

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Martina Koutná

Ošetrovatelská péče u žen po hysterektomii

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Bubeníková

Olomouc 2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 28. 4. 2017

.....

podpis

Děkuji Mgr. Štěpánce Bubeníkové za odborné vedení, pomoc a cenné rady při zpracování této práce.

ANOTACE:**Typ závěrečné práce:** Bakalářská práce**Téma práce:** Ošetrovatelská péče u žen po hysterektomii**Název práce:** Ošetrovatelská péče u žen po hysterektomii**Název práce v AJ:** The Nursing Care of Women after Hysterectomy**Datum zadání:** 2017-01-26**Datum odevzdání:** 2017-04-28**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Koutná Martina**Vedoucí práce:** Mgr. Štěpánka Bubeníková**Oponent práce:**

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování předoperační a pooperační ošetrovatelské péče u žen podstupující hysterektomii. Tato práce předkládá dohledané informace o předoperačním vyšetření, předoperační přípravě a pooperační ošetrovatelské péči v oblasti ošetrování bolesti, výživy, vyprazdňování, pooperační rehabilitaci, předkládá poznatky k sexuálnímu životu žen po hysterektomii, nastiňuje psychickou stránku ženy po operaci a předkládá poznatky o vlivu operace na kvalitu života. Z dohledaných informací vyplývá, že pro poskytování kvalitní péče je důležité poskytovat péči specificky zaměřenou na určitý typ operačního výkonu. Poznatky jsou dohledány z elektronických databází (EBSCO, PUBMED, PROQUEST, BMČ) a z českých periodik.

Abstrakt v AJ: The bachelor thesis deals with the issues of preoperative and postoperative nursing care in women undergoing hysterectomy. This work presents the information about preoperative examination, preoperative preparation and postoperative nursing care in the field of nursing, nutrition, evacuation,

postoperative rehabilitation, presents knowledge about sexual life of women after hysterectomy, outlines the psychic aspect of woman after surgery and presents knowledge about the influence of operation on quality of life. The gathered information shows that for the provision of quality care is important to provide care specifically oriented to a certain type of surgical performance. Findings used in the thesis were looked up in electronic databases (EBSCO, PUBMED, PROQUEST, BMČ) and czech periodicals.

Klíčová slova v ČJ: hysterektomie, ošetrovatelská péče, předoperační péče, pooperační péče

Klíčová slova v AJ: hysterectomy, nursing care, preoperative care, postoperative care

Rozsah práce: 38 stran / 0 příloh

Obsah

ÚVOD	7
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	9
2 PŘEDOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	11
2.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	12
3 POOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	17
3.1 PRÁCE S BOLESTÍ	18
3.2 VÝŽIVA	21
3.3 VYPRAZDŇOVÁNÍ	22
3.4 REHABILITACE	23
3.5 SEXUÁLNÍ ŽIVOT PO HYSTEREKTOMII	24
3.6 PSYCHICKÁ STRÁNKA ŽENY	26
3.7 KVALITA ŽIVOTA PO OPERACI	28
3.8 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ	29
ZÁVĚR	30
REFERENČNÍ SEZNAM	32
SEZNAM ZKRATEK	38

ÚVOD

Hysterektomie je jedna z nejčastěji využívaných chirurgických gynekologických operací a jedná se o operační odstranění dělohy. Děloha patří mezi vnitřní rodidla a v podvědomí každé ženy je úzce spjata s jakýmsi symbolem ženskosti. Ve své funkci plní úlohu cílového orgánu pro vyvíjející se embryo a plod. Při hysterektomii může být odstraněna pouze děloha, tzv. prostá hysterektomie, dále může být hysterektomie s adnexektomií, kdy spolu s dělohou jsou odstraněny vejcovody a vaječníky, a hysterektomie rozšířená, tzv. radikální, kdy se jedná o odstranění dělohy současně s odstraněním závěsného aparátu dělohy, tzv. parametria, horní části pochvy spolu s jejím vazivem po stranách, část sakrouterinních vazů a pánevní uzliny. Dle operačního přístupu se hysterektomie dělí na abdominální (břišní) a laparoskopickou. Abdominální operace je indikována v případě, kdy je předpokládán větší operační výkon, přítomnost srůstů, při diagnostice velkého nádoru, anebo kde není diagnóza zcela objasněna. Laparoskopická chirurgie patří k tzv. minimálně invazivním technikám, které mají oproti klasické „otevřené“ chirurgii řadu výhod. Při operaci jsou využity vpichy nebo miniincize. Tyto operační vstupy zaručují menší pooperační dyskomfort a zkracují dobu hospitalizace. Laparoskopickou hysterektomii lze navíc rozdělit na laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii (LAVH), která zahrnuje laparoskopické provedení části operačního výkonu a následné odstranění dělohy z poševního přístupu, totální laparoskopickou hysterektomii (TLH), která je laparoskopickou verzí abdominální hysterektomie, a laparoskopickou supracervikální hysterektomii (LSH, LASH), kdy jde o laparoskopické odstranění děložního těla s ponecháním děložního hrdla.

Hlavním cílem bakalářské práce je předložit dohledané publikované poznatky o poskytování ošetrovatelské péče u žen podstupující hysterektomii.

Stanovené dílčí cíle jsou:

CÍL 1.

Předložit dohledané publikované poznatky o poskytování ošetrovatelské péče před operací.

CÍL 2.

Předložit dohledané publikované poznatky o poskytování ošetrovatelské péče po operaci.

Vstupní studijní literatura:

HOLUB, Zdeněk. *Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-045-2.

KOBLIHOVÁ, Jitka et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-315-X.

KUDELA, Milan et al. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1975-6.

PILKA, Radovan, Martin PROCHÁZKA et al. *Gynekologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3019-5.

ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Pro rešeršní činnost byl použit standartní postup vyhledávací strategie s využitím vhodných klíčových slov a s pomocí booleovských operátorů.

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: hysterektomie, ošetrovatelská péče, předoperační péče, pooperační péče

Klíčová slova v AJ: hysterectomy, nursing care, preoperative care, postoperative care

Jazyk: angličtina, čeština, slovenština, polština, němčina

Období: 2007 – 2017



DATABÁZE:

EBSCO 120 článků, ProQuest 68 článků, PubMed 7 článků, BMČ 7 článků



Nalezeno **202** článků



VYZAŘOVACÍ KRITÉRIA:

- Nerecenzovaná periodika 59 článků
- Duplicitní články 69 článků
- Články netýkající se daného tématu 37 článků



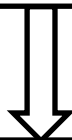
SUMARIZACE DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

EBSCO	17 článků
ProQuest	11 článků
PubMed	4 články
BMČ	5 článků



SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:

Acta anaesthesiologica Scandinavica	1 článek
Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica	4 články
Anesteziologie a intenzivní medicína	2 články
AORN Journal	2 články
Annals of surgical onkology	1 článek
Asian journal of nursing education and research	1 článek
Australian journal of advanced nursing	1 článek
Best practice	1 článek
BMC women's health	1 článek
Clinical journal of onkology nursing	2 články
Česká gynekologie	1 článek
Diagnóza v ošetrovatelství	2 články
Egyptian journal of hospital medicine	1 článek
International urogynecology journal	2 články
Interní medicína pro praxi	2 články
Journal of clinical nursing	3 články
Journal of gynecologic surgery	1 článek
Journal of the society laparoendoscopic surgeons	1 článek
Kontakt	1 článek
Obzornik zdravstvene nege	1 článek
Onkologie	1 článek
Qual saf health care	1 článek
Tělesná výchova a sport mládeže	1 článek
The nursing journal of india	1 článek
Turkish journal of geriatrics	1 článek
World journal of surgical onkology	1 článek



Pro přehled publikovaných poznatků bylo použito
37 dohledaných článků

2 PŘEDOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Do celkové předoperační péče patří předoperační vyšetření a předoperační příprava pacienta. Předoperační vyšetření je důležitý faktor, který hodnotí kondici pacienta, vznik individuálních rizik v průběhu operačního výkonu a možný vznik komplikací po operaci. Prvním krokem je odebrání podrobné anamnézy a její pečlivé zhodnocení, vyšetření klinického stavu pacienta a vyhodnocení základních laboratorních hodnot. U žen podstupujících hysterektomii se provádí obecné předoperační vyšetření. Základním spektrem laboratorních hodnot je vyšetření krve na hodnoty glykemie, minerálů, cholesterolu, vyšetření krevní srážlivosti, krevní obraz, moč + sediment a hodnoty urey a kreatininu. Mezi pomocná vyšetření patří zobrazovací metody jako rentgen hrudníku a elektrokardiogram. Dále se dle komorbidit pacientky zvažuje doplnění dalších individuálních vyšetření. Pro posouzení indikace a identifikace rizikových vlastností pacienta k operaci se používá American Society of Anesthesiologists (ASA) klasifikace, které se dělí do 5 kategorií

