UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

EDUKAČNÍ PROCES U PACIENTEK PO HYSTEREKTOMII

Bakalářská práce

Autor práce: **Lenka Skalická**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2015

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE

FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRALOVE

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

EDUCATIONAL PROCESS IN PATIENTS AFTER HYSTERECTOMY

Bachelor's Thesis

Author: **Lenka Skalická**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2015

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne 20. 9. 2015 ……

Lenka Skalická

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Vachkové PhD. za odborné vedení, laskavý přístup, cenné rady a podnětné připomínky při zpracovávání mé bakalářské práce. Velké díky patří mé rodině a přátelům, bez jejichž trpělivosti by tato práce nevznikla.

OBSAH

ÚVOD *7*

TEORETICKÁ ČÁST *9*

1. PATOFYZIOLOGIE BENIGNÍCH ONEMOCNĚNÍ DĚLOŽNÍHO TĚLA *9*

1.1 Anatomie a funkce dělohy 9
1.2 Epidemiologie a etiopatogeneze děložních myomů 11
1.2.1 Rizikové a protektivní faktory růstu myomů 11
1.2.2 Dělení myomů dle počtu a lokalizace 12
1.2.3 Komplikace růstu myomů 13
1.2.4 Symptomatologie provázející růst myomů 13
1.3 Vyšetřovací metody diagnostikující přítomnost myomů 14
1.4 Metody léčby myomů 14
1.4.1 Konzervativní léčba myomů 15
1.4.2 Chirurgická léčba myomů 16

2. HYSTEREKTOMIE *18*

2.1 Druhy operačních přístupů 19
2.2 Výhody a nevýhody jednotlivých operačních přístupů 20
2.3 Změny v organismu ženy po odstranění dělohy 21

3. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKY PO HYSTEREKTOMII *23*

3.1 Bezprostřední pooperační péče 23
3.1.1 Příklady plánů pro bezprostřední pooperační péči 24
3.2 Časná pooperační péče 26
3.2.1 Příklady plánů pro časnou pooperační péči 27
3.3 Pozdní pooperační péče 29
3.3.1 Příklady plánů pro pozdní pooperační péči 29

4. EDUKACE A EDUKAČNÍ PROCES *32*

4.1 Fáze edukačního procesu 32
4.2 Didaktické zásady edukace 34
4.3 Jednotlivé formy edukace 35
4.4 Používané edukační metody a edukační pomůcky 35
4.5 Edukace pacientek po hysterektomii 37

5. PACIENTOVO POJETÍ NEMOCI *40*

5.1 Diagnostické metody zjišťování laických pojetí nemoci 43
5.2 Dotazníky zjišťující pojetí nemoci z pohledu pacientů 44

6. EMPIRICKÁ ČÁST I *45*

6.1 Cíle empirické části I 45
6.2 Metoda výzkumu 45
6.3 Metoda zpracování dat 46
6.4 Charakteristika zkoumaného souboru 46
6.5 Interpretace výsledků výzkumu 47
6.5.1 Dotazník IPQ-R-CZ 47
6.5.2 Dotazník MIQ-CZ 53
6.5.3 Porovnání výsledků obou kvantitativních výzkumných metod 59
7. EMPIRICKÁ ČÁST II *63*
7.1 Cíle empirické části II 63
7.2 Metoda výzkumu 63
7.3 Metoda zpracování dat 64
7.4 Charakteristika zkoumaného souboru 64
7.5 Interpretace výsledků výzkumu 64
7.5.1 Potřeba bezpečí a jistoty 66
7.5.2 Společenské potřeby 67
7.5.3 Potřeba uznání a ocenění 68
7.5.4 Kognitivní potřeby 70
7.5.5 Seberealizace 71
7.6 Ošetřovatelské diagnózy vyplývající z empirického výzkumu II 73
7.7 Praktický výstup empirického výzkumu II 74
8. DISKUZE *78*
8.1 Diskuze k empirickému výzkumu I 78
8.1.1 Zjištěná fakta ve vztahu ke stanoveným cílům 78
8.2 Diskuze k empirickému výzkumu II 87
8.2.1 Zjištěná fakta ve vztahu ke stanoveným cílům 87
9. ZÁVĚR *93*
10. ANOTACE *96*
11. ANNOTATION *97*
12. POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY *98*
13. SEZNAM ZKRATEK *102*
14. SEZNAM TABULEK *103*
15. SEZNAM GRAFŮ *105*
16. SEZNAM PŘÍLOH *106*
17. PŘÍLOHY *107*

ÚVOD

Hysterektomie, neboli vyjmutí dělohy, patří stále mezi nejčastější tzv. velké gynekologické operace i přes rychlý rozvoj konzervativních postupů a medikamentózní léčby. Přesné statistické údaje o počtu těchto operací nejsou tak úplně známy. V ročence Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, je uvedeno celkové množství gynekologických operací za rok 2013, jedná se o více než jedno sto sedmdesát pět tisíc zákroků. Tento údaj, však zahrnuje všechny gynekologické výkony, včetně abortů. V odborné literatuře se nejčastěji setkávám s údajem z roku 2003, kdy byla v České republice děloha odstraněna 13 500 ženám. Dalším údajem je množství hysterektomií, jež publikuje na svých internetových stránkách Registr komplikací gynekologické laparoskopie za rok 2010, a to množství téměř 7 500 operací. Tento registr je však založen na dobrovolném hlášení počtu operací jednotlivými poskytovateli zdravotní péče.

Nejčastějším důvodem k operaci je přítomnost nezhoubných útvarů na děloze tzv. myomů. Z tohoto důvodu je ročně v České republice provedeno přibližně 4000 hysterektomií, údaj pramení ze statistik VZP a je uveden v knize Moderní gynekologie A. Roztočila (2011). Situace je obdobná i v USA, myomatózní děloha je tam odstraněna 180 000 ženám. Hysterektomie je zde nejčastější velkou gynekologickou operací hned po císařském řezu. Ve Velké Británii může jedna z pěti žen očekávat, že podstoupí operaci do 60 let věku. Přesto, že počet těchto zásahů již nemá stoupající tendenci, naopak je patrný mírný pokles, je z těchto čísel zřejmé, že se v žádném případě nejedná o zanedbatelný počet žen, které se musí rozhodnout, zda operaci podstoupí a jsou nuceny zvažovat míru vlivu na jejich kvalitu života.

Pro řadu žen není děloha pouze jedním z orgánů, ale představuje pro ně určitý symbol ženství, a to i v období, ve kterém již početí neplánují. V 80. letech minulého století započalo zavádění endoskopických a dalších méně invazivních metod do operativy a postupně docházelo i k velkému pokroku v oblasti pooperační ošetřovatelské péče. Dnes, taktéž ve spojitosti s pokroky v oblasti anesteziologie, je hysterektomie pro ženu mnohem bezpečnějším výkonem, než tomu bývalo v minulosti. Stále se však jedná o invazivní výkon spojený s určitými riziky a jako takový by měl být indikován s uvážením, po vyčerpání všech konzervativních postupů. V současnosti existuje několik různých způsobů této operace a každá z metod má svá pro i proti. Zavedením laparoskopických metod do praxe značně

poklesl počet abdominálních hysterektomií ve prospěch laparoskopicky asistovaných vaginálních výkonů. To sebou přináší méně komplikací, menší pooperační bolest, kratší dobu hospitalizace a tím i rychlejší návrat žen k původním aktivitám.

Vzhledem k tomu, že lidský organismus představuje bio-psycho-sociální a spirituální jednotu, nelze na hysterektomii pohlížet pouze jako na anatomický a funkční problém, ale považuji za nutné zabývat se i jejími psychologickými a sociálními dopady. Byla bych ráda, kdyby k objasnění či alespoň částečnému pochopení těchto vlivů přispěla i tato bakalářská práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1. PATOFYZIOLOGIE BENIGNÍCH ONEMOCNĚNÍ DĚLOŽNÍHO TĚLA

V každém období života ženy probíhají na ženských pohlavních orgánech progresivní i regresivní změny, způsobené zejména hormonálními vlivy. Působením všech těchto vlivů a jejich kombinací s dalšími vnitřními a vnějšími faktory mohou selhat regulační mechanismy organismu a následkem tohoto selhání je růst patologických útvarů.

Nezhoubné tumory vznikají z patologicky rostoucí tkáně, většinou bývají dobře ohraničené, neprorůstají do svého okolí a nešíří se formou metastáz do vzdálených orgánů. Svým růstem však způsobují poruchy funkce orgánu, ze kterého vycházejí a tlakem poškozují i orgány sousedící (Roztočil, 2011).

Vůbec nejčastějším benigním onemocněním děložního těla je přítomnost nezhoubných tumorů, vycházejících z buněk hladké svaloviny - myomů. *„V České republice je diagnóza myomu nejčastější indikací k odstranění dělohy. Tento stav odpovídá i situaci v USA, Kanadě a Evropě. V uvedených zemích je 70-80 % hysterektomií provedeno pro menoragie a děložní myomy.“* (Mára, Holub 2009, str. 79)

Na vnitřních pohlavních orgánech ženy se vyskytují i méně obvyklé tumory nebo tzv. pseudotumory, jež mohou například vycházet z výstelky orgánů nebo krevních cév. V důsledku nadměrného růstu děložní sliznice, lze v děloze najít také endometriální polypy.

Bohužel ne všechny nálezy na těle děložním jsou benigní. Maligní onemocnění těla děložního mají dle Kolaříka v posledních letech bohužel stoupající trend a jsou po karcinomu prsu druhým nejčastějším zhoubným onemocněním českých žen. Naštěstí je jejich mortalita nízká a to především z důvodu včasného záchytu (Kolařík, 2011).

1.1 Anatomie a funkce dělohy

Děloha (hystera, metra, uterus) je největším vnitřním ženským pohlavním orgánem. Vzhledem připomíná komolý kužel o velikosti 6x4 cm s centrální dutinou. Velikost a tvar dělohy se v průběhu života ženy mění. Mění se poměr velikosti hrdla a těla děložního, ve

prospěch těla dělohy v dospělosti a mění se celkově i velikost dělohy, zejména vlivem proběhlých gravidit. Dosud nerodící žena má dělohu dlouhou sedm až devět centimetrů a širokou asi čtyři centimetry o hmotnosti čtyřicet až padesát gramů.

Na děloze můžeme rozlišit tři hlavní části. Děložní tělo (corpus), isthmus – zúženou část mezi tělem a hrdlem a hrdlo děložní (cervix uteri). Dutina děložní je vystlána sliznicí - endometriem, jež prodělává změny v důsledku vzestupu a poklesu hladin ženských pohlavních hormonů. Změny se pravidelně opakují v osmadvaceti denních menstruačních cyklech. Vlastní děložní stěna je kromě vnitřní sliznice tvořena svalovou vrstvou (myometriem) a serózním krytem dělohy (perimetriem). Hlavním úkolem svaloviny je vypuzení obsahu děložního těla do pochvy. Přední stěna dělohy, méně vyklenutá, naléhá na zadní stěnu močového měchýře a její zadní, více vyklenutá stěna, se dotýká kliček tenkého střeva (Roztočil, 2011).

Děloha je uložena uprostřed malé pánve v tzv. anteflexi a anteverzi. Je tedy ohnutá v místě isthmu dopředu ke sponě stydké a překlopena vpřed. Děloha s pochvou pak svírá úhel 70-100°. Mimo to, může být děloha v pánvi pootočena do strany (torze) a posunuta vlevo nebo vpravo (sinistropozice nebo dextropozice). Děloha je ve své poloze fixována závěsným vazivovým aparátem (parametriem) a svalovým dnem pánevním, které dělohu ve své podstatě podpírá.

Cévní zásobení dělohy je zprostředkováno z levé a pravé děložní arterie, z levé a pravé ovariální tepny a ze vzájemných spojek mezi nimi. Odkysličená krev je odváděna vaginálními a děložními žilami tvořícími uterovaginální plexus. Děloha je též drénována lymfatickými cévami.

Nervové zásobení je zprostředkováno z četných ganglií, ležících na boku dělohy. Sympatikus aktivuje děložní kontrakce a parasympatikus má na myometrium tlumivý účinek (Naňka, Elišková, 2009).

Děloha je přizpůsobena svou anatomií i funkcí k tomu, aby zajistila vývoj plodu v těhotenství. Všechny změny, které děloha v průběhu menstruačního cyklu prodělává, jsou přípravou na těhotenství. Během porodu umožní stahy děložní svaloviny vypuzení plodu. Po porodu dojde ke zpětnému zavinutí dělohy – retrakci. Po skončení fertilního období ženy, děloha involuje, tedy zmenšuje se a postupně atrofuje, v období života ženy, jež nazýváme postmenopauzou (Kolařík, 2011).

1.2 Epidemiologie a etiopatogeneze děložních myomů

Myomy jsou benigní nádory vznikající proliferací vazivové a svalové části děložní sliznice. Jejich vznik je hormonálně podmíněn, protože ve tkáni myomů se nalézají receptory pro ženské pohlavní hormony, estrogeny i progesteron. Podle Roztočila (2011) se myomy vyskytují ve fertilním věku přibližně u 30-40 % žen, přičemž maximum jejich výskytu je mezi 35. a 55. rokem. Po klimakteriu a především v seniu se jejich růst zpomaluje a mohou se i zmenšovat.

Převažujícím nádorem těla děložního je benigní tumor, vycházející z hladké svaloviny tzv. leiomyom. Dle Máry a Holuba (2009) je nejvíce známým a nejčastěji se vyskytujícím benigním onemocněním ženských rodidel. Jedná se o ostře ohraničené, tuhé a oválné nádory, jež se vyskytují samostatně nebo mnohočetně. Mnohočetný výskyt je častější. Příčina jejich vzniku není v současné době zcela známá, i když jsou již objasněny některé vlivy genetické, hormonální a v neposlední řadě hraje roli i vliv růstových faktorů.

Dle Tošnera a kol. (2010) je nejčastěji uváděna vazba na zvýšenou hladinu estrogenů. Proto mohou myomy dočasně regredovat, pokud se zablokuje vliv hypofýzy pomocí gonadoliberinů nebo gestagenů. Existuje také teorie, která vysvětluje vznik myomů mechanickými vlivy během silných kontrakcí za porodu. Síla obtíží je závislá na uložení a velikosti tumorů. Benigní leiomyom neohrožuje přímo život ženy. Maligní přeměna v leiomyosarkom se vyskytuje v 0,002 – 0,5 %.

1.2.1 Rizikové a protektivní faktory růstu myomů

Výsledky studií na toto téma nejsou úplně jednoznačné, kvalitních studií není mnoho a často přinášejí rozporuplné výsledky. Přesto bylo potvrzeno, že myomy se vyskytují častěji u žen afroamerických než u bělošek. Zvýšeně se myomy tvoří u žen, které překročily věk čtyřiceti let. Větší riziko mají ženy s časným nástupem menstruace, před desátým rokem věku a naopak s pozdním ukončením menstruačního cyklu. Riziko, že žena bude mít myom je dvaapůlkrát větší, pokud má žena pozitivní rodinnou zátěž.

Výskyt myomů je častější u nerodících žen, z čehož vyplývá protektivní vliv těhotenství a to zejména, pokud žena otěhotní před dvacátým pátým rokem života. Také s větším počtem porodů nepřímo úměrně klesá výskyt myomů. Správná životospráva, dostatek

pohybu, méně živočišné a naopak více rostlinné stravy má jednoznačně ochranný charakter. Dle Máry a Holuba (2009) se riziko vývoje myomu zvyšuje s každými deseti kilogramy nárůstu tělesné hmotnosti o jedenadvacet procent. Mezi protektivními faktory je uváděno kouření, protože nikotin snižuje množství estrogenů v cílových tkáních.

Růst myomů je podmíněn hormonálně, protože jsou ve tkáni myomu přítomny receptory pro estrogeny a progesteron. Roztočil (2011) uvádí částečný ochranný vliv hormonální antikoncepce a hormonální substituční terapie.

1.2.2 Dělení myomů dle počtu a lokalizace

Dle počtu myomů na děloze můžeme rozlišit myomy jednotlivé, solitérní a mnohočetné. Solitární myomy jsou typicky oválné, tuhé a ostře ohraničené. Růst začínají intramurálně v děložní svalovině, nejdříve mají tvar kulovitého uzlu, který se strukturou neliší od mateřské tkáně. Později blednou a barevně se tak odlišují od červeného okolí. Pruhy myometria vytvoří kolem myomu pouzdro. Dle Roztočila rostou však myomy častěji vícečetně. Děloha s více myomy v různých stadiích vývoje a velikosti se nazývá uterus myomatosus. Pro ilustraci jsem zařadila obrázek myomatózní dělohy do přílohy č. 3.

Intramurální myomy, rostoucí přímo ve stěně děložní jsou statisticky nejčastější, dle Tošnera a kol. (2010) se vyskytují až v devadesáti procentech. Během diagnostiky je dobré tyto myomy odlišit od ložisek endometriózy v myometriu.

Pod peritoneem, kryjícím dělohu, rostou myomy subserózní. Prorůstají mezi listy peritonea až k vazům dělohy a pokud se od dělohy úplně oddělí, vzniknou tak myomy intraligamentózní. Ty mohou svým tlakem na uretery vést až k hydronefróze.

Pod děložní sliznicí, jsou uloženy myomy submukózní, ty vyklenují sliznici směrem do děložní dutiny a jsou nejčastější příčinou krvácení z dělohy. Myom je nejprve zcela fixován k endometriu, ale později je s ním spojen jen stopkou, tzv. stopkatý myom. Stahy děložní svaloviny pak mohou útvar vytlačit až do děložního hrdla a do pochvy a způsobit stav, nazývající se myoma nascens, tzv. rodící se myom.

Stopkatý myom může růst i směrem opačným ven z dělohy do vazů a volně se pohybuje v dutině břišní, myoma pendulum.

1.2.3 Komplikace růstu myomů

V průběhu růstu myomu se tumor posunuje kraniálně nebo kaudálně, ven, směrem do dutiny břišní, či dovnitř do dutiny děložní, dále pak směrem do stran do děložních vazů, pod močový měchýř nebo před rektum. Jsou-li myomy lokalizovány v děložních rozích, mohou vést k útlaku vejcovodů a být příčinou sterility.

Myomy během svého vývoje a růstu podléhají druhotným změnám, jež jsou způsobené různými vlivy. Poruchou výživy myomu může dojít k nekróze myomu, příčinou nekrózy je stlačení, trombóza nebo torze vyživující cévy. K infikování myomu dochází naštěstí vzácně. Infekce se dostane k tumoru lymfatickou cestou ze střevního traktu nebo cestou krevní ze vzdálených infekčních ložisek.

Po skončení činnosti vaječníků mohou myomy podlehnout atrofii, protože již nejsou hormonálně stimulovány ovariálními hormony. Do myomu se mohou také ukládat vápenné soli, myom tuhne, tzv. kalcifikuje. Pokud tumor podlehne tukové, hyalinní či cystické degeneraci, může se hodně zvětšit, prasknout a být příčinnou náhlé příhody břišní. Naštěstí vzácnou komplikací je maligní zvrat v leiomyosarkom nebo fibrosarkom (Roztočil, 2011).

1.2.4 Symptomatologie provázející růst myomů

Nejčastějším příznakem provázejícím zvětšování se děložního myomu je nepravidelné krvácení, které je většinou silnější než běžné menstruační krvácení. Dle Hlaváčkové (2011) existuje hypotéza, že silnější krvácení způsobují jen myomy rostoucí submukózně. Jako následek častého a silného krvácení vzniká postupně sekundární anemie, spojená s pocitem zvýšené únavy, bledostí a dušností. Dalším častým příznakem je pánevní bolest, která je způsobena vlastním růstem myomu nebo tlakem na orgány v okolí. Následkem tohoto tlaku se objevuje varikozita žil na dolních končetinách a také na pánevních cévách. Tlak na močový měchýř a rektum pak může způsobit obtíže při močení a vyprazdňování. Častá je také dyspareunie. Infikovaný myom může vyvolat poševní výtok. Přítomnost myomu v děložní dutině může být důvodem infertility a sterility.

Nutno uvést, že většina myomů roste asymptomaticky. Tošner a kol.(2010) uvádí, že bez příznaků je asi 30% fertilních žen majících myomy. Síla a druh obtíží je dán uložením a velikostí myomů. Myomy mohou být malé jen několik milimetrů nebo dosahovat obrovských rozměrů o váze přes patnáct kilo.

1.3 Vyšetřovací metody diagnostikující přítomnost myomů

Sledování (expectace) pacientky je zřejmě nejčastější používanou metodou kontroly děložních myomů. Gynekolog v pravidelných intervalech sleduje velikost dělohy a tvar dělohy. Výhodou je, pokud ženu opakovaně vyšetřuje její registrující lékař-gynekolog. Ten může nejrychleji posoudit i malé změny na děloze. Sledování spočívá hlavně v bimanuálních a ultrasonografických kontrolách.

Transvaginálním sonografickým vyšetřením lze poměrně přesně zhodnotit velikost myomu a jeho umístění ve svalovině dělohy. Přístup skrz pochvu je výhodnější u děloh menších, větší dělohy jsou lépe zobrazitelné transabdominálním přístupem.

Další důležitou vyšetřovací metodou je endoskopická kontrola. Vyšetření pomocí hysteroskopu nám umožní vizualizovat děložní dutinu a především cíleně odebrat vzorek endometria na histologické vyšetření. Diagnostická hysteroskopie (HSK) poskytne lékaři informace o lokalizaci a vaskularizaci myomu. Tento výkon se běžně provádí za jednodenní hospitalizace během krátkodobé celkové anestezie. Existuje však také ambulantní forma tohoto vyšetření tzv.“office hysteroskopy“, prováděná bez anestezie nebo jen s jednoduchou analgezií (Hlaváčková, 2011).

Dělohu lze vyšetřit i radiologickými metodami. Dříve hojně používané rentgenologické vyšetření – hysterografie (HSG), s použitím kontrastní látky, se dnes již téměř nepoužívá pro svou malou přesnost (Hlaváčková, 2011).

Počítačová tomografie nemá v diagnostice takovou vypovídající hodnotu jako ultrazvuk. CT vyšetření a magnetická rezonance (MR) se užívá jen v případě nejasností v nálezu, není součástí rutinního vyšetření.

1.4 Metody léčby myomů

V zásadě můžeme rozdělit metody léčby na konzervativní a chirurgické. Pokud má žena malé myomy, rostoucí pomalu a asymptomaticky, lékař obvykle stav sleduje při pravidelných preventivních prohlídkách. V období klimakteria a senia myomy mohou involovat a proto je jejich sledování primární metodou léčby.

Dříve než lékař - gynekolog navrhne pacientce operační řešení jejích problémů, měl by vyčerpat všechny možnosti konzervativní léčby. Terapie pacientek, majících myom, musí být zcela individuální. Je potřeba zohlednit jak věk pacientky, tak příznaky, množství, velikost a rychlost růstu myomů a především přání pacientky.

1.4.1 Konzervativní léčba myomů

Ke konzervativním postupům řadíme farmakologickou léčbu a sklerotizaci. Cílem farmakologické léčby je zmenšit myom nebo zmírnit symptomy provázející růst myomu. Hormonální lék k léčbě myomu je v první řadě agonista gonadoliberinu, který působí na hypofýzu a způsobí pokles produkce FSH a LH a tím zmenšení myomů i celé dělohy. Tyto léky jsou používány i v kombinaci s estrogen-progestinovými preparáty. Ale farmakologická léčba není v žádném případě metodou převažující, protože má svá úskalí. Vlivem poklesu stimulujících hormonů z hypofýzy, žena může pociťovat výpadové obtíže a při delším užívání stoupá riziko osteoporózy. Po vysazení léčby se myom opět zvětšuje. Častěji se proto využívá hormonální terapie v kombinaci s chirurgickou léčbou, většinou ji předchází, s cílem zmenšit myom a usnadnit tak jeho odstranění. Medikamentózní léčba je uplatňována také v léčbě symptomů, provázejících myomatózu. Typickým zástupcem těchto příznaků je silné krvácení s následným nebezpečím anemie. Využívány jsou proto léky stavějící krvácení, hemostyptika, léky stahující dělohu, uterotonika, dále pak kyselina askorbová a gestageny. Ženám lze také nabídnout nitroděložní tělísko s levonorgestrelem, které kromě účinků antikoncepčních snižuje také intenzitu krvácení a pozitivně ovlivňuje bolesti provázející menstruaci. Užívání kombinované hormonální antikoncepce nebo substitučních hormonálních přípravků je kontroverzní. Mára a Holub (2009) uvádějí, že nebylo prokázáno, že by vlivem užívání hormonální kombinované terapie docházelo k rychlejšímu růstu myomů a užívání těchto léků v minulosti, spíše ženu před vznikem myomů ochraňuje.

Sklerotizace myomů je další konzervativní metodou léčby. Spočívá v podání léku s trombotizujícím účinkem do vyživující cévy, následkem této aplikace dojde ke zmenšení až k nekróze myomu. Nejedná se o běžně používanou metodu. Myolýzu lze provést endoskopicky během miniinvazivního zákroku nebo laparoskopicky, podvazem děložních cév či jejich embolizací.

1.4.2 Chirurgická léčba myomů

Nedílnou a významnou metodou léčby myomů je chirurgická léčba. Některé gynekologické operace lze provést ambulantně a jiné, mezi něž patří i hysterektomie, vyžadují několikadenní hospitalizaci. Obvyklá délka hospitalizace je 3-4 dny. I přesto, že se stále objevují nové nechirurgické postupy z oblasti farmakologie nebo radiologie, je chirurgická léčba myomů převažující metodou.

Indikace k operaci je rozhodujícím bodem léčby, při němž je nutné brát v úvahu nejen vlastní nález, velikost a pohyblivost dělohy, klinické obtíže a souvislost s reprodukcí, ale především přání pacientky. V zásadě se doporučuje odstranění myomů, pokud je, děloha větší než 12 cm nebo dosahuje-li velikosti větší než 16. týden gravidity, pokud je myom větší než 8 cm nebo dojde-li ke dvojnásobnému zvětšení dělohy v průběhu 6 měsíců (Tošner, a kol., 2010).

K nejčastějším důvodům, které vedou k operativnímu odstranění dělohy, patří silné nebo nepravidelné krvácení, nezhoubné nádory dělohy, sestupy dělohy a přednádorová a nádorová onemocnění děložního hrdla a těla. Odstranění dělohy ale může být součástí léčby problémů s únikem moči nebo třeba léčby endometriózy. Při silném krvácení v období perimenopauzy nebo při krvácení v postmenopauze musí být žena vždy před plánovanou operací na děloze vyšetřena gynekologem a měl by jí být odebrán vzorek děložní sliznice na bioptické vyšetření, z důvodu vyloučení maligního onemocnění.

Prospěch pacientky musí jednoznačně převažovat a operace by měla vyřešit její obtíže. Během rozhodování je třeba zvážit i celkový stav pacientky a určit nejvhodnější typ operace. Je důležité znát i předchozí operace v anamnéze pacientky. Gynekolog-operatér může použít různé způsoby chirurgických intervencí, myomektomii, ischemizující výkony a hysterektomii (Roztočil, 2010).

Myomectomie – je cílené odstranění myomu, je metodou volby u žen, jež si nepřejí odstranit dělohu. Výkon je možné provést pomocí hysteroskopie, abdominálním či laparoskopickým přístupem nebo kombinací těchto metod. Operační hysteroskopie je způsobem, jak odstranit submukózní myomy. Přístupy laparoskopické a kombinované jsou cestou jak odstranit myomy intramurální a subserózní. Nespornou výhodou těchto způsobů je zachování dělohy a tedy i fertility. Nevýhodou je možná recidiva myomu a postoperační

srůsty. Pro ženy s vícečetnými a většími myomy není myomektomie vhodnou operační metodou (Mára, Holub 2009).

Ischemizující výkony – cílem těchto výkonů je omezit ev. zcela přerušit krevní zásobení myomu. Důsledkem omezeného nebo přerušeného přívodu živin by mělo dojít ke zmenšení či degeneraci myomu. Důsledkem zmenšení myomu je zmírnění nežádoucích příznaků, jež provázejí jeho růst a přítomnost. Pokud je léčba úspěšná, dojde k trvalé devaskularizaci a tím k nekróze myomu. Embolizace se provádí angiografickou metodou na radiologickém pracovišti, žena je během zákroku obvykle v analgosedaci. Kontraindikací této metody je především probíhající gravidita, plánovaná gravidita a karcinom orgánů pánve. Metoda není také nejvhodnější u myomů stopkatých a myomů zasahujících do děložního hrdla a do širokého děložního vazu. Ženám, které plánují graviditu, není embolizace doporučována pro vyšší riziko výskytu spontánního potratu a možných problémů s početím. Proto je těmto ženám doporučována spíše myomektomie (Goodwin, et al., 2010).

Hysterektomie – patří mezi základní gynekologické operace a je nejčastější tzv. velkou gynekologickou operací. Odstranění dělohy bývá také součástí dalších výkonů, řešících inkontinenci moči, patologické změny na ovariích nebo endometriózu (Fait, www.strankyomenopauze). Operaci ženy často podstupují v období přechodu, a pokud jsou během operace odstraněny i vaječníky je operace příčinou přechodu.

2. HYSTEREKTOMIE

Hysterektomie – jedná se o výkon, při němž je odstraněna děloha. Dle Máry (2007) je v České republice i v celém světě patrný trend, provádět tento zákrok co nejméně invazivními technikami. Množství hysterektomií, prováděných z abdominálního přístupu klesá a jednoznačně převažují přístupy laparoskopické, vaginální nebo kombinované. O způsobu provedení operace rozhoduje velikost a pohyblivost dělohy, prostornost pochvy, vlastní diagnóza, předchozí operace, ale také zkušenost lékaře-operatéra a přístrojové vybavení.

V roce 2014 bylo na gynekologicko-porodnickém oddělení v Nymburce provedeno celkem 87 hysterektomií, z tohoto celkového počtu bylo 63 % z nich odoperováno metodou LAVH, 22 % vaginálně a 15 % břišní cestou. I z těchto číselných údajů je zřejmé, že laparoskopický přístup převažuje.

