



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Úloha porodní asistentky
při uspokojování potřeb u ženy
po hysterektomii

Vypracovala: Marcela Filipová
Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2016

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je Úloha porodní asistentky při uspokojování potřeb u ženy po hysterektomii. Bakalářskou práci tvoří dvě části, a to část teoretická a část výzkumná. V teoretické části jsou definovány gynekologické operace, především je zde rozebírána hysterektomie. Jsou zde charakterizovány indikace k hysterektomii a popsána předoperační péče a pooperační průběh hysterektomie. V oblasti předoperační péče a pooperačního průběhu je popisována úloha porodní asistentky. Teoretickou část tvoří také kapitola popisující potřeby ženy. Je zde zmíněna potřeba pohybu, hygieny a čistoty, dýchání, spánku, výživy a vylučování, sexuální potřeba, potřeba bezpečí a potřeba sounáležitosti a lásky. Teoretickou část práce uzavírá kapitola věnující se edukaci ženy po hysterektomii porodní asistentkou.

Pro účely bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. Prostřednictvím prvního cíle bylo zjišťováno, jaké jsou potřeby ženy po hysterektomii. Druhý cíl se zaměřoval na otázku spokojenosti ženy po hysterektomii s péčí porodní asistentky. Pro tyto dva cíle byly určeny tři výzkumné otázky: Které bio-psycho-sociální potřeby u žen po hysterektomii byly nejvíce změněny? Jak ženy po hysterektomii hodnotí péči porodní asistentky? Jaká byla očekávání žen po hysterektomii v souvislosti s péčí porodní asistentky?

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno pomocí hloubkových individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny s osmi ženami po hysterektomii v měsících březen a duben v roce 2016. Rozhovory probíhaly ve vybraných gynekologických ambulancích v Jihočeském kraji. Samotným rozhovorům předcházelo seznámení žen a gynekologů s tématem a výzkumnými cíli bakalářské práce. Ženy byly ujištěny o zachování anonymity a o nakládání se získanými daty dle etických norem. Na tomto základě byly podepsány Žádosti o souhlas ke spolupráci.

Získané rozhovory byly se souhlasem žen nahrávány na audiozáznam, následně přepsány do tištěné formy a analyzovány pomocí metody barvení textu. Na základě analýzy výpovědí žen byly stanoveny hlavní významové kategorie a podkategorie.

Celkem byly zvoleny čtyři hlavní významové kategorie, které byly doplněny čtrnácti podkategoriemi. První kategorie se zabývala ženou před operací, zaměřovala se na indikace ženy k hysterektomii a na pocity ženy před operací. Druhá kategorie se věnovala změněným potřebám ženy v pooperačním období. Pooperačním komplikacím byla věnována třetí kategorie. Čtvrtá kategorie se zaměřovala na péči porodní asistentky o ženu po hysterektomii.

Pomocí výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejčastější indikací žen k podstoupení hysterektomie byly děložní leiomyomy, ty jako důvod operace uvedly ženy Ž1, Ž2, Ž5, Ž7, Ž8. Dalšími důvody, proč bylo u žen z výzkumného souboru přistoupeno k chirurgickému odstranění dělohy, byly prekancerózní stavy, maligní nádory těla děložního a prolaps dělohy. Pozornost výzkumného šetření byla věnována také pocitům ženy před hysterektomií. Výsledky výzkumu ukázaly, že ženy před operací nejčastěji pociťovaly strach a úzkost. Dále bylo sledováno, které potřeby byly u žen po hysterektomii nejvíce změněny. Ukázalo se, že ke změně došlo zejména v saturaci potřeby pohybu a spánku v bezprostředním pooperačním období. Změna se také odehrávala v uspokojování potřeby bezpečí a v saturaci potřeby být bez bolesti. V naplňování těchto potřeb má nepostradatelnou úlohu porodní asistentka, jelikož je v častém kontaktu se ženou a může reagovat na její měnící se potřeby. Bylo zjištěno, že v oblasti uspokojování potřeby dýchání, hygieny, výživy, sexuální potřeby a potřeby sounáležitosti a lásky nedošlo u žen po hysterektomii k výraznějším změnám. Výzkumné šetření se zaměřovalo na výskyt pooperačních komplikací u žen po hysterektomii. Nejčastějšími pooperačními komplikacemi, které ženy z výzkumného souboru uváděly, bylo zvracení a nauzea, pooperační krvácení a vaginální mykózy. V rámci výzkumného šetření byly ženy tázány na spokojenost a očekávání ohledně péče porodní asistentky. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že většina žen byla s péčí porodní asistentky spokojena, ale ženy Ž1 a Ž4 postrádaly ze strany porodní asistentky prostor pro otázky. Za povšimnutí stojí fakt, že ženy Ž5, Ž6 a Ž8 z výzkumného souboru nevěděly, že o ženu po hysterektomii může pečovat porodní asistentka a neměly tedy žádná očekávání ohledně její péče. Domnívaly se, že porodní asistentka pečuje o ženu v období těhotenství, při porodu a v šestinedělí, zatímco o ženu s gynekologickým

onemocněním a po gynekologické operaci pečuje dle respondentek ženská sestra. Ostatní ženy ve svých očekáváních ohledně péče PA uváděly zejména profesionalitu, schopnost empatie a komunikace.

Bakalářská práce poukazuje na nedostatky v péči porodní asistentky o ženu po hysterektomii a zároveň se snaží najít vhodné kroky pro zlepšení péče o ženu. Cílem práce porodní asistentky by mělo být uspokojování potřeb ženy a nahlížení na ženu holisticky jako na celistvou osobnost.

Klíčová slova: edukace, gynekologická operace, hysterektomie, porodní asistentka, potřeba, žena

Abstract

This bachelor thesis deals with the role of the midwife while satisfying women's needs after hysterectomy. The bachelor thesis is divided into two parts; the theoretical part and the investigative part. In the theoretical part there are defined gynaecological surgeries, especially hysterectomy. There are also characterised indications which are used for hysterectomy and the description of the preoperative care and the postoperative course of hysterectomy. In the field of the preoperative care and the postoperative course there is described the role of the midwife. The theoretical part is made up by a chapter which describes the needs of the women. There are mentioned the needs of physical movement, safety, belonging and love. The theoretical part is closed by a chapter dealing with education of a woman after hysterectomy by midwives.

Two objectives were set in this work. The first aim was to investigate what are the needs of women after hysterectomy. The next aim was targeted at satisfaction of the woman after hysterectomy by of midwife care. Three investigative questions were asked for these two targets: Which bio-psycho-social needs were mostly changed after hysterectomy? How do women after hysterectomy evaluate the care of midwife? What were the expectations of women after hysterectomy in connection with the midwife care?

The investigative research was done via detailed, individual and semistructured interviews. The interviews were made with eight women who underwent hysterectomy in March and April in 2016. The interviews took place in selected gynaecological clinics in South Bohemia. Women and gynaecologists were made familiar with the topic and investigative targets of the bachelor thesis before the interviews. Women were assured that they would stay anonymous and the data would be used according to ethical standards. Accordingly requests for permission to co-operate were signed.

The gained interviews were recorded with the consent of women, then they were rewritten into the printed form and analyzed using stained methods text. Based on the analysis of statement there were set the categories and subcategories.

There were formed four main categories which were completed by fourteen subcategories. The first category dealt with a woman before the surgery, it focused on

woman indication towards hysterectomy and the feeling of a woman before the surgery. The second category dealt with needs of the women. The third category was dedicated to postoperative course complications. The fourth category focused on the midwife care of woman after hysterectomy.

The most frequent reason for undergoing hysterectomy was vaginal leiomyoma as stated by women W1, W2, W5, W7, W8 from the research sample of the conducted research survey. Other reasons for hysterectomy in my research sample were precancerous states, malign cervical tumours and uterus prolapse. Attention of the research survey was also paid to women's feelings before the hysterectomy. The results showed that women most frequently felt anxiety and distress before the surgery. Further there was an observation of women's needs changed after hysterectomy. The results showed changed needs of sleep and physical activity needs in post operative period. The change also took place in needs to feel safe and without pain. The midwife has an important role in satisfying these needs, because they are in close contact with the patient and are able to tend to her changing needs. It was found out that there were no major changes regarding breathing, hygiene, nutrition, sexual needs, sense of belonging and love after the hysterectomy procedure. The research survey was focused on occurrence of post operative complications in women after hysterectomy. The most common post operative complications among research sample were nausea, post operative bleeding and vaginal mycosis. The research survey also contained questions about satisfaction and expectations about midwife's care. The results showed that majority of women were satisfied with the provided care, but women W1 and W2 said, that midwife were too busy answering their questions. It is also worth mentioning that women W5, W6 and W8 from the sample were unaware of possible midwife's care and therefore had no expectations regarding their care. They assumed that a midwife takes care of the woman during pregnancy, labour and post natal period, whereas a female nurse takes according to respondents care of women suffering from gynaecological diseases and during post operative period. The other women expected mainly professional approach, empathy and communication.

The Bachelor thesis pointed out gaps (weaknesses) in midwife care of woman after hysterectomy and as well as it tries to find appropriate steps for improving care of woman. The aim of the midwife work should be meeting the needs and looking at the woman in the holistic way.

Key words: education, gynaecological surgeries, hysterectomy, midwife, need, woman

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 4. 5. 2016

.....

Marcela Filipová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat především paní Mgr. Romaně Belešové za její cenné rady, připomínky a čas strávený vedením mé bakalářské práce.

Velké díky patří také respondentkám, které v rozhovorech ochotně odpovídaly na mé otázky.

Dále bych chtěla poděkovat rodině a blízkým, kteří mě po dobu studia podporovali.

Obsah

Úvod	15
1 Současný stav	16
1.1 Operativa v gynekologii.....	16
1.1.1 Gynekologické operace	17
1.1.2 Hysterektomie.....	19
1.1.3 Indikace k hysterektomii	19
1.1.4 Předoperační (preoperační) péče	22
1.1.5 Pooperační průběh	27
1.2 Potřeba	30
1.2.1 Jednotlivé potřeby	31
1.3 Porodní asistentka a edukace.....	39
2 Cíle práce, výzkumné otázky	42
2.1 Cíle práce	42
2.2 Výzkumné otázky	42
3 Metodika	43
3.1 Použitá metodika.....	43
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	43
4 Výsledky výzkumu	45
4.1 Rozhovory se ženami po hysterektomii	45
5 Diskuze	62
6 Závěr.....	69
7 Seznam informačních zdrojů	70
8 Seznam příloh	75

Seznam použitých zkratk

ASA – American Society of Anesthesiologists, Americká společnost anestezie

BMI index – body mass index, index tělesné hmotnosti

CT – Computed Tomography, výpočetní tomografie

D – dýchání, respirace

DM – diabetes mellitus

EKG – elektrokardiografie

HE – hysterektomie

HPV – Human papilloma virus, lidský papilomavirus

IMCHV – infekce v místě chirurgického výkonu

JIP – jednotka intenzivní péče

LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

LMWH – Low Molecular Weight Heparin, nízkomolekulární heparin

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

P – puls

PA – porodní asistentka

PMK – permanentní močový katétr

SpO₂ – nasycení krve kyslíkem

STD – Sexually Transmitted Diseases, sexuálně přenosné choroby

TEN – tromboembolická nemoc

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

Seznam použitých cizích slov

Abdominální hysterektomie – chirurgické odstranění dělohy břišní cestou (Vokurka, Hugo, 2015)

Adnexektomie - jednostranné či oboustranné chirurgické odnětí adnex - vejcovodů a vaječníků (Vokurka, Hugo, 2015)

Antiemetika – léky tlumící zvracení (Vokurka, Hugo, 2015)

Anxiolytika – léky, které tlumí úzkost (Vokurka, Hugo, 2015)

Appendektomie – odstranění přívěsku slepého střeva (Vokurka, Hugo, 2015)

Ascites – výskyt volné tekutiny v dutině břišní (Vokurka, Hugo, 2015)

Bartholiniho žláza – jde o párovou žlázu umístěnou na ženských zevních rodidlech, která slouží k zvlhčování pochvy a vulvy při pohlavním vzrušení ženy (Vokurka, Hugo, 2015)

Biopsie – vyšetření (např. histologické, cytologické) a odběr ze vzorku živé lidské tkáně nebo orgánu za účelem stanovení či upřesnění diagnózy (Vokurka, Hugo, 2015)

Cystektomie – chirurgické odstranění cysty nebo močového měchýře (Vokurka, Hugo, 2015)

Cystoskopie – jedná se o endoskopickou vyšetřovací metodu, která umožňuje pozorovat vzhled vnitřku močových cest (Vokurka, Hugo, 2015)

Diuréza – je to množství definitivní moči, která se vytvoří v ledvinách, za jednotku času (za 24 hodin obvykle 1, 5 litru) (Vokurka, Hugo, 2015)

Enukleace – vyloupenutí dobře ohraničeného chorobného ložiska či anatomické struktury (Janíková, Zeleníková, 2013)

Exenterace – chirurgické vyjmutí či odstranění tělních orgánů z dutiny (Vokurka, Hugo, 2015)

Exstirpace – jde o úplné chirurgické vynětí orgánu či tkáně (Vokurka, Hugo, 2015)

Hypnotika – léky, které navozují spánek (Vokurka, Hugo, 2015)

Hysterektomie – chirurgické odstranění dělohy (Vokurka, Hugo, 2015)

Incize – naříznutí, chirurgické otevření (Vokurka, Hugo, 2015)

Interrupce – umělé ukončení/přerušování těhotenství do 12. týdne těhotenství

Intrapartální – během porodu (Vokurka, Hugo, 2015)

Konizace – vytěžení děložního hrdla ve tvaru kuželu jako prevence nádorových onemocnění (Vokurka, Hugo, 2015)

Laxantivum – projímadlo (Vokurka, Hugo, 2015)

Maligní nádor – zhoubný nádor (Vokurka, Hugo, 2015)

Menarché – jedná se o první menstruační krvácení v životě ženy (Vokurka, Hugo, 2015)

Myomektomie – chirurgické odstranění myomu (Vokurka, Hugo, 2015)

Osteoporóza – jde o onemocnění s porušenou resorpcí kosti (Vokurka, Hugo, 2015)

Ovarektomie – chirurgické odstranění vaječníku (Vokurka, Hugo, 2015)

Ovárium – vaječník (Vokurka, Hugo, 2015)

Parametrium – závěsný aparát dělohy, který je tvořen několika vazy (Vokurka, Hugo, 2015)

Placenta accreta – jde o chorobný stav, kdy placenta nadměrně vrůstá do stěny děložní (Vokurka, Hugo, 2015)

Placenta increta – jedná se o chorobný stav, kdy je placenta svými klky vrostlá do děložní svaloviny (Vokurka, Hugo, 2015)

Placenta percreta – stav, kdy je placenta svými klky vrostlá do celé stěny děložní až k seróze (Vokurka, Hugo, 2015)

Polakisurie – časté nucení na močení (Vokurka, Hugo, 2015)

Probatorní kyretáž – probatorní (explorativní) neboli zkušební, kyretáž (curettage) je seškrábnutí povrchu dutého orgánu, nejčastěji dělohy (Vokurka, Hugo, 2015)

Prolaps – výhřez (Vokurka, Hugo, 2015)

Rektoskopie – jedná se o endoskopickou metodu sloužící k vyšetření konečníku (Vokurka, Hugo, 2015)

Salpingektomie – chirurgické odstranění vejcovodu (Vokurka, Hugo, 2015)

Sectio caesarea – císařský řez (Vokurka, Hugo, 2015)

Sedativa – zklidňující léky (Vokurka, Hugo, 2015)

Subfebrilie – zvýšená tělesná teplota (Vokurka, Hugo, 2015)

Uretra – močová trubice (Vokurka, Hugo, 2015)

Uterus myomatosus – myomatózní děloha (Vokurka, Hugo, 2015)

Vaginální hysterektomie – chirurgické odstranění dělohy poševní cestou (Vokurka, Hugo, 2015)

Vulvektomie – chirurgické odstranění vulvy (Vokurka, Hugo, 2015)

Úvod

Gynekologické operace se mimo jiné klasifikují jako malé a velké gynekologické operace, dále pak dle přístupu jako miniinvazivní a otevřené.

Hysterektomie se řadí k nejčastěji prováděným gynekologickým operacím. Stejně jako ostatní operace nese i hysterektomie riziko vzniku pooperačních komplikací. Z důvodu prevence pooperačních komplikací se před provedením hysterektomie provádí předoperační příprava ženy. Předoperační přípravu lze rozdělit jak na obecnou přípravu, která se uplatňuje před každým plánovaným chirurgickým výkonem, tak i na speciální přípravu, kterou určuje charakter plánované operace a ordinuje přijímající lékař, a na místní přípravu.

Ve fázi předoperační přípravy i v pooperačním období zaujímá porodní asistentka významnou roli. Pečuje o ženu, vnímá její individuální potřeby a snaží se je optimálně naplnit.

Pro bakalářskou práci byly zvoleny dva cíle. První cíl byl orientován na potřeby ženy po hysterektomii, měl zjistit, které potřeby ženy byly po hysterektomii změněny. Stanovení druhého cíle mělo vést ke zjištění, zda ženy po hysterektomii byly spokojeny s péčí porodní asistentky.

Ve svém okolí, ale také v rámci odborné praxe, jsem se setkala s mnoha ženami, které tuto operaci podstoupily. Z tohoto důvodu jsem si zvolila výše uvedené téma bakalářské práce, protože mě zajímalo, jak ženy samy přistupovaly k tomuto zákroku, které potřeby byly u nich nejvíce změněny a jak byly spokojené s péčí porodní asistentky.

1 Současný stav

1.1 Operativa v gynekologii

„Gynekologické operace jsou invazivní, tkáňovou integritu organismu porušující chirurgické diagnostické a terapeutické zákroky prováděné na pohlavních orgánech ženy“ (Roztočil, 2011, s. 396).

V péči o ženu se ke gynekologickým operacím přistupuje až po použití všech dostupných konzervativních a neoperačních metod zejména pak v případě odejmutí pohlavních orgánů ženy nebo v případě jejich rekonstrukce. Každá gynekologická operace je pro organismus ženy z hlediska somatického zdraví velmi zatěžující. Nelze opomenout ani její dopad na psychický stav ženy. Z důvodu možného vzniku pooperačních komplikací v souvislosti s provedením gynekologické operace je nutné předem zvážit nejen přínos gynekologické operace pro ženu, ale také možné následky případných operačních komplikací (Roztočil, 2011).

V 19. století se operativa v gynekologii osamostatnila od chirurgie a prošla dlouhým vývojem. V současné době se v tomto oboru uplatňuje zejména zdokonalování operačních metod v gynekologii, například současný rozvoj robotické chirurgie, používání miniinvazivních a endoskopických metod v gynekologii, také využití moderních atraumatických chirurgických nástrojů a používání syntetických resorbovatelných šicích materiálů (Rob, Martan, Citterbart, 2008). Tyto moderní miniinvazivní a endoskopické metody se dle Slezákové (2011) využívají u ženy při operacích malé pánve a pro ženu mají mnohá pozitiva, jako je například menší rozsah operačních vstupů, nižší pooperační bolestivost či kratší doba hospitalizace. Pilka (2014) také jako pozitiva moderních metod uvádí méně markantní krevní ztráty a nižší výskyt infekcí. Typickým projevem posunu techniky v gynekologických operačních technikách je přechod z klasické abdominální hysterektomie k laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii až k totální laparoskopické hysterektomii. Využití robotické chirurgie v gynekologii má naproti laparoskopii mnoho výhod i pro operatéra,

například eliminuje třes rukou, simuluje pohyby operátěrový ruky a umožňuje trojrozměrné zobrazení operačního pole. Robotická chirurgie má ale i jisté nevýhody a to především svou finanční a prostorovou náročnost (Pilka, 2014).

V gynekologické operativě dochází k častější frekvenci provedení operací, tento jev úzce souvisí s využitím efektivnějších metod přípravy ženy na operaci a se snižováním pooperačních komplikací. Výše popsané principy, které se uplatňují v této problematice, se podílejí na současném stavu, kdy frekvence provedení gynekologických operací a zejména pak hysterektomie stoupá (Roztočil, 2011).

1.1.1 Gynekologické operace

Gynekologické operace lze mimo jiné klasifikovat jako malé (viz Příloha 1) a velké gynekologické operace, dle přístupu pak jako miniinvazivní a otevřené (Roztočil, 2011).

Velké gynekologické operace charakterizuje přítomnost celého operačního týmu, jako je operátor, který vede operační tým, včetně jedné až dvou asistencí (Roztočil, 2011). Dále jsou přítomny sestry/porodní asistentky se specializací pro perioperační péči. Rozlišuje se instrumentující neboli „čistá“, scrub nurse a „obíhající“, circulating nurse sestra/porodní asistentka. Operační tým je také tvořen anesteziologickým lékařem, anesteziologickou sestrou a sanitáři (Janíková, Zeleníková, 2013). Žena je uvedena do dlouhodobé anestezie a také doba hospitalizace je u velkých gynekologických operací delší (Roztočil, 2011). Velké gynekologické operace vyžadují intenzivnější pooperační péči. Dle zvyklostí daného zdravotnického pracoviště se hospitalizace ženy uskutečňuje buď na jednotce intenzivní péče a poté na standardní lůžkové ošetrovací jednotce, anebo je žena hospitalizována na takzvaném dospávacím pokoji a poté přeložena na standardní lůžko. Po velké gynekologické operaci se délka hospitalizace ženy v závislosti na jejím zdravotním stavu a druhu operační techniky pohybuje obvykle v rozmezí od jednoho do sedmi dní (Slezáková, 2011). Dle způsobu přístupu se gynekologické operace rozdělují na abdominální a vaginální. Oba přístupy se mohou mezi sebou kombinovat (Schneiderová, 2014). Volba přístupu k operaci se odráží od aktuálního zdravotního stavu ženy, také je možné vzít v úvahu individuální přání ženy (Rob, Martan, Citterbart, 2008).

Mezi výhody poševního přístupu patří menší rozsah operační rány, nižší intenzita a doba trvání pooperační bolesti, kratší doba anestézie, lepší průběh hojení operační rány a nižší riziko vzniku infekce v místě operační rány, dále rychlejší rekonvalescence ženy, jelikož dochází k menšímu oblenění střev v pooperačním období. Krevní ztráty ženy nebývají příliš velké. Další výhodou je také to, že na břišní stěně není přítomná jizva, která by mohla pro ženu představovat estetický problém. Využití poševního přístupu je výhodnější u obézních, starších a chudokrevných žen. Naopak negativní vlastností vaginálního přístupu je nemožnost prohlédnout celou břišní dutinu a eventuálně provést apendectomii (Rob, Martan, Citterbart, 2008).

Jako výhodou abdominálního přístupu lze uvést větší přehlednost v abdominální dutině, proto se také využívá při nádorových onemocněních a při zánětlivých stavech ženy. Pro ženu však znamená vyšší riziko vzniku pooperačních komplikací. Pro abdominální přístup se využívá podélný či příčný řez. Podélný řez (dolní střední laparotomie) je u ženy veden ve střední čáře mezi pupkem a stydkou sponou, existuje možnost i jeho kraniálního prodloužení. Mezi výhody tohoto řezu se řadí menší krvácivost, lepší přístup do dutiny břišní a kratší doba výkonu. Negativa tohoto abdominálního přístupu spočívají především v horším kosmetickém efektu a také ve vyšší pravděpodobnosti výskytu hernií v jizvě. Příčný řez nad sponou stydkou (Phannestielův řez) je možné v případě potřeby (zejména u obézních žen) rozšířit v incizi dle DeCherneye. Mezi pozitiva tohoto řezu patří lepší kosmetický efekt a nižší pravděpodobnost vzniku hernií v jizvě. Naopak jako negativa se u ženy jeví vyšší riziko pro pooperační krvácení a také časová a technická náročnost tohoto typu incize (Rob, Martan, Citterbart, 2008).