- ASA I: zdravý pacient, u kterého je indikující chorobný proces lokalizován a nezpůsobuje systémovou poruchu,
- ASA II: pacient s lehkým celkovým onemocněním, které neomezuje výkonnost pacienta,
- ASA III: pacient s těžkým celkovým onemocněním, u kterého dochází k ovlivnění výkonnosti,
- ASA IV: označení pacientů s těžkým celkovým onemocněním, při kterém je nemocný trvale ohrožen na životě,
- ASA V: pacient ve vážném stavu, u kterého bez operace nastává do 24 hodin smrt. (Blažek, Havel, Bělobrádková, 2012, s. 422-424)

Autor Huang a kolektiv mezi základní péči všeobecné sestry, poskytovanou ženám podstupující gynekologické operace, řadí odebrání podrobné anamnézy, povinnost provést fyzikální vyšetření, zhodnotit psychosociální a nutriční stav pacientky, vypracovat individuální plán péče, poskytnout informace o intraoperační a pooperační péči, poskytovat pacientkám psychosociální podporu a poskytnout informace o dostupné následné péči po propuštění ze zdravotnického zařízení. Huang uvádí, že správné předoperační zhodnocení stavu pacientky může ovlivnit

délku hospitalizace z průměrných 8,9 dnů na 4,9 dnů a současně přispívá k poklesu závažných pooperačních komplikací z 9% na 2%. (Huang et al., 2015, s. 769-771)

2.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Předoperační příprava je nedílnou součástí předoperační péče, kdy se jedná o soubor postupů, které mají minimalizovat vznik pooperačních komplikací a usnadnit tak perioperační a pooperační fázi. U plánovaných výkonů se dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Autor Blažek oproti ostatní literatuře uvádí rozdělení obecné předoperační přípravy na dlouhodobou, střednědobou, krátkodobou a bezprostřední. U neplánovaných výkonů se ošetrovatelská péče zaměřuje pouze na odběr biologického materiálu, provedení základní hygienické péče a zajištění kompresivní terapie dolních končetin k prevenci tromboembolické nemoci.

Do dlouhodobé předoperační přípravy patří již zmiňované předoperační vyšetření, kdy všeobecná sestra především zajišťuje odběry biologického materiálu a dle možností zajišťuje časové objednání pacientky na jednotlivá vyšetření. Obecná dlouhodobá předoperační příprava není striktně časově omezena. Může trvat více než měsíc před operačním výkonem, avšak v součásti časového ohraničení hraje významnou roli posouzení pacientky dle ASA klasifikace. V kompetencích lékaře je důležitou součástí kontinuální informovanost pacientky o výkonu a získání vlastnoručního podpisu, tzv. informovaného souhlasu s operací. Snahou je navození spolupráce pacientky a snížení tak nežádoucích reakcí, které by mohly mít před operací negativní vliv na organismus. (Blažek, Havel, Bělobrádková, 2012, s. 426-427) Všeobecná sestra v dlouhodobé předoperační přípravě zastupuje především roli v psychické přípravě, kdy empatickým přístupem pacientku uklidňuje a dle svých kompetencí informuje. Psychika ženy je do značné míry ovlivněna jejími individuálními osobnostními charakteristikami. Pro správné a co nejefektivnější poskytnutí informací je důležité mezi poskytovatelem a příjemcem péče navození pozitivního vztahu. Při navozování důvěry, snižování stresu a poskytování kvalitní ošetrovatelské péče hraje významnou roli komunikace. Hysterektomie je jedním ze stavů, které způsobují v životě ženy významné změny a je potřeba se chovat profesionálně. Mezi psychické změny patří především změněné sebevědomí, strach

ze sexuální dysfunkce a ze ztráty ženskosti. Pocit strachu může vést k vytvoření psychosomatických poruch, proto je důležité, aby všeobecná sestra poskytla pacientce pocit důvěry, svými odbornými znalostmi a správnými informacemi pomáhala objasnit nejasnosti, inspirovala pacientku k odvaze a celou dobu léčby zastupovala roli odborného učitele a rádce. (Trojar, Pajk, 2013, s. 56-61).

Autoři Thilagavathi a Vaidyanathan říkají, že hysterektomie mění pohled ženy na její vlastní ‚já‘, což významně ovlivňuje její kvalitu života. Autoři zastávají názor o nutnosti zdravotnického personálu poskytnout pacientkám informace o postupech při přijetí k hospitalizaci, jaké kroky budou následovat po převozu na operační sál a jaké další postupy budou následovat od navození anestezie až do doby procitnutí. Takto poskytnutá předoperační informovanost rozvíjí u pacientky pozitivní postoj k operaci, snižuje výskyt pooperační úzkosti a ovlivňuje negativní emoční postoje jako podráždění, nedostatek koncentrace a deprese, což může pacientkám pomoci k rychlejší regeneraci organismu a snížení tak doby hospitalizace. (Thilagavathi, Vaidyanathan, 2014, s. 413-415)

Autoři Pinar, Kurt a Gungor zkoumali dopad systematického předoperačního poučení žen před gynekologickými operačními výkony na úroveň vzniku pooperační úzkosti. Úzkost definovali jako individuální zkušenost, která se u pacientek vyskytuje v reakci na neznámé události spojené s potenciálním výskytem bolesti, změnou ve vnímání vlastního těla, ve zvýšené závislosti na rodině a především ve výskytu možných závažných životních změn. Ve studii byl vzorek 120 pacientek s podobnými sociodemografickými profily, které byly rozděleny do studijní a kontrolní skupiny po šedesáti členech. Kontrolní skupina byla o průběhu operace a pooperační péči informována pouze verbálně a to poskytnutím obecných předoperačních instrukcí. Studijní skupina byla informována formou písemné metody s poskytnutím brožury a následnou oporou ve formě rozhovoru, kde byly pacientkám zodpovězeny dotazy týkající se jejich stavu a pocitů zdravotnickým personálem. Pacientky ve studijní skupině uvedly dostatečnou informovanost o aspektech jejich životních podmínek a obdržené odpovědi na své dotazy určily za uspokojivé. Ve studii bylo zjištěno, že pacientky, kterým byly poskytnuty systematické předoperační instrukce s následným poskytnutím brožury má statisticky významný účinek na snížení hladiny úzkosti v porovnání s pacientkami, kterým byla poskytnuta pouze rutinní ošetřovatelská informovanost před gynekologickou operací. Autoři tak určili

poskytnutí systematické informovanosti jako zásadní roli při poskytování komplexní ošetrovatelské péče. (Pinar, Kurt, Gungor, 2011, s. 1-7)

Před operačním výkonem je třeba u pacientky dosáhnout nutričně vyváženého stavu a u chronicky nemocných úpravy zdravotního stavu. Kompenzaci zdravotního stavu je nutné sledovat především u chronické hypertenze, onemocnění štítné žlázy, chronické obstrukční plicní nemoci a u žen s diabetem mellitem. Při užívání antikoagulační léčby je třeba převést antikoagulační režim z tzv. kumarinů na nízkomolekulární heparin v injekční formě. Dle individuálního zhodnocení rizika a způsobu operace se upřednostňuje příprava autotransfuze. (Blažek, Havel, Bělobrádková, 2012, s. 427) Předoperační rozhodnutí o potřebě krevní transfuze během operace u žen podstupující hysterektomii pro nenádorové onemocnění je v uvážení ošetřujícího lékaře a je založeno na předoperačním vyšetření krve, především na hodnotě hemoglobinu, a na předpokládané intraoperační krevní ztrátě. Jako dominantní faktor, který až trojnásobně riziko potřeby transfuze krve zvyšuje, je uvedena předoperační anemie. Významná hodnota hemoglobinu v krvi, jako určující rizikový faktor pro potřebu krevní transfuze během operace, byla stanovena hodnota pod 11,89 mg/dl. (Matthews et al., 2012, s. 109-112)

Autoři AbdElzaher a kolektiv zkoumali účinek dodávání goserelinu, agonisty ganodotropiny uvolňujícího hormonu (GnRH), které řídí činnost pohlavních žláz, na snížení objemu dělohy a usnadnění tak přístupu pro vaginální hysterektomii. Operace vaginální cestou je bezpečnější a nákladově efektivnější než formou přístupu abdominálního. Průměrná hmotnost dělohy doporučující jako limit pro vaginální hysterektomii byla na hranici 280 gramů. Ve studii byly ženy podstupující plánovanou hysterektomii rozděleny do dvou skupin, v nichž jedna skupina užívala goserelin po dobu 3 měsíců před plánovanou operací pro přístup vaginální cestou a druhá skupina žen, se srovnatelnou vstupní velikostí dělohy, podstoupily břišní hysterektomii. Studie potvrzuje zjištění, že předoperační užívání analog GnRH snižuje objem dělohy o 35-50% a tím dochází k usnadnění vaginální hysterektomie. Při srovnání studijní a kontrolní skupiny nebyl zjištěn žádný významný rozdíl v celkových komplikacích mezi pacientkami, avšak ženy podstupující vaginální hysterektomii měly v pooperační péči menší potřebu analgezie a kratší dobu hospitalizace. Proto by měl vaginální přístup, tam kde je to možné, být volen jako nejvhodnější operační způsob léčby a vstupní velikost dělohy by sama o sobě

neměla být považována za kontraindikaci využití vaginální cesty. (AbdElzaher et al., 2012, s. 218-222)

