

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Srovnání pooperačního průběhu u žen po hysterektomii abdominální,
hysterektomii vaginální a po laparoskopicky asistované vaginální
hysterektomii**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

MUDr. Petr Sák, Ph.D.

Autor:

Zuzana Hudá

2011

Prohlášení

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 Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části 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 dne 2011

Zuzana Hudá

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Prim. MUDr. Petru Sákovi, Ph.D. za vedení bakalářské práce, za cenné rady a tipy a za jeho trpělivost. Poděkování též patří rodině a přátelům za ochotu, pomoc a za pevné nervy při psaní této práce.

Abstract

The topic of thesis is the comparison of the postoperative state of women after the abdominal hysterectomy, vaginal hysterectomy and after the vaginal hysterectomy with laparoscopic assistance. In the theoretical part of the thesis I deal with all the three kinds of hysterectomy, its indications, procedure, complications and the following care of the patient after performing the surgery. Moreover the psyche of the patient and her life after the operation is described.

In the practical part of the thesis, two targets and two hypotheses were postulated. The first target was to examine the postoperative state of women after all the three kinds of hysterectomy. The hypothesis that the longest post-operative recovery process appears in case of women having undergone the abdominal hysterectomy was confirmed. The second target was to find out the most frequent complications, accompanying the postoperative state. The hypothesis that the most frequent complication after the hysterectomy is subfebrility was also confirmed.

The results of the examination are presented in diagrams and compared with the professional literature in the pertinent chapter.

The bachelor's thesis may be utilized for teaching of midwives and in internet as additional source of information for the lay public.

OBSAH

SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Hysterektomie abdominální	4
1.1.1 Indikace.....	5
1.1.2 Komplikace při operaci.....	5
1.1.3 Komplikace po operaci	6
1.2 Hysterektomie vaginální	6
1.2.1 Indikace.....	7
1.2.2 Komplikace.....	7
1.3 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH)	8
1.3.1 Indikace.....	8
1.3.2 Komplikace.....	8
1.4 Vyšetření pacientky	9
1.4.1 Předoperační příprava	9
1.4.2 Pooperační péče	19
1.5 Žena a její psychika	29
1.6 Pohyb a námaha po hysterektomii	30
1.7 Pohlavní život po hysterektomii	30
2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY	32
2.1 Cíle výzkumu.....	32
2.2 Hypotézy	32
3. METODIKA	32
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	32
4. VÝSLEDKY	33
5. DISKUSE	66
6. ZÁVĚR	72
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	74
8. KLÍČOVÁ SLOVA	78
9. PŘÍLOHY	79

ÚVOD

Hysterektomie je druh gynekologického výkonu, který je zpravidla známý pod názvem „odnětí dělohy“. S tímto pojmenováním se v praxi setkává mnoho žen většinou staršího věku. Bohužel ale ženy často nevědí, co všechno samotný výkon obnáší. Netuší, jaký postup operace se volí a z jakého důvodu, ale především neznají možné pooperační komplikace. Ani to, jak výrazně se může změnit jejich následný, především pohlavní život.

Uvedené téma jsem si vybrala proto, že hysterektomie se mi zdá velmi zajímavá a v dnešní době také aktuální. Je to operace, se kterou se může setkat kterákoliv žena a v podstatě i v jakémkoliv věku. Pro některé z nich může tento gynekologický zákrok znamenat „ztrátu ženství“ či nedůležitost jejich osoby v další životní etapě. Když jsem ale mluvila se známými ze svého okolí, které tento druh operace podstoupily, dozvěděla jsem se, že nic podobného jako je „ztráta ženství“ jim hlavou ani neproběhlo. Braly to především jako nutný a nevyhnutelný zákrok a nakonec byly i rády, že se zbavily řady více či méně vážných problémů, které je před výkonem provázely. Samozřejmě se mnohé z nich obávaly, jaký bude jejich následný pohlavní život, ale po hysterektomii a uzdravení až tolik rozdílů nenašly. Ovšem rozdílů někdy zaznamenali manželé a partneři. Většinou jim ale stačila porada s lékařem nebo s porodní asistentkou a obavy nebo problémy se postupně rozplynuly.

Pokud žena tento výkon podstupuje, je nutné, aby ji ošetřovatelka nebo porodní asistentka detailně informovala a šetrně ji připravila na možné pooperační komplikace. Odborné informace a rady by ženě měly pomoci ve snazším a rychlejším návratu do běžného života.

SOUČASNÝ STAV

Hysterektomie je jednou z nejčastěji prováděných gynekologických operací. Nejpočetnějším typem zákroků je hysterektomie abdominální. V České republice se ročně vykoná hysterektomie zhruba u dvaceti tisíc žen. Na základě statistik se odhaduje, že hysterektomii podstoupí jedna z pěti žen ve věku pod 75 let. (3, 15)

V současné době by měl operátor zvládat všechny tři přístupy k hysterektomii (hysterektomie abdominální, vaginální a laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie). Vždy je totiž důležité zvolit ten správný operační postup. Metoda zákroku zvolená jedním operátorem nemusí být vhodná pro druhého a také druh operačního postupu je u každé ženy individuální. Základem každé operace je operátérova dokonalá znalost anatomických poměrů jak z pohledu abdominálního, tak i přístupem z polohy gynekologické. (4, 15, 33)

„Hysterektomie rovněž symbolicky kopíruje vývoj a pokrok v operačních technikách. Samotným konceptem jednoduchý výkon však představuje pro nemocnou množství fyzických, psychologických a emočních komplikací, se kterými se musí jak ona sama, tak i její bezprostřední okolí vyrovnat.“ (41, s 207)

Většina žen často přichází do lékařských ordinací neinformovaná. Je velice důležité, aby každá potenciální pacientka знала důvody chirurgického odnětí dělohy a smířila se s tím, že je to naprosto nutný výkon v zájmu jejího zdraví. Je třeba si uvědomit, že především z psychického hlediska představuje pro každou ženu jednu z nejnáročnějších operací. Právě zde je nezastupitelné místo pro porodní asistentky, které jako vysokoškolsky vzdělané provedou pacientku tímto pro ni složitým obdobím. (15, 33)

1.1 Hysterektomie abdominální

Abdominální hysterektomie znamená vynětí celé dělohy. Tato operace patří k nejčastěji vykonávaným gynekologickým výkonům. Hysterektomie se provádí buď s ponecháním, nebo s odstraněním adnex, a to jednostranně či oboustranně. Někdy bývá

označována jako prostá (ponechání adnex), a to spíše k odlišení od hysterektomie rozšířené. Adnexa se odstraňují u většiny onkologických indikací a při patologickém nálezu. U mladších žen se adnexa ponechávají, pokud je to možné, protože se tak předchází předčasné menopauze. Zdravá adnexa se odstraňují zhruba po 47. roce věku. (3, 4, 20) Postup při abdominální hysterektomii je znázorněn v příloze 1.

1.1.1 Indikace

Typickou indikací k hysterektomii abdominální jsou děložní myomy (viz příloha č. 2), zejména jsou-li značného rozsahu. Mohou způsobovat silné a nepravidelné krvácení. (41)

Jinou běžnou indikací bývá dysfunkční krvácení při neúspěchu konzervativní léčby. Mezi další indikace je možné zařadit endometriózu (viz příloha č. 3), těžké zánětlivé a pozánětlivé stavy a benigní tumory adnex. Dále i některé typy chronických bolestí, prekancerózy endometria a cervixu a onkologické indikace. Dají se sem zařadit i porodnické indikace, jako například nezastavitelné poporodní krvácení, ruptura dělohy, atonie dělohy nebo placenta accreta, increta a percreta, ale ty jsou málo časté a vyžadují specifický přístup, protože se jedná o urgentní situaci. (8, 41)

1.1.2 Komplikace při operaci

Při abdominální hysterektomii může dojít k poranění močového měchýře při odstříhování dělohy od pochvy, nebo v případě, když se močový měchýř sesunuje. Také může být poraněn močovod při preparaci děložních cév nebo rektum. K poranění rekta může docházet během hysterektomie prováděné kvůli zánětlivému procesu nebo endometrióze, protože rektum je někdy velmi silně a vysoko připoutáno k zadní stěně hrdla děložního. (2)

1.1.3 Komplikace po operaci

V širším pohledu lze pooperačním komplikacím, a to nejen u hysterektomie abdominální, předcházet celým komplexem opatření: přípravou pacientky k operaci, premedikací, šetrnou narkózou, fyziologickým operováním a správnou pooperační péčí především ze strany ošetřovatelek. (5)

K nejčastějším pooperačním komplikacím patří krvácení, febrilie a nedokonalé zhojení jizvy. Mohou se vyskytnout i další komplikace, jako např. pooperační pánevní infekce, infekce močových cest (souvisí s katetrizací močového měchýře, její délkou a opakováním), krátkodobé zhoršení vyprazdňování močového měchýře (může být způsobené otokem) a velmi vzácně i stěvná nebo cévní neprůchodnost. Při infekci močových cest se vyskytují charakteristické příznaky, jako dysurie, bolest, pálení a řezání při močení, často se přidávají i subfebrilie. Těsně po zákroku je třeba počítat se ztíženým vylučováním moči, otokem v místě rány nebo i s dočasným zhoršením průchodnosti střev. (6, 17)

„Úkolem každého operátora je snižovat komplikace spojené s provedením hysterektomie abdominální na nejnižší možnou míru a hledat co nejjednodušší a nejefektivnější strategii přístupu k výkonu, operační technice a pooperační péči“ (38, s 214). Nezastupitelná úloha v prevenci a samotné léčbě komplikací přísluší porodním asistentkám, které připravují pacientky k operaci fyzicky i psychicky, pečují o ni per i operacně a pomáhají jim v návratu do normálního života. (27)

1.2 Hysterektomie vaginální

Vaginální hysterektomie je odstranění dělohy poševní cestou, které se obvykle provádí při sestupu nebo výhřezu dělohy a poševních stěn. Tato operace byla pro gynekologii nejtypičtější, ale díky pokrokům v operační technice, v anesteziologické a resuscitační péči, je řazena až za hysterektomii abdominální. Výkon u sestupující a malé dělohy nezpůsobuje vážnější potíže, určité problémy však mohou nastat u patologických nálezů na děloze. Objektivně se vaginální přístup považuje za technicky obtížnější kvůli nesnadnému přístupu k operačnímu poli a pro omezený přehled. Navíc přívrženci této

operace zdůrazňují nutnost vycvičené odborné asistence. Tento druh hysterektomie má ale i své přednosti, které vyplývají z nižší invazivnosti menšího operačního pole a lehčí průběh pooperačního období, což bývá výhodné zejména u starších nebo rizikových pacientek. Dalšími výhodami je minimální manipulace se stěvy, malá krevní ztráta a redukce analgetik a antibiotik. (4, 5, 15, 20)

Vaginální hysterektomie bývá většinou spojována i s kratší dobou hospitalizace, s menším výskytem komplikací a rychlejší rekonvalescencí. K jejím výhodám lze uvést i to, že nezanechává žádné viditelné jizvy na břišní stěně. Vaginální hysterektomie je ale náročnější na ošetrovatelskou péči pro močový dyskomfort, atd. (5, 20)

Postup při vaginální hysterektomii je znázorněn v příloze 4.

1.2.1 Indikace

„Problematika indikací k této hysterektomii je zároveň jednoduchá i složitá. A jelikož některé z nich nejsou striktně vymezeny, vytvářejí si některé národní odborné společnosti vlastní doporučení. Na obecné indikace pak navazují indikace k přístupové cestě.“ (38, s 217)

Nejčastějšími indikacemi k hysterektomii vaginální jsou sestup dělohy s poševními stěnami. Dalšími pak myomy, krvácení, prekancerózy endometria nebo cervixu, chronické bolesti v podbřišku či adenomyóza. (15, 41)

1.2.2 Komplikace

„Z časných pooperačních komplikací nutno zmínit krvácení a infekci, mnohdy podmiňuje jedna druhou.“ (41, s 222)

„K dramatickému poklesu pooperačních infekcí po hysterektomii vaginální došlo po zavedení antibiotické profylaxe.“ (41, s 223)

Jinak mezi pooperační komplikace patří febrilie, pooperační pánevní infekce, pánevní hematoma, pánevní flebotrombóza a septický šok. Může se objevit i paralytický nebo obstrukční ileus. Třetí den po operaci se nejčastěji vyskytuje infekce močového ústrojí, infekce rány a pánevní zánětlivé komplikace. Vše záleží na délce operačního

zákroku, na množství krevní ztráty, dlouhotrvající katetrizaci, na věku pacientky, přidruženém onemocnění ženy (např. diabetes mellitus) a pooperační hypotenzi. (15)

1.3 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH)

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (dále LAVH) je stále častěji používaný typ operace, která spojuje výhody laparoskopického a vaginálního přístupu k odstranění dělohy. Za výhody můžeme považovat minimální operační zátěž, menší pooperační bolest, minimální krevní ztráty, časnější mobilizaci, snížení rizika žilních komplikací, rychlejší obnovu funkce střev a minimální tvorbu pooperačních srůstů. Většinou bývá i kratší doba hospitalizace, ale ta záleží na klinickém stavu pacientky. (4, 28) Postup při laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii je znázorněn v příloze 5.

1.3.1 Indikace

V tomto případě se prolínají indikace k hysterektomii abdominální s indikacemi k hysterektomii vaginální. Záleží ale na velikosti dělohy a na přidružených onemocněních pacientky, eventuálně na obezitě. Mezi indikace řadíme benigní i maligní onemocnění vnitřních rodidel. Benigní nádory dělohy a adnex, prekancerózy děložního hrdla, těla a ovaria, karcinomy dělohy a děložního hrdla v časném stadiu. Patří k nim i děložní krvácení u žen po menopauze, které nezabírá na léčbu, bolestivost v podbříšku zejména po recidivujících zánětech nebo po operacích v malé pánvi. (15)

1.3.2 Komplikace

Při operaci může dojít k poranění střeva, plynové embolii, krvácení a poranění břišních orgánů, poranění střeva a močového měchýře. Po operaci se může vyskytnout pánevní hematoma, febrilní stav, zánětlivé hojení poševní sutury nebo infekce močových cest. Možné komplikace po LAVH jsou nejčastější zejména u žen obezních s BMI (body mass index) nad 30, zejména kvůli délce trvání operace. (15)

1.4 Vyšetření pacientky

Nezbytné je získání anamnézy (rodinná, osobní, gynekologicko – porodnická, nynější onemocnění). Dále se pokračuje *aspekci* (pohled), kdy je hodnocena konstituce těla, biologický věk, výška, hmotnost, chůze, celkový vzhled a nápadné abnormality. Po aspekci následuje *palpace* (pohmat), *perkuse* (poklep) a *auskultace* (poslech). Po provedení uvedených výkonů by měla následovat komplexní gynekologická prohlídka, složená z vyšetření v zrcadlech, dále bimanuálního, rektálního a rektovaginálního vyšetření. Součástí je také vyšetření prsů. (29)

Kromě toho se k základnímu gynekologickému vyšetření počítá i *kolposkopie*. Jejím principem je lupové zvětšení dobře osvětleného zorného pole a slouží k prohlížení ektocervixu (dlaždicový epitel) děložního hrdla. Kolposkopie by měla být prováděna před palpačním vyšetřením, aby nedošlo k poranění ektocervixu vyšetřujícím prstem. (29)

Dále se určená diagnóza může zpřesnit *rentgenologickým vyšetřením, urografií* – k posouzení stavu odvodných močových cest, *ultrazvukovou diagnostikou* – bývá často popisována pouze jako metoda pomocná. Využívá se také *magnetická rezonance* – obrazy v podobě řezů s možností zobrazování ve zcela libovolných rovinách a s velmi vysokou kvalitou zobrazení. Neměla by se také opomenout *hysteroskopie*. Tedy diagnostická metoda, při které prohlížíme dutinu děložní. (29)

1.4.1 Předoperační příprava

Příprava ženy k operaci je velice důležitá, protože každý zákrok a zásah do organismu představuje pro ženu určitou zátěž. A, jak už bylo uvedeno, operace bývá spojená s možným rizikem vzniku komplikací. Proto se nejprve čerpají možnosti konzervativní léčby. Pokud jsou ale všechny možnosti vyčerpány a onemocnění nelze vyléčit jiným způsobem, přistupuje se k operaci.

Cílem předoperační přípravy je vytvořit vhodné podmínky pro nekomplikovaný průběh operace, anestézie a předcházení pooperačním komplikacím. U pacientky je zapotřebí určit vhodnou dobu k operaci. Ženy se neoperují v období menstruace ani

těsně před ní. A to z důvodu, že se při menstruaci zvyšuje krvácivost, orgány jsou překrvené, a tím by se množství krevní ztráty během operace ještě zvýšilo. Dalšími důvody, kdy se k operaci nepřistupuje, jsou různé virózy, záněty žil a akutní infekce dýchacích cest apod. (20, 27)

Příjem na gynekologickou chirurgii může být plánovaný nebo urgentní. Plánovaný zákrok dává pacientce čas na psychologickou přípravu a ošetřujícímu zdravotnickému personálu umožňuje zajistit, aby v době zákroku byla v optimální kondici. Oproti tomu urgentní zákrok neumožňuje nemocné se na operaci připravit ani přemýšlet nad jejími možnými následky, takže veškerá opatření se musí realizovat až po operaci. Ať už se však pacientka dostane k operaci jakoukoliv cestou, při ošetřování v předoperační i pooperační době by měly být respektovány stejné principy bezpečné péče. (40, s 237)

Pečlivé předoperační vyšetření umožňuje návštěva lékaře 10 – 14 dní před operací. Torrance a Senginson in Workman a kol. (2006) uvádějí, že: „tímto způsobem se zkrátí nezbytná doba hospitalizace, nemocný nemusí v nemocnici čekat na výsledky vyšetření a má možnost seznámit se s výkonem, zmírnit svou úzkost a připravit se na lehké uzdravení.“ (40, s 237 – 238). Hlavními cíli předoperačního vyšetření jsou:

- omezit rušení výkonů a maximální využití lůžek a operačních sálů
- zlepšení příjmových a vyšetřovacích postupů
- zlepšení propouštění
- edukace nemocného před operací (40, s 238)

Operační výkony jsou obvykle prováděny v celkové anestézii, v některých případech se však z důvodu kardiovaskulární indikace či nutnosti spolupráce během operace provádějí ve spinální či epidurální anestézii. U velkých operačních výkonů je nutná hospitalizace pacientky na standardním oddělení operační gynekologie či JIP. Průběh předoperačního období závisí ve značné míře na zdravotním stavu pacientky, lékařské diagnóze, druhu operačního výkonu a jeho naléhavosti. (31, s 33) Zahrnuje klinické vyšetření pacientky, kdy se určují rizikové faktory (věk, stav výživy, tekutin a elektrolytů, celkové zhodnocení zdraví, systém kardiovaskulární, respirační, uropoetický, neurologický, endokrinní, gastrointestinální, léková medikace a duševní

zdraví) a získávají se informace potřebné pro celkové předoperační zhodnocení. Cílem je prevence možných komplikací a příhod. Současně se provádí řada speciálních vyšetření zaměřených na upřesnění diagnózy. Vlastní příprava pacientky k operaci představuje souhrn preventivních opatření, která zamezují vzniku komplikací. (13)

1.4.1.1 Somatická příprava

Pokud se nejedná o operační indikaci v nebezpečí ohrožení života pacientky a o operace velmi starých nebo vážně nemocných žen, přijímá se pacientka obvykle den před plánovaným operačním zákrokem. Přijetí jeden den před operací by mělo stačit ke zhodnocení celkového zdravotního stavu internistou a anesteziologem, který naordinuje předoperační medikaci. Do somatické předoperační přípravy patří předoperační vyšetření a vlastní příprava k operaci. Předoperační vyšetření spočívá v podrobném gynekologickém vyšetření, včetně ultrazvuku. Je-li nutné doplnit, pak také laboratoře (základní biochemické vyšetření, základní koagulační faktory a vyšetření moči). Před rozsáhlými a dlouhotrvajícími operacemi se doporučuje vyšetřit i respirační a oběhové funkce. V takových případech se většinou pacientka přijímá dříve a termín operace se stanoví až po kompletním vyšetření, kdy jsou už k dispozici výsledky. (4, 5, 20)

Porodní asistentka se v rámci somatické přípravy zaměřuje na:

1) Vnímání zdravotního stavu pacientky

- porodní asistentka zjistí od pacientky její vnímání příčiny onemocnění, postup jeho řešení (návštěva lékaře, způsob a výsledky léčby), zvládání onemocnění v osobním životě, očekávání od plánované operace
- informuje pacientku o průběhu předoperační přípravy a pooperačního stavu
- zkontroluje podepsaný souhlas s plánovaným operačním výkonem

2) Polohu, pohybový režim

- porodní asistentka uloží pacientku do úlevové polohy a zajistí jí klid na lůžku

3) Hygienickou péčí

- porodní asistentka zjistí úroveň sebepéče a soběstačnosti pacientky
- provede přípravu operačního pole (celková hygiena, hygiena genitálií, oholení pubického ochlupení, vyčištění pupku při plánované laparoskopii)
- poučí klientku o nezbytnosti odlíčení v den operace – lak na nehty a make-up se odstraňují proto, aby bylo možné monitorovat změny barvy kůže během anestézie a včas odhalit nedostatečné prokrvení; pokud pacientka např. nevidí bez brýlí, může si je ponechat až do příchodu na operační sál, kde je předá porodní asistentce (s protézami jako přičesy, paruky, kontaktní čočky, oční a zubní protézy aj. by se mělo zacházet nesmírně citlivě, protože jsou pro pacientky velmi důležité a necítí se po nich dobře; např. naslouchadlo by se dle názoru Dawsona in Workman a kol. (2006) mělo nemocné nasadit bezprostředně po operaci, aby mohla komunikovat se svým okolím)
- zajistí pacientce před operací ústavní prádlo
- asistuje lékaři při dezinfekci pochvy před vaginální operací

4) Výživu

- porodní asistentka zhodnotí stav výživy pacientky (např. body mass index (BMI) – tato hodnota je důležitá pro anesteziology při stanovení množství premedikace a anestézie)
- informuje pacientku, že 6 – 8 hodin před výkonem nesmí jíst, pít ani kouřit; protože dlouhé nebo naopak nedostatečné lačnění může způsobit pooperační nauzeu a zvracení, je vždy důležité, aby porodní pacientka zhodnotila stav nemocné a její predispozice (7, str. 240)
- u diabetiček zajišťuje dle aktuální hladiny glykémie aplikaci infuze glukózy s inzulínem (podle ordinace lékaře)

5) Vyprazdňování

- porodní asistentka zajistí vyprázdnění močového měchýře spontánně či zavedením permanentního močového katetru
- v závislosti na naléhavosti operace a typu výkonu zajistí vyprázdnění tlustého střeva, při plánovaném výkonu se provádí očistné klyzma nebo se pacientka vyprazdňuje pomocí různých projímadel (YAL, fosfátový roztok aj.)

