

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Veronika Šachová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

PÉČE O ŽENU PO GYNEKOLOGICKÉ OPERACI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

PLZEŇ 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2015

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Kašové za odborné vedení práce, za ochotu, trpělivost, pečlivost a cenné rady. Dále děkuji oběma respondentkám, které mi s velkou ochotou poskytly rozhovory pro vypracování praktické části mé práce.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Šáchová Veronika

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče o ženu po gynekologické operaci

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

Počet stran: 62

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: hysterektomie, gynekologická operace, operace, komunikace s pacientkou, myomy děložní, ošetrovatelská péče, porodní asistentka

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá pocity žen, které musely podstoupit gynekologickou operaci – konkrétně hysterektomii, tedy chirurgické odstranění dělohy. Teoretická část se zaměřuje na typy a operační techniky hysterektomie, na předoperační i pooperační přípravu a péči. V neposlední řadě také na psychickou stránku ženy, kde je zmíněna jak komunikace s pacientkou, tak i pomoc v náročné životní situaci.

Praktická část je psána pomocí kvalitativního výzkumu za použití polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl veden se dvěma pacientkami po hysterektomii. Ženy odpovídaly na dotazy rozčleněné do čtyř období – období před hysterektomií, období předoperační přípravy, bezprostřední pooperační období a nakonec dva měsíce po provedení operace. Vše bylo zaměřeno především na jejich pocity spojené s tímto operačním obdobím.

ABSTRACT

Surname and name: Šáchová Veronika

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: The Care of the Women after Gynecological Surgery

Consultant: Mgr. Lucie Kašová

Number of pages: 62

Number of appendices: 3

Number of used literature items: 27

Keywords: hysterectomy, gynecological surgery, surgery, communication with the patient, uterine fibroids, nursing care, midwife

Summary:

Bachelor thesis deals with women's feelings which had to take gynecological surgery, specifically hysterectomy (surgical removed uterus). Theoretical part is focused on types and techniques of hysterectomy. Then the psychological state of woman is described. Also communication with woman or help is mentioned.

Practical part is concerned with a discussion that was conducted with two women. Women answered questions that are divided into 4 sections (before hysterectomy, section of preoperative preparation, postoperative period, section of two months after hysterectomy). Everything is focused on their feelings during this period.

OBSAH

ÚVOD	- 10 -
TEORETICKÁ ČÁST	- 11 -
1 HYSTEREKTOMIE	- 12 -
1.1 INDIKACE	- 12 -
1.2 KONTRAINDIKACE	- 13 -
1.3 KOMPLIKACE	- 14 -
1.4 VÝHODY A NEVÝHODY JEDNOTLIVÝCH OPERAČNÍCH PŘÍSTUPŮ	- 15 -
1.5 TECHNIKA HYSTEREKTOMIÍ	- 16 -
1.5.1 Abdominální hysterektomie	- 16 -
1.5.2 Vaginální hysterektomie	- 17 -
1.5.3 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie – LAVH	- 17 -
1.5.4 Radikální hysterektomie	- 18 -
1.6 VLIV A DOPAD HYSTEREKTOMIE NA ŽIVOT ŽENY	- 19 -
2 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	- 20 -
2.1 PŘEDOPERAČNÍ VYŠETŘENÍ	- 20 -
2.2 SOMATICKÁ PŘÍPRAVA	- 21 -
2.3 PSYCHOLOGICKÁ PŘÍPRAVA	- 21 -
2.4 ANESTEZIE	- 23 -
3 POOPERAČNÍ PÉČE	- 24 -
3.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O ŽENU PO HYSTEREKTOMIÍ	- 24 -
3.2 PRÁCE S BOLESTÍ	- 25 -
3.3 POOPERAČNÍ FYZIOTERAPIE	- 25 -
3.3.1 Podpora pánevní statiky	- 26 -
3.4 EDUKACE ŽENY	- 27 -
4 PSYCHICKÁ STRÁNKA ŽENY	- 29 -
4.1 KOMUNIKACE S PACIENTKOU	- 29 -
4.2 POSTHYSTEREKTOMICKÝ SYNDROM	- 30 -
4.3 POMOC V NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACI	- 30 -
PRAKTICKÁ ČÁST	- 32 -
FORMULACE PROBLÉMU	- 33 -
CÍL	- 33 -
DÍLČÍ CÍLE	- 33 -
OPERACIONALIZACE POJMŮ	- 33 -
PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	- 34 -
DRUH PRŮZKUMU A VÝBĚR METODIKY	- 34 -
METODA	- 34 -
VÝBĚR PŘÍPADU	- 34 -

ZPŮSOB ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ.....	- 35 -
ORGANIZACE PRŮZKUMU	- 35 -
5 DISKUZE	- 48 -
ZÁVĚR.....	- 53 -
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	- 54 -
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	- 57 -
SEZNAM PŘÍLOH	- 58 -
PŘÍLOHY	- 59 -

ÚVOD

Pod pojmem gynekologické operace se skrývá velice široká a obsáhlá oblast, a proto bych se ráda ve své bakalářské práci zaměřila pouze na hysterektomii. Výběr této operace byl záměrný, a to hned z několika důvodů.

Jedním z důvodů je frekvence této operace. S hysterektomií se setkáváme čím dál častěji, s různými indikacemi a v různém věku pacientek. Je to operace, která se dotýká žen od reprodukčního období až do stáří. Zde vidím veliký rozdíl ve vnímání starší ženy, pro kterou může být indikací například prolaps dělohy, a ženou ve fertilním období, kdy bývá nejčastější indikací uterus myomatosus. Pro jakoukoli ženu ve fertilním období znamená tento zákrok znemožnění otěhotnění. Dále jsem se také setkala se skupinou žen, pro které má děloha hlubší význam. Smířit se s tím, že přijdou o orgán, který pro ně znamená „symbol ženství“, je pro ně mnohdy nepředstavitelně těžké. Hysterektomie má tedy vliv jak na fyzický, tak i na psychický stav ženy. Domnívám se, že této skupině pacientek by měla být věnována zvláštní pozornost. Dbát na důslednou informovanost pacientky při sdělování diagnózy, dát jí dostatek času na to, aby se s touto zprávou vyrovnala a mohla si vše důkladně rozmyslet, ale především jí být oporou.

Chtěla bych touto prací vyzdvihnout individualitu prožívání a potřeb u rozdílných pacientek. Na co je důležité se zaměřit a čeho se naopak vyvarovat, aby nedošlo k poškození pacientky na těle či na duši. Čím lépe bude pacientka s operací srovnána a bude chápat důvody a výhody operace, tím lepší bude nejen její rekonvalescence, ale i další osobní život.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HYSTEREKTOMIE

1.1 Indikace

Hysterektomie se řadí mezi nejčastější velké gynekologické operace. Ale ještě před tím, než gynekolog navrhne tuto operaci pacientce, měl by si být jistý, že vyčerpal všechny možnosti konzervativní terapie. (Roztočil, 2011, s. 398) Nejčastějšími indikacemi jsou např. myomy děložní, s nimi spojené nadměrné a nezastavitelné krvácení (metrorrhagie) či maligní útvary na děloze. (Kudela, 2004, s. 92)

Jedním z nejhlavnějších důvodů provedení hysterektomie jsou myomy děložní (leiomyomy či fibromyomy). Jedná se o nezhoubné nádory vyrůstající z hladké děložní svaloviny. Podle jedné americké studie tvoří myomy základní skupinu indikací k hysterektomii. (Mára, Holub, 2009, s. 83) V případě nadměrné velikosti myomů se skýtá jako hlavní řešení abdominální hysterektomie. Lékař rozhodne o tom, zda se provede subtotální nebo totální operace. To by se mělo odvíjet od velikosti rizika poranění při operaci, délky hospitalizace a v neposlední řadě také od kvality života ženy po hysterektomii. (Mára, Holub, 2009, s. 88)

Odstranění dělohy je možné provádět i vaginální cestou, kdy se jedná o tzv. vaginální hysterektomii. Za splnění určitých podmínek by měl být tento způsob operace pro pacientku šetnější. Pro tuto operaci by neměl být průměr myomu větší než deset centimetrů. Pro lepší představu se udává, že by velikost myomu neměla přesahovat velikost dělohy odpovídající dvanáctému týdnu gravidity nebo hmotnost tři sta gramů. Dále by myom neměl růst intraplikálně či zasahovat do parametrií. Důležitá je také pohyblivost dělohy, tedy peritoneální dutina bez srůstů, a prostornost pochvy. Další indikací je sestup či prolaps dělohy, který je mnohdy kombinovaný s prolapsem poševních stěn (cystokéla, rektokéla). (Citterbart, 2001, s. 225; Mára, Holub, 2009, s. 91) Vaginální hysterektomie může být použita také u adenomyózy (vrůstání endometria do myometria) či u chronických bolestí v podbříšku. (Holub, Kužel, 2005, s. 119)

Jedním ze způsobů odstranění dělohy je laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH). Tento způsob operace je využíván zejména při děložní myomatóze či benigních onemocněních na adnexech. (Mára, Holub, 2009, s. 92) LAVH je také indikována v případech prekancerózních stavů děložního hrdla, těla či ovaria nebo zhoubných nádorů endometria a děložního hrdla v nepokročilém stádiu. (Holub, Kužel, 2005, s. 111) V neposlední řadě se uvádí i zánět v pánvi se současným rozrušením srůstů,

endometrióza, omezená pohyblivost dělohy či úzká pochva bez sestupu. (Roztočil, 2011, s. 411)

Zhoubné nádory děložního hrdla jsou indikací k radikální hysterektomii dle Wertheima. Spolu s dělohou se odstraňuje horní třetina pochvy, parametria, paravaginální vazy a regionální lymfatické uzliny. (Kudela, 2004, s. 92)

Děložní myomy se řadí mezi nejčastější nezhoubná nádorová onemocnění ženského reprodukčního systému. Výskyt děložních myomů je odhadován až na 40% žen, které jsou starší než 35 let. Čím více se ženy blíží k menopauze, tím více narůstá výskyt myomů. Ke vzniku myomu dochází proliferací vazivové i svalové složky myometria. Mezi hlavní rizikové faktory pro jejich růst patří časná menarche, menopauza po 55 letech, hyperestrinismus, nulligravidita či porod jednoho dítěte. (Holub, Kužel, 2005, s. 80, Roztočil, 2011, s. 260)

Podle toho, kde myom vyrůstá, se dělí na myom *intramurální* (myom ve stěně děložní), *subserózní* (myom na stěně děložní směrem do dutiny břišní), *pendulující* (myom, který je s myometriem spojen pouze stopkou a je volně pohyblivý), *intraligamentózní* (myom, který se šíří mezi listy širokého děložního vazy do parametrií), *submukózní* (myom uložený v myometriu blíže do dutiny děložní). Pokud se na děloze nachází více myomů děložních, používá se označení uterus myomatosus. (Roztočil, 2011, s. 260)

Jedním z nejčastějších příznaků je děložní krvácení. Může se objevovat v podobě hypermenorey, menoragie či metroragie. Dalšími symptomy jsou bolest, tlak na okolní orgány, výtok, sekundární anémie či varikozita dolních končetin, pánevních a parametriálních cév. (Roztočil, 2011, s. 261)

1.2 Kontraindikace

Kontraindikace úzce souvisí s indikacemi uvedenými výše. Většina z nich je relativních a závisí na komplexním posouzení dalších faktorů. (Holub, Kužel, 2005, s. 119) Je nepatrný rozdíl mezi kontraindikacemi u laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie a vaginální hysterektomie.

Při LAVH se zohledňuje obezita, která je nepříznivým faktorem především pro délku operace. (Mára, Holub, 2009, s. 98) Další relativní kontraindikací je i stav po předchozích mnohočetných laparotomiích. Nevhodná je také pro pacientky s kardiálním onemocněním vyššího stupně, a to kvůli Trendelenburgově poloze, do které jsou pacientky během operace ukládány. (Holub, Kužel, 2005, s. 111)

Mezi všeobecné kontraindikace laparoskopie patří dále difúzní nebo ohraničený zánět pobřišnice, ileózní stavy, rozsáhlé tumory v pánvi (tzn. přesahují-li velikost dělohy ve dvanáctém týdnu gravidity), gravidita starší dvanácti týdnů nebo nestabilní stav pacientky. (Citterbart, 2001, s. 216)

1.3 Komplikace

Určitá rizika výskytu komplikací se nachází u každé operace. Proto by měly být všechny pacientky seznámeny s co možná největším spektrem situací, které mohou během zákroku nastat. Jedná se hlavně o poranění střev, velkých cév, močového měchýře či močovodu. (Roztočil, 2011, s. 408)

Vždy je nutné zvážit rizikové faktory, od kterých se pak odvíjí komplikace. Obecně to může být věk, hmotnost nebo další interní onemocnění pacientky. Mezi specifické rizikové faktory patří například změna topografie orgánů a kvalita tkání. Komplikace se snažíme minimalizovat profylaktickou přípravou pacientek. Aby nedocházelo ke vzniku infekce, podávají se preventivně antibiotika. Dále se provádí vaginální příprava a pečlivá hemostáza při výkonu. Proti vzniku embolie, jedné z nejzávažnějších komplikací, se preventivně podává miniheparinizace. Pokud se jedná o odstranění cervikálního myomu, je potřeba zohlednit změněnou topografii močového měchýře a močovodu. Při všech komplikacích je nutno rychle a adekvátně zasáhnout. (Mára, Holub, 2009, s. 87, 88)

Komplikace se u této problematiky obecně dělí na peroperační, časné pooperační a pozdní pooperační. Do první skupiny spadá krvácení a poranění okolních orgánů. Do druhé skupiny se zahrnuje celá řada komplikací týkajících se krvácení, infekce, trombózy, septického šoku apod. Ve třetí skupině dominuje infekce, hematom, absces, sekundární krvácení, granulom a další. (Holub, Kužel, 2005, 133)

Při abdominální hysterektomii se můžeme setkat s poraněním močového měchýře při jeho sesouvání. Pro pacientku to pak znamená zavedení Foleyova katétru na delší dobu v rámci jednoho týdne až deseti dnů. K poranění močovodu může dojít bez povšimnutí při stavění krvácení v oblasti arteria uterina. Proto je důležité sledovat výdej moči do šesti hodin po operaci spolu s bolestmi v bedrech. To jsou hlavní signály upozorňující na poranění močovodu. Pokud je indikací k hysterektomii zánět či endometrióza, musíme myslet na poranění rekta. (Kobilková, Živný, Bochman, 2000, s. 144) Výskyt komplikací je v závislosti na operačních podmínkách. Průběh operace může značně zkomplikovat endometrióza, stav po zánětech nebo stav po radioterapii. (Citterbart, 2001, s. 228)

Pro laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii jsou specifická poranění při zavádění laparoskopických nástrojů. Jedná se o poranění hlavních cév a střeva Veressovou

jehlou či trokarem. Při adhezenci střeva k břišní stěně se nedá této komplikaci mnohdy předejít. Úlohou porodní asistentky a lékaře je sledovat zlepšování zdravotního stavu po operaci. Při zvyšujících se bolestech je potřeba myslet na poranění střeva až do doby, než se tato domněnka vyvrátí. Zhoršující se zvracení také není po tomto zákroku obvyklé. (Roztočil, 2011, s. 408) Komplikace LAVH je možno rozdělit na obecné a specifické. Mezi obecné komplikace patří například poranění cév a orgánů v dutině břišní, infekce či kýla v místě incize. Specifické komplikace zahrnují poranění v malé pánvi, pahýlový hematom, absces či infekce. (Mára, Holub, 2009, s. 103)

Pro provedení vaginální hysterektomie je nutné správně zhodnotit velikost a pohyblivost dělohy a vztah k močovému měchýři, cervixu a přední poševní stěně. Při nesprávném zhodnocení situace může docházet k dalším komplikacím. (Mára, Holub, 2009, s. 91)

U radikální hysterektomie může docházet ke hromadění lymfy v břišní dutině jakožto následek odstranění mízních uzlin. To způsobuje bolesti a může dojít ke zhoršení průchodnosti lymfatických cest, což je mnohdy příčinou otoků dolních končetin (lymfedémy). (Říčanek, 2013)

1.4 Výhody a nevýhody jednotlivých operačních přístupů

Podle indikací a kontraindikací se volí nejvhodnější technika operace. Rozhoduje se, zda bude vybrán vaginální či transabdominální přístup nebo jejich kombinace. Každý tento zákrok má své výhody i nevýhody.