Krátkodobá předoperační příprava začíná 24 hodin před plánovaným operačním výkonem. Zahrnuje přípravu tlustého střeva, zajištění dietního režimu, přípravu operačního pole, zajištění antikoagulační léčby a kontrolu kompenzace chronických onemocnění. Vyprázdnění tlustého střeva je zajištěno dle ordinace lékaře a dle zvyklostí oddělení pomocí čípků nebo očistného klyzmatu. Jednou z využívaných metod je mechanická příprava střev, která je definována jako proces, při kterém je množství střevního obsahu sníženo prostředky chemickými nebo fyzikálními. Mechanická příprava střev se nedoporučuje před totální laparoskopickou hysterektomií, neboť dle výzkumů využití nevede k usnadnění intraoperačního procesu. Autor Ryan a kolektiv zkoumali účinek předoperační mechanické přípravy střev před celkovou laparoskopickou hysterektomií. Ve studii bylo zahrnuto celkem 78 žen náhodně rozdělených do dvou skupin s podobnými sociodemografickými údaji. První skupina 39 žen den před operačním výkonem obdržela na snídani lehce stravitelnou stravu, následně po celý den tekutou dietu, ve čtyři a v sedm hodin odpoledne den před operačním výkonem mechanickou přípravu střev pomocí citrátu hořečnatého a od půlnoci nic per os. Druhá skupina žen obdržela den před operací taktéž lehkou snídani s následnou tekutou dietou po celý den a žádný příjem per os od půlnoci. Studie byla prováděna od února roku 2013 do dubna 2014 v nemocnici na území Texasu. Operační zákroky byly prováděny jedním lékařem, který nebyl o přípravném režimu u žen informován. Bezprostředně po zákroku byl lékař vyzván, aby pomocí Likertovy škály odpověděl na čtyři otázky týkající se stavu intraoperační vizualizace operačního pole, schopností manipulovat se střevy, celkovou snadností operace a otázkou, zda pacientka spadala do skupiny s předoperační mechanickou přípravou střev. Závěrem autoři potvrdili, že využití mechanické přípravy střev u žen před totální laparoskopickou hysterektomií nemá vliv na průběh operace a intraoperační vizualizaci nezlepší. (Ryan et al., 2015, s. 1-4) Dalším krokem předoperační péče je hygienická příprava, tedy očištění celého těla. Kůže je zbavena mastnoty a nečistot, pacientka musí mít odlakované nehty a musí být odlíčena. Před gynekologickými operacemi je pozornost věnována vaginální očištění jako ovlivnění vzniku pooperační infekční nemoci. Pro vaginální očištění je využíván roztok chlorhexidinu jako antiseptika, solný roztok, nebo čirý fyziologický

roztok. Dle dostupných informací vaginální čištění, před abdominální i vaginální hysterektomií, pomocí chlorhexidinu představuje stejné riziko pooperačního výskytu infekce jako očištění tekoucí vodou. Naopak, použitím solného roztoku se riziko vzniku pooperačního výskytu infekce močových cest zvyšuje. (Kjølhede, Halili, Löfgren, 2010, s. 63-71. Kjølhede, Halili, Löfgren, 2009, s. 408-416) Tradiční příprava operačního pole zahrnuje odstranění tělesného ochlupení. V literatuře je uváděn vliv míry ochlupení na ovlivnění infekce v operační ráně, i když pro takové tvrzení neexistují dostatečné důkazy. Při nutnosti odstranění ochlupení v místě operačního pole je nejlepším doporučeným důkazem, hodnoceným stupněm A v Joanna Briggs Institut, využití stříhání a použití depilačního krému, které způsobují méně infekcí operační rány, než při holení strojkem z důvodu vzniku mikroskopických ranek v kůži. Takto ohodnocená studie představuje silnou podporu institutu, která si zaslouží aplikaci v praxi. (Building, 2007, s. 1-4)

Dvě hodiny před operací jsou vedeny jako bezprostřední předoperační příprava, která spočívá v kontrole správnosti dokumentace, dle způsobu vedení operace zavedení permanentního močového katetru (PMK), kontrole lačnění před operací, zajištění cévních vstupů a podání případné antibiotické profylaxe a premedikace. Při hysterektomii hraje antibiotická profylaxe významnou roli při ovlivnění výskytu pooperační infekce močových cest. Při odchodu na operační sál všeobecná sestra zkontroluje přiložení bandáží jako prevenci tromboembolické nemoci, vyjmutí případných zubních protéz, kontrolu kůže a nehtů a zajistí převoz na operační sál a předání pacientky anesteziologickému lékaři a anesteziologické sestře. (Blažek, Havel, Bělobrádková, 2012, s. 427-428)

3 POOPERAČNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Bezprostředně po operaci je pacientka na operačním sále probuzena z anestezie a jsou-li stabilizovány její životní funkce, je anesteziologickou sestrou předána ošetřujícímu zdravotnickému personálu. Pro bezprostřední sledování zdravotního stavu pacientek po operaci je určena tzv. dospávací jednotka, kde jsou pacientky po operaci sledovány nejméně 2 hodiny. Poskytovaná péče na dospávací jednotce předchází péči poskytované na standardním oddělení. Hlavním úkolem postanestetické péče je včasná identifikace a případné okamžité zahájení léčby komplikací souvisejících s operací a anestezií. Cílem péče je takto závažným důsledkům předcházet. V časném postanestetickém období je u pacientek důležité kontinuálně sledovat základní fyziologické funkce (vědomí, dýchání, pulzní oxymetrii, pulz, krevní tlak, tělesnou teplotu), monitorovat funkci srdce pomocí elektrokardiografie, sledovat výskyt bolesti, zvracení, nauzey, návrat svalové síly, stav hydratace a volémie, diurézu, odpad z drénů a krvácení, výskyt pooperačních příznaků mající vliv na regeneraci organismu a poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči. Jsou-li životní funkce pacientky stabilizovány, je předána ošetřujícímu personálu na standardním lůžkovém oddělení, ze kterého byla na operaci odeslána. V případě vzniku komplikací, anebo negativního předoperačního zhodnocení rizik, je pacientka po operaci odeslána na JIP. (Černý, 2016, s. 400-401. Wodlin et al., 2011, s. 369) Ošetřovatelská péče na standardním lůžkovém oddělení u žen po hysterektomii je vedena převážně v oblastech léčby pooperační bolesti, mobilizaci po operaci, pooperačním stavu výživy a funkci trávicího systému a vylučování. Chirurgické operace v pánevní oblasti mohou zejména ovlivnit funkci vylučovací soustavy a trávicího systému. Před plánovaným propuštěním z hospitalizace je důležitou součástí posouzení a zhodnocení návratu pooperačního stavu výše zmíněných systémů do jejich přirozeného stavu. (Murphy et al., 2012, s. 185-186)

Jako jeden z faktorů zkrácení doby hospitalizace bylo během posledních deseti let prokázáno využívání standardizovaných programů na průběh rychlejšího zotavení po chirurgickém zákroku. Začal se využívat koncept Fast Track Surgery – Enhanced recovery after surgery, tedy tzv. ERAS protokoly, kdy se jedná o soubor léčebných protokolů, které poukazují na péči před operačním výkonem, během perioperačního procesu a následnou péči pooperační. Léčebné protokoly jsou zaměřeny

na společnou péči anesteziologa a chirurga v oblasti nutriční podpory, vhodnou předoperační přípravu střev, hydratační strategii v podávání infuzních roztoků před a během operace, prevenci tromboembolie, volbu anestezie, poskytování kvalitní perioperační a pooperační analgezie, perioperační řízení hypotermie a efektivní pooperační rehabilitaci. Součástí je i tzv. anxiolýza, kdy se jedná o psychologickou přípravu pacienta k operačnímu výkonu, jeho dobrou informovanost a podání farmak odstraňující úzkost, psychickou tenzi a strach, jako večerní premedikaci před plánovaným operačním výkonem. Jedná se o proces medicíny založené na důkazech. Protokol ERAS byl původně vyvinut v evropské spolupráci pro kolorektální chirurgii, avšak pro vyhodnocení kratší doby hospitalizace po chirurgickém zákroku a snížení komplikací je v současné době využíván i u jiných břišních operací, jako například v gynekologii u hysterektomie. V roce 2005 byla v Norsku na gynekologicko-porodnickém oddělení ve Fakultní nemocnici v Akhershusu prováděna studie zaměřující se na využití ERAS protokolu při chirurgickém odstranění dělohy. Autoři studie, po zavedení ERAS protokolu, u žen podstupujících břišní hysterektomii potvrzují snížení doby hospitalizace. Autor Wijk a kolektiv, kteří rovněž potvrzují zkrácení délky hospitalizace a snížení počtu komplikací po zavedení ERAS protokolu v perioperační a pooperační fázi u gynekologických operací, říkají, že je potřeba uvažovat o zařazení a využívání ERAS protokolu v běžné klinické praxi a poskytovat tak kvalitní zdravotní péči. (Sjetne et al., 2009, s. 236-239. Wijk et al., 2014, s. 750-755. Vymazal, 2014, s. 82-84)

