

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života žen po hysterektomii

Bakalářská práce

Autor: Lucie Maňková

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerová

Jihlava 2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Lucie Maňková**
Studijní program: **Ošetrovatelství**
Obor: **Porodní asistentka**
Název práce: **Kvalita života žen po hysterektomii**
Cíl práce: Zjistit nejčastější změny v životě ženy po hysterektomii. Zmapovat jaká je informovanost žen o tomto zákroku. Zjistit, jak jsou ženy spokojeny s kvalitou života po operaci.


PhDr. Lenka Görnerová
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Anotace

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života žen po hysterektomii. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je popsána kvalita života, ženské pohlavní orgány, hysterektomie a následný návrat do každodenního života. V praktické části jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření a jejich zpracování do grafů. Výzkum byl prováděn anonymně u žen po hysterektomii.

Klíčová slova

Kvalita života, ženské pohlavní orgány, menstruace, hormony, sexualita, psychika ženy, hysterektomie.

Abstract

This thesis deals with the quality of life after hysterectomy. The thesis is divided into the theoretical part and the practical part. The theoretical part is focused on the quality of the life, female genitalia, hysterectomy and return to daily life. The results of the research and their evaluation and processing into graphs are presented in the practical part of the thesis. The research was conducted anonymously in women after hysterectomy.

Keywords

Quality of life, female genitalia, menstruation, hormones, sexuality, the psyche of woman, hysterectomy.

Poděkování

Především bych ráda poděkovala PhDr. Lence Görnerové, za odborné vedení mé bakalářské práce, za její připomínky, ochotu, trpělivost a cenné rady.

Poděkování patří i všem respondentkám, které si našly čas a vyplnily mi dotazník. A velice ráda bych poděkovala i své rodině za pochopení a psychickou podporu při vytváření mé bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do její skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

1	Úvod.....	8
1.1	Cíle a hypotézy	9
1.1.1	Cíle	9
1.1.2	Hypotézy	9
2	Teoretická část.....	10
2.1	Kvalita života.....	10
2.1.1	Kvalita života jako pojem	10
2.1.2	Hodnocení kvality života	10
2.1.2.1	Teorie, modely hodnocení kvality života.....	10
2.1.3	Nástroje měření kvality života	11
2.2	Žena	12
2.2.1	Vývoj pohlavního ústrojí ženy	12
2.2.1.1	Vývoj vaječníku	12
2.2.1.2	Vývoj vývodných pohlavních cest u ženy	12
2.2.1.3	Vývoj zevních pohlavních orgánů ženy.....	13
2.2.2	Anatomie pohlavních orgánů ženy.....	13
2.2.2.1	Pánev - pelvis	13
2.2.2.2	Vaječník – ovarium.....	14
2.2.2.3	Vejcovod – salpinx, tuba uterina	15
2.2.2.4	Děloha – uterus	15
2.2.2.5	Pochva – vagina	16
2.2.2.6	Zevní rodidla	17
2.2.3	Menstruace	18
2.2.3.1	Menstruační cyklus	18
2.2.3.2	Ovariální cyklus	19
2.2.4	Hormony.....	19
2.2.4.1	Estrogeny	19
2.2.4.2	Gestageny.....	19
2.2.4.3	Androgeny.....	20
2.2.5	Sexualita	20
2.3	Hysterektomie.....	21
2.3.1	Abdominální hysterektomie	21
2.3.2	Vaginální hysterektomie	21
2.3.3	Laparoskopická hysterektomie.....	22
2.3.4	Operace na děloze	22

2.3.5	Příčiny hysterektomie.....	22
2.3.6	Komplikace hysterektomie.....	23
2.3.7	Následky hysterektomie	23
2.3.8	Předoperační péče o ženu	24
2.3.9	Pooperační péče o ženu	24
2.4	Návrat do každodenního života	25
2.4.1	Psychika ženy.....	25
2.4.2	Pohlavní život.....	25
2.4.3	Fyzická rekonvalescence	25
2.4.4	Hormonální terapie.....	26
3	Praktická část	27
3.1	Cíle a hypotézy	27
3.1.1	Cíle	27
3.1.2	Hypotézy	27
3.2	Metodika výzkumu	28
3.2.1	Charakteristika zkoumaného souboru	28
3.2.2	Průběh výzkumu.....	28
3.2.3	Zpracování dat.....	28
3.3	Výsledky výzkumu	29
3.4	Vyhodnocení hypotéz	49
3.5	Diskuze	54
4	Závěr.....	56
	Seznam grafů	60
	Příloha 1 – dotazník	61
	Příloha 2 – anatomický obrázek	64

1 Úvod

Pro bakalářskou práci jsem si zvolila téma *Kvalita života žen po hysterektomii*. Toto téma jsem si vybrala proto, že je mezi námi ženami stále více těch, které tuto operaci podstoupily nebo se na tuto operaci chystají.

Tzv. hysterektomii neboli chirurgické odstranění dělohy podstupují ženy různého věku a z různých důvodů. Jedná se například o nepravidelné nebo silné krvácení, nezhoubné nádory dělohy - myomy, sestup dělohy, přednádorové a nádorové změny na děložním čípku a v neposlední řadě také cystické a nádorové změny na vaječnících či endometriózu (charakteristické onemocnění pro přítomnost děložní sliznice mimo dělohu). Hysterektomie se doposud řadí mezi nejčastější gynekologické operace. Tato operace sebou přináší také mnoho změn, ať fyzických tak psychických. Žena ztrácí schopnost rodit děti, nedochází k menstruačnímu krvácení, mění se rozměry v malé pánvi a častou otázkou je i prožívání pohlavního styku. Většina žen se obává ztráty pohlavní touhy nebo bolesti při pohlavním styku. Jiné ženy řeší, zda musí po operaci podstoupit hormonální terapii a s tím spojené přibírání na váze.

Cílem práce je zjistit, jaké jsou nejčastější změny v životě ženy po hysterektomii a jak jsou tyto ženy spokojeny s kvalitou svého života. Vnímají ztrátu menstruace jako výhodu anebo mají pocit, že právě menstruace dělá ženu ženou? Dále budu zjišťovat, zda ženy po hysterektomii vnímají svůj život kvalitnějším anebo byl jejich život negativně ovlivněn po tomto ne-malém zákroku. V neposlední řadě bych také ráda zjistila, do jaké míry jsou ženy informovány o tomto zákroku. Jsou dostatečně obeznámeny s riziky a následky této operace anebo by uvítaly více informací od svého lékaře? Nejen na tyto otázky se budu snažit odpovědět ve výzkumné části práce.

1.1 Cíle a hypotézy

1.1.1 Cíle

Zjistit, jaké jsou nejčastější změny v životě ženy po hysterektomii.

Zmapovat jaká je informovanost žen o tomto zákroku.

Zjistit, jak jsou ženy spokojeny s kvalitou svého života po operaci.

1.1.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že většina žen bere ztrátu menstruace jako pozitivum pro jejich život.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že hysterektomie u více jak 50 % žen neomezuje jejich sexuální život.

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že méně jak 50 % žen užívá po operaci hormony.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že většina dotazovaných žen je srozuměna s riziky a následky této operace.

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že 70 % žen vnímá hysterektomii jako přínosnou operaci pro svůj život.

2 Teoretická část

2.1 Kvalita života

2.1.1 Kvalita života jako pojem

Kvalita života není pojem, který je jasně vymezený. Nejčastější definice je prostřednictvím pojmů a charakteristických znaků. Mezi základní pojmy definic řadíme pohodu, spokojenost, očekávání a význam. Kvalitu života se pokoušíme charakterizovat či definovat z důvodu celkového posouzení životní situace jedince. V ošetrovatelství je vnímána podle aktuálního uspokojení/neuspokojení primárních a sekundárních potřeb. Definujeme ji podle vnímání jednotlivce. Kováč ve své interpretaci uvádí, že kvalitu života je možné chápat jako porovnání života jednotlivce se životem jiných. Na základě této interpretace, pak můžeme kvalitu života člověka hodnotit jako subjektivní, individuální a komplexní. Švehlíková et al. uvádí, že úvaha o jakosti/kvalitě bytí nebo o jednotlivých projevech živé bytosti – jedince – (individuální kvalita života) je úvaha o jejich odlišnostech (charakteristických znacích), kterými se liší od jiných jevů. Jedná se tedy o porovnání „životů“ lidí a důraz je kladen na to, co je pro každého důležité. Z toho můžeme usoudit, že kvalita života je pojem formální, hypotetický konstrukt, skrytá proměnná, kterou je možné naplnit pouze individuálním obsahem (Gurková, 2011).

2.1.2 Hodnocení kvality života

Kvalita je relativní kategorií, a to proto, že je vyjadřována kvalitativními (vycházející z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje) a kvantitativními (měřitelnými, objektivními) indikátory. Jedná se o subjektivní, dynamický ukazatel hodnocení života jedinců. Chceme-li vymezit druh hodnocení kvality, je nutné určit jeho předmět a zároveň normu (standard), se kterým je daný předmět porovnáván. V případě kvality života je předmětem hodnocení život, a proto je důležité zodpovědět si základní otázku: **Kvalitu jakého života hodnotíme?** (Gurková, 2011)

2.1.2.1 Teorie, modely hodnocení kvality života

Haaseová a Bradenová navrhuje při hodnocení kvality upřesnit **účel hodnocení** kvality života (diskriminace kvality života mezi pacienty, hodnocení nákladnosti léčby, klinické efektivity léčby), vymezení **populace**, u které budeme posuzovat kvalitu života (diagnostická skupina,

demografické charakteristiky), dále **teoretický rámec** pro hodnocení kvality života a také upřesnění **kritérií hodnocení** – stav měření konceptů (Gurková, 2011).

Modely můžeme rozdělit do čtyř kategorií. První kategorií jsou **modely hierarchické**, které strukturují kvalitu života. Řadíme sem například Spilkerův hierarchický model HRQoL. Druhá skupina znázorňuje vztahy mezi kvalitou života a jejími determinanty, jedná se o tzv. **interakční modely**. Můžeme sem zařadit model autorů Wilson a Clearly nebo model proměnných kvality života autorů Padilla et al. Tyto modely jsou využívány zejména při objasňování a interpretaci vztahů koncepty měření, např. kauzálních vztahů a rozlišování indikátorových a kauzálních proměnných. Třetí kategorií tvoří **prediktivní modely** využívané pro srovnání kvality života pacientů s různým sociokulturním kontextem s cílem odhadnout kvalitu jejich života. Poslední čtvrtou kategorií jsou **modely založené na významu** (model residence u adolescentů autorů Haaseová et al. a model vnímání kvality života sestrou od Kingové et al., u kterých je kvalita života konceptualizována z pohledu pacienta, nikoliv profesionála, který ji hodnotí. Tuto kategorii můžeme tedy přirovnat k individuálním koncepcím kvality života v psychologii (Gurková, 2011).

2.1.3 Nástroje měření kvality života

Kvalita života je jeden z nejčastějších ukazatelů hodnocení efektivity léčby (treatment effectiveness research). K měření kvality se využívají generické, specifické a individuální nástroje (Gurková, 2011).

Ve své praxi se můžeme setkat s problémem, jak vybrat vhodný nástroj. Proto je dobré, položit si při výběru konkrétního nástroje, následující otázky: *„Jaké nástroje u pacientů s daným onemocněním máme k dispozici? Na základě jakých kritérií můžeme vybrat vhodný nástroj pro svůj výzkum?“* (Gurková 2011, s. 116). Mezi kritéria výběru vhodného nástroje k měření kvality života řadíme obsah nástroje (zda se jedná o nástroj uni- nebo multidimenzionální, obsahuje-li nástroj globální nebo specifické složky), cílovou skupinu (na jaké cílové skupině byl nástroj validizovaný), poté cíle, design studie, typ intervence ve vztahu ke kvalitě života, vlastnosti nástroje a psychometrická analýza – validita - realibilita/citlivost. Jde nám především o to, zda je schopný měřicí nástroj „zachytit“ změnu u jednotlivce (v populaci) v různém časovém rámci. Dále nás zajímá, jestli měřicí nástroj může identifikovat rozdíly v subpopulaci. Posledním kritériem je copyright nástroje, jde o nástroj, který vychází z konkrétního teoretického rámce, byl použitý při efektivitě

intervence, kterou sledujeme, a má dobré sociometrické vlastnosti – je validní a reliabilní v daném jazyce (Gurková, 2011).

Mezi základní vlastnosti nástroje, který chceme ve výzkumu použít, patří: **validita, reliabilita a citlivost (senzitivita)**. Validita zjišťuje to, co bylo původně zamýšleno zjišťovat. Je to vztah výzkumného nástroje k teorii, na základě které byl výzkumný nástroj vyvinut. Rozlišujeme několik druhů validity. Validitu obsahovou, konstruktovou, kritériovou, predikční a souběžnou. Reliabilitou rozumíme přesnost a spolehlivost výzkumného nástroje. Reliabilitu ovlivňují tři základní faktory: rozsah (počet položek), homogenita a obtížnost výzkumného nástroje. Cílem je získat nástroj s co nejvyšší reliabilitou. Citlivost vyjadřuje schopnost zachytit změny v určité časové spojitosti při zhoršujícím nebo zlepšujícím se stavu pacienta. Senzitivita nástroje umožňuje zachytit rozdíly mezi skupiny pacientů (Gurková, 2011).

2.2 Žena

2.2.1 Vývoj pohlavního ústrojí ženy

Na začátku šestého týdne embryonálního vývoje se začíná vyvíjet ductus paramesonephricus – **ductus Mulleri** laterálně od ductus mesonephricus – **ductus Wolffi**. Vzniká vchlípením celomového epitelu do mezenchymu urogenitální lišty. Ductus Mulleri probíhá nejprve ventrolaterálně od ductus Wolffi a při vstupu do malé pánve ho ventrálně kříží (Roztočil, 2011).

2.2.1.1 Vývoj vaječníku

Vaječník – ovarium je ženskou pohlavní žlázou – gonádou. Na jeho vývoji se podílí: **prvopohlavní buňky** – gonocyty, **buňky celomového epitelu** a **mezenchymové buňky** – fibroblasty. Při narození ovarium obsahuje asi jeden milion primárních oocytů. Po narození dochází ke snížení jejich počtu a v období puberty jejich je přibližně okolo 40 000. Do ovulačních cyklů fertilního života ženy jich vstoupí asi 400 a po menopauze folikuly zcela vymizí (Rob et al., 2008).

2.2.1.2 Vývoj vývodných pohlavních cest u ženy

Základ vývodných pohlavních cest u ženy tvoří **ductus Mulleri**. Ten, můžeme rozdělit na tři části. **Kraniální** – probíhající souběžně a laterálně od ductus Wolffi, **mediální část** – ventrálně kříží ductus Wolffi a **kaudální část**, opět probíhá ventrálně s ductus Wolffi,

ale po jeho mediální straně. V kaudálním úseku oba ductus Mulleri probíhají v genitálním provazci, který vzniká spojením pruhů mezenchymu šířících se v pokračování pravé a levé urogenitální lišty. Spolu pak oba ductus Mulleri srůstají v distální části a vytváří canalis uterovaginalis. Z kraniálního úseku a z laterální části mediálního úseku ductus Mulleri se pak vyvíjí tuba uterina. Canalis uterovaginalis je základem pro corpus a cervix uteri. Fundus uteri se vyvíjí z mediálních úseků ductus Mulleri. Pochva vzniká ze dvou základů, z kaudální části canalis uterovaginalis a ze sinus urogenitalis. V místě kontaktu canalis uterovaginalis a sinus urogenitalis rostou dva bulbi sinovaginales. Ty se oba spojí a srostou s canalis uterovaginalis a vytvoří vaginální ploténku. Ta se v jedenáctém týdnu těhotenství luminizuje. Cervix uteri se vyvíjí z buněčné masy epitelových buněk vrůstajících do okolního mezenchymu (Roztočil, 2011).

2.2.1.3 Vývoj zevních pohlavních orgánů ženy

Vývoj zevních pohlavních orgánů probíhá ve dvou fázích, a to **indiferentní** a **diferenciační**. V indiferentní fázi se zevní pohlavní orgány zakládají ze sinus urogenitalis a z pohlavního hrbolku. Pohlavní hrbolek se vyvíjí z kloakových řas, v místě ventrálního srůstu těchto řas. V šestém týdnu těhotenství dochází k rozdělení kloakové membrány na ventrální membránu urogenitalis a dorzální membránu analis. Ve fázi diferenciacce se z genitálního hrbolku vyvíjí klitoris, dále pak labia minora, která vznikla z uretrálních řas. V této fázi také dochází k sestupu ovaria. V neposlední řadě dochází k vývoji ligamentum ovarii proprium, ligamentum teres uteri a ligamentum suspensorium ovarii (Roztočil, 2011).

2.2.2 Anatomie pohlavních orgánů ženy

2.2.2.1 Pánev - pelvis

Pánev – pelvis je lokalizována v dolní části trupu. Skládá se z párové **kosti pánevní** – os coxae, nepárové **kosti křížové** – os sacrum a **kostrče** – os coccygis. Srůstem kosti kyčelní – os ilium, kosti sedací – os ischii a kosti stydké – os pubis vzniká kost pánevní. Všechny tři kosti splynou v kloubní jamce kyčelního kloubu. Hranici mezi velkou – pelvis major a malou pánví – pelvis minor tvoří hraniční čára – linea terminalis, probíhající od promontoria k symfýze (Roztočil, 2011; Naňka, 2009).

Ženská pánev je zcela jiná než mužská. Rozdíly nacházíme zejména ve tvaru, postavení jednotlivých částí a ve vnitřních pánevních rozměrech, které jsou u žen větší než u muže.

V pánvi také rozlišujeme následující roviny: **rovina pánevního vchodu** – aditus pelvis, **rovina pánevní šíře** – amplitudo pelvis, **rovina pánevní úžiny** – angustia pelvis a **rovina pánevního východu** – exitus pelvis. Tyto roviny jsou důležité pro potřeby gynekologické a porodnické (Roztočil, 2011).

Funkce pánve spočívají ve zpevnění a chránění vnitřních orgánů pánve, dále působí jako funkční těžiště těla a je součástí porodních cest. Jeden z nejdůležitějších svalů pánevního dna, který udržuje v poloze tři orgánové struktury – močovou trubici, pochvu a konečník, se nazývá **musculus lektor ani** (Roztočil, 2011).

Mezi základní typy pánve patří pánev: **gynekoidní**, což je typicky ženská pánev se zaobleným předním i zadním segmentem, dále pánev **androidní** vyznačující se klínovým vchodem a úzkým předním segmentem, je typická pro muže, třetím typem je **antropoidní** pánev s tvarem dlouhého úzkého oválu a posledním typem je pánev **platypeloidní**, která má plochý příčně oválný tvar a kratší předozadní průměr (Roztočil, 2011; Naňka, 2009).

2.2.2.2 Vaječník – ovarium

Jde o párový orgán ovoidního tvaru oploštělý ze stran. V této pohlavní žláze se v době pohlavní zralosti uvolňují ženské pohlavní buňky – vajíčka (oocyty). Současně se jedná o žlázu s vnitřní sekrecí produkující ženské pohlavní hormony. Velikost, vzhled a tvar vaječníku závisí na funkčním stavu a věku ženy. Hmotnost jednoho ovaria se pohybuje okolo 10 gramů. Vzhled se mění v pubertě, kdy se z hladkého útvaru mění v hrbolatý vaječník s jizvami po proběhlých ovulacích. V pozdním věku se vaječník zmenšuje přibližně na třetinu původní velikosti (Roztočil, 2011; Rob et al., 2008).

Ovarium je kryto povrchovým kubickým epitelem, tzv. zárodečným epitelem. Pod ním se nachází vrstva kolagenního vaziva, tunica albuginea. Vaječník členíme na dvě části. Povrchová část - cortex ovarii obsahuje folikuly různého stádia vývoje, žlutá a bílá tělíska. Vnitřní oblast neboli dřeň nazývaná medulla ovarii obsahuje řídké kolagenní vazivo a buňky hladké svaloviny (Rob et al., 2008).

Ovarium je uloženo v malé pánvi laterálně od dělohy. Visí volně na peritoneální duplikatuře, zvané mesovarium, které je součástí širokého vazů. V místě úponu mesovaria je hilus ovaria, kde vstupují do žlázy cévy a nervy. Závěs v malé pánvi je dále zajišťován **utero-ovarickým vazem** – ligamentum ovarii proprium, jež upevňuje vaječník k děložnímu rohu

a **infundibulo-pelvickým vazem** – ligamentum suspensorium ovarii fixující vaječník k pánevní stěně (Mára et al., 2009; Roztočil, 2011).

Vaječník je tepenně zásobován dvěma zdroji. Tím prvním je arteria ovarica, párová viscerální větev břišní aorty sestupující retroperitoneálně do ovaria spolu s vena ovarica přes ligamentum suspensorium ovarii. Druhým zdrojem je ramus ovaricus arteriae uterinae vedoucí v ligamentum ovarii proprium. Většina žilní krve odchází přes vena ovarica do vena cava inferior vpravo a vlevo do vena renalis ministra. Inervace tohoto orgánu je sympatickými vlákny (podél cév), parasympatickými vlákny (z nervus vagus) a senzitivními vlákny z míšních segmentů L1-3 (Mára et al., 2009; Roztočil 2011).

