací, jedna (R2) získala veškeré informace z edukační brožury a jedna edukovaná respondentka (R3) získala část informací z edukační brožury. Dvě needukované respondentky (R7, R8) byly poučeny o pohlavním styku po hysterektomii, jedna (R5) měla částečné informace a jedna (R6) nebyla edukována vůbec. O sportu po hysterektomii měly informace dvě edukované respondentky (R1, R4), dvě respondentky (R2, R3) získaly tyto vědomosti z edukační brožury. Tři needukované respondentky nebyly o sportu poučeny (R5, R6, R7), jedna (R8) poučena byla. Všechny čtyři edukované respondentky byly informovány o menstruaci. Informace byly sděleny také všem needukovaným respondentkám. Jedna edukovaná respondentka (R4) měla informace o osteoporóze z jiných zdrojů, dvě (R1, R2) informace získaly z edukační brožury a jedna (R3) z edukační brožury a edukačního rozhovoru. O osteoporóze byly informovány dvě needukované respondentky (R5, R7), dvě (R6, R8) tyto informace postrádaly. O problematice vyprazdňování moče byly poučeny všechny edukované respondentky, jedna respondentka (R2) tyto informace našla v edukační brožure. Dvě needukované respondentky (R5, R6) nebyly seznámeny s problematikou vyprazdňování moči po hysterektomii, dvě needukované respondentky (R7, R8) tyto informace měly.

Vědomosti o poskytování komplexní lázeňské péče získaly všechny čtyři edukované respondentky z edukační brožury, jedna respondentka (R3) navíc z edukačního rozhovoru. O poskytování komplexní lázeňské péče nebyla informována ani jedna needukovaná respondentka. O těhotenství po hysterektomii měly znalosti všechny čtyři edukované respondentky. Všechny čtyři needukované respondentky byly poučeny o otěhotnění po hysterektomii. Dvě edukované respondentky (R3, R4) znaly informace o změnách váhy po hysterektomii, dvě respondentky (R1, R2) tyto se tyto informace dočetly v edukační brožuře. O změnách váhy měly informace dvě needukované respondentky (R5, R6), dvě (R7, R8) poučeny nebyly.

Tabulka 20 Porovnání vnímání ženskosti po hysterektomii

Respondentka	R 1	R 2	R 3	R 4
Vnímání ženskosti	beze změny	beze změny	ztráta i úleva	beze změny

Respondentka	R 5	R 6	R 7	R 8
Vnímání ženskosti	pocit prázdnoty	beze změny	beze změny	beze změny

Tři edukované (R1, R2, R4) i tři needukované respondentky (R6, R7, R8) nezaznamenaly změnu ve vnímání ženskosti po odnětí dělohy, jedna edukovaná respondentka (R3) pocítovala ztrátu i úlevu zároveň a jedna needukovaná respondentka (R5) měla pocit prázdnoty.

5. Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký má předoperační edukace vliv na životní styl žen po hysterektomii. Dále byla zjišťována informovanost žen o životním stylu po hysterektomii ve vybraných nemocnicích plzeňského kraje. Posledním cílem bakalářské práce bylo vytvořit efektivní edukační materiál, týkající se životního stylu po hysterektomii.

Bylo vedeno výzkumné šetření, probíhající kvantitativně i kvalitativně. Pro účely ověření stanovených hypotéz se použila kvantitativní metoda na základě kvaziexperimentu a dotazníkového šetření.

První část kvantitativního šetření, která hodnotila informovanost žen o životním stylu po hysterektomii, byla provedena za pomoci anonymních dotazníků. Základní soubor zahrnul 50 žen po hysterektomii. Výzkumné šetření probíhalo ve vybraných nemocnicích Plzeňského kraje (Klatovská nemocnice a.s., Domažlická nemocnice a.s., Fakultní nemocnice Plzeň). Cílem kvantitativního výzkumného šetření bylo zjistit informovanost žen o životním stylu po hysterektomii ve vybraných nemocnicích Plzeňského kraje.

Identifikační otázky byly použity na úvod dotazníku. Procentuální zastoupení zvolených odpovědí znázorňují grafy 1 – 5.

Graf 1 znázorňuje věkové zastoupení odpovídajících žen. Nejčastěji odpovídaly ženy ve věku mezi 51 – 60 lety, a to ve 34 %. 28 % byla zastoupena věková skupina 41 – 50 let. Skupina žen ve věku 30 – 40 let byla zastoupena v 16 %. 14% dotazovaných tvořila skupina žen ve věku 61 – 70 let. Na dotazy odpovídalo pouze 8 % žen ve věku nad 71 let.

Nejvyšší dosažené vzdělání žen znázorňuje Graf 2. 34 % žen mělo středoškolské vzdělání s maturitou, 28 % bylo vyučených. Překvapující bylo zjištění, že 20 % dotázaných dosáhlo pouze základního vzdělání. Vysokoškolačky tvořily 14 % dotázaných a 4 % žen vlastnilo vyšší odborné vzdělání.

Nejčastěji odpovídaly ženy žijící ve městě, v 52 %, na vesnici žilo 46 % dotázaných. Pouze 2 % tvořily ženy žijící na samotě (Graf 3).

96 % dotazovaných žen mělo děti. 4 % žen byly bezdětné (Graf 4). Počtem dětí

dotázaných se zabývá Graf 5. Čtyři děti mělo 12 % žen. 24 % žen porodilo tři děti, nejpočetnější skupinou 46 % byly ženy se dvěma dětmi. Skupina žen s jedním dítětem byla tvořena 14 % žen.

