



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Ošetrovatelská péče u žen před a po LAVH

Vypracovala: Petra Marešová

Vedoucí práce: Mgr. Dominika Průchová, Ph.D.

České Budějovice 2015

## Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o ženy před a po LAVH (laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie). Popisuje přípravu pacientek před výkonem, ošetrovatelskou péčí před výkonem a po něm. Práce se také zaměřuje na psychickou přípravu pacientky, neboť psychika ženy hraje v tomto případě velkou roli.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část bakalářské práce byla vypracována na podkladu odborné literatury a nejnovějších poznatků.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na výzkum strachu, který mají ženy bezprostředně před operačním výkonem a na změnu tělesného obrazu po operačním výkonu. V bakalářské práci byly stanoveny celkem dva cíle. Cíl 1: Zjistit, z čeho mají ženy největší strach před operačním zákrokem. Cíl 2: Zjistit, jak se změnil tělesný obraz ženy po operačním zákroku. Na základě stanovených cílů byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zní: „Jaké techniky využívají ženy ke zmírnění strachu?“, druhá: „Čeho se ženy nejvíce obávají před operačním zákrokem?“, třetí: „Jak jsou ženy informovány o operačním zákroku?“, čtvrtá: „Jak vnímají ženy svůj tělesný obraz po operačním zákroku?“

Ke zpracování výše uvedené problematiky bylo stanoveno kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat probíhal ve dvou případech formou nestrukturovaných hloubkových rozhovorů. Na základě těchto dvou rozhovorů bylo stanoveno několik nejdůležitějších otázek, na jejichž podkladu výzkum dále probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů.

Výzkumný soubor prezentovaly náhodně vybrané ženy podstupující LAVH v Příbrami, které souhlasily se spoluprací. Rozhovory probíhaly až po ústním informovaném souhlasu respondentky a byly zcela dobrovolné. Respondentky byly seznámeny s tím, že získané údaje budou anonymně zpracovány v bakalářské práci. Respondentky jsou v práci označeny jako R1-R10.

Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu v Oblastní nemocnici Příbram na základě písemné žádosti (viz. příloha č. 2: Souhlas s provedením výzkumného šetření).

Rozhovory mapovaly věk respondentky, její diagnózu, zaměstnání a vzdělání. Další otázky kladené před výkonem směřovaly ke zjištění technik, které pomáhají respondentkám snižovat strach, odkud čerpaly informace o zákroku, zda byly získané informace užitečné a pomohly zmírnit obavy, zda mají ženy obavy z budoucího života a jaký mají názor na ztrátu ženství po odebrání dělohy. Otázky pokládané při rozhovoru po operačním výkonu zahrnovaly otázky, zda se naplnily obavy, kterých se ženy strachovaly před operací, otázky týkající se nečekaných problémů, psychických problémů a změny tělesného obrazu. Pro kvalitativní výzkum bylo vybráno deset žen, kterým byla indikována LAVH. Informace získané od jednotlivých žen byly průběžně zapisovány a přepisovány do spisovného jazyka. Výpovědi respondentek jsou v textu označeny kurzívou.

Výzkum je rozdělen do dvou částí, na část před výkonem a část po výkonu. Ve výzkumné části před výkonem jsou výsledky zpracovány formou schémat a kategorizační tabulky. Ve druhé části jsou přepsané samotné rozhovory. Vyjadřují nejdůležitější výsledky výzkumu.

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že oslovené respondentky mají největší strach z narkózy, což potvrdilo osm z deseti dotazovaných. Tělesný obraz se změnil pouze u třech z deseti dotazovaných respondentek, které se změnou počítaly již před výkonem. Na první výzkumnou otázku se nám dostalo odpovědi, že nejčastější využívanou technikou ke zmírnění strachu je rozhovor s lékařem, který respondentky považují za klíčový. Mezi další techniky, které respondentky využívají ke zmírnění strachu, patří studování informací na internetu, rozhovor s dobrými přáteli, procházka na čistém vzduchu, podpora rodiny, rozhovor se zdravotnickým personálem a poslech relaxační hudby. Nejlépe jsou poučeny respondentky, které informace čerpaly od svého gynekologa. Zatímco respondentky, které hledaly informace na internetových diskuzích apod., měly informace mnohdy zmatené a nepřesné, což dokazovaly při rozhovorech. Tento fakt nám odpovídá na třetí výzkumnou otázku. Poslední výzkumná otázka se týká změny tělesného obrazu, která úzce souvisí s naším druhým cílem. Celkově lze soudit, že pro mnohé ženy odstranění dělohy neznamena ztrátu ženství. Toto tvrzení potvrzují pouze tři respondentky z deseti.

Do budoucna by práce mohla sloužit jako informační materiál pro ženy, které budou absolvovat LAVH a chtějí se více přiblížit této problematice. Podstatnou součástí informačního materiálu jsou samotné názory žen, které již tento zákrok podstoupily.

**Klíčová slova:**

Hysterektomie

LAVH

Ošetřovatelská péče

Porodní asistentka

Strach

Tělesný obraz

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with nursing care of women before and after LAVH (laparoscopically assisted vaginal hysterectomy). It describes preparation of the patients before the procedure and nursing care before and after the procedure. The thesis also focuses on psychical preparation of the patients, because the woman's psyche plays an important role in this case.

The thesis has a theoretical and a practical part. The theoretical part was done after researching scholarly literature and the latest knowledge in the domain.

The practical part of the bachelor theses is focused on the research of the fear that the women feel immediately before the procedure and on the research of the change in the body image after the procedure. Two goals were set in this thesis: the first goal was to find out what the women are afraid of the most before the procedure. The second goal was to find out how the body image changed after the procedure. Four research questions were established on the ground of these goals. The first question was: "What techniques do the women use to mitigate the fear", second question: "What are the women afraid of the most before the procedure?", third: "How are the women informed about the procedure?", fourth: "How do the women perceive their body image after the procedure?"

Qualitative research procedure was established to process the aforementioned problem. In two cases the data gathering was performed by non-structured depth conversations. On the ground of these two conversations several vital questions were established, which served as the foundation for the rest of the research, which was conducted in the form of semi-structured conversations.

The research sample was represented by randomly chosen women that were to undergo LAVH in Příbram, who agreed with the cooperation. The conversations were conducted only after verbal agreement given by the respondents and they were completely voluntary. The respondents were informed that the obtained results would be processed anonymously in this thesis. The respondents are labeled as R1 to R10.

The research was conducted during the month of March in the Regional hospital of Příbram after issuing a written request (see Appendix 2: Consent with conduction

of a research). The conversations included questions about age, diagnosis, employment and education of the respondents. Other questions were asked before the procedure to find out about the techniques that help patients to mitigate fear, about where they had found information about the procedure, if this information was useful and whether it mitigated worries; questions about whether the patients worried about their future lives and what is their opinion about losing the womanhood after their uteruses would have been taken. Questions asked after the procedure included those about whether the worries from the time before the procedure had come true, questions about unexpected issues, psychic problems and changes in their body image. Ten women were chosen for the qualitative research, who were to undergo LAVH. Learnt information was gradually put down in a literary language. Statements made by the respondents are in italics in the text.

The research is broken down into two parts, a part before the procedure and a part afterwards. In the first part the results are compiled into schemas and one categorization table. In the second part the conversations themselves are transcribed. They express the most important results of the research.

From the research we found out that the patients are afraid of the narcosis the most as this was confirmed by eight of the ten interviewed patients. The body image changed only by three of the patients who had counted with the change already before the procedure. As to the first research question, we learnt that the most commonly used technique to mitigate fear is conversation with the doctor, which is considered vital. Learning information on the internet, conversation with good friends, a walk in the fresh air, support of the family, conversation with the medical staff and listening to a relaxing music are all among other techniques to mitigate the fear. Patients who learnt information from their gynecologists were advised the best. On the other hand, patients looking for information on the internet discussion forums had only inaccurate or misleading information, which they showed during the conversations. This answers our third research question. The last research question relates to the change in the body image and also closely relates to our second goal. We can say that the fact that patients' uteruses have been taken out doesn't mean the loss of their womanhood for most

of them. The opposite is true for only three of the ten patients.

In the future this thesis can serve as an information material for women who are to undergo LAVH and who want to learn something from the domain. Opinions of women patients who already underwent the procedure are important part of this information material.

Keywords:

Hysterectomy

LAVH

Nursing care

Midwife

Fear

Body image

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 6. 5. 2015

.....

Petra Marešová



## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Dominice Průchové, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce a za cenné rady. Velký dík patří mé rodině a mým nejbližším, kteří mi umožnili studovat a po celou dobu studia mě podporovali. A také děkuji panu Ing. Vávrovi za překlad abstraktu do anglického jazyka.

# Obsah

Úvod .....	13
<b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>14</b>
1.1 Anatomie a fyziologie vnitřních pohlavních orgánů.....	14
1.1.1 Děloha (uterus) .....	14
1.1.2 Pochva (vagina) .....	15
1.1.3 Vejcovod (tuba uterina) .....	16
1.1.4 Vaječník (ovarium) .....	16
1.2 Laparoskopie .....	17
1.2.1 Historie laparoskopie .....	17
1.3 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie.....	18
1.3.1 Operační technika .....	19
1.3.2 Vaginální morselační technika.....	20
1.3.3 Chirurgický tým.....	21
1.3.4 Podmínky operace.....	22
1.3.5 Technické vybavení .....	22
1.3.6 Indikace LAVH.....	23
1.3.7 Kontraindikace LAVH.....	23
1.3.8 Komplikace při LAVH .....	23
1.3.9 Komplikace po LAVH.....	24
1.3.10 Výhody a nevýhody LAVH.....	24
1.4 Strach.....	25
1.5 Ošetrovatelská péče před operačním výkonem.....	26
1.5.1 Předoperační příprava .....	27
1.5.2 Vzdálená předoperační příprava .....	27
1.5.3 Předoperační vyšetření.....	27
1.5.4 Psychická příprava .....	28
1.5.5 Tělesná příprava.....	30
1.5.6 Příprava 24 hodin před výkonem.....	30
1.5.7 Bezprostřední předoperační příprava.....	31

1.6	Ošetrovatelská péče po operačním výkonu .....	32
1.6.1	Bezprostřední pooperační péče .....	32
1.7	Návrat ženy do běžného života po operaci .....	34
<b>2</b>	<b>CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	<b>36</b>
2.1	Cíle práce .....	36
2.2	Výzkumné otázky.....	36
<b>3</b>	<b>METODIKA</b> .....	<b>37</b>
3.1	Metodika sběru dat.....	37
3.2	Výzkumný soubor .....	37
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	<b>38</b>
4.1	Souhrnné tabulky .....	38
4.2	Kategorizace dat u žen před operačním výkonem .....	39
4.3	Rozhovory s respondentkami po výkonu.....	46
<b>5</b>	<b>DISKUZE</b> .....	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>59</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>61</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>65</b>

## Seznam použitých zkratk

LAVH	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
Rh faktor	Rhesus faktor
BWR	Bordetowa – Wassermannova reakce (vyšetření krve na syfilis)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunodeficiency)
HbSAg	Hepatitis B surface Antigen (povrchový antigen viru hepatitidy typu B)
EKG	Elektrokardiogram
RTG	Rentgen
JIP	Jednotka intenzivní péče
CO <sub>2</sub>	Oxid uhličitý

## Úvod

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie patří k jedné z nejmodernějších operačních technik v současné gynekologii. Ošetrovatelská péče poskytovaná zdravotnickým personálem, zejména porodními asistentkami, je nedílnou součástí období před operací a po ní.

Hysterektomie neboli „odstranění dělohy“ je v dnešní době velmi častý operační zákrok, se kterým se setkáváme dennodenně. S tímto operačním výkonem se může setkat každá žena prakticky v každém věku. Pro některé může být děloha symbolem ženy a její odstranění může znamenat ztrátu „ženství“, což se může projevit na jejich psychickém stavu. Některé ženy to na druhou stranu vnímají jako zákrok, který odstraní jejich dlouhodobé potíže a o ztrátě „ženství“ ani nepřemýšlí.

Bakalářská práce na téma „Ošetrovatelská péče u žen před a po LAVH“ se zaměřuje na ošetrovatelskou péči, která je ženám poskytována zejména porodními asistentkami před a po LAVH. Popisuje činnosti, které provádí nejen porodní asistentka k zajištění tělesného komfortu a dobrého psychického stavu. Dále jsou popsány činnosti, které jsou zaměřeny na přípravu pacientky k operaci.

Toto téma jsem si zvolila, protože mě samotnou zajímají gynekologické operační výkony, a zvláště pak to, jak se ženy před takovým výkonem cítí, jak jsou na tom po psychické stránce a čeho se obávají.

Žena podstupující tento výkon by měla být detailně edukována lékařem i porodní asistentkou o tom, co a jak bude probíhat a co se s ní bude dít. Porodní asistentka by měla fungovat jako psychická podpora po celou dobu hospitalizace a měla by se snažit zmírnit předoperační strach ženy na co nejnížší možnou míru.

Práce by mohla být do budoucna použita jako informační materiál pro ženy, kterým byla indikována LAVH. Ženy budou seznámeny nejen se samotným operačním postupem, ale i s tím, jak o ně bude postaráno před výkonem a po něm. Důležitou součástí jsou samotné názory žen, které si tímto výkonem samy prošly.

# 1 SOUČASNÝ STAV

Hysterektomie je jednou z nejčastěji prováděných operací na celém světě. Mezi hlavní indikace k provedení hysterektomie patří abnormální děložní krvácení nereagující na farmakologickou léčbu, myom dělohy, endometrióza, nádory a chronická salpingitida (Baggish, 2005).

## 1.1 Anatomie a fyziologie vnitřních pohlavních orgánů

Mezi vnitřní ženské pohlavní orgány patří děloha, pochva, vejcovody a vaječníky (Roztočil a kol., 2011).

### 1.1.1 Děloha (*uterus*)

Děloha je dutý svalový, tlustostěnný orgán, který svou velikostí a tvarem připomíná hrušku. Patří mezi největší vnitřní ženské pohlavní orgány. V předozadním směru je oploštěná. Je uložena v malé pánvi v oblasti mezi konečníkem a močovým měchýřem. Slouží k nidaci vajíčka, k výživě a k vývoji embrya a plodu do porodu. Zralý plod je pak z dělohy při porodu vypuzen. Děloha se během celého života velikostně mění. Je totiž ovlivněna věkem ženy, graviditou a možně se vyskytujícími patologickými procesy. Děloha je složena z děložního hrdla (*cervix uteri*) a děložního těla (*corpus uteri*). Obě tyto části jsou spojeny děložní úžinou (*isthmus uteri*). Největší část dělohy tvoří tělo děložní. Zaujímá tak horní část, která je rozšířená. Nejširší částí těla děložního je jeho horní zaoblený okraj. Směrem kaudálním se zužuje. K močovému měchýři je přilehlá přední strana těla děložního a zadní stěna se pak otáčí proti konečníku. Přední a zadní strana se stýkají ve fundu děložním. Děložní tělo obsahuje dutinu, která má trojúhelníkový tvar a je vystlána endometriem. Na této sliznici probíhá pravidelný menstruační cyklus. Děložní hrdlo má válcovitý tvar a jde o dolní část dělohy. Přirůstá k němu pochva. Horní část je uložena nad poševním úponem, dolní část pod úponem pochvy. Do pochvy vyčnívá jako čípek o délce jednoho centimetru. Děložní čípek

je pokryt poševní sliznicí. Děložní úžina je úsek mezi děložním hrdlem a děložním tělem. Dosahuje délky jednoho centimetru. Pokud žena otěhotní, stává se děložní úžina součástí dolního děložního segmentu. Děložní stěnu tvoří tři vrstvy, které jsou však různě silné. Vnitřní vrstva se nazývá endometrium neboli děložní sliznice a vystylá děložní dutinu, která reaguje na cyklické hormonální změny v organismu. Prostřední a zároveň nejsilnější vrstvou je myometrium, což je vrstva svalová. Zevní neboli povrchovou vrstvu dělohy nazýváme perimetrium (Čech a kol., 2006; Slezáková a kol., 2007; Fait 2010).

### *1.1.2 Pochva (vagina)*

Je to dutý svalový, trubicovitý orgán dlouhý sedm až deset centimetrů, široký tři a půl centimetru, pokrytý vícevrstevným dlaždicovým epitelem, který spojuje dělohu se zevními rodidly. Díky úponu na děložní hrdlo jsou vytvořeny přední, zadní a postranní poševní klenby. Nejužší částí pochvy je poševní vchod (dolní konec pochvy), který se otvírá mezi malými stydkými pysky. Orgán je roztažitelný a velice poddajný. To jsou důležité vlastnosti pro postup plodu během porodu. Je to orgán kopulační. To znamená, že je to orgán, díky kterému dochází k pohlavnímu spojení jedinců. Stěnu pochvy tvoří tři základní vrstvy. První vrstvu tvoří narůžovělá sliznice, která se ale v průběhu menstruačního cyklu mění na tmavě růžovou až červenou a v těhotenství je fialová. Poševní sliznice neobsahuje žádné žlázy. Druhou vrstvou je vrstva svalová, která je tvořena hladkou svalovou tkání. Třetí a poslední vrstvou je adventicie tvořící povrchovou vrstvu poševní stěny. Povrch pochvy je pokryt poševní sliznicí, která je krytá sekretem. Sekret je složen z cervikálního hlenu a odloupaných epitelů. Pochva spolu s děložním hrdlem a vulvou tvoří měkké porodní cesty. Slouží k odchodu menstruační krve a k umožnění pohlavního styku. Díky přítomnosti poševní bakterie *Lactobacillus Döderleini* je zkvašen glykogen na kyselinu mléčnou, která způsobí kyselé pH pochvy. pH pochvy je 4,5 a má samočisticí mechanismus.