2.2.2.3 Vejcovod – salpinx, tuba uterina

Vejcovod je dlouhá párová trubice uložená po stranách dělohy. Délka se pohybuje v rozmezí 10 až 15 cm s tloušťkou okolo 0,5 cm. Vejcovod dělíme na čtyři části: **infundibulum, ampulla, istmus a pars uterina**. Povrch sliznice vejcovodu tvoří vrstva kubických až cylindrických buněk s řasinkami. Svalovina tuby je rozdělena na vrstvu **zevní** - podélnou a **vnitřní** – cirkulární (Mára et al, 2009; Rob et al., 2008).

Po ovulaci se vajíčko dostává do vejcovodu, kde zpravidla dochází k oplodnění. Vejcovod je nejčastějším místem střetu vajíčka se spermií. Oplozené vejce (embryo) je transportováno vejcovodem do dělohy (Rob et al., 2008).

Tepenné zásobení vejcovodu vychází z arteria ovarica a arteria uterina. Žilní krev odtéká do vena ovarica, plexus versus uterinus a plexus versus vaginalis v malé pánvi (Roztočil, 2011).

2.2.2.4 Děloha – uterus

Děloha je dutý, svalový orgán připomínající tvar hrušky. Velikost i tvar závisí, stejně jako u vaječníku, na funkčním stavu dělohy a věku ženy. Děloha je orgán přibližně 8 cm dlouhý, uložený v centru pánve. Hmotnost se pohybuje v rozmezí 40 až 50 gramy, v těhotenství však okolo 1000 gramů (Roztočil, 2011; Rob et al., 2008; Mára et al., 2009).

Na děloze popisujeme dvě základní části: **tělo děložní** – fundus uteri a **hrdlo děložní** – cervix uteri. Tělo se v jeho nejširší části rozbíhá ve dno dělohy. Fundus dále vybíhá v děložní rohy – cornua uteri a z každého odstupují tři útvary: vejcovod, lig. teres uteri a lig. ovarii proprium. Hrdlo má cylindrický tvar a úpon pochvy jej rozděluje na další dvě části: horní – portio

supravaginalis cervicis a dolní – portio vaginalis cervicis (čípek), který vyčnívá do pochvy (Roztočil, 2011; Rob et al., 2008).

Stěna dělohy je asi 15 mm silná a skládá se ze tří vrstev: **endometrium** – vnitřní vrstva, **myometrium** – svalovina a **perimetrium** – vnější vrstva dělohy. Děloha během menstruačního cyklu podléhá hormonálním změnám. Děje se tak především v děložním endometriu v závislosti na hladině pohlavních hormonů (Rob et al., 2008).

V průběhu života se děloha mění, a to především ve tvaru a velikosti. V tzv. „klidovém období“ u dětí je tělo děložní menší než hrdlo. V pubertě prudce narůstá hladina estrogenů a děložní tělo se velikostí vyrovná hrdlu. Poměr mezi těmito částmi neustále narůstá, až se děložní hrdlo stane menším než děložní tělo. Postupně děloha dosahuje definitivní velikosti, ohýbáním se dostává do **anteflexe** a skláněním do **anteverze**, zkratkou označované AVF (Rob et al., 2008).

Hlavní tepnou, která se podílí na zásobení dělohy je arteria uterina, větev z arteria iliaca interna. U děložní hrany se z a. uterina odděluje arteria vaginalis, která zásobuje děložní hrdlo a pochvu. Žilní krev se dostává do mohutného plexus venosus uterinus. Poté je krev odváděna přes venae ovaricae a venae uterinae do venae iliacaе internaе (Roztočil 2011; Mára et al., 2009; Rob et al., 2008).

2.2.2.5 Pochva – vagina

Pochva je dutý svalově – vazivový orgán jdoucí od cervixu dělohy k introitu. Spojuje tedy vnitřní a zevní pohlavní orgány ženy. Délka pochvy je přibližně 8 cm (Roztočil, 2011; Mára et al., 2009).

Stěna pochvy se skládá ze tří vrstev: **sliznice, hladká svalovina a zevní vazivový obal**. Sliznice pochvy je tvořena mnohvrstevným dlaždicovým epitelem, který nerohovatí a nemá žlázy. Poševní sliznice se mění s nástupem estrogenizace. Čím více estrogenů, tím je sliznice vyšší, tj. kolem ovulace. Svalovina je hladká s vnitřní vrstvou uspořádanou cirkulárně a zevní podélnou. Nej povrchnější vrstvou je zevní, vazivový obal připojující se ke stěnám malé pánve (Rob et al., 2008; Mára et al., 2009).

Na arteriálním zásobení pochvy se podílí více tepen. Horní část pochvy zásobuje arteria vaginalis větev arteria uterina, střední část je zásobována z rami vaginales z arteria rectalis media a dolní část pochvy zásobuje rami vaginales z arteria pudenda interna. Tepenné

zásobení tedy pochází z arteria iliaca interna. Krev z pochvy je odváděna žilami, které jsou uspořádány do bohaté pleteně – plexus venosus vaginalis (Roztočil, 2011).

2.2.2.6 Zevní rodidla

Mezi zevní rodidla ženy řadíme: stydký pahorek, velké a malé stydké pysky, poštváček, poševní vchod, panenskou blánu, bulbi vestibuli, bartholinské žlázy a hráz (Rob et al., 2008).

Stydký pahorek – hrma je trojúhelníková vyvýšenina na přední straně zevních rodidel. Pokrývá ji silná kůže podložená tukovým polštářem. V pubertě se objevuje pubické ochlupení, které končí při horním okraji stydkého pahorku (Rob et al., 2008).

Velké stydké pysky – labia majora pudendi jsou pokračováním stydkého pahorku. Podkladem je tukové těleso stejně jako u hrmy. Labia mají tvar podélných valů a uprostřed probíhající šterbinu (rima pudendi). Ta je od řitního otvoru oddělena hrází (perineum). Vnější povrch velkých stydkých pysků má charakter kůže s hojnou pigmentací a přítomností potních a mazových žláz. Vnitřní povrch má naopak charakter sliznice. Je tenká a lesklá (Roztočil, 2011; Rob et al., 2008).

Malé stydké pysky – labia minora pudendi jsou tenké kožní řasy ohraničené od velkých stydkých pysků brázdou. Podkladem je řídké kolagenní vazivo s elastickými vlákny a bohatou žilní pletení. Malé stydké pysky dělíme na řasu horní, která dosahuje až nad klitoris, nad níž se spojuje s druhostrannou řasou a vytváří tak předkožku (praeputium clitoridis) a dolní řasa tvoří uzdičku (frenulum clitoridis) poštváčku (Roztočil, 2011; Rob et al., 2008).

Poševní vchod – vestibulum vaginae je podélná vkleslina mezi malými stydkými pysky pokrytá tenkou kůží. Sliznice poševního vchodu je kryta mnohvrstevným dlaždicovým epitelem narůžovělé barvy a vlhkým povrchem (Roztočil, 2011; Rob et al., 2008).

Panenská blána – hymen je tenká duplikatura sliznice s příměsí malého množství vaziva. Skladba a tvar hymenu jsou závislé na estrogenech. Mezi základní typy řadíme hymen annularis, který má prstenčitý tvar s různě velkým otvorem, hymen fimbriatus, který vzniká nadměrným působením estrogenů a v neposlední řadě také hymen semilunaris poloměsíčitého tvaru. Při defloraci se hymen trhá postupně na mnoha místech (Roztočil, 2011; Rob et al., 2008).

Poštěváček – klitoris je orgán analogický penisu. Skládá se z párových kavernózních těles (crura clitoridis). Ty se spojují do nepárového tělesa (corpus clitoridis) zakončeného žaludem (glans clitoridis). Na povrchu glans se nachází velké množství Vater – Paciniho tělísek, proto je citlivý a jeho drážděním lze vyvolat orgasmus (Rob et al., 2008).

Bulbus vestibuli je párový erektivní orgán s tenkým vazivovým obalem, uložený po stranách poševního vchodu (Rob et al., 2008).

Bartholinské žlázy – **velká předsíňová žláza** je párovou mucinózní žlázou uloženou v zadní části labia majora. Sekret ze žláz zvlhčuje poševní vchod. **Malé předsíňové žlázy** jsou žlázy rozprostřené po obvodu poševního vchodu a při ústí močové trubice (Rob et al., 2008).

Hráz – perineum je prostor mezi poševní předsíní a řitním otvorem. Podkladem je vazivová ploténka, která se směrem k rektovaginálnímu septu ztenčuje a vytváří tak hrázový klín. Tvoří ji kůže, podkoží a svalovina (Roztočil, 2011).

2.2.3 Menstruace

Menstruace neboli menstruační krvácení trvá asi 3 – 5 dnů s průměrnou ztrátou krve okolo 30 ml. Jak délka cyklu, tak i ztráta menstruační krve je u každé ženy individuální. (Langmeier, 2009).

2.2.3.1 Menstruační cyklus

Menstruačním cyklem nazýváme pravidelné cyklické změny na sliznici dělohy. Tyto změny dělíme na čtyři fáze (Dylevský et al., 2009).

První fází je **fáze menstruační** (deskvamační), která probíhá od 1. do 4. dne cyklu. Dochází k odstranění celé povrchové vrstvy endometria, které je provázeno různě rozsáhlým krvácením. Cyklus počítáme od prvního menstruačního dne. **Fáze proliferační** (folikulární, estrogenová) probíhá od 5. do 14. dne a je řízena především vaječnickovými estrogeny. Sliznice postupně roste a zvyšuje se růstem slizničního vaziva a děložních žláz. Třetí fází je **fáze sekreční** – luteální, progesteronová trvající od 15. do 28. dne cyklu. Ovlivňuje ji hormon žlutého tělíska – progesteron. V této fázi se sliznice připravuje na přijetí oplozeného vajíčka. Pokud se tak nestane, dojde k odloučení sliznice. Poslední je **fáze ischemická** – premenstruační, která trvá 28. den menstruačního cyklu. Dochází ke kontrakci arteriol v endometriu a vzniká nedokrevnost (ischemie). Tato kontrakce za několik hodin povolí

a vznikne náhlé překrvení. Stěny cév jsou porušeny natolik, že vznikají výrony krve do sliznice. Celá vrstva podléhá změnám, odlučuje se a nastává nová menstruační fáze s novým cyklem (Čihák, 2013; Dylevský et al., 2009).

2.2.3.2 Ovariální cyklus

Ovariálním cyklem nazýváme změny probíhající ve vaječníku – ovariu ženy. Tyto změny jsou závislé na hladině pohlavních hormonů. Ovariální cyklus dělíme do dvou fází. **Fáze folikulární**, která souvisí s růstem a zráním vajíčka. Ovulace a období tvorby a funkce žlutého tělíska označujeme jako **fázi luteální** (Čihák, 2013).

2.2.4 Hormony

2.2.4.1 Estrogeny

Estrogeny jsou stimulačními a proliferačními hormony. Mají vliv na pohlavní orgány, sekundární pohlavní znaky a přídatné reprodukční orgány. Vznikají ve vaječnících, nadledvinkách a periferních tkáních. Jejich tvorba je řízena folikuly stimulujícím hormonem (FSH) a luteinizačním hormonem (LH) hypofýzy (Rob et al., 2008; Roztočil, 2011).

Estrogeny se účastní na kvalitativním i kvantitativním vývinu zevního genitálu. Ovlivňují vaginální sliznici, vyvolávají buněčnou proliferaci v děložním hrdle, myometriu a v endometriu. Způsobují růst prsů, především mlékovodů. Stimulují růst svaloviny vejcovodu a ovlivňují přímo (stimulují počáteční růst folikulů) i nepřímo (prostřednictvím gonadotropinů) vaječník. V neposlední řadě také ovlivňují psychiku, chování a jednání. Hlavním zástupcem estrogenů je **estradiol**. Ten se metabolizuje na estriol a následně na estron. Všechny tyto hormony mají estrogení účinek (Rob et al., 2008; Roztočil, 2011).

2.2.4.2 Gestageny

Gestageny jsou hormony, které jsou schopny vyvolat sekreční (progestační) reakci na endometriu. Působí také na myometrium, kde tlumí motilitu hladkého svalstva a snižuje jeho citlivost na oxytocin. V děložním hrdle způsobují snížení množství hlenu a jeho zahuštění. Gestageny zpomalují transport vejce a podporují inhibiční účinky estrogenů, tím zabraňují ovulaci. Nejvýznamnějším gestagenem je **progesteron**, který se tvoří ve žlutém tělisku ovaria. Své nepostradatelné místo zaujímá především v přípravě a udržení těhotenství. Stejně jako estrogeny je i progesteron odbouráván v játrech a jeho metabolity jsou vylučovány močí (Rob et al., 2008; Roztočil, 2011; Trojan, 2004).

2.2.4.3 Androgeny

Androgeny jsou hormony adrogenního a proteoanabolického účinku. Přibližně 60 % vzniká v ovariu ženy (androstendiol a testosteron) a asi 40 % androgenů produkují nadledvinky (především DHEA – dehydroepiandrosteron). Androgeny řídí růst axilárního a pubického ochlupení, udržují libido a jsou prekurzory estrogenů, které vznikají jejich aromatizací. Nejznámější lidský androgenem je **testosteron**. Ten se přeměňuje na dihydrotestosteron, který je nejúčinnějším androgenem. Je zodpovědný za kožní projevy androgenních stavů jako jsou hirsutismus a akné (Rob et al., 2008; Roztočil, 2011; Trojan, 2004).

2.2.5 Sexualita

Sexualita je dnes považována za důležitou součást života. V minulosti zastávala žena funkci rodičky, vychovatelky dětí a starala se o domácnost. Potěšení ze sexu tak bylo pouze na straně mužů. I představitel psychoanalýzy Sigmund Freud (1856-1939) byl přesvědčen o pasivní roli ženy v sexu, který jí přináší nepříjemné pocity a bolest při porodu dítěte. V průběhu 20. století se v Evropě podstatně změnilo postavení a chování žen. Nyní žena přestává být pouhým objektem sexuální touhy muže a postupně se stává rovnoprávnou v partnerském i sexuálním životě (Rob et al., 2008; Roztočil, 2011).

Kvalita a prožívání sexuálního života je u každé ženy individuální. Důležitým obdobím k formaci sexuálního postoje je puberta. Právě v tomto období dochází k rozvoji sekundárních pohlavních znaků a vznikají předpoklady k navázání vztahu k druhému pohlaví (Roztočil, 2011).

Libido neboli sexuální touha vede k realizaci pohlavního styku. Je vyvoláno jak faktory vnitřními (fantazie, vzpomínky, sexuální vzrušení) tak faktory vnějšími (chování a vlastnosti partnera, příjemná atmosféra). Ovlivňujícími faktory libida a sexuálního vzrušení jsou neurotransmitery, peptidy a hormony. Sexuální vzrušení zvyšují látky jako dopamin, oxytocin a serotonin. Naopak hormon prolaktin sexuální touhu reaktivuje (Roztočil, 2011).

Sexuální vzrušení začíná reakcí mozku na podnět (obraz, myšlenku, fantazii, vůni apod.), která vzbuzuje touhu. Dochází ke změnám krevního průtoku v cévách a ke zvýšení sekrece estrogenů a androgenů (Rob et al., 2008; Roztočil, 2011).

Fyziologie ženské pohlavní reakce a pohlavního styku znázorňují dva modely, model Masterse a Johnsonové a biopsychosociální model. Model Masterse a Johnsonové popisuje

čtyři fáze sexuálního prožitku. Tou první fází je **sexuální vzrušení** – excitace, kdy dochází k podráždění vlivem tělesné nebo psychogenní stimulace. Narůstá plynule a probouzí pohlavní orgány. Ve fázi **plató** maximálně narůstá vzrušení a u některých žen dochází k orgasmu. Fáze plató je popisována jako plošina na vrcholu kopce, kdy žena prožívá pocit slasti. Třetí fází je **vyvrcholení** – orgasmus, který trvá několik sekund. Ženský orgasmus je slabší a delší na rozdíl od mužů, kteří zažívají orgasmus intenzivnější, ale kratší. Dochází k uvolnění svalového napětí a ženou je často vnímán jako pocit tepla a uvolnění s doprovázejícími stahy vaginálního vchodu. Po fázi vyvrcholení následuje **uvolnění** – rezoluce trávající delší dobu. Ustupuje výrazné prokrvení a oblast genitálu se navrácí do původního stavu (Rob et al., 2008; Pastor, 2007; Pastor, 2010; Roztočil, 2011).

2.3 Hysterektomie

2.3.1 Abdominální hysterektomie

Abdominální hysterektomie vyžaduje provedení širokého otevření dutiny břišní za účelem přístupu k operované děloze. Tento přístup je používán v případě zvětšené dělohy, u pacientek s úzkou pochvou, s rizikem četných srůstů v malé pánvi a pro nádory v malé pánvi. V gynekologii je používán **suprapubický transverzální řez** tzv. Pfannenstielův (příčný řez nad sponou stydkou) a **dolní střední laparotomie** (svislý řez ve střední čáře). Touto cestou se protínají následující vrstvy břišní stěny: kůže, podkožní tuk, fascie šikmých břišních svalů, přímé břišní svaly a pyramidální svaly a nástěnné peritoneum. Po proniknutí do stěny břišní musí operující gynekolog dbát na opatrnost při podvázání děložních cév a na močový měchýř, který se nachází na přední straně dělohy (Roztočil, 2011; Fait, 2007; Kobilková, 2005).

2.3.2 Vaginální hysterektomie

Vaginální hysterektomie je odstranění dělohy pochvou. Vaginální cestou se odstraňují menší dělohy bez indikace k odstranění vaječníků. Operatér proniká mezi dělohu a konečník vzadu a mezi dělohu a močový měchýř vpředu. Dále protíná vazy, které drží dělohu a v malé pánvi a děložní cévy. Nakonec oboustranně přeruší vejcovod a odstraní dělohu. Pochva je uzavřena stehem a zavěšena na ponechané děložní vazy. Nejčastější indikací je například myomatózní děloha, metroragie a prekancerózní změny na děložním čípku. Výhodou vaginální operace oproti abdominální je šetrnost k pacientkám, dokonalý kosmetický efekt a také příznivější a snazší pooperační průběh (Roztočil, 2011; Fait, 2007; Kobilková, 2005).

2.3.3 Laparoskopická hysterektomie

Laparoskopická hysterektomie (LH) je alternativou abdominální hysterektomie. Výhody spočívají především v minimálním poškození břišní stěny, v poklesu pooperačních bolestí a v rychlejší rekonvalescenci po operaci. Mezi laparoskopickou hysterektomií řadíme **totální laparoskopickou hysterektomií (TLH)**, kterou definujeme jako kompletní laparoskopickou disekci dělohy, po jejímž ukončení leží děloha volně v pánvi. Z důvodu technické náročnosti a delší operační době dávají gynekologové přednost **laparoskopicky asistované vaginální hysterektomií (LAVH)**. Jedná se o takový operační výkon, kdy je část provedena laparoskopicky s následným odstraněním dělohy vaginální cestou. K indikacím LAVH patří: zánětlivá onemocnění v pánvi, která vyžadují rozrušení adhezí, endometrióza vyžadující léčbu, přítomnost útvarů v pánvi, omezená mobilita dělohy, ostrý infrapubický oblouk, úzká vagina bez descenzu a ligace infundibulopelvickeho ligamenta pro odstranění vaječníku umožňující dokončení vaginální hysterektomie. LAVH se skládá z části úvodní - laparoskopické, následně vaginální a opět z části laparoskopické, což je náročnější oproti TLH, která je laparoskopicky jednofázová. Je-li ligatura děložních tepen prováděna z poševního vchodu, hovoříme o tzv. **superiorním typu** LAVH. Pokud jsou ale koagulace a protěti uterinních tepen provedeny laparoskopicky, jedná se o **typ inferiorní** (Mára et al., 2009; Roztočil, 2011; Nezhat, 2008).

2.3.4 Operace na děloze

Podle rozsahu operace lze rozlišit **hysterektomií prostou** – hysterectomy sine adnextomia, kdy je odstraněna pouze děloha a vaječníky jsou ponechány. **Hysterektomie s adnexetomií** – spolu s dělohou je odstraněn vejcovod i vaječník na jedné nebo obou stranách. Nejčastějšími indikacemi tohoto výkonu jsou „myomy“ – nádory vyrůstající ze svaloviny dělohy, cysty vaječníků, které se časem mohou stát i nebezpečnými. **Radikální hysterektomie** – odstranění dělohy včetně vazivových struktur. Radikální hysterektomií volíme u objemných (bulky) nádorů s velikostí nad 4 cm (Rob et al., 2008; Fait, 2007; Cibula et al., 2009).