K velkým abdominálním gynekologickým operacím lze dle Roztočila (2011) zařadit mimo jiné exstirpaci myomu dělohy, cystektomii (chirurgické odstranění ovariálních cyst a cyst na vejcovodech), abdominální hysterektomii, ovarektomii, salpingektomii, adnexektomii, operace z indikace stresové močové inkontinence a korekční operace vrozených vývojových vad. Mezi velké vaginální gynekologické operace patří vaginální hysterektomie, prostá a radikální vulvektomie, přední a zadní poševní plastika atd.

1.1.2 Hysterektomie

Hysterektomie je vedle císařského řezu jedna z nejčastěji prováděných velkých gynekologických operací (Fram, 2013). K hysterektomii je možné přistoupit břišní nebo poševní cestou (Slezáková, 2011).

Nejčastější důvodem pro provedení vaginální hysterektomie je prolaps dělohy, uterus myomatosus (nedosahující velkých rozměrů) a prvotní fáze maligních nádorů. Tento operační výkon se provádí v gynekologické poloze a po jeho provedení většinou následuje ještě provedení přední či zadní plastiky poševní (Schneiderová, 2014).

K provedení hysterektomie abdominální cestou se u ženy přistupuje z důvodu myomu na děloze, onemocnění nádorové povahy, a pokud nelze příčinu onemocnění odstranit pomocí laparoskopické techniky z důvodu předchozích operačních zásahů a s nimi souvisejích adhezí a zánětů. Tento operační výkon se kombinuje s provedením jednostranné či oboustranné (bilaterální) adnexektomie (Schneiderová, 2014). Roztočil (2011) rozlišuje abdominální hysterektomii na hysterektomii abdominalis simplex, na hysterektomii abdominalis cum adnexectomia (jednostrannou či oboustrannou) a na radikální hysterektomii dle Wertheima. Při provedení hysterektomie simplex dochází k prostému odnětí dělohy, u abdominální HE s adnexetomií se k odstranění dělohy připojuje i odstranění vaječníků a ovárií, u radikální abdominální HE dle Wertheima - Meigse dochází k odnětí dělohy, parametria, horní části pochvy, vaziva, uzlin a adnex (ovárií a vaječníků) (Slezáková, 2011).

Příkladem operační techniky, při které je kombinován přístup laparoskopický a vaginální, je LAVH (laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie) (Roztočil, 2011).

1.1.3 Indikace k hysterektomii

Indikace znamená stanovení léčebného postupu. Obecně k provedení operace vede absolutní indikace (v tomto případě je léčba ženy možná pouze s pomocí operace) nebo indikace relativní, kdy je možnost jiné než operační léčby. Kontraindikace operace nastává, pokud by operace ženu ohrožovala na zdraví či na životě, představovala by pro ženu přílišnou zátěž a vedla by k horšímu zdravotnímu stavu ženy než léčba konzervativní (Janíková, Zeleníková, 2013).

V případě vyčerpání všech dostupných neoperačních metod a po důkladném zvážení současného zdravotního stavu ženy s posouzením všech možných pooperačních komplikací přistupuje lékař k indikaci hysterektomie (Roztočil, 2011). Kromě toho je zvažován i věk ženy, její další onemocnění a kvalita života ženy po provedení hysterektomie (Schneiderová, 2014). K indikaci hysterektomie je důležitý informovaný souhlas ženy a její důkladné poučení o tomto výkonu lékařem. Jelikož hysterektomie patří mezi velké gynekologické operace, provádí se ve zdravotnických zařízeních, které umožňují dlouhodobou hospitalizaci ženy (Roztočil, 2011).

Maligních nádory ovárií se dlouho jeví jako bezpříznaková a metastázuje nejčastěji na peritoneu. Z důvodu jejich výskytu se provádí radikální chirurgická léčba spočívající v hysterektomii, bilaterální adnexektomii a lymfadenektomii společně s chemoterapií nebo radioterapií. (Schneiderová, 2014). V současnosti se také začíná využívat možnost biologické léčby, ale její využití je zatím ve fázi klinických studií (Cibula, Rob, 2012). V pozdějších stádiích se maligní nádory vaječníků projevují zejména zvětšováním obvodu břicha, kde se vytváří ascites. Dále se tumory ovárií šíří lymfatickou cestou do paraortálních uzlin a krevní cestou do jater a plic. S tvorbou implantačních metastáz také souvisí projevy tohoto onemocnění, například střevní potíže a potíže s vyprazdňováním moče. Toto onemocnění postihuje ženy nejčastěji mezi padesátým a sedmdesátým rokem života. (Cibula, Rob, 2012; Schneiderová, 2014).

Dalším důvodem pro provedení hysterektomie u ženy jsou děložní myomy. Řadí se k nejčastějším gynekologickým nezhoubným onemocněním ženy, většinou postihují ženy premenopauzální, ale v současné době je výskyt děložních myomů zaznamenán i u žen, které ještě plánují těhotenství. Je to dáno především dnešním trendem odkládání těhotenství na pozdější dobu. Léčba žen s děložními myomy, které ještě plánují těhotenství, se zaměřuje na ponechání dělohy. Uplatňuje se konzervativní, fertilitu zachovávající léčba (farmakologická léčba, myomektomie, okluzivní metody) (Mára, Kubínová, Horák, Novotná, Kužel, 2011). Mezi nejčastější příznaky patří prodloužené, silné menstruační krvácení, které může vést až k rozvoji anémie z nedostatku železa u ženy, dále bolestivá menstruace, bolestivý pohlavní styk a polakisurie (Goodwin, Spies, 2010). Při prokázání děložních myomů u žen, které již neplánují těhotenství,

a myom intenzivně progreduje, žena trpí bolestmi a silným krvácením, se uplatňuje provedení hysterektomie (Schneiderová, 2014).

Další příčinou pro provedení hysterektomie společně s bilaterální adnexetomií a lymfadenektomií jsou maligní nádory děložního těla (karcinomy a sarkomy), jejichž symptomem je především krvácení po menopauze (viz Příloha 2) (Roztočil, 2011).

Maligní nádory děložního hrdla se nejčastěji vyskytují u žen ve fertilním věku mezi 35. až 50. rokem života a jejich časná stádia často probíhají inaparentně. Léčba tohoto onemocnění se liší dle velikosti nádoru a také dle jeho invaze. Využívá se konizace děložního hrdla, konceptu sentinelové uzliny, radioterapie i chemoterapie. Vykonáním radikální hysterektomie s lymfadenektomií lze řešit pokročilá stádia u žen, které již neplánují těhotenství. Tato stádia se projevují krvácením po koitu, výtokem a také obtížemi spojenými se vznikem metastáz zejména na parametriu, v konečníku, močovém měchýři a v plicích (viz Příloha 3) (Cibula, Rob, 2012).

Hysterektomie se také provádí při prolapsu dělohy s následnou poševní plastikou, stejně jako při rozsáhlé endometrióze (Schneiderová, 2014).

K hysterektomii je v některých případech nutné přistoupit i v oboru porodnictví, pokud vzniklý stav ohrožuje ženu bezprostředně na životě. K postpartální hysterektomii nejčastěji vede pozdní krvácení, které přetrvává i po podání uterotonik, aplikaci nitroděložního balonku (nejčastěji Bakriho katétr), revizi dutiny děložní i po bimanuální masáži dělohy. Rizikovým faktorem pro vykonání hysterektomie po porodu je děložní atonie, ruptura dělohy, abnormální uložení placenty (placenta accreta, increta, percreta, praevia) a stav po sectio cesarea. V současnosti stoupá u žen frekvence vykonání hysterektomie současně s císařským řezem na základě urgentní indikace při neztišitelném děložním krvácení, které nelze ztlumit konzervativními metodami nebo z plánované indikace pro již existující gynekologické onemocnění. Po císařském řezu se provede u ženy hysterektomie, která je doprovázena její hospitalizací na jednotce intenzivní péče dle zvyklosti zdravotnického zařízení, delší dobou hospitalizace a v některých případech i nutností podání krevních derivátů. Žena podstupující peripartální hysterektomii je vystavena vyšší emoční zátěži. Je nutné, aby podepsala informovaný souhlas s provedením hysterektomie. Peripartální hysterektomie je

vzhledem k velikosti těhotné dělohy, značnému krvácení z cév a křehké tkáni v místě předchozího operačního výkonu více náročná než hysterektomie u ženy, která těhotná není (Matthews, Rebarber, 2010).

Provedení hysterektomie u ženy může být spojeno se vznikem pooperačních komplikací (viz Příloha 4).

1.1.4 Předoperační (preoperační) péče

Hysterektomii a následnou hospitalizaci ženy v nemocnici lze z jejího pohledu považovat za velmi stresující záležitost. Především starší žena nebo ta, která s hospitalizací v nemocnici nemá žádnou zkušenost, vnímá pobyt ve zdravotnickém zařízení hůře. Obecně jsou ženy více senzitivní k úzkostem provázejícím předoperační fázi než muži. Žena před operací pocítuje zejména strach z anestézie, ze samotného operačního výkonu a z výsledků histologického vyšetření. K jejím dalším nepříjemným pocitům lze zařadit stud a pocit méněcennosti. V případě gynekologické operace pramení předoperační úzkost u ženy také z obav, které se týkají změn v jejím sexuálním životě, především pak obava z konce sexuálního života. Tyto změny mohou mít negativní dopad na kvalitu partnerského vztahu. Dalšími obavami ženy v souvislosti s provedením hysterektomie je obava ze změny tělesného vzhledu a s tím související ztráta ženské přitažlivosti – ženskosti a také strach z předčasného nastolení menopauzy. V souvislosti s hysterektomií může dojít ke změně sebepojetí a plnění rolí, i z toho může mít žena strach (Slezáková, 2011).

V rámci předoperační péče se porodní asistentka mimo jiné zaměřuje na redukcii předoperační úzkosti a strachu u ženy. Kromě podání premedikace dle ordinace lékaře používá porodní asistentka také relaxační techniky, muzikoterapii a poskytování informací o ošetřovatelských intervencích. Ačkoliv užití muzikoterapie jako redukce předoperační úzkosti není příliš často využívána, jeví se jako efektivní (Janíková, Zeleníková, 2013).

Důraz by měl být také kladen na individuální přístup lékaře i porodní asistentky, a pokud je to možné, mělo by se dbát na přítomnost blízké osoby ženy (například manžela, partnera, dětí) při informačním pohovoru s lékařem. Předoperační vyšetření u plánované hysterektomie provádí nejčastěji praktický nebo závodní lékař, u ženy

s vyšší pravděpodobností výskytu komplikací specialista pro interní medicínu (Roztočil, 2011).

Předoperační příprava, která se odehrává v rámci předoperační péče, si klade za cíl upravit vnější podmínky tak, aby operace proběhla bez vzniku pooperačních komplikací (Janíková, Zeleníková, 2013). Předoperační příprava představuje seznámení ženy s průběhem provedení hysterektomie, poté lékař odpovídá na případné dotazy ženy. Následuje podepsání informovaného souhlasu ženou a lékařem, ve kterém je písemně vysvětlen princip operace, možné pooperační komplikace a průběh pooperačního období (Rob, Martan, Citterbart, 2008). Lékař stanoví termín hospitalizace ženy ve zdravotnickém zařízení a termín samotného provedení hysterektomie (Roztočil, 2011). Naplánování gynekologické operace by ale mělo podléhat aktuálnímu zdravotnímu stavu ženy, daným lékařským a ošetrovatelským diagnózám, se kterými souvisí i naléhavost provedení hysterektomie (Slezáková, 2011).

Předoperační přípravu členíme na obecnou přípravu, která se uplatňuje před každým plánovaným chirurgickým výkonem, na speciální přípravu, jež určuje charakter plánované operace a ordinuje přijímající lékař, a na místní předoperační přípravu (Schneiderová, 2014). Kromě toho lze předoperační přípravu také dělit dle různých kritérií na tělesnou, psychickou a medikamentózní předoperační přípravu, na celkovou (orientována na péči o celé tělo) a místní (zaměřuje se na preoperační péči o místo plánovaného výkonu) a na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední předoperační přípravu (Janíková, Zeleníková, 2013).

Pro potřeby bakalářské práce bude podrobněji rozvedena obecná celková příprava, speciální předoperační příprava a místní předoperační příprava.

Celková předoperační příprava ve většině případů zahrnuje změření vitálních funkcí ženy (TK, P, TT, D, SpO₂), laboratorní vyšetření krevního obrazu, základní hemokoagulační vyšetření, vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru ženy, laboratorní vyšetření krve na sexuálně přenosné choroby, biochemické vyšetření iontů, jaterních a ledvinných parametrů, stanovení hodnoty glykémie a kvalitativní chemické vyšetření moče a močového sedimentu (Schneiderová, 2013). Samozřejmostí je gynekologické vyšetření ženy, při němž porodní asistentka asistuje lékaři. V některých případech

u plánované operace je u ženy odebrána krev na autotransfuzi (Janíková, Zeleníková, 2013). V rámci předoperačního vyšetření se také provádí EKG (neprovádí se u žen do čtyřiceti let věku a u žen spadajících do skupiny ASA I). U ženy starší 60 let nebo u mladší, avšak rizikové ženy a u ženy kuřačky se posuzuje rentgen srdce a plic. Žena absolvuje vyšetření u interního lékaře, který na základě posouzení všech vyšetření a celkového zdravotního stavu ženy určí možná rizika spojená s operačním výkonem a posoudí, zda je možné u dané ženy operaci provést. V případě potřeby upraví u ženy její chronickou medikaci v perioperačním období. V některých situacích jsou před provedením hysterektomie vyžadována ještě další speciální vyšetření (Rob, Martan, Citterbart, 2008). Pro všechna předoperační vyšetření však platí, že by jejich platnost neměla přesahovat časový úsek dle doporučení České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Klasifikace probíhá dle kódu ASA (viz Příloha 5).

Součástí preoperační péče je i nácvik správného dýchání a mobilizace společně s fyzioterapeutem, které žena využije v pooperačním období a pomáhá jí zkracovat dobu rekonvalescence (Janíková, Zeleníková, 2013).

Žena se v předem stanoveném termínu dostaví k příjmu do zdravotnického zařízení. Přijímající lékař kontroluje výsledky předoperačních vyšetření a může ordinovat ještě další doplňující vyšetření, za jejichž zabezpečení je zodpovědná porodní asistentka. Ve spolupráci s porodní asistentkou zjišťuje lékař akutní onemocnění ženy, které by znemožňovalo provedení operačního výkonu (Janíková, Zeleníková, 2013). Od ženy je odebrána osobní anamnéza včetně alergologické, rodinné, farmakologické, gynekologické, pracovní a sociální anamnézy, lékař se ženy ptá také na užívání návykových látek. Dále naordinuje ženě dietu, léky, popřípadě i pooperační rehabilitaci. Porodní asistentka odebírá od ženy ošetřovatelskou anamnézu. Do dokumentace také zaznamená BMI ženy (Schneiderová, 2014). Je vhodné, aby žena znala jméno operátora, a umožňuje-li to chod ošetřovací jednotky, aby proběhl informační rozhovor mezi ženou a operátorem (Cibula, Rob, 2012). Velmi důležitý je také písemný souhlas ženy s poskytováním informací o jejím zdravotním stavu. Je zde uveden i kontakt na danou osobu a vztah ženy k ní (Janíková, Zeleníková, 2013). Ve zdravotnických zařízeních, kde praktikují studenti středních a vysokých škol, žena podepisuje souhlas

s přítomností studentů a s nahlížením studentů do zdravotnické dokumentace. V průběhu hospitalizace ženy se opakovaně ptáme, zda všemu porozuměla a zda má nějaké dotazy ohledně poskytované péče (Schneiderová, 2014).

Obecná celková příprava zahrnuje přezutí a převlečení ženy z civilního do nemocničního oděvu. Porodní asistentka zajistí uložení šatstva a sepíše se ženou šatní lístek. Pokud má žena u sebe větší finanční obnos, nabídne jí porodní asistentka jeho uložení v trezoru. Při sepisování seznamu cenností by měly být zahrnuty podrobnosti jako žlutý nebo bílý kov u šperků nebo značka elektronických přístrojů (Janíková, Zeleníková, 2013). Dále ženu seznámí s prostorovým uspořádáním ošetrovací jednotky a jejím denním režimem (Schneiderová, 2014). Součástí předoperační přípravy je rozhovor ženy s anesteziologem, který zodpovídá případné dotazy ohledně anestézie a definitivně rozhoduje, zda je u ženy možné operaci provést. (Cibula, Rob, 2012). Se ženou sepíše informovaný souhlas s podáním anestézie. Anesteziologický lékař naordinuje premedikaci, v případě plánovaných výkonů prepremedikaci (viz Příloha 6). PA také poučí ženu o důležitosti důkladné hygieny celého těla před operací včetně hygieny vlasů. Důraz by měl být u ženy kladen i na hygienu nehtů, především odstranění nečistot za nehty (Schneiderová, 2014). V případě abdominálního přístupu k operaci je nutná zvýšená hygiena a dezinfekce pupku a při vaginálním přístupu dezinfekce pochvy (Slezáková, 2011). Dále je nutné ženu poučit, aby si odložila šperky, hodinky, sponky, piercingy. Stejně důležité je i odstranění líčidel, nalakovaných, umělých a dlouhých nehtů. Žena by také měla mít vyjmutou zubní protézu (Wichsová, 2013). Nakonec je nutné ženu poučit o nutnosti zdržení se konzumace lehce stravitelného jídla a kouření nejméně šest hodin před operací. Jídlo těžšího charakteru (především smažené a tučné) by žena neměla konzumovat osm hodin před plánovaným operačním výkonem, jelikož jejich průchod střevním traktem trvá delší dobu. Před plánovaným operačním výkonem by se žena měla zdržet i tekutin (voda, čaj) (Janíková, Zeleníková, 2013). Dle zvyklostí pracoviště a ordinace lékaře zabezpečí porodní asistentka odpoledne před plánovaným operačním výkonem střevní přípravu ženy buď formou očistného klyzmatu nebo podáním projímavé směsi jako je např. Yal (Rob, Martan, Citterbart, 2008). Úkolem porodní asistentky dle zvyklosti dané

ošetřovací jednotky je popřípadě i sbalení osobních věcí ženy a jejich transport na ošetřovací jednotku, kde bude žena po operaci (Janíková, Zeleníková, 2013).

V rámci speciální přípravy ženy na gynekologickou operaci se lékař a porodní asistentka zaměřují na prevenci vzniku TEN u ženy. Uplatňuje se bandáž dolních končetin nebo navléknutí kompresních punčoch a injekční aplikace nízkomolekulárních heparinů (LMWH – Low Molecular Weight Heparin, například Clexane, Fraxiparine) dle ordinace lékaře (Schneiderová, 2014). Porodní asistentka edukuje ženu o vhodných cvicích dolních končetin a o dodržování pitného režimu, které též snižují riziko vzniku TEN. Porodní asistentka dle ordinace lékaře a zvyklostí daného zdravotnického zařízení zabezpečuje zavedení permanentního močového katétru za aseptických podmínek, zavedení periferního venózního katétru a podání léků (Wichsová, 2013). U ženy s onemocněním diabetes mellitus by měla být operace naplánována tak, aby zaujímala přední místo v operačním programu a byla provedena přednostně. Dále je u ženy trpící DM nutné vysazení perorálních antidiabetik i dlouhodobě působícího inzulínu, které jsou nahrazeny aplikací krátkodobě působícího inzulínu (Janíková, Zeleníková, 2013).

Před transportem ženy na operační sál je ještě nutné zakrýt vlasatou část hlavy jednorázovou operační čepicí. Převoz ženy společně s dokumentací na operační sál zajišťuje zdravotnický personál dle kódu ASA. Žena je transportována vleže na lůžku nebo na k tomu určeném vozíku, kde je přikryta čistě povlečenou dekou nebo čistým prostěradlem a nemá u sebe žádné osobní věci. Zdravotnický personál bere v potaz stud ženy a zabezpečuje její intimitu. Ženu si přebírá dle zvyklosti zdravotnického zařízení perioperační sestra, sálový sanitář nebo anesteziologický tým ve vstupním filtru nebo v překládovém prostoru, kde probíhá i kontrola identifikačního náramku ženy (Wichsová, 2013). Dle typu přístupu k operovaným orgánům je žena uložena do potřebné polohy na operační stůl. Pokud je u ženy zvolen abdominální přístup, tak je využita poloha vleže na zádech, jde-li o přístup vaginální, nachází se žena v poloze gynekologické (Cibula, Rob, 2012).

V rámci místní předoperační přípravy porodní asistentka zkontroluje, zda je operační pole bez známek infekce a také zkontroluje místa kožních záhybů, kde je zejména u obézních žen vyšší pravděpodobnost vzniku intertriga a na jeho podkladu

může vznikat mykotická infekce (Wichsová, 2013). Dle zvyklostí daného pracoviště se bezprostředně před operací (maximálně však dvě hodiny před výkonem) ještě na oddělení, nebo již v předšálí, provádí příprava operačního pole, která zahrnuje oholení ochlupení (Wendsche, Pokorná, Štětková, 2012). Wichsová (2013) upřednostňuje holení operačního pole na mokro před holením na sucho, při kterém vznikají drobná poranění pokožky a ta mohou sloužit jako místa vstupu infekce do těla ženy. Riziko vzniku infekce zvyšuje i oholení operačního pole v předvečer operačního výkonu (Wendsche, Pokorná, Štětková, 2012). Pokud je u ženy předpokládána abdominální operace, oholí porodní asistentka oblast podbřišku a stydkého pahorku. V případě vaginálního operačního přístupu provede porodní asistentka u ženy oholení vulvy a hráze (Rob, Martan, Citterbart, 2008). K oholení se v současnosti většinou používají jednorázové pomůcky (Schneiderová, 2014).

Při akutní operaci častěji dochází k rozvoji pooperačních komplikací, jelikož čas na předoperační vyšetření je omezený a ženu také může na životě ohrožovat příčina, kvůli které se operace má uskutečnit (Janíková, Zeleníková, 2013). Veškeré odběry biologického materiálu jsou zajištěny vyšetřením statim, tedy s předností před ostatními vyšetřeními (Vytejková, 2013). Doplnující zobrazovací vyšetření jako například rentgen a EKG se z důvodu časového omezení dle způsobu práce daného pracoviště provádějí až na operačním sále, stejně tak je i zde ženě většinou intravenózně podána premedikace. Na druhé straně je i v případě akutní operace velmi důležitá komunikace a empatický přístup porodní asistentky k ženě a jejímu blízkému okolí. U akutní (neplánované) hysterektomie se v rámci předoperační přípravy provádí hygienická péče zaměřená na odstranění hrubých nečistot a vyjmutí zubní protézy, získání anamnézy od ženy. Fyzikální vyšetření ženy je také časově omezeno (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.1.5 Pooperační průběh

Ženu, která po operaci spontánně dýchá, má výbavné reflexy a její cirkulační oběh je stabilizovaný, si přebírá s kompletní dokumentací s pooperačními indikacemi lékaře a operačním protokolem z operačního sálu (od anesteziologa) ve většině případů sanitář společně s perioperační porodní asistentkou (Wichsová, 2013). Po provedení hysterektomie je žena z operačního sálu převezena dle zvyklostí daného pracoviště na

jednotku intenzivní péče nebo na dospávací pokoj, který je přístrojově a personálně zajištěn jako JIP (Rob, Martan, Cittebart, 2008). Zde je žena po operaci sledována a poté přeložena na standardní ošetrovací jednotku (Schneiderová, 2014). Dle aktuálního stavu ženy, ordinace lékaře a standardů jednotlivých zdravotnických pracovišť přistupuje porodní asistentka k pooperační péči o ženu. Bezprostřední pooperační péče porodní asistentky o ženu je velmi náročná, obvykle zahrnuje permanentní sledování vitálních funkcí ženy, zejména tlaku krve, pulzu, dýchání, tělesné teploty, saturace krve kyslíkem a stavu vědomí (Janíková, Zeleníková, 2013). Porodní asistentka také sleduje krvácení (z rodidel, z operační rány) a sekreci v drénech. Podezření na vnitřní krvácení ihned hlásí lékaři (Slezáková, 2011). Porodní asistentka pečuje o operační ránu. Pravidelně ji kontroluje a zajišťuje převazy, všímá si také změn na kůži v okolí rány a následně o všech změnách informuje lékaře (Janíková, Zeleníková, 2013). Dále porodní asistentka pečuje o invazivní vstupy a drény dle zvyklostí daného zdravotnického zařízení. V rámci bezprostřední pooperační péče sleduje porodní asistentka bilanci tekutin u ženy, prokrvení spojivek, sliznic a kůže, pocity nauzey, zvracení u ženy a výbavnost reflexů. Sleduje také bolest ženy, zejména její charakter, lokalizaci a reakci na podání analgetik. K tišení pooperační bolesti lékař obvykle ordinuje neopioidní analgetika, opioidy či místní anestetika, někdy také přistupuje k jejich kombinaci. Porodní asistentka provádí hodnocení intenzity bolesti dle vizuální analgetické škály a vše zaznamenává do dokumentace. Dle ordinace lékaře podává porodní asistentka ženě analgetika, antibiotika, antikoagulancia, popřípadě chronickou medikaci ženy a sleduje možné nežádoucí účinky těchto léků. Porodní asistentka dle ordinace lékaře také zajišťuje infuzní terapii u ženy a naordinovanou dietu. V případě potřeby zajišťuje další vyšetření. Porodní asistentka sleduje výsledky lékařem ordinovaných vyšetření. Dle individuálního stavu ženy zabezpečuje porodní asistentka hygienickou péči, při níž se snaží o aktivní zapojení ženy (Janíková, Zeleníková, 2013).