3.1 PRÁCE S BOLESTÍ

Každý operační výkon je provázen akutní bolestí a její léčba je nevyhnutelnou součástí pooperační ošetrovatelské péče. Jedná se o nepříjemný senzomotorický, emoční a mentální subjektivní prožitek, který informuje organismus o hrozícím nebezpečí. Pooperační bolest má důsledky na řadu systémů v organismu, které reagují změnami ve svých fyziologických procesech a zhoršují tak pooperační zotavení pacientky. (Gabrhelík, Pleran, 2012, s. 23) První volbou léčby akutní bolesti je využití nefarmakologických metod. Mezi nefarmakologické metody patří fixace místa bolesti, lokální kryoterapie nebo akupunktura a ovlivnění psychického stavu pacientky pomocí relaxace, meditace a sugesce. Nedojde-li k ovlivnění bolesti,

dochází k léčbě pomocí farmakoterapie, tedy k užívání léků na dosažení analgezie, tzv. analgetik. Analgetika mohou být pacientce podána perorálně, injekčně nebo intravenózně. Intravenózní podávání léčiv lze dále rozlišit na analgezii kontrolovanou všeobecnou sestrou a analgezii řízenou pacientem. Pacientem řízená analgezie (PCA) umožňuje, po počáteční zvolené dávce zdravotnickým pracovníkem, navolení další nízké dávky analgetik dle potřeby samotným pacientem. Autor Hong a Lee zkoumali porovnání účinku pacientem řízené analgezie a podávání intravenózní injekce analgetik zdravotnickým personálem na pacientky podstupující břišní hysterektomii. Ve studii bylo zahrnuto celkem 140 žen, které byly náhodně rozděleny do dvou skupin. Obě skupiny bezprostředně po operaci obdržely pro zmírnění pooperační bolesti intravenózně bolusovou dávku morfinu na dospávacím pokoji. Úroveň bolesti byla všeobecnou sestrou hodnocena podle standardizované numerické škály bolesti za 2, 6, 12, 24 a 48 hodin po operaci. V prvním dvanáctihodinovém období po operaci došlo k podstatně vyšší hladině celkové pooperační bolesti u pacientek ve skupině intravenózně řízené analgezie zdravotnickým personálem než ve skupině s PCA. Avšak 24 a 48 hodin po operaci se hladina bolesti mezi skupinami významně nelišila. Autoři došli k závěru, že pacientky využívající PCA vykazovaly významně nižší pooperační hladiny bolesti v prvních dvanácti hodinách po operaci, avšak byl u nich zároveň vyšší výskyt nežádoucích účinků, než ve skupině s řízenou i.v. analgezií zdravotníky. Autoři doporučují provést výzkum zabývající se ovlivnění nežádoucích účinků během PCA pro doporučení poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. (Hong, Lee, 2013, s. 968-974)

Na ovlivnění pooperační intenzity bolesti má význam i použitá metoda anestezie. Pro břišní hysterektomii je nejrozšířenější využívání celkové anestezie, avšak v zahraničí se pro vaginální hysterektomii do jisté míry může také využívat anestezie spinální, která není pro Českou republiku typická. Autor Massicotte a kolektiv zkoumali účinek spinální anestezie v porovnání s celkovou anestezí na požadavky spotřeby morfia k ovlivnění bolesti po abdominální hysterektomii. Studie byla prováděna ve Fakultní nemocnici v Montrealu, do které byly zařazeny ženy ve věku 18-70 let s ASA 1-2, u kterých byla naplánována abdominální hysterektomie s příčným řezem. Do studie bylo celkem zařazeno 40 žen náhodně rozdělených do dvou skupin. Pacientky ve skupině spinální anestezie měly spotřebu

morfinu na léčbu bolesti mezi 24. a 48. hodinami po operaci 2 mg ve srovnání s 19 mg u pacientek ve skupině po celkové anestezii. Výsledkem studie bylo zjištění, že skupina žen podstupující břišní hysterektomii s volbou spinální anestezie má lepší pooperační řízení bolesti a rychlejší zmírnění akutní bolesti v době prvních osmnácti až čtyřiceti osmi hodin po operaci. Rychlejší zmírnění pooperační bolesti zároveň vedlo k dřívější mobilizaci pacientek, která všeobecně přispívá ke snížení výskytu hluboké žilní trombózy a menšímu výskytu pooperačních komplikací, což má za následek i kratší dobu hospitalizace. (Massicotte et al., 2009, s. 641-646)

Ke stejnému závěru došli autoři ve studii zkoumající způsob anestezie na pooperační příznaky po hysterektomii, která byla prováděna ve Švédsku u 162 žen, kde osmdesát dva žen podstoupilo hysterektomii ve spinální anestezii a osmdesát v anestezii celkové. U žen, které podstoupily spinální anestezii, došlo při vedení anestezie k intratekálnímu podání morfia, které vedlo k podstatně menšímu zmírnění pooperační bolesti. Autoři souhlasí s výsledky předchozí studie, avšak dodávají, že při spinální anestezii s intratekálním podáním morfia častěji dochází k rozvoji nežádoucích vedlejších účinků léčby, a to především k výskytu svědění kůže a k častějšímu výskytu zvracení během prvních tří dnů po operaci. (Wodlin et al., 2011, s. 369-77)

Dalším ovlivňujícím faktorem bolesti je psychický stav. Mezi nejčastější psychickou zátěž u žen je řazena úzkost, tedy to, jak se pacientka cítí. V ošetrovatelské praxi jsou často upřednostňovány fyzické potřeby nad péčí a potřebami emocionálními, duchovními a psychologickými. Na zmírnění úzkosti je jednou z využívaných metod poskytování hudby, tzv. muzikoterapie, která je již od starověku považována za ovlivňující faktor lidského zdraví. Dle dohledaných informací již Florence Nightingale v polovině roku 1800 využila k procesu uzdravení vojáků v nemocničním prostředí, společně s dalšími metodami, i vliv hudby. V roce 1949 skupina chirurgů studovala vliv využití hudby společně se spojením psychosomatických faktorů na vznik fyzické nemoci a poznamenali, že hudba na pacienty měla uklidňující účinek a bylo u nich pozorováno snížení napětí. Hudba umožňuje pacientům zaměřit pozornost od negativních podnětů na něco příjemného a uklidňujícího a možnost úniku do ‚vlastního světa‘. Autor Nilsson se zaměřil na perioperační účinek hudby na vliv úzkosti a řízení pacientovi bolesti. Autor srovnával celkem 42 randomizovaných kontrolovaných studií, které dohromady zahrnovaly 3936 pacientů

podstupující plánovaný chirurgický zákrok. Ve většině studií si pacienti sami zvolili typ hudby a doba poslechu byla stanovena na celý operační výkon. Autor v systematickém přehledu ukazuje, že vliv hudby skutečně může mít vliv na snížení pooperační úzkosti a u výsledků poloviny dohledaných studií je i ovlivňujícím faktorem intenzity bolesti v perioperačním období. Dále autor výsledkem studie poukazuje na statisticky významný faktor, kdy je potřeba počítat s rozdíly v účincích hudby související s pohlavím, věkem a etnickým původem pacientů, a proto je zapotřebí další kvalitnější výzkum zaměřený na účinky hudby pro ovlivnění bolesti u specifických skupin pacientů podstupujících určitý chirurgický zákrok. (Nilsson, 2008, s. 780-804)

3.2 VÝŽIVA

V rámci břišních chirurgických operací bývalo v časném pooperačním období zvykem dodávání potřebných živin do organismu pouze parenterální cestou, kdy se postupná realimentace na tuhou stravu doporučovala až při prvním výskytu střevních zvuků. Dnes jsou pacientům během nultého operačního dne nabízeny tekutiny formou neperlivých minerálních vod, čaje nebo jablečného džusu, obvykle již po šesti hodinách po operaci. Pokud jsou tekutiny dobře snášeny a u pacientek nedojde k výskytu poruch polykání, nevolnosti nebo zvracení, první pooperační den pacientka dostává nutričně vyváženou tuhou stravu, která statisticky významně zvyšuje pooperační spokojenost a zároveň dochází ke snížení výskytu celkových a infekčních pooperačních komplikací. (Minig et al., 2009, s. 3101-3108)