Kyselým prostředím je zajištěna odolnost pochvy vůči infekci (Simočková, 2011; Slezáková a kol., 2007; Čech a kol., 2006).

### 1.1.3 Vejcovod (*tuba uterina*)

Je párovým orgánem trubicovitého tvaru. Dosahuje délky deseti až patnácti centimetrů a šířky pěti milimetrů. Vejcovody vybíhají z děložních rohů do dělohy. Ve vejcovodech nejčastěji dochází k oplození vajíček. Na začátku vejcovodu se nacházejí pohyblivé fimbrie (řasinky). Ty slouží k zachycení uvolněného vajíčka při ovulaci. Posun vajíčka z vejcovodu do dělohy je zajištěn řasinkami a peristaltickými pohyby samotného vejcovodu. Funkce vejcovodů je hlavní v době fertilizace. Slouží k transportu oplozeného vajíčka do dutiny děložní. Transport oplozeného vajíčka trvá přibližně čtyři až pět dní. V průběhu transportu do děložní dutiny se oplozené vajíčko rýhuje (Kobilková a kol., 2005; Roztočil a kol., 2008).

### 1.1.4 Vaječník (*ovarium*)

Je to párová ženská pohlavní žláza. Během života ženy se velikost vaječníků mění. Vaječníky jsou zavěšeny na zadní straně širokého děložního vazů a uloženy na boční stěně malé pánve. Vaječníky jsou relativně volně pohyblivé. Jejich váha se mimo těhotenství pohybuje od čtrnácti do sedmnácti gramů. V těhotenství jsou pak o poznání zvětšeny. Ovaria se skládají ze dvou částí, z kůry a dřene. Kůra obsahuje ženské pohlavní buňky. Uvnitř ovaria se nachází vazivová dřev, která obsahuje vazivo, hladkou svalovinu, cévy a nervy. Mezi hlavní funkce se řadí tvorba a uvolňování vajíček a tvorba ženských pohlavních hormonů (estrogen a progesteron), které nesou zodpovědnost za sekundární pohlavní znaky a menstruační cyklus. Hormony se tvoří od puberty do klimakteria. Estrogen a progesteron působí na děložní sliznici, pochvu, mléčnou žlázu a na kostní tkáň. Ovlivňují paměť a chrání buňky nervové soustavy. Zpětnou vazbou ovlivňují



mozková centra. Vliv mají také na vnímání bolesti (Kobilková a kol., 2005; Fait 2010; Čech a kol., 2006).

## **1.2 Laparoskopie**

Je to endoskopická metoda minimálně invazivní chirurgie, při které se zajišťuje vstup do dutiny břišní za pomoci trokarů. Do trokarů je postupně zavedena optika a operační nástroje. Optikou lze pak zobrazit dutinu břišní a orgány. Jinak řečeno, laparoskopie znamená pohled do dutiny břišní. V současné době je to jedna z nejčastěji používaných metod v gynekologii. Provádí se v celkové anestezii. Laparoskopie má několik výhod. První výhodou je zkrácení doby operačního výkonu. Dále je nutné zmínit, že při laparoskopii je menší krevní ztráta a je zkrácená nutná doba hospitalizace. Pacientka se po takovém zákroku rychleji zotavuje, což jí umožní rychlejší návrat do pracovního života. Co se týče pooperačních jizev, jsou jednoznačně esteticky přijatelnější (Endometrioza, 2007; GYN, 2003).

### *1.2.1 Historie laparoskopie*

Endoskopická chirurgie začíná již v roce 1847, kdy Sir James Y. Simpson zavedl chloroformnarkózu. Jedny z prvních poznatků o endoskopickém vyšetření peritoneální dutiny jsou zaznamenány v počátku 20. století, kdy chirurg Georg Kelling vedl v Hamburku, kde se konal sjezd německých lékařů a přírodovědců, přednášku na téma „O vyšetření jícnu a žaludku ohebnými přístroji“. Mimo jiné také zmínil možnost prohlídky dutiny břišní pomocí zrcadel. Vyšetření provedl Georg Kelling na živém psovi v roce 1901. Již v té době bylo upozorněno na přípravu zažívacího traktu před vyšetřením a na nutnost zavádění pneumoperitonea. Nutná byla již také poddajnost břišní stěny. První zaznamenaný laparoskopický výkon u člověka byl proveden v roce 1911 (Doležal a kol., 2007; Roztočil a kol., 2011).

Zpočátku laparoskopii ovládala nejvíce ze všech Evropa, poté se ve 30. letech 20. století začala rozšiřovat i do USA. Přístupy do dutiny břišní byly odlišné. Zpočátku se prováděla tzv. kuldoskopie, což byl přístup nejčastější a prováděl se zadní stěnou poševní. V 60. letech byl zaznamenán velký rozmach operační laparoskopie a pro lepší přehlednost se upřednostnil a ustálil břišní přístup. Vzhledem k počtu provedených laparoskopií bylo již v 70. letech možné vymezit výhody přístupu laparoskopického oproti laparotomickému (Doležal a kol., 2007).

V dnešní době se nesetkáme s gynekologickým onemocněním, které by se nedalo řešit endoskopickým způsobem. Rozhodnutí o laparoskopickém výkonu je vždy provedeno s ohledem na vzdělání a schopnosti operačního týmu a zejména na tom, jak je vybavený operační sál (Doležal a kol., 2007).

### **1.3 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie**

Pod názvem laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (dále jen LAVH) si představíme operační výkon, při kterém se kombinuje operace vaginální spolu s laparoskopií a prostřednictvím tohoto zákroku je odstraněna děloha. Patří mezi nejmodernější metody v gynekologii. LAVH je velmi podobná vaginální hysterektomii s tím rozdílem, že při LAVH se používá laparoskop. Pro LAVH je typická rychlejší rekonvalescence, která zkrátí dobu hospitalizace. Existují 2 typy LAVH. Jedná se o typ superiorní a inferiorní. Pro superiorní typ je charakteristické to, že jsou z poševního přístupu přetřaty děložní tepny a poševní klenby. U typu inferiorního jsou děložní tepny a poševní klenby přetřaty v laparoskopické fázi. Holub (2005) ve své knize uvádí, že v lednu roku 1988 byla provedena celosvětově první laparoskopická hysterektomie, kterou za použití akvadisekce a bipolárních Klepingerových kleští provedli Reich a DeCaprio (Holub a kol., 2005; Roztočil a kol., 2011).

Lékař zkontroluje zdravotní situaci, aby se ujistil, že neexistují žádná zvláštní rizika zakazující použití tohoto postupu (předchozí operace, které by mohly zvýšit riziko abnormálního zjizvení - adheze). Pokud má toto pacientka

ve své anamnéze, pravděpodobně bude lepší, když se provede odstranění dělohy abdominální cestou (Trupin, 2014).

Navzdory vývoji léků a konzervativních chirurgických technik je hysterektomie stále častěji prováděna u netěhotných žen. Výhody hysterektomie musí převážit riziko chirurgického zákroku (Cosson, Querleu, Dargent, 2005).

### *1.3.1 Operační technika*

Prvním krokem je umístění pacientky do požadované pozice, kterou představuje Trendelenburgova poloha, při níž je zabráněno nadměrnému tlaku na dolní končetiny. Dolní končetiny jsou tedy flektované v úhlu pětáctyřiceti stupňů. Nevhodná poloha dolních končetin ve třmenech může mít za následek poranění nervů. Tato poloha je vhodná pro manipulaci s dělohou během operačního výkonu. Operátor pracuje společně s anesteziologem a zvažují, zda ruce pacientky zůstanou natažené podél těla nebo budou nataženy do pravého úhlu od těla. Vzhledem k délce operace je nutné zajistit ramena pacientky opěrkou proti otlaku. Hýždě pacientky mírně přesahují dolní hranu stolu. Mezitím je pacientka uvedena do celkové narkózy. Postupuje se přípravou operačního pole. Po přípravě přistupujeme k zavedení děložního manipulátoru, který nám dovoluje pohybovat dělohou a dokáže napodobit děložní trakci jako při laparotomii. Základním předpokladem k úspěšnému provedení laparoskopické fáze operace je použití kvalitního manipulátoru u pacientek s velkou dělohou nebo u subserózních myomů umístěných na zadní stěně (Holub, Kužel a kol., 2005; Roztočil a kol., 2011).

Ve druhé fázi se nejprve břišní dutina naplní plynem, oxidem uhličitým (CO<sub>2</sub>). Tím zakládáme tzv. peritoneum. Dále se zavede teleskopický port délky jedenáct mm do pupku. Do oblasti podbříšku a laterálně se zavedou další dva porty o délce pět mm pod zrakovou kontrolou a za provedení transluminiscence břišní stěny, aby nedošlo k poranění epigastrických cév. Podle velikosti dělohy, anatomie pánve a dutiny břišní se přistupuje k zavedení čtvrtého trokaru (Holub, Kužel a kol., 2005).

Třetí fáze začíná podrobnou kontrolou dutiny břišní a orgánů malé pánve pohledem. Pokud se provádí LAVH superiorního typu, učiní operatér několik následně popsaných kroků. Prvním krokem je zajištění zástavy krvácení (hemostázy) a poté je odděleno infundibulopelvický nebo uteroovarický vaz. Následně je prořato ligamentum rotundum. Dále se přistupuje k prostřížení vezikouterinní pliky a dochází k sesunutí močového měchýře. Předposledním krokem je izolace děložních cév při děložní hraně a v prostoru širokého děložního vazů a jejich okluze (koagulací nebo stehem) před následujícím přetětím v poševní nebo v laparoskopické fázi operačního výkonu. Nakonec je provedené přetětí přední nebo zadní poševní klenby s disekcí sakrouterinních vazů (Holub, Kužel a kol., 2005).

Pokud nebyl aplikován dlouhodobě působící roztok (Remestyp) v první fázi, aplikujeme nyní, ve čtvrté fázi, rychle účinkující vazokonstrikční roztok, při přechodu do poševní fáze. Rychle účinkující roztok se aplikuje do tkání hrdla. Následně je provedena cirkulární incize pochvy a otevření obou prostor. Pokud byla již parciální přední nebo zadní kolpotomie provedena v předchozí laparoskopické fázi, přístup do kolemděložních prostor je prokazatelně rychlejší a snazší (Holub, Kužel a kol., 2005).

V poslední fázi LAVH se dostaneme k obnovení pneumoperitonea a pomocí kamery k inspekci operačního pole. Probíhá kontrola hemostázy a při snížené hodnotě nitrobřišního tlaku se odstraní jednotlivé porty, přičemž pečlivě pozorujeme peritoneální incize. Operační výkon ukončujeme sešitím břišních řezů (Holub, Kužel a kol., 2005).

### *1.3.2 Vaginální morselační technika*

Tato technika zahrnuje několik metod, které se indikují v případě větších myomatózních děloh. Jedná se o zmenšovací operace. Volba zmenšovací metody závisí na velikosti a uložení myomatózních uzlů. Řadí se sem hemisekce, enukleace, morselace a coring. Jednotlivé metody mohou být mezi sebou

kombinovány. Znalost těchto zmenšovacích operací je nezbytná ve vaginální fázi LAVH (Holub, 2000).

Hemisekce představuje takový výkon, při kterém dochází k podélnému protěti přední nebo zadní stěny děložní, což usnadní vybavení rozměrnější dělohy. Výkon je možné rozšířit až tak, že dojde k úplnému oddělení podélných částí dělohy. Jedna polovina těla děložního se zasune zpět do pánve a to umožní operátorovi snáze se dostat k závěsnému aparátu druhé části dělohy a k jejímu vynětí. Mezi další techniky patří enukleace myomu neboli myomektomie. Enukleace svalových uzlů vede k postupnému zmenšení dělohy. K úchopu a otočení myomu se používají americké nebo Kocherovy kleště. Další technika, která se používá ke zmenšení dělohy, se nazývá morselace. Po tom, co jsou enukleací odstraněny větší myomy, je vhodné, aby operátor získal další prostor pro preparaci, který získá vyřezáním menších kousků zbytnělé děložní svaloviny. Při této metodě musí být operátor zvláště pozorný a musí sledovat, zda nedošlo k průniku skalpelu skrz serózu děložního povrchu. Další a zároveň poslední technikou je coring. Tato technika se používá zejména ke zmenšení menších myomatózních děloh. Zmenšení dělohy se provádí centrálním vyřezáním za pomoci cirkulárního iniciálního řezu a následně kónického útvaru. Je doporučeno řez založit na úrovni děložního istmu tak, aby byla periferní vrstva zevního myometria pět milimetrů silná. Po odstranění centrální části s dutinou děložní je objem dělohy zmenšen natolik, že následné vytažení zbylé slupky je snadnější (Holub, 2000).

### *1.3.3 Chirurgický tým*

Doporučuje se přítomnost tříčlenného operačního týmu v následujícím složení. Po levé straně pacientky stojí operátor. Na pravé straně, blíže k hlavě, stojí první asistent, který levou rukou vede kameru. Na pravé straně, ale blíže k dolním končetinám, stojí druhý asistent. Jeho úkolem je manipulace dělohou. Výhodnější však je přítomnost třetí asistence, která stojí mezi dolními končetinami pacientky (Holub, 2000).

#### *1.3.4 Podmínky operace*

K LAVH by nikdy neměl přistoupit nezkušený operátor. Vždy musí projít důkladnou přípravou a musí mít dostatek zkušeností s operační laparoskopií. Operátor by měl mít také zkušeností s laparoskopickými výkony na adnexech, jako je např. salpingektomie a adnexektomie. Samozřejmostí je zvládnout střídavě ostrou a tupou preparaci při lýze adhezí. Zkušenosti získané při těchto výkonech vedou k bezpečnému provedení laparoskopické hysterektomie. Bez předešlých zkušeností a dovedností by se tak mohla LAVH stát frustrujícím výkonem pro operátora, což by následně mohlo ohrozit pacientku na životě. Pro operátory, kteří neovládají vaginální operační techniku, není LAVH náhradním řešením. Tento omyl se vyskytuje na pracovištích, kde při gynekologických zákrocích dominuje abdominální způsob. Pro operátora neovládajícího operaci obtížných vaginálních hysterektomií bude velmi náročné zvládnout některé nelehké fáze vaginální části LAVH. Je důležité edukovat pacientku o potenciálních rizicích a také o možnosti změny z laparoskopického výkonu v klasický abdominální otevřený způsob. (Holub, 2000)

#### *1.3.5 Technické vybavení*

K nezbytnému vybavení patří kvalitní laparoskopická technická jednotka. Automatický insuflátor oxidu uhličitého umožňující držení konstantního pneumoperitonea, bipolární a monopolární koagulace, irigační a sukční technika patří k dalšímu nezbytnému vybavení. Do dalšího instrumentaria, které je potřebné k LAVH, patří dvojce atraumatické úchopové kleště, zahnuté monopolární nůžky, rovné nebo zahnuté kovové nůžky, hákové nůžky, klip aplikátor, dva kvalitní kovové jehelce, přídatné šicí a hemostatické pomůcky (Holub, 2000).

### *1.3.6 Indikace LAVH*

Hlavními dominantními indikacemi k provedení LAVH jsou zejména benigní choroby pánevních a pohlavních orgánů. Řadí se sem především zhoubné choroby dělohy a adnex, prekancerózy hrdla děložního, těla děložního a ovaria, karcinomy endometria a děložního hrdla v časném stádiu. Do dalších indikací patří nepravidelné nebo silné krvácení, které však nereaguje na farmakologickou léčbu, nezahoubné nádory děložní svaloviny – myomy. Nejčastějšími nádory dělohy u žen v reprodukčním věku jsou právě děložní myomy, jejichž příčinou může být abnormální krvácení a bolesti. Indikovány jsou pacientky se sestupem dělohy a ty, u kterých se objevily přednádorové a nádorové změny děložního čípku. Součástí operací pro cystické a nádorové změny vaječníků a endometriózu může být hysterektomie (Holub, Kužel a kol., 2005; Fait, 2010; Kubínová a kol., 2012).