2.3.5 Příčiny hysterektomie

Mezi nejčastější příčiny této gynekologické operace řadíme **karcinom** – nádor, tumor, což je nezvratná změna tkáně. Důležité je včasné zachycení prekancerózy (buněčná změna), která může následně vést k maligní (zhoubné) změně tkáně. Proto ženy edukujeme o pravidelných kontrolách v gynekologické ordinaci, kde obvykle časná stádia nádorového bujení lékař zachytí. Další příčinou jsou benigní (nezhoubné) nádory z hladkých svalových buněk

myometria – **myomy**. Ty jsou závislé na estrogenech, a proto se v menopauze zmenšují. „*Děložní myom (leiomyoma uteri, uterine fibroid) je nejvíce známým a nejčastěji se vyskytujícím zhoubným nádorem v oblasti ženského genitálního traktu.*“ (Holub 2009, s. 13). Třetí nejčastější příčinou je **endometrióza**. Jedná se o nezhoubné onemocnění postihující ženy převážně v reprodukčním věku. Endometrium (výstelka dutiny děložní) se nachází mimo dutinu děložní. Nejčastěji se vyskytuje v oblasti malé pánve – vaječník, vejcovod, děložní vazy, pánevní peritoneum a rektovaginální septum. Toto onemocnění se projevuje dysmenoreou (bolestivá menstruace), dlouhodobými bolestmi v podbřišku, bolestmi při pohlavním styku a poruchou plodnosti (Mára et al., 2009; Kučera, 2007; Cibula et al., 2009).

2.3.6 Komplikace hysterektomie

Jedna z nejzávažnějších komplikací během operace je **silné krvácení**, které vyžaduje převod krve, nebo **poranění okolních orgánů** – střeva, močový měchýř, močovod a velké cévy. Tyto komplikace mohou ovlivnit průběh operace jako je zvětšení operační rány, přechod z laparoskopie na otevřenou operaci nebo dokonce zahájení nové operace. Stejně jako u všech jiných operací i u této operace hrozí **riziko otlaku nervů končetin** na operačním stole. Následkem je porucha citlivosti a hybnosti, která časem ustupuje. K časným komplikacím také řadíme **poruchy dechu a srdečního rytmu** (Mára et al., 2009; Fait, 2007).

K pooperačním komplikacím přiřazujeme **poruchy vyprazdňování močového měchýře** a stejně tak i **poruchu střevní pasáže**. Prevencí je postupné zatěžování střev dietou. Snížená obranyschopnost organismu může způsobit **infekci** v místě hojení rány. To řešíme lokálními obvazy s pomocí hojivých a desinfekčních přípravků. Vzácně dochází i k infekcím močových cest a malé pánve (Mára et al., 2009; Fait, 2007).

2.3.7 Následky hysterektomie

Následky hysterektomie jsou poměrně jasné. Žena, které byla odstraněna děloha, nemůže již otěhotnět a nedostavuje se pravidelné krvácení (menstruace). Po rozsáhlejším výkonu na děloze také může dojít k sestupu poševního pahýlu (Fait, 2007; hysterektomie, 2013).

2.3.8 Předoperační péče o ženu

Ve většině případů gynekologických operací, se jedná o plánovaný operační výkon. Žena je tedy po gynekologické stránce na operaci připravena vyšetřeními, která tuto operaci indukují (Roztočil, 2011).

Cíl biologických potřeb je, aby porodní asistentky připravily klientku na výkon po stránce biologické. Do předoperační péče řadíme **přípravu operačního pole** – hygiena, oholení pubického ochlupení, při laparoskopickém výkonu očistíme pupek, učiníme výplach pochvy a dle zvyklostí pracoviště aplikujeme vaginální léky. Důkladná interní příprava, miniheparizace pacientky dle ordinace lékaře a bandáže dolních končetin jsou důležité jako **prevence TEN** (trombembolické nemoci). Nezapomínáme ani na **lačnění** pacientky před výkonem a na **vyprázdnění tlustého střeva** – klyzma. Podle rozsahu výkonu zvolíme buď spontánní **vyprázdnění močového měchýře** ještě před premedikací, nebo zavedeme permanentní močový katétr (Roztočil, 2011).

Pochopitelně, podstupující chirurgický zákrok- hysterektomie, je pro pacientky často příčinou velké obavy. Chování ženy před operací je tedy ovlivněno strachem, úzkostí, studem a pocitem méněcennosti. V tomto období je důležité, aby klientka všechny své obavy vyjádřila slovně. Pomůžeme jí vhodným rozhovorem, taktním jednáním a podporou, která je v tomto případě nepostradatelná. Sledujeme také její reakce na informace, které má a které od nás obdržela (Roztočil, 2011; hysterectomy, 2012).

2.3.9 Pooperační péče o ženu

Cílem biologických potřeb je návrat sebezpěče a soběstačnosti v co nejkratší době. Dbáme zásadám všeobecné pooperační péče. Pacientka je po operaci převezena na JIP ke stabilizaci stavu. Na standardním oddělení pak porodní asistentka ukládá klientku do polohy, která jí vyhovuje a monitoruje: **základní životní funkce** (krevní tlak, pulz, SpO₂, dech, vědomí a tělesnou teplotu), **bolest**, **operační ránu**, **krvácení**, **sekreci drénů** a jejich funkčnost, všechny **invazivní vstupy**, **močový katétr** a **bilanci tekutin**. Aplikaci léků a provedení odběrů provádí porodní asistentka dle ordinací lékaře. Dále pak porodní asistentka hodnotí úroveň sebezpěče klientky, pozoruje projevy infekce a zavedený močový katétr odstraňuje co nejdříve. V pooperačním období nastává problém s odchodem plynů a s tím spojené bolesti břicha. Nutností je tedy přiměřený pohyb, s rehabilitací se proto začíná již 0. den po operaci, a to aktivizací na lůžku (Roztočil, 2011).

Často dochází ke měnám v sebepojetí, především v oblasti sexuální aktivity, intimity a plnění role ženy. Klientky se záměrně vyhýbají řešení gynekologických problémů. Jsou uzavřené a bojí se verbalizace svých obav. Vhodné jsou dobře kladené otázky, které nám pomohou odhalit obavy pacientky. V pooperačním období znovu ženě vysvětlíme, co pro ni hysterektomie znamená. Vyvrátíme mylné představy, že odstranění dělohy znamená menopauzu a končí sexuální život. Klientce se snažíme poskytnout, co nejvíce informací (Roztočil, 2011).

2.4 Návrat do každodenního života

Hysterektomie představuje pro ženu traumatickou zkušenost. Nejedná se pouze o bolest spojenou s chirurgickým výkonem, ale především o psychickou újmu. Většina žen vnímá odstranění dělohy jako ztrátu ženství (Život po hysterektomii, 2013)

2.4.1 Psychika ženy

Hysterektomie patří mezi nejčastější gynekologické operace. Nezpůsobuje u psychicky zdravých žen žádné dlouhodobé psychické následky. Objeví-li se nějaká negativní reakce, jedná se s největší pravděpodobností o ženy s depresí v anamnéze. Nejčastější zátěží pro ženu po operaci jsou partnerské problémy. Jde zejména o pokles apetence (sexuální touha). Svou roli zde mají i neurologické faktory a strach z vývoje nemoci. Přibývá také psychosomatických onemocnění způsobené především karcinomem (hysterektomie, 2013; Roztočil, 2011; Rob et al., 2008).

2.4.2 Pohlavní život

Nebylo prokázáno, že by hysterektomie měla vliv na sexuální funkce ženy. Změna libida, frekvence pohlavních styků, frekvence a stupeň orgasmu nejsou tedy ovlivněny. U patientek s radikální hysterektomií pro zhoubný nádor, je problém sexuální dysfunkce spojený spíše s psychickým stavem. Ženy se většinou obávají z dalšího progresu onemocnění a jeho vliv na partnerské a rodinné vztahy. Každá gynekologická operace by tedy měla být prováděna psychoterapeutickým zásahem a sexuologickou poradou, kterou by měla absolvovat žena spolu s partnerem (hysterektomie, 2013; Rob et al., 2008; Roztočil, 2011).

2.4.3 Fyzická rekonvalescence

Po operaci by žena měla počítat s několika měsíci klidnějšího režimu. Za standardní dobu je považovaných 6 měsíců. Vyhýbat by se tak měla zvedání těžších břemen nad 15 kilogramů

z důvodu sestupu pochvy. Klidový režim bezprostředně po operaci je 2 týdny u vaginální a laparoskopické operace a 6 týdnů u abdominální operace skrze otevřený přístup na břicho (život po hysterektomii, 2013).

2.4.4 Hormonální terapie

Při odstranění dělohy i s vaječníky dojde k náhlému poklesu ženských pohlavních hormonů, a to zejména u mladších žen, kde byly vaječníky ještě plně funkční. Následkem je nástup přechodových znaků – návaly horka, pocení, bušení srdce, bolesti hlavy, poruchy spánku, změny nálad a další. Nízká koncentrace estrogenů vede také k rozvoji osteoporózy. Není-li kontraindikace, nasazuje se co možná nejdříve **hormonální substituční terapie (HST)**, ta spočívá v denní aplikaci estrogenu a progestinu bez přestávky. Kontraindikacemi k HST jsou neléčený karcinom prsu a endometria, hluboká žilní trombóza a těžké poškození jater. Důvodem k vysazení HST jsou například silné bolesti hlavy charakteru migrény, příznaky embolie, poruchy zraku a sluchu, žloutenka, výrazný vzestup krevního tlaku a těhotenství. Mezi nežádoucími účinky se objevují žaludeční obtíže, napětí v prsou, nevolnost, otoky dolních končetin a zvýšení tělesné hmotnosti (Rob et al., 2008; Cibula et al., 2010).

3 Praktická část

3.1 Cíle a hypotézy

3.1.1 Cíle

Zjistit, jaké jsou nejčastější změny v životě ženy po hysterektomii.

Zmapovat jaká je informovanost žen o tomto zákroku.

Zjistit, jak jsou ženy spokojeny s kvalitou svého života po operaci.

3.1.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že většina žen bere ztrátu menstruace jako pozitivum pro jejich život.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že hysterektomie u více jak 50 % žen neomezuje jejich sexuální život.

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že méně jak 50 % žen užívá po operaci hormony.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že většina dotazovaných žen je srozuměna s riziky a následky této operace.

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že 70 % žen vnímá hysterektomii jako přínosnou operaci pro svůj život.

3.2 Metodika výzkumu

Výzkum byl proveden kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Osloveny byly ženy po hysterektomii. Dotazník byl anonymní a obsahoval 20 otázek, z toho 5 polootevřených a 15 uzavřených otázek.

Bakalářská práce má 3 cíle a k nim stanovených 5 hypotéz. Otázka č. 1 zjišťuje věkovou kategorii dotazované ženy. Otázky č. 2, 3, 4 a 5 se týkají menstruace, její bolestivosti a omezení během běžných činností. V otázkách č. 6, 7 a 8 zjišťují sexuální život žen. Otázky jsou zaměřeny na změny sexuální touhy a nepohodlí při pohlavním styku. Otázka č. 9 je zaměřena na poruchy vylučování. Otázkou č. 10 zjišťují vliv hysterektomie na hmotnost žen a otázka č. 11 se vztahuje k hormonální substituční terapii. Otázky č. 12, 13, 14 a 15 se zabývají o psychickou stránku žen. Zjišťují únavu, návaly, znepokojivé pocity ztráty a úzkostné až depresivní stavy žen. V otázce č. 16 ženy hodnotí možné komplikace při operaci a dopad na jejich zdraví. Otázky č. 17, 18, 19 jsou zaměřeny na informovanost žen o hysterektomii a v poslední 20. otázce ženy samy hodnotí, zda je jejich život po hysterektomii kvalitnější.

3.2.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Dotazník byl zaměřen na ženy po hysterektomii. Osloveny byly ženy především v mém okolí a ochotně odpovídaly na všechny otázky. Řádně bylo vyplněno 100 dotazníků a ty byly následně zařazeny do výzkumu.

3.2.2 Průběh výzkumu

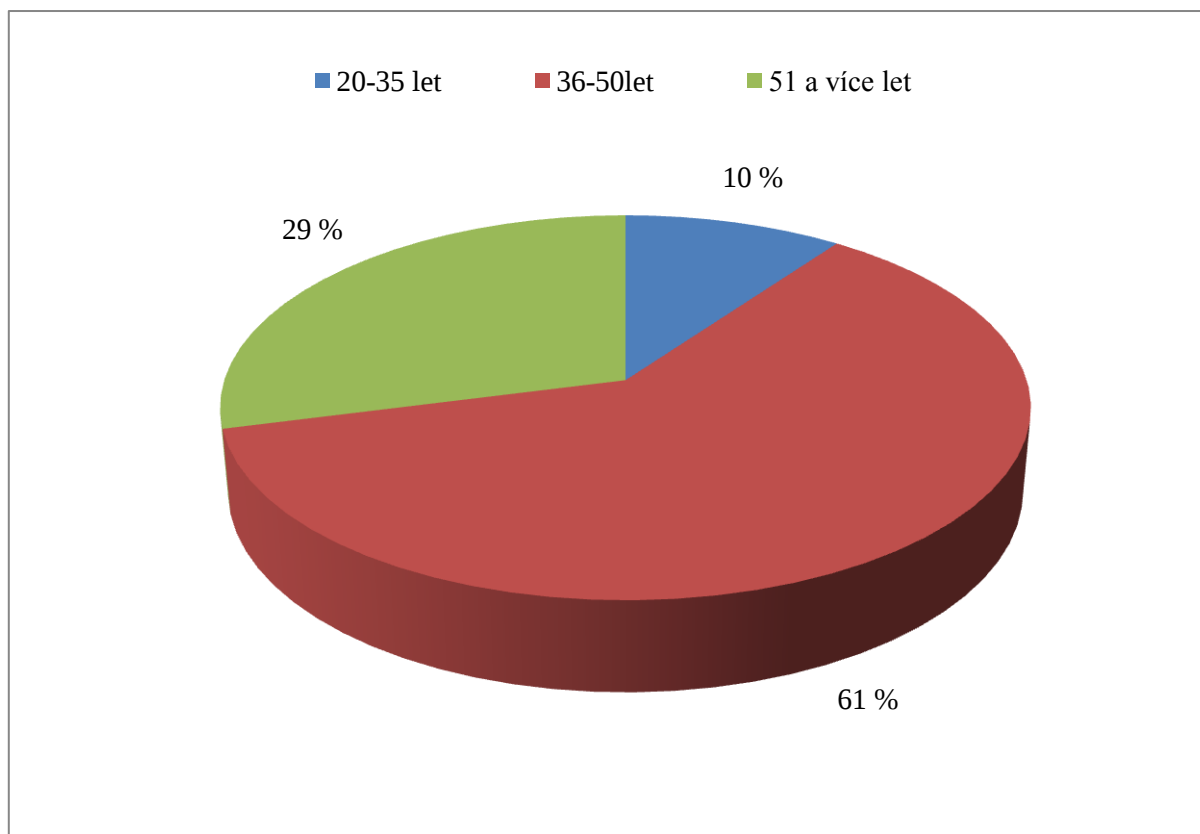
Výzkum probíhal od prosince 2014 do března 2015. Dotazníky vyplňovaly ženy z Pardubického, Královéhradeckého a Středočeského kraje.

3.2.3 Zpracování dat

Data byla zpracována pomocí programů Microsoft Word a Microsoft Excel. Výsledky byly uspořádány do grafů s krátkými komentáři.

3.3 Výsledky výzkumu

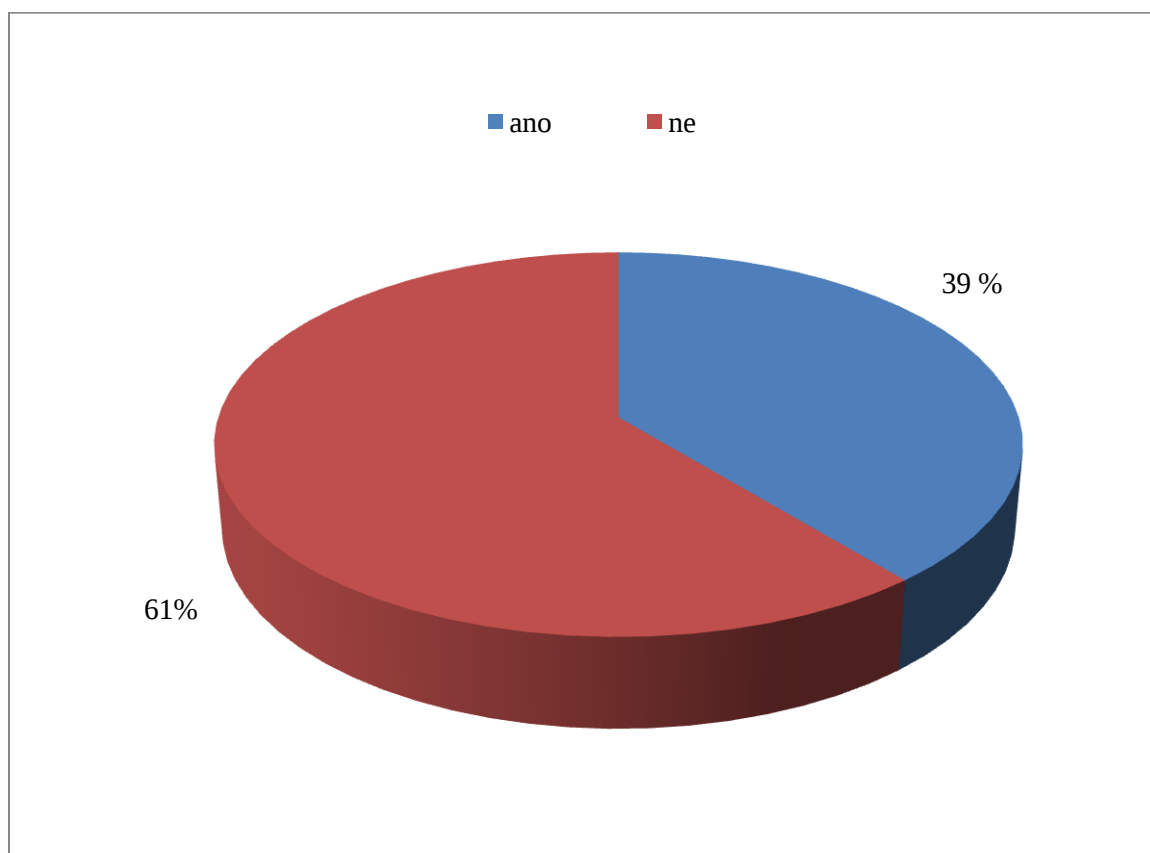
Otázka č. 1: V jaké věkové kategorii se nacházíte?



Graf 1 - věková kategorie

Z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných respondentek, patří do věkové kategorie 20 - 35 let 10 (10 %) dotazovaných, do věkové skupiny 36 – 50 let spadá 29 (29 %) respondentek. Věkovou skupinu 51 a více let, uvedlo za svoji 61 (61 %) dotazovaných žen.

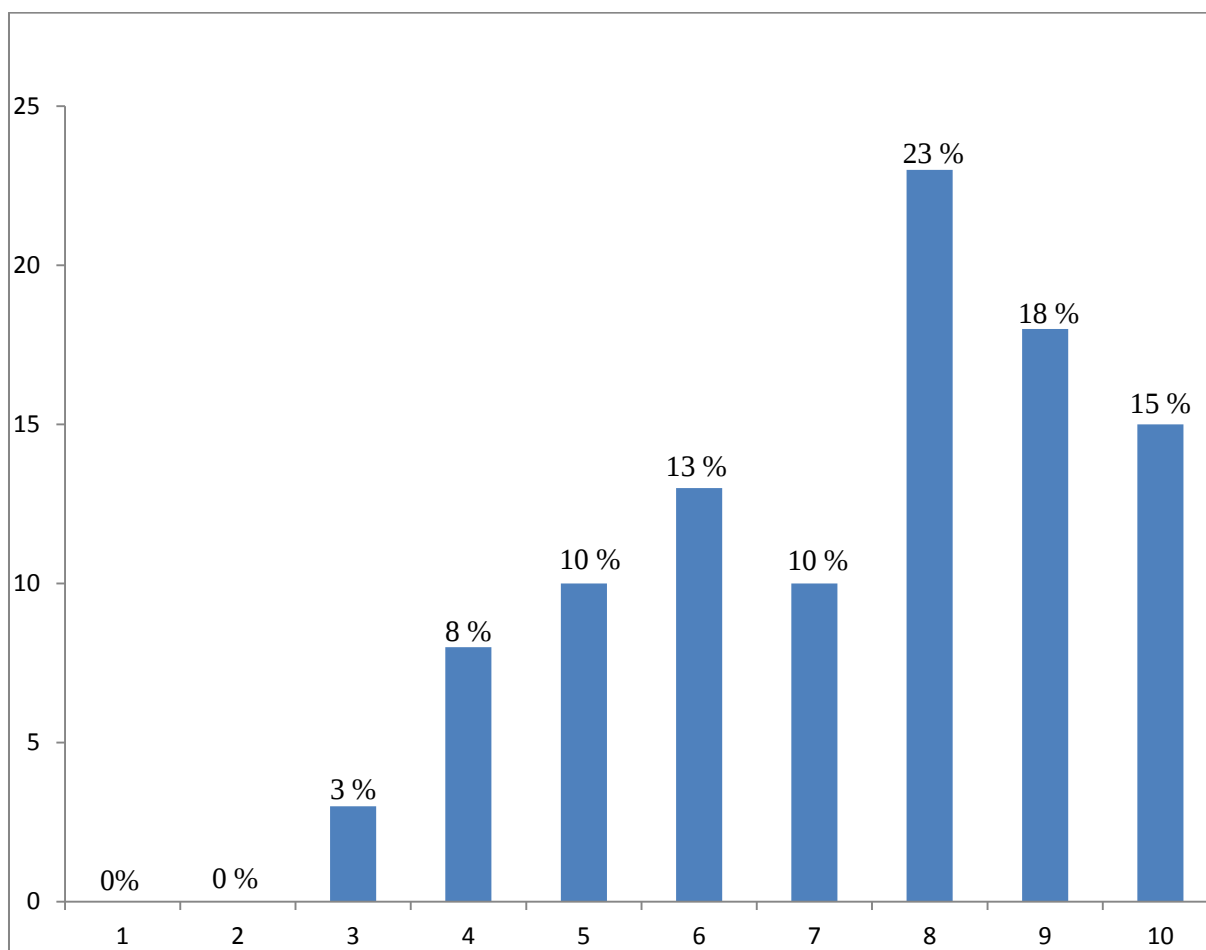
Tab. č. 2: Podstoupila jste hysterektomii z důvodu silné/bolestivé menstruaci?