Dotazy v další části dotazníku byly zaměřeny na zjištění získaných vědomostí žen o hysterektomii (Graf 6 -13).

Graf 6 znázorňuje znalost pojmu hysterektomie. 92 % dotázaných znalo pojem hysterektomie, 8 % se s pojmem nesetkalo.

O důvodech hysterektomie bylo informováno 82 % žen, 16 % uvedlo částečné informace a 2 % žen nebyly informovány (Graf 7).

Jako nejčastější důvod k hysterektomii uváděly ženy shodně ve 22 % sestup dělohy a nepravidelné krvácení (Graf 8). 16 % žen podstoupilo hysterektomii pro nádor na děloze, 14 % žen pro myom na děloze na nádor na děložním čípku. 4 % dotázaných jako důvod hysterektomie uvedlo nádor na vaječniku a shodně 4 % uvedlo jiný důvod, bohužel jej nespecifikovaly. Pro neudržení moče podstoupily hysterektomii 2 % žen a 2% žen neznalo důvod hysterektomie.

Ve 46 % uváděly dotázané jako zdroj informací o důvodech hysterektomie obvodního gynekologa, 36 % žen informoval lékař v nemocnici. 8 % žen získalo informace od porodní asistentky v ambulanci. Nepříjemným zjištěním bylo, že porodní asistentka v nemocnici edukovala pouze 4 % žen. 2 % žen získalo informace na internetu a 4% žen nebyly nikým edukovány. Tato zjištění ukazuje Graf 9.

V Grafu 10 se nachází odpovědi žen na četnost preventivních prohlídek u gynekologa. Pravidelně 1x ročně absolvuje preventivní prohlídky 66 % žen, 2x ročně 16 % žen. Předpokládala jsem, že v dnešní době jsou již ženy dobře poučeny o významu pravidelných preventivních gynekologických prohlídek absolvovaných 1x ročně. Proto bylo pro mě překvapující zjištění, že 10 % dotázaných žen chodí na preventivní prohlídky jednou za 5 let a 2 % gynekologa nenavštěvuje vůbec.

Pocity dotázaných žen před operací znázorňuje Graf 11. Domnívala jsem se, že největší počet žen uvede strach z operace. Moje domněnka se potvrdila, tuto odpověď zvolilo 42 % dotázaných žen. 18 % žen nemohlo uvěřit, že musí podstoupit hysterektomii a 16 % žen mělo zlost, že nutnost operačního zákroku potkala právě je.

Shodně 16 % žen uvádělo pocit úlevy s nadějí na ukončení obtíží. Bohužel 8 % žen nespécifikovalo své pocity a zvolily odpověď „jiné“.

U 60 % žen byla provedena prostá hysterektomie a 40 % dotázaných žen podstoupilo hysterektomii s adnexektomií (Graf 12).

Z laparoskopického přístupu byla hysterektomie provedena u 26 % žen, 28 % žen bylo operováno z vaginálního přístupu. Přesto, že odborná literatura uvádí snahu o odklon od abdominálních hysterektomií (17, 24) 46 % žen z tohoto výzkumného šetření bylo laparotomováno (Graf 13).

Ve třetí části dotazníku (Graf 14 – 21, Graf 23 a 26) byly pokládány dotazy týkající se znalostí životního stylu po hysterektomii.

Graf 14 ukazuje, jaké sporty by ženy provozovaly měsíc po operaci. Odborná literatura se touto problematikou nezaobírá i když si myslím, že je pro ženy po hysterektomii velmi důležitá. Mnoho žen před operací aktivně sportuje a nedostatek informací je trápí. Dotazované ženy mohly zvolit více odpovědí. 28 žen volilo procházky, 27 žen plavání, 5 běhání, 3 cyklistiku. Jógu by provozovalo 18 žen. Tenis a posilování nezvolila žádná žena a 11 žen nevědělo, který sport by mohly měsíc po operaci provozovat.

Domnívala jsem se, ženy jsou špatně edukované i o době, kdy mohou zahájit nenáročnou sportovní aktivitu jako jsou jóga, protahování a posilování svalů pánevního dna. Moje domněnka nebyla zcela vyvrácena, i když 40 % žen vědělo, že s těmito sportovními aktivitami mohou začít až po úplném zhojení všech operačních vstupů. Což jak sami dotázané ženy v poznámce uvedly, je velmi individuální. Naopak 26 % žen nevědělo, kdy mohou začít sportovat. Za půl roku po operaci by začalo sportovat 28 % žen, 6 % žen se domnívalo, že mohou zahájit nenáročnou sportovní aktivitu již za 14 dní po operaci. Ihned po operaci by nezačala sportovat ani jedna žena, též možnost zahájení sportování za rok po operaci nezvolila žádná z dotázaných žen (Graf 15).

62 % žen bylo informováno o sexuálním životě po hysterektomii, 36 % popírá, že by tyto informace dostaly. 2 % dotázaných žen neví, zda byly na téma pohlavního života po hysterektomii edukovány (Graf 16).