### *1.3.7 Kontraindikace LAVH*

Do skupiny kontraindikací patří zejména pacientky s kardiálním onemocněním, kde je možné, že dojde k selhání oběhu kvůli tomu, že se pacientka během operačního výkonu nachází v nevýhodné Trendelenburgově poloze. Mezi relativní kontraindikace řadíme předchozí mnohočetné laparotomie (pro komplikovaný zánět pobřišnice). Dalším typickým příkladem relativní kontraindikace je obezita (Holub, Kužel a kol., 2005).

### *1.3.8 Komplikace při LAVH*

Nejčastěji vyskytující se komplikace souvisejí s poraněním střeva, močového měchýře, velkých cév a močovodu. Při operaci může výjimečně dojít ke krvácení takové intenzity, která následně vyžaduje aplikaci krevních derivátů. Tyto problémy mohou vyžadovat přechod z laparoskopie na otevřenou operaci, zvětšení operační rány nebo se musí přistoupit k úplně nové operaci. Otlak nervů končetin

na operačním sále s následnou poruchou citlivosti a hybností je společným rizikem pro všechny operace. Citlivost a hybnost končetin mizí během několika týdnů od operace. Vyskytují se i anesteziologické komplikace, kam se řadí poruchy dechu, srdečního rytmu a alergická reakce na léky používané při znecitlivění (Holub, 2000; Fait, 2010).

### *1.3.9 Komplikace po LAVH*

Vzhledem ke změně anatomických poměrů v malé pánvi dochází k dočasné poruše vyprazdňování močového měchýře, proto je preventivně po několik dní ponechán permanentní močový katétr. Ze stejných příčin je dočasně porušeno vyprazdňování stolice. Jako prevenci volíme podávání určité dietní stravy po operaci a tím tak postupně zatěžujeme střeva. Z důvodu snížené obranyschopnosti organismu se může objevit infekce v operační ráně, a tím pádem k jejímu zhoršenému hojení. To se musí následně řešit lokálními obvazy s přídavkem hojivých a dezinfekčních látek. Vzácná je infekce močových cest a malé pánve, uzávěry žil sraženou krví a vznik píštělí. Spojky vznikají z důvodu narušení cévního zásobení mezi pochvou a močovým měchýřem, močovou trubicí, močovodem a střevem (Fait, 2010).

### *1.3.10 Výhody a nevýhody LAVH*

Mezi nejdůležitější výhody LAVH řadíme zkrácenou dobu hospitalizace, menší operační ránu, menší možnost vzniku infekce, menší krevní ztráty, menší a kratší pooperační bolesti, rychlejší návrat do pracovního života a k normálním každodenním aktivitám. Za nevýhodu můžeme označit nemožnost osahat si orgány dutiny břišní. Operace je také technicky náročnější, než je tomu u klasické abdominální hysterektomie (Roztočil, 2011; Simočková, 2011).



## 1.4 Strach

*„Medzi úrovňou strachu a bolesťou je priama závislosť. Strach zvyšuje prah bolesti. Čím viac sa chorý bojí, tým ťažšie znáša bolesť. Vnímanie bolesti ovplyvňuje aj nedostatok spánku, nepochopenie, sklúčenú náladu, nechutenstvo, apatiu“ (Gulášová, 2005, s. 242).*

Celý náš život je doprovázen strachem. Je to psychický jev, který formuje lidskou osobnost. Má signální a ochrannou funkci. Strach se vyskytuje v situacích, kdy se člověk cítí ohrožen. Vede člověka k obrannému a vyhýbavému chování. V přiměřené míře je strach užitečnou emocií, která je důležitá v přípravě na zátěžovou situaci. Mezi úzkostí a strachem není určená pevná hranice, ale jestliže pocítuje člověk úzkost, není si vědom příčiny, která danou úzkost způsobuje (Vymětal, 2007).

Zdravotníci pracovníci mohou vhodným využíváním existujících prostředků a metod ovlivnit názory a postoje pacientky. Mezi základní postupy předoperační přípravy patří psychologický přístup a farmakologická příprava. Předoperační strach ovlivňujeme medikamentózní přípravou. Využívají se hypnosedativa a používají se dva postupy. Za prvé se hypnosedativa podávají v předvečer operace a zapříčiní uklidnění pacientky a navození spánku. Za druhé se aplikují preparáty, které ovlivňují psychiku a jsou součástí premedikace v den operačního výkonu (Gulášová a kol., 2012).

Psychologickým přístupem se zdravotníci pracovníci snaží ovlivnit postoj pacientky k onemocnění a získat si pacientku k aktivní spolupráci. Podstatou je, aby pacientka měla dostatečné množství informací o výkonu a o ošetrovatelské péči. Pokud pacientka nemá dostatek informací nebo jí byly nevhodně sděleny, může dojít k iatrogenii. Iatrogenie pak nutí získávat informace od spolupacientů nebo jiných členů ošetrovatelského týmu. Takové informace mohou být ovšem neúplné nebo zkreslené. Důležité je také naslouchání, které znamená plně chápat a porozumět (Zacharová a kol., 2007).

Strach může být překonán dobrými rodinnými vztahy, protože se příbuzní zajímají o zdravotní stav pacientky a dávají najevo, že jim záleží na jejím brzkém uzdravení a rekonvalescenci (Gulášová a kol., 2012).

Nevěnuje-li porodní asistentka pozornost monitorování a eliminaci strachu, může to vést k psychickým problémům, mezi které řadíme apatii, hypochondrizaci a zvýšený pooperační strach. Mírná apatie je považována za normální reakci po operaci, avšak může být signálem hlubší pooperační deprese. Proto je velice důležitá monitorace projevů chování pacienta. Zvýšený pooperační strach může způsobovat různé problémy, např. močení a zvracení. Zpomaluje hojení i proces zotavování. Při eliminaci psychologických problémů se uplatňuje ošetrovatelský proces, který na základě sběru údajů o pacientce napomáhá monitorovat výskyt problémů a hledat jejich řešení ve spolupráci s pacientkou. Dále se využívá edukačního procesu v práci porodní asistentky, protože strach se velmi často vyskytuje z důvodu nevědomosti. Proto by měla porodní asistentka poskytnout pacientce dostatečné množství informací v rámci svých kompetencí. Předpokladem poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je psychologická péče porodní asistentky o pacientku. Mezi součásti psychologické péče se řadí psychologická příprava před operací a následně po ní (Gulášová a kol., 2012).

## **1.5 Ošetrovatelská péče před operačním výkonem**

Definice ošetrovatelské péče dle Věstníku z roku 2004 zní: „*Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi.*“ Za kvalitní ošetrovatelskou péči považujeme péči, která je vzhledem ke stavu pacienta účinná, pozitivně pacientem přijatá a z hlediska možného využití zdrojů adekvátní (Farkašová a kol., 2006).

### *1.5.1 Předoperační příprava*

Předoperační příprava začíná už jen rozhodnutím o tom, že bude operační výkon proveden. Každý operační zákrok představuje pro ženu určitou zátěž a vzhledem k tomu, že je spojený s rizikem vzniku určitých komplikací, je úlohou jak porodní asistentky, tak lékaře pacientku na operaci důkladně připravit. Cílem předoperační přípravy je tedy především předcházet pooperačním komplikacím a zajistit vhodné a šetrné podmínky pro operační průběh bez komplikací. Patří sem příprava tělesná i psychická. Rozsah přípravy je závislý na naléhavosti výkonu (Repková a kol., 2006).

### *1.5.2 Vzdálená předoperační příprava*

Vzdálená předoperační příprava zahrnuje interní předoperační vyšetření, kam patří odběr krve na laboratorní vyšetření (krevní skupina + Rh faktor, krevní obraz, BWR, HIV, HbSAg, sedimentace erytrocytů a biochemické vyšetření krve). Dále sem patří vyšetření moči (chemicky, močový sediment), provedení EKG a RTG plic (Repková a kol., 2006).

### *1.5.3 Předoperační vyšetření*

Vyšetření před operací zajišťuje zejména bezpečnost pacientky během operace. Díky vyšetření je možné, že se odhalí dosud nerozpoznané interní nemoci. Přítomnost interních nemocí ovlivňuje výběr operace, anestezii a následnou pooperační léčbu. Za cíl interního vyšetření se považuje zajištění zdravotního stavu pacientky, posouzení způsobilosti k operaci, navrnutí nejlepšího postupu při přípravě a dále co nejlepší zajištění pooperačního období. Pro ukázkou poměrů v pánvi před operací se využívají doplňkové vyšetřovací metody. Nejčastěji prováděnou metodou je ultrazvuk, magnetická rezonance a počítačová tomografie (Fait, 2010; Kobilková a kol., 2005).

#### 1.5.4 Psychická příprava

Nezbytnou součástí ošetrovatelské péče je právě psychická příprava. Zcela mimořádnou pozornost bychom měli věnovat přípravě pacientčiny „duše“. Pacientce vysvětlíme charakter choroby a možnosti léčby. Odpovídáme na všechny otázky, které nám pacientka pokládá. Pro lepší představu můžeme pacientce popsat průběh operace a pooperačního období. Takto vedené rozhovory pomáhají pacientkám lépe zvládnout předoperační stres (Citterbart, 2001).

Každá nemoc představuje pro ženu určitou změnu každodenního životního rytmu. Hospitalizace a s ní spojené upoutání na lůžko těžce snášejí zejména aktivní ženy. Pro takovou ženu je těžké vzdát se svých každodenních aktivit. Velice stresující je hospitalizace a plánovaný výkon také pro starší ženy a ženy, které nikdy hospitalizované nebyly. Tyto ženy si procházení těžkým obdobím. Hospitalizace představuje vážnou změnu ve způsobu života, která je pro člověka velice nepříjemná, ať už se jedná o společné sociální zařízení, nebo řád oddělení. Vzhledem ke stresu, který klientky prožívají, je pro ně velice těžké a traumatizující mluvit o svých intimních problémech, které je trápí. Před samotnou operací je chování ženy ovlivněno mnoha faktory. Největší roli zde hraje samozřejmě strach, který žena zažívá z toho důvodu, že neví, co ji čeká a jak operační výkon dopadne. Chování ženy ovlivňuje také úzkost, stud a pocit méněcennosti, kdy si klientky mnohdy vyčítají, že jako ženy ve své roli selhaly, že ztratily svou ženskou přitažlivost – „ženskost“ – a cítí se jako neúplné ženy. Strachují se ze ztráty partnerova zájmu. Vyskytnout se může i posthysterektomický syndrom, který se projevuje v souvislosti s odstraněním dělohy. Projevuje se poruchami spánku, bolestmi hlavy, závratěmi, močovými problémy a je doprovázený únavou. V tomto období by měl lékař i porodní asistentka podat ženám vyčerpávající množství informací, ke zmírnění obav a strachu z operace. Je lékařskou povinností bojovat proti strachu, ale je to i úloha zdravotnického týmu. Lékař vysvětlí důležitost provedení operace, podává informace o průběhu a délce pobytu v nemocnici.

Vysvětlí průběh operačního výkonu a s ním spojená rizika a komplikace i případné následky, které se mohou během operace vyskytnout. Pacientka je seznámena se svým zdravotním stavem a je jí vysvětlena nutnost a potřeba operačního výkonu. Na základě poskytnutých informací plně informovaná pacientka podepisuje informovaný souhlas s výkonem. Zároveň je podepsán informovaný souhlas s podáváním informací, s hospitalizací a s podáním anestezie. Porodní asistentka informuje a edukuje pacientku o ošetrovatelských intervencích v předoperačním a pooperačním období. Informace, které předáváme klientce, jsou zaměřeny na problematiku bolesti a s ní spojené možnosti tlumení. Dále se řeší hygienická péče, operační rána, rehabilitace, invazivní vstupy a možné vedlejší účinky anestezie, kam se řadí nauzea a zvracení. Důraz je kladen na problematiku vyprazdňování, kdy pacientka po operačním výkonu může trpět např. meteorismem nebo zácpou. Pozornost je věnována i otázkám sexuálního života. Porodní asistentka nezapomene klientce připomenout možnost kontaktu s rodinou ať už po telefonu, nebo osobně v době návštěvních hodin. Rodina v tomto náročném období ženy hraje hlavní roli a je klientce tou nejsilnější oporou. Porodní asistentka by měla všemi podanými informacemi snižovat úzkost a strach, který klientka prožívá. U klientek panuje největší obava z operačního výkonu, ale také z podané anestezie, kdy se bojí, že už se nikdy neprobudí. S informovanými a připravenými klientkami se lépe spolupracuje a komunikuje. Rekonvalescence, která následuje je většinou bezproblémová z toho důvodu, že jsou pacientky již předem řádně informovány. Proto by se taková edukace neměla podceňovat a čas, který je vynaložený na podrobnou informovanost, se personálu vrátí v podobě bezproblémového průběhu celé hospitalizace (Gulášová, 2005; Slezáková a kol., 2007; Slezáková kol., 2011; Zacharová a kol., 2007).

### *1.5.5 Tělesná příprava*

Povinností lékaře je vybrat nejvhodnější dobu k provedení zákroku. V době, kdy žena menstruuje nebo má těsně po menstruaci, se operační výkon neprovádí z důvodu zvýšené krvácivosti. Vzhledem k tomu, že orgány ženy bývají před menstruací dost překrvené, při provádění operace by byla pacientka ohrožena vyšší krevní ztrátou. Pokud má žena diagnostikovanou anemii, je třeba ji před výkonem upravit za pomoci preparátů železa. Operace je kontraindikována v případě, kdy pacientka trpí akutní infekcí dýchacích cest, virózou nebo zánětem žil. Výjimkou je však vitální indikace, kdy je život ženy na operaci závislý (Kobilková a kol., 2005).

### *1.5.6 Příprava 24 hodin před výkonem*

Porodní asistentka podá pacientce informace o důležitosti a postupu předoperační přípravy před vaginální operací z ošetrovatelského hlediska. Dále porodní asistentka zkompletuje zdravotní dokumentaci a výsledky vyšetření pacientky. Následuje provedení předoperačního posouzení u pacientky a na podkladě zjištěných skutečností edukuje porodní asistentka pacientku o prevenci pooperačních komplikací. Nedílnou součástí je edukace pacientky o změně stravování před samotným operačním výkonem. Důležité je pacientku srozumět s důležitostí a způsobem podání očistného klyzmatu, které je podáno v předvečer operace. Vyprázdnění střev patří mezi základní složky v přípravě k operaci. Klyzma zlepšuje manipulaci se střevy během operace a po operaci je zlepšený nástup střevní aktivity. Porodní asistentka během předoperační přípravy funguje jako psychická podpora a během celého procesu s pacientkou komunikuje, aby si získala její důvěru (Repková a kol., 2006, Fait, 2010).

### *1.5.7 Bezprostřední předoperační příprava*

Do bezprostřední předoperační přípravy patří zejména nácvik hlubokého dýchání, fixování operační rány (při případném zakašlání) a vstávání po operaci. Důraz je kladen na čištění střev. S tím souvisí i to, aby pacientka dodržovala patřičnou dietu. V předvečer operace je pacientce podána lehce stravitelná kašovitá strava. Do půlnoci pak může pít, po půlnoci již nesmí přijímat nic per os a nesmí kouřit. Nezbytnou součástí je příprava operačního pole, kdy porodní asistentka provádí oholení genitálu a vyčištění pupku. Jestliže pacientka přijde již oholená, porodní asistentka provede jen kontrolu, v případě nedokonalostí pacientku doholí. Poté pacientku poučí o celkové hygieně. Jsou sejmuty veškeré šperky, zubní náhrady, brýle, kontaktní čočky a paruky. Pro klidný a nerušený spánek se večer před operací podávají sedativa (Repková a kol., 2006; Fait, 2010).

Nesmí se opomenout prevence tromboembolické nemoci, která je složena z režimového opatření a z farmakologické prevence. Pod režimovým opatřením si představíme použití bandáží na dolní končetiny nebo antitrombotické punčochy, a především dostatečnou hydrataci. Do farmakologické prevence se řadí použití nízkomolekulárního heparinu. V dnešní době je příznivá aplikace nízkomolekulárního heparinu dvanáct hodin před výkonem a poté se pokračuje v aplikaci po výkonu. Všechna tato opatření se provádějí z důvodu snížení rizika nadměrného srážení krve (Holub a kol., 2006; Fait, 2010).

V den operace porodní asistentka aplikuje půl hodiny před výkonem premedikaci (směs léků, které ulehčují následnou anestezii) a edukuje pacientku o tom, aby po aplikaci z postele už nevstávala kvůli možnému kolapsu a následnému zranění. S podáním premedikace se někdy aplikují i antibiotika. Dále je nutné, aby měla pacientka vyprázdněný močový měchýř. Proto porodní asistentka zavádí permanentní močový katétr za aseptického postupu. Následně je zavolán sanitář a spolu s porodní asistentkou odvázejí pacientku na operační sál, kde bude operační výkon proveden. Všechny provedené výkony musí porodní asistentka zaznamenávat do zdravotnické dokumentace a všechny náhlé změny

zdravotního stavu pacientky neprodleně hlásí lékaři (Repková a kol., 2006; Fait, 2010).