6) Rehabilitaci

- porodní asistentka provádí s pacientkou nácvik prvků pooperačního režimu (dechová cvičení, nácvik vykašlávání s fixací operační rány, nácvik vyprazdňování do podložní mísy, nácvik pohybu na lůžku aj.)

7) Spánek a odpočinek

- porodní asistentka zajistí podmínky pro odpočinek pacientky před operačním výkonem; premedikace z důvodu navození relaxace a snížení úzkosti se v současnosti používá málo, protože moderní anestetika působí většinou rychle a nepotřebují sedativní premedikaci (40, str. 240)

Porodní asistentka během předoperační přípravy dále:

- sleduje fyziologické funkce a příznaky onemocnění (bolesti, krvácení z rodidel, nechutenství, poruchy vyprazdňování)
- sleduje výsledky laboratorních vyšetření a informuje o nich lékaře, zajišťuje odběr biologického materiálu (krevní obraz, biochemické vyšetření krve, CRP, mikrobiologické vyšetření moči aj.)
- sleduje výsledky interního vyšetření, EKG či jiných dle ordinace (ultrasonografie, RTG aj.)
- sleduje místo intravenózního vstupu a infuzní terapii
- sleduje účinky aplikovaných léků, zajišťuje jejich aplikaci – premedikace, antikoagulancia, ATB

- zajišťuje bandáže dolních končetin (prevence TEN)
- zajišťuje úschovu cenností pacientky
- provádí zápis všech ošetrovatelských intervencí do dokumentace a dokumentaci kontroluje (8, str. 33 – 35)

1.4.1.2 Psychická příprava

Tuto přípravu bychom neměli považovat pouze za součást všeobecné přípravy, ale věnovat jí zcela mimořádnou pozornost. V podstatě se jedná o kvalifikovanou péči o pacientku, které operační léčbu doporučujeme. V rámci této léčby se provedou veškerá ambulantně dostupná vyšetření tak, aby hospitalizace v nemocnici byla co nejkratší, a to především v době „čekání“ na operaci. (5) Psychická příprava se také zaměřuje na snížení obav z operačního výkonu a na vysvětlení fyzických i kosmetických následků operace. Ženy totiž své určité tělesné oblasti vnímají velice citlivě. Hospitalizace a plánovaná operace je zejména pro starší pacientky nebo ženy, které v této oblasti nemají žádné zkušenosti, velmi stresující. V této situaci je velmi obtížné hovořit o intimních problémech a většina pacientek je toho schopná až poté, co se ujistí, že jim nehrozí žádné nebezpečí a ošetřující personál usiluje o jejich uzdravení. „Informace o zdravotním stavu nemocné by měl poskytovat v první řadě ošetřující lékař.“ (16, s 99) Lékař by měl pacientce vhodným a srozumitelným způsobem vysvětlit, proč je operace nezbytná, jak dlouhý bude pravděpodobně její pobyt v nemocnici, měl by nastínit průběh operace, popsat, co patří do předoperační přípravy a jaké mohou být pooperační obtíže. To by měl být základ pro vytvoření důvěry k ošetřujícímu personálu a pro klid pacientky. Porodní asistentka by měla vyslechnout otázky pacientky a v rámci své kompetence na ně odpovědět. Také by měla pacientce poskytnout další informace o různých vyšetřovacích postupech a léčebných nebo diagnostických výkonech, které si vyžadují přípravu pacientky. Důležité je zaměřit se zejména na problematiku bolesti a jejího tlumení, hygienickou péči, rehabilitaci, možné vedlejší účinky anestézie (nauzea, zvracení), problémy s vyprazdňováním (meteorismus, obstipace, permanentní močový katetr aj.) a sexuální život pacientky po operaci (možná změna hladiny hormonů,

ovlivnění prožitku při sexuálním styku, ztráta reprodukční schopnosti aj.). (8, s 35) Příprava na chirurgický výkon se musí zabývat i vlivem operace na budoucí vzhled nemocné nebo její postavení ve společnosti. Některé pacientky se s tělesnými změnami vyrovnávají prostřednictvím procesu truchlení, pomoci jim může setkání se sestrou-specialistkou, která jim usnadní zvykání si na novou situaci či s nemocnými, které prodělaly stejnou zkušenost dříve (40, s 244). Důležité je, aby porodní asistentka při rozhovoru udržovala kontakt s pacientkou a v neposlední řadě i citlivý přístup. Žena tak získá jistotu a lepší pocit, že jí porodní asistentka věnuje veškerou pozornost. Edukovaná pacientka navíc dobře spolupracuje a následná rekonvalescence probíhá většinou rychle a bez problémů. (8, s 35) Výhodou porodních asistentek je delší a chápatější styk s pacientkou s důrazem na její následnou ženskost. (16, 20, 34)

Obecně se ovšem nepovažuje za vhodné poskytovat pacientce veškeré informace. Je ideální zvolit takový postup, jakým nemocná čelí svým zdravotním problémům. Nejčastěji se objevují následující přístupy:

- bdělý neboli ostražitý, kdy pacientka vyžaduje množství informací, aby se připravila na každou eventualitu a měla situaci plně pod kontrolou
- vyhýbavý, kdy pacientka vyžaduje minimum informací a tímto způsobem omezuje stres spojený se svými zdravotními problémy (40, str. 243)

Z těchto důvodů by se měly informace poskytovat citlivě s ohledem na individuální potřeby nemocné. Porodní asistentka by si proto měla při komunikaci s pacientkou uvědomovat signály, které upozorňují na to, že již má informací dostatek. Edukace v ošetrovatelské péči je tedy nesmírně důležitá, výzkumy bohužel ukazují, že v této oblasti českého zdravotnictví jsou dosud značné rezervy. Např. z výzkumu Vymětalíkové a Ježorské (2008), jehož cílem bylo zjistit míru informovanosti žen o hysterektomii, zmapovat psychické problémy a srovnat výskyt deprese, jak u žen po hysterektomii, tak u žen z laické veřejnosti, vyplynulo, že ženy nejsou před operací dostatečně informovány. Jednalo se zejména o oblast znalosti o rozsahu operace (zda dojde k odstranění pouze samotné dělohy nebo i vaječníků a vejcovodů), předoperační přípravu, pooperační péči, všeobecné komplikace provázející operační výkony a možné změny v dalším životě. Pouze 72 % žen bylo plně informováno a pochopilo informace o

tom, v jakém rozsahu bude operace provedena. Předoperační příprava byla nastíněna 76 % žen a o pooperační péči se dozvědělo před operací už jen 72 % žen. O všeobecných komplikacích provázejících operační výkony bylo informováno 56 % žen, 20 % žen informováno nebylo a 24 % žen uvedlo, že neví, zda jim možnost těchto komplikací byla sdělena. Co se týče spokojenosti s informovaností před zákrokem, z přílohy 6 je patrné, že pouze 36 % žen ji hodnotilo jako výbornou. (39) Pro účely předmětného výzkumu byl použit standardizovaný dotazník depresivity BDI II (Beckova sebeuposuzovací škála depresivity pro dospělé) a autorkami Vymětalíkovou a Ježorskou vytvořeny dotazník zaměřující se na zjištění míry informovanosti žen a psychické změny po operaci. Byla oslovena skupina žen, které podstoupily hysterektomii, a skupina, která operaci neprodělala – skupina kontrolní.

1.4.1.3 Příprava k výkonu

Tato příprava je závislá na druhu operačního zákroku. U velkých výkonů je příprava rozsáhlejší, menší výkony ji až tolik nevyžadují.

Předoperační přípravu začíná provádět porodní asistentka již den před operací. Příprava sestává z oholení rodidel, vyprázdnění střev a z očistné koupele. Pokud jde o oholení rodidel, před vaginálními výkony se holí zevní rodidla a před abdominálními výkony se holí podbříšek. Operační pole by pacientce měla oholit porodní asistentka ráno před operačním zákrokem, protože při oholení rodidel večer před operací stoupá možnost vzniku infekce. Na tuto závislost upozornila výzkumná práce ošetrovatelského personálu. Rodidla se holí vodou a mýdlem. Pouze při akutních operacích se holí tzv. na sucho, aby byla zachována suchá pokožka. U vyprázdnění střev záleží na druhu a rozsahu operace. Někdy stačí pouze dietní omezení, jindy je zapotřebí podat laxativum nebo očistné klyzma. (5, 20, 34)

Porodní asistentka provádí střevní přípravu zejména před rozsáhlými onkologickými operacemi. „Klyzma je vpravení tekutiny konečníkem do esovité kličky a do tlustého střeva.“ (26) Rozlišujeme různé druhy klyzmatu – očistné (pro vyprázdnění), projímavé (pro změkčení stolice), léčebné (za účelem vpravení látky na sliznici tlustého střeva), diagnostické (vpravení kontrastní látky). (26) Před

hysterektomií se používá jednorázové klyzma, které vyprazdňuje a vyplachuje tlusté střevo. Výkon provádí porodní asistentka na základě ordinace lékaře s využitím následujících pomůcek:

- rektální rourky v závislosti na věku a fyziognomii pacientky,
- irigátor s hadicí a nástavcem s kohoutkem (viz příloha 7),
- peán na přerušení průtoku,
- vazelína,
- dřevěná lopatka,
- gumové rukavice,
- čtverce buničiny,
- emitní miska,
- toaletní papír,
- infuzní stojan,
- podložní mísa,
- jednorázová podložka,
- 1 litr vody o teplotě lidského těla. (25, str. 86 - 87)

Před aplikací očistného klyzma je nutné, aby porodní asistentka získala od pacientky následující informace:

- frekvence, čas defekace, popis stolice apod.
- zda pacientka klyzma již dříve dostala a udrží tekutinu ve střevě (31, str. 68)

Očistné klyzma je často pokládáno za poruchu intimity. Proto bývá navzdory své prospěšnosti kritizováno a principiálně odmítáno. Z těchto důvodů je třeba zajistit pacientce soukromí (porodní asistentka vyzve chodící pacientky, aby přišly do koupelny, na pokoji ležící pacientky vyzve její spolubydlící, aby opustily na chvíli pokoj) a dodržovat následující postup provedení:

- 1) Příprava pacientky – porodní asistentka vysvětlí pacientce postup a účel klyzmatu; doporučí, aby během výkonu zhluboka dýchala nosem, a ucítí-li nesnesitelné nutkání na stolici, aby to hlásila (zpomalení či zastavení toku vody), dále pacientku upozorní, že je potřeba na konci výkonu

tekutinu v sobě zadržet co nejdéle (10 - 20 minut). Uvedené pokyny je během výkonu vhodné opakovat a komunikovat s pacientkou v průběhu celého výkonu.

- 2) Úprava polohy – porodní asistentka uloží pacientku na levý bok s pravou dolní končetinou ohnutou do pravého úhlu (tato poloha usnadňuje průchod tekutiny do colon sigmoideum a colon descendens), u pacientek, které se nemohou obrátit na bok nebo neudrží tekutinu, se klyzma provádí v poloze na zádech na podložní míse nebo jednorázové podložce.
- 3) Porodní asistentka připraví do irigátoru teplou vodu (36 – 37°C) a zavěsí jej na infuzní stojan. Trochu tekutiny vypustí do emitní misky spolu se vzduchem a první chladnou tekutinou a hadici uzavře peánem.
- 4) Porodní asistentka natře konec rektální rourky vazelínou.
- 5) Porodní asistentka si oblékne rukavice a rektální rourku zavede do konečníku (cca 6 – 8 cm), spojí rourku s nástavcem od irigační hadice a pomalu vpouští tekutinu. Irigátor s tekutinou drží asi 30 cm nad konečníkem (čím vyš je nádoba, tím rychleji tekutina vytéká a tím větší je tlak v konečníku.
- 6) Než vyteče všechna tekutina z irigátoru, porodní asistentka přeruší hadici peánem. Jednou rukou vytahuje rourku z konečníku, druhou ji současně otírá.
- 7) Porodní asistentka požádá pacientku, aby v sobě tekutinu co nejdéle zadržela.
- 8) Ležící pacientce podá porodní asistentka podložní mísu.
- 9) Na závěr si porodní asistentka dotazem ověří, zda se pacientka vyprázdnila. (25, str. 87)

Po ukončení výkonu je nutná dekontaminace a úklid pomůcek. Pro nácvik správného provedení klyzmatu dnes existuje řada pomůcek, např. LF00957 - Simulátor podání klyzmatu (viz příloha 8).

Večer před operací již pacientka nic nejí, může pouze pít a je poučena porodní asistentkou, že od půlnoci nesmí jíst, pít ani kouřit. Ráno se provádí výplach pochvy.

Aby se zajistilo vyprázdnění močového měchýře, zavádí porodní asistentka asepticky permanentní katétr. Nejčastěji se používá Foleyův katétr. Dále musí mít pacientka odložené všechny šperky a zubní protézy. O protézu se stará porodní asistentka tak, aby ji pacientka měla u sebe v co nejkratší době po operaci. Vlasy by měla mít ukryté čepicí, nehty odlakované a tvář nenalíčenou. Důraz se také klade na prevenci vzniku tromboembolických operačních komplikací. V tomto případě se pacientce podávají preparáty snižující krevní srážlivost dle ordinace lékaře a porodní asistentky bandážují dolní končetiny pomocí elastických obinadel nebo speciálních punčoch. A nakonec se podle rozpisu anesteziologa podává premedikace půl hodiny před operací. Pacientka musí být po podání upozorněna, aby už nevstávala z postele, protože hrozí riziko kolapsu a následného zranění. (5, 34)

1.4.2 Pooperační péče

1.4.2.1 *Jednotka intenzivní péče*

Úkolem pooperační péče je bezpečně převést pacientku přes nejrizikovější období a postupně ji navrátit zpět do běžného života. Důležité je eliminovat riziko vzniku možných komplikací - v souvislosti se změnou anatomických poměrů v malé pánvi může dojít např. k dočasné poruše vyprazdňování močového měchýře. Preventivně je proto pacientce po několik dní ponechávána cévka vedená močovou trubicí nebo skrz kůži nad stydkou sponou. Stejně příčiny má dočasná porucha střevní pasáže. Prevencí je pozvolné zatěžování střev po operaci dietou. Při snížené obranyschopnosti organismu může dojít k infekci operační rány a jejímu špatnému hojení. To lze řešit lokálními obvazy s přísádky hojivých a desinfekčních látek. Špatné hojení vnitřního šití nejčastěji poševního pahýlu se projevuje pooperačními infiltráty, kdy hojení je prodlouženo na několik týdnů. Vzácně dochází rovněž k infekcím močových cest a malé pánve, uzávěrům žil sraženou krví a vzniku píštělí, kdy díky narušení cévního zásobení vznikají spojky mezi pochvou a močovým měchýřem, střevem, močovou trubicí nebo močovodem.

Bezprostředně po operaci je pacientka většinou uložena na JIP či dospávací pokoj k monitoringu vitálních funkcí a stabilizaci stavu. Na tomto oddělení zůstává 24 až 48 hodin, záleží na závažnosti operace a na jejím klinickém stavu. Zde obvykle pracuje porodní asistentka, specializovaná v úseku intenzivní a resuscitační péče. Specifika ošetrovatelských intervencí v pooperační péči se řídí druhem operačního výkonu a anestézie, stavem klientky, zvyklostmi oddělení a požadavky operátora (8, s 35). „Pooperační péče je organizována různě podle možností každé nemocnice. Ideální je, když může být nemocná po skončení operace převezena z operačního stolu do dospávacího pokoje, který je umístěn v blízkosti operačního sálu. Výhody takto organizované časně pooperační péče jsou zřejmé. Zamezí se zdvojení technického vybavení, šetří se školený personál, zachraňují se lidské životy“ (2, s 30).

Základním předpokladem je, aby ošetrovací jednotka byla připravena a vybavena k poskytování pooperační péče, tzn. lůžko je čistě povlečené, je umístěno tak, aby umožňovalo snadné pozorování nemocné, a je u něj připravena odsávačka a kyslík (obojí ve funkčním stavu) a infuzní stojan, ev. jiné zařízení k zavěšení infuze (2, s 244).

Pooperační péče se dělí na bezprostřední a dlouhodobou.

1) Bezprostřední pooperační péče

- porodní asistentka kontroluje základní životní funkce, kam patří krevní tlak a puls (zpočátku po půl hodině, následně po hodině)
- sleduje saturaci krve kyslíkem
- kontroluje dýchání, jeho kvalitu, frekvenci, pravidelnost a průchodnost dýchacích cest, v případě potřeby odsává sekret
- kontroluje celkový vzhled, barvu a stav kůže a sliznic
- pátrá po známkách plicní embolie a šokového stavu
- sleduje pooperační nauzeu a zvracení (nemělo by trvat déle než 24 hodin po operaci)
- kontroluje operační ránu (sekrece, krvácení), pokud má pacientka drenáž, sleduje správnou funkci drénu a množství a barvu vytékající tekutiny (35)
- pomáhá s tlumením bolesti

- kontroluje bilanci tekutin
- kontroluje močení (vyprazdňování močového měchýře, množství vyloučené moci, její zbarvení, kvalitu a příměsi),
- kontroluje vyprazdňování
- v případě, že pacientka dostala transfuzi, sleduje ji porodní asistentka kvůli možnému vzniku alergických reakcí, anafylaktických reakcí, infekčních komplikací, febrilní transfuzní reakce nebo transfuzí způsobeným akutním plicním poškozením
- zajišťuje dostatečnou hygienu pacientky
- zajišťuje správnou polohu pacientky
- zajišťuje bezpečnost a pohodu pacientky (35)

2) Dlouhodobá pooperační péče

- porodní asistentka kontroluje základní životní funkce dle ordinace lékaře
- sleduje bilanci tekutin (evidence všech přijatých i vyloučených tekutin)
- pečuje o sondy, drény a operační ránu (průchodnost vstupů, množství a vzhled sekretů)
- dle ordinace lékaře zajišťuje odběry biologického materiálu a sleduje výsledky vyšetření (35)

Po odeznění anestézie se podávají analgetika na tišení bolesti, ta jsou obvykle ordinována podle potřeby po šesti hodinách. Porodní asistentka podle zavedené škály bolesti doporučuje a pečuje o úlevové polohy, zmírnění potíží podáním ledu apod. Při úpravě polohy pacientky se mohou využít pomůcky, jako je například podpěra, která udržuje pacientku ve zvýšené poloze, nebo bednička, která se dává do nohou lůžka a dle potřeby se pacientka může sama vysunout do zvýšené polohy. Dále to jsou třeba sáčky s pískem. Polohování je nejnütnější u nehybných pacientek, které by neměly zůstat v jedné poloze více než dvě hodiny během dne a více než čtyři hodiny během noci. Porodní asistentka tak pomáhá pacientce střídat polohy na zádech, na pravém a levém boku. Polohování pomáhá k prevenci dekubitů neboli proleženin. Jedná se o místní

odumření tkáně. Jejich hojení bývá složité, proto je důležité, aby jim porodní asistentka věnovala při ošetrovatelské péči velkou pozornost. Dekubity se dělí do čtyř fází. V té první je místo postihu bolavé a zarudlé. Ve druhé fázi má kůže tmavě červenou nebo fialovou barvu, přibývají praskající puchýřky, pokožka je už narušená a hrozí riziko infekce. Když je kůže fialová až černá a tkáň nekrotizuje, jedná se o třetí dekubitní fázi, kterou zakončuje fáze čtvrtá, kdy nekróza bývá už velmi hluboká. Někdy dochází až k obnažení kosti. V ošetrovatelství se používá systém vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové (viz příloha 9). Pro prevenci je důležité, aby porodní asistentka dbala na kontrolu kůže aspoň 1x denně, pravidelně pacientku polohovala, prováděla hygienickou péči podle schopnosti pacientky a pravidelně upravovala lůžko. Na jednotce intenzivní péče sleduje porodní asistentka ještě základní životní funkce, tedy krevní tlak, frekvenci tepu, dýchání a vědomí. Tyto vitální funkce sleduje porodní asistentka jednak klinicky a také pomocí elektronických přístrojů, jako je například pulzní oxymetr. (37, 20)

Dále musí kontrolovat prokrvení kůže a sliznic a stav operační rány (prosakování, vytékání krve z rány). Následné hojení operační rány může být primární nebo sekundární. O primární hojení se jedná, pokud nedošlo ke ztrátě tkáně a okraje rány jsou v dotyku. Sekundární hojení rány nastává, pokud má rána velký rozsah s velkou ztrátou tkáně. Odlišuje se od primárního hojení delším časem hojení, větší jizvou a větší náchylností ke vzniku infekce. Existuje však mnoho faktorů, které mohou ovlivňovat hojení rány, například obezita, léky, kouření, stres, cévní zásobení a celkový stav jedince. Roli hraje i věk, starším lidem se hojí rány mnohem pomaleji než malým dětem. Porodní asistentka by se měla snažit urychlit hojení rány na základě svých znalostí a ošetrovatelské péče. Je potřeba ránu vždy očistit a překrýt sterilním obvazem. Ránu by však měla překrýt tak, aby krytí bylo propustné, jinak může dojít ke zvlhnutí kůže a následnému prosáknutí. Stejně důležité je, aby porodní asistentka uměla správně zacházet s pomůckami při ošetřování. To znamená, aby dostatečně sterilizovala nástroje a zvládla aseptický postup při převazu rány. Tento postup musí znát každá porodní asistentka, jsou to obecné zásady, které pomáhají k primárnímu hojení ran. Jak už bylo zmíněno, jedná se o sterilní pomůcky, které jsou přehledně poskládány na převazovém

vozíku. Pacientka by měla během výkonu poklidně ležet. Porodní asistentka musí odhalovat pouze tu část těla pacientky, která je nutná pro výkon. Důvod je logický, a to zachování intimity pacientky. Nezbytné je také pacientku předem informovat o celém postupu a šetrně pracovat. (37)

V pooperační době hrozí pacientce také nozokomiální nákaza. „Nozokomiální (nemocniční) nákazy jsou ty, které vznikají v souvislosti s pobytem klienta na ambulantní nebo lůžkové části zdravotnického zařízení.“ (37, s 62) Tyto nákazy se dělí na specifické, které jsou typické pro nemocnice a původci se vyskytují na povrchu předmětů, nábytku, prádla, na rukou personálu. Dále na nespecifické, které se vyskytují mimo nemocnici. Zvenku se mohou přenést do nemocničních oddělení například během návštěvy. Specifické nozokomiální nákazy mohou vyvolat infekci, záněty a hnisání ran. Zatímco virová onemocnění zažívacího, dýchacího nebo vylučovacího systému mohou být způsobeny nespecifickými nozokomiálními nákazami, tyto nákazy pooperační stav pacientky komplikují a v důsledku prodlužují dobu hospitalizace.