Tabulka 1 Počet hysterektomií v Nemocnici Nymburk v roce 2014

operační přístup	počet operací	procent
LAVH	55	63%
HY.VAG	19	22%
HY.ABD	13	15%

Zdroj: Operační kniha Gynekologicko – porodnického oddělení Nemocnice Nymburk

Ve druhé tabulce uvádím důvody, které vedly k těmto operacím. Nejčastějším důvodem k odstranění dělohy byla myomatóza a to celkem u 30 pacientek, druhým častým důvodem byl prolaps dělohy, celkem u 27 žen. Třetím důvodem bylo silné krvácení. Dalšími důvody k hysterektomii byl karcinom dělohy či hrdla, ovariální cysty, pánevní tumory a kombinace těchto příčin. Všechny důvody uvádím v tabulce č. 2.

Tabulka 2 Indikace k hysterektomii v Nemocnici Nymburk v roce 2014

operační indikace	počet operací	procent
myom	30	34%
prolaps	27	31%
krvácení	9	10%
karcinom	9	10%
cysta	5	6%
jiné důvody	7	8%

Zdroj: Operační kniha Gynekologicko – porodnického oddělení Nemocnice Nymburk

Indikace k hysterektomii nejsou vždy jednoznačné, existují různé názory i na rozsah operace a není v nich úplná shoda. Rozdíl je i v názoru na nutnost odstranění adnex během operace či na ponechání děložního hrdla. Rozhodující slovo má v tomto případě žena, která musí dát k operaci svůj písemný souhlas.

2.1 Druhy operačních přístupů

Přes břišní stěnu se lékař dostane k děloze příčným nebo podélným řezem. Dle Kolaříka (2011) je v současné době nejvíce používaný příčný suprapubický řez tzv. Pfannenstielův. Tento řez je veden nad stydkou sponou a má výborný kosmetický efekt. Jeho nevýhodou je omezený pohled do dutiny břišní. V tomto ohledu je výhodnější dolní střední laparotomie, která je preferována zejména při podezření na karcinom, při potvrzeném maligním nálezu a u velkých tumorů. Provádí se také pacientkám, kterým již v minulosti byla dolní střední laparotomie provedena nebo u pacientek s diagnózou obezity, kde nelze z technických důvodů využít laparoskopický způsob.

Během jednoduché hysterektomie je odstraněna pouze děloha bez adnex nebo i s nimi. Při rozšířené hysterektomii se odstraňují kromě děložních přívěsků i pánevní uzliny, omentum a apendix. Dělohu je možné odejmou i bez děložního hrdla. Tato operace je nazývána supravaginální amputací dělohy. Kraniální část dělohy je oddělena v oblasti isthmu. Oblé vazy se fixují k hrdlu a zbytek závěsného aparátu je nepoškozen. Nejrozsáhlejším výkonem je hysterektomie radikální, při níž je ženě odstraněna děloha včetně závěsného aparátu, uzlin a horní části pochvy (Kolařík, 2011).

Dalším způsobem, jak dělohu odstranit je hysterektomie vaginální. Během operace se odděluje cirkulárním řezem děložní hrdlo od vlastního těla, v místě, kde se upínají poševní klenby k děloze. Pahýl pochvy se zavěsí na vazy a sešije se. Dle Máry a Holuba (2009) existuje mnoho modifikací vaginálního výkonu a výběr jednoho z nich závisí především na velikosti odstraňované dělohy. Výkon je snadnější u malých, sestupujících děloh.

Dělohu je možné odejmout také pouze laparoskopicky. Výkon je nazýván totální laparoskopickou hysterektomií – TLH. Typickou indikací k tomuto výkonu je úzká pochva. Laparoskopická hysterektomie ale zahrnuje řadu postupů, které kombinují přístupy jak laparoskopické tak vaginální. Jedním z těchto postupů je tzv. LAVH – laparoskopicky

asistovaná vaginální hysterektomie. Část operace je při něm provedena laparoskopicky, ale děloha je následně odstraněna pochvou (Mára, Holub, 2009).

2.2 Výhody a nevýhody jednotlivých operačních přístupů

Výhodou abdominální hysterektomie je možnost odstranit i velké dělohy s velkými myomy a přídatnými nálezy na adnexech. Nevýhodou je nutnost provedení laparotomie, spojená s větší krevní ztrátou, delším operačním časem, větší traumatizací tkání a tedy i delší hospitalizací a následně pak rekonvalescencí.

Výhodou vaginální hysterektomie je nepřítomnost incize, výkon je prováděn extraperitoneálně, což sebou přináší menší krevní ztrátu, kratší operační čas a redukci množství analgetik a antibiotik. Lze ji s výhodou provést ve svodné anestezii a je výborně snášena i u hodně rizikových nebo obézních pacientek. Nevýhodou je nemožnost revize dutiny břišní a problematické provedení operace u děloh fixovaných v malé pánvi např. srůsty nebo u žen s úzkou pochvou (Holub, Kužel, 2005).

Výhodou laparoskopicky asistované vaginální hysterektomie je kombinace výhod jednotlivých obou přístupů, tedy i menší pooperační bolest a rychlejší návrat k aktivitám. Nevýhodou je nevhodnost postupu u pacientek s vážnějším onemocněním srdce v souvislosti s potřebou umístění pacientky do Trendelenburgovy polohy během operace.

Výhodou totální laparoskopické hysterektomie je možnost odstranit dělohu i ženám s úzkou pochvou. Během operace není zasahováno do uterosakrálního spojení a proto je tento postup prevencí sestupu pochvy. Nevýhodou je problematický přístup k děložnímu hrdlu a zvýšené riziko poranění močovodů (Mára, Holub, 2009).

Operační přístup laparoskopický a abdominální ve své práci srovnával Brožík (2006). Výzkum prováděl na 1.LF VFN U Apolináře na souboru 60 pacientek, z nichž polovina podstoupila výkon laparoskopicky asistovaný a druhá polovina výkon abdominální. Ze závěru jednoznačně vyplývá, že laparoskopický přístup je výhodnější z hlediska pacientky, protože pro pacientku přináší méně pooperačních komplikací, zkracuje délku hospitalizace a snižuje krevní ztrátu. U pacientek po LAVH se po operaci nevyskytla žádná komplikace na rozdíl od pacientek ve druhé skupině, operovaných břišní cestou, u nichž se vyskytly problémy v sedmi

případech. Komplikací byla například infekce močových cest, léze tenkého střeva, sekundární hojení operační rány a hematom poševního pahýlu.

Pilka et al. (2013) uvádí, že může v souvislosti s předchozí hysterektomií dojít k prolapsu poševního pahýlu. K této komplikaci dochází maximálně v 0,5 procentu případů. Sestup pahýlu je buď přímým důsledkem operace, nebo výsledkem již přítomného defektu pánevního dna. Po vaginálních operacích jsou prolapsy častější. Důvodem patrně není rozdílná operační technika, ale fakt, že vaginální operace častěji podstupují ženy s již existujícím sestupem.

U vaginální hysterektomie je uváděno nejmenší množství komplikací během operace 3,3%, během abdominálního výkonu je to 4,3% a kombinovaný přístup tzv. LAVH má procento komplikací nejvyšší 6,07% (Tošner et al., 2010).

2.3 Změny v organismu ženy po odstranění dělohy

Přestože je v gynekologické operativě jasně patrný trend k méně invazivním operacím, odstranění dělohy sebou přináší řadu změn v organismu ženy. Při každé operaci dochází k menší či větší poruše tkáňové integrity a to může být příčinou některých komplikací perioperačních i pooperačních. Vzhledem k tomu, že zákroky souvisí s pohlavními orgány ženy, jedná se o změny nejen anatomické a funkční, ale i psychické (Roztočil, 2011).

Pochva je i po operaci stejně prostorná jako před ní. Je téměř stejně dlouhá a má stejný směr. Poševní pahýl je slepě zakončen suturou a tzv. zavěšen, to je fixován k odstřiženým děložním vazům. Tento postup je prevencí sestupu pahýlu (Kolařík, 2011).

Anatomické změny v malé pánvi mohou být dočasně provázeny poruchou vyprazdňování močového měchýře a střev. Pokud jsou současně s dělohou odstraněny i dosud fungující vaječníky, je u ženy navozen stav předčasného přechodu. Tento stav může hlavně u mladších žen vyvolat výpadové obtíže. Tyto problémy lze účinně léčit podáváním ženských pohlavních hormonů nebo fytoestrogenů (Fait, www.strankyomenopauze).

Psychicky zdravé ženy nemají po operaci žádné dlouhodobé následky. Psychické problémy se vyskytují spíše u žen depresivních nebo jinak již primárně psychicky alterovaných (Roztočil, 2011). Existují pověry, že depresivní pocity patří k ukončení reprodukčního cyklu, tedy k menopauze, ale dle Anderse se toto tvrzení nezakládá na pravdě.

Menopauza je sice obdobím zvýšené citlivosti, ale přesto není časté, že žena poprvé onemocní depresí v tomto období (Anders, 2013).

V sexuální oblasti ženy častěji udávají zlepšení přibližně v poměru 2:1 (Roztočil, 2011). Negativní vlivy na pohlavní touhu a míru lubrikace ani tak nesouvisí s odstraněním dělohy, ale s odstraněním vaječníků jako zdroje ženských hormonů.

V roce 2013 byly v časopisu ženských lékařů Gynekolog, publikovány výsledky prospektivní studie, jež proběhla v období 2009 až 2011 v Onkogynekologickém centru VFN a 1. lékařské fakulty UK v Praze. Předmětem studie byly změny v sexuální spokojenosti žen po radikální hysterektomii ve srovnání se spokojeností žen po hysterektomii prosté. Do studie byla zařazena i kontrolní skupina zdravých žen. Zatímco po radikální hysterektomii byla zjištěna dlouhodobá porucha vzrušivosti žen, pokles sexuální touhy a častější nepříjemné pocity při pohlavním styku, tedy dyspareunie, tak u žen po hysterektomii prosté byl naopak zjištěn pokles dyspareunie. A zajímavým se ukázal fakt, že pokles obtíží byl zaznamenán bez ohledu na odstranění adnex během operace a i bez ohledu na užívání hormonální substituční léčby (Vrzáčková, a kol., 2013).

3. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKY PO HYSTEREKTOMII

Ošetřovatelskou péči o ženu sestra realizuje formou ošetřovatelského procesu. Gynekologické operace mají na rozdíl od ostatních chirurgických výkonů některá svá specifika, která je nutná brát v úvahu při plánování ošetřovatelské péče. Péči gynekologickým pacientkám poskytují v ideálním případě porodní asistentky, které tato specifika znají a umí lépe zhodnotit případné patologie. Vzhledem k mé dvanáctileté praxi na gynekologicko-porodnickém oddělení si uvědomuji specifika gynekologických operací a jsem si vědoma velké spoluodpovědnosti za zdárný pooperační průběh. Cílem ošetřovatelské péče je správně diagnostikovat, naplánovat a realizovat ji, ideálně s aktivně spolupracující pacientkou. Pro větší přehlednost lze celé pooperační období dle Macků (1996) rozdělit do tří částí. Každá z těchto částí, představuje určité období v pooperačním průběhu i s jeho aktuálními či potencionálními problémy.

3.1 Bezprostřední pooperační péče

Ošetřovatelskou péči u žen po gynekologické operaci zahajujeme péčí bezprostřední, jež následuje ihned po převzetí pacientky z operačního sálu a je realizována v prvních hodinách a dnech po operaci. V této fázi procesu se pozornost sestry zaměřuje především k monitoraci základních životních funkcí, k rehydrataci pacientky prostřednictvím infúzní terapie, sledování krevních ztrát, prevenci tromboembolické nemoci, péči o invazivní vstupy, katétry a drény, péči o operační ránu, péči o vyprazdňování a celkovou bilanci tekutin. Celé této oblasti dominuje sledování a následná účinná léčba pooperační bolesti. Diagnostiku realizuje sestra pomocí škál hodnotících intenzitu bolesti. Jelikož je pocit bolesti subjektivním vjemem, pomohou nám tyto škály změřit sílu bolesti a lékař může posléze zvolit správnou analgetickou léčbu. Mimo subjektivního pocitu má bolest také objektivní příznaky a jejich sledování je úkolem sestry.

V tomto období sestra může ve fázi diagnostiky stanovit například tyto ošetřovatelské diagnózy: akutní bolest, nauzeu, riziko nevyváženého objemu tekutin v organismu, riziko infekce, narušenou integritu kůže, zhoršenou pohyblivost na lůžku, deficit sebepéče při koupání a vyprazdňování.

3.1.1 Příklady plánů pro bezprostřední pooperační péči

Ošetřovatelský problém - AKUTNÍ BOLEST

Určující znaky - subjektivní:	slovní vyjádření bolesti
Určující znaky - objektivní:	výraz bolesti v obličeji, třes a napětí svalů, zrychlený puls
Cíle ošetřovatelské péče:	zmírnit nebo odstranit akutní bolesti, osvojit si metody zvládání bolesti
Ošetřovatelské intervence:	akceptovat sdělení pacientky o síle a charakteru bolesti, opakovaně posuzovat bolest dle škál, vždy když se objeví, pozorovat neverbální projevy pacientky, měřit a sledovat změny fyziologických funkcí, aplikovat analgetika dle ordinace lékaře, pečovat o klidné prostředí a pohodlí ženy

Tabulka 3 Ošetřovatelský problém - AKUTNÍ BOLEST

Ošetřovatelský problém - NAUZEA

Určující znaky - subjektivní:	stížnost na pocit na zvracení
Určující znaky - objektivní:	polykací pohyby, chladná a bledá kůže, zvýšené slinění
Cíle ošetřovatelské péče:	odstranit a zvládnout nauzeu, udržet přiměřený příjem tekutin
Ošetřovatelské intervence:	aplikovat léky a sledovat jejich účinky, nabízet malé doušky chladných, čirých nápojů, nabídnout pomůcky k pití (brčko apod.), posoudit přítomnost gastrointestinálních onemocnění

Tabulka 4 Ošetřovatelský problém – NAUZEA

Ošetřovatelský problém - NARUŠENÁ INTEGRITA KŮŽE

Určující znaky - subjektivní:	svědění, bolest či necitlivost v oblasti operační rány
Určující znaky - objektivní:	porušení kožního povrchu a tkání, sutura
Cíle ošetřovatelské péče:	udržet čistotu a suchost pooperační sutury
Ošetřovatelské intervence:	sledovat stav pooperační sutury, kontrolovat sterilní krytí, kontrolovat sekreci z rány, sledovat okolí pooperační rány, asepticky manipulovat s obvazovým materiálem, aby došlo k zabránění vstupu infekce

Tabulka 5 Ošetřovatelský problém - NARUŠENÁ INTEGRITA KŮŽE

Ošetřovatelský problém - ZHORŠENÁ POHYBLIVOST NA LŮŽKU

Určující znaky - subjektivní:	stížnost na nepohodlí a bolest při pohybu
Určující znaky - objektivní:	omezený rozsah pohybu, pomalé otáčení se na lůžku
Cíle ošetřovatelské péče:	naučit se způsobům jak bezpečně změnit polohu, osvojit si způsob použití mobilizačních pomůcek
Ošetřovatelské intervence:	klasifikovat funkční úroveň, posoudit individuální rizikové faktory, upravit správnou polohu s využitím vhodných pomůcek, ukázat manipulaci s hrazdičkou, umožnit snadný přístup k signalizačnímu zařízení

Tabulka 6 Ošetřovatelský problém - ZHORŠENÁ POHYBLIVOST NA LŮŽKU

Ošetřovatelský problém - DEFICIT SEBEPÉČE PŘI HYGIENĚ

Určující znaky - subjektivní:	slabost, nepohodlí, bolest
Určující znaky - objektivní:	vynucená poloha a imobilizace, porušená schopnost umýt se
Cíle ošetřovatelské péče:	rozpoznat individuální potřeby, udržovat čistotu a sucho v oblasti genitálií
Ošetřovatelské intervence:	navodit bližší vztah se ženou s respektem k její intimitě a studu, provést intimní hygienu s využitím jednorázových žínek, vložek a podložek, respektovat soukromí při úkonech hygienické péče

Tabulka 7 Ošetřovatelský problém - DEFICIT SEBEPÉČE PŘI HYGIENĚ

Ošetřovatelský problém - RIZIKO SNÍŽENÉHO OBJEMU TEKUTIN V ORGANISMU

Rizikové faktory:	ztráta tekutin abnormálními cestami (drény, cévky, atd.), zhoršený přístup k tekutinám z důvodu omezené pohyblivosti, zvýšené pooperační nároky organizmu
Cíle ošetřovatelské péče:	zamezit snížení objemu tekutin v organismu, udržet rovnováhu mezi příjmem a výdejem
Ošetřovatelské intervence:	měřit výdej a příjem tekutin, kontrolovat fyziologické funkce, nabízet a zpřístupnit pacientce tekutiny, podávat infuzní přípravky dle ordinace, sledovat stav sliznic a kožní turgor, měřit ztráty tekutin krvácením do vložek a do drénů

Tabulka 8 Ošetřovatelský problém - RIZIKO SNÍŽENÉHO OBJEMU TEKUTIN V ORGANISMU

Ošetřovatelský problém - RIZIKO INFEKCE

Rizikové faktory:	traumatizace tkání operací, invazivní vstupy, přechodná imobilizace
Cíle ošetřovatelské péče:	nepřítomnost infekce, najít způsoby, jak snížit riziko infekce
Ošetřovatelské intervence:	hodnotit stav invazivních vstupů, dodržovat aseptické postupy při manipulaci se vstupy a katétry, přísně dodržovat předepsanou hygienu rukou, profylakticky podávat antibiotika dle ordinace lékaře

Tabulka 9 Ošetřovatelský problém - RIZIKO INFEKCE

3.2 Časná pooperační péče

Hovoříme zpravidla o období prvních dnů po operaci. Tyto dny je úkolem sestry pacientku mobilizovat, sestra by měla předvídat možnou hypotenzi z náhlé změny polohy a pacientku edukovat o postupném vstávání z lůžka, jako metodě prevence pádů. Léčba bolesti přechází i do této fáze. V průběhu prvních dnů bývá častá mírná subfebrilie jako jeden z příznaků pooperační nemoci. Sestra teplotu měří a zaznamenává. Její zvýšení může být prvním příznakem pooperačních infekce. Péče o operační ránu spočívá v dokonalé hygieně, jíž je třeba pacientku naučit. Součástí péče je starost o vyprazdňování močového měchýře, která může být zpočátku problematická, o dokonalém vyprázdnění se přesvědčíme změřením rezidua. Reziduální moč (reziduum) v močovém měchýři po spontánním vymočení sestra získá vycévkováním ženy nebo jej lékař změří sonograficky. Také činnost trávicího ústrojí je zpomalená a důsledkem je plynatost a zácpa. Prvnímu vyprázdnění stolice můžeme pomoci čípkem nebo malým klysmatem. Dietní režim se postupně navrací k normálu, od pouhých tekutin v den operace, přes kašovitou stravu až po šetřící, lehce stravitelnou a nenadýmavou racionální dietu. Všechna tato opatření jsou zaměřena cíleně k rychlé rekonvalescenci a návratu k úplné soběstačnosti. K urychlení tohoto procesu lze s pacientkou od prvního dne provádět jednoduchá dechová a tělesná cvičení, protože rehabilitace je součástí komplexní pooperační péče.

V tomto období může sestra stanovit tyto další ošetřovatelské diagnózy: retence moči, dysfunkční gastrointestinální motilita, riziko zácpy, zhoršená tělesná pohyblivost, únava a snaha zlepšit sebepéči.

3.2.1 Příklady plánů pro časnou pooperační péči

Ošetřovatelský problém - RETENCE MOČI

Určující znaky - subjektivní:	pocit plnosti močového měchýře, dysurie, odkapávání malého množství moči
Určující znaky - objektivní:	úplná zástava močení nebo časté močení malých porcí moči, velké močové reziduum
Cíle ošetřovatelské péče:	malé nebo žádné močové reziduum, pravidelné močení normálních dávek moči, zvládnutí správné techniky močení, jako prevence retence
Ošetřovatelské intervence:	posoudit účinky medikace, měřit příjem a výdej tekutin, kontrolovat reziduum cévkováním, přísně dodržovat aseptické podmínky, zavést permanentní katétr a pečovat o něj, pátrat po známkách infekce (pálení, řezání, apod.)

Tabulka 10 Ošetřovatelský problém - RETENCE MOČI

Ošetřovatelský problém - DYSFUNKČNÍ GASTROINTESTINÁLNÍ MOTILITA

Určující znaky - subjektivní:	změna střevní činnosti, pocit plnosti v břiše, pocit nadmutí
Určující znaky - objektivní:	oslabené nebo zesílené střevní zvuky, vzedmutí břicha
Cíle ošetřovatelské péče:	obnovit normální funkci střev, spontánní odchod plynů
Ošetřovatelské intervence:	auskultovat břicho, medikamentózně podporovat peristaltiku dle ordinace lékaře, usnadnit odchod plynů pomocí rektální rourky, aplikovat teplé obklady na břicho, stimulovat funkci střev jednoduchými cviky dolních končetin

Tabulka 11 Ošetřovatelský problém - DYSFUNKČNÍ GASTROINTESTINÁLNÍ MOTILITA

Ošetřovatelský problém - ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST

Určující znaky - subjektivní:	stížnost na bolest a nepohodlí při pohybu
Určující znaky - objektivní:	omezený rozsah pohybu, pomalý pohyb, změny chůze
Cíle ošetřovatelské péče:	osvojit si nové způsoby pohybu, zachovat či zvýšit funkční úroveň, zlepšit rozsah pohybů, zvětšit svalovou sílu
Ošetřovatelské intervence:	vyjádřit pochopení a ochotu pomoci při aktivitě, klasifikovat kód funkční úrovně, podávat analgetika dle ordinace, jako prevenci bolesti při pohybu, pobízet pacientku k pohybu, nacvičovat snadnější pohyb, poskytnout opěrné pomůcky, pomoci při aktivitě a spolupracovat s rehabilitační sestrou

Tabulka 12 Ošetřovatelský problém - ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST

Ošetřovatelský problém – ÚNAVA

Určující znaky - subjektivní:	stížnost na nedostatek energie, pocit vyčerpání
Určující znaky - objektivní:	zívání, lhostejnost, sebepozorování, nezájem o okolí
Cíle ošetřovatelské péče:	zvýšit energii ke každodenním činnostem, zajistit účast na léčebném programu, odstranit únavu
Ošetřovatelské intervence:	akceptovat subjektivní pocit pacientky, pobízet k vyjádření pocitů, vhodně rozložit ošetřovatelské úkony během dne, umožnit nerušený spánek v noci, pobízet ke střídání aktivity a odpočinku během dne

Tabulka 13 Ošetřovatelský problém – ÚNAVA

Ošetřovatelský problém - SNAHA ZLEPŠIT SEBEPÉČI

Určující znaky - subjektivní:	pocit nedostatečné schopnosti péče o sebe sama
Určující znaky - objektivní:	nevýkonnost, deficit v oblasti sebepéče, ochota ke zlepšení sebepéče
Cíle ošetřovatelské péče:	rozpoznat individuální slabiny, osvojit si nové způsoby sebepéče
Ošetřovatelské intervence:	posoudit úroveň sebepéče při denních činnostech, vyjádřit podporu a ochotu pomoci, poskytnout pomůcky usnadňující sebepéči, pomoci při nácviku deficitních dovedností

Tabulka 14 Ošetřovatelský problém - SNAHA ZLEPŠIT SEBEPÉČI

Ošetřovatelský problém - RIZIKO ZÁCPY

Rizikové faktory:	pooperační vynucená imobilizace, změna prostředí, nedostatek soukromí, vedlejší účinek aplikace opiátů
Cíle ošetřovatelské péče:	udržet normální funkci střev, pravidelné vyprazdňování stolice, nacvičovat techniky k prevenci zácpy
Ošetřovatelské intervence:	zjistit individuální vyprazdňovací návyky, zajistit dostatečný přísun tekutin, zhodnotit vedlejší vliv analgetik, zajistit soukromí při defekaci, podávat šetrná laxativa či klysma dle ordinace lékaře

Tabulka 15 Ošetřovatelský problém - RIZIKO ZÁCPY

3.3 Pozdní pooperační péče

Toto období za normálních okolností probíhá již po propuštění pacientky do domácího ošetřování. V souvislosti s novými méně invazivními operačními technikami se doba hospitalizace pacientek po velké gynekologické operaci značně zkrátila až na 3-5 dní dle druhu a rozsahu operace. V pozdním pooperačním období se dokončuje hojení operační rány a pacientce jsou odstraněny stehy. Z tohoto důvodu pacientka navštíví svého obvodního gynekologa. A jeho úkolem je nadále kontrolovat také hojení poševního pahýlu. Vystupuje proto do popředí nezbytnost správné edukace ženy v prvních pooperačních dnech, aby pacientka snáze zvládla péči o sebe sama doma ve svém prostředí. Úkolem sestry je edukovat pacientku o nezbytnosti správné hygienické péče a zvýšené péči o pravidelné vyprazdňování moči i stolice. Žena by včas před propuštěním měla vědět, jak správně pečovat o své tělo.

V tomto období jsou aktuální tyto ošetřovatelské diagnózy: snaha zlepšit management vlastního zdraví, intolerance aktivity, snaha zlepšit znalosti, riziko situačně snížené sebeúcty, narušený obraz těla, sexuální dysfunkce a snaha zlepšit komfort.

3.3.1 Příklady plánů pro pozdní pooperační péči

Ošetřovatelský problém - INTOLERANCE AKTIVITY

Určující znaky - subjektivní:	pocit slabosti a nedostatku energie
Určující znaky - objektivní:	pomalé pohyby, časté usedání
Cíle ošetřovatelské péče:	pochopit skutečnost, že může dojít k přechodnému snížení aktivity, najít alternativní způsoby aktivity
Ošetřovatelské intervence:	kontrolovat fyziologické funkce při zvýšené aktivitě, odebrat krev ke kontrole krevního obrazu, informovat lékaře, zahájit rehabilitační program ve spolupráci s fyzioterapeutem, informovat pacientku o nedoporučených aktivitách, nabídnout alternativní způsoby k původním aktivitám pacientky

Tabulka 16 Ošetřovatelský problém - INTOLERANCE AKTIVITY

Ošetřovatelský problém - SNAHA ZLEPŠIT MANAGEMENT VLASTNÍHO ZDRAVÍ

Určující znaky - subjektivní:	vyjádřená touha zlepšit péči o své zdraví, konstatovaná neznalost způsobů péče o své zdraví
Určující znaky - objektivní:	pozorovaná snaha zlepšit péči o své zdraví, demonstrovaný či pozorovaný nedostatek znalostí
Cíle ošetřovatelské péče:	zajistit aktivní účast pacientky na péči o její zdraví, zahájit kroky ke změně specifických návyků a způsobů péče o zdraví
Ošetřovatelské intervence:	posoudit návyky a způsoby, které si pacientka přeje změnit, vybídnout ke konkrétní specifikaci deficitu, sledovat chování pacientky souvisejícím se zdravím, pomoci zvolit způsob změny, poučit pacientku o individuálně vhodných postupech (pravidelné kontroly u lékaře, cvičení, zdravá strava, atd.)

Tabulka 17 Ošetřovatelský problém - SNAHA ZLEPŠIT MANAGEMENT VLASTNÍHO ZDRAVÍ

Ošetřovatelský problém - SNAHA ZLEPŠIT ZNALOSTI

Určující znaky - subjektivní:	slovní vyjádření deficitu znalostí a snahy je doplnit, žádost o informace
Určující znaky - objektivní:	aktivní dotazování, výraz zájmu v neverbálních projevech pacientky
Cíle ošetřovatelské péče:	pochopit stav, nemoci a léčby, odhalit překážky v poznávání, doplnit znalosti, najít zdroje informací
Ošetřovatelské intervence:	posoudit ochotu učit se, zjistit úroveň znalostí pacientky, identifikovat překážky a způsob jejich odstranění, povzbudit pacientku, zapojit ji do spolupráce, zvolit vhodné prostředí k edukaci, poskytnout kontakt na osoby, které zodpoví další případné dotazy

Tabulka 18 Ošetřovatelský problém - SNAHA ZLEPŠIT ZNALOSTI

Ošetřovatelský problém - NARUŠENÝ OBRAZ TĚLA

Určující znaky - subjektivní:	slovní vyjádření pocitů, strach z odmítnutí, negativní pocity nad vlastním tělem
Určující znaky - objektivní:	chybějící část těla, vyhýbavé chování
Cíle ošetřovatelské péče:	akceptovat sebe sama, odstranit či zmírnit strach, hledat informace a aktivně se snažit překonat problémy
Ošetřovatelské intervence:	posoudit fyzický i psychický vliv nemoci, posoudit míru strachu či úzkosti, komunikovat o patofyziologických změnách v organismu, navodit vzájemnou důvěru, podnítit pacientku k rozhovoru o problému

Tabulka 19 Ošetřovatelský problém - NARUŠENÝ OBRAZ TĚLA

Ošetřovatelský problém - RIZIKO SITUAČNĚ SNÍŽENÉ SEBEÚCTY

Rizikové faktory:	pooperační anatomické a funkční změny v organismu, ztráta kontroly nad svým zdravím, dočasný deficit v sebepéči
Cíle ošetřovatelské péče:	vyjádřit význam pozitivního sebehodnocení, aktivně se podílet na léčebném režimu a rekonvalescenci
Ošetřovatelské intervence:	posoudit stupeň pacientkou vnímaného ohrožení, poskytnout psychickou oporu, aby se pacientka vyrovnala s novou skutečností, vést pacientku k uvědomění si vlastní odpovědnosti, mobilizovat dostupnou oporu (rodina, atd.), podporovat nezávislost v denních činnostech

Tabulka 20 Ošetřovatelský problém - RIZIKO SITUAČNĚ SNÍŽENÉ SEBEÚCTY

Ošetřovatelský problém - SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Určující znaky - subjektivní:	negativní vnímání sexuálního omezení v důsledku nemoci
Určující znaky - objektivní:	verbalizace problému, změna v plnění dřívější sexuální role, dožadování se potvrzení o žádoucnosti
Cíle ošetřovatelské péče:	pochopit anatomické a dočasné funkční pooperační změny, uvědomit si a přijmout změny, najít alternativní aktivity
Ošetřovatelské intervence:	vyjádřit pochopení, vybízet k otevřenému pojmenování problému, navodit pocit důvěry, odstranit bariéry v prostředí, zajistit soukromí během rozhovoru, seznámit pacientku s dostupnými zdroji informací

Tabulka 21 Ošetřovatelský problém - SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

Ošetřovatelský problém - PRODLOUŽENÍ POOPERAČNÍHO ZOTAVENÍ

Určující znaky - subjektivní:	pocit únavy, pacientka vnímá, že na zotavení potřebuje více času
Určující znaky - objektivní:	potřeba pomoci v sebepéči, odložení návratu k práci
Cíle ošetřovatelské péče:	pochopit léčebný režim, dosáhnout efektivního začlenění zpět do pracovního režimu
Ošetřovatelské intervence:	zjistit, jak pacientka pohlíží na léčebný režim a jaká jsou její očekávání, akceptovat silné a slabé stránky schopností pacientky, vyjádřit pochopení, zprostředkovat zdroje informací o pozměněném pooperačním léčebném režimu, mobilizovat podpůrné systémy, především rodiny a blízkých osob pacientky

Tabulka 22 Ošetřovatelský problém - PRODLOUŽENÍ POOPERAČNÍHO ZOTAVENÍ

4. EDUKACE A EDUKAČNÍ PROCES

„Nejsilnějším činitelem, který působí na člověka je zase jen člověk.“

Mesmer (Honzák, 2006, s. 134)

Edukace (vedení, výchova) probíhá formou edukačního procesu, během něhož je možné učit a vychovávat ženu v oblasti péče o vlastní zdraví. Kvalitní a profesionální ošetřovatelská péče by měla obsahovat i edukaci, bez ní by nebyla péče úplná. Edukace patří mezi základní kompetence sestry. *„Edukační proces je součástí kvalifikované ošetřovatelské péče, doprovází a doplňuje ošetřovatelský proces a je vyjádřením dynamického a vzájemného vztahu mezi sestrou a pacientem.“* (Mareš, Vachková, 2010, s. 36).