## **1.6 Ošetrovatelská péče po operačním výkonu**

Ošetrovatelská péče po operačním zákroku je velmi důležitá obzvláště v prvních hodinách po operaci. Zahrnuje všechny důležité činnosti, které musí být poskytnuty v rámci pooperační péče o pacientku. Důraz je kladen zejména na tišení bolesti a monitoraci fyziologických funkcí (Simočková, 2011).

### *1.6.1 Bezprostřední pooperační péče*

Po skončení operačního výkonu dostane porodní asistentka z operačního sálu telefonickou informaci o konci výkonu a s ním spojený pokyn k odvozu pacientky. Přichází porodní asistentka z jednotky intenzivní péče a přebírá pacientku s kompletní zdravotnickou dokumentací od zdravotní sestry z operačního sálu. Do dokumentace provede záznam o převzetí pacientky. Společně se sanitářem převážejí pacientku na oddělení JIP, kde je pacientka hospitalizována po dobu čtyřiaadvaceti až osmačtyřiceti hodin. V prvních dvou až šesti hodinách po operačním výkonu se postupně odbourávají anestetika, svalová relaxancia a analgetika. Postupně dochází k obnově vědomí a svalovému napětí (Záčeková a kol., 2006; Fait 2010; Simočková, 2011).

Po převozu na oddělení je pacientka uložena na pooperační pokoj, kde zůstává do doby, než je schopna vstát a sama chodit. Porodní asistentka rozprostře pod pacientku jednorázovou savou podložku a na vnější rodidla přiloží hygienickou vložku kvůli krvácení. Krvácení porodní asistentka kontroluje po půl hodině a případné změny hlásí ošetřujícímu lékaři. Stav pacientky je nepřetržitě monitorován. Nejdůležitější je kontrola vitálních funkcí a vědomí. Na hrudi jsou umístěny elektrody sledující srdeční akci. Na paži je umístěna manžeta měřící



krevní tlak a na prstu je připnutý pulzní oxymetr měřící nasycení krve kyslíkem. Pokud je saturace nízká, vyžaduje tento stav aplikaci kyslíku pomocí kyslíkových brýlí nebo kyslíkové masky. Sleduje se kůže a sliznice. Provádí se kontrola odchodu moči. Jelikož má pacientka zavedený permanentní močový katétr, množství moči zjistíme ve sběrném sáčku. Kromě množství sledujeme případné příměsi. Krev z malé pánve a tkáňové tekutiny jsou odváděny drénem, který vede břišní stěnou a obvykle je druhý den odstraněn. Naměřené hodnoty moči a objem drénu zaznamenává porodní asistentka do dokumentace. V chorobopisu je tento den označený za nultý. Vzhledem ke zvýšenému riziku infekce nejsou na jednotku intenzivní péče přijímány návštěvy (Záčková a kol., 2006; Fait, 2010; Kobilková a kol., 2005).

Největší pozornost je věnována bolesti. Je to nepříjemný subjektivní pocit, který pacientka prožívá. Bolest může být tak intenzivní, že zaujme celou mysl pacientky. Dle ordinace lékaře je tedy nutné aplikovat parenterální terapii. Porodní asistentka provádí hodnocení bolesti u pacientky dle hodnotící škály, která se na oddělení využívá. Hodnotí její charakter, intenzitu a lokalizaci. Dle potřeby a ordinace lékaře se mohou podávat analgetika, která bolest zmírní (Záčková a kol., 2006; Gulášová, 2008).

Důraz je kladen na podávání stravy dle druhu dietního režimu. Důležitá je také včasná mobilizace pacientky od prvního dne po operaci. Mobilizaci provádí rehabilitační sestra, která učí ženu pohybovat dolními i horními končetinami a cvičí spolu dýchání. Rehabilitace se provádí na základě ordinace lékaře a provádí ji specialista – fyzioterapeut. Rehabilitace je zahájena obvykle již první den a začíná se dechovým cvičením. Cílem dechového cvičení je zlepšení plicní ventilace a usnadnění vykašlávání. Pacientka se pak první den po operaci posadí a druhý den s dopomocí porodní asistentky vstane. Časné vstávání je prevencí tromboembolické nemoci. Úkolem porodní asistentky je edukovat pacientku o správném vstávání z postele tak, aby byl způsoben co nejmenší tlak na operovanou část. Porodní asistentka musí pacientku poučit o pravidelném vyprazdňování tlustého střeva a sleduje odchod stolice. Nezbytnou součástí péče o pacientku po operaci je pomoc

při hygienické péči během prvních dní (Záčeková a kol., 2006; Kobilková, 2005, Kryski, 2003).

Na základě ordinace lékaře porodní asistentka odstraní permanentní močový katétr. Následuje poučení o intimní hygieně, sexuální abstinenci, potřebě kontroly gynekologem a o pravidelných preventivních prohlídkách v gynekologické ambulanci (Záčeková a kol., 2006).

Všechny výše vyjmenované výkony porodní asistentka zaznamenává do zdravotnické dokumentace a eventuálně vzniklé komplikace ihned hlásí lékaři. Porodní asistentka během všech výkonů dodržuje bariérový systém, díky kterému předchází vzniku a šíření nozokomiálních nákaz (Záčeková a kol., 2006).

Na pooperační oddělení se pacientky překládají druhý pooperační den. Sami vstávají, pomalu se začínají pohybovat a zdravotní stav se pomalu vrací do normálu. Nemocnici opouštějí třetí až pátý den (Fait, 2010).

## **1.7 Návrat ženy do běžného života po operaci**

Pracovní neschopnost je závislá na druhu operace a charakteru práce. U LAVH je neschopnost kratší než u abdominálních operací. Pohybuje se od pěti do čtrnácti dnů, zatímco u abdominální hysterektomie to je šest týdnů. Klientce není doporučováno zvedání těžkých břemen nad patnáct kilogramů. Za působení takové váhy by mohlo dojít k sestupu pochvy. Klientce se doporučuje dopřát si dostatek klidu, jak psychického, tak fyzického, a klást důraz na hygienu, kde se preferuje především sprchování. Je vhodné postupně rehabilitovat a konzumovat dostatek živin a vitamínů. Vhodným oblékáním je třeba se chránit před prochlazením. (Fait, 2010; Slezáková a kol., 2011)

Důležité je ženy edukovat o pohlavním životě a vysvětlit jim, že odstranění dělohy nemá na pohlavní styk žádný vliv. Jde pouze o znemožnění dalšího těhotenství, možnosti mít děti a menses. Obavy ženy vyplývají z faktu, že odstranění dělohy se týká jejich pohlavních orgánů. Děložní hrdlo nemá na pohlavní styk sebemenší vliv, takže muž není schopný rozpoznat absenci dělohy. Pochva totiž zůstane prostorná a její směr zůstává nezměněn. Při výkonu není

narušen poštváček, poševní stěny ani svaly pánevního dna tvořící při pohlavním styku tzv. orgastickou manžetu. Klientkám je doporučena šestitýdenní sexuální abstinence. Vyčkává se na dokonalé zhojení uzávěru poševního pahýlu. Najdou se však ženy, které jsou zbytečně netrpělivé a následně přicházejí do gynekologické ambulance s roztrženou pochvou. To s sebou nese vysoké riziko výhřezu střev před roidla. S dělohou mohou být odstraněny i vaječníky, což může mít za následek snížení sexuálního apetitu. Odstraněním vaječníků, které doposud plnily svou funkci, dochází k vytvoření umělého přechodu, který lze však účinně léčit podáváním ženských pohlavních hormonů – estrogenů (Fait, 2010).

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

V bakalářské práci na téma „Ošetrovatelská péče u žen před a po LAVH“ byly stanoveny dva cíle.

Cíl 1. Zjistit, z čeho mají ženy největší strach před operačním zákrokem.

Cíl 2. Zjistit, jak se změnil tělesný obraz ženy po operačním zákroku.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Na základě stanovených cílů bakalářské práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

1. Jaké techniky využívají ženy ke zmírnění strachu?
2. Čeho se ženy nejvíce obávají před operačním zákrokem?
3. Jak jsou ženy informovány o operačním zákroku?
4. Jak vnímají ženy svůj tělesný obraz po operačním zákroku?

## **3 METODIKA**

### **3.1 Metodika sběru dat**

Pro výzkum bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum znamená subjektivní přístup k popisování životních zkušeností podle subjektivního pojetí (Bártlová, 2009).

Sběr dat probíhal ve dvou případech formou hloubkových nestruturovaných rozhovorů. Po proběhnutí dvou nestruturovaných rozhovorů bylo sestaveno několik nejdůležitějších otázek řešících danou problematiku a výzkum dále probíhal formou polostruturovaných rozhovorů podle sestavených otázek. Bylo sestaveno dvanáct otázek k rozhovorům před výkonem a sedm otázek k rozhovorům po výkonu (viz. příloha č. 1: Otázky k rozhovorům). Úvodní otázky byly zaměřené na identifikační údaje (věk, zaměstnání a nejvyšší dosažené vzdělání). Další otázky byly již zjišťovací.

Rozhovory probíhaly v Oblastní nemocnici Příbram a byly prováděny s ženami, před LAVH a po LAVH. Všechny dotazované ženy byly ústně informovány a s rozhovorem souhlasily. Nebyl na ně vyvíjen žádný nátlak. Rozhovory byly anonymní a dobrovolné. Oslovené ženy byly obeznámeny s tím, že údaje z rozhovorů budou anonymně zpracovány v bakalářské práci na téma „Ošetrovatelská péče u žen před a po LAVH“.

Informace zjištěné z rozhovorů byly postupně zapisovány do počítače a poté byly zpracovány a převedeny do spisovného jazyka. Na základě zjištěných údajů z rozhovorů byly vytvořeny kategorie a schémata.

Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu.

### **3.2 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor tvořily ženy na oddělení operační gynekologie. Pro kvalitativní výzkum bylo zvoleno deset respondentek podstupujících LAVH.

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části jsou popsány výsledky výzkumného šetření. V první části jsou zpracovaná data u žen před operačním výkonem a druhá část výzkumu je zaměřená na ženy po operačním výkonu. Všechna zpracovaná a popsána data pocházejí z vlastního výzkumného šetření.

### 4.1 Souhrnné tabulky

Tabulka 1 – Identifikační údaje dotazovaných žen

Identifikační údaje dotazovaných žen			
Respondentky	Věk	Vzdělání	Zaměstnání
R1	58	středoškolské	nezaměstnaná
R2	50	základní	mistrová šicí dílny
R3	35	vysokoškolské	asistentka
R4	53	středoškolské	zdravotní sestra
R5	49	středoškolské	pošťáčka
R6	42	středoškolské	prodavačka
R7	45	středoškolské	fyzioterapeutka
R8	51	vysokoškolské	administrativní pracovnice
R9	42	vysokoškolské	účetní
R10	48	středoškolské	sekretářka

*Zdroj: Vlastní výzkum.*

Tabulka 1 zobrazuje základní identifikační údaje dotazovaných žen z výzkumu. Z tabulky můžeme vyčíst, že věk respondentek se pohybuje v rozmezí od 35 do 58 let. Nejmladší je R3 a nejstarší R1. Tři respondentky mají vystudovanou vysokou školu. Šest respondentek dodělalo střední školu s maturitou. Pouze jedna z dotazovaných, R2, má základní vzdělání. Povolání dotazovaných žen jsou rozmanitá.

## 4.2 Kategorizace dat u žen před operačním výkonem

Na základě stanovených otázek bylo stanoveno **pět** kategorií: **Diagnóza, obavy z výkonu, činnosti mírnící obavy, zdroje informací a obavy z budoucího života.**

*Schéma 1 Diagnóza*

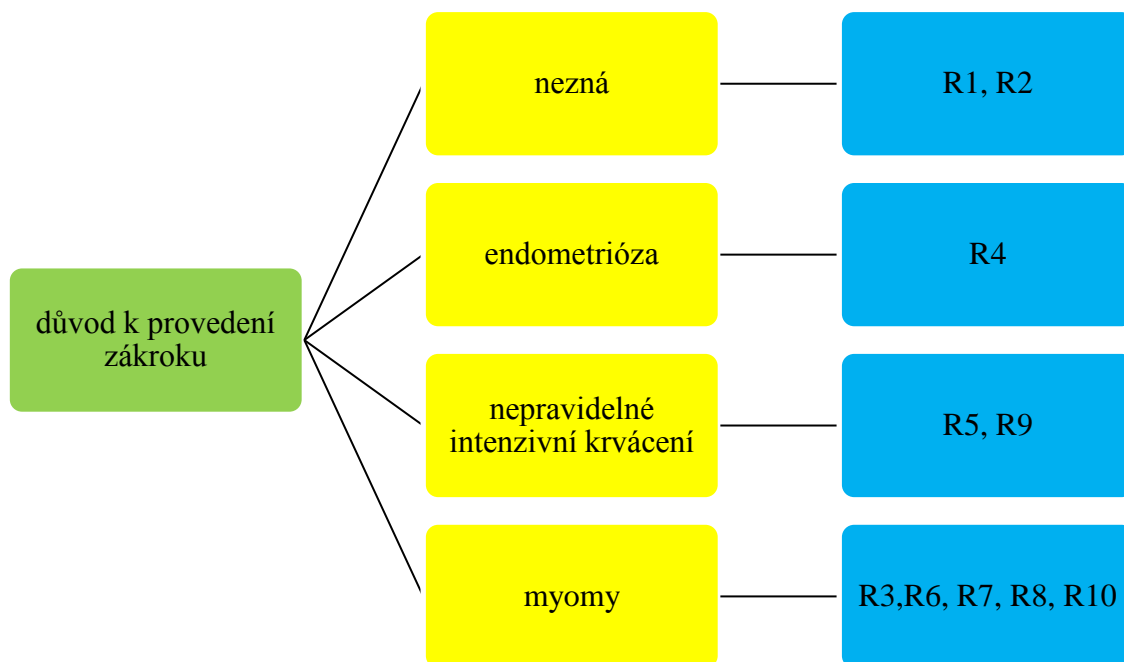


Schéma č. 1 zobrazuje diagnózy všech dotazovaných žen. R1 a R2 svou diagnózu překvapivě vůbec neznaly. V dnešní době je to zajímavé, protože většina žen vyžaduje co největší množství informací o daném problému. Fakt, že R1 nezná svou diagnózu, se opírá o její slova, kdy říká: „*Svou přesnou diagnózu neznám, četla jsem ji, ale nepamatuji si ji, vím pouze jen to, že mi bude odstraněna děloha, vejcovody i vaječníky*“. R2 nad touto otázkou dlouho přemýšlela a poté jen dodala, že svou diagnózu sice četla, ale nemůže si na ní vzpomenout. R4 podstoupila LAVH z důvodu endometriózy, další dvě respondentky, R5 a R9, z důvodu nepravidelného intenzivního krvácení, které nereagovalo na farmakologickou léčbu. Pěti respondentkám byla odstraněna děloha z důvodu myomu na děloze.