Graf 2 - silná/bolestivá menstruace před hysterektomií

Ze 100 (100 %) dotazovaných žen uvedlo 39 (39 %) respondentek, že podstoupily hysterektomii z důvodu silné/bolestivé menstruace. U 61 (61 %) žen nebyla silná/bolestivá menstruace příčinou hysterektomie.

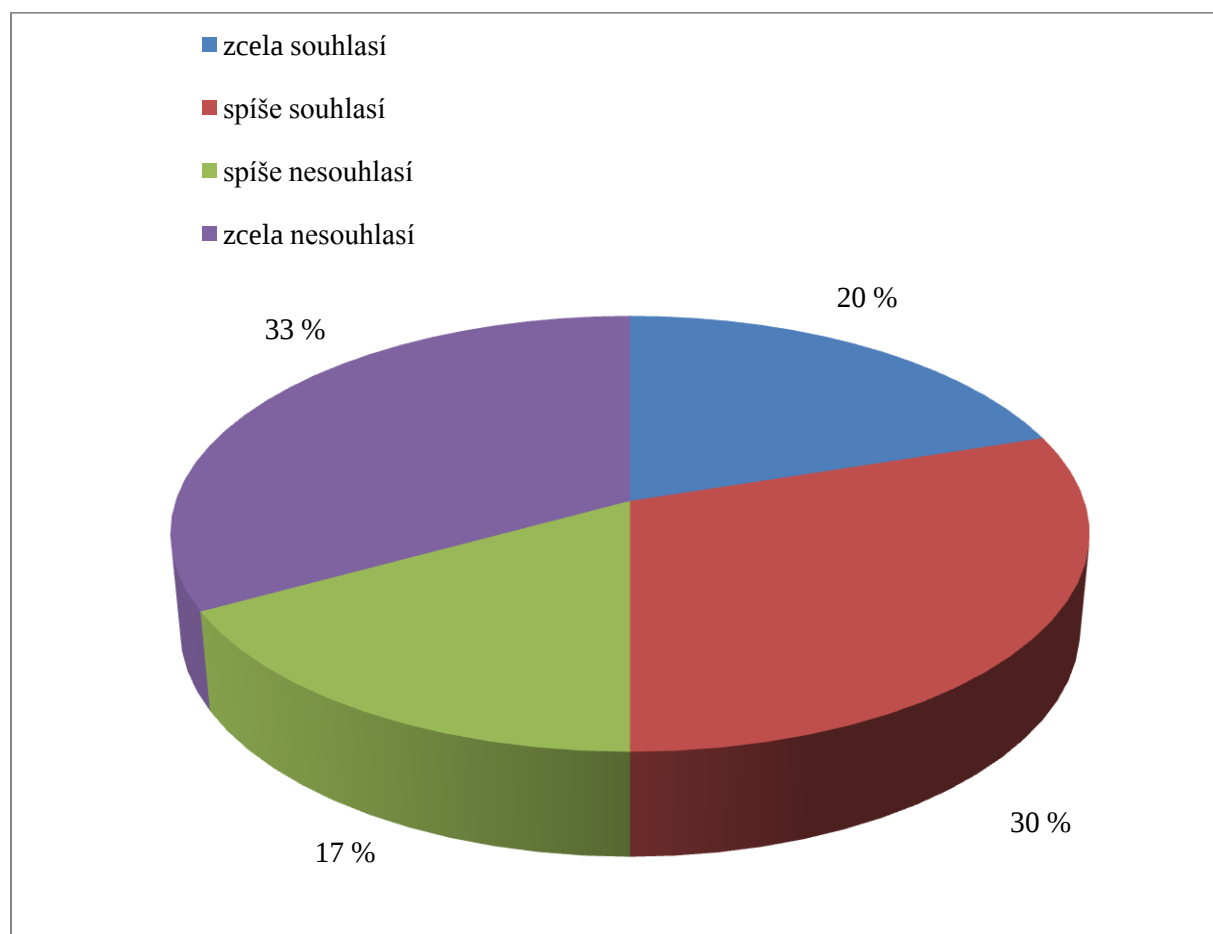
Otázka č. 3: Jak silné menstruační bolesti jste měla před menstruací?



Graf 3 - škála bolesti

Tato otázka navazuje na otázku č. 2. Dotazované ženy, které podstoupily hysterektomii z důvodu silné/bolestivé menstruace v této otázce hodnotily bolest menstruace na škále od 1 do 10, přičemž 1 – žádná bolest a 10 – nejvyšší bolest, kterou si dokáží představit. Z celkového počtu 39 (100 %) žen žádná žena nezvolila na bodové škále **číslo 1 a 2**. S **číslem 3** souhlasila 1 (3 %) žena, **číslo 4** zvolily 3 (8 %) ženy. S **číslem 5** se na bodové škále ztotožnily 4 (10 %) respondentky, stejně jako s **číslem 7**. **Číslo 6** zvolilo 5 (13 %) z dotazovaných žen. **Číslo 8** uvedlo 9 (23 %) žen, tedy nejvíce. 7 (18 %) respondentek zvolilo číslo 9 a nejvyšší možnou bolest - **číslo 10** uvedlo 6 (15 %) z dotazovaných žen.

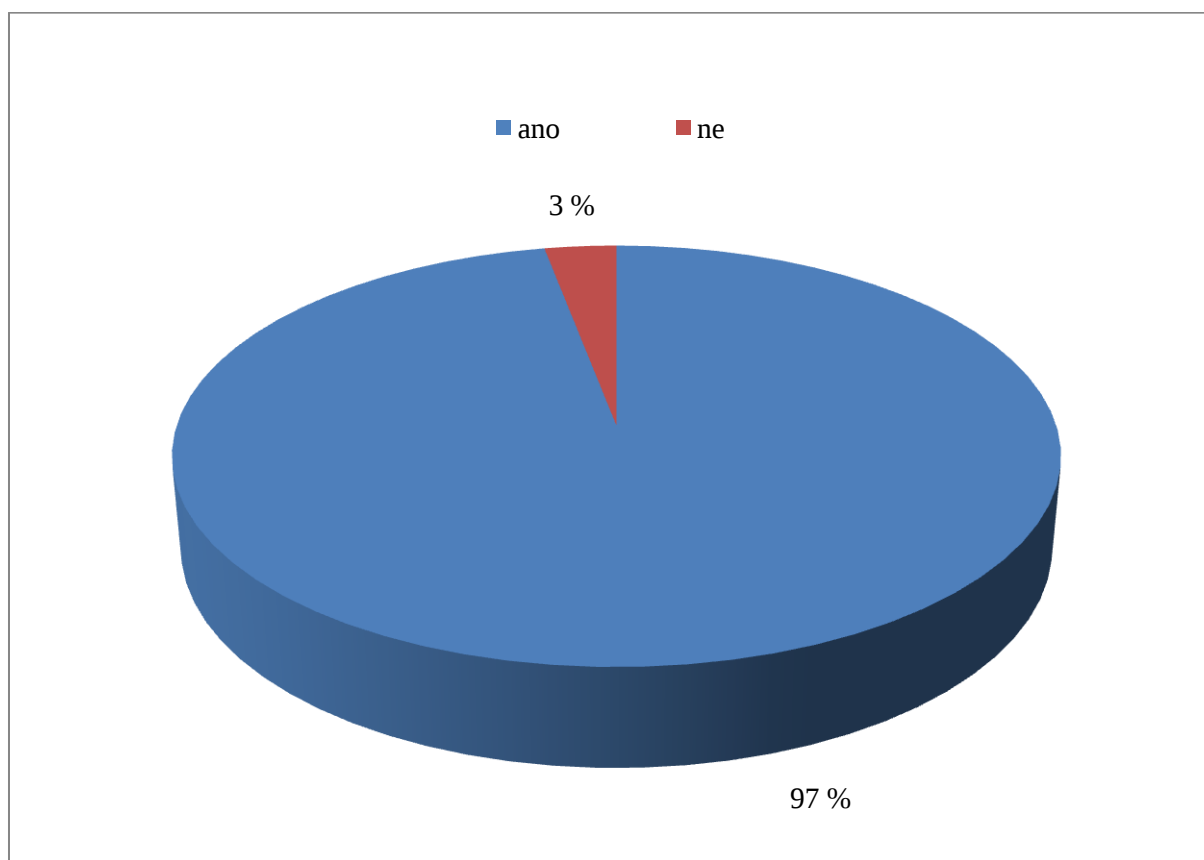
Otázka č. 4: Omezovala Vás bolest při běžných činnostech?



Graf 4 - omezení při běžných činnostech

Na tuto otázku odpovídalo 39 (100 %) dotazovaných žen. Otázka, zda ženy obtěžovala menstruační bolest při běžných činnostech, odpovědělo 8 (20 %) respondentek, že zcela souhlasí a 12 (30 %) respondentek spíše souhlasilo. Odpověď spíše nesouhlasí, zvolilo 6 (17 %) dotazovaných žen a možnost zcela nesouhlasí, zvolilo 13 (33 %) respondentek.

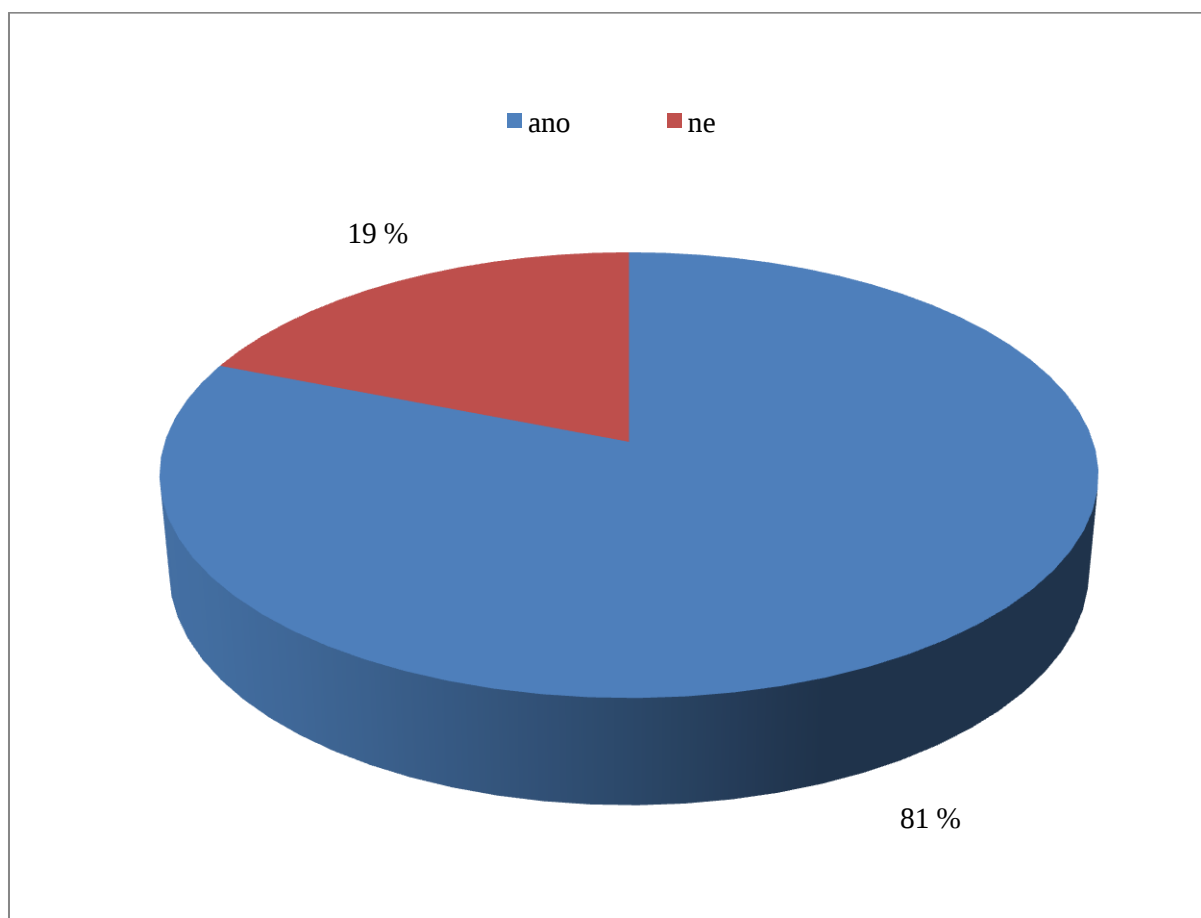
Otázka č. 5: Jste spokojena s absencí menstruace?



Graf 5 - spokojenost s absencí menstruace

Z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných žen je 97 (97 %) spokojených s absencí menstruace a 3 (3 %) ze 100 (100 %) žen menstruaci postrádají.

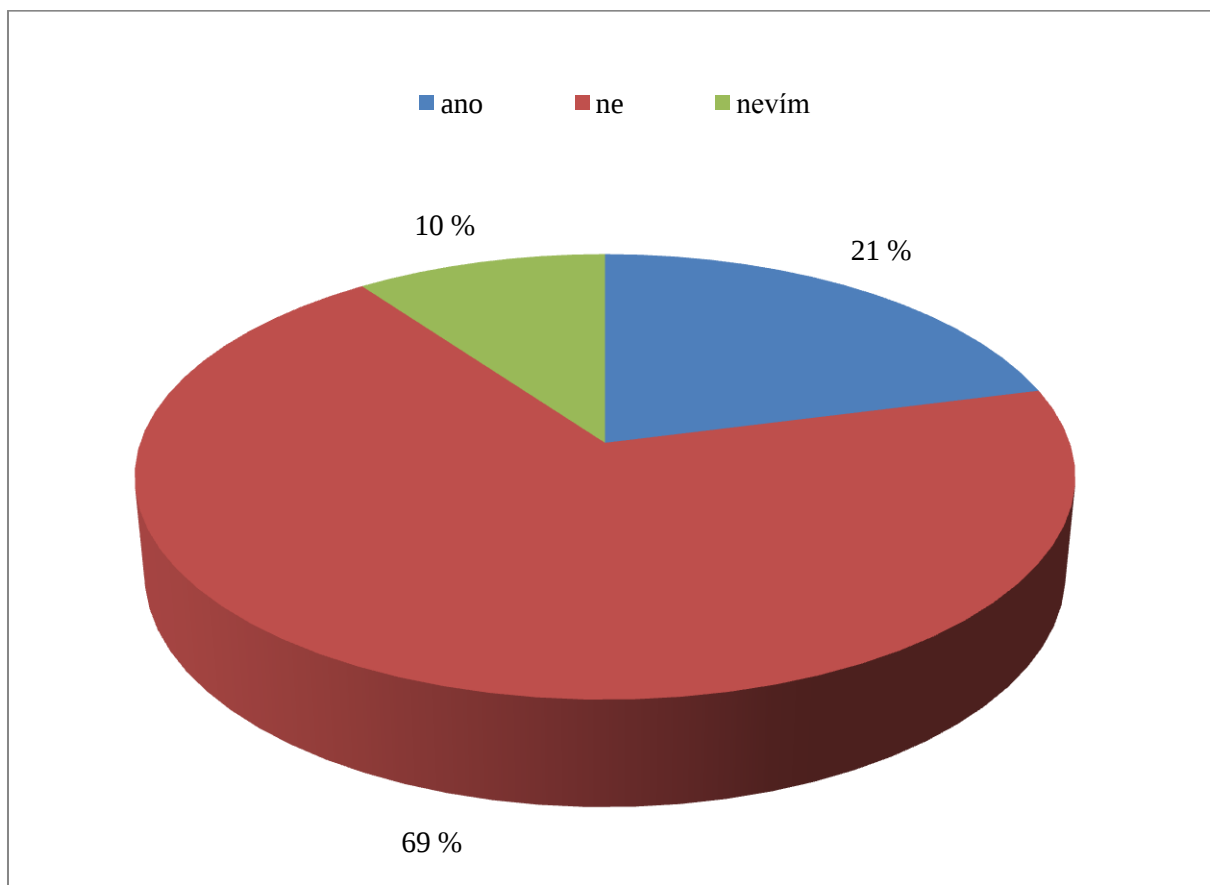
Otázka č. 6: Udržujete aktivní sexuální život?



Graf 6 - sexuální život

Zde odpovědělo 81 (81 %) z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných žen, že udržují aktivní sexuální život a 19 (19 %) respondentek uvedlo, že sexuálním životem již nežije.

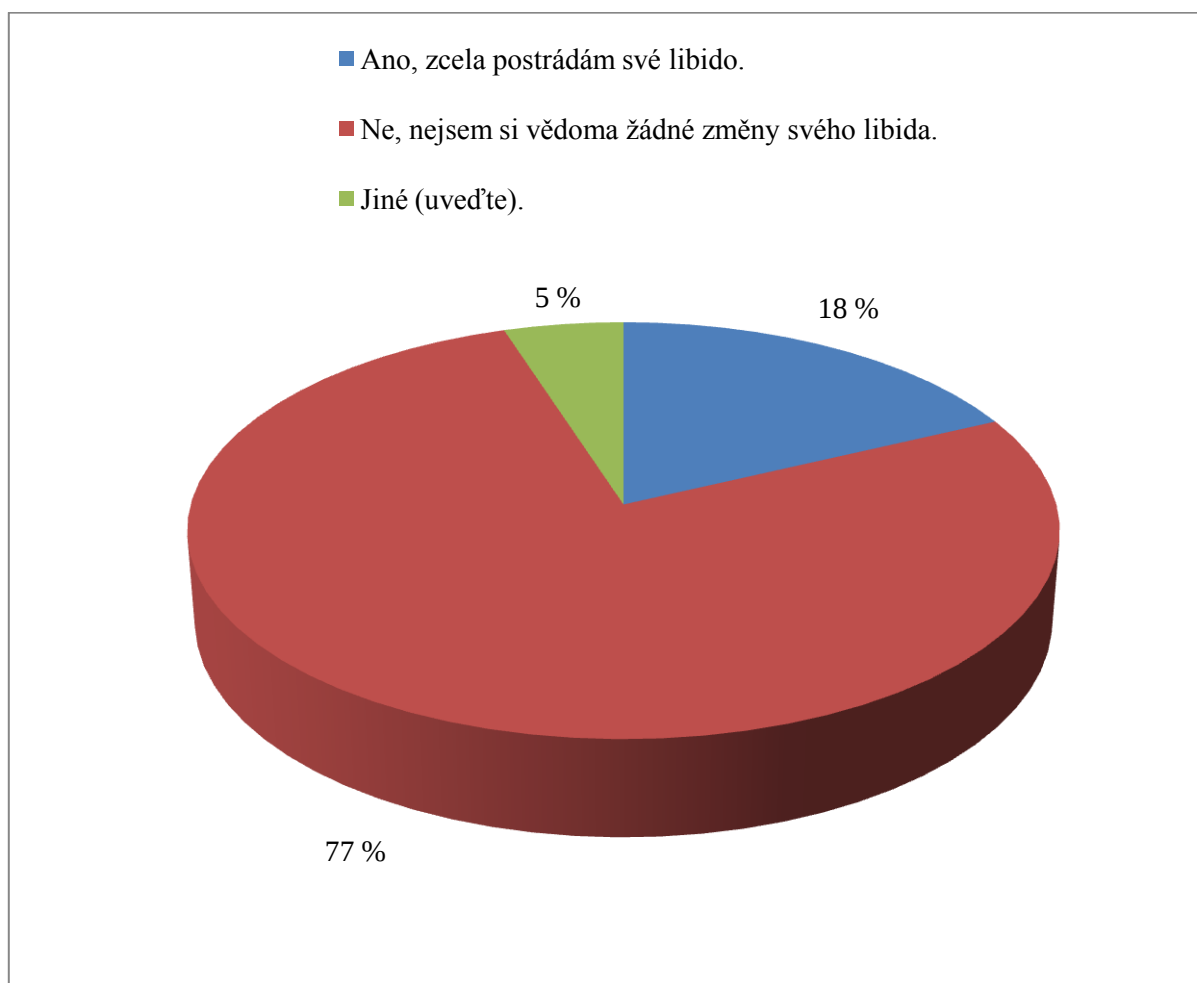
Otázka č. 7: Pociťujete nepohodlí či jakákoli omezení během pohlavního styku?