I přes to, že více jak polovina dotázaných žen uvedla, že byly edukovány o

sexuálním životě po hysterektomii, má zkušenost z praxe porodní asistentky vypovídá jinak. Předpokládala jsem, že informace podané ženám o zahájení pohlavního styku po hysterektomii nebudou přesné či budou zkreslené. Graf 17 znázorňuje znalosti žen o době zahájení pohlavního života po hysterektomii. Moje domněnka založená na praktické zkušenosti se potvrdila, 36 % žen nevědělo, kdy mohou obnovit pohlavní život. 32 % dotázaných žen uvedlo, že se zahájením pohlavního styku by vyčkaly do 6 týdnů po hysterektomii a za čtyři týdny po hysterektomii by pohlavní život obnovilo 30 % žen. 2 % žen by již pohlavní život neobnovily nikdy. Žádná z žen by nechtěla mít pohlavní styk ihned nebo za 14 dní po operaci.

Jak ukazuje Graf 18, 88 % žen ví, že po hysterektomii již nebudou menstruovat. 2 % dotázaných žen si myslí, že budou nadále menstruovat a 10 % žen tuto informaci nemá.

Jak jsou ženy informovány o možnosti otěhotnění po hysterektomii znázorňuje graf 19. 92 % žen je přesvědčeno, že po hysterektomii již otěhotnět nemohou, 2 % si myslí, že otěhotnět může a 6 % žen neví, zda mohou otěhotnět po hysterektomii. Informace o otěhotnění jsou, zvláště pak pro mladé ženy podstupující hysterektomii, velmi důležité. Proto si myslím, že informovanost o tomto tématu by měla vždy dosahovat 100 %.

Domnívala jsem se, že další problematickou otázkou, na kterou ženy převážně nebudou znát odpověď, bude vliv hysterektomie na osteoporózu. Graf 20 potvrdil moji domněnku. Ukázalo se, že 60 % žen neví, zda odstranění dělohy má vliv na rozvoj osteoporózy. 26 % žen je přesvědčena, že hysterektomie nemá žádný vliv na rozvoj osteoporózy a 14% žen si myslí, že odstranění dělohy má vliv na řídnutí kostí.

Informovanost žen o vlivu hysterektomie na změny hmotnosti znázorňuje Graf 21. 22 % žen uvádí, že hysterektomie ovlivňuje výkyvy hmotnosti, 38 % žen je přesvědčeno o opaku, hysterektomie nemá vliv na změny hmotnosti. Informace o vlivu hysterektomie na změny váhy nemá 40 % dotázaných žen.

Mnoho žen podstupuje hysterektomii pro sestup dělohy s příznaky inkontinence, mladé ženy chtějí nadále žít aktivním životem, který nebude ničím omezován. Proto je velmi důležité informovat ženy o vyprazdňování moči po hysterektomii. 6 % žen myslí,

že budou mít po hysterektomii potíže s vyprazdňováním moče, 66 % žen jsou přesvědčeny, že po hysterektomii žádné potíže s vyprazdňováním moče mít nebudou. 28 % žen neví, zda budou mít potíže s vyprazdňováním moče (Graf 23).

Znalosti žen o nároku na komplexní lázeňskou péči znázorňuje Graf 26. Předpokládala jsem neznalost odpovědí na tento dotaz. Můj předpoklad byl potvrzen, 84 % žen neví zda mají nárok na komplexní lázeňskou péči, 4 % dotázaných žen se domnívá, že nárok nemá. 12 % žen je přesvědčeno o nároku na komplexní lázeňskou péči po hysterektomii. Informace o podmínkách, za jakých je poskytována komplexní lázeňská péče po hysterektomii (Příloha 5), jsou často opomíjené.

Pocity žen po hysterektomii znázorňují Grafy 24 a 25.

Graf 24 znázorňuje změnu vnímání ženskosti po hysterektomii. 10 % žen se již necítí být ženou, děloha pro ně byla známkou ženskosti. 62 % žen žádnou změnu nepocituje, 28 % žen o tomto nepřemýšlí. Zjištění skutečnosti, jak žena, podstupující hysterektomii, vnímá dělohu, ovlivňuje kvalitu edukace. Proto je pro všechny zdravotníky tento poznatek důležitý.

Každá žena reaguje na sdělení o odstranění dělohy jinak. Tyto odpovědi znázorňuje Graf 25. 48 % žen bylo rádo, že se zbaví svých obtíží. 44 % žen udávalo strach o své zdraví a 8 % žen odpovědělo, že jim bylo lhostejné zda budou nebo nebudou mít dělohu. Strach o zdraví je pochopitelná a častá reakce, proto mě překvapilo množství odpovědí uváděj radost z možnosti zbavit se svých obtíží.

Do dotazníku byla též zařazena jedna kontrolní otázka, která měla zmapovat správnost znalosti pojmu hysterektomie. 94 % žen uvedlo, že hysterektomie je odstranění dělohy, 2 % žen se domnívalo, že tento pojem znamená vyšetření dělohy a 4 % žen nevěděly co je to hysterektomie.

Pomocí kvantitativního výzkumného šetření byl splněn cíl 2, byla zároveň potvrzena hypotéza 1, předpokládající, že ženy mají informace o průběhu operace (Graf 7, 9, 12, 13). Kvantitativním výzkumným šetřením byla zároveň potvrzena i hypotéza 4, která předpokládala, že ženy ve vybraných nemocnicích Plzeňského kraje postrádají informace týkající se sexuálního života po hysterektomii (Graf 16, 17). Z výsledků kvantitativního výzkumného šetření také vyplývá, že ženy postrádají některé informace

o životním stylu po hysterektomii (Graf 14, 15, 20, 21, 23, 26).