## Schéma 2 Obavy z výkonu

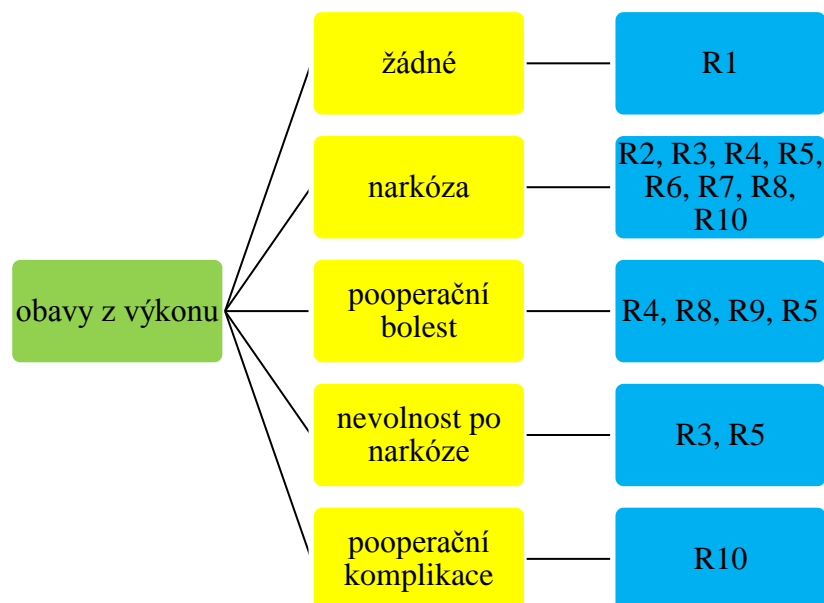


Schéma č. 2 popisuje, čeho se ženy před operačním výkonem obávají. Nejčastější odpovědi respondentek bylo, že se nejvíce obávají narkózy. Celkem tak odpovědělo osm respondentek, z nichž R7 odpovídá: „*Nejvíce se bojím narkózy, protože jsem nikdy nic takového nepodstoupila a vůbec nevím, co mě čeká a co se se mnou bude dít. Neustále si v hlavě promítám okamžik, až budu ležet na operačním stole a do žíly mi bude proudit uspávací látka. Bojím se toho momentu, kdy usnu a jestli se vůbec z té narkózy probudím.*“ Čtyři z deseti respondentek mají největší strach z pooperační bolesti. R4 se svěřila: „*Pooperační bolest, to je přesně to, z čeho mám opravdu strach, jelikož si myslím, že mám nízký práh bolesti a vůbec celkově každou bolest jakéhokoliv charakteru a intenzity špatně snáším.*“ Jedna z respondentek nemá z výkonu překvapivě vůbec žádné obavy. Říká: „*Jsem totiž s operací naprosto smířená, vnitřně vyrovnaná a moc o tom, co mě čeká, nepřemýšlím. Z narkózy strach nemám, protože už s ní mám zkušenosti z předchozích operací. Beru to jako součást svého života.*“ R10 uvádí, že má strach z pooperačních komplikací. Dle jejích slov se konkrétně obává například vnitřního krvácení a toho, že by se jí do čerstvé jizvy mohla z nějakého důvodu dostat infekce. Respondentky 3 a 5 uvedly, že se strachují kvůli tomu, jak budou reagovat na narkózu po probuzení. R3 uvádí: „*Jednou už jsem uspaná byla a pak jsem zvracela.*“



Schéma č. 3 Činnosti mírnící obavy

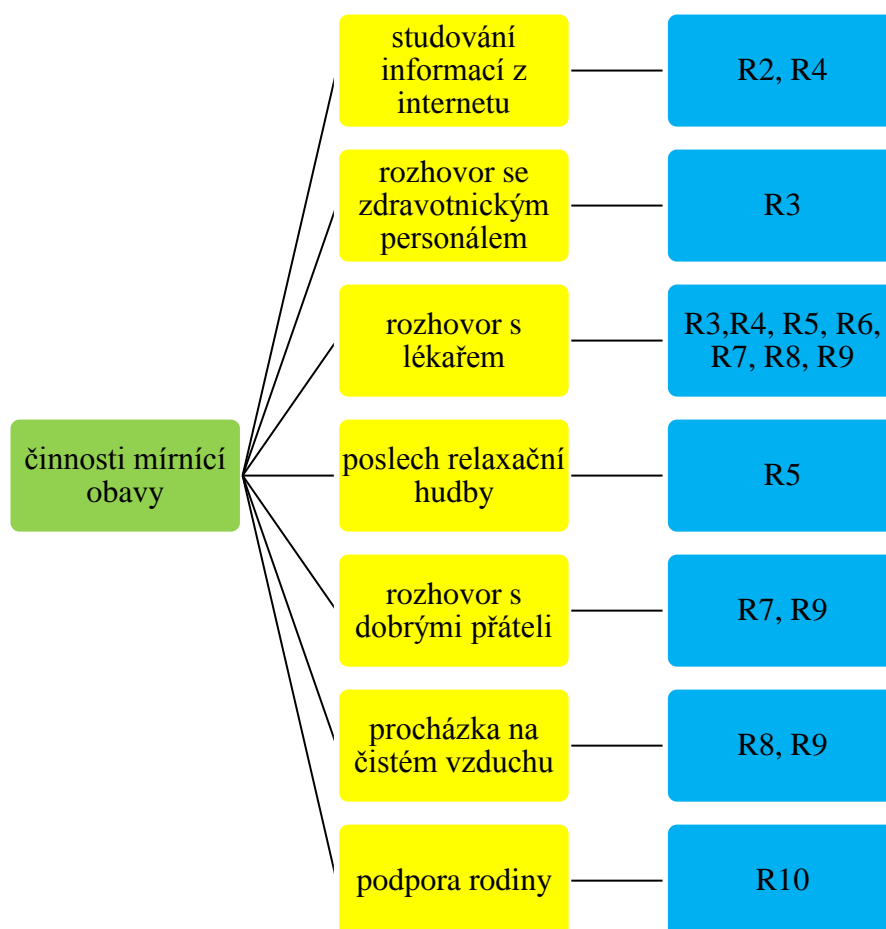
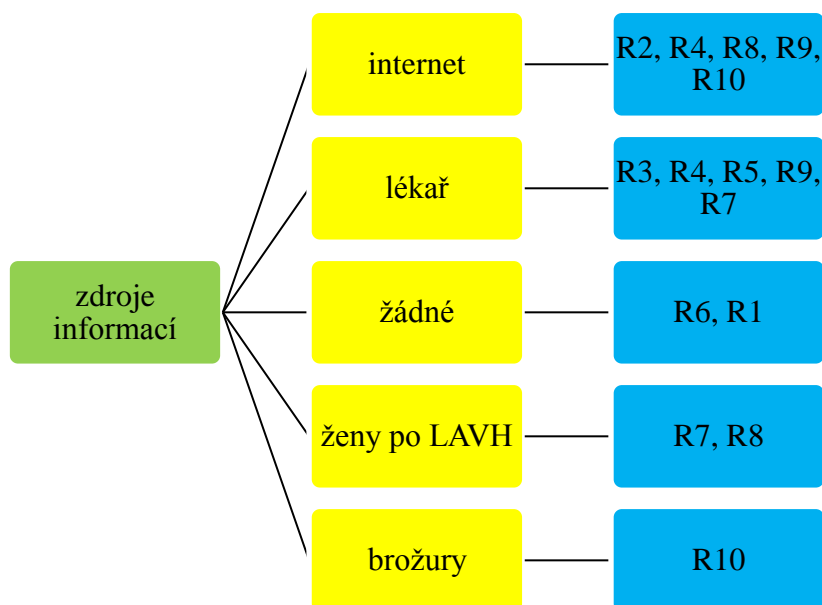


Schéma č. 3 popisuje, co vykonávají ženy pro to, aby své obavy buď zmírnily, nebo úplně odstranily. V této kategorii se nachází mnoho odlišných aktivit, které ženy považují za vhodné k mírnění obav. Sedm z deseti žen jako nejlepší způsob k odstranění obav považují rozhovor s lékařem, protože jedině od něj dostanou podrobné informace a jsou jim zodpovězeny srozumitelně všechny dotazy, které jsou pro ně důležité. Všechny tyto respondentky byly plně informovány, věděly vše, co vědět potřebovaly, a rady od lékaře si chválily. Dvě respondentky považují za vhodné prostudovat si informace na webových stránkách, kde naleznou i názory žen, které podstoupily stejný operační výkon. K tomu se R2 vyjadřuje následovně: „Raději si všechno přečtu

*a nastuduju na internetu, kde si pročtu diskuze a najdu zde odpovědi na to, co mě zajímá, než abych otravovala a zdržovala lékaře v nemocnici.*“ Naopak R5 sdělila, že sice studovala informace v internetových diskuzích, ale každá žena psala něco jiného, tak nevěděla, co si z toho má vzít. Tím pádem tento způsob nepovažuje za vhodný a říká, že nejlepší způsob pro zmírnění obav je kvalitní rozhovor s lékařem. Respondentky R7 a R9 uklidňuje pohovor s dobrými přáteli. R7 sděluje: *„Moje obavy zmírní povídání s dobrými kamarády, pravdivé a úplné informace od ošetřujícího lékaře o mém zdravotním stavu a důvodu operace. Můj gynekolog mi všechno dopodrobna vysvětlil.*“ R8 a R9 upřednostňují procházky na čistém vzduchu k odreagování, k pročištění mysli a ke zbavení se negativních myšlenek. R3 uvádí, že jí pomohlo, když se zeptala sestřiček na oddělení, jaké mají zkušenosti se ženami, které taktéž podstoupily LAVH, protože si myslí, že informace, nalezené na internetu by jí spíše vystrašily, než uklidnily. R5 se nejlépe odreaguje poslechem hezké relaxační hudby, při které se uvolní, na nic nemyslí a pročistí si mysl. R5 dále dodává: *„Když mám strach, tak mi pomáhá o daném problému zjistit co nejvíce informací a ráda poslouchám relaxační hudbu. Ta mi pomáhá zbavit se negativních a stresujících myšlenek.*“ R10 jako jediná uvedla, že její obavy mírní přítomnost její rodiny a nejbližších příbuzných. Vzhledem k tomu, že R1 nemá z výkonu žádné obavy, nemusela vyhledávat způsoby, jak se své obavy zmírnit či eliminovat.

*Schéma č. 4 Zdroje informací*



Toto schéma zobrazuje zdroje, ze kterých respondentky čerpaly nejvíce informací o operačním zákroku. Pět z deseti respondentek odpovědělo, že nejčastějším zdrojem informací jsou internetové stránky, zejména pak diskuze, kam píší ženy, které také podstoupily LAVH. Paradoxně odpovídá R7: „*Informace, na které jsem nahlédla na internetových diskuzích, mě spíše dezorientovaly, proto jsem volila jednoznačně rozhovor s odborníkem, gynekologem, a pár informací mám od své kamarádky.*“ Druhým nejčastějším zdrojem informací se stal rozhovor s lékařem, který byl pro respondentky R3, R4, R5, R7 a R9 klíčový. R5 odpovídá: „*Pro mě byl nejužitečnější rozhovor s lékařem. Četla jsem i diskuze na internetu, ale každá žena, která si prošla tím samým zákrokem, píše něco jiného, takže nevím, co si z toho mám vzít.*“ Pouze dvě respondentky (R6 a R1) žádné informace týkající se operačního zákroku nevyhledávaly, jelikož z operačního výkonu ani neměly strach. R7 a R8 se rozhodly pro rozhovor s kamarádkami, které již LAVH podstoupily. Jedna respondentka (R10) si zvolila jako zdroj informací informační brožury. Ty ji spolu s internetovými zdroji pomohly zmírnit obavy, protože měla nedostatek informací, ale po prostudování informačních materiálů byla klidnější.

### Schéma č. 5 Obavy z budoucího života

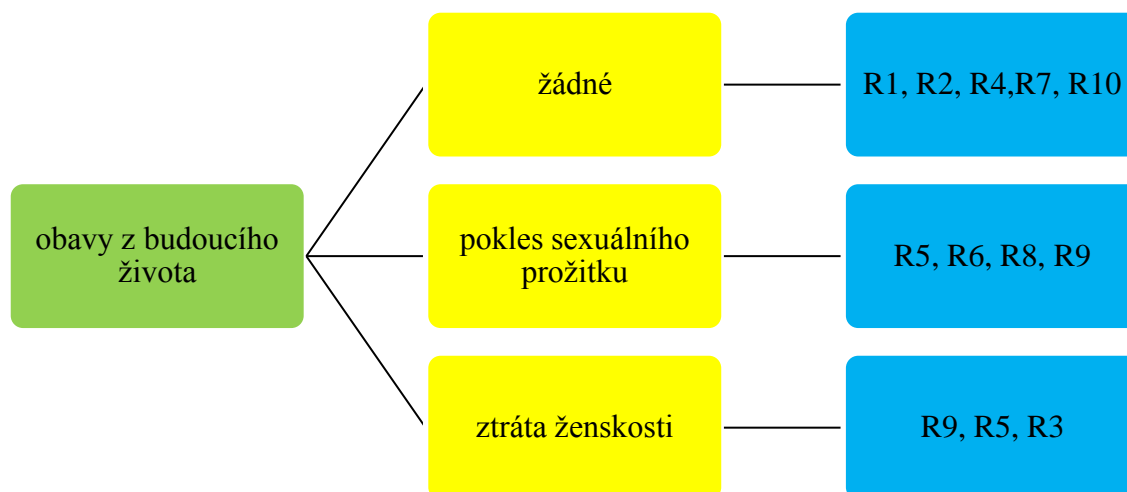


Schéma č. 5 poukazuje na možnosti obav z budoucího života žen. Pět z deseti respondentek se budoucího života, coby ženy bez dělohy, neobávají. R4 říká, že obavy ze ztráty ženství nemá, protože již další děti mít stejně nemůže, a neguje i to, že by to případně nějakým způsobem mohlo ohrozit její partnerský život. R4 dále dodává: „*Jsem ráda, že se mě do budoucna nebude týkat například rakovina těla děložního.*“ Zajímavý je názor R7, která na otázku: „*Máte nějaké obavy, které se týkají budoucího života?*“ odpovídá: „*Já osobně obavy z budoucího života nemám, ale pokud někdo stále přemýšlí o následcích, tak věřím tomu, že si nějaké problémy sám přivolá.*“ Svěřila se také R10, která říká: „*Obavy nemám, jelikož mám obrovskou podporu od manžela, a proto vím, že se nemusím budoucího života obávat.*“ Čtyři respondentky uvádějí, že mají obavy z poklesu sexuálního prožitku. „*Trošku se bojím, jak bude reagovat manžel, jaký bude náš další sexuální život a jestli to manžel nějak pozná,*“ říká R5. K psychickým problémům týkajících se ztráty ženství v důsledku odstranění dělohy se vyjádřilo několik respondentek. R2 řekla, že si určitě nebude připadat méně žensky

po odstranění dělohy, vzhledem k množství nastudovaných informací a vzhledem k tomu, kolik jí je let. Dále se rozpovídala R3, která má stejně jako R5 a R9 obavy ze ztráty ženskosti: *„Vzhledem k mému věku si určitě budu připadat méně žensky. Nemít menstruaci bude možná jedna z těch pozitivnějších věcí, ale budu si zkrátka připadat jiná, protože jsem o ni nepřišla přirozeným způsobem. Další věcí je fakt, že jsem relativně mladá, a tak jsem si myslela, že stihnu mít ještě jedno dítě (doma máme jedináčka), takže jsem z toho nesvá. Dále mě napadá, jestli fakt, že nebudeme moct mít děti, nějak neovlivní manžela a nebude mu to vadit. V hlavě mám teď opravdu zmatek.“* R10 řekla, že ztrátu ženskosti může ovlivnit fakt, když jsou ženy samy, nikdo je nepodporuje a nepomáhá jim. *„O ztrátě ženskosti přemýšlím už delší dobu a můžu vám říci, že si opravdu myslím, že si nebudu připadat jako žena. Už teď před vámi se stydím, je mi trapně a není lehké se o tom bavit,“* sděluje R9. I R5 má obavy ze ztráty ženskosti, což potvrzuje svou výpovědí: *„Nad tímto faktem jsem docela dlouho přemýšlela. To víte, že už si nebudu připadat jako ženská, ale na druhou stranu se stále uklidňuji tím, že nejsem jediná ženská na světě, která přijde o dělohu. Snad se s tím naučím žít.“* Nad ztrátou ženskosti se také zamyslela R8, ale ta si nemyslí, že by odebrání dělohy ubralo na ženskosti. R1 nad ztrátou ženskosti rozmýšlela následovně: *„Tak nad tím jsem nikdy nepřemýšlela, nikdy mě to ani nenapadlo.“*

### 4.3 Rozhovory s respondentkami po výkonu

#### Respondentka 1

Čtvrtý den po operaci probíhala druhá část rozhovoru. Respondentka byla ve výborném psychickém rozpoložení, smála se, tvářila se mile a přívětivě i přes bolest, kterou pociťovala. Před výkonem neměla žádné obavy a ani teď nepociťuje obavy ani změny. Zatím se u ní nevyskytl žádný problém. Tedy ne takový, který by nedokázala sama vyřešit. Překvapila ji pooperační bolest. Určitou bolest očekávala, ale ne takovou. Říká, že to ale nebyl problém, protože byla porodní asistentkou edukována o možnosti využití analgetik tlumících bolest. Sama sebe nevnímá odlišně než před operací, protože již v rozhovoru před výkonem říkala, že hysterektomii bere jako součást svého života a že ztráta dělohy nijak neovlivňuje názor na ztrátu ženství. Vzhledem ke svému věku říká, že operace ani dočasně, ani trvale nijak její život neovlivnila a neovlivní. Tvrdí, že hysterektomie její život nijak neomezuje a nekomplikuje. Děti totiž už má, a kdyby chtěla další, tak by to vzhledem k jejímu věku beztak už nebylo možné.

#### Respondentka 2

Čtvrtý den po operaci proběhla schůzka s respondentkou 2 k dokončení druhé části rozhovoru. Na první pohled je vidět, že je pacientka skleslá. Výraz její tváře poukazuje na pooperační bolest, což respondentka zpětně potvrzuje. Ale i ona byla porodní asistentkou edukována o možnosti využití analgetik. Před operací se obávala narkózy, ale nyní potvrzuje, že její obavy byly zbytečné, protože jí lékař i zdravotní sestra z anesteziologicko-resuscitačního oddělení vše vysvětlili a komunikovali s ní. „*Než jsem se nadála, už jsem spala. Ani jsem nevěděla, kdy a jak jsem usnula,*“ vzpomíná nyní po operaci respondentka 2. Informace, které dostala od pracovníků z anesteziologicko-resuscitačního oddělení, pro ni byly klíčové a pomohly jí k odbourání strachu. Žádné problémy, které by respondentka nedokázala vyřešit, se nevyskytly. Výskyt psychických problémů respondentka neguje a samu sebe nevnímá odlišně než před zákrokem. „*Sama sebe vnímám*

*stejně jako před operací. Řekla jsem si, že nejsem jediná ženská na světě, která žije bez dělohy,*“ dodává.

