

Kvalita života žen po hysterektomii

Pavla Svárovská

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Pavla Svárovská**
Osobní číslo: **H20266**
Studijní program: **B0913P360017 Porodní asistence**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Kvalita života žen po hysterektomii**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života žen po hysterektomii.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentek.

Realizace kvantitativního šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- RAMESH, B., P.S. DIMRI et al. *Textbook & Atlas of Laparoscopic Hysterectomy*. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2016. ISBN 978-9385999284.
- ROB, L., A. MARTAN, P. VENTRUBA et al. *Gynekologie*. 3. přepracované a doplněné vyd. Praha: Galén, [2019]. ISBN 978-80-7492-426-2.
- ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
- SLEZÁKOVÁ, L., M. ANDRÉSOVÁ, P. KADUCHOVÁ et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života žen po hysterektomii. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisuje anatomii ženských pohlavních orgánů a popisem různých technik hysterektomie. Dále se teoretická část zaměřuje na definování kvality života, jejího vztahu se zdravím a také jejím hodnocením. Praktická část je zaměřená na vyhodnocení výsledků pomocí grafů a tabulek s popisy. Výzkum byl proveden kvantitativním šetřením, technikou dotazníku. Výsledkem této práce je zjištění dopadu hysterektomie na kvalitu života žen, průměrný věk žen při hysterektomii, nejčastější indikace vedoucí k hysterektomii, následky hysterektomie a subjektivní hodnocení kvality života žen. Dále zjištění chápání sebe sama po hysterektomii, psychické změny a informovanost žen po operaci.

Klíčová slova: děloha, hysterektomie, kvalita života v souvislosti se zdravím, inkontinence, ošetrovatelská péče, psychika

ABSTRACT

The bachelor's thesis deals with the quality of life in women after. The thesis is divided into the theoretical and practical parts. The theoretical part describes the anatomy of the female genital organs and a description of different hysterectomy techniques. Furthermore, the theoretical part focuses on defining the quality of life, its relationship with health and also its assessment. The practical part focuses on the evaluation of the results using graphs and tables with descriptions. The research was carried out by quantitative investigation using questionnaire technique. As a result of this work, the impact of hysterectomy on the quality of life of women, the average age of women at hysterectomy, the most common indications leading to hysterectomy, the consequences of hysterectomy and the subjective evaluation of the quality of life of women were determined. Furthermore, findings on women's understanding of self after hysterectomy, psychological changes and awareness after surgery.

Keywords: uterus, hysterectomy, health-related quality of life, incontinence, nursing care, mental health

„Svět není jeviště, svět je děloha“

Josef Čapek

Ráda bych touto cestou chtěla velmi poděkovat MUDr. Zdeňku Adamíkovi za odborné vedení bakalářské práce, za jeho cenné rady, ale i čas a trpělivost, který mi věnoval.

Mé velké dík patří také všem ženám, které byly ochotné se zapojit do dotazníkového šetření.

Na závěr bych ráda poděkovala mé rodině a partnerovi, kteří mne podporovali během celého mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ANATOMIE	12
1.1 PÁNEV (<i>PELVIS</i>)	12
1.2 PÁNEVNÍ DNO (<i>DIAPHRAGMA PELVIS</i>)	12
1.3 VNITŘNÍ POHLAVNÍ ORGÁNY	13
1.3.1 Pochva (<i>vagina</i>)	14
1.3.2 Děloha (<i>uterus</i>).....	15
1.3.3 Vejcovody (<i>tubae uterinae</i>)	18
1.3.4 Vaječníky (<i>ovaria</i>)	19
2 HYSTEREKTOMIE	20
2.1 LAPAROSKOPICKY ASISTOVANÁ VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	20
2.2 ABDOMINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	22
2.2.1 Operační technika.....	22
2.3 TOTÁLNÍ LAPAROSKOPICKÁ HYSTEREKTOMIE	24
2.4 VAGINÁLNÍ HYSTEREKTOMIE	25
2.4.1 Operační technika.....	25
3 KVALITA ŽIVOTA	26
3.1 KVALITA ŽIVOTA JAKO POJEM	26
3.2 KVALITA ŽIVOTA V SOUVISLOSTI SE ZDRAVÍM	27
3.3 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
4 CÍLE PRÁCE	31
4.1 CHARAKTERISTIKA VZORKU.....	31
4.2 METODIKA VÝZKUMU	31
4.3 ORGANIZACE SBĚRU DAT	32
4.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	32
5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	33
6 DISKUZE	60
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	71
SEZNAM OBRÁZKŮ	72

SEZNAM TABULEK.....	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Hysterektomie je operací, která se u žen provádí napříč věkovým spektrem a znamená odstranění dělohy laparoskopickou, laparotomickou nebo vaginální cestou. Jak dostupná data z roku 2016 ukazují, ročně je v Česku provedeno kolem 20 000 hysterektomií. Jedná se o nejčastěji prováděnou gynekologickou operaci, která má svá rizika. Hysterektomie u nezhoubných stavů je v podstatě prováděna kvůli zlepšení komfortu a kvality života žen. Po hysterektomii u žen dochází k několika změnám, které mohou mít v budoucnu následek například na psychické zdraví ženy, společenský život, ale i její sexualitu. Příčiny vedoucí k provedení hysterektomie, a z ní vyplývající následky, budou graficky a slovně objasněny na základě výzkumu.

Zpracované téma bylo vybráno, protože hysterektomie je závažnou operací, o které se ve společnosti málo hovoří. Dalším důvodem k volbě tématu bylo zjistit, v čem porodní asistentka může zlepšit péči o ženy po hysterektomii.

Práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je čtenář seznámen s anatomii ženských pohlavních orgánů. Další kapitolou je podrobný popis technik provedení hysterektomií a závěr teoretické části je zaměřen na kvalitu života, její hodnocení a vztah ke zdraví. Praktická část se zabývá výzkumem získaných dat z tištěných dotazníků, následně jsou data zpracována a vyhodnocena. Dotazník byl umístěn do tří soukromých ambulancí obvodních gynekologů.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit dopad hysterektomie na kvalitu života žen. V práci jsou stanoveny i dílčí cíle, pro bližší zmapování problematiky. Mezi ně patří, jaký efekt měly následky hysterektomie na denní aktivity žen, v kolika letech byla hysterektomie průměrně prováděna, subjektivní vnímání kvality života žen, nejčastější indikace k provedení hysterektomie a psychické změny po hysterektomii.

Pro zpracování této bakalářské práce byla část literárních zdrojů vybrána na základě vlastní literární rešerše a také na základě doporučení vedoucího této práce. Některé použité zdroje jsou starší 10 let, protože jsou na poli svého oboru jedinečné a dosud tato literatura nebyla aktualizována.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE

K pochopení problematiky hysterektomie žen je důležitá znalost anatomie. Kostěná pánev ochraňuje orgány ve velké a malé pánvi (*pelvis major et minor*). Ženské pohlavní orgány jsou umístěny v malé pánvi, obklopeny jsou močovým měchýřem (*vesica urinaria*), močovou trubicí (*urethra*), konečníkem (*rectum*) a řití (*anus*) kaudálně. (Báča, 2017)

1.1 Pánev (*pelvis*)

Pánevní dutina je ohraničena kostěným skeletem, který se skládá z párových pánevních kostí (*os coxae*), nepárové křížové kosti (*os sacrum*) a kostrče (*os coccygis*). Pánevní kosti jsou spojeny sponou stydkou (*symphysis pubica*) ventrálně, kloubně s křížovou kostí dorsálně a tvořící křížokyčelní kloub (*articulatio sacroiliaca*). (Báča, 2017; Carter, Baker & Addis, 2022)

1.2 Pánevní dno (*diaphragma pelvis*)

Pánevní dno je svalový a vazivový systém, který tvoří spodinu malé pánve. Společně s *diaphragma urogenitale* slouží k podpoře pánevních orgánů. (Čihák, 2011)

Svaly *diaphragma pelvis*

Je trychtýřovitého tvaru, na jeho stavbě se podílejí svaly *musculus* (dále *m.*) *levator ani* a *m. coccygeus*. Báča (2017) ještě dodává třetí sval *m. sphincter ani externus*. Svaly pánevního dna se stahují v závislosti na zvýšení intraabdominálního tlaku. (Čihák, 2011)

M. levator ani – je rozdělující strukturou pánevní dutiny od hráze (*perineum*) a je tvořen *pars iliaca*, označované jako *m. iliococcygeus* do stran a *pars pubica*, nazývané *m. pubococcygeus* ventrálně. Obě zmíněné části obkružují kolem konečníku, ústí močové trubice a pochvy. Tím je zajištěna kontinenci ženy a také podpora pánevních orgánů. (Čihák, 2011; Carter, Baker & Addis, 2022)

M. coccygeus – sval je ukotven na křížové kosti a upnut na *spina ischiadica*. (Báča, 2017)

Jak popisuje Báča (2017), *m. sphincter ani externus* obkružuje konečník a vyměňuje vlákna s *pars pubica m. levator ani*. Mimo samotné funkce řitního svěrače se podílí na změnách velikosti *hiatus urogenitalis* (štěrbina, kudy prochází močová trubice a pochva).

Jak uvádí Čihák (2011, s. 404): „*Fascie pánevního dna doplňují a pokrývají m. levator ani a m. coccygeus na pánevní (vnitřní) i na hrázové straně...*“, tato fascie je označována podle polohy jako *fascia diaphragmatis pelvis superior* (kryje svaly na vnitřní straně pánve) a *fascia diaphragmatis pelvis inferior* (kryje svaly pánevního dna na vnější straně).

1.3 Vnitřní pohlavní orgány

Pohlavní orgány ženy jsou rozdělovány na vnitřní pohlavní orgány a vnější pohlavní orgány. Do vnitřních pohlavních orgánů patří pochva (*vagina*), děloha (*uterus*), vejcovody (*tubae uterinae*) a vaječníky (*ovaria*). K vnějším pohlavním orgánům řadíme velké a malé stydké pysky (*labia majora et minora pudendi*), poševní předsíň (*vestibulum vaginae*), stydký pahorek (*mons pubis*), topořivá tělesa a vestibulární žlázy. Z důvodu zvoleného tématu bakalářské práce jsou v teoretické části blíže specifikovány vnitřní pohlavní orgány ženy. Všechny vnitřní pohlavní orgány jsou zavěšeny na peritoneální duplikatuře – *ligamentum* (dále *lig.*) *latum uteri*. (Čihák, 2013; Báča, 2017)

Ligamentum latum uteri rozdělujeme do tří sekcí:

Mesometrium – obklopuje dělohu a je největší podjednotkou širokého vazů probíhajícího laterálně k pokrytí zevních ilických cév, obepíná i proximální část *lig. teres uteri*. (Carter, Baker & Adds, 2022)

Mesovarium – spojen s vaječníky, vyčnívá ze zadního povrchu širokého vazů, připojuje se k hilu vaječníku a uzavírá jeho neurovaskulární zásobení. Nepokrývá samotný povrch vaječníku. (Carter, Baker & Adds, 2022)

Mesosalpinx – začíná nad mesovariem, obklopuje vejcovody a obsahuje anastomózu mezi uterinními a ovariálními tepnami. (Carter, Baker & Adds, 2022)

1.3.1 Pochva (*vagina*)

Je dutým, svalovitě-vazivovým orgánem, spojujícím vnitřní a zevní pohlavní orgány. Délka pochvy odpovídá průměrně 8 cm, přední stěna je kratší a zadní strana je přibližně o 2 cm delší., Zajišťuje odvod menstruační krve z dělohy, umožňuje pohlavní styk a je součástí porodního kanálu. (Báča, 2017; Carter, Baker & Adds, 2022)

Popis: Horní konec těsně obemyká děložní čípek a tvoří poševní klenbu (*formix vaginae*). Díky zmiňované zadní stěně vzniká zadní poševní klenba (*pars posterior*), která se stává místem hromadění ejakulátu po souloži. Dolní konec pochvy je označován jako poševní vchod (*ostium vaginae*). U žen, které neměly pohlavní styk je vchod neúplně uzavřen panenskou blánou (*hymen*). Stěny pochvy jsou zřasený a v klidu tvoří tvar písmene H, můžeme tvrdit, že je předozadně oploštělá. Je vystlána nerohovějícím, dlaždicovým epitelem, který zasahuje až k děložnímu hrdlu a pokrývá také děložní čípek. Sliznice nemá žádné mazové žlázy, je pokryta sekretem z odloučených epitelálních buněk, cervikálního hlenu a osídlena *Lactobacilus Döderleini*, který zajišťuje kyselé prostředí. Svalovina pochvy je tvořena spirálovitě uspořádanou hladkou svalovinou se zastoupením elastických vláken, je roztažitelná, aby umožnila průchod plodu při porodu. (Pilka, Mašata a Srp, 2014; Báča, 2017)

Z přední strany na poševní stěnu naléhá močový měchýř společně s močovou trubicí (*urethrou*) a na zadní straně je lokalizován Douglasův prostor (*excavatio rectouterina*), konečník (*rectum*) a řitní kanál. Fixaci dělohy zajišťuje jednak spojení se sousedními orgány a také upevnění pomocí svalového aparátu, zejména *m. levator ani*, svaly močopohlavního dna a jeho fasciemi. Vpředu je spojena s močovou trubicí (*septum urethrovaginale*) a vzadu s ampulí rekta (*septum rectovaginale*). (Báča, 2017)

Na tepenném zásobení pochvy se podílí více párových tepen, a to *arteria* (dále *a.*) *vaginalis* (větve *a. uterina*), větve z *a. rectalis media* a *a. pudendi interna*. Tepny mohou na přední i zadní stěně vytvářet nepárový kmen (*a. azygos vaginae*). Žilní krev je odváděna pomocí *plexus venosus vaginalis* do *vena* (dále *v.*) *iliaca interna*

a v. *pubendi interna*. Mízní cévy vedou do *nodi inguinales superficiales*, *nodi iliaci interni* a někdy do *nodi sacrales*. (Čihák, 2013; Báča, 2017)

1.3.2 Děloha (*uterus*)

Děloha (lat. *uterus*, řecky *hyster*, *metra*) je dutý svalnatý orgán hruškovitého tvaru, dlouhý přibližně 7–8 cm, v netěhotném stavu. Jeho hlavní funkcí je vývoj plodového vejce uvnitř děložní dutiny. Děloha je složena ze tří základních částí – děložní tělo (*corpus uteri*), *isthmus uteri* a hrdlo děložní (*cervix uteri*). (Báča, 2017)

Děložní tělo (*corpus uteri*) je největší částí dělohy, rozlišujeme na něm děložní dno (*fundus uteri*) a rohy děložní (*cornua uteri*). Děložní dno je kraniálně mírně vyklenuté a nachází se nad vstupem vejcovodů. Po obou stranách děložního těla se nachází tzv. hrany děložní (*margo uteri dexter et sinister*), které se s horní hranou fundu sbíhají v rozích a tvoří děložní rohy (*cornua uteri*). Děložní rohy jsou doprava a doleva vytažené výběžky děložního těla, kudy vstupují vejcovody do dělohy. (Čihák, 2013; Carter, Baker & Adds, 2022)

Isthmus uteri je zúžený úsek mezi tělem a hrdlem děložním. Za porodu není jeho svalovina aktivní a chová se jinak než svalovina těla, proto se více podobá svalovině hrdla. Z výše uvedených důvodů jej porodníci v těhotenství označují jako dolní děložní segment, který se v těhotenství nejméně zvětšuje. (Druga a Rob, [2019])

Děložní hrdlo (*cervix uteri*) má cylindrický tvar a úponem pochvy je rozdělen na dvě části. *Portio supravaginalis cervicis* je horním úsekem částí cervixu a čípek děložní (*portio vaginalis cervicis*) je dolní kónický úsek hrdla pod poševními klenbami, který vyčnívá do pochvy. Čípek má ve svém středu otvor tzv. zevní branku děložní (*ostium uteri*). Branka u nulipar je kruhovitěho tvaru a u rodivších žen má tvar příčné štěrby, na které lze rozeznat přední a zadní pysk (*labium anterius et posterius*). Povrch cervixu je kryt poševní sliznicí. (Pílka, Mašata a Srp, 2014; Carter, Baker & Adds, 2022)

Vnitřní stavba dělohy

Jak tvrdí Čihák (2013) a Carter, Baker & Adds (2022), děložní stěna se skládá ze tří částí – *endometrium* (slizniční výstelka), *myometrium* (děložní, hladká svalovina) a *perimetrium* (serózní kryt). Báča (2017) tvrdí, že je děložní stěna složena ze čtyř vrstev a přidává vrstvu subserózní (*tela subserosa*), která se nachází mezi myometriem a perimetriem. *Endometrium* je tvořeno jednovrstevným cylindrickým epitelem, místy s řasinkami. Lze ho rozdělit na vrstvu povrchovou (*zona functionalis*) a hlubokou (*zona basalis*). Díky působení pohlavních hormonů, v rámci menstruačního cyklu, se *zona functionalis* mění a v období menstruace je vyloučena z těla ženy. *Myometrium* je tlustá vrstva 1–1,5 cm, která se skládá ze snopců hladké svaloviny prostoupených vazivem. Svalstvo v části děložního těla vytváří vrstvy s různě prostorově uspořádanými snopci. V průběhu porodu je svalstvo pod hormonálním vlivem a po porodu různé uspořádání snopců svaloviny zapříčiňuje rychlé stažení dělohy a redukci krevní ztráty. *Perimetrium* je peritoneum *lig. latum uteri*, tvoří povrch dělohy a je s ní pevně rostlé.