Tradiční model edukace nepočítal s pacientem jako s rovným partnerem, ale vyžadoval jeho poslušnost, oddanost a závislost. Nebral v úvahu pacientovy potřeby a priority. Současný edukační model je naopak nerealizovatelný bez pacientovy spoluúčasti, aktivity, ale současně i odpovědnosti. Dle tradičního modelu je pacient pasivním příjemcem edukace, která by měla navodit změnu v pacientově chování a jednání. Model edukace akcentující pacienta, považuje příjemce edukace za autonomní, rovnoprávnou bytost, jež aktivně spolupracuje s edukátorem na definování svých potřeb (Mareš, Vachková, 2010).

Dle Honzáka (2006) je správná edukace daleko více než prosté poučení, které si může pacient sám přečíst v různých informačních letácích, ale je ve své podstatě pedagogickou a psychologickou prací.

4.1 Fáze edukačního procesu

Edukační proces je možné rozdělit do pěti navzájem navazujících fází. První z nich je fáze posouzení, během níž se sestra snaží získat potřebné údaje o pacientce a ty poté využít ke stanovení tzv. edukační diagnózy. Sestra se snaží posoudit celkový nejen zdravotní, ale i psychický stav ženy, její hodnotový žebříček a především názor na vlastní onemocnění tzv. pojetí nemoci. *„Domníváme se, že právě znalost pacientova pojetí by mohla edukační diagnostiku individualizovat, učinit ji adresnou a tím i účinnější. Jinak řečeno: pacientovo pojetí nemoci by se mělo stát součástí komplexu zjišťovaných údajů o pacientovi, součástí*

první fáze edukačního procesu.“ (Mareš, Vachková, 2010, s. 38). Součástí první fáze je sběr dat o pacientce, její věk, vzdělání, dosavadní vědomosti a dovednosti, ale i její postoje, sociální status, kulturní zvyklosti, víra a v neposlední řadě i životní styl. S tím vším musíme počítat, pokud chceme, aby byla edukace konkrétní (Mareš, Vachková, 2010).

Úkolem druhé diagnostické fáze je určit edukační potřebu s využitím informací z fáze první a pojmenovat edukační diagnózu (Mareš, Vachková, 2010). Sestra pak může své úsilí zaměřit správným směrem a edukaci nasměrovat na konkrétní deficitní znalost či dovednost. *„Za edukační potřebu považujeme deficit v oblasti vědomostí, dovedností, návyků a pozitivních postojů edukanta ke svému zdraví, kdy tyto nedostatky mohou negativně ovlivnit zdraví edukanta v současnosti i v budoucnosti.“* (Juřeníková, 2010, s. 25)

Ve třetí fázi procesu si naplánujeme vlastní průběh edukace, konkrétní obsah, metody, formu, včetně pomůcek a výběru vhodného místa pro výchovu. Zatímco si sestra ve druhé fázi stanoví edukační potřebu, úkolem třetí fáze je stanovit krátkodobé i dlouhodobé cíle z oblasti kognitivní, afektivní a psychomotorické. Vlastní edukační plán by měl být sestaven ve vzájemné spolupráci s pacientkou a je součástí ošetřovatelské dokumentace. Plán musí obsahovat identifikační údaje o pacientce, pojmenování vlastní edukační potřeby, dále pak formy a metody edukace, kterými chceme dosáhnout cíle, jež jsme spolu s ní stanovily. V edukačním plánu je uveden rozpis a také obsah jednotlivých edukačních lekcí. Závěrem musí plán obsahovat písemné zhodnocení, zda se podařilo konečného cíle nebo dílčích cílů dosáhnout. Plán podepisuje sestra - edukátorka.

Realizace je čtvrtou fází edukačního procesu. Její průběh závisí na pečlivém naplánování v rámci předešlé fáze. Realizace by měla probíhat v podobě vyučovací hodiny a měla by tedy obsahovat část motivační, opakovací, expoziční, fixační a část závěrečného shrnutí. To vše za dodržení didaktických zásad (Mareš, Vachková, 2010). Vlastní realizace vychází z edukačního plánu a její průběh může příznivě i nepříznivě ovlivnit řada okolností. Pokud budeme s těmito faktory počítat, můžeme se na problémy lépe připravit. Edukační bariéry mohou vzniknout na straně pacientky, ale i na straně samotné edukátorky. Překážkou z pacientčiny strany může být vlastní onemocnění, které ovlivnilo její vědomí nebo smyslové vnímání. Další významnou překážkou v komunikaci je jazyková bariéra a problémem mohou být také odlišné kulturní zvyklosti. Dobrou přípravou můžeme tyto problémy eliminovat. Překážkou ze strany edukátorky je právě špatná příprava na edukaci, přílišné zaneprázdnění, únava a také nedostatečná spolupráce v rámci zdravotnického týmu (Juřeníková, 2010).

Vyhodnocení – poslední, pátá fáze obsahuje zhodnocení procesu. Zda bylo dosaženo vytyčeného cíle nebo cílů, zhodnotí sestra - edukátorka a výsledek zanese do ošetřovatelské dokumentace, jejíž je edukační záznam nedílnou součástí. Stanovené cíle musí být reálné. Pokud naše edukace svůj cíl splnila, měla by se v chování pacientky navodit nějaká pozitivní změna. Tuto změnu pak nazýváme edukačním výsledkem neboli efektem.

„Cílem edukační práce je mimo jiné také pochopení náhledu pacienta a jeho propojení a převedení do racionální roviny. Můžeme se k tomu dopracovat jedině tak, že jeho názory trpělivě vyslechneme, jeho postoje pochopíme a posléze mu nabídneme účinnější cestu směrem k očekávanému výsledku.“ (Honzák, 2006, str. 81)

4.2 Didaktické zásady edukace

Sestra provádějící edukaci by měla během výchovy pacientky dodržovat určitá pravidla, tato pravidla nazýváme didaktickými zásadami. Jsou to v podstatě pravidla, která mají svůj původ v základních zákonitostech vyučovacího procesu a měl by se jimi řídit každý edukátor.

Zásadu názornosti, dle Juřeníkové (2010), již J. A. Komenský nazýval „zlatým pravidlem“. Pokud se sestře - edukátorce podaří zvolit metody a způsoby, při kterých se může pacientka učit prostřednictvím více smyslů, dá se předpokládat, že edukace bude účinnější. Platí, že to co vnímáme více smysly, si lépe pamatujeme. Nově získané teoretické poznatky, by měla mít pacientka možnost uplatnit v praxi, pokud tomu tak je, má žena k učení mnohem větší motivaci. Námi předložené informace se musí zakládat na pravdě, být vždy v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky a přesto být srozumitelné i laikovi. Obsah i množství informací sestra během edukace přizpůsobuje jak svým možnostem, tak i aktuálnímu zdravotnímu stavu ženy. Správnou diagnostikou edukačních potřeb ve druhé fázi procesu edukace, zaručíme aktuálnost informací. Během výkladu by sestra měla vhodně zvolenými otázkami ověřovat, zda pacientka všemu rozumí a průběžně ověřovat, co si z nově nabitých vědomostí pamatuje. Pokud sestra zjistí deficit, nejasné údaje zopakuje, tak aby byly trvalé. Podaří -li se učivo logicky rozdělit, tak aby navazovalo, stane se pro pacientku lépe pochopitelným a ta si jej lépe uchová v paměti. Pacientku musíme do procesu edukace co nejvíce zapojit a vytvořit ji k tomu co nejlepší podmínky. Přístup sestry v roli edukátorky musí být vždy individuální. Kromě stavu zdravotního je důležité znát i pacientčin stav

psychický. Je nezbytné brát v úvahu vlastnosti osobnosti, její zvláštnosti, zkušenosti a v neposlední řadě i vliv sociálního a kulturního prostředí, ze kterého pacientka pochází.

4.3 Jednotlivé formy edukace

Výběr nejvhodnější formy edukace je klíčovým před vlastní realizaci. Magurová a Majerníková (2009) uvádějí, že edukační forma je konkrétní podobou, prostřednictvím které se vlastní obsah edukace dostane k lidem. Můžeme tedy pro přehlednost rozlišit formu edukace na individuální, skupinovou a hromadnou.

Forma individuální je ve zdravotnictví používána nejčastěji. Individuální prací s jednou pacientkou může sestra plně zohlednit diagnostikované potřeby. Může průběh edukace lépe přizpůsobit psychickému i fyzickému stavu ženy a zpětná vazba je vysoká. Nevýhodou je nemožnost vzájemné výměny informací s jinými edukantkami a její velká časová náročnost.

Ideální počet žen ve skupinové formě je 8 – 12 dle Magurové a Majerníkové (2009). Juřeníková (2010) uvádí počet nižší 3 – 5. Skupina může vzniknout spontánně nebo ji může sestavit sestra na základě určitých požadavků, kterými mohou být například stejné onemocnění, stejná zkušenost, stejný deficit znalostí a dovedností a jiné. Výhodou skupinové formy edukace je možnost spolupráce a sdílení zkušeností mezi jejími jednotlivými členy. Nevýhodou je, že se do práce ve skupině nemusí stejnou měrou zapojit všechny zúčastněné ženy a nemusí být tedy vždy zohledněny individuální potřeby. Magurová a Majerníková (2009) poukazují na význam správného výběru místa konání edukace.

Forma hromadná je zaměřena na větší skupinu, může probíhat například formou přednášky. Výhodou je možnost oslovení většího počtu lidí, ale na druhou stranu může být jejich aktivita ve velké skupině nízká. Velkou roli zde hraje osobnost edukátora.

4.4 Používané edukační metody a edukační pomůcky

Metod edukace je celá řada, jak praktických, tak i teoretických nebo kombinovaných. Metoda by měla respektovat osobnost edukanta, ale i prostředí a měla by být především použitelná v praxi. Dle Simočkové (2013) závisí volba metody od konkrétního cíle, který chceme u edukantek dosáhnout.

Vzájemnou komunikaci mezi edukátorkou a edukantkou nazýváme rozhovor. Obousměrné sdělování informací je základem práce každého zdravotníka. Pacientka je pro sestru rovnocennou partnerkou, rozhovor má být výsledkem spolupráce obou aktérů. S terapeutickým rozhovorem se setkáváme v práci sestry denně, při kontaktu s pacientkami. Empatie a nepředstíraný zájem je dobrým základem terapeutického rozhovoru. Účelem informačního rozhovoru je sdělit informace. Buď směrem sestra -pacientka nebo opačně od pacientky k sestře. Je nedostačující informace pouze poskytnout bez zpětného dotazování, zda jim bylo porozuměno. Proto by naše sdělení vždy měla být jasná, srozumitelná a správně načasovaná. Cílem správně vedeného edukativního rozhovoru je určité předání znalostí a dovedností, jež mohou pacientce posloužit k udržení, podpoře nebo navrácení zdraví. Je lépe během rozhovoru používat spíše otázek otevřených, které více vybízejí pacienta k rozvinutí komunikace (Venglářová, Mahrová, 2006).

Jako jednu z dalších metod uvádím přednášku. Výhody a nevýhody této metody jsem uvedla výše na příkladu hromadné formy edukace. Přednášku si musí sestra pečlivě připravit a rozdělit si, které informace použije v úvodu, které ve vlastním výkladu a jaké řekne posluchačkám závěrem. Měla by si také promyslet, jaké použije pomůcky a jakým způsobem bude aktivizovat edukantky.

Účinnou metodou k objasnění příčin a podstaty problému je vysvětlování, při kterém má sestra možnost využít nákresů, schémat apod. Pokud chceme ženu naučit nějakou praktickou činnost, zvolíme metodu instruktáže, slovní či písemnou nebo kombinaci obou.

Diskuze je metodou určenou k prezentaci myšlenek a zároveň k jejich konfrontaci s jinými názory. Konzultace je ve zdravotnictví často užívanou metodou zejména během setkání s odborníkem, kterým bývá obvykle lékař nebo sestra, specialistka. Hojně používanou metodou je také práce s textem např. použití písemných materiálů ve formě letáků, brožur a plakátů, jež jsou zdrojem informací a mohou být využity při edukaci. Jejich použití by sestra neměla omezit na pouhé předání materiálů, ale měla jej kombinovat i s jinými metodami edukace.

Jako jednu z novějších metod uvádím brainstorming (bouři mozků). Metoda dobře využitelná při práci s větší skupinou, ideálně do 12 osob. Členové skupiny sami postupně navrhují možná řešení problému, tato řešení, byť třeba nereálná jsou zapisována na tabuli a po uplynutí časového limitu jsou analyzována. Výsledkem může být vyřešení daného problému (Juřeníková, 2010).

Pro větší názornost edukace má sestra možnost využít rozličných edukačních pomůcek. Jejich výběr přizpůsobí konkrétním podmínkám a vybavenosti pracoviště. Mezi textové pomůcky patří často používané letáky, informační brožury, knihy, časopisy apod. K vizuálním pomůckám řadíme obrázky, fotografie, dataprojektory, cvičné modely a zdravotnický materiál. K zapojení dalšího našeho smyslu, sluchu, využijeme auditivní pomůcky, mezi něž patří zvukové a hudební záznamy, rozhlas a různé přehrávače zvuku. Audiovizuální pomůcky využijí našeho vnímání sluchového i zrakového. Patří sem například filmy, videorekordéry a jiné multimediální systémy. Mezi edukační pomůcky lze zařadit i kopírovací stroje, počítače a reprodukční přístroje (Magurová, Majerníková, 2009).

4.5 Edukace pacientek po hysterektomii

Jedním z nejdůležitějších prvotních úkolů edukace je pacientku pro spolupráci získat, jen tak je možné dosáhnout společně pozitivních změn, které vedou k uzdravení. Role sestry - ženy je v tomto procesu nezastupitelná. Vztah zdravotní sestry a ženy v roli pacientky je velice specifický. V souvislosti s operací reprodukčních orgánů se vynoří řada intimních otázek, které pacientka se zdravotní sestrou řeší a často se jedná o otázky velice osobní, které jinak probírá jen s těmi nejbližšími. Edukační proces může být značně usnadněn tím, že pochopíme pojetí pacientčiny nemoci. Dle Mareše a Vachkové (2010) je nanejvýš důležité, jaké představy má žena o své nemoci, co považuje za její příčinu, zda se domnívá, že omezení, která nemoc přináší, jsou nezbytná. A především, zda věří, že se uzdraví.

Žena je po operaci propouštěna do domácího ošetřování, již několik málo dní po operaci a často ji trápí řada otázek souvisejících se změnami jejího těla a péče o sebe sama. Pokud ji odpovědi na tyto otázky nedal již před operací její ošetřující gynekolog nebo operatér, vzniká deficit znalostí, který by mohl nepříznivě ovlivnit rekonvalescenci po operaci a mohl by být i příčinou pozdních zdravotních komplikací.

Sestra, provádějící edukaci pacientky po operaci, má poměrně krátký časový úsek na vlastní edukační práci, proto je nutné, aby využila každý okamžik během ošetřovatelské péče ke komunikaci a edukaci ženy. Každá žena je individualitou a to co pro jednu z nich znamená vážný problém, jiná třeba považuje za nepodstatnou maličkost. Edukace by se měla týkat několika základních okruhů z oblasti biologických, bio-psycho-sociálních ev. spirituálních potřeb. Jsou to informace o práci s bolestí, krvácením, péčí o pooperační suturu,

vyprazdňováním, správnou pooperační hygienou, návratu k aktivitám a s ním spojenou délkou pracovní neschopnosti.

Bolest se může objevit v místě pooperační sutury, ale bývají běžné i bolesti v oblasti bederní páteře. Tyto bolesti jsou příznakem hojení jizvou v operačním poli, popřípadě i tvorbou srůstů. Bolest v zádech může být reakcí na vynucenou polohu během operace. K odstranění bolesti lze užít běžně dostupná analgetika.

Starost o pooperační jizvy vyžaduje zvýšenou hygienickou péči, po hysterektomii abdominální má pacientka na břiše obvykle příčný suprapubický řez nebo tzv. dolní střední laparotomii, po laparoskopické operaci jen několik málo centimetrových řezů po zavaděčích laparoskopického přístroje. Pokud se v místě jizev objeví zarudnutí, může to být první známkou infekce. V takovém případě musí žena vědět, jaké má použít lokální dezinfekční a hojivé přípravky.

Poševní pahýl je slepě zakončen suturou, ještě asi jeden týden může žena slabě špinit nebo krvácet. Pokud se objeví výtok z pochvy, je to spíše známkou nesprávného hojení nebo počínající infekce. Až do zhojení poševního pahýlu, ženám nedoporučujeme koupání ve veřejných koupalištích. Vhodnější je sprchování. Odstranění dělohy znamená konec menstruačního krvácení. Nezapomeneme ženu upozornit na nutnost časté výměny vložek.

Vzhledem ke změně anatomických poměrů v malé pánvi se mohou i v tomto období vyskytovat potíže s močením a vyprazdňováním. Zejména pokud je operace spojena s plastikami pánevního dna. Ženám je všeobecně doporučováno pít dostatečné množství tekutin a pravidelně močit, nejlépe á 3-4 hodiny. Někdy je nutné ponechat několik dní v močovém měchýři permanentní katétr nebo epicystostomickou cévku vyvedenou nad sponou stydkou. Úkolem sestry je pak ženu naučit správné hygieně a péči o invazivní vstup. Dočasně zpomalenou střevní pasáž, projevující se zvýšenou plynatostí a zácpou, lze pozitivně ovlivnit postupným zatěžováním nenadýmavou stravou, pohybem a ev. i šetrnými projímadly.

Pohlavní styk není doporučován prvních šest týdnů po operaci, až do zhojení poševního pahýlu. Pokud jsou během operace odstraněna ovaria, mohou ženy pociťovat omezení lubrikace poševního vchodu. Tyto problémy lze řešit používáním lubrikačních gelů nebo lokálním podáváním estrogenů.

Součástí komplexní péče je pooperační rehabilitace. Nejprve ženám doporučujeme jednoduchá dechová a protahovací cvičení na lůžku. Například zvedání dolních končetin

a pánve nad podložku. Později postupně přidáváme další cviky. Doporučená je kondiční chůze. Nedoporučuje se cvičení spojené se skoky a otřesy. Jízda na kole po rovině je doporučována nejdříve za 4 až 6 týdnů. Jízda členitým terénem je vhodná až po půl roce, zejména je-li operace spojena s plastikou pánevního dna. Během prvního půl roku se má žena vyvarovat zvedání těžkých břemen. Toto omezení je prevencí sestupu pochvy.

Krátce po ukončení hospitalizace by se pacientka měla hlásit do tří dnů u svého gynekologa, který převezme dohled nad její pracovní neschopností a stanoví data dalších kontrol. Délka pracovní neschopnosti se pohybuje mezi dvěma až čtyřmi týdny. Záleží nejen na typu a rozsahu operace. Po laparoskopických operacích bývá rekonvalescence kratší, ale je také nutné brát úvahu přidružená onemocnění a druh práce, kterou žena v zaměstnání vykonává. Žena během těchto týdnů postupně zvyšuje fyzickou i psychickou zátěž a opětovně se zapojuje do každodenního, běžného života a vrací se ke svým zálibám.

Komplexní lázeňská léčba, tedy léčba plně hrazená ze zdravotního pojištění, může být po hysterektomii schválena jen v případě komplikovaného operačního či pooperačního průběhu. 6. ledna 2015 vstoupil v platnost novelizovaný zákon o veřejném zdravotním pojištění, jehož součástí je rovněž indikační seznam pro lázeňskou péči. Tento seznam upravuje pravidla poskytování lázeňské péče (http://www.lecebne-lazne.cz/cs/pro-lekare/predepisovani-lazenske-pece-od-1-ledna-2015, [cit. 2015-08-20].

5. PACIENTOVO POJETÍ NEMOCI

Jak vnímá žena své onemocnění, co si myslí o své nemoci, jak ji chápe a co se o ní zatím dozvěděla, to vše rozhodujícím způsobem ovlivní její spolupráci při léčení a sebepéči a v konečném důsledku spolurozhodne o výsledku léčby. Pokud sestra nebude pacientčin názor na vlastní nemoc znát a pokud se nebude snažit ho pochopit, nemůže provádět účinnou a individuálně zaměřenou edukaci. Zdravotníci jsou sice experty na léčbu a péči, ale pacient je expertem na život s danou nemocí.

Názor pacientky na nemoc doznává v průběhu času mnoha změn působením různých vlivů. Je ovlivněn vývojem nemoci, jejími příznaky, zkušeností s nemocí, informacemi od zdravotníků i laiků a psychosociálními dopady léčby. Lékař nebo sestra se často nesprávně domnívají, že pacientku je nutné poučit, poskytnout ji informace a doplnit tak deficitní znalost či dovednost. Nepočítají však s tím, že pacientka může mít již svůj náhled na nemoc vytvořen, má své osobní pojetí nemoci. Subjektivní pojetí nemoci může být z odborného hlediska nesprávné, ale také vlivem předchozích zkušeností s nemocí může být i zcela racionální a odborně bezchybné. Vlivem tohoto pojetí však pacientka jedná a rozhoduje se. Přesvědčení pacientky o nemoci a zdraví je těžko ovlivnitelné. Jedním ze způsobů, jak ho ovlivnit je prostřednictvím naší edukace (Mareš, 2009).

Jak ženy vnímají proces rozhodování o gynekologické operaci a v jaké míře se na něm podílejí? Tématem tzv. spolurozhodování se zabývala Z. Skea et al. (2004) ve studii prováděné v nemocnicích ve Skotsku. Výzkum byl uskutečněn kombinací dvou metod, kvalitativní a kvantitativní. Jednalo se o dotazníkové šetření a rozhovory. Se žádostí o spolupráci bylo osloveno 157 žen. Těmto ženám byly rozdány dotazníky. Jejich návratnost byla 66 %, odpověděly tedy 104 ženy. Se dvaceti respondentkami z tohoto počtu, byly ještě nahrávány polostrukturované rozhovory. Otázky se týkaly procesu rozhodování a snažily se zmapovat různé aspekty a bariéry, hrající v tomto procesu roli. Těmito aspekty může být například kulturní odlišnost či důvěra v osobu lékaře, jemuž se pacientka odevzdá do péče. Svou roli tu sehrává i fakt, že lékařem je často muž.

Výsledkem dotazníkového šetření bylo, že významná většina žen je spokojena s množstvím a obsahem informací, které jim byly poskytnuty. Významná menšina žen cítila nespokojenost s poskytovanými informacemi, v procesu vlastního rozhodování. Tyto ženy by pravděpodobně konvenční průzkum nezachytil. Výsledky následných rozhovorů již vyzněly méně optimisticky. Vyplynula z nich potřeba další konzultace se zdravotníkem, ještě před

vlastním objednáním k operaci. Ženy by uvítaly ještě jednu tzv. mezikonzultaci mezi prvním vyšetřením, při kterém jim byla sdělena vlastní diagnóza a objednáním k operaci. Ze závěrečné diskuze vyplývá, že dobře informované ženy, vyrovnané se zákrokem, lépe snášejí všechny nutné procedury s ním související a neruší již objednané operace. Studie vyzdvihuje nutnost náležitého informování žen a potřebu jejich většího zapojení do procesu rozhodování o gynekologických zákrocích. Poskytovatelé zdravotní péče sice zvýšeně zdůrazňují význam detailních informací o možnostech léčby a spolupodílení při rozhodování o léčbě, ale míra, do které se to skutečně děje je nejasná (Skea et al., 2004).

Pokud žena nedostane odpovědi na své otázky od zdravotníků, snaží se hledat jiné zdroje informací. Těmito zdroji bývá stále častěji internet. Na internetových diskuzích pak lze často najít zajímavé dotazy, týkající se operativního odstranění dělohy, fáze rozhodování a života po samotné operaci. I z těchto dotazů je možné vysledovat, jaké okruhy problémů pacientky zajímají a jak pohlížejí na nemoc, která je k operaci dovedla. Pro příklad uvádím některé dotazy a reakce z internetových diskuzí:

> *„Pomýšlím na radikální krok-hysterektomii. Mám toho plnou hlavu, nemám špatný pocit z toho, že nebudu mít dělohu, mám dospělé děti. Trápí mě však jiná věc. Chtěla bych se touto cestou zeptat podobně „postižených“žen, jak prožívají tuto zásadní změnu vnitřně. Je to pro mě zásadní věc, dělohu považuji za znak ženství. Je to kus těla, není to jen kus nepotřebného masa, jak prohlašuje moje lékařka. Mluvila o tom, jakoby se nic nedělo a mě se to moc citlivě dotýká. Nechci být tam dole „mrtvá“. Prosím, jestli mi máte k tomu co říct, pomozte a poraďte mi. Budu vděčná za každé slovo, děkuji.“*
>
> *„Něco málo člověk ztrácí a zase něco nalézá.“* (www.doktorka.cz)
>
> *„Dobrý den, podstoupila jsem hysterektomii, byly ponechány vaječníky, ráda bych se zeptala, zda můžu otěhotnět (mimoděložně), když budu mít nechráněný pohlavní styk.“* (www. lekari-online.cz)
>
> *„Jsem moc ráda, že jsem na operaci šla, silně jsem krvácela a byla sem chudokrevná. Dnes je mi výborně. Jsem plná energie.“*
>
> *„Mám z operace strach. Budou mě brát dělohu a odstranění vaječníků si mám rozmyslet. Mé pocity jsou strašně smíšené. Tak doufám, že se mi po těch všech bolestech spíš uleví a bude to v pořádku.“*

„Mám myomem zvětšenou dělohu a menzes si dělá, co chce. Vážně mě to dost vyčerpává, hlavně psychicky. Jsem v rozpacích a zmatená co mám dělat. Je mi 41, děti mám, ale i tak mám strach, že se tím omezí moje sexuální aktivita a hlavně ego. Vůbec si teď nevím rady, co budu dělat.“

„A co hormony, myslím tím co hormonální změny a nálady s tím spojené, co chuť na sex? Prostě se bojím, že už nebudu jako dřív.“

„Ahoj, není čeho se bát. Jsem po operaci již dva roky a jsem v pohodě. Je mi fajn, jako bych na žádné operaci nebyla. Neboj se a nesmíš se tomu hlavně poddávat. Já šla za měsíc po operaci do práce. Bylo mi blbě, ale v práci o.k., protože sem na to nemyslela.“ (www.prodamy.cz/diskuze-hysterektomie)

Jak žena vidí svou nemoc, rozumí změnám, jež se dějí v jejím organismu? Jak moc se její představa o nemoci liší nebo blíží představám lékaře a sestry. To by měl zdravotník vědět ještě dříve, než bude pacientku edukovat. *„Představa pacienta- tzv. illness belief, tj. přesvědčení pacienta o tom, co se s ním děje, - by měl lékař znát, chce-li s pacientem vést smysluplný a účinný rozhovor.“* (Křivohlavý, 2002 str. 22)

Jak chápeme a jak si vysvětlujeme svou nemoc, ovlivňuje mnoho proměnných. Mezi ty patří například předcházející zkušenost s danou nemocí nebo naše očekávání. Důležitou rolí, zejména v souvislosti s gynekologickou operací hraje tzv. ohrožená hodnota. To je situace, kdy se problém týká částí těla, které žena vnímá zvláště důležité nebo které jsou pro ni dokonce určitým symbolem ženství. Takovým orgánem může být pro ženu právě děloha. Podstatný vliv na způsob reakce na tuto změnu je naučený a žena si ho přináší ze své rodiny, především od své matky, babičky (Mareš, Vachková, 2010).

Dle Mareše a Vachkové (2011) pohlížejí zdravotníci na lidský organismus, jako na objekt, který je třeba vyšetřit, konkrétně pojmenovat příznaky nemoci a stanovit odbornou lékařskou diagnózu. Tomuto pojmenování nemusí pacientka jako laik vždy rozumět. A právě zde je prostor pro komunikaci se zdravotníky, kteří mají za úkol si se ženou popovídat a zjistit čemu nerozuměla. Na základě těchto rozhovorů a zpětného dotazování pak mohou zjistit, co si pacientka z řeči zdravotníků vybrala a jaký je její individuální pohled na nemoc.

5.1 Diagnostické metody zjišťování laických pojetí nemoci

Abychom zjistili pojetí pacientčiny nemoci, můžeme k tomu použít některé diagnostické metody. Dle Mareše je lze rozdělit do tří skupin na kvalitativní, kvantitativní a smíšené metody. Smíšené metody jsou kombinací obou.

Kvalitativní metoda je pro pacientku přirozenější a poskytne ji větší možnost se vyjádřit a objasnit své myšlenky, svůj pohled na smysl nemoci. V rámci kvalitativního přístupu získáváme informace od pacientek různými způsoby, jedním z nich je verbální přístup za využití mluveného nebo psaného slova. Pacientky svůj názor vyjádří písemně nebo během rozhovorů se zdravotníky. Písemně to může být učiněno třeba rozborem zápisů v deníku. Verbálně analýzou vyprávění pacientek, jejich životního příběhu nebo vyjádřením jejich názoru na zdraví a nemoc pomocí metafory. Častým je použití polostrukturovaného rozhovoru. Sestra si připraví kostru rozhovoru a řídí pak jeho průběh tak, aby pacientky mohly vyjádřit svůj názor ke konkrétnímu problému a neodbíhaly od tématu. Rozhovory vede s jednotlivými ženami nebo se skupinami žen (Mareš, Vachková, 2010).