Existuje několik druhů nozokomiálních nákaz. Ranní infekce vzniká v souvislosti s porušením celistvosti kůže. Vznik rané infekce může způsobit jak personál, tak jiný klient, protože se přenáší jiným stykem nebo vzduchem. Kožní infekce se také mohou přenášet ošetrovatelským personálem nebo přímým kontaktem infikovanými předměty. Močové infekce bývají způsobeny pomůckami, ale i rukama nebo vzduchem. Tyto infekce bývají časté zejména u pacientů po výkonu v močových cestách. Také potraviny mohou způsobit infekci, a to gastrointestinální. Jejím projevem bývají zpravidla těžká průjemová onemocnění. Úkolem porodní asistentky v ochraně před nozokomiálními nákazami je účinná prevence. Porodní asistentka musí dodržovat přísné hygienické zásady, jako je používání osobních ochranných pomůcek, využívání jednorázových pomůcek a mytí rukou před a po výkonu u jednotlivé pacientky. Porodní asistentka musí také používat sterilní pomůcky při výkonu, který je spojen s porušením celistvosti kůže. (37)

Pacientka dostává infuze, případně transfuze, kvůli náhradě tekutin a krevních ztrát během operace. U transfuze musí porodní asistentka kontrolovat stav pacientky vzhledem k možnému vzniku nežádoucích reakcí, jako jsou například alergické reakce,

anafylaktické reakce, infekční komplikace, febrilní transfuzní reakce nebo transfuzí způsobená akutní plicní poškození. Dále je důležité průběžně sledovat příjem tekutin a vyprazdňování močového měchýře. Porodní asistentka by si měla všimnout i množství vyloučené moči, jejího zbarvení, kvality a příměsí. Množství a hustota moči se měří obvykle jednou za 24 hodin v určenou dobu. Pokud má pacientka drenáž, sleduje se správná funkce drénu a množství i barva vytékající tekutiny. (20, 34)

Profylaktické podávání antibiotik bývá považováno za plně indikované u předpokládaných dlouhotrvajících operací (nad 3 hodiny) nebo u indikací z interního či jiného hlediska. (5)

Porodní asistentka si u pacientky všimá také projevů nauzey a zvracení, které by neměly trvat déle než 24 hodin po operaci. V této době jsou takové projevy považovány za možné. Pokud pacientka zvrací, musí se pečlivě sledovat, aby nedošlo k aspiraci zvratků. V případě potřeby se pacientce odsává sekret z horních cest dýchacích. Podávání tekutin porodní asistentkou po operaci je velice závislé na typu a druhu výkonu. V den operace přijímá pacientka tekutiny především v nitrožilní infuzi, dále se obvykle pacientce po probuzení podává čaj po lžičkách a postupně se množství tekutiny zvyšuje. V tomto období musí ošetřující personál také dbát na hygienu, ale ta je ztížena omezeným pohybem pacientky. Čistota je základní biologickou potřebou. Ovšem potřeba hygieny bývá zcela individuální. Pacientce musí být zajištěna dostatečná hygiena, a to buď s dopomocí anebo s celkovou pomocí ošetřujícího personálu. K hygienické péči patří ranní a večerní mytí, mytí vlasů, koupel a péče o chrup. Nehybné pacientce čistí chrup ošetřovatelský personál. Umělý chrup je vyňat, vložen do emitní misky a pacientka si tak může sama vypláchnout dutinu ústní. Potřeba hygieny je důležitá i v prevenci vzniku opruzenin, což je povrchní poškození kůže vznikající právě v důsledku nedostatečné hygieny. Porodní asistentka by měla být schopná poznat opruzeniny podle jejich projevů, tedy zčervenání, zduření, pálení a drobných puchýřků. Nejběžněji je možné si opruzeniny všimnout v podpaží, tříse, v záhybech kůže na břicho, na vnitřní straně stehen nebo v okolí konečnicku a genitálií. Pokud je kůže suchá, nechává se krátce na vzduchu a poté se kryje pastou. Jestliže ale kůže mokvá, měla by porodní asistentka přikládat teplé heřmánkové nebo řepíkové obklady, dokud sekrece

neustane. Pacientka zůstává na jednotce intenzivní péče 24 až 48 hodin, záleží však na závažnosti operace, na jejím klinickém stavu apod. Poté je převezena na pooperační oddělení. (5, 20, 34, 38)

1.4.2.2 Pooperační oddělení

„Z jednotky intenzivní péče, je-li operovaná stabilizována, tj. je-li při vědomí, má normalizovaný kardiovaskulární a respirační systém, se překládá buď na pooperační pokoj standardní, nebo na žádost pacientky na pokoj nadstandardní prostorovým vybavením a řešením (s doplatkem). Nemocné, které jsou v bezvědomí buď vlivem relaxancií, nebo ty, které vyžadují speciální resuscitační péči, jsou hned po ukončení operace přeloženy na anesteziologicko-resuscitační oddělení.“ (2, s 30).

V prvních dnech porodní asistentka několikrát denně sleduje nástup spontánního močení a měří diurézu, měří krevní tlak, pulz, teplotu. Pacientce je podle jejího zdravotního stavu dovoleno vstát z lůžka za pomoci porodní asistentky. Druhý den už může pacientka jít mimo pokoj a dojít si sama na toaletu. Stejně tak od druhého až třetího dne se může pacientka dojít osprchovat ještě s pomocí porodní asistentky. Časné vstávání i pooperační rehabilitace jsou důležité pro předcházení tromboembolických nemocí. Porodní asistentka tráví s pacientkou nejvíce času a je jejím průvodcem tímto nesnadným obdobím. Její přítomnost zvyšuje jistoty u operovaných žen. (5, 20)

Drény se odstraňují v závislosti na sekreci, permanentní katétr po 24 hodinách pokud se nevyskytnou žádné pooperační komplikace, jinak vždy individuálně podle aktuálního zdravotního stavu. Do 48 hodin (pokud nedošlo k nějaké patologii) po výkonu, se obnoví spontánní odchod plynů. Odchod plynů se dá urychlit časným vstáváním s pomocí porodní asistentky, která může také zavádět rektální rourky a poučit ženu o nutných dietních opatřeních. Stolice po nekomplikovaných operacích se většinou obnovuje kolem 2. až 3. dne po operaci, protože po výkonu nastává útlum střevní činnosti. Stehy odstraňuje porodní asistentka obvykle 7. den podle rozsahu rány, druhu operačního výkonu a také klinického stavu hojení, pokud nejsou vstřebatelné. Poté bývá pacientka propuštěna do domácí péče, ale za předpokladu vyhovujícího klinického stavu. Po propuštění z nemocnice se pacientka dostaví na kontrolu ke svému obvodnímu

gynekologovi zhruba za 4 až 6 týdnů. Zde může žena znovu probrat svůj stav, obavy a stesky s ošetrovatelkou, která je zevrubně obeznámena s indikacemi k operaci, operační péčí a pooperačním výsledkem. (4, 5, 20)

Při propouštění je úkolem porodní asistentky:

- vysvětlit pacientce zásady životosprávy (dostatek tělesného a psychického klidu, nenosit těžká břemena, klást důraz na hygienu, péče o stolici, prevence infekcí, sexuální abstinence po dobu 6 týdnů, postupná rehabilitace, dostatek živin a vitamínů, ochrana před prochlazením),
- poučit pacientku o péči o operační ránu (hygienu, aplikace hojivých mastí, masáže),
- doplnit informace lékaře o následné léčbě (návštěva gynekologa, pracovní neschopnost, nárok na lázeňskou léčbu, dispenzarizace, ev. návrh na pokračující léčbu),
- spolupracovat s rodinou pacientky,
- doporučit další zdroje informací (informační brožury, internet),
- ověřit si, zda pacientka všemu rozumí,
- odpovědět na pacientčiny dotazy a poskytnout jí zpětnou vazbu (8, s 38).

1.4.2.3 Diety

Hlavním úkolem výživy je dodávat organismu všechny důležité látky ve správném poměru. Po operaci, kdy v důsledku aplikace anestetických látek dochází k narušení činnosti gastrointestinálního traktu i motility žaludku, je nutné nějaký čas dodržovat dietu. Výživu je vhodné upravit tak, aby bylo sníženo množství potravin způsobujících zažívací potíže (zácpa, nadýmání apod.), případně tyto potraviny zcela vyřadit. (6) Dietu určuje lékař podle druhu operace a pooperačního průběhu, jídelní lístek sestavuje nutriční pracovník. Porodní asistentky dle vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, vykonávají u pacientek s gynekologickým onemocněním činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4, mezi které patří edukace pacientů, případně jiných osob v ošetrovatelských

postupech. (8) V rámci svých kompetencí tedy zajišťují poučení pacientky o pooperačním režimu včetně odpovídající diety. Nezastupitelnou roli hrají rovněž v kontrole příjmu a výdeje stravy. V operační a první pooperační den dostává pacientka parentální výživu, tedy nitrožilní přívod tekutin, minerálů, živin (AMK, cukry, tuky, stopové prvky a vitamíny). Jakmile je schopna pít sama (perorálně po doušcích může pacientka začít tekutiny přijímat po obnovení polykacího reflexu zhruba 2 hodiny po operačním zákroku jako prevenci aspirace do plic), pak dostává jako prevenci zácpy a dehydratace velké množství tekutin (2,5 – 3,5 l) – vhodné jsou čaje a neperlivá minerální voda, později rovněž slabé ovocné šťávy ředěné vodou a mrkvová šťáva. Od druhého dne přechází pacientka na kašovitou stravu (dieta č. 1). K obnovení stolice dochází cca 2. – 3. den po operaci. Dalších několik dní dohlíží porodní asistentka na to, aby pacientce byla podávána dietní, nedráždivá, snadno stravitelná strava (dieta číslo 2 až 3). (4)

Na normální stravu je pacientka převedena zhruba do týdne. Po propuštění do domácího ošetřování pacientkám porodní asistentka doporučuje posilovat cévní a žilní stěny, tj. upravit stravu, omezit živočišné tuky a naopak zařadit vlákniny a minerální látky. Vhodná je tzv. bezezbytková strava (dieta číslo 5), která je složena z takových potravin, z nichž do stolice přichází co nejméně nestravitelných zbytků, které dráždí k větší peristaltice. Důležité je, aby byla nenadýmavá a chemicky nedráždivá. Nutný je dostatečný příjem kvalitních bílkovin (to znamená dvakrát denně masitý pokrm) a pro lepší stravitelnost sníženo množství tuků. Pro přípravu pokrmů je vhodné vaření, dušení, opékání, při stabilizaci onemocnění lze zařadit krátkodobé pečení (na grilu i v mikrovlnné troubě). Všechna jídla se připravují bez tuku, povolené tuky se přidávají teprve do hotových jídel. Maso se opéká nasucho a podlévá nemastným vývarem nebo vodou. K zahušťování pokrmů se nepoužívá jíška ale nasucho opražená mouka. Vejce se jako samostatný pokrm nezařazují, pouze používají k přípravě pokrmů (1 žloutek na den, bílky bez omezení). (6)

Strava je individuální – jednoznačné stanovisko při výběru jídel nelze určit. Jako vhodné lze doporučit polévky (vývary z libových mas, drůbeže, zeleniny), libové maso (hovězí, vepřové, telecí, jehněčí, klokaní, kuře, králík, krůta, zvěřina, ryby), uzeniny

(drůbeží šunka, vepřová šunka, dietní párky, dietní salámy), rostlinné tuky (olej, margarín), zelenina (vařená strouhaná mrkev, špenát), ovoce (syrové je velmi omezené, podávají se pouze strouhaná jablka, banán, ostatní ovoce raději kompotované a jen měkké druhy, ovocné šťávy, přesnídávky), bílé pečivo, mléčné výrobky s nižším obsahem tuku, koření (pažitka, kopr, odvar z kmínu, citronová a pomerančová kůra a šťáva), lehké moučníky (tvarohové moučníky, pěny, nákypy, pudinky, piškotová těsta, rolády) a z příloh bramborovou kaši, lisované brambory, těstoviny, rýži, noky, jemné knedlíky (s práškem do pečiva, ne kynuté), bramborové knedlíky. Naopak varovat by měla porodní asistentka pacientku před tučnými masy, husou, kachnou, uzeninami (s výjimkou výše uvedených), tučnými mléčnými výrobky, šlehačkou, živočišnými tuky, tučnými krémy, tučnými těsty, smaženými pokrmy, celozrnnými výrobky, luštěninami, čerstvé kynutým pečivem, syrovou zeleninou a ovocem, pikantními pokrmy, ostrým kořením (pálivá paprika, pepř, maggi), solenými pochoutkami (chipsy, arašídý), čokoládou, alkoholem, černou kávou s kofeinem a sycenými nápoji. (6) Příklad vhodného pooperačního jídelníčku je uveden v příloze č. 10.

1.4.2.4 Rehabilitace

Rehabilitace obvykle započne hned první den po operaci, kdy operovaná nabývá vědomí. Začíná se dechovými cvičeními. Je to soubor cviků, při kterých jsou dechové pohyby řízeny vědomě. Tato cvičení jsou buď statická, kdy pacientka nezapojuje končetiny, nebo dynamická, kdy jsou zapojeny i končetiny. Cílem dechových cviků je zlepšit u pacientky plicní ventilaci a usnadnit vykašlávání, tedy prevence dechových komplikací a zlepšení fyzické kondice. (21)

Po dechovém cvičení se začíná s polohováním, což znamená střídání poloh těla nebo jeho částí v určitých intervalech ve správném postavení páteře a velkých kloubů. Ošetřovatelským cílem při polohování bývá zabránit vzniku dekubitů a kloubních deformit. Existují různé druhy pomůcek, které se dají při polohování použít, například polštáře různých tvarů, materiálů a velikostí, válečky, kola, bedničky a sáčky s pískem. Dále se pokračuje pohybovým cvičením na lůžku. Pacientky po gynekologických operacích se vertikalizují přes bok s vynecháním sedu. Tato cvičení určuje rehabilitační

pracovnice, ale často je provádějí edukované porodní asistentky. S každým dalším dnem se postupně přidávají náročnější cviky. Rehabilitační cviky jsou důležitou součástí ošetrovatelské péče a přispívají k rychlejší rekonvalescenci. Po propuštění z nemocnice by ženy proto měly cvičit i doma, a to především cviky na posílení břišních svalů po abdominálních operacích. Speciální cviky se doporučují po operacích pro inkontinenci moče. Cviky dle Kegela bývají prováděny již před operací a toto cvičení může opět vést edukovaná porodní asistentka. (5, 21)

1.5 Žena a její psychika

Každá nemoc představuje určitou změnu běžné životní situace. Pro některé ženy představuje zátěž už v tom, že běžný rytmus každodenního života se musí nahradit novým, méně obvyklým. Aktivní žena těžce snáší připoutání na lůžko v nemocnici a ne snadno se vzdává svých každodenních aktivit, na které byla dosud zvyklá. K operaci samozřejmě patří i strach ženy a následně také bolest. (11)

„Mezi úrovní strachu a bolesti je přímá závislost. Strach zvyšuje práh bolesti. Čím více se nemocná bojí, tím hůře snáší bolest. Vnímání bolesti ovlivňuje i nedostatek spánku, nepochopení, sklíčená nálada, nechutenství a apatii“ (11, s 242). Díky edukaci, správným informacím může porodní asistentka strach pacientky snížit, nebo zcela odstranit.

Ženy si po odstranění vaječníků často stěžují na návaly horka, noční pocení a další příznaky menopauzy, jakými jsou změny tělesné hmotnosti, osteoporóza, poruchy nálady, nespavost, bolesti hlavy atd. Ženy po hysterektomii trpí do tří let po operaci s čtyřnásobnou pravděpodobností depresemi ve srovnání s ostatními ženami. Depresivní ženy, které podstoupily hysterektomii, trpí touto duševní poruchou dvakrát déle (v průměru dva roky) než ženy bez hysterektomie. Také se stává, že ženy po hysterektomii navštíví poprvé psychiatra s pětkrát větší pravděpodobností než ženy bez operace. Nespokojenosti s následky zákroku proto časem přibývá. (30)

Hysterektomie může ženě způsobit psychické problémy, deprese a pocity ztráty ženství. Je potřeba, aby žena před operací i po ní podstoupila konzultace, které tyto problémy minimalizují. Pokud má žena před operací „nepříjemné,, potíže a je o nutnosti

hysterektomie přesvědčená, tak k psychickým problémům dochází zcela výjimečně, protože je ráda, že se zbavila bolestí, dlouhého menstruačního krvácení (menoragie) a dalších potíží. Nespokojenost se vztahuje k myšlenkám, zda operace byla provedena ze závažných důvodů a jestli ona sama využila dalších dostupných možností. Nejhuře se s hysterektomií vyrovnávají ženy v plodném věku nebo ty, kterým byly odstraněny vaječníky ještě před menopauzou. Ženy ale vše zvládají lépe, když vědí, že jim operace zachránila život nebo jim přinesla výrazné zlepšení. Zde je významné místo pro práci porodní asistentky, která svým taktním přístupem a vysvětlováním dokáže ženám po hysterektomii pomoci a uklidnit je. (3)

1.6 Pohyb a námaha po hysterektomii

Po propuštění z nemocnice by ženy měly udržovat svou činnost na mírném stupni, ale jakmile pocítí jakoukoliv bolest, měly by raději odpočívat. Obecně platí, že lehké práce, jako jsou nákupy nebo domácí činnost, může žena provádět od pátého týdne. Do konce šestého týdne by se měla již cítit normálně, ale může ji obtěžovat přetrvávající únava. V žádném případě se nedoporučuje zvedání těžkých břemen po dobu dvou až tří měsíců. (3)

Po hysterektomii vaginální by ženy měly dodržovat zvýšenou hygienu, tzn. častěji se sprchovat, nechodit do veřejných bazénů a koupališť, ani si nesadat do vany. Důvodem je prevence vzniku zánětu. Doporučené aktivity probere porodní asistentka s pacientkou ještě před odchodem z nemocnice. (3)

1.7 Pohlavní život po hysterektomii

Často ženy netuší, jak to bude dál s jejich pohlavním životem. Měly by být poučeny u lékaře, že s jeho souhlasem mohou s pohlavním stykem začít opět za 6 týdnů po operaci, kdy vrchol pochvy bude již zahojen. Dobré je nespěchat a používat lubrikanty. Ochrana před početím už není nutná. (3, 33)

Při hysterektomii zůstává zachována normálně dlouhá pochva, takže obtíže s pohlavním stykem mohou mít ženy, které intenzivně pociťují kontrakce dělohy při orgasmu. Tomu je ale možné částečně pomoci delší předehtou nebo intenzivnější

dotekovou stimulací. Co se týká rozdílnosti pocitů žen po hysterektomii s odstraněním adnex a u žen po hysterektomii s ponecháním adnex, nebyl zjištěn rozdíl v jejich sexuálním apetitu. Přesto ženy po hysterektomii s odstraněním adnex udávají významný pokles počtu vaginálních orgasmů. Žena se často stydí svěřit se svému lékaři a raději by své problémy probrala s porodní asistentkou. Ta musí být připravena ji vyslechnout a taktně jí vše vysvětlit i poradit. (3, 18, 33)

2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY

2.1 Cíle výzkumu

Cíl 1: Zjistit pooperační průběh u žen po hysterektomii abdominální, vaginální a po laparoskopicky asistované hysterektomii vaginální.

Cíl 2: Zjistit, jaké nejčastější komplikace provázejí pooperační stav.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Nejdelší pooperační průběh je u žen, které podstoupily hysterektomii abdominální.

Hypotéza 2: Nejčastější komplikace po hysterektomii jsou subfebrilie.

3. METODIKA

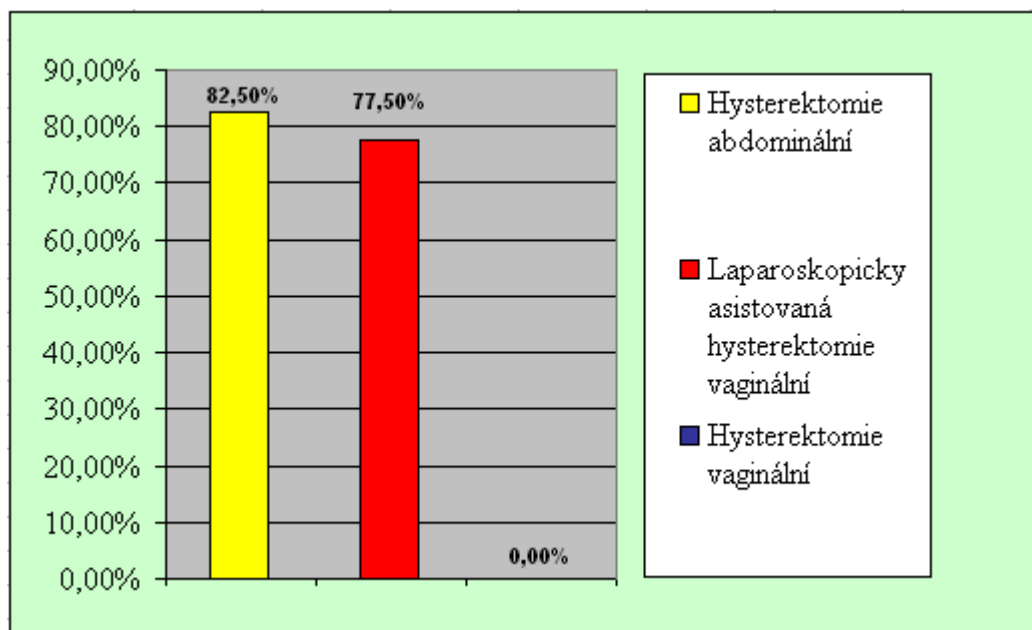
Ke sběru dat bylo použito kvantitativního šetření ve formě analýzy dokumentů.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem byly chorobopisy. Jednalo se o 40 chorobopisů od každého druhu operace vykonané od ledna do července 2010 v Nemocnici České Budějovice.