Graf 7 - nepohodlí během pohlavního styku

Tato otázka navazuje na předchozí otázku, otázku číslo 6. Z celkového počtu 81 (100 %) respondentek, které odpověděly, že žijí aktivní sexuální život, je 17 (21 %) žen, které pociťují omezení či jakákoli nepohodlí během pohlavního styku. 56 (69 %) respondentek nepociťuje žádnou změnu při pohlavním styku a 8 (10 %) dotazovaných žen neví, zda pociťuje omezení či jakákoli nepohodlí během pohlavního styku.

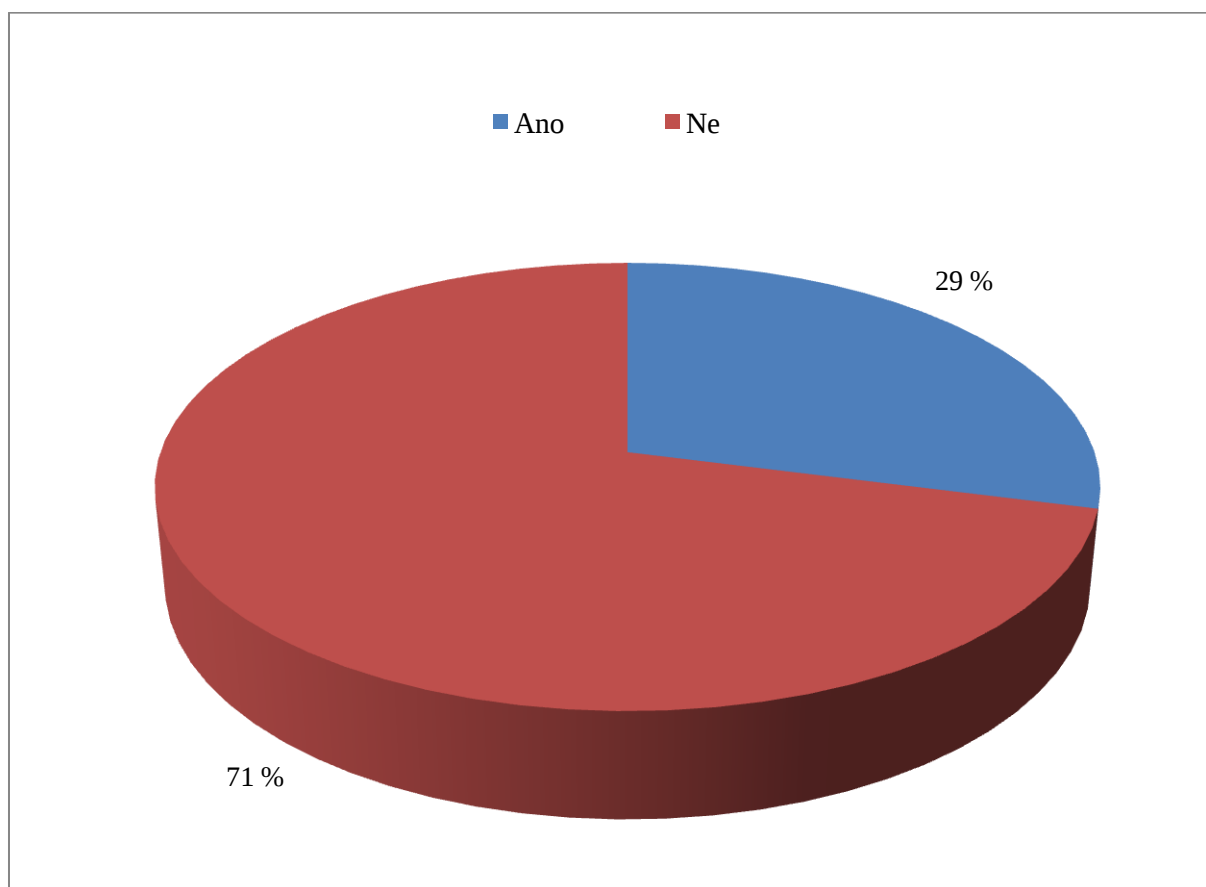
Otázka č. 8: Zaznamenáváte u sebe ztrátu pohlavní touhy po operaci?



Graf 8 - ztráta pohlavní touhy

Tato otázka má opět návaznost na otázku číslo 6. Z celkového počtu 81 (100 %), které odpověděly, že žijí aktivním sexuálním životem, je 15 (18 %) těch, které uvedly, že zcela postrádají své libido. Žádné změny ve svém libidu nepocítuje 62 (77 %) dotazovaných žen a 4 (5 %) respondentky uvedly jiné možnosti. První žena uvedla, že se její touha po sexu po operaci zvýšila. Druhé ženě se chutě na sex zmenšily, nicméně zůstaly stále ještě na dostatečné úrovni. Další respondentka zaznamenala výrazný pokles pohlavní touhy a poslední dotazovaná žena byla 4 týdny po operaci, proto se zatím pohlavního styku zdržuje, ale ztrátu pohlavní touhy nezaznamenává.

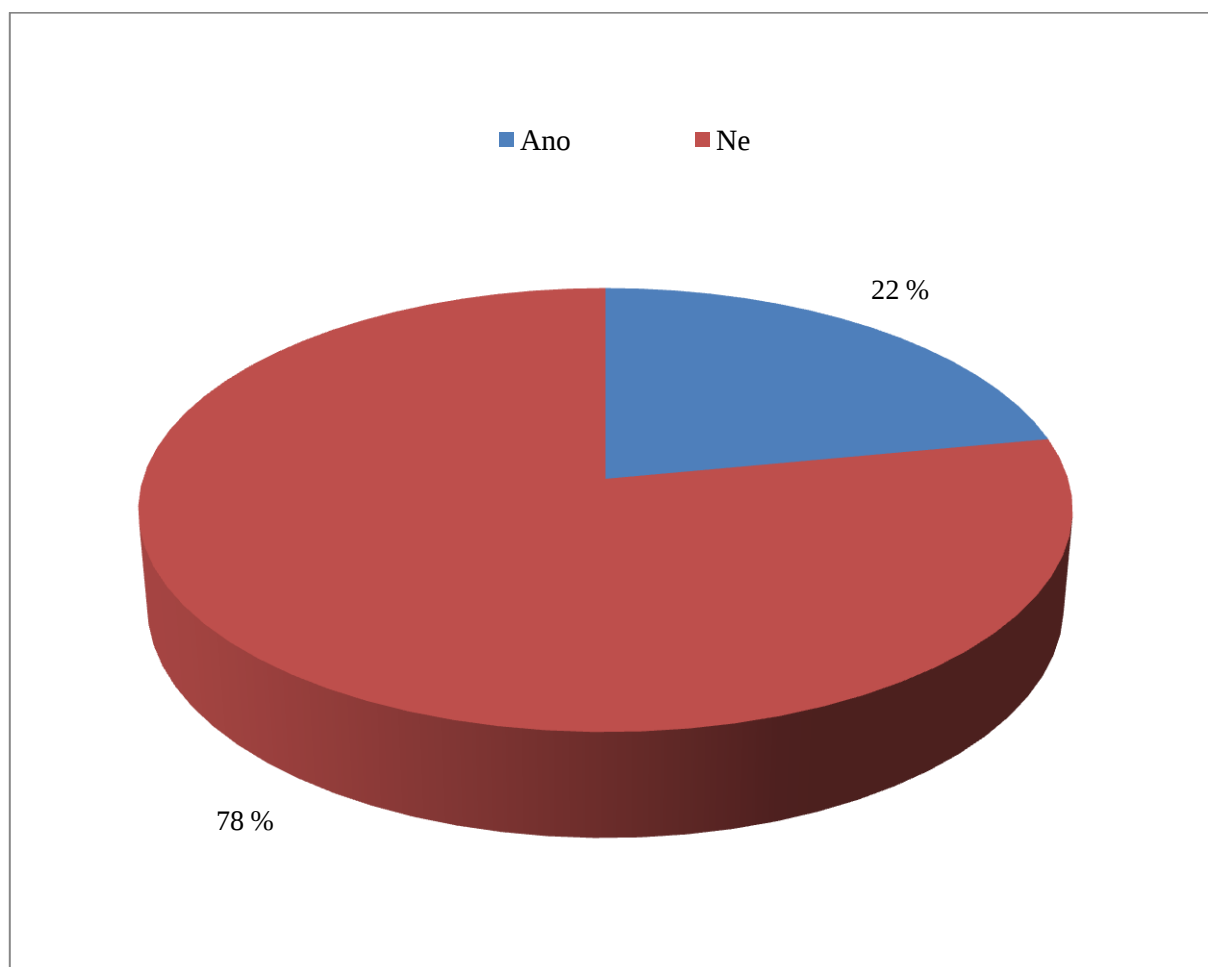
Otázka č. 9: Nastaly u Vás po operaci problémy s vylučováním?



Graf 9 - problémy s vylučováním

Z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných žen 71 (71 %) uvedlo, že u nich nenastaly problémy s vylučováním. Zbýlých 29 (29 %) žen uvedlo, že se potýkají s problémem vylučování po operaci.

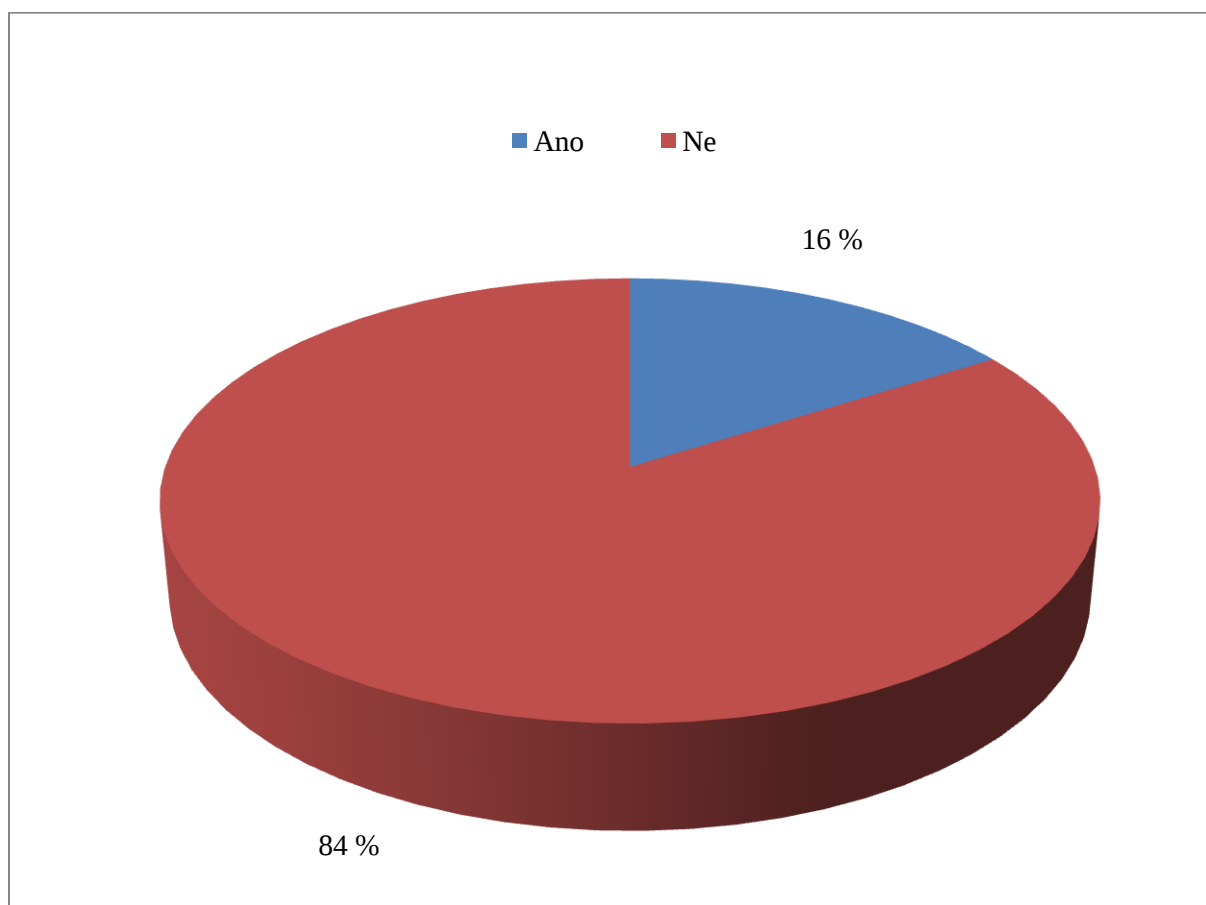
Otázka č. 10: Měla hysterektomie vliv na vaši hmotnost?



Graf 10 - vliv hysterektomie na hmotnost

Z celkového počtu dotazovaných žen, uvedlo 22 (22 %), že hysterektomie měla vliv na jejich hmotnost. 78 (78 %) respondentek odpovědělo, že naopak hysterektomie neměla vliv na jejich hmotnost.

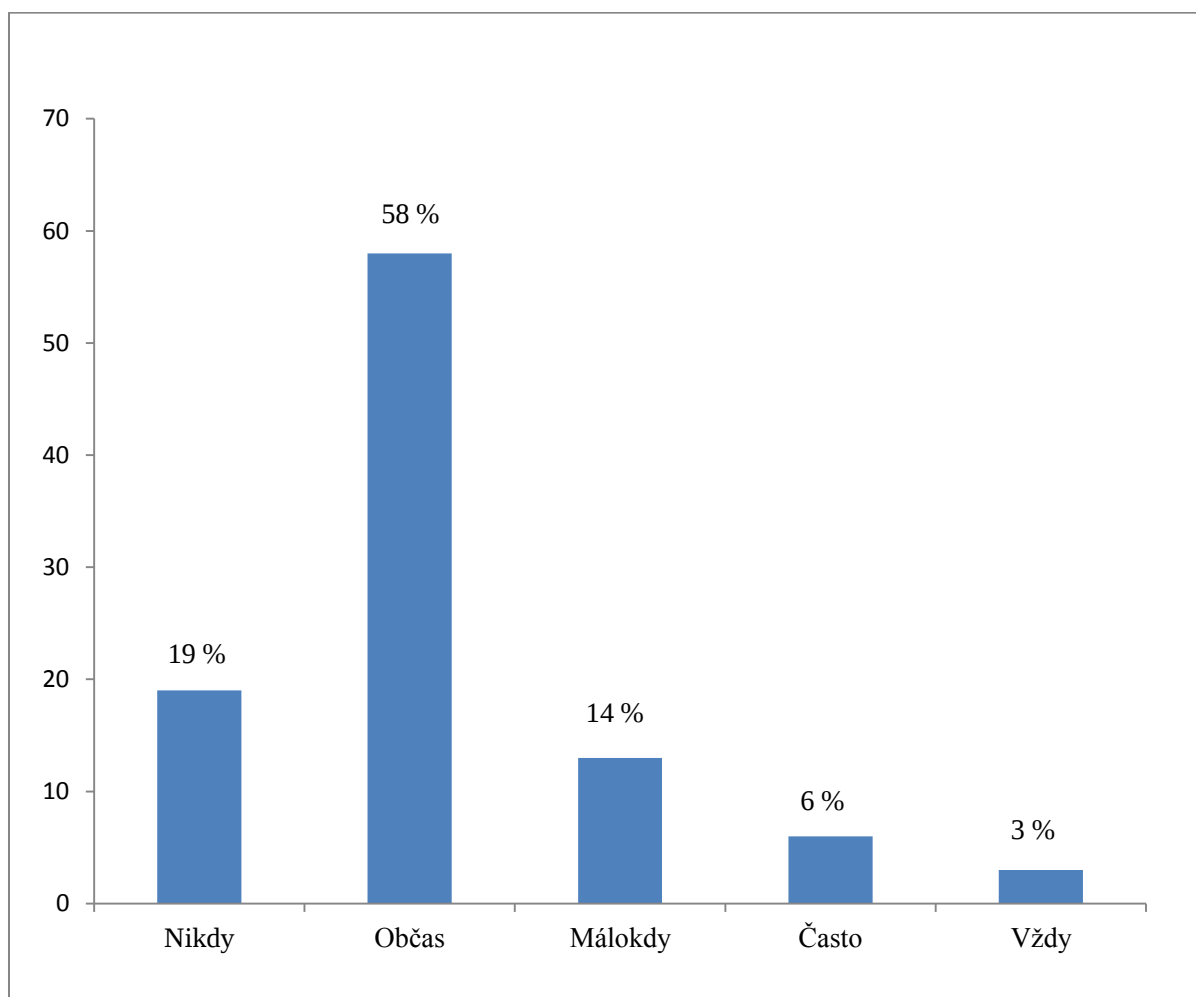
Otázka č. 11: Užíváte po operaci hormony?



Graf 11 - užívání hormonů

Z celkového počtu dotazovaných žen 100 (100 %), které vyplnily dotazník, 84 (84 %) odpovědělo, že žádné hormony po operaci neužívají. 16 (16 %) respondentek užívá hormony po operaci.

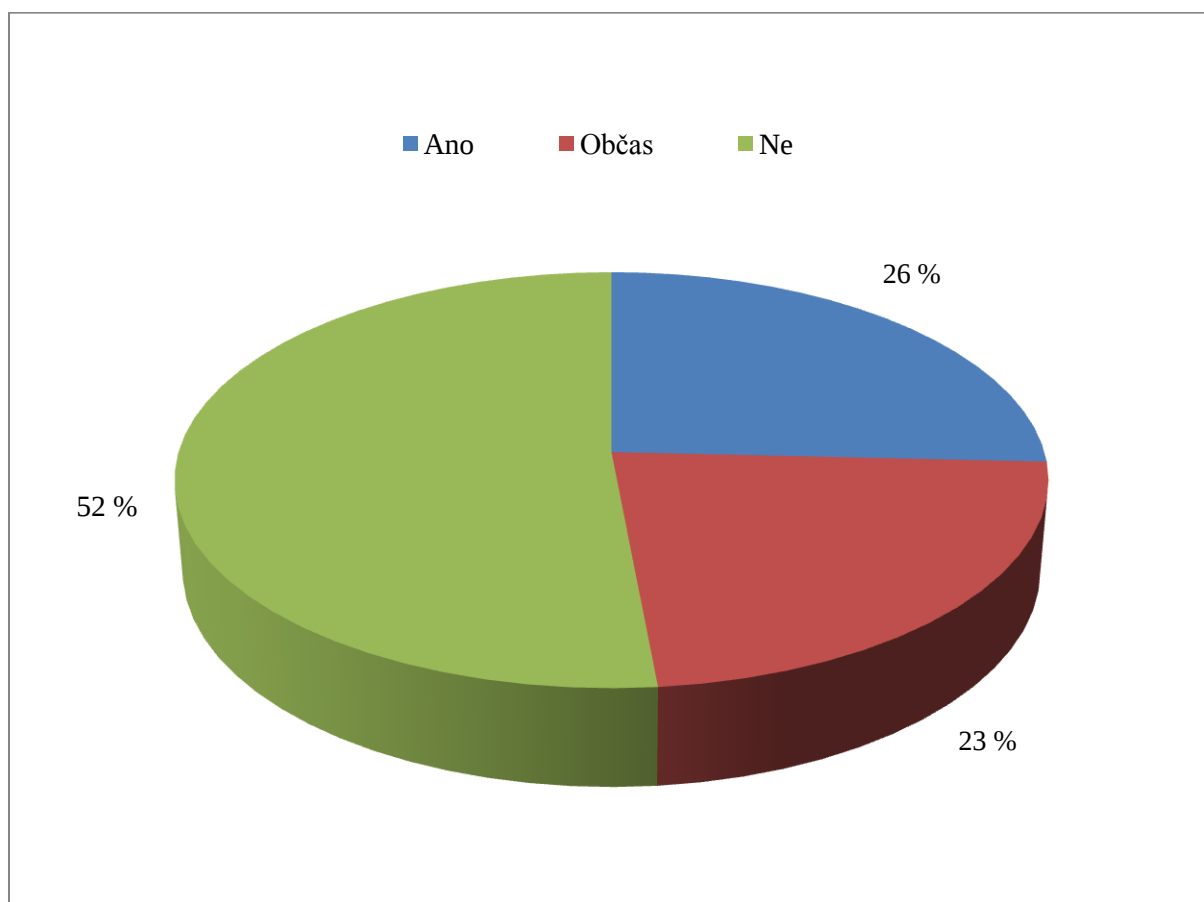
Otázka č. 12: Pociťujete zvýšenou únavu během dne?