Pokud je rozhovor veden ve skupině žen, tato skupina je nazývána ohniskovou skupinou. Počet členů v ohniskové skupině je šest až deset. Mareš uvádí minimální počet členů čtyři, vzhledem k tomu, že při tomto počtu již dojde ke skupinové interakci. Skupina sdružuje ženy s podobnými negativními či pozitivními zážitky. Výzkumník, v tomto případě sestra- edukátorka, navodí diskuzi a opatrně koriguje debatu k určenému cíli. Ženy mají možnost sdělit svůj osobní názor, prodiskutovat ho s jinými ženami a najít společné nebo rozdílné názory či zkušenosti. Moderátorka ohniskové skupiny nebo její pomocník během diskuze pořizuje její zvukový záznam. Badatelka pak mluvené slovo přepíše do protokolu a analyzuje ho (Mareš, 2012).

Kvantitativní metoda je vývojově mladší, pro pacientku ne tak přirozená. Kvantitativní přístup výzkumu je reprezentován především dotazníkovými metodami. Nástrojem jsou v tomto případě různé dotazníky, ve kterých musí žena odpovědět jen na zařazené otázky. A to bohužel neposkytuje ženě takovou možnost se vyjádřit. Soubor otázek je předem daný na formuláři, otázky by měly být jednoznačné a srozumitelné. Pokud je dotazník anonymní, není nutné mít informovaný souhlas pacientky s jeho vyplněním, pacientka se svobodně rozhodne, zda ho vyplní či nikoliv. Součástí dotazníku by měl být úvod s vysvětlením účelu výzkumu a identifikační znaky respondentky, např. věk, pohlaví atd. Těmto údajům říkáme nezávislé proměnné (Kutnohorská, 2009).

5.2 Dotazníky zjišťující pojetí nemoci z pohledu pacientů

Dotazníky jsou nejčastější metodou v kvantitativním výzkumu. Jsou způsobem, jak systematicky zjistit názor pacienta na jeho nemoc, jeho pojetí a vlastní pohled na smysl nemoci. Existuje jich celá řada, některé slouží jen výzkumným účelům a jiné jsou využívány i v klinické praxi.

Jedním z nástrojů, který jsem použila ve svém výzkumu je upravená česká verze dotazníku IPQ-R-CZ (Illness Perception Questionnaire). V současné době je tento dotazník dle Mareše a Vachkové (2011) nejrozšířenější a je nejčastěji využívaným nástrojem ke zjištění subjektivního pojetí nemoci. Originální verze dotazníku byla se souhlasem autorky přeložena do českého jazyka a zkrácena pro klinické využití. Tímto dotazníkem lze zjišťovat pacientovo pojetí nemoci u různých druhů onemocnění a stává se účinným nástrojem ke vzájemnému porozumění mezi zdravotníky a pacienty.

Dalším kvantitativním nástrojem je dotazník MIQ-CZ (Meaning of Illness Questionnaire). Dotazník byl upraven do české verze podle anglického originálu. Odpovědi na otázky v dotazníku pomohou zdravotníkům odhalit, jak pacient hodnotí závažnost své nemoci v kontextu životních okolností a v čem nachází smysl onemocnění, jež ho postihlo. Zkoumané faktory se týkají nejen negativních postojů k nemoci a důsledků nemoci pro pacientku, ale česká verze má samostatný faktor, pozitivní postoj k nemoci.

V obou dotaznících jsou některé otázky pokládány záměrně negativně, aby bylo zabráněno mechanickému vyplňování. Na základě rozborů odpovědí je snadnější určit edukační potřebu a cíleně zaměřit vlastní edukaci. Dotazníky se proto mohou stát pomůckou k porozumění pacientova pojetí nemoci a nástrojem k doplnění ošetřovatelské anamnézy (Mareš, Vachková, 2011).

6. EMPIRICKÁ ČÁST I

6.1 Cíle empirické části I

1. pomocí kvantitativní metody – dotazníku IPQ-R-CZ zjistit názory pacientek na pojetí jejich onemocnění

2. pomocí kvantitativní metody – dotazníku MIQ-CZ zjistit názory pacientek na pojetí jejich nemoci

3. porovnat údaje zjištěné z obou dotazníků

6.2 Metoda výzkumu

Začátkem měsíce října 2014 jsem zahájila práci na výzkumné části mé bakalářské práce. Všechny ženy, které byly hospitalizované na gynekologicko-porodnickém oddělení v Nemocnici Nymburk z důvodu plánované hysterektomie, jsem požádala o vyplnění dvou dotazníků, zkoumajících názor na jejich nemoc. Souhlas s výzkumem písemně potvrdilo vedení nemocnice a primář oddělení (příloha č. 1). Ženy jsem poprosila o vyplnění dotazníků druhý pooperační den, v době, kdy již odezněly akutní pooperační bolesti. Všechny tyto pacientky jsem seznámila s účelem výzkumu a informovala je o anonymitě zjištěných informací.

Ve výsledku se jednalo o 38 žen, ve věku 38 až 80 let, jež splňovaly mnou vybraná kritéria a zároveň souhlasily s vyplněním. Všechny dotazníky jsem ženám předkládala sama a osobně jsem jim vysvětlila účel výzkumu. Ženy již dotazníky vyplňovaly samy a před propuštěním z nemocnice je odevzdaly mně nebo mým kolegyním. V záhlaví dotazníků doplňovaly pouze věk a důvod, pro který byla operace indikována. Dotazníky byly anonymní, ženy je nepodepisovaly.

Jako nástroj ke zjištění potřebných údajů jsem použila kvantitativní metodu a využila se souhlasem autorů dva dotazníky. Za prvé dotazník IPQ-R-CZ, jehož česká verze byla vytvořena na základě originálního dotazníku IPQ (Illness Perception Questionnaire). Ve své práci jsem použila dvaceti položkovou zkrácenou verzi upravenou pro klinické účely a rutinní

screening J. Marešem a S. Ježkem. Zkrácená verze obsahuje 20 položek rozdělených do 5 proměnných. Kompletní znění dotazníku uvádím v příloze č. 4.

Druhým použitým nástrojem byla česká verze z originálu přeloženého dotazníku MIQ-CZ (Meaning of Illness Questionnaire). Text dotazníku byl do českého jazyka přeložen M. Štanglovou, překlad byl z hlediska odbornosti korigován E. Vachkovou a do výsledné podoby upraven J. Marešem. Z celkového počtu 30 položek nebylo do české verze zařazeno 12 položek, zůstalo jich tedy 18 a ty byly pak rozděleny do 5 faktorů. Mezi položkami není žádná s volně tvořenou odpovědí. Kompletní znění dotazníku uvádím v příloze č. 5.

6.3 Metoda zpracování dat

Vrácené, anonymně vyplněné dotazníky jsem si očíslovala a stejným číslem jsem označila vždy dva, jež se vztahovaly k jedné respondentce, abych mohla později porovnat výsledky plynoucí z obou dotazníků. Data z nich získaná jsem zpracovala za pomoci tabulkového programu Microsoft Excel. Výsledky jsem pak zobrazila v tabulkách a sloupcových grafech.

6.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro účely mého výzkumu jsem vybrala respondentky dle následujících kritérií:

1. Ženy hospitalizované a operované na gynekologicko-porodnickém oddělení v Nemocnici Nymburk
2. Ženy po provedené plánované hysterektomii
3. Ženy, které již neplánovaly reprodukci
4. Ženy, jež s účastí na výzkumu souhlasily
5. Ženy, které nebyly operovány z důvodu primárně prokázaného maligního onemocnění

6.5 Interpretace výsledků výzkumu

6.5.1 Dotazník IPQ-R-CZ

O vyplnění dotazníku jsem požádala 38 pacientek. Z tohoto počtu jsem jeden dotazník vyřadila z důvodu neúplného vyplnění. Pracovala jsem tedy s celkovým počtem 37 správně vyplněných dotazníků. Návratnost byla tedy 97%. Dotazník tvořilo 20 otázek. Pomocí klíče jsem se pokusila interpretovat pacientkami označené odpovědi seřazené do pěti proměnných.

6.5.1.1 Proměnná č. 1 - Závažnost nemoci

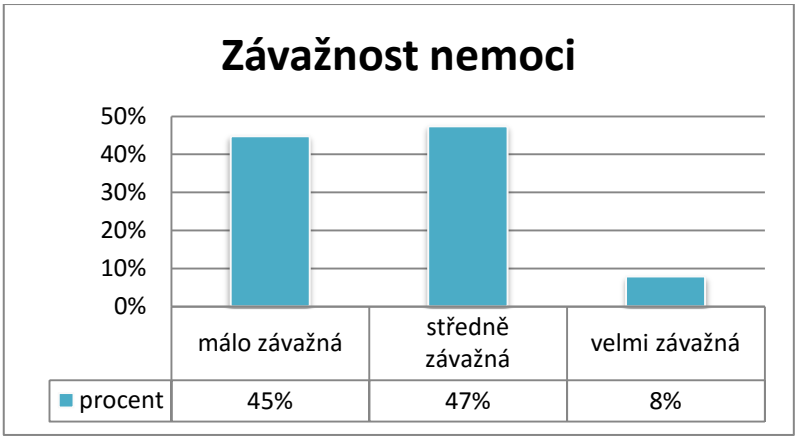
Tuto proměnnou charakterizovaly čtyři položky č. 1, 2, 3 a 11.

Tabulka 23 IPQ-R-CZ Proměnná č. 1 - otázky

Položka 1	Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu.
Položka 2	Moje nemoc je asi závažná.
Položka 3	Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život.
Položka 11	Můj zdravotní stav se časem zlepší.

Ženy odpovídaly na tyto otázky: potrvá moje nemoc dlouho, je má nemoc závažná, přináší vážné důsledky pro můj život, zlepší se můj zdravotní stav? Výsledné skóre této proměnné se mělo pohybovat mezi 4 – 20 body. Čím více bodů, tím bylo onemocnění pro pacientky závažnější. Pro větší přehlednost jsem výsledná skóre rozdělila do tří skupin a vyjádřila je v grafu č. 1.

Graf 1 IPQ-R-CZ Proměnná č. 1



Pro 45 % pacientek nemá onemocnění závažnější charakter. Souhlasí s tvrzením, že nemoc nepotrvá dlouho, spíše není závažná a nepřináší vážné důsledky pro jejich život. Věří, že jejich zdravotní stav se časem zlepší. Pro 47 % pacientek má onemocnění středně závažný vliv na jejich život. Jen 8% pacientek vnímá své onemocnění jako vážný problém, jež potrvá dlouho a přináší vážné důsledky pro jejich život. Edukační potřeby, pokud jsou u pacientky stanoveny, nacházejí se v doméně první „Podpora zdraví“, v doméně páté „Percepce/kognice“ a v doméně desáté „Životní principy.

6.5.1.2 Proměnná č. 2 - Možnost ovlivnění nemoci

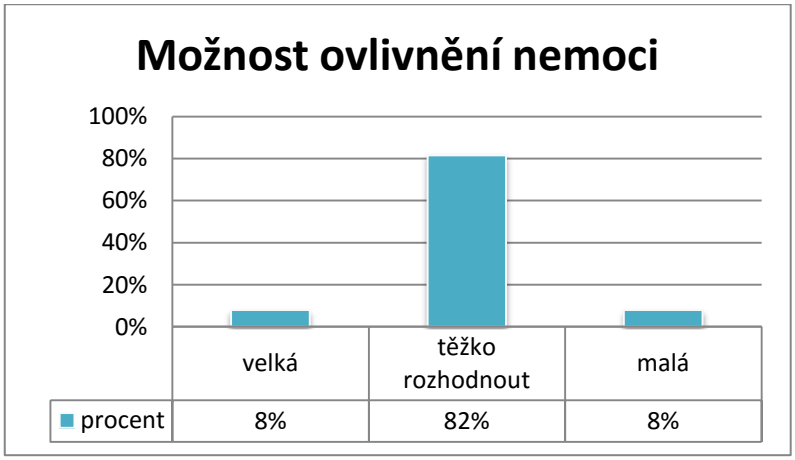
Tuto proměnnou tvoří pět položek. Jsou to otázky 5, 8, 9, 10 a 19.

Tabulka 24 IPQ-R-CZ Proměnná č. 2 - otázky

Položka 5	Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu.
Položka 8	Moje nemoc je asi závažná.
Položka 9	Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život.
Položka 10	Můj zdravotní stav se časem zlepší.
Položka 19	Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně v určitých cyklech

Nejnižší možné získané skóre je 5 a nejvyšší 25 bodů. Čím vyšší skóre, tím je onemocnění pro pacientku lépe ovlivnitelné. Pacientky odpovídaly na tyto otázky: lze s touto nemocí plánovat do budoucna, mohu ovlivnit průběh své nemoci, záleží především na mně, jak bude nemoc probíhat, ovlivním to svým jednáním a budou se mé obtíže znovu opakovat? Výsledky odpovědí jsem zobrazila v grafu č. 2.

Graf 2 IPQ-R-CZ Proměnná č. 2



8 % pacientek se spíše domnívá, že své onemocnění nemohly vůbec ovlivnit a stejný počet pacientek je přesvědčen, že svým chováním mohou ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci a že záleží především na nich, jak bude jejich nemoc probíhat. Celkem 82 % pacientek, tedy většina, není rozhodnuta o míře vlivu svého chování na průběh nemoci, nejsou si jisté, zda má jakákoliv činnost vliv na průběh nemoci. 8 % pacientek, jež dosáhly vysokého skóre, mají pocit, že možnost ovlivnění nemoci není, nebo je velmi malá. Stanovíme-li u pacientky edukační potřebu v oblasti managementu jejího zdraví, najdeme tuto diagnózu v první doméně s názvem „Podpora zdraví“.

6.5.1.3 Proměnná č. 3 - Porozumění nemoci

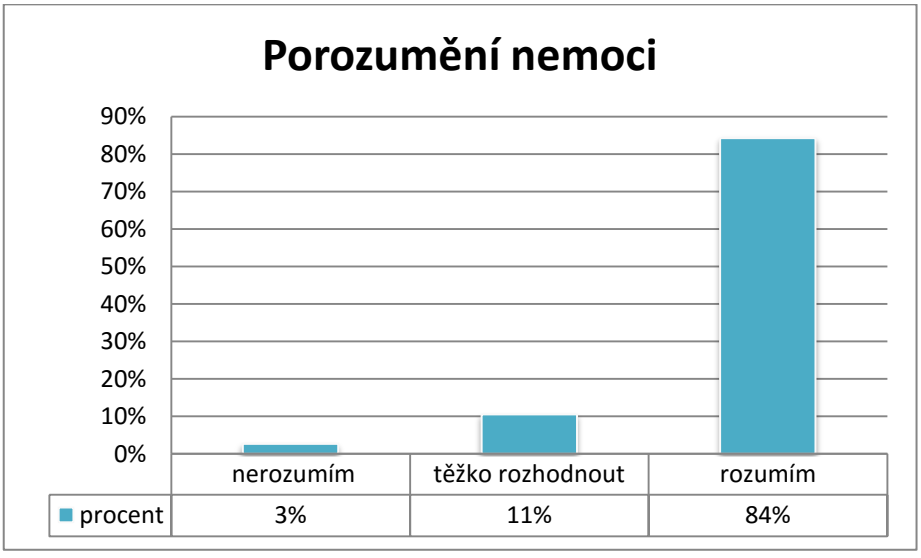
Proměnná je představována třemi otázkami číslo 12, 13 a 14.

Tabulka 25 IPQ-R-CZ Proměnná č. 3 - otázky

Položka 12	Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mě záhadné.
Položka 13	Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím.
Položka 14	Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný.

Odpovědi jsou skórovány v rozmezí 3 až 15 bodů. Čím vyšší skóre, tím více pacientka své nemoci rozumí. Otázky se týkají porozumění příznakům nemoci, pochopení nemoci a důvodů, proč vznikla. Výsledky jsou zobrazeny v grafu č. 3.

Graf 3 IPQ-R-CZ Proměnná č. 3



Jen 3 % pacientek své nemoci vůbec nerozumí, 11 % pacientek své nemoci rozumí částečně. Většina, celkem 84 % pacientek své nemoci spíše rozumí, příznaky nemoci, jež prožívají, pro ně nejsou záhadné a o své nemoci mají jasno. Pokud však přesto stanovíme u pacientky edukační potřebu. Ošetřovatelskou diagnózu najdeme v páté doméně nazvané „Percepce/kognice“ a v doméně desáté s názvem „Životní principy“.

6.5.1.4 Proměnná č. 4 - Negativní emoce

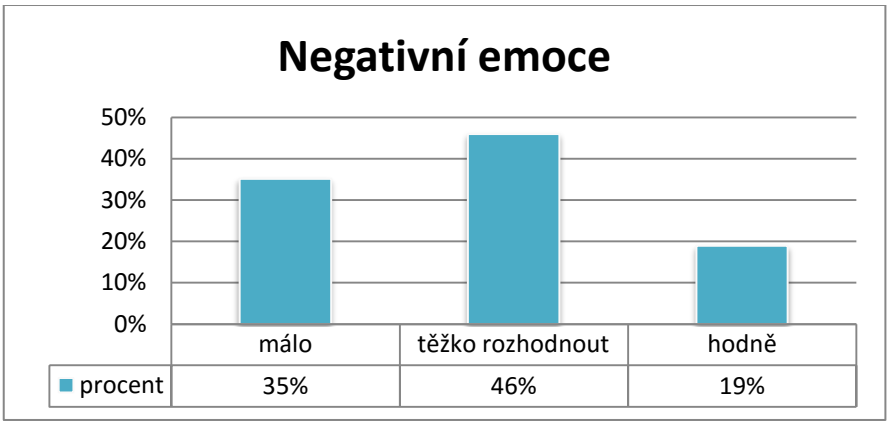
Proměnná je prezentována 4 položkami. Konkrétně otázkami 15, 16, 17 a 18.

Tabulka 26 IPQ-R-CZ Proměnná č. 4 - otázky

Položka 15	Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada.
Položka 16	Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek.
Položka 17	Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti.
Položka 18	Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy.

Jedná se o otázky, jež zjišťují přítomnost depresivních nálad, vzteku a obav ze své nemoci. Skóre se pohybuje mezi 4 až 20 body. Čím je vyšší, tím hůře pacientka onemocnění prožívá.

Graf 4 IPQ-R-CZ Proměnná č. 4



U 35 % pacientek nevzbuzuje jejich onemocnění vážnější obavy a nemají v souvislosti se svým zdravotním stavem sklony k depresivním náladám. 46 % pacientek sice negativní emoce prožívá, ale tyto nepřevažují nad pozitivními. 19 % pacientek má onemocnění spojeno s negativními emocemi, přepadá je depresivní nálada nebo vztek, nemoc jim dělá starosti a vzbuzuje v nich obavy. Edukační potřeby najdeme v deváté doméně s názvem „Zvládání/tolerance zátěže“.

6.5.1.5 Proměnná č. 5 - Sociální dopady nemoci

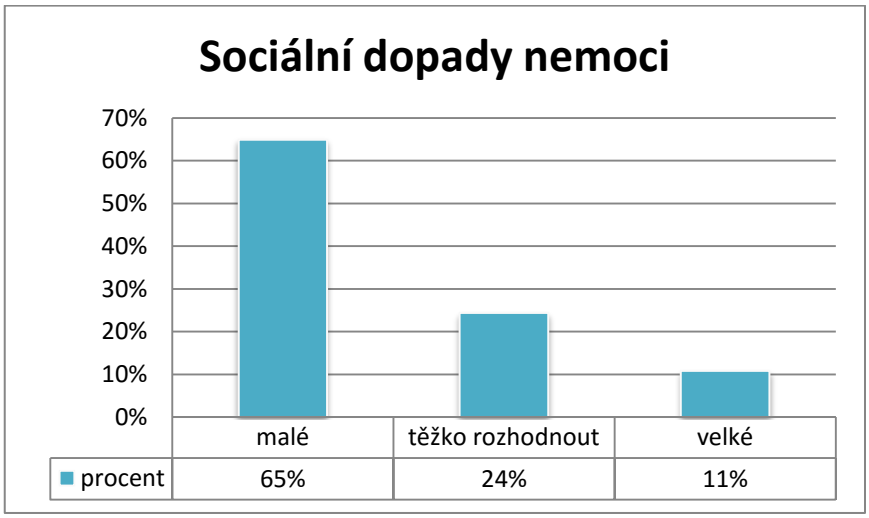
Proměnná je tvořena čtyřmi položkami, otázkami 4, 6, 7 a 20.

Tabulka 27 IPQ-R-CZ Proměnná č. 5 - otázky

Položka 4	Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mě dívají ostatní lidé.
Položka 6	Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady.
Položka 7	Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým.
Položka 20	Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život.

Skóre se pohybuje v rozmezí 4 až 20 body. Čím je skóre vyšší, tím má onemocnění pro pacientky větší sociální dopady. Ženy odpovídaly na tyto otázky: ovlivňuje má nemoc, jak se na mě dívají ostatní lidé, má moje nemoc velké finanční dopady, působí nemoc problémy mým blízkým, komplikuje mi nemoc osobní život?

Graf 5 IPQ-R-CZ Proměnná č. 5



Pro 65 % pacientek nemá onemocnění vážnější sociální dopady. Tedy většina pacientek v dotazníku uvedla, že nemoc neovlivňuje to, jak se na ně dívají ostatní lidé, nepůsobí problémy jejich blízkým a nekomplikuje jim partnerský či rodinný život. Pro 24 % pacientek má onemocnění středně závažné sociální dopady a pro 11 % pacientek jsou sociální dopady výrazné. Také v oblasti sociální je třeba některé ženy edukovat, pokud je u nich stanoven tento problém. Ošetřovatelské diagnózy najdeme v sedmé doméně s názvem „Vztahy mezi rolemi“ a v doméně dvanácté s názvem „Komfort“.

Všechny ošetřovatelské diagnózy, jež jsem identifikovala na základě rozborů výsledků dotazníku IPQ-R-CZ, uvádím níže v tabulce č. 28.

Tabulka 28 Ošetřovatelské diagnózy vyplývající z proměnných dotazníku IPQ-R-CZ

Proměnná	Doména	Třída	Ošetřovatelská diagnóza
1. Závažnost nemoci	1. Podpora zdraví	Management zdraví	Neefektivní udržování zdraví
			Neefektivní management vlastního zdraví
2. Možnost ovlivnění	5. Percepce/Kognice	Kognice	Nedostatečné znalosti
	10. Životní principy	Hodnoty	Snaha zvýšit naději
		Přesvědčení	Snaha zlepšit duševní well-being
		Soulad hodnot/ přesvědčení/jednání	Snaha zlepšit rozhodování
3. Porozumění nemoci	5. Percepce/Kognice	Kognice	Snaha zlepšit znalosti
4. Negativní emoce	9. Zvládání/tolerance zátěže	Reakce na zvládání zátěže	Úzkost
			Neefektivní zvládání zátěže
			Strach
			Snaha zvýšit odolnost
5. Sociální dopady	7. Vztahy mezi rolemi	Rodinné vztahy	Riziko narušení vztahu
		Plnění rolí	Zhoršená sociální interakce
	8. Sexualita	Sexuální funkce	Sexuální dysfunkce

6.5.2 Dotazník MIQ-CZ

O vyplnění dotazníku jsem požádala 38 pacientek. Jednalo se o stejné ženy, které již vyplňovaly dotazník předchozí. Deset dotazníků jsem bohužel musela vyřadit, jelikož byly chybně vyplněny. Konečný počet dotazníků, se kterými jsem nakonec pracovala, byl tedy 28 (73%). Dotazník původně obsahoval třicet otázek, ale do výsledné podoby autoři zahrnuli jen osmnáct a ty byly rozděleny do pěti faktorů.

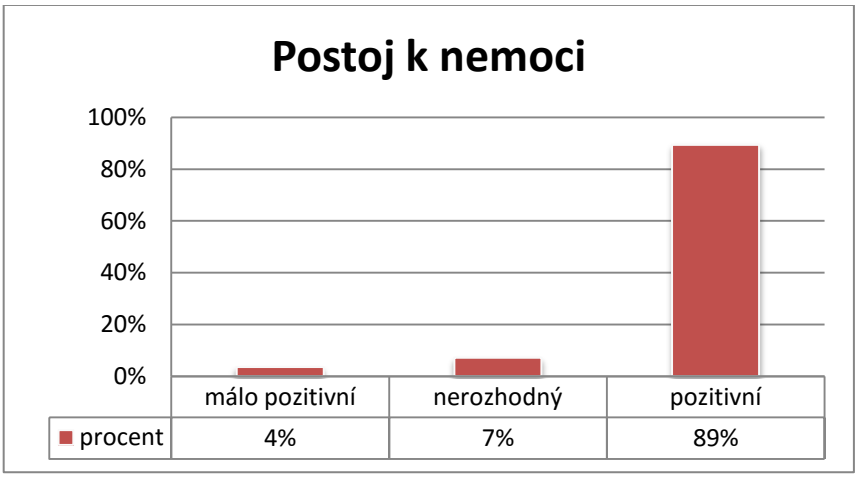
6.5.2.1 Proměnná 1 - Pozitivní postoj k nemoci, zvládnutelnost nemoci, pozitivní pohled do budoucnosti

První faktor je charakterizován sedmi položkami, otázkami č. -13, -20, 21, 22, 28, 29 a 30. Výsledné skóre se pohybuje mezi 0 až 42 body. Čím vyšší skóre, tím je postoj pacientek k jejich nemoci více pozitivní. Položky označené znaménkem – mají obrácené skórování.

Tabulka 29 MIQ-CZ Proměnná č. 1 - otázky

Položka -13	Zdá se Vám, že tato nemoc, to jak vypadáte, mění k horšímu, znetvořuje Vás?
Položka -20	Myslíte si, že se Vaše nemoc znovu vrátí nebo se objeví nějaká další podobná?
Položka 21	Myslíte si, že nakonec všechno dobře dopadne?
Položka 22	Když už máte tuto nemoc, máte pocit, že byste na ní mohla něco sama změnit nebo pro změnu k lepšímu také něco udělat?
Položka 28	Cítíte, že máte dost energie a výdrž, abyste problémy překonala?
Položka 29	Těší Vás vyhlídky do budoucna?

Graf 6 MIQ-CZ Proměnná č. 1



Většina pacientek, 89 % z osmadvaceti, má pozitivní postoj ke své nemoci, nemají pocit, že je nemoc nějak znetvořuje a těší je vyhlídky do budoucna. 7 % pacientek měly průměrné skóre, zřejmě svou nemoc vnímají ambivalentně. Jen 4 % pacientek odpověděla, že je nemoc znetvořila a změnila k horšímu, netěší je vyhlídky do budoucna a necítí dostatek energie k překonání obtíží. Ošetřovatelské diagnózy v edukační oblasti by směřovaly do šesté domény „Sebepercepce“ a domény desáté „Životní principy“.

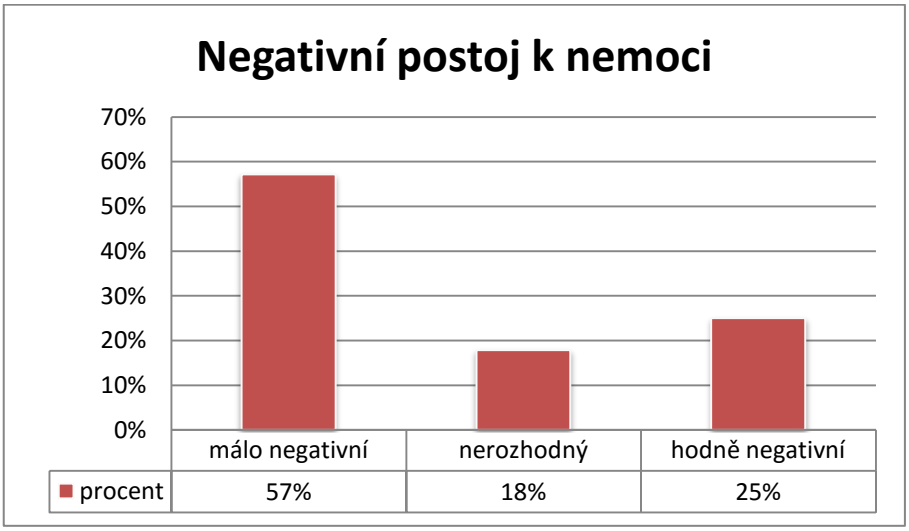
6.5.2.2 Proměnná č. 2 - Negativní postoj k nemoci, nemoc jako újma, ztráta, negativní pohled do budoucnosti

Druhý faktor charakterizuje pět položek s čísly 5, 6, 7, 14 a 15. Skóre je 0 - 30. Čím je výsledné skóre vyšší, tím je postoj k nemoci více negativní.

Tabulka 30 MIQ-CZ Proměnná č. 2 - otázky

Položka 5	Charakterizovala byste Vaši nemoc jako něco škodícího?
Položka 6	Charakterizovala byste svou nemoc jako něco ohrožujícího?
Položka 7	Charakterizovala byste svou nemoc jako něco, co Vás připravuje o věci důležité v životě, okrádá Vás?
Položka 14	Zdá se Vám, že tato nemoc postupuje dál, Váš stav se zhoršuje?
Položka 15	Charakterizovala byste svoji nemoc jako stresující zážitek?

Graf 7 MIQ-CZ Proměnná č. 2



57 % pacientek nepovažuje svou nemoc za větší ztrátu či újmu, nemají pocit, že by je nemoc ohrožovala, škodila jim či je hodně stresovala. Pro 18 % pacientek nemoc představuje středně vážné ohrožení a 25 % pacientek označuje svou nemoc jako ohrožení a ztrátu pro ně

důležitých věcí v životě. Ošetřovatelské diagnózy bychom našly v doméně deváté „ Zvládání zátěže-odolnost vůči stresu“.