Po gynekologické operaci se může jako komplikace radikálních onkogynekologických operačních výkonů objevit chylózní ascites. Jedná se o relativně ojedinělou komplikaci, během které dochází k hromadění mléčně zakalené lymfy s vysokým obsahem tuků v peritoneální dutině. Nejčastějším projevem je přítomnost mléčně zakalené sekrece v obsahu z břišního drénu a zvýšený pocit nitrobřišního tlaku. Volba léčby je vysoce individuální, avšak jako primární terapeutický přístup se volí zavedení dietních omezení. Důležitým faktorem je omezení obsahu triglyceridů s dlouhým řetězcem. Je tedy doporučována nízkotučná dieta spolu s vysokými dávkami proteinů, tzv. chylózní dieta. Aby bylo léčebné omezení efektivní, je nutno dietní omezení dodržovat po celou dobu léčby, tedy než dojde k úplnému vymizení

příznaků. Výsledný efekt léčby se obvykle dostaví za 4 – 8 týdnů. Konzervativní přístup léčby je v mnoha případech dostačující a není potřeba volit žádné další opatření. Není-li však léčba efektivní nebo není pacientkou zcela snášena, následující využívanou možností je zavedení kompletní parenterální výživy. Parenterální výživa může být indikována samostatně, avšak využívanější metodou, pro co nejkvalitnější zachování funkčnosti gastrointestinálního traktu, je přistupováno k volbě parenterální výživy současně s chylózní dietou, která je využívána jako soubor komplementární terapie. (Jelenek, Náležinská, 2015, s. 72-74)

3.3 VYPRAZDŇOVÁNÍ

Při operacích v oblasti pánve je tradičně používána katetrizace močového měchýře. Pacientce je PMK zaveden již v předoperačním období a ponechán po celou dobu operace až do období pooperačního. V ošetrovatelské pooperační péči má všeobecná sestra za úkol zavedený močový katetr dle ordinace lékaře odstranit a sledovat stav mikce po vytažení katetru, aby u pacientky nedošlo k rozvoji nežádoucích pooperačních komplikací. Neustále jsou mezi odborníky vedeny diskuze o tom, jak dlouho má být katetrizace močového měchýře zachována a kdy je pro pacientku nejbezpečnější PMK vyjmout. Mezi nejčastější komplikace spojené s katetrizací patří symptomatická infekce močových cest, špatné umístění katetru, nutnost opětovné katetrizace, subjektivní vnímání pocitu bolesti a febrilní stavy. (Allen, 2014, s. 552. Oh, Park, Oh, 2013, s. 1703) Pro nejlepší důkaz pro praxi byla hodnocena studie zabývající se bezprostředním odstraněním PMK po břišní hysterektomii oproti pozdnímu odstranění, tj. první den po chirurgickém zákroku. Ve studii bylo zahrnuto 70 žen rozdělených do experimentální a kontrolní skupiny. Skupině I (n = 35), experimentální, byl PMK odstraněn po ukončení chirurgického zákroku, skupině II, kontrolní, 24 hodin po operaci. V pooperačním období byly u žen použity specifické dotazníky pro posouzení úrovně a umístění bolesti, horečnaté stavy byly identifikovány jako dvě po sobě naměřené ústní hodnoty tělesné teploty nad 38°C, měřených v intervalu šesti hodin, potřeba opětovné katetrizace při spontánním nevymočení se pacientky do 6 hodin po odstranění PMK a pro hodnocení infekce byl druhý pooperační den odebrán vzorek moči na mikrobiologické vyšetření. Vědci zjistili, že při bezprostředním odstranění močového katetru po hysterektomii je celkově nižší výskyt pozitivních kultur moči,

tedy nižší výskyt infekce močových cest, a u pacientek dochází k poklesu výskytu nepříznivých výsledků, jako nižší míra vnímané bolesti a významně menší potřeba opětovné katetrizace po vytažení permanentní močové cévky. Studie byla klasifikována jako úroveň kvality důkazů I B, který je hodnocen jako úroveň důkazu pocházející ze systematického přehledu nebo metaanalýzy randomizovaných kontrolovaných studií se silou doporučení, kde je prokázán účinek možný, avšak není jednoznačně prokazatelné, zda benefit převažuje nad rizikem. (Allen, 2014, s. 552-555)

Po abdominální operaci je další důležitou rolí všeobecné sestry, v rámci vyprazdňování, sledování střevní motility, odchod plynů a sledování první defekace po operaci. Při operačním výkonu je zpomalena gastrointestinální peristaltika a dalším rizikovým faktorem vzniku komplikací je chirurgická manipulace v dutině břišní. Správné fungování střev má vliv na vznik pooperační střevní neprůchodnosti po břišních operacích, na celkové pohodlí pacientky a na možné zkrácení doby hospitalizace. Obecně nastává odchod stolice po operaci třetí pooperační den. Autor Terzioglu a kol. (2013, s. 1917-1925) ve své studii o vlivu brzké ústní hydratace a vlivu žvýkání žvýkaček na výskyt prvních střevních zvuků po břišní gynekologické operaci zjistili, že u pacientek, u nichž byl uvedený postup realizován, nastal ve významně kratší době výskyt prvních střevních zvuků a nastala u nich dřívější defekace, než ve srovnání s dalšími intervenčními a kontrolními skupinami po břišní gynekologické operaci (108,1 hodin ve srovnání se 142,6 hodinami po operaci). Autoři při zvolených metodách zjistili zvýšení epitelizace a zvýšení střevní činnosti. Potvrdili tak účinné metody, které mají vliv na střevní vyprazdňování po gynekologické operaci, se kterými klesá pacientovo nepohodlí, dochází k prevenci pooperační střevní neprůchodnosti a ovlivnění tak doby hospitalizace.

3.4 REHABILITACE

Informace o pooperačním režimu by měly být součástí předoperační přípravy, kdy by pacientka měla být informována o prevenci vzniku pooperačních komplikací dechovými cvičeními, vstáváním a uléháním do postele a především včasnou mobilizací. Pohybový režim se odvíjí od aktuálního zdravotního stavu pacientky, přičemž včasnou mobilizací se zabrání nejčastější chirurgické komplikaci spojené

s významnou nemocností a úmrtností pacientů, a to žilní tromboembolické nemoci. Úspěšnou pooperační prevencí je včasná rehabilitace na lůžku zahájená již v den operace, která spočívá v provádění jednoduchých cviků končetinami. První pooperační den je doporučována postupná rehabilitace chůzí současně s využitím kompresivní terapie. (Montoya et al., 2014, s. 921-922) U žen podstupující hysterektomii je kladen důraz na posilování pánevních svalů, které mohou ženám po operaci pomoci ke zmírnění nežádoucích komplikací a mohou mít vliv na kvalitu života. Jednou z funkčních a stále využívaných metod zaměřených na uvolnění a posílení pánevních svalů je soustava cviků podle Ludmily Mojžíšové, významné osobnosti české rehabilitace. Mojžíšová dala do souvislosti stav pohybového systému a zásadní vliv na funkci vnitřních orgánů. Její odkaz na ovlivnění svalové dysbalance v oblasti pánve je zaměřen na využívání jednoduchých a přirozených postupů, které dodnes aktivně využívají desítky fyzioterapeutů a stovky lektorů zdravotní a léčebné tělesné výchovy. (Vařeková, Prajerová, 2017, s. 35-42) Jak již bylo zmíněno, postupná mobilizace začíná první pooperační den, kdy první vstávání z lůžka by se mělo uskutečnit vždy za doprovodu zdravotnického pracovníka. Z horizontální polohy by měla být pacientka mobilizována pomalým sedem na posteli, přes sed na posteli s nohama dolů až do polohy vzpřímené, kdy je potřeba brát ohled na fyziologické funkce a subjektivní pocit pohody pacientky. Pro správnou rekonvalescenci je standardně uváděno fyzické šetření po dobu šesti týdnů, kdy součástí je fyzický klid a nezvedání těžkých břemen. Zvedání břemen z polohy ze dřepu vytváří větší vnitřní tlak než nesení patnácti kilogramového závaží v natažených horních končetinách. Striktní omezení v pohybové aktivitě není zcela určené. Pacientka by měla zvolit takovou činnost, která jí přináší radost a uspokojení a nezpůsobuje bolest nebo jiné komplikace. (Murphy et al., 2013, s. 188-192)

3.5 SEXUÁLNÍ ŽIVOT PO HYSTEREKTOMII

Hysterektomie u žen nenarušuje schopnost mít normální pohlavní styk. Po chirurgickém odstranění dělohy již žena nebude menstruat, nastává u ní uměle navozené klimakterium. Je ovšem třeba ženu upozornit na možný výskyt špinění či mírného krvácení z rodidel během prvních čtrnácti dní po operaci. Další důležitou součástí je upozornění pacientky na nutnost dodržování sexuální abstinence po dobu