Po stabilizaci zdravotního stavu je žena s kompletní dokumentací přeložena na standardní ošetrovací jednotku. Zde si přijímající porodní asistentka zaznamená čas překladu a aktuální zdravotní stav ženy. I nadále pokračuje v monitoraci vitálních

funkcí ženy dle ordinace lékaře (Schneiderová, 2014). Lékař ve spolupráci s porodní asistentkou pokračuje v péči o operační ránu (stálá kontrola krvácení z rány, odstranění stehů dle zvyklostí zdravotnického zařízení) (Janíková, Zeleníková, 2013). Důsledkem abdominální či laparoskopické operace je vznik jizev. Zejména u žen mohou působit jako estetický nedostatek a je proto na místě, aby porodní asistentka edukovala ženu v péči o jizvu (Slezáková, 2011). Porodní asistentka se řídí ordinacemi lékaře a k tišení bolesti podává ženě analgetika a monitoruje u ženy její bolest. V případě nevolnosti a zvracení se ženě podávají léky tlumící tyto vedlejší účinky anestézie. Dále se péče porodní asistentky zaměřuje na hygienu genitálu a zejména celkovou hygienu těla a operační rány (zahrnuje sprchování po použití toalety, častou výměnu vložek, prádla), sledování denního příjmu a výdeje tekutin a na péči o vyprazdňování moče a stolice, které může být vlivem působení anestézie narušené (Slezáková, 2011; Schneiderová, 2014). Nezastupitelnou úlohu v pooperační péči má také fyzioterapie u ženy po hysterektomii (viz Příloha 7). Všechny intervence porodní asistentky by měly vycházet z holistického pojetí ženy a měly by vést k samostatnosti a soběstačnosti ženy (Janíková, Zeleníková, 2013).

Po provedení operace dle její úspěšnosti žena dochází na pravidelné kontroly do gynekologických ambulancí a do ostatních specializovaných zdravotnických pracovišť. Účelem dispenzarizace je záchyt pozdních komplikací léčby a také časných recidiv onemocnění (Cibula, Rob, 2012).

1.2 Potřeba

„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá...Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje“ (autorem A. H. Maslow; Trachtová, 2013, s. 14).

Potřebu lze definovat jako známku jistého nedostatku, kdy odstranění tohoto nedostatku je žádoucí a potřebné. Potřeba může vzniknout i z nadbytku a cílem organismu člověka je vyrovnání homeostázy (Šamánková, 2011). Pro vývoj a život člověka je přítomnost potřeb nezbytná. Potřeby člověka se neustále ze strany kvalitativní i kvantitativní vyvíjejí a mění. Každý člověk je individualita a individuálně také uspokojuje své potřeby a to buď žádoucím či nežádoucím způsobem (Trachtová, 2013).

Problematikou lidských potřeb a jejich uspokojování se podrobněji zabýval Abraham H. Maslow (viz Příloha 8).

Lidské potřeby jsou naplňovány na principu motivace a jednotlivých motivů. Pojem motivace je latinského původu (moveo neboli pohybovati) a vede jedince k nastolení a zachování vnitřní rovnováhy (Plevová, 2011).

I potřeby ženy po hysterektomii jsou individuální a vlivem hospitalizace, nemoci a léčby ženy se jejich hierarchie může dynamicky měnit. Cílem péče porodní asistentky je uspokojování potřeb ženy po hysterektomii včetně určení prioritních potřeb. Porodní asistentka zabezpečuje zejména základní potřeby ženy, důležité je ale i uspokojování vyšších potřeb, jako je například potřeba sounáležitosti a lásky, potřeba uznání (Trachtová, 2013). Neuspokojení těchto potřeb se může projevat psychickými obtížemi (například úzkostí, nervozitou) i fyzickými obtížemi ženy. Nedostatečná saturace potřeb ženy může vyústit až v distres, frustraci, deprivaci i v depresi ženy (Šamánková, 2011). Dle Maslowa (2014) má uspokojení potřeb navíc pozitivní účinek na zdravotní stav ženy.

1.2.1 Jednotlivé potřeby

Jako základní a biologickou potřebu ženy lze označit potřebu pohybu a tělesné aktivity. Pohyb a tělesná aktivita mají na organismus ženy velký vliv, jelikož zlepšují její zdravotní stav, působí preventivně na vznik onemocnění, zvyšují fyzickou zdatnost a také výkonnost jednotlivých orgánů. Uspokojování této potřeby je zejména v dnešní době velmi individuální, stejně tak i reakce ženy na neuspokojení této potřeby. Některé ženy ke svému životu tuto uspokojenou potřebu nepotřebují a zcela ji vypouštějí. Naopak ostatní ke svému životu pohybovou aktivitu potřebují a přináší jim nejen tělesnou zdatnost ale i duševní pohodu. Mezi ošetřovatelské intervence porodní asistentky sloužící k uspokojení potřeby pohybu a tělesné aktivity patří mobilizace ženy v pooperačním období. Mobilizace zahrnuje nácvik a dopomoc například při pohybu na lůžku, vstávání z lůžka, při chůzi. Před vlastním vstáváním ženy z lůžka je nutné, aby porodní asistentka/fyzioterapeutka nejdříve zajistila infúzi, drény, permanentní močový katétr. U žen v pooperačním období hrozí rozvoj ortostatického kolapsu. Dále lze v pooperačním období využít kondiční cvičení, izotonické a izometrické cvičení ve spolupráci s fyzioterapeutem (Trachtová, 2013).

Další základní biologickou potřebou ženy je potřeba hygieny a čistoty. Také uspokojování této potřeby je individuální, stejně tak projev neuspokojení této potřeby může být u každé ženy odlišný. V biologické rovině péče o hygienu těla napomáhá odstraňovat nečistoty a mikroorganismy z těla, zabraňuje infekci a kůži zachovává v dobrém stavu. Přínos má také v rovině psychologické, jelikož navozuje příjemné pocity a napomáhá k dobrému duševnímu stavu. V sociální rovině navozuje příjemné prostředí (Trachtová, 2013). Porodní asistentka se zejména v pooperačním období snaží, aby spolupracující žena hygienickou péči prováděla co nejdříve samostatně (Šamánková, 2011). Pomáhá ženě například s nastavením teploty vody, předem připravuje všechny potřebné pomůcky, aby byly pro ženu snadno dosažitelné. Respektuje soukromí ženy a snaží se zajistit bezpečnost ženy při hygieně (Trachtová, 2013). Porodní asistentka by se měla zdržet šperků a dlouhých nehtů, jelikož zejména při dopomoci u hygieny ženy může dojít k poranění kůže ženy (Tomagová, Bóriková, 2008).

Potřeba spánku je také základní biologickou potřebou každé ženy. Během spánku dochází k regeneraci celého těla. Jedná se o aktivní funkční status organismu, při kterém se vyskytuje fyziologická změna vědomí a organismus vyvíjí minimální fyzickou aktivitu a reakci na některé vnější podněty. Bdělost lze označit jako opak spánku. Stejně jako spánek je pro ženu nutný i odpočinek, který může probíhat pasivně (např. četbou, poslechem hudby) nebo aktivně (např. sportovními aktivitami) a v prostředí, které si žena pro odpočinek zvolí. Odpočinek má pozitivní vliv na duševní pohodu ženy (Trachtová, 2013). Porodní asistentka ve spolupráci s lékařem uspokojuje potřebu spánku a odpočinku u ženy, tato potřeba je v prostředí nemocnice většinou nějakým způsobem narušená (Šamánková, 2011). Péče PA zahrnuje identifikaci případné spánkové poruchy u ženy a její následné řešení. Mezi intervence PA může případně patřit úprava prostředí ženy tak, aby bylo vhodné pro spánek a odpočinek. Porodní asistentka se tedy snaží minimalizovat hluk na pokoji hospitalizované ženy a to například zavíráním dveří a rozvržením ošetrovatelských intervencí tak, aby ženu co nejméně rušila. Dále je vhodné, aby byl pokoj ženy opatřen žaluziemi proti přímému světlu. Porodní asistentka může ženě také doporučit zhasnutí či ztlumení osvětlení a vypnutí televize, je-li na pokoji přítomna. Pro zklidnění a relaxaci ženy může porodní asistentka využít účinků klidné, relaxační hudby. V neposlední řadě je vhodné umístit ženu na samostatný pokoj či na pokoj, kde nebude ostatními ženami příliš rušena. Pro nerušený spánek ženy porodní asistentka zabezpečí dostatečnou délku spojovacích hadiček u infuze, aby žena neměla ve spánku omezený pohyb, signalizační zařízení situuje tak, aby jej měla žena blízko sebe, a po dohodě se ženou nastaví vhodnou polohu postele pro spánek a upraví lůžko. Dále je vhodné využívat nočních světel, popřípadě i bočnic postele. Porodní asistentka také podporuje individuální spánkové návyky ženy (např. čtení, poslech hudby, hygiena, masáž zad...), ženu poučí o zdržení se konzumace mastných, smažených pokrmů a nápojů s kofeinem bezprostředně před spaním (Trachtová, 2013). V některých případech je nutné problémy se spánkem řešit medikamentózní cestou ve spolupráci s lékařem, který nejčastěji předepisuje anxiolytika, hypnotika a sedativa. Úlohou porodní asistentky je podání léků ženě dle ordinace lékaře, sledování případných vedlejších účinků léků (například ospalosti ve

dne, úzkosti, svalové slabosti atd.) a zaznamenání do dokumentace. Zejména zaznamená čas, kdy žena lék užila a jeho množství (Tomagová, Bóriková, 2008). V pooperačním období se u ženy může objevit pooperační únava, která trvá zhruba měsíc, pokud operace proběhla bez větších komplikací. (Rob, Martan, Citterbart, 2008). Jedná se o stav, kdy se žena cítí vyčerpaná, psychická i fyzická práce pro ni představuje větší zátěž. Žena může být více ospalá, lhostejná, emočně labilnější (Trachtová, 2013).

Potřeba výživy je jednou ze základních fyziologických potřeb člověka. Potřeba výživy zahrnuje přijímání jídla a pití. U člověka se potřeba výživy uplatňuje mimo biologické i v psychosociální rovině. Výživou žena zabezpečuje na jedné straně fungování metabolismu organismu, na druhé straně lze konzumaci esteticky upraveného jídla v příjemném prostředí a s lidmi, kteří jsou ženě blízcí, zabezpečit také pozitivní emoce ženy. Pokud dojde k dlouhodobému nenaplnění potřeby příjmu potravy, dochází ke změně v chování a jednání jedince. Způsob, jakým se žena stravuje, ovlivňuje její celkový zdravotní stav. Přijímaná strava by měla být energeticky vyrovnaná a pestrá, přijímána pravidelně v určených časových intervalech. Žena by měla také dbát na dostatečný příjem tekutin a to 1,5 až 2 litry neslazené tekutiny denně. K posouzení stavu výživy kromě jiných vyšetření využívá porodní asistentka především stanovení BMI, kdy je hmotnost ženy v kilogramech dělena dvojnásobnou hodnotou výšky ženy v metrech. Za normální hodnoty BMI se považuje rozmezí mezi hodnotami 20 až 25. Úlohou porodní asistentky při uspokojování potřeby výživy u ženy je především objednání a zabezpečení diety dle ordinace lékaře, dále zabezpečení dostatečného a vhodného množství tekutin, případně se ženou řeší její individuální problémy v oblasti příjmu potravy a tekutin (Trachtová, 2013). V bezprostřední pooperační péči, kdy je příjem tekutin zabezpečen pomocí infuzní terapie, porodní asistentka pečuje o ústní dutinu ženy, kterou čistí a zároveň zvlhčuje pomocí štětiček určených k hygieně dutiny ústní (Šamánková, 2011).

Mezi fyziologické potřeby ženy patří také potřeba vylučování moče a stolice, která zabezpečuje rovnováhu organismu a úzce souvisí s psychosociálními potřebami. Uspokojená potřeba vylučování má za následek pozitivní vliv na duševní stav ženy. Naopak neuspokojení při nedostatečném vyprázdnění může být následkem somatických

i psychických potíží ženy. Potřeba vylučování stolice a její frekvence je u každé ženy individuální (Trachtová, 2013). Porodní asistentka zajišťuje soukromí ženy při vyprazdňování, jelikož vyprázdnění v nemocnici je pro mnohé ženy těžké a spojené se studem (Šamánková, 2011). Dále podporuje defekaci ženy zajištěním vhodné stravy a dostatečným množstvím tekutin, podílí se na pohybové aktivizaci ženy. Pro podporu mikce může porodní asistentka ženě doporučit močení ve sprše či zvuk tekoucí vody. Dále sleduje množství, frekvenci, barvu a zápach vylučované stolice a moče. Při hodnocení stolice posuzuje také její konzistenci a vše zaznamenává do dokumentace. V případě potřeby podává ženě laxantiva a diuretika dle ordinace lékaře (Trachtová, 2013).

Také potřeba dýchání je základní, biologickou potřebou každého živého jedince, zajišťuje přívod vzdušného kyslíku ke tkáním, odchod oxidu uhličitého z tkání a je saturována samovolně. Neuspokojená potřeba dýchání a zejména neuspokojená potřeba kyslíku ohrožuje ženu na zdraví a na životě a také má vliv na emoce ženy, objevují se pocity úzkosti a strachu ze smrti. V rámci uspokojování této potřeby porodní asistentka spolupracuje s fyzioterapeutem a se ženou při nácviku správného dýchání a provádění dechové gymnastiky. Využívá také polohování ženy, jelikož určité polohy přispívají ke snadnějšímu dýchání a okysličování organismu ženy. Vhodná je zejména poloha, kdy horní polovina těla je zvýšena. Dále porodní asistentka zajišťuje pravidelné větrání pokoje a v případě potřeby podává ženě oxygenoterapii dle ordinace lékaře (Trachtová, 2013). Kyslíková terapie má různé možnosti aplikace jako je například inhalace pomocí obličejové masky, kyslíkových brýlí. Vždy je však vhodná mikronebulizace vdechované směsi, aby se předcházelo vysychání dýchacích sliznic (Šamánková, 2011).

Jako další potřebu ženy po hysterektomii lze uvést potřebu být bez bolesti. Bolest lze definovat jako nepříjemný subjektivní prožitek, který je doprovázen vegetativními a psychickými reakcemi organismu, v některých případech je provázena i změnou chování (Janíková, Zeleníková, 2013). Pocit bolesti je v životě člověka nepostradatelný, jelikož signalizuje možné ohrožení organismu (Trachtová, 2013). Pokud žena verbalizuje bolest, neměl by se tento fakt nikdy podceňovat (Janíková, Zeleníková, 2013). Bolest lze rozdělit na akutní a chronickou. Akutní bolest je krátkodobého

charakteru a má varovnou funkci před ohrožením organismu (Trachtová, 2013). Akutní bolest je obvykle doprovázena změnami v chování, dále pak duševními i vegetativními změnami. Pro organismus ženy znamená akutní bolest velkou psychickou i fyzickou zátěž. Lze ji také lépe lokalizovat než bolest chronickou (Streitová, Zoubková, 2015). Pooperační bolest je charakteristickým případem akutní bolesti, je způsobena narušením integrity tkání a doprovázena uvolněním histaminu, serotoninu, prostaglandinů a dalších chemických látek do organismu. Pooperační bolest lze rozdělit na nocireceptorovou somatickou bolest, která je lokalizována v kůži, svalech a kostech. Dále na nocireceptorovou viscerální bolest, která vychází z vnitřních orgánů a na neuropatickou bolest, která vzniká při poruše nervových spojů (Málek, Ševčík, 2014). Zemanová a Zoubková (2012) rozdělují akutní bolest v rámci způsobu operačního zákroku na silnou bolest trvající déle než 48 hodin (například hrudní operace), silnou bolest trvající méně než 48 hodin (abdominální hysterektomie, císařský řez), střední bolest trvající déle než 48 hodin (například operace srdce) střední bolest trvající kratší dobu (vaginální hysterektomie) a malou bolest (malé gynekologické výkony) (Zemanová, Zoubková, 2012). Chronická bolest má dlouhodobý charakter trvající měsíce (déle než tři až šest měsíců) a má destrukční vliv na bio-psycho-sociální stránku jedince. Obecně lze bolest dle své intenzity rozdělit na bolest malé, střední a velké intenzity. Bolest malé intenzity jedince neomezuje v práci, při upoutání pozornosti na jiný podnět ji lze opomenout. Bolest střední intenzity ruší člověka v práci, ve spánku i v odpočinku. Bolest velké intenzity je charakteristická tím, že se jedinec nemůže soustředit již na nic jiného než na vnímání bolesti. Při uspokojování potřeby ženy být bez bolesti v pooperačním období zajišťuje porodní asistentka, aby byla bolest ženy snížena na co nejnižší možnou úroveň. Ve spolupráci s lékařem využívá porodní asistentka analgetik, které podává dle jeho ordinace. Dále může porodní asistentka využít různé techniky relaxace a uvolnění ženy jako například dýchání, poslech relaxační hudby, masáž, aplikace chladu (Trachtová, 2013). Porodní asistentka provádí algometrii/ dolorimetrii neboli hodnocení bolesti, aktivně se ženy ptá na její subjektivní vnímání bolesti a vše zaznamenává do dokumentace (Streitová, Zoubková, 2015). Dále se také podílí na měření bolesti u ženy a to zejména pomocí vizuální analogové škály (VAS), která patří mezi numerické

a neverbální metody měření bolesti (viz Příloha 9). V poslední řadě může vnímání bolesti ovlivňovat také informovanost ženy a vzájemný vztah mezi ženou, porodní asistentkou a lékařem (Trachtová, 2013).

V souvislosti s hospitalizací a operačním výkonem může být u ženy narušená zejména potřeba jistoty a bezpečí (Šamánková, 2011). Potřeba jistoty a bezpečí je základní potřebou a zahrnuje potřebu ženy vyvarovat se ohrožení, potřebu jistoty, spolehlivosti, samostatnosti, dále potřebu finančního zabezpečení a potřebu dostatečného množství informací o svém zdravotním stavu případně o vývoji onemocnění. Dle hierarchického řadění dle Maslowa je potřeba jistoty a bezpečí zařazena nad fyziologické potřeby a společně s nimi spadá do kategorie nižších potřeb jedince. Neuspokojená potřeba jistoty a bezpečí může mít u ženy psychickou odezvu, která se projevuje smutkem, úzkostí či beznadějí. Ojediněle může vyvolat i hněv. Strach lze charakterizovat jako obavu před něčím konkrétním, naproti tomu úzkost je stav, kdy člověk má obavy bez konkrétně vymezené příčiny. Beznaděj neboli zoufalství je subjektivní emocionální stav jedince, který již nevidí jiné východisko ze současné situace nebo způsob řešení problému. Hněv lze charakterizovat jako odpověď na frustraci organismu a projevuje se agresí vůči sama sobě či svému okolí, kdy agrese může být psychická či fyzická. Potřeba jistoty a bezpečí je zejména v souvislosti s hospitalizací ženy také uspokojena dostatečným podáváním informací (Trachtová, 2013). Způsob podávání informací by měla porodní asistentka individuálně přizpůsobit úrovni vzdělání ženy, jejímu zdravotnímu stavu, popřípadě jejím předchozím zkušenostem s hospitalizací v nemocnici (Šamánková, 2011). Porodní asistentka pečující o ženu po hysterektomii by měla být empatická a měla by umět ženu slovně podpořit v její současné situaci (například umožněním kontaktu s rodinou a blízkými, zajištěním oblíbených činností ženy) (Trachtová, 2013). V souvislosti s hospitalizací ženy je důležité získat důvěru ženy v kvalitně poskytovanou péči zdravotnickým personálem (Šamánková, 2011).

Sexualita ženy po hysterektomii může být narušena, ale žádná žena by neměla svůj sexuální život brát jako tabu a v případě pochybností se svěřit ošetřujícímu lékaři či porodní asistentce (Rob, Martan, Citterbart, 2008). Ženské sexuální funkce jsou závislé

na psychologických, fyziologických a sociálních faktorech. V průběhu historie se pohled na sexualitu ženy neustále vyvíjel (viz Příloha 10). Sexualitu ženy po hysterektomii ovlivňuje zejména emočně sociální podpora partnera, hormonální, fyzický a psychický stav ženy (Fram, 2013). Provedení prosté hysterektomie nemá ve většině případů velký vliv na sexuální život ženy, jelikož děloha zřejmě nemá fyziologický význam v sexuální stimulaci ženy (Rob, Martan, Citterbart, 2008). Avšak některé ženy mohou mít obavy. Jejich obavy se mohou týkat pooperační jizvy nebo bolesti při prvním pohlavním styku po operaci, jelikož pochva může být vlivem chirurgické léčby zkrácena či zúžena (Rob, Martan, Citterbart, 2008). Návrat k sexuálnímu životu stejné kvality jako v období před operací trvá u dvou třetin žen déle než 6 měsíců a 15 % žen dokonce svůj sexuální život ukončí. Negativní dopad na sexuální život ženy má zejména onkologické onemocnění. Sexuální touha může být menší než v předoperačním období, žena může sexuálně odmítat partnera nebo mít strach z jeho nevěry či z opuštění. Také je běžně rozšířené přesvědčení v populaci žen o sexuálním přenosu nádoru na partnera (Cibula, Rob, 2012). Na druhé straně po hysterektomii mizí obavy ženy z nechtěného otěhotnění, dále ženy kladně hodnotí i absenci pravidelného menstruačního krvácení (Fram, 2013).

Jako další lidskou potřebu lze uvést potřebu lásky a sounáležitosti, která je potřebou nedostatkovou (Maslow, 2014). Patří mezi sekundární potřeby člověka. U hospitalizované ženy po hysterektomii ji uspokojuje zejména rodina a přátelé ženy, proto je na místě umožnit ženě kontakt se svými blízkými. V opačném případě může žena pociťovat osamělost. Ojediněle však může nastat situace, že návštěva rodiny či blízkých na ženu z nějakého důvodu působí negativně. Projev této situace je nejvíce patrný v bezprostřední pooperační péči, kdy jsou ženě monitorovány fyziologické funkce. Náhlá změna těchto funkcí může vést k ukončení návštěvy. Při návštěvách ženy v bezprostředním pooperačním období je důležité, aby rodina ženy respektovala určitá pravidla, například je vhodné omezit počet osob, které ženu navštěvují, na dvě osoby a také čas návštěvy na maximální dobu 30 minut. Žena po hysterektomii může být již po 30 minutách návštěvy vyčerpaná. Hospitalizovaná žena by od pečující porodní asistentky neměla a ani nemůže očekávat projevy lásky. Tato potřeba by ze strany

porodní asistentky měla být saturována pomocí laskavosti, schopnosti vcítění se do role ženy a jejím pochopením. Potřeba sounáležitosti by měla být ze strany porodní asistentky zabezpečena představením se ženě, případně představením ostatních žen, které budou se ženou sdílet pokoj (Šamánková, 2011). Je důležité, aby porodní asistentka brala v úvahu i možnost vzniku negativních myšlenek u ženy v souvislosti s provedením hysterektomie. Nejčastějším důvodem, proč se ženy obávají tohoto chirurgického zákroku, je obava, jakým způsobem jejich partner přijme tuto nově vzniklou skutečnost a také strach ze ztráty vlastní přitažlivosti. V některých případech hrozí až rozvoj posthysterektomického syndromu u ženy. Vyznačuje se zejména bolestí hlavy, únavou, spánkovými poruchami a návaly (Slezáková, 2011).