Uvnitř dělohy se nachází dutina, která je rozdělena na hladkou dutinu děložní a kanál děložního hrdla (*canalis cervicitis uteri*), ve kterém je sliznice zvrásněná do řas. Dutina děložní (*cavum uteri*) je vystlána sliznicí (*endometrium*), v části děložního těla je dutina předozadně zploštělá. Můžeme popsat přední plochu (*facies vesicalis*), přivrácenou ventrokaudálně k močovému měchýři a zadní plochu dělohy (*facies intestinalis*) obrácenou dorsokraniálně (vzhůru) proti středním kličkám. Dutina je dále trojúhelníkového tvaru, jehož dva horní vrcholy míří do rohů děložních, kam ústí vejcovody, třetí vrchol směřuje do *isthmu*. (Čihák, 2014; Báča, 2017)

Poloha a fixace dělohy

Děloha je uložena v *anteflexi* a *anteverzi*. *Anteflexi* rozumíme ohnutí dělohy vpřed, ohbí je v části *isthmu*, *cervix* směřuje dolů vpřed a tělo nahoru vpřed. Tělo s děložním hrdlem svírá úhel 150°. *Anteverzi* charakterizujeme jako překlopení dělohy vpřed, kdy osa dělohy a osa pochvy svírají úhel 70–100°. Děloha je v malé pánvi ukotvena dvěma mechanismy, které zajišťuje podpůrný aparát (svaly

pánevního dna, které jsou důležitější pro fixaci) a závěsný aparát (soustava parametriálních vazů). (Báča, 2017)

Podpurný aparát je tvořen snopci *m. levator ani*, konkrétně částí *m. pubococcygeus* (*m. pubovaginalis*), který v okraji *hiatus urogenitalis* zezadu obemyká pochvu. Sval je zařiznut do zadní poševní stěny, která je schodovitě prolomena, na toto prolomení nasedá děložní čípek. (Čihák, 2013; Báča, 2017)

„Závěsný aparát jsou pruhy vaziva (vazy), připojené k děloze a probíhající v řidším vazivu okolí dělohy, označované jako parametrium.“ (Čihák, 2013, s. 377) Jak tvrdí Báča (2017, s. 67), „Mesometrium je tlustší částí vazů a mezi oběma listy pobřišnice obsahuje parametrální vazy, cévy a nervy děložní.“ Parametrium je charakterizováno jako řidší vazivo, kterým probíhají zahuštěné pruhy vaziva s příměsí hladkého svalstva – parametrální vazy. K parametrálním vazům patří *ligamenta* (dále *ligg.*) *cardinalia uteri*, *ligg. sacrouterina*, *ligg. vesicouterina*, *ligg. teretia uteri*. (Druga a Rob, [2019]; Carter, Baker & Adds, 2022)

- *Ligg. cardinalia uteri* – probíhá od děložního hrdla laterálně ke stěně malé pánve. (Druga a Rob, [2019]; Carter, Baker & Adds, 2022)
- *Ligg. sacrouterina* – silné vazy, probíhají od hrdla dorzálně podél rekta (*pars uterorectalis*) a pokračují ke kosti křížové (*pars rectosacralis*). (Druga a Rob, [2019]; Carter, Baker & Adds, 2022)
- *Ligg. vesicouterina* – jsou slabší vazy, které míří ventrálně k okraji močového měchýře a jejich pokračováním jsou *ligg. pubovesicalia*, pokračující k symfýze. (Druga a Rob, [2019]; Carter, Baker & Adds, 2022)
- *Ligg. teretia uteri* – oblé vazy odstupující z děložních rohů, procházejí tříselným kanálem, pomáhají udržovat dělohu v anteverzi, anteflexi. (Druga a Rob, [2019]; Carter, Baker & Adds, 2022)

Lig. cardinale uteri je při odstupu od hrdla spojeno s *lig. sacrouterinum*. V parametriálních vazech, zejména v předešlých dvou zmíněných, byla prokázána autonomní nervová vlákna. (Druga a Rob, [2019]; Carter, Baker & Adds, 2022)

Cévní zásobení

Na tepenném zásobení se podílí *a. uterina* a žilní krev je sbírána do *plexus venosus uterinus*, odkud je odváděna cestou *venae ovaricae* a *venae uterinae* do *venae iliacaе internaе*. Mízní odtok je rozdělen na soustavu odvádějící mízu z děložního těla, rohů a fundu a druhý systém odvádí mízu z děložního hrdla. (Čihák, 2013; Báča, 2017)

1.3.3 Vejcovody (*tubae uterinae*)

Vejcovod (lat. *tuba uterina*, řecky *salpinx*) je párovým orgánem o délce 10–15 cm, zevním koncem nálevkovitě otevřen do pobřišnicové dutiny (*ostium abdominale tubae uterinae*), v těsné blízkosti k vaječníku. Vnitřní konec vejcovodu ústí do děložního rohu (*ostium uterinum tubae uterinae*). Čihák (2013) a Báča (2017) rozdělují vejcovod od vnitřního konce do čtyř částí – *pars uterina*, *isthmus*, *ampulla*, *infundibulum*. Carter, Baker & Adds (2022) označují část *pars uterina* jako intramurální část. *Pars uterina* je nejkratší částí vejcovodu ve stěně děložního rohu s nejmenším průsvitem. *Isthmus* je asi 2–3 cm dlouhá, zúžená část vejcovodu. *Ampulla* je nejširší, asi 5 cm dlouhou částí vejcovodu, ve které nejčastěji dochází k ektopické graviditě (mimoděložnímu těhotenství). *Infundibulum* je nálevkovité rozšíření vejcovodu s fimbriemi (třásně, které uvolněné vajíčko z vaječníku nasměřují do vejcovodu). Rozlišujeme ještě *fimbria ovarica*, což je nejdelší fimbrie, „... jde od kaudálního okraje tuby k ovariu, k jehož okraji bývá přirostlá.“ (Čihák, 2013, s. 366)

Stěna vejcovodu je kryta serózní vrstvou, která se skládá ze dvou vrstev svaloviny *tunica muscularis* (vnější podélné a vnitřní spirálovité), nejsilnější svalovina se nachází v *pars uterina*. Epitel vejcovodu je jednovrstevný, kubický až cylindrický, s řasinkami a pohárkovými buňkami.

Vejcovod je k hornímu okraji *lig. latum uteri* fixován tenkým peritoneálním závěsem (*mesosalpinx*), toto způsobuje kopírování polohy zvětšující se dělohy za těhotenství. Cévní zásobení zajišťují anastomózy (vzájemné propojení dvou cév) ovariálních a uterinních tepen a žilní krev odtéká pomocí ovariálních a uterinních

žil. Mízní cévy ústí do *nodi lymphoidei lumbales*. Nervy vedou podél cév v *plexus ovaricus* a *plexus uterinus*. (Čihák, 2013; Báča, 2017; Carter, Baker & Adds, 2022)

1.3.4 Vaječníky (*ovaria*)

Vaječníky (*ovaria*) jsou párovým orgánem ovoidního tvaru a jejich velikost a vzhled je závislý na jejich funkčnosti a věku žen. V dospělosti dosahují vaječníky délky 2,5–5 cm, šířky 1–3 cm a tloušťky 0,6 – 1,5 cm, s hmotností 6–10 g. Vaječníky jsou ženskou pohlavní žlázou, která produkuje pohlavní hormony (zajištění endokrinní funkce) a pohlavní buňky (vajíčka). (Báča, 2017; Carter, Baker & Adds, 2022)

Popis: Na povrchu jsou kryty bělavou vrstvou (*tunica albuginea*), pod ní navazuje *stroma ovarii*, což představuje vazivo vyplňující celé ovarium. Ve *stroma ovarii* rozlišujeme kůru (*cortex ovarii*) a dřev (*medulla ovarii*). Kůra představuje hustší vrstvu, v níž se nacházejí ovariální folikuly, které obsahují ženské pohlavní buňky v různých stádiích zralosti. Dřev je naopak řidší vnitřní částí vaječnicků, s četným zastoupením cév krevních i mízních, s nervy a snopci hladkého svalstva. Zevně jsou tedy šedorůžové barvy, v mládí hladké, v období pohlavní zralosti hrbolaté se zjevnými prominujícími, vyklenutými, folikuly s vajíčky a jizvami. Jizvy jsou pozůstatky po předchozích ovulacích, při kterých je vajíčko z prominujícího folikulu, po jeho prasknutí, uvolněno a fimbriemi zachyceno do vejcovodu. Po proběhnutí menstruace je prasknutý folikul zahojen jizvou. Ve stáří je povrch svraštělý a orgán je zmenšený. (Čihák, 2013; Carter, Baker & Adds, 2022)

Nacházejí se na boku malé pánve a jsou zavěšeny na *mesovariu* (zadní duplikatura *lig. latum uteri*), k děložnímu rohu jsou připojeny prostřednictvím *lig. ovarii proprium* a k pánevní stěně pomocí *lig. suspensorium ovarii*. Vaječníky jsou tepenně zásobeny dvěma zdroji *a. ovarica* (přímá větev z *aorta abdominalis*) a *ramus ovaricus arteriae uterinae*. Většina žilní krve je sbírána pomocí *v. ovarica*, která ústí vpravo přímo do *v. cava inferior*, vlevo do *v. renalis sinistra* a menší část odtéká do uterinních žil. Mízní cévy počínají ve stromatu vaječnicku a dosahují až ke žlutému tělísku (*corpus luteum*). Autonomní nervová vlákna vedou podél cév z *plexus coeliacus* a *plexus mesentericus inferior*. (Čihák, 2013; Báča, 2017; Carter, Baker & Adds, 2022)

2 HYSTEREKTOMIE

Hysterektomie (z řeckého *hystera* = děloha, *ektomia* = vyříznutí) je nejčastější gynekologickou operací. Jak z názvu vyplývá, jedná se o odnětí dělohy (*uterus*) z těla ženy. Je prováděna nejčastěji z důvodů nálezu maligních nádorů, ale také celé řady benigních změn. Existuje několik modalit hysterektomie, v dnešní době se používají nejčastěji laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (dále LAVH), vaginální hysterektomie (dále VH) a abdominální hysterektomie (dále AH). Další způsoby hysterektomií jsou subtotální (supracervikální) hysterektomie, radikální hysterektomie a totální laparoskopická hysterektomie (dále TLH). Někdy z různých indikací jsou zároveň s dělohou odejmuty také vaječníky (*ovaria*) a vejcovody (*tubae uterinae*). (Pilka a kol., 2017)

Indikací pro provedení hysterektomie může být několik, nejčastějšími indikacemi jsou však benigní nádory děložního svalstva, prolaps pánevních orgánů, nepravidelné nebo silné krvácení. (Pilka a kol., 2017)

2.1 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH) je chirurgický operační výkon, při kterém dochází k odstranění dělohy. Jak už z názvu vyplývá, kombinuje laparoskopický a vaginální přístup. V současnosti je tato metoda hysterektomie operátory upřednostňována před ostatními způsoby hysterektomie. V první fázi je laparoskopickým přístupem děloha uvolněna od závěsného systému a následně vyjmuta vaginální cestou. V porovnání s VH je výhodou LAVH inspekce dutiny břišní s možností dalších výkonů během jedné operace. (Roztočil, 2011; Halaška a Hruša, [2019])

Jak uvádí Roztočil (2011) z několika dostupných randomizovaných studií vyplývá, že LAVH skýtá pro ženy mnoho benefitů. Je spojena s menší mírou pooperační bolesti, kratší dobou hospitalizace a celkově k rychlejšímu návratu do normálního života před operací. Nevýhodou je však delší operační doba. (Roztočil, 2011; Pilka a kol., 2017)

2.1.1 Operační technika

Technika LAVH se skládá z pěti fází.

Po přivedení ženy na operační sál a uložení na operační lůžko je pacientka anesteziologickým týmem usnána a následně uvedena do požadované polohy. Polohu můžeme charakterizovat jako Trendelemburgovu polohu s abdukovánými dolními končetinami ve flexi, paže bývají překříženy přes hrudník nebo umístěny po stranách těla, aby se zamezilo komplikacím s abdukci horních končetin. Následuje příprava operačního pole a následně je zaveden děložní manipulátor, který umožňuje manipulaci s dělohou. (Holub, Kužel a kol., 2005; Cameron & Maher, 2008; Bendary & Tawfik, 2022)

V druhé části přichází na řadu vytvoření pneumoperitonea neboli vpravení oxidu uhličitého do dutiny břišní, pro lepší přehlednost, s následnou průzkumnou laparoskopií. Je prováděna pomocí zavedeného teleskopického trokaru o délce 11 mm v oblasti pupku a dalšími dvěma přídatnými 5mm porty suprapubicky a laterálně. Nutnost dalších portů závisí na velikosti dělohy a také jejím uložení v pánvi. (Cameron & Maher, 2008; Magon & Singh, 2016)

Třetí fáze, jak už bylo napsáno, spočívá v detailní inspekci dutiny. Adheze, které mohly vzniknout z předchozích operací jsou rozrušeny, dokud operátor nemůže vizualizovat všechny orgány pánve. Zvláštní pozornost pak může být věnována přístupu k laterálním aspektům dělohy, poloze močovodů a okrajům močového měchýře. Poté může být učiněno konečné rozhodnutí týkající se vhodného způsobu hysterektomie, které je čistě na rozhodnutí operátora. V první řadě je nutno zajistit homeostázu, poté je provedena disekce *lig. infundibulopelvicum*, při současné adnexektomii nebo *lig. uteroovaricum* (také označováno jako *lig. ovaricum* nebo *lig. ovarii proprium*), při ponechání adnex. Dalším krokem je prostřížení *plica vesicouterina* s následným sesunem močového měchýře (*vesica uterina*). Dále je provedeno přetětí děložních cév při hranách děložních v místě širokého děložního vazů (*lig. latum uteri*). Posledním krokem této fáze je incize přední nebo zadní poševní klenby s disekcí sakrouteriních vazů (*lig. sacrouterina*). Před začátkem čtvrté fáze je aplikováno do tkáně hrdla vazokonstriční činidlo. (Holub, Kužel a kol., 2005; Cameron & Maher, 2008; Magon & Singh, 2016)

Čtvrtá fáze spočívá v provedení obvodového řezu kolem čípku (*cervix*). Pokud je děloha větší, což u myomatózní dělohy není neobvyklé, je vhodné použít některou z morselačních vaginálních technik (zmenšovací techniky), které jsou nejen pro LAVH, ale i VH, klíčové. Po odstranění dělohy vaginální cestou následuje kontrola pahýlů závěsného systému a sutur děložních cév. V poslední řadě následuje sutura pochvy a tamponáda. (Holub, 2009; Magon & Singh, 2016)

Poslední pátá fáze spočívá v laparoskopické inspekci operačního pole v dutině břišní, odstranění portů a následným suturám incizí. Eventuální je drenáž malé pánve, nejčastěji využívaným sukčním Redonovým drénem, zajištěna je buď před suturou pochvy nebo laparoskopicky. (Holub, 2009; Magon & Singh, 2016)

2.2 Abdominální hysterektomie

Abdominální hysterektomie (AH) je Pilkou a kol. (2017) definována jako odnětí děložního hrdla a těla laparotomickým přístupem. Slezáková a kolektiv (2017) a Roztočil (2011) diferencují AH na *hysterectomy abdominalis simplex* – odnětí dělohy se zachováním adnex; *hysterectomy abdominalis cum adnexectomia bilateralis* – odnětí dělohy společně s adnexy a *hysterectomy radicalis sec. Wertheim, Piver a další modifikace* – radikální odnětí dělohy s extirpací horní třetiny pochvy, parametriálního a paravaginálního vaziva regionálních lymfatických uzlin. (Roztočil, 2011; Pilka a kol., 2017; Slezáková a kol., 2017)

2.2.1 Operační technika

Operační techniky AH jsou dvojí. Zatímco v USA je preferována technika intrafasciálního postupu (*hysterectomy abdominalis intrafascialis*), v Česku a UK je v popředí technika suprafasciálního operačního postupu (*hysterectomy abdominalis extrafascialis*). (Holub, 2009; Mehra & Magon, 2016; Halaška a Hruša, [2019])

Po převozu ženy na operační sál je pacientka uložena na operační lůžko a uspána anesteziologickým týmem. Operatér volí incizi podle předoperačních vyšetření a domluvy s pacientkou, a to buď způsobem podélným (tzv. dolní střední laparotomie), nebo příčným způsobem (tzv. Pfannenstielův řez). (Valentin, 2010; Mehra & Magon, 2016)

Hysterectomy abdominalis extrafascialis versus intrafascialis

Je standartním postupem AH a základem techniky je postup od horních úponů dělohy distálním směrem k hrdlu děložnímu. Pokud AH je prováděna zároveň s odstraněním vejcovodů a vaječníků (*adnexectomy*), jsou přerušovány cévy v *lig. infundibulopelvicum* a uteroingvinální chorda (*lig. teres uteri*). Jak Halaška a Hruďa [2019] uvádějí, z nových poznatků o etiopatogenezi zhoubných nádorů vaječníků (*ovarii*) vyplývá, že je vhodné s odnětím dělohy zároveň s dělohou odebrat i vejcovody. (Holub, 2009; Halaška a Hruďa, [2019]). Madueke–Laveaux, Elsharoud & Al–Hendy (2021) dodávají, že současná adnexectomie s hysterektomií jako preventivní opatření proti karcinomu vaječníků je zastaralou metodou. Pokles estrogenu, související s odstraněním vaječníků (*oophorectomy*), může vést k vyššímu riziku vzniku ischemické choroby srdeční, mrtvici, zlomenině kyčelního kloubu nebo onemocnění kognitivních funkcí. Obavy o budoucí provedení oophorektomie jsou neopodstatněné.

Dalším krokem je obnažení děložního hrdla a ligatury *vasa uterina*. Je toho dosaženo protětím *plica vesicouterina* s následujícím sesunutím močového měchýře. Po obnažení děložní hrany je dobře viditelný průběh *a. uterina* a dalších cévních pletení, které jsou dále rozrušeny. V případě extrafasciální AH následuje přetětí sakrouterinních vazů v místě jejich úponu. Po jejich oboustranném přetětí je děloha poutána pouze k pochvě. (Mehra & Magon, 2016; Halaška a Hruďa, [2019])

Po výše popsaném postupu je na řadě samotné odstranění dělohy a sutura pochvy. Nejsnazší cestou průniku do pochvy je její zadní klenba. Je zachycena buďto Palmerovými (americkými) nebo Kocherovými kleštěmi, prostřížena nůžkami a postupně dochází k oddělení dělohy od pochvy. Poševní okraje jsou dezinfikovány a postupně sešity. Nepodvázaná *ligg. sacrouterina* se fixují jako závěsný aparát k poševnímu pahýlu a slouží tedy jako prevence eventuálního prolapsu. (Mehra & Magon, 2016; Halaška a Hruďa, [2019]) Jak ale Halaška a Hruďa ([2019]) uvádějí, tato technika je diskutabilní.