Laparoskopické techniky se řadí mezi minimálně invazivní chirurgii. Mezi výhody této chirurgie patří minimální mortalita, nízká morbidita, snížená perioperační zátěž a menší pooperační diskomfort. Nevýhodou je riziko poranění orgánů při samotném vstupu do peritoneální dutiny. V případě složitější operace se prodlužuje i její čas a tím stoupají rizika celkové anestezie. (Citterbart, 2008, s. 64) LAVH je vhodná při předpokladu srůstů v malé pánvi. Může to být například po zánětlivých procesech, po předchozích operacích nebo pokud je nejasný nález na děložních přívěscích. Laparoskopický přístup také umožňuje dobrou kontrolu malé pánve, popř. břišní dutiny. (Kudela, 2004, s. 94)

Vaginální přístup je obecně považován za obtížnější díky horšímu přístupu k operačnímu poli. Průběh operace záleží vždy na zkušenostech operátora. (Citterbart, 2008, s. 63) Některé výhody jsou společné s LAVH. Mezi další výhody vaginální hysterektomie patří v podstatě extraperitoneální vstup (nutný je jen malý peritoneální otvor), minimální manipulace se střevy a to, že se neprovádí břišní incize. Pokud operaci provádí zkušený operátor, není tolik časově náročná a tím dochází i k redukci nežádoucích

účinků anestezie. To souvisí s rychlejší rekonvalescencí pacientky. Nevýhodou vaginální hysterektomie je nemožnost revize dutiny břišní. Dále špatná dostupnost adnex v některých případech (např. u starších pacientek jsou ovaria těžko dosažitelná). (Holub, Kužel, 2005, s. 118)

Při abdominální hysterektomii se provádí otevření břišní dutiny neboli laparotomie. Operatérovi se zde nabízí téměř dokonalý pohled a přístup do operačního pole. Uplatnění laparotomie našlo svůj význam především při radikálních operacích. Nevýhodou břišního přístupu je obecně velká pooperační rána, narušená střevní peristaltika v důsledku oblenění střevních kliček při výkonu a v neposlední řadě vznik kýly v jizvě. Záleží ale také na typu řezu. Dolní střední laparotomie poskytuje dobrý přístup do malé pánve, snadné prodloužení řezu a tím zvětšení operačního pole. Je časově méně náročná a není zde tak velké krvácení z prořátých tkání. Nevýhodou je však výsledný kosmetický efekt a častější výskyt hernií v jizvě. Druhým typem je tzv. Pfannenstielův řez (příčný řez nad sponou stydkou). Pro ženu to znamená lepší kosmetický efekt a nižší výskyt hernií. Nevýhodná je vyšší časová náročnost a možnost většího krvácení. Volba typu řezu většinou záleží na urgentnosti a rozsahu operace. (Citterbart, 2008, s. 64)

1.5 Technika hysterektomií

1.5.1 Abdominální hysterektomie

Abdominální hysterektomie se dělí podle operačního postupu na extrafasciální a intrafasciální. Operace je prováděna v několika krocích. Nejprve se provádí uvolnění oblých vazů a úponů adnex. V případě adnexektomie se protíná infundibulopelvickej vaz. Dále se prostříhnou listy širokého vazů a vezikouterinní plika, čímž dojde k sesunutí močového měchýře a obnažení děložního hrdla. (Mára, Holub, 2009, s. 85) Nyní se může provést podvaz arteria uterina. Pokud se jedná o extrafasciální hysterektomii, provede se přerušeni sakrouterinních vazů v místě úponu. Po tomto kroku drží děloha v pánvi pouze na úponu pochvy. Posledním krokem je vyjmutí dělohy a sešití pochvy. K proniknutí do pochvy je nejlepší přístup přes zadní poševní klenbu. Zachytí se mezi přerušenými sakrouterinními vazy, prostříhne se a postupně se nůžkami odpreparuje od hrdla děložního. Po dezinfekci poševního pahýlu se provede sutura pochvy. Sešití se provádí extramukózním stehem. Řezné plochy jsou tak vchlípeny do pochvy a umožňují pozdější kolposkopické vyšetření. Jako prevence prolapsu pochvy v budoucnu se pochva zavěsí na sakrouterinní vazy při její sutuře. (Citterbart, 2001, s. 228)

Pokud se jedná o intrafasciální abdominální hysterektomii, je rozdíl ve způsobu uvolnění hrdla. Děložní hrdlo se uvolňuje z fascie až na poševní klenbu. Jako výhoda této metody se uvádí současná hemostáza, pokud je výkon prováděn elektrickým nožem. Druhou výhodou je, že se při tomto postupu zachová „pelota“ (tvořena ze tří vrstev – pochva, fascie, peritoneum) napodobující hrdlo děložní. To je bráno jako velké plus pro mladší ženy a vliv na jejich sexuální život. (Citterbart, 2008, s. 228)

Dokončení operace je stejné pro extrafasciální i intrafasciální hysterektomii. Proveďte se peritonealizace malé pánve. (Citterbart, 2001, s. 228) V dnešní době však není nutností uzavřít viscerální peritoneum. To se provádí hlavně v případech, kdy přispěje k dokonalé hemostáze. (Mára, Holub, 2009, s. 86)

1.5.2 Vaginální hysterektomie

Standardní vaginální hysterektomie je prováděna nejčastěji pro nefyziologické krvácení, myomatózní dělohu či prekancerózy endometria a cervixu. (Holub, Kužel, 2005, s. 126)

Nejprve se provede infiltrace vaginální části děložního hrdla vasopresickou látkou. Ta slouží jako vazokonstriktor a zároveň jako anestetikum, které snižuje bolest v časném pooperačním období. Cirkumcize se provádí nejčastěji ve tvaru kapky, kdy její hrot je u čísla šest. Tento řez umožňuje ošetření v Douglasově prostoru a také nezpůsobuje zkrácení pochvy. Následuje prostřížení cervikální fascie a nízká amputace hrdla (není nutno ji provádět u malé dělohy, ale zjednodušuje podvaz cév). Otevře se Douglasův prostor, provede se preparace močového měchýře a jeho vysunutí. Podvážou se sakrouterinní vazy, děložní tepny, oblý vaz a uteroovariální vazy při ponechání adnex. Dále je možno provést přední hemisekci, kdy se ozřejmí a zpřístupní děložní rohy a dokončí se extrakce dělohy. Peritonealizace není podmínkou. Adnexa se ponechávají volně v pánvi. Ligamenta teres uteri se fixují do poševního okraje. Dále se provede přední a zadní plastika poševní a pochva se zavěsí na sakrouterinní vazy, popř. na oblý vaz. Důležité je pečlivě ošetřit okraje pochvy, což slouží jako prevence krvácení. Do močového měchýře se zavede minikatétr, žena se rozmočí většinou první pooperační den. Výhodou minikatétru je také snadné monitorování množství reziduální moče. (Holub, Kužel, 2005, s. 126, 127; Mára, Holub, 2009, s. 89; Citterbart, 2001, s. 226)

1.5.3 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie – LAVH

Při LAVH se nabízí dva typy operace. Jedním je superiorní LAVH, kdy je pro protěti děložních tepen a poševní klenby využit poševní přístup. U inferiorního typu LAVH se

tyto výkony provádí v laparoskopické části. Operační technika LAVH se dělí do pěti základních fází. (Holub, Kužel, 2005, s. 107)

V první fázi je pacientka uložena do správné polohy. Po přípravě operačního pole se zavádí do dělohy manipulátor, který umožňuje pohybovat dělohou dle potřeby operátora. Dále se podá intracervikálně vasokonstriční látka, která snižuje prokrvení operačního pole a tím i usnadňuje orientaci v anatomických vrstvách. (Holub, Kužel, 2005, s. 107)

Ve druhé fázi se zavádí pneumoperitoneum. Poté se v oblasti pupku zavede teleskopický port. Další dva porty pro nástroje se zavádí suprapubicky a laterálně se snahou neporanit epigastrické cévy. V případě potřeby je možné zavést ještě čtvrtý trokar. (Holub, Kužel, 2005, s. 107)

Úvodem do třetí fáze je zhlédnutí břišní dutiny a orgánů malé pánve. Následuje protěti infundibulopelvickeho ligamenta po zajištění hemostázy, dále se protne ligamentum rotundum a sesune se močový měchýř po přetnutí vezikouterinní pliky. Uzavřou se děložní cévy. To je možno provést koagulací či stehem. Protne se přední či zadní poševní stěna a oddělí se sakrouterinní vazy. (Holub, Kužel, 2005, s. 108)

Ve čtvrté fázi se přechází k poševnímu přístupu. Aplikuje se vazokonstriční roztok (nebyl-li podán v první fázi operace). Provádí se cirkulární incize pochvy, pokud nebyla kolpotomie provedena již v předchozí fázi. Dále se postupuje jako při klasické vaginální hysterektomii (viz výše). (Holub, Kužel, 2005, s. 109)

Závěrečná, tedy pátá fáze slouží pro kontrolu operačního pole ve videoinspekci. Pokud pacientka nekrvácí, vyndají se operační porty a provede se sutura břišních incizí. (Holub, Kužel, 2005, s. 109)

Pro provedení LAVH je nezbytná znalost vaginální morselační techniky. Jedná se o zmenšovaci operaci, bez které by mnohdy hysterektomie nešla provést. Uplatnění této techniky je nejčastěji používáno u pacientek s větší myomatózní dělohou. (Mára, Holub, 2009, s. 90, 91)

1.5.4 Radikální hysterektomie

Hysterectomia radicalis secundum Wertheim, neboli radikální hysterektomie dle Wertheima. Při tomto zákroku se kromě samotné dělohy odstraňuje zároveň horní třetina pochvy, parametriální a paravaginální vazivo a také regionální lymfatické uzliny. (Roztočil, 2011, s. 402) Indikací k této operaci jsou nejčastěji zhoubné nádory děložního hrdla. (Kudela, 2004, s. 92) Laparotomii je možné rozšířit až nad pupek pro ozřejnění celé pánve a lepší přehlednost operačního pole. Provádí se obnažení velkých cév, okolo kterých

se nachází mizní uzliny, které musí být odstraněny. Do operačního pole bývají většinou zavedeny Redonovy drény. (Duda, 2000, s. 294)

1.6 Vliv a dopad hysterektomie na život ženy

Po odstranění dělohy se stává žena trvale neplodná a mizí i pravidelná měsíční menstruace. Pokud byla současně s hysterektomií provedena adnexektomie, podává se hormonální substituční terapie. Po odstranění vaječníků mohou ženy pociťovat podobné potíže jako při nástupu klimakteria (pocení, návaly horka, poruchy spánku, bolesti hlavy, změny nálady). Hormony mohou být podávány ve formě tablet či náplastí.

Zejména po vaginální hysterektomii a LAVH by měla žena dbát na zvýšenou hygienu v oblasti genitálu alespoň po dobu čtyř týdnů. Vyvarovat by se měla koupelí ve vaně, v bazénu apod. Žena by měla přibližně osm až dvanáct týdnů po operaci dodržovat klidový režim a nezvedat těžká břemena. To slouží mimo jiné jako prevence sestupu pochvy v pozdější době. Pohlavní styk může být obnoven po čtyřech až šesti týdnech. Pracovní neschopnost ukončuje lékař po kontrole pacientky. U radikální hysterektomie bývá doba pracovní neschopnosti delší než u ostatních typů hysterektomií. (Říčanek, 2013)

2 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Předoperační příprava se skládá z několika na sebe navazujících kroků. Pokud se nejedná o akutní operační výkon, kdy se provádí jen nezbytně nutné úkony k tomu, aby bylo možné operovat. U plánované operace připravujeme pacientku po tělesné a po psychické stránce.

Somatickou předoperační přípravu lze obecně rozdělit na dlouhodobou (14 dní před plánovanou operací), kam zahrnujeme všechna předoperační vyšetření. Dále krátkodobou, tedy 24 hodin před operací, a bezprostřední, která se provádí dvě hodiny před zákrokem.

2.1 Předoperační vyšetření

Před každou operací je potřeba pacientku vyšetřit a tím zjistit, zda je schopná podstoupit zákrok bez rizika komplikací spojených s jejím zdravotním stavem a s anestézií. Tato vyšetření by měl indikovat obvodní gynekolog pacientky. Do nemocnice je žena přijata den před plánovanou operací. Zde jsou výsledky vyšetření znovu kontrolovány přijímajícím lékařem a anesteziologem, který stanoví stupeň operačního rizika a naordinuje pacientce premedikaci. (Roztočil, 2011, s. 398)

Pacientkám se odebírá podrobná anamnéza a provádí se fyzikální vyšetření. Zkontrolují se laboratorní, biochemické, hematologické a hemokoagulační výsledky, vyšetření moči a močového sedimentu. Laboratorní vyšetření krve by nemělo být starší než deset dní. Součástí vyšetření je také EKG a onkocytologie děložního hrdla. Jako další se provádí například rentgen srdce a plic u pacientek s kardiorespiračním onemocněním, pokud jsou starší než 60 let, u kuřáček nebo pokud se u nich vyskytují malignity, které mohou metastazovat do plic (např. karcinomy vaječníků). Magnetická rezonance je vyžadována u žen s karcinomem děložního hrdla, kdy se zjistí, zda nedochází k jeho prorůstání do děložních vazů – zobrazuje lépe detaily v měkkých tkáních. (Rokyta, 2014) Výpočetní tomografie slouží k upřesnění nálezu v oblasti adnex a v retroperitoneální oblasti. (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2011, s. 916) Rentgen by neměl být starší než šest měsíců. Dále se můžeme setkat i s vylučovací urografií při onemocnění ledvin a při podezření prorůstání tumoru do odvodných cest močových, především do močového měchýře. Pokud se jedná o tumory v malé pánvi, provádí se vždy abdominální i vaginální ultrazvukové vyšetření. V případě starších a rizikových pacientek je předoperační hospitalizace delší kvůli vyšetření respiračních a oběhových funkcí. Termín operace je stanoven po kompletním přešetření pacientky. (Citterbart, 2008, s. 62)

2.2 Somatická příprava

Pro dobrý průběh operačního výkonu se lékař snaží co nejvíce zoptimalizovat případné přidružené choroby pacientky. Jedná se o vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, záněty žil, obezitu, přeléčení močových a vaginálních zánětů. (Roztočil, 2011, s. 398; Slezáková, 2011, s. 33)