### **Respondentka 3**

S respondentkou č. 3 jsme se také sešli čtvrtý den po výkonu. Před samotným výkonem měla obavy z narkózy, ale nyní potvrzuje, že její obavy byly zbytečné. *„Naštěstí mohu říci, že uspávání bylo rychlé a skoro o něm ani nevím. Když bylo po operaci, tak na mě mluvili, ale popravdě si vůbec nepamatuju, co mi říkali. Byl to strašně zvláštní stav, ale to k tomu asi patří. Nepříjemné bylo dospávání z narkózy. Bylo mi docela špatně, sice jsem nezvracela, ale měla jsem pocit, že nemůžu pohnout žádnou částí svého těla, aniž bych se nepozvracela. Když jsem dostala léky na nevolnost, tak to bylo mnohem lepší,*“ říká R3. Problém se vyskytl hned při prvním vstávání, které bylo pro R3 dost těžké. *„První vstávání bylo dokonce ještě těžší, než jsem si představovala. Hlava se mi motala jako nikdy předtím. Sporodní asistentkou jsem vstala až na třetí pokus. Dost mi potom pomohla sprcha, která mě probrala a po které se mi udělalo lépe.*“ Respondentku také zaskočila nepříjemná bolest. Jistou bolest očekávala, ale myslela si, že ji zvládne lépe. Samu sebe respondentka vnímá podstatně jinak, protože jak už se v rozhovoru před zákrokem zmínila, bude se cítit podstatně méně žensky. Tento fakt nyní potvrzuje a z jejího výrazu jde poznat smutek a lítost. Nejvíce ji mrzí nemožnost mít další potomky, o kterých s manželem snili. Těší se domů na svou rodinu, a hlavně na manžela, v němž má obrovskou podporu, kterou intenzivně vnímá. Svěřila se, že kdyby nebylo manžela a blízkých příbuzných, tak by se asi zhroutila, protože by se neměla komu vyzpovídat a nikdo by nemohl vyslechnout její starosti a problémy. Samotná hospitalizace už ji deprimuje. Její život se mění trvale tím, že již nebude menstruuovat, což také brala jako skutečnost, která patří do života ženy. Nejhorší pro ni bude vyjít do společnosti, děsí se totiž otázek, které jí budou kladeny (*„proč jsi byla na výkonu“* atd.). Na závěr našeho

rozhovoru pacientka uvedla: „*Jsem ráda, že mi alespoň ponechaly vaječníky a vejcovody, abych se nemusela zabývat hormonální terapií.*“

#### **Respondentka 4**

I za respondentkou č. 4 jsem se vydala čtvrtý den po zákroku. Působí příjemným a přátelským dojmem a vítá mě s úsměvem na tváři. Před operací měla strach z narkózy a z pooperační bolesti, ale nyní vypráví: „*Narkózu jsem zvládla dobře a nebylo mi po ní ani špatně. Pooperační bolest jsem ale naopak zvládala dost špatně. Až potom, co jsem dostala léky na bolest, se to o trochu zlepšilo. Na první pohyby nechci ani vzpomínat, jak mě to bolelo. V jednom okamžiku mě to dohnalo i k slzám.*“ Na otázku, jestli se vyskytly nějaké problémy, odpověděla následovně: „*Docela mě překvapilo, jak těžké pro mě bylo se znovu rozpohybovat.*“ S pohybem respondentce velmi pomohla fyzioterapeutka, která jí ochotně radila a při rehabilitaci byla trpělivá. Pohled na samu sebe respondentka nezměnila a žádné psychické změny nezaznamenala. Je ráda, že je zdravá, vše dopadlo dobře a nijak se netrápí tím, že nemá dělohu. R4 se nám ještě svěřila, že už nikdy nechce být hospitalizovaná, protože velmi špatně snáší odloučení od rodiny. Má problém svěřovat se neznámým lidem v neznámém prostředí. V takovém případě se cítí zranitelná a deprimovaná.

#### **Respondentka 5**

S respondentkou č. 5 se opět scházíme čtvrtý den po operaci, abychom společně dokončily rozhovor. Největší obavy měla z narkózy, z pooperační bolesti a její obavy se skutečně naplnily. Říká: „*Jak jsem čekala, tak narkózu jsem skutečně nesla špatně. Když mě přivezli na oddělení, tak jsem zvracela.*“ Také ji překvapila pooperační bolest. Respondentka se nám svěřila, že s takovou bolestí nepočítala. „*Nejspíš mám nízký práh bolesti,*“ dodává. Žádné jiné problémy, se kterými by si respondentka nedokázala poradit nebo které by ji překvapily, se nevyklytly. Na bolest jí lékař předepsal analgetika a porodní asistentkou byla edukována



o možnosti jejich využití při bolesti. Dále uvádí, že se s bolestí snaží vnitřně vyrovnat. Respondentka se nám již před zákrokem svěřila, že bude mít problémy s tím, aby znovu samu sebe přijala jako ženu, a tento fakt nám nyní potvrzuje. Ale také říkala, že se s tím snad naučí žít. Jiné psychické problémy se zatím nevyskytly. Za velkou změnu ve svém dosavadním životě považuje skutečnost, že definitivně přestane menstruovat, což dle jejích slov považuje za plus, protože by o menstruaci dříve či později stejně přišla.

### **Respondentka 6**

S respondentkou č. 6 se setkávám třetí den po operaci. Na první pohled je zřejmé, že není v nejlepší psychické kondici, což potvrzuje i verbálně. Po výkonu se cítí unavená, smutná a je bez nálady. Potvrdila nám obavy, které měla před operačním zákrokem, a to strach z narkózy. Svěřila se, že jí nepomohli ani zdravotničtí pracovníci z anesteziologicko-resuscitačního oddělení, kteří jí po celou dobu před usmáním psychicky podporovali a hovořili s ní. Za pozitivní považuje na druhou stranu to, že se u ní nevyskytly žádné problémy, o nichž by nevěděla, jak je řešit. Nepřekvapila ji ani pooperační bolest. Byla na ni připravená a pociťovala ji v takové intenzitě, v jaké si představovala. Na otázku zda se u ní vyskytly nějaké psychické problémy, odpovídá: „*Samotná hospitalizace mě již přivádí do rozpaků. Nejradši bych si sbalila všechny své věci a odešla domů za svou rodinou. Bylo by mi tam líp a můj psychický stav by byl rozhodně lepší než tady v nemocnici. Jsou tu sice moc hodné porodní asistentky a sestřičky, ale doma mám větší pocit bezpečí a ten je nezaměnitelný.*“ Myslí si, že se její život trvale nezmění. Tyto psychické změny jsou jen dočasné a jsou způsobené hospitalizací, odtržením od rodiny a změnou tělesného stavu.

### **Respondentka 7**

Rozhovor s pacientkou č. 7 probíhal paradoxně úplně opačně než s R6. R7 se na mě již z dálky usmívala a očekávala mě. Byla ráda za mou přítomnost a chovala se přátelsky. Udává, že její obavy z narkózy byly zcela zbytečné. Ani si nepamatuje, jak a kdy usnula. Dívala se na lékaře z anesteziologicko-resuscitačního oddělení, sestřička na ni mluvila a přitom jí do žíly aplikovala uspávací látku. Po probuzení se sice cítila lehce dezorientovaná, ale to během chvíle přešlo. Měla obrovskou radost z toho, že jí po narkóze nebylo špatně a nechtělo se jí zvracet. Nevnímá zatím žádné fyzické ani psychické změny. Psychické změny se snad žádné nevyskytnou, ale problém očekává v zaměstnání, jelikož je zaměstnaná jako fyzioterapeut a cvičit s ležícími a nemohoucími pacienty bude dle jejích slov docela problém. Doufá však, že k ní její kolegyně nebudou lhostejné a budou jí pomáhat. Respondentka samu sebe nevnímá odlišně. Cítí se stejně jako před operací. Jako pozitivum operačního zákroku považuje respondentka rozšířené možnosti cestování a jiných aktivit. Před zákrokem ji totiž omezovalo velmi silné krvácení. Nemyslí si, že by odstranění dělohy souviselo se ztrátou ženské identity. Je šťastná, že byl odstraněn problém, který doposud zatěžoval její každodenní život a také má radost, že už nebude menstruuovat a nebude ji žádné krvácení zatěžovat. *„Teď se těším domů, hezky si odpočínu a doufám, že tímto jsou mé problémy vyřešeny. Chci začít aktivně sportovat, a hlavně cestovat,“* svěřila se na závěr rozhovoru R7.

### **Respondentka 8**

Rozhovor s respondentkou č. 8 byl příjemný a během rozhovoru nepanovala napjatá atmosféra. R8 je usměvavá a odpovídá bez problému na všechny mnou položené otázky. R8 měla strach z narkózy a pooperační bolesti. Po zákroku nám sdělila, že narkózu snesla nadmíru dobře a její obavy byly dle jejích slov zbytečné. Říká, že si vůbec nepamatuje na okamžik, kdy usnula. Naopak ji překvapila pooperační bolest. Tvrdí, že první vstávání pro ni bylo opravdu bolestivé. *„Nečekala jsem, že mě ta bolest až tak skolí. Víte, bolest špatně snáším, takže to pro*

*mě bylo hrozné.“ Jiné problémy kromě bolesti se u R8 nevyskytly. Porodní asistentkou byla taktéž informována o možnosti využití analgetik na tlumení bolesti. Sama o sobě tvrdí, že se nevnímá jinak než před operací, protože již před operací referovala o tom, že není zastánce názoru, že odstranění dělohy ubírá ženskost. Psychické problémy se u R8 nevyskytly, ač si myslela, že to bude hůře snášet. Na otázku, jestli pocítuje nějaké změny, odpovídá: „Změnu teprve pocítím, až nebudu menstruovat, ale to mi tedy vůbec nevadí.“ Je ráda, že jí operace pomůže zbavit se problémů, kterými trpěla před plánovanou LAVH. Nakonec nám sdělila, že se její život po operaci nijak nezmění a dodává: „Se životem bez dělohy se smírím a nemyslím si, že by mi to v životě vytvářelo nějakou překážku. Děti již mám a menstruace mi opravdu chybět nebude.“*

### **Respondentka 9**

Rozhovor s respondentkou č. 9 probíhal čtvrtý den po výkonu a byl velice emotivní. R9 se již před operací svěřila, že si nebude připadat jako žena a nyní se svěřuje: *„Dočasně si o sobě stále myslím, že nejsem plnohodnotná žena. Přesto ale pevně doufám, že se s tím do budoucna smírím, přijmu samu sebe takovou, jaká jsem, a hlavně se přijmu v roli nové ženy.“* Pro R9 nebyl rozhovor vůbec jednoduchý, ale přesto souhlasila s jeho dokončením. Před výkonem se obávala pooperační bolesti, ale nyní se svěřuje, že její obavy byly zcela zbytečné, protože jí bolest nedělala žádný problém a zvládla ji výborně. Čekala totiž, že pooperační bolest bude výraznější a že ji bude více prožívat. Kromě změn, které se týkají změny tělesného obrazu, si pacientka na nic jiného nestěžuje. Stresující je pro ni fakt, že jí kromě dělohy byly odebrány i vejcovody a vaječníky a obává se předčasné menopauzy a s ní spojené problémy (pocení, návaly, atd.). Samotnou změnu tělesného obrazu projevuje R9 verbálně, kdy říká, že se se ztrátou ženských orgánů bude dlouho vyrovnávat a bude pro ni velmi těžké se o tomto problému s kýmkoliv bavit. Myslí si, že bude muset vyhledat odborníka kvůli svému psychickému stavu. Jediné, co ji uklidňuje, jsou její děti a partner. Je ráda, že jí takový výkon nepotkal v době, kdy ještě žádné dítě neměla. *„To bych asi*

*nedala a psychicky se úplně zhroutila. Když vidím, v jakém stavu jsem teď, nedokážu si ani trochu představit, jaké by to bylo, přijít o dělohu o dvacet let dříve,*“ dodává R9. Stejně jako některé předchozí respondentky, vidí R9 jedinou výhodu v tom, že si nebude muset lámat hlavu s menstruací.

### **Respondentka 10**

Poslední rozhovor probíhal s respondentkou č. 10 a rovněž se uskutečnil čtvrtý den po operaci. Rozhovor se nesl v přátelském duchu. R10 se před výkonem obávala narkózy a pooperačních komplikací. Svěřila nám svůj pocit z operačního sálu: *„Když jsem ležela na operačním sále, cítila jsem neuvěřitelný a nepopsatelný strach. Srdce mi bušilo takovým způsobem, až jsem se bála, že mi prorazí hrudník. Ani nevím, jak jsem usnula, a najednou jsem byla zase vzhůru. Kolem mě bylo dost lidí a matně si vybavuji, jak mě sestřička uklidňovala, že operace proběhla v pořádku a naštěstí bez komplikací.*“ R10 své zážitky sděluje s úsměvem. Bylo až k neuvěření, jak dokázala vtípkovat o tak náročném a zatěžujícím výkonu. Další příčinou jejích obav byly pooperační komplikace. Potvrzuje nám, že žádné nenastaly, a má z toho očividnou radost. Cítí se stejně jako před operací a vyvrací, že by byl její psychický stav odstraněním dělohy nějak ovlivněn. Již před operací byla smířená s tím, že jí děloha bude odstraněna, a neviděla v tom problém. Její prioritou je hlavně zdraví a odstraněním dělohy zmizí i její dosavadní problémy. Jelikož ji před výkonem trápilo krvácení, dodává, že po rekonvalescenci se chce více věnovat cestování a jízdě na kole. Prostě chce být aktivnější a svůj život podporovat zdravým životním stylem.

## 5 DISKUZE

Tématem této bakalářské práce je „Ošetrovatelská péče u žen před a po LAVH“. Roztočil (2011) ve své knize uvádí, že hlavní úlohou LAVH je snížení počtu abdominálních hysterektomií.

Na začátku bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, z čeho mají ženy největší strach před operačním výkonem. Druhý cíl měl zmapovat, jak se změnil tělesný obraz žen po operačním výkonu.

Jak bylo již výše uvedeno, výzkumná část práce probíhala v Oblastní nemocnici Příbram. Výzkumný soubor tvořilo deset náhodně vybraných žen, kterým byla indikována LAVH. Tyto ženy souhlasily s provedením rozhovorů a byly ochotné spolupracovat. Byly seznámeny s tím, že všechny získané informace budou anonymně zpracované v této bakalářské práci. Rozhovory probíhaly nejprve před zákrokem a následně několik dní po zákroku. Pro výzkum byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal u prvních dvou rozhovorů metodou nestrukturovaného hloubkového rozhovoru, poté jsme stanovily několik nejpodstatnějších otázek a výzkum pak dále pokračoval formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovor před operačním výkonem obsahoval dvanáct otázek a rozhovor po výkonu sedm (viz. příloha č. 1: Otázky k rozhovorům). V průběhu všech rozhovorů panovala odlišná nálada. Některé respondentky byly smutné a vystrašené, další působily veselým a přátelským dojmem.

Úvodní část rozhovoru zjišťovala spíše identifikační údaje. Zajímalo nás věk, vzdělání a zaměstnání. Ženy se nacházely ve věkové kategorii od 35 do 58 let. Nejvyšším dosaženým vzděláním bylo u třech respondentek vysokoškolské, u šesti středoškolské zakončené maturitní zkouškou a jen jedna z dotazovaných žen měla dokončené pouze základní vzdělání. Zaměstnání všech dotazovaných jsou rozmanitá.

Výsledky, které jsme získali na základě kvalitativního šetření, byly rozděleny do dvou skupin. V první skupině jsou zpracovány výsledky rozhovorů probíhajících před operačním výkonem. Ty byly upraveny do podoby schémat pro lepší přehlednost. Druhou skupinu tvoří samotné rozhovory, které probíhaly po operačním výkonu.

Ve výzkumné části bylo naším cílem zjistit, z čeho mají ženy největší strach před operačním zákrokem a jak se změnil jejich tělesný obraz po operačním zákroku.

První otázkou v rozhovoru byla diagnóza. Největší zastoupení mají myomy na děloze, což odpovědělo pět z deseti respondentek. Dvě respondentky trpěly nepravidelným intenzivním krvácením, jedna podstoupila LAVH z důvodu endometriózy a dvě respondentky svou diagnózu překvapivě ani neznaly. Z toho R1 diagnózu vůbec nezná a R2 jí četla, ale nepamatuje si jí. Brewer (1997) ve své knize uvedla, že myomy postihují pětinu žen ve věku mezi 35 a 45 let. Kubínová a kol. (2012) uvádí, že děložní myomy jsou diagnostikovány u 30-50% žen ve fertlím věku a jejich incidence se zvyšuje s věkem. Nejvíce se vyskytují mezi pětáctým a čtyřicátým rokem života. Z našeho výzkumu vyplývá, že respondentky, které podstoupily LAVH z důvodu myomů na děloze, se nacházejí ve věku od pětácti do jednapadesáti let, což je v souladu s uvedenými zdroji. Roztočil (2011) uvádí, že prevalence endometriózy se pohybuje v rozmezí 1-53%, výskyt se pak udává kolem 10%, což znamená, že každá desátá žena endometriózou může trpět. Tento fakt nám také potvrzuje náš výzkum, kdy jedna z deseti žen podstoupila odstranění dělohy kvůli endometrióze.