Graf 12 - zvýšená únava

Dle výsledku výzkumu 58 (58 %) dotazovaných žen cítí občas únavu během dne. 19 (19 %) žen odpovědělo, že nikdy nepocítily žádnou únavu během dne po prodělané operaci a 14 (14 %) respondentek zvolilo odpověď málokdy. S častou únavou se setkává 6 (6 %) dotazovaných žen a s odpovědí vždy se ztotožnily 3 (3 %) respondentky.

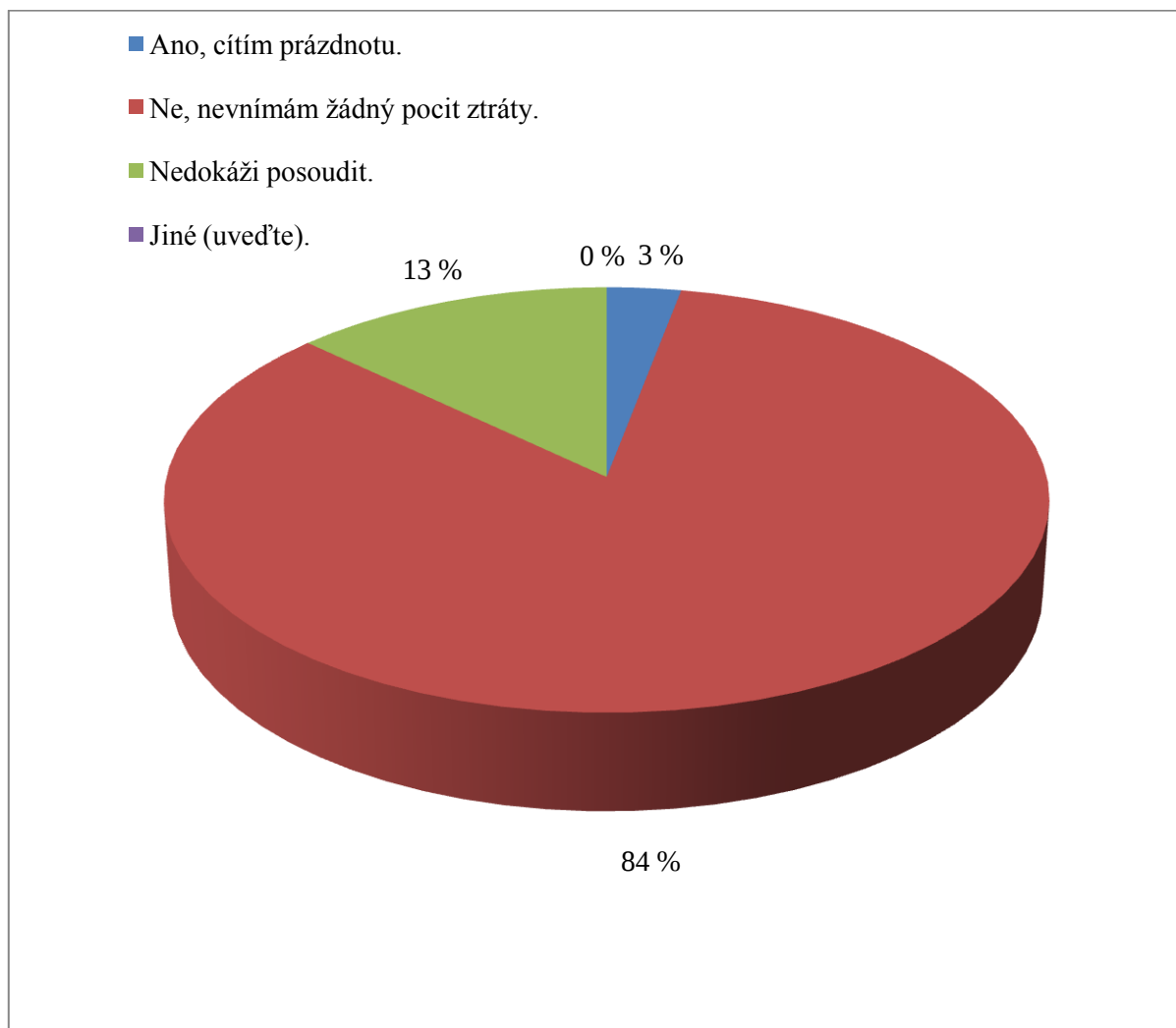
Otázka č. 13: Zpozorovala jste u sebe návaly, které jste dříve neměla?



Graf 13 - návaly

Z celkového počtu dotazovaných žen, 52 (52 %) u sebe nezaznamenaly žádné návaly. 26 (26 %) žen souhlasí s tím, že u sebe zaznamenaly návaly, které dříve neměly a 23 (23 %) respondentek si jsou vědomy občasným návalů, které v minulosti neměly.

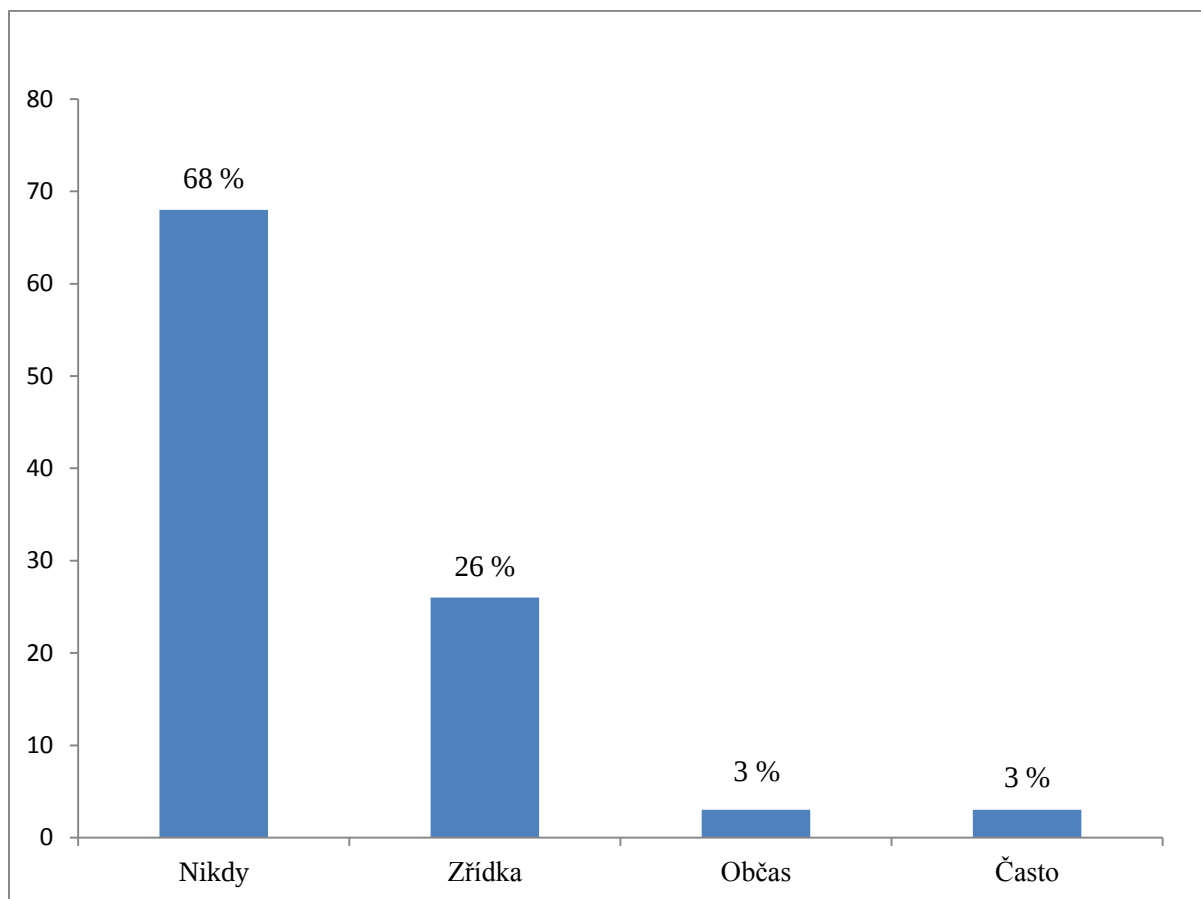
Otázka č. 14: Pociťla jste po odstranění dělohy znepokojivý pocit ztráty?



Graf 14 - pocit ztráty

Z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných žen, 84 (84 %) nevnímá žádný pocit ztráty po odstranění dělohy. Tuto situaci nedokáže posoudit 13 (13 %) žen a 3 (3 %) cítí prázdnotu po odstranění dělohy. Žádná z dotazovaných žen nezvolila jinou možnost, kterou by cítila po odstranění dělohy.

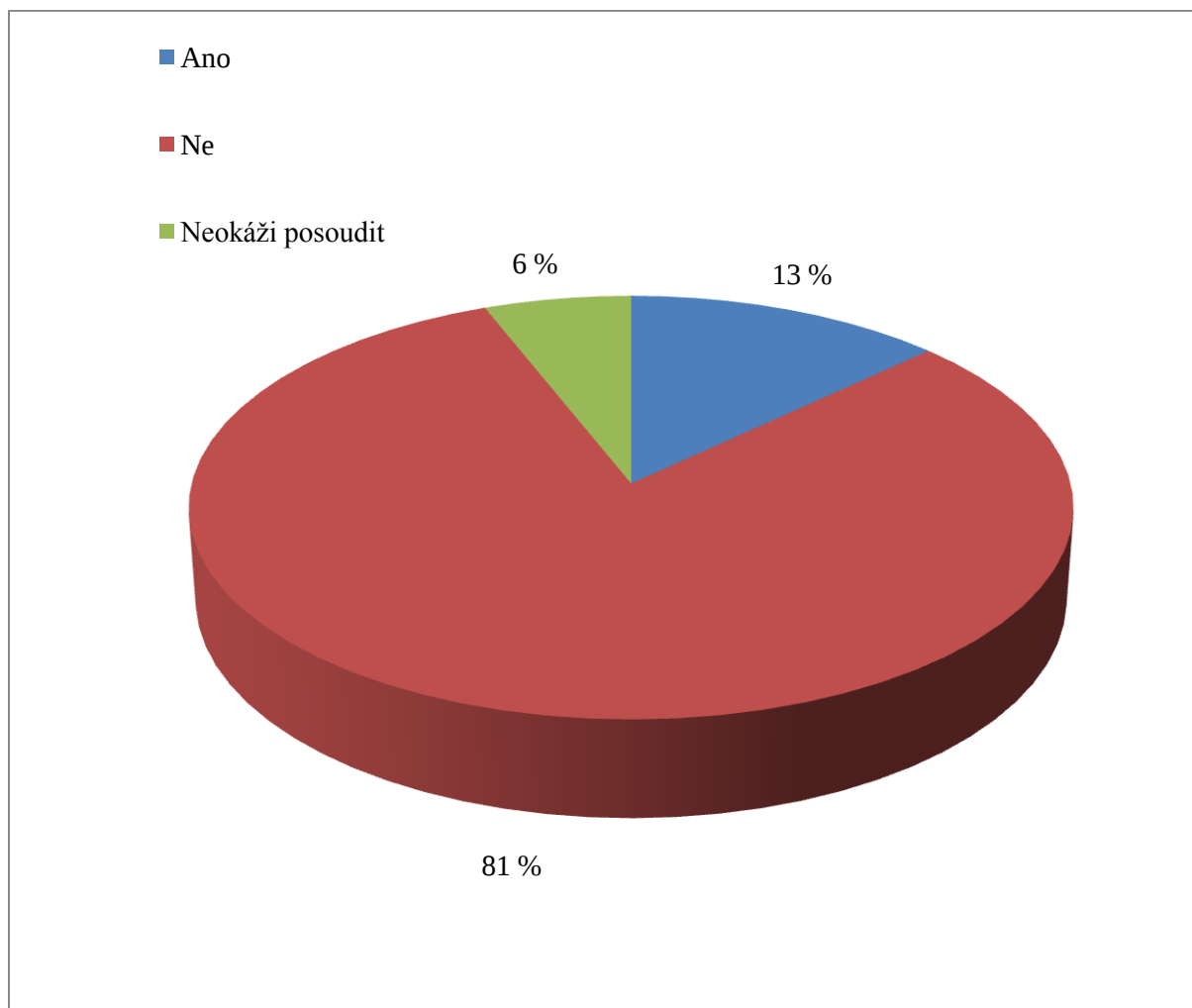
Otázka č. 15: Prožívala jste po absolvování tohoto zákroku úzkostné či depresivní změny?



Graf 15 - úzkostné či depresivní stavy

Dle výsledků výzkumu se 68 (68 %), z celkem 100 (100 %) dotazovaných žen, nikdy nesetkaly s úzkostnými či depresivními stavy po operaci. Odpověď zřídka zvolilo 26 (26 %) respondentek a s občasným výskytem úzkostných či depresivních stavů po operaci se ztotožnily 3 (3 %) z dotazovaných žen. Stejný počet žen, 3 (3 %) souhlasí s častým výskytem depresivních či úzkostných stavů.

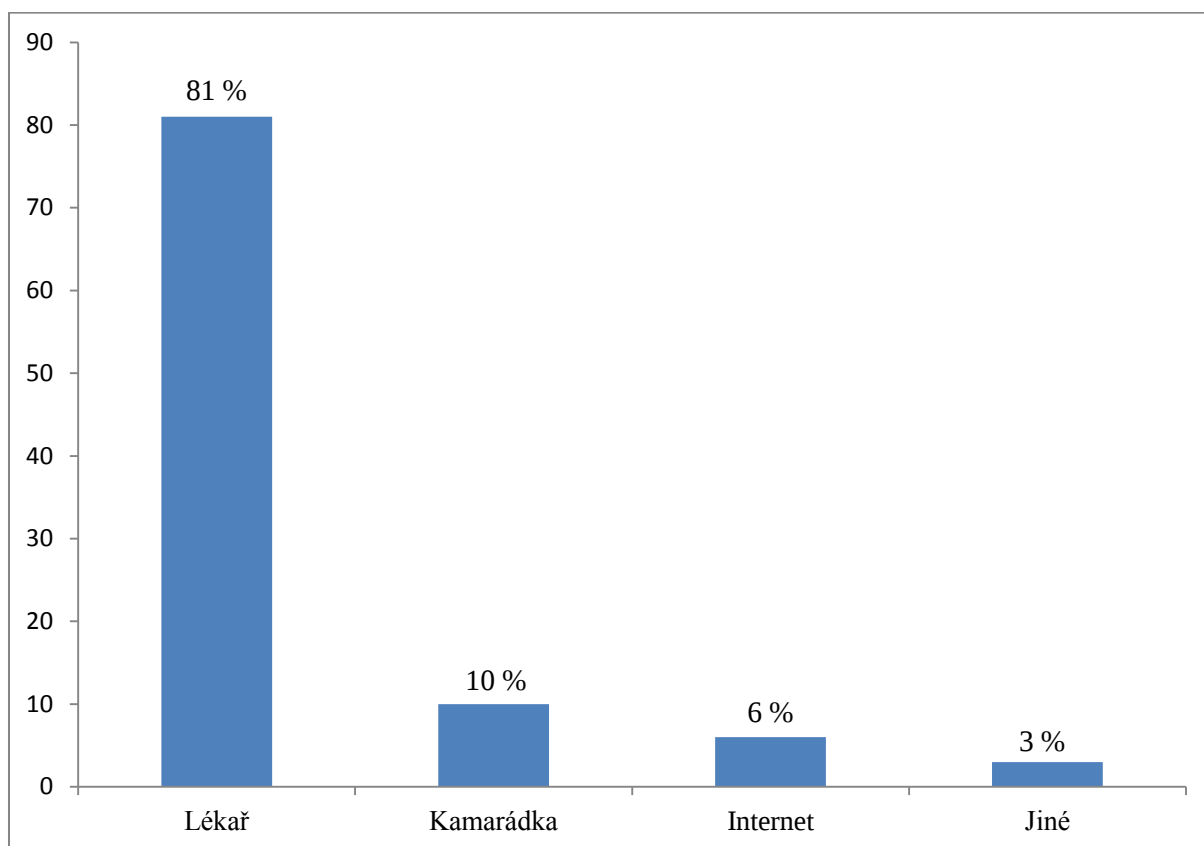
Otázka č. 16: Nastaly u Vás během operace komplikace, které měly negativní dopad na vaše zdraví?



Graf 16 - komplikace s negativním dopadem na zdraví

U 81 (81 %) dotazovaných žen nenastaly během operace žádné komplikace, které by měly negativní dopad na jejich zdraví. 13 (13 %) respondentek souhlasí s komplikacemi, které negativně ovlivnily jejich zdraví a 6 (6 %) z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných žen nedokáže posoudit, zda možné komplikace negativně ovlivnily jejich zdraví po operaci.

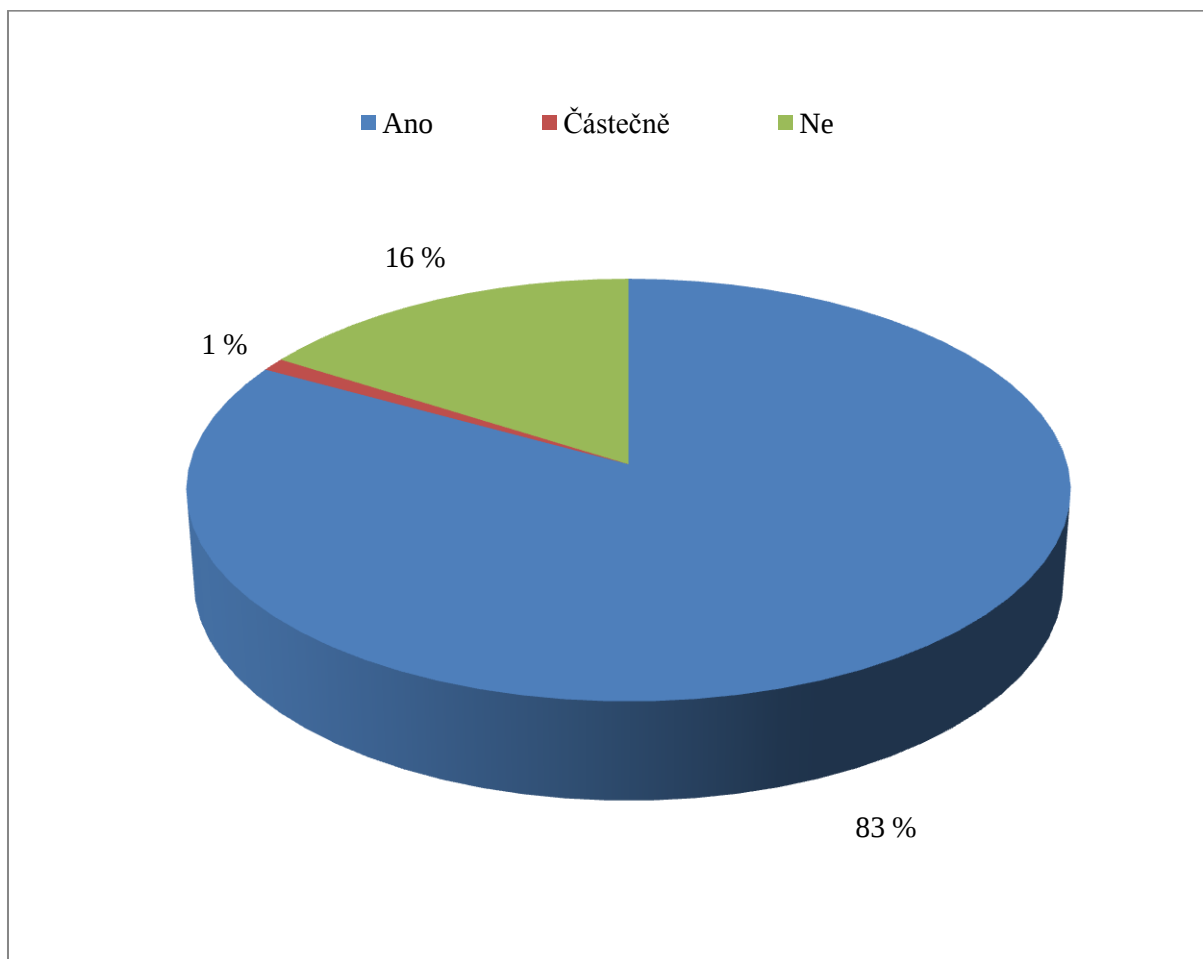
Otázka č. 17: Kde jste se o hysterektomii dozvěděla?