Pacientka je zařazena do operačního programu a k hospitalizaci je přijata nejpozději 24 hodin před výkonem. (Sestra, 2014, s. 38) Základem přípravy je změna stravy. Pacientka dostane den před operací jen lehčí stravu. Pak je poučena, že musí být od půlnoci lačná, tedy že nesmí nic jíst ani pít, nesmí kouřit a žvýkat. Na noc je pacientce podána prepremedikace v podobě sedativ na uklidnění, pro lepší spánek a pro snížení obav z operace. (Kudela, 2004, s. 89) Příprava operačního pole zahrnuje oholení, dezinfekci příslušné operační oblasti a celkovou hygienu ve sprše za použití speciálních dezinfekčních gelů. Pro abdominální operaci je oholen podbřišek a hrma, pro vaginální je to vulva a perineum. Vyprázdnění střev se provádí den před operací. Jsou k tomu využívány preparáty jako MgSO₄, Fortrans, Yal, popř. očistné klyzma. Nejeftivnějším preparátem je Fortrans. MgSO₄ a Yal jsou jako prázdňení pro hysterektomii nedostatečné a používají se spíše pro podporu střevní peristaltiky po operaci, pokud se pacientka spontánně nevyprázdní do třetího dne. Očistné klyzma je doporučováno u laparoskopických výkonů. (Citterbart, 2008, s. 62) Prevence tromboembolické nemoci (TEN) je zajištěna podáním nízkomolekulárních heparinů, bandážemi nebo kompresivními punčochami na dolní končetiny a včasnou mobilizací pacientky po operaci. Návčik fyzioterapie a rehabilitace by měl být s pacientkou probrán a vyzkoušen již před operací. Antibiotická profylaxe v podobě širokospektrých antibiotik se podává preoperačně jako prevence pooperačního zánětu a s ním související prodloužené hospitalizace. Premedikace se aplikuje asi půl hodiny před výkonem na výzvu z operačního sálu, jedná se nejčastěji o opiáty. Zavedení močového katétru se provádí dle zvyklosti zdravotnického zařízení buď na oddělení, nebo až na operačním sále po dezinfekci. (Roztočil, 2011, s. 398; Kudela, 2004, s. 89; Slezáková, 2011, s. 33; Krška, 2011, s. 195)

2.3 Psychologická příprava

Tato část předoperační přípravy by neměla být v žádném případě podceňována. To, jak se bude žena cítit po psychické stránce, se týká širokého okruhu ošetřujícího personálu, se kterým přijde pacientka do kontaktu. Všichni by měli k ženě přistupovat tak, aby u ní nevyvolávali zbytečný strach a aby ji co možná nejvíce uklidnili. Úlohou lékaře je

informovat o průběhu operace, komplikacích, pooperační léčbě a o prognóze. Informace, které podává porodní asistentka, se týkají nejčastěji tlumení bolesti, hygieny, péče o pooperační ránu, rehabilitace, vedlejších účinků anestezie, vyprazdňování, výživy apod. (Roztočil, 2011, s. 399; Slezáková, 2011, s. 33) Porodní asistentka by však neměla sloužit jen jako informátor a edukátor, ale především by měla umět poskytnout ženě oporu. Toho lze docílit již od začátku empatickým přístupem, otevřeností, upřímností a vlídností.

Mezi nejčastější obavy patientek patří strach z předčasné menopauzy, ze ztráty ženské přitažlivosti či z negativního vlivu operace na jejich sexuální život. Zohledněna by měla být i individualita patientek. Zvýšený stres se může projevovat u velmi mladých nebo naopak starších patientek či u žen, které jsou hospitalizovány poprvé. (Roztočil, 2011, s. 399; Slezáková, 2011, s. 33) Eliminaci strachu by tedy měla být věnována nemalá péče jako prevence psychických problémů v pooperačním období. (Sestra, 2014, s. 38)

Je důležité pacientce vysvětlit trpělivě a opakovaně možnosti chirurgické i alternativní terapie. To, jak bude operace probíhat a jaké jsou možné komplikace a pooperační změny. Ty se mohou týkat sexuálního života, menstruace, fertility. Žena by měla mít dostatečný časový prostor pro rozhodnutí o léčbě. Informace mohou být podány i rodině či blízkým, pokud si to bude pacientka přát.

„Základem pro rozhovor s pacientem je empatie, úcta a nefalšovaná pravdivost toho, kdo s nemocným hovoří. Je vhodné, jsou-li informace poskytovány nikoliv těsně před výkonem, ale v dostatečném časovém předstihu, tak aby se nemocný mohl dostatečně „vnitřně připravit“. Existuje předpoklad, že na co se člověk subjektivně připraví, to také lépe snáší.“ (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012, s. 66)

Aby byla informovanost pacientky co nejefektivnější, je vhodné podávat informace ústně a zároveň v podobě brožur či letáků. Když má pacientka více informací z odborného zdroje, ví, na co se má připravit, co má očekávat, a je klidnější. (Sestra, 2014, s. 38)

Pozornost by měla být věnována i pooperačnímu období. Je vhodné, aby byla pacientka ideálně první pooperační den informována o průběhu a rozsahu provedené operace. Popřípadě o komplikacích, prognóze a délce hospitalizace.

To, jak bude psychologická příprava probíhat, záleží na stáří a intelektové schopnosti pacientky. Způsob, jakým sdělujeme informace, by měl být zcela profesionální. Ošetřující personál by měl dbát na správnou verbální i neverbální komunikaci a také na první dojem či řeč těla. (Roztočil, 2011, s. 399; Citterbart, 2008, s. 62; Wendsche a kol., 2012, s. 66, 67)

V případě, že chybí odborná pomoc zdravotníků a jejich empatický přístup, reaguje na to organismus člověka somatickou reakcí. Dochází ke zrychlení srdeční činnosti, zvýšení

krevního tlaku či nadměrnému pocení a studené kůži. Tyto reakce organismu zhoršují tělesný stav pacientky. Dojít může i k poruchám chování a myšlení. Pacientka je plačtivá, roztěkaná, může být až agresivní, podezřívavá, nedůvěřivá či nekomunikativní. Vhodnou intervencí v takovémto případě je dát pacientovi dostatek času na srovnání se se situací a znovu objasňovat nejasnosti v souvislosti s chirurgickým zákrokem. (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012, s. 67)

2.4 Anestezie

Druh anestézie se volí podle povahy operace. Záleží na délce operace, na lokalizaci operovaného orgánu, způsobu přístupu a na tom, jak jsou tkáně citlivé na bolest. V gynekologii se užívá infiltrační, regionální spinální, epidurální a celková anestézie. Pro hysterektomii se vzhledem k jejím kritériím volí celková anestézie. (Roztočil, 2011, s. 399)

Jelikož se hysterektomie řadí k déle trvajícím operacím, provádí se inhalační anestézie. V úvodu narkózy jsou aplikována krátkodobá myorelaxancia kvůli provedení endotracheální intubace. Dále se pak inhaluje směs kyslíku a oxidu dusného spolu s nitrožilním podáváním středně nebo dlouhodobě působících relaxancií. Analgézie (zabránění vnímání bolesti) je zajištěna podáváním opioidů. Tato anestézie je pro nemocnou šetrná. Pacientka se probouzí a rychle nabývá vědomí. Pokud má výbavné reflexy, předává se na dospávací pokoj. (Citterbart, 2008, s. 217)

Laparoskopické výkony jsou specifickou skupinou pro celkovou anestézií. Anesteziolog by se měl v tomto případě zabývat zvýšeným intraabdominálním tlakem a rozpětím peritoneální dutiny, absorpcí oxidu uhličitého, vlivem Trendelenburgovy polohy, sníženou vitální kapacitou plic, možností útlaku dolní duté žíly. Na základě tohoto výčtu je upřednostňována celková anestézie s endotracheální intubací a s prohloubenou ventilací. (Citterbart, 2008, s. 218)

3 POOPERAČNÍ PÉČE

3.1 Ošetrovatelská péče o ženu po hysterektomii

Bezprostředně po operaci je pacientka probuzena z anestézie. Pokud jsou stabilizovány její životní funkce (pacientka spontánně dýchá, má výbavné reflexy a nejsou u ní známky výrazných cirkulačních výkyvů), je převezena na JIP, někde se používá také termín „dospávací pokoj“. Zde by měla být porodní asistentka specializovaná na resuscitační a intenzivní péči. Pooperační péče je zde zaměřena na tlumení bolesti podáváním analgetik. Účinné tlumení bolesti, ticho a šetrné zacházení je součástí protišokových opatření. Dále jsou monitorovány vitální funkce – krevní tlak, pulz, dech, kyslíková saturace, diuréza. Kontroluje se prokrvení spojivek, sliznic, kůže a akrálních částí. Sleduje se krvácení z rodidel, z operační rány, z drénů a všímáme si známek vnitřního krvácení. Zaznamenává se příjem a výdej tekutin a obnovení střevní peristaltiky, to by mělo nastat maximálně do 48 hodin po operaci. Pečuje se o vyprazdňování močového měchýře, ať už je zaveden permanentní močový katétr či epicystostomie. Důraz je kladen na zvýšenou hygienu genitálu. Zprvu v podobě oplachů a výměny vložek, po mobilizaci sprchováním po každém vyprázdnění. Dále se dbá na prevenci TEN, anémie, podchlazení a dekubitů. Podporuje se stálost vnitřního prostředí pomocí infuzní terapie a kontroluje se laboratorními vyšetřeními. Pečuje se o spánek. Aktivizace a mobilizace pacientky by měla začínat již na lůžku. Pomáhá už jen to, že se pacientka sama napije ze skleničky – žena je tak nenásilně donucena k pohybu. Odstranění drénů se odvíjí od množství a charakteru sekrece, kterou odvádějí. Foleyův katétr se odstraňuje většinou po plné mobilizaci, která by měla proběhnout do 24 hodin po operaci. Stehy po laparotomii se vyndávají pátý až devátý den podle toho, jestli byl proveden podélný nebo suprapubický řez. Po laparoskopickém výkonu to je třetí den.

V hojné míře by měla být zastoupena také péče o psychiku pacientky. Ženy po hysterektomii mohou pociťovat pocity viny či pocity ztráty „ženství“. Mohou se obávat snížení sexuální reaktivity a tím ztráty partnerova zájmu. V ojedinělých případech se může pacientčin stav vystupňovat až v posthysterektomický syndrom. (Citterbart, 2008, s. 66; Roztočil, 2011, s. 399; Slezáková, 2011, s. 33, 34; Wendsche, 2012, s. 76, Jirásek, 2005, s. 183) Zde opět nastává úloha porodní asistentky, jakožto nejbližší osoby pro pacientku, která může potřebovat hovořit s někým, kdo se setkává s obdobnými problémy a starostmi.

3.2 Práce s bolestí

„Bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie.“ (Křivohlavý, 2002, s. 80) Proto je velmi důležité, věnovat bolesti dostatečnou pozornost. Bolest lze měřit pomocí fyziologických metod – např. měření evokovaných potenciálů, napětí svalů, zjišťováním autonomní nervové činnosti. Nebo lze použít psychologické metody, kde se hodnotí chování pacienta pozorováním či popisuje pacient bolest sám pomocí hodnotících škál, dotazníků, standardizovaných psychologických testů apod. (Křivohlavý, 2002, s. 86)

U žen po hysterektomii se setkáváme s akutní bolestí, která trvá v rámci dní až týdnů. Pro účelnou terapii bolesti je nutné zhodnotit několik oblastí. Pro zhodnocení kvantity bolesti se užívá vizuální analogová škála. Na ose od jedné do desíti uvádí pacient intenzitu bolesti, kterou pociťuje. Obtížnější je hodnocení kvality za použití jedenácti senzoričkových a čtyř emocionálních deskriptorů. Dále je bolest lokalizována a časově vymezena většinou verbalizací pacienta. V poslední řadě napomáhá k výběru léčby bolesti podrobná anamnéza pacientky, která v tomto odvětví slouží ke vhodnému výběru metod a postupů pro tlumení bolesti. (Roztočil, 2011, s. 388, 389)

3.3 Pooperační fyzioterapie

Součástí každé předoperační přípravy by měl být nácvik pooperačního režimu. Ten slouží jako prevence vzniku pooperačních komplikací. Pozornost by měla být věnována hlavně odkašlávání, dechovým cvičením, otáčení, vstávání, uléhání apod. Pro pacientku to pak znamená zlepšení plicní ventilace, krevního oběhu a střevní peristaltiky a vyšší komfort po stránce pociťování menší bolesti. Pravidlo pro úspěšnou a efektivní rehabilitaci je začít s ní co nejdříve po výkonu. To znamená ihned, jak je to možné vzhledem ke zdravotnímu stavu pacientky. (Roztočil, 2011, s. 430)

Fyzioterapie je zaměřena na několik oblastí, které pacientku ohrožují v pooperačním období nejvíce. Patří mezi ně tromboembolická nemoc, podráždění dýchacích cest a odkašlávání, se kterým souvisí bolest v operační ráně. (Roztočil, 2011, s. 430)

Pro stimulaci krevního oběhu začínáme cvičením malých kloubů dolních končetin pomocí izometrických cviků, kdy se nemění délka svalu, ale pouze jeho napětí. Cvičení se opakuje vždy pár minut přibližně po dvou hodinách. Postupně se přidává cvičení ve velkých kloubech, a to jak na dolních tak i horních končetinách. Důležitou roli v rehabilitaci zaujímá časně vstávání z lůžka, které se provádí většinou druhý pooperační den. Dále je nutno uvolnit dýchací cesty odkašláváním a zahájit dechová cvičení. To

napomáhá úplnému vyprcháání anestézie z organismu a lepšímu prokrvení orgánů. Při odkašlávání je potřeba zmírnit bolest v operační ráně, čehož se docílí fixací břišní stěny rukama.