Gulášová (2005) ve svém článku uvádí, že mezi úrovní strachu a bolesti je přímá závislost, strach tím pádem zvyšuje práh bolesti. Čím více se pacientka bojí, tím hůře bolest snáší. Toto tvrzení nám potvrzují tři (R4, R5, R8) ze čtyř respondentek, které se již před výkonem obávaly pooperační bolesti. Jejich obavy se ve třech případech naplnily a pooperační bolest prožívaly velmi intenzivně. Například R4 řekla: *„Pooperační bolest jsem zvládala dost špatně. Až potom, co jsem dostala léky na bolest, se to o trochu zlepšilo. Na první pohyby nechci ani vzpomínat, jak mě to bolelo. V jednom okamžiku mě to dohnalo i k slzám“*. Naopak respondentka 9, která také měla strach z pooperační bolesti, v rozhovoru po operaci potvrdila, že její obavy byly zbytečné, protože bolest je to nejmenší, co jí trápí a dle jejích slov jí zvládla lépe než sama přepokládala. Fakt, že čím více se pacientka bojí, tím hůře bolest snáší je dle mého názoru jistě pravdivý. Myslím si, že když člověk neustále myslí na nepříjemné věci, které nechce, aby se u něj projeví, tím více si tyto nepříjemnosti přivolává a tím pádem je jistější, že nastanou. Mezi další příčiny vyvolávající strach u respondentek

patří v největším zastoupení narkóza, dále nevolnost po narkóze a pooperační komplikace. Strach z narkózy nám potvrdilo osm z deseti respondentek. Řešením tohoto problému by mohla být prohlídka operačního sálu a pomůcek k uspávání v předvečer operačního výkonu. Tuto prohlídku by měl na starosti sám anesteziolog nebo zdravotní sestra z anesteziologicko-resuscitačního oddělení, kteří by vše detailně pacientkám vysvětlili a ukázali. Zajisté by takto edukované pacientky byly klidnější a vyrovnanější, než když ráno, v den výkonu přijíždí polonahé na operační sál a kolem sebe vidí jen přístroje, operační stůl a zdravotnický personál sterilně připravený k operaci, kterému jsou zpod sterilních plášťů, ústenek a čepic vidět jen oči. Strach z narkózy popisuje R7 následovně: *„Nejvíce se děším narkózy, protože jsem nikdy nic takového nepodstoupila a vůbec nevím, co mě čeká a co se se mnou bude dít. Neustále si v hlavě promítám okamžik, až budu ležet na operačním stole a do žíly mi bude proudit uspávací látka. Bojím se toho momentu, kdy usnu a jestli se vůbec z té narkózy probudím“*. Jedna respondentka (R3) se před operací obávala nevolnosti po narkóze, další (R10) měla strach z pooperačních komplikací, které ale nakonec naštěstí nenastaly a v neposlední řadě R1 neměla obavy z ničeho. S největší pravděpodobností je to dáno věkem. R1 je totiž ze všech respondentek nejstarší. Při rozhovoru před operací jsme zjistili, že dokonce nezná ani svou diagnózu. Není se čemu divit, protože tato respondentka se svěřila, že to bere jako součást svého života a nijak to neprožívá. Nezjišťovala si ani žádné informace týkající se LAVH. Při rozhovoru věděla pouze to, že jí bude odstraněna děloha, vejcovody i vaječníky.

Třetí schéma nám ukázalo činnosti, které respondentkám pomáhají zmírňovat jejich obavy. Pět z deseti respondentek volí jednoznačně odborný rozhovor s lékařem. Druhou nejčastější odpovědí bylo studování informací z internetu, dále procházka na čistém vzduchu, rozhovor s dobrými přáteli, rozhovor se zdravotnickým personálem, poslech relaxační hudby a podpora rodiny. Jak je vidět, je zde široká škála činností, díky kterým se respondentky zbavují obav. Každá žena je jedinečná osobnost a se strachem se vyrovnává sama svým způsobem. Proto nemůžeme jednoznačně určit, který způsob je pro ženy nejlepší. Ovšem z výzkumu Williamse a Clarka (2000) vyplývá, že některé ženy byly nespokojené s kvalitou poskytovaných informací zdravotnickým personálem

v nemocnici a proto si musely informace dohledávat samy. Můj osobní názor je takový, že ke zmírnění obav, je třeba nalézt co nejvíce informací o daném problému. Takové informace by se pak měli zjišťovat z odborných a ověřených zdrojů. Ovšem nejlepší volbou je jistě rozhovor s lékařem. Dalším řešením pro ženy, které mají obavy je, aby se pokusily nalézt co nejvíce pozitiv spojených s operací, například to, že se trvale zbaví obtíží, které je dosud trápily a budou moci provozovat činnosti, které nemohly.

Předposlední otázka se týkala zdrojů, ze kterých respondentky čerpají informace o zákroku. Z našeho výzkumu můžeme zjistit, že je ve stejné míře zastoupen internet a lékař. Z toho R4 a R9 volily obě varianty. R7 si zvolila jako zdroj informací lékaře a kamarádka, která také podstoupila LAVH. R8 se informovala pouze u své kamarádky, R10 čerpala informace z brožury a 2 respondentky žádné informace nehledaly. Dle mého názoru je nejlepší, když si ženy zajdou za svým gynekologem nebo porodní asistentkou, od kterých se dozvědí přesné a pravdivé informace a dostanou odpovědi na všechny své otázky, aby byly klidnější. Podle mě není zcela nejlepším řešením, aby ženy hledaly informace na internetových stránkách, zejména pak v internetových diskuzích, kde mohou najít názory žen, které se ovšem mohou lišit a mohou být zkreslené. Každá žena totiž strach nebo bolest prožívá individuálně. Zde je vhodné zmínit výpověď R2, která se nám svěřila, že si raději vše najde na internetu, než aby otravovala a zdržovala lékaře. Myslím si, že je to nevhodná volba. Každý lékař i porodní asistentka si jistě najdou chvíli k zodpovězení důležitých otázek ženy.

Poslední otázka, kterou jsme se zabývali v rozhovorech před výkonem, zněla, jestli mají respondentky obavy z budoucího života. Respondentky nejvíce odpovídaly, že se budoucího života neobávají. Obavy mají respondentky z poklesu sexuálního prožitku a ze ztráty ženskosti. R5 a R9 se obávají, že u nich dojde k poklesu sexuálního prožitku a zároveň ke ztrátě ženskosti. Sttopardová (2002) ve své knize píše, že důsledkem hysterektomie mohou být psychické problémy, zahrnující deprese a pocit ztráty ženství. Tento tvrzení se nám potvrdilo u tří respondentek, které jsou zastánkyněmi faktu, že odstraněním dělohy přijdou o svou ženskost. Nejhuře ztrátu ženství nesla R9: *„O ztrátě ženskosti přemýšlím už delší dobu a můžu vám říci, že si opravdu myslím, že si nebudu připadat jako žena. Už teď před vámi se stydím,*



*je mi trapně a není lehké se o tom bavit“.* Naopak Stopardová (2002) také uvádí, že je žena za odstranění dělohy často šťastná, jelikož se zbaví problémů, bolesti a krvácení a operační výkon změní její další život. Proto takové ženy ani nepomýšlejí na ztrátu ženství v důsledku odstranění dělohy. Toto potvrzují výpovědi R10, R8 a R7. Poklesu sexuálního prožitku se obávají čtyři respondentky. Pro srovnání Stopardová (2002) ve své knize uvádí pravděpodobnost, že ženy mohou orgasmus prožívat zcela odlišně podle jedné japonské studie, která prokázala, že si 27% žen při pohlavní styku uvědomilo ztrátu vzruchů z dělohy a 70% žen mělo problémy s dosáhnutím orgasmu. R5 se ještě navíc obává, že absenci dělohy pozná její manžel, což ale vyvrací Fait (2010), který tvrdí, že muž absenci dělohy není schopný rozpoznat.

Ve druhé polovině výzkumu jsme se zabývali problematikou po operačním výkonu. První otázkou, kterou jsme řešily je, zda se naplnily obavy žen, které měly bezprostředně před operačním výkonem. Obavy se naplnily ve třech případech u R5, R6 a R8. R5 se obávala narkózy a pooperační bolesti, R6 narkózy a R8 se obávala bolesti a narkózy, přičemž obavy z narkózy byly při zpětném hodnocení zbytečné. Druhá otázka se zabývá nečekanými problémy, které u respondentek nastaly. Je to zejména bolest, kterou potvrdily tři respondentky. Problém znovu se rozpohybovat udává R4 a R3, která problém znovu se rozpohybovat dává do spojitosti s pooperační nevolností.

Další otázka je spojená se změnou tělesného obrazu, kterou potvrzují pouze tři z deseti respondentek (R3, R5 a R9), které o změně tělesného obrazu hovořily již před výkonem a nyní tento fakt pouze potvrzují. R9 nám sděluje: *„Dočasně si o sobě stále myslím, že nejsem plnohodnotná žena. Přesto ale pevně doufám, že se s tím do budoucna smírím, přijmu samu sebe takovou, jaká jsem, a hlavně se přijmu v roli nové ženy“.* Ostatní respondentky negují změnu svého psychického stavu a tělesného obrazu. Touto problematikou se zabývali také Rannestad a kol. (2001), kteří zkoumali zachování ženskosti po odebrání dělohy a zjistili, že ztráta dělohy má v tomto směru pouze malý význam. Toto zjištění se nám potvrdilo i v našem výzkumu, kdy o ztrátě ženství mluví pouze tři z deseti dotazovaných.

Další otázkou je změna budoucího života. Za pozitivní změnu považují čtyři respondentky absenci menstruace. R10 a R7 berou jako pozitivní to, že se zbavily

problému, který je omezoval v některých aktivitách a cestování. Po rekonvalescenci chtějí začít aktivně žít a hlavně cestovat. Toto potvrzuje Rannestad (2005), který napsal, že v dnešní době je úlohou ženy zachovat aktivní život a mít nad ním kontrolu. Takže pokud ženy podstoupí hysterektomii, dojde k odstranění zatěžujících obtíží a žena může vést společenský a aktivní život. Wade a kol. (2000) říká, že fyzická a psychická úleva od zatěžujících problémů, směřuje ke zlepšení kvality života ženy.

Zpracování této bakalářské práce nám umožnilo nahlédnout na psychiku ženy a její změny. Poznali jsme, jak se ženy ve stresující situaci před hysterektomií cítí, čeho se bojí a jaký je jejich tělesný obraz po operaci. Tato práce může sloužit jako informační materiál pro ženy, které v budoucnu budou muset z jakéhokoliv důvodu podstoupit LAVH.

## 6 ZÁVĚR

Cílem této práce bylo vyzkoumat, z čeho mají ženy největší strach před operačním zákrokem a jak se změnil tělesný obraz žen po operačním zákroku. Na základě těchto cílů vyplynuly čtyři výzkumné otázky. Předpokladem výzkumné části práce bylo, že nám výsledky pomohou objasnit příčiny strachu, názor žen na sebe samotné a dojdeme k hlubšímu pochopení jejich psychiky, která bývá u žen před hysterektomií změněná.

Cíle práce se nám povedlo splnit a objasnit. Na výzkumné otázky se nám také podařilo nalézt odpovědi. Největší obavy mají ženy podstupující LAVH z narkózy, většinou proto, že nevědí, co je čeká. Druhým cílem bylo zjistit, jak se změnil tělesný obraz žen po operačním zákroku. Tělesný obraz se změnil pouze u tří z deseti dotazovaných respondentek. Tyto tři respondentky měly již před operací jasno, že se jejich tělesný obraz změní a že si budou připadat méně jako ženy. V rozhovoru po operaci tento fakt pouze potvrdily. Na první výzkumnou otázku se nám dostalo odpovědi, že nejčastější využívanou technikou ke zmírnění strachu je rozhovor s lékařem, který respondentky považují za klíčový. Mezi další techniky, které respondentky využívají ke zmírnění strachu, patří studování informací na internetu, rozhovor s dobrými přáteli, procházka na čistém vzduchu, podpora rodiny, rozhovor se zdravotnickým personálem a poslech relaxační hudby. Dle mého názoru a dle výsledků výzkumu lze říci, že lépe jsou informovány respondentky, které informace čerpaly z rozhovoru s odborníkem, gynekologem, než respondentky, které hledaly informace na internetových diskuzích apod., jejich informace byly mnohdy zmatené, což se prokazovalo při rozhovorech. Tento fakt nám odpovídá na třetí výzkumnou otázku. Poslední výzkumná otázka se týká změny tělesného obrazu, která úzce souvisí s naším druhým cílem. Celkově lze soudit, že pro mnohé ženy odstranění dělohy neznamena ztrátu ženství. Tento fakt potvrzují pouze tři respondentky z deseti.

Do budoucna by mohla tato bakalářská práce sloužit jako informační materiál pro ženy, které jednou budou muset z jakéhokoli důvodu podstoupit LAVH

a budou hledat informace o zákroku. Důležitou součástí této práce jsou názory žen před operačním zákrokem a po něm.

Dle mého názoru je důležité, aby byly ženy podstupující LAVH dopředu důkladně seznámeny se všemi potřebnými fakty, které se tohoto operačního výkonu týkají. Nejdůležitější je rozhovor s porodní asistentkou a lékařem, kteří by měli ženám vše detailně a srozumitelně vysvětlit, aby byl strach ženy snížen na co nejnížší možnou míru.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BAGGISH, Michael, 2005. *Total and subtotal abdominal hysterectomy*. [online]. [cit. 2015-04-11]. Dostupné z: [http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934\(04\)00185-3/fulltext](http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934(04)00185-3/fulltext)

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-467-2.

BREWER, Sarah, 1997. *Na co se ženy bojí zeptat?: [125 otázek a odpovědí o vašem zdraví]*. 1. čes. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-49-7.

CITTERBART, Karel, 2001. *Gynekologie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-094-0.

COSSON, Michel, Denis QUERLEU a Daniel DARGENT, 2005. *Vaginal surgery*. Boca Raton: Taylor & Francis Group, 2005. ISBN 08-247-1984-0.

ČECH, Evžen a kol., 2006. *Porodnictví*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1303-9.

DOLEŽAL, Antonín, 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.

ENDOMETRIOZA, 2007. *Laparoskopie*. [online]. [cit. 2015-04-08]. Dostupné z: <http://endometrioza.cz/jak-se-diagnostikuje.php#1>.

FAIT, Tomáš, 2010. *Přechodem bez obav*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-807-3452-193.

FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80 8063-227-8.

GULÁŠOVÁ, Ivica, 2005. Adaptácia pacienta na zmenený zdravotní stav a na hospitalizáciu. *Kontakt*, č. 3-4, 239-246. ISSN 1212-4117.

GULÁŠOVÁ, Ivica, 2008. *Bolesť ako ošetrovateľský problém*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-288-5.

GULÁŠOVÁ, Ivica, Zuzana BAČÍKOVÁ, Ján HRUŠKA a Ján BREZA, 2012. Zvládání strachu pacienta před operací. *Sestra*, č. 2, s. 42. ISSN 1210-0404.

GYN, 2003. *Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie*. [online]. [cit. 2015-04-08]. Dostupné z: <http://gyn.cz/tree.php?up=205>.

HOLUB, Zdeněk, 2000. *Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému*. Praha: Galén. Alma mater. ISBN 80-726-2045-2.

HOLUB, Zdeněk a David KUŽEL, 2005. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0834-5.

KOBILKOVÁ, Jitka, 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2315-X.

KRYSKI, M., M. SCHUSTEROVÁ a I. STECHEROVÁ, 2003. *Rehabilitační ošetrovatelství*. Standard ošetrovateľskej péče č. 33. Nemocnice České Budějovice.

KUBÍNOVÁ M., M. MÁRA, P. HORÁK a D. KUŽEL, 2012. Současné postupy v léčbě děložních myomů. *Actual Gyn* [online]. č. 4, s. 101-105. [cit. 2015-04-11] ISSN 1803-9588. Dostupné z: [http://www.actualgyn.com/pdf/cz\\_2012\\_91.pdf](http://www.actualgyn.com/pdf/cz_2012_91.pdf)

MZČR, 2004. Věstník MZČR č.9/2004. Praha: MZČR.

RANNESTAD, T., 2005. Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 19, 3, 419–430, doi:10.1016/j.bpobgyn.2005.01.007.

RANNESTAD, T., O. J., EIKELAND, H., HELLAND a U., QVARNSTRÖM, 2001. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 80, 46–51. doi: 10.1034/j.1600-0412.2001.800109.x

REPKOVÁ, Adriana, 2006. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3236-7.