Pro druhou část šetření byl zvolen kvaziexperiment, kdy základní soubor tvořily dvě skupiny žen. První skupinu tvořily ženy, které byly, pomocí vytvořené edukační brožury, edukovány. Druhá skupina byla zastoupena ženami, u kterých edukace neproběhla. Pro samotné testování efektivity předoperační edukace byl použit strukturovaný rozhovor, který podstoupily obě skupiny žen před propuštěním do domácí péče.

Kvalitativního výzkumného šetření se zúčastnilo osm žen. První skupině čtyř žen byla před operací poskytnuta edukační brožura a nabídnut edukační rozhovor. Edukační rozhovor využila pouze jedna respondentka. Před propuštěním do domácí péče byl s respondentkami veden strukturovaný rozhovor. Druhá skupina, tvořena také čtyřmi ženami, edukována před operací nebyla. Před propuštěním do domácí péče byl i těmito respondentkami veden strukturovaný rozhovor. Všechny rozhovory byly pro větší přehlednost přepsány do jednotlivých kazuistik a tabulek. Cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjistit, jaký vliv má předoperační edukace na životní styl po hysterektomii a zároveň vytvořit pro ženy efektivní edukační materiál.

Na začátku každého rozhovoru byly kladeny identifikační otázky, zjišťující věk, vzdělání, bydliště a paritu respondentek. Identifikační údaje neměly žádný vliv na znalosti dotázaných respondentek o životním stylu po hysterektomii.

Věk edukovaných respondentek se pohyboval mezi 55 a 70 lety (Tabulka 9). Needukované respondentky byly ve věku mezi 42 a 60 lety (Tabulka 13). Tři edukované respondentky dosáhly středoškolského vzdělání, jedna byla vyučena (Tabulka 9). Tři needukované respondentky byly vyučeny, jedna uvedla jako nejvyšší dosažené vzdělání maturitu (Tabulka 13). Všechny čtyři edukované respondentky udávaly bydliště ve městě (Tabulka 9). Dvě needukované respondentky uvedly bydliště na vesnici a dvě ve městě (Tabulka 13). Edukované respondentky mající dvě děti byly tři, jedna edukovaná respondentka je tercipara (tabulka 9). Dvě needukované respondentky měly dvě děti, dvě tři děti.

Tabulka 10 a 14 porovnávají získané vědomosti respondentek o hysterektomii. Pravidelné preventivní prohlídky 1x ročně absolvují tři edukované respondentky, jedna

navštívila gynekologa po devíti letech. Stejných výsledků dosáhly i nedukované respondentky, tři navštěvují gynekologa pravidelně 1x ročně, jedna jen sporadicky. Edukace o životním stylu po hysterektomii neměla vliv na uváděné odpovědi týkající se preventivních prohlídek. Pojem hysterektomie znaly všechny čtyři edukované respondentky. Zdrojem informací byl u jedné respondentky obvodní gynekolog, u jedné přijímající gynekolog, u jedné časopis a internet a u jedné dcera a internet. Needukované respondentky byly o pojmu hysterektomie poučeny tři. Ani zde nebyl zaznamenán výraznější vliv předoperační edukace. Všechny čtyři edukované i needukované respondentky měly informace o důvodu hysterektomie. Jako zdroj informací uvádějí edukované respondentky nejčastěji obvodního a ošetřujícího gynekologa, needukované respondentky obvodního a přijímajícího gynekologa. Dvě edukované respondentky uvedly jako důvod hysterektomie silné a nepravidelné krvácení, u jedné byla důvodem myomatózní děloha a u jedné sestup dělohy. Naopak u needukovaných respondentek v polovině případů byl důvodem k hysterektomii myom na děloze, jedna respondentka byla operována pro silné a nepravidelné krvácení a jedna pro karcinom hrdla děložního (T1, M0, N0). Laparoskopický přístup byl shodně zvolen u tří edukovaných i needukovaných respondentek a u jedné edukované i needukované respondentky abdominální přístup. Předoperační edukace o životním stylu po hysterektomii neměla vliv na pocity před hysterektomií. Tři edukované respondentky popisují strach, jedna nervozitu, všechny needukované respondentky pociťovaly před hysterektomií též strach.

Tabulka 11 a 15 srovnává získané vědomosti respondentek o životním stylu po hysterektomii. Díky předoperační edukaci byly všechny edukované respondentky efektivně informovány o životním stylu po hysterektomii. Needukovaným respondentkám některé informace týkající se životního stylu po hysterektomii scházely. Dvě byly poučeny o pohlavním styku po hysterektomii, jedna měla částečné informace a jedna nebyla edukována vůbec. O sportu po hysterektomii nebyly poučeny tři respondentky, jedna poučena byla. Informace o menstruaci po hysterektomii byly sděleny všem needukovaným respondentkám. O osteoporóze byly informovány dvě respondentky, dvě tyto informace postrádaly. Dvě respondentky nebyly edukovány o

vyprazdňování moči po hysterektomii, dvě respondentky tyto informace měly. O poskytování komplexní lázeňské péče nebyla informována ani jedna respondentka. Všechny čtyři respondentky byly poučeny o otěhotnění po hysterektomii. O změnách váhy měly informace dvě respondentky, dvě respondentky poučeny nebyly.

Zda respondentky zaznamenaly změnu ve vnímání ženskosti po odstranění dělohy ukazuje Tabulka 12 a 16. Tři edukované respondentky nepociťovaly žádnou změnu ve vnímání ženskosti po hysterektomii, jedna pociťovala ztrátu i úlevu zároveň. Tři needukované respondentky též nevnímaly po hysterektomii žádnou změnu, stále se cítily být ženou, jedna respondentka popisovala pocit prázdnoty.