Naplněná potřeba sebeúcty a uznání je zejména u ženy velmi důležitá, jelikož ovlivňuje její celkový psychický stav, a to jak v období zdraví tak i v období nemoci ženy. S potřebou sebeúcty a uznání také souvisí schopnost ženy plnit určitou roli (viz Příloha 11). Porodní asistentka by k ženě měla přistupovat tak, aby napomáhala k rozvoji sebeuznání a sebeúcty, které vlivem odstranění části těla (dělohy) může být narušeno. V každém případě by se měla vyhnout jakékoliv slovní devalvaci ženy. Uspokojení této potřeby se také do značné míry dotýká osobnosti porodní asistentky a jejího pohledu na sebe sama. Porodní asistentka s pozitivním náhledem na svou osobu dokáže lépe uspokojovat potřeby ženy než porodní asistentka se sníženou úrovní sebeúcty a sebekoncepce (Trachtová, 2013).

Všechny výše uvedené potřeby směřují k naplnění nejvýše postavené potřeby, která je dle různých autorů označována jako potřeba seberealizace, sebeaktualizace, integrace, autonomie, potřeba produktivity. Jde vlastně o naplnění lidství (Maslow, 2014).

Lidské potřeby a jejich uspokojování se staly centrem zájmu ošetrovatelského modelu V. Henderson a F. Nightingale (viz Příloha 12) (Plevová, 2011).

1.3 Porodní asistentka a edukace

Pojem edukace pochází z latinského slova *educio*, které znamená vychovávat. Edukace je proces, který provází člověka od jeho narození až do smrti a má za cíl pozitivním způsobem ovlivnit vědomosti, postoje, dovednosti a návyky daného jedince. Jako edukační proces lze označit průběh výchovy a vzdělávání mezi edukantem a edukátorem. Dále v edukačním procesu hrají důležitou roli i edukační konstrukty a edukační prostředí. V problematice hysterektomie se edukantem nejčastěji stává žena, může jím být ale i porodní asistentka, která si v této oblasti prohlubuje své vědomosti a dovednosti. Jako edukátora lze označit osobu, která aktivně předává informace edukantovi. V tomto případě je to nejčastěji lékař a porodní asistentka. Velmi důležité pro proces edukace je i edukační prostředí, kde se edukace odehrává. To by mělo být příjemné a pokud možno bez rušivých elementů (Juřeníková, 2010).

Edukace ženy porodní asistentkou je součástí ošetrovatelského procesu a také součástí práce porodní asistentky se ženou a její rodinou. Porodní asistentka v rámci edukace ženy po hysterektomii plní roli edukátorky. Porodní asistentka v roli edukátorky by měla být především komunikativní, empatická, orientována na ženu a organizačně schopná (Šulistová, Trešlová, 2012). Je také nutné, aby o dané problematice měla dostatek znalostí a respektovala osobnost edukované ženy. V souvislosti s edukační činností by měla porodní asistentka vytvářet motivující a podporující edukační prostředí, měla by ženu umět povzbudit a pochválit (Svěráková, 2012).

Edukaci v ošetrovatelství a v porodní asistenci nelze chápat jako jednorázové předání informací ženě, edukaci je nutné uchopit jako edukační realitu, která je efektivně připravena. Cílem edukace v porodní asistenci je pozitivní změna v návycích, postojích, dovednostech a vědomostech edukované ženy (Šulistová, Trešlová, 2012).

Edukace ženy porodní asistentkou hraje nezastupitelnou roli v kontinuální péči o ženu, vede totiž k lepší spolupráci ženy a také k rychlejší rekonvalescenci ženy po hysterektomii (Slezáková, 2011). Porodní asistentka bere v úvahu individualitu ženy a přizpůsobí tomu proces edukace. Některé ženy (především úzkostnější) nevyžadují

podrobné informace o operačním výkonu, spíše upřednostňují informace týkající se pocitů a vjemů (Janíková, Zeleníková, 2013).

Svou edukační činnost porodní asistentka zaznamenává dle zvyklostí pracoviště do dokumentace ženy, edukačních karet či edukačních záznamových listů k tomu určených (Šulistová, Trešlová, 2012).

Perioperační porodní asistentky v některých zdravotnických zařízeních edukují pacientku pomocí písemných, obrazových materiálů popřípadě pomocí videí ještě před provedením operace. Ženě také ústně objasňují jednotlivé postupy v perioperační péči a na základě svých kompetencí odpovídají na případné otázky ženy. Wichsová (2013) popisuje jako kontraproduktivní, pokud žena absolvuje v jeden den zároveň rozhovor s anesteziologem, lékařem operátorem a zároveň i s perioperační porodní asistentkou. Důsledkem může být nadbytek informací. K řešení této problematiky by mohlo přispět zkombinování edukačního materiálu (žena by jej měla k dispozici delší dobu a mohla si jej opakovaně prostudovat i s rodinou) s ústní edukací (např. otázky ženy). PA ženu informuje o časovém rozvrhu operačního dne, jakým způsobem bude žena převezena na operační sál a přesunuta na operační stůl. V rámci perioperačního rozhovoru vysvětlí také ženě kompetence jednotlivých zdravotníků v operačním týmu, v případě zájmu ženy je možné podat informace o přístrojové technice, která bude při operaci použita. Dále ženě sdělí, jakým způsobem o ní bude pečováno v pooperačním období. Navázání kontaktu ženy s perioperační porodní asistentkou, která bude přítomna u operace, je pro ženu pozitivní a rozvíjí vzájemnou důvěru. Je vhodné, aby v pooperačním období perioperační porodní asistentka ještě ženu navštívila a promluvila s ní o jejích pocitech z operace a jak je spokojena s péčí (Janíková, Zeleníková, 2013).

V rámci edukace v pooperačním období vysvětlí porodní asistentka ženě důležitost fyzického i psychického klidu. Dalšími okruhy edukace ženy je péče o operační ránu a o jizvu (viz Příloha 13), péče o vyprazdňování stolice a důležitost zvýšené hygienické péče. Porodní asistentka poučí ženu o důležitosti zdržení se pohlavního styku po dobu šesti týdnů od operace. Porodní asistentka také sděluje ženě potřebné informace o možných vedlejších negativních projevech anestézie jako je zvracení a nauzea

a o obtížích spojených s vylučováním moče a stolice. Ženy v pooperačním období trápí zejména nadýmání a zácpa. Mají také zavedený permanentní močový katétr, o jehož funkci by měly být informovány. Mezi další body edukace ženy porodní asistentkou patří příjem vyvážené stravy a prevence prochladnutí ženy. Důležitá je edukace také o možných problémech v sexuálním životě po operaci ženy a poskytnutí informací o následné péči o ženu (Slezáková, 2011).

Pokud byla žena nucena podstoupit z důvodu onkologického onemocnění i zevní či vnitřní radioterapii, je vhodné ji informovat o možných pozdních důsledcích této léčby. Mezi ně patří zejména průjemy, které se dají řešit dietním režimem s omezením tuků a velkého množství ovoce, nebo také pomocí farmak. Žena vlivem zmenšení objemu močového měchýře může mít pocit častého nucení na močení. Radioterapie může mít dopad i na sexuální život ženy, jelikož pochva se vlivem léčby může zúžit. Je proto doporučováno časně zahájení pohlavního života ženy po odeznění terapie, používání lubrikačních prostředků (zejména při prvním vaginálním styku) a poševních dilatátorů (Cibula, Rob, 2012).

S lymfadenektomií, která se v rámci provedení hysterektomie v některých případech provádí, souvisí vznik lymfedémů neboli lymfatických otoků dolních končetin či velkých stydkých pysků. Porodní asistentka může ženě doporučit návštěvu lymfaloga, který se specializuje na lymfodrenáže a lymfomasáže (Cibula, Rob, 2012).

2 Cíle práce, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat, jaké jsou potřeby žen po hysterektomii.

Cíl 2: Zmapovat spokojenost žen po hysterektomii s péčí porodní asistentky.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1:

Které bio-psycho-sociální potřeby u žen po hysterektomii byly nejvíce změněny?

Výzkumné otázky 2:

Jak ženy po hysterektomii hodnotí péči porodní asistentky?

Jaká byla očekávání žen po hysterektomii v souvislosti s péčí porodní asistentky?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování výzkumné části práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Jako technika sběru dat byl použit hloubkový individuální polostrukturovaný rozhovor. Pro rozhovory se ženami po hysterektomii bylo sestaveno celkem jedenáct otevřených otázek (viz Příloha 14). Pomocí prvních čtyř otázek byly zjišťovány identifikační údaje ženy. Další otázky se zabývaly problematikou hysterektomie a pooperačními komplikacemi u ženy po hysterektomii. Otázky se také zaměřovaly na nejvíce pozmeněné potřeby ženy po hysterektomii. Žena byla dále dotazována na svá očekávání ohledně péče porodní asistentky a také na spokojenost s péčí porodní asistentky. V průběhu rozhovorů byly předem sestavené otázky doplňovány přímým dotazováním ženy.

Rozhovory se ženami byly uskutečněny v měsících březen a duben v roce 2016 ve vybraných gynekologických ambulancích v Jihočeském kraji. Před samotnými rozhovory proběhlo seznámení gynekologa a dotazované ženy s tématem bakalářské práce, s výzkumnými cíli a otázkami. Na základě ujištění o zachování anonymity byly podepsány Žádosti o souhlas ke spolupráci (viz Příloha 15). Pro zachování anonymity byly ženy označeny Ž1 – Ž8. Všechny ženy také předem souhlasily s nahráváním rozhovorů na diktafon.

Získané rozhovory byly následně přepsány do tištěné formy a analyzovány pomocí metody barvení textu (Švaříček, Šedřová, 2014). Na základě analýzy výpovědí žen byly stanoveny hlavní významové kategorie a podkategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo osm žen po hysterektomii z vybraných gynekologických ambulancí v Jihočeském kraji. Hlavními kritérii pro výběr respondentek bylo podstoupení abdominální či vaginální hysterektomie a doba, která uplynula od

podstoupení hysterektomie, neměla být kratší než jeden rok. Dalším kritériem byla také ochota žen k zodpovězení otázek.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Rozhovory se ženami po hysterektomii

Rozhovory byly vedeny se ženami po hysterektomii z vybraných gynekologických ambulancí v Jihočeském kraji.

V Tabulce 1 jsou uvedeny identifikační údaje a základní charakteristika dotazovaných žen jako je věk, rodinný stav, nejvyšší ukončené vzdělání a zaměstnání žen. Dále jsou údaje v Tabulce 1 zaměřeny na paritu dotazovaných žen, zvolený operační přístup a provedené operační výkony. Jsou zde také uvedeny indikace, které ženy vedly k podstoupení hysterektomie.

Tabulka 1 Identifikační údaje žen po hysterektomii

Žena	Věk	Rodinný stav	Nejvyšší ukončené vzdělání	Zaměstnání	Počet porodů	Druh HE	Přístup k HE	Indikace k HE
Ž1	44 let	Vdaná	SOV s maturitou	vedoucí školní stravovny	2	HE prostá	abdominální	děložní leiomyomy
Ž2	62 let	Vdaná	SOV bez maturity	Dělnice	2	HE + AE	abdominální	děložní leiomyomy
Ž3	63 let	Vdaná	vysokoškolské - Mgr.	učitelka pro 1. stupeň ZŠ	3	HE + AE	abdominální	maligní nádor těla děložního
Ž4	54 let	Vdaná	SOV bez maturity	OSVČ	3	HE prostá	abdominální	prolaps dělohy
Ž5	47 let	Vdaná	SOŠ s maturitou	vedoucí skladu	4	HE + AE	abdominální	děložní leiomyomy
Ž6	51 let	rozvedená	vysokoškolské - Ing.	administrativní pracovnice	2	HE prostá	vaginální	prekanceróza
Ž7	58 let	Vdaná	SOV bez maturity	keramička	2	HE + AE	abdominální	děložní leiomyomy
Ž8	57 let	Vdaná	SOV s maturitou	administrativní pracovnice	3	HE prostá	abdominální	děložní leiomyomy

(Ž = žena, OSVČ = osoba samostatně výdělečně činná, SOV = střední odborné vzdělání)

Zdroj: vlastní

Z Tabulky 1 vyplývá, že dotazované ženy byly ve věkovém rozmezí od 44 do 63 let. Většina žen ve výzkumném souboru (Ž1, Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž7, Ž8) žila v manželství, pouze žena Ž6 uvedla, že je rozvedená a nyní žije s novým partnerem. Nejvyšší ukončené vzdělání žen se lišilo. Ženy Ž2, Ž4, a Ž7 absolvovaly střední odborné vzdělání bez maturity, střední odborné vzdělání s maturitou získaly ženy Ž1, Ž5, a Ž8. Dvě ženy (Ž3 a Ž6) uvedly jako své nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské, dosáhly magisterského (Ž3) a inženýrského (Ž6) vysokoškolského titulu. Také vykonávané zaměstnání žen bylo různorodé. Ženy Ž8 a Ž6 pracovaly v administrativě na pozici nižší administrativní pracovnice. Žena Ž3 pracovala ve školství jako pedagogický pracovník. Dvě ženy (Ž1 a Ž5) vykonávaly profesi jako provozní pracovnice v oblasti služeb a obchodu. Respondentka Ž7 prováděla uměleckou řemeslnou odbornou práci a žena Ž2 obsluhovala stroje a zařízení ve stavebním průmyslu. Z Tabulky 1 dále plyne, že dotazované ženy se lišily počtem porodů. Z celkem osmi žen ve výzkumném souboru byly ženy Ž1, Ž2, Ž6 a Ž7 sekundipary, ženy Ž3, Ž4 a Ž8 terciary. Žena Ž5 rodila celkem čtyřikrát. Ženy (Ž1, Ž4, Ž6, Ž8) z výzkumného souboru podstoupily hysterektomii simplex a ženy (Ž2, Ž3, Ž5 a Ž7) podstoupily hysterektomii s bilaterální adnexektomií. Indikace k provedení hysterektomie byly u dotazovaných žen rozdílné. U pěti žen z výzkumného souboru (Ž1, Ž2, Ž5, Ž7, Ž8) byly důvodem pro provedení hysterektomie děložní leiomyomy. Respondentka Ž3 podstoupila hysterektomii z indikace maligního nádoru děložního těla a u ženy Ž6 bylo k hysterektomii přistoupeno z důvodu předrakovinového stavu. Z důvodu prolapsu dělohy byla hysterektomie provedena u respondentky Ž4.

Na základě výpovědí dotazovaných žen byla získaná data analyzována a následně byly vytvořeny hlavní významové kategorie a jejich podkategorie. Hlavní kategorie a podkategorie jsou zaneseny v Tabulce 2, kterou tvoří celkem čtyři hlavní významové kategorie a čtrnáct podkategorií. Hlavní významové kategorie se zabývají ženou před operací, potřebami ženy a pooperačními komplikacemi, které se u ženy po hysterektomii vyskytly. Dále byla pozornost významových kategorií zaměřena na péči porodní asistentky. Získaná data z rozhovorů jsou v práci doplněna citacemi výroků žen. V textu jsou citace žen zaznamenány kurzívou.

Tabulka 3 Hlavní významové kategorie a jejich podkategorie

KATEGORIE	PODKATEGORIE
Žena před operací	Indikace k HE Pocity ženy
Potřeby ženy	Potřeba pohybu Potřeba hygieny a čistoty Potřeba dýchání Potřeba spánku Potřeba výživy Potřeba vylučování Potřeba být bez bolesti Sexuální potřeba Potřeba bezpečí, sounáležitosti a lásky
Pooperační komplikace	Potíže ženy po HE
Péče porodní asistentky	Spokojenost s péčí Očekávání ženy

Zdroj: vlastní

Kategorie Žena před operací

Z kategorie Žena před operací jsou zřejmé výsledky z výzkumného šetření v problematice indikace ženy k hysterektomii. Dále se tato kategorie snažila zjistit, jaký byl náhled ženy na hysterektomii, popřípadě jaké pocity ženu před operací doprovázely.

Podkategorie Indikace k hysterektomii

Tato podkategorie kategorie se zabývala indikacemi k provedení hysterektomie u ženy a také nejčastějšími obtížemi ženy před operací.

Nejčastější potíží u žen Ž1, Ž2, Ž5, Ž7 a Ž8 před podstoupením hysterektomie bylo silné menstruační krvácení. Žena Ž1 vypověděla: „*Měla jsem hodně silné menstruační krvácení a potom jsem si taky přes břicho nahmatala dvě bulky, to mě*

vydělilo, tak jsem šla k lékaři.” Respondentka Ž7 jako další obtíž v souvislosti se silným menstruačním krvácením uvedla anémii a únavu, při rozhovoru sdělila: „Byla jsem také hodně unavená a později zjistili, že jsem chudokrevná.” Nepříjemný pocit při prolapsu dělohy popsala žena Ž4 a své problémy specifikovala: „Měla jsem zrovna menses a zároveň jsem ve sněhu tlačila kočárek s osmnáctiměsíční dcerou a najednou jsem měla takový divný pocit tam dole. Doma jsem si něco nahmatala mezi nohama a šla jsem k lékaři.” U žen Ž3 a Ž6 se nevyskytly žádné obtíže v souvislosti s menstruačním krvácením před provedením hysterektomie.

Z výpovědí žen z výzkumného souboru bylo zjištěno, že u žen Ž1, Ž2, Ž5, Ž7 a Ž8 byly důvodem pro provedení hysterektomie děložní leiomyomy. Žena Ž8 řekla: „Původně jsem šla ke gynekologovi zažádat o sterilizaci a po vyšetření mi sdělil, že je nutné provést hysterektomii kvůli myomu na děloze.” U žen Ž3 a Ž6 byl zjištěn patologický nález při gynekologické prevenci. Respondentka Ž3 podstoupila hysterektomii z indikace maligního nádoru děložního těla a u ženy Ž6 bylo k hysterektomii přistoupeno z důvodu předrakovinového stavu. Žena Ž6 objasnila indikaci k hysterektomii: „Při pravidelné prohlídce můj gynekolog spatřil něco nepatřičného a provedl odběr tkáně při mininarkóze, po oznámení výsledku předrakovinového stavu jsme se dohodli na operaci.” V souvislosti s prolapsem dělohy byla hysterektomie provedena u ženy Ž4.

Podkategorie Pocity ženy

Podkategorii Pocity ženy se zabývá výsledky výzkumného šetření v oblasti reakce dotazované ženy na prvotní informaci o nutnosti provedení hysterektomie. Dále byla žena dotazována na to, jaké pocity měla před hysterektomií.

Ženy Ž1, Ž3, Ž6, a Ž8 vypověděly, že informace o nutném provedení hysterektomie pro ně znamenala šok. V rozhovorech se ženami zaznělo – Žena Ž1: „Koukala jsem jako blázen, vůbec jsem o žádných myomech v děloze nevěděla....” Respondentka Ž3 uvedla: „To se snad nedá popsat...šok, to je jasný.” Také žena Ž6 odpověděla: „Prvotně to byl šok, že se to může týkat i mě....ale ve finále mám dvě děti, vaječníky mi zůstanou, tak nejsem ani první, ani poslední.” Ženy Ž4 a Ž7 se k prvotní informaci

o provedení hysterektomie postavily pozitivně. Popsaly, že v podstoupení hysterektomie spatřovaly především zbavení se problémů, které je obtěžovaly v běžném životě. Žena Ž4 uvedla: „*První, co mě napadlo, bylo, že než mít takový problém (prolaps dělohy), tak to raději podstoupím jakoukoliv operaci.*” Respondentka Ž7 se vyjádřila: „*Chápala jsem to tak, že mi operace pomůže.*” Ženy Ž2 a Ž5 zaujímaly k provedení hysterektomie neutrální postoj, respondentka Ž5 uvedla: „*Děti jsem už měla, tak jsem to neřešila.*”

Z rozhovorů se ženami vyplynulo, že ženy Ž1, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6 a Ž8 před hysterektomií nejčastěji pociťovaly strach. Příčiny strachu u žen před podstoupením hysterektomie byly různé. Strach z výsledků histologického vyšetření verbalizovaly ženy Ž1 a Ž8. Respondentka Ž1 sdělila: „*Měla jsem obavy z výsledků, protože se u nás v rodině vyskytlo rakovinové onemocnění.*” Žena Ž8 také vypověděla: „*Měla jsem strach z výsledků, protože kdyby něco našli na vaječnicích, museli by mi je také odebrat.*” Žena Ž3 vypověděla, že v souvislosti s maligním nálezem a s podstoupením hysterektomie pociťovala strach o život. Jako další důvod strachu ženy před operací se objevil strach plynoucí z možných komplikací hysterektomie, ten uvedla respondentka Ž5. Řekla: „*Mám vysoký krevní tlak, z toho jsem měla trochu strach, aby nenastaly nějaké komplikace.*” Žena Ž6 na otázku, zda před operací pociťovala strach, odpověděla: „*Trochu, z narkózy, následně z možné recidivy.*” Ženy Ž1, Ž3 a Ž4 z výzkumného souboru strach před podstoupením hysterektomie blíže upřesnily jako strach o zajištění rodiny, o děti a o chod domácnosti v době hospitalizace ženy ve zdravotnickém zařízení. Žena Ž1 vypověděla: „*Potom jsem se taky trošku bála, jak to zvládnou doma (manžel a dcery) beze mě.*” Respondentka Ž3 dále sdělila: „*Mladší syn tehdy chodil do první třídy....v první chvíli jsem myslela hlavně na děti, abych byla zase zdravá. Hodně jsem plakala, než jsem se s tím nějak smířila. Poté jsem si už nepřipouštěla, že by to mohlo dopadnout špatně.*” V rozhovoru se ženou Ž4 zaznělo: „*Později jsem spíš řešila, jak to doma zvládne manžel a starší dcera s péčí o tehdy osmnáctiměsíční dcerku.*” Respondentka Ž7 uvedla, že před operací pociťovala spíše strach z neznámého a z budoucnosti. Žena Ž7 v rozhovoru sdělila: „*Samozřejmě, že jsem měla strach a obavy. Člověk neví, do čeho jde a co bude potom. Ale na druhou*

stranu hysterektomie nebyla moje první operace.” Žena Ž2 naopak vypověděla, že před hysterektomií byla klidná, nepocítovala strach ani úzkost.

Kategorie Potřeby ženy

Z této kategorie jsou patrné výsledky z výzkumného šetření zabývající se nejvíce změněnými potřebami ženy po hysterektomii. Pozornost byla zaměřena zejména na potřebu pohybu, hygieny a čistoty, dýchání, spánku, výživy a vylučování. Dále byly zjišťovány změny v sexuální potřebě ženy po hysterektomii. Byla rozebírána také potřeba ženy být bez bolesti, potřeba bezpečí a potřeba sounáležitosti a lásky.

Podkategorie Potřeba pohybu

Z Podkategorie Potřeba pohybu vyplývají skutečnosti zaměřené na změny v oblasti pohybu u ženy po hysterektomii.