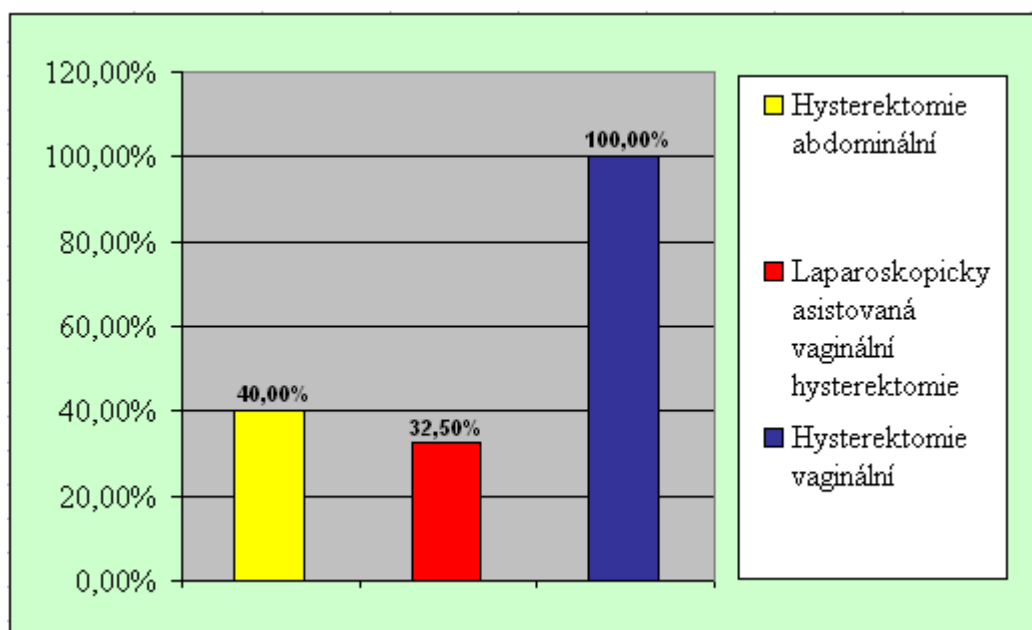
4. VÝSLEDKY

Graf 1 Častost odnětí adnex při hysterektomii



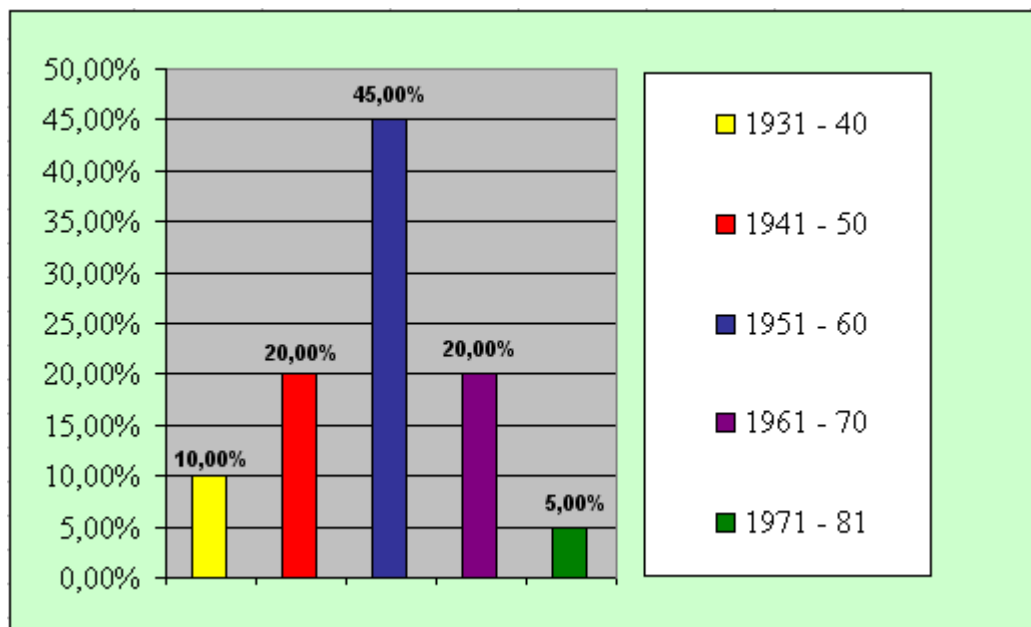
Z celkového počtu 120 dokumentací jsou odňata adnexa z 82,50 % (33) u hysterektomie abdominální, ze 77,50 % (31) u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii, z 0,00 % (0) u hysterektomie vaginální.

Graf 2 Častost hysterektomie po menopauze



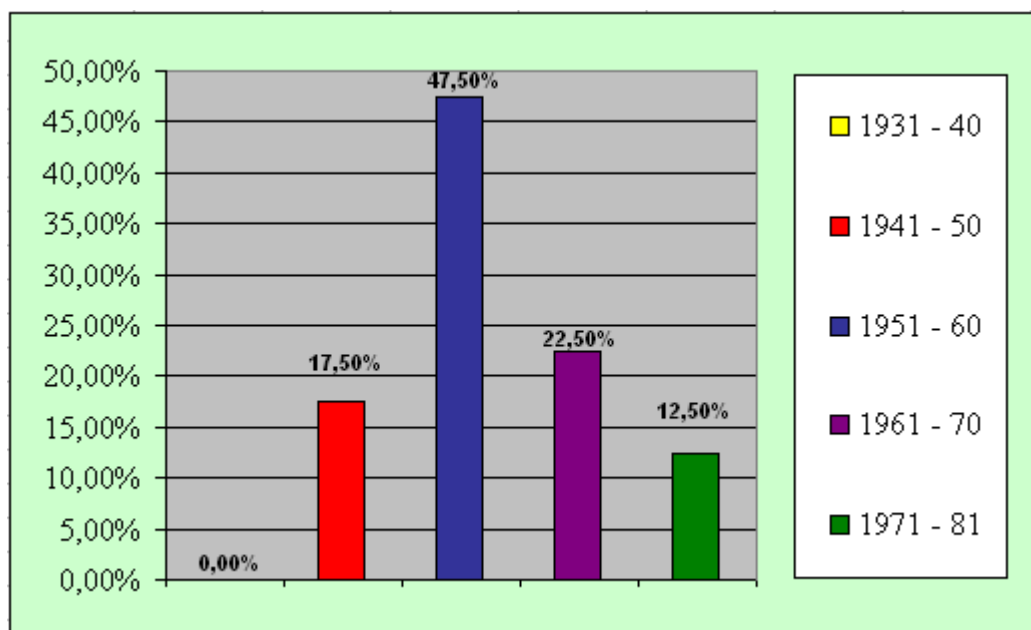
Z celkového počtu 120 dokumentací se operace vykonala u pacientek po menopauze ze 40,00 % (16) u hysterektomie abdominální, ze 32,50 % (13) u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie, ze 100,00 % (40) u hysterektomie vaginální.

Graf 3 Ročníky operovaných žen u hysterektomie abdominální



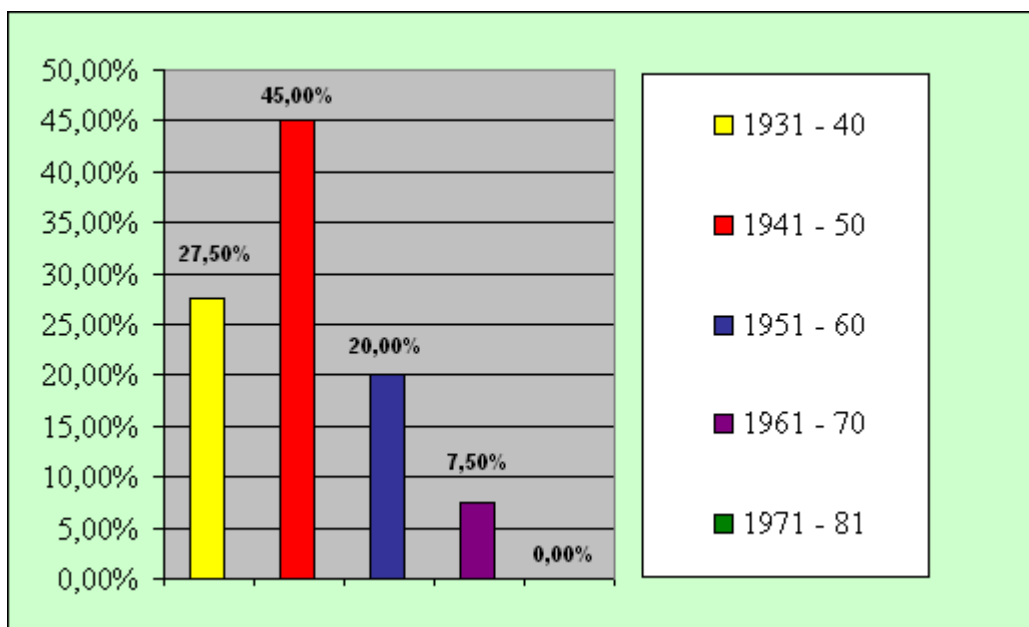
Z počtu 40 dokumentací u hysterektomie abdominální bylo 10,00 % (4) pacientek narozených v letech 1931 – 1940, 20,00 % (8) pacientek narozených v letech 1941 – 1950, 45,00 % (18) pacientek narozených v letech 1951 – 1960, 20,00 % (8) pacientek narozených v letech 1961 – 1970, 5,00 % (2) pacientek narozených v letech 1971 – 1980.

Graf 4 Ročníky operovaných žen u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie



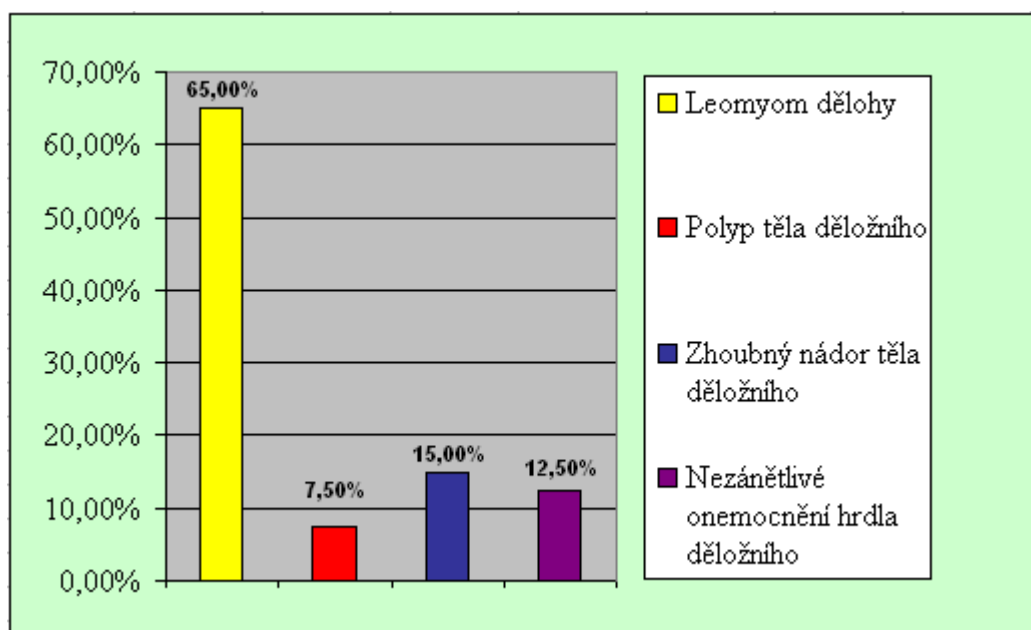
Z počtu 40 dokumentací u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie bylo 0,00 % (0) patientek narozených v letech 1931 – 1940, 17,50 % (7) patientek narozených v letech 1941 – 1950, 47,50 % (19) patientek narozených v letech 1951 – 1960, 22,50 % (9) patientek narozených v letech 1961 – 1970, 12,50 % (5) patientek narozených v letech 1971 – 1980.

Graf 5 Ročníky operovaných žen u hysterektomie vaginální



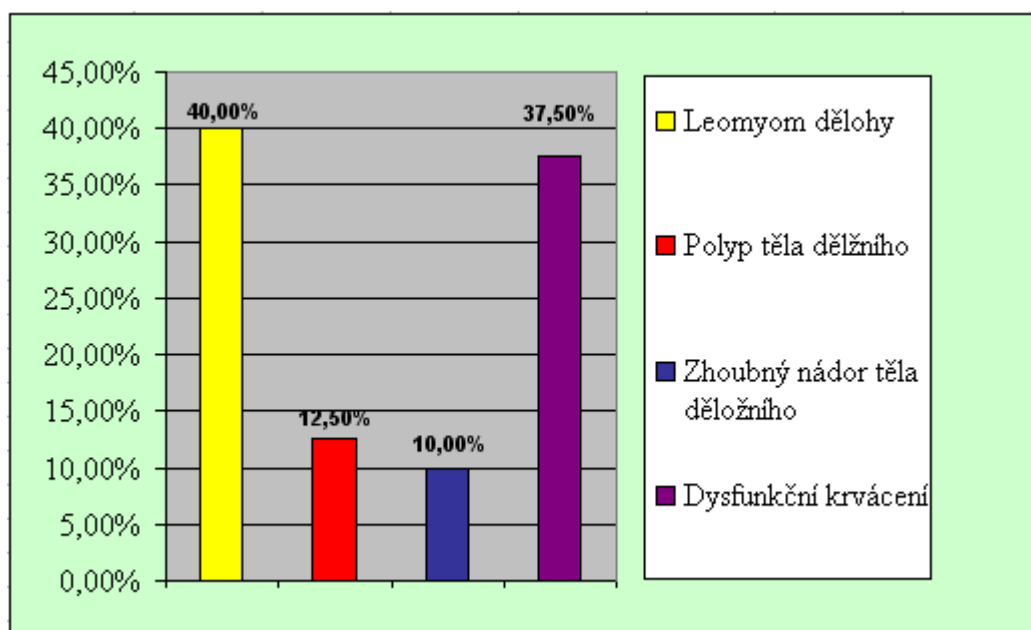
Z počtu 40 dokumentací u hysterektomie vaginální bylo 27,50 % (11) pacientek narozených v letech 1931 – 1940, 45,00 % (18) pacientek narozených v letech 1941 – 1950, 20,00 % (8) pacientek narozených v letech 1951 – 1960, 7,50 % (3) pacientek narozených v letech 1961 – 1970, 0,00 % (0) pacientek narozených v letech 1971 – 1980.

Graf 6 Indikace k operaci u hysterektomie abdominální



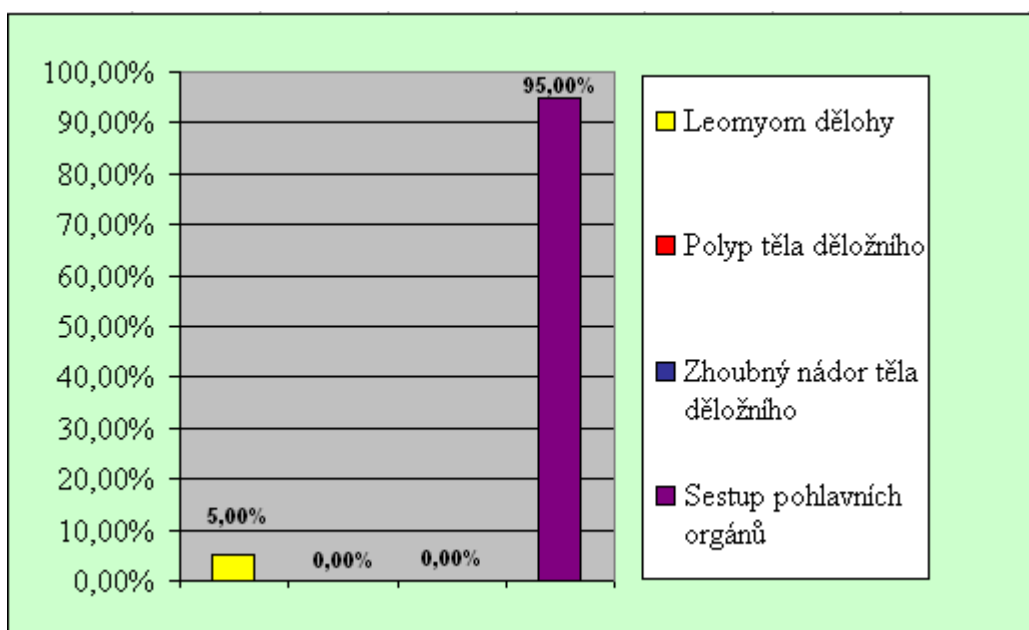
Ze 40 dokumentací u hysterektomie abdominální byly důvody k operaci z 65,00 % (26) leomyom dělohy, ze 7,50 % (3) polyp těla děložního, z 15,00 % (6) zhoubný nádor těla děložního, z 12,50 % (5) nezánětlivé onemocnění hrdla děložního.

Graf 7 Indikace k operaci u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie



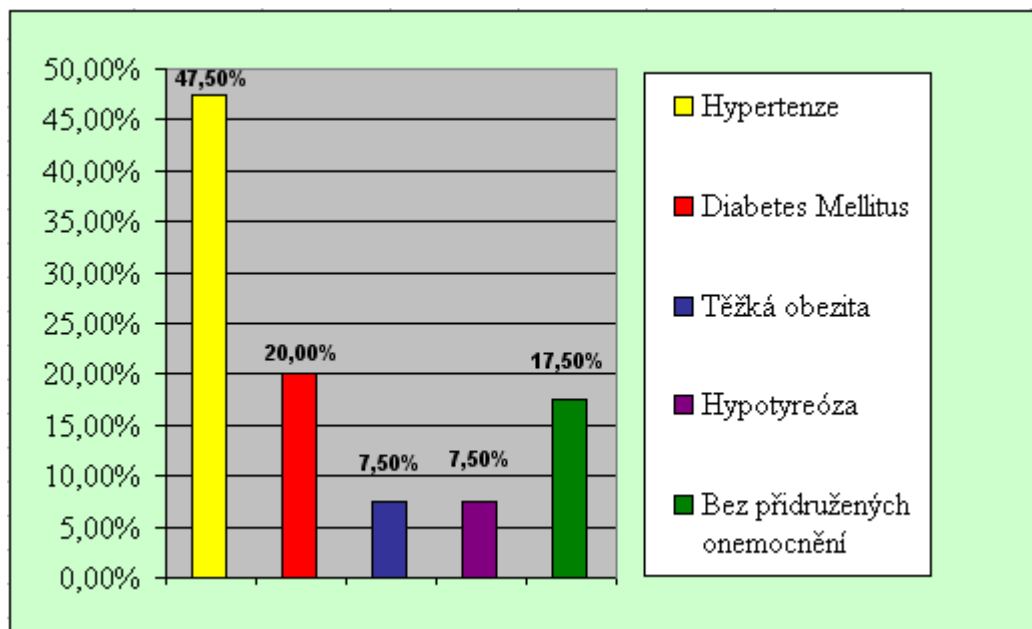
Ze 40 dokumentací u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie byly důvody k operaci ze 40,00 (16) % leomyon dělohy, z 12,50 % (5) polyp těla děložního, z 10,00 % (4) zhoubný nádor těla děložního, z 37,50 % (15) dysfunkční krvácení.

Graf 8 Indikace k operaci u hysterektomie vaginální



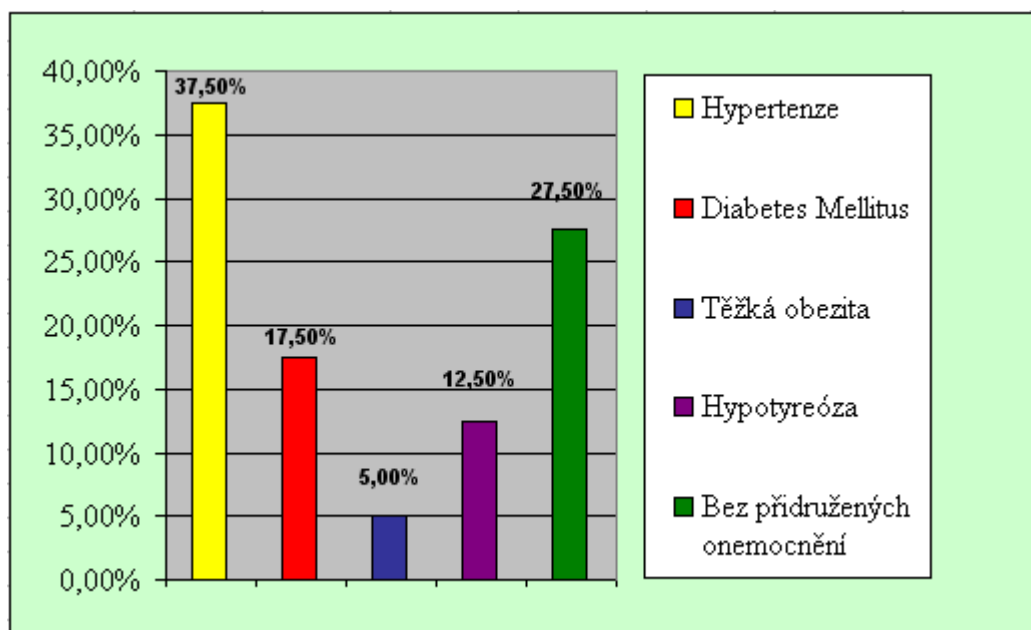
Z počtu 40 dokumentací u hysterektomie vaginální byly důvody k operaci z 5,00 % (2) leomyom dělohy, z 0,00 % polyp těla děložního, z 0,00 % zhoubný nádor těla děložního, z 95,00 % (38) sestup pohlavních orgánů.

Graf 9 Přidružená onemocnění u hysterektomie abdominální



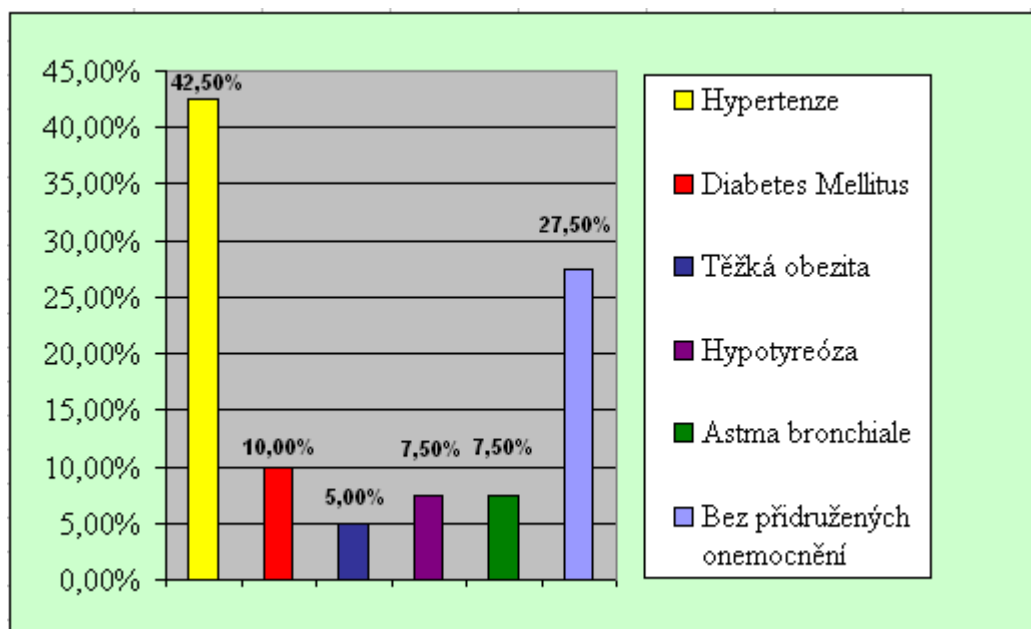
Z počtu 40 dokumentací u hysterektomie abdominální byla přidružená onemocnění u pacientek ze 47,50 % (19) hypertenze, z 20,00 % (8) diabetes mellitus, ze 7,50 % (3) těžká obezita, ze 7,50 % (3) hypothyreóza, z 17,50 % (7) bez přidružených onemocnění.