čtyř až šesti týdnů po operaci jako prevenci před výskytem nežádoucích komplikací a pro účinný léčebný postup. O sexuálních funkcích po operaci má být pacientka poučena před plánovanou hysterektomií společně s jejím sexuálním partnerem. Některé studie uvádějí vliv hysterektomie na sexuální funkce jako pozitivní, v jiných studiích hodnotí hysterektomii jako škodlivý účinek na sexuální život žen. V konečném důsledku, účinek sexuálních funkcí má pro ženy důležitý vliv na uvědomování si kvality jejich života. Ačkoli neexistuje prokázaná souvislost mezi odstraněním dělohy a sexuálními dysfunkcemi, mnoho žen po operaci uvádí sexuální problémy zahrnující snížené libido, neschopnost dosáhnout orgasmu, vaginální suchost a nepříjemný nebo bolestivý pohlavní styk. Mezi faktory, které mohou ovlivňovat sexuální adaptaci po hysterektomii, patří věk, hormonální deficit po ovariektomii spojený s vaginální suchostí a dyspareunií, etnicita (například v západní Indii je menstruace považována za postup očištění těla od nečistot a odstraněním dělohy se zde žena stává zdravotně postiženou) a celková informovanost žen o sexuálním stavu po operaci. Jako významný ukazatel sexuální dysfunkce je zhodnocení sexuálních funkcí a psychosociálního stavu před operací. Psychologické faktory při výskytu sexuálních dysfunkcí hrají významnou roli a jsou ovlivňovány především věkem, kulturou, vzděláním a náboženskými vlivy ženy. Jsou-li u žen před operací zjištěny komplikace v sexuálních funkcích, po operaci nastává výrazné zlepšení v podobě zmírnění nežádoucích symptomů, pro které byla hysterektomie indikována, a tím dochází k navození lepší psychosexuální adaptace po operaci. (Kužel et al., 2009, s. 130-137)

Autor Mi a Young se zaměřili na faktory ovlivňující sexuální uspokojení u korejských žen podstupujících hysterektomii. Do studie bylo zahrnuto celkem 118 žen z gynekologické kliniky z předměstské všeobecné nemocnice v Koreji. Na ovlivnění sexuální spokojenosti měla dopad podpora sexuálního partnera a fyzické a psychické faktory. Mezi fyzické faktory byla zařazena především délka a bolestivost při menstruaci před a po operaci. Psychická a emocionální podpora partnera vedla k pozitivnímu sebehodnocení obrazu těla ženy a tak došlo k výraznému pozitivnímu ovlivnění sexuálního uspokojení žen po hysterektomii. Autoři určují všeobecnou sestru jako vůdčí osobu při pomoci ženám o utvrzení emocionální podpory partnera a doporučují odborné vzdělávání ošetřujícího personálu žen podstupujících

hysterektomii v oblasti správně vedeného psychologického přístupu. (Mi, Young, 2010, s. 46-54)

U žen po chirurgickém odstranění dělohy dochází k vymizení menstruačního krvácení. Jelikož je děloha místem vývoje plodu, u žen současně mizí možnost otěhotnět. Žena se ale nestává neplodnou. Mimoděložní těhotenství po hysterektomii je velmi vzácný stav, avšak není nemožný. Na mimoděložní těhotenství u žen, které podstoupily hysterektomii, je třeba pomýšlet při diferenciální diagnostice bolesti břicha, zvláště pokud je žena v reprodukčním věku. Klinické příznaky mimoděložního těhotenství jsou nespecifické, nejčastěji se projevuje bolestí břicha nebo bolestí v pánevní oblasti, nevolností, zvracením, malátností, horečkou a výskytem průjmu. Dalšími příznaky, které jsou méně časté, jsou vaginální krvácení, bolest v krajině prsní žlázy bez patologické příčiny anebo bolestivé pocity během soulože. Jako pozdní forma ektopického těhotenství je nazýváno oplodnění ve fázi čtyř měsíců až dvanácti let po operaci. Příčina takového oplodnění je dána přítomností píštělí mezi poševní klenbou a pobřišnicí, píštělí mezi pochvou a vejcovody nebo vyhřeznutím vejcovodu do pochvy. Není-li ektopické těhotenství diagnostikováno včas, může dojít k prasknutí vejcovodu, kdy se jedná o akutní, život ohrožující stav. Jako prevence mimoděložního těhotenství v prvních čtyřech měsících po operaci je doporučováno využívání adekvátní antikoncepční léčby před plánovanou hysterektomií, v pozdní formě je klíčem prevence správně provedená technika operace. Léčba je indikována chirurgickým odstraněním mimoděložního těhotenství současně s bilaterální salpingektomií. Rychlá diagnostika a správně provedená chirurgická léčba snižuje u žen úmrtnost a zároveň přispívá k předcházení recidivy ektopického těhotenství. (Villegas et al., 2014, s. 1-4)

3.6 PSYCHICKÁ STRÁNKA ŽENY

V literatuře zaměřené na psychosomatickou stránku ženy se uvádí tvrzení, že po hysterektomii jsou psychosomatické důsledky nevelké. Avšak jedná se o významný zásah do těla ženy, proto mnoho autorů zastává názor, že hysterektomie sebou může přinášet větší či menší psychické problémy, neboť každá žena na změnu může reagovat individuálně různým způsobem. Autorka Stoppardová uvádí, že u žen po hysterektomii se až čtyřnásobně zvyšuje riziko

rozvoje pooperačních depresivních stavů s rozvojem do tří let po operaci než u neoperovaných žen stejného věku. Opačný názor uvádí autorka Jindrová a kolektiv, která konstatuje, že prokázat zjevný nepříznivý vliv hysterektomie na psychickou stránku operované ženy nelze. O potvrzení či vyvrácení tvrzení autorky Jindrové a kol. zaměřily výzkum autorky Vymětalíková s Ježorskou, které současně zkoumaly dostatečnou informovanost žen před plánovaným operačním výkonem. Pro účely výzkumu byla použita Beckova sebeposuzovací škála deprese pro dospělé a autorkami vytvořený dotazník zaměřující se na zjištění předoperační informovanosti žen a posouzení pooperačních psychických změn. Studii tvořila skupina žen podstupující hysterektomii a kontrolní skupina žen, které operaci nepodstoupily. Po interpretaci výsledků dotazníku zaměřující se na posouzení deprese autorky potvrdily zjištění, že hysterektomie nemá vliv na vyšší míru výskytu deprese než u žen, které hysterektomii nepodstoupily. Autorky jako významný limitující faktor zkreslování výsledků depresivity uvádějí neonkologickou indikaci k operaci a zkoumaný vzorek tvořený ženami bez psychiatrické zátěže v anamnéze. Dalším zkoumaným cílem studie bylo zmapování přítomnosti psychických problémů. Celkem u 4% žen se změny v oblasti psychiky vyskytly za tři měsíce po operaci, u 4% po půl roce po operaci, 40% žen nevedlo žádné změny a 52% žen změny v oblasti psychiky uvedly, avšak nevedly časovou návaznost. Z výsledků šetření vyplynulo, že 24% žen má časté nevysvětlitelné změny nálad jako přecitlivělost, podrážděnost a úzkost, 8% žen po operaci trpí snížením sebejistoty, avšak u žádné z respondentek nedošlo ke změně vnímání sebe sama. (Vymětalíková, Ježorská, 2008, s. 20) Autorka Bízíková a Uričková se ve své práci rovněž zaměřily na zjištění vlivu hysterektomie na psychické zdraví žen a na ovlivnění sexuálních funkcí. Pro posouzení byla opět použita Beckova sebeposuzovací škála deprese a Arizonská škála sexuálních funkcí. Výzkum tvořilo 41 respondentek ze čtyř gynekologických nemocničních ambulancí na Slovensku od prosince roku 2011 do konce února roku následujícího. Společný faktor pro výběr respondentek byla prodělaná hysterektomie v období minimálně šesti měsíců od zákroku. Výsledkem studie bylo zjištění, že u 3 žen se vyskytla lehká deprese a u 38 žen (93%) bylo psychické zdraví zachované. Za jednotlivé rizikové faktory vzniku deprese byl určen nezáměr sexuálního partnera o ženu jako o sexuálně atraktivní, nespokojenost s podporou partnera, nespokojenost se vzájemným vztahem mezi partnery, nerušení ženské identity v souvislosti s odstraněním dělohy jako symbolem

ženskosti, získání negativních informací o hysterektomii před samotnou operací, pocitem neschopností ovlivňovat důležité věci ve svém životě a nedůvěra v sebe samu. Z výsledků studie vyplývá, že u žen po hysterektomii mohou vzniknout psychosomatické následky, avšak vznik sexuální dysfunkce než vznik deprese je pravděpodobnější. (Bízíková Dkaim, Uríčková, 2013, s. 3-5)