To, jak se bude pacientka po operaci cítit, je ve velké míře závislé na jejím psychickém stavu, kde je potřeba aplikovat fyzioterapii z psychologické stránky. Pomůžeme tak zmírnit pocity nejistoty a strachu z navrácení se do původního rytmu života, ať už se jedná o partnerství nebo pracovní život. Pomoc spočívá v rozvoji energie pacientky a v její aktivizaci, v podpoře kladných pocitů, ve zvyšování sebedůvěry a sebejistoty. V odpoutání ženy od nadměrného pozorování sebe sama. V motivování ženy k uzdravení a v nabízení optimistického pohledu do budoucnosti. K lepšímu psychickému stavu pomáhá ve velké míře také celkový fyzický stav a kondice. K tomu přispějeme cílenými cviky se zaměřením na pánevní dno a na svaly, které byly oslabeny, tedy především svalstvo břišní stěny. (Roztočil, 2011, s. 430)

3.3.1 Podpora pánevní statiky

Posilování svalů pánevního dna by mělo být praktikováno hlavně jako preventivní metoda, kdy má největší úspěch. Cvičení a posilování pánevního dna je vhodné praktikovat celý život. Nejznámější metodou jsou tzv. Kegelovy cviky. Jejich užití je nejčastější pro úpravu anatomických odchylek po těhotenství či pro posílení svalstva v souvislosti se stárnutím. Jejich uplatnění však nacházíme i v souvislosti s hysterektomií či poševními plastikami. Je zde menší riziko prolapsu pochvy a močových inkontinencí. Cvičení se provádí ve čtyřech krocích. Jako první je fáze vizualizace. Žena by si měla představit své pánevní dno, nejlépe by si měla prohlédnout svůj zevní genitál pomocí zrcátka. Druhým krokem je relaxace. Žena se položí na záda, může si vypočítat kolena dekou, uvolní se a soustředí se na svaly pánevního dna. Ve třetí fázi, fázi izolace, se provádí oddělený stah konečníku, pochvy a močové trubice. Jde jen o nácvik. Vlastní posilování přichází ve čtvrté fázi. Délka stahu by měla být od jedné do sedmi sekund. Opakování stahů se pohybuje od osmdesáti do tří set stahů za den. Při zvládnutí cviků vleže je možno volit i jiné polohy (vsedě, vestoje, vkleče apod.). (Roztočil, 2011, s. 429) Fyzioterapeutka Renata Skalová pojmenovala posilování pánevního dna jako Metoda 3x3. Zahrnuje zde tři roviny (rovina fyzického těla, psychosomatická a energetická rovina) a tři patra těla (vlastní pánev, oblast krku a chodidlo). Cvičení je zaměřeno na ženu jako na celistvou bytost. Základem je znalost anatomie a fyziologie pánevního dna a jeho používání v běžném životě. Na to navazuje psychosomatická část, která pohlíží na pánevní dno ženy

jako na zdroj vitality, chuti do života či jako zdroj úzkosti a studu. Jedná se o snahu vypátrat to, jak reaguje pánevní dno na emoční rozpoložení. Energetická rovina se pak zaměřuje na cvičení jógy, tantry, tao techniky apod. Tyto východní techniky kladou důraz na pánevní dno jako na část těla, pomocí které žena čerpá do svého těla energii. Pro to, aby svaly pánevního dna pracovaly tak jak mají, je důležité na ně pohlížet jako na součást celku, tedy těla. Tomu napomáhá dobrý stav oblasti krku a chodidla. (Skálová, 2013)

Tyto cviky je možno doplnit používáním erotických pomůcek jako jsou například Venušiny kuličky či vibrátory. Výběr těchto pomůcek není náhodný. Venušiny kuličky by měly být ve tvaru koulí, které jsou spojeny volným mostkem. Důležitý je také výběr vhodné barvy a materiálu. Volba materiálu souvisí nejen s prožitkem, ale také s následnými hygienickými opatřeními. V případě, že si žena zvolí vibrátor, měla by ho využívat bez vibrací. Silné vibrace znecitlivují jemnou ženskou oblast. Pomáhají uvědomit si svaly pánevního dna. Ne vždy se musí jednat o posilování pánevního dna. Tyto pomůcky pomáhají také uvolnit spasmy. Výhodou jejich užití je také relaxace, dostupnost, nehrozí zde otěhotnění ani přenos pohlavních chorob. Před jejich doporučením by ale měl být porodní asistence znám vztah pacientky k sexu a sexuálním aktivitám. Ne pro každou ženu může být tento způsob terapie přijatelný a vhodný. (Roztočil, 2011, s. 429, 430)

3.4 Edukace ženy

Na správné poučení ženy dbáme v průběhu hospitalizace i při jejím propuštění. Výhodou by bylo poskytnout ženám stručný soupis správné životosprávy a informace o následné léčbě v písemné podobě. Při edukaci by se měla porodní asistentka zaměřit na tělesný a psychický klid, na hygienu (nekoupat, pouze sprchovat), na péči o operační ránu a o stolicí. Vysvětlit, jak předcházet vzniku infekce a jak rehabilitovat. Žena by měla přijímat dostatečné množství živin, vitamínů a tekutin. Měla by se chránit před prochladnutím. Obnova sexuálního života je ideální po šesti týdnech. (Slezáková, 2011, s. 34)

Důležitou úlohou porodní asistentky je znát problematiku sexuálního života po hysterektomii, ale nejen ji znát, nýbrž také umět o ní s pacientkou mluvit. Dotazy žen často směřují ke kvalitě sexuálního života po odstranění dělohy. Ptají se například, zda je bez dělohy možné prožít orgasmus stejně jako před operací. Kdo jiný by o tomto problému měl se ženou mluvit, než porodní asistentka. Pacientka by měla být poučena o hygienických návycích pohlavního života, o případné hormonální substituční terapii a o nástupu klimakteria. (Slezáková, 2011, s. 34)

Informace o následné terapii jsou pacientce poskytnuty lékařem. Jedná se o kontrolu u obvodního gynekologa, o pracovní neschopnost, lázeňskou léčbu, popřípadě další onkologickou terapii. Zde je potřeba maximální empatie a citlivého přístupu. Žena musí mít dostatek prostoru pro dotazy, potřebuje vědět kam, kdy a na koho se má ohledně další léčby obrátit. (Slezáková, 2011, s. 34)

4 PSYCHICKÁ STRÁNKA ŽENY

Uplatnění psychologie v gynekologické oblasti úzce souvisí s biologickým, psychickým a sociálním vývojem dívky či ženy, s její identifikací se ženskou rolí. Během této role by si měla žena osvojit a plnit role sociální, které se ženstvím souvisejí. Proto by měla komplexní péče o ženu zahrnovat jak péči o somatický, tak i psychický stav se zohledněním sociálního prostředí, ve kterém se žena nachází. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 98) Ať už si to zdravotníci připouštějí nebo ne, gynekologie je specifickým oborem, kde by měl být kladen důraz na ženu jako na citově a emočně vybavenou osobu. Gynekologická péče je poskytována mnoha gynekology – muži. Ale ti si mohou jen obtížně představit, jak je ženské chování a prožívání ovlivněno hormony. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2004, s. 110) Jejich péče je zaměřena spíše technicky a prakticky. Zde by měla zafungovat porodní asistentka jako poskytovatelka jak odborné péče, tak i empatického a chápavého přístupu. Jako někdo, kdo chápe, že *„žena nemá jen genitál, ale má i duši.“* (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2004, s. 110)

Základním kamenem je vytvořit si pozitivní vztah s pacientkou, který bude založený na důvěře. Ženu na zákrok připravujeme včas a snažíme se snížit její strach a úzkost pomocí ohleduplného, taktního a odborného jednání. Poskytujeme dostatek informací během celého perioperačního období. Umožňujeme pacientkám pravidelný kontakt s blízkými osobami. Pomáháme ženě identifikovat se s ženskou rolí a vytváříme jí podmínky pro osvojení a plnění rolí, které s ženstvím souvisejí. Znalost psychosociální anamnézy umožňuje porodní asistentce vytipovat ženy, které potřebují zvýšenou psychologickou pomoc. Pomoc při zvyšování sebevědomí a zlepšení sebehodnocení. Tato pomoc je po hysterektomii obzvláště důležitá. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 98)

4.1 Komunikace s pacientkou

Dobré komunikační dovednosti přispívají ke kvalitnímu kontaktu s pacientem. Verbální komunikační dovednosti slouží převážně pro sdělování informací. Důležitou roli v gynekologii hraje ale především nonverbální komunikace (naslouchání, empatie). To nám pomáhá pacienta poznat a na základě toho je možné reagovat verbálně. *„Základem komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je hluboký lidský postoj k druhému člověku.“* (Beran, 2010, s. 52)

Nasloucháním bychom měli rozumět tomu, co pacientka říká, jak to říká, jak se u toho projevuje, tedy vnímat jí aktivně. Respektovat ji ve smyslu podílení se na její situaci. Jen

tak je možné poznat opravdový význam pacientova sdělení a získat si důvěru, která je nepostradatelnou součástí vztahu mezi pacientkou a zdravotníkem. (Beran, 2010, s. 52, 53)

Empatie neboli vcítění se do stavu druhého člověka vede k rozpoznání jeho nálady a prožívání. Emocionální složka empatie koresponduje se složkou kognitivní a umožňuje zdravotníkovi dostat se do stejného emočního rozpoložení a přemýšlet o něm. „*Psychoterapeut se musí na osobnost pacienta naladit, aby prožitkově alespoň na několik okamžiků byl sám tím konkrétním pacientem, se kterým se právě setkává.*“ (Beran, 2010, s. 54)

Tyto dvě základní komunikační dovednosti bychom měli doplňovat projevem porozumění, které pacientku motivuje k další spolupráci se zdravotníkem. Toho docílíme přitakáním, zopakováním několika posledních slov, shrnutím, konfrontací, zdůrazněním apod. Také zájem, podpora a mlčení přispívá k prohloubení vztahu s pacientkou. Světová zdravotnická organizace zdůrazňuje, že základní profesionální charakteristikou zdravotníků je umění naslouchat pacientovi a umožnit mu vyjádřit své potíže a problémy. Na druhém místě klade důraz na umění navazovat kontakt s nemocným, komunikovat s ním. Až na třetím místě jsou požadovány dokonalé profesní odborné znalosti. (Čechová, Mellanová, Rozspalová, 2004, s. 66)

4.2 Posthysterektomický syndrom

Tento syndrom se může objevit u skupiny žen, které byly primárně depresivnější. Tato reakce na odstranění dělohy souvisí s obavami ze snížení sexuální reaktivity a ztráty zájmu partnera, s pocity viny ze ztráty ženství a neschopností porodit dítě v reprodukčním období. U posthysterektomického syndromu je uváděna podobnost s klimakterickým syndromem. Ženy jsou unavené, depresivní, trpí bolestmi hlavy, návaly horka, závratěmi, poruchami spánku či mají močové obtíže. Jako předcházení těmto stavům slouží informovanost pacientky před výkonem. Poučení o pooperačním průběhu, o možných tělesných i psychických následcích a o vlivu na pohlavní život. (Slezáková, 2011, s. 34, Barešová, 2005)

4.3 Pomoc v náročné životní situaci

Onemocnění a jeho terapie představuje pro nemocného náročnou životní situaci. To, do jaké míry ovlivní onemocnění psychiku pacientky, záleží na osobnostních vlastnostech, úrovni zdravotního uvědomění a postoji ke zdraví, sociální podpoře rodiny, či na charakteru onemocnění. (Sestra, 2014, s. 39)

K tomu, abychom mohli zaujmout co nejvhodnější postoj ke stavu pacientky, je nutno zkoumat to, jak se pacientka s nemocí vyrovnává, ale také to, k jakým psychickým změnám u ní dochází. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 59) Zvládání těžké životní situace by se dalo rozdělit do třech základních skupin. V první řadě jde o vymezení problému. Na základě naslouchání, zájmu a porozumění se můžeme dozvědět konkrétní obavy či problém. Ve druhé fázi se snažíme problému porozumět. Uspořádat si informace, které jsme se dozvěděli a na základě interakce s pacientem se ujistit, že je chápeme správně. Pak si stanovíme cíl, ke kterému bychom chtěli dospět. V poslední řadě se snažíme najít nějaké optimální řešení, které se snažíme zrealizovat. To by se mělo odvíjet od cíle, který jsme si stanovili ve druhé fázi. (Beran, 2010, s. 99, 100) Cíle pro zvládání těžkých životních situací mohou být například: budovat pocit bezpečí, zachovat si na sebe pozitivní pohled, udržet si emocionální klid, zlepšit podmínky, při kterých je možné se zregenerovat po špatném zážitku či neizolovat se od společnosti. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 60) To, že se problémem budeme zabývat takto do hloubky, může přispět k tomu, že si pacientka uvědomí různé souvislosti či skutečnosti, které jí pomohou se se situací lépe vyrovnat.

PRAKTICKÁ ČÁST

Formulace problému

Každá operace je veliký zásah do života jedince, ani gynekologické operace nejsou výjimkou. Jelikož je nespočet druhů gynekologických operací, rozhodla jsem se, že se zaměřím na hysterektomii neboli chirurgické odstranění dělohy.

Vzhledem k tomu, že děloha je pro ženu mnohdy chápána jako „symbol ženství“, může být proces vyrovnání se s touto operací ztížený. S tím souvisí i reakce ženy na stanovenou diagnózu a chirurgickou terapii. Proto je důležité si uvědomit, že takové pacientky existují, neodsuzovat je za to a snažit se jim poskytnout takovou péči, která povede ke zdárnému vyřešení problému. To, jak žena zákrok přijme, záleží na mnoha faktorech. Jeden z hlavních faktorů je, dle mého názoru, věk ženy a to, jestli už má děti. Aktuálnost tohoto tématu vidím v tom, že se tato operace netýká jen žen v období menopauzy, ale i žen ve fertilním věku. A pokud chci jako porodní asistentka poskytovat komplexní péči těmto ženám, je potřeba neopomíjet tyto faktory a zaměřit se také na psychickou stránku ženy jakožto na prvek, který ovlivňuje fyzický stav. A dále na emocionální stránku ženy, která působí na celkovou pohodu ženy a ovlivňuje stránku psychickou. Proto se tedy ptám: „Jaké je emocionální a psychické prožívání žen, které podstoupily hysterektomii?“

Cíl

- ❖ Analyzovat pocity žen, kterým byla provedena hysterektomie.

Dílčí cíle

- ❖ Porovnat rozdílnost pocitů dvou žen, které podstoupily hysterektomii a mají různý názor na odstranění dělohy.
- ❖ Popsat odlišnost potřeb dvou žen s rozdílným pohledem na hysterektomii.
- ❖ Identifikovat rozdíl v emočním prožívání žen před hysterektomií a po hysterektomii.
- ❖ Navrhnout desatero rad pro porodní asistentky pracující na pooperačním oddělení, jak pečovat o ženu po hysterektomii jako o bio-psycho-sociální a spirituální osobu.

Operacionalizace pojmů

- ❖ Hysterektomie = chirurgické odstranění dělohy.

Průzkumné otázky

1. V čem se liší vnímání symbolu ženství u žen s různým pohledem na hysterektomii?
2. Souvisí vnímání dělohy jako symbolu ženství s emocionální stránkou respondentek?
3. Lišilo se prožívání žen po sdělení diagnózy?
4. Jakou pomoc nebo podporu by ženy ocenily v této náročné životní situaci?
5. Změnilo se nějak emocionální prožívání ženy po hysterektomii?

Druh průzkumu a výběr metodiky

Ke zpracování mé práce jsem si vybrala kvalitativní průzkum. A to zejména proto, že se chci zabývat pocity žen. Pomocí rozhovoru se dvěma pacientkami bych se chtěla seznámit více do hloubky s tím, co prožívají po sdělení diagnózy, během přípravy na operaci, bezprostředně po operaci a po operaci s odstupem alespoň dvou měsíců. Chtěla bych zjistit, jak se promítá hysterektomie na ženě po emoční a psychické stránce. Vzhledem k individualitě pacientek vidím tento druh výzkumu jako nejefektivnější, protože jde do hloubky. Získané informace by pak měly posloužit jako základní vodítko pro komplexní práci s těmito ženami.

Metoda

Metodou výzkumu byla případová studie pomocí hloubkového rozhovoru a vlastní ošetrovatelské péče o dvě ženy před a po hysterektomii. Vše by mělo být v souladu s holistickým přístupem, kde se neobejde fyzická stránka bez psychické a naopak. Na základě této péče srovnávám odlišné pocity a potřeby žen.

Výběr případu

Výběr případu je záměrný. Kritérii výzkumu jsou dvě respondentky s indikací k hysterektomii se srovnatelnou diagnózou, rozsahem onemocnění, prognózou a pooperačním průběhem. Každá žena má odlišný pohled na hysterektomii a na dělohu jako takovou. Obě kazuistiky jsou se ženami ve fertilním období. První kazuistika je s pacientkou, pro kterou odstranění dělohy nepředstavuje žádný velký problém a podstupuje ji bez větších výhrad. Pro hysterektomii se rozhodla na základě jejího zdravotního stavu s tím, že je to zákrok, který jí pomůže a uleví. Druhá respondentka je pravým opakem první pacientky. Odnětí dělohy pro ni znamená velký zásah do života.

Chápe svou dělohu jako něco, co patří k jejímu ženství a s její ztrátou se srovnává hůře. Zde se může z lékařského hlediska zdát, že je hysterektomie jasnou terapií právě z důvodu, že již nebude mít reprodukční funkci. Ale opravdu tomu tak je? Jak to vnímá žena v tomto období a v této situaci?

Tímto výběrem bych chtěla docílit toho, aby si zdravotnický personál uvědomil individualitu pacientů a dovedl se postarat o všechny pacientky tak, aby u nich nedocházelo k nějakému traumatu. Chtěla bych vyzdvihnout rozdílné pocity a potřeby žen. Zdůraznit, na co je potřeba se zaměřit více u rozdílných skupin pacientek.