Naopak při intrafasciálním způsobu „... *uvolňujeme děložní hrdlo z fascie až na poševní klenbu, kterou snadno prostříhneme. Výhodné je použít elektrický nůž, kterým se obkrouží děložní hrdlo tak, až se otevře pochva. Méně zkušený operatéri*

se také mohou vyhnout poranění ureteru v parametriích.“ (Halaška a Hruďa, [2019], s. 83)

Posledním krokem je kontrola krváčení s následným uzavřením dutiny břišní po anatomických vrstvách. (Halaška a Hruďa, [2019])

2.3 Totální laparoskopická hysterektomie

Základem totální laparoskopické hysterektomie (TLH) je laparoskopické rozrušení závěsného systému a podpůrných struktur od dělohy a vejcovodů, popřípadě i vaječníků. Děloha, vejcovody, eventuálně vaječníky jsou z břišní dutiny vytaženy přes pochvu. Pochva je opět sešita laparoskopicky, stejně jako u techniky LAVH. Posunem v bezpečnosti bylo zkonstruování děložních manipulátorů, které nejen že zjednodušují provedení TLH, ale také snižují riziko poranění, hlavně močovodů, ale i jiných struktur. Výkon je obtížný k provedení z hlediska laparoskopického šití a je důležitá vysoká erudice operátora. (Halaška a Hruďa, [2019]; Dosedla, 2020)

Výhodou TLH je použití této metody v případech, kdy jiné techniky mohou být poněkud obtížné. Typicky můžeme dát příklad úzkou pochvu žen, které nerodily nebo obézní pacientky, u těchto skupin by mohlo být provedení LAVH obtížnější. Na rozdíl od LAVH nebo AH je při TLH zachován uterusakrální komplex, který slouží k prevenci sestupu pochvy. (Halaška a Hruďa, [2019]; Dosedla, 2020)

2.4 Vaginální hysterektomie

Vaginální hysterektomie (VH) spočívá v odstranění dělohy poševní cestou. Tento typ hysterektomie v dnešní gynekologické operativě je již vytlačován, díky pokroku v anesteziologické a resuscitační péči. (Holub, 2009; Magon & Ray, 2016)

2.4.1 Operační technika

Žena je přeložena z gynekologického oddělení na operační sál a uspána anesteziologickým týmem. Je provedena dezinfekce operačního pole, a to pochvy, hráze a vnitřní oblasti stehen. Děložní hrdlo je zachyceno do Pozziho kleští a je proveden cirkulární řez v místě úponu pochvy na hrdlo děložní. Následuje otevření Douglasova prostoru sesunutím zadní poševní stěny, vysunutí močového měchýře a otevření *plica umbilicalis*. Následuje rozrušení ligatur, extirpace dělohy a sutura peritonea. Dalším možným krokem je přední a zadní poševní plastika a závěs poševního pahýlu na *ligg. sacrouterinae* nebo *lig. teres uteri*. Celá operace je ukončena suturou zadní a přední poševní stěny. (Holub, 2009; Magon & Ray, 2016)

3 KVALITA ŽIVOTA

Dle WHO je kvalita života definována jako: „*to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“ (Dragomirecká a Bartoňová, 2006)

3.1 Kvalita života jako pojem

Poprvé se pojem ‚kvalita života‘ objevil ve 20. letech minulého století v souvislosti s ekonomickou situací a materiálním zajištěním nižších vrstev společnosti. Diskuse byla směřována na vliv státních dotací na kvalitu života z chudších vrstev společnosti a celkový vývoj financí ve státě. Napříč odbornou literaturou existuje spousta definic kvality života, ale žádná není za poslední léta plně akceptovaná. (Payne, 2005)

V běžném životě pojem ‚kvalita života‘ zohledňujeme spíše ve smyslu pozitivních aspektů života, rozumí se tedy, že kvalitní znamená dobrý. V rámci odborného posuzování kvality života však zohledňujeme nejen pozitivní, ale i negativní aspekty bytí. Vyhodnocení toho, zda je život kvalitní nebo ne spočívá buď v porovnání života se životy ostatních lidí, nebo s očekávaným standardem. Jaká je ale norma pro kvalitní život? (Gurková, 2011)

Odborná literatura pojem ‚kvalita života‘ rozděluje na objektivní a subjektivní. (Gurková, 2011) Zatímco objektivní kvalita života spočívá v uspokojení života na bázi fyzického a psychického zdraví, sociálního statusu a materiálního zajištění. Subjektivní kvalita života se týká lidských emocí a spokojenosti s vlastním životem i přes jistá úskalí, která život nabízí. (Vymětal, 2003) Podle Payna je stále otázkou, jak spolu objektivní a subjektivní kvalita života souvisí a jak by obecná kvalita života měla být měřena. (Payne, 2005)

„Kováč (2004, s. 168) ve své volné interpretaci latinského *qualis* (jaký) uvádí možnost chápat kvalitu života jako to, čím se vyznačuje život daného jednotlivce v porovnání se životem jiných.“ (Gurková, 2011) V závislosti na této interpretaci můžeme soudit, že kvalitu života lze hodnotit jako subjektivní, individuální a komplexní. Hodnocením kvality života rozumíme komparaci životů různých lidí

s důrazem na aspekty života, které jsou pro ně důležité. Z toho vyplývá, že kvalitu života nelze přesně definovat ve všeobecné rovině. Výsledkem je, že kvalita života je formální, hypotetický pojem, který je možné realizovat pouze s individuálním obsahem. (Gurková, 2011)

Jako teoretický rámec pro své výzkumné projekty si Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu vymezilo, že kvalita života je stupeň, ve kterém člověk využívá veškerý potenciál vlastního života. Možnosti vycházejí právě z příležitostí nebo omezení, který člověk v životě zažívá a jsou zrcadlením interakcí mezi člověkem a prostředím. Jako důležité životní domény jsou uváděny:

1. **Bytí** (being – who is one)
2. **Přilnutí** (belonging)
3. **Realizace** (becoming) (Payne, 2005)

3.2 Kvalita života v souvislosti se zdravím

Důvodem a cílem studia kvality života je podporovat a rozvíjet prostředí, ve kterém je lidem umožněno žít jejich život nejlepším způsobem, život, ve kterém nacházejí smysl, uspokojení a dokáží si jej užít. Na půdě WHO vzniklo několik významných dokumentů v podobě programů na podporu zdraví, jako jsou Otawská charta, z roku 1986, nebo hnutí Zdravých měst. (Payne, 2005)

Pojem ‚kvalita života‘ je sice frekventovaný v odborné literatuře, nicméně jeho konceptualizace obzvlášť v metodologických otázkách nenachází autoři názorovou shodu. Může to být způsobeno, že kvalita života se používá v souvislostech v různých vědních oborech. *„Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy“* (Payne, 2005, s. 207)

Od 70. let se pojem ‚kvalita života‘ používá v medicíně a v průběhu 80. let začíná být součástí klinických studií. I přes tuto skutečnost je problematika kvality života stále novou. (Payne, 2005)

3.3 Hodnocení kvality života

Zdravotnický personál musí zejména v dnešní době zajímat, jakou kvalitu života mají lidé trpícím určitým onemocněním a také, jaký dopad má zvolená terapie na kvalitu života nemocných. V medicíně je jádro zkoumání kvality života posunuto do oblastí psychosomatického a fyzického zdraví. V rámci studia kvality života v oblasti zdravotnictví se používá pojem ‚Health-Related Quality of Life‘ (dále HRQoL). (Payne, 2005) Jak vyslovil Bech (1987 in Payne, 2005, s. 211-212), tento pojem můžeme definovat jako „*subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky*“. (Mareš, 2006; Gurková, 2011)

Z definice podle Becha můžeme vyvodit, že kvalitu života zhodnotíme nejen podle klinických úspěchů nebo neúspěchů terapie, jako jsou hladina hemoglobinu, tlak, tělesná teplota, krevní markery, vymizení příznaků nemoci aj. Důležité je také sledování subjektivních a objektivních údajů o psychickém a fyzickém stavu nemocného (bolest, schopnost zvládnání chůze do schodů, schopnost sebeobsluhy, intenzita únavy, převažující typ emocí a prožívání úzkostí). (Payne, 2005; Gurková, 2011)

Tento přístup se nejčastěji používá v hodnocení kvality života onkologicky nemocných pacientů a pacientů s psychiatrickými diagnózami. Při péči v oblasti nevléčitelných nemocí je kvalita života důležitým aspektem pro změnu v přístupu k těmto lidem. Jelikož nejde dosáhnout plného zotavení, hovoříme o zlepšení kvality života jako o cíli terapie. U onkologicky nemocných zohledňujeme kvalitu života v souvislosti s terapií, která nemusí mít jasnou prognózu. (Payne, 2005)

K hodnocení HRQoL se nejčastěji využívají dotazníky. Je i nadále snaha o vytvoření nových nebo upravení už existujících nástrojů pro hodnocení kvality života tak, aby měly vysokou výpovědní hodnotu, byly citlivé ale i praktické a znovu použitelné. Je důležité, aby metoda stále měřila stejný aspekt konzistentně. (Payne, 2005; Slováček a kol., 2005)

V praxi je vytvořeno mnoho dotazníků, které se používají k hodnocení kvality života a lze je rozdělit na generické a specifické.

1. Generické dotazníky hodnotí celkový zdravotní stav člověka bez ohledu na určité onemocnění. Jsou vhodné pro hodnocení a srovnání různých podmínek a porovnání osob a lze je tedy použít pro populační šetření. Nevýhodou je jejich nízká citlivost k drobným změnám zdravotního stavu dosaženého například léčbou.
2. Specifické dotazníky jsou vytvořeny pro pacienty trpící určitým onemocněním nebo zohledňují specifický aspekt kvality života. Hodnotí spektrum okolností, úzce související s daným onemocněním a je tedy citlivější k malým změnám. Nejsou vhodné pro hodnocení dalších vlivů na kvalitu života, z toho vyplývá, že je obtížné je srovnávat nebo zobecňovat. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006; Slováček a kol., 2005)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem kvantitativního šetření bylo zjistit dopad hysterektomie na kvalitu života respondentek.

Dílčí cíle:

1. Zjistit průměrný věk žen při podstoupení hysterektomie.
2. Zjistit, jaké nejčastější indikace vedou k provedení hysterektomie.
3. Zjistit, jaké následky po hysterektomii ženy nejvíce omezují.
4. Zjistit subjektivní hodnocení kvality života žen.
5. Zjistit, jestli se u žen změnilo chápání sebe sama po operaci.
6. Zjistit, kolik procent ze vzorku prožívá negativní pocity v souvislosti s hysterektomií.
7. Zjistit, jestli informovanost o následné péči po hysterektomii byla dostatečná.

4.1 Charakteristika vzorku

Dotazník byl určen pro ženy po hysterektomii v ambulantní péči. Do šetření se zapojily ambulance obvodních gynekologů. Věk, technika provedení hysterektomie ani před jakou dobou byla hysterektomie provedena nebyly v šetření omezeny. Jediným omezujícím kritériem bylo provedení hysterektomie pro nezhoubné stavy. Respondentky, kterým byla odejmuta děloha kvůli malignitám byly z výzkumu vyřazeny.

4.2 Metodika výzkumu

Pro praktickou část bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní šetření technikou dotazníku. Dotazník byl vytvořen na základě sběru teoretických dat a znalostí, které jsou obsaženy v teoretické části práce a zároveň po konzultaci s vedoucím bakalářské práce MUDr. Zdeňkem Adamíkem. Papirová forma dotazníkového šetření byla zvolena kvůli nejjednoduššímu dosahu respondentek ve vyšším věku za předpokladu, že tato věková skupina ve větší míře nedisponuje sociálními sítěmi.

V úvodu dotazníku byly respondentky seznámeny s účelem sběru dat a jeho anonymitou. Respondentkám byly poskytnuty informace, jakým způsobem při vyplňování dotazníku postupovat.

Dotazník obsahuje celkem 22 otázek, přičemž jej můžeme rozdělit na dvě části.

V první části jsou otázky pro rozdělení žen do dvou skupin (otázky č. 1, 2), otázky s výběrem jedné možnosti (otázky č. 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16), přičemž otázky č. 5 a č. 6 jsou možnosti pro vyplnění vlastní možnosti. Další otázky (otázky č. 7, 8) jsou podmíněny kladnou odpovědí v otázce č. 6, dotazník byl tedy větveného charakteru. Otázka č. 8 byla sestavena na základě Testu instrumentálních všedních činností a Frenchay testu aktivit. Druhá část dotazníku (otázka č. 17, 18, 19, 20, 21, 22) se skládá z otázek, jež odpovědi jsou formulovány pomocí Likertových škál a taktéž s možností jedné odpovědi.

Přístup kvantitativního šetření vychází z předpokladu, že lidské chování je svým způsobem měřitelné a předpověditelné. Využívá sběru dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Koncept zjišťujeme pomocí měření s následnou analýzou dat a s cílem popisovat a ověřovat pravděpodobnost našich představ o vztahu proměnných. Bývá spojován s hypoteticko-deduktivním modelem. (Hendl, 2005)

4.3 Organizace sběru dat

Dotazníkové šetření se uskutečnilo ve třech vybraných gynekologických ambulancích v Uherském Hradišti a Uherském Brodě. Povolení k uskutečnění výzkumu je k dispozici u autora práce. Celkový počet vyplněných dotazníků odpovídal číslu 90, 13 z nich bylo vyplněno chybně nebo neodpovídaly kritériím, proto byly ze vzorku vyřazeny. Zkoumaný vzorek odpovídá 77 dotazníkům.

4.4 Zpracování získaných dat

Pro zpracování získaných údajů z dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Excel. Položky byly sestaveny do grafů a tabulek četností a následně slovně komentovány. K hodnocení byly také využity kontingenční tabulky a jednoduché vzorce. Absolutní četnost (n_j) vyjadřuje počet respondentek, které odpověděly stejnou odpověď a relativní četnost (f_j) je procentuální podíl.

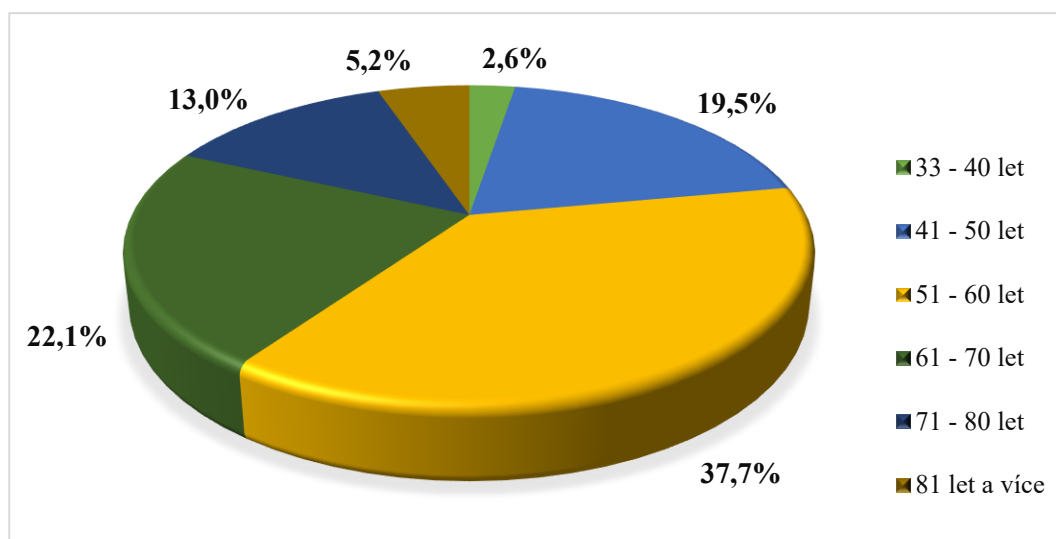
5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

V této kapitole se budeme zabývat rozбором otázek z dotazníkového šetření.

Otázka č. 1: Vepište prosím datum svého narození:

Komentář:

V otázce č. 1 jsme zjišťovali věk respondentek v ambulantní péči po prodělané hysterektomii. Otázka byla otevřeného typu a data byla následně roztříděna do kategorií, které jsou uvedeny v legendě grafu 1. Z grafu 1 můžeme vyčíst, že z celkového počtu 77 respondentek (100 %) spadá do kategorie 51–60 let 29 (37,7 %) respondentek. Druhou nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou jsou respondentky ve věku 61–70 let, a jejich počet odpovídá 17 (22,1 %) respondentkám. Věk 41–50 let je ve zkoumaném vzorku zastoupen v počtu 15 (19,5 %) respondentek. Naopak kategoriemi s nejnižším počtem respondentek jsou ženy ve věku 81 let a více a to 4 (5,2 %) a 33–40 let v zastoupení 2 (2,6 %) žen.



Graf 1 Věkové rozmezí respondentek

Otázka č. 2: Ve kterém roce jste podstoupila odnětí dělohy (hysterektomii):

Komentář:

V otázce č. 2 jsme zjišťovali rok, ve kterém respondentky podstoupily hysterektomii. V tabulce 1, která se vztahuje k otázce 2, jsou zastoupeny roky v rozmezí 1986–2023. Nejvíce bylo provedeno v roce 2012 a 2021 a to 7 (9,1 %), dále v letech 2007 a 2019 bylo provedeno 6 (7,8 %) operací. V zastoupení 4 (5,2 %) respondentek roky 1997, 2015, 2016, 2020 a 2022. Ve vzorku respondentů se objevily 3 (3,9 %) ženy, kterým byla hysterektomie provedena v roce 2000. Zbývající respondentky byly v zastoupení 2 (2,6 %) odoperovány v letech 1986, 1991, 1994, 1995, 1998, 1999, 2003, 2005, 2008, 2009, 2010, 2013, 2018 a 2023.