Graf 10 Přidružená onemocnění u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie



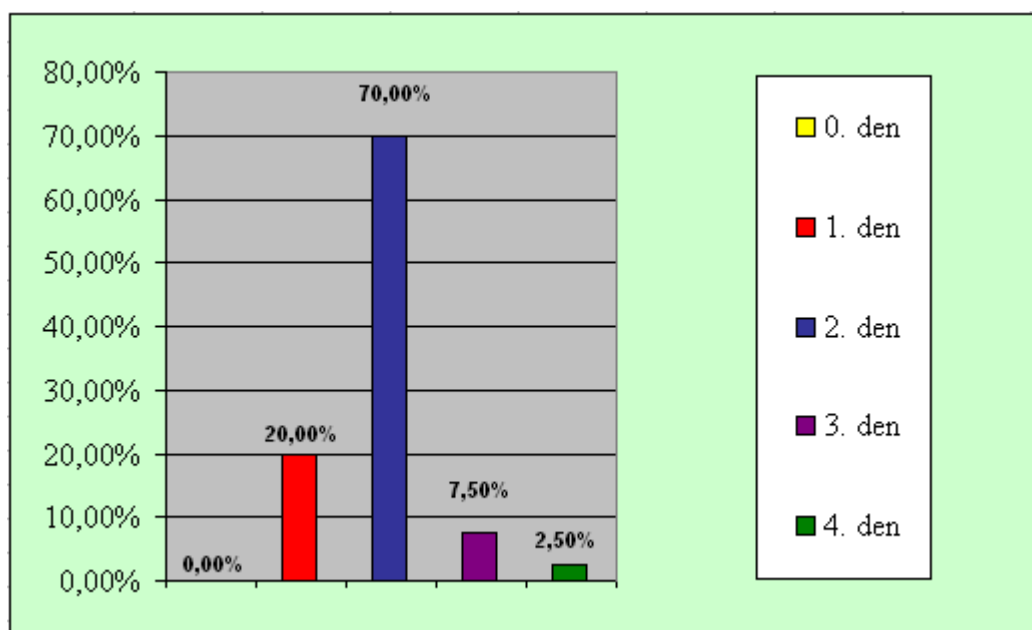
Ze 40 dokumentací u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie byla přidružená onemocnění z 37,50 % (15) hypertenze, z 17,50 % (7) diabetes mellitus, z 5,00 % (2) těžká obezita, z 12,50 % (5) hypotyreóza, z 27,50 % (11) bez přidružených onemocnění.

Graf 11 Přidružená onemocnění u hysterektomie vaginální



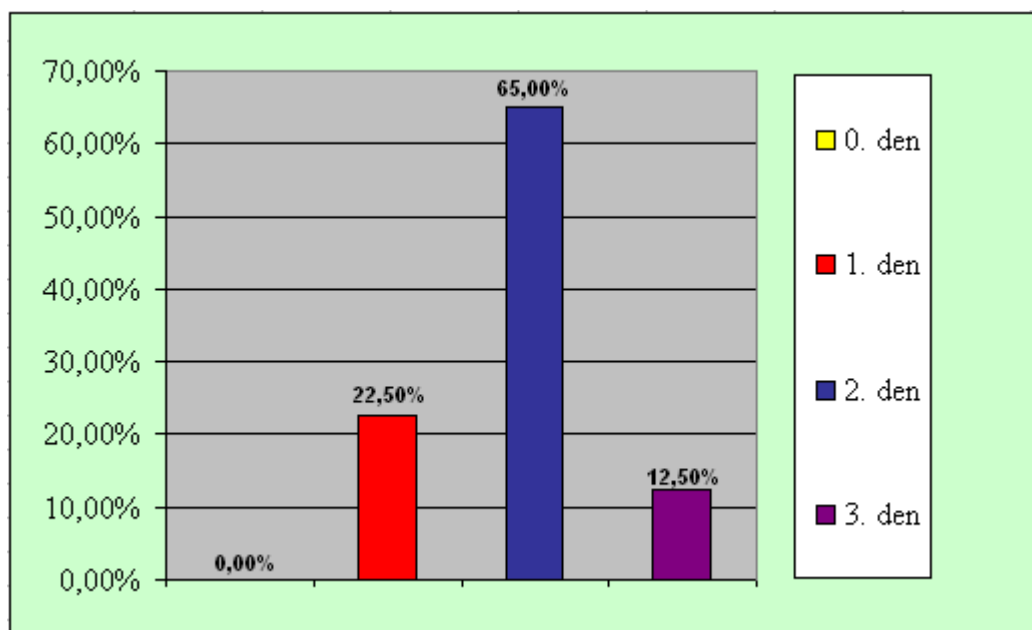
Z počtu 40 dokumentací u hysterektomie vaginální byla přidružená onemocnění ze 42,50 % (17) hypertenze, z 10,00 % (4) diabetes mellitus, z 5,00 % (2) těžká obezita, ze 7,50 % hypotyreóza, ze 7,50 % (3) astma bronchiale, z 27,50 % (11) bez přidružených onemocnění.

Graf 12 Odstranění Folleyova katétru u hysterektomie abdominální



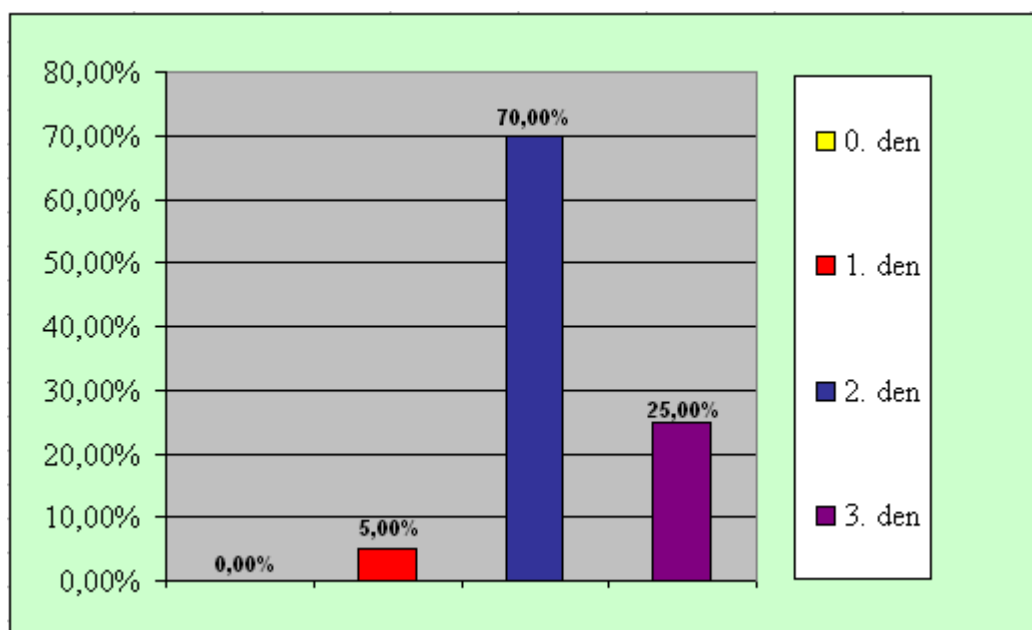
Ze 40 dokumentací u hysterektomie abdominální byl odstraněn Folleyův katétr z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 20,00 % (8) 1. den, ze 70,00 % (28) 2. den, ze 7,50 % (3) 3. den, z 2,50 % (1) 4. den.

Graf 13 Odstranění Folleyova katétru u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomií



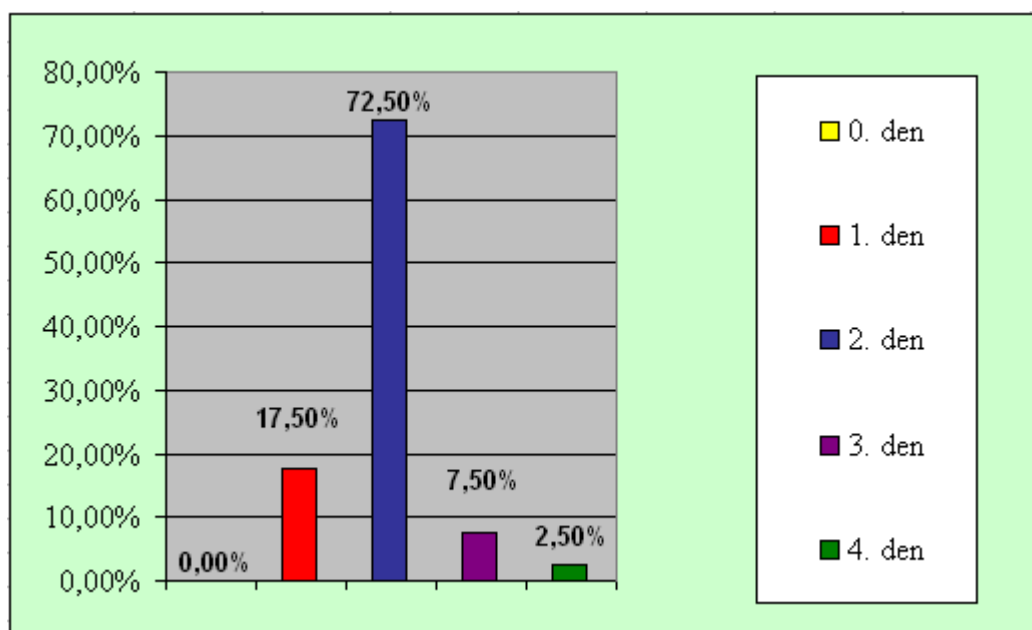
Z počtu 40 dokumentací u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie byl odstraněn Folleyův katétr z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 22,50 % (9) 1. den, z 65,00 % (26) 2. den, z 12,50 % (5) 3. den.

Graf 14 Odstranění Folleyova katétru u hysterektomie vaginální



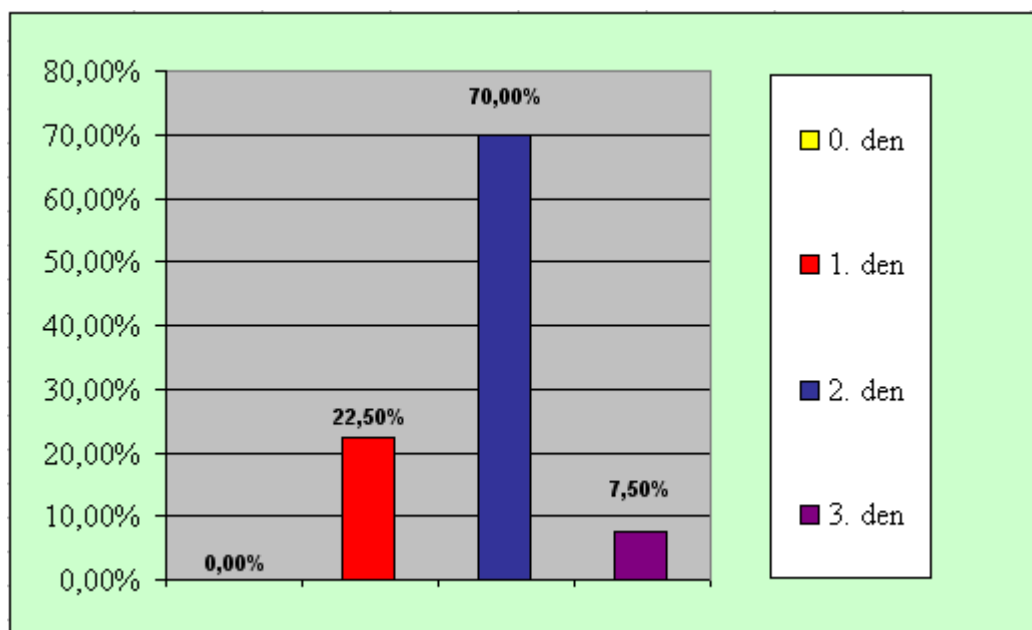
Ze 40 dokumentací u hysterektomie vaginální byl odstraněn Folleyův katétr z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 5,00 % (2) 1. den, ze 70,00 % (28) 2. den, z 25,00 % (10) 3. den.

Graf 15 Nástup spontánního močení u hysterektomie abdominální



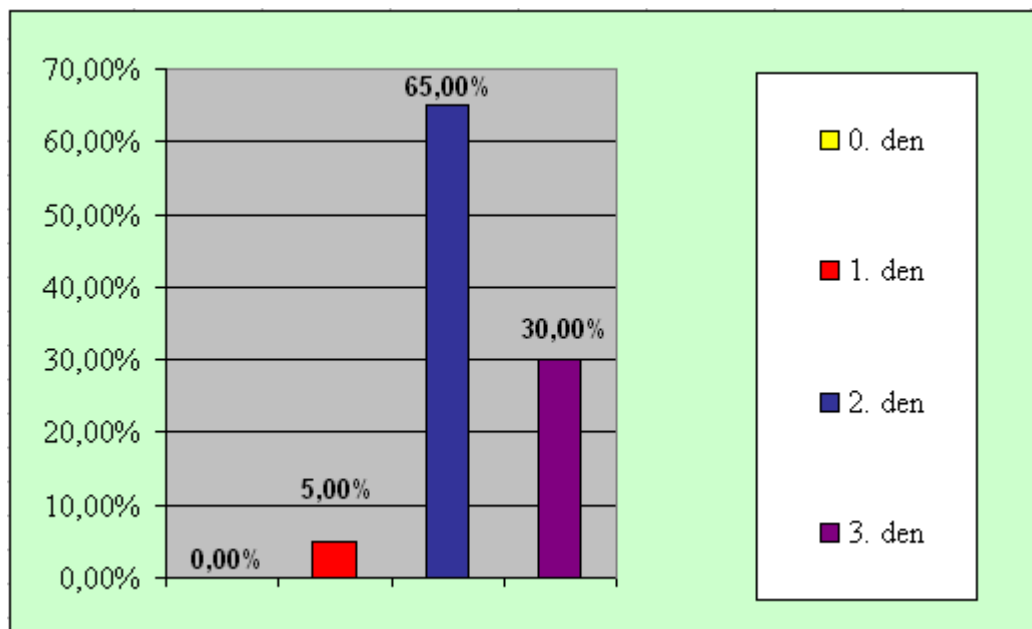
Ze 40 dokumentací u hysterektomie abdominální byl nástup spontánního močení z 0,00 % (0) 0. den po operaci, ze 17,50 % (7) 1. den, z 72,50 % (29) 2. den, ze 7,50 % (3) 3. den, z 2,50 % (1) 4. den.

Graf 16 Nástup spontánního močení u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie



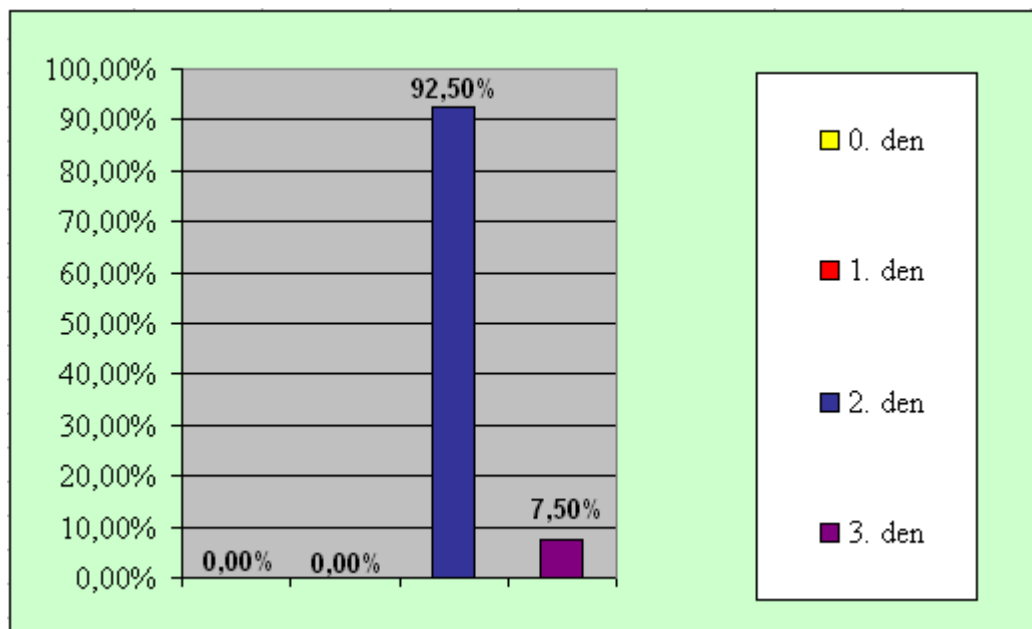
Ze 40 dokumentací u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie byl nástup spontánního močení 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 22,50 % (9) 1. den, z 70,00 % (28) 2. den, ze 7,50 % (3) 3. den.

Graf 17 Nástup spontánního močení u hysterektomie vaginální



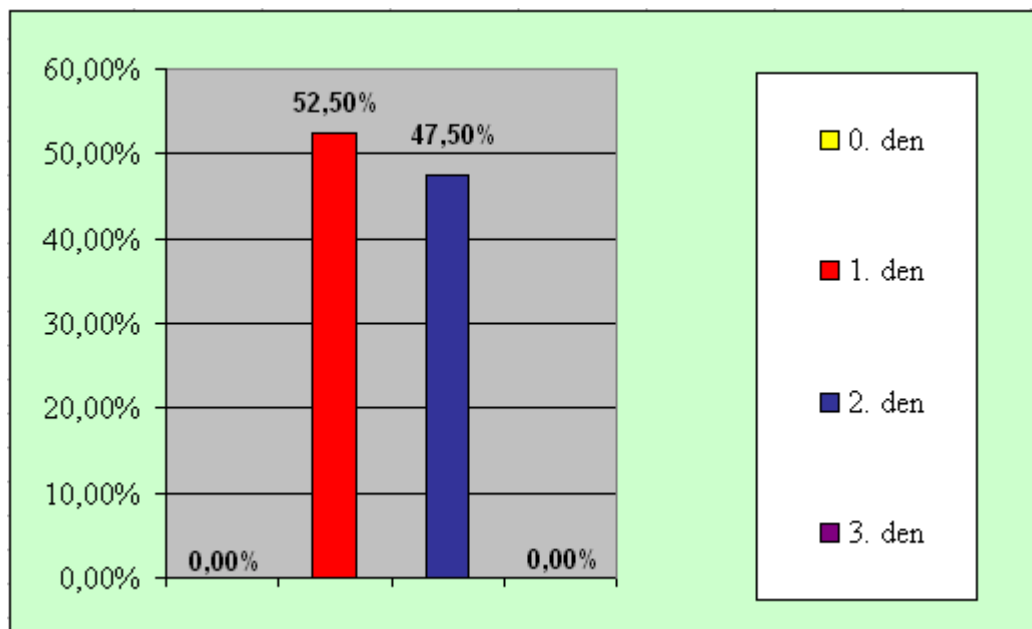
Z počtu 40 dokumentací u hysterektomie vaginální byl nástup spontánního močení z 0,00 % 0. den po operaci, z 5,00 % (2) 1. den, z 65,00 % (26) 2. den, z 30,00 % (12) 3. den.

Graf 18 Odstranění drénu u hysterektomie abdominální



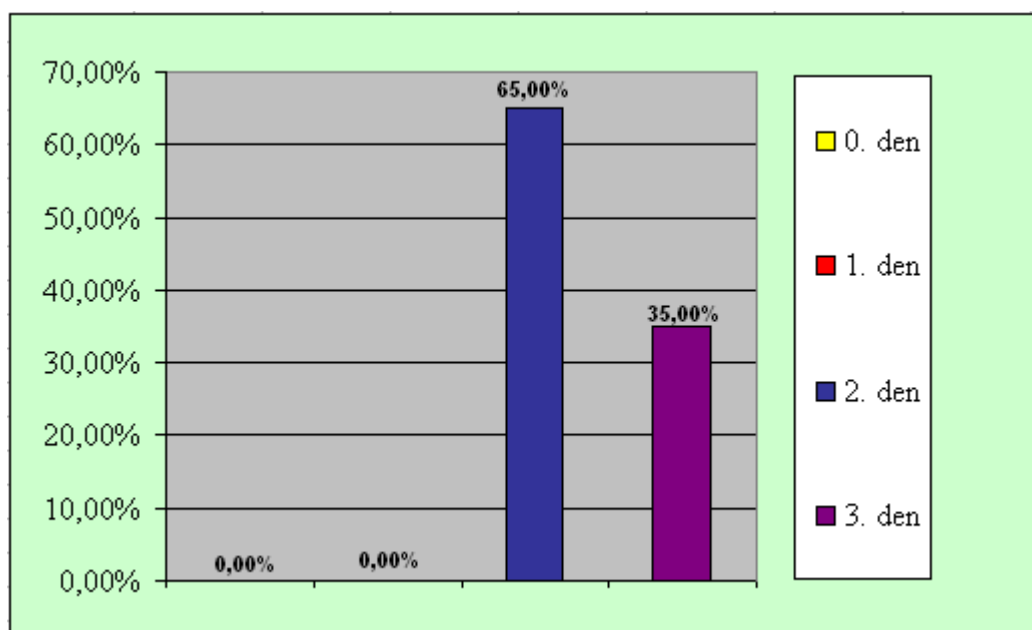
Ze 40 dokumentací u hysterektomie abdominální byl odstraněn drén z 0,00 % 0. den po operaci, z 0,00 % 1. den, z 92,50 % (37) 2. den, 7,50 % (3) 3. den.