Způsob získávání informací

Pro svou práci jsem si vybrala polostrukturovaný rozhovor, kdy je na základě vodících otázek možnost pro volné vyjádření pacientky.

Před samotným rozhovorem jsem seznámila pacientku s tím, že je vše anonymní a nebudou nikde zveřejňovány žádné osobní údaje. Dále jsem je upozornila na to, že nemusí odpovídat na všechny dotazy, které jim položím. Délka rozhovoru byla v obou případech přibližně hodinu a třicet minut. Celý rozhovor byl zaznamenáván na diktafon se souhlasem pacientky.

Součástí tohoto výzkumu je také péče o ženu na pooperačním oddělení. Ke zhodnocení stavu pacientek využívám vlastního pozorování. Výsledkem by měl být celkový pohled na ženu jako na bio-psycho-sociální osobu.

Organizace průzkumu

Ženy jsem oslovila v rámci praxe v Oblastní nemocnici Příbram na gynekologickém pooperačním oddělení. Rozhovor jsem prováděla s pacientkami po operaci po jejich částečném zotavení v domácím prostředí. Výzkum trval od prvního ledna do desátého března.

Obě kazuistiky jsou uvedeny krátkou anamnézou. Dále rozdělují katanamnézu na čtyři části. Nejprve období, kdy byla ženě sdělena diagnóza, jak na to reagovala a jak postupovala při rozhodování o léčbě. Druhé období charakterizuje předoperační přípravu. Ve třetí části se zaměřuji na uspokojení potřeb ženy bezprostředně po operaci při pobytu v nemocnici a pak čtvrté období s odstupem alespoň dvou měsíců, kdy se může pohled na tuto problematiku změnit. Zaměřuji se na to, zda se pacientkám dostalo podpory a péče, kterou potřebovaly. Rozhovory srovnám v závěrečné diskuzi.

Výstupem této práce je desatero rad pro zdravotnický personál, který zahrnuje pomoc a podporu ženě ve všech věkových kategoriích. Výzkum byl prováděn v Oblastní nemocnici Příbram na gynekologickém pooperačním oddělení.

Zpracování výsledků

Tabulka č. 1

	Respondentka A	Respondentka B
Iniciály	E. F.	M. Š.
Věk	47 let	44 let
Rodinný stav	vdaná	vdaná
Počet dětí	1	2
Anamnéza	RA: matka karcinom prsu OA: bezvýznamná GA: 1x spont. porod	RA: matka zemřela ve 49 letech na karcinom žaludku OA: 2014 - APPE GA: 2x spont. porod
Diagnóza	Uterus myomatosus Menoragie	
Operační výkon	LAVH	
Délka hospitalizace	6 dní	

Rozhovor č. 1: Respondentka A

Období před hysterektomií

„Jak vnímáte svojí dělohu?“

„Dělohu vnímám jako důležitý orgán v těle. Hlavně asi jako reprodukční orgán.“

„Jak jste se cítila, když Vám byla sdělena diagnóza a indikace k hysterektomii?“

„Ani jsem se toho nezalekla. Spíš mi to bylo jedno. Pořád jsem si myslela, že ty moje potíže přejdou samy. Jsem optimista a neřešila jsem to. I přes to, že mi to moje doktorka nabízela opakovaně.“

„Kdo Vám ji sdělil a jakým způsobem?“

„Moje gynekoložka. Vzhledem k tomu, jak moc jsem krvácela při menstruaci, tak mi to nabídla jako jeden z neefektivnějších způsobů léčby. Řekla mi, že by to bylo potřeba udělat, abych měla konečně pokoj.“

„Byl zde nějaký prostor pro alternativní léčbu? Zajímala jste se o to?“

„Po alternativní léčbě jsem ani nepátrala. Jen jsem se snažila moc se do toho nehrnout a doufala jsem, že se to zlepší. Já totiž nejsem ten typ, který se pořád opečovává. Třeba když mám jít k doktoru, tak to pořád odkládám. Kolikrát i přemýšlím, jestli si toho svého těla vůbec vážím, když všechno nechávám jen tak.“ (směje se)

„Měla jste dostatek času na srovnání se s touto zprávou?“

„To jsem měla. Záleželo to jen na mně. Ale bylo to v době, kdy jsem byla po kyretáži a hrozila mi příští měsíc další. Ke konci už to bylo měsíc od měsíce horší. Takže to bylo spíš takové vyústění, že to dál nešlo. Kdyby to zastavily jen ty injekce, tak bych do toho asi nešla.“

„Dostala jste dostatek prostoru pro Vaše dotazy? Dostala jste dostatečnou a srozumitelnou odpověď na všechny Vaše otázky?“

„Jo jo, to jsem dostala. Ta moje doktorka je opravdu profesionál. Alespoň ke mně se tak vždycky chovala. Mě zajímaly hlavně rizika a komplikace spojené s operací.“

„Zajímal se někdo o Vaše pocity, popř. psychickou stránku?“

„Po psychické stránce jsem neměla vůbec problém. Ani mě nějak nenapadlo něco ve smyslu, že bych už nebyla úplná. Asi je to ovlivněné i mým věkem. Děti už jsem nechtěla a jiný důvod k tomu, proč bych neměla operaci podstoupit, jsem neviděla.“

„Co pro Vás indikace k odstranění dělohy znamenala?“

„Hlavně jsem doufala, že už budu mít konečně pokoj. Také jsem se tím chtěla vyhnout dalším kyretážím a narkózám.“

„Jak na to reagoval Váš partner?“

„Probírali jsme to spolu a souhlasil s tím. Říkal mi, že konečně budu mít pokoj. A taky že už konečně nebude muset nosit ty osmery vložky (směje se). Ale hlavně to spíš vnímal tak,

že tím krvácením trpím, když viděl, jak pořád v noci štrachám a chodím se mýt. Takže mě v tom podporoval.“

„Děloha je označována také jako centrum emocí, přemýšlela jste o tom někdy v takovémto smyslu?“

„Jak už jsem říkala na začátku, vždycky jsem koukala na dělohu spíše jako na rozmnožovací orgán, než že bych to brala vysloveně jako symbol ženství nebo něco, co by ovlivňovalo moje emoce.“

„S odnětím dělohy souvisí také ztráta menstruace. Jak jste se srovnávala s tímto faktem? Napadlo Vás před operací, že to bude Vaše poslední menstruace?“

„No vzhledem k tomu, jak moje menstruace vypadala, tak jsem byla vlastně ráda, že je to poslední. Protože to krvácení bylo opravdu neúnosné. Ať už to bylo přes tu noc nebo pak v práci, kde to člověka opravdu omezuje a zdržuje.“

„Co Vás vedlo ke konečnému rozhodnutí, že hysterektomii podstoupíte?“

„Rozhodla jsem se, když mi hrozila další kyretáž. Měla to být už třetí a můj problém to stále neřešilo.“

Období předoperační přípravy

„Jak probíhaly přípravy na operaci (předoperační vyšetření, předoperační příprava)?“

„Probíhalo to celkem v klidu. Jen jsem jednu chvíli měla starost, že nestihnu interní vyšetření. Začala jsem si to všechno obíhat týden předem a všude na klinice měli plno. Tak mě nakonec napadl kamarád, který mi vyšetření udělal. Pak už šlo všechno bez problémů.“

„Jaké jste měla potřeby v období těchto příprav na operaci?“

„Nějak ani nevím. Všechno co jsem potřebovala vědět, mi zodpověděla a vysvětlila moje gynekoložka.“

„Je nějaká potřeba, kde byste ocenila větší pozornost / podporu?“

„Snad jen víc informací ohledně toho předoperačního vyšetření. Jinak si nic dalšího nevybavuji.“

„Kolik dní před operací jste byla do nemocnice přijata a jak jste se v tomto období cítila?“

„Do nemocnice jsem byla přijata jeden den před operací. Doprovodila mě tam moje dcera. Byla jsem celkem i v klidu, protože jsem věděla, čeho se zbavím. Jen jsem měla trochu strach z narkózy, vždycky jsem po ní zvracela. A pak jsem byla trochu nesvá z té operace.“

„Jaký byl přístup ošetřujícího personálu?“

„Vlastně už od toho prvního dne byla dobrá atmosféra. Sestřičky byly milé. Když jsem potřebovala něco vědět, tak jsem se mohla na cokoli zeptat. Ale jinak já jsem spíš takový ten pacient, který je radši, když se o něj nikdo nestará (směje se).“

„Měla jste potřebu hovořit o operaci? Projevila jste o to zájem?“

„Bavit jsem se o tom chtěla, ale spíš s někým, kdo měl podobný problém jako já, než třeba s těmi zdravotníky. Hodně jsme se o tom bavily s paní, která ležela se mnou na pokoji například. Ale když to vezmu celkově, tak i komunikace se sestřičkami a doktory byla dobrá.“

Období po operaci – pobyt v nemocnici

„Jak jste se cítila bezprostředně po operaci? Ať už po fyzické či psychické stránce.“

„To bylo všechno v pořádku. Po operaci jsem chvíli zvracela, ale jakmile to polevilo, tak jsem se cítila dobře. Po psychické stránce jsem v podstatě neměla problém za celou dobu tohoto období.“

„Jaké byly Vaše pocity při pomyšlení na to, že jste přišla o dělohu? Jak jste tuto situaci snášela?“

„Vůbec jsem nad tím nepřemýšlela jako nad něčím, co by se mě mělo dotknout. Po celou dobu jsem to brala jako pomoc nebo vysvobození.“

„Jaké byly Vaše potřeby při pobytu v nemocnici? Byly uspokojovány?“

„Žádné speciální potřeby jsem neměla. Ta péče byla opravdu dobrá. Byla jsem moc spokojená. Asi to je i do jisté míry tím, že jsem se cítila dobře. Všechno se hojilo, jak mělo a já se jen těšila domů.“

„Jak jste se cítila při propouštění do domácí péče?“

„Cítila jsem se skvěle. Jen jak jsem přišla o hodně krve, tak jsem měla horší krevní obraz a byla jsem unavená a slabá. Tak jsem se jen ujistila, že jsem tam šla asi v pravý čas.“

Období po operaci – s odstupem dvou měsíců

„Jak se nyní cítíte?“

„Úleva, vyloženě úleva. Opravdu jsem si to užívala. Vyřešilo to hodně. Vaječníky mi zůstaly, takže jsem nemusela dostávat ani žádné hormony, takže fakt jenom úleva.“

„Vnímáte nějaké rozdíly z období před hysterektomií a po hysterektomii? Může se jednat o Vaše pocity, emoce, partnerský nebo sexuální život.“

„Velká změna byla to, že nekrvácím. To jsem brala opravdu jako výhodu. Ale po emocionální stránce jsem nezaznamenala žádný rozdíl. Dokonce i v sexuálním životě zůstalo všechno při starém. Ani já, ani manžel jsme nepostřehli žádnou změnu v sexuálním prožitku.“

„Jen jsem se chtěla zeptat, jestli může mít hysterektomie vliv na inkontinenci. Stává se mi, že když se hodně zasměju nebo zakašlu, tak učůrávám. Je to normální? Před operací jsem tenhle problém neměla.“

„Změnil se nějak Váš pohled na Vaši osobu po hysterektomii?“

„Ne ne, jak už jsem říkala na začátku.“

„Kdo Vám byl oporou po operaci?“

„Samozřejmě manžel a celá rodina. Hodně mi pomohli hlavně s domácností, abych byla v klidu.“

„Měla jste možnost poznat někoho v podobné situaci, jako jste byla Vy sama? Pokud ne, měla jste tuto potřebu pohovořit si s někým, kdo měl podobný problém?“

„To ano, to jsem měla. Má sestra podstoupila stejnou operaci jako já, takže jsme se o tom bavily hodně a vyměňovaly jsme si zkušenosti a pocity, které s tím byly spojené. Nebylo to pro mě tabu. Když jsem potřebovala, tak jsem se o tom mohla bavit i s kolegyněmi v práci.“

„Je ještě něco, co byste chtěla dodat k tomuto období souvisejícím s hysterektomií?“

„Nic mě nenapadá. Byl to podle mě dobrý a asi potřebný zákrok v mém stavu. Jsem ráda, že jsem se pro to nakonec rozhodla.“

Souhrn:

První respondentka se rozprávěla o prodělané hysterektomii velmi s chutí a se zájmem. Ještě před začátkem samotného rozhovoru se mi zmínila, že je ráda, že si o tom zase po nějaké době může popovídat s někým, kdo do tohoto tématu vidí z odborné stránky. Během operačního období tyto potřeby necítila. Po celou dobu rozhovoru z ní vyzařovala dobrá nálada. Během doby strávené v nemocnici i během následného setkání byl vidět pozitivní přístup ženy k zákroku. Operaci brala z té lepší stránky, tedy jako něco, co jí mělo opravdu pomoci s jejím problémem. Celkově hodnotí období spojené s hysterektomií kladně. Říká, že kdyby podstoupila operaci dříve, mohla si ušetřit mnoho starostí s nadměrným krvácením při menstruaci.

Na dělohu se dívá jako na orgán, který je nutný pro reprodukci. Nezaznamenává na sobě žádné změny týkající se psychické či emocionální stránky. Po fyzické stránce se u respondentky objevila stresová inkontinence, na kterou před hysterektomií netrpěla. To uvádí také jako jediný zápor spojený s hysterektomií. V závislosti na těchto obtížích se zajímala o posilování pánevního dna. Pacientce jsem vysvětlila, že to může být důsledkem toho, že došlo ke změně pozice pánevních orgánů. V tomto případě tím, že močový měchýř ztrácí podporu dělohy. A doporučila jsem jí, aby se o posilování pánevního dna poradila s fyzioterapeutem.

Při opakovaných dotazech na to, zda byly nějaké potřeby, které by nebyly uspokojeny, udávala pacientka naprostou spokojenost. Na všem hledala především pozitivní věci a z toho, jak mluvila o hospitalizaci, nebyly patrné žádné známky frustrace.

Z celého rozhovoru vyplývá, že je respondentka srovnána se svým zdravotním stavem. Hysterektomie ovlivnila její život do značné míry, ale především v kladném slova smyslu. Péče o tuto ženu spočívala hlavně v tom, aby byla v nemocnici co možná nejkratší dobu a aby hysterektomie, pro kterou se rozhodla, splnila svůj účel.