Tabulka 1 Zastoupení provedení hysterektomie

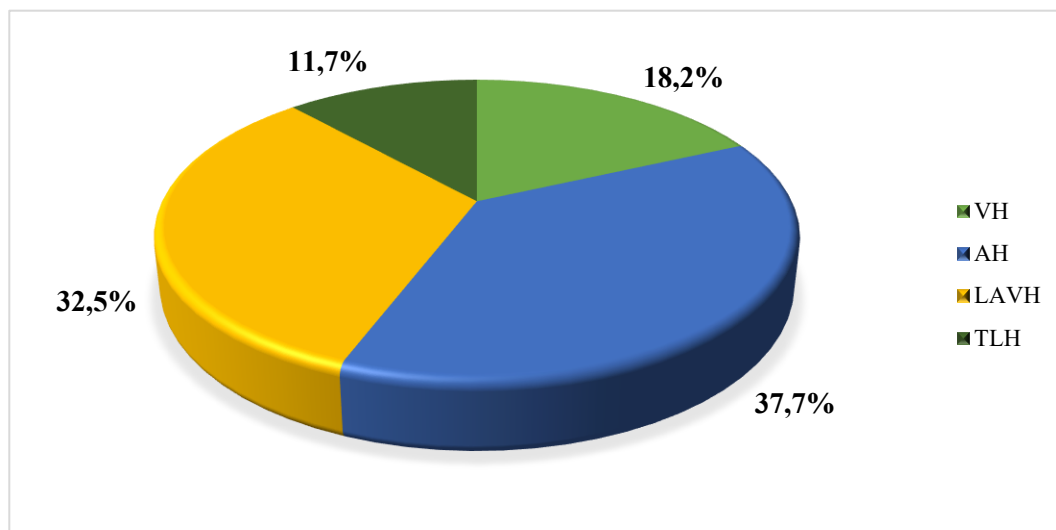
Odpovědi	n_j	f_j
1986	2	2,6 %
1991	2	2,6 %
1994	2	2,6 %
1995	2	2,6 %
1997	4	5,2 %
1998	2	2,6 %
1999	2	2,6 %
2000	3	3,9 %
2003	2	2,6 %
2005	2	2,6 %
2007	6	7,8 %
2008	2	2,6 %

Tabulka 1 pokračování

Odpovědi	n_j	f_j
2009	2	2,6 %
2010	2	2,6 %
2012	7	9,1 %
2013	2	2,6 %
2015	4	5,2 %
2016	4	5,2 %
2018	2	2,6 %
2019	6	7,8 %
2020	4	5,2 %
2021	7	9,1 %
2022	4	5,2 %
2023	2	2,6 %
Celkem	77	100,0 %

Otázka č. 3: Jakým způsobem byla odstraněna děloha?**Komentář:**

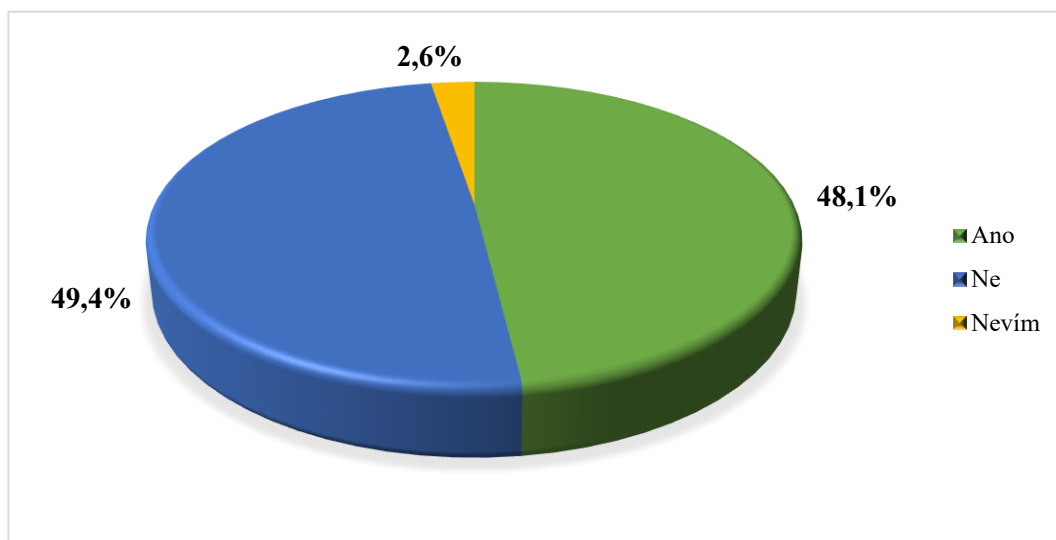
Ve 3. otázce jsme zjišťovali, jaké je procentuální zastoupení různých typů hysterektomie. Výběr byl ze čtyř variant, a to VH, AH, LAVH a TLH. Jak nám ukazuje graf 2, nejvíce je zastoupena AH v počtu 29 (37,7 %). V pořadí druhou nejvíce zastoupenou je LAVH odpovídající 25 (32,5 %) respondentek. Naopak respondentek po VH je ve vzorku pouze 14 (18,2 %) a po TLH 9 (11,7 %) respondentek.



Graf 2 Zastoupení různých technik hysterektomie

Otázka č. 4: Byly Vám zároveň s dělohou odebrány i vaječníky?**Komentář:**

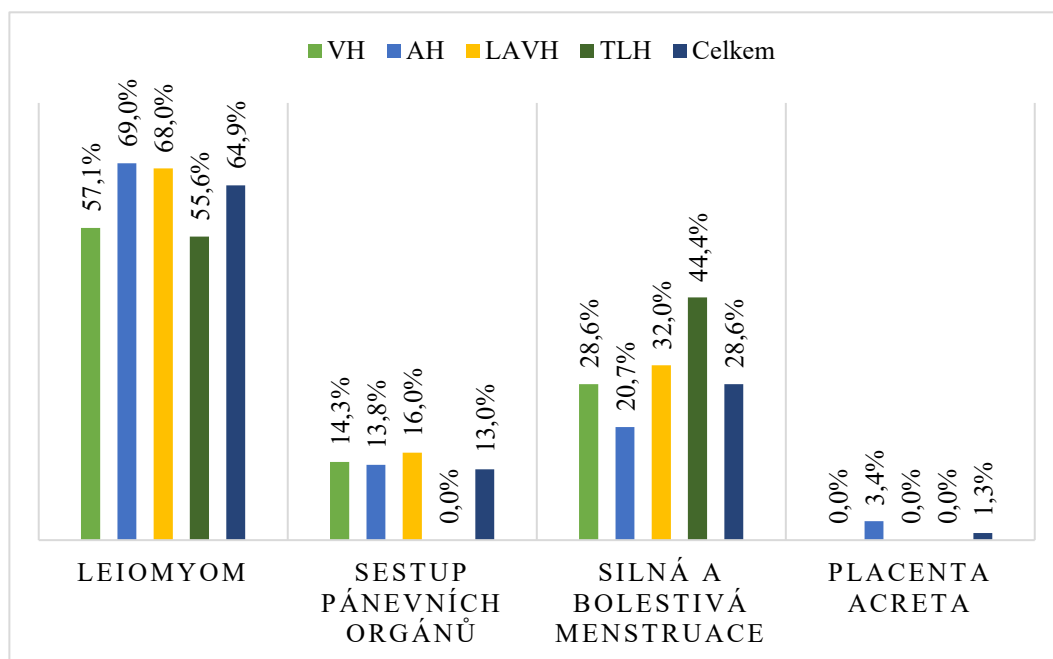
V otázce č. 3 zjišťujeme procentuální zastoupení odnětí vaječníků. Graf 3 nám ukazuje, že možnost ne zvolilo 38 (49,4 %) a ano odpovědělo 37 (48,1 %) respondentek. Respondentky, které nevěděly, jestli jim byly vaječníky odňaty nebo nikoliv jsou ve vzorku zastoupeny v počtu 2 (2,6 %).



Graf 3 Odnětí vaječníků

Otázka č. 5: Jaký byl důvod podstoupení hysterektomie?**Komentář:**

V otázce č. 5 jsme se zabývali důvody, proč byla hysterektomie u respondentek provedena. Graf 4 vypovídá o celkových indikacích k hysterektomii a také zobrazuje zastoupení indikací u různých technik hysterektomie. Nejvíce respondentky uváděly myomatózní dělohu a to 50 (64,9 %) žen, druhou nejčastější odpovědí byla silná a bolestivá menstruace s počtem 22 (28,6 %). Sestup pánevních orgánů uvedlo 10 (13 %) respondentek a 1 (1,3 %) respondentka uvedla odnětí dělohy kvůli placenta acreta při císařském řezu.



Graf 4 Indikace k hysterektomii

Graf 4 nám také zobrazuje procentuální zastoupení důvodů různých technik hysterektomie. Můžeme vidět, že u všech technik hysterektomie je nad 55 % zastoupen leiomyom. Graf nám ukazuje, že s indikací leiomyom u AH je počet 20 (69,0 %) téměř srovnatelný s LAVH o počtu 17 (68,0 %). V rámci indikace leiomyom k sobě mají blíže také VH 8 (57,1 %) a TLH 5 (55,6 %). Dále si můžeme všimnout, že u techniky TLH nebyla ani v jednom případě provedena hysterektomie s indikací sestupu pánevních orgánů. To může být následkem

malého vzorku respondentek nebo ustupujícího trendu této techniky. U ostatních technik jsou opět procenta téměř vyrovnaná. S indikací sestupu pánevních orgánů jsou zastoupeny u techniky VH 2 (14,3 %), AH 4 (13,8 %) a LAVH 4 (16,0 %) respondentky. U respondentek s indikací silné a bolestivé menstruace odpovídá procentuálně technika VH celkovému procentuálnímu zastoupení zmíněné supiny a to 28,6 %. Počet žen s indikací silné a bolestivé menstruace u VH odpovídá počtu 4. Silná a bolestivá menstruace jako indikace k hysterektomii byla u respondentek po AH zjištěna u 6 (28,6 %) respondentek, po LAVH u 8 (32,0 %) respondentek a po TLH u 4 (44,4 %) respondentek. Placenta accreta byla indikací u 1 (3,4 %) respondentky v rámci žen po AH.

Otázka č. 6: Pociťujete po operaci nějaké problémy?**Komentář:**

Otázkou 6 jsme zkoumali, jestli respondentky pociťují po hysterektomii potíže a jaké potíže to jsou. Tabulka 2 nám vyjadřuje poměr mezi respondentkami s potížemi a bez potíží. Počet respondentek, které uvedly že trpí některou z obtíží odpovídá 30 (39,0 %) a bez potíží odpovídá počtu 47 (61,0 %).

Tabulka 2 Potíže po hysterektomii

Odpovědi	n_j	f_j
Ano	30	39,0 %
Ne	47	61,0 %
Celkem	77	100,0 %

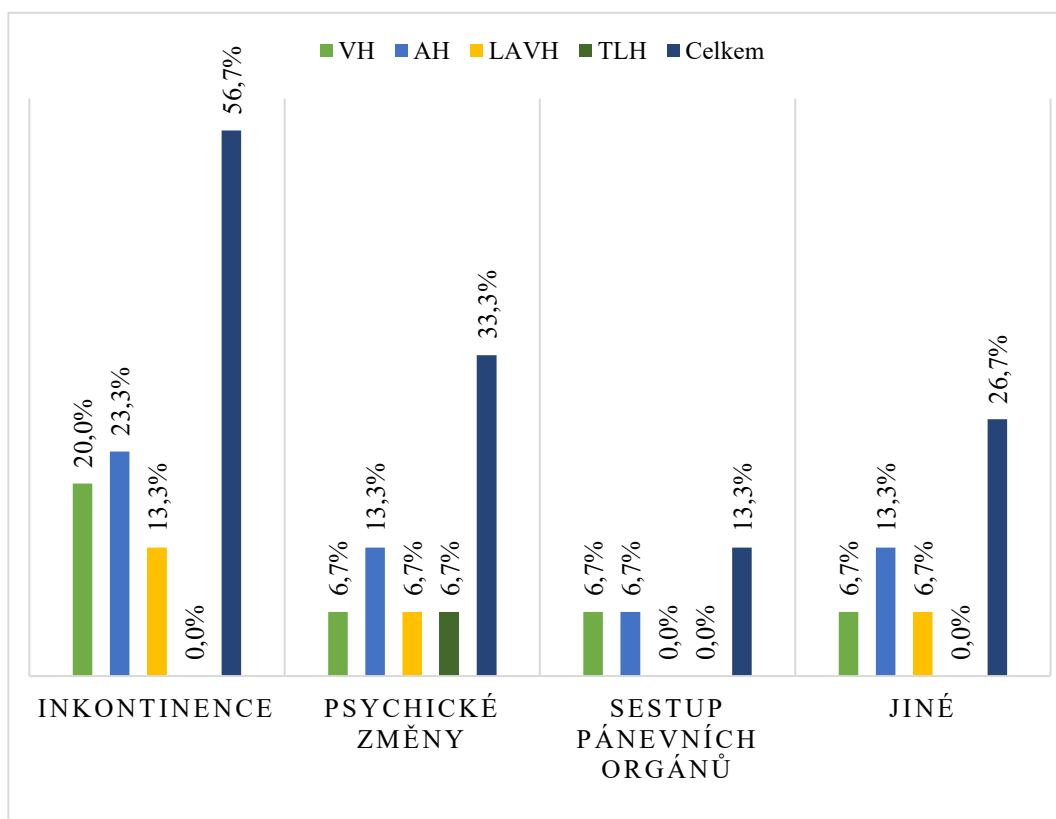
Graf 5 ukazuje procentuální zastoupení potíží, které respondentky trápí po různých technikách hysterektomie. Ve vzorku respondentek žádná neuvedla možnost bolesti po hysterektomii, a proto není v grafu uvedena. Z celkového počtu 30 (100,0 %) žen uvedlo celkem 17 (56,7 %) žen jako potíže inkontinenci. V závislosti na operační technice byla inkontinence nejčastěji zjištěna u žen po AH v počtu 7 (23,3 %), dále u VH v počtu 6 (20,0 %) a u techniky LAVH v počtu 4 (13,3 %). U techniky TLH nebyla zvolena možnost inkontinence ani jednou.

Psychické změny byly ze vzorku 30 žen zjištěny celkem u 10 (33,3 %) žen. U techniky AH uvedly 4 (13,3 %) ženy změny v psychice. U ostatních technik byly odpovědi vyrovnané v počtu 2 (6,7 %).

Sestup pánevních orgánů v celkovém počtu jsou zastoupeny rovnoměrně u vaginální a abdominální hysterektomie v počtu 2 (6,7 %) u každého a celkem je sestup pánevních orgánů zastoupen v počtu 4 (13,3 %).

Poslední skupinou s názvem jiné je soubor potíží, které respondentky samy vepsaly do dotazníků. Objevují se zde tři problémy, a to návaly horkosti a pocení, nárůst

hmotnosti a časté nutkání na močení. U VH byly zjištěny návaly horkosti a pocení v obou případech (6,7 %). U AH respondentky uvedly třikrát nárůst hmotnosti a jedenkrát návaly horkosti a pocení (13,3 %) a u techniky LAVH byly zmíněny návaly horkosti a pocení a časté nutkání na močení o celkovém počtu 2 (6,7 %). Technika TLH v kategorii jiné není zastoupena. Celkový počet z kategorie jiné odpovídá 8 (26,7 %) respondentkám.



Graf 5 Následky hysterektomie

Otázka č. 7: Za jak dlouho po operaci se potíže z bodu 6 vyskytly?**Komentář:**

V otázce č. 7 jsme se zabývali, za jak dlouho po operaci se potíže z otázky 6 vyskytly. Vzorek respondentek jsme rozdělili do 3 skupin podle časového horizontu, ve kterém se potíže objevily a to do 1 roku, od 1,1 roku do 2 let a nad 2,1 let.

Tabulka 3 zobrazuje procentuální zastoupení inkontinence v časovém horizontu. Inkontinence se objevila u 5 (29,4 %) respondentek do 1 roku včetně, u 10 (58,8 %) respondentek se inkontinence objevila mezi 1,1 rokem až 2 lety. Nejméně žen, 2 (11,8 %) uvedlo, že se inkontinence objevila za déle než 2 roky.

Tabulka 3 Inkontinence

Odpovědi	n_j	f_j
Do 1 roku	5	29,4 %
1,1 - 2 roky	10	58,8 %
Nad 2,1 let	2	11,8 %
Celkem	17	100,0 %

Tabulka 4 ukazuje procentuální zastoupení psychických změn v časovém horizontu. Psychické změny se do 1 roku včetně objevily u 7 (70,0 %) žen a od 1,1 roku do 2 let u 3 (30,0 %) žen. U žádné se neprojeví později než za 2 roky od operace.

Tabulka 4 Psychické změny

Odpovědi	n_j	f_j
Do 1 roku	7	70,0 %
1,1 - 2 roky	3	30,0 %
Celkem	10	100,0 %

Sestup pánevních orgánů se objevil u všech 4 (100,0 %) respondentek po 2 letech.

Tabulka 5 zobrazuje procentuální zastoupení kategorie jiných obtíží po hysterektomii. Do 1 roku se objevily u 7 (87,5 %) respondentek a od 1,1 roku do 2 let se objevily u 1 (12,5 %) ženy.

Tabulka 5 Jiné

Odpovědi	n_j	f_j
Do 1 roku	7	87,5 %
1,1 - 2 roky	1	12,5 %
Celkem	8	100,0 %

Syntézou tabulek 3, 4 a 5 jsme dosáhli dat, které jsou uvedeny v tabulce 6, která ukazuje, že nejvíce potíží (48,7 %) se objeví v prvním roce po hysterektomii. Do konce druhého roku se objeví dalších 46,2 % problémů. Ve zkoumaném vzorku se objevily pouze 2 (5,1 %) respondentky, kterým začaly potíže až po uplynutí 2 let. V tabulce 6 je 100,0 % rovno 39 odpovědím kvůli možnosti zvolení více odpovědí.