3.7 KVALITA ŽIVOTA PO OPERACI

Význam kvality života je úzce spojen se zdravotním stavem jedince. Hysterektomie je jedním z velmi výrazných zásahů do těla a osobnosti ženy, které do jejího života přináší významné změny. Podle WHO je kvalita života považována za „*Individuálne vnímanie svojej pozície v živote v kontexte kultúrnych a hodnotových systémov, v ktorých ľudia žijú a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, štandardom a záujmom. Je to široký pojem, komplexným spôsobom ovplyvnený fyzickým zdravím jedinca, jeho psychickým stavom, stupňom nezávislosti, sociálnym vzťahom a jeho vzťahom k charakteristickým vlastnostiam jeho prostredia*“. (Krištofová, Boledovičová, Macáková, 2011, s. 198) Uvědomování si změn a jejich přijetí není pro ženu jednoduchá záležitost a všeobecná sestra jí poskytuje v prvních momentech psychickou oporu vhodným psychologickým přístupem. Pro cílenou pomoc je potřeba znát, které aspekty kvality života jsou u žen narušeny. Do oblasti fyzické kvality života patří vliv bolesti, vliv léčby, dostatek energie, schopnost pohybu, spánek, možnost vykonávání denních aktivit a schopnost pracovat. V oblasti psychického zdraví je hodnocena spokojenost se svým životem, míra smysluplnosti života, sebekoncepce, výskyt nežádoucích emocí a strach z možné recidivy onemocnění. Mezi nejvýznamnější faktor ovlivňující kvalitu života žen po hysterektomii patří rozdíl stupně závažnosti onkologické a neonkologické indikace k operaci. Kvalitu života patientek s onkologickou diagnózou nejvíce ovlivňuje pocit únavy, u patientek léčených pro neonkologickou indikaci je kvalita nejvíce ovlivňována pocitem bolesti, který má vliv na oblast fyzickou, psychickou i sociální. Z uvedených zjištění vzniká potřeba poskytovat patientkám individuální ošetrovatelský přístup, při kterém bude všeobecná sestra zohledňovat jak medicínské hledisko zdraví, tak současně bude schopna reagovat na celou řadu souvisejících faktorů ovlivňující kvalitu života. (Krištofová, Boledovičová, Macáková, 2011, s. 197-202)

3.8 VÝZNAM A LIMITACE DOHLEDANÝCH POZNATKŮ

Z dohledaných publikovaných studií bylo zjištěno, že hysterektomie je jednou z nejčastěji prováděných gynekologických chirurgických zákroků ve světě. K ovlivňování poskytované péče dochází z důvodu neustálého zdokonalování zdravotnictví, kdy je možné využití různých operačních technik, k dispozici jsou nejmodernější přístroje a především dochází ke srovnávání a určování nejlepších léčebných a ošetrovatelských postupů využívajících v praxi. Z dohledaných výsledků studií vyplývá, že je-li ošetrovatelská péče před a po operaci poskytována podle specifických potřeb dle předem zvoleného způsobu léčby, má poskytovaná péče pozitivní vliv na redukci perioperačních a pooperačních komplikací a dochází tak k rychlejšímu pooperačnímu zotavení organismu. Před každým operačním zákrokem je nezbytné dodržet určité postupy a předoperační vyšetření. Přes využití českých i zahraničních recenzovaných zdrojů nebyly dohledány žádné poznatky týkající se informací předoperačního gynekologického vyšetření. Většina informací k předoperační a pooperační péči, u žen postupující hysterektomií, byly dohledány v anglicky psaných studiích v porovnání s českými texty, které se na péči poskytovanou před operací zaměřovaly spíše obecně. Pro zefektivnění poskytované péče by bylo přínosné vyhotovení edukačních materiálů pro ženy, kde by každá operační technika byla dopodrobna vysvětlena a dále by v nich byly popsány specifika předoperační a pooperační péče.

ZÁVĚR

Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je dáno využíváním validních poznatků specifických pro operovanou část těla a pro zvolený operační způsob léčby. Hlavním cílem bakalářské práce bylo předložit dohledané publikované poznatky týkající se problematiky poskytování ošetrovatelské péče u žen podstupující hysterektomii. Stanovený hlavní cíl byl rozdělen na dva cíle dílčí.

Prvním dílčím cílem bylo předložit dohledané publikované poznatky o poskytování ošetrovatelské péče před operací. Z dohledaných informací je zřejmé, že předoperační vyšetření před hysterektomií se neliší od vyšetření provádějí se před operací obecně. Nedílnou prací všeobecné sestry je poskytnout ženě dostatek informací dle svých kompetencí a zhodnotit její celkový stav. Před vaginální hysterektomií se doporučuje užívání goserelinu na snížení objemu dělohy a usnadnění tak operačnímu přístupu. Příprava tlustého střeva před operací je zajištěna dle zvyklostí oddělení a dle indikace lékaře, většinou pomocí čípků nebo očistného klyzmatu. Před vaginální hysterektomií není doporučována mechanická příprava střev, která u žen přispívá k narušení komfortu a současně dle výsledků studií nedojde k pozitivnímu ovlivnění intraoperačního procesu. K hygienické vaginální očištění před operací je dle výsledků studií nejlepší využít roztok chlorhexidinu nebo očištění pod tekoucí vodou bez použití dalších přípravků.

Druhým dílčím cílem bylo předložit dohledané publikované poznatky o poskytování ošetrovatelské péče po operaci. V pooperačním období je u pacientek důležité sledovat fyziologické funkce, výskyt pooperačních komplikací a celkový stav pacientky. Jako nejlepší volbou v rámci poskytování kvalitní péče se dle výsledků studií jeví využívání ERAS protokolů, které ale bohužel v České republice nejsou lékaři dostatečně využívány. Hlavní prací všeobecné sestry je kvalitní zhodnocení stavu bolesti, správně a včas zvolena nutriční podpora po operaci, zhodnocení stavu vyprazdňování s doporučením k urychlení střevní motility po gynekologické operaci a následná péče o PMK a včasná mobilizace pacientky. Všeobecná sestra dle mnoha autorů hraje významnou roli při poskytování důvěry vůči zdravotnickému prostředí, zastupuje roli rádce a učitele a vhodným způsobem dokáže pacientku inspirovat k odvaze. Doporučení z dohledaných informací vedou k prevenci výskytu pooperačních komplikací a ovlivnění tak doby hospitalizace.

Výsledky studií by mohly být využity zdravotnickými pracovníky, především pak všeobecnými sestrami, při poskytování vysoce profesionální péče založené na předchozích zkušenostech. Dohledané informace by také mohly být sumarizovány v odborných časopisech, například v časopise Diagnóza v ošetrovatelství nebo Sestra, a poskytovat tak odborný podklad pro ucelení správného poskytování ošetrovatelské péče u žen podstupujících hysterektomii.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ABDELZAHER, Mohamed et al. 2012. Is the use of gonadotrophin-releasing hormone agonists facilitates vaginal hysterectomy in moderate enlarged uterus? *Egyptian Journal of Hospital Medicine* [online]. **47**(1), 217-225 [cit. 2017-02-02]. ISSN 1687-2002. Dostupné z: http://egyptianjournal.net78.net/47_7.pdf
2. ALLEN, George. 2014. Evidence appraisal of Joshi B., Aggarwal N., Chopra S., Taneja N. A prospective randomized controlled comparison of immediate versus late removal of urinary catheter after abdominal hysterectomy. *AORN Journal* [online]. **100**(5), 551-555 [cit. 2017-03-10]. ISSN 18780369. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.09.001>
3. BÍZIKOVÁ DKAIM, Lucia a Alena URÍČKOVÁ. 2013. Psychosomatické zmeny u žien po hysterektómii. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **9**(3), 3-5. ISSN 1801-1349.
4. BLAŽEK, Martin, Eduard HAVEL a Eva BĚLOBRÁDKOVÁ. 2012. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní medicína pro praxi*. **14**(11), 422-428. ISSN 1803-5256.
5. BUILDING, Graham Margaret. 2007. Předoperační odstranění ochlupení ke snížení infekce operační rány. *Best Practice* [online]. **11**(4), 1-6 [cit. 2017-02-04]. ISSN 1329-1874. Dostupné z: <http://docplayer.cz/3420446-Predoperacni-odstraneni-ochlupeni-ke-snizeni-infekce-operacni-rany.html>
6. CASTIGLIA, L. Luciani, Nancy DRUMMOND a Margaret PURDEN. 2011. Development of a Teaching Tool for Women With a Gynecologic Malignancy Undergoing Minimally Invasive Robotic-Assisted Surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. **15**(4), 404-410 [cit. 2017-01-31]. ISSN 10921095. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=6de2e870-b335-4bdf-95d8-cdafde634e22%40sessionmgr4008&vid=2&hid=4108>
7. ČERNÝ, Vladimír. 2016. Péče o pacienta po anestezii. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. **27**(6), s. 400-401. ISSN 1214-2158.
8. GABRHELÍK, Tomáš a Marek PLERAN. 2012. Léčba pooperační bolesti. *Interní medicína pro praxi*. **14**(1), s. 23-25. ISSN 1803-5256.

