

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2016

Bc. Petra Wolfová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Spokojenost s kosmetickým výsledkem po gynekologických operacích

Bc. Petra Wolfová

Diplomová práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra Wolfová**
Osobní číslo: **Z14266**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu: **Spokojenost s kosmetickým výsledkem po gynekologických operacích**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

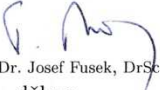
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. DOLEŽAL, A., a kol. Porodnické operace. Praha: Grada, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
2. KOLAŘÍK, D.; HALAŠKA, M.; FEYEREISL, J. Repetitorium gynekologie. Praha: Maxdorf, 2011. 1032 s. ISBN 978-80-7345-267-4.
3. KRŠKA, Z., a kol. Techniky a technologie v chirurgických oborech. Praha: Grada, 2011. 262 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
4. ROB, L.; MARTAN, A.; CITTERBART, K. Gynekologie. Praha: Galén. 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
5. ROZTOČIL, A., a kol. Moderní gynekologie. Praha: Grada, 2011. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
6. SCHNEIDEROVÁ, M. Perioperační péče. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

Vedoucí diplomové práce: Dr. med. Germund Hensel, Ph.D.
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2014
Termín odevzdání diplomové práce: 6. května 2016


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2016

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 02. 05. 2016

Bc. Petra Wolfová

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu práce panu primáři Dr. med. Germundu Henselovi, Ph.D. za podporu, trpělivost, cenné rady a připomínky při zpracování diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat panu Prom. mat. Bohuslavu Slípkovi, CSc. za pomoc při statistickém zpracování. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svým blízkým za velkou podporu při tvorbě této práce a při studiu na vysoké škole.

Děkuji.

ANOTACE

Diplomová práce je věnována tématu Spokojenost s kosmetickým výsledkem po gynekologických operacích a je rozdělena na dvě části. Teoretická část práce je zaměřena na oblasti týkající se gynekologických operací, jizev a dále je tato část práce věnována problematice ran a komplikacím, které jsou s hojením rány spojené. Praktická část diplomové práce se zabývá hodnocením výsledků dotazníkového výzkumného šetření, které bylo realizováno v pěti gynekologických ordinacích. Šetření bylo zaměřeno na spokojenost žen s jejich jizvou po velké gynekologické operaci nebo císařském řezu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Abdominální operace, laparoskopická operace, spokojenost, rána, jizva, incize, sutura.

TITLE

Satisfaction with cosmetic results after gynecological surgery.

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the satisfaction of the cosmetics results after surgical procedures in gynecology. The diploma thesis is divided into two parts. The first part is the theoretical one and describes the main gynecological operations, scars and problems caused by complications associated with the wounds healing. The second part of the diploma thesis (the practical part) presents the results of the research realized by a questionnaire in five gynecological offices. The main intention of the questionnaire research was to find out the women's satisfaction with the scars after gynecological surgery incl. Caesarean section.

KEYWORDS

Abdominal surgery, laparoscopic surgery, satisfaction, scar, incision, suture.

OBSAH

SEZNAM ILUSTRACÍ	10
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK	12
ÚVOD	12
1 Operativní léčba	15
1.1 Operační přístupy	16
1.2 Předoperační příprava	18
1.3 Vliv operace na psychiku ženy	19
2 Gynekologické operace	20
2.1 Operace na adnexech	20
2.2 Operace u mimoděložního těhotenství	22
2.3 Operace na děloze	23
2.4 Chronická pánevní bolest a endometrióza	24
2.5 Operativní terapie inkontinence	24
2.6 Operativní terapie sestupu orgánů malé pánve	25
2.7 Sectio caesarea	25
3 Incize rány	26
3.1 Podélné – longitudinální řezy	26
3.2 Příčné řezy	27
3.3 Volba a provedení řezu při sekci	28
3.4 Zásady břišní incize	28
4 Sutura rány	30
4.1 Chirurgická vlákna	30
4.2 Chirurgické jehly	31
4.3 Typy sutur	31
5 Hojení rány	32
5.1 Operační rána a její hojení	32

5.2	Poruchy hojení operační rány.....	34
5.2.1	Krvácení v ráně.....	34
5.2.2	Infekce v ráně.....	35
5.2.3	Dehiscence rány.....	35
5.2.4	Ostatní komplikace spojené s ránou.....	36
5.2.5	Operace a obezita.....	36
6	Jizva.....	37
6.1	Faktory ovlivňující vzhled jizvy.....	37
6.2	Vztah kožní incize a sutury k jizvě.....	38
6.3	Kosmetický efekt.....	38
6.4	Proces hojení a vznik různých typů jizev.....	38
6.5	Terapie jizvy.....	39
	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	41
7	Cíle výzkumu.....	42
8	Výzkumné otázky a testování hypotéz.....	43
9	Vlastní výzkumné šetření.....	44
9.1	Použitá metoda výzkumu.....	44
9.1.1	Dotazník.....	44
9.2	Organizace výzkumného šetření.....	44
9.3	Charakteristika respondentek.....	45
9.4	Zpracování a vyhodnocení získaných dat.....	45
10	Prezentace výsledků.....	46
11	Analýza výzkumných otázek.....	59
12	Diskuze.....	66
13	Závěr.....	75
	SEZNAM LITERATURY.....	77
	PŘÍLOHY.....	81

SEZNAM ILUSTRACÍ

Tabulka 1 Rozdělení respondentek dle věku	46
Tabulka 2 Rozdělení respondentek podle BMI	47
Tabulka 3 Operační přístup.....	47
Tabulka 4 Typ operačního řezu	48
Tabulka 5 Časové období po operaci.....	48
Tabulka 6 Důvod k operaci.....	49
Tabulka 7 Plánovaný operační zákrok.....	50
Tabulka 8 Vysvětlení pooperační péče o jizvu.....	50
Tabulka 9 Péče o jizvu.....	50
Tabulka 10 Použití vstřebatelných stehů	51
Tabulka 11 Typ použitých stehů.....	51
Tabulka 12 Bolest v jizvě	51
Tabulka 13 Výskyt problémů s hojením jizvy.....	53
Tabulka 14 Omezení ve spojitosti s jizvou.....	54
Tabulka 15 Spokojenost s výsledkem jizvy.....	56
Tabulka 16 Zámka jizvy	58
Tabulka 17 Přání odstranění jizvy	58
Tabulka 18 Kontingenční tabulka Věk respondentky a její spokojenost s jizvou	59
Tabulka 19 Kontingenční tabulka BMI respondentky a její spokojenost s jizvou	60
Tabulka 20 Kontingenční tabulka Vliv operačního postupu na spokojenost s jizvou.....	61
Tabulka 21 Pearsonův Chí-kvadrát – Zvolený operační přístup x spokojenost s jizvou.....	61
Tabulka 22 Kontingenční tabulka Zvýšená péče o jizvu a spokojenost s jizvou	62
Tabulka 23 Kontingenční tabulka Vliv stehů na spokojenost s jizvou.....	63
Tabulka 24 Pearsonův Chí – kvadrát – Vstřebatelnost stehů x spokojenost žen s jizvou	64
Tabulka 25 Pearsonův Chí – kvadrát – Technika sutury x spokojenost žen s jizvou.....	64
Tabulka 26 Kontingenční tabulka Vliv problémů s hojením na spokojenost s jizvou	64
Tabulka 27 Pearsonův Chí – kvadrát – Problémy s hojením x spokojenost žen s jizvou	65