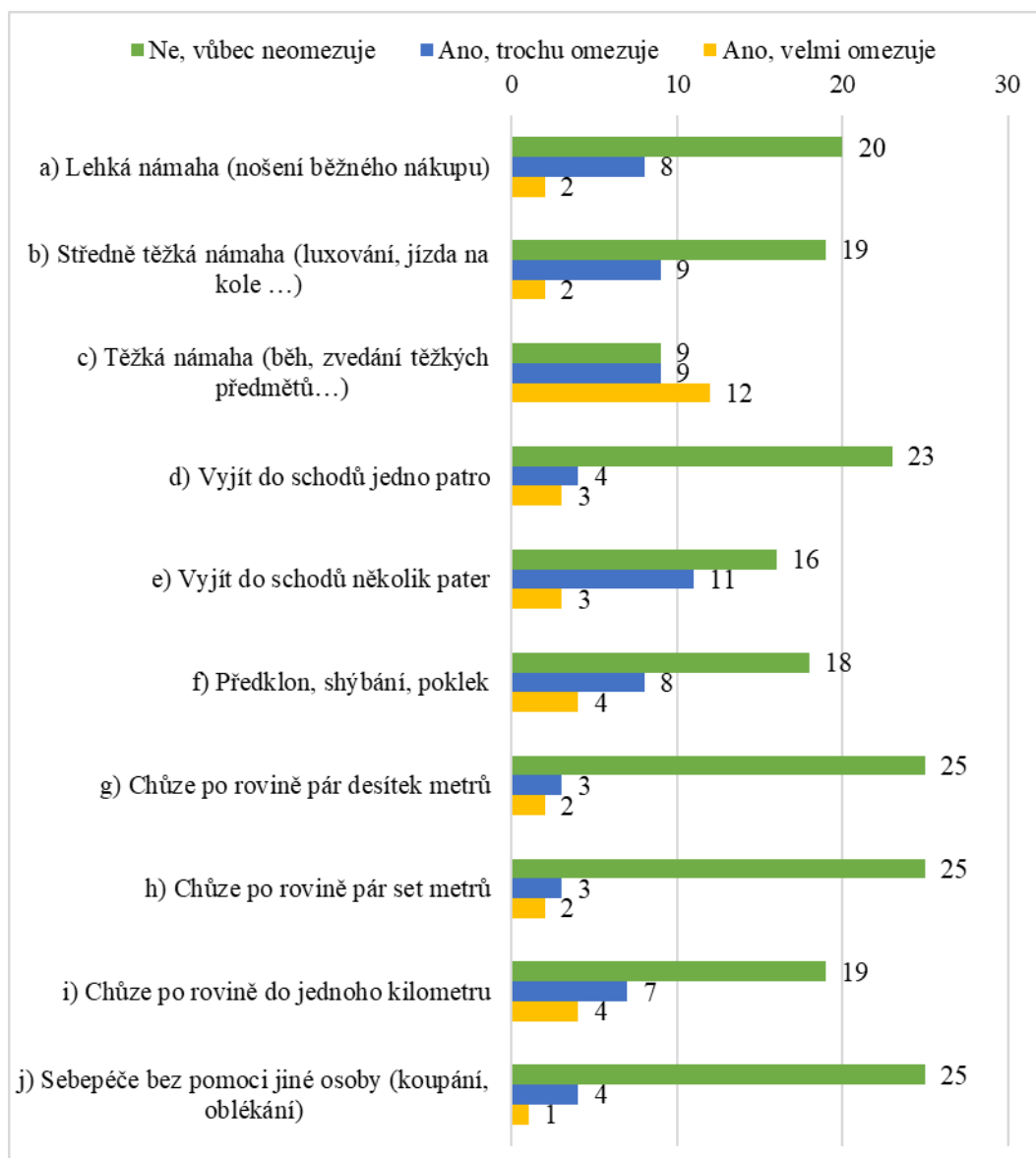
Tabulka 6 První výskyt potíží

Odpovědi	n_j	f_j
Do 1 roku	19	48,7 %
1,1 - 2 roky	18	46,2 %
Nad 2,1 let	2	5,1 %
Celkem	39	100,0 %

Otázka č. 8: V této otázce zhodnot'te, v čem Vás vybrané problémy v otázce 6 omezují během typického dne.

Komentář:

V otázce č. 8 byly zjišťovány informace o tom, jak jejich potíže, které jsme zkoumali v otázce 6 a 7 zasahují do jejich každodenních činností. Otázka byla zpracována pomocí kontingenční tabulky. Z levého sloupce grafu 6 lze vyčíst podotázky, které byly respondentkám položeny a v legendě grafu možnosti, které mohly zvolit.



Graf 6 Omezení při běžných denních činnostech

Z grafu můžeme dále vyčíst, že nejvíce dělá ženám potíže těžká námaha a celkem 12 (40,0 %) respondentek považuje jejich komplikace za velmi omezující. Naopak nejméně je pro respondentky obtížná sebezpečí a chůze po rovině pár desítek a stovek metrů.

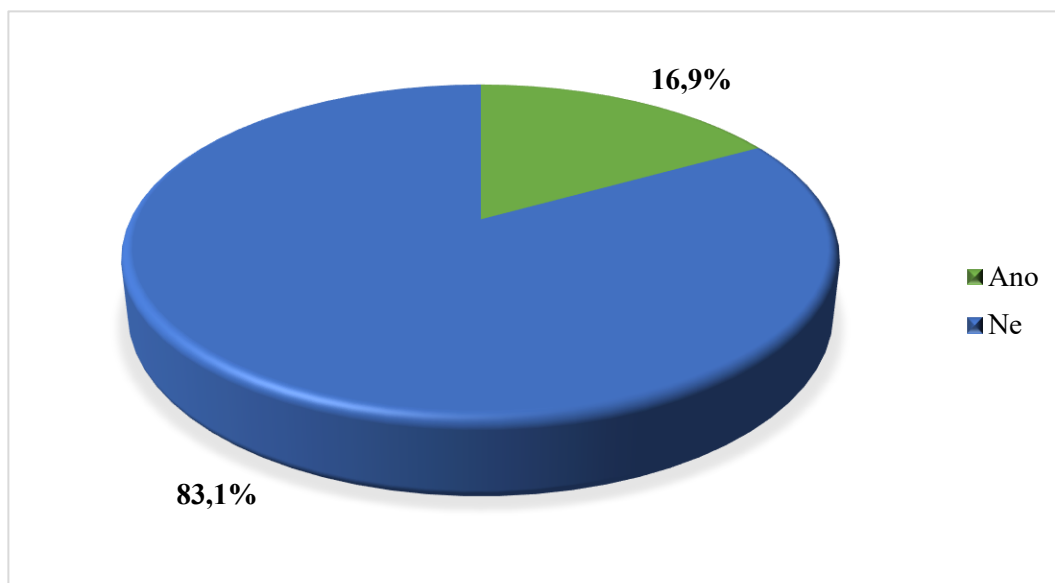
Tabulka 7 nám ukazuje, jaké bylo celkové rozložení odpovědí. Celkem posuzujeme 300 odpovědí, protože ve vzorku je zahrnuto 30 respondentek a otázka 8 byla složena z 10 podotázek. Z analýzy vzorku vyplývá, že v 66,3 % ženy následky po hysterektomii nijak neomezují v jejich běžném životě. Pouze 22,0 % uvádí mírné omezení při běžných činnostech a pouze 11,7 % pocítuje následky jako velmi omezující.

Tabulka 7 Omezení při běžných činnostech

Odpovědi	n_j	f_j
Ne, vůbec neomezuje	199	66,3 %
Ano, trochu omezuje	66	22,0 %
Ano, velmi omezuje	35	11,7 %
Celkem	300	100,0 %

Otázka č. 9: Trpěla jste únikem moče (inkontinencí) již před operací?**Komentář:**

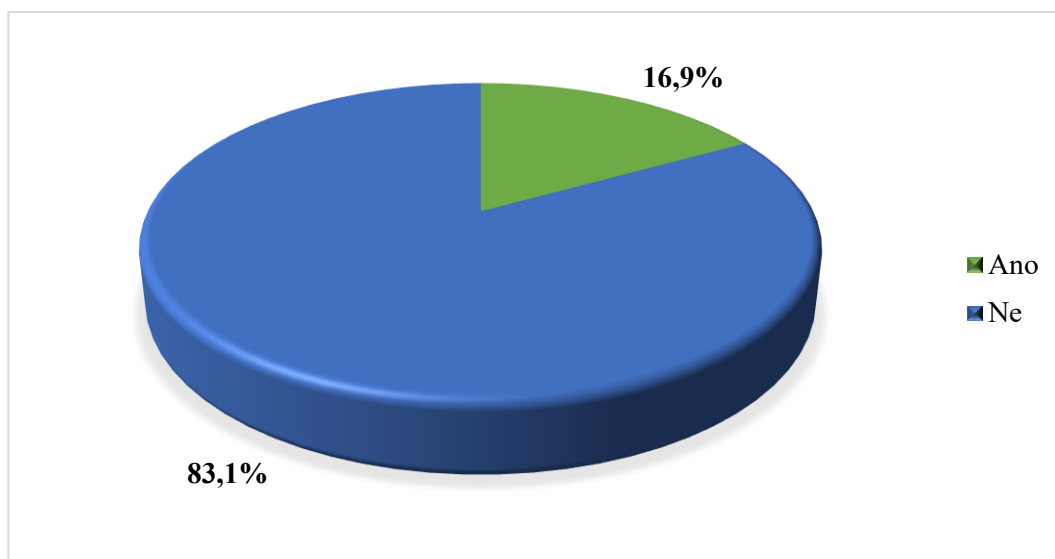
V otázce č. jsme se zabývali, jestli respondentky před podstoupením hysterektomie trpěly inkontinencí moče nebo ne. Z grafu 7 vyplývá, že pouze 13 (16,9 %) respondentek únikem moči trpělo. 64 (83,1 %) respondentek uvedlo, že inkontinencí moče před hysterektomií netrpěly.



Graf 7 Inkontinence moči před hysterektomií

Otázka č. 10: Pociťujete po operaci změnu v chápání sebe sama?**Komentář:**

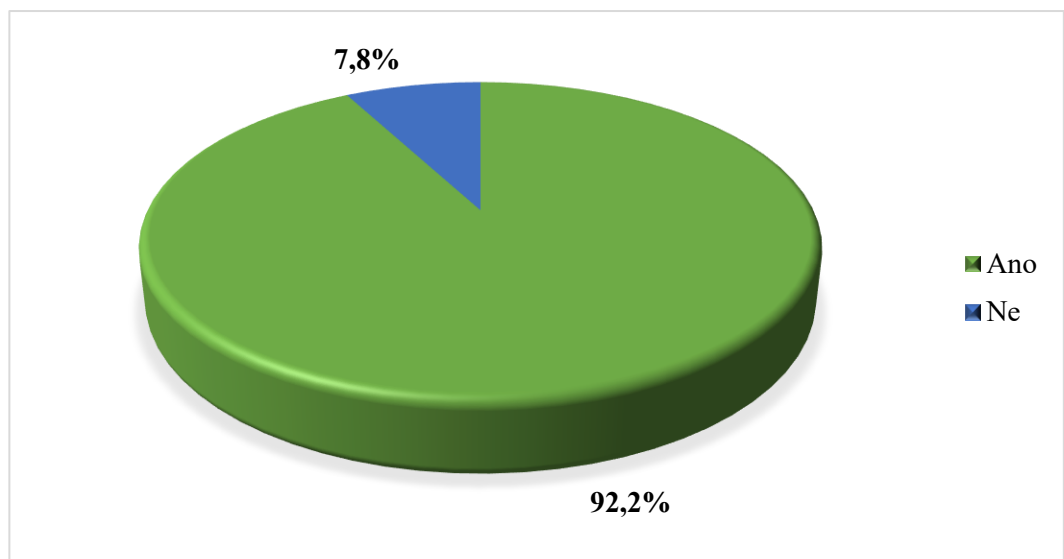
V otázce č. 10 jsme zjišťovaly, u kolika respondentek došlo ke změně chápání sebe sama. Z grafu 8 vyplývá, že u žen po hysterektomii došlo u 13 (16,9 %) z nich ke změně pohledu na sebe samu. Naopak 64 (83,1 %) uvádí, že na chápání sebe sama nemělo podstoupení hysterektomie žádný vliv.



Graf 8 Změna v chápání sebe sama

Otázka č. 11: Jste spokojena s vymizením menstruace po operaci?**Komentář:**

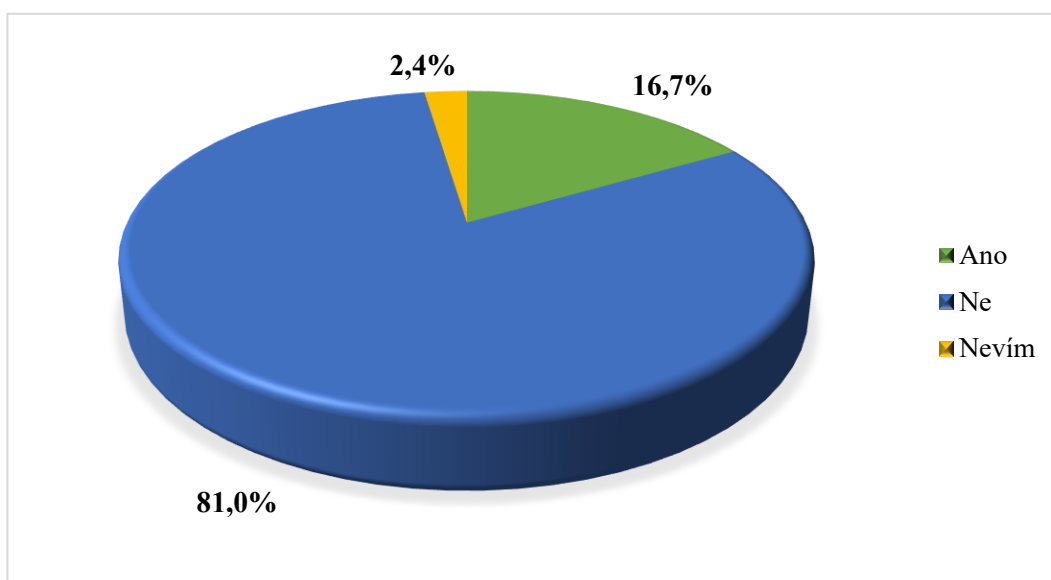
V otázce č. 11 jsme se zabývali tématem vymizení menstruace, konkrétně jestli jsou respondentky s vymizením spokojeny nebo ne. Z grafu 9 můžeme vyčíst, že 71 (92,2 %) respondentek uvádí spokojenost s vymizením menstruace a pouze 6 (7,8 %) není s vymizením menstruace spokojeno.



Graf 9 Spokojenost s vymizením menstruace

Otázka č. 12: Změnil se Váš vztah s manželem/partnerem po operaci?**Komentář:**

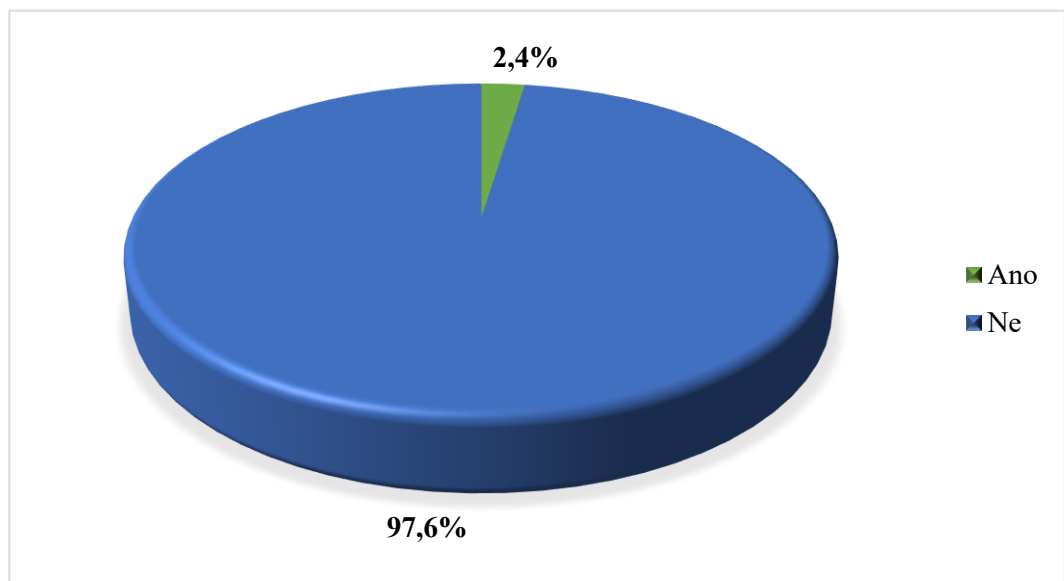
V otázce č. 12 jsme zjišťovali, jestli vztah žen s manžely/partnery byl ovlivněn podstoupením hysterektomie. V grafu 10 je zobrazeno procentuální zastoupení možností. 13 (16,7 %) respondentek uvedlo, že se jejich vztah s protějškem po hysterektomii změnil, naopak 62 (81,0 %) respondentek uvedlo, že vztah s manželem/partnerem zůstal stejný a odnětí dělohy nemělo žádný vliv. 2 (2,4 %) respondentky uvedly, že neví, jestli se jejich vztah změnil.



Graf 10 Změna vztahu

Otázka č. 13: Stydíte se před manželem/partnerem?**Komentář:**

V otázce č. 13 jsme se zabývali, jestli se před manželem/partnerem respondentky po hysterektomii stydí nebo ne. Z grafu 11 je patrné, že pouze 2 (2,4 %) respondentky uvedly, že se před manželem/partnerem stydí. Naopak 75 (97,6 %) respondentek uvedlo, že nepociťují stud před svým protějškem.

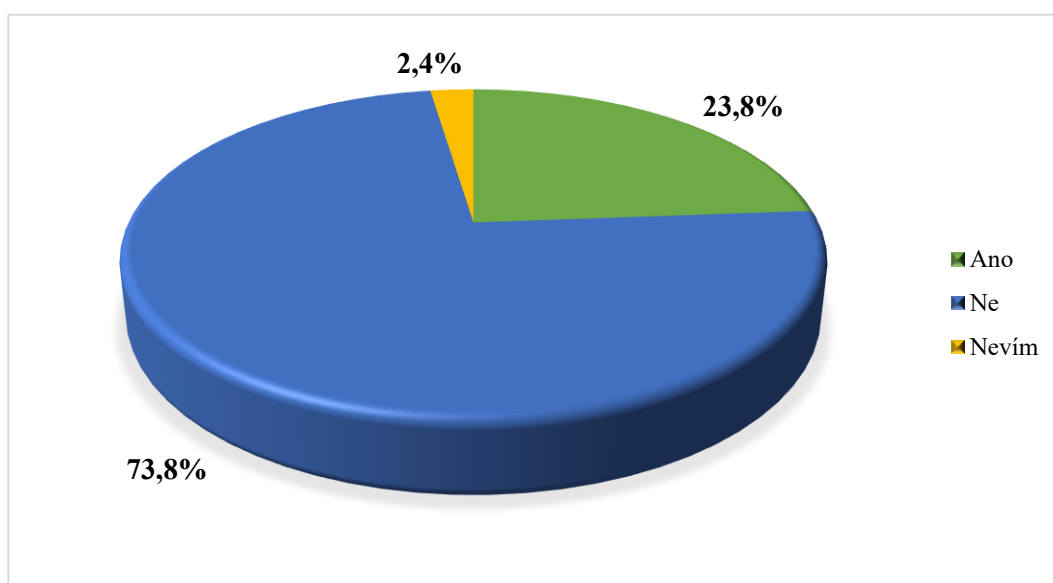


Graf 11 Stud po hysterektomii

Otázka č. 14: Liší se Váš nynější sexuální život s tím před operací, pokud ano, jak?