Bezprostředně po provedení hysterektomie ženy Ž1, Ž4, Ž6, Ž7 a Ž8 z výzkumného souboru popisovaly určité pohybové omezení, které ale postupem času odeznělo a pohybový režim žen byl navrácen do původního stavu jako před podstoupením hysterektomie. Žena Ž1 blíže uvedla: *„Hned po té operaci člověk nemohl dělat, to, co předtím, musela jsem pomaleji chodit, v tom jsem byla omezená, ale brzy to přešlo.*” Respondentka Ž4 vypověděla: *„Jediný problém byl v tom, že jsem šest týdnů nemohla chovat malou dcerku a nosit těžší věci, například koš s prádlem musely nosit děti nebo jsem jej musela sunout.*” Žena Ž7 se k pohybovému omezení po hysterektomii vyjádřila: *„Celkově snížená pohyblivost, nemohla jsem plavat, cvičit. Bezprostředně po operaci se mi nepohodlně sedělo. Také jízda autem byla pro mě náročná, špatně se mi nastupovalo a vadilo mi přejíždění hrbolů na silnici. Ale po šesti týdnech se vše vrátilo do původního stavu.*” U respondentky Ž7 byla provedena vaginální hysterektomie a sdělila: *„Ze začátku jsem byla trochu omezená v pohybu, přeci jenom je to řez a zásah do těla. Řekla bych, že nejtěžší jsou ty první pohyby, potom už to jde.*” Žena Ž8 v rozhovoru uvedla: *„Musela jsem s pohybem začít ihned po operaci. Moc mi to nešlo, cítila jsem tah v jizvě, ale snažila jsem se chodit alespoň v předklonu.*” Naproti tomu

ženy Ž2, Ž3 a Ž5 z výzkumného souboru uvedly, že po provedení hysterektomie neměly výraznější pohybová omezení. Žena Ž2 řekla: „*Ve sprše mi upadlo mýdlo a já jsem se pro něj bez problémů ohnula. Porodní asistentka mi vynadala, že se nesmím takhle ohýbat. Takže pohyb u mě narušený nebyl.*” Respondentka Ž3 odpověděla: „*Já jsem nikdy moc velké pohybové aktivity neprováděla, takže to probíhalo bez problémů. Když jsem byla v lázních (Karlovy Vary), tak jsem denně nachodila několik kilometrů.*” Žena Ž5 odpověděla: „*Po operaci jsem začala brzy chodit, šlo to sice pomaleji, ale myslím si, že jsem to zvládla dobře. Za měsíc jsem jezdila na kolečkových bruslích.*”

Čtyři z osmi dotazovaných žen (Ž1, Ž4, Ž7, Ž8) v rozhovorech zmínily pozitivní vliv pooperační rehabilitace. Ocenily také rady porodních asistentek ohledně provádění základních pohybů (například sed, vstávání z lůžka, atd.) a včasnou mobilizaci po operaci. Žena Ž4 uvedla: „*Na oddělení nás fyzioterapeutka učila, jak správně pracovat s pánevním dnem, jak se zvednout z postele, lehnout si do postele, to mi hodně pomohlo.*” Respondentka Ž8 také pozitivně ohodnotila: „*Jsem ráda, že nás porodní asistentky zvedaly co nejdříve, protože sama bych se asi nepřinutila. Také bylo pro mě důležité, že jsem se v nemocnici dozvěděla, které cviky mám dělat i doma.*”

Z rozhovoru se ženou Ž1 bylo zjištěno, že potřeba pohybu je lépe saturována po podstoupení hysterektomie, jelikož byla odstraněna příčina (silné menstruační krvácení), která ženě Ž1 znemožňovala pracovní i sportovní aktivity. Žena Ž1 blíže vypověděla: „*V době menstruace nešlo dělat nějakou fyzickou aktivitu. Byla jsem ráda, že jsem to nějak zvládla v práci...ještě že jsem pracovala v místě bydliště, takže jsem si mohla na chvíli odskočit domu.*”

Podkategorie Potřeba hygieny a čistoty

V této podkategorii jsou znázorněny výsledky změn v uspokojování potřeby hygieny a čistoty u ženy po hysterektomii.

Všechny ženy uvedly, že potřeba hygieny a čistoty byla při jejich hospitalizaci dostatečně uspokojena. Vypověděly, že porodní asistentky jim pravidelně poskytovaly vložky, podložky a prádlo. Dbaly také na osobní hygienu ženy a zpočátku ji doprovázely do sprchy a poté, pokud si to žena přála, pečovaly o kůži ženy a s pomocí

krému promašťovaly kůži nebo prováděly masáž zad. Později byla žena porodními asistentkami edukována o hygienických opatřeních týkajících se nakládání s použitými vložkami a prádlem. Porodní asistentky také ženu upozornily na vhodnost používání samostatného ručníku na intimní partie a zbytek těla. Žena Ž4 uvedla: *„Když jsem porodní asistentku poprosila, zda bych mohla jít do sprchy, přichystala mi osobní věci a čisté prádlo. Doprovázela mě do sprchy a celou dobu mi pomáhala. Nakonec mi nabídla masáž zad, kterou jsem velmi ráda uvítala.“*

Respondentky Ž1 a Ž7 také vypověděly, že po podstoupení hysterektomie došlo ke zlepšení uspokojování potřeby hygieny a čistoty v běžném životě. Podstoupením hysterektomie bylo u nich odstraněno silné menstruační krvácení, které ženám způsobovalo značné problémy. Žena Ž1 uvedla: *„Bylo to opravdu náročné, několikrát za den jsem z práce musela odskakovat domů, abych se osprchovala a převlékla...s tím souviselo i to, že v době měsíčku jsem vždycky radši zůstávala doma a nikam nechodila.“* Žena Ž7 řekla: *„Trápilo mě silné menstruační krvácení, někdy jsem měla na vložce i kusy sražené krve. Vadilo mi, že na to musím neustále myslet a hlídat si, abych se včas dostala na WC. To naštěstí vyřešila operace.“*

Podkategorie Potřeba dýchání

V podkategorii Potřeba dýchání byla řešena otázka, zda u ženy po hysterektomii byla změněna potřeba dýchání.

Ženy Ž2, Ž5, Ž6 a Ž7 z výzkumného souboru uvedly, že s dýcháním bezprostředně po operaci neměly problém. Respondentka Ž2 řekla: *„Všechno bylo v pořádku, dýchalo se mi dobře.“* Zbylé ženy (Ž1, Ž3, Ž4, Ž8) na otázku, zda u nich bylo bezprostředně po operaci změněno dýchání, nedokázaly odpovědět, jelikož si tuto fázi nepamatovaly. V dalším období po provedení hysterektomie nebyla potřeba dýchání u žen změněna.

Podkategorie Potřeba spánku

Podkategorie Potřeba spánku se zabývala změnami spánku u ženy po hysterektomii. Ženy Ž1, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 z výzkumného souboru vypověděly, že v období po operaci byl jejich spánek nějakým způsobem narušen. U žen Ž3 a Ž4 byl

spánek narušen z důvodu jejich hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Respondentka Ž3 problém se spánkem blíže specifikovala: „*Na JIP se mi leželo nepohodlně, nemohla jsem moc dobře spát, bála jsem se pohnout, abych si nevytrhla ty hadičky okolo mě. Ale problémy se spánkem jsem měla už předtím doma (úmrtí syna v dětském věku).*” Žena Ž4 také uvedla: „*Na JIP se mi nespalo moc dobře, vadily mi ty vyvedené hadičky. Ale potom na normálním oddělení jsem spala už jako doma.*” Respondentka Ž5 uvedla, že provedení hysterektomie jí zabraňovalo v zaujmutí oblíbené polohy pro usínání, řekla: „*Jsem zvyklá usínat na břicho a to jsem první týden po hysterektomii nemohla.*” Žena Ž8 v rozhovoru zmínila, že její spánek v nemocnici byl narušen ze strany zdravotnického personálu a také chodem ošetrovací jednotky a svůj problém se spánkem blíže upřesnila: „*Po operaci byl nerušený spánek nemožný, neustále někdo chodil na pokoj. Ráno nás porodní asistentky budily celkem brzy, aby nám změřily teploty atd. Doma jsem se spaním neměla problém.*” U respondentky Ž1 byl spánek narušen v souvislosti se strachem z výsledků histologického vyšetření a také ze strany spolupacientky. Žena Ž1 blíže vypověděla: „*Po operaci jsem spala normálně, akorát mi trochu vadilo, že vedle ležela paní, která pořád sténala. Potom to se spaním bylo trochu horší, kvůli výsledkům histologie jsem byla taková nervóznější. Ale když mi řekli, že je to v pořádku, tak jsem spala úplně v pohodě.*”

Z rozhovorů se ženami vyplynulo, že problém se spánkem přetrvával pouze u respondentky Ž3. Důvodem ale nebylo provedení hysterektomie, nýbrž prožití traumatické události v rodině. U ostatních žen (Ž1, Ž4, Ž5, Ž8) byl problém se spánkem vyřešen.

V rozhovorech byla také zmíněna potřeba dlouhého a vydatného spánku po provedení hysterektomie, tu verbalizovaly respondentky Ž2 a Ž6. Žena Ž2 uvedla: „*Po operaci jsem v nemocnici pořád spala. Myslela jsem, že jsem prospala celý den, ale potom jsem zjistila, že jsem musela prospat dva dny.*” Žena Ž6 také vypověděla: „*Před operací jsem neměla se spánkem problémy, bezprostředně po operaci jsem spala velmi dlouho.*”

Ženy Ž2, Ž6 a Ž8 z výzkumného souboru se v rozhovorech svěřily, že po provedení hysterektomie trpěly únavou. Žena Ž2 řekla: „*I potom doma po propuštění z nemocnice*

jsem byla dlouho unavená.” Respondentka Ž6 vypověděla: *„Po propuštění jsem byla ještě asi čtrnáct dní docela unavená.”* Ž8 se vyjádřila: *„Byla jsem trochu unavená z té bolesti, ale brala jsem to tak, že to k tomu patří, jako každý zásah do organismu.”* Zbylé ženy z výzkumného souboru vypověděly, že po hysterektomii nepocitovaly únavu. Z rozhovoru se ženou Ž1 vyplynulo, že potřeba spánku je lépe uspokojována po provedení hysterektomie než před jejím provedením. Problémy se spánkem u ženy Ž1 před provedením hysterektomie pramenily ze silného menstruačního krvácení, které bylo pomocí hysterektomie odstraněno. Žena Ž1 blíže uvedla: *„Musela jsem si v noci několikrát nařizovat budík a vstávat, abych si vyměnila vložky. Používala jsem takové ty noční vložky, dávala jsem si klidně tři....a za hodinu jsem je měnila za nové. Takže v době menstruace jsem se ani moc nevyspala.”* Naproti tomu respondentka Ž7 v rozhovoru sdělila, že její spánek po provedení hysterektomie nebyl narušený.

Podkategorie Potřeba výživy

V podkategorii výživy se výzkumné šetření zabývalo otázkou, zda došlo u ženy po hysterektomii ke změně v saturaci potřeby výživy.

Prostřednictvím rozhovorů se ženami bylo zjištěno, že u žen Ž3, Ž4, Ž6, Ž7 a Ž8 hysterektomie neměla vliv na potřebu příjmu potravy a pití. Popisovaly, že bezprostředně po operaci jim byla lékařem naordinována dieta dle zvyklostí daného zdravotnického pracoviště. Také příjem tekutin byl zpočátku omezený. Respondentka Ž5 vypověděla, že po provedení hysterektomie v době hospitalizace nemohla jíst to, co jí chutnalo. Řekla: *„Měla jsem hroznou chuť na meloun, ale nesměla jsem ho jíst, bohužel jsem to nedodržela a potom mě trápily větry.”* Ženy Ž1 a Ž2 v rozhovorech sdělily, že po propuštění z nemocnice do domácího prostředí pocitovaly větší chuť k jídlu.

Podkategorie Potřeba vylučování

Z podkategorie s názvem Potřeba vylučování vyplývají možné změny v saturaci potřeby vylučování u ženy po hysterektomii.

Ženy v rozhovorech vypověděly, že po provedení hysterektomie měly zavedený permanentní močový katétr, který jim byl později odstraněn. Ženy také zmiňovaly, že je porodní asistentky upozornily na dostatečný příjem tekutin a doprovázely je na WC nebo do sprchy, kde pouštěním proudu vody z vodovodního kohoutku podporovaly u žen spontánní mikci. Většina žen z výzkumného souboru uvedla, že po provedení hysterektomie neměla výraznější problém s vylučováním moče či stolice. Respondentka Ž3 v rozhovoru verbalizovala, že pociťovala obtíže se spontánní mikcí po odstranění permanentního močového katétru, blíže vypověděla: *„Měla jsem problém se vymočit, porodní asistentky se mnou pořád chodily do sprchy, pouštěly vodu, aby mi to šlo lépe. Když jsem se vymočila ve sprše, měla jsem z toho radost a volala jsem na porodní asistentku: Sestřičko, já čůráám. Jako malé dítě.“* Žena Ž5 se zmínila, že v pooperačním období měla potíže s odchodem plynů a řekla: *„Třetí den po hysterektomii mě trápily větry, snědla jsem totiž meloun, i když mi bylo doporučeno, ať ho nejím.“*

Podkategorie Potřeba být bez bolesti

Tato podkategorie se ve výzkumném šetření zabývala uspokojováním potřeby být bez bolesti u ženy, která podstoupila hysterektomii.

Z rozhovorů se ženami po hysterektomii vyplynulo, že ženy Ž3, Ž6 a Ž8 z výzkumného souboru hodnotily pooperační bolest po provedení hysterektomie jako silnou. Respondentka Ž3 popsala: *„Bolesti jsem měla velké, hlavně první dva dny po operaci. Byla jsem z toho úplně vyřízená“*. Žena Ž6 také verbalizovala: *„Na JIP jsem pociťovala poměrně silnou bolest, ale trvala relativně krátce.“* Na druhé straně ostatní ženy (Ž1, Ž2, Ž4, Ž5, Ž7) vypověděly, že intenzita pooperační bolesti byla spíše střední intenzity. Žena Ž2 ji popisovala: *„Ani mě to tolik nebolelo, neměla jsem s tím nějaký velký problém. Zpětně můžu říct, že operace slepého střeva mě bolela víc.“* Žena Ž5 uvedla: *„Žádné velké bolesti jsem moc nepociťovala. Jenom první dva dny, ale dalo se to vydržet. Třetí den po operaci jsem již odmítla léky proti bolesti.“* Ženy verbalizovaly, že pooperační bolest po provedení hysterektomie trvala zhruba dva až tři dny a poté postupně odezněla.

Ženy v rozhovorech vypověděly, že tišení pooperační bolesti bylo dle jejich názoru adekvátní. Uváděly, že bezprostředně po operaci jim porodní asistentky aplikovaly analgetika injekční formou, později léky tlumící bolest přijímaly orálně. Respondentka Ž3 vypověděla: „Dostávala jsem od porodních asistentek injekce, myslím, že to byly opiáty.“ V rozhovoru se ženou Ž6 zaznělo: „Stále jsem spala a tisících léků jsem dostala maximum, co mi mohli poskytnout.“ Ž7 řekla: „První tři dny po operaci jsem dostávala nějaké injekce na bolest. Myslím si, že to bylo dostačující.“

Podkategorie Sexuální potřeba

Z Podkategorie nesoucí název Sexuální potřeba výzkumné šetření ukazuje, zda a jakým způsobem byla u ženy po hysterektomii změněna sexuální potřeba.

Z rozhovorů se ženami bylo zřejmé, že u většiny žen z výzkumného souboru (Ž1, Ž2, Ž4, Ž5, Ž6, Ž7, Ž8) nebyla sexuální potřeba vlivem hysterektomie narušena. Výhodu hysterektomie ženy spatřovaly mimo jiné v tom, že již nemohou nechtěně otěhotnět a také ve ztrátě menstruačního krvácení. Respondentka Ž6 uvedla: „Další výhodou je, že již nemenstruji, tudíž ušetřím peníze za antikoncepci.“ Žena Ž7 se v rozhovoru svěčila: „Můj sexuální život nebyl nijak narušen...naopak, z mého hlediska došlo k takovému uvolnění, protože zmizel strach z toho, že bych na starý kolena otěhotněla. Nikdy jsem nebrala antikoncepci, takže jsem musela důvěřovat partnerovi.“ Žena Ž1 v souvislosti s chybějícím menstruačním krvácením naopak odpověděla: „Na druhou stranu všechno má svoje. V době menstruace jsem měla vždycky pocit, že se tělo jakoby vyčistí. Po hysterektomii jsem vždy v dny menstruace cítila jakoby takové svědění a potom i v období ovulace.“ Respondentka Ž3 uvedla, že její sexuální život byl změněn vlivem podstoupení vnitřní radioterapie. V rozhovoru se svěčila: „Je to takové hodně intimní...podstoupila jsem vlastně hysterektomii, zevní ozařování a potom vlastně onkologové rozhodli, že mám jít ještě třikrát na vnitřní ozařování. Ale pokaždé mě to velmi bolelo, potřetí jsem to už nemohla vydržet a říkala jsem to lékaři, ale ten mě odbyl, že to musím vydržet. V podstatě jsem potom byla vyřazena ze sexuálního života, při pohlavním styku cítím bolest. Člověk vlastně vyhoví tomu partnerovi, ale sám z toho

nic nemá.” Žena Ž3 dále vypověděla, že jako výhodu hysterektomie spatřuje ztrátu menstruačního krvácení.

Prostřednictvím rozhovoru bylo také zjišťováno, zda a jakým způsobem žena (popřípadě partner) nahlížela na chirurgické odstranění dělohy a zda žena pociťovala ztrátu ženskosti v souvislosti s odstraněním ženských pohlavních orgánů. Většina žen z výzkumného souboru (Ž1, Ž2, Ž3, Ž4, Ž5, Ž6, Ž7) odpověděla, že nepociťovaly ztrátu ženskosti v souvislosti s provedením hysterektomie. Ž6 vypověděla, že v období podstoupení operace neměla partnera. Ostatní ženy uvedly, že přístup jejich partnera k provedení hysterektomie byl spíše lhostejný. Žena Ž1 uvedla: *„To jsem vůbec neřešila, já ani manžel, jako jestli ještě budu vlastně žena nebo už ne...prostě to tak muselo být.”* Respondentka Ž2 objasnila svůj náhled na danou problematiku: *„Říkala jsem si, dělohu nepotřebuješ už na nic, o jeden orgán víc nebo míň. Někdo se třeba může cítit méněcenně, já ne. Stejně to nikdo nepozná, jako že by si lidi řekli, hele, ona nemá dělohu, dovnitř nikdo nevidí.”* Žena Ž3 také uvedla svůj názor: *„Dřív to možná ženy z nějaké neznalosti považovaly za ztrátu ženskosti...já jsem to brala tak, že mi to zachrání život.”* Žena Ž4 uvedla: *„Nepřipouštěla jsem si ztrátu ženskosti, vaječníky mi byly vlastně ponechány a sexuální život, aspoň tedy u mě, je stále stejný. Ale před operací jsem hledala více infomací, protože jsem slyšela, že když žena nemá dělohu, tak ten pohlavní styk prožívá jinak.”* Respondentka Ž6 na otázku, zda se v souvislosti s hysterektomií obávala ztráty ženskosti, odpověděla: *„Ne, absolutně, to s tím přece nesouvisí, k tomu může dojít jen, když Vám to někdo podsune a přijmete to za své.”* Dále také popsala kvalitu svého sexuálního života: *„Když jsem byla s partnerem před i po hysterektomií...bez rozdílu.”* Žena Ž6 v rozhovoru řekla, že hysterektomie pro ní znamenala především ztrátu schopnosti otěhotnět a stát se matkou, blíže uvedla: *„Nemůžu být znovu matkou, což mě možná zachránilo před ukvapeným rozhodnutím počít znovu dítě ve 46-ti letech, když mi zemřel syn v mladém věku.”* Respondentka Ž8 sdělila, že ztrátu ženskosti pociťovala až s odstupem času, nikoliv bezprostředně po operaci a uvedla: *„Ztrátu ženskosti si více uvědomuji až nyní, protože procházím duchovní změnou...celkově teď na sebe nahlížím trochu jinak. V době operace jsem to tak ale nevnímala, prostě to tak muselo být.”* Kvalitu pohlavního života popsala: *„První*

pohlavní styk po hysterektomii bych přirovnala k prvnímu styku po šestinedělí, poté beze změny.”

Podkategorie Potřeba bezpečí, sounáležitosti a lásky

Z této podkategorie vyplývají výsledky výzkumného šetření ohledně změn u ženy po hysterektomii v saturaci potřeby bezpečí, sounáležitosti a lásky.

Na otázku, zda se ženy při hospitalizaci cítily bezpečně (v souvislosti s profesionálním vystupováním porodních asistentek), všechny ženy odpověděly kladně. Ženy Ž1 a Ž4 v rozhovorech zmínily, že od porodních asistentek nedostaly dostatečný prostor pro získání informací. Respondentka Ž1 uvedla: *„Nebyl moc čas na nějaké rozhovory, vyspala jsem se a hned ráno šla na operaci.”* Žena Ž4 také vypověděla: *„Porodní asistentky neměly moc času pro nějaké rozhovory. Myslím si ale, že kdybych se sama na něco zeptala, tak by mi odpověděly. Spíše jsem nechávala prostor ostatním pacientkám, které měly zhojné nálezy. Já jsem tam byla asi taková výjimka v koutku vzadu a říkala jsem si, až se mi to zahojí, tak půjdu domu.”* Ženy v rozhovorech poukazovaly na pozitivní vliv rodiny a přátel a osobního přístupu PA a lékařů na uspokojování potřeby bezpečí. Roli rodiny zmiňovala i žena Ž6: *„V nemocnici mě navštěvovala rodina, musím ale říct, že delší návštěvy jsou docela únavné.”* Respondentka Ž5 také uvedla: *„Hodně mě navštěvovala rodina, takže jsem věděla, co se doma děje.”* Na pozitivní vliv porodní asistentky či lékaře upozornily ženy Ž3 a Ž6. Žena Ž3 uvedla: *„Hodně mi pomohla jedna PA, která mi věnovala více času a povídala si se mnou. Myslím, že sehrála velkou roli, hlavně mě uklidnila. Také mi vysvětlila, že nejde o nějaký mimořádný výkon, že hysterektomii podstupuje spousta žen.”* Respondentka Ž6 vypověděla: *„Pomohl mi také rozhovor s lékařem (můj gynekolog byl zároveň i mým operátorem) a s porodní asistentkou jsem se o tom také bavila.”* V souvislosti s uspokojováním potřeby sounáležitosti a lásky ženy v rozhovorech vypovídaly, že tato potřeba byla při jejich hospitalizaci zajišťována zejména prostřednictvím rodiny a přátel, kteří je chodili navštěvovat.

Kategorie Pooperační komplikace

V Kategorii Pooperační komplikace se výzkumné šetření zabývalo tím, zda se u ženy po hysterektomii vyskytly pooperační komplikace. Dále bylo také rozebíráno, jaké byly potíže ženy po hysterektomii.

Podkategorie Potíže ženy po hysterektomii

Tato podkategorie znázorňuje potíže ženy po hysterektomii.

Prostřednictvím rozhovorů bylo zjištěno, že u žen Ž2, Ž3, Ž4, Ž6 a Ž8 z výzkumného souboru se neobjevily žádné potíže po hysterektomii. Zvracení bezprostředně po operaci verbalizovaly respondentky Ž1 a Ž5. Žena Ž1 také uvedla, že po ukončení hospitalizace doma slabě zakrvácela, blíže vypověděla: *„Po propuštění jsem třetí den mírně zakrvácela. Ráno byla skvrna na prostěradle, lekla jsem se toho a jeli jsme do nemocnice. Naštěstí to bylo v pořádku.“* Žena Ž7 se v rozhovoru svěřila, že ji po hysterektomii trápily opakované vaginální mykózy. V rozhovoru sdělila: *„Po operaci jsem měla často mykózy, nemohla jsem se toho zbavit, léčila jsem se s tím u několika gynekologů. Nakonec mi pomohla autovakcína.“*

Kategorie péče porodní asistentky

Z této kategorie je zřejmé, zda žena po hysterektomii byla spokojena s péčí porodní asistentky. Dále se tato kategorie zabývala tím, jaká byla očekávání ze strany ženy ohledně péče porodní asistentky.