ROZTOČIL, Aleš, 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.

ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978- 80- 247-1941- 2.

SIMOČKOVÁ, Viera, 2011. *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatel'stvo: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0633-622.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4733-739.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, 2007. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4722-702.

STOPPARD, Miriam, 2002. *Hormonální terapie při menopauze*. Praha: Ikar. ISBN 80-249-0032-7.

TRUPIN, Suzanne, 2014. Laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy. In: *Medicinenet.com* [online]. [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: [http://www.medicinenet.com/hysterectomy/page5.htm#laparoscopy-assisted\\_vaginal\\_hysterectomy](http://www.medicinenet.com/hysterectomy/page5.htm#laparoscopy-assisted_vaginal_hysterectomy).

VYMĚTAL, J., 2007. *Speciální psychoterapie*, 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-2471-315-2.

WADE, J., P. K., PLETSCHE, S. W. MORGAN, S. A. MENTING, 2000. Hysterectomy: What Do Women Need and Want to Know? *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 29, 1, 33-42. doi: 10.1111/j.1552-6909.2000.tb02754.x

WILLIAMS, R. D., A. J. CLARK, 2000. A qualitative study of women's hysterectomy experience. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 9, 2, 15-25. doi: 10.1089/152460900318731.

ZÁČEKOVÁ, Mária, Viera SIMOČKOVÁ a Ľubica KONTROVÁ, 2006. *Štandardy v pôrodnej asistencii*. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3221-9.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.



## **8 SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1:** Otázky k rozhovorům

**Příloha č. 2:** Souhlas s provedením výzkumného šetření

**Příloha č. 3:** Rozhovory s respondentkami před operačním výkonem

## **Příloha č. 1: Otázky k rozhovorům**

### **PŘED VÝKONEM:**

- Jaký je Váš věk?
- Jaké je Vaše zaměstnání?
- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jaká je Vaše diagnóza?
- Máte obavy z výkonu?
- Z čeho konkrétně?
- Co Vám pomáhá ke zmírnění obav?
- Čerpala jste již předem informace o zákroku?, pokud ano, od koho/odkud?
- Byly pro Vás tyto informace užitečné?
- Pomohly Vám informace zmírnit Vaše obavy?
- Je známé, že některé ženy, kterým byla odstraněna děloha, mohou mít psychické problémy a nevnímají samy sebe zcela jako ženy, máte stejný názor?
- Máte nějaké obavy, které se týkají budoucího života?

### **PO VÝKONU:**

- Naplnily se Vaše obavy, které jste měla před operací?
- Vyskytly se nějaké problémy, které jste nečekala?
- Jestli ano, víte jak takové problémy řešit?
- Myslíte si, že sama sebe vnímáte jinak?
- Vyskytly se u Vás psychické problémy?
- Pociťujete nějaké změny?
- Myslíte si, že se Váš život po operaci nějak změnil? Ať dočasně, nebo trvale?

## Příloha č. 2: Souhlas s provedením výzkumného šetření

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní Bc. Nováčková, touto cestou bych Vás chtěla požádat o svolení k provedení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici.

Jsem studentkou třetího ročníku oboru porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Téma mé bakalářské práce je „Ošetrovatelská péče u žen před a po LAVH“. Chtěla bych provádět kvalitativní výzkum formou rozhovorů se ženami před laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomií a následně po ní. Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak se změní tělesný obraz žen po operačním výkonu a z čeho mají ženy největší strach před operačním výkonem.

Děkuji

S pozdravem Petra Marešová

*Marešová*  
*Petra Marešová*  
JOUHA ANI M  
9. 3. 2015

### **Příloha č. 3: Rozhovory s respondentkami před operačním výkonem**

#### **Respondentka 1**

Respondentce je osmapadesát let, několik let pracovala na odboru školství, ale v současné době pomáhá svému manželovi s administrativou. Jejím nejvyšším dosaženým vzděláním je střední škola (gymnázium) s maturitou. Svou diagnózu nezná. Tvrdí, že jí četla, ale nepamatuje si jí. Říká: „*Vím pouze jen to, že mi bude odstraněna děloha, vejcovody i vaječníky.*“ Tvrdí, že obavy z výkonu žádné nemá a že je s operací smířená a vyrovnaná. Strach z narkózy nemá, jelikož už s ní má zkušenosti z předchozích operací. Bere to jako součást svého života. Dle jejích slov operační zákrok, který jí čeká, nijak nezasahuje do jejího nynějšího života. Na téma, které se týká ztráty ženství po odstranění dělohy, odpověděla: „*Tak nad tím jsem nikdy nepřemýšlela, nikdy mě to ani nenapadlo.*“ Obavy, které se týkají budoucího života po operaci, žádné nemá. Po psychické stránce je dle mého názoru zcela vyrovnaná. Po celou dobu rozhovoru se respondentka usmívala a působila přátelským a laskavým dojmem. Vzhledem k tomu, že nemá žádné obavy, tak ani nezjišťovala žádné další informace, které by se týkaly samotné operace, nebo pooperačního stavu.

#### **Respondentka 2**

Respondentka 2 podstupuje LAVH ve svých padesáti letech. Má vystudovanou pouze základní školu a nyní je zaměstnaná jako mistrová šicí dílny. Již z prvních dojmů jsem usoudila, že se výkonu velmi obává. Bylo to zřejmé z výrazu její tváře a tónu jejího hlasu, který byl roztřesený. R2 byla po celý rozhovor velmi nervózní. Svou diagnózu, stejně jako R1 nezná. Po dlouhém zamyšlení nad otázkou, zda zná svou diagnózu, odpověděla, že jí četla, ale nemůže si na ní vzpomenout. Největší strach má R2 z narkózy, protože neví, co jí čeká a do čeho jde. Nejvíce informací o zákroku získala z internetových zdrojů, které jí pomohly zmírnit její obavy, ale strach se jí úplně odbourat nepodařilo. Lékařů se na nic neptala z toho důvodu, aby je nezdržovala a nezatěžovala je svými dotazy. Na otázku, která se týká ztráty ženství, v důsledku odstranění dělohy odpovídá: „*Potom, co jsem si přečetla veškeré informace na*

*internetu, vzhledem k tomu, kolik mi je let, děti mám taky, tak si určitě nemyslím, že bez dělohy si budu připadat méně žensky.“ Obavy z budoucího života také nemám.*

### **Respondentka 3**

Respondentce je pětatřicet let a je zaměstnaná jako asistentka v jedné nejmenované firmě. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. LAVH jí byla indikována z důvodů myomů na děloze. Obává se narkózy a toho, zda jí bude po narkóze nevolno. Jednou už totiž narkózu podstoupila, zvracela a bylo jí špatně. Ke zmírnění obav jí pomáhá zejména rozhovor se zdravotnickým personálem, který má již s tímto výkonem jisté zkušenosti. Snaží se vyhýbat vyhledávání informací na internetových stránkách, jelikož by jí tyto informace prý spíše vystrašily, než uklidnily. Také se snaží na to moc nemyslet, aby nebyla zbytečně ve stresu. Největší množství potřebných informací R3 získala od svého gynekologa, který jí také stanovil diagnózu. S tím pak řešila veškeré problémy, které jí tížily. Je samozřejmé, že jí v daný okamžik nenapadlo úplně všechno, na co by se chtěla zeptat, tak se doptávala ještě lékařů v nemocnici. Říká, že jí tyto informace částečně pomohly zmírnit její obavy. R3 dále uvádí, že je typ člověka, který nemá rád změny prostředí, takže pobyt v nemocnici pro ni bude také zatěžující. Na otázku ohledně ztráty ženství po výkonu se vyjádřila již při rozhovoru před operací. Vzhledem k jejímu věku si už nebude připadat jako žena. Je to z toho důvodu, že je relativně mladá, chtěla mít ještě jednoho potomka a kvůli LAVH přijde o menstruaci nepřirozeným způsobem. Také jí napadá otázka, zda nemožnost mít děti nebude vadit jejímu manželovi. Obavy do budoucna má právě ze ztráty ženskosti.

### **Respondentka 4**

Respondentka 4 podstupuje LAVH ve svých třiapadesáti letech. Pracuje jako zdravotní sestra v ordinaci praktického lékaře. Jejím nejvyšším dosaženým vzděláním je střední škola s maturitou. LAVH podstupuje kvůli endometrióze. Z výkonu má obavy a konkrétně se bojí narkózy a bolesti po zákroku. Z pooperační bolesti má strach, jelikož si myslí, že má nízký práh bolesti a celkově bolest jakéhokoliv charakteru a intenzity špatně snáší. Ke zmírnění obav jí pomohl rozhovor s lékařem, kdy se zeptala

na všechno, co jí zajímalo. Uvádí, že jí lékař vše detailně vysvětlil a vyslechl jí. Další činnost, která pomáhá odbourávat strach je studování informací na internetových stránkách a zejména pak pročítání internetových diskuzí, kam píšou ženy, které již LAVH podstoupily. Dále říká, že informace, které získala od lékaře, pro ni byly užitečnější, než ty, které si přečetla v internetové diskuzi. Na otázku, zda jí zjištěné informace pomohly zmírnit obavy, odpověděla: „*Obavy mám stále, ale určitě už ne takové, jako když mi řekli, co mě vlastně čeká a nemine.*“ Ke ztrátě ženství se vyjádřila následovně: „*Obavy ze ztráty ženství nemám. Další děti již mít nemůžu, a že by to ovlivnilo můj partnerský život, to se nebojím.*“ Obavy z budoucího života nemá, naopak je ráda, že se jí do budoucna nebude týkat například rakovina děložního hrdla.

### **Respondentka 5**

Respondentce 5 je devětačtyřicet let a pracuje na poště. Vystudovala gymnázium s maturitou. LAVH musí podstoupit z důvodu nepravidelného intenzivního krvácení, které nereagovalo na farmakologickou léčbu. Největší strach má z narkózy a z pooperační bolesti. Bojí se, že jí po narkóze bude nevolno a bude zvracet. Když má strach, tak jí pomáhá, když si o daném problému zjistí co nejvíce informací a ráda poslouchá hezkou relaxační hudbu, která uvolní její mysl od stresujících myšlenek. Informace, které jí zajímaly, předem čerpala od svého gynekologa. Zmínila i to, že si pročítala internetové diskuze, ale většinou tam našla rozporuplné odpovědi na své otázky, takže nevěděla, co si z toho má vzít. Za užitečnější určitě považuje rozhovor s odborníkem a dodává, že získané informace zmírnily její obavy. Vyjádřila se také na názor ohledně ztráty ženství po odebrání dělohy. Říká, že nad tím dlouho přemýšlela a došla k závěru, že si opravdu už nebude připadat jako žena. Avšak myslí si, že se s tím naučí žít. Uklidňuje se tím, že určitě není jediná žena na světě, které o dělohu přijde. Obavy má tedy ze ztráty ženskosti. Také se bojí, jak bude reagovat manžel, zda absenci dělohy může poznat a jaký bude jejich další sexuální život.

## **Respondentka 6**

Respondentce je dvačtyřicet let a je zaměstnaná jako prodavačka. Jejím nejvyšším dosaženým vzděláním je středoškolské s maturitou. Respondentka na první pohled vypadá sklesle a na naše otázky jen stroze odpovídá. Poté se dovídáme, že díky výkonu, který jí čeká, není v nejlepším psychickém stavu. LAVH podstupuje z důvodu myomu na děloze. Z operačního zákroku má obrovský strach. Nejvíce se obává narkózy, protože ještě nikdy předtím uspaná nebyla. O zákroku, který jí čeká, si respondentka nezjišťovala žádné informace. Věděla pouze základní fakta od svého gynekologa, ale ta pro ni nebyla zas tak užitečná a nepomohla jí zmírnit její obavy. Myslí si, že nebude mít žádné psychické problémy, které by souvisely se ztrátou ženství po odebrání dělohy. Do budoucna má obavy z poklesu sexuálního prožitku.

## **Respondentka 7**

Ve věku pětačtyřiceti let podstupuje respondentka 7 LAVH z důvodu myomu na děloze. Je zaměstnaná jako fyzioterapeutka v nejmenované nemocnici. Vystudovala střední odbornou školu, kterou zakončila maturitní zkouškou. Stejně jako některé předešlé respondentky, tak i R7 se obává narkózy, jelikož nikdy nic takového v životě nepodstoupila a tím pádem neví, do čeho jde. V hlavě si promítá okamžik, až bude ležet na operačním stole a do žíly jí bude aplikovaná uspávací látka. Bojí se momentu, kdy usne. Výstižná jsou její tři slova: „*Hlavně se probudit.*“ Ke zmírnění obav ze zákroku jí pomáhá povídání s dobrými kamarády, pravdivé a úplné informace od ošetřujícího lékaře o jejím zdravotním stavu a důvodu operace. „*Vše mi důkladně vysvětlil,*“ dodává R7. Informace o zákroku čerpala od svých kamarádek, které taktéž podstoupily LAVH. Nahlédla také do internetových diskuzí, ale říká, že jí tyto informace spíše dezorientovaly, proto volila jednoznačně rozhovor s odborníkem – gynekologem. Proto za užitečnější považuje informace podané gynekologem. Dále uvádí, že jí získaná fakta pomohla zmírnit obavy. Neuvažuje a nepřemýšlí nad ztrátou ženství v důsledku odstranění dělohy. Obavy do budoucna nemá, ale myslí si, že pokud někdo stále přemýšlí o následcích, věří tomu, že si nějaké problémy přivolá. Nepatrný problém vidí pouze v zaměstnání, jelikož je zaměstnaná jako fyzioterapeutka, tak pro ni bude

náročnější manipulace s ležícími pacienty. Doufá však, že její kolegyně nebudou lhostejné a ochotně jí pomohou.

### **Respondentka 8**

Respondentce 8 je jednapadesát let a pracuje jako administrativní pracovnice. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské. Hysterektomii musí podstoupit z důvodu myomů na děloze. Z operačního výkonu má obrovský strach. Největší obavy má z narkózy a pooperační bolesti. Ke zmírnění obav jí pomáhá, když si o daném problému promluví s lékařem. Další technika, která pomáhá R8 zmírnit obavy je procházka na čistém vzduchu, při které si pročistí mysl. Informace o operačním zákroku čerpala R8 zejména z internetových diskuzí a poté od několika kamarádek, které také podstoupily LAVH. Říká, že získané informace byly užitečné a že jí pomohly zmírnit obavy. „*Alespoň vím, co mě čeká a nemine,*“ dodává R8. K názoru o ztrátě ženství v důsledku odstranění dělohy se vyjadřuje následovně: „*Přemýšlela jsem o tom, ale nemyslím si, že bych si připadala méně jako žena.*“ Do budoucna má obavy ze sexuálního prožitku, zda bude něco jinak a jestli manžel při pohlavním styku něco pozná.

### **Respondentka 9**

Respondentka 9 ve věku dvačtyřiceti let podstupuje LAVH z důvodu silného nepravidelného krvácení. Pracuje jako účetní. Má vystudovanou vysokou školu se zaměřením na ekonomiku. Nejvíce se obává pooperační bolesti. Aby zmírnila své obavy, chodila na procházky na čistý vzduch. Informace o zákroku předem čerpala od svého gynekologa a pár informací si také přečetla na internetu. „*Důvěryhodnější pro mě však byly informace od gynekologa,*“ říká. Ač R9 čerpala mnoho informací od svého gynekologa, svěřila se, že její obavy to zmírnit nepomohlo. K tématu ohledně toho, zda si myslí, že ženy mohou mít po odstranění dělohy psychické problémy s tím, že samy sebe již nevnímají jako ženy, říká: „*Tak o tom přemýšlím už delší dobu a můžu vám říct, že si opravdu myslím, že si nebudu připadat jako žena. Už teď před vámi se stydím, je*



*mi trapně a není lehké se o tom bavit.“ Kromě toho, že si R9 bude připadat méně jako žena, se obává budoucího sexuálního života.*

### **Respondentka 10**

Respondentce 10 je osmačtyřicet let a je zaměstnaná jako sekretářka. Nejvyšším dosaženým vzděláním je středoškolské, ukončené maturitní zkouškou. Operační zákrok jí byl indikován z důvodu myomu na děloze. Strachuje se z narkózy a z pooperačních komplikací. Ke zmírnění obav ze zákroku jí nejvíce pomáhá podpora manžela a dětí. Informace čerpala z internetových stránek a pročetla si informační brožuru o zákroku. Získané informace považuje za dostačující a po jejich prostudování sděluje, že je mnohem klidnější než předtím. Sama o sobě tvrdí, že nebude mít psychické problémy, které se týkají ztráty ženství po odebrání dělohy. Myslí si, že pokud jsou ženy v tomto období samy a nikdo je nepodporuje a nepomáhá jim, věří, že u nich mohou takovéto problémy nastat. Budoucího života se také neobává z toho důvodu, že jí manžel ve všem podporuje a proto si je jistá, že z budoucnosti obavy mít nemusí.