Komentář:

V otázce č. 14 jsme se zabývali změnou v sexuálním životě po hysterektomii. Z grafu 12 můžeme vyčíst, že 18 (23,8 %) žen odpovědělo, že se jejich nynější sexuální život liší od sexuálního života před operací. Z výše zmíněných odpovědí bylo zjištěno, že u 5 žen byl jejich sexuální život lepší a 5 pocívalo nechutenství na pohlavní styk. Bolestivý styk, vaginální suchost a vymizení styku je zastoupeno rovnoměrně v počtu 2 pro každou možnost. Zbylé 2 respondentky uvedlo pouze odpověď ano, bez vepsání, v čem je jejich sexuální život jiný. Možnost žádné změny v sexuálním životě uvedlo 57 (73,8 %) respondentek a 2 (2,4 %) respondentky vepsaly do dotazníků možnost nevím. Možnost nevím v otázce 14 a otázce 12 odpovídá stejným respondentkám.

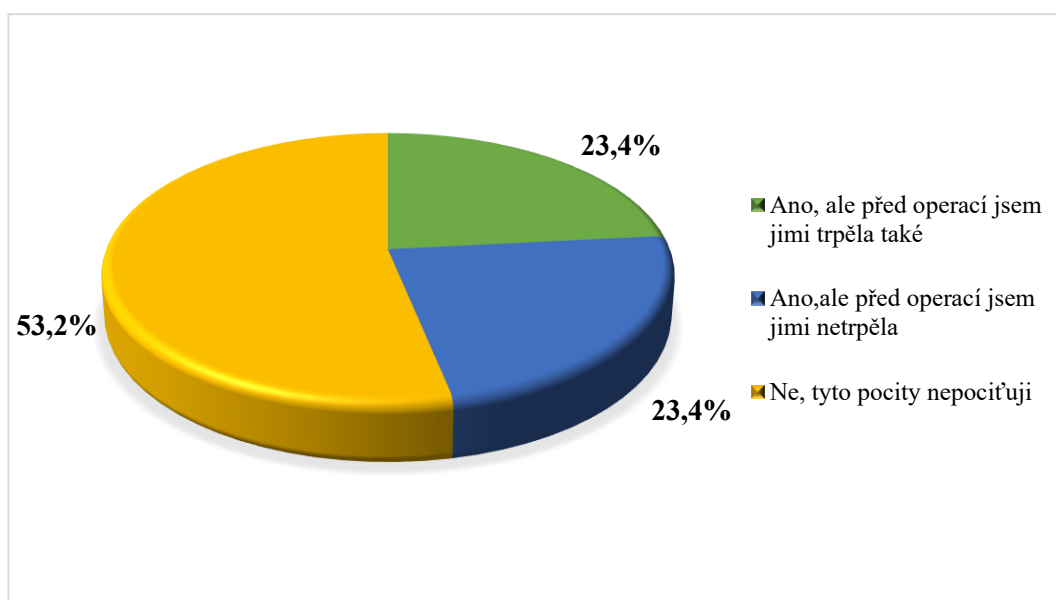


Graf 12 Sexuální život po hysterektomii

Otázka č. 15: Prožíváte po operaci negativní pocity (např. rozmrzelost, úzkosti, deprese apod.)?

Komentář:

V otázce č. 15 jsme se zabývali prožíváním negativních pocitů po hysterektomii. Jak můžeme vidět v grafu 13, možnost, kdy ženy prožívaly negativní pocity nejen po hysterektomii, ale i před zvolilo 18 (23,4 %) respondentek. Stejný počet respondentek zvolilo i možnost prožívání negativních pocitů po hysterektomii. Zbýlých 41 (53,2 %) respondentek uvedlo, že žádné negativní pocity neprožívají.

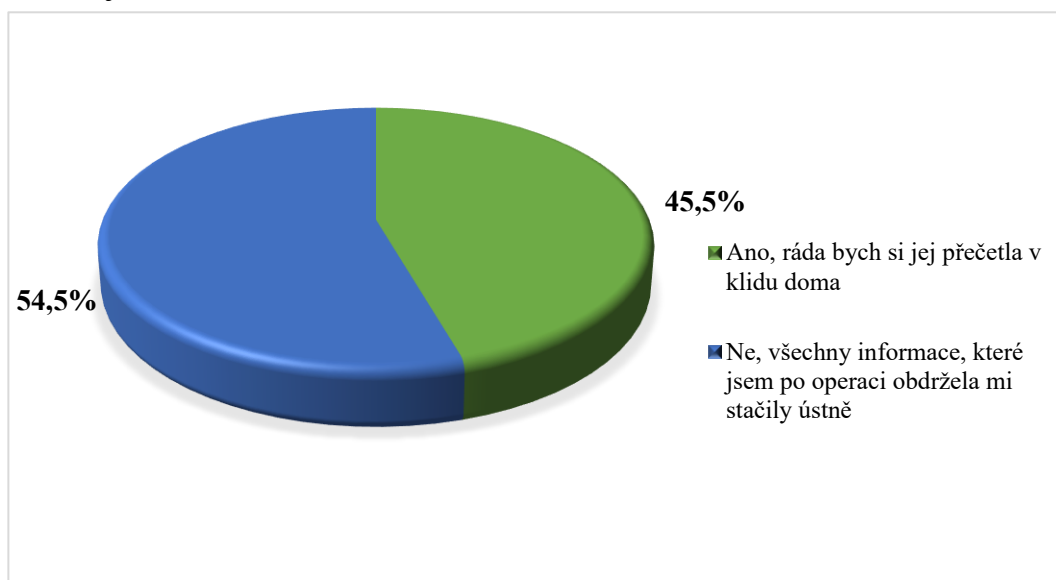


Graf 13 Prožívání negativních pocitů po hysterektomii

Otázka č. 16: Chtěla byste po operaci dostat letáček s bližšími informacemi například o rekonvalescenci, vhodných cvicích nebo životosprávě?

Komentář:

V otázce č. 16 jsme zjišťovaly zájem žen o edukační materiál týkající se života po hysterektomii. Z celkového počtu 77 respondentek by 35 (45,5 %) z nich ocenilo edukační materiál po operaci, kde by byly informace o rekonvalescenci nebo vhodných cvicích. Jak vidíme v grafu 14, zbylých 42 (54,5 %) respondentek bylo s informacemi, které obdržely slovně v nemocnici spokojeno a hodnotili je jako dostačující.

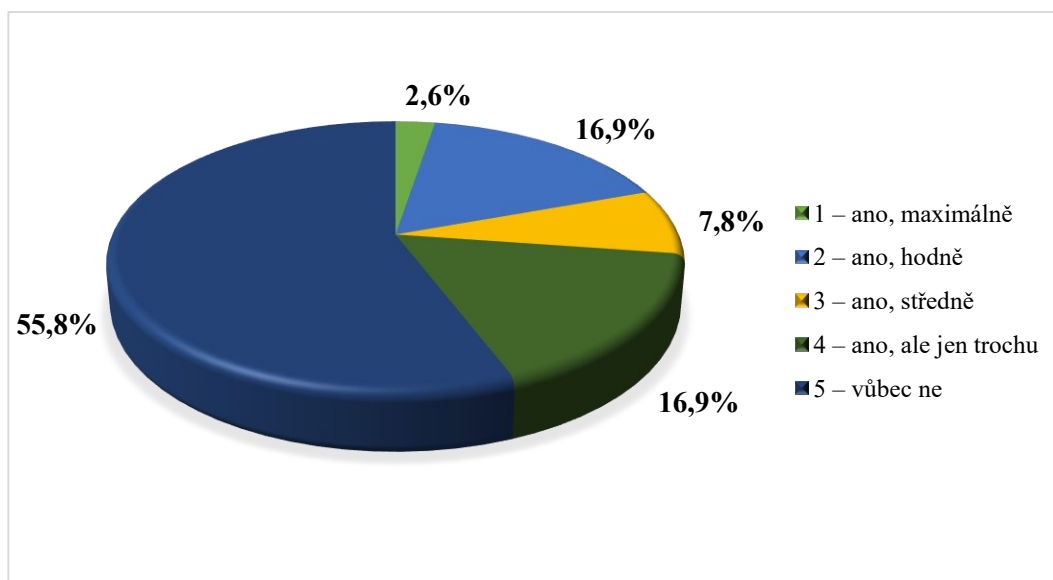


Graf 14 Edukační materiál

Otázka č. 17: Myslíte si, že se váš život stal kvalitnějším po operaci, než byl před ní?

Komentář:

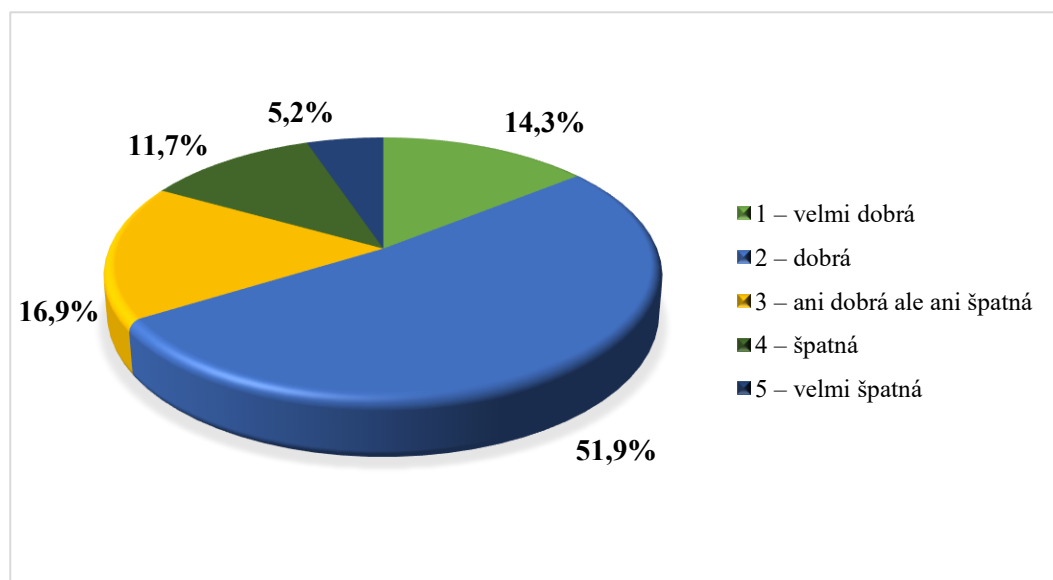
V otázce č. 17 jsme zjišťovali, jak ženy hodnotí změnu kvality života spojenou s operací a zda svůj život po operaci hodnotí jako kvalitnější nebo ne. Pouze 2 (2,6 %) respondentky uvedly, že jejich život je maximálně kvalitnějším než před operací. Dalších 26 (33,8 %) uvedlo, že jejich život se stal o hodně a jen trochu kvalitnější. Tyto možnosti jsou ve vzorku zastoupeny rovnoměrně. Jak můžeme vidět v grafu 15, 6 (7,8 %) vidí svůj život kvalitnější středně a zbylých 43 (55,8 %) respondentek nedává hysterektomii žádnou zásluhu na zkvalitnění jejich života.



Graf 15 Změna kvality života

Otázka č. 18: Ohodnot'te kvalitu Vašeho nynějšiho života**Komentář:**

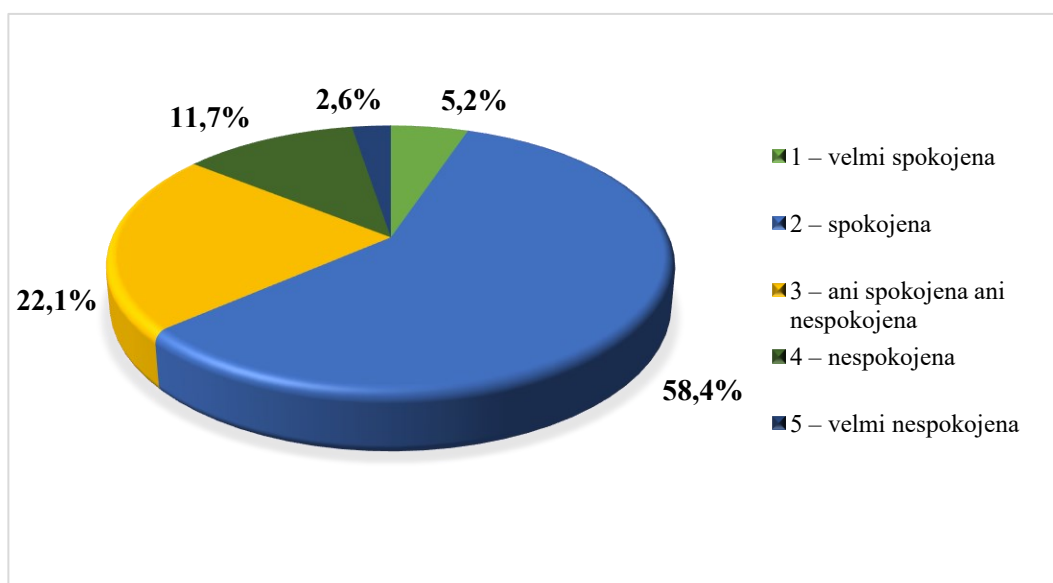
Otázkou 18 zjišťujeme subjektivní hodnocení kvality života respondentek. Ze zkoumaného vzorku 77 (100,0 %) respondentek bylo zjištěno, že 11 (14,3 %) respondentek hodnotí kvalitu jejich života jako velmi dobrou. Z grafu 16 vyplývá, že 40 (51,9 %) respondentek vnímá kvalitu života jako dobrou. Respondentky v počtu 13 (16,9 %) nevnímají jejich kvalitu života ani pozitivně, ale ani negativně. Dalších 9 (11,7 %) respondentek shledává svou kvalitu života jako špatnou a zbylé 4 (5,2 %) respondentky hodnotí kvalitu života jako velmi špatnou.



Graf 16 Současná kvalita života

Otázka č. 19: Do jaké míry jste se svým nynějším zdravím spokojena?**Komentář:**

V otázce č. 19 jsme zkoumali, do jaké míry jsou respondentky spokojeny se svým současným zdravím. Ze zkoumaného vzorku 77 (100,0 %) respondentek uvedly 4 (5,2 %) z nich, že jsou se svým nynějším zdravím maximálně spokojeny. Z grafu 17 vyplývá, že nejvíce je zastoupena skupina respondentek, která je se svým zdravím spokojena a to 45 (58,4 %) respondentek. Dalších 17 (22,1 %) respondentek uvedlo, že se svým zdravím nejsou ani spokojeny, ale ani nespokojeny. Z grafu můžeme vyčíst, že 9 (11,7 %) respondentek nejsou se svým zdravím spokojeny a zbylé 2 (2,6 %) respondentky jsou velmi nespokojeny.

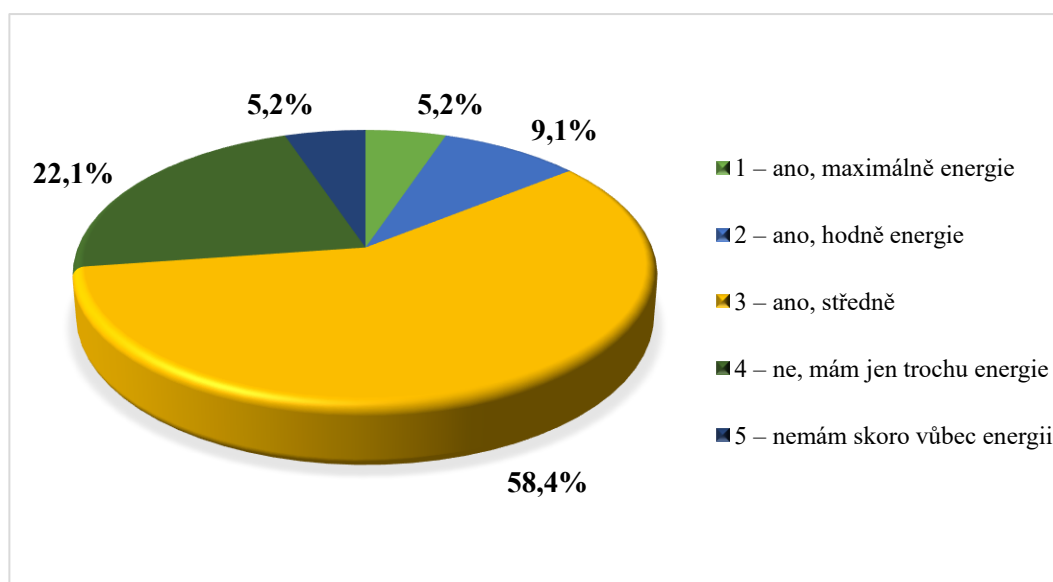


Graf 17 Spokojenost se současným zdravím

Otázka č. 20: Pociťujete, že máte nyní dostatek energie, pro každodenní činnosti ve svém životě?