9. HONG, Sung-Jung a Eunjoo LEE. 2013. Comparing effects of intravenous patient-controlled analgesia and intravenous injection in patients who have undergone total hysterectomy. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **23**(7-8), 967-975 [cit. 2017-02-04]. ISSN 09621067. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12221/epdf>
10. HUANG, Fang et al. 2015. Evaluation of a Preoperative Clinic for Women With Gynecologic Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. **19**(6), 769-772 [cit. 2017-02-04]. ISSN 1092-1095. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=6de2e870-b335-4bdf-95d8-cdafde634e22%40sessionmgr4008&vid=6&hid=4108>
11. JELENEK, Gabriel a Monika NÁLEŽINSKÁ. 2015. Chyloperitoneum – zkušenost našeho pracoviště. *Onkologie*. **9**(2), 72-74. ISSN 1803-5345.
12. KJØLHEDE, Preben, Shefqet HALILI a Mats LÖFGREN. 2009. The influence of preoperative vaginal cleansing on postoperative infectious morbidity in abdominal total hysterectomy for benign indications. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. **88**(4), 408-416 [cit. 2017-03-12]. ISSN 0001-6349. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/00016340902795345/epdf>
13. KJØLHEDE, Preben, Shefqet HALILI a Mats LÖFGREN. 2011. Vaginal cleansing and postoperative infectious morbidity in vaginal hysterectomy. A register study from the Swedish National Register for Gynecological Surgery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. **90**(1), 63-71 [cit. 2017-03-12]. ISSN 0001-6349. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0412.2010.01023.x/epdf>
14. KRIŠTOFOVÁ, Erika, Mária BOLEDOVIČOVÁ a Iveta MACÁKOVÁ. 2011. Život žien po hysterektómii. *Kontakt*. **13**(2), 197-203. ISSN 1804-7122.
15. KUŽEL, David et al. 2009. Sexuální funkce po laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii (LAVH) a totální laparoskopické hysterektomii (TLH) u předoperačně asymptomatických žen. *Česká gynekologie*. **74**(2), 130-137. ISSN 12107832.

16. MASSICOTTE, Luc et al. 2009. Comparison of spinal anesthesia with general anesthesia on morphine requirement after abdominal hysterectomy. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* [online]. **53**(5), 641-647 [cit. 2017-03-10]. ISSN 0001-5172. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-6576.2009.01930.x/epdf>
17. MATTHEWS, A. Catherine et al. 2012. Risk Factors for Blood Transfusion in Women Undergoing Hysterectomy for Benign Disease. *Journal of Gynecologic Surgery* [online]. **28**(2), 108-112 [cit. 2017-03-10]. ISSN 10424067. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=b9119308-f5b2-4498-90a9-c5b458a30916%40sessionmgr104&vid=2&hid=120>
18. MI, Hae Sung a Mi Lim YOUNG. 2010. Factors affecting sexual satisfaction in Korean women who have undergone a hysterectomy. *Australian Journal of Advanced Nursing* [online]. **27**(2), 46-54 [cit. 2017-03-12]. ISSN 0813-0531. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=b9119308-f5b2-4498-90a9-c5b458a30916%40sessionmgr104&vid=5&hid=120>
19. MINIG, Lucas et al. 2009. Reduction of Postoperative Complication Rate with the Use of Early Oral Feeding in Gynecologic Oncologic Patients Undergoing a Major Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Surgical Oncology* [online]. **16**(11), 3101-3110 [cit. 2017-03-12]. ISSN: 1068-9265. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=b9119308-f5b2-4498-90a9-c5b458a30916%40sessionmgr104&vid=8&hid=120>
20. MONTROYA, Ignacio et al. 2014. Venous thromboembolism in women undergoing pelvic reconstructive surgery with mechanical prophylaxis alone. *International urogynecology journal* [online]. **25**(7), 921-926 [cit. 2017-03-11]. ISSN 09373462. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=b9119308-f5b2-4498-90a9-c5b458a30916%40sessionmgr104&vid=11&hid=120>
21. MURPHY, Miles et al. 2012. Postoperative management and restrictions for female pelvic surgery: a systematic review. *International urogynecology journal* [online]. **24**(2), 185-193 [cit. 2017-03-10]. ISSN 09373462. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=b9119308-f5b2-4498-90a9-c5b458a30916%40sessionmgr104&vid=14&hid=120>

22. NILSSON, Ulrica. 2008. The Anxiety- and Pain-Reducing Effects of Music Interventions: A Systematic Review. *AORN Journal* [online]. **87**(4), 780-807 [cit. 2017-03-11]. ISSN 0001-2092. Dostupné z: <http://doi.org/10.1016/j.aorn.2007.09.013>
23. OH, Jin Kyu, Noh-Hyun PARK a Seung-June OH. 2013. Effect of the systematised critical pathway protocol on emptying failure as a secondary complication of radical hysterectomy due to uterine cervix cancer. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **23**(11-12), 1702-1707 [cit. 2017-03-10]. ISSN: 1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12314/epdf>
24. ÖZER, A. Belin et al. 2013. Postoperative appropriateness of assigning an intensive care bed preoperatively for high-risk patients: a retrospective study. *Turkish Journal of Geriatrics*. **16**(4), 439-445. ISSN 1304-2947.
25. PINAR, Gul, Ayten KURT a Tayfun GUNGOR. 2011. The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study. *World Journal of Surgical Oncology* [online]. **9**(38), 1-8 [cit. 2017-02-02]. ISSN 14777819. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ae7bde50-0a90-4fda-975b-532aa9493157%40sessionmgr120&vid=3&hid=120>
26. PRIYA, Padma a Erna J. ROACH. 2013. Effect of Pre-Operative Instruction on Anxiety among Women undergoing Abdominal Hysterectomy. *The Nursing journal of India*. **104**(6), 245-248. ISSN 00296503.
27. RYAN, Nicholas et al. 2015. Evaluating Mechanical Bowel Preparation Prior to Total Laparoscopic Hysterectomy. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons* [online]. **19**(3), 1-4 [cit. 2017-02-03]. ISSN 19383797. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4487956/pdf/e2015.00035.pdf>
28. SJETNE, Ingeborg Stromseng et al. 2009. Improving quality by introducing enhanced recovery after surgery in a gynaecological department: consequences for ward nursing practice. *Qual Saf Health Care* [online]. **18**(3), 236-240 [cit. 2017-03-10]. ISSN 14753898. Dostupné z: <http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/18/3/236.full.pdf>

29. TERZIOGLU, Fusun et al. 2013. Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynaecologic surgery. *Journal of Clinical Nursing* [online]. **22**(13-14), 1917-1925 [cit. 2017-03-11]. ISSN: 1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12172/epdf>
30. THILAGAVATHI, K. a Rajeswari VAIDYANATHAN. 2014. A Pilot Study to Evaluate the Effectiveness of Preoperative Teaching Protocol on Selected Postoperative Outcomes in Terms of Anxiety and Depression Status Among Women undergone Hysterectomy. *Asian Journal of Nursing Education and Research*. **4**(4), 412-416. ISSN 22311149.
31. TROJAR, Špela a Jožica Ramšak PAJK. 2013. Nekateri vidiki doživljanja žensk ob operativnem posegu na rodilih: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege: Slovenian Nursing Review* [online]. **47**(1), 56-61 [cit. 2017-02-01]. ISSN 1318-2951. Dostupné z: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2013.47.1.56>
32. VAŘEKOVÁ, Jitka a Květa PRAJEROVÁ. 2017. Ludmila Mojžíšová a její odkaz ve zdravotní tělesné výchově. *Tělesná výchova a sport mládeže: odborný časopis pro učitele, trenéry a cvičitele*. **83**(1), 33-42. ISSN 12107689.
33. VILLEGAS, Emilia et al. 2014. Tubal ectopic pregnancy two years after laparoscopic supracervical hysterectomy. *BMC Women's Health* [online]. **14**(69), 1-4 [cit. 2017-03-15]. ISSN 1472-6874. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4041893/pdf/1472-6874-14-69.pdf>
34. VYMAZAL, Tomáš. 2014. Fast-track není jen fyziologická anestezie. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. **25**(2), 82-87. ISSN 12142158.
35. VYMĚTALÍKOVÁ, Veronika a Šárka JEŽORSKÁ. 2008. Vliv hysterektomie na psychiku ženy. *Diagnóza v ošetrovatelství*. **4**(8), 20-21. ISSN 1801-1349.
36. WIJK, Lena et al. 2014. Implementing a structured Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol reduces length of stay after abdominal hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. **93**(8), 749-756 [cit. 2017-03-10]. ISSN 00016349. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12423/epdf>

37. WODLIN, Ninnie Borendal et al. 2011. Mode of anesthesia and postoperative symptoms following abdominal hysterectomy in a fast-track setting. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* [online]. **90**(4), 369-379 [cit. 2017-03-12]. ISSN 0001-6349. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0412.2010.01059.x/epdf>

SEZNAM ZKRATEK

ASA	American society of Anesthesiologists
ERAS	Enhanced recovery after surgery
GnRH	Gonadotropin releasing hormone
i. v.	intravenózně
JIP	Jednotka intenzivní péče
PCA	Patient controlled analgesia
PMK	Permanentní močový katetr
tzv.	Takzvaná/takzvaný
WHO	World Health Organization