Graf 19 Odstranění drénu u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie



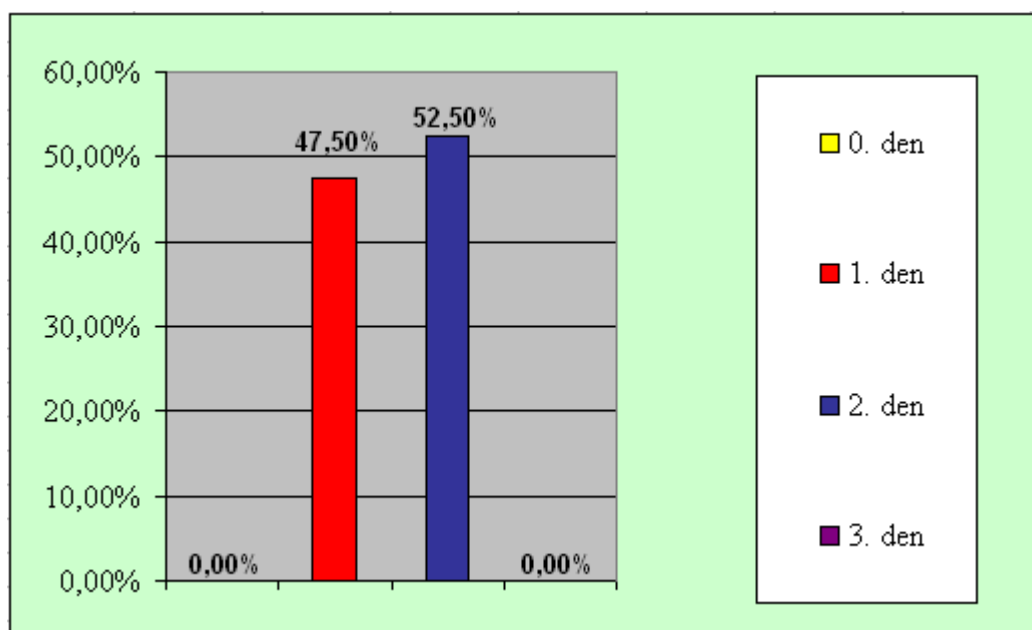
Ze 40 dokumentací u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie byl odstraněn drén z 0,00 % 0. den po operaci, z 52,50 % (21) 1. den, ze 47,50 % (19) 2. den, z 0,00 % 3.

Graf 20 Vysazení analgetik u hysterektomie abdominální



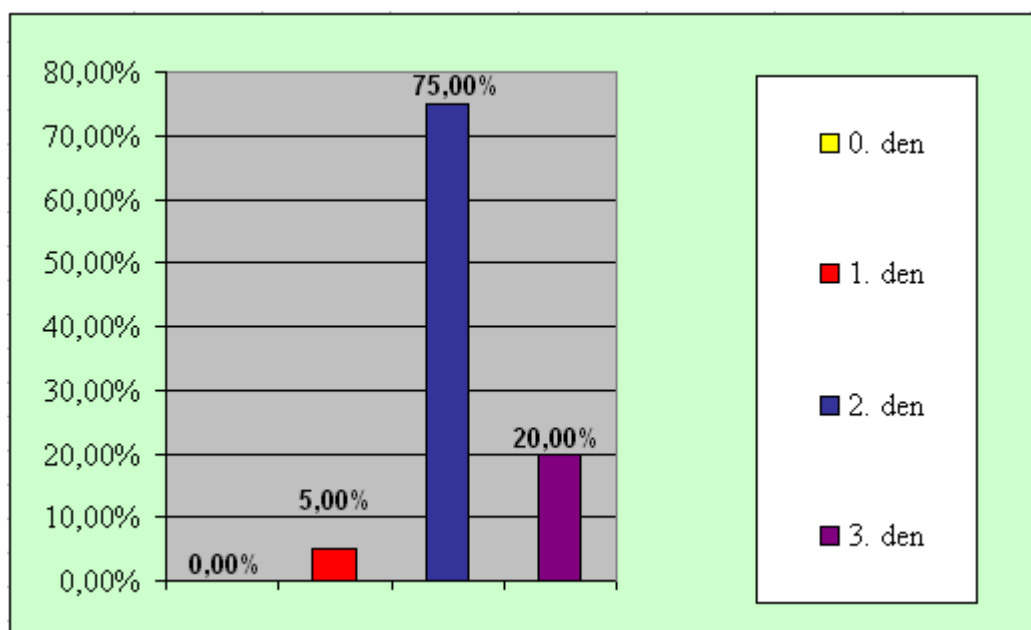
Ze 40 dokumentací u hysterektomie abdominální byla vysazena analgetika z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 0,00 % (0) 1. den, z 65,00 % (26) 2. den, z 35,00 % (14) 3. den.

Graf 21 Vysazení analgetik u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie



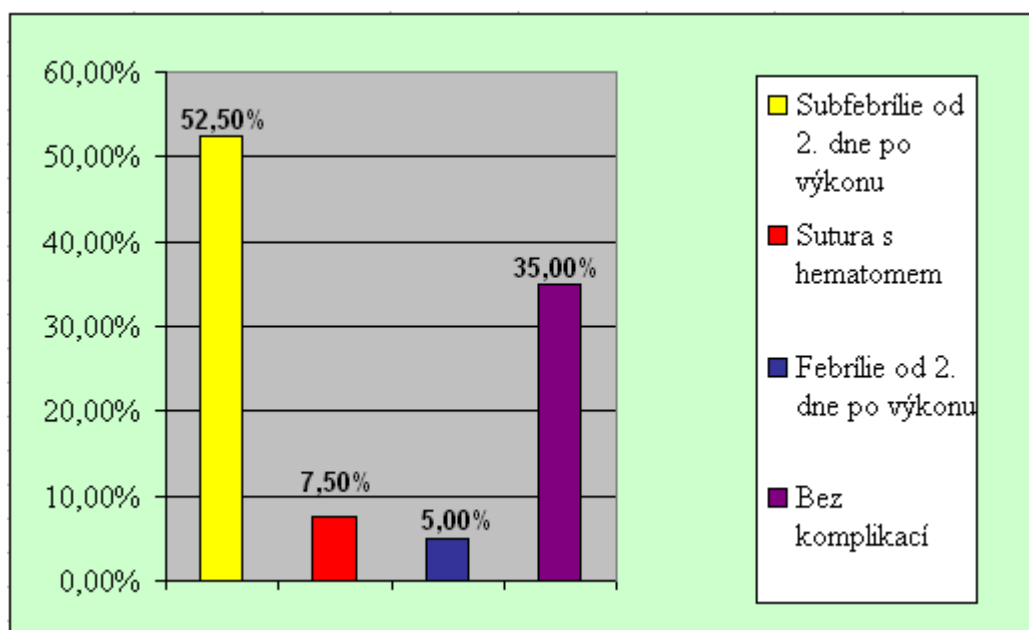
Ze 40 dokumentací u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie byla vysazena analgetika z 0,00 % 0. den po operaci, ze 47,50 % (19) 1. den, z 52,50 % (21) 2. den, z 0,00 % 3. den.

Graf 22 Vysazení analgetik u hysterektomie vaginální



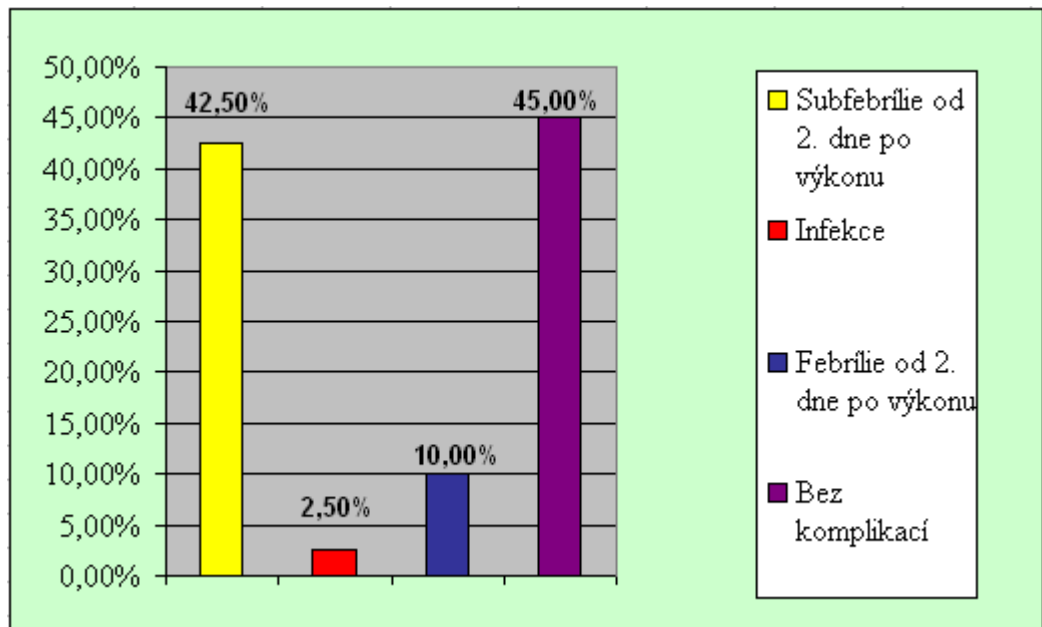
Z počtu 40 dokumentací u hysterektomie vaginální byla vysazena analgetika z 0,00 % (0) 0. den po operaci, z 5,00 % (2) 1. den, ze 75,00 % (30) 2. den, z 20,00 % (8) 3. den.

Graf 23 Pooperační komplikace u hysterektomie abdominální



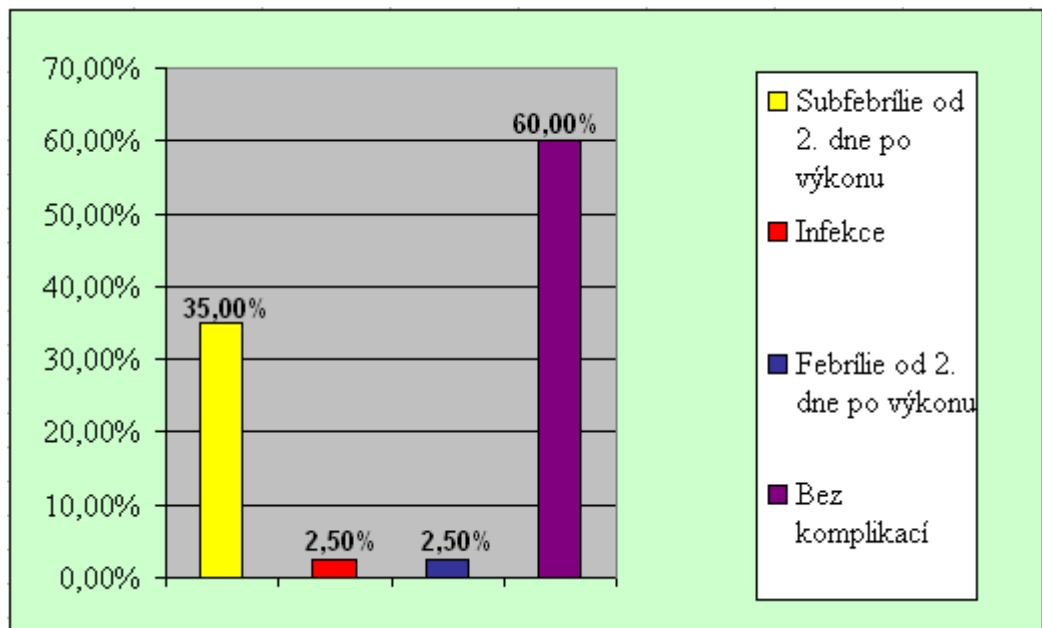
Ze 40 dokumentací u hysterektomie abdominální nastaly pooperační komplikace z 52,50 % (21) subfebrilie od 2. dne po výkonu, ze 7,50 % (3) sutura s hematomem, z 5,00 % (2) febrilie od 2. dne po výkonu, z 35,00 % (14) bez pooperačních komplikací.

Graf 24 Pooperační komplikace u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie



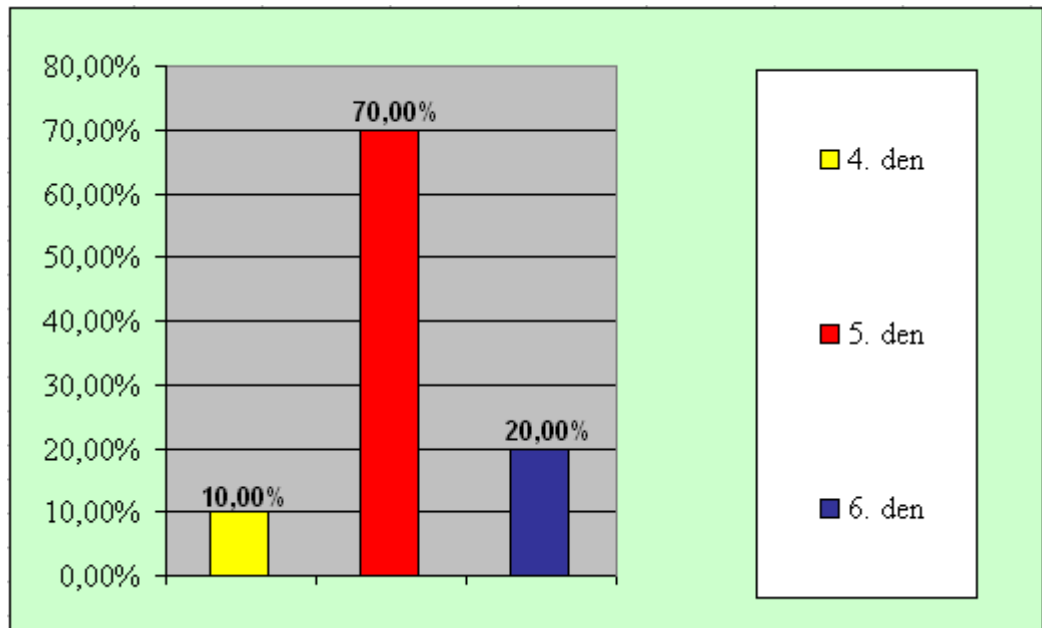
Ze 40 dokumentací u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie nastaly pooperační komplikace ze 42,50 % (17) subfebrílie od 2. dne po výkonu, z 2,50 % (1) infekce, z 10,00 % (4) febrílie od 2. dne po výkonu, ze 45,00 % (18) bez komplikací.

Graf 25 Pooperační komplikace u hysterektomie vaginální



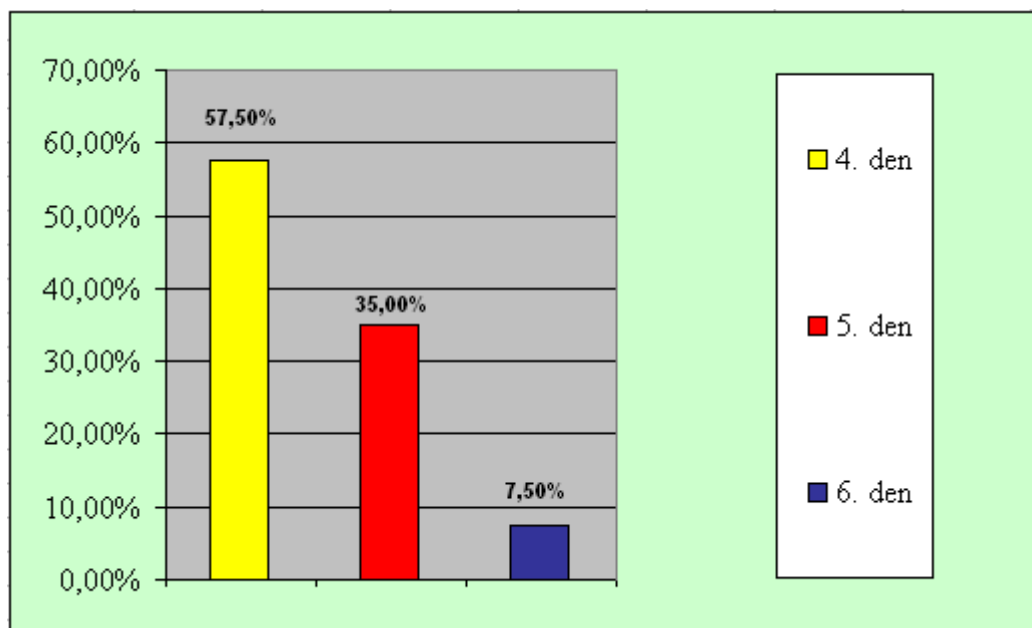
Ze 40 dokumentací u hysterektomie vaginální nastaly pooperační komplikace z 35,00 % (14) subfebrilie od 2. dne po výkonu, z 2,50 % (1) infekce, z 2,50 % (1) febrilie od 2. dne po výkonu, z 60,00 % (24) bez komplikací.

Graf 26 Vysazení Fraxiparinu u hysterektomie abdominální



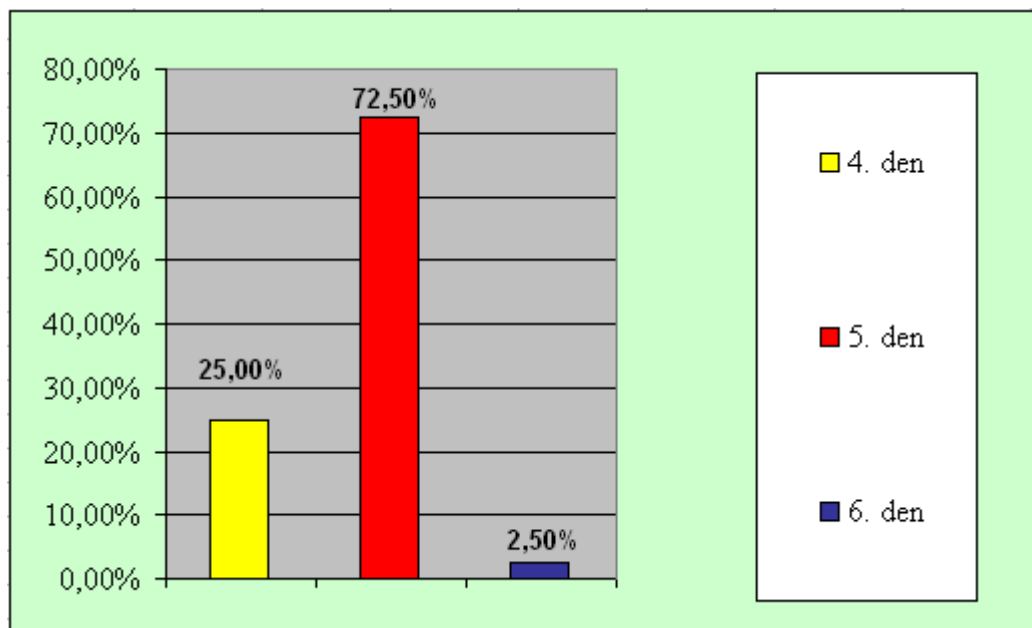
Ze 40 dokumentací u hysterektomie abdominální se vysadil Fraxiparine u pacientek z 10,00 % (4) 4. den po výkonu, ze 70,00 % (28) 5. den, z 20,00 % (8) 6. den.

Graf 27 Vysazení Fraxiparinu u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie



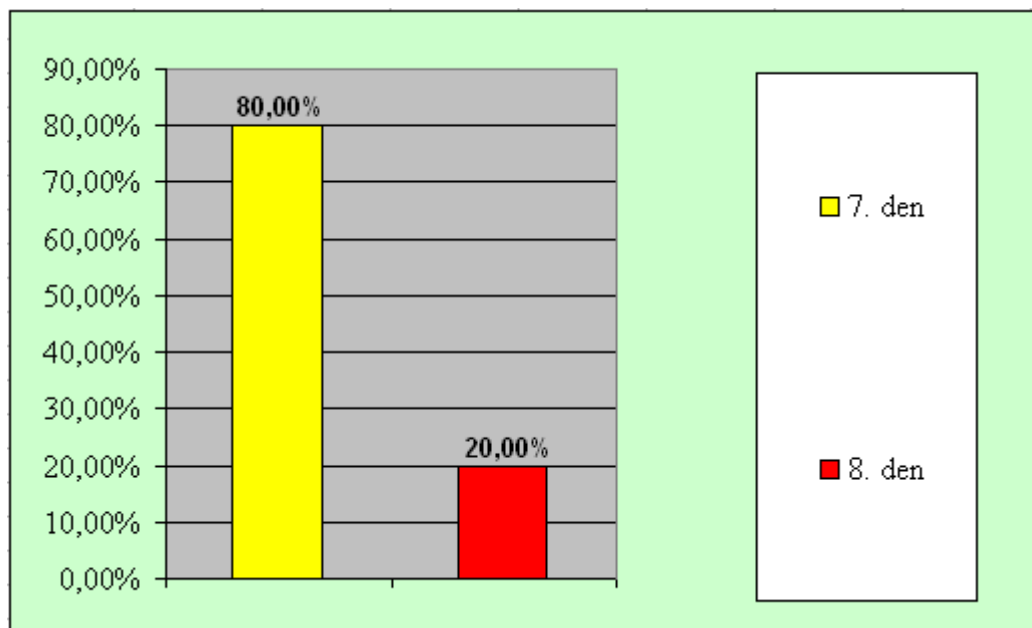
Z počtu 40 dokumentací u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie byl pacientkám vysazen Fraxiparin z 57,50 % (23) 4. den po výkonu, z 35,00 % (14) 5. den po výkonu, ze 7,50 % (3) 6. den.

Graf 28 Vysazení Fraxiparinu u hysterektomie vaginální



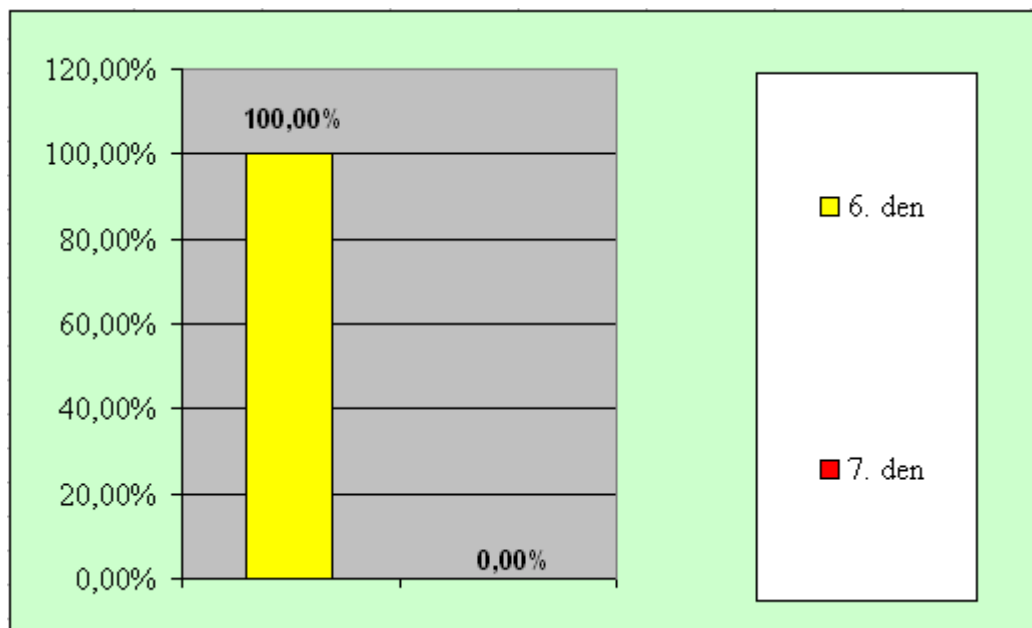
Ze 40 dokumentací u hysterektomie vaginální byl pacientkám vysazen Fraxiparin z 25,00 % (10) 4. den po operaci, ze 72,50 % (29) 5. den, z 2,50 % (1) 6. den po výkonu.