Komentář:

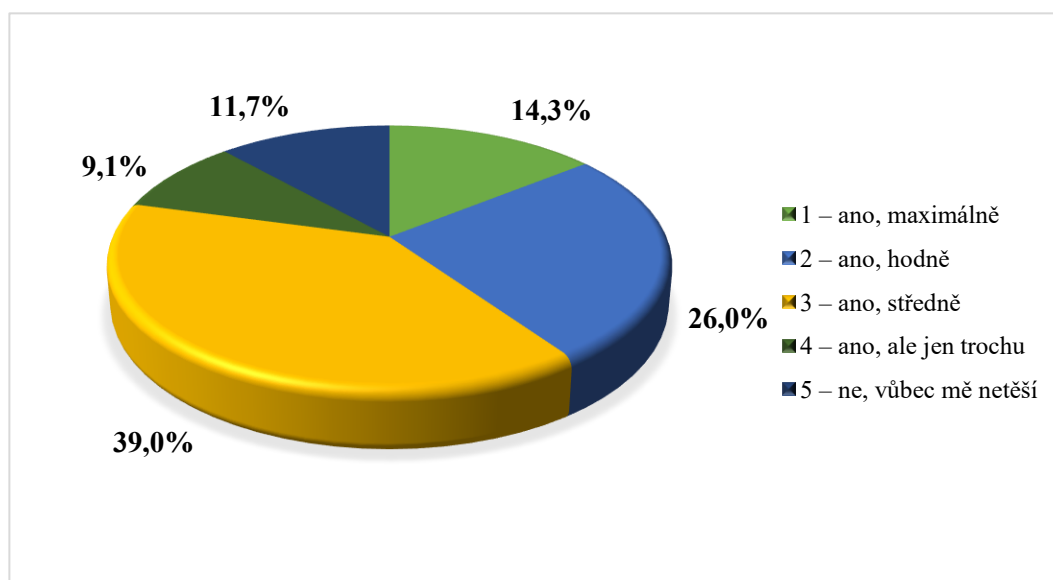
V otázce č. 20 jsme zkoumali subjektivní vnímání množství energie pro každodenní činnosti. Ze vzorku 77 (100,0 %) respondentek subjektivně hodnotily 4 (5,2 %) míru energie jako maximální, stejný počet respondentek uvedlo téměř žádnou energii. Hodně energie uvedlo 7 (9,1 %) respondentek. Nejvíce, 45 (58,4 %), respondentek hodnotilo míru energie jako středně. Zbýlých 17 (22,1 %) respondentek pociťuje, že má jen trochu energie pro každodenní činnosti, jak vypovídá graf 18.



Graf 18 Množství energie

Otázka č. 21: Těší Vás život, který žijete?**Komentář:**

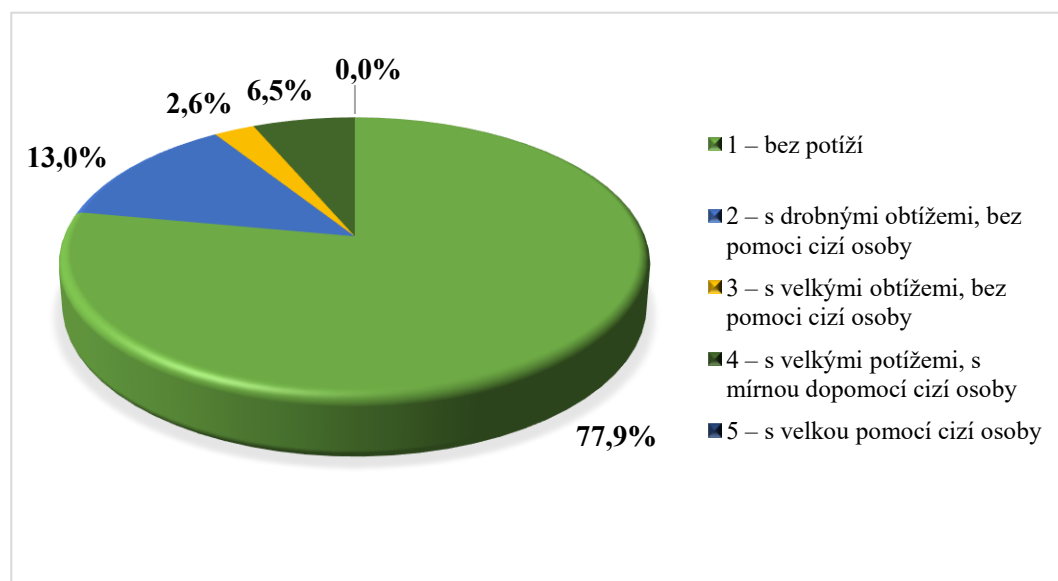
V otázce č. 21 jsme se zabývali, do jaké míry respondentky těší jejich život. Celkem 11 (14,3 %) respondentek těší jejich život v maximální míře. Jak graf 19 ukazuje, 20 (26,0 %) respondentek těší jejich život do velké míry. Nejvíce je zastoupena skupina respondentek, které život těší středně, a to v počtu 30 (39,0 %) a nejméně 7 (9,1 %) respondentek těší život pouze trochu. Zbýlých 9 (11,7 %) respondentek uvedlo, že je život vůbec netěší.



Graf 19 Potěšení ze života

Otázka č. 22: Jak byste ohodnotila Vaši schopnost se pohybovat**Komentář:**

V otázce č. 22 jsme se zabývali hodnocením schopnosti se pohybovat. Ze 77 (100,0 %) respondentek uvedlo celkem 60 (77,9 %) žen, že se dokáží pohybovat bez potíží. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondentky v počtu 10 (13,0 %), které se pohybují s drobnými potížemi, ale bez nutnosti požádat okolí o pomoc. Pouze 2 (2,6 %) respondentky uvedlo, že pohyb jim způsobuje velké potíže, ale stále jej zvládají bez pomoci cizí osoby a zbylým 5 (6,5 %) respondentkám způsobuje pohyb velké potíže a je nutná dopomoc okolí. Jak ukazuje graf 20, ve vzorku nebyla ani jednou zvolena možnost 5, kde by respondentky potřebovaly velkou dopomoc jiné osoby.

*Graf 20 Schopnost pohybu*

6 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, dopad hysterektomie na kvalitu života žen. Do výzkumného šetření byly zařazeny respondentky dvou soukromých gynekologických ambulancí v Uherském Hradišti a jedné soukromé ordinace v Uherském Brodě. K získání dat jsme vypracovali dotazník. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 77 (100,0 %) respondentek. Dotazník byl konstruován podle zkoumaného problému. Cílem byla analýza dat k dosažení hlavního a vedlejších cílů bakalářské práce.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit průměrný věk žen při podstoupení hysterektomie.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 1 a 2. Cílem bylo zjistit, jaký byl průměrný věk žen, které podstoupili hysterektomii. V otázkách jsme zjišťovali rok narození respondentek a rok, kdy byla hysterektomie provedena. Data z výše uvedených otázek jsme pomocí jednoduchých vzorců vyhodnotili a zjistili jsme, že průměrně ženy podstupují hysterektomii ve 46,5 letech. Ve zkoumaném vzorku byla nejvíce zastoupena kategorie 41–50 let, a to v počtu 57 (74,0 %) respondentek, ve věku nad 51 let podstoupilo hysterektomii 13 (16,9 %) žen a zbylých 7 (9,1 %) respondentek bylo ve věku 33–40 let. S bakalářskou prací Šitinové (2019) se shodujeme, že právě ženy mezi 40. a 50. rokem života podstupují hysterektomii nejčastěji. U Šitinové (2019) je věková skupina 30–39 let druhou nejpočetnější, což se s našimi výsledky neshoduje. Důvodem může být malé zastoupení této věkové skupiny v našem zkoumaném vzorku. Nejmladší respondentka po hysterektomii v našem případě měla 33 let, kdežto nejmladší respondentce Šitinové (2019) bylo pod 29 let.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jaké nejčastější indikace vedou k provedení hysterektomie.

Ze získaných dat jsme zjistili, že nejčastěji se provádí abdominální hysterektomie. Ze zkoumaného vzorku byla abdominální hysterektomie provedena u 29 (37,7 %) respondentek. Vzápětí druhou nejčastější technikou hysterektomie je laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, která je ve vzorku zastoupena v počtu 25 (32,5 %). Vaginální hysterektomie byla provedena u 14 (18,2 %) žen a totální laparoskopická hysterektomie u 9 (11,7 %) žen. K jinému závěru došla Šitinová (2019), která však rozděluje hysterektomie na tři skupiny, a to abdominální

hysterektomie, laparoskopické hysterektomie, kam patří laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, totální laparoskopická hysterektomie a laparoskopická hysterektomie a na vaginální hysterektomie. Abdominální hysterektomie je v jejím zkoumaném vzorku zastoupena v počtu 45 (43 %), Laparoskopická hysterektomie v počtu 48 (45 %) a vaginální hysterektomie zbylých 13 (12 %) respondentek. Pokud v našem výzkumu použijeme stejná kritéria jako v bakalářské práci Šitinové, nejčastěji bude zastoupena laparoskopická hysterektomie v počtu 34 (44,2 %). Větší výskyt vaginální hysterektomie můžeme odůvodnit vyšším věkem respondentek.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, jaké následky po hysterektomii ženy nejvíce omezují.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 6 a 8. Cílem bylo zjistit, jakými následky ženy po hysterektomii trpí a do jaké míry je tyto následky omezují v jejich životě. Ze vzorku 30 (100,0 %) žen, které pociťují následky po hysterektomii, celkem 17 (56,7 %) respondentek uvedlo jako následek hysterektomie únik moči, který i rovněž v otázce č. 8 je zastoupen s nejvyšším hodnocení. Za pomoci jednoduchých vzorců jsme zjistili, že průměr hodnocení otázky č. 8 je u této skupiny 16,8 bodů, kdy minimum je rovno 11 bodům a maximum je rovno 26 bodům. Druhým, nejčastěji se vyskytujícím následkem po hysterektomii, byly psychické změny, to odpovídá 10 (33,3 %) respondentek. Průměr skóre v otázce č. 8 odpovídá 12,2 bodům, s minimem 10 bodů, což odpovídá, že změny respondentky nijak neomezují a maximem odpovídajícímu 19 bodům. Pokud porovnáme tyto dvě skupiny, můžeme říci, že ženy subjektivně hůře prožívají změny týkající se úniku moči než psychické změny. Důvodem, proč je hůře hodnocen únik moči může být i rozdílný počet respondentek. Ženy trpící inkontinencí byly ve zkoumaném vzorku zastoupeny v počtu 16, kdežto ženy s psychickými změnami pouze v počtu 10 respondentek. Pokud by počet respondentek v obou skupinách byl vyrovnaný, lze předpokládat, že rozdíl průměrného hodnocení by nebyl tak markantní. Druhým pohledem na věc může být i stále do určité míry tabuizované téma negativních nálad a jejich následné zlehčování. Důležité je zmínit, že u respondentek, které trpěly psychickými změnami v počtu 10 (100,0 %) byly v 90,0 % odňaty společně s dělohou i vaječníky. Podobně jako uvádí Rocca et al. (2008) jsme došli k výsledku, že odnětí

vaječníků spolu s dělohou ještě před menopauzou zvyšuje riziko vzniku psychických změn. To však rozporuje Gibson et al. (2012), který dodává, že Rocca et al. (2008) zkoumal psychické změny retrospektivně, a proto mohlo dojít ke zkreslení výsledků. Gibson et al. (2012) naopak zkoumá psychické změny v kratší pooperační době.

Dílčí cíl č. 4: Zjistit subjektivní hodnocení kvality života žen.

Zjistili jsme, že ze zkoumaného vzorku 77 (100,0 %) respondentek hodnotí svou kvalitu života pozitivně v 51 (66,2 %) a negativně pouze v 13 (16,9 %) případech. Zbylých 13 (16,9 %) respondentek hodnotí kvalitu života jako ani pozitivně, ale ani negativně. Vycházíme z tvrzení Slováčka a kolektivu (2004), že subjektivní hodnocení kvality života je tím nejdůležitějším aspektem. Generické dotazníky kvality života (např. WHOQoL, WHOQoL-BREF, SF-36) jsou používány ve výzkumech nejčastěji, bohužel jak už bylo zmíněno v teoretické části, projevují se nízkou citlivostí k drobným změnám. Toto je možný důvod, proč naše výsledky jsou oproti výzkumům, které použili k hodnocení generické nástroje, rozdílné.

Také jsme zjistili, že celkem 43 (55,8 %) žen nepřipisuje hysterektomii z kvalitnění jejich života a naopak zbylých 34 (44,2 %) žen shledává svůj život po hysterektomii kvalitnějším než před ní. Z toho vyplývá, že většina respondentek nepovažuje hysterektomii jako operaci, která je prováděna z důvodu zlepšení kvality jejich života. V praxi je hysterektomie prováděna právě pro zlepšení kvality života a zmírnění nebo odstranění diskomfortu. Některé studie potvrzují, že má hysterektomie pozitivní vliv na život žen a naopak. (Šitinová, 2019; Bayram & Beji, 2010)

Důvod, proč 55,8 % žen neshledává zlepšení kvality života po hysterektomii může být vysoké procento (66,2 %) žen, které svůj život hodnotí jako kvalitní. Z této skutečnosti můžeme tedy vyhodnotit, že ženy po hysterektomii žijí kvalitním životem a výsledky se shodují se studií Bayram & Beji (2010).

Dílčí cíl č. 5: Zjistit, jestli se u žen změnilo chápání sebe sama po operaci.

V otázce č. 10 jsme zjišťovali, jestli se chápání sebe sama po hysterektomii u žen změnilo. Celkem 64 (83,1 %) respondentek uvedlo, že se jejich pohled na sebe

nezměnil, kdežto zbylých 13 (16,9 %) žen tvrdí opak. Ve své diplomové práci Káčerová (2011) uvádí, že některé ženy v jejím výzkumu tvrdí, že přišly o vše, naopak další věří, že i bez dělohy se dá žít kvalitním životem. Káčerová (2011) použila výzkum pomocí sběru dat z diskuzního fóra a rozhovorů, proto tyto poznatky nelze zobecnit. Bohužel kvůli zvolené technice sběru dat nelze rovnocenně porovnat naše výsledky a výsledky Káčerové (2011) a určit tak jednotné stanovisko. Z našeho výzkumu je ale patrné, že většina žen nepociťuje změnu ve vztahu k sobě.

Dílčí cíl č. 6: Zjistit, kolik procent ze vzorku prožívá negativní pocity v souvislosti s hysterektomií.

Na tento cíl odpovídá otázka č. 15, kde 41 (53,2 %) respondentek nepociťuje žádné negativní pocity. U celkem 18 (23,4 %) respondentek se negativní pocity objevily až po provedení hysterektomie a u zbylých 23,4 % respondentek negativní pocity přetrvávají z předoperačního období i po hysterektomii.

Z množiny žen, u kterých se objevily negativní pocity až po hysterektomii, byly u 14 z nich odejmuty i vaječníky, což jistě může být indikací k psychickým změnám týkajících se začátku klimakteria. To rozporuje Bayram & Beji (2010), který tvrdí, že hysterektomie není rizikovým faktorem pro psychiatrickou morbiditu. Naopak tvrdí, že u žen zatížených psychickými potížemi před hysterektomií, může nastat zlepšení jejich psychického stavu. Výsledky našeho výzkumu jeho tvrzení nepotvrdily.

Dílčí cíl č. 7: Zjistit, jestli informovanost o následné péči po hysterektomii byla dostatečná.

Vycházíme z výsledků otázky č. 16. Většina respondentek ze zkoumaného vzorku, přesně 42 (54,5 %) respondentek byla s podanými informacemi od zdravotnického personálu spokojena. Celkem 35 (45,5 %) respondentek naopak uvádí, že by uvítaly edukační materiál, který by si mohly pročíst v pohodlí domova. To rozporuje Ryzková (2013), u níž ze 74 respondentek bylo s informovaností spokojeno 70 (94,6 %) z nich. Výzkum u Ryzkové (2013) probíhal také kvantitativním šetřením technikou dotazníků a také probíhal v soukromých gynekologických ambulancích. Rozkol ve výsledcích může být způsoben místem konání výzkumu

nebo samotným zkoumaným vzorkem respondentek. Z našeho výzkumu vyplývá, že více, než 50 % respondentek bylo spokojeno s informovaností, ale také vypovídá, že přes 40 % respondentek se dostatečně informovány necítily. Pokud vezmeme naše výsledky, je to velmi alarmující číslo. Práce porodních asistentek je převážně o edukaci a zjištěná data ukazují, že v praxi edukovat opomíjíme. To pak může mít negativní dopad nejen na pocit neinformovanosti žen, ale také na další aspekty, které jsme v práci zkoumali jako na příklad psychické změny žen.

6.1 Doporučení pro praxi

Hysterektomie je v dnešní době nejčastější gynekologickou operací, z tohoto důvodu je důležité zvýšit informovanost o této operaci. Z analýzy vyplývá, že by ženy uvítaly více informací o rekonvalescenci, následcích nebo radách ohledně životního stylu a rehabilitace.

V rámci edukační činnosti v porodní asistenci by bylo vhodné vytvoření edukačních materiálů, které by si ženy mohly vzít domů. Dospěli jsme k závěru, že pro zlepšení informovanosti žen by bylo vhodné vytvořit systém indikačních poraden, do kterých by mohly být ženy odesílány z ambulancí obvodních gynekologů. Náplní práce porodní asistentky v této poradně by mohlo být nejen edukace před hysterektomií, ale i pohovory a edukace žen po hysterektomiích. Gynekologické ambulance jsou v dnešní době přeplněné a gynekologové ani porodní asistentky nemají podle nás dostatek času na důkladnou edukaci žen. Proto by bylo vhodné vytvořit zmíněné indikační poradny, jelikož důkladnou edukací můžeme upozornit na následky, které je již potřeba řešit s gynekologem. Indikační poradny by doplnily komplexnost péče, která v českém zdravotnictví chybí.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit dopad hysterektomie na kvalitu života žen. Výzkum se pomocí dílčích cílů zaměřil na průměrný věk žen při podstoupení hysterektomie, nejčastější indikace vedoucí k hysterektomii, jaké následky ženy nejvíce omezují během každodenních činností a subjektivní hodnocení kvality života žen. Dále se práce zaměřila na pohled žen po hysterektomii na sebe samu, kolik procent žen po hysterektomii prožívá negativní pocity a zda se ženy cítily po operaci dostatečně informované.

Teoretická část bakalářské práce se zabývala současným stavem problematiky. Obsahovala anatomii ženských pohlavních orgánů, vysvětlovala termín hysterektomie a provedení různých technik. Dále vymezovala termín „kvalita života“, hodnocení kvality života a popisovala kvalitu života v souvislosti se zdravím. Praktická část byla zaměřena na zpracování získaných dat a jejich následné vyhodnocení. Data byla získána pomocí dotazníkového šetření od žen po hysterektomii.