Edukovaným respondentkám byly předloženy otázky mapující spokojenost s edukační brožurou a zda měly připomínky k této brožuře (Tabulka 12). Všechny čtyři respondentky byly spokojené s edukační brožurou. Připomínku k edukační brožuře měla jedna respondentka, požadovala zvětšit písmo.

Needukované respondentky byly dotazovány na postrádané informace a zda tyto respondentky měly potřebu získat informace s pomocí edukační brožury či rozhovoru (Tabulka 16). Všechny čtyři respondentky postrádaly informace o životním stylu po hysterektomii a ocenily by edukační brožuru. Jedna respondentka by edukační rozhovor nevyužila, jedna se o požadavku na edukační rozhovor vůbec nezmínila, dvě by edukační rozhovor uvítaly. Třem respondentkám chybí informace o pohlavním životě, čtyři chtěly získat znalosti o podmínkách v poskytování komplexní lázeňské péče, dvě respondentky chtěly znát informace o sportu po hysterektomii, tři respondentky postrádaly vědomosti o možnostech ovlivnění přechodových potíží.

Prvním cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjistit, jaký vliv má předoperační edukace na životní styl žen po hysterektomii. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza 2, která předpokládala, že edukace má pozitivní vliv na informovanost žen o jejich životním stylu po hysterektomii. K potvrzení cíle 1 a hypotézy 2 byly využity rozhovory s osmi respondentkami, čtyři respondentky před hysterektomií, pomocí vytvořené edukační brožury (Příloha 3), edukovány byly, čtyři respondentky edukovány nebyly. Rozhovory byly přepsány do jednotlivých kazuistik a tabulek. Porovnáním údajů mezi edukovanými a needukovanými respondentkami

uvedených v tabulkách byl potvrzen cíl 1 i hypotéza 2. Needukované respondentky postrádaly informace o životním stylu po hysterektomii a ocenily by edukační brožuru. Nejvíce chybí těmto respondentkám informace o pohlavním životě po hysterektomii, o podmínkách, za kterých je poskytována komplexní lázeňská péče a také postrádaly informace o možnostech ovlivnění přechodových potíží.

Druhým cílem bylo vytvořit efektivní edukační materiál pro ženy, týkající se životního stylu po hysterektomii. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza 3, která předpokládala pozitivní hodnocení předložené brožury ženami. Cíl 3 byl dle odpovědí edukovaných respondentek splněn, též byla potvrzena hypotéza 3. Edukované respondentky byly spokojeny s předloženou edukační brožurou, jedna měla výhrady k velikosti použitého písma.

6. Závěr

Hysterektomie patří k nejčastějším gynekologickým operacím. Mezi nejčastější indikace k hysterektomii patří uterus myomatosus, prekancerózy a karcinom cervixu a endometria, endometrióza, benigní tumory a karcinom ovárií, metrorrhagie, prolaps dělohy a také chronické pelviální. Hysterektomie s adnexektomií je prováděna především u žen s karcinomem hrdla, těla děložního a ovárií.

Z psychologického pohledu je často hysterektomie vnímána jako negativní výkon ničící podstatu ženství. Na druhou stranu přináší tato operace odstranění často dlouhodobých, značně obtěžujících potíží. Proto musí být klientky úplně a řádně informovány o důvodech operace, o vhodném operačním přístupu, o průběhu operace a ranného i pozdního pooperačního období. Měly by také mít informace o možných komplikacích a alternativních postupech léčby. Vždy je však nutné ke každé klientce přistupovat přísně individuálně (1).

Vhodnou edukací dokážeme klientky lépe psychicky připravit nejen na samotný průběh operace a hospitalizaci, ale také těmto klientkám dodáme jistou v podobě dostatku informací o životním stylu po propuštění do domácí péče. Edukace je významným pomocníkem v boji za zlepšení kvality života klientek v před i pooperačním období (30). Jaká je však skutečnost? Mají klientky opravdu dostatek informací o životním stylu po hysterektomii?

V této práci bylo stanoveno několik cílů.

Prvním cílem (cíl 1) bylo zjistit, jaký má edukace vliv na život žen po hysterektomii. K tomuto cíli s vztahovala hypotéza dvě, předpokládající pozitivní vliv edukace na informovanost žen o jejich životním stylu po hysterektomii. Cíl 1 byl splněn a hypotéza 2 byla potvrzena kvalitativním výzkumným šetřením probíhající formou rozhovorů s respondentkami. Rozhovory byly přepsány pro větší přehlednost do jednotlivých kazuistik a tabulek. Porovnání získaných údajů mezi edukovanými a needukovanými respondentkami přineslo zajímavé zjištění, potvrzující hypotézu 2. Needukované respondentky postrádaly informace o životním stylu po hysterektomii.

Nejvíce chybí těmto respondentkám informace o pohlavním životě po hysterektomii, o podmínkách, za kterých je poskytována komplexní lázeňská péče a také postrádaly informace o možnostech ovlivnění přechodových potíží.