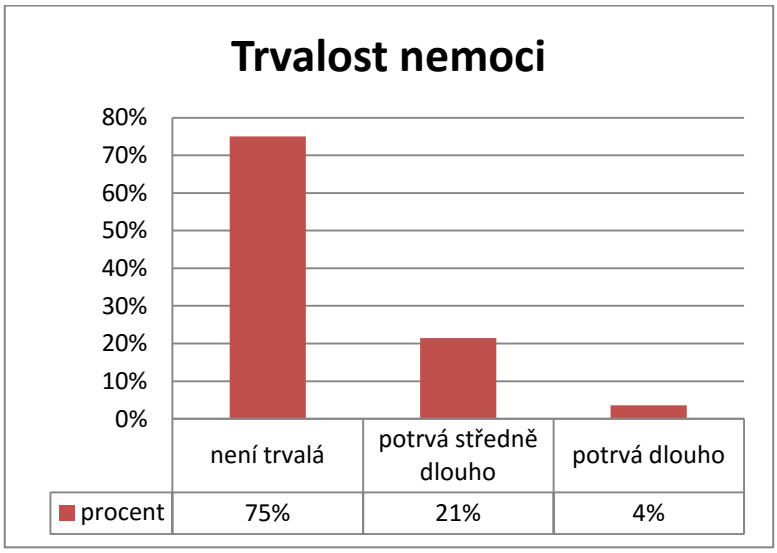
6.5.2.3 Proměnná č. 3 - Trvalost nemoci, chronický charakter onemocnění

Třetí faktor je charakterizován třemi položkami s čísly -9, 10, -11. Skóre je 0 – 18. Čím je výsledné skóre vyšší, tím má onemocnění pro pacientku trvalejší charakter. Položky označené znaménkem – mají obrácené skórování.

Tabulka 31 MIQ-CZ Proměnná č. 3 - otázky

Položka -9	Vidíte tuto nemoc do budoucna jako něco, co přejde a skončí?
Položka 10	Vidíte tuto nemoc do budoucna jako něco, co zůstane už napořád?
Položka -11	Vidíte tuto nemoc jako něco, co přišlo a zase odejde?

Graf 8 MIQ-CZ Proměnná č. 3



75 % pacientek se nedomnívá, že má onemocnění trvalý charakter, myslí si, že přejde a skončí. 21 % pacientek vidí svou nemoc jako střednědobou a pouze 4 % pacientek je přesvědčena, že nemoc má trvalý charakter, že nepřejde a neskončí. Ošetřovatelské diagnózy nalézáme v doméně první „Podpora zdraví“, v deváté „ Zvládání/tolerance zátěže“ nebo ve dvanácté „Komfort“.

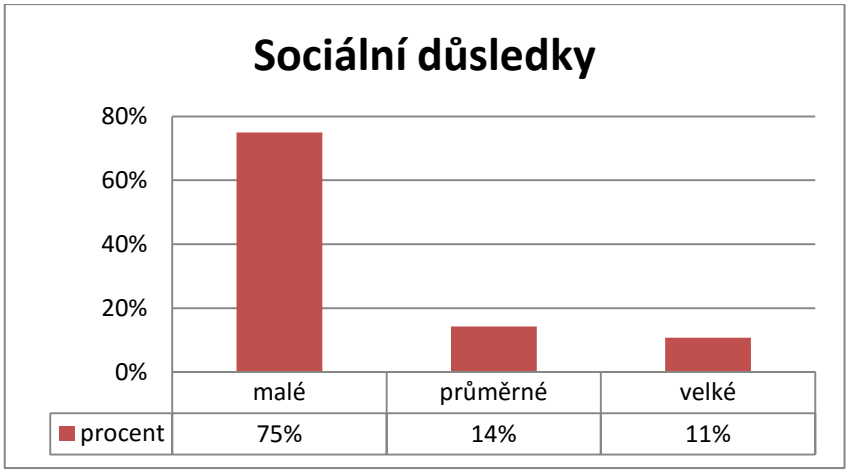
6.5.2.4 Proměnná č. 4. - Sociální důsledky nemoci

Čtvrtý faktor tvoří 2 položky s čísly 2 a 3 a s výsledným skóre 0 - 12. Čím je hodnota vyšší, tím má onemocnění pro pacientku silnější sociální dopady.

Tabulka 32 MIQ-CZ Proměnná č. 4 - otázky

Položka 2	Ovlivnila Vaše nemoc nepříznivě to, jak vycházíte s přáteli?
Položka 3	Ovlivnila Vaše nemoc nepříznivě to, jak vycházíte s rodinou?

Graf 9 MIQ-CZ Proměnná č. 4



75 % pacientek dosáhlo nízkého skóre, což znamená, že onemocnění nepovažují za ohrožení v sociální oblasti. 14 % žen se domnívá, že nemoc může částečně ovlivnit, to jak budou vycházet s rodinou a přáteli. 11 % pacientek cítí, že nemoc bude mít sociální dopady. Ošetřovatelské diagnózy jsou v doméně sedmé „Vztahy mezi rolemi“.

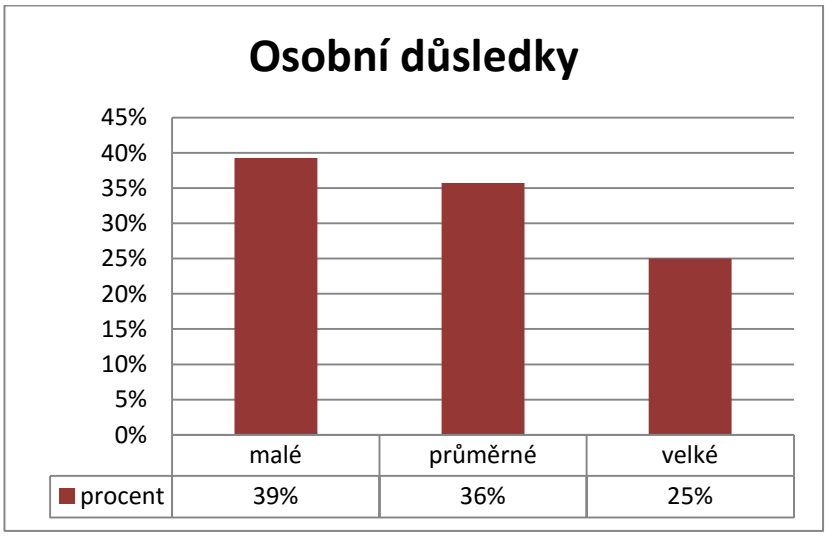
6.5.2.5 Proměnná č. 5 - Osobní důsledky nemoci, každodenní prožívání nemoci

Pátý faktor je tvořen v upravené verzi pouze jednou položkou označenou -1. Maximální možné získané skóre je 6. Skórování je obrácené. Čím je hodnota vyšší, tím více onemocnění ovlivňuje pacientčino každodenní prožívání.

Tabulka 33 MIQ-CZ Proměnná č. 5 - otázky

Položka 1	Ovlivnila Vaše nemoc nepříznivě to, jak prožíváte každý den?

Graf 10 MIQ-CZ Proměnná č. 5



Na to jak prožívají každý den, nemá nemoc vliv u 39 % pacientek. 36 % žen se domnívá, že nemoc každodenní prožívání částečně ovlivní a 25 % pacientek pociťuje osobní důsledky nemoci a vliv na každodenní prožívání. Ošetřovatelské diagnózy se skrývají v doméně čtvrté „ Aktivita/odpočinek“, v doméně šesté „ Sebepercepce“, osmé „ Sexualita“ a desáté „ Životní principy“.

Všechny ošetřovatelské diagnózy, jež jsem identifikovala na základě rozborů výsledků dotazníku MIQ-CZ, uvádím níže v tabulce č. 34.

Tabulka 34 Ošetřovatelské diagnózy vyplývající z proměnných dotazníku MIQ-CZ

Proměnná	Doména	Třída	Ošetřovatelská diagnóza
1. Pozitivní postoj k nemoci	6. Sebepercepce	Sebepojetí	Snaha zlepšit sebepojetí
	10. Životní principy	Hodnoty	Snaha zvýšit naději
2. Negativní postoj k nemoci	9. Zvládání/tolerance zátěže	Reakce na zvládání zátěže	Úzkost
			Neefektivní zvládání zátěže
			Strach
3. Trvalost nemoci	1. Podpora zdraví	Management zdraví	Neefektivní udržování zdraví
			Neefektivní management vlastního zdraví
	9. Zvládání/tolerance zátěže	Reakce na zvládání zátěže	Zhoršená odolnost jedince
	12. Komfort	Tělesný komfort	Zhoršený komfort
4. Sociální důsledky nemoci	7. Vztahy mezi rolemi	Rodinné vztahy	Riziko narušení vztahu
		Plnění rolí	Zhoršená sociální interakce
5. Osobní důsledky nemoci	4. Aktivita/odpočinek	Sebepéče	Snaha zlepšit sebepéči
	6. Sebepercepce	Sebepojetí	Snaha zlepšit sebepojetí
		Sebeúcta	Situačně snížená sebeúcta
		Obraz těla	Narušený obraz těla
	8. Sexualita	Sexuální funkce	Sexuální dysfunkce
	10. Životní principy	Přesvědčení	Snaha zlepšit duševní well-being

6.5.3 Porovnání výsledků obou kvantitativních výzkumných metod

Výsledky, vyplývající z obou dotazníků, jsem porovnala navzájem, abych zjistila, zda dochází ke vzájemné shodě v získaných údajích či k rozporu. Pro snadnější porovnání jsem vybrala z obou dotazníků proměnné zkoumající stejné nebo podobné téma a pokusila se výsledky porovnat. Vzhledem k tomu, že dotazníků nebyl stejný počet, porovnala jsem získané údaje v procentech. Výsledné proměnné jsem pro tyto účely takto pojmenovala:

Proměnná 1: Porozumění a pozitivní postoj k nemoci

Proměnná 2: Negativní emoce a negativní postoj k nemoci

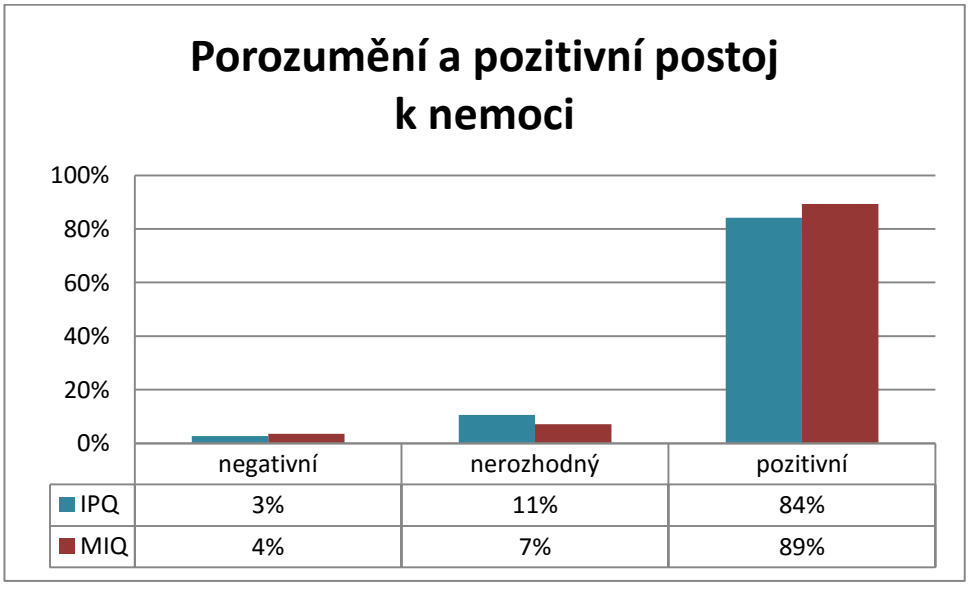
Proměnná 3: Závažnost a trvalost nemoci

Proměnná 4: Sociální dopady a důsledky nemoci

6.5.3.1 Proměnná č. 1 - Porozumění a pozitivní postoj k nemoci

Otázkou porozumění a pozitivního náhledu na svou nemoc se zabývá dotazník IPQ-R-CZ ve třetí proměnné s názvem „Porozumění nemoci“ a dotazník MIQ-CZ v proměnné první nazvané „Pozitivní postoj k nemoci, zvládnutelnost nemoci, pozitivní pohled do budoucnosti“. Porovnala sem obě tyto proměnné.

Graf 11 Proměnná č. 1 - Porozumění a pozitivní postoj k nemoci

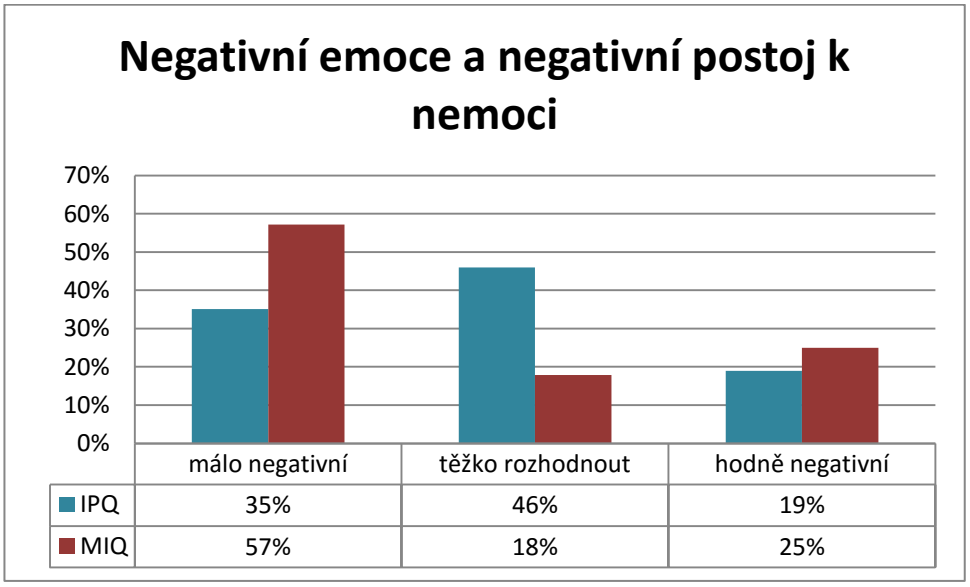


Většina, 84 % pacientek v dotazníku IPQ-R-CZ a 89 % pacientek v dotazníku MIQ-CZ, v odpovědích uvádělo, že své nemoci rozumí, zvládá ji a má na ni pozitivní pohled. Výsledky z obou dotazníků se shodují.

6.5.3.2 Proměnná č. 2 - Negativní emoce a negativní postoj k nemoci

Negativním postojem k nemoci a negativními emocemi se věnuje proměnná čtvrtá v dotazníku IPQ-R-CZ a proměnná druhá v dotazníku MIQ-CZ. Porovnala jsem počty pacientek v %, tak jak odpovídaly na tyto otázky.

Graf 12 Proměnná č. 2 - Negativní emoce a negativní postoj k nemoci

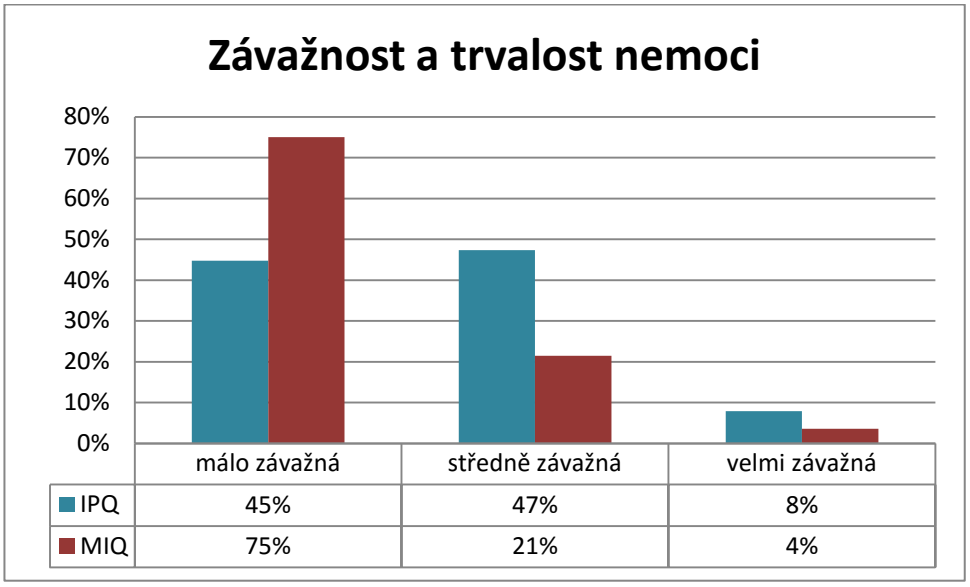


Výsledky porovnání těchto proměnných se neshodují úplně. V dotazníku IPQ-R-CZ odpovědělo nejvíce 46 % pacientek, že jejich postoj k nemoci je ambivalentní, že je těžké rozhodnout, zda převažují negativní či pozitivní emoce. V dotazníku MIQ-CZ se více než polovina pacientek 57 % vyjádřila, že jejich postoj k nemoci je málo negativní a tedy převažují pozitivní postoje.

6.5.3.3 Proměnná č. 3 – Závažnost a trvalost nemoci

Závažností a trvalostí charakteru nemoci se v dotazníku IPQ-R-CZ zabývá proměnná první a v dotazníku MIQ-CZ proměnná třetí. Porovnala jsem výsledky obou těchto proměnných.

Graf 13 Proměnná č. 3 – Závažnost a trvalost nemoci

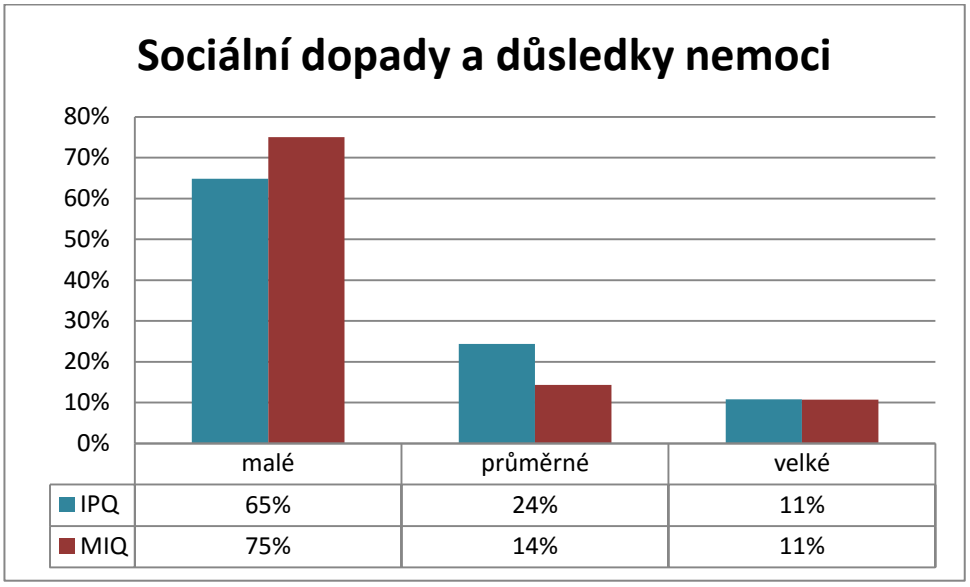


V dotazníku IPQ-R-CZ odpověděla téměř polovina pacientek, 47 %, že považuje svou nemoc za středně závažnou. Ale 45 % pacientek také odpovědělo, že jejich nemoc je málo závažná. Ve výsledcích dotazníku MIQ-CZ je jednoznačně největší počet odpovědí 75 % v kolonce málo závažná a trvalá nemoc. V obou dotaznících ale panuje shoda na velkou závažnost nemoci. Nemoc je závažná a trvalá jen pro 8 % pacientek z dotazníku IPQ-R-CZ a jen pro 4 % pacientek z dotazníku MIQ-CZ. V tomto bodě se tedy dotazníky téměř shodují.

6.5.3.4 Proměnná č. 4 – Sociální dopady a důsledky nemoci

Téma sociálních dopadů a důsledků nemoci se objevuje v proměnné páté v dotazníku IPQ-R-CZ a v proměnné čtvrté v dotazníku MIQ-CZ. Porovnala sem tedy výsledky obou těchto proměnných v následujícím grafu.

Graf 14 Proměnná č. 4 – Sociální dopady a důsledky nemoci



V obou dotaznících panuje shoda, největší procento pacientek odpovědělo v obou dotaznících, že považuje sociální dopady a důsledky nemoci za malé. Jedná se o 65 % pacientek z dotazníku IPQ-R-CZ a o 75 % pacientek z dotazníku MIQ-CZ. Velké sociální důsledky pociťuje 11 % pacientek a to shodně v obou dotaznících.

7. EMPIRICKÁ ČÁST II

7.1 Cíle empirické části II

Ve druhé empirické části mé bakalářské práce jsem si stanovila tyto cíle:

1. Na základě rozhovorů v ohniskové skupině, diagnostikovat edukační potřeby

2. Z edukačních okruhů sestavit informační materiál pro potřeby gynekologicko-porodnického oddělení v nemocnici v Nymburce

3. Vyhledat zmínky o pozitivním efektu operace, pokud jej ženy vnímají

7.2 Metoda výzkumu

Pro účely výzkumu jsem si zvolila kvalitativní metodu, konkrétně metodu ohniskové skupiny (focus group). Ohniskovou skupinu jsem vytvořila z pěti pacientek. Dvě z těchto žen byly operovány metodou LAVH, dvě z vaginálního přístupu a jedna abdominální cestou. Pro jejich výběr jsem zvolila metodu prostého záměrného (účelového) výběru, jež představuje dle Miovského (2006) nejjednodušší variantu této metody. Mezi potencionálními účastnicemi jsem vybrala ty, které splňovaly mnou zvolená kritéria a zároveň souhlasily s výzkumem. Věkové rozmezí pacientek bylo 46 až 69 let. Každá z nich byla seznámena s účelem a významem výzkumu a souhlasila s nahráváním rozhovorů v ohniskové skupině. Svůj souhlas pak ženy stvrdily podpisem a tento doklad je součástí přílohy č. 2. Vlastní rozhovory byly realizovány v areálu nemocnice ve volné ultrazvukové ambulanci. S místem i dobou konání rozhovorů jsem dostatečně s předstihem seznámila vrchní sestru a primáře oddělení, kteří ústně vyjádřili souhlas.

Jako moderátorka rozhovorů jsem si vytyčila základní tematické okruhy a připravila modelové otázky. Vlastní dotazy jsem pokládala s přihlédnutím k průběhu situace ve skupině a v pořadí, které se mi zdálo v daném okamžiku nejvhodnější. Místnost pro konání rozhovorů jsem přizpůsobila účelu a zařízení doplnila tak, aby se zde pacientky cítily pohodlně. K zachycení rozhovorů jsem pro jistotu použila dvě záznamová zařízení. Snažila sem se podpořit skupinovou dynamiku a poskytnout dostatečný prostor každé ženě ve skupině k otevřenému vyjádření. S přípravou a vlastní realizací mi pomáhala kolegyně, ve funkci asistentky moderátora.

7.3 Metoda zpracování dat

Zvukový záznam rozhovorů v ohniskové skupině jsem přepsala do protokolu, provedla jsem transkripci do písemné podoby a následně jej detailně analyzovala. K analýze získaných dat jsem použila metodu otevřeného kódování, jež je součástí zakotvené teorie. Podle Švaříčka a Šeďové (2007) je kódování způsobem jak rozebrat určitý text na jednotlivé pojmy tzv. jednotky a znovu ho sestavit dohromady novým způsobem. Jednotkou může být jak slovo, tak část textu. Nově vzniklé jednotce přidělíme kód neboli označení, jež bude nově utvořenou jednotku vystihovat a odlišovat od ostatních. Kódování materiálu nás vede k vytvoření základních kategorií, proměnných, nově vznikající teorie a ke hledání vztahu mezi nimi. Kategorie se mohou vzájemně prolínat a překrývat.

7.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro účely mého výzkumu jsem vybrala respondentky dle následujících kritérií:

1. Ženy operované na gynekologicko-porodnickém oddělení v Nemocnici Nymburk
2. Ženy po provedené plánované hysterektomii
3. Ženy, které již neplánovaly reprodukci
4. Ženy, jež souhlasily s nahráváním rozhovorů v ohniskové skupině
5. Ženy, které nebyly operovány z důvodu primárně prokázaného maligního onemocnění

7.5 Interpretace výsledků výzkumu

Vzhledem k tomu, že cílem mé práce je především stanovit oblasti edukačních potřeb u pacientek po hysterektomii, využila sem k pojmenování základních tematických kategorií jako vzor Maslowovu hierarchii lidských potřeb. V hierarchii jsem záměrně vynechala základní biologické potřeby, přesto, že bez jejich nasycení, může člověk jen těžko uspokojovat své potřeby vyšší. Těmito potřebami jsem se však zabývala již v části věnované bezprostřední a časné pooperační péči.

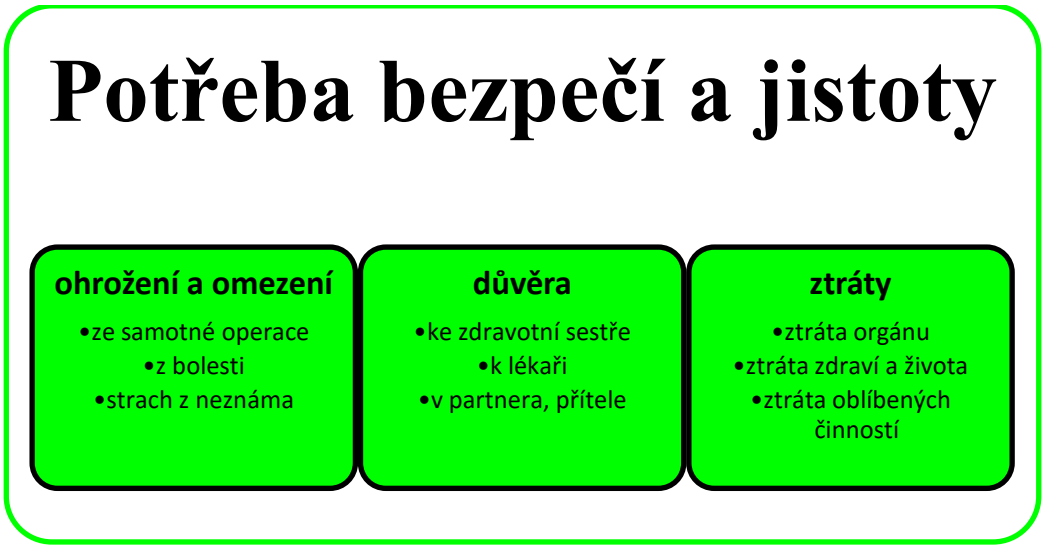
Výsledkem důkladné analýzy rozhovorů a podrobného kódování je vytvoření pěti kategorií. Jednotlivé kategorie jsem pojmenovala, ke každé z nich přiřadila tři subkategorie a k nim několik podjednotek vyhledaných v textu a tematicky se vztahujících k příslušné kategorii. Závěrem jsem uvedla několik případů, vztahujících se k výše uvedené potřebě. I z těchto ukázek je patrné, že toto rozdělení je schematické, vzhledem k tomu že se jednotlivé kategorie vzájemně prolínají.

Pojmenování jednotlivých kategorií sestavených do podoby pyramidy:

7.5.1 Potřeba bezpečí a jistoty

Kategorii „Potřeba bezpečí a jistoty“ jsem umístila na základnu pyramidy. Důvodem je zcela oprávněná obava žen z operace a pocity ohrožení zdraví a potencionálně i života. Potřeba pomoci a pocitu bezpečí pak tedy dominuje všem ostatním potřebám. K této kategorii jsem přiřadila tři podkategorie.

Tabulka 35 Potřeba bezpečí a jistoty



Příklady vybraných úryvků z rozhovorů:

- *„Paní doktorka mi řekla, že to nějak narostlo a že by s tím chtělo něco dělat.“*
- *„Pan doktor mi řekl, že by to chtělo operaci, ale že je to na mně. Já sem to byla konzultovat ještě v jednom zařízení, tam si mě chtěli hned nechat, tak to sem se zděsila.“*
- *„Už jenom ta operace, to je takový ošklivý pocit.“*
- *„Já sem měla pocit, oni to píšou i na internetu, že člověk přijde o něco ženského.“*
- *„Pan primář řikal, že je všechno v pořádku, úplně výstavní, tak sem šla hrdě, že ji mám jak novou.“*
- *„Vy dáváte člověku najevo, že sem důležitá, že na mně záleží, protože na mě, kdyby někdo zařval, tak se prostě složím.“*
- *„Mám zkušenost s jinými nemocnicemi, ale to, co sem si zažila tady. Tady sem si připadala, že já sem ta důležitá, že sem ten důležitej klient.“*
- *„Já sem po operaci furt opruzovala, že mě to bolí, ale tady sestřička mi nedala ani slovem, pohledem nebo, že by se ušklíbla, najevo, že bych ji otravovala.“*

- *„Sestři, když jste přišla o tý noční, otevřely se dveře a vešlo sluníčko, usměvavý sluníčko a to tak na člověka působí, hrozně dobře, pozitivně.“*
- *„ Přítel to tedy celou dobu věděl a dětem, těm sem to řekla, než sem šla na operaci, to sem se bála. Sou to kluci, 23 a 26 let, tak sem nevěděla, jak jim to říct. Oznámila sem jim to dvěma větama a oni asi taky, jak byli vyplašený, nastudovali to na internetu a teď se mě ptali, co ti všechno vemou, jak ti to vemou, my to chceme vědět, sme dospělý, tak jsme o tom mluvili, že vlastně o nic nejde, nebudu v přechodu, vaječníky mi zůstanou.“*

7.5.2 Společenské potřeby

Kategorii „Společenské potřeby“ patří pomyslná druhá příčka pyramidy. Během hospitalizace, je žena nucena opustit svou rodinu, zaměstnání, své přátele. Potřeba sociálních kontaktů však trvá. Nejblíže pacientce je v době hospitalizace zdravotní sestra a jejím úkolem je tyto potřeby diagnostikovat a uspokojit.