Podkategorie Spokojenost s péčí

V Kategorii Spokojenost s péčí se výzkumné šetření zabývalo tím, zda žena po hysterektomii byla spokojena s péčí porodní asistentky.

Z rozhovorů se ženami po hysterektomii vyplynulo, že ženy Ž3, Ž5, Ž6 a Ž7 z výzkumného souboru byly s péčí porodní asistentky velmi spokojeny. Žena Ž7 sdělila: *„Po stránce pečování se o mě porodní asistentky staraly moc dobře.“* Ž3 uvedla: *„Na personál si nemůžu vůbec stěžovat. Péče a hlavně přístup byl lidský a bezvadný.“* Ženy

Ž1 a Ž4 vypověděly, že ohledně péče porodní asistentky byly spokojeny, ale postrádaly prostor pro získání informací. Respondentka Ž1 sdělila: „*Vynikající přístup jak ze strany porodních asistentek, tak ze strany lékařů. Celkově jsem měla dobrý dojem, akorát to všechno proběhlo strašně rychle, ani jsem se nestačila na nic zeptat. Ale možná to tak bylo lepší...akorát bych o tom moc přemýšlela.*” Žena Ž4 řekla: „*Porodní asistentky přišly ráno, aby nám změřily teplotu, osprchovaly nás, namasírovaly nám záda. Potom chodily společně s lékaři na vizitu. Zbytek dne si nás moc nevšímaly. Měly asi hodně práce a nebyl tam prostor pro nějaké rozhovory, aby za námi zašly a popovídaly s námi.*” Respondentka Ž8 v rozhovoru uvedla, že s péčí porodní asistentky nebyla moc spokojena a vypověděla: „*Setkala jsem s nepříjemnou a neochotnou porodní asistentkou, na druhou stranu chápu, že každý máme své starosti a porodní asistentky mají určitě mnoho povinností. Každý by si přál, aby o něj pečovali sami příjemní lidé, ale ne vždy to tak jde.*”

Podkategorie Očekávání ženy

Tato podkategorie znázorňuje očekávání ženy ohledně péče porodní asistentky. Prostřednictvím rozhovorů se ženami po hysterektomii bylo zjištěno, že ženy Ž5, Ž6 a Ž8 z výzkumného souboru nevěděly, že o ženu po hysterektomii mohou pečovat také porodní asistentky, tudíž neměly žádná očekávání ohledně jejich péče. Ve svých výpovědích uváděly, že dle jejich mínění porodní asistentka pečuje o ženu v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. O ženu po gynekologických operacích a s gynekologickým onemocněním pečují dle respondentek by měla být především profesionální, příjemná ženská sestry. Ostatní ženy v rozhovorech vypovídaly, že jejich očekávání ohledně péče porodní asistentky byla naplněna. Nejčastěji ženy uváděly, že porodní asistentka a laskavá, dále také chápající a empatická. Také byla často zmiňována schopnost porodní asistentky komunikovat se ženou. Respondentka Ž7 vypověděla: „*Porodní asistentky splnily má očekávání ohledně péče, neměla jsem žádný problém. Byly laskavé a profesionální. Zároveň dokázaly soucítit s člověkem. Také byly komunikativní, což je velmi důležité.*” Žena Ž3 také uvedla: „*Kromě profesionality, která se předpokládá, by*

měla být porodní asistentka hlavně empatická a komunikativní. Řekla bych, že ta komunikace je v tomto případě velmi důležitá.”

5 Diskuze

Dle údajů National Uterine Fibroids Foundation, ze kterých vyplývá, že v celkové ženské populaci je hysterektomie provedena u 15 až 30 % žen (u žen nad 65 let incidence hysterektomie stoupá na 30 až 50 %), lze předpokládat, že u každé třetí až druhé ženy v populaci bude provedena hysterektomie (Křištofová, Boledovičová, Macáková, 2013).

Pro bakalářskou práci byly zvoleny dva cíle. Kvalitativní výzkumné šetření v bakalářské práci se zabývalo především změnami v potřebách ženy po hysterektomii. Další cíl řešil, zda žena po hysterektomii byla spokojena s péčí porodní asistentky.

Ženy po hysterektomii byly v rozhovorech dotazovány na příčiny, kvůli nimž hysterektomii podstoupily. Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že u žen Ž1, Ž2, Ž5, Ž7 a Ž8 z výzkumného souboru bylo k hysterektomii přistoupeno z důvodu děložních leiomyomů. Ženy verbalizovaly, že je před provedením hysterektomie trápilo silné menstruační krvácení. Dle Roztočila (2011) je myom nejčastějším nezhoubným nádorem děložního těla, jeho vznik a růst je podmíněn hormonálně. Nejčastějšími symptomy je hypermenorea, bolest provázející menses a pohlavní styk. Příznakem, který se projevuje mimo pohlavní orgány ženy, je anémie. Chudokrevnost a únavu v rozhovoru zmínila i žena Ž7. Respondentka Ž3 jako indikaci k provedení hysterektomie uvedla děložní prolaps a potíže před operací specifikovala jako nepříjemný pocit v intimní oblasti. Dle Slezákové (2011) může být vznik děložního prolapsu spojen s multiparitou ženy. Žena Ž7 v identifikačních otázkách uvedla, že rodila celkem třikrát. Respondentky Ž3 a Ž5 v rozhovorech verbalizovaly, že před provedením hysterektomie neměly žádné subjektivní obtíže. Žena Ž3 hysterektomii podstoupila z indikace maligního nádoru těla děložního, žena Ž5 z důvodu prekancerózního stavu. U obou žen byl zjištěn patologický nález při pravidelné gynekologické prevenci. Ženy byly tázány na pocity, které pociťovaly před operací, nejčastěji zmiňovaly strach a úzkost. Stejný názor zastávají i Gulášová a Görnerová (2014), které uvádějí, že strach, úzkost, nedostatek informací, obavy, nejistota, pocit méněcennosti a narušení osobnosti jsou nejčastějšími psychickými problémy před

operací. Také Zacharová (2007) charakterizuje strach jako reakci jedince na definovatelné nebezpečí. Důvody, proč ženy pociťovaly strach, však byly různé. Strach z výsledků histologického vyšetření uvedly ženy Ž1 a Ž8, respondentka Ž3 verbalizovala strach v souvislosti s maligním onemocněním a ztrátou života. Žena Ž4 zmínila strach z možných peroperačních komplikací, respondentka Ž6 z anestézie a z možné recidivy. Ženy Ž1, Ž3 a Ž4 z výzkumného souboru vypověděly, že pociťovaly strach o zajištění rodiny, chodu domácnosti a především o zajištění péče o děti. Tyto výpovědi žen mohou mít souvislost s plněním role manželky a matky. Dle Trachtové (2013) je zvládnutí plnění určité role pro ženu velmi významné, ovlivňuje její sebevědomí, ale také to, jak ženu vnímá okolí. Typickými atributy pro plnění role manželky a ženy je schopnost reagovat na potřeby dítěte a uspokojovat je. Dále tuto roli charakterizuje také schopnost péče o chod domácnosti. Dle Slavíka (2012) v posledních letech dochází ke změnám ve vnímání ženské a mužské role ve smyslu rovnoprávnosti, je tedy možné, že v dnešní době péči o děti a domácnost zabezpečuje muž. Ševčík a Málek (2014) uvádějí, že k nejčastějším obavám pacientů před operací patří strach z pooperační bolesti. Tento důvod strachu neuvedla žádná z dotazovaných žen. Žena Ž7 své pocity před hysterektomií charakterizovala jako strach z neznámého. Na základě výpovědi ženy můžeme uvažovat o předoperační úzkosti. Úzkost lze charakterizovat jako vnitřní tíseň jedince, která nemá určitou příčinu (Vymětal, 2007). K prevenci a omezení předoperačního strachu a úzkosti porodní asistentka přispívá poskytnutím dostatečného množství informací. Porodní asistentka dále využívá edukační proces, ošetrovatelský proces a také standardy daného zdravotnického zařízení (Gulášová, Görnerová, 2014). Naopak respondentka Ž2 před hysterektomií nepociťovala strach ani úzkost.

Výzkumným šetřením bylo také zkoumáno, které potřeby ženy po hysterektomii byly nejvíce změněny.

V oblasti saturace potřeby pohybu bylo zjištěno, že ženy Ž1, Ž4, Ž6, Ž7 a Ž8 z výzkumného souboru byly v souvislosti s hysterektomií krátkodobě pohybově omezeny. Ostatní ženy nepopisovaly žádná výraznější pohybová omezení v souvislosti s podstoupením hysterektomie. Prostřednictvím výsledků výzkumu bylo vysledováno,

že ženy kladně hodnotily pooperační fyzioterapii a rady porodních asistentek ohledně provádění základních pohybů. Pooperační fyzioterapie má mimo pozitivního tělesného vlivu (prevence TEN, zlepšení oběhu krve a střevní peristaltiky) i pozitivní vliv na duševní stav ženy (Roztočil, 2011). Zajímavé je, že u ženy Ž1 došlo vlivem hysterektomie ke zlepšení uspokojování potřeby pohybu, jež byla omezena zejména v období menstruace ženy, kdy ji trápilo silné menstruační krvácení.

Ženy byly dále tázány, jakým způsobem se u nich po provedení hysterektomie změnila potřeba hygieny a čistoty. Z výsledků výzkumného šetření bylo zřejmé, že u žen Ž1 a Ž7 došlo v souvislosti s provedením hysterektomie ke zlepšení saturace této potřeby. Ta byla ztížena zejména v období menstruace žen z důvodu silného menstruačního krvácení. U ostatních žen nedošlo k výraznějším změnám v oblasti uspokojování osobní hygieny. Potřeba čistoty je individuální potřebou (Vytečková, 2011). Dle našeho názoru je tedy na místě, aby porodní asistentka brala v potaz individuální přání ženy ohledně uspokojování této potřeby.

Pozornost výzkumného šetření byla věnována také potřebě dýchání, která je základním předpokladem lidského života. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že ženy Ž2, Ž5, Ž6 a Ž7 z výzkumného souboru uvedly, že s dýcháním bezprostředně po operaci neměly problém. Zbylé ženy (Ž1, Ž3, Ž4, Ž8) neuvédly žádnou odpověď. Udávaly, že si období bezprostředně po operaci nepamatují. Lze uvažovat o možném vlivu anestézie a o krátkodobé amnézii (Wichsová, 2013).

Ženy byly vybudnuty, aby odpověděly na otázku, zda u nich byla po provedení hysterektomie změněna potřeba spánku. Ženy Ž1, Ž3, Ž4, Ž5 a Ž6 z výzkumného souboru vypověděly, že v období po operaci byl jejich spánek narušen. Šamánková (2011) uvádí, že potřeba spánku je v období hospitalizace ženy velmi často nějakým způsobem narušená. Důvody narušeného spánku byly u žen různé. Respondentky Ž3 a Ž4 verbalizovaly narušení spánku z důvodu hospitalizace na jednotce intenzivní péče, infuzní terapie a také v souvislosti s invazivními vstupy. U ženy Ž5 v nerušeném spánku bránila neschopnost zaujmout oblíbenou polohu. Respondentka Ž8 uvedla jako důvod narušeného spánku chod ošetrovací jednotky, byla rušena prací zdravotnického personálu. U ženy Ž1 byla potřeba spánku změněna strachem z výsledků histologického

vyšetření a také na její saturaci měl negativní dopad hlasitý projev spolupacientky. Zeman, Krška (2011) uvádějí, že spánek bezprostředně po operaci nejčastěji narušuje bolest. Bolest jako příčinu narušeného spánku však neuvedla žádná z žen. Výsledky výzkumu poukázaly na přetrvávající narušený spánek pouze u respondentky Ž3, u ostatních žen se saturace potřeby spánku vrátila do původního stavu. Na změněnou potřebu spánku u respondentky Ž3 však neměla vliv hysterektomie, ale prožití traumatické události v rodině. Dle Rokyty (2015) je potřeba spánku individuální, obvykle v rozmezí 6 – 8 hodin denně. Úlohou porodní asistentky při narušeném spánku u ženy je dle Trachtové (2013) pátrat po příčině narušeného spánku. Dále se také domníváme, že by se porodní asistentka měla snažit vhodně upravit prostředí ženy a ošetrovatelské intervence načasovat a provádět tak, aby ženu co nejméně rušila. Z rozhovorů byla také u žen patrná potřeba dlouhého spánku bezprostředně po operaci a též pocit únavy v pooperačním období. Vedle toho je zajímavé, že u respondentky Ž1 byla lépe uspokojována potřeba spánku po provedení hysterektomie. Tato potřeba do té doby byla u ženy Ž1 v období menstruace narušena z důvodu silného menstruačního krvácení. Naopak u ženy Ž7 nedošlo ke změně v uspokojování potřeby spánku.

Prostřednictvím výzkumného šetření bylo také sledováno, zda u žen po hysterektomii došlo ke změně v uspokojování potřeby výživy. U žen Ž3, Ž4, Ž6, Ž7, Ž8 nebyla zjištěna změna v uspokojování potřeby výživy po provedení hysterektomie. Vedle toho respondentka Ž5 verbalizovala, že v době hospitalizace nemohla jíst potraviny, které jí chutnaly. Podle Šamánkové (2011) porodní asistentka potřebu výživy u ženy zajišťuje zabezpečením stravy dle ordinace lékaře, v bezprostřední pooperační péči pečuje o hydrataci rtů a sliznice ženy. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že ženy Ž1 a Ž2 v domácím prostředí pocitovaly větší chuť k jídlu. Předpokládáme, že větší chuť k jídlu u žen Ž1 a Ž2 může být způsobena změnou stravy po propuštění a také psychickým uvolněním ženy v domácím prostředí.

Výzkumné šetření se zaměřovalo také na případné změny v uspokojování potřeby vylučování u ženy po hysterektomii. U žen Ž1, Ž2, Ž4, Ž6 a Ž8 z výzkumného souboru nebyla tato potřeba změněna. Žena Ž3 verbalizovala problém se spontánní mikcí po odstranění PMK. Trachtová (2013) v tomto případě doporučuje, aby porodní asistentka

pokus o spontánní mikci se ženou zopakovala za jednu až dvě hodiny. U ženy také zajistí dostatečný pitný režim, k podpoření močení využívá proudu tekoucí vody a snaží se zachovávat intimitu ženy. Respondentka Ž5 uvedla v problematice vyprazdňování zhoršený odchod plynů, který byl v jejím případě způsoben konzumací nevhodných potravin. Dle našeho názoru by porodní asistentka měla ženu upozornit na nevhodnost konzumace potravin, které mají nadýmavý účinek a zároveň PA ženě doporučí přiměřený pohyb.

Ženy po hysterektomii byly ještě dotazovány na změny v saturaci potřeby být bez bolesti. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že ženy Ž3, Ž4 a Ž8 pooperační bolest hodnotily jako silnou. Ženy Ž1, Ž2, Ž4, Ž5 a Ž7 pooperační bolest označily jako střední bolest trvající dva až tři dny. Na základě různých výzkumů probíhajících v zemích s vyspělým systémem zdravotnictví bylo zjištěno, že u třetiny až poloviny pacientů není bolest po operaci adekvátně tlumena (Ševčík, Málek, 2014). Ženy z výzkumného souboru verbalizovaly, že tišení bolesti bylo dle jejich názoru adekvátní a probíhalo formou aplikace injekcí nebo příjmem analgetik per os. Dle Trachtové (2013) je úlohou porodní asistentky při uspokojování potřeby ženy být bez bolesti především pravidelné hodnocení intenzity bolesti s využitím VAS a podávání léků dle ordinace lékaře. Ve výpovědích žen nezaznělo, že by porodní asistentka k tlumení bolesti využívala aplikaci chladu. Naopak Jandová (2009) zastává názor, že přiložení chladného obkladu přispívá k lokální analgezií, snižuje otok a mírní zánětlivé procesy. Dle našeho názoru další výhodou využití chladu k tlumení pooperační bolesti je jeho finanční nenáročnost.

Prostřednictvím výzkumného šetření bylo kromě jiného sledováno, zda u ženy po hysterektomii došlo ke změnám v uspokojování sexuální potřeby. Kromé jedné z žen všechny ostatní uvedly, že jejich sexuální potřeba po hysterektomii nebyla změněna. Rob, Martan, Citterbart (2008) informují, že provedení hysterektomie nemá ve většině případů vliv na sexuální život ženy, jelikož děloha zřejmě nemá fyziologický význam v sexuální stimulaci ženy. Stejně tak i dle Roztočila (2011) nemá hysterektomie vliv na změny v sexuálním životě ženy. Pouze respondentka Ž3 popsala změnu v sexuálním životě, ke které ale došlo na podkladě absolvování vnitřní radioterapie. Zajímavá je pro

nás skutečnost, že ženy jako pozitivní faktor podstoupení hysterektomie uváděly ztrátu menstruačního krvácení a také fakt, že je odstraněno riziko nechtěné gravidity. Totéž uvádí i Fram (2013). Žena Ž3 uvedla, že menstruační krvácení vnímala jako způsob očištění těla a nyní v období menstruace a ovulace subjektivně pociťuje svědění kůže. Pocit ztráty ženskosti v souvislosti s provedením hysterektomie uvedla pouze žena Ž8, ostatní ženy tento pocit neměly. Respondentka Ž6 vypověděla, že v souvislosti s provedením hysterektomie vnímala neschopnost počít a porodit dítě. Pozornost byla také zaměřována na kvalitu pohlavního styku po provedení hysterektomie. Bylo zjištěno, že u žen z výzkumného souboru (kromě ženy Ž3) bylo prožívání pohlavního styku stejné jako před operací. Žena Ž8 první pohlavní styk po operaci z důvodu suchosti poševní sliznice přirovnala k prvnímu styku po šestinedělí. Domníváme se, že i přes intimitu dané oblasti by porodní asistentka měla ženu upozornit na vhodnost používání lubrikačních přípravků, zejména pak při prvním pohlavním styku po operaci. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že postoj partnerů většiny žen z výzkumného souboru k provedení hysterektomie byl spíše lhostejný, pouze respondentka Ž6 v době podstoupení operace neměla partnera.

Kromě výše uvedených potřeb, bylo prostřednictvím kvalitativního výzkumu zkoumáno, zda byla u ženy změněna potřeba bezpečí, sounáležitosti a lásky.

Bylo zjištěno, že většina žen se v nemocničním prostředí cítila bezpečně. Ženy Ž1 a Ž4 podotkly, že ze strany porodní asistentky očekávaly více prostoru pro získání informací ohledně pooperační péče. V uspokojování potřeby sounáležitosti a lásky ženy zmiňovaly vliv rodiny a přátel. Žena Ž6 uvedla, že dlouhé návštěvy ji vyčerpávaly. Dle Šamánkové (2011) by úlohou porodní asistentky mělo být doporučení, aby návštěvy u ženy zejména v bezprostředním pooperačním období nepřesahovaly 30 minut a také, aby byl omezen počet osob, které ženu navštěvují. Výsledky výzkumného šetření ukázaly nezbytnost individuálního přístupu porodní asistentky k ženě a také poskytnutí informací. Stejný názor zastává i Šamánková (2011), která uvádí, že potřeba bezpečí nezahrnuje pouze potřebu bezpečného prostředí, ale také potřebu dostatečného množství informací a vědomí, že je jedinci poskytnuta profesionální péče.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že z pooperačních komplikací se u žen z výzkumného souboru objevilo zvracení a pocit nauzey (Ž1 a Ž5), pooperační krvácení (Ž1) a opakované vaginální mykózy (Ž7).

Pozornost výzkumného šetření se zaměřovala také na spokojenost ženy s péčí porodní asistentky. Dále byla zjišťována očekávání ženy ohledně péče porodní asistentky. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že ženy Ž3, Ž5, Ž6 a Ž7 z výzkumného souboru byly s péčí porodní asistentky velmi spokojeny. Respondentky Ž1 a Ž4 ze strany porodní asistentky postrádaly prostor pro získání informací. Dle Gulášové a Görnerové (2014) by porodní asistentka měla brát v potaz, že s poskytnutím informací úzce souvisí redukce strachu a úzkosti u ženy. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že pouze respondentka Ž8 byla s péčí porodní asistentky nespokojena. Negativně hodnotila zejména její osobní přístup k ženě a schopnost komunikace.

Je zajímavé, že ženy Ž5, Ž6 a Ž8 z výzkumného souboru nevěděly, že o ženu po hysterektomii může pečovat porodní asistentka. Tudíž neměly žádná očekávání ohledně péče porodní asistentky o ženu po hysterektomii. Tyto ženy se domnívaly, že porodní asistentka pečuje o ženu v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Dle respondentek o ženu po gynekologických operacích a s gynekologickým onemocněním pečuje ženská sestra. Porodní asistentka má kompetence pečovat o ženu před, při a po porodu, dále může ošetřovat ženu po gynekologickém výkonu. Ostatní ženy v popisech svých očekávání zdůrazňovaly empatii, laskavost a profesionalitu porodní asistentky. Bylo také zjištěno, že ženy považují za důležité, aby porodní asistentka byla komunikativní. Stejně jako Šrámková (2007), která informuje, že komunikace je stěžejním předpokladem pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče (Šrámková, 2007).

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala úlohou porodní asistentky při uspokojování potřeb u ženy po hysterektomii. U bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. První zkoumal, jaké jsou potřeby ženy po hysterektomii. Pozornost druhého cíle byla zaměřena na spokojenost ženy po hysterektomii s péčí porodní asistentky.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že porodní asistentka má nezastupitelnou roli v uspokojování potřeb ženy po hysterektomii. Angažuje se zejména v saturaci potřeby pohybu, hygieny a čistoty, spánku, potřeby výživy a vylučování, potřeby ženy být bez bolesti. Dále její úloha zahrnuje uspokojování potřeby bezpečí, se kterou je úzce spojeno poskytování dostatečného množství informací. I přes intimitu dané oblasti by se porodní asistentka měla zaměřit na poučení ženy o uspokojování sexuální potřeby v období po provedení hysterektomie. Výsledky výzkumu dále poukázaly na to, že většina žen z výzkumného souboru byla spokojena s péčí porodní asistentky. Bylo zjištěno, že ženy Ž1 a Ž4 postrádaly od porodní asistentky prostor pro kladení otázek. Za povšimnutí stojí fakt, že tři ženy z výzkumného souboru nevěděly, že o ženu po hysterektomii může pečovat porodní asistentka. V souvislosti s tím tyto ženy neměly žádná očekávání ohledně péče porodní asistentky. Dle respondentek o ženu v těhotenství, při porodu a v šestinedělí pečuje porodní asistentka, zatímco o ženu po gynekologické operaci pečuje ženská sestra. Ostatní ženy ve svých očekáváních ohledně péče PA zdůrazňovaly zejména schopnost empatie, profesionalitu a komunikativnost porodní asistentky.

Výsledky výzkumného šetření mohou využít porodní asistentky, které pečují o ženu po hysterektomii a mají zájem adekvátně uspokojovat potřeby ženy po hysterektomii. Dále mohou být publikovány v odborných periodících či na odborných konferencích.

7 Seznam informačních zdrojů

CIBULA David a Lukáš ROB et al., 2012. *Průvodce onemocněním. Nejčastější gynekologické malignity*. [DVD] Praha: Dialog Jessenius.

CIBULA, David a Luboš PETRUŽELKA et al., 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2665-6.

FRAM, Kamil Mosa, SALEH S. Shawgi, SUMREIN A. Issa, 2013. Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience. *General gynecology*, 287: 703-708.

GULÁŠOVÁ, Ivica a Lenka GÖRNEROVÁ et al., 2014. Strach pacienta před operací. *Sestra*. roč. 24, č. 2., s. 38-37-9. ISSN 1210-0404.