Graf 29 Vyndání stehů u hysterektomie abdominální



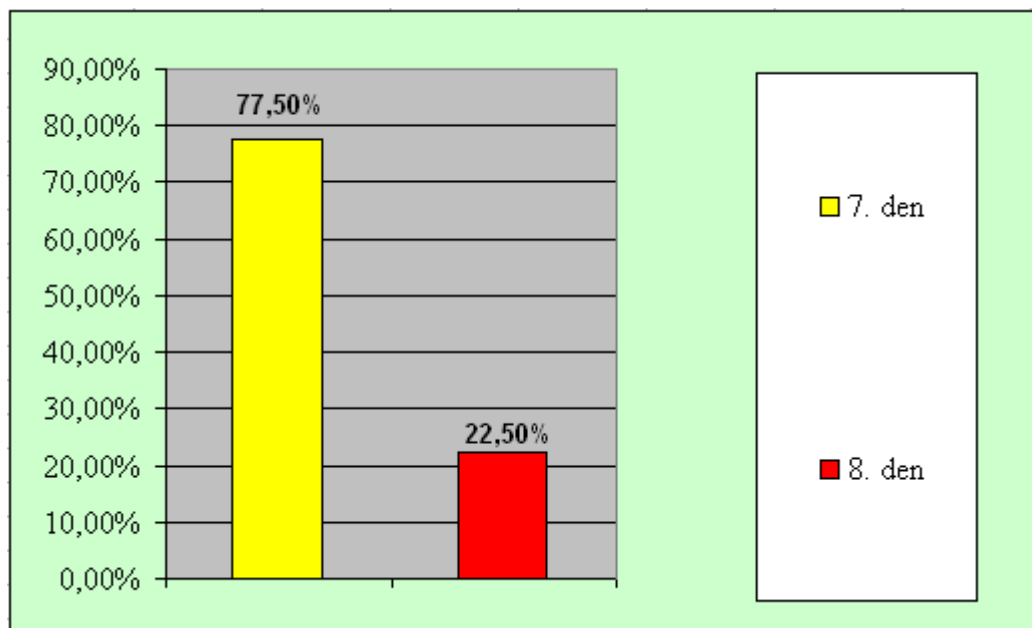
Ze 40 dokumentací u hysterektomie abdominální byly stehy vyndány z 80,00 % (32) 7. den o operaci, z 20,00 % (8) 8. den.

Graf 30 Vyndání stehů u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie



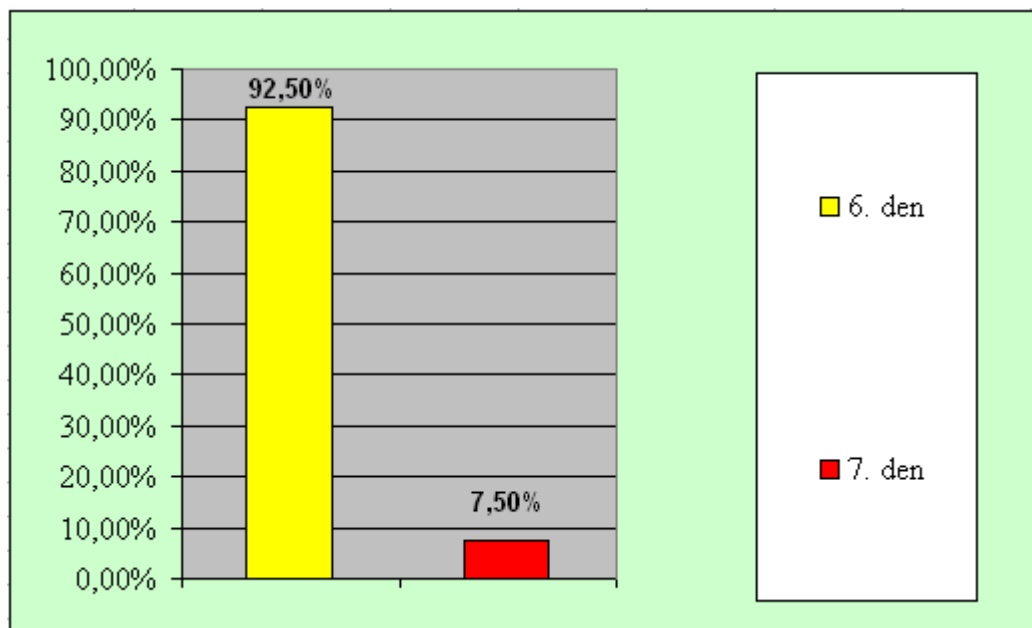
Ze 40 dokumentací u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii byly stehy vyndány 100,00 % (40) 6. den po výkonu.

Graf 31 Dimise pacientek u hysterektomie abdominální



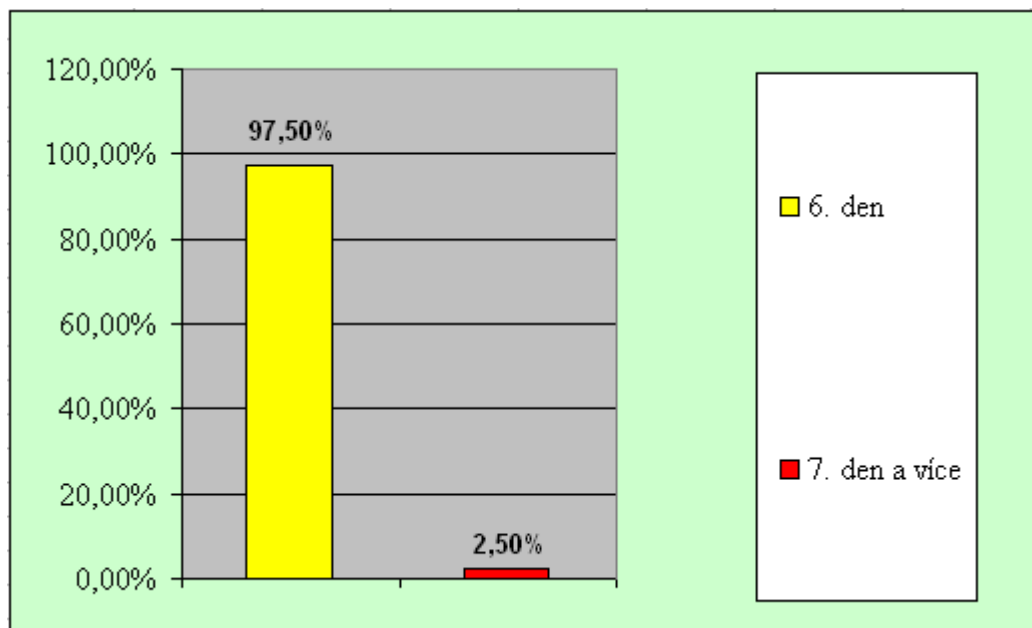
Z počtu 40 dokumentací u hysterektomie abdominální bylo propuštěno 77,50 % (31) pacientek 7. den po výkonu, 22,50 % (9) 8. den.

Graf 32 Dimise pacientek u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie



Ze 40 dokumentací u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie bylo propuštěno 92,50 % (37) pacientek 6. den po výkonu, 7,50 % (3) 7. den.

Graf 33 Dimise patientek u hysterektomie vaginální



Ze 40 dokumentací u hysterektomie vaginální bylo propuštěno 97,50 % (39) patientek 6. den po výkonu, 2,50 % (1) 7. den a více dnů.

5. DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký je pooperační průběh u žen po všech třech druzích hysterektomie. Byly v ní zahrnuty také indikace k výkonu, možné pooperační komplikace a celková pooperační péče až do propuštění pacientky z nemocnice do domácího prostředí. Současně jsem provedla výzkumné šetření, které bylo vedeno kvantitativně. K výzkumu jsem použila dokumentace žen, které podstoupily hysterektomii v Nemocnici České Budějovice v době od ledna do července 2010. Od každého druhu hysterektomie jsem zkoumala na 40 ošetrovatelských dokumentací, a to z důvodu proporcionálního průzkumu. Frekvence laparoskopicky asistovaných vaginálních hysterektomií (dále LAVH) stoupá na úkor hysterektomií abdominálních.

Citterbart (2001) uvádí, že hysterektomie abdominální se vykonává většinou s odnětím adnex, ale LAVH a hysterektomie vaginální se provádí spíše bez odnětí adnex. Můj výzkum tuto teorii v případě hysterektomie abdominální potvrzuje, prokázal však, že i v případě LAVH se adnexa odnímají velice často, u sledovaného souboru se jednalo o 77,50% (viz graf 1). Usuzuji, že odnětím adnex se předchází předčasné menopauze zejména u mladších žen. Názory na odnětí adnex při hysterektomii se mezi odborníky různí. Někteří preventivní odstraňování adnex doporučují, jiní varují před rizikem kardiovaskulárních onemocnění, osteoporózy a psychických změn a preventivní odstranění adnex akceptují u žen v postmenopauze nebo ve věku nad 50 let (Tošner, Kopecký, Kacerovský, 2010). Leifer (2004) upozorňuje v souvislosti s ovarektomií na vyvolání tzv. umělé menopauzy. Obecně platí, že adnexa se odstraňují u všech onkologických indikací a rovněž při nálezu patologie na adnexech (endometriosa, cysta, hydrosalpinx aj.). V případě nejisté indikace k odnětí adnex je rozhodující přání informované pacientky.

Graf č. 2 dokládá, že z celkového počtu 120 dokumentací se u pacientek po menopauze vykonala operace ze 100,00 % v případě hysterektomie vaginální (tento typ operace je u žen ve vyšším věku poměrně častý, provádí se obvykle pro sestup nebo úplné vyhřeznutí dělohy), zatímco v případě hysterektomie abdominální a LAVH, kde jsou nejčastějšími indikacemi krvácení a myomy, se operace u pacientek po menopauze

realizovala v mnohem menší míře. Tuto skutečnost potvrzují i výsledky zachycené v grafech 3 až 5, kde v případě vaginální hysterektomie jednoznačně dominují ženy narozené v letech 1941 – 1950 (45,00 % pacientek) a 1931 – 1940 (27,50 % pacientek). To, že odborníci preferují hysterektomii až u žen starších ročníků, prokázal můj výzkum i v případě operovaných žen u hysterektomie abdominální, kdy bylo 47,50 % pacientek narozených v letech 1951 – 1960 a 22,50 % pacientek narozených v letech 1961 – 1970 a 1941 – 50. V případě LAVH bylo 47,50 % pacientek bylo narozených v letech 1951 – 1960 a 22,50 % pacientek narozených v letech 1961 – 1970.

Nejčastější indikace k vykonání hysterektomie se různí, v závislosti na tom, o jaký typ hysterektomie se jedná. Zábranský (2006) uvádí jako nejčastější indikace k vykonání hysterektomie abdominální myomy, dysfunkční krvácení, endometriózu nebo také prekancerózy endometria a cervixu. Z mnou realizovaného výzkumného šetření nicméně vyplynulo, že nejčastější indikací u sledovaného souboru byl leomyom dělohy a to z 65,00 %. Druhou nejčastější indikací byl zhoubný nádor těla děložního (viz graf 6). U LAVH uvádí Holub (2000) jako nejčastější indikace benigní nádory dělohy a adnex, prekancerózy děložního hrdla a karcinomy dělohy. Jenže důvody k operaci ze zkoumaných dokumentací byly velice podobné hysterektomii abdominální. Usuzuji tak ale, že byl zvolen přístup LAVH z důvodu nevelké dělohy a leomyomu. Graf 7 dokazuje, že nejčastější indikací byl opět leomyom dělohy z 37,50 % (20), ale druhým nejčastějším důvodem bylo dysfunkční krvácení. Další indikací byl polyp těla děložního a nejméně se operovalo pro zhoubný nádor těla děložního. V grafu 8 si můžeme všimnout, že nejvíce se hysterektomie vaginální provádí pro sestup pohlavních orgánů, a to až z 95,00 %. Zábranský uvádí, že nejběžnější indikací k tomuto druhu hysterektomie bývá právě sestup pohlavních orgánů, což se nám i potvrdilo. Při výzkumu indikací se ani jednou nevyskytla porodnická indikace. Podle mého názoru jsou tyto druhy indikací velice ojedinělé a výjimečné. Myslím si, že je to z důvodu, že dnešní péče na porodních sálech je velice propracovaná a porodní asistentky jsou velmi dobře edukované v celkové péči o pacientky. Tento můj názor potvrzuje i Doležal (2007), který za hlavní příčinu hysterektomie v poporodním období považuje opakované císařské řezy a placenta praevia (plánované hysterektomie se provádí u

malignit). Označuje tyto případy za poměrně vzácné a své tvrzení podkládá výzkumy z Londýna, kde udává Solo-Ojeme z 31 079 porodů 15 % hysterektomií (47 % placenta praevia).

Jako nejčastější onemocnění přidružená k hysterektomii uvádí Slezáková (2007) hypertenzi (u postmenopauzálních žen 2x častější než ve fertilním věku), diabetes mellitus a nadměrnou obezitu. Můj výzkum tuto skutečnost potvrdil, z počtu 40 dokumentací u hysterektomie abdominální byla přidružená onemocnění u pacientek ze 47,50 % hypertenze a z 20,00 % diabetes mellitus, dále pak těžká obezita a hypotyreóza, 15,00 % pacientek nemělo žádná přidružená onemocnění. Také v případě LAVH dominovala hypertenze (37,50 %), následována diabetes mellitus, těžkou obezitou a hypotyreózou, 22,50 % pacientek bylo bez přidružených onemocnění. Podobné zastoupení přidružených onemocnění se vyskytovalo i u pacientek s hysterektomií vaginální.

Citterbart (2001) tvrdí, že permanentní katétr bývá odstraňován po 24 hodinách podle aktuálního zdravotního stavu pacientky a pokud se nevyskytly komplikace. Osobně souhlasím spíše s názorem Mikšové (2005), která uvádí, že pokud katétr splnil svou funkci, odstraňujeme jej na základě ordinace lékaře (před jeho odstraněním je vhodné provádět nácvik měchýře). Z výsledků mého průzkumu vyplývá, že u všech druhů hysterektomie byl permanentní katétr odstraněn porodní asistentkou nejčastěji druhý den po výkonu (viz graf 12, 13 a 14). Výjimkou je poměrně velké procento žen (30 %) v případě vaginální hysterektomie, kterým byl permanentní katétr odstraněn až 3. den po zákroku. K tomuto prodloužení mohlo dojít z důvodu vyššího věku pacientek, ev. přidružených onemocnění s ním souvisejících. Navíc u některých pacientek musel být katétr zaveden znovu po odstranění, protože u nich nedošlo ke spontánnímu nástupu močení. Toto znovuzavedení se však týkalo maximálně jednoho dne navíc a vyskytlo se pouze v ojedinělých případech.

Na odstranění permanentního katétru navazuje nástup spontánního močení, který byl zjištěn nejvíce druhý den po hysterektomiích (viz graf 15, 16 a 17). Nástup spontánního močení v první den byl v případě abdominální hysterektomie zaznamenán u 17,50 % pacientek, v případě LAVH u 22,50 % pacientek. U vaginální hysterektomie

byl u 30 % pacientek zjištěn pozdější nástup spontánního močení – jednalo se o 3. den po zákroku. Podobně jako v případě pozdějšího odstranění katetru předpokládám, že k tomuto prodloužení mohlo dojít z důvodu vyššího věku pacientek, ev. přidružených onemocnění.

Porodní asistentka má dále na starosti i drén – sleduje správnou funkci drénu a množství i barvu vytékající tekutiny. Jeho vyjmutí závisí na sekreci. Graf 18 a 19 znázorňuje, že v případě hysterektomie abdominální byl drén nejčastěji vyjmut druhý den po operaci (92,50 %). U 52,50 % pacientek po LAVH byl drén odstraněn 1. den po zákroku (u 47,50 % pacientek 2. den). Déle než dva dny byl drén ponechán pouze u hysterektomie abdominální, a to v 7,50 %. Usuzuji, že k tomuto prodloužení mohlo dojít z důvodu přidružených onemocnění pacientky nebo pro komplikace při operačním výkonu.

Když pacientce po operačním zákroku odeznívá anestézie, podávají se ordinovaná analgetika, obvykle po šesti hodinách. Dávky těchto analgetik se postupně snižují, až dojde k jejich úplnému vysazení. Na základě výzkumu ošetřovatelských dokumentací dochází k vysazení analgetik nejčastěji druhý den po všech třech hysterektomiích. V případě hysterektomie abdominální a LAVH tuto teorii potvrzuje i můj průzkum, u většiny pacientek byla analgetika vysazena 2. den po zákroku (viz graf 20, 21 a 22). V případě LAVH nicméně rozdíl není tak velký, u 47,50 % pacientek byla analgetika vysazena 1. den po zákroku. Dalo by se očekávat, že u hysterektomie vaginální se analgetika vysadí hned první den po výkonu, protože zákrok se provádí výhradně poševní cestou bez abdominálního přístupu, tato skutečnost se však nepotvrdila. Můj výzkum naopak prokázal, že v případě většiny pacientek s vaginální hysterektomií byla analgetika vysazena 2. den (75,00 %), u 20,00 % 3. den.

Krvácení, febrílie, různé infekce a nedokonalé zhojení jizvy jsou možnými pooperačními komplikacemi, které uvádí Fait (2010). Také Jedličková (2004) je zastáncem názoru, že nejčastěji se po operačním zákroku objevují subfebrílie. Hned po nich následuje krvácení a infekce. Ošetřovatelské dokumentace tuto teorii potvrdily. Z mých výzkumů vyplynulo, že 52,50 % komplikací u hysterektomie abdominální tvořily subfebrílie od druhého dne po výkonu, 35,00 % pacientek zůstalo bez

komplikací. Dále se vyskytly rovněž febrílie a sutura s hematodem (viz graf 23). Podobné komplikace se objevily u LAVH. Nejčastěji se jednalo subfebrílie a febrílie od druhého dne po výkonu a objevil se zde jeden případ infekce (viz graf 24). Mezi komplikace u LAVH by se dala přidat i těžká obezita, a to kvůli horšímu přístupu k operačnímu poli a zejména kvůli délce trvání operace. Nejvíce pacientek bez pooperačních komplikací bylo po hysterektomii vaginální. Čech (2002) uvádí, že tento druh hysterektomie je spojený s menším výskytem komplikací. To se také podařilo potvrdit ze zjištěných výsledků. Ze 40 dokumentací u hysterektomie vaginální bylo 60,00 % pacientek bez komplikací (35,00 % subfebrílie od 2. dne po výkonu, 2,50 % infekce, z 2,50 % febrílie od 2. dne po výkonu). Tento výsledek se vztahuje k hypotéze 2, která byla potvrzena. Podle mě je informovanost o možných pooperačních komplikacích porodní asistentkou důležitou součástí přípravy pacientky na operační výkon. Doporučuji tedy, aby se porodní asistentky co nejvíce věnovaly pacientce, vyslechly ji, vysvětlily průběh operace a pooperační péči a snížily jejich obavy a strach ze zákroku. Zábranský udává, že pooperační infekce byly u hysterektomie vaginální sníženy po zavedení antibiotické profylaxe. S tímto názorem souhlasím, protože údaje v ošetrovatelských dokumentacích potvrdily, že výskyt infekce byl naprosto minimální.

Jednou z posledních částí ošetrovatelského výzkumu bylo odstranění stehů porodní asistentkou. Stehy se dle Citterbarta (2001) odstraňují obvykle sedmý den po operaci v závislosti na rozsahu operační rány, druhu operačního výkonu a podle klinického stavu hojení, pokud stehy nejsou vstřebatelné. To ovšem platí jak pro hysterektomii abdominální, tak i pro LAVH. Graf 29 tuto teorii potvrzuje. Stehy po hysterektomii abdominální byly odstraněny z 80,00 % sedmý den po výkonu, kdy také bývají pacientky propuštěny do domácí péče. Avšak u pacientek po LAVH byly stehy odstraněny na 100,00 % již šestý den po výkonu, tedy o den dříve. To lze vyčíst v grafu 31.

Posledním zaměřením výzkumného šetření byl den ukončení hospitalizace pacientek. Dimise pacientek nastává obvykle sedmý den po hysterektomii abdominální. To nám potvrzuje graf 31, kdy bylo 77,50 % pacientek propuštěno již ve zmíněný den. Pacientky po LAVH a hysterektomii vaginální byly z nemocnice propuštěny z velké

části o den dříve (viz graf 32 a 33). Poslední tři grafy souvisejí s hypotézou, která tak byla potvrzena. Dimisi pacientek musí samozřejmě odpovídat jejich klinický stav. Myslím si, že právě propuštění z nemocnice je pro pacientky velkou úlevou a že v domácím prostředí se mohou cítit lépe, nikoli jako vážně nemocné. Podle mého názoru mají být pacientky poučeny porodními asistentkami, že za 4 až 6 týdnů by se měly dostavit ke svému gynekologovi na kontrolu.

Ve výzkumné části bakalářské práce jsem potvrdila obě stanovené hypotézy. Hypotézu 1 – nejdelší pooperační průběh je u žen, které podstoupily hysterektomii abdominální, potvrzuje graf 31. Hypotézu 2 – nejčastější pooperační komplikace po hysterektomii jsou subfebrilie, potvrzují grafy 23, 24 a 25.