Tabulka 36 Společenské potřeby

Společenské potřeby		
zdroje sociální opory •partner •rodina a přátelé •spolupacientky	**sounáležitost** •s rodinou •v zaměstnání •v domácnosti	**láska** •partnera •dětí •přátel

Příklady vybraných úryvků z rozhovorů:

- *„Já doma, my sme taková Hujerova rodina, všechno řešíme všichni. Nevěsta byla první, které sem to řekla, protože na manžela se musí opatrně, má cukrovku, tu kolísavou, hned jde do komatu. Neříkej to synovi, řekneme to až nakonec, ale ona se bála, řekla mu to, tak sme se*

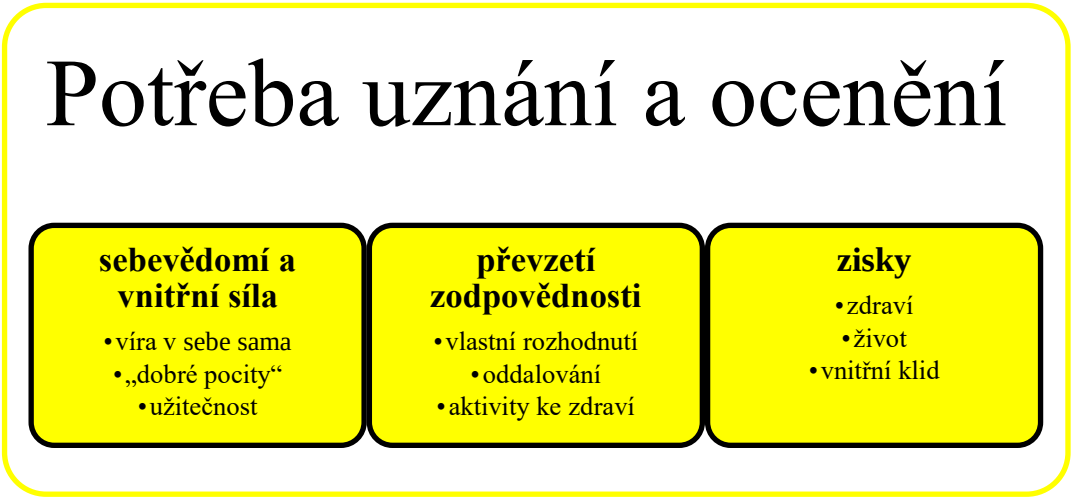
teda sešli i s druhým synem. Řekli mi maminko, musíš, musíš na tu operaci, ať už je to venku. Proto mi pořád volá a manžel taky, kdy už půjdu domů. Já mám spíš strach o něj, než o sebe. Já mám zázemí úžasný, všechny je miluju, no jsme takový Hujerovci.“

- *„Třeba kamarádka, ta byla měsíc přede mnou na laparoskopii a ta měla jenom ty tři vpichy a ta byla úplně v pořádku a já sem si vedle ní připadala, když to řeknu s prominutím jako chcípák. To není možný, vždycky sem zatla zuby, vždycky sem všechno vyřešila a všechno sem zvládla a teď prostě nemůžu, nemůžu se furt dostat do tempa. A manžel říkal, nech to bejt, nech to bejt, to přejde.“*
- *„Syn je věčně v háji a nevěsta, nechtěla sem ji zatěžovat, řekla sem, nebudu doma. Nic sem neřešila, potom sem teda dostala vynadáno. Řekla sem mu, neřeš to, protože nikdy od vás neslyším, mámo, sedni si nebo, není ti něco, tak teď budete dělat. Je to vodbytý, bavte se vo něčem jiným. Já nejsem důležitá.“*
- *„Ale ste, to neříkejte!“ (reakce spolupacientky na předchozí větu)*
- *„Já sem ta bába za vůz, aby hnůj nepadal, já je vždycky vytahuju, až když sou tam takhle.“*
- *„Tak to jste ale hodně důležitá osoba.“ (reakce spolupacientky na předchozí větu)*
- *„Já sem řešila, jak to oznámit manželovi, protože on je citlivej chlap, hlavně on to na mně poznal, protože já sem přišla domů a byla sem ticho. Já sem jinak výmluvná, tak se hned ptal, co se děje.“*
- *„Zázemí doma mám, jak naše mamka, tak manžel byl skvělej, nenechal mě nic nosit dva měsíce. Operace mi přinesla to, že sem zjistila, že v manželovi mám víc jak stoprocentní oporu.“*
- *„Člověk dneska přemýšlí ekonomicky, tak sem chtěla být doma měsíc, protože pak už bych šla dolů s penězi.“*

7.5.3 Potřeba uznání a ocenění

Kategorie, na třetí příčce pyramidy nese název „Potřeba uznání a ocenění“. Každý člověk má potřebu být respektován a oceněn. Jedná se o typicky lidskou potřebu a právě v nemoci bývá tato potřeba často nenaplňována. Za projev převzetí zodpovědnosti za své zdraví, je možné považovat vlastní rozhodnutí podstoupit operaci a ve své podstatě i podepsání informovaného souhlasu.

Tabulka 37 Potřeba uznání a ocenění



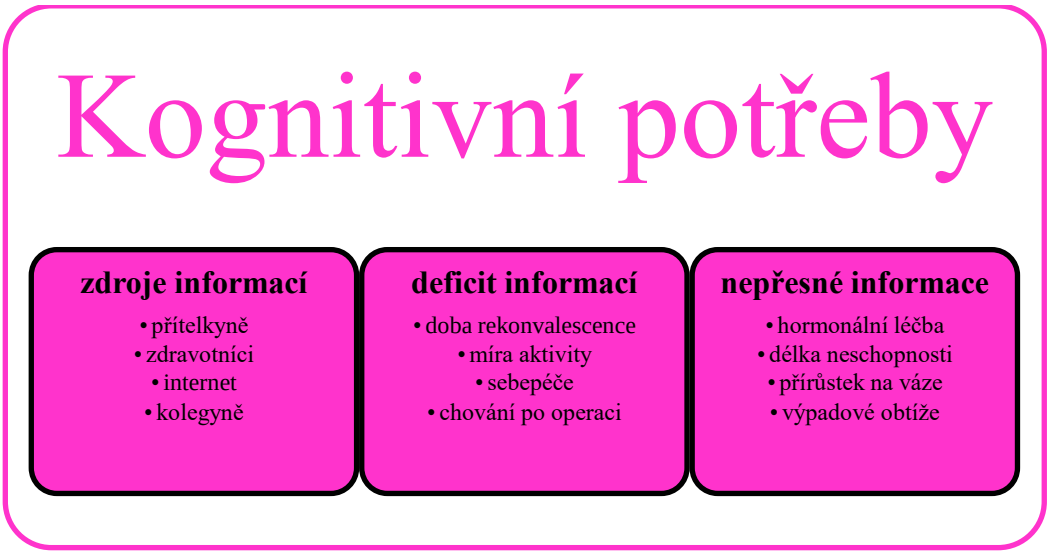
Příklady vybraných úryvků z rozhovorů:

- *„Mě nebolelo nic, já sem chodila tak tři roky k paní doktorce, protože sem poctivej pacient.“*
- *Mě taky nic nebolelo, já sem jenom strašně silně krvácela a to tak, že úplně hrozně. V noci sem měla tampón i vložku a ráno sem se vzbudila prokrvácená. A v práci mě to omezovalo, ve sportu, tak pan doktor řekl, že by to chtělo operaci a že je to na mně.“*
- *Já sem neměla dohromady žádný obtíže, jenom ta děloha pořád sestupovala. Pan doktor říkal, že zatím je to v pořádku a že až mi to bude vadit, uděláme to. Já to vždycky při chůzi odřela a pak krvácela, tak to mě přivedlo k doktorovi a on říkal, ale ono se to vám za ten rok hodně zhoršilo, a protože na preventivní prohlídky chodím pravidelně, tak sem teď tady.“*
- *Takže půjdu v listopadu na operaci, ale prostě to nešlo, v lednu se mělo narodit vnouče, takže to ne, před svátkama nepudu, takže až se narodí vnouče. Naštěstí se to už narodilo, takže to můžu řešit.“*
- *„Já mám pocit, že mě operace ochránila, co kdyby se z toho vyklubala třeba rakovina. Pořád sem měla pocit, pryč s tím.“*
- *„Člověk je celej den na nohou. Vařim pro celou rodinu. V každý ruce něco a do dveří kopu, aby neřekli, že du s prázdnou.“*
- *„Já taky říkám, lepší oplácaná, ale živá a zdravá.“*
- *„Nechtěla bych se vytahovat, ale furt se cejtim, že trošku držim pohromadě. Jenom bych chtěla, aby mi to trošku vořezali (tukové zásoby na břiše), já bych si připlatila, protože mě to vobtěžuje. Protože sem pod tím opruzelá a špatně se mi obléká.“*
- *„Třeba jako já, já sem taková bojovnice, je to potřeba, tak jdu.“*

7.5.4 Kognitivní potřeby

Kategorii na čtvrté úrovni jsem nazvala „Kognitivní potřeby“. Touha poznávat nové a rozumět sobě a okolnímu světu je nám také vlastní. Tuto potřebu může sestra, v roli edukátorky, podchytit a vhodně načasovaným způsobem a formou uspokojit. Nově získané informace mohou pacientce pomoci v oblasti sebepéče.

Tabulka 38 Kognitivní potřeby



Příklady vybraných úryvků z rozhovorů:

- *„Informace by se měly týkat toho, jak se žena má chovat po operaci, aby byla připravená se s tím vyrovnat a věděla, co si má koupit.“*
- *„Pak si čtou ženy na internetu, kolikrát tam není nic pozitivního, nevim, jestli to tak ty ženský opravdu měly, ale o to víc sem se bála.“*
- *„Hodně záleží na tom, kdo tam za ty ženy píše.“ „Tam píšou jenom ty nespokojený.“*
- *„Píšou tam, že se zhorší kvalita sexu. Myslím, že tak osm z deseti žen píše, že je to horší. Já sem se toho taky obávala. Tyhle informace bych potřebovala.“*
- *„Já na internet nechodim. Já to neřešila. Děti máme, je to nanic, má to poruchu. Jako slepý střevo.“*
- *„To vy ani nevíte, jak to letí mezi těma ženskejma.“ (informace)*
- *„Přestala nám makat Máňa (myčka). A já sem si stoupla k mycáku a byla sem taková nalomená, nevěděla sem, jestli mě bolí tadyhle vzadu kočárek (bederní páteř) nebo tohle*

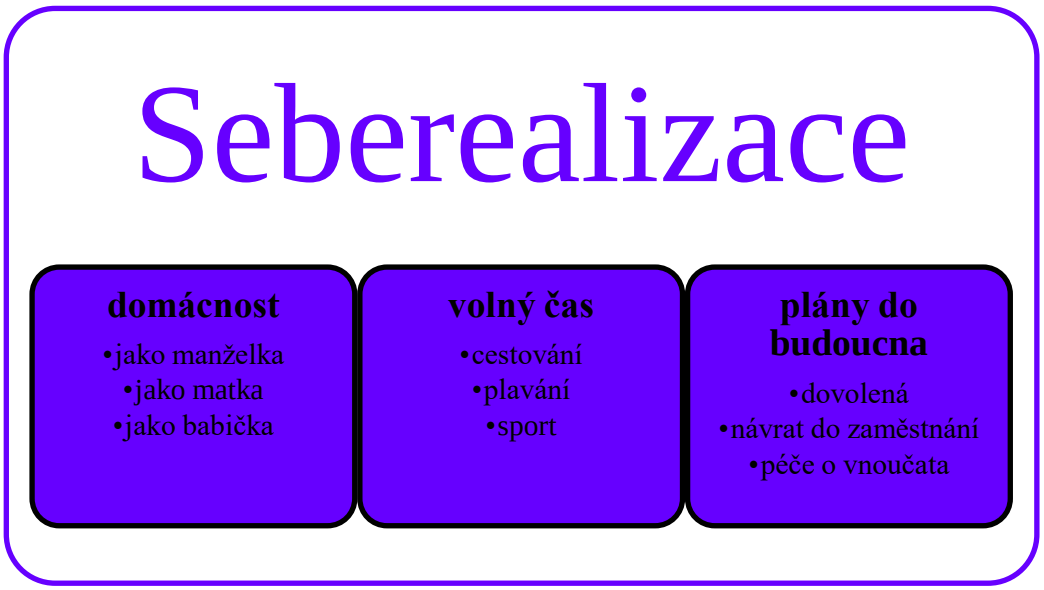
(břicho), tak sem si musela brát čípky, protože sestřička řekla, že sou i protizánětlivý a pan primář je taky doporučuje.“

- *„Jak dalece bych mohla třeba trošku cvičit?“*
- *„To sem věděla, že nesmím do bazénu, že jen do sprchy. Asi jako po porodu.“*
- *„Ale jak dlouho? Po jaký době se v tom bazénu budu moct vykoupat. To se zeptám asi paní gynekoložky nebo pana primáře, jestli bude přístupnej.“*
- *„Já sem si přečetla, že se to vevnitř hojí špatně, až rok.“*
- *„Zeptala sem se a co kolo, pane primáři a on pianko, žádný šlapání do kopců. Ne to já ne, jen po Brodě. Ale abyste si nemyslela, že budete mít na řídítkách tašku a budete to rvát do kopečka.“*
- *„Já se cítím dobře, ale nevím, co můžu a co ne, abych si neublížila. Jestli můžu třeba na rotoped nebo kdy na lyže?“*
- *„Já sem si taky myslela, že budu doma šest týdnů, ale nakonec to bylo osm. Devátý týden jsem šla do práce a měla sem dvě dvanáctky za sebou a myslela sem, že nebudu, že to nezvládnu. Já sem se cítila doma dobře, ale pak je potřeba plný nasazení a nejde to.“*
- *„To, že nesmím zvedat těžké věci sem věděla, ale nevím jak dlouho, jak to bude, ale musím být od června fit, tak bych tu informaci potřebovala.“*
- *„Myslím, že by tam mohly být informace, co použít, krémy apod. (lubrikační), jsou ženský, který se s tim trápěj a ten chlap to pozná. Jak říkám, jak ženská nemůže na ruce a na nohy, tak je naštvaná celá rodina, protože není servis. To se pozná teprve, když není uděláno. A pohlavní život, když nebude v pořádku, ten chlap nebude spokojenej, od toho se odráží všechno.“*

7.5.5 Seberealizace

Na vrchol pyramidy jsem umístila potřebu „Seberealizace“. Poznání sebe sama, včetně svých nedostatků i předností, nám umožní si lépe uvědomit, to čeho chceme dosáhnout a nalézt si k vytyčeným cílům svou vlastní cestu. I z těchto rozhovorů je patrno, že ženy, byť krátce po operaci, již plánují své budoucí aktivity a snaží se je přizpůsobit aktuálnímu zdravotnímu stavu.

Tabulka 39 Seberealizace



Příklady vybraných úryvků z rozhovorů:

- *„Já sem taky celej den na nohou. Zvonim bradou. To se dělá z lásky sestřičko, oni to nechtějí, ale když víte, že jim chutná. Nevěsta studuje jako vy, dala se ve čtyřiceti na vysokou, je taky ve třeťáku. Tak proč bych to neudělala, Když sem doma, vyspravím, vyžehlím.“*
- *„Právě, že si myslíme, že musíme všecko strhnout. V práci se tahaly těžký věci, a když sem řekla, taháme 45 kilo, tak mi vedoucí řekla, podejte výpověď dohodou a hotovo.“*
- *„Já už sem v důchodu, já už nikoho nezvedám, ale vařím na jarňačkách na školách v přírodě, tak nemůžu bejt baba doma, to já musim furt něco dělat.“*
- *„Já zkouším strašně ráda koláče, buchty. S tím sem vítaná, ale já sem vítaná, i když nic nevezu.“*
- *Mně chybí informace, já sem hodně aktivní a nikdo mi nedokáže říct, kdy budu moct začít lyžovat, kdy můžu jezdit na kole a takovéhle věci. My jsme s přítelem oba aktivní.“*
- *„Jenomže sem s tím tak trošku počítala, měla sem starou dovolenou, takže sem byla doma šest neděl, měsíc na neschopence a čtrnáct dní sem si vzala dovolenou, první tejden v práci sem byla úplně vyřízená, to sem si myslela, že sem udělala chybu.“*
- *„Ale budete se muset šetřit, když nebudete chtít, vono vás to tělo donutí. Já se chtěla do práce vrátit po šesti tejdnech, to bude dobrý, dopředu sem si to tak plánovala.“*
- *„Do září musim bejt v pořádku, to máme 45. výročí svatby a nadělili sme si tři neděle ve Španělsku. My už jedeme po jedenadvacátý na jedno a to samý místo, já to tam miluju, mně to tam tu obrnu vyléčilo. A tam že plavu, plavu a plavu, tak nekulhám, já přijedu a můžu nosit lodičky. Alespoň nizoučký.“*

- *„Takhle já jezdim už 18 let do Bibione, ve stejnej čas, na stejný místo, do stejnýho baráku, se stejnou partou. Tam je moře pro bábу.“*
- *Dneska se hodně chodí do bazénu, třeba s vnoučatama. Já chodim taky s vnoučatama, vemem plavky a už mašírujem.“*
- *„Já si přivezla z Itálie boty, protože já kupuju v Itálii boty, kvůli těm kloubům. Taky se chystám, že bych si to dala odoperovat. Je mi 70, tak se snad vobuju do nějakejch slušnejch bot, alespoň deset let a pak budu chodit už třeba v bačkorách, ale ještě mě to pořád baví se oblíkat.“*
- *„Jak dalece bych mohla třeba trošku cvičit, já nikam nechodím, ale doma?“*
- *„Já musim ty kluky (syny) připravit na život, co kdyby se mnou něco bylo.“*

7.6 Ošetřovatelské diagnózy vyplývající z empirického výzkumu II

Důkladným rozborem rozhovorů v ohniskové skupině jsem se snažila určit všechny ošetřovatelské diagnózy, jež z nich vyplynuly. Tyto diagnózy jsem přiřadila k jednotlivým doménám a třídám a seznam uvádím v následující tabulce. Toto rozdělení mi bylo vodítkem k diagnostice edukačních potřeb a ve výsledku i k sestavení informačního materiálu pro ženy po hysterektomii.

Tabulka 40 Ošetřovatelské diagnózy

číslo	Doména	Třída	Ošetřovatelská diagnóza
1.	**Podpora zdraví**	Uvědomování si zdraví	Nedostatek zájmových aktivit
		Management zdraví	Chování náchylné ke zdravotním rizikům
			Neefektivní management vlastního zdraví
			Snaha zlepšit management vlastního zdraví
2.	**Výživa**	Příjem potravy	Snaha zlepšit výživu
4.	**Aktivita/odpočinek**	Aktivita/cvičení	Zhoršená tělesná pohyblivost
		Rovnováha energie	Únava
		Sebepéče	Zhoršené udržování domácnosti
			Snaha zlepšit sebepéči
5.	**Percepce/kognice**	Kognice	Nedostatečné znalosti
			Snaha zlepšit znalosti
6.	**Sebepercepce**	Sebepojetí	Narušená osobní identita
			Riziko narušení osobní identity
			Snaha zlepšit sebepojetí
		Sebeúcta	Situačně snížená sebeúcta
			Riziko situačně snížené sebeúcty
		Obraz těla	Narušený obraz těla
7.	**Vztahy mezi rolemi**	Role pečovatelů	Riziko narušení rodičovství
		Rodinné vztahy	Riziko narušení vztahu
		Plnění rolí	Snaha zlepšit vztah
			Neefektivní plnění rolí
8.	**Sexualita**	Sexuální funkce	Sexuální dysfunkce
9.	**Zvládání zátěže/tolerance**	Reakce na zvládání zátěže	Neefektivní plánování aktivit
			Neefektivní zvládání zátěže
			Snaha zlepšit zvládání zátěže
			Strach
			Snaha zlepšit zdatnost
10.	**Životní principy**	Přesvědčení	Snaha zlepšit duchovní well-being
11.	**Bezpečnost/ochrana**	Fyzické poškození	Prodloužení pooperačního zotavení
12.	**Komfort**	Tělesný komfort	Zhoršený komfort
			Snaha zlepšit komfort

7.7 Praktický výstup empirického výzkumu II

Jedním z cílů mé bakalářské práce bylo vytvořit edukační materiál pro ženy po velké gynekologické operaci. Z konkrétních dotazů žen, jež vyplynuly z rozhovorů, jsem sestavila dvě desítky otázek a odpovědi na ně jsem po odborné stránce konzultovala s primářem

gynekologicko - porodnického oddělení Nemocnice Nymburk MUDr. Dušanem Kolaříkem. Výsledný materiál jsem zpracovala do podoby informační brožury. Vlastní obsah tohoto materiálu uvádím pro přehlednost zde:

Co nejčastěji zajímá ženy v souvislosti s odstraněním dělohy?

1. Jak nyní vypadají má vnitřní rodidla?

Pochva je slepě zakončena, ale zůstává téměř stejně dlouhá a široká, jako před operací.

2. Budu po operaci ještě krvácet a jak dlouho?

Silné krvácení by se již nemělo objevit. Ještě asi týden budete špinit nebo slabě krvácet v souvislosti s hojením v pochvě. Pokud slabě zakrvácíte i později, asi tak měsíc po operaci, není to nic neobvyklého.

3. Jak mám pečovat o pooperační jizvu a za jak dlouho po operaci mi budou odstraněny stehy?

Stehy na kůži se odstraňují obvykle mezi sedmým až desátým dnem od operace. Dva až tři týdny je vhodné ránu udržovat v čistotě, zajistit přístup vzduchu, případně je možné ránu ošetřit dezinfekčním prostředkem určeným k zevnímu použití. Po úplném zhojení můžete jizvu a její okolí promazávat olejem, sádlem nebo nedráždivou mastí. Stehy v pochvě se obvykle neodstraňují, vstřebají se samy.

4. Budu mít po operaci nějaký výtok z pochvy?

Žádný výtok byste mít neměla, pokud se objeví, je to spíše známka nesprávného hojení nebo infekce v pochvě.

5. Mám užívat nějaké preparáty posilující imunitu a urychlující hojení?

K urychlení hojení je možné užívat některé volně prodejné enzymatické preparáty. Do pochvy lze aplikovat přípravky s kyselinou hyaluronovou.

6. Může být odstranění dělohy příčinou přechodu?

Samotné odstranění dělohy ani vejcovodů nevyvolá přechod, protože neznamená žádnou hormonální změnu. Ta nastává pouze v případě odstranění obou vaječníků.

7. Jak dlouho budu v pracovní neschopnosti?

Po laparoskopickém výkonu se lze vrátit do zaměstnání i za dva týdny, ale záleží také na druhu práce, kterou vykonáváte. Po břišních operacích je pracovní neschopnost delší, obvykle 3 až 4 týdny.

8. Musím doma po operaci dodržovat nějaká dietní omezení?

Vhodnější je lehká, nedráždivá strava během prvních několika dní, dokud se plně neobnoví funkce střev.

9. Jak těžká břemena mohu zvedat?

Orientačně asi 3 až 5 kilo. Větší opatrnost je na místě, pokud byla během operace provedena také plastika pánevního dna.

10. Mohu po operaci cvičit, a kdy mohu začít?

Po břišní operaci můžete asi za jeden měsíc začít s lehkým cvičením a postupně zvyšovat zátěž. Po operaci laparoskopické lze začít již za dva týdny. Plná zátěž je obvykle možná za čtyři měsíce. Respektujte při cvičení případné projevy bolesti a pocity únavy.

11. Jestli vůbec a kdy se vrátí má předchozí kondice?

Obvykle během dvou až čtyř měsíců.

12. Za jak dlouho po operaci mohu začít jezdit na kole?

Jízda po rovině je možná již za čtyři až šest týdnů. S větší zátěží, například při jízdě do kopce, lze začít přibližně za čtyři měsíce. Po operacích spojených s plastikou pánevního dna je lépe se vyhýbat jízdě se zátěží a po nerovném terénu až půl roku.

13. Kdy se mohu začít koupat ve veřejném bazénu nebo na koupališti?

Obvykle je to možné za 6 až 8 týdnů od operace. Přesně vám to řekne váš ošetřující gynekolog při kontrolní prohlídce.

14. Budu muset užívat nějakou hormonální léčbu?

Pokud se v souvislosti s operací změní hormonální situace, obvykle se nedostatek hormonů projeví návaly, pocením nebo změnami nálad. V tomto případě se doporučuje užívání hormonálních přípravků, buď ve formě tablet, nebo prostřednictvím náplastí a gelů skrz kůži. Tyto léky lze získat jedině na lékařský předpis. Je také možné užívat tzv. fytoestrogeny, bývají však méně účinné. Fytoestrogeny jsou v lékárnách volně dostupné.

15. Budu mít po operaci návaly?

Pokud vám budou v rámci operace odstraněny i oba vaječníky, mohou se návaly objevit.

16. Přiberu na váze?

V souvislosti s hormonálními změnami po odstranění obou vaječníků, mohou ženy přibrat na váze. Této změně je proto nutné přizpůsobit příjem potravy, tak aby nedošlo k nárůstu hmotnosti.

17. Za jak dlouho po operaci mohu mít první pohlavní styk?

Přibližně za 6 týdnů.

18. Ovlivní operace negativně můj sexuální život?

V důsledku hormonálních změn po odstranění obou vaječníků, může dojít ke zhoršení zvlhčení v oblasti poševního vchodu a pochvy. V tomto případě vám lékař může doporučit místní aplikaci krémů s obsahem hormonů. Při pohlavním styku můžete používat běžně prodejné tzv. lubrikační gely. Hormonální tablety či náplasti s celkovým účinkem, vám může předepsat pouze lékař.

19. Mám po operaci nárok na lázně?

Lázeňská péče, plně hrazená pojišťovnou, je poskytnuta pouze v případě zvláště komplikovaného pooperačního průběhu a její předepsání podléhá přísným pravidlům.

20. Budu muset stále chodit jedenkrát ročně na preventivní prohlídky do gynekologické ambulance?

Ano, měla byste na tyto kontroly i nadále docházet.

8. DISKUZE

8.1 Diskuze k empirickému výzkumu I

8.1.1 Zjištěná fakta ve vztahu ke stanoveným cílům

Cíl 1, 2: zjistit názory pacientek na pojetí jejich onemocnění pomocí kvantitativních metod – dotazníku IPQ-R-CZ a dotazníku MIQ-CZ

Kvantitativními nástroji v mém výzkumu byly dva dotazníky, pomocí kterých jsem se snažila zjistit osobní názory pacientek na jejich nemoc a z výsledků identifikovat edukační potřeby. Tyto dotazníky byly použity jako výzkumný nástroj Marešem a Vachkovou (2011) a ověřovány u jednoho sta pacientů s kardiovaskulárními chorobami. Přestože tato onemocnění nejsou tak úplně s těmi gynekologickými srovnatelná, rozhodla jsem porovnat výsledky své práce s jejich výzkumem. Součástí jejich souboru byli muži, ale také 38 žen. Jinou práci, kde by byly použity tyto dva konkrétní dotazníky u žen po odstranění dělohy, jsem v literatuře nedohledala, i když jsem si vědoma faktu, že to neznamená, že neexistuje. Na rozdíl od kardiovaskulárních nemocí nejsou benigní onemocnění dělohy primárně považována za chronická, i když někdy mohou mít déletrvající charakter. Důležitým faktorem je také fakt, že ženu většinou bezprostředně neohrožují na životě. Tyto skutečnosti pak jistě hrají roli v pohledu žen na nemoc.

8.1.1.1 Dotazník IPQ-R-CZ:

Proměnná č. 1 – Závažnost nemoci

Výsledné skóre této proměnné se pohybovalo mezi 4 - 20 body, čím více bodů pacientky získaly, tím bylo pro ně onemocnění závažnější. Nejvyššího skóre dosáhly tři pacientky (skóre 14, 14, 16), ty tedy považují své onemocnění za závažné. Věk těchto žen byl 50, 70 a 48. Nejnižší skóre 4, měly dvě ženy. Jejich nemoc není dle jejich mínění závažná. Nejvyššího skóre 20, nedosáhla ani jedna pacientka. Z výzkumu mezi ženami s kardiovaskulárním onemocněním vyplynulo, že s věkem vzrůstají obavy a vnímání

závažnosti nemoci. To se tedy u pacientek po odstranění dělohy nepotvrdilo, mezi ženami, které vnímají své onemocnění nejzávažněji, jsou i ženy středního věku a naopak jedné z pacientek, která vnímala své onemocnění nejlépe, bylo 80 let. Této ženě byla odstraněna děloha z důvodu prolapsu. Sestup dělohy jí způsoboval nemalé problémy s vyprazdňováním a na operaci proto pohlížela jako na jedinou šanci, jak se obtíží zbavit.

Vyhodnocením této proměnné, jsem tedy zjistila, že jako málo závažné hodnotilo své onemocnění 45 % pacientek, tedy méně než polovina. Střední závažnost nemoci pociťovalo 47 % žen a za velmi závažnou svou nemoc považovalo nejméně žen a to jen 8 %. Výsledkem tedy je, že naprostá menšina žen svou nemoc považuje za závažnou. Tedy, že pro naprostou většinu znamená toto onemocnění „jen“ střední nebo malou zátěž.

Edukační diagnózy, jež jsem dala do souvislosti s touto proměnnou, jsem nalezla v doméně první „Podpora zdraví“, v páté „Percepce/Kognice a v desáté „Životní principy“. Mareš a Vachková (2011) ještě uvádějí edukační potřeby v oblasti domény druhé „Výživa“ ve třídě „Přijímání potravy“ a „Hydratace“, zřejmě z důvodu velké ovlivnitelnosti kardiovaskulárních onemocnění životním stylem pacienta. Benigní onemocnění dělohy nejsou v takové míře výživou ovlivnitelná.

Proměnná č. 2 – Možnost ovlivnění nemoci

Rozborem odpovědí jsem zjistila, že většina pacientek, 82 %, se jen těžko rozhoduje, jestli svým chováním mohla nebo může vznik nemoci a její další průběh nějak ovlivnit. Stejný počet, a to 8 % žen, odpovědělo, že možnost ovlivnění nemoci je buď malá, nebo naopak velká. Naprostá většina žen tedy nemá jasno v tom, jestli lze a do jaké míry nemoc ovlivnit. Ženy s kardiovaskulárním onemocněním mají větší pocit ovlivnitelnosti nemoci, než ženy po hysterektomii. Nejvyššího skóre mezi 19 - 25, dosáhlo ve výzkumu Mareše a Vachkové (2011), 14 žen z 38. V mém šetření to byly jen tři ženy z 37. Domnívám se, že je to proto, že ženy nemohou ovlivnit většinu rizikových faktorů podporujících například růst myomů. Nelze ovlivnit rasu, věk ani genetickou dispozici. Je jen možné udržovat si přiměřenou tělesnou hmotnost, což se ukázalo být jedním z možných ochranných faktorů, ale to ostatně patří i mezi protektivní faktory nemocí srdečních a cévních. Podle Mareše a Vachkové (2011) ženy hodnotí svá onemocnění jako více ovlivnitelná, než muži.