Obrázek 1 Grafické znázornění subjektivního hodnocení jizvy	52
Obrázek 2 Grafické znázornění výskytu problémů při hojení jizvy	53
Obrázek 3 Grafické znázornění výskytu omezení spojených s jizvou	55
Obrázek 4 Grafické znázornění nejméně přijatelné jizvy po LPS	56
Obrázek 5 Grafické znázornění frekvence nespokojenosti s jednotlivými faktory	57
Obrázek 6 Vancouver Scar Scale.....	82

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ATB	Antibiotika
BMI	Body Mass Index
DSL	Dolní střední laparotomie
GEU	Gravidita extrauterina
GIT	Gastrointestinální trakt
HSL	Horní střední laparotomie
HSL+DSL	Horní střední laparotomie + dolní střední laparotomie
IMCHV	Infekce v místě chirurgického výkonu
lig.	Ligamentum
LPS	Laparoskopie
m.	Musculus
SC	Sectio caesarea
UZ	Ultrazvuk

ÚVOD

„Jizva nikdy není ošklivá. Nám musí všechny jizvy připadat krásné, protože mrtvým se jizvy nedělají. Jizva znamená, že jste to přežili...“

Chris Cleave

Díky stále se zlepšujícím diagnostickým metodám a povinným preventivním prohlídkám dochází k časnějším a přesnějším indikacím k operační léčbě. S vývojem laparoskopické techniky se snižuje invazivita operací a rozsah operačních řezů a jizev. Bohužel stále ještě člověk ne vynalezl takovou operační techniku, po které by nevznikla památka na celý život – jizva. Výjimkou jsou tedy operace, během kterých vzniká jizva „neviditelná“ např. operace vaginální či operace dutiny nosní, ústní nebo konečníku.

Jizva- latinsky cicatrix- je výsledným a většinou trvalým stavem hojení porušené kožní integrity. Vznik jizvy je nezbytným důsledkem každé operace. Péče o jizvy by měla být předmětem edukace pacientů, protože výsledný kosmetický efekt je pro další život (a to nejen u žen) velice podstatný (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 58).

Každá gynekologická operace je pro ženu jistě psychicky náročná. Mnoho žen má obavy, že bude vlivem operace narušena jejich ženskost. Je velmi důležité uvědomit si, že žena mnohdy více hodnotí a věnuje větší pozornost „makroskopickému“ kosmetickému výsledku po operaci než samotnému „mikroskopickému“ operačnímu výsledku. S nadsázkou lze tvrdit, že někdy žena operátora posuzuje spíše z hlediska toho, jakou jizvu jí na břicho „vytvořil“ než z hlediska toho, zda jí pomohl vyřešit problém týkající se její diagnózy.

Velká pozornost po operaci je věnována především zdravotnímu stavu ženy (což je samozřejmé a správné) a tomu jak daná operace dopadla a jaké výsledky přinesla. Bohužel si ale málokdo uvědomuje, jak těžce žena nese právě vznik jizvy, který je s invazivním zákrokem spojen a této oblasti je věnováno minimum pozornosti. Klientka je odoperována, je propuštěna do domácího ošetření a rehabilituje. Ale tomu, co jí bude celý zbytek jejího života absolvovanou operací připomínat, čili jizvě, je věnována pozornost pouze sporadicky. Mnohdy jediný nepříjemný důsledek operace je právě vznik jizvy. Je až překvapivé, co taková jizva na břicho může pro ženu znamenat a jaké jí může po zbytek života přinášet problémy nebo ji nějakým způsobem (nejen) v osobním životě omezovat. Mnohdy může být jizva spojena s bolestí, nepříjemnými pocity či studem. Vždyť právě vzhled a spokojenost s vlastním tělem je pro sebevědomí a psychickou pohodu ženy jedním

z nejdůležitějších faktorů. Právě z tohoto důvodu je diplomová práce této problematice věnována.

Samotná diagnóza, indikace a druh operačního výkonu již z velké části předurčuje, jaká jizva pravděpodobně po operaci vznikne, jakého bude charakteru. To, jak bude jizva vypadat a jak se bude hojit, ovlivňuje mnoho faktorů. Od operační techniky, šetrnosti a zručnosti operátora, materiálů použitých k sutuře rány, přes péči a ošetřování jizvy až například po přidružené choroby. Právě zjištění toho, jaké faktory ovlivňují spokojenost žen s jejich jizvou a výsledný kosmetický efekt jizvy a do jaké míry lze tyto faktory ovlivnit, bylo předmětem této diplomové práce.

Tato práce je psána s vědomím, že samozřejmě nelze ovlivnit diagnózu ženy a s tím spojený postup a způsob operace, který bude muset vzhledem ke svému zdravotnímu stavu podstoupit. Mnohdy ani nelze ovlivnit, jaký typ operace nebo jaký druh řezu bude muset být pro účely efektivního výsledku operace použit. Ale do jisté míry lze s mnoha faktory pracovat a ovlivnit je. Například jaké budou použity materiály k sutuře a ošetření rány nebo to, jak bude o jizvu pečováno. Ovlivněním těchto faktorů by bylo nejspíše možné eliminovat nepříznivý kosmetický efekt jizvy a s ním spojené další problémy, které ženě nevhledná či bolestivá jizva přináší. Bylo by možné tak zkvalitnit výsledný kosmetický efekt jizev a snížit do jisté míry obavy ženy, jaké vizuální následky jim operace přinese.

Velmi mne zajímalo, jaký názor mají ženy na svou jizvu a jak ji vnímají, popřípadě jaké problémy ženě její jizva způsobuje. Z tohoto důvodu jsem si toto téma ke zpracování diplomové práce vybrala. Téma je velmi aktuální, ale bohužel zatím ne příliš probádané.

Diplomová práce se skládá z části teoretické a praktické. V první části je důkladně popsána problematika gynekologických operací, ošetřování rány, problematika jizev a hojení ran. V praktické části jsou zahrnuty výzkumné cíle, metodika výzkumu a výsledky výzkumu se závěrečným shrnutím. Hlavním cílem je zjistit zda jsou ženy se vzniklou jizvou spokojeny a do jaké míry a jaké faktory jejich spokojenost ovlivňují. Záměrem diplomové práce je zjistit, zda lze faktory, které mají vliv na spokojenost žen s jejich jizvou, ovlivnit.