Výzkum byl realizovaný pomocí anonymního dotazníků a trval od začátku srpna roku 2022 do konce února 2023. Dotazník byl určen ženám po hysterektomii pro nezhoubné stavy, bez omezení uplynulé doby po operaci. Pomocí dotazníkového šetření byla získána potřebná data ke splnění stanovených cílů. Získaná data byla zpracována a následně interpretována v praktické části této bakalářské práce.

Akumulací získaných dat na základě tištěné podoby dotazníků a následně jejich zpracováním do tabulek a grafů jsem prozkoumala související změny v životě žen po hysterektomii. Výsledky analýzy dat slouží k zodpovězení otázky, zda má hysterektomie dopad na kvalitu života žen. Cíle bakalářské práce byly splněny.

Na základě výzkumu lze říci, že hysterektomie ovlivňuje kvalitu života žen spíše pozitivním způsobem, protože většina dotazovaných žen nepocítuje žádné následky po hysterektomii. Pokud však už ženy nějaké následky pocítují, cítí se velmi omezovány v aktivitách denního života. Co se týče prožívání negativních pocitů po hysterektomii, získaná data ukazují, že u necelé čtvrtiny žen se vyskytla nově po operaci a u stejného počtu žen se vyskytovaly tyto pocity i před provedením

hysterektomie. Výzkum však neukazuje, u kolika procent došlo ke zmírnění nebo vymizení těchto pocitů. Nejčastěji se vyskytujícím následkem u žen byl únik moči. S výsledky výzkumu nejsem spokojena, protože získaná data ukazují, že 55,8 % žen neshledává, že by měla hysterektomie pozitivní vliv na jejich kvalitu života. To je v rozporu s důvody, proč je hysterektomie prováděna. Gynekologové i porodní asistentky věří, že právě hysterektomie je prováděna i z důvodu zkvalitnění života žen. Druhým důvodem, proč s výsledky nejsem spokojena, je pro mne alarmující procento žen, které se necítily dostatečně informované po hysterektomii. Jak už jsem zmínila v praktické části, hlavní prací porodní asistentky je edukace, která u žen z mého výzkumu selhala.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁČA, V., 2017. Anatomie pohlavních orgánů ženy a mléčné žlázy v těhotenství, za porodu a v šestinedělí. In: ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, s. 60–83. ISBN 978–80–247–5753–7.

BAYRAM, G. O. & N. K. BEJI, 2010. Psychosexual Adaptation and Quality of Life After Hysterectomy. *Sexuality and Disability* [online]. vol. 28, no. 1, pp. 3–13 [cit. 2023–04–26]. ISSN 01461044. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-009-9143-y>

BENDARY, A. A. & W. M. TAWFIK, 2022. Comparative Study between Different Methods of Laparoscopic Hysterectomies. *Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Sciences* [online]. vol. 6, no. 5. pp. 01–08 [cit. 2023–04–13]. ISSN 25788965. DOI: 10.31579/2578–8965/127.

CAMERON M. & P. J. MAHER, 2008. Laparoscopic–assisted vaginal hysterectomy and abnormal uterine bleeding. In: O'DONOVAN, P. & CH. MILLER, eds. *Modern Management of Abnormal Uterine Bleeding* [online]. London: CRC Press. pp. 312–324 [cit. 2023–04–12]. ISBN 978–0–415–45479–7. DOI: 10.3109/9780203091524.

CARTER, P., Q. F. BAKER & P. J. ADDS, 2022. Anatomy of the Pelvis and Perineum. In: BAKER, Q. F. & P. J. ADDS, eds. *Anatomy: Regional, Surgical, and Applied* [online]. Boca Raton: CRC Press, p. 197–233 [cit. 2023–04–12]. ISBN 9781003312895. DOI: 10.1201/9781003312895–7.

ČIHÁK, R., 2011. *Anatomie 1*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–3817–8.

ČIHÁK, R., 2013. *Anatomie 2*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–4788–0.

DOSEDLA, E., 2020. *Laparoskopická hysterektómia* [online]. Košice: ŠafárikPress [cit. 2023–04–17]. ISBN 978–80–8152–906–1. Dostupné z: <https://unibook.upjs.sk/img/cms/2020/1f/laparoskopicka-hysterektomia.pdf>

DRAGOMIRECKÁ, E. a J. BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL–BREF, WHOQOL–100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978–80–85121–82–7.

DRUGA, R. a L. ROB, [2019]. Anatomie reprodukčních orgánů. In: ROB, L., A. MARTAN, P. VENTRUBA a kol. *Gynekologie*. 3. vyd. Praha: Galén, s. 19–35. ISBN 978–80–7492–426–2.

GIBSON, C. J. et al., 2012. Mood symptoms after natural menopause and hysterectomy with and without bilateral oophorectomy among women in midlife. *Obstetrics & Gynecology* [online]. vol. 119, no. 5, pp. 935-941 [cit. 2023–04–12]. DOI:10.1097/AOG.0b013e31824f9c14.

GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–3625–9.

HALAŠKA, M. J. a M. HRUDA, [2019]. Gynekologické operace. In: ROB, L., A. MARTAN, P. VENTRUBA a kol. *Gynekologie*. 3. vyd. Praha: Galén, s. 73–88. ISBN 978–80–7492–426–2.

HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978–80–7367–040–2.

HOLUB, Z., D. KUŽEL a kol., 2005. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6758-1.

HOLUB, Z., 2009. Hysterektomie. In: MÁRA, M., Z. HOLUB a kol. *Děložní myomy: moderní diagnostika a léčba*. Praha: Grada, s. 83–107. ISBN 978–80–247–1854–5.

KÁČEROVÁ, K., 2011. *Kvalita života žen po hysterektomii*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/iuug4/Diplomova_prace_-_K._Kacerova.pdf. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

KOVÁČ, D., 2004. K pojmo–logike kvality života. *Československá psychologie* [online]. roč. 48, č. 5, s. 460–464 [cit. 2023–03–19]. ISSN 0009–062X. Dostupné z: <https://kramerius.lib.cas.cz/view/uuid:e1a33344-6514-4b18-af7d-7b9aabf0c3e4?page=uuid:f5129b31-2afe-4d0c-b544-505ff3ea3db4>.

MADUEKE–LAVEAUX, O.S., A. ELSHAROUUD & A. AL–HENDY, 2021. What We Know about the Long–Term Risks of Hysterectomy for Benign Indication—A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine* [online]. vol. 10, no. 22, p. 5335 [cit. 2023–04–12]. ISSN 2077–0383. DOI: 10.3390/jcm10225335.

MAGON N. & N. SINGH, 2016. Laparoscopic Hysterectomy—The Game Changer. In: RAMESH, B. & P. S. DIMRI, eds. *Textbook & Atlas of Laparoscopic Hysterectomy* [online]. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, pp. 75–82 [cit. 2023–03–02]. ISBN 9789385999284. DOI: 10.5005/jp/books/12873.

MAREŠ, J., 2006. *Kvalita života u dětí a dospívajících I.* Brno: MSD. ISBN 978–80–866–3365–9.

MEHRA R. & N. MAGON, 2016. Total Abdominal Hysterectomy. In: RAMESH, B. & P. S. DIMRI, eds. *Textbook & Atlas of Laparoscopic Hysterectomy* [online]. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, pp. 63–67 [cit. 2023–03–02]. ISBN 9789385999284. Available from: https://www.researchgate.net/publication/307634352_Total_Abdominal_Hysterec_tomy.

PAYNE, J., 2005. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton. ISBN 978–80–725–4657–0.

PILKA, L., J. MAŠATA a B. SRP, 2014. Anatomie významná pro porodnictví. In: HÁJEK, Z., K. MARŠÁL a kol. *Porodnictví*. 3.vyd. Praha: Grada, s. 7-22. ISBN 978–80–247–4529–9.

PILKA, R. a kol., 2017. *Gynekologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978–80–244–5158–9.

ROCCA, W. A. et al., 2008. Long-term risk of depressive and anxiety symptoms after early bilateral oophorectomy. *Menopause* [online]. vol. 15, no. 6, pp. 1050–1059 [cit. 2023–03–11]. ISSN 1530–0374. DOI: 10.1097/gme.0b013e318174f155.

ROZTOČIL, A. a kol., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–2832–2.

RYZKOVÁ, S., 2013. *Ošetrovatelská péče po hysterektomii*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Praha 5. Dostupné z: [https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2012-](https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2012-2013/Porodni_asistentka_2013/RYZKOVA_SIMONA/RYZKOVA_SIMONA_B_P.pdf)

[2013/Porodni_asistentka_2013/RYZKOVA_SIMONA/RYZKOVA_SIMONA_B_P.pdf](https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2012-2013/Porodni_asistentka_2013/RYZKOVA_SIMONA/RYZKOVA_SIMONA_B_P.pdf). VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978–80–271–0214–3.

SLOVÁČEK, L. a kol., 2005. Kvalita života onkologických nemocných: koncepční model, možnosti měření. *Vojenské zdravotnické listy*[online]. roč. 74, č. 5-6, s. 180-182 [cit. 2023–04–23]. ISSN 0372–7025. Dostupné z: <https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2005/05/11.pdf>.

ŠITINOVÁ, J., 2019. *Vliv hysterektomie na život ženy*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné z: https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/38583/1/BP_Jana_Sitinova_Vliv_hysterektomie_na_zivot_zeny.pdf. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

VALENTIN, S., 2010. Abdominal Hysterectomy. In: JEFFERY, S., ed. *Proceedings in Obstetrics and Gynecology* [online]. Cape Town: University of Cape Town, pp. 194–209 [cit. 2023–03–12]. ISSN 2154–4751. Available from: <https://www.glowm.com/pdf/Textbook-UniversityOfCapeTown-Procedures%20in%20OBGYN-CC%20BY%20NC%20SA.pdf>

VYMĚTAL, J., 2003. *Úvod do psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–0253–3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

<i>a.</i>	tepna (<i>lat. arteria</i>)
AH	abdominální hysterektomie
aj.	a jiné
cm	centimetr
f_j	relativní četnost
g	gram
HRQoL	kvalita života v souvislosti se zdravím (<i>eng. Health-Related Quality of Life</i>)
LAVH	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
<i>lig.</i>	vaz (<i>lat. ligamentum</i>)
<i>ligg.</i>	vazy (<i>lat. ligamenta</i>)
<i>m.</i>	sval (<i>lat. musculus</i>)
mm	milimetr
n_j	absolutní četnost
TLH	totální laparoskopická hysterektomie
<i>v.</i>	žíla (<i>lat. vena</i>)
VH	vaginální hysterektomie

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Graf 1 Věkové rozmezí respondentek</i>	33
<i>Graf 2 Zastoupení různých technik hysterektomie</i>	36
<i>Graf 3 Odnětí vaječníků</i>	37
<i>Graf 4 Indikace k hysterektomii.....</i>	38
<i>Graf 5 Následky hysterektomie</i>	41
<i>Graf 6 Omezení při běžných denních činnostech</i>	44
<i>Graf 7 Inkontinence moči před hysterektomií</i>	46
<i>Graf 8 Změna v chápání sebe sama.....</i>	47
<i>Graf 9 Spokojenost s vymizením menstruace</i>	48
<i>Graf 10 Změna vztahu</i>	49
<i>Graf 11 Stud po hysterektomii</i>	50
<i>Graf 12 Sexuální život po hysterektomii</i>	51
<i>Graf 13 Prožívání negativních pocitů po hysterektomii.....</i>	52
<i>Graf 14 Edukační materiál</i>	53
<i>Graf 15 Změna kvality života.....</i>	54
<i>Graf 16 Současná kvalita života</i>	55
<i>Graf 17 Spokojenost se současným zdravím.....</i>	56
<i>Graf 18 Množství energie</i>	57
<i>Graf 19 Potěšení ze života</i>	58
<i>Graf 20 Schopnost pohybu</i>	59

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Zastoupení provedení hysterektomie</i>	34
<i>Tabulka 2 Potíže po hysterektomii.....</i>	40
<i>Tabulka 3 Inkontinence</i>	42
<i>Tabulka 4 Psychické změny</i>	42
<i>Tabulka 5 Jiné</i>	43
<i>Tabulka 6 První výskyt potíží.....</i>	43
<i>Tabulka 7 Omezení při běžných činnostech</i>	45

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník je určen pro ženy po hysterektomii

Vážené respondentky,

jsem studentkou porodní asistence na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, a ráda bych Vás poprosila o vyplnění krátkého dotazníku. Data z tohoto dotazníku budou důležitým podkladem pro mou bakalářskou práci, jelikož Vaše odpovědi poslouží jako výzkumný materiál. Chtěla bych Vás ujistit, že dotazník je zcela anonymní a nebude nijak spojován s Vaší osobou. Téma mé bakalářské práce je kvalita života žen po hysterektomii, touto formou se snažím porozumět ženám, po tak zásadní operaci. Mou prací bych chtěla dosáhnout zlepšení povědomí o nejčastějších problémech a navrhnout řešení, která by pomohla všem ženám po hysterektomii.

Pokud není jinak uvedeno, zakroužkujte jednu z uvedených odpovědí. Pokud si nejste jistá, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte tu nevhodnější.

Moc si vážím Vašeho času a děkuji za vyplnění dotazníku

Pavla Svárovská

1. **Vepište prosím datum svého narození:**

2. **Ve kterém roce jste podstoupila odnětí dělohy (hysterektomii):**

3. **Jakým způsobem byla odstraněna děloha?**
 - a) Vaginální hysterektomie (přes pochvu bez vpichů na břicho)
 - b) Abdominální hysterektomie (řezem přes břicho)
 - c) Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (vpichy na břicho)
 - d) Totální laparoskopická hysterektomie (vpichy na břicho)
 - e) Nevím

4. **Byly Vám zároveň s dělohou odebrány i vaječníky?**
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

5. **Jaký byl důvod podstoupení hysterektomie?**
 - a) Myomy
 - b) Sestup pánevních orgánů
 - c) Silná a bolestivá menstruace
 - d) Jiné:

6. **Pocítujete po operaci nějaké problémy? (odpověď s více možnostmi)**
 - a) Únik moči
 - b) Bolesti
 - c) Psychické změny
 - d) Sestup pánevních orgánů
 - e) Ne, žádné problémy nepocítuji
 - f) Jiné:

7. Za jak dlouho po operaci se potíže z bodu 6 vyskytly? (v případě zakroužkování bodu e pokračujte k otázce 9)

Příklad: únik moči – 2 roky po operaci

.....

8. V této otázce zhodnoťte, v čem Vás vybrané problémy v otázce 6 omezují během typického dne.

	Ne vůbec neomezuje	Ano trochu omezuje	Ano velmi omezuje
a) Lehká námaha (nošení běžného nákupu)	1	2	3
b) Středně těžká námaha (luxování, jízda na kole ...)	1	2	3
c) Těžká námaha (běh, zvedání těžkých předmětů...)	1	2	3
d) Vyjít do schodů jedno patro	1	2	3
e) Vyjít do schodů několik pater	1	2	3
f) Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g) Chůze po rovině pár desítek metrů	1	2	3
h) Chůze po rovině pár set metrů	1	2	3
i) Chůze po rovině do jednoho kilometru	1	2	3
j) Sebepečce bez pomoci jiné osoby (koupání, oblékání)	1	2	3

9. Trpěla jste únikem moče (inkontinencí) již před operací?

- a) Ano
- b) Ne

10. Pociťujete po operaci změnu v chápání sebe sama?

- a) Ano
- b) Ne

11. Jste spokojena s vymizením menstruace po operaci?

- a) Ano
- b) Ne

12. Změnil se Váš vztah s manželem/partnerem po operaci?

- a) Ano
- b) Ne

13. Stydíte se před manželem/partnerem?

- a) Ano
- b) Ne

14. Liší se Váš nynější sexuální život s tím před operací, pokud ano, jak?

- a) Ano
- b) Ne

15. Prožíváte po operaci negativní pocity (např. rozmrzelost, úzkosti, deprese apod.)?

- a) Ano, ale před operací jsem jimi trpěla také
- b) Ano, ale před operací jsem jimi netrpěla
- c) Ne, tyto pocity nepociťuji

16. Chtěla byste po operaci dostat letáček s bližšími informacemi například o rekonvalescenci, vhodných cvicích nebo životosprávě?

- a) Ano, ráda bych si jej přečetla v klidu doma
- b) Ne, všechny informace, které jsem po operaci obdržela mi stačily ústně

Následující otázky ohodnoťte na škále 1-5

17. Myslíte si, že se váš život stal kvalitnějším po operaci než byl před ní?

- a) 1 – ano, maximálně
- b) 2 – ano, hodně
- c) 3 – ano, středně
- d) 4 – ano, ale jen trochu
- e) 5 – vůbec ne

18. Ohodnoťte kvalitu Vašeho nynějšího života

- a) 1 – velmi dobrá
- b) 2 – dobrá
- c) 3 – ani dobrá ale ani špatná
- d) 4 – špatná
- e) 5 – velmi špatná

19. Do jaké míry jste se svým nynějším zdravím spokojena?

- a) 1 – velmi spokojena
- b) 2 – spokojena
- c) 3 – ani spokojena ani nespokojena
- d) 4 – nespokojena
- e) 5 – velmi nespokojena

20. Pociťujete, že máte nyní dostatek energie, pro každodenní činnosti ve svém životě?

- a) 1 – ano, maximálně energie
- b) 2 – ano, hodně energie
- c) 3 – ano, středně
- d) 4 – ne, mám jen trochu energie
- e) 5 – nemám skoro vůbec energii

21. Těší Vás život, který žijete?

- a) 1 – ano, maximálně
- b) 2 – ano, hodně
- c) 3 – ano, středně
- d) 4 – ano, ale jen trochu
- e) 5 – ne, vůbec mě netěší

f) Jak byste ohodnotila Vaši schopnost se pohybovat

- a) 1 – bez potíží
- b) 2 – s drobnými obtížemi, bez pomoci cizí osoby
- c) 3 – s velkými obtížemi, bez pomoci cizí osoby
- d) 4 – s velkými potížemi, s mírnou dopomocí cizí osoby
- e) 5 – s velkou pomocí cizí osoby

Ještě jednou Vám velmi děkuji za vyplnění dotazníku