JANDOVÁ, Dobroslava, 2009. *Balneologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2820-9.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KOLÁŘ, Pavel et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galen. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRIŠTOFOVÁ, Erika, BOLEDOVIČOVÁ, Mária, MACÁKOVÁ, Iveta, 2013. Život žien po hysterektómii. *Kontakt*. roč. 13, č. 2, s. 197-203. ISSN 1212-4117.

MÁLEK Jiří a Pavel ŠEVČÍK et al., 2014. *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3522-4.

MÁRA, M., K. KUBÍNOVÁ, P. HORÁK, M. NOVOTNÁ a D. KUŽEL, 2011. Děložní myomy a gravidita. *Moderní babičtví 20*, č. 3, s. 3-8. ISSN 1214-5572.

MASLOW, Abraham Harold, 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0618-7. (z anglického originálu *Toward a Psychology of Being* přeložila Hana Antonínová, 1968, 1999)

MATTHEWS, Gail a Andrei REBARBER, 2010. Praktický pohled na hysterektomii spojenou s císařským řezem: kdy, proč a jak. *Gynekologie po promoci*. roč. 10, č. 3, s. 39-45. ISSN 1213-2578.

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.

PILKA, Radovan et al., 2014. *Robotická chirurgie v gynekologii*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-398-5.

PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.

PRŮCHA, Miroslav et al., 2015. *Sepse*. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-448-7.

ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART et al., 2008. *Gynekologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROKYTA, Richard et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4867-2.

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

SCOTT, C. Goodwin a James B. SPIES, 2010. Embolizace děložních myomů. *Gynekologie po promoci*. roč. 10, č. 1, s. 13-19. ISSN 1213-2578.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLAVÍK, Milan et al., 2012. *Vysokoškolská pedagogika pro odborné vzdělávání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4054-6.

SMIČKOVÁ, Eva, 2011. Péče o jizvy. *Medicína pro praxi*. roč. 8, č. 1. s. 31-33. ISSN 1214-8687.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.

SLÍVA, Jiří a Martin VOTAVA, 2010. *Farmakologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-500-8.

STILLER, Robert J., Theresa THOMPSON a Michael J. IVY, 2010. Prevence ponechání cizích předmětů během gynekologicko-porodnických operací. *Gynekologie po promoci*. roč. 10, č. 4, s. 31-36. ISSN 1213-2578.

STREITOVÁ, Dana a Renáta ZOUBKOVÁ et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči, ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9933-9 (e PUB).

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

SVĚRÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ, 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-246-5.

TOMAGOVÁ Martina a Ivana Bóriková et al., 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-270-0.

TRACHTOVÁ, Eva et al., 2013. *Potreby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-553-2.

URBANOVÁ, Věra et al., 2010. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovatel'ství a pôrodnej asistencie*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-343-1.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO et al, 2015. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.

VYMĚTAL, Jan et al., 2007. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1315-6.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I. /Obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II. /Speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTĚTKOVÁ, 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHSOVÁ, Jana et al., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.

ZACHAROVÁ, Eva et al., 2007. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

ZEMANOVÁ, Jitka a Renáta ZOUBKOVÁ, 2012. *Vybrané kapitoly z léčby bolesti*. [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-113-8. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/Jesenius/dokumenty/LecbaB/LecbaB_S.pdf [cit. 2016-02-08].

ŽÁKOVÁ, Barbora a Petr HALADA, 2011. Onkologická prevence v ambulanci gynekologa. *Moderní babictví 20*, č. 3, s. 36-42. ISSN 1214-5572.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Malé gynekologické operace

Příloha 2 Problematika maligních nádorů děložního těla

Příloha 3 Problematika maligních nádorů děložního hrdla

Příloha 4 Komplikace hysterektomie

Příloha 5 Klasifikace dle kódu ASA

Příloha 6 Premedikace a prepremedikace

Příloha 7 Fyzioterapie u ženy po hysterektomii

Příloha 8 A. H. Maslow

Příloha 9 Vizuální analogová škála

Příloha 10 Sexualita ženy

Příloha 11 Role ženy

Příloha 12 Nightingalové a Hendersonové ošetrovatelský model

Příloha 13 Péče o jizvu

Příloha 14 Otázky pro rozhovor se ženami po HE

Příloha 15 Žádost o souhlas ke spolupráci

Příloha 1 Malé gynekologické operace

Mezi malé gynekologické operace se řadí výkony, které nejsou technicky a časově tolik náročné. Vyžadují přítomnost jednoho operátora, žena je většinou pod vlivem krátkodobé anestezie a poté je nutná pouze krátkodobá hospitalizace ženy (doba hospitalizace většinou není delší než jeden den). Také nejsou potřebná náročná předoperační vyšetření a žena se k hospitalizaci dostaví lačná v den výkonu. Jedná se především o zákroky na hrdle děložním a děložní dutině prováděné vaginálním přístupem, například exstirpace Bartholiniho žlázy, odstranění nezhoubných lézí (nejčastěji condylomata accuminata), konizace děložního hrdla, cerkláž děložního hrdla, revize dutiny děložní a evakuace dutiny děložní při umělém ukončení těhotenství (Roztočil, 2011). Dále se mezi malé gynekologické operace řadí také diagnostické a léčebné výkony prováděné s pomocí hysteroskopie (Rob, Martan, Citterbart, 2008). Pokud se žena po malé gynekologické operaci spontánně vymočí, samostatně oblékne, neguje bolest a nevyskytnou-li se u ní pooperační komplikace, může být ukončena její hospitalizace. Kritéria pro propuštění ženy se mohou v jednotlivých zdravotnických zařízeních lišit. Při propuštění ženy do domácího prostředí hraje významnou roli edukace a předpoklad, že žena bude alespoň 24 hodin od propuštění pod dohledem blízké osoby (Janíková, Zeleníková, 2013).

Příloha 2 Problematika maligních nádorů děložního těla

Ženu se zhoubným onemocněním děložního těla může obtěžovat silně zápachající výtok, bolest po pohlavním styku, bolesti v podbřišku, v křížové oblasti a také bolesti v oblasti bederní páteře. Rizikovými faktory pro vznik zhoubného nádoru endometria je především nadváha ženy, DM, hypertenze a nuliparita. V případě pokročilého stádia se přistupuje i k chemoterapii, radioterapii a hormonální léčbě. Pokud onemocnění recidivuje, provádí se exenterace pánve. V diagnostice těchto nádorů se nejčastěji používá ultrazvukové vyšetření, hysteroskopie nebo kyretáž doprovázená odběrem materiálu na histologické vyšetření. Mezi další metody diagnostiky patří magnetická rezonance, PET/CT, cystoskopie, rektoskopie, krevní odběry tumor markerů (Cibula, Rob, 2012; Schneiderová, 2014).

Příloha 3 Problematika maligních nádorů děložního hrdla

Rizikovými faktory pro vznik maligních nádorů děložního hrdla, které vznikají v souvislosti s přenosem HPV, je časný začátek sexuálního života, vliv dlouhodobého užívání hormonální antikoncepce, promiskuita, kouření, oslabená imunita ženy, nevyhovující socioekonomické podmínky a výskyt dalších STD u ženy (Cibula, Petruželka, 2009). Zejména pak podtypy HPV 16, 18, 31, 45 a 58 jsou považovány za nejrizikovější. V rámci diagnostiky maligních nádorů děložního hrdla se provádí gynekologické vyšetření ženy, kolposkopie a odběr cytologie jako prebiptické metody. Kolposkopii lze rozlišit na nativní a rozšířenou kolposkopii. Dalšími vyšetřeními je ještě diagnostická biopsie na histopatologické vyšetření. Při potvrzení maligního nádoru se diagnostika rozšiřuje na CT břicha a malé pánve, rentgen plic, cystoskopii, rektoskopii a koloskopii. Provádí se také stanovení rakovinových markerů. V současné době je možnost profylaxe před HPV pomocí vakcinace ještě před zahájením pohlavního života ženy. Na trhu se nyní vyskytují dvě vakcíny proti HPV typu 16 a 18, jedna z nich je navíc ještě zaměřena proti HPV 6 a 11 a představuje proto ochranu před vznikem condylomat, u druhé vakcíny byla prokázána vyšší protilátková reakce (Žáková, Halada, 2011).

Příloha 4 Komplikace hysterektomie

Pooperační komplikace se u ženy mohou vyskytnout i v souvislosti s hysterektomií. Zejména první dvě hodiny po provedení operace jsou brány jako nejrizikovější pro vznik pooperačních komplikací. Pooperační komplikace lze členit na obecné, které se mohou projevit u každé operace a na specifické, jež se projevují jen u vybrané operace. Dále se pooperační komplikace mohou rozčlenit na bezprostřední (vyskytují se v prvních 24 hodinách po operaci), časně (vyskytují se v období 14 - 21 dní po operaci) a na pozdní. Pooperační komplikace se rozdělují na komplikace v místě operačního výkonu a na komplikace, které se projevují na jiném orgánu či orgánové soustavě. Kromě toho rozlišujeme pooperační komplikace z hlediska doby jejich projevu na časně (vznikají bezprostředně po operačním výkonu) a na komplikace pozdní (Schneiderová, 2014).

Mezi komplikace v místě operačního výkonu zahrnujeme krvácení, infekci a dehiscenci rány (Schneiderová, 2014).

Krvácení se projevuje bezprostředně po operaci buď prosakováním mezi stehy a krytím operační rány nebo přibýváním krve ve sběrných nádobách drénů (Schneiderová, 2014). Žena je hypotenzní a má tachykardii. Při drobném krvácení se provádí komprese cévy, u rozsáhlejšího krvácení je nutná revize operační rány, zastavení krvácení a ošetření zdroje krvácení. V případech velmi rozsáhlého krvácení (nad 15 % celkového objemu krve) hrozí riziko rozvoje hemoragického šoku a je nutné nahradit krevní ztráty. Menší krevní ztráty je zdravý organismus ženy schopen sám kompenzovat (Janíková, Zeleníková, 2013). Prevencí pooperačního krvácení je pečlivé ošetření zdroje krvácení během operačního výkonu a následná monitorace fyziologických funkcí ženy. Sledování fyziologických funkcí zahrnuje kontrolu tlaku krve, pulzu, tělesné teploty, dýchání a saturaci kyslíkem (Rob, Martan, Citterbart, 2008).

Další komplikací v místě operačního výkonu může být infekce. Infekce v místě chirurgického výkonu (IMCHV) vzniká v souvislosti s porušením kožní nebo slizniční integrity a zanesením mikroorganismů do těla ženy několik dní po provedení

operačního výkonu. IMCHV se projevuje bolestivostí, zduřením, zvýšenou teplotou v okolí rány, zarudnutím až hnisáním v místě operační incize. Následkem může být až dehiscence operační rány (Wichsová, 2013). IMCHV lze rozdělit dle rozsahu postižených struktur na povrchovou infekci, hlubokou incizní infekci a infekci orgánu nebo prostoru v okolí rány (Streitová, Zoubková, 2015). Při projevu infekce v ráně se provádí odběr z rány na kultivaci, citlivost. Dle výsledků kultivace, citlivosti a ordinace lékaře se podávají antibiotika, eventuálně se provádí vypuštění hnisu z rány se zavedením drenáže (Janíková, Zeleníková, 2013). Pokud jsou u ženy přítomny celkové příznaky rozvoje infekce jako je subfebrilie, zvýšený pulz a schvácenost, ordinuje lékař odběry krve na laboratorní vyšetření hodnot C – reaktivního proteinu a leukocytů (Schneiderová, 2014). CRP neboli C – reaktivní protein produkují játra a nejvyšších hodnot dosahuje 24 až 48 hodin od proniknutí infekce do organismu (Průcha, 2015). Žena může být ohrožena vznikem sepse, kterou lze charakterizovat jako systémovou obrannou reakci organismu ženy na přítomnost infekce v jejím těle (Streitová, Zoubková, 2015). Porodní asistentka předchází možnosti přenosu nozokomiální infekce na ženu tím, že dodržuje zásady, které stanovuje dané zdravotnické zařízení. Nozokomiální infekci lze definovat jako infekci, jejíž projevy jsou pozorovatelné až po 48 hodinách od přijetí ženy k hospitalizaci (Průcha, 2015).

Mezi pooperační komplikace v místě operační rány patří také dehiscence rány, kterou se rozumí rozestup operační rány. K dehiscenci operační rány může vést řada důvodů (například prudké zvýšení intraabdominálního tlaku, nevhodně zvolená operační technika) a dochází k němu nejčastěji mezi pátým až osmým pooperačním dnem. Větší předpoklad pro vznik pooperační dehiscence mají především obézní nebo naopak kachektické ženy, také ženy s infekcí v místě operační rány a ženy diabetičky. Dehiscence operační rány může vzniknout nejen ve všech vrstvách operační rány, ale i pouze v jednotlivých částech. A taktéž může postihnout celou operační ránu nebo pouze její části. V případě dehiscence všech vrstev operační rány hrozí až eventrace vnitřních břišních orgánů. V těchto případech se provádí reoperace a resutura operační rány. Mezi pozdní komplikace dehiscence operační rány patří vznik hernie v jizvě, která se většinou řeší plánovaným operačním výkonem, pokud u kýly nehrozí uskřínutí

vnitřních orgánů. V prevenci vzniku dehiscence operační rány je velmi důležité, aby porodní asistentka edukovala ženu o fixaci operační rány v případě zvýšení intraabdominálního tlaku (při kýčání, kašláni) a o správném způsobu vstávání ženy z lůžka, aby nedocházelo k napínání v oblasti operační rány (Schneiderová, 2014).

Mezi pooperační komplikace projevující se na jiném orgánu či soustavě orgánů lze zařadit tromboembolické, respirační, gastrointestinální, urologické a psychické komplikace (Schneiderová, 2014).

Tromboembolické komplikace jsou pro ženu život ohrožující. S omezeným pohybovým režimem u ženy po operaci stoupá riziko vzniku trombu. Mezi rizikové faktory pro vznik tromboembolických komplikací patří mimo jiné i obezita a genetická zátěž. Krevní sraženina neboli trombus se nejčastěji vytvoří v hlubokých žilách dolních končetin nebo v pánevních žilách. Odtud může být stržen proudem krve a donesen až do plic, kde dochází ke vzniku plicní embolie, která může vyústit až v náhlé úmrtí ženy. Plicní embolie se nejčastěji vyskytuje šestý až dvanáctý pooperační den, nejčastěji po bezprostřední změně polohy těla, defekaci, zakašláni atd., kdy se vytvořený trombus v cévě utrhne a putuje do pravého srdce a odtud do plicnice. Nejčastějšími projevy plicní embolie u ženy jsou dušnost, bolest směřovaná za hrudní kost, pocity strachu a úzkosti, vykašlávání sputa narůžovělé barvy. K diagnostice plicní embolie slouží nejčastěji provedení EKG, ultrazvuku srdce, rentgenu a CT hrudníku. Terapie při plicní embolii se volí dle rozsahu uzavření cévy, při rozsáhlejší embolii se provádí takzvaná trombolýza neboli rozpuštění trombu pomocí farmak, u lehčích forem se ženě podávají antikoagulantia (Schneiderová, 2014). Jako prevence těchto stavů se v pooperační péči využívá včasná mobilizace ženy, podávání antikoagulantů, bandážování dolních končetin ženy a ve spolupráci s fyzioterapeutem i dechová rehabilitace. Pokud se v krevním oběhu ženy vyskytne vzduch či jiný plyn v množství nad 20 až 40 mililitrů, jedná se o vzduchovou embolii. Jejími příznaky je především bolest na hrudi, dechová nedostatečnost, tachykardie, pocity úzkosti, hučení v uších. U ženy hrozí až zástava krevního oběhu a léčba tohoto stavu je dána symptomy, jež jej doprovázejí. V rámci léčby se také přistupuje k odsátí vzduchu z pravé srdeční předsíně (pokud žena leží na levém boku v Trendelenburgově poloze) a k resuscitaci (Janíková, Zeleníková, 2013).

Respirační pooperační komplikace se vyskytují celkem často. Je to způsobeno zejména plicní ventilační nedostatečností po čas výkonu a také sníženou schopností vykašlávat (v důsledku pooperační bolesti v břišní oblasti). Mezi respirační komplikace patří především aspirace žaludečního obsahu, vznik plicního edému a bronchiální pneumonie (Schneiderová, 2014).

Provedení operačního výkonu v celkové anestézii zapříčiňuje u ženy v pooperačním období ochablou střevní peristaltiku, která se obvykle v rozmezí 48 – 72 hodin od operace samovolně upravuje (Janíková, Zeleníková, 2013). Pokud však obtíže u ženy přetrvávají, může být dle ordinace lékaře farmakologicky aktivována léky podporující střevní peristaltiku, například Syntostigmin. Dále lze využít i laxativa, popřípadě aplikaci kapénkového klyzmatu (Schneiderová, 2014). Pro snazší odchod plynů a k podpoření motility střev je vhodná mobilizace ženy a rehabilitace a lékař také může pro snazší odchod plynů doporučit zavedení rektální rourky do konečníku. V souvislosti s gastrointestinálním systémem se u ženy po hysterektomii také často vyskytuje nauzea a zvracení. Řešením této méně závažné pooperační komplikace je aplikace antiemetik (Janíková, Zeleníková, 2013.)

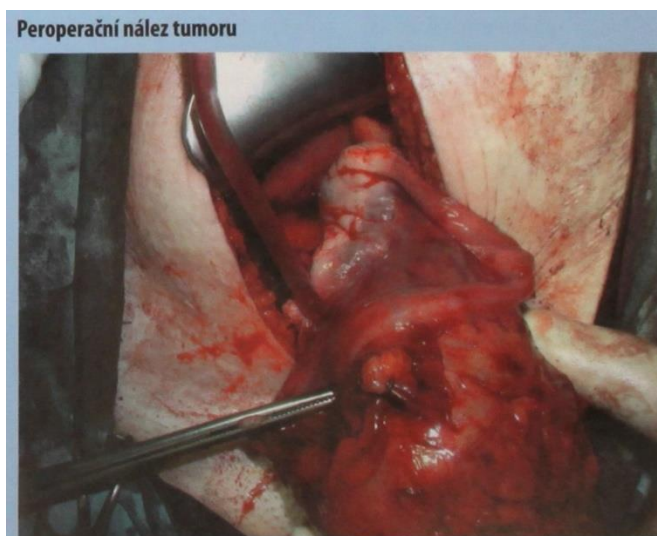
Urologické komplikace mají totožnou příčinu jako gastrointestinální komplikace a k prevenci vzniku ochablého močového měchýře slouží zavedení permanentního močového katétru, jako výhodou jeho zavedení lze spatřovat v kontrole diurézy po operaci. Na druhé straně v souvislosti se zavedením permanentního močového katétru může vzniknout infekce dolních močových cest, která se projevuje subfebrilií a bolestí v oblasti uretry. Terapií při vzniku zánětu dolních močových cest je aplikace antibiotik na základě bakteriologického vyšetření jednak konce zavedeného PMK nebo z intermitentně odebrané moče ve sterilní zkumavce. Úlohou porodní asistentky je informovat ženu o důležitosti dodržování klidového a pitného režimu (Schneiderová, 2014). V souvislosti s klidovým režimem a s polohou žen v leže může u žen docházet k retenci moče po operaci. Porodní asistentka pečující o ženu po operaci v tomto případě doporučuje aplikaci tepla na podbříšek, snaží se podporovat mikci zvukem proudu vody a usiluje o vertikalizaci ženy a přitom stále dbá na její intimitu (Janíková, Zeleníková, 2013).

K dalším komplikacím, které se mohou objevovat v souvislosti s hysterektomií, lze zařadit i psychické pooperační komplikace, které jsou poměrně zrádné, jelikož jejich projevy zpočátku nemusejí být nápadné, ale i přesto hrozí až rozvoj psychické poruchy. Také z tohoto důvodu by se zdravotnický personál v péči o ženu měl zaměřit na vyhledávání potencionálně rizikových žen s abúzem alkoholu nebo drog v minulosti a zabránit tak u nich vzniku abstinenčních příznaků (Schneiderová, 2014).

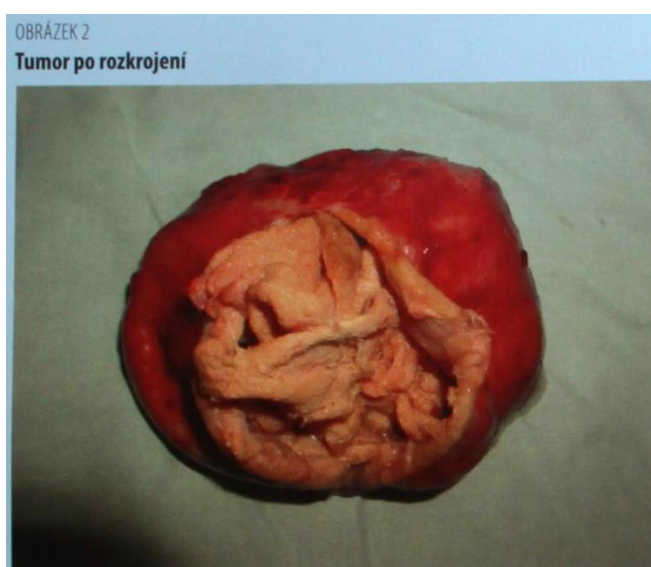
S rozvojem pooperačních komplikací může souviset i neúmyslné ponechání cizího předmětu v těle ženy během gynekologické i porodnické operace. Jako nejčastěji ponechané cizí předměty lze jmenovat zejména roušky, longety, dále pak tampony, jehly a chirurgické nástroje (nejčastěji zanechané v dutině břišní či v pochvě) (viz Obrázek 1 a 2). Kontrolu počtu nástrojů a ostatního materiálu v případě neodpovídajících počtů iniciuje hlavní sálová perioperační porodní asistentka, která také zajišťuje potřebné zobrazovací metody (nejčastěji rentgen). Následkem ponechání cizího předmětu v organismu ženy může být až rozvoj infekce, ileózního stavu a vznik píštěle. Prevencí ponechání cizích předmětů v těle ženy je pečlivé a opakované přepočítání roušek, tamponů, jehel a chirurgických nástrojů před každou operací a před uzavřením operační rány. Riziko ponechání cizího předmětu v těle ženy je poměrně vysoké a souvisí s rizikovými faktory, mezi které patří zejména akutní indikace k operaci, neočekávaná změna ve složení operačního týmu, operační výkon, na němž spolupracuje více operačních týmů i vyšší BMI ženy (Stiller, Thompson, Ivy, 2010).

V souvislosti s léčbou může u ženy dojít k umělému přerušení menstruace či umělému nastolení klimakteria. Některé ženy po operaci (po adnexektomii) mohou pociťovat návaly horka, suchost poševní sliznice, mohou mít nálady depresivního charakteru a snížený zájem o sexuální život. Dále jsou ohroženy také vznikem osteoporózy. K řešení těchto negativních důsledků léčby jsou v současné době využívány moderní substituční preparáty (Rob, Martan, Citterbart, 2008).

Obrázek 1 – Peroperační nález tumoru



Obrázek 2 – Tumor po rozkrojení (ponechaná rouška)



Zdroj: STILLER, Robert J., Theresa THOMPSON a Michael J. IVY, 2010. Prevence ponechání cizích předmětů během gynekologicko-porodnických operací. Gynekologie po promoci. roč. 10, č. 4, s. 36. ISSN 1213-2578.

Příloha 5 Klasifikace dle kódu ASA

Jedná se o klasifikaci Americké společnosti anestezie, která určuje anesteziologické riziko úmrtí od zahájení anestezie do sedmého pooperačního dne. Při zařazení ženy do skupiny ASA I, kde je splněn předpoklad malého či středního operačního výkonu, normálních výsledků fyzikálního vyšetření a anamnéza ženy není závažná, jsou předoperační vyšetření dle doporučení České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny platná až po dobu jednoho měsíce. V případě zařazení ženy do skupiny ASA II a III se platnost vyšetření se stoupajícím rizikem zkracuje, v tomto případě na čtrnáct dnů. Ve skupině IV a V se požadují vyšetření nepřesahující časový interval jednoho týdne (Janíková, Zeleníková, 2013).