CÍLE PRÁCE

Diplomová práce se zabývá problematikou jizev vzniklých po velkých gynekologických operacích a císařských řezech a především tím, jak jsou ženy s výsledným kosmetickým efektem jizvy spokojeny.

Cílem teoretické části práce bylo přehledně zmapovat a zpracovat problematiku gynekologických operací a císařského řezu, chirurgických ran a jizev. Hlavním cílem teoretické části bylo nastudování problematiky týkající se daného tématu a využít tyto poznatky v praktické části diplomové práce.

Cíle praktické části práce byly tyto:

1. Zjistit do jaké míry jsou ženy spokojeny s výsledkem jizvy.
2. Zjistit jaké faktory ovlivňují spokojenost žen s jejich jizvou.
3. Zjistit jak kosmetický výsledek ovlivňuje život ženy z bio-psycho-sociálního hlediska.

1 OPERATIVNÍ LÉČBA

Operace je diagnostická nebo léčebná metoda, kdy je zasahováno do integrity organismu nemocného. Při většině chirurgických výkonů dochází k porušení celistvosti tělesného povrchu. Indikací se rozumí rozhodnutí o provedení operace. Ta může být absolutní (nemocného nelze léčit jiným způsobem) nebo relativní (kdy je možné nemocného léčit i bez nutnosti operace). Operace je kontraindikována, pokud by vedla k horšímu výsledku než léčba konzervativní nebo pokud by byla riskantní natolik, že by mohlo dojít k poškození či dokonce smrti nemocného. Operace lze rozdělit dle různých kritérií na léčebné a diagnostické; aseptické a septické; paliativní a radikální; urgentní, akutní a plánované (Michalský, Volfová, 2008, s. 7; Schneiderová, 2014, s. 19).

Plánované operace se provádějí v době, která vyhovuje jak pacientovi, tak i nemocničnímu oddělení. Lékař při ambulantní schůzce podrobně pacientovi vysvětlí rozsah zákroku a seznámí ho s riziky a přínosy tohoto zákroku. Mezi touto návštěvou a přijetím k výkonu samotnému mohou uplynout dny až měsíce. Během této doby jsou provedena veškerá potřebná vyšetření (Nicholls, Wilson, 2006, s. 31).

Neodkladné operace se značně liší od výkonů plánovaných. Základní diagnóza pacienta může být neznámá a rozsah chystaného zákroku nejistý. Čas na předoperační přípravu bývá při akutním výkonu omezený. Neodkladné operace přináší větší riziko morbidity a mortality (Nicholls, Wilson, 2006, s. 34).

Diagnostické operace jsou prováděny v případě, kdy je potřeba zjistit příčinu onemocnění nebo k potvrzení diagnózy (např. odběr bioptického materiálu). Terapeutické výkony mají za cíl odstranit chorobný proces orgánu či jeho části. V případě, že je terapeutická operace úspěšná, jedná se o výkon radikální. Pokud je neúspěšná, může se jednat o výkon paliativní, který onemocnění neléčí, ale pouze zmírňuje jeho symptomy. Obecně lze uvést dále výkony rekonstrukční (většinou plastické výkony, jejichž účelem je obnovení traumatizovaných nebo jinak malfunkčních tkání); transplantace a výkony estetické. Pokud je výkon proveden u pacienta, který není hospitalizovaný, jedná se o operace ambulantní, naopak velké operační výkony vyžadují hospitalizaci pacienta. Plánované neboli elektivní výkony jsou takové, které jsou indikovány pro chronické onemocnění, které nejde řešit konzervativně. Akutní operační výkony je nutné provést co nejdříve po stanovení diagnózy a po provedení nezbytně nutných předoperačních vyšetření. V případě akutních výkonů se předoperační příprava zužuje jen na to nejnutnější. Urgentní operační výkony jsou

takové, které nesnesou odklad, protože bezprostředně ohrožují pacienta na životě (Jedličková, 2012, s. 193; Schneiderová, 2014, s. 19 - 20).

Před operačním výkonem musí být pacient plně informován o svém onemocnění, seznámen se všemi možnostmi léčby a se všemi možnými riziky. Lékař je povinen srozumitelně pacientovi poskytnout informace o operačním postupu; o očekávaných výsledcích včetně doby léčby a doby rehabilitace; o veškerých rizicích spojených s operací a anestezií. Dále musí lékař sdělit předpokládaný definitivní zdravotní stav po léčbě včetně trvalých následků, jako jsou například jizvy. Pacientovi je z psychologického hlediska nutné poskytnout informace o možnostech řešení jeho trvalých následků (Schneiderová, 2014, s. 24).

1.1 Operační přístupy

Úspěch každé gynekologické operace vyžaduje dvě základní podmínky. Přesnou klinickou indikaci, která zahrnuje také zvážení všech okolností a technických možností, které s výkonem souvisí. Druhou podmínkou je dokonalé zajištění lidským faktorem, což zahrnuje znalost anatomie a jejích odchylek; operační dovednost; odpovědnost; umění předvídat a znalost instrumentů (Kobilková, Živný, 2000, s. 42).

Laparoskopie

Laparoskopie je operace, při které je přímá vizualizace operovaného orgánu nahrazena zprostředkováním obrazu pomocí zavedené optiky a projekcí tohoto obrazu na obrazovku – monitor (Roztočil, 2011, s. 397).

Tato technika přinesla podstatné změny v oboru gynekologie a částečně i v porodnictví. Zkrátila se doba pro diagnostiku i pro samotné provedení zákroku. Snížila se invazivita výkonů a otevřely se nové možnosti pro řešení některých patologických stavů (Holub, Kužel, 2002, s. 36).

Laparoskopické výkony se provádějí z diagnostického i terapeutického účelu. Základním rysem laparoskopických technik je snaha o minimalizaci operačního traumatu pacienta, zejména podstatnou redukcí operačního přístupu. Klasická laparotomie je u těchto miniinvazivních operací nahrazena „bodovými“ vstupy trokarů, které slouží pro zavedení optiky a instrumentária. V případě potřeby mohou být tyto porty doplněny minilaparotomií. Nové diagnostické a zejména laparoskopické metody výrazně ovlivnily rozsah gynekologické abdominální operativy. Zpřesnily indikace k operacím a lépe zabezpečily předoperační přípravu pacientek. Celá řada operací, které byly dříve rutinně prováděny abdominálně, jsou

přeneseny do oblasti laparoskopické operativy (Krška, 2011, s. 155 – 157, 160; Schneiderová, 2014, s. 199).