Dalším cílem (cíl 2) bylo srovnat informovanost žen o životním stylu po hysterektomii ve vybraných nemocnicích Plzeňského kraje (Klatovská nemocnice a.s., Domažlická nemocnice a.s., Fakultní nemocnice Plzeň). Hypotézy vztahující se k tomuto cíli byly dvě (H1 a H4). Hypotéza 1 předpokládala, že ženy mají informace o průběhu operace. Hypotéza 4 zněla: Ženy ve vybraných nemocnicích postrádají informace týkající se sexuálního života po hysterektomii. Cíl dvě byl splněn za pomoci kvantitativního výzkumného šetření, které probíhalo pomocí anonymních dotazníků rozdaných ženám po hysterektomii ve vybraných nemocnicích Plzeňského kraje. Výsledky kvantitativního šetření uvedené v Grafech 1- 26 potvrdily hypotézu 1 a 4. Ženy mají informace o průběhu operace a postrádají některé informace týkající se sexuálního života po hysterektomii. Zároveň z tohoto výzkumného šetření vyplynulo, že ženy též postrádají informace o sportovních aktivitách, osteoporóze a komplexní lázeňské péči po hysterektomii.

Posledním stanoveným cílem (cíl 3) bylo vytvořit pro ženy efektivní edukační materiál, týkající se životního stylu po hysterektomii. Hypotéza (H 3) vztahující se k tomuto cíli předpokládala pozitivní hodnocení edukačního materiálu ženami. Cíl 1 byl splněn, edukační materiál pro ženy byl vytvořen. Spokojenost žen s edukačním materiálem potvrzují rozhovory vedené s edukovanými ženami. Zároveň byla zjištěna potřeba edukačního materiálu u needukovaných žen. Výsledky rozhovorů jsou uvedené v tabulkách. Hypotéza 3 byla potvrzena.

Poznatky z výzkumného šetření dokazují potřebu edukace žen o životním stylu po hysterektomii. Mnoho zdravotníků je zaměřena především na edukaci o předoperačních vyšetření a o průběhu samotné operace. Bohužel se často zapomíná na informace týkající se dalšího života po propuštění z nemocnice. Nedostatek informací vede často k mylným představám a závěrům, které mohou být pro samotné klientky škodlivé. Díky této práci bylo možno vytvořit edukační brožuru obsahující informace o životním stylu žen po hysterektomii. Pomocí tohoto edukačního materiálu by bylo

možno v praxi zajistit lepší informovanost žen a tím i pozitivně ovlivnit jejich psychický stav.

Zároveň může tato práce posloužit jako shrnutí poznatků o hysterektomii.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BENDO VÁ, M. Hysterektomie. Sestra, 2002, roč. 12, č. 3, příl. Tématický sešit – Gynekologie, č. 82, s. 44.
2. BOUDA, J. Komplikace po gynekologických operacích – diagnostika a terapie [online]. [cit. 2009-10-10]
Dostupné z: <<http://www.levret.cz/doskolovani/ostatni/psano/files/59bouda.php>>
3. CIBULA, D. Abdominální radikální trachelektomii. Moderní gynekologie a porodnictví, 2006, roč. 15, č. 2, s. 244- 247.
4. CITTERBART, K., et al. Gynekologie. Praha: Galén, 2001. 278s. ISBN 80-7262-094-0
5. CIBULA, D. Exenterace pánve. Moderní gynekologie a porodnictví, 2006, roč. 15, č. 2, s. 238-243.
6. CIBULA, D. Radikální abdominální hysterektomie. Moderní gynekologie a porodnictví, 2006, roč. 15, č. 2, s. 224-228.
7. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁLEK, K., SRP, B. a kol. Porodnictví. Praha: Grada, 1999. 434s. ISBN 80-7169-355-3
8. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. Přehled anatomie. Praha: Karolinum, 2006. 309s. ISBN 978-80-246-1216-4
9. FAIT, T., KOLEŠKA, T. Hysterektomie – odstranění dělohy: příručka pacientky. 1. Vyd. V Praze: Triton, 2007. 28s. ISBN 978-80-7254-983-2
10. HANOUSEK, L., NĚMEČKOVÁ, V. Poporodní hysterektomie. Gynekolog, 2003, roč. 12, č. 1, s. 15-17.
11. HOLUB, Z. Co potřebujeme vědět o laparoskopických operacích pro karcinom endometria Gynekologie po promoci, 2007, roč. 7, č. 3, s. 57-59.
12. HOLUB, Z. Který z přístupů k hysterektomii je nejlepší? Česká gynekologie, 2004, roč. 69, č. 4, s. 251-252.
13. HOLUB, Z., KUŽEL, D. a kol. Minimálně invazivní operace v gynekologii. Praha: Grada, 2005. 236s. ISBN 80-247-0834-5
14. HOLUB, Z. Laparoskopické operace. Moderní gynekologie a porodnictví, 2006, roč. 15, č. 2, s. 259-277.