Edukační diagnózy vyplývající z této proměnné jsem nalezla v doméně první „Podpora zdraví“ ve třídě „Management zdraví“. Pacientky sice nepociťovaly velký prostor k ovlivnění příčin své nemoci, ale domnívám se, že ženy mohou dopady svého onemocnění ovlivnit především ve fázi pooperační rekonvalescence.

Proměnná č. 3 – Porozumění nemoci

Své nemoci vůbec nerozuměla pouze jedna pacientka (67 let). A naopak nejvyššího skóre dosáhly čtyři pacientky, ty tedy rozuměly své nemoci nejvíce. Výsledkem bylo, že naprostá většina pacientek, 84 %, rozumí své nemoci a její příznaky pro ně nejsou záhadné. Své nemoci vůbec nerozumí naprostá menšina žen, 3 %, a těžko se rozhoduje 11 % žen. Jeví se, že v otázkách porozumění nemoci nehraje věk takovou roli. Jak v práci Mareše a Vachkové (2011), tak i mém výzkumu jsou mezi ženami, které své onemocnění chápou, i ženy vyššího věku a naopak, mezi ženami, které svému onemocnění rozumějí jen málo, jsou i ženy nižšího věku.

Edukační diagnózy, týkající se této proměnné jsem identifikovala v doméně páté „Percepce/Kognice a desáté „Životní principy“. Přesto, že většina žen své nemoci poměrně rozuměla, raději uvádím oblast deficitu znalostí, jako oblast edukační potřeby, především z důvodu, že z následných rozhovorů jasně vyplynulo, že deficit validních informací je aktuální problémem. Je zřejmé, že tato skutečnost se lépe projevila až během rozhovoru v ohniskové skupině pacientek.

Proměnná č. 4 – Negativní emoce

Hodnotící skóre odpovědí se pohybovalo mezi 4 až 20 body. Čím bylo vyšší, tím měla pacientka více negativních emocí. Úplně nejvyššího skóre dosáhla jen jedna žena (50 let). Pacientky s kardiovaskulárními onemocněními, ale prožívají své onemocnění hůře, nejvyššího skóre dosáhlo hned pět žen. Naopak nejméně negativních emocí, spojených s nemocí, měly v mém šetření tři ženy (47, 49, 49 let). Mezi pacienty s onemocněním srdce, nejnižšího skóre nedosáhla ani jedna žena, ale muži hned tři. Autoři výzkumu se domnívají, že jsou negativní emoce ve spojení s nemocí u žen vnímány mnohem častěji než u mužů.

Téměř polovina pacientek, 46 %, prožívá v souvislosti s nemocí ambivalentní emoce, hodně negativních emocí zmiňuje 19 % pacientek a naopak málo negativních emocí vnímá 35 % pacientek. Edukační diagnózy jsem nalezla v doméně deváté „Zvládání/tolerance zátěže“. V této oblasti spatřuji jeden z hlavních úkolů práce zdravotnického týmu. Zde může zdravotní sestra či porodní asistentka dostát své role sestry jako ochránce pacienta, a poskytnout ženě sociální oporu v období nemoci. Mareš a Vachková (2011) uvádějí, že potřeba psychické podpory je nejdůležitější edukační potřebou a bohužel se na to často zapomíná.

Proměnná č. 5 – Sociální dopady nemoci

Čím většího skóre pacientky dosáhly, tím větší sociální dopady mělo onemocnění pro pacientku. Nejvyššího skóre 20, nedosáhla ani jedna žena. Zato skóre nejnižšího, žen 11. Z celkového počtu 37 má jich tedy 11 pocit, že pro ně jejich onemocnění nemá žádné sociální dopady. Respondentky s nemocemi srdce a cév vnímaly větší sociální dopady nemoci. Jeví se tedy, že onemocnění kardiovaskulární znamená pro ženy větší ohrožení sociálních kontaktů, než je tomu u žen po operaci dělohy. Většina pacientek, 65 %, pociťuje malé sociální dopady nemoci, těžko se rozhoduje 24 % žen a velké sociální dopady má onemocnění pro 11 % žen. Zdá se, že se stoupajícím věkem nestoupá riziko vyšších sociálních dopadů nemoci. Mezi pacientkami, které nepovažovaly onemocnění dělohy, jako ohrožení v sociální oblasti byly ženy různého věku v rozmezí od 45 až do 80 let (70, 66, 49, 45, 46, 63, 80, 38, 61, 64 a 64 let). Edukační diagnózy jsem diagnostikovala v doméně sedmé „Vztahy mezi rolemi“ a v doméně dvanácté „Komfort“. Edukace v této oblasti je nutná i přesto, že více než třetina pacientek po odstranění dělohy nemá pocit, že by onemocnění mělo nějaké sociální důsledky. Prostřednictvím dotazníků, zkoumajících pojetí nemoci by porodní asistentka snáze identifikovala ženy, jež edukaci v sociální oblasti potřebují.

8.1.1.2 Dotazník MIQ-CZ

Proměnná č. 1 – Pozitivní postoj k nemoci, zvládnutelnost nemoci, pozitivní pohled do budoucnosti

Výsledné skóre první proměnné se pohybovalo mezi 0 - 42 body. Čím vyšší, tím byl postoj pacientek k nemoci více pozitivní. Nejvyššího skóre dosáhly 3 pacientky z celkového počtu 28 řádně vyplněných dotazníků. Hodnota nejnižší, nula bodů se ve výsledku vůbec nevyskytla. Převážná většina pacientek, 89 %, má pozitivní postoj k nemoci, nemá pocit, že by je onemocnění nějak znetvořovalo nebo měnilo k horšímu. 7 % žen není rozhodnuto a postoj 4 % pacientek je málo pozitivní. Tyto ženy cítily málo energie k překonání problémů. Právě u těchto pacientek bych diagnostikovala edukační diagnózy v oblasti domény šesté „Sebepercepce“ a desáté „Životní principy“.

Proměnná č. 2. – Negativní postoj k nemoci, nemoc jako újma, ztráta, negativní pohled do budoucnosti.

Druhou proměnnou tvoří pět položek. Výsledné skóre se pohybovalo mezi 0 až 30, čím bylo vyšší, tím byl postoj k nemoci více negativní. Tento faktor zkoumal, jestli žena pohlíží na svou nemoc jako na něco škodícího a ohrožujícího, jako na něco, co ji okrade o důležité věci v životě, nebo se bude postupně zhoršovat. Nejvyššího skóre 30 bodů, nedosáhla ani jedna pacientka a vůbec nejnižšího, tedy nulu, získalo pět pacientek. Tyto hodnoty vypovídají o skutečnosti, že u žen nepřevažuje negativní pojetí nemoci, přestože je jejich nemoc spojena se ztrátou ženského orgánu. Více než polovina pacientek, 57 %, nepovažuje svou nemoc za ztrátu či újmu a nemoc je výrazně nestresuje. Pro 18 % žen je nemoc středně závažným ohrožením a 25 % žen vnímá nemoc jako újmu a ztrátu a to je stresuje. Edukační potřeby v této oblasti spadají do domény deváté „Zvládání zátěže - odolnost vůči stresu“. Lépe informovaná pacientka více spolupracuje a je naděje, že bude lépe zvládat zátěž. Dle Mareše a Vachkové (2011) může zvládnutí některých negativních emocí, vyřešit i tělesné obtíže.

Proměnná č. 3 – Trvalost nemoci, chronický charakter onemocnění

Třetí proměnná hledá odpovědi na otázky o trvalosti a chronicitě nemoci. Skóre odpovědí bylo 0 až 18. Čím vyšší, tím má onemocnění pro pacientku trvalejší charakter. Jako trvalou viděla svou nemoc jen jedna 48letá pacientka, a ta také označila svou nemoc jako závažnou a s velkými sociálními dopady. Dvanáct žen mělo nejnižší skóre, nula. Tyto ženy tedy pravděpodobně vidí v operaci vyřešení jejich problémů a nedomnívají se, že by měly mít nějaké chronické problémy. Většina žen, 75 %, se dle výsledku domnívá, že jejich nemoc nemá trvalý charakter, že přejde a skončí. 21 % pacientek si myslí, že nemoc potrvá středně dlouho a jen 4 % pacientek, tedy výrazná menšina, uvedla, že nemoc zůstane napořád nebo potrvá dlouho. Ošetřovatelské diagnózy jsem nalezla v doménách 1, 9 a 12, „Podpora zdraví“, „Zvládání/tolerance zátěže“ a „Komfort“.

Proměnná č. 4 – Sociální důsledky nemoci

Čtvrtý faktor tvoří dvě položky s nejvyšším možným skóre 12. Čím je jeho hodnota vyšší, tím má onemocnění pro pacientku větší sociální dopady. Nejvyššího skóre 12 nedosáhla ani jedna pacientka, ale nejnižšího dokonce 14 žen, tedy polovina. Mareš a Vachková (2011) upozorňují na podstatný vliv sociálního zázemí na míru sociálního dopadu nemoci. Vzhledem k tomu, že ani jedna respondentka v mém výzkumu nedosáhla vyššího skóre než 10, dalo by se usuzovat, že sociální zázemí těchto žen bylo tedy dobré a u celé poloviny žen dokonce výborné. Většina pacientek, 75 %, pociťuje jen malé sociální dopady nemoci, tyto pacientky nemají pocit, že by jejich nemoc nějak výrazně ovlivnila to, jak vycházejí s rodinou a s přáteli. 14 % pacientek vnímá přítomnost nějakých sociálních omezení a 11 % žen se domnívá, že nemoc má pro ně velké sociální dopady. Doména sedmá „Vztahy mezi rolemi“ je oblast edukační práce sestry.

Proměnná č. 5 – Osobní důsledky nemoci, každodenní prožívání nemoci

Pátá proměnná je v upravené české verzi reprezentována jen jednou položkou. Maximální možné získané skóre bylo 6. Čím je hodnota vyšší, tím více onemocnění ovlivňuje pacientčino každodenní prožívání. Nejvíce, 39 %, pacientek se domnívá, že nemoc neovlivní významně jejich každodenní prožívání. 36 % pacientek vnímá částečné ovlivnění nemocí

a pro 25 % žen je vliv jejich onemocnění na prožívání každého dne velký. Oblasti edukačních potřeb jsem nalezla v doméně čtvrté, šesté, osmé a desáté. Osmou doménou je „Sexualita“. Edukace v této oblasti musí být nedílnou součástí poučení, zejména proto, že je operační zákrok zaměřen na reprodukční orgány.

Cíl 3: porovnat údaje zjištěné z obou dotazníků

Pro snadnější porovnání dat, získaných z obou dotazníků, jsem z každého z nich vybrala proměnné, které zkoumaly podobné téma. Vytvořila jsem tak 4 nové faktory či proměnné. Z důvodu rozdílného počtu vstupních navrácených dotazníků jsem výsledky porovnala pouze v %.

Proměnná č. 1: Porozumění a pozitivní postoj k nemoci

Porovnala sem dvě podobné proměnné z obou dotazníků, jejichž obsah se týkal pozitivního postoje a porozumění nemoci. Z obou dotazníků jasně vyplývá, že naprostá většina pacientek 84 % (IPQ-R-CZ) a 89 % (MIQ-CZ), své situaci rozumí a má k ní pozitivní postoj. Ambivalentní, nerozhodný postoj si uvědomuje 11 % (IPQ-R-CZ) a 7 % (MIQ-CZ) pacientek. Naprostá menšina žen v obou dotaznících 3 % (IPQ-R-CZ) a 4 % (MIQ-CZ) uvedla, že jejich postoj je negativní a že své nemoci nerozumí. Výsledky z obou dotazníků jsou tedy srovnatelné. Převažuje v nich pozitivní postoj pacientek a porozumění nemoci. Domnívám se, že porodní asistentka může svou edukací podstatnou měrou přispět, aby i zmíněná menšina žen, své nemoci porozuměla a získala k ní kladný postoj, což může zpětně pozitivně ovlivnit léčbu i rekonvalescenci.

Proměnná č. 2: Negativní emoce a negativní postoj k nemoci

V této proměnné jsem porovnala dva faktory z obou dotazníků týkající se negativních emocí a negativního postoje k ní. Zde již ke shodě nedošlo, zatímco nejvíce žen 46 % uvádělo v dotazníku IPQ-R-CZ nerozhodné pocity ve vztahu k nemoci, tak v dotazníku MIQ-CZ uvedlo nejvíce žen (57 %), že jejich pocity jsou málo negativní. Nerozhodné pocity uvádělo v dotazníku MIQ jen 18 % žen. Hodně negativních pocitů pak vnímalo 19 % žen (IPQ-R-CZ)

a 25 % žen z dotazníku MIQ-CZ. Množství negativních pocitů by jistě bylo mnohem větší, pokud bych výzkumné šetření prováděla mezi pacientkami s maligním onemocněním po velkých radikálních operacích.

Proměnná č. 3: Závažnost a trvalost nemoci

V obou dotaznících se též objevily proměnné, týkající se závažnosti a trvalosti nemoci. V této otázce panuje částečná shoda. Nemoc je velmi závažná pro naprostou menšinu 8 % pacientek v dotazníku IPQ-R-CZ a podobně, jen pro 4 % žen v dotazníku MIQ-CZ. Zatímco jako málo závažnou, označuje svou nemoc necelá polovina pacientek 45 % v dotazníku IPQ-R-CZ, tak ve druhém dotazníku MIQ-CZ většina pacientek 75 % považuje nemoc za málo závažnou a netrvalou. Mareš a Vachková (2011) uvádějí dosavadní použití dotazníku MIQ zejména u pacientů s vážnějšími nemocemi (vážné trauma, HIV pozitivita apod.) a zmiňují vliv různých onemocnění na strukturu dotazníku. Nabízí se tedy otázka, zda by v případě širšího použití dotazníku MIQ pro gynekologické pacientky s benigním onemocněním, nebylo třeba jeho faktorovou strukturu upravit.

Proměnná č. 4: Sociální dopady a důsledky nemoci

Téma sociálních dopadů a důsledků nemoci se také objevuje v obou dotaznících. Proto jsem ho uvedla ve čtvrté proměnné. V této oblasti se výsledky dotazníků naprosto shodují. Většina pacientek z obou dotazníků 65 % (IPQ-R-CZ) a 75 % (MIQ-CZ) se domnívá, že sociální dopady a důsledky jejich onemocnění jsou malé. Jako průměrný udává sociální dopad 24 % pacientek v dotazníku IPQ-R-CZ a 14 % žen v dotazníku MIQ-CZ. Jen přibližně desetina žen 11 % v obou dotaznících vnímá sociální dopady nemoci jako velké. O vlivu sociálního zázemí na dopady nemoci jsem se zmínila výše.

Vzájemným porovnáním obou dotazníků jsem zjistila, že ve dvou proměnných jsou výsledky zcela srovnatelné, v jedné proměnné došlo k částečné shodě a v jedné proměnné se výsledky lišily. Pokud však mohu posoudit, konkrétně pro potřeby pacientek po hysterektomii, by k mapování jejich pojetí nemoci a následně pak k diagnostice, z něj vyplývajících potřeb, byl lépe použitelný dotazník IPQ-R-CZ. Ženy neměly větší obtíže s jeho vyplňováním a otázkám rozuměly. Návratnost tohoto dotazníku také byla vyšší (97 %). Svou

roli tu také sehrál fakt, že druhý dotazník MIQ-CZ byl rozsahem delší a byl vytištěn na dvou stranách. Několik pacientek pak druhou stranu přehlédlo a nevyplnilo, i přesto, že jsem jim dotazníky osobně předávala a upozornila je na tuto skutečnost. Při vyplňování dotazníku MIQ-CZ se také některé ženy pozastavily nad otázkami 10 a 11. Tyto otázky se týkají pohledu na budoucnost s nemocí. Pátrají, zda nemoc zůstane napořád, zda přišla a zase odejde. Ženy na můj dotaz uváděly, že otázkám tak úplně nerozumí, protože se domnívaly, že odstraněním dělohy jejich problémy končí a tedy nezůstanou napořád. Uvědomuji si, že jiná situace by nastala, pokud by byl výzkum prováděn mezi pacientkami se zhoubným onemocněním dělohy.

8.2 Diskuze k empirickému výzkumu II

8.2.1 Zjištěná fakta ve vztahu ke stanoveným cílům

Cíl 1: na základě rozhovorů v ohniskové skupině diagnostikovat edukační potřeby

Druhou metodou, kterou jsem zvolila pro účely své práce, byla metoda rozhovoru v ohniskové skupině. Ohniskovou skupinu jsem vytvořila z pěti pacientek, podle mnou vybraných kritérií. Dle Mareše (2012) je nejmenší počet členů ve skupině 4, aby došlo ke skupinové interakci. Toto doporučení jsem se snažila dodržet. Problémem se ukázalo být, že v průměru se na našem gynekologickém oddělení, kde pracuji, odstraní děloha asi 3 až 5 pacientkám týdně a tedy bylo obtížné zvolit k rozhovorům vhodný čas. Zatímco pacientky operované začátkem týdne, již pomalu odcházely domů, tak ženy operované ve druhé polovině týdne se ještě necítily natolik dobře, aby absolvovaly déletrvající rozhovor.

Vzhledem k tomu, že jsem se snažila při důkladné analýze rozhovorů vyhledat zejména okruhy edukačních potřeb, připadalo mi vhodné jednotlivá zjištěná fakta seřadit do pomyslné pyramidy po vzoru Maslowovy hierarchie lidských potřeb. Potřeby jsem tedy rozdělila do pěti stupňů od nejdůležitější, potřeby bezpečí a jistoty až po potřebu seberealizace.

Pokud jsou u pacientky během ošetřovatelského procesu uspokojeny potřeby základní, nižší, je možné přistoupit k uspokojování potřeb vyšších. Mareš a Vachková (2010) uvádějí skutečnost, že u nemocných lidí se velmi brzy stává prioritou potřeba porozumět svému onemocnění. Některé potřeby tedy onemocněním nově vznikají, jiné se změní a některé zůstávají neměnné. Diagnostika těchto potřeb u ženy po odstranění dělohy je pak jedním z nejdůležitějších úkolů porodní asistentky.

Potřeba bezpečí a jistoty

Tuto potřebu pacientky v rozhovoru zmiňovaly velmi často. Pocit ohrožení a omezení, ani tak nespojovaly se samotnou diagnózou, ale především s pocitem ohrožení ze samotné operace, také z bolesti, která ji provází a v neposlední řadě i strach z neznámého prostředí a lidí. Jedna z pacientek tyto obavy vyjádřila slovy:

„Už jenom ta operace, to je takový ošklivý pocit.“

Strach z cizího prostředí může u pacientky rozptýlit především porodní asistentka, svým přátelským a pozitivním přístupem. Právě ta je totiž v nejužším kontaktu se ženou. Navrátilová (2007) ve své práci mimo jiné zkoumala, kdo se největší měrou přispívá k informovanosti žen po gynekologické operaci. Jsou to nejčastěji sestry, které dle sdělení pacientů nejčastěji vystupují v roli edukátora. Pacientky udávaly, že nejvíce informací získaly od sester (53 %). Hned druhým největším zdrojem informací byl lékař (30 %). Důvěru k ošetřující sestře, vyjádřila pacientka v rozhovoru větou:

„Vy dáváte člověku najevo, že sem důležitá, že na mně záleží, protože na mě, kdyby někdo zařval, tak se prostě složím.“

Edukační diagnózy vztahující se k této potřebě se nacházejí v doméně první „Podpora zdraví“ v deváté „Zvládání zátěže/tolerance“ a v jedenácté „Bezpečnost/ochrana“. Potřeby v těchto oblastech jsem stanovila především proto, že pacientky v rozhovoru cítily deficit v těchto oblastech. Ptaly se, jak pečovat o své tělo po operaci a jak změnit své chování, aby se jim rychleji navrátila jejich původní kondice.

Hvězdová (2010) se ve své práci zaměřila na zjištění kvality života žen v období klimakteria. Má práce se sice konkrétně této problematice nevěnovala, ale vzhledem ke skutečnosti, že ženy podstupují operaci dělohy, často kolem období přechodu a operace také může být jeho příčinou, uvádím zde některé výsledky z jejího výzkumu. Hvězdová (2010) použila jako nástroj dotazník UQOL, v němž se jedna z položek týká procesu rozhodování o důležitých záležitostech života. Přibližně 70 % žen v jejím výzkumu souhlasilo s tvrzením, že jsou těchto rozhodnutí schopny. Domnívám se, že pokud se sestře podaří během edukace tuto schopnost podpořit, je možné snáze zahájit proces uzdravování.

Společenské potřeby

Pacientky v rozhovorech velmi často hovořily o své rodině a přátelích. V počátku rozhovorů jsem pátrala, jakým způsobem se ženy rozhodovaly, zda vyhledat lékaře a jestli a kdy podstoupit operaci. Zjistila jsem, že ženy často své plánování podřídily zájmům rodiny. Níže uvádím příklady těchto postojů:

„Já se omlouvám, že sem nebyla v pohodě před tou operací, protože mě tlačil ten porod nevěsty, protože sem věděla, že potom nebudu vůbec na nic, tak honem, abych to měla vůbec za sebou, abych byla něco platná.“

„A ségře sem to neřekla vůbec, protože její syn byl loni na operaci se srdcem a ta byla úplně vyřízená. Tak jí to řeknu, v úterý sem byla operovaná, ve středu sem ji volala, že to mám za sebou. Že si nic neřikala, to víš, já něco řeknu, ty budeš vyšilovat.“

Edukační diagnózy jsem tedy nalezla v doméně sedmé „ Vztahy mezi rolemi“. Sociální zázemí ženy netvoří jen blízcí, ale také kolegové a kolegyně ze zaměstnání. Z rozhovorů vyplynulo, že ženy již dlouho před operací plánovaly svůj pracovní rozvrh a návrat do zaměstnání a mnohdy tomu také podřídily výběr termínu operace. Hvězdová (2010) uvádí, že více než 80 % žen v období klimakteria věří, že je jejich práce společensky potřebná.

Potřeba uznání a ocenění

Během rozhovorů ženy často hovoří o potřebě uznání a ocenění. Pokud zjistíme deficit této potřeby, ošetřovatelskou diagnózu najdeme v doméně šesté „Sebepercepce“ a v sedmé „Vztahy mezi rolemi“. Hvězdová (2010) v jedné z položek dotazníku UQOL zjišťuje názor žen, na to, zda se jim dostává dostatek uznání ze strany blízkých a v zaměstnání. Více než 60 % žen v období klimakteria souhlasilo nebo spíše souhlasilo s tím, že mají uznání dostatek.

Během mé, více než desetileté praxe na gynekologii si velice často uvědomuji důležitost pozitivní atmosféry mezi spolupacientkami a zjišťuji, jak ženy kladně vnímají i uznání a ocenění z jejich strany. Jejich pochvala a osobní příklad mnohdy nejlépe motivují ženu k časné pooperační aktivitě. Pro příklad uvádím reakci jedné spolupacientky ke druhé, jež s ní sdílela jeden pokoj:

„Tady paní V., to je zlatej člověk, to je bojovník, kdybych mohla, tak se před váma skloním až k zemi, ale nemůžu, mě to ještě bolí, ale kdybych mohla.“

Honzák (2006) také vyzdvihuje užitečnost svépomocných skupin a spolupacientů, kteří jsou tzv. na „stejné lodi“. Pacient se od nich dozví, že není ve svém trápení sám, že ostatní mají také nějaké problémy a že i v nemoci lze najít něco pozitivního.

Kognitivní potřeby

Touha po nových znalostech a informacích se prolínala celým rozhovorem ve skupině. Zdrojem těchto informací jsou pro pacientky, jak vyplynulo z rozhovorů, samozřejmě zdravotníci, ale také přítelkyně, kolegyně v práci a v neposlední řadě internet. Na internetových stránkách ženy hledají odpovědi na své otázky. Jako příklad zde uvádím:

„Dobrý den, podstoupila jsem hysterektomii, byly ponechány vaječníky, ráda bych se zeptala, zda nemůžu otěhotnět (mimoděložně), když budu mít nechráněný pohlavní styk.“

Reakce na tento dotaz: „*Já bych se zeptala svého gynekologa. H*.“ (www.lekari-online.cz [cit.2014-05-30])

Edukační potřebu diagnostikuji v doméně páté „Percepce/Kognice“. Je zajímavé, že přibližně polovina žen v období klimakteria, dle Hvězdové (2010) nesouhlasí nebo spíše nesouhlasí s tvrzením, že nejsou schopny ovlivnit svůj zdravotní stav. Z toho vyplývá, že zbylá polovina žen se jen těžko rozhoduje nebo souhlasí s tvrzením, že svůj stav není schopna ovlivnit. Domnívám se, že právě uspokojení kognitivních potřeb pacientky může ve svém důsledku vést ke změně tohoto poměru a zvýšit počet žen, které mohou svým chováním pozitivně svůj zdravotní stav ovlivnit.

Seberealizace

Potřeba seberealizace patří k nejvyšším typicky lidským potřebám. Uspokojení této potřeby nabývá na významu již v pozdním pooperačním období. Ale prakticky již brzy po operaci, rozhovory probíhaly druhý pooperační den, ženy hovořily o své práci a plánovaly budoucí aktivity. Pacientky vyprávěly o svých oblíbených činnostech, o tom jak tráví svůj volný čas a o tom, co je naplňuje. Hvězdová (2010) položila respondentkám v rámci svého výzkumu také otázku, zda mají osobní plány a cíle do budoucna. Převážná většina žen (80 %) v dotazníku potvrdila existenci těchto plánů a cílů.

Všechna tato fakta dokládají, že ženy ať již v období klimakteria nebo po gynekologické operaci touží po uplatnění, plánují si svůj budoucí život a v žádném případě pro ně fakt, že jim byla odstraněna děloha, neznamená konec všech aktivit, včetně těch sexuálních. Jako příklad uvádím vtipný úryvek z rozhovorů:

M.: „Manžel si dal ke mně do koupelny židličku vždycky, když sem se sprchovala a čekal. A co jako, ne, já čekám, co kdyby náhodou.“

N: „Kdyby se vám udělalo špatně.“

M: „Kdyby se mi udělalo špatně, pochopitelně, ne to.“

V: „My sme to pochopily.“

Odpovídající edukační potřeby jsem nalezla v doméně čtvrté „Aktivita/Odpočinek“, v šesté „Sebepercepce, v osmé „Sexualita“, v deváté „Zvládání /tolerance zátěže“, v desáté „Životní principy“ a v doméně dvanácté „Komfort“.

Cíl 2: z edukačních okruhů sestavit informační materiál pro potřeby gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice Nymburk.

Mou snahou bylo, zařadit do informačního materiálu, pokud možno většinu otázek, které zmiňovaly ženy v průběhu rozhovorů. Při jejich sestavování jsem se snažila také vzít v úvahu výsledky kvantitativního výzkumu, tedy přihlédnout i k pojetí nemoci pacientkou.

Snaha sestavit informační materiál pro pacientky po operaci dělohy není ojedinělá. Většina gynekologických oddělení má nějakým způsobem zajištěnu tuto edukaci. Často je to jen formou edukativních rozhovorů před propuštěním pacientky do domácího ošetřování. Také se mnoho gynekologů na internetových stránkách svých ordinací snaží ženy nějak edukovat a někteří jim i prostřednictvím e-mailů odpovídají na jejich otázky.

Jedním z takových ucelenějších materiálů, je projekt, jež je podporován edukačním grantem farmaceutické společnosti NovoNordisk. Autorem tohoto materiálu je MUDr. Tomáš Fait z 1. LF UK Praha. Materiál je přístupný na internetu (www.strankyomenopauze.cz [cit.2014-05-24]) a jsou zde k nalezení informace o hysterektomii, tomu co jí předchází a i o tom, co následuje po ní. Autor v závěru říká: *„Cílem naší publikace bylo zbavit tajemna jednu z častých gynekologických operací. Strach totiž většinou pramení z neznalosti. Důvěřujte svému lékaři a nebojte se zeptat na cokoli, co nebylo v této knize zodpovězeno. Cíl lékaře i pacientky je stejný – odstranit problém.*“(Fait, 2013, s. 5)

Cíl 3: vyhledat zmínky o pozitivním efektu operace, pokud jej ženy vnímají

Ač je hysterektomie spojená se ztrátou orgánu, nemusí nutně být jen příčinou ztrát. Z rozhovorů v ohniskové skupině vyplynulo, že operace je pro ženu i zdrojem zisků. Tyto zisky jsem zmínila v rámci edukační potřeby „ Potřeba uznání a ocenění".

Ženy uváděly tyto zisky: zdraví, život a vnitřní klid (jistotu). Jako doklad k tomuto tvrzení uvádím příklady z rozhovoru:

„A stejně bych do toho šla, i kdybych věděla, že přiberu. Pro klid, a protože víme, že potřebujeme být zdraví."

„Já taky říkám, lepší oplácaná, ale živá a zdravá."

„Operace mi přinesla to, že sem zjistila, že v manželovi mám víc jak stoprocentní oporu."

„Já mám pocit, že mě operace ochránila, co kdyby se z toho vyklubala třeba rakovina."

„Mně kdyby ty myomy praskly, tak sem byla mrtvá, než by mě dovezli na sál."

9. ZÁVĚR

V úvodu mé bakalářské práce uvádím statistické údaje o počtu hysterektomií v České republice i ve světě. Je zřejmé, že se nejedná o zanedbatelná čísla. Ročně se tedy jen u nás rozhodují tisíce žen, zda operaci podstoupit, a pokud ano, co jim to přinese za zisky a jaké budou ztráty. Na gynekologicko-porodnickém oddělení, kde pracuji jako porodní asistentka, je za jediný rok děloha odstraněna téměř stovce pacientek, každá z nich má jedinečné pojetí nemoci, a proto by si zasloužila mít individuální edukační péči. Jejich pohled na svůj zdravotní stav je ovlivněn celou řadou faktorů, které na ženu působí od kolébky až k dospělosti. My, zdravotničtí pracovníci jsme jedním z těchto faktorů. Kromě lékaře je to právě porodní asistentka, která je pacientce v době její nemoci nejblíže, jako odborník i jako žena.

V teoretické části práce se nejprve zaměřuji na patofyziologii onemocnění dělohy. Stručně popisuji anatomii, fyziologii a především nejčastější důvod pro odstranění dělohy, benigní svalové nádory – myomy. Jaký je výskyt těchto onemocnění, co je jejich příčinou, co s sebou jejich růst přináší za problémy a jak se léčí. Na to všechno jsem se pokusila nalézt odpovědi v první části práce. Vzhledem k tomu, že hysterektomie je stále ještě nejčastější metodou léčby myomů, věnuji tomuto tématu druhou kapitolu teoretické části. Popisuji druhy operačních přístupů a také jejich výhody a nevýhody z hlediska lékaře a především pacientky. Zabývám se ale nejen lékařským pohledem na tuto problematiku, ale, a to především, se ve třetí části věnuji problematice ošetřovatelské péče. Rozděluji tuto péči na tři období, podle toho jak navazují časově na operaci. Popisuji zde obsah péče a stanovuji ošetřovatelské problémy a intervence.