Nižší traumatizace tkání je spojována s potenciálem redukce komplikací, s příznivějším pooperačním průběhem a zkrácením délky hospitalizace. Snaha o minimalizaci operačního přístupu u čistě laparoskopických operací vedla k snaze o redukci laparoskopických vstupů. Jednou z možností je zmenšení průměrů trokarů a instrumentů. Jinou možností je snížení počtu vstupů. Je snaha využít pouze malé incize. Tato incize je z kosmetických důvodů nejčastěji umisťována do oblasti pupku - paraumbilikálně. Samotná laparoskopická operace nejčastěji probíhá jako čistě laparoskopický výkon nebo výkon laparoskopicky asistovaný. Při laparoskopicky asistované operační technice je část výkonu prováděna pouze laparoskopicky a část operace probíhá s využitím minilaparotomie. Jako konverze laparoskopické operace je označována situace, kdy operační výkon nelze z různých důvodů dokončit laparoskopickými technikami (Krška, 2011, s. 155 – 157, 160; Schneiderová, 2014, s. 199).

Laparoskopie se provádí při sterilitě či infertilitě; při podezření na endometriózu; pro chronickou pánevní bolest; k vyloučení nebo potvrzení a léčbě GEU; k diagnostice tumorů; diagnostice cizích těles v dutině břišní; jako second look laparoskopie při léčbě nádorů, při torzi adnex či ruptuře ovariální cysty; při biopsii suspektního ložiska; adhezi v malé pánvi a v dutině břišní nebo při podezření na poranění orgánů malé pánve a břicha (Holub, Kužel, 2002, s. 36).

Komplikacemi laparoskopické operace mohou být poranění cév nebo orgánů dutiny břišní či komplikace související s pneumoperitoneem (Pafko, 2006, s. 21).

Laparotomie

Laparotomie znamená otevření peritoneální dutiny řezem. V gynekologii se nejčastěji užívá dolní střední laparotomie a Pfannenstielův řez. Hlavní nevýhodou otevřené chirurgie je nutnost rozsáhlého operačního přístupu k postiženému místu. Laparotomický přístup musí být tak velký, aby operující lékař mohl ranou prostrčit alespoň jednu ruku, což v praxi znamená laparotomický řez dlouhý alespoň 14 cm (Michalský, Volfová, 2008, s. 24; Schneiderová, 2014, s. 199).

Přístup do břišní dutiny musí být takový, aby z něho operatér mohl bezpečně ošetřit a vyšetřit postižený orgán. Bezpečnost pacienta musí být vždy nadřazena kosmetickému výsledku (Pafko, 2006, s. 22).

Operačních přístupů do břišní dutiny je popsáno mnoho. Při volbě řezu se musí zvážit uložení cílového orgánu, váha nemocného a vlastní zkušenost (Pařko, 2006, s. 22).

Laparotomie vs. laparoskopie

Laparotomie s sebou přináší široký operační přístup, ochlazování operačního pole či peroperační traumatizaci tkání tahem háků. Tyto faktory pak vedou k pooperačním změnám jako je například bolest operační rány či otok rány. Snížení operační zátěže a bolestí po operaci lze dosáhnout zmenšením přístupových cest do dutin. Miniinvazivní přístup vede ke sníženému počtu komplikací operační rány, kontakt operačního týmu s krví nemocného je omezen, je zkrácena doba hospitalizace nemocného a umožňuje jeho častější návrat k fyzickým i pracovním aktivitám. Většinou bývá lepší i kosmetický vzhled operačních jizev. Lze konstatovat, že některé endoskopicky vedené operace jsou pro pacienta velkým přínosem (Michalský, Volfová, 2008, s. 24; Schneiderová, 2014, s. 199).

1.2 Předoperační příprava

Cílem přípravy je vytvořit pro nemocného optimální podmínky ke zvládnutí operace i pooperačního průběhu. Rozsah přípravy je dán zdravotním stavem pacienta a operačním výkonem (Šváb, 2008, s. 34).

Pacient musí být před laparoskopií seznámen s postupem i s možností případné konverze laparoskopické operace v operaci abdominální. Velmi důležitá je též příprava operačního pole. Stále se diskutuje o holení operačního místa. Holení večer před operací zvyšuje jistě riziko infekce. Vhodné je tedy holení bezprostředně před operací. U operace laparoskopické je nutno věnovat zvýšenou pozornost hygieně v oblasti pupku. Bandáže dolních končetin jsou nezbytné. Velmi důležitá je také dobrá fixace pacienta na operačním stole (Pařko, 2006, s. 16; Wendsche, Pokorná, 2012, s. 82; Kolařík, 2011, s. 916).

Základní předoperační příprava před abdominální gynekologickou operací zahrnuje klyzma, oholení operačního pole a celkovou koupel. Tyto všechny úkony se provádějí před podáním premedikace. Dále se podávají vitální naordinované léky. Pacientka nesmí jíst 6 hodin před vlastním výkonem. Příjem tekutin má být ukončen 3 hodiny před operací. Pacientka sundá veškeré šperky, zubní protézu, piercing a tyto věci jsou jí uschovány. Pacientka se před operací nelíčí (Kobilková, Živný, 2000, s. 26).

1.3 Vliv operace na psychiku ženy

Již před začátkem hospitalizace může být pacientka ve stresu. Očekávaný operační výkon, který má podstoupit, je u všech nemocných spojen s pocity úzkosti a strachu. Podstoupení výkonu, který má za následek určitou změnu tělesného vzhledu je velmi stresující. Proto by zdravotnický personál neměl nic považovat za samozřejmé. Pacientce je třeba vysvětlit rizika zákroku a obdržet její souhlas. Lidé se velmi liší v tom, kolik informací si v tomto ohledu přejí sdělit. Mnohdy jsou pacientky zahlceny velkým množstvím informací, které většinou ani nevnímají. Je tedy velmi vhodná kombinace edukačního letáku s ústním upřesněním. Pokud o to má však pacientka zájem (Nicholls, Wilson, 2006, s. 31-32; Wichsová, Příkryl, 2013, s. 134; Wendsche, Pokorná, 2012, s. 67).

Každé poranění na těle je spojeno s určitým stupněm emocionální odpovědi. Existují však tělesné oblasti, kde ženy vnímají poranění obzvláště citlivě. Mezi tyto oblasti patří například obličej, prs, břišní stěna a rodidla. Operace nemocných reprodukčních orgánů nebo jejich odstranění zahajuje u žen řetězec různých reakcí v jejich psychice. Ženy mají většinou pocit, že bude ohroženo nejen jejich zdraví, ale také funkce reprodukčního systému v manželském životě. Žena si uvědomuje, že bude operací, kterou podstoupí na určitou dobu vyřazena z funkce ženy, manželky a matky. Dále má obavy, že gynekologická operace výrazně ovlivní její sexuální život a naruší její sexualitu. Jakmile se žena cítí po operaci přitažlivá a uznává to i její okolí – partner, manžel, je vše na dobré cestě. Postrádá-li žena jakoukoliv psychickou podporu a pomoc v překonání operační zátěže a rehabilitace, může u ní vzniknout trvalé psychosomatické postižení, např. situace kdy ženy ztrácejí svou duální identitu a stěžují si na přetrvávající pánevní bolesti bez objektivního gynekologického nálezu (Kobilková, Živný, 2000, s. 268, 271, 274).