15. HOLUB, Z. Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému. Praha: Galén, 2000. 159s. ISBN 80-7262-045-2
16. KUŽEL, D. Laparoskopicky asistované gynekologické operace, indikace, technika, komplikace [online]. [cit. 2009–10–10]
Dostupné z: <<http://www.levret.cz/doskolovani/ostatni/psano/files/63kuzel.php>
17. KUŽEL, D. Volba operačního přístupu k hysterektomii. Moderní gynekologie a porodnictví, 2004, roč. 13, č. 1, s. 10-13.
18. MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. Kapitoly z ošetrovatelské péče II. Praha: Grada, 2006, 172s. ISBN 80-247-1447-4
19. PARKER, W. H., BRODER, M. S., BEREK, J. S. Hysterektomie bez adnexektomie: kdy je lépe ovaria ponechat? Gynekologie po promoci, 2006, roč. 6, č. 6, s. 30-34
20. PILKA, R., KUDELA, M. Příspěvek k exaktní klasifikaci hysterektomií. Česká gynekologie, 2000, roč. 65, č. 5, s. 370-372.
21. PODCZASKI, E., MORTEL, R., ORY, S. J. Hysterektomie u žen nad 45 let: je indikována současně adnexektomie? Gynekologie po promoci, 2001, roč. 1, č. 5, s. 61-64
22. RAMIREZ, P. T., SLOMOVITZ, B. M. Co potřebujeme vědět o laparoskopických operacích pro karcinom endometria? Gynekologie po promoci, 2007, roč. 7, č. 3, s. 53-57.
23. ROZTOČIL, A. a kol. Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. 179s. ISBN 80-7013-255-8
24. ZÁBRANSKÝ, F. Hysterektomie abdominalis. Moderní gynekologie a porodnictví, 2006, roč. 15, č. 2, s. 207-215.
25. ZÁBRANSKÝ, F. Hysterektomie vaginalis. Moderní gynekologie a porodnictví, 2006, roč. 15, č. 2, s. 216-223.
26. ZÁBRANSKÝ, F. Radikální vaginální hysterektomie. Moderní gynekologie a porodnictví, 2006, roč. 15, č. 2, s. 229-235.
27. ZÁBRANSKÝ, F. Vaginální gynekologické operace, indikace, technika, komplikace [online]. [cit. 2009-10-10]

- Dostupné z: <<http://www.levret.cz/doskoloani/ostatni/psno/files/61zabran.php>
28. ZÁBRANSKÝ, F., GROSSMANNOVÁ, H., HAVELKA, P., KVĚTÁK, J.
Vaginální hysterektomie v raném poporodním období. Gynekolog, 2002, roč. 11, č. 4, s. 197-198
 29. ZÁBRANSKÝ, F. Volba operačního přístupu k hysterektomii. Moderní gynekologie a porodnictví, 2004, roč. 13, č. 1, s. 4-9.
 30. ZÁVODNÁ, V. Pedagogika v ošetrovatelství. Martin: Osveta, 2005, 2., přeprac. a dopl. vyd. 118s. ISBN 80-8063-193-X
 31. ŽIVNÝ, J. Pánevní a paraaortální lymfadenektomie. Moderní gynekologie a porodnictví, 2006, roč. 15, č. 2, s. 249-257.

8. Klíčová slova

Hysterektomie

Ošetrovatelská péče

Edukace

Informovanost

Životní styl

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh (součást vazby)

Příloha 1 Dotazník pro kvantitativní výzkumné šetření

Příloha 2 Edukační plán

Příloha 4 Rozhovor s respondentkami pro kvalitativní výzkumné šetření

Příloha 5 Zákon 48/1997, § 33 lázeňská péče, podmínky poskytování lázeňské péče

9.2 Seznam příloh (volně vložené)

Příloha 3 Edukační materiál (brožura)

Příloha 1 Dotazník pro respondentky po hysterektomii

Vážená respondentko,

jmenuji se Stanislava Bastlová, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor Porodní asistentka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který bude sloužit pouze ke zpracování mé bakalářské práce na téma „**Vliv edukace na životní styl u žen po hysterektomii.**“ Dotazník je anonymní. Vámi zvolené odpovědi prosím zakroužkujte.

Děkuji za spolupráci a Váš čas.

Stanislava Bastlová

- 1) Prosím, uveďte Váš věk.**
 - a) 30 – 40 let
 - b) 41 – 50 let
 - c) 51 – 60 let
 - d) 61 – 70 let
 - e) nad 71 let

- 2) Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání?**
 - a) základní (i neukončené)
 - b) vyučena
 - c) střední s maturitou
 - d) vyšší odborné
 - e) vysokoškolské

- 3) Bydlíte:**
 - a) na vesnici
 - b) ve městě
 - c) na samotě

- 4) Máte děti?**
 - a) ano
 - b) ne

- 5) Pokud ano, uveďte prosím počet dětí.**

.....

- 6) Víte, co je to hysterektomie?**
 - a) ano
 - b) ne

7) Byla jste informována o důvodech operace?

- a) ano
- b) ne
- c) jen částečně

8) Z jakého důvodu Vám byla odstraněna děloha?

- a) pro silné a nepravidelné krvácení
- b) pro nádor na děloze
- c) pro sestup dělohy
- d) pro myom na děloze (nezhoubný nádor)
- e) pro nádor na děložním čípku
- f) pro nádor na vaječniku
- g) pro neudržení moče
- i) nevím
- h) jiné (uveďte).....

9) Kdo Vám podal informace o důvodech operace?

- a) obvodní gynekolog
- b) sestra/porodní asistentka v ambulanci
- c) přijímající lékař v nemocnici
- d) sestra/porodní asistentka v nemocnici
- e) našla jsem informace na internetu
- f) nikdo

10) Jak často chodíte na preventivní prohlídky ke gynekologovi?

- a) 1x ročně
- b) 2x ročně
- c) po 2 letech
- d) po 5 letech
- e) nechodím

11) Jak jste se cítila před operací?