Rozhovor č. 2: Respondentka B

Období před hysterektomií

„Jak vnímáte svojí dělohu?“

„Nad touto otázkou jsem přemýšlela každý den při rozhodování se, zda operaci podstoupím nebo ne. Vzhledem k tomu, že mám dvě děti, tak beru dělohu jako rozmnožovací orgán. Ale také si myslím, že význam dělohy není pouze v tomto. Podle mne je to také součást jakéhosi ženství. Něco, na co může být každá žena hrdá.“

„Jak jste se cítila, když Vám byla sdělena diagnóza a indikace k hysterektomii?“

„Indikací k hysterektomii bylo nadměrné a špatně zastavitelné krvácení, které bylo způsobováno děložními myomy. Asi jako většině žen, tak i mně byla nepříjemná byť i normální menstruace. Toto krvácení bylo ale ještě aspoň desetkrát horší. A i přes to mne zaskočilo, když mi gynekolog navrhl hysterektomii. Měla jsem pocit, že to řekl takovým stylem, že vůbec o nic nejde. Že mi odoperují dělohu a během měsíce budu zase v pořádku. Přišlo mi to tak, že ho vůbec nenapadlo, že by to pro mě nemuselo být tak automatické jako pro něho. První, co mne napadlo, bylo pomýšlení na to, že tím ztratím přednost zplodit dítě. Možná to je divné, když mi je 45 let, ale vůbec pro mne nebylo lehké se s tím srovnat. A nejen kvůli tomuto důvodu.“

„Kdo Vám ji sdělil a jakým způsobem?“

„Navrhl mi to můj gynekolog. Zpočátku jsme krvácení tlumili pomocí injekcí, ale podle doktora se myomy zvětšovaly a tím způsobovaly větší krvácení. Toto řešení mi nabídl po půl roce léčby.“

„Byl zde nějaký prostor pro alternativní léčbu? Zajímala jste se o to?“

„Alternativou k úplnému odnětí dělohy byly právě injekce nebo opakované kyretáže, kterým jsem se snažila vyhnout. O jiném způsobu léčby se mi lékař nezmínil. Aniž bych nějak pátrala po jiných řešeních, zmínila se mi známá, která pracuje na angiologii, o možnosti embolizace děložních tepen, čímž má prý dojít k tomu, že nejsou myomy vyživovány a neměly by se zvětšovat. Také jsem začala přemýšlet o této možnosti, ale nakonec jsem se pro to nerozhodla.“

„Měla jste dostatek času na srovnání se s touto zprávou?“

„Nějaký čas jsem měla. Akorát mne gynekolog upozornil, že čím dříve se rozhodnu, tím lépe. Prý kvůli zařazení do operačního programu. Připadala jsem si trochu, jako kdyby na mě tlačil. “

„Dostala jste dostatek prostoru pro Vaše dotazy? Dostala jste dostatečnou a srozumitelnou odpověď na všechny Vaše dotazy?“

„Otázek mne napadalo mnoho. Ať už se týkaly samotné operace, rizik, komplikací, anestézie, nebo také důsledků na psychickou stránku. Na dotaz ohledně psychiky jsem však v podstatě žádnou odpověď od svého gynekologa nedostala. Snad jen, že by to nemělo mít žádný vliv. “

„Zajímal se někdo o Vaše pocity, popř. psychickou stránku?“

„Hodně mi pomohla porodní asistentka, která pracuje v ordinaci. Její rada, že cokoliv udělám, tak bude správně, mi dodala odvahu přemýšlet o tom, zda operaci podstoupím nebo ne. Nabídla mi také, že by bylo možné seznámit mě s někým, kdo hysterektomii podstoupil a vyměnit si pár zkušeností. Byla jsem ráda, že si o tom mohu s někým popovídat. “

„Co pro Vás indikace k odstranění dělohy znamenala?“

„Bylo to pro mne jedno z těžkých rozhodování se v životě. Nevěděla jsem, jaký to na mne bude mít dopad, pokud operaci podstoupím. Velkou obavu mi dělalo i to, abych se nepřestala líbit manželovi. Aby to nezměnilo například náš sexuální život. Takže to pro mne bylo v podstatě takové životní dilema. Neustále jsem hledala plusy a mínusy. “

„Jak na to reagoval Váš partner?“

„Manžel mi řekl, že rozhodnutí záleží jen na mně. Že se mám rozhodnout podle toho, jak to cítím. Ale jeho pohled byl takový, že po praktické stránce by mi odstranění dělohy usnadnilo život. “

„Děloha je označována také jako centrum emocí, přemýšlela jste o tom někdy v takovémto smyslu?“

„Centrum emocí mne úplně nenapadlo. Ale na mysli jsem pořád měla to, jestli budu stále ženou, když přijdu o dělohu. Podle mě tohle muži nemohou nikdy pochopit a možná proto berou tuto operaci jako rutinu.“

„S odnětím dělohy souvisí také ztráta menstruace. Jak jste se srovnávala s tímto faktem? Napadlo Vás před operací, že to bude Vaše poslední menstruace?“

„S tímto faktem jsem problém neměla. Obzvláště po tom, co jsem si s krvácením prožila.“

„Co Vás vedlo ke konečnému rozhodnutí, že hysterektomii podstoupíte?“

„Trvalo mi měsíc, než jsem udělala konečné rozhodnutí. Porovnávala jsem názory a rady lékaře, porodní asistentky, manžela, mojí maminky a také jsem se nakonec sešla se ženou, se kterou mě seznámila porodní asistentka z ordinace mého gynekologa. Byla jsem ráda, že jsem si nechala dostatek času na zvážení a že konečné rozhodnutí vyšlo ze mě.“

Období předoperační přípravy

„Jak probíhaly přípravy na operaci (předoperační vyšetření, předoperační příprava)?“

„Toto období už pro mne nebylo tak náročné. Nejhorší bylo rozhodnutí se pro operaci.“

„Jaké jste měla potřeby v období těchto příprav na operaci?“

„Potřebovala jsem mít klid a soukromí. Požádala jsem si proto o nadstandardní pokoj. O všem jsem přemýšlela znovu.“

„Kolik dní před operací jste byla do nemocnice přijata a jak jste se v tomto období cítila?“

„Byla jsem přijata ráno den před operací. Cítila jsem se velmi nervózní. Znovu jsem začala přemýšlet, jestli bylo moje rozhodnutí správné a jestli toho nebudu později litovat.“

„Je nějaká potřeba, kde byste ocenila větší pozornost / podporu?“

„Ocenila bych, kdyby bylo více času na to, probrat celou záležitost od začátku s nějakou sestřičkou v nemocnici. Chápu, že mají málo času, ale myslím, že by to mnoho žen přivítalo. Včetně mne.“

„Jaký byl přístup ošetřujícího personálu?“

„Většina sestřiček byla mile naladěná. Když jsem se potřebovala na něco zeptat, ochotně mi odpověděly. Ale na nějaký delší rozhovor nebyl čas. Lékaři se mi věnovali především po té praktické stránce, která se týkala samotné operace.“

„Měla jste potřebu hovořit o operaci? Projevila jste o to zájem?“

„Jak jsem už říkala, tuto potřebu jsem měla, jen pro to nebyl dostatek prostoru.“

Období po operaci – pobyt v nemocnici

„Jak jste se cítila bezprostředně po operaci? Jak jste prožívala první dny po fyzické stránce?“

„Hodně jsem po operaci spala. Když jsem měla poprvé po operaci vstát, měla jsem pocit, že to nezvládnu. Cítila jsem se slabá. Odvahu i sílu mi dodávala paní, která ležela se mnou na pokoji. Byla také po hysterektomii, ale navíc jí vzali ještě vaječníky a vejcovody. Pomáhala mi její silná vůle a odhodlanost.“

„Jaké byly Vaše pocity při pomyšlení na to, že jste přišla o dělohu? Jak jste tuto situaci snášela?“

„Když jsem se vzbudila, byla jsem trochu zmatená. Až po nějaké chvíli mi došlo, že to mám za sebou. Věděla jsem, že už se to nedá vrátit zpět, a že se s tím budu muset nějak vyrovnat. Snažila jsem se myslet na něco jiného. Jako prioritu jsem si pro začátek stanovila to, že se budu snažit, dát se co nejdříve do pořádku.“

„Jaké byly Vaše potřeby při pobytu v nemocnici? Byly uspokojovány?“

„Asi nejvíc jsem ocenila návštěvy, které šlo domluvit i mimo návštěvní dobu. Byla jsem ráda, že nejsem v nemocnici sama. Bylo to pro mne alespoň takové rozptýlení, že se člověk necítí být na všechno sám.“

„Jak jste se cítila při propouštění do domácí péče?“

„Celá rodina mi byla nápomocná. Když jsem se vrátila domů, měla jsem pocit, že mám tu horší část celého toho procesu za sebou. Tedy hlavně po té fyzické stránce. Na vyrovnání se se ztrátou dělohy jsem si dala více času. Občas jsem měla pocit neúplnosti a prázdnoty. Také jsem se obávala toho, jaký bude náš sexuální život s manželem, toho, abych se mu nepřestala líbit.“

Období po operaci – s odstupem dvou měsíců

„Jak se nyní cítíte?“

„Po tělesné stránce se cítím dobře. Neměla jsem žádné komplikace po operaci a mohla jsem se rychle zařadit zpět do normálního života.“

„Vnímáte nějaké rozdíly z období před hysterektomií a po hysterektomii? Může se jednat o Vaše pocity, emoce, partnerský nebo sexuální život.“

„Co se týká sexuálního života, tak jsem měla veliký strach, že to bude odlišné především pro manžela. Na konec se ukázalo, že je vše při starém. Po emotivní stránce mám pocit, jakoby se u mne něco změnilo. Jako bych byla „chladnější“. Těžko se mi to popisuje slovy. Možná je ještě brzo dělat nějaké velké závěry. Přece jen dva měsíce je relativně krátká doba. Doufám, že s odstupem času se u mne vrátí vše zase do pořádku.“

„Změnil se nějak Váš pohled na Vaši osobu po hysterektomii?“

„Stále mám pocit, jako kdybych ztratila kousek sebe. Na jednu stranu jsem ráda, že jsem dostala prostor a mohla jsem se pro hysterektomii rozhodnout sama na základě svého uvážení. Na druhou stranu se však stále ptám, zda to bylo správné rozhodnutí.“

„Kdo Vám byl oporou po operaci?“

„Jak jsem již říkala, tak to byla spolubydlící v nemocnici a především moje rodina, která mne navštěvovala, jak jen to šlo.“

„Měla jste možnost poznat někoho v podobné situaci, jako jste byla Vy sama? Pokud ne, měla jste tuto potřebu pohovořit si s někým, kdo měl podobný problém?“

„Na doporučení porodní asistentky jsem se setkala se ženou, která podstoupila hysterektomii také. Byla jsem ráda, že se se mnou podělila o svou životní zkušenost. Říkala, že

měla krátce po operaci stejné pocity, jako jsem popisovala já. Poradila mi, ať si najdu někoho, s kým se nebudu bát mluvit o tom otevřeně.“

„Je ještě něco, co byste chtěla dodat k tomuto období souvisejícím s hysterektomií?“

„Mám dojem, že jsem řekla vše tak, jak to cítím. Období to pro mne bylo těžké, určitě to na mně zanechalo i nějaké stopy. Po tělesné stránce to ale moje potíže vyřešilo.“

Souhrn:

Druhá respondentka brala celý proces týkající se hysterektomie vážněji než respondentka první. Bylo na ní vidět, že stále ještě potřebuje čas a prostor k tomu, aby se se ztrátou dělohy vyrovnala. Již od sdělení diagnózy měla pocity, jako by byla strkána nějakým směrem, který se jí nezamlouvá. Zaskočil ji již přístup lékaře, který bere hysterektomii jako běžnou operaci a nepozastavuje se nad tím, že by to mohl být pro nějakou pacientku zákrok, který ovlivní její život. Již v této fázi přišla částečná pomoc od porodní asistentky, která pracuje v ordinaci obvodního gynekologa pacientky. Žena projevila zájem o to promluvit si s někým, kdo se ocitl v podobné situaci jako ona sama. V další fázi rozhodovacího procesu se musela respondentka spolehnout sama na sebe a na podporu od její rodiny. Po celou dobu nenarazila na nikoho, kdo by jí byl schopen odpovědět na otázku, zda může mít hysterektomie dopad také na psychickou stránku.

Hlavní potřebou, která nebyla uspokojována tak, jak by pacientka potřebovala, byla potřeba pohovořit si s někým v nemocnici, kdo by pochopil její obavy a pocity. Dále potřebovala klid, soukromí a kontakt s blízkými osobami.

Pooperační období bylo pro pacientku také náročné. Uvědomovala si, že je již v situaci, kdy se nedá dělat nic jiného, než se naučit žít s faktem, že přišla o dělohu. Tyto ne právě pozitivní myšlenky doplňovaly obavy ohledně dopadu hysterektomie na partnerský život.

Když se respondentka ohlédne po dvou měsících po operaci zpět, stále se necítí vyrovnaně. Má pocit, jako by jí něco chybělo. Vždy, když na ni přijdou tyto negativní myšlenky, snaží se je zahnat tím, že se jí ulevilo ohledně zdravotních potíží. Žena zůstává v kontaktu s paní, která jí dala cenné rady, jak se pokusit vyrovnat s jejím pocitem prázdnoty či neúplnosti.

5 DISKUZE

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, že hysterektomie patří mezi nejčastější gynekologické operace. Tato operace je pacientkám doporučována velmi často bez ohledu na to, jaký to na ženu může mít dopad. Jednou z mnoha indikací k této operaci jsou děložní myomy. Ty se dle literatury vyskytují přibližně u 40 % žen ve fertilním věku a jejich četnost narůstá s věkem blížícím se k menopauze. Myomatózní děloha se manifestuje nadměrným a nepravidelným děložním krvácením, bolestí, sekundární anémií apod. Operativní léčba v podobě hysterektomie vyřeší mnoho z těchto problémů po fyzické stránce. Jak ale působí odstranění dělohy na psychiku a emoce ženy?

K tomu, abych zjistila, jak se ženy cítí, když jim jejich obvodní gynekolog sdělí diagnózu myomatózní dělohy a jako řešení jim nabídne hysterektomii, jsem si záměrně vybrala dvě respondentky s rozdílným pohledem na dělohu a její význam v ženském těle. Pacientky měly stejné onemocnění, plánovaný stejný operační výkon a i jejich prognóza byla podobná. Rozdíl je však v jejich pohledu na samotný zákrok. To by mělo posloužit k uvědomění si toho, že ne všechny pacientky musí ihned a se samozřejmostí souhlasit s tak radikálním řešením, které může připadat mnoha lékařům jako nejideálnější metoda terapie.

Pro lepší zhodnocení celého procesu týkajícího se hysterektomie, jsem rozdělila průzkum do čtyř období – období po sdělení diagnózy, období předoperačních příprav, bezprostřední pooperační období a období s odstupem dvou měsíců od operace. Rozhodujícím obdobím pro respondentku A bylo odhodlat se k operaci. Pak už v podstatě jen proplouvala celým perioperačním procesem. Pro respondentku B se ukázalo jako nejkritičtější období sdělení diagnózy a navrhnutí hysterektomie. S tím se pojilo rozhodování o tom, co bude větší přínos. Zda to, že se respondentka B snad zbaví zdravotních obtíží, nebo to, jestli svého rozhodnutí pro odstranění dělohy nebude později litovat. To se zde promítá také v pooperačním období s odstupem dvou měsíců od provedení hysterektomie.

Jako první cíl jsem si stanovila porovnání pocitů dvou žen, které podstoupily hysterektomii a mají na ní odlišný pohled. Respondentka A zaujímá k hysterektomii v podstatě neutrální postoj. Sama od sebe by na operaci nešla, ale na druhé straně, když už nevidí jiné řešení, nemá problém se tomuto zákroku podrobit. Její pocity jsou po celou dobu vesměs pozitivní. Na operaci se dívá jako na menší zlo v porovnání s tím, co zažívala dosud, tedy nadměrné a nepravidelné krvácení, které ji omezovalo v osobním i pracovním životě. Respondentka B je pravým opakem. I přes to, že jejich problémy s krvácením byly obdobné, nedokáže si představit, že by měla přijít o tak cenný orgán, jako je děloha. Dělohu vidí nejen

jako reprodukční orgán, ale také jako „symbol ženství“. V mysli jí stále vyvstávala otázka, zda bude pořád tou samou ženou jako před operací. Byla zahrnuta rozporuplnými pocity, které nebyly obvodním gynekologem nijak zohledněny. Pozor je nutno dát i na oblast reprodukční nehledě na stáří pacientky. Stále častěji se můžeme setkat s maminkami po čtyřicátém roce věku a měli bychom mít na mysli, že tento fakt může pro pacientku hrát velkou roli při zvažování léčby.