Čtvrtá kapitola patří edukaci a její nezastupitelné úloze v práci sestry či porodní asistentky. Svou pozornost zaměřuji především na vlastní edukaci pacientek po hysterektomii. Informace, získané od samotné ženy a seznámení se s jejím pojetím nemoci, může pomoci porodní asistentce lépe pochopit chování a jednání ženy a umožní ji individuálně zacílit edukační práci. Právě pátou část své práce věnuji subjektivnímu pojetí nemoci „illness belief“, tedy přesvědčení o nemoci. Abych se s názory pacientek mohla seznámit, věnovala jsem svůj první empirický výzkum jejich objasnění. Pomocníkem mi byla kvantitativní výzkumná metoda a jako nástroj jsem použila dva dotazníky, jež zkoumají laické pojetí nemoci.

Oba dotazníky jsem od podzimu 2014 až do února následujícího roku rozdávala pacientkám po hysterektomii. Výzkumu se zúčastnilo celkem 38 pacientek po odstranění dělohy. Každá z nich měla vyplnit oba dotazníky. Návratnost prvního z nich, dotazníku IPQ-R-CZ byla 97 %, návratnost toho druhého, MIQ-CZ byla nižší, 73 %. Otázky v obou dotaznících pátraly po přítomnosti pozitivních i negativních emocí, názorech na trvalost nemoci a jejímu vlastnímu porozumění. Výsledky vyplývající z obou dotazníků jsem v závěru empirického výzkumu I vzájemně porovnala a v zásadních otázkách se téměř shodovaly. Na dotazy týkající se trvalosti a závažnosti nemoci ženy odpovídaly, že ji nepovažují za trvalou. Takto odpovídalo 75 % žen a jako velmi závažnou ji vidělo pouze 8 % žen. Možnost ovlivnit nemoc a její průběh, považovaly ženy spíše za problematické (82 %) a nedomnívaly se, že by jejich chování mohlo mít na vznik nemoci podstatný vliv. Emoce ve spojení s nemocí pociťovaly spíše ambivalentní, ale vyloženě negativní pocity měla jen pětina žen. Pozitivní emoce jednoznačně převažovaly, vnímalo je celých 89 % žen a své nemoci rozumělo celkem 84 % žen. Otázky se týkaly též sociálních dopadů nemoci a většina žen je cítila jako malé. Oba dva dotazníky by bylo možné použít jako vodítko k diagnostice edukačních potřeb a o to jsem se také pokusila. Edukační potřeby jsem nalezla především v doménách týkajících se podpory zdraví, poznávání, sebepojetí a zvládání zátěže. V sociální oblasti to byl okruh vztahů a v neposlední řadě i sexuality. Osmou doménu „Sexualita“ nelze z edukace vynechat, protože se gynekologická onemocnění bezprostředně týkají pohlavních orgánů ženy.

Ve druhé empirické části mého výzkumu jsem si stanovila za hlavní cíl vytvoření edukačního materiálu pro ženy po operaci na gynekologickém oddělení, kde pracuji. Při jeho sestavování jsem brala v úvahu výsledky dotazníkového šetření, které jsem ještě doplnila o výsledky kvalitativního výzkumu. Rozhovor v ohniskové skupině žen jsem uskutečnila s pěti pacientkami po operaci. Celý rozhovor jsem nahrávala a jeho postupnou analýzou se mi podařilo identifikovat okruhy edukačních témat. Díky ochotným pacientkám, a v neposlední řadě i kvalitním výzkumným metodám, se mi doufám podařilo určit většinu edukačních potřeb a do výsledného materiálu zařadit konkrétní problémy, které považovaly za důležité samy ženy. Domnívám se, že materiál tedy může sloužit k cílené edukaci žen před ukončením hospitalizace. Záměrně jsem ho sestavila tak, aby nebyl příliš obsáhlý, a přesto ve stručnosti obsahoval vše podstatné. Myslím, že ženy často již dopředu odradí, pokud mají číst dlouhé pasáže mnohdy i nesrozumitelného textu. Pro příklad uvádím trojici informovaných souhlasů, jež pacientka podepisuje před operací: souhlas s hospitalizací, souhlas s konkrétním

operačním výkonem a souhlas s anestézií. Každý z nich má minimálně dvě strany hustě psaného textu.

Pokusila jsem se touto prací alespoň z části osvětlit problematiku velkých gynekologických operací spojených s vyjmutím dělohy a zároveň poukázat na skutečnost, že ač se jedná o zákroky spojené se ztrátou orgánu, nemusí to nutně znamenat ztrátu životních jistot a plánů. To ostatně samy ženy potvrdily písemně v dotaznících a slovně vyjádřily v rozhovorech. Díky jejich odvaze a ochotě vznikl informační materiál, jež poslouží ženám, které tento životní krok teprve čeká.

10. ANOTACE

Autor:	Lenka Skalická
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
	Oddělení ošetřovatelství

Název práce:	Edukační proces u pacientek po hysterektomii
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Počet stran:	113
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2015
Klíčová slova:	edukace, hysterektomie, myom, pojetí nemoci

Bakalářská práce se zabývá problematikou edukace pacientek po hysterektomii. Teoretická část práce pojednává o patofyziologii benigních onemocnění dělohy, příčinách, diagnostice, symptomatologii a léčbě. Popisuje nejčastější způsob terapie, hysterektomii a všímá si zejména edukace pacientek po operaci. Část práce je věnována osobnímu pojetí nemoci, jehož poznání je vodítkem pro účinnou edukaci. Těžiště práce tvoří kvantitativní a kvalitativní výzkum s použitím dvou různých nástrojů, dotazníků IPQ-R-CZ a MIQ-CZ a rozhovorů v ohniskové skupině pacientek.

Stěžejním cílem práce je sestavení edukačního materiálu, určeného ke klinickému využití ženám po operativním odstranění dělohy.

11. ANNOTATION

Author:	Lenka Skalická
Institution:	Department of Social Medicine LF UK in Hradec Kralove
	Department of Nursing

Title of the work:	Educational process in patients after hysterectomy
Academic advisor:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Number of pages:	113
Number of attachments:	5
Defended in:	2015
Key words:	education, hysterectomy, myoma, illnes beliefs

This bachelor thesis deals with the education of patients after hysterectomy. The theoretical part is devoted to the pathophysiology of benign uterine disorders, causes, diagnosis, symptoms and treatment. It describes the most common method of therapy - hysterectomy and notes in particular the education of woman patients after surgery. Another part of the thesis deals with the concept of personal illness beliefs whose knowing is a guide to an effective education. The centre of the work lays in the quantitative and qualitative research using two different tools, questionnaires IPQ-R-CZ and MIQ-CZ interviews in the target groups of patients.

A key objective of the work is to design an educational material intended for clinical use for women who underwent surgical removal of the uterus.

12. POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

ANDERS, M. *Deprese, nemoc rodu ženského.* Praha: Maxdorf, 2013, 16 s. ISBN 978-80-7345-318-3.

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry.* 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001, 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

FAIT, T. *Přechodem bez obav.* Praha: Maxdorf, 2010, 88 s. ISBN 978-80-7345-219-3.

GOODWIN, S. C. et al. *Embolizace děložních myomů.* In. *Gynekologie po promoci*. 2010, r. 10, č. 1, s. 13-19. ISSN 1213-2578.

HERDMAN,T. H. *NANDA International: Ošetřovatelské diagnózy. Definice & klasifikace 2012–2014.* České vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

HLAVÁČKOVÁ, O. *Abnormální děložní krvácení. Management, nomenklatura, klasifikace, patogeneze, diagnostika. Terapie dysfunkčního krvácení.* In. *Moderní gynekologie a porodnictví.* Praha: Levret, 2011, vol. 20, č. 1. ISSN 1211-7.

HOLUB, Z., KUŽEL, D. *Minimálně invazivní operace v gynekologii.* 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 232 s. ISBN 80-247-0834-5.

HONZÁK, R. *Některé psychologické prvky edukace.* In. *Diagnóza v ošetřovatelství.* Praha: Promediamotion, 2006, roč. 2, č. 1, s. 42. ISSN 1801-1349.

HONZÁK, R. *Některé psychologické prvky edukace (pokračování).* In. *Diagnóza v ošetřovatelství.* Praha: Promediamotion, 2006, roč. 2, č. 2, s. 81. ISSN 1801-1349.

HONZÁK, R. *Některé psychologické prvky edukace III.* In. *Diagnóza v ošetřovatelství.* Praha: Promediamotion, 2006, roč. 2, č. 3, s. 134. ISSN 1801-1349.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KOLAŘÍK, D., HALAŠKA, M., FEYEREISL, J. *Repetitorium gynekologie*. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 1068 s. ISBN 978-80-7345-267-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MACKŮ, F., MACKŮ. J. *Gynekologové ženám.* Praha: Grada, 1996, 264 s. ISBN 80-7169-323-5.

MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve.* 1. vyd. Martin: Osveta, 2009, 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.

MÁRA, M., HOLUB, Z. *Děložní myomy.* 1.vyd. Praha: Grada, 2009, 228+8 s. ISBN 978-80-247-1854-5.

MAREČKOVÁ, J., *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-80-247-3007-3.

MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci I.* Brno: MSD, 2009, 146 s. ISBN 978-80-7392-120-0

MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci II.* Brno: MSD, 2010, 172 s. ISBN 978-80-7392-150-7.

MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci III.* Brno: MSD, 2011, 122 s. ISBN 978-80-7392-191-0.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NAŇKA, O., Elišková, M., Eliška, O. *Přehled anatomie.* 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2009, 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.

PILKA, R. et al. *Sakrospinální fixace prolabovaného poševního pahýlu po hysterektomii sec. Miyazaki – dlouhodobé výsledky.* In. *Česká gynekologie.* 2013, r. 78, č. 1, s. 27–31. ISSN 1210-7832

ROZTOČIL, A. *Moderní gynekologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SIMOČKOVÁ, V. *Edukácia v gynekologicko-pôrodnickom ošetrovateľstve.* 1. vyd. Martin: Osveta, 2013, 75 s. ISBN 978-80-8063-398-1.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOŠNER, J., KOPECKÝ, P., KACEROVSKÝ, M. *Uterus myomatosus.* In. *Gynekolog. Časopis ženských lékařů.* 2010, r. 19, č. 6, s. 207–213. ISSN 1210-1133.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VRZÁČKOVÁ, P. a kol. *Sexualita žen po prosté a radikální hysterektomii.* In. *Gynekolog. Časopis ženských lékařů.* 2013, r. 22, č. 4, s. 149-154. ISSN 1210-1133.

Kvalifikační práce

BROŽÍK, S. *Laparoskopická operační technika a její přínos pro gynekologickou pacientku ve srovnání s otevřenou operativou.* Bakalářská práce 2006. 43 s. Depot in: Archiv Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

HVĚZDOVÁ, A. *Kvalita života žen v období klimakteria.* Bakalářská práce 2010. 88 s. Depot in: Archiv ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

NAVRÁTILOVÁ, A. *Edukace klientek na operační gynekologii.* Bakalářská práce 2007, 82 s. Depot in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Internetové zdroje

FAIT, T. *Stránky o menopauze. Hysterektomie – odstranění dělohy (průvodce pacientky).* [online]. s. 1–6. [cit.2014-05-24]. Dostupné na http://www.strankyomenopauze.info/hysterektomie.php.

MÁRA, M. *Současné možnosti léčby děložních myomů.* In. *Moderní babictví* [online]. 2007. s. 1–7. [cit. 2015-06-19]. Dostupné na www.levret.cz

SKEA, Z. et all. *Women's perceptions of decision/making about hysterectomy.* BJOG: an *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 2004, vol. 111 s. 133-142. [cit.2015-05-13]. Dostupné na http://www.blackwellpublishing.com/bjog

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013.* Praha: Translation ÚZIS ČR, 2014. ISSN 1210-9991. Dostupné na http://www.uzis.cz [cit. 2015-09-05]
http://diskuze.doktorka.cz/vnitrni-pocity-odstraneni-dělohy/ [cit.2014-05-30].

http://www.lekari-online.cz/gynekologie-a-porodnictvi/diskuze/hysterektomie-vaginalni-odstraneni-delohy [cit.2014-05-30].

http://registr.gynekologie.org/public.tabulky-grafy/tab6 [cit.2015-09-03].

http://www.prodamy.cz/diskuze-hysterektomie.html?stranka=2 a 3 [cit.2014-07-15].

13. SEZNAM ZKRATEK

Ca	karcinom
CT	počítačová tomografie
FSH	folikulostimulační hormon
HSG	hysterosalpingografie
HSK	hysteroskopie
HY VAG	vaginální hysterektomie
HY ABD	abdominální hysterektomie
IPQ-R-CZ	Revised-Illness Perception Questionnaire – česká verze
LAVH	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
LH	luteinizační hormon
LPTM	laparotomie
LSK	laparoskopie
MR	magnetická rezonance
MIQ-CZ	Meaning of Illness Questionnaire – česká verze
TLH	totální laparoskopická hysterektomie
TVT	tahuprostá vaginální páska

14. SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Počet hysterektomií v Nemocnici Nymburk v roce 2014 18
Tabulka 2 Indikace k hysterektomii v Nemocnici Nymburk v roce 2014 18
Tabulka 3 Ošetřovatelský problém - AKUTNÍ BOLEST 24
Tabulka 4 Ošetřovatelský problém – NAUZEA 24
Tabulka 5 Ošetřovatelský problém - NARUŠENÁ INTEGRITA KŮŽE 24
Tabulka 6 Ošetřovatelský problém - ZHORŠENÁ POHYBLIVOST NA LŮŽKU 25
Tabulka 7 Ošetřovatelský problém - DEFICIT SEBEPÉČE PŘI HYGIENĚ 25
Tabulka 8 Ošetřovatelský problém - RIZIKO SNÍŽENÉHO OBJEMU TEKUTIN V ORGANISMU 25
Tabulka 9 Ošetřovatelský problém - RIZIKO INFEKCE 26
Tabulka 10 Ošetřovatelský problém - RETENCE MOČI 27
Tabulka 11 Ošetřovatelský problém - DYSFUNKČNÍ GASTROINTESTINÁLNÍ MOTILITA 27
Tabulka 12 Ošetřovatelský problém - ZHORŠENÁ TĚLESNÁ POHYBLIVOST 27
Tabulka 13 Ošetřovatelský problém – ÚNAVA 28
Tabulka 14 Ošetřovatelský problém - SNAHA ZLEPŠIT SEBEPÉČI 28
Tabulka 15 Ošetřovatelský problém - RIZIKO ZÁCPY 28
Tabulka 16 Ošetřovatelský problém - INTOLERANCE AKTIVITY 29
Tabulka 17 Ošetřovatelský problém - SNAHA ZLEPŠIT MANAGEMENT VLASTNÍHO ZDRAVÍ 30
Tabulka 18 Ošetřovatelský problém - SNAHA ZLEPŠIT ZNALOSTI 30
Tabulka 19 Ošetřovatelský problém - NARUŠENÝ OBRAZ TĚLA 30
Tabulka 20 Ošetřovatelský problém - RIZIKO SITUAČNĚ SNÍŽENÉ SEBEÚCTY 31
Tabulka 21 Ošetřovatelský problém - SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE 31
Tabulka 22 Ošetřovatelský problém - PRODLOUŽENÍ POOPERAČNÍHO ZOTAVENÍ 31
Tabulka 23 IPQ-R-CZ Proměnná č. 1 - otázky 47
Tabulka 24 IPQ-R-CZ Proměnná č. 2 - otázky 48
Tabulka 25 IPQ-R-CZ Proměnná č. 3 - otázky 49
Tabulka 26 IPQ-R-CZ Proměnná č. 4 - otázky 50
Tabulka 27 IPQ-R-CZ Proměnná č. 5 - otázky 51
Tabulka 28 Ošetřovatelské diagnózy vyplývající z proměnných dotazníku IPQ-R-CZ 52
Tabulka 29 MIQ-CZ Proměnná č. 1 - otázky 53
Tabulka 30 MIQ-CZ Proměnná č. 2 - otázky 54
Tabulka 31 MIQ-CZ Proměnná č. 3 - otázky 55
Tabulka 32 MIQ-CZ Proměnná č. 4 - otázky 56
Tabulka 33 MIQ-CZ Proměnná č. 5 - otázky 56
Tabulka 34 Ošetřovatelské diagnózy vyplývající z proměnných dotazníku MIQ-CZ 58
Tabulka 35 Potřeba bezpečí a jistoty 66
Tabulka 36 Společenské potřeby 67

Tabulka 37 Potřeba uznání a ocenění 69
Tabulka 38 Kognitivní potřeby 70
Tabulka 39 Seberealizace 72
Tabulka 40 Ošetřovatelské diagnózy 74

15. SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 IPQ-R-CZ Proměnná č. 1 47
Graf 2 IPQ-R-CZ Proměnná č. 2 48
Graf 3 IPQ-R-CZ Proměnná č. 3 49
Graf 4 IPQ-R-CZ Proměnná č. 4 50
Graf 5 IPQ-R-CZ Proměnná č. 5 51
Graf 6 MIQ-CZ Proměnná č. 1 53
Graf 7 MIQ-CZ Proměnná č. 2 54
Graf 8 MIQ-CZ Proměnná č. 3 55
Graf 9 MIQ-CZ Proměnná č. 4 56
Graf 10 MIQ-CZ Proměnná č. 5 57
Graf 11 Proměnná č. 1 - Porozumění a pozitivní postoj k nemoci 59
Graf 12 Proměnná č. 2 - Negativní emoce a negativní postoj k nemoci 60
Graf 13 Proměnná č. 3 – Závažnost a trvalost nemoci 61
Graf 14 Proměnná č. 4 – Sociální dopady a důsledky nemoci 62

16. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Souhlas s výzkumným šetřením 107

Příloha 2 Souhlas pacientek s nahráváním rozhovorů 108

Příloha 3 Obrázek myomatózní dělohy 109

Příloha 4 Dotazník IPQ-R-CZ 110

Příloha 5 Dotazník MIQ-CZ 112

17. PŘÍLOHY

Příloha 1 Souhlas s výzkumným šetřením

Nemocnice Nymburk s.r.o.
Boleslavská 425, 288 01 Nymburk
Gynekologicko-porodnické oddělení

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na gynekologicko-porodnickém oddělení

Vážená paní ředitelko,

obracím se na Vás s žádostí o svolení provádět během roku 2014/2015 v nymburské nemocnici na gyn.-porodnickém oddělení výzkum týkající se edukace žen, pacientek po operativním odstranění dělohy. Výzkum by měl být součástí mé bakalářské práce. Pomocí rozhovorů a dotazníkového šetření bych zjistila míru informovanosti pacientek o dané problematice a dle zjištěných skutečností bych sestavila edukační materiál, určený pro pacientky před propuštěním z nemocniční péče.

V Nymburce 20.8.2014

Skalická Lenka
porodní asistentka
gyn.-por.oddělení

Skalická Lenka

souhlasím:
+ pan primář
9.9.2014

Příloha 2 Souhlas pacientek s nahráváním rozhovorů

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové, studuji ošetřovatelství, obor všeobecná sestra.

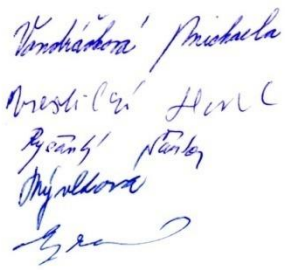
Studium je zakončeno bakalářskou prací a v rámci této práce se zabývám edukací pacientek po velké gynekologické operaci na gynekologicko-porodnickém oddělení v Nymburce. Součástí výzkumné práce je i monitorovaný rozhovor se skupinou pacientek.

Chtěla bych Vás touto formou požádat o souhlas se zvukovým záznamem průběhu tohoto rozhovoru. Výsledky výzkumu budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě Vašeho zájmu seznámit.

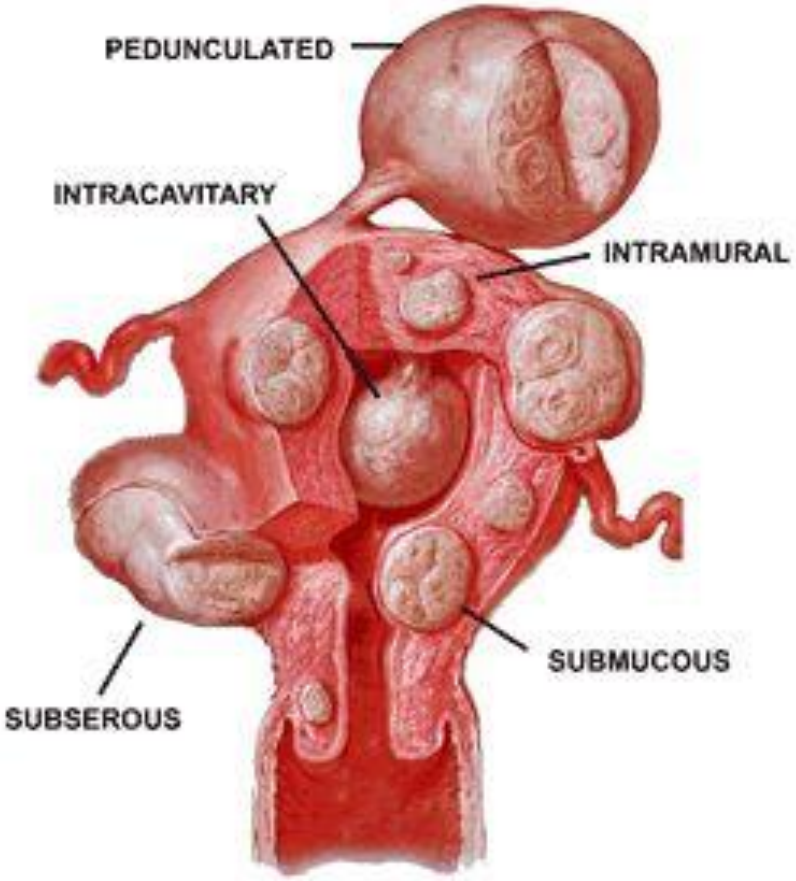
Závěrečná zpráva bude využita k vypracování edukačního materiálu pro pacientky hospitalizované na gynekologicko-porodnickém oddělení.

Děkuji Skalická Lenka

14. 2. 2015



Příloha 3 Obrázek myomatózní dělohy



Zdroj: http://www.obrazky.cz/ (17. 8. 2015)

Příloha 4 Dotazník IPQ-R-CZ

Anonymní dotazník IPQ-R-CZ (B)

Pracovní verze ve fázi ověřování – nešířit dál!

© R. Moss-Morris, J. Weinman, K.J. Petrie, R. Horne, L.D. Cameron, D. Buick (2002)
© Zkrácená česká verze: J.Mareš, S. Ježek, K. Šmejkal, R. Štanglová, (2011)

Vážení přátelé!

Každý pacient má určitou představu o nemoci, kterou má. Něco mu o ní řekli zdravotníci, něco spolupacienti, něco známí. Tento dotazník zjišťuje **Vaše současné názory** na nemoc, kterou máte. Dotazník je anonymní, můžete tedy odpovídat bez obav a podle svých **skutečných osobních** názorů. Mohou se lišit od toho, co si myslí spolupacienti, zdravotní sestry, lékaři. Odpovídejte jen sami za sebe, zajímá nás právě Váš názor.

Odpovídá se **zakroužkováním slova** nebo **číslice**, která se nejvíce blíží Vašemu stanovisku.
Pokud se spletete nebo se rozhodnete změnit svou odpověď, nevadí. Škrtněte to, co už neplatí a zakroužkujte to, co platí.

Mám tuto nemoc: .....(doplňte) jsem: muž - žena věk: .....

	Můj osobní názor na tuto nemoc	souhlasím	spíše souhlasím	těžko rozhodnout	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
1.	Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu	5	4	3	2	1
2.	Moje nemoc je asi závažná	5	4	3	2	1
3	Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život	5	4	3	2	1
4.	Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé	5	4	3	2	1
5.	S touhle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím jak mi bude zítra.	5	4	3	2	1
6.	Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady	5	4	3	2	1
7.	Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým	5	4	3	2	1
8.	Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci	5	4	3	2	1
9.	Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá	5	4	3	2	1
10.	Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc	5	4	3	2	1
11.	Můj zdravotní stav se časem zlepší	5	4	3	2	1
12.	Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné	5	4	3	2	1
13.	Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím	5	4	3	2	1
14.	Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný	5	4	3	2	1
15.	Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada	5	4	3	2	1
16.	Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek	5	4	3	2	1
17.	Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti	5	4	3	2	1
18.	Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy	5	4	3	2	1
19.	Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých cyklech	5	4	3	2	1
20.	Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život.	5	4	3	2	1

Jen pro zdravotníky ! Nesděluje se pacientům a nepředává dál!

Klíč k vyhodnocování dotazníku IPQ-R- CZ

Název proměnné	Otázky položky	Skóre	Interpretace
Závažnost nemoci	1., 2., 3., - **11***)	4 - 20	čím vyšší skóre, tím má onemocnění pro pacienta závažnější charakter
Možnost ovlivnění	5., 8., 9., -**10.**, 19	5 - 25	čím vyšší skóre, tím je onemocnění pro pacienta lépe ovlivnitelné
Porozumění nemoci	-**12.**, -**13.**, 14	3 - 15	čím vyšší skóre, tím více pacient své nemoci rozumí
Negativní emoce	15., 16., -**17**, 18.	4 - 20	čím vyšší skóre, tím hůře pacient onemocnění prožívá
Sociální dopady	4., 6., 7., 20.	4 - 20	čím vyšší skóre, tím má onemocnění pro pacienta větší sociální dopady

Vysvětlivka : *) U všech otázek označených mínusem se obrací skórování odpovědí, je to proto, aby všechny odpovědi měly obsahově kladný charakter (některé otázky jsou v dotazníku formulovány negativně, aby se zabránilo mechanickému vyplňování dotazníku)

Návod, jak obrátit skórování

Udaj uváděný respondentem (pacientem)	5	4	3	2	1
Obrácené skórování	1	2	3	4	5

Příloha 5 Dotazník MIQ-CZ

Dotazník MIQ-SR-CZ

© originální verze: J. Roberts, C. Byrne, G. Browne, C. Mc Adams; Hamilton: McMaster University, 1992

© česká verze: M. Štanglová, E. Vachková, J.Mareš; Hradec Králové: Lékařská fakulta UK, 2011

Vážení,

Prosíme Vás o pravdivé zodpovězení těchto otázek. Svůj názor vyjádřete **zakroužkováním** příslušné číslice.

Jste: muž – žena Věk: ……..

Mám tuto nemoc:……

	vůbec ne			prů-měrně			určitě ano
Ovlivnila Vaše nemoc nepříznivě:							
1. to, jak prožíváte každý den?	0	1	2	3	4	5	6
2. to, jak vycházíte s přáteli?	0	1	2	3	4	5	6
3. to, jak vycházíte s rodinou?	0	1	2	3	4	5	6
4. to, co děláte každý den (běžné činnosti, zaměstnání či školu)?	0	1	2	3	4	5	6
Charakterizoval /a byste Vaši nemoc jako:	0	1	2	3	4	5	6
5. něco škodícího?	0	1	2	3	4	5	6
6. něco ohrožujícího?	0	1	2	3	4	5	6
7. něco, co Vás připravuje o věci důležité v životě, okrádá Vás?	0	1	2	3	4	5	6
8. určitou výzvu, tj. šanci něco změnit?	0	1	2	3	4	5	6
Vidíte tuto nemoc do budoucna jako něco, co:							
9. přejde a skončí?	0	1	2	3	4	5	6
10. zůstane už napořád?	0	1	2	3	4	5	6
11. přišlo a zase odejde?	0	1	2	3	4	5	6

Zdá se Vám, že tato nemoc:							
12. z Vás dělá invalidu (ztrácíte „fyzičku“ nebo sílu)?	0	1	2	3	4	5	6
13. to, jak vypadáte, mění k horšímu, znetvořuje Vás?	0	1	2	3	4	5	6
14. postupuje dál, Váš stav se zhoršuje?	0	1	2	3	4	5	6
15. charakterizoval/a byste svoji nemoc jako stresující zážitek?	0	1	2	3	4	5	6
16. čekal/a jste tuhle diagnózu ještě předtím, než Vám ji doktor sdělil?	0	1	2	3	4	5	6
17. myslíte si, že jste sám/sama podílel/a na vzniku tohoto onemocnění?	0	1	2	3	4	5	6
18. jste odhodlán/a vzdorovat této nemoci a fungovat normálně?	0	1	2	3	4	5	6
19. máte jasnou představu o tom, jak budou věci probíhat, např. jak účinné bude léčení Vaší nemoci?	0	1	2	3	4	5	6
20. myslíte si, že se Vaše nemoc znovu vrátí nebo se objeví nějaká další, podobná?	0	1	2	3	4	5	6
21. myslíte si, že nakonec všechno dobře dopadne?	0	1	2	3	4	5	6
Když už máte tuto nemoc, máte pocit, že							
22. byste na ní mohl/a něco sám změnit nebo pro změnu k lepšímu také něco udělat?	0	1	2	3	4	5	6
23. se s tím musíte smířit, že musíte tuto nemoc přijmout?	0	1	2	3	4	5	6
24. potřebujete se o ní dozvědět více, než budete jednat?	0	1	2	3	4	5	6
25. si musíte odříci mnohé z toho, co byste rád/a dělal/a?	0	1	2	3	4	5	6
26. jste se překonáváním nemoci změnil/a k lepšímu v tom, na čem Vám záleží?	0	1	2	3	4	5	6
27. potom, co jste zažil/a, můžete už hodně co říci o věcech, které jsou pro Vás důležité?	0	1	2	3	4	5	6
28. cítíte, že máte dost energie a výdrž, abyste problémy překonal/a?	0	1	2	3	4	5	6
29. těší Vás vyhlídky do budoucna?	0	1	2	3	4	5	6
30. máte radost z toho, jak obtíže řešíte?	0	1	2	3	4	5	6

Děkujeme Vám za trpělivost a prosíme Vás:

Projděte ještě jednou dotazník a podívejte se, zda jste někde **něco nevynechali**.