- a) měla jsem strach z operace
- b) cítila jsem úlevu, konečně se zbavím svých potíží
- c) nechtěla jsem uvěřit, že musím na operaci
- d) měla jsem zlost, že toto potkalo zrovna mě
- e) jiné(prosím vypište)

12) Při operaci Vám byla odstraněna:

- a) děloha
- b) děloha i vaječníky

13) Operace byla provedena:

- a) břišní cestou
- b) pochvou
- c) pomocí laparoskopie (tři malé řezy na břiše)

14) Jakým sportům se budete moci *měsíc* po operaci věnovat? (možno zakroužkovat více odpovědí)

- a) procházky
- b) plavání
- c) posilování
- d) běhání
- e) jízda na kole
- f) míčové hry (volejbal, basketbal...)
- g) tenis
- h) jóga

15) Kdy se můžete začít věnovat nenáročným sportovním aktivitám (jóga, protahování, posilování svalů pánevního dna...)?

- a) ihned po operaci
- b) za 14 dní
- c) po zhojení všech operačních vstupů
- d) za ½ roku
- e) za rok

16) Byla jste informována o Vašem sexuálním životě po operaci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17) Kdy budete moci mít po operaci pohlavní styk?

- a) ihned
- b) za 14 dní
- c) za 4 týdny
- d) za 6 týdnů
- e) nikdy
- f) nevím

18) Budete po operaci dále menstruovat?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

19) Můžete po odstranění dělohy otěhotnět?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

20) Má operace vliv na řídnutí kostí (osteoporózu)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

21) Je operace spojená se změnami váhy?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

22) Hysterektomie je:

- a) vyšetření dělohy pomocí přístroje
- b) odstranění dělohy
- c) nevím, co je hysterektomie

23) Myslíte si, že po operaci budete mít potíže s vyprazdňováním moče?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

24) Cítíte, že po odstranění dělohy již nejste ženou?

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlím o tom
- d) jiné.....(prosím doplňte)

25) Jak jste reagovala na sdělení, že Vám bude odstraněna děloha?

- a) bála jsem se o své zdraví
- b) bylo mi to jedno
- c) byla jsem ráda, zbavila jsem se tím svých obtíží
- d) jiné.....(prosím doplňte)

26) Máte nárok na lázně?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha 2 Edukační plán

Téma:	Životní styl klientek po hysterektomii.
Edukátor:	Porodní asistentka/sestra
Edukanti:	Klientky podstupující hysterektomii
Cíl:	Zlepšit informovanost klientek o životním stylu po hysterektomii. Zmírnit obavy klientek.
Metoda:	Přednáška, rozhovor, vysvětlování, power-point.
Místo konání:	Gynekologické oddělení, ambulance obvodního gynekologa.
Délka trvání:	45 minut, eventuálně podle potřeby až 1 hodinu.
Organizační forma:	Skupinová edukace – skupina čítá 5 klientek před hysterektomií.
Pomůcky:	Počítač či notebook, dataprojektor, brožury, letáky, knihy, obrazový materiál
Popis metodiky:	Porodní asistentka/sestra nejprve rozhovorem zjistí, která témata jsou pro klientky nejdůležitější. Po té je započata přednáška s pomocí prezentace v power-pointu. Zde jsou uvedeny nejnovější poznatky dané problematiky a též obrazový materiál. Po přednášce nechá porodní asistentka prostor pro kladení otázek, které zodpovídá. Před ukončením edukace si porodní asistentka ověřuje správné pochopení podaných informací kladením cílených dotazů klientkám. Aby měly klientky možnost kdykoliv si získané informace znovu osvěžit, je jim na závěr rozdána edukační brožura obsahující odpovědi na nejčastěji kladené dotazy. V případě zájmu, rozdá porodní asistentka/sestra klientkám letáky obsahující cviky na zpevnění svalů pánevního dna.

Příloha 4 Rozhovor s respondentkami

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání?
3. Kde bydlíte?
4. Máte děti? Pokud ano, kolik?
5. Chodíte na preventivní gynekologické prohlídky a jak často?
6. Když řeknu hysterektomie, víte, co to je?
7. Informovali Vás o důvodech operace a kdo Vás informoval?
8. Proč Vám byla odstraněna děloha?
9. Jakou přístupovou cestu u Vás lékaři zvolili k odstranění dělohy?
10. Jak jste se cítila před operací?
11. Jaké informace Vám byly podány o vlivu operace na Váš životní styl (sexuální život, menstruace, možnost dalšího otěhotnění, sportování, řídnutí kostí, změny váhy, vyprazdňování moče, nárok na lázeňskou péči)?
12. Jaké pocity jste měla po odstranění dělohy?
13. Jaké další informace v souvislosti s hysterektomií postrádáte? (otázka pro needukované klientky)
14. Uvítala byste edukační brožuru? (otázka pro needukované klientky)
15. Jak jste byla s edukační brožurou spokojena a jaké další informace zde postrádáte? (otázka pro edukované klientky)?

Příloha 5 Podmínky poskytování lázeňské péče

(Zákon 48/1997, § 33 lázeňská péče, podmínky poskytování lázeňské péče)

XI/4 dle zákl. dg	Stavy po gynekologických operacích a po operacích v oblasti malé pánve.	20	P, K	Komplexní lázeňskou péči lze poskytnout do 12 měs. od operace a to po operacích, které byly komplikované nebo u komplikovaným pooperačním průběhem a dále u žen do 10 let po břišních operacích se vztahem ke krajíně malé pánve.	Františkovy Lázně Klínkovice Mariánské Lázně
XI/5 R94, R95	Funkční poruchy (klimakterický syndrom, dyspareunie, algopareunie, frigida dysmenorhoe, algomenorhoe, pelvipathia spastica).	20	P		Františkovy Lázně Jeseník Klínkovice Mariánské Lázně