Druhý cíl se zaměřuje na potřeby těchto žen. U respondentky A dominuje potřeba bezpečí, respektive hladký průběh a dobrý výsledek operace. A dále také to, aby mohla být co nejdříve doma se svojí rodinou. Objevuje se zde také potřeba komunikace. Ta je ale dominantní především u respondentky B. Ta klade na tuto potřebu velký důraz. U svého obvodního gynekologa nachází odpovědi pouze na otázky týkající se striktně hysterektomie po praktické stránce. Podtržení a rozdílnost této potřeby u respondentek vidím ve dvou věcech. V první řadě je to jistě dáno povahou a přístupem pacientek. Ve druhé řadě zde ale také působí vliv gynekologa. Lékařka respondentky A je žena, u respondentky B je to muž. Jen žena může pochopit jinou ženu v takovéto situaci. Mužský racionální přístup může na respondentku B působit chladně a necitlivě, i když to tak lékař nemusí vůbec myslet. Gynekoložka Christiane Northrupová uvádí ve své knize *Žena, tělo a duše* několik příběhů ze své ordinace. Její pacientce Louise byly diagnostikovány myomy a její gynekolog jí doporučil hysterektomii. Louise si nechala čas na rozmyšlenou. Ve finále dospěla k rozhodnutí, že hysterektomii nepodstoupí. Svému gynekologovi nechává vzkaz se slovy: *„Pevně věřím, že my samy nějak přispíváme k onemocnění či uzdravení svého těla. Vyslechněte prosím své pacientky, jejich příběhy, dejte jim na výběr všechny možnosti a najděte si čas, abyste to s nimi probral.“* (Northrupová, 1998, s. 215) Zde bych chtěla vyzdvihnout důležitou roli porodní asistentky. Lékaři nejsou vyškoleni, aby pacientům naslouchali, pokud jde o jejich pocity v souvislosti s jejich chorobou. (Northrupová, 1998, s. 215) Tento pohled nemá odrazovat pacientky od operativního řešení. Sama autorka knihy *Žena, tělo a duše* podstoupila operaci dělohy. Svým dílem nám pouze nabízí jiný pohled na možné prožívání žen v souvislosti s hysterektomií.

Jedna německá studie poukazuje na důležitost gynekologa v informování pacientky ohledně léčby děložních myomů. Dle této studie lékaři informují ženy o neoperativní léčebné metodě v minimálním rozsahu i přes to, že by si pacientky tuto léčbu přály častěji. (Utz-Billing, Rothmann, Kentenich, David, 2006) Z toho vyplývá, že vliv gynekologa na jeho pacientku je velký. Ne vždy je hysterektomie nevyhnutelným řešením a pacientky by měly znát všechny léčebné možnosti, které se u nich nabízejí.

Třetím cílem bylo identifikovat rozdíl v emočním prožívání žen před hysterektomií a po hysterektomii. To, zda na sobě budou respondentky pociťovat nějakou změnu kromě toho, že jim vymizí tělesné potíže. U respondentky A převažovalo právě toto kritérium. Zbavila se zdravotních potíží po fyzické stránce a emoční či psychická oblast zůstala dle jejích slov beze změny. Nikde však není zaručeno, že bude pacientka po hysterektomii vždy bez obtíží. Rannenstad (2005) uvádí například přetrvávající pánevní bolest, která také značně ovlivňuje kvalitu života. Respondentka B má však opačný problém. Po dvou měsících nemá sice tělesné obtíže, ale stále má pocit, jako by jí kousek chyběl. Tyto pocity připisuje tomu, že je to zatím relativně krátká doba po operaci. Zda a do jaké míry se její pocity upraví, by bylo otázkou delšího průzkumu.

Čtvrtým cílem a zároveň výstupem mé bakalářské práce je Desatero rad pro vhodný přístup k ženě po hysterektomii. Toto desatero jsem vypracovala na základě odpovědí respondentek. Mohlo by posloužit jako vodítko pro porodní asistentky na pooperačním oddělení. Pro někoho to může znamenat několik zbytečných řádek, ale jsem si jistá, že mnoho patientek by takovýto přístup ocenilo. To, co naše pacientky - ženy potřebují, se nedá vyčíst z žádné učebnice. Každá žena je jedinečná a potřebuje individuální, profesionální a v neposlední řadě laskavou péči. A to obzvláště v případě, kdy se jedná o tak citlivou a intimní oblast, kterou hysterektomie bez pochyby je.

Výstup do praxe – Desatero vhodného přístupu porodní asistentky k ženě po hysterektomii

- 1. Zkuste se zamyslet nad tím, co by znamenalo provedení hysterektomie pro Vás samotnou. Jakožto porodní asistentka znáte indikace k provedení hysterektomie, všechna rizika a komplikace, které jsou s tím spojeny. Opakovaně se setkáváte s pacientkami, které podstupují tento výkon. Zkuste si představit, že byste se ocitla na jejich místě. Mějte na paměti, že se můžete do takové situace dostat i Vy.*

Tento bod by měl v porodní asistentce probudit pohled na pacientku jako na křehkou osobu. Jako na ženu, která se stala součástí nějakého procesu, který může být nutný, ale srovnat se s ním není vždy úplně lehkým úkonem.

- 2. Buďte upřímná, vlídná a laskavá. Hrajete důležitou roli ve velmi citlivé oblasti. To, jak se bude pacientka cítit a zotavovat se, záleží ve velké míře na tom, jaký bude Váš přístup k ní.*

Na základě těchto projevených vlastností si lze získat důvěru pacientky, která je v tomto procesu nepostradatelná. Žena, která se vkládá do rukou zdravotníků, potřebuje mít jistotu, že je v bezpečí. Tím, jak budeme k pacientkám přistupovat, můžeme vytvořit příjemnou atmosféru, která je nezbytná pro pocit bezpečí.

- 3. Komunikujte se ženou. A to ne jen o věcech potřebných ke zdravotnické péči, ale také o jejích pocitech a představách. Jen na základě dobré komunikace a pozorování můžete nahlédnout do její duše a poskytnout jí tak komplexní péči, která bývá mnohdy upozaděna.*

Z obou rozhovorů vyplývá, že je pro pacientky důležité, bavit se o jejich starostech. Buďte trpělivé, pokud se pacientka na něco ptá opakovaně, možná potřebuje slyšet odpověď víckrát z různého pohledu.

- 4. Respektujte to, jaký má žena pohled na svou dělohu. Zjistěte, jaký je přístup nebo vztah pacientky ke své děloze.*

Jak je patrné z rozhovoru se záměrně zvolenými pacientkami, můžeme se setkat s diametrálně odlišnými pohledy a názory. Některé ženy mohou brát svou dělohu jako orgán potřebný k reprodukci a při dovršení určitého životního stádia už pro ně v podstatě ztrácí význam. Pak je tu ale ještě druhá skupina žen, jejichž pohled se ubírá zcela jiným směrem. Na dělohu se dívají jako na „symbol ženství“. Není jim lhostejné,

že přijdou o tento orgán. Proces vyrovnávání se s touto situací zde bude ztížený a pacientka bude potřebovat ještě větší oporu a porozumění.

- 5. Dejte ženě najevo, že jste v nemocnici pro ni. Udělejte si na pacientku alespoň jedenkrát za den chvilku čas a zjistěte, jak je propojený fyzický zdravotní stav s psychickým, jak se navzájem ovlivňují. Vytipujte pacientky, u kterých se projevuje tato potřeba, a buďte jim oporou.*

Především z druhého rozhovoru vyplývá, že respondentce chyběl prostor pro trochu hlubší popovídání než jen zhodnocení základních životních potřeb.

- 6. Budujte v pacientce pozitivní myšlení. Pomozte jí podpořit její rozhodnutí.*

Zde je možné ženu vyslechnout, promluvit si s ní, zahrnout do rozhovoru různé zkušenosti z praxe či poskytnout kontakt na odbornou pomoc.

- 7. Pokud to je potřeba, věnujte pozornost také partnerovi pacientky.*

U mužů je důležité, aby věděli, že bude jejich žena v pořádku. Proto je možné vysvětlit průběh operace i jim. Jednou z obav, která se týká obou partnerů, je otázka sexuálního života. A to v tom směru, jestli nedojde k nějaké znatelné změně, která by ovlivnila tuto intimní oblast.

- 8. Před samotným kontaktem s pacientkou se důkladně seznamte s její osobní anamnézou. Zaměřte se především na věk pacientky, na to, jestli je vdaná, zda má děti či jestli neprodělala nějaká závažná gynekologická onemocnění.*

Tento fakt nám pomůže vyhnout se tématu, které by mohlo být pacientce nepříjemné a mohlo by v ní vyvolávat negativní pocity či vzpomínky.

- 9. Nikdy na pacientku netlačte a nenaléhejte. Poskytněte jí prostor pro to, aby se mohla sama vyjádřit.*

Tímto vznikne prostor pro to, aby si pacientka vytvořila k porodní asistentce důvěrný vztah, který je později možné dotvářet a budovat.

- 10. Buďte takovou porodní asistentkou, na kterou budou pacientky vzpomínat jako na člověka, který při nich stál, když to nejvíce potřebovaly.*

Pomoc, která je ženám poskytována, se ne vždy musí setkat s projevem vděku, ale i přes to může pomoci. Proto je důležité být trpělivá a najít si cestu ke každé ženě individuálně.

ZÁVĚR

Moje bakalářská práce je zaměřena především na psychické a emoční prožívání žen, které podstoupily hysterektomii. Zabývám se tím, do jaké míry může být ovlivněn život ženy po této operaci. Na dvou odlišných životních příbězích je vidět, jak se priority žen různí. Tyto rozdíly by neměly zůstat bez povšimnutí.

Do teoretické části jsem zahrнула hysterektomii jako takovou. Její indikace, kontraindikace, komplikace a samotné provedení operace. Dále uvádím předoperační a pooperační péči o pacientku. Na konec teoretické části přidávám také psychickou stránku ženy. To, jak s pacientkou správně komunikovat a jak jí být oporou v náročné životní situaci. Zmiňuji zde také posthysterektomický syndrom, který se může objevit u žen primárně depresivnějších.

Co se týká praktické části, potvrdila se mi domněnka, že odebrání dělohy může mít vliv jak na emoce, tak na psychiku ženy. Není to ovšem pravidlo, které by platilo u všech pacientek. Proto je potřeba brát ženu jako celek. Vyhledávat a všimnout si byť i nepatrných signálů, které mohou být jakýmsi „voláním o pomoc“. Pokud tomu bude věnována pozornost, promítne se tato komplexní péče do zdravotního stavu pacientky. Na základě tohoto zjištění jsem se rozhodla vypracovat několik rad, které by mohly přispět k poskytování péče nejen o somatický stav, ale také o citlivou oblast zahrnující psychické a duševní zdraví. Výsledkem naší celistvé péče bude spokojenost jak na straně našich pacientek, tak na straně porodních asistentek, které tuto péči poskytují.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAREŠOVÁ, Libuše. *Děložní myom*. [on line]. [cit. 2014 – 10 - 12]. Poslední revize: Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/delozni-myom-298723>.
2. BERAN, Jiří a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
3. CITTERBART, Karel et al. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
4. ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
5. DUDA, Miloslav a kol. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.
6. GULÁŠOVÁ, I. a kol. *Strach pacienta před operací*. [online]. [cit. 15. 1. 2015]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/strach-pacienta-pred-operaci-474169>.
7. HOLUB, Zdeněk, KUŽEL, David. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 236 s. ISBN 80-247-0834-5.
8. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
9. KOBILKOVÁ, Jitka, ŽIVNÝ, Jaroslav, BOCHMAN, Jan. *Technika gynekologických abdominálních operací*. Praha: Grada, 2000. 284 s. ISBN 80-7169-494-0.
10. KOLAŘÍK, Dušan, HALAŠKA, Michael, FEYEREISL, Jaroslav. *Repetitorium gynekologie*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 1068 s. ISBN 978-80-7345-267-4.
11. KRŠKA, Zdeněk a kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
12. KUDELA, Milan a kol. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 273 s. ISBN 80-244-0837-6.
13. MÁRA, Michal, HOLUB, Zdeněk. *Děložní myomy: Moderní diagnostika a léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 236 s. ISBN 978-80-247-1854-5.

14. MORMANOVÁ, D. *Význam kvalitní předoperační přípravy*. [online]. [cit. 15. 1. 2015]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vyznam-kvalitni-predoperacni-pripravy-474170>.
15. NORTHRUPOVÁ, Christiane, *Žena tělo a duše – Cesta k tělesnému a duševnímu zdraví*. Praha: Columbus, 2004. 716 s. ISBN 80-7249-092-3.
16. RANNENSTAD, T. *Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects*. [online]. [cit. 23. 3. 2015]. Poslední revize: 19. 6. 2005. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693405000088>.
17. ROKYTA, Z. *Přednáška Gynekologie – Gynekologické operace*. Západočeská univerzita v Plzni, 3. 4. 2014.
18. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
19. ŘÍČÁNEK, J. *Operační odstranění vaječníků, dělohy, okolního vaziva, střevní předstěry (omentum), appendixu a mízních uzlin břišní cestou*. [on line]. [cit. 2014 – 10 - 12]. Poslední revize: 27. 12. 2010. Dostupné na: http://www.igyn.cz/radikalni_hysterektomie.html
20. ŘÍČÁNEK, J. *Operační odstranění dělohy (hysterektomie) poševní cestou – vaginální hysterektomie*. [on line]. [cit. 2014 – 10 - 12]. Poslední revize: 27. 12. 2010. Dostupné na: http://www.igyn.cz/vaginalni_hysterektomie.html
21. ŘÍČÁNEK, J. *Operační odstranění dělohy poševní cestou s laparoskopickou asistencí (LAVH)*. [on line]. [cit. 2014 – 10 - 12]. Poslední revize: 27. 12. 2010. Dostupné na: <http://www.igyn.cz/lavh.html>
22. ŘÍČÁNEK, J. *Abdominální hysterektomie*. [on line]. [cit. 2014 – 10 - 12]. Poslední revize: 27. 12. 2010. Dostupné na: http://www.igyn.cz/abdominalni_hysterektomie.html.
23. SKÁLOVÁ, R. *Metoda 3x3*. [online]. [cit. 15. 1. 2015]. Dostupné z: <http://www.skolapanevnihodna.cz/rubriky/prectete-si/o-metode-3x3/o-metode-3x3-cely-clanek-zde>.
24. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

25. UTZ-BILLING, I. , ROTHMANN, K., KENTENICH, H., DAVID, M. *Prätherapeutische Ängste, Erwartungen, Wünsche ind Informiertheit von Frauen mit Uterus myomatosus.* [online]. [cit. 20. 3. 2015]. Dostupné z: <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-2006-924359>.
26. WENDSCHE, Peter, POKORNÁ, Andrea, ŠTEFKOVÁ, Ivana. *Perioperační ošetrovatelská péče.* Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
27. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení.* Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

LAVH – laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

TEN – tromboembolická nemoc

RA – rodinná anamnéza

OA – osobní anamnéza

GA – gynekologická anamnéza

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Výstup do praxe – Desatero rad pro vhodný přístup porodní asistentky k ženě po hysterektomii