Příloha 6 Premedikace a prepremedikace

Prepremedikace se ve většině případů ve formě hypnotik ze skupiny benzodiazepinů nebo anxiolytik podává per os večer před plánovaným operačním zákrokem a má za následek zklidnění duševního stavu ženy před operací (Schneiderová, 2014). Premedikace (nejčastěji ve formě benzodiazepinů nebo opiátů, například Dolsin, Dipidolor) v kombinaci s Atropinem (ovlivňuje vegetativní nervový systém) se podává ve většině případech per os nebo parenterálně do svalu 30 – 60 minut před uvedením ženy do anestézie. Po podání premedikace dochází u ženy k psychickému zklidnění, dále je také snížena salivace a tvorba žaludečních šťáv. Podání premedikace může sloužit preventivně proti alergickým reakcím (Janíková, Zeleníková, 2013). Má také antiemetický účinek (Slíva, Votava, 2010). Úkolem porodní asistentky je podání premedikace, případně prepremedikace dle ordinace lékaře. S tím souvisí i nutnost poučít ženu po aplikaci premedikace o riziku vzniku kolapsu a následném pádu při vstávání a doporučit jí, aby již nevstávala z lůžka. V souvislosti s podáním premedikace je povinností porodní asistentky toto zaznamenat do dokumentace (Janíková, Zeleníková, 2013).

Příloha 7 Fyzioterapie u ženy po hysterektomii

V pooperační péči o ženu po hysterektomii je snaha o co nejčasnější zahájení rehabilitace, aby žena byla co nejdříve schopna vlastního pohybu a také z důvodu předcházení dalších komplikací (např. tromboembolických). Pokud to aktuální zdravotní stav ženy dovolí a s přihlédnutím k věku a rozsahu operačního výkonu je vhodné přistoupit k rehabilitaci již v den operace. Pokud to provoz ošetrovací jednotky umožňuje, je dobré, aby pooperační rehabilitace ženy navazovala na rehabilitaci před operací, ve kterém byla žena seznámena se způsobem cvičení, který bude provádět po operaci (Kolář, 2009).

K vertikalizaci ženy lze přistoupit, pokud má stabilní krevní tlak i srdeční frekvenci. Mobilizace ženy po hysterektomii vede k prevenci případných komplikací a lze ji rozdělit do tří kroků a to na provádění pasivních pohybů, asistovaný pohyb a na aktivní pohyby. Asistovaný pohyb je charakterizovaný jako aktivní pohyb ženy s dopomocí fyzioterapeuta/porodní asistentky za účelem dosažení co největší samostatnosti ženy. Nejdříve žena provádí pohyby pouze horními a dolními končetinami, poté dochází k nácviku běžných pohybů, které žena přes den vykonává (přetáčení se na lůžku, sed, stoj, chůze s oporou). Pojem aktivní cvičení charakterizuje samostatné provádění pohybů současně s kontrolou fyzioterapeuta. V případě gynekologických operací mají ženy obvykle zaveden permanentní močový katétr, je proto vhodné po dobu zavedení PMK vynechat pohyby kyčelních kloubů, které mají dráždivý vliv na močové cesty, a mohlo by dojít k zánětům. Po odstranění PMK jsou vhodné různé cviky na posílení svalů pánevního dna, naopak při abdominálních operacích se zpočátku nevyužívají cviky, při kterých by žena musela zapojit břišní svaly (Kolář, 2009).

Dechová gymnastika slouží zejména k odstranění chyb v dýchání člověka a k nácviku správného způsobu dýchání, k podpoře expektorace a odstranění sekretů z dýchacích cest. Její uplatnění je široké, mimo jiné se využívá i v pooperačním období. Mezi nejčastější chyby v dýchání patří zejména nesprávné držení těla a nadechování se ústy. Nádech ústy totiž nezabezpečuje odstranění drobných nečistot z vdechovaného

vzduchu ani jeho zvlhčení a zahřátí na tělesnou teplotu. Dále je také nevhodné zadržování dechu při fyzické námaze (Trachtová, 2013). V péči o dýchací systém ženy se také uplatňuje nácvik odkašlávání se současným přidržením operační rány. Jelikož je žena bezprostředně po operaci pod vlivem anestetik, které ji nutí ke kašli, je vhodné ženě vysvětlit správný způsob odkašlávání, aby neměla strach z bolesti při odkašlávání. V případě abdominálního přístupu si žena v poloze vleže na zádech přidržuje operační ránu a ve výdechu se snaží odkašlávat. Pokud je žena po vaginální operaci, snaží se před odkašláváním o mírný stah svalů v okolí pochvy a rekta (Kolář, 2009).

Z relaxačních technik se nejčastěji využívá Schulzův autogenní trénink a Jacobsonova progresivní terapie (Trachtová, 2013).

Příloha 8 A. H. Maslow

Americký psycholog Abraham H. Maslow žil v letech 1908 až 1970. Narodil se do židovské rodiny v americkém Brooklynu. Studoval na City College of New York a také na University of Wisconsin. Později působil jako vedoucí katedry psychologie na Braides University (Maslow, 2014). Byl zakladatelem humanistického proudu v psychologii, prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii a autorem hierarchické teorie potřeb (Šamánková, 2011, Trachtová, 2013).

Předpokládal, že motivy jsou u každého jedince individuálně hierarchicky uspořádány dle své naléhavosti, jelikož některé motivy jsou pro daného jedince silnější než ostatní (Trachtová, 2013). Rozdělil potřeby na takzvané D – potřeby (Deficiency Needs), které jedince motivují k odstranění nedostatku, a B – potřeby (Being Values), které člověka motivují v jejich další saturaci (Šamánková, 2011). V uspokojování potřeb se uplatňuje pravidlo, že uspokojení takzvaných nižších potřeb (D – potřeby) je pro jedince primární a předchází uspokojení takzvaných vyšších potřeb (Trachtová, 2013).

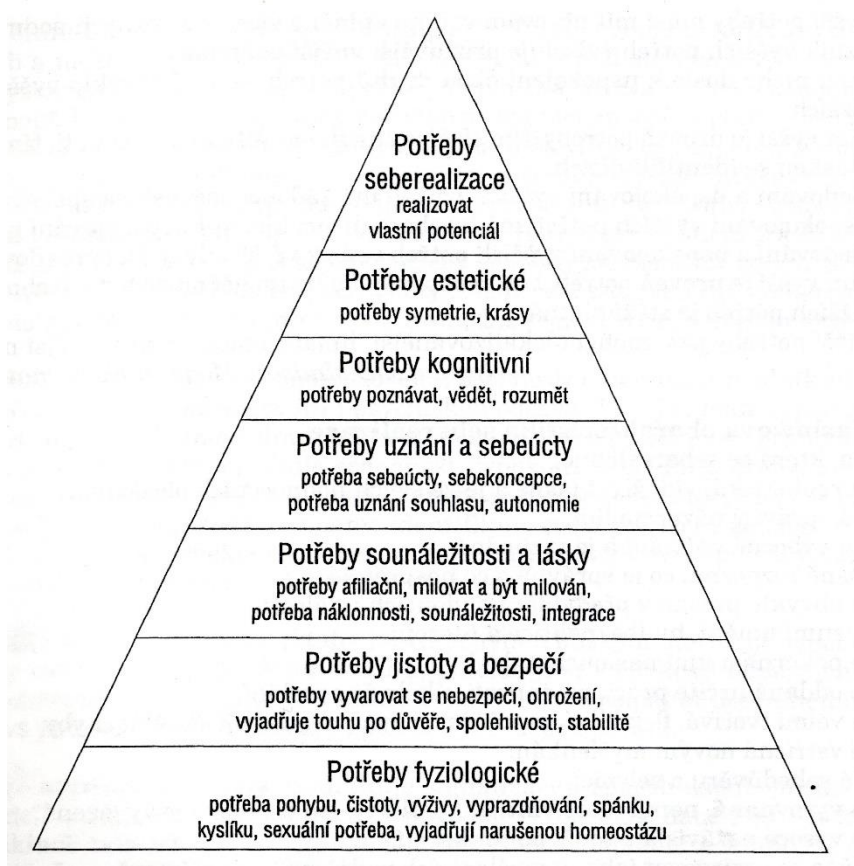
Uspokojení nižších lidských potřeb přináší jedinci jakousi úlevu a pocit naplnění. Dle intenzity těchto pocitů lze rozlišit uspokojení nižších lidských potřeb, které je ve většině případů krátkodobé, a saturaci vyšších lidských potřeb (Maslow, 2014).

Maslow hierarchicky rozděluje potřeby na fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty a potřeby seberealizace a sebeaktualizace (viz Obrázek 3) (Trachtová, 2013).

Fyziologické potřeby vyjadřují narušenou homeostázu a jedinci slouží k přežití. Řadí se sem potřeba pohybu, hygieny, výživy, vyprazdňování, spánku, dýchání a také potřeba sexuální. Potřeba jistoty a bezpečí znamená tendenci vyhýbat se nebezpečí a ohrožení a zároveň charakterizuje dychtivost člověka po důvěře, stabilitě a spolehlivosti. Fyziologické potřeby a potřebu jistoty a bezpečí klasifikoval A. H. Maslow jako takzvané nižší potřeby. Potřeba sounáležitosti a lásky neboli afiliační potřeba je potřeba jedince být milován a milovat. Potřeba uznání a sebeúcty vyjadřuje touhu jedince po uznání a respektu ostatních, ale také potřebu sebeúcty. Na vrcholu

pomyslné pyramidě se nachází potřeba seberealizace a sebeaktualizace, která vyjadřuje sklon jedince k realizaci vlastních plánů. Jako takzvané vyšší potřeby označil Maslow afiliční potřebu, potřebu uznání a sebeúcty a potřebu seberealizace a sebeaktualizace (Trachtová, 2013).

Obrázek 3 Maslowova pyramida potřeb

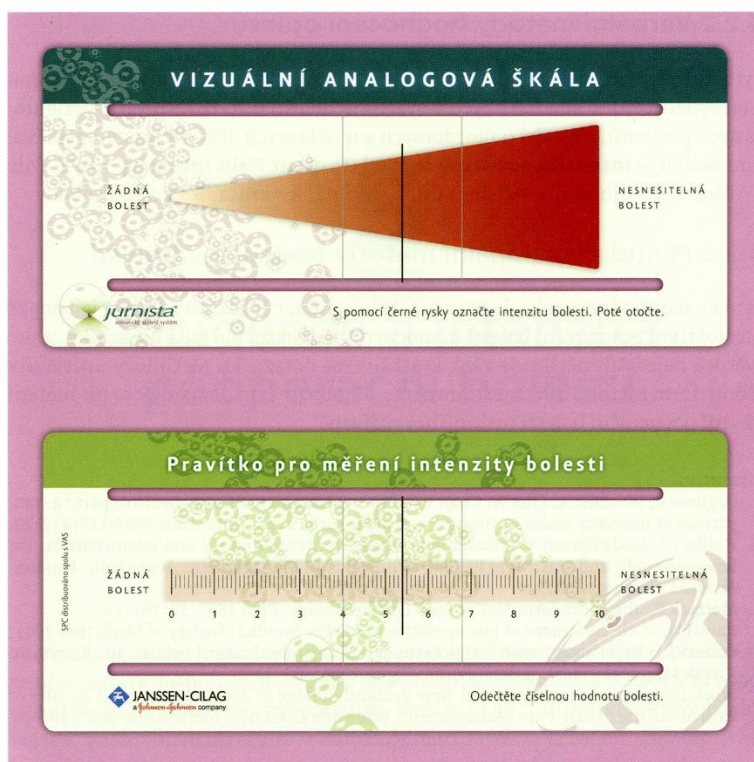


Zdroj: TRACHTOVÁ, Eva et al., 2013. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. Brno: NCO NZO. s. 15. ISBN 978-80-7013-553-2.

Příloha 9 Vizuální analogová škála

Jedná se o stupnici, na které číslo 0 představuje nulovou bolest a číslo 10 naopak bolest pro ženu nesnesitelnou (Málek, Ševčík, 2014).

Obrázek 4 Vizuální analogová škála



Zdroj: MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK et al., 2014. *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta. s. 25. ISBN 978-80-204-3522-4.

Příloha 10 Sexualita ženy

S nástupem menarché byla dívka vnímána již jako žena. V některých kulturách byla žena v období menstruace nebo šestinedělí vnímána jako nečistá. Vlivem křesťanství byl na dívky kladen nárok zachování panenství před svatbou. Na druhé straně například v indické či africké kultuře nebylo zachování panenství do svatby nutné, naopak to mohlo znamenat neatraktivnost dívky. Nad potřebu ženské sexuality byla (zejména v 19. století) stavěna potřeba sexuality mužské a u ženy se předpokládala pasivita, a to pouze v případě manželského pohlavního styku. 60. léta minulého století se dají označit jako období sexuální revoluce, kdy ženská sexualita začíná napodobovat sexualitu mužskou. Společností je již ve většině případů akceptován předmanželský pohlavní styk, avšak stále jsou znatelné rozdíly mezi sexuálním životem mužů a žen, například partnerskou nevěru ženy vnímají emocionálněji než muži (Urbanová, 2010).

Příloha 11 Role ženy

Zvládnout plnit určitou roli je pro ženu velmi významné, jelikož ovlivňuje sebevědomí a sebeúctu ženy a znamená to, že chování ženy je v souladu s očekáváním jejího okolí. Sociální roli lze definovat jako soubor práv a povinností, které souvisí s postavením ženy ve společnosti. Některé sociální role přijímají ženy samovolně a pozitivně, jiné mohou naopak přijímat negativně. Pokud žena nezvládá plnit určitou sociální roli, mohou se objevit negativní důsledky jako například frustrace ženy, snížení sebevědomí ženy. Jestliže se od ženy očekává plnění více sociálních rolí, jejichž současné zvládnutí je pro ženu neslučitelné, jedná se o konflikt rolí. Jako nejvýznamnější stresory v souvislosti s hysterektomií, plněním a výkonem rolí ženy lze uvést rozvod či rozchod s manželem/partnerem a hospitalizaci v nemocnici. Mezi stresory, které plynou z identity ženy lze zařadit změnu fyzického vzhledu (chybění části těla – dělohy, vaječnicků), pochybnosti v sexuálním životě ženy a také ve vnímání sebe sama (Trachtová, 2013).

Ačkoliv jsou ženy i muži stejného živočišného druhu, vyskytují se u nich drobné odlišnosti, například v tělesné stavbě je nejvíce patrné, že ženy mají méně svalové hmoty než muži. Se stavbou těla souvisí také problematika ideálu krásy ženského těla, na který bylo v průběhu historie lidstva nahlíženo odlišně. Od oslavy typicky ženských tvarů přešel ideál krásy k oslavě ženské postavy, která je velmi podobná postavě mužské. Na vnímání ženské krásy mají v současné době velký vliv média a celebrity, které udávají trend štíhlosti. Navíc u žen je patrná tendence ke kritičtějšímu pohledu na své tělo než u mužů, a tak ženy podstupují různé zkrášlovací procedury (například plastické operace, držení diet, atd.) (Urbanová, 2010).

U každého jedince je jeho pohlaví podmíněno biologicky, avšak maskulinitu či feminitu získává jedinec pomocí socializace. Vnímání obrazu muže a ženy nebylo v historii lidstva vždy stejné, v některých obdobích a kulturách byla žena vnímána jako ozdoba muže, jindy pak jako hříšná a nečistá. Její nejdůležitější úlohou bylo zejména plození dětí a péče o ně a o domácnost (Urbanová, 2010). V některých lidských kulturách a také v souvislosti s náboženstvím, byla dívkám a ženám odepřena možnost

vzdělání a možnost působit jako prostředník mezi lidstvem a božstvem. Maslow (2014) tento jev spojuje se snahou zachovat jejich „ženskost“. I nyní je vnímání obrazu ženy a muže ovlivněno zejména kulturou. Například v naší kultuře jsou pro muže typické atributy jako schopnost po finanční stránce zabezpečit rodinu, schopnost samostatně se rozhodovat, větší tělesná síla a větší dychtivost po úspěšné pracovní kariéře. Jako typické atributy pro ženu lze uvést schopnost ženy pečovat o děti a o domácnost, větší empatie k ostatním lidem, jemnost, citlivost a fyzický půvab (Urbanová, 2010).

Příloha 12 Nightingalové a Hendersonové ošetřovatelský model

Historie koncepčních modelů v ošetřovatelství sahá až k osobnosti Florence Nightingale, která se významně podílela na vývoji ošetřovatelství a charakterizovala ošetřovatelství dle vlastního pohledu. Na její práci navázaly další významné představitelky ošetřovatelství jako například Dorothy E. Johnson, Dorothea Elisabeth Orem, Callista Roy se svými náhledy na ošetřovatelství, které již byly nazývány jako koncepční modely (Pavlíková, 2006).

Nightingalové ošetřovatelský model patří mezi humanistické modely. Florence Nightingale se narodila 12. května 1820 v italské Florencii do vysoce postavené rodiny. Svůj život však zasvětila ošetřovatelství, které studovala v německém Kaiserswerthu. Mezi lety 1854 a 1855 působila v Krymské válce, kde s dalšími 38 sestrami vedla válečný lazaret. Jako její nejznámější publikaci lze uvést Poznámky o ošetřovatelství (Notes on Nursing: What is it and what is not), které byly vydány roku 1859. V roce 1860 založila v Londýně při nemocnici St. Thomas ošetřovatelskou školu. Během svého života získala mnoho významných ocenění. Ve své knize Poznámky o ošetřovatelství se zaměřila na popsání základních prvků prostředí nemocnice, aby mělo na nemocného pozitivní vliv. Tyto aspekty zahrnují čistý vzduch a vodu, upravené prostředí, kanalizaci a světlo. Touto cestou vlastně vytvořila první teorii ošetřovatelství, která vychází ze vztahu nemocného a nemocničního prostředí. Vytvoření teorie ošetřovatelství nebylo jejím primárním záměrem. F. Nightingale zemřela roku 1910 v Londýně (Pavlíková, 2006, Plevová, 2011).

Základním prvkem je dle Florence Nightingale prostředí jedince a to jak fyzické, tak i emocionální a sociální. Takzvané zdravé prostředí je nutné pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče. Vztah mezi nemocným a sestrou/porodní asistentkou je orientovaný na uspokojování potřeb nemocného (Pavlíková, 2006).

Viginia Henderson se narodila roku 1897 v Kansas City ve Spojených státech amerických. Ošetřovatelského vzdělání dosáhla na Army School of Nursing ve Washingtonu D.C. a magisterský titul získala roku 1934 na Teachers College Columbia University. Působila na Yale University of Nursing a v roce 1960 vyšla její publikace

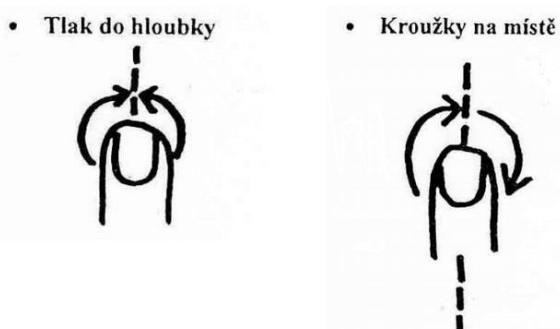
Základní principy ošetrovatelské péče (Basic Principle of Nursing Care), která byla přeložena do více než 20 světových jazyků. Během svého života získala sedm čestných doktorátů, mluví se o ní jako o „Florence Nightingale 20. století“ a její model bývá také nazýván jako suplementárně-komplementární. Virginia Henderson zemřela roku 1996 v Brandfordu v USA (Pavlíková, 2006, Plevová, 2011).

K vytvoření ošetrovatelské teorie ji inspirovala publikace B. Harmer (Principles and Practise of Nursing), která se zabývala uspokojením potřeb člověka. Definice ošetrovatelství dle B. Harmer z roku 1922 zní „Ošetrovatelství je zakotvené v potřebách lidstva“. Cílem ošetrovatelství dle V. Henderson je dosažení samostatnosti jedince v saturaci potřeb. K uspokojení by mělo docházet u 14 elementárních lidských potřeb, které nemocnému pomáhá uspokojovat sestra/porodní asistentka (Pavlíková, 2006).

Příloha 13 Péče o jizvu

Péče o jizvu ženy z velké části probíhá v domácím prostředí ženy. Je důležité, aby PA ženu poučila, aby jizvu udržovala v suchu a čistotě, byla trpělivá a vyčkala do samovolného odloučení strupu. Po uplynutí 7 až 14 dnů od odstranění stehů může žena provádět třikrát denně po dobu 10 minut tlakové masáže jizvy. Spočívají ve stlačování jizvy proti své bazi až do odkrvení tkáně. Po prokrvení stlačované tkáně žena pokračuje v kompresi po celé délce jizvy (viz Obrázek 5). Dále může žena zacelenou jizvu pravidelně promazávat. Porodní asistentka ženě k promašťování doporučí například nesolené vepřové sádlo, mast Indulonu, bílou vazelínu, měsíčkovou mast apod. Žena by se měla vyvarovat v prvních třech pooperačních měsících vystavování jizvy přímému slunečnímu záření. Návštěva sauny či solária také není vhodná, jelikož by jizva byla odlišně pigmentovaná. Stejně tak nejsou vhodné koupele, které je lepší nahradit rychlou sprchou vlažnou vodou s použitím neparfémovaného mýdla a jizvu osušit jemným přiložením ručníku. V prvních šesti pooperačních týdnech je důležité, aby žena při sportovních aktivitách nebo domácích pracích omezila pohyby, které zvyšují napětí kůže v místě jizvy. I vhodné oblékání ženy má vliv na nekomplikované hojení jizvy, porodní asistentka ženě doporučí volnější oděv z přírodních materiálů (Smičková, 2011).

Obrázek 5 Masáž prsty



Zdroj: VFN v Praze, 2016. *Před operací srdce: Co by měl pacient vědět před operací srdce.* [online]. [cit. 2016-04-30]. Dostupné z: http://kardio.vfn.cz/UserData/masaz_prsty.jpg

Příloha 14 Otázky pro rozhovor se ženami po hysterektomii

Identifikační údaje:

1. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jaká je Vaše profese?
3. Jaký je Váš rodinný stav?
4. V případě, že jste rodila, kolikrát to bylo?

Otázky vztahující se k problematice hysterektomie:

5. V kolika letech jste podstoupila hysterektomii?
6. Z jaké indikace jste podstoupila hysterektomii?
7. Jak jste prožívala informaci o indikaci k hysterektomii?
8. Jaký způsob operace byl u Vás zvolen?
9. Které potřeby byly u Vás po operaci nejvíce změněny?
10. Pokud se u Vás vyskytly pooperační komplikace, o jaké se jednalo?
11. Jaká byla Vaše očekávání ohledně přístupu a péče o Vás ze strany porodní asistentky?

Zdroj: vlastní

Příloha 15 Žádost o souhlas ke spolupráci (gynekologické ambulance)

Vážený pane doktore/ paní doktorko,

jmenuji se Marcela Filipová a studuji třetí ročník bakalářského studijního programu Porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci studia zpracovávám bakalářskou práci na téma Úloha porodní asistentky při uspokojování potřeb u ženy po hysterektomii. Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci za účelem sběru dat pro výzkumnou část bakalářské práce.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována jejich anonymita.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

Podpis

.....

Podpis studentky

Zdroj: vlastní

Žádost o souhlas ke spolupráci (ženy po hysterektomii)

Vážená respondentko,

jmenuji se Marcela Filipová a studuji třetí ročník bakalářského studijního programu Porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci studia zpracovávám bakalářskou práci na téma Úloha porodní asistentky při uspokojování potřeb u ženy po hysterektomii. Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci za účelem sběru dat pro výzkumnou část bakalářské práce.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována jejich anonymita.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

V Českých Budějovicích dne.....

.....
Podpis respondentky

.....
Podpis studentky

Zdroj: vlastní