2 GYNEKOLOGICKÉ OPERACE

Gynekologické operace jsou invazivní, tkáňovou integritu organismu porušující chirurgické, diagnostické a terapeutické zákroky, které jsou prováděny na pohlavních orgánech ženy. Operace jako invazivní způsob léčby gynekologického onemocnění je indikována v případě, jde-li primárně o onemocnění jiným známým a účinným způsobem neléčitelné nebo jsou-li možnosti konzervativní terapie již vyčerpány. Pro pacientku jsou operace dle své povahy dosti zatěžující, a to jak v oblasti somatické, tak psychické. Při indikaci k operativní léčbě je nutné zvážit poměr prospěchu pro pacientku a následků možných komplikací (benefit risk ratio) (Roztočil, 2011, s. 396; Rob, 2008, s. 61).

Dle jednoho z pohledů se gynekologické operace rozdělují na malé a velké. Malé gynekologické operace jsou ty, které může provést jeden operatér, pacientka je v krátkodobé anestezii a pobyt ve zdravotnickém zařízení nepřesáhne 24 hodin. Jako velké gynekologické operace jsou označovány ty, kde je nutná přítomnost více členů operačního týmu. Pro velké operace také platí, že je klientka pod dlouhodobějším vlivem anestezie a po výkonu je nutná hospitalizace déle než jeden den (Roztočil, 2011, s. 396).

Dle operačního přístupu můžeme gynekologické operace rozdělit na laparotomické, laparoskopické, robotické a vaginální. Další samostatnou skupinou jsou operace porodnické (Krška, 2011, s. 150).

Přístup břišní stěnou neboli laparotomie znamená otevření peritoneální dutiny řezem v břišní stěně. Laparotomie dovoluje dokonalý pohled a přístup do operačního pole. Nevýhodou laparotomie je pooperační diskomfort z rozsahu operační rány, riziko vzniku kýly v jizvě a oblenění střevní peristaltiky (Rob, 2001, s. 63).

Další metodou užívanou při gynekologických operacích je laparoskopie. Tato metoda využívá vysoce specializovaného nástrojového a přístrojového vybavení. Umožňuje operovat z jednoho nebo více vpichů v dutině břišní bez nutnosti jejího širokého otevření. Laparoskopie dovoluje jak terapeutické, tak diagnostické zásahy. Zpravidla se provádí v celkové anestezii. Její výhodou je minimální mortalita, nízká morbidita, menší krevní ztráty a minimální pooperační diskomfort (Zeleníková, Vojkovská, 2005, s. 49).

2.1 Operace na adnexech

Operace na vejcovodu a zejména na ovariu vyžadují výborně technicky vybaveného a jemného operatéra. Operace na adnexech mohou být velmi složité a to například u pokročilých ovariálních tumorů a při postižení adnex zánětem či endometriózou. Jedná se o neodkladné a urgentní operační výkony, při kterých lze odstraňovat vaječník, vejcovod

nebo oba orgány najednou (adnexektomia), a to na jedné nebo obou stranách. U všech urgentních gynekologických výkonů na adnexech je důležité skutečně odstranit jen to, co je nezbytně nutné. Operační rozsah na děložních přívěscích závisí na druhu onemocnění, operačně technických podmínkách, věku nemocné a na tom, zda má děti. U mladých žen platí při operacích na děložních přívěscích snaha zachovat generační schopnost nebo hormonální funkci. V případě maligního onemocnění je nutný radikální přístup. Rozhodování o rozsahu výkonu na děložních přívěscích patří k nejobtížnějším úlohám v gynekologické operativě (Kobilková, Živný, 2000, s. 72; Schneiderová, 2014, s. 200).

Operace na vejcovodech

Nejčastějším důvodem operace na vejcovodu je mimoděložní těhotenství ve spojitosti obvykle se zánětlivými a pozánětlivými změnami. Jednou z operací na vejcovodu je salpingotomie neboli incize vejcovodu. Provádí se v případě mimoděložního těhotenství, kdy druhý vejcovod chybí či je neprůchodný a žena má přání otěhotnět. Další operací je salpingektomie neboli exstirpace vejcovodu. Jedná se o operační odstranění vejcovodu a je indikováno u GEU, především tam, kde mimoděložní těhotenství způsobilo rupturu vejcovodu a u zánětlivých změn nebo endometriózy (Kobilková, Živný, 2000, s. 72 – 73; Roztočil, 2011, s. 77).

Operace na vaječniku

Operace na vaječniku mohou být, co se rozsahu týká, záchovné (konzervativní) nebo radikální. Konzervativní operace na ovariu jsou prováděny u žen v generačním období. Záchovné operace spočívají především v odstranění benigních nádorů a dalším důvodem může být například endometrióza ovarií. Enukleace cystického či homogenního útvaru z ovaria patří též mezi záchovné operace. Radikální operace na ovariu neboli ooforektomie se provádí v případě, že nádorový proces postihuje celé ovarium. U mladých žen je při nejistotě, o jaký druh nádoru se jedná vhodné, provést pouze jednostrannou adnexektomii a vyčkat na histologické výsledky. Pokud se operují velké cystické tumory a benigní nádory, také je občas nutné odstranit vaječník celý (Kobilková, Živný, 2000, s. 77, 80; Roztočil, 2011, s. 351).

Torze cystických útvarů a adnex

Tato komplikace se vyskytuje převážně u žen v generačním období a u žen s astenickým habitem. Na vzniku torze adnex se podílejí také ovariální a paraovariální cysty. Obvykle bývají postižena jen jedna adnexa. Pozdní diagnóza torze adnex může vést k nekróze a vyústit až v peritonitidu. Adnexa lze zachránit včasnou diagnostikou a detorzí (Kobilková, Živný, 2000, s. 90; Holub, Kužel, 2005, s. 71).

Adnexektomie

Jedná se o operaci, kdy je odstraněn vejcovod i s vaječníkem. Tato operace je prováděna například z onkologických indikací, při torzi adnex, u zánětlivých a pozánětlivých změn na adnexech nebo u GEU, kdy nemohl operatér uvolnit ovarium z adhezí. U děložních karcinomů je adnexektomie prováděna spolu s hysterektomií. Dále se tento výkon provádí profylakticky u žen v postmenopauze u kterých je indikována hysterektomie nebo v případě zhoubného bujení mammy (Kobilková, Živný, 2000, s. 75; Roztočil, 2011, s. 170).