Příloha č. 2: Typy hysterektomií

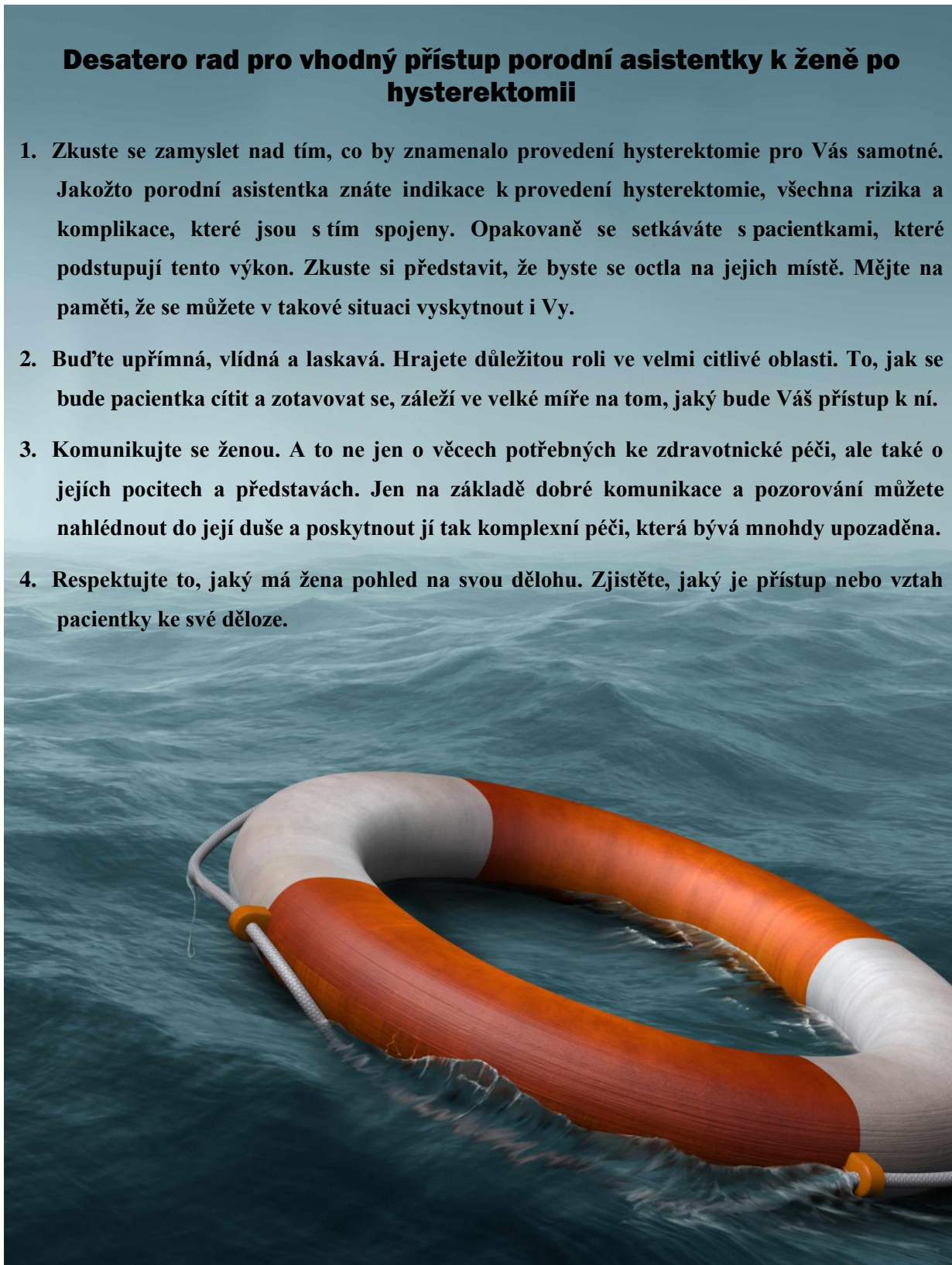
Příloha 3: Typy děložních myomů

PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

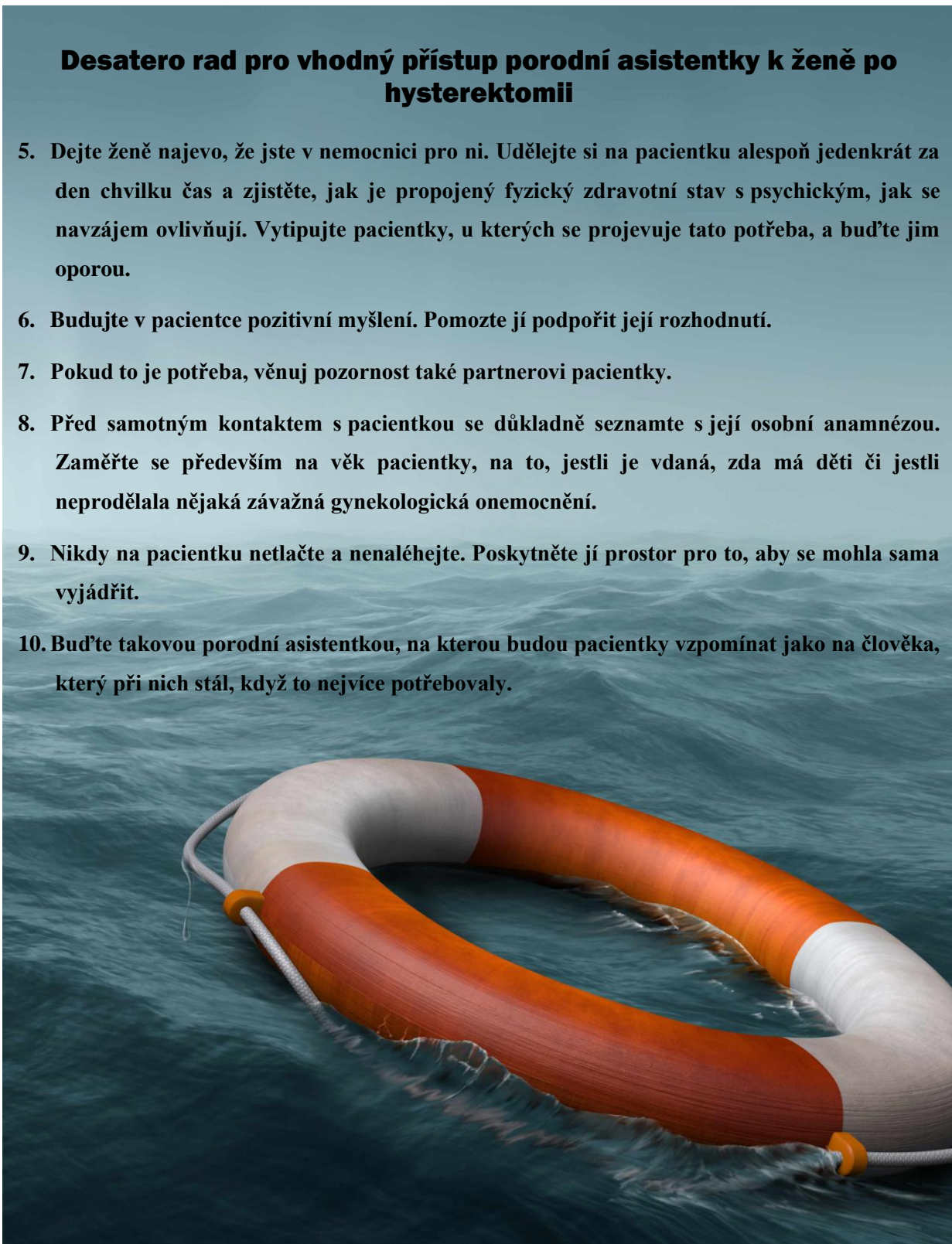
Desatero rad pro vhodný přístup porodní asistentky k ženě po hysterektomii

1. Zkuste se zamyslet nad tím, co by znamenalo provedení hysterektomie pro Vás samotné. Jakožto porodní asistentka znáte indikace k provedení hysterektomie, všechna rizika a komplikace, které jsou s tím spojeny. Opakovaně se setkáváte s pacientkami, které podstupují tento výkon. Zkuste si představit, že byste se octla na jejich místě. Mějte na paměti, že se můžete v takové situaci vyskytnout i Vy.
2. Buďte upřímná, vlídná a laskavá. Hrajete důležitou roli ve velmi citlivé oblasti. To, jak se bude pacientka cítit a zotavovat se, záleží ve velké míře na tom, jaký bude Váš přístup k ní.
3. Komunikujte se ženou. A to ne jen o věcech potřebných ke zdravotnické péči, ale také o jejích pocitech a představách. Jen na základě dobré komunikace a pozorování můžete nahlédnout do její duše a poskytnout jí tak komplexní péči, která bývá mnohdy upozaděna.
4. Respektujte to, jaký má žena pohled na svou dělohu. Zjistěte, jaký je přístup nebo vztah pacientky ke své děloze.



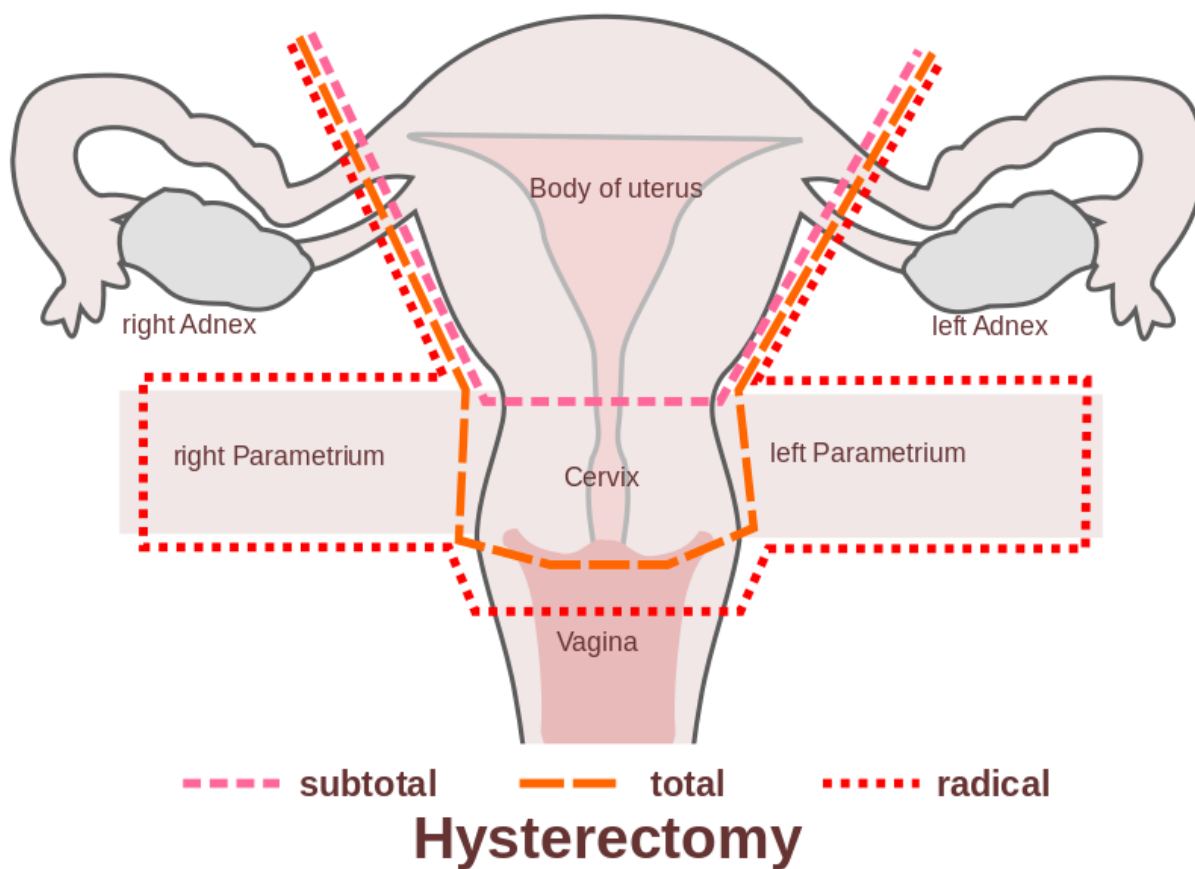
Desatero rad pro vhodný přístup porodní asistentky k ženě po hysterektomii

5. Dejte ženě najevo, že jste v nemocnici pro ni. Udělejte si na pacientku alespoň jedenkrát za den chvilku čas a zjistěte, jak je propojený fyzický zdravotní stav s psychickým, jak se navzájem ovlivňují. Vytipujte pacientky, u kterých se projevuje tato potřeba, a buďte jim oporou.
6. Budujte v pacientce pozitivní myšlení. Pomozte jí podpořit její rozhodnutí.
7. Pokud to je potřeba, věnuj pozornost také partnerovi pacientky.
8. Před samotným kontaktem s pacientkou se důkladně seznamte s její osobní anamnézou. Zaměřte se především na věk pacientky, na to, jestli je vdaná, zda má děti či jestli neprodělala nějaká závažná gynekologická onemocnění.
9. Nikdy na pacientku netlačte a nenaléhejte. Poskytněte jí prostor pro to, aby se mohla sama vyjádřit.
10. Buďte takovou porodní asistentkou, na kterou budou pacientky vzpomínat jako na člověka, který při nich stál, když to nejvíce potřebovaly.



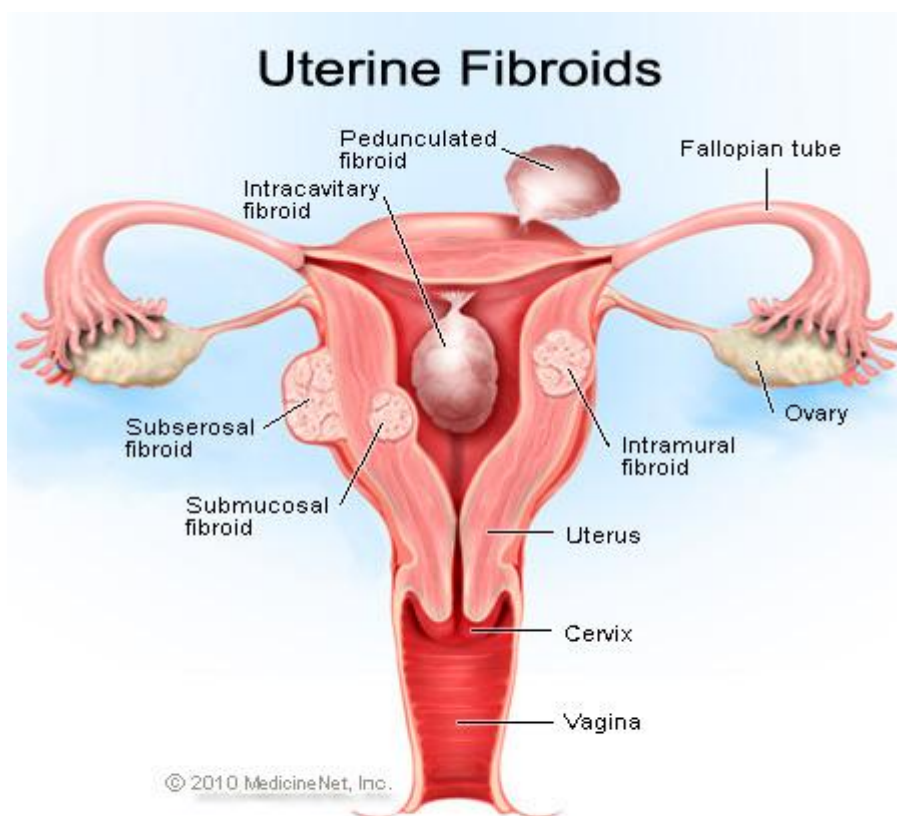
Zdroj - obrázek: <http://petrhampl.com/da%C5%88ov%C3%A1-reforma>

Příloha č. 2:



Zdroj: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Soubor:Scheme_hysterectomy-en.svg

Příloha č. 3:



Zdroj: <http://www.meleklermekani.com/threads/miyom-tedavisinde-rahmin-alinmasi.255838/>