Graf 17 – získané informace o hysterektomii

Z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných žen se 81 (81 %) dozvěděly o hysterektomii od lékaře. 10 (10 %) žen o hysterektomii slyšely od své kamarádky. S možností odpovědi internetu souhlasí 6 (6 %) žen a 3 (3 %) respondentky uvedly, že se o hysterektomii dozvěděly z jiného zdroje.

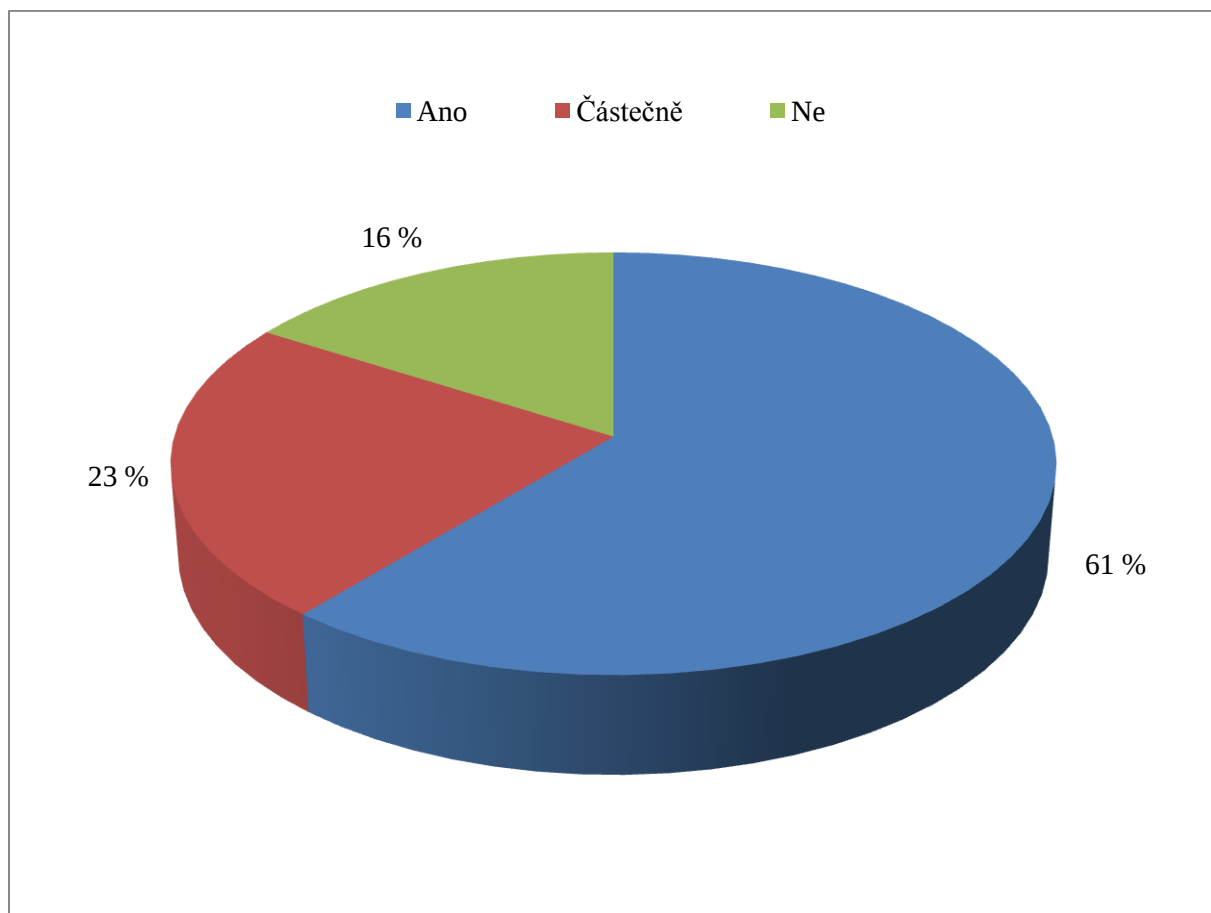
Otázka č. 18: Byla jste dostatečně informovaná o následcích této operace?



Graf 18 - informovanost o následcích operace

O možných následcích po operaci bylo dostatečně informováno 83 (83 %) z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných žen. 16 (16 %) respondentek si myslí, že nebyly dostatečně informované a 1 (1 %) žena byla částečně informovaná o následcích této operace. Tato žena postrádala informace spojené s komplikacemi operace, zejména to, že děloha je těžištěm v oblasti bederní páteře.

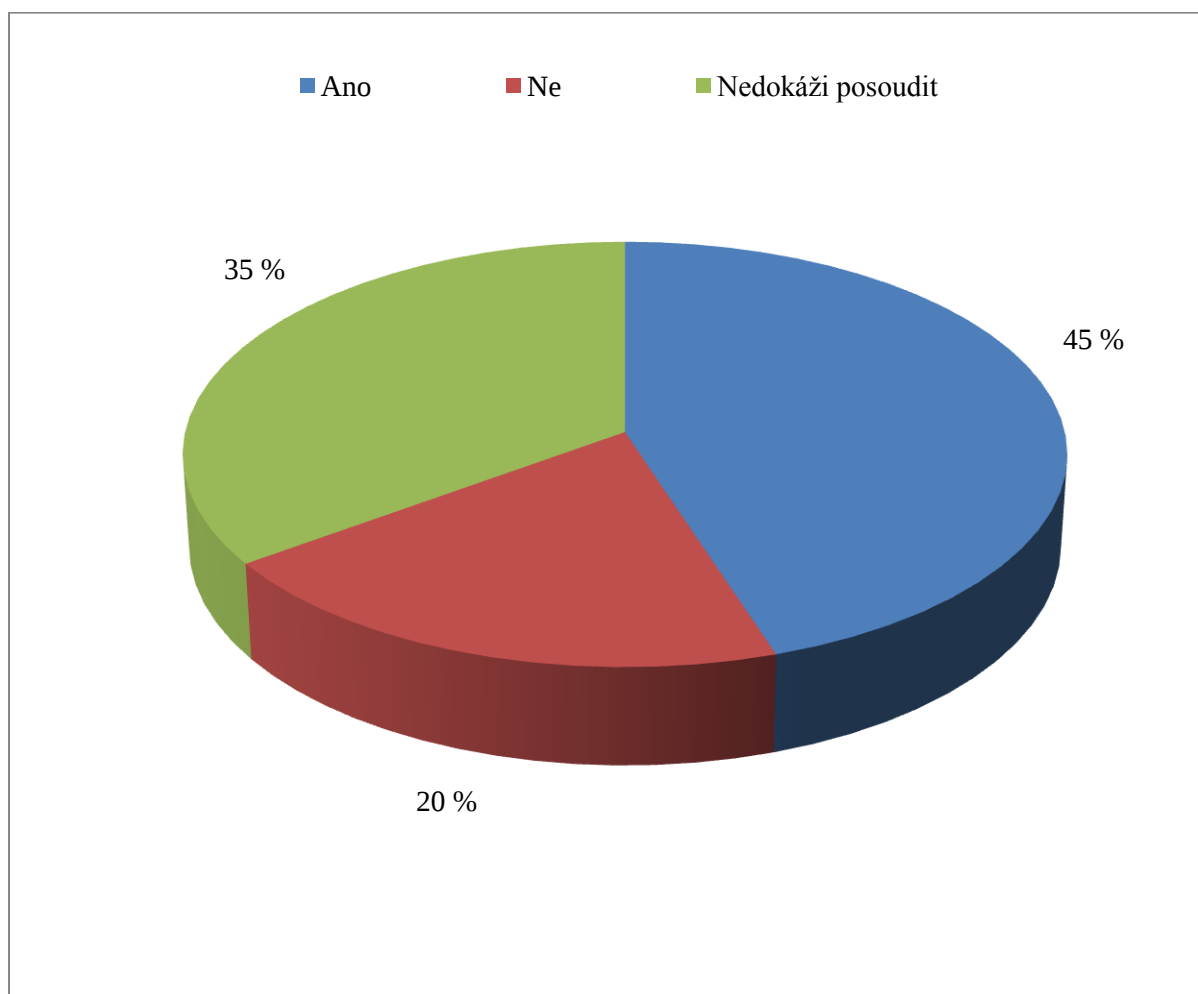
Otázka č. 19: Byla jste spokojena s množstvím informací, které Vám byly poskytnuty od svého ošetřujícího lékaře?



Graf 19 - spokojenost s množstvím informací

Z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných žen je 61 (61 %) spokojených s množstvím poskytnutých informací od jejich ošetřujícího lékaře. Částečnou spokojenost s množstvím poskytnutých informací uvedly 23 (23 %) ženy a 16 (16 %) respondentek jsou nespokojené s informacemi poskytnutými jejich ošetřujícími lékaři.

Otázka č. 20: Změnila hysterektomie kvalitu vašeho života k lepšímu?

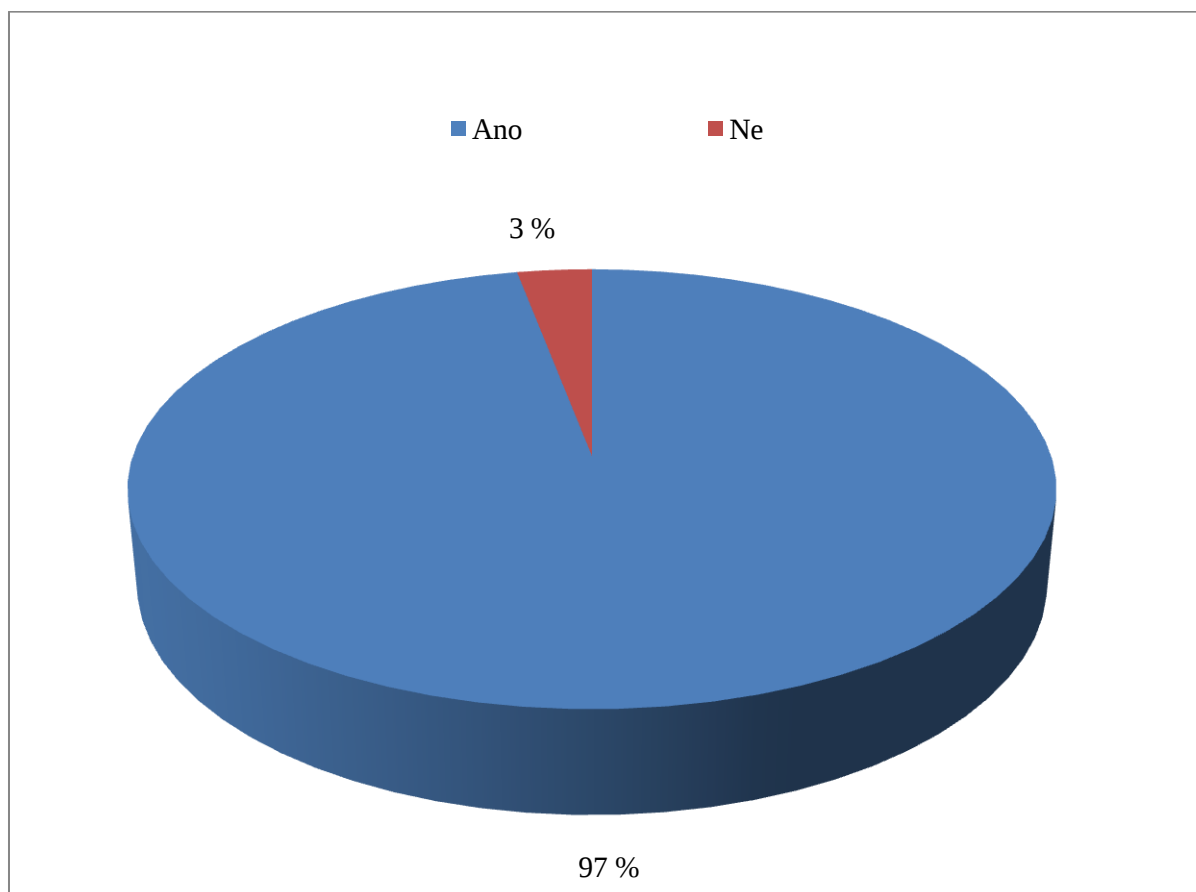


Graf 20 - kvalita života po hysterektomii

Z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných žen, uvedly 45 (45 %) žen, že hysterektomie změnila jejich život k lepšímu. 35 (35 %) respondentek nedokáže posoudit, zda se kvalita jejich života zlepšila a 20 (20 %) žen nesouhlasí s tím, že by se jejich život po hysterektomii stal kvalitnější.

3.4 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že většina žen bere ztrátu menstruace jako pozitivum pro jejich život.

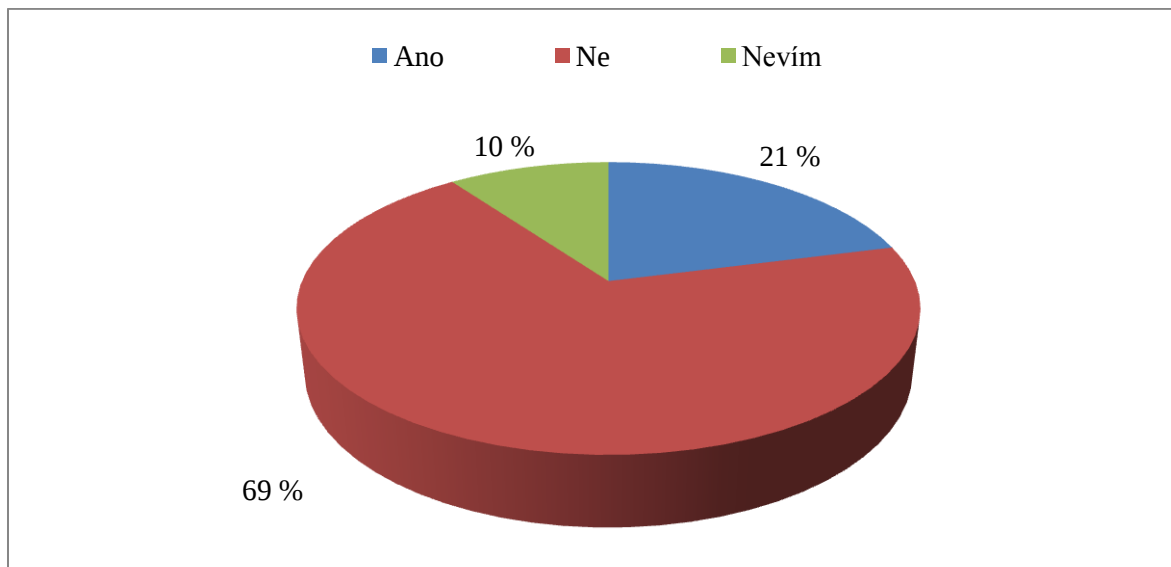


Graf 21 - ztráta menstruace

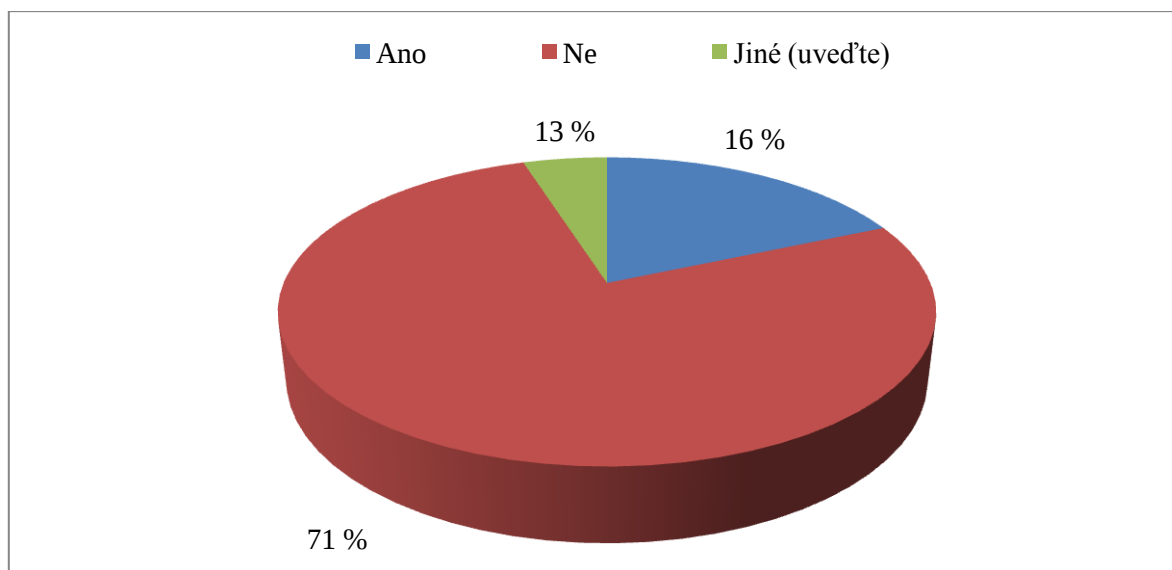
Z výzkumu vyplynulo, že 97 (97 %) žen bere ztrátu menstruace jako pozitivum pro jejich život a 3 (3 %) ženy nevidí ve ztrátě menstruace zase až takovou výhodu.

Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že hysterektomie u více jak 50 % žen neomezuje jejich sexuální život.



Graf 22 - omezení či nepohodlí během pohlavního styku

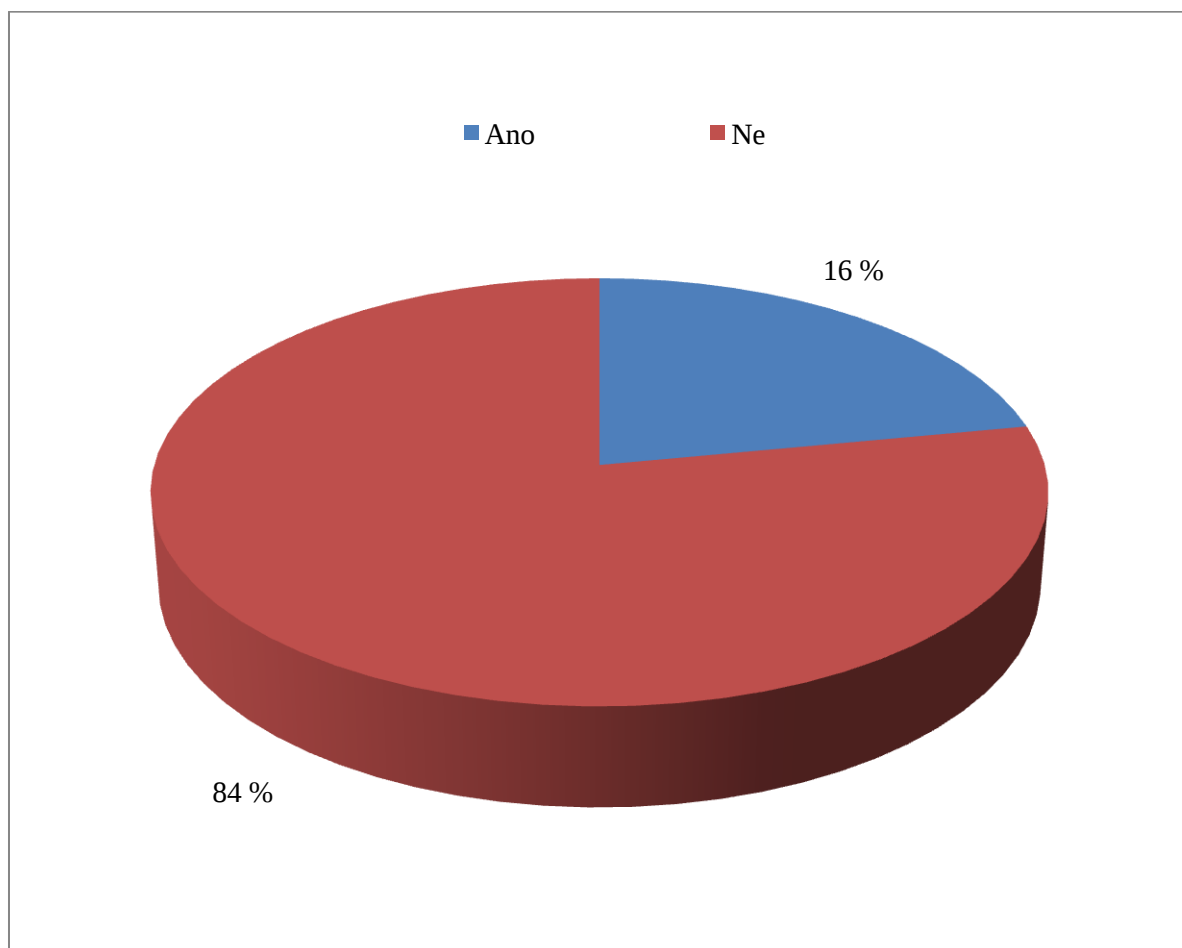


Graf 23 - ztráta pohlavní touhy

Z výzkumu těchto dvou grafů vyplynulo, že 56 (69 %) žen nepocítuje nepohodlí či jakákoli omezení během pohlavního styku a u 62 (71 %) respondentek nedošlo ani ke ztrátě pohlavní touhy po operaci.

Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že méně jak 50 % žen podstoupily po operaci hormonální substituční terapii.

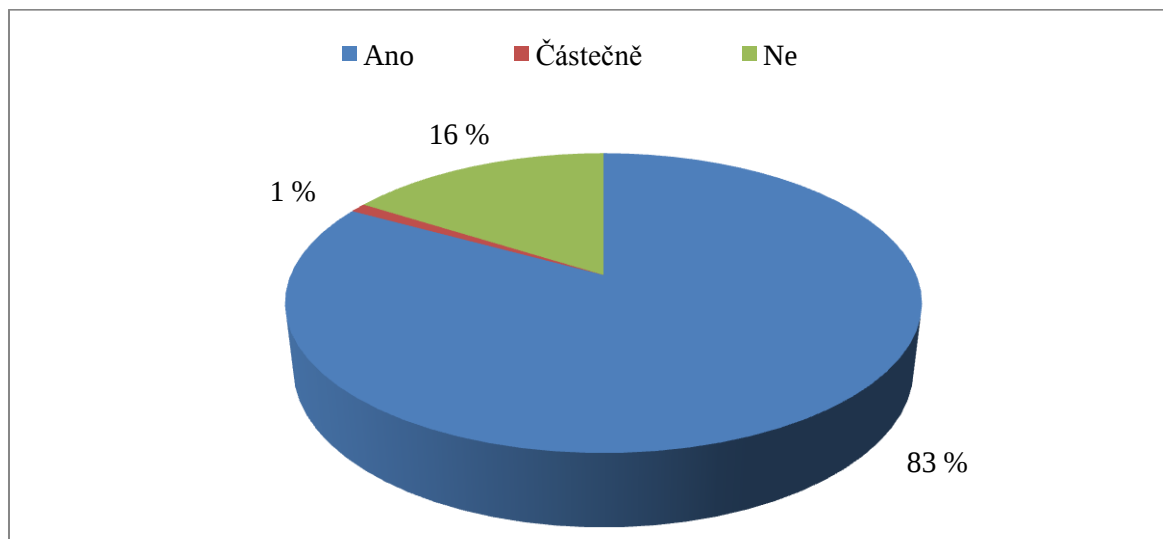


Graf 24 - užívání hormonů

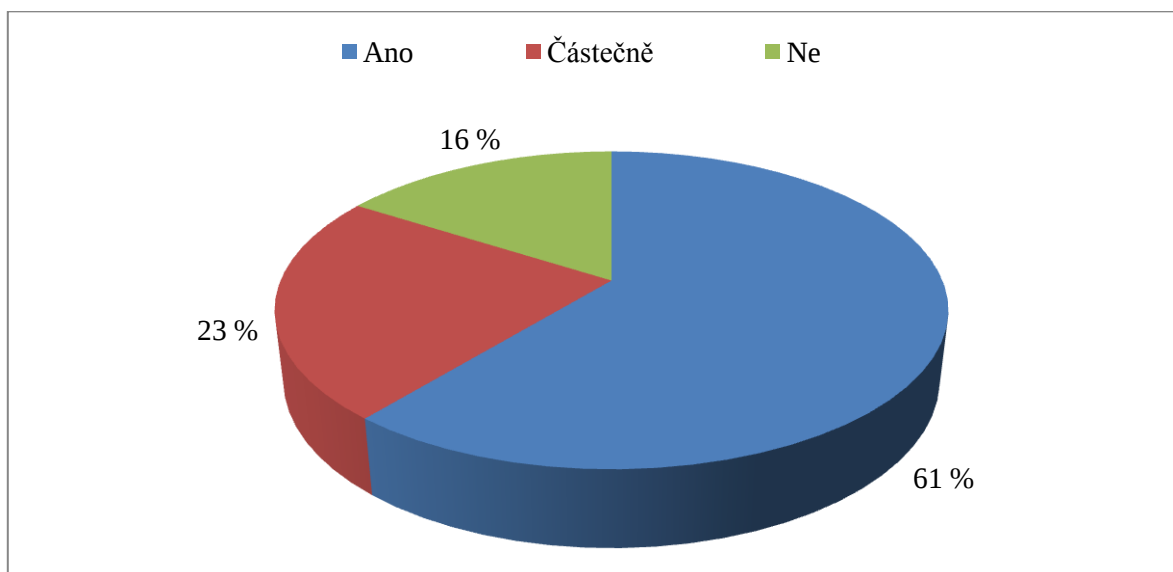
Z celkového vzorku dotazovaných respondentek, 16 (16 %) žen po operaci podstoupily hormonální substituční terapii a 84 (84 %) žen neužívají po hysterektomii žádné hormony.

Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že většina dotazovaných žen je srozuměna s riziky a následky této operace.



Graf 25 - informovanost o následcích a rizicích operace

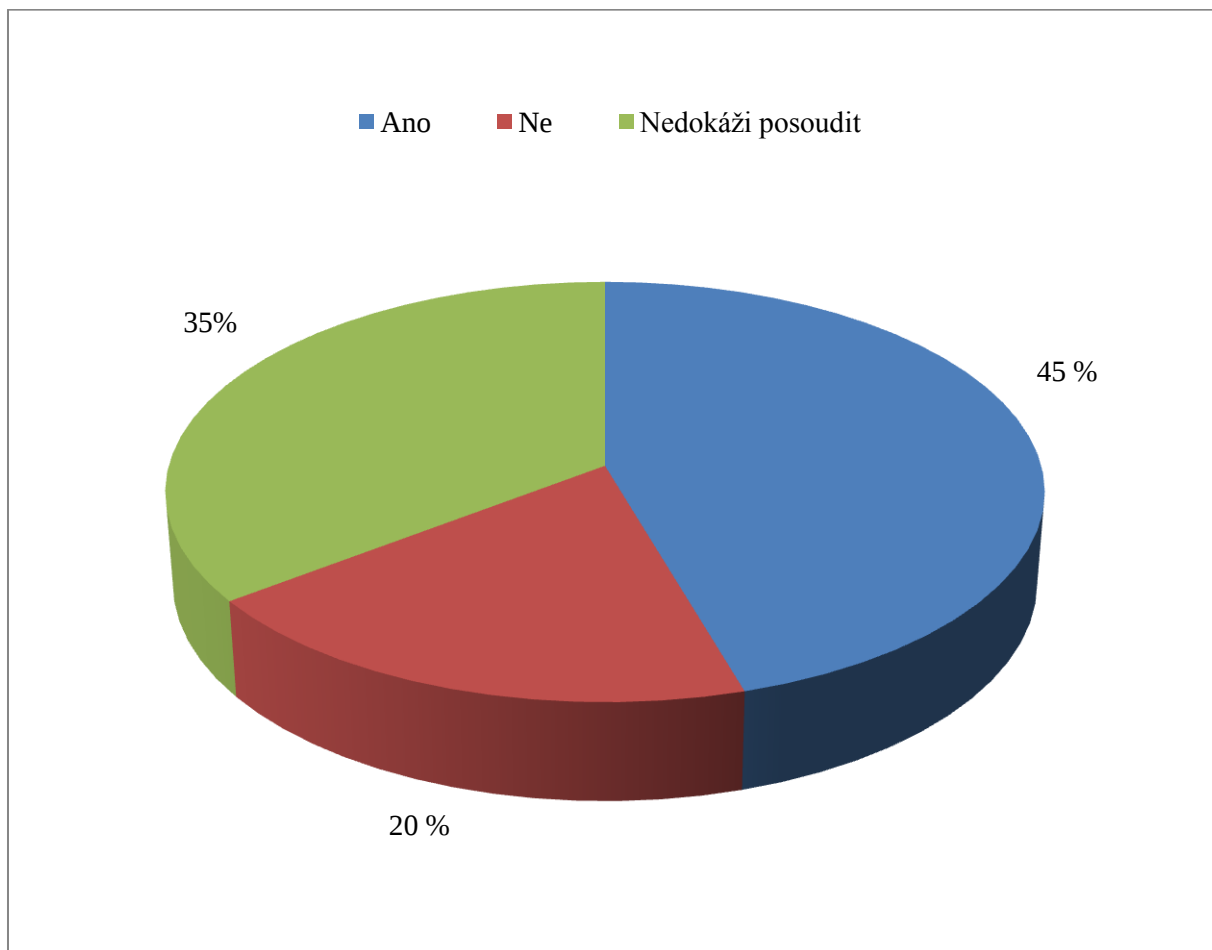


Graf 26 - spokojenost s množstvím informací

Podle výsledků dotazníkového šetření bylo 83 (83 %) žen srozuměno s následky a riziky této operace a 61 (61 %) respondentek bylo plně spokojených s množstvím informací.

Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 5: Domnívám se, že 70 % žen vnímá hysterektomii jako přínosnou operaci pro svůj život.



Graf 27 - kvalita života po hysterektomii

Z výzkumu vyplývá, že 45 (45 %) respondentek vnímá hysterektomii jako přínosnou operaci pro svůj život, zatímco 35 (35 %) žen naopak nevnímá svůj život kvalitnějším po operaci a 20 (20 %) dotazovaných žen nedokáže posoudit, zda pro ně hysterektomie byla přínosnou operací.

Hypotéza se nepotvrdila.

3.5 Diskuze

V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle a k nim pět hypotéz, které se buď vyvrátily nebo potvrdily. Ke zjištění nejčastějších změn v životě ženy po hysterektomii, spokojenosti s kvalitou života po hysterektomii a k zmapování informovanosti o tomto zákroku byl vytvořen dotazník, který obsahoval 20 otázek.

Hypotéza číslo 1: Domnívám se, že většina žen bere ztrátu menstruace jako pozitivum pro jejich život.

Tuto hypotézu ověřovala otázka číslo 5 v dotazníku. Z výsledku výzkumného šetření vyplynulo, že 97 (97 %) žen je spokojených s absencí menstruace a pouze 3 (3 %) ženy menstruaci postrádají. Což dopadlo podle mého očekávání. Čechová, 2011 se ve své výzkumné části dotazuje na pozitiva, která přináší hysterektomie. Nejčastěji volená odpověď byla právě ztráta menstruace. Naopak Káčerová, 2011 ve své práci uvádí, že i v dnešní době většina žen vnímá menstruaci jako pozitivní aspekt života a i přes nepříjemné příznaky, které ženy pocítují v době menstruace, vnímají její ztrátu negativně. Drelich a Bierer (cit. dle Elson, 2002) se zabývali postoji a emocemi žen před odebráním dělohy a následně pak po operaci. Zjistili, že jedno z hlavních témat, kterému ženy věnují pozornost po hysterektomii, je právě zánik menstruace.

Hypotéza číslo 2: Předpokládám, že hysterektomie u více jak 50 % žen neomezuje jejich sexuální život.

Tato hypotéza byla ověřena otázkami č. 7 a 8 v dotazníku. V teoretické části jsem se zmiňovala o pohlavním životě ženy po hysterektomii. Rob et al., 2008 uvádějí, že nebyl prokázán vliv hysterektomie na sexuální funkce ženy. Roztočil, 2011 ve své interpretaci uvádí, že změna libida, frekvence pohlavních styků a stupeň orgasmu nejsou ovlivněny. Dotazovala jsem se žen, zda pocítují omezení či jakákoli nepohodlí během pohlavního styku. Z celkového počtu 81 (100 %) dotazovaných žen 56 (69 %) uvedlo, že nepocítují nepohodlí či omezení během sexuálního styku a 8 (10 %) žen nevědělo, zda pocítuje nějaké změny. Další otázkou jsem zjišťovala ztrátu jejich pohlavní touhy. U 62 (71 %) žen z 81 (100 %) dotazovaných, nedošlo ke změně libida a 15 (18 %) žen uvedlo značnou ztrátu pohlavní touhy. Výzkumné šetření tedy moji hypotézu potvrdilo. Koutná, 2008 ve své práci uvedla, že přibližně 40 % žen po hysterektomii si stěžuje na zhoršení pohlavního života a bolesti při koitu. Toto tvrzení můj výzkum nepotvrdil.

Hypotéza číslo 3: Domnívám se, že méně jak 50 % žen užívá po operaci hormony.

Otázka č. 11 ověřovala tuto hypotézu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pouhých 16 (16 %) žen užívá hormony po operaci a 84 (84 %) žen nepodstoupily hormonální substituční terapii (HST) po hysterektomii. To je pro mě překvapivé zjištění. Tato hypotéza se mi sice potvrdila, nicméně domnívala jsem se, že více žen po hysterektomii podstupuje HST.

Hypotéza číslo 4: Předpokládám, že většina dotazovaných žen je srozuměna s riziky a následky této operace.

Tato hypotéza byla ověřena otázkami č. 18 a 19 v dotazníkovém šetření. Celkem 83 (83 %) žen bylo dostatečně informovaných o následcích této operace. Hypotéza se mi potvrdila. Čechová, 2011 se ve své práci také dotazovala na informovanost o důsledcích hysterektomie. Výsledky práce se značně shodují. S dostatečnou informovaností souhlasilo 82 (82 %) žen. Tento výsledek považuji za velmi dobrý. Otázkou číslo 19 jsem všeobecně zjišťovala spokojenost s množstvím informací o hysterektomii poskytnutých ošetřujícími lékaři. Spokojených bylo 61 (61 %) žen a částečnou spokojenost uvedlo 23 (23 %) žen.

Hypotéza číslo 5: Domnívám se, že 70 % žen vnímá hysterektomii jako přínosnou operaci pro svůj život.

Hypotéza byla ověřena otázkou číslo 20. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 45 (45 %) žen potvrdilo kvalitnější život po hysterektomii a 35 (35 %) žen nedokáže posoudit, zda hysterektomie změnila jejich život k lepšímu. Čechová, 2011 ve své práci uvádí, že 84 (84 %) ženám hysterektomie neovlivnila negativně život a naopak 16 (16 %) žen pociťuje negativní ovlivnění jejich života. Výsledky se tedy příliš neshodují.

4 Závěr

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na vysvětlení pojmu kvalita života, popisuje anatomii ženských pohlavních orgánů a menstruaci, vysvětluje hysterektomii a s ní spojená rizika, možné komplikace a její následky. Zabývá se také psychikou a sexualitou ženy. Na konci teoretické části je popsán i návrat ženy do každodenního života, včetně pohlavního života, vnímání neplodnosti, fyzické rekonvalescenci a případné náhradní hormonální terapii.

Praktická část je zpracována do grafů a následně vyhodnocena krátkými komentáři. K získání informací byl vytvořen dotazník, který ženy anonymně vyplňovaly. Dotazník byl distribuován pouze ženám po hysterektomii.

V úvodu bakalářské práce byly stanoveny tři cíle.

Prvním cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější změny v životě ženy po hysterektomii. Pomocí dotazníkového šetření, zaměřené na ženy po hysterektomii, jsem zjistila, že nejčastější změnou je únava během dne, která je zastoupena v 80 %, dále pak návaly a 32 (32 %) žen uvedly i úzkostné či depresivní stavy, což je podle mého názoru vysoké procento z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných žen. Myslím si, že tento výsledek je k zamyšlení. V menší míře pak byly zastoupeny i problémy s vylučováním, výkyvy hmotnosti a změny v sexuálním životě. Právě ty, ženy uváděly nejméně. Obavy žen před hysterektomií, ze ztráty pohlavní touhy, pocítění nepohodlí či jakéhokoli omezení při pohlavním styku po operaci, jsou tedy ve většině případů zbytečné.

Druhým cílem bylo zmapovat informovanost žen o hysterektomii. Z výzkumného šetření vyplynulo, že 61 (61%) žen bylo spokojených s množstvím informací, které obdržely od svého ošetřujícího lékaře. I přesto, že se v dnešní době hysterektomie řadí mezi nejběžnější chirurgickou operaci v gynekologii, si myslím, že by ženy měly být více informovány o tomto zákroku. Zjištění, jak jsou ženy informovány o následcích, pak vyšlo mnohem přívětivěji. Celých 83 (83 %) žen jej považovaly za dostačující. To je podle mého názoru dobrý výsledek. Poslední otázka, jejíž pomocí jsem mapovala informovanost o tomto zákroku, se týkala všeobecně první informace o hysterektomii, kterou ženy slyšely. A ta byla právě od jejich ošetřujícího lékaře, 81 (81 %) žen se tedy o tomto zákroku dozvědělo v ordinaci svého gynekologa, tento výsledek považuji také za uspokojivý.

Třetí cíl byl zjištění spokojenosti žen s kvalitou života po hysterektomii. Téměř všechny ženy jsou spokojeny s absencí menstruace, což dopadlo podle mého očekávání. Dotazované ženy

také odpovídaly na otázku, zda se stal jejich život kvalitnějším po hysterektomii. Domnívala jsem se, že více jak polovina žen bude spokojena se svým životem po operaci v porovnání s kvalitou jejich života před operací, ať už z důvodu absence výše zmiňované menstruace nebo z důvodu úlevy od bolesti. Tato domněnka se mi ale vyvrátila. Pouze 45 (45 %) žen je nyní spokojených se svým životem.

V úplném závěru bakalářské práce bych ráda podotkla, že hysterektomie je sice dneska operací již běžnou, nicméně pořád je ne malým zásahem do těla ženy. Pamatujme, že každá žena je individuální, a proto i vnímání hysterektomie je u každé ženy odlišné.

Seznam použité literatury

AL-HENDY, A. ET AL. *Hysterectomy* [online]. 2012 [cit. 2015-03-22]. ISBN 978-953-51-0434-6. Dostupné z: <http://www.intechopen.com/books/hysterectomy>

CIBULA, D. A KOL. *Onkogynekologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2665-6.

CSISKO, M. *Kvalita života v ošetrovatelské praxi* [online]. 2013 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-v-osetrovatelske-praxi-473279>

ČECHOVÁ, P. *Psychosomatické změny žen po hysterektomii*. Jihlava, 2011. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.

ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4788-0.

DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.

FAIT, T. *Stránky o menopauze. info* [online]. 2008 [cit. 2015-03-16]. Dostupné z <http://www.strankyomenopauze.info/hysterektomie.php>

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HYSTERECTOMY. *Women's health care physicians* [online]. 2015 [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: <http://www.acog.org//media/ForPatients/faq008.pdf?dmc=1&ts=20150320T1505464038>

KÁČEROVÁ, K. *Kvalita života žen po hysterektomii*. Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

KUČERA, E. *Endometrióza*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 80-7345-144-1.

KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-31-5X.

KOUTNÁ, Z. *Hysterektomie z pohledu ženy*. Kladno, 2008. Výzkumně-průzkumná absolventská práce. SZŠ a VOŠZ Kladno.

LANGMEIER, M. A KOL. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2526-0.

LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.

MÁRA, M. A KOL. *Děložní myomy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-1854-5.

NEZHAT, C. ET AL. *Nezhat's Operative Gynecologic Laparoscopy and Hysteroscopy*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. ISBN 9780511405990.

NAŇKA, O. A KOL. *Přehled anatomie*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-246-1717-6.

PASTOR, Z. *Sexualita ženy*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1989-4.

PASTOR, Z. *Tajemství ženské sexuality*. Praha: Computer Media, 2010. ISBN 978-80-7402-070-4.

ROB, L. A KOL. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.

ROZMNOŽOVACÍ SOUSTAVA. *Skolajecna.cz*. 2006. Dostupné z:
http://skolajecna.cz/biologie/Sources/Textbook_Textbook.php?intSectionId=120300

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

SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3373-9.

TROJAN, S. A KOL. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5.

Seznam grafů

Graf 1 - věková kategorie.....	29
Graf 2 - silná/bolestivá menstruace před hysterektomií.....	30
Graf 3 - škála bolesti	31
Graf 4 - omezení při běžných činnostech.....	32
Graf 5 - spokojenost s absencí menstruace	33
Graf 6 - sexuální život.....	34
Graf 7 - nepohodlí během pohlavního styku	35
Graf 8 - ztráta pohlavní touhy	36
Graf 9 - problémy s vylučováním	37
Graf 10 - vliv hysterektomie na hmotnost.....	38
Graf 11 - užívání hormonů	39
Graf 12 - zvýšená únava.....	40
Graf 13 - návaly.....	41
Graf 14 - pocit ztráty	42
Graf 15 - úzkostné či depresivní stavy	43
Graf 16 - komplikace s negativním dopadem na zdraví.....	44
Graf 17 - získané informace o hysterektomii	45
Graf 18 - informovanost o následcích operace.....	46
Graf 19 - spokojenost s množstvím informací	47
Graf 20 - kvalita života po hysterektomii.....	48
Graf 21 - ztráta menstruace	49
Graf 22 - omezení či nepohodlí během pohlavního styku	50
Graf 23 - ztráta pohlavní touhy	50
Graf 24 - užívání hormonů	51
Graf 25 - informovanost o následcích a rizicích operace	52
Graf 26 - spokojenost s množstvím informací	52
Graf 27 - kvalita života po hysterektomii.....	53