Tubární sterilizace

Chirurgická okluze vejcovodů se považuje za nejběžnější metodou trvalé antikoncepce v rozvinutých zemích. Výsledkem sterilizace je nevratná kontracepce. Operovány jsou ženy, kterým jsou antikoncepční přípravky kontraindikovány, či se staly neúčinnými a těhotenství opakovaně nezabránilo. Dále je indikací takový zdravotní stav ženy, který je trvalý a těhotenstvím by se podstatně zhoršil. Dnes je většina sterilizací prováděna laparoskopickou cestou. Tento způsob operování má nesporné přednosti a výhody, jako je krátká doba hospitalizace, malý řez dlouhý 1-2 cm a krátká doba pracovní neschopnosti (Kobilková, Živný, 2000, s. 94; Roztočil, 2011, s. 409).

2.2 Operace u mimoděložního těhotenství

Pokud těhotenství niduje mimo děložní dutinu, jedná se o ektopickou graviditu neboli mimoděložní těhotenství. Nejčastěji se GEU vyskytuje ve vejcovodu. Chirurgická léčba GEU se řídí místem usídlení plodového vejce. GEU vyskytující se v istmické části vejcovodu poměrně často končí rupturou stěny vejcovodu spojenou s hemoperitoneem a hemoragickým šokem. Včasná diagnostika GEU umožňuje nejšetrnější operační přístup, a to laparoskopickou cestou, která je volena jako zlatý standard v řešení GEU (Kobilková, Živný, 2000, s. 105; Holub, Kužel, 2005, s. 67).

2.3 Operace na děloze

Operace na děložním těle

Pro operace na těle děložním je nejvhodnější zvolit abdominální přístup, který se užívá častěji než přístup vaginální cestou. Nejčastějšími důvody operace na děložním těle jsou nezhoubné novotvary, endometrióza a zhoubné novotvary nebo samotné odstranění dělohy. Výkon na děložním těle může být konzervativní nebo radikální (Kobilková, Živný, 2000, s. 130; Roztočil 2011, s. 402).

Operace děložních myomů

Myom je benigní nádor vznikající proliferací svaloviny děložní. Jedná se o nádor hormonálně závislý. Myomy mohou růst do dutiny děložní submukózně nebo pod peritoneum a poté se z nich vyvíjejí myomy stopkaté. Myomy, které se nacházejí v děložní svalovině, se nazývají intramurální. Tyto myomy mohou ze zcela malých rozměrů dorůst do obrovských útvarů, které mohou vyplňovat nejen malou pánev, ale i oblast nad ní a nadbříšek. Myomy tohoto typu mohou dislokovat cervix, děložní fundus, adnexa i závěsný děložní aparát (Schneiderová, 2014, s. 191).

Myomy mohou růst do okolí dělohy, pod peritoneum či retroperitoneálně. Operace atypicky uložených děložních myomů patří k jedněm z nejnáročnějších v gynekologické operativě. O indikaci a rozsahu operačního výkonu rozhoduje nejen uložení myomu, ale také věk pacientky a to, zda by ponechání dělohy mělo pro ženu zvláštní význam. U žen mezi 20 – 30 lety, které ještě nemají děti, ale otěhotnět chtějí, se volí konzervativní operace, enukleace myomu (Kobilková, Živný, 2000, s. 133; Schneiderová, 2014, s. 191).

Hysterektomie

Hysterektomie je operace, při které je provedena exstirpace celé dělohy tj. cervix a tělo. Existují dvě varianty hysterektomie, a to jednoduchá (prostá) a rozšířená hysterektomie. Jednoduchá hysterektomie spočívá v operování co nejbližší dělohy a podle stavu adnex mohou být při operaci ponechány nebo odstraněny. Indikací k prosté hysterektomii jsou například benigní změny a prekancerózy endometria, děložní myomatóza se současnými změnami na cervixu, recidivující krvácení u žen v preklimakteriu a klimakteriu, chronické záněty adnex. Další indikací je karcinom endometria, který je omezen pouze na endometrium nebo s invazí menší než do poloviny myometria (stadium IA, IB). U vyšších stupňů rozšíření zhoubného bujení nebo postihuje-li bujení z endometria cervix, je prováděna rozšířená hysterektomie. Při rozšířené hysterektomii se operuje co nejdále od dělohy. Při tomto typu hysterektomie je vyjmuta děloha i s parametrii, dále

je resekována minimálně jedna třetina horní části pochvy, je prováděna oboustranná adnexektomie, omentektomie, apendektomie a pánevní a suprapánevní lymfadenektomie. (Kobilková, Živný, 2000, s. 136; Schneiderová, 2014, s. 200).

Chirurgická léčba je u většiny gynekologických maligních nádorů základním a rozhodujícím léčebným přístupem (Rob, 2008, s. 180).

2.4 Chronická pánevní bolest a endometrióza

Chronická pánevní bolest je ta, která trvá déle než 6 měsíců. Pánevní bolest je častým příznakem nejen gynekologických onemocnění. Právě z gynekologických důvodů bývá pánevní bolest nejčastěji způsobena endometriózou, pánevními adhezemi či chronickými záněty. Pánevní záněty nejčastěji postihují ženy ve fertilním věku a přes 80 % mají na zánětu podíl sexuálně přenosné infekce. Endometrióza je benigní onemocnění, které je charakterizováno přítomností funkčního endometria mimo svou obvyklou lokalizaci v děloze. Vznik tohoto onemocnění není dosud jednoznačně objasněn. Kromě pánevní bolesti, dysmenorey a dyspareunie může endometrióza způsobovat také poruchy plodnosti. Diagnostika pánevní bolesti je prováděna zjištěním anamnézy, laboratorními vyšetřeními, UZ vyšetřením popřípadě diagnostickou laparoskopií. Laparoskopickou diagnostiku může ztěžovat přítomnost srůstů, které endometriózu často doprovázejí. Laparoskopie může být také součástí léčby. Například lze při ní odstranit ložiska endometriózy nebo rozrušit srůsty. Léčba endometriózy může být také provedena laparotomickou cestou. Laparotomie je volena v pokročilých stádiích endometriózy, pokud by byla laparoskopická metoda technicky velmi náročná a mohla by vést k nedostatečnosti chirurgického výkonu či poškození pacientky (Schneiderová, 2014, s. 188-190; Rob, 2008, s. 143-144; Roztočil, 2011, s. 130, 133).

2.5 Operativní terapie inkontinence

Inkontinence neboli samovolný únik moči je sociálním a hygienickým problémem, který je objektivně prokazatelný. Více než polovina všech forem inkontinencí jsou inkontinence stresové, v 20 % bývá kombinace urgentní a stresové inkontinence. Kromě konzervativní terapie inkontinence je možností léčby operační terapie. Operativní terapie má za úkol obnovit normální topografické vztahy v oblasti dolních cest močových a zejména stabilizaci uretry náhradou porušených pubouretrálních vazů tahuprostou suburetrální páskou z cizího materiálu. Zavedení suburetrální pásky se počítá k miniinvazivním zákrokům, vyžaduje jen velmi malé přístupy (Rob, 2008, s. 223, 237).

2.6 Operativní terapie sestupu orgánů malé pánve

Descensus orgánů neboli pokles a prolaps orgánů neboli úplný výhřez orgánů před rodidla jsou stavy, kdy defektním pánevním dnem sestupuje či prolabuje jeden či více orgánů malé pánve. Chirurgické operace prolapsu či descensu orgánů malé pánve lze rozdělit dle operačního přístupu na vaginální a abdominální. Princip tzv. sacrocolpopexis abdominalis je v upevnění poševního pahýlu protetickým materiálem k lig.longitudinale anterior v oblasti S1-S2. Další operací je kolpopexe dle Williamsa – Richardsona. Podstatou tohoto výkonu je závěs poševního pahýlu za fasciální pruhy z m.obliquus abdominis externus. Výhodou operace je, že se nevyužívá syntetických materiálů (Roztočil, 2011, s. 279; Hensel, Košťál, 2013).

2.7 Sectio caesarea

Jedná se o operativní vedení porodu, kdy se obchází pánevní cesty, výkon probíhá v krátkém čase a pánevní dno není narušeno. Tato operace řeší řadu patologických situací; uplatňuje se v urgentních situacích, kdy hrozí nebezpečí matce i plodu a je třeba těhotenství co nejdříve ukončit; snižuje rizika u hypoxického plodu. Žádná operace však není zcela bez komplikací, které mohou být životně nebezpečné. Anesteziologické příhody se značně redukuje užitím epidurální analgezie. U opakovaných sekcí hrozí vždy větší možnost vzniku trhlin dělohy v jizvě, či možnost vzniku placentae accretae v příštím těhotenství. Po každé laparotomické operaci existuje větší riziko vzniku synechií (Doležal, 2007, s. 213).

Porodnické operace mohou mít dopad na držení těla ženy, hybnost, uložení orgánů, na tělesné i vegetativní funkce, fyzickou a psychickou výkonnost, vznik bolesti, sexuální život a na estetiku těla. Sectio caesarea se často provádí opakovaně. Při opakovaných laparotomiích vidíme i efekt minulého operačního výkonu (Doležal, 2007, s. 25).

3 INCIZE RÁNY

Volba incize pro gynekologickou operaci musí splňovat určité požadavky. Jedním z požadavků je zajištění snadného přístupu do operované oblasti. Dále je nutností zajistit vhodnou cestu pro předpokládanou operaci a možnost rozšíření incize pro nepředvídaný výkon. Správně provedená chirurgická incize by měla chránit nervy, zejména ty, které zásobují svaly, neboť hojení operační rány je lepší. Výběr incize by měl zajistit dobrý operační přístup, být založen na anatomických znalostech a měl by být základem pro spolehlivý uzávěr ranných ploch. Pokud je to možné, je vhodné vést řez ve směru štěpitelnosti kůže. Tím je zajištěn lepší vzhled jizvy a lepší hojení. Některé faktory však mohou ovlivnit rozhodnutí o místě provedení řezu. Těmito faktory mohou být například stav pacientky, fenotyp nemocné (obezita), místo předchozí laparotomie, akutnost operace a kosmetický efekt. V gynekologii je využíváno tří hlavních typů abdominálních řezů, a to podélné – longitudinální, příčné – transverzální a střídavé řezy (Kobilková, Živný, 2000, s. 46; Duda, 2000 s. 23).

Při laparotomii se volí v gynekologii nejčastěji suprapubický transverzální tzv. Pfannenstielův řez a dále dolní střední laparotomie. V onkogynekologii, kdy je indikována jednak lymfadenektomie různých rozsahů a revize orgánů peritoneální dutiny a retroperitonea, je volen ještě paraumbilikální řez a horní střední laparotomie (Roztočil, 2011, s. 396).

3.1 Podélné – longitudinální řezy

Dolní střední laparotomie

Dolní střední laparotomie (DSL) protíná všechny vrstvy stěny břišní od symfýzy po pupek. Výhodou DSL je možnost jejího rozšíření kraniálně, menší krvácení a lepší přístup do břišní dutiny. Nevýhodou tohoto řezu je tvorba hernií a horší kosmetický efekt. Jizva je po této incizi symetrická avšak časem se může její vzhled podstatně změnit. Jizva se může například rozestoupit nebo vklesnout pod úroveň břišní stěny (Pafko, 2006, s. 22; Roztočil, 2011, s. 396).

Incize poskytuje dokonalý přehled o malé a velké pánvi a také o celé břišní dutině. Důvodem pozdních komplikací hojení je omezené cévní zásobení z linea alba. Dalším faktorem komplikací je tlak na suturu příčnými a šikmými břišními svaly. Tento tlak se zvyšuje kašlem, náhlým či neúměrným pohybem (Kobilková, Živný, 2000, s. 47).

Tento řez je preferován v případě těchto indikací: při podezření na karcinom nebo při operaci, kdy je malignita potvrzena; při objemných nálezích v pánvi a dutině břišní;

v případě, že již v minulosti byla provedena DSL a u obézních pacientek (Kolařík, 2011, s. 926).

Paramediální řez

Ve srovnání s dolní střední laparotomií má tato incize mnoho výhod. Zajišťuje dostatečný pohled do malé pánve a je možné ji rozšířit jejím prodloužením až nad pupek. Incize je vedena asi 2,5 cm laterálně od střední čáry v relativně vaskularizované tkáni. Proto se tyto řezy poměrně dobře hojí. Nevýhodou však je špatný kosmetický efekt jizvy, z důvodu její asymetrie. Pokud musí pacientka podstoupit další operaci, neměla by mít nový řez na opačné straně, protože by bylo ohroženo cévní zásobení a rána by se špatně hojila. Tento řez je, stejně jako ostatní mediální řezy, vystaven laterálnímu napětí, které se u dlouhých řezů zvyšuje dýcháním. Napětí působí pacientce bolest (Kobilková, Živný, 2000, s. 48).

3.2 Příčné řezy

Pro gynekologickou chirurgii mají tyto řezy ve srovnání s řezy podélnými mnohé výhody. Poskytují vynikající kosmetický efekt. Incize je totiž vedena v místech kožní štěpitelnosti v tzv. Langrových kožních liniích. Jizva bývá velmi úzká a v případě, že je příčný řez umístěn pod linií pubického ochlupení, je jizva prakticky neviditelná. Pozdní rozestupy či kýly se při volbě tohoto řezu prakticky nevyskytují. Nevýhodou těchto řezů je, že neumožňují dokonalý přehled o dutině břišní a v případě potřeby je nelze tolik rozšířit (Kobilková, Živný, 2000, s. 51).

Pfannenstielův řez

Pfannenstielův řez je veden příčně na horním okraji ochlupení. Přesné místo pro provedení řezu je v podbříšku asi 2 cm nad stydkou sponou a 2 cm pod spina iliaca ventralis cranialis (superior). Řez je dlouhý 10-12 cm. Kratší řez je kontraproduktivní, někdy je však operatéry bohužel prováděn. Tento řez je dobrý pro získání dobrého přehledu o orgánech malé pánve. Jeho výhodou je výsledný kosmetický efekt a menší výskyt hernií. Právě z důvodu vynikajícího kosmetického efektu je u pacientek velmi oblíben (Paško, 2006, s. 27; Kobilková, Živný, 2000, s. 47.; Rozotčil, 2011, s. 397).

Hojení neohrožuje tah svalů z okolí. Z tohoto důvodu jsou pooperační dehiscence velmi vzácné. Nevýhodou je omezenější pohled do dutiny břišní. Není tedy vhodný pro operaci rozsáhlých nádorových onemocnění. Ve srovnání s dolní střední laparotomií bývá provedení tohoto řezu spojeno s větší krevní ztrátou (Kobilková, Živný, 2000, s. 51 - 52).

Küstnerův řez

Tato incize se od Pfannenstielova řezu liší tím, že se fascie otevírá podélně. Tato metoda v operativě gynekologické umožňuje omezený pohled na operační pole, často se však užívá v porodnictví (Kobilková, Živný, 2000, s. 52).

3.3 Volba a provedení řezu při sekci

Řezy ve střední čáře mají dnes své místo a jsou voleny v urgentních situacích; u obézních žen; u troj- a více četných gravidit; u žen, kterým byla již v minulosti z nějakého důvodu provedena laparotomie ve střední čáře; u posttraumatických stavů a dále v případech, kde se předpokládá revize břišních orgánů s eventuálním rozšířením řezu nad pupek. Incize ve střední čáře je tedy volena v případech, které vyžadují bezpečnost plodu a matky a estetická stránka je zde podřízena. Incize střední supraumbilikální je používána většinou jako doplňující, a to v nutnosti revize celé dutiny břišní, při extrémní obezitě ženy nebo v případě překážky v hypogastriu. V současnosti se většinou provádí Pfannenstielův řez. Tento řez trvá poněkud déle. Ve spojitosti s tímto řezem se popisuje více transfuzí avšak méně febrilních stavů, pooperačních hernií a nezanedbatelný je také estetický efekt. Kožní řez by měl být dostatečně velký. Malé tzv. „estetické“ řezy totiž způsobují potíže při vybavení plodu (Doležal, 2007, s. 218 - 219).

V případě sekce jsou časté opakované řezy. Jednou z indikací další sekce je ztenčení dolního děložního segmentu v místech předpokládaného řezu dále bolestivost v dolním děložním segmentu a hrozící ruptura dělohy. Zvýšenou pozornost budí jizvy zhojené sekundárně, jizvy nepravidelné či vtažené dovnitř. Je také důležité počítat s adhezemi vzniklými po předchozím císařském řezu nebo jiné gynekologické operaci. Volba řezu u opakovaného císařského řezu zpravidla sleduje předchozí přístup. Pokud byl dříve proveden podélný řez, neprovádí se řez Pfannenstielův (Doležal, 2007, s. 239).

3.4 Zásady břišní incize

Pacientky se na operačním sále po uvedení do celkové narkózy dezinfikují. Při dezinfekci se zpravidla postupuje od místa plánované incize po žeberní oblouky a dolů k hrmě a dále na horní třetinu dolních končetin. Poté je pacientka zarouškována. Otevření dutiny břišní se zahajuje incizí kůže skalpelem. Skalpel je nutno držet kolmo k povrchu kůže, aby se vrstva takzvaně nepodřízla. Pokud by k tomu došlo, bylo by ohroženo nejen primární dobré hojení, ale i vzhled jizvy (Kobilková, Živný, 2000, s. 55).

Důležité je vést kožní řez ve směru štěpitelnosti kůže, respektovat tzv. Langerovy kožní linie. Napětí v oblasti operační rány způsobené kožní elasticitou je při incizi vedené podél kožních linií nejmenší. Zmenší se tak dráždění rány při hojení a vysvětluje se tak příznivý kosmetický vzhled jizvy. Vedle kosmetického hlediska však musí volba operační incize svým umístěním a velikostí splňovat především optimální přístup k operačnímu poli. Proto některé řezy např. právě na břicho nemohou být vždy vedeny přesně v kožní štěpitelnosti (Zeman, Krška, 2011, s. 197).

K ošetření cév a jejich podvázání se využívá šicího materiálu či koagulace. Nekoagulují se větší části tukové tkáně, neboť působí druhotné pooperační hojení. Cévy se retrahují a často až po uzavření břišní stěny bývají zdrojem někdy objemného krevního výronu (Kobilková, Živný, 2000, s. 55).

4 SUTURA RÁNY

Kontinuita tkání se obnovuje obvykle suturou neboli sešitím. Sutura by měla být provedena bez napětí, bez ponechání volných prostorů a v případě nutnosti by měla být zajištěna drenáž. Vždy je cílem dosažení dokonalé adaptace kožních okrajů, což umožňuje nejen dobré zhojení operační rány, ale také dobrý kosmetický efekt (Michalský, Volfová, 2008, s. 22; Jedličková, 2012, s. 197).

4.1 Chirurgická vlákna

K sešívání operačních ran se používají chirurgické nitě. Jedná se o vlákna různé síly, které jsou z různých materiálů. Vláknem se navléká do chirurgické jehly nebo je jehla s vláknem spojena již z výroby (atraumatické návleky). Dříve se k sešívání chirurgických ran používaly výhradně vlákna z přírodních materiálů. Nově používané materiály na výrobu chirurgických vláken jsou syntetické. Syntetická vlákna jsou lidským organismem lépe snášena (Michalský, Volfová, 2008, s. 22; Ferko, 2002, s. 45).

Obecně se chirurgické šicí materiály rozdělují na nevstřebatelné a vstřebatelné. Nevstřebatelná vlákna mohou v lidských tkáních zůstat celý život, ale po vytvoření pevné vazivové jizvy jsou v tkáních v podstatě zbytečná. Používají se tam, kde se časem stehy odstraní nebo tam, kde je předpoklad vyššího mechanického namáhání jizvy nebo zpomaleného hojení. Nejčastěji jsou vlákna vyráběna z polyamidu – silon dále z