6. ZÁVĚR

Hysterektomie, ať již jakéhokoliv druhu, se provádí na operačních sálech nemocnic dnes a denně. Pro ženu je velice důležité, aby o operačním výkonu, který bude mít nezanedbatelný dopad na její budoucí život, získala všechny dostupné informace, ať již se týkají její nemoci, průběhu operace či pooperačního průběhu, který je z hlediska ošetrovatelské péče u každé ženy individuální.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit pooperační průběh u žen po hysterektomii abdominální, vaginální a po laparoskopicky asistované hysterektomii vaginální a objasnit, jaké nejčastější komplikace provázejí pooperační stav. Z teoretické části této práce vyplynulo, že pooperační průběh pacientek po hysterektomii závisí na tom, zda se jedná o hysterektomii abdominální, LAVH či vaginální hysterektomii. Za nejšetrnější k organismu pacientky je v současnosti považována metoda LAVH. kdy je děloha odstraněna vaginálně po předchozí přípravě operačního pole k vaginální hysterektomii laparoskopii. Naopak nejdelší pooperační průběh byl zjištěn u žen, které podstoupily hysterektomii abdominální, čímž byla potvrzena stanovená hypotéza 1. Významnou roli v následné rekonvalescenci pacientky a jejím brzkém znovuzapojení do běžného života hrají přidružená onemocnění, edukace, důkladná předoperační příprava a v neposlední řadě rovněž porodní asistentka, která s pacientkou tráví dostatek času, podporuje ji a provází v nelehkém období. Z výsledků praktické části mé práce vyplynulo, že nejčastějšími pooperačními komplikacemi v případě hysterektomie bývají subfebrílie a febrílie, čímž se potvrdila hypotéza č. 2. Nelze však opomenout ani fakt, že se ojediněle vyskytl rovněž případ infekce. Jak uvádí tato výzkumná práce, možným důvodem infekce je holení. Z ošetrovatelských dokumentací vyplynulo, že některé pacientky byly oholeny již večer před výkonem, což mohlo způsobit zmíněnou infekci. Z tohoto důvodu se doporučuje, aby bylo ve všech nemocnicích zavedeno holení porodní asistentkou hodinu před operací a nikoli večer před zákrokem.

Tato bakalářská práce by mohla v budoucnu přispět k lepší, pečlivější a správné edukaci pacientek porodními asistentkami. Je nutné a důležité, aby porodní asistentka předala správné a přesné informace. Ženy mívají velice často před operačním výkonem pochopitelné obavy. Na výkon je nelze fyzicky nijak připravit. Ale díky informacím,

které mohou získat od porodní asistentky, je možné se na operační zákrok připravit alespoň zčásti psychicky. Poznatky z výzkumného šetření by bylo možné využít také jako edukační materiál v rámci seminářů na Zdravotně sociální fakultě.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BINDER, T., SALAJ, P., VAVŘINKOVÁ, B. *Hematologické nemoci a poruchy v porodnictví a gynekologii*. 1.vyd. Praha: Triton, 2004. 222 s. ISBN 80-7254-540-X
2. BOCHMAN, J., KOBILKOVÁ, J., ŽIVNÝ, J. *Technika gynekologických abdominálních operací*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 284 s. ISBN 80-7169-494-0
3. BREWER, S. *Na co se ženy bojí zeptat?* 1.vyd. Praha: Maxdorf, 1997. 144 s. ISBN 80-85800-49-7
4. BUČKO, M. Dietní systém neboli léčebná výživa v nemocničních zařízeních. *Potravinářská revue*, 2010, roč. 7, č. 4, str. 57 – 59. ISSN 1801-9102
5. CITTERBART, K. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0
6. ConvaTec.cz: *Jaká bude výživa po operaci?* [online]. Poslední aktualizace 22. června 2011 [cit. 2011-06-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.convatec.cz/stomie/jidelnicek/po-operaci>>.
7. ČECH, E., MACKŮ, F. *Gynekologie*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. 171 s. ISBN 80-7333-001-6
8. Česko. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 424 ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2004, č. 139, str. 8096 – 8138. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2004/sb139-04.pdf>>. ISSN 1211-1244.
9. DOLEŽAL, A. *Porodnické operace*. Praha: Grada Publishing, 2007, 376 s. ISBN 80-247-0881-7. str. 274.
10. FAIT, T. *Hysterektomie – odstranění dělohy*. [online]. [cit. 2010-05-26]. Dostupné z: <<http://eee.strankyomenopauze.info/hysterektomie.php>>
11. GULÁŠOVÁ, I. *Adaptácia pacienta na zmenený zdravotný stav a na hospitalizáciu*. In *Kontakt*, 2005, č 3 – 4. 242 s. ISSN 1212-4117
12. GYN. *Abdominální hysterektomie*. [online]. [cit. 2010-05-26]. Dostupné z: <<http://www.gyn.cz/tree.php?up=206>>

13. HANÁKOVÁ, T. *Před a pooperační péče o ženy při gynekologických operacích*. In Gynor.cz [online]. Strana naposledy aktualizována 17. května 2011 [cit. 2011-05-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.gynor.cz/index.php/zeny/ped-a-poopera-ni-pee>>
14. HOLUB, Z. *Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 159 s. ISBN 80-7262-045-2
15. HOLUB, Z., KUŽEL, D. et al. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 236 s. ISBN 80-247-0834-5
16. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2
17. JEDLIČKOVÁ, A., MATAŠA, J. et al. *Infekce v gynekologii a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 371 s. ISBN 80-7345-038-0
18. JENÍČEK, J. *Žena v přechodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 104 s. ISBN 80-247-0679-2
19. Klinika zdraví.cz: *Laparoskopicky asistovaná hysterektomie vaginální* [online]. 22. květen 2011 [cit. 2011-06-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.klinikazdravi.cz/clanky/laparoskopicky-asistovana-hysterektomie-vaginalni/>>.
20. KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X
21. KRYSKI, M., SCHUSTEROVÁ, M., STECHEROVÁ, I. *Rehabilitační ošetrovatelství*. Standard ošetrovatelské péče č. 33. Nemocnice České Budějovice, 2003.
22. LACHČINA, R. *Popis základních gynekologických operací*. [online]. [cit. 2010-08-04]. Dostupné z: <<http://www.nemsky.cz/gynpor/index/index.php?co=texty&kat=gynekologie&id=1183325838206>>.
23. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004, 952 s. ISBN 80-247-0668-7. Str. 319.

24. MEDA. *Velké operace*. [online]. [cit. 2010-07-31]. Dostupné z: <<http://www.meda-gynekologie.cz/?sel=velkeoperace&link=5>>
25. MIKŠOVÁ, Z. FROŇKOVÁ, M. HERNOVÁ, R. ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN: 80-247-1442-6.
26. MLČOCH, Z. *Klystýr - návod, postup, provedení, jak provést klystýr*. Zbynekmlcoch.cz [online]. 23. prosinec 2009 [cit. 2011-05-12]. Dostupné z WWW: <http://www.zbynekmlcoch.cz/info/prakticke_postupy_osevovatelstvi/klystyr_navod_postup_provedeni_jak_provest_klystyr.html>
27. REPKOVÁ, A. et al. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2000. 138 s. ISBN 80-8063-236-7
28. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3
29. ROZTOČIL, A. et al. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. 1.vyd. Adamov: Mikada, 1998. 179 s. ISBN 80-7013-255-8
30. ŘIČÁNEK, J. *Operační odstranění dělohy poševní cestou s laparoskopickou asistencí*. [online]. [cit. 2010-08-04]. Dostupné z: <<http://www.igyn.cz/lavh.html>>
31. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, 2007. 1. vydání. 214 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
32. STOPPARDOVÁ, M. *Hormonální terapie při menopauze*. 1.vyd. Praha: Ikar, 2002. 96 s. ISBN 80-249-0032-7
33. STOPPARDOVÁ, M. *Žena od A do Z*. 1.vyd. Martin: Neografia, 1993. 383 s. ISBN 80-85186-26-8
34. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9
35. TONDROVÁ, I. *Obecná pooperační péče*. In SZSMB.cz [online]. Říjen 2010 [cit. 2011-05-16]. Dostupné z WWW: <http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Obecná_pooperační_péče.pdf>.
36. TOŠNER, J. KOPECKÝ, P. KACEROVSKÝ, M. Uterus myomatosus. *Gynekolog*. 2010, roč. 19, č. 6, s. 207-213. ISSN 1210-1133.

37. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelství*. 1.vyd. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta: 2000. 218 s. ISBN 80-7040-454-X
38. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 1.vyd.. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X
39. VYMĚTALÍKOVÁ, V. JEŽORSKÁ, Š. Vliv hysterektomie na psychiku ženy. *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2008, roč. IV, č. 8, str. 20 – 21. ISSN 1801 – 1349.
40. WORKMAN, B. A. BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
41. ZÁBRANSKÝ, F. *Gynekologické operace*. Moderní gynekologie a porodnictví. Praha: Levret s.r.o., 2006. 303 s. ISSN 1211-1058

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Gynekologická operace

Indikace k operaci

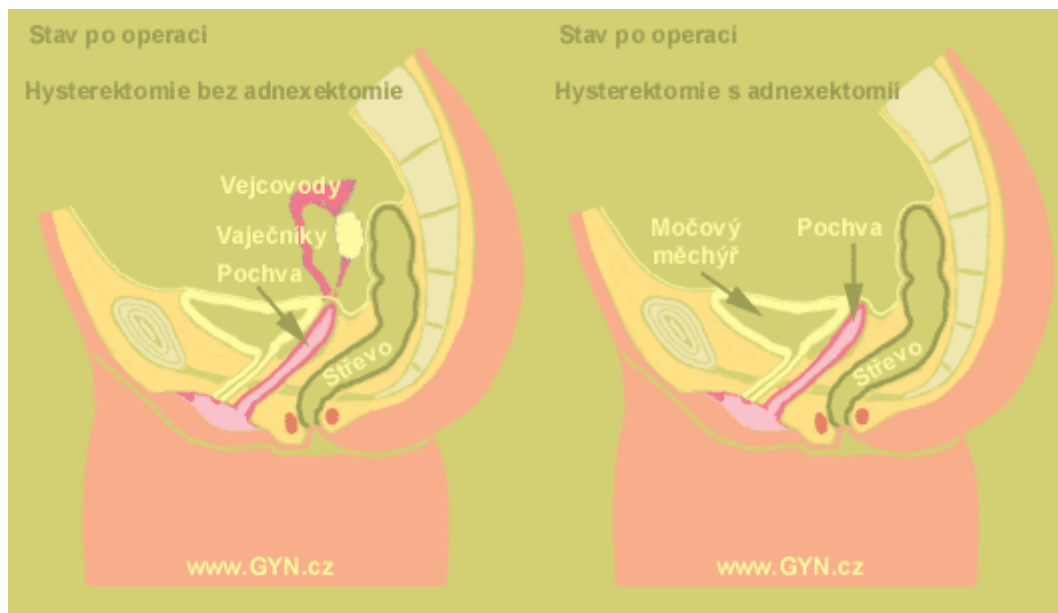
Jednotka intenzivní péče

Pooperační péče

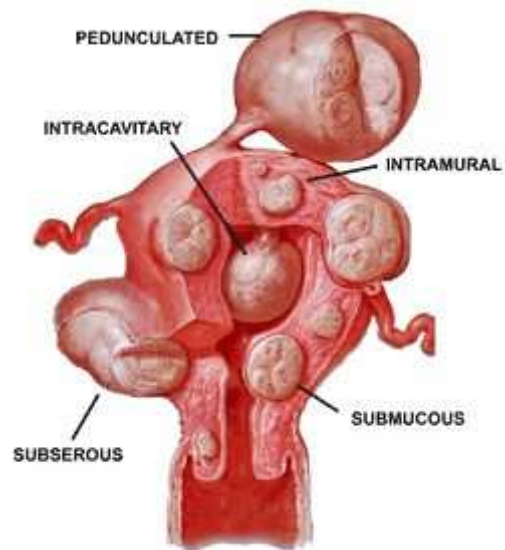
Pooperační komplikace

9. PŘÍLOHY

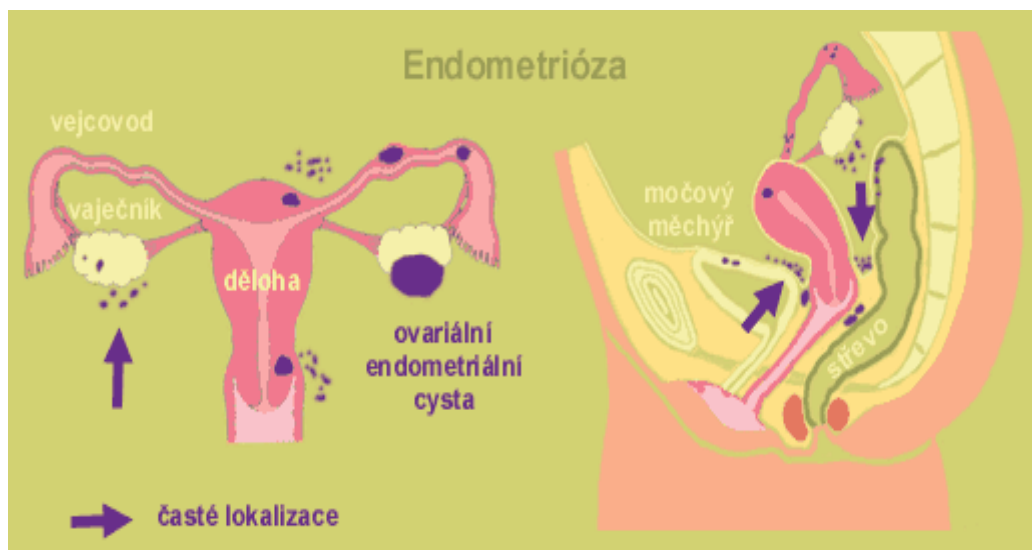
Příloha 1: Postup při hysterektomii abdominální



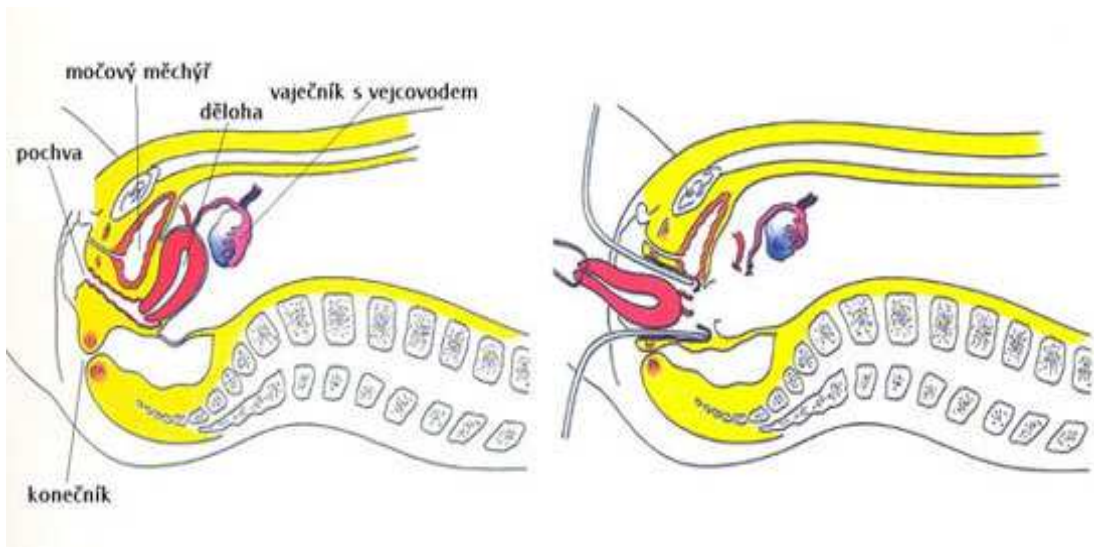
Příloha 2: Myomy



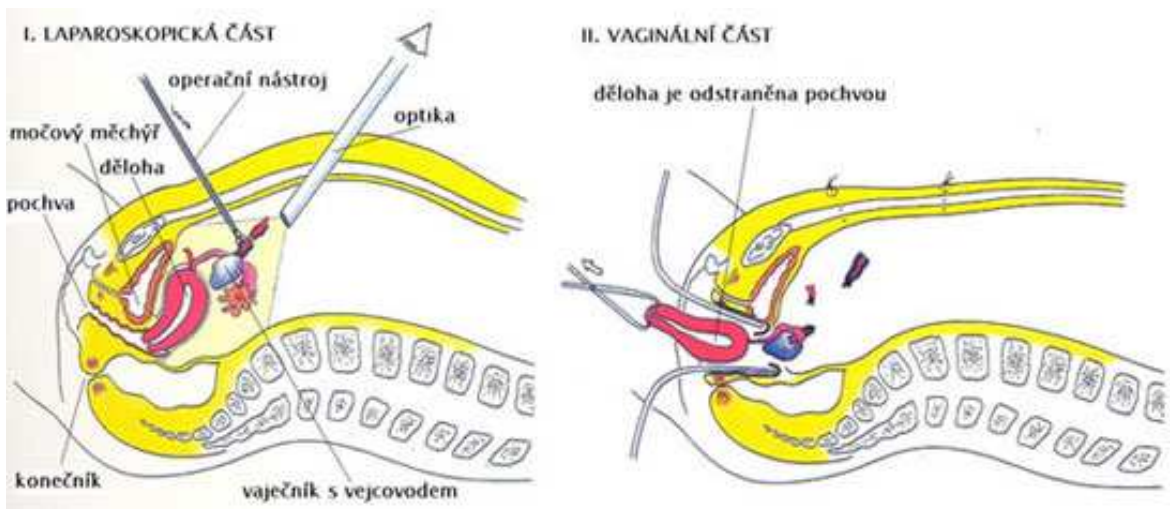
Příloha 3: Endometrióza



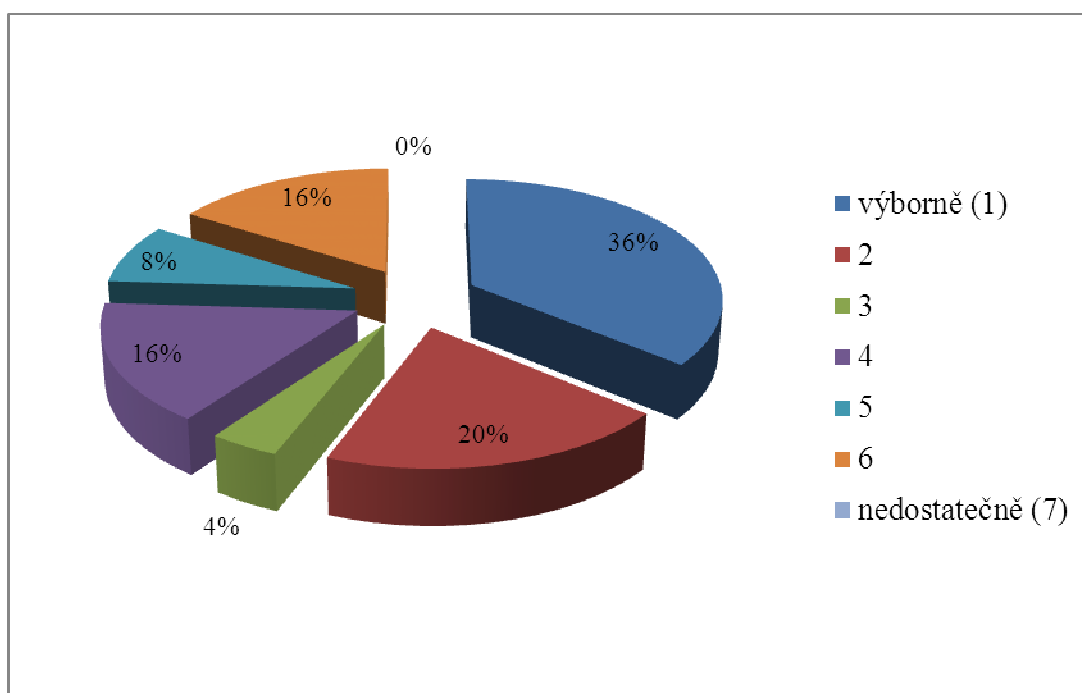
Příloha 4: Postup při hysterektomii vaginální



Příloha 5: Postup při laparoskopicky asistované hysterektomii vaginální



Příloha 6: Spokojenost žen s poskytnutými informacemi před operací



Příloha 7: Závěsný irigátor



Příloha 8: LF00957 - Simulátor podání klyzmatu



Příloha 9: Skórovací systém vyhodnocení rizika vzniku proleženin dle Nortonové

Počet bodů	Schopnost spolupráce	Věk	Pokožka	Další onemocnění dle odpovíd. stupně	Fyzický stav
4	úplná		normální	žádné	dobrý
3	malá	30	alergie	Teplota, anémie, obezita, kachexie, ucpávání tepen, karcinom, diabetes	vcelku dobrý
2	částečná	60	vlhká		špatný
1	žádná	60	suchá		velmi špatný

Počet bodů	Psychický stav	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
4	čilý	chodící	plná	žádná
3	apatický	chodící s dopomocí	mírně omezená	občasná
2	zmatený	sedící	velmi omezená	inkont. moče
1	strnulý	ležící	nepohyblivý	obojí inkont.

Příloha 10: Příklad pooperačního jídelníčku

Den	Snídaně	Přesnídávka	Oběd	Svačina	Večeře
Pondělí	bílá káva, rohlíky, máslo, med	jablečné pyré	polévka rýžová (lisovaná), Moravský guláš, knedlík jemný	loupáček, kakao	zapečené těstoviny se šunkou, Fruko
Úterý	čaj s mlékem, houska, máslo, sýr eidam	pomerančová šťáva	polévka nudlová, hovězí na žampionech, bramborová kaše, broskvový kompot	toustový chléb, biokys	ovocné knedlíky z tvarohového těsta
Středa	bílá káva, rohlíky, máslo, ovocný jogurt	banán	polévka krupicová s vejcem, vepřové protýkané šunkou, bramborová rýže (rozmačkané brambory), salát z vařené mrkve	piškoty, Malcao	tavený sýr, veka, máslo
Čtvrtek	čaj s mlékem, houska, máslo, džem jahodový	jablkový kysel (šťáva se zahustí puddinkem bez mléka)	polévka bramborová mixovaná, klopsy v rajské omáčce, těstoviny	toustový chléb, kyška	dušený kuřecí plátek, bramborová kaše, krájený hlávkový salát
Pátek	kakao, rohlíky, máslo, šlehaný tvaroh	mandarinková šťáva	polévka žemlová, hovězí pečeně, dušený špenát, bramborová rýže	loupáček, bílá káva	rýžová kaše, meruňkový kompot
Sobota	Malcao, houska, máslo, šunka	banán	polévka rajská s kapáním, pečené filé, bramborová kaše	veka, acidofilní mléko	bílá káva, veka, máslo, bílý jogurt
Neděle	čaj s mlékem, toustový chléb, vaječná pomazánka s pažitkou	broskvové pyré	polévka mrkvová, kuřecí plátek na žampionech, bramborová rýže, kompot	rohlíky, bílá káva	vanilkový pudding s piškoty

V období po operaci se doporučuje omezit sladkosti, protože působí kvašení ve střevech (plynatost, těžko od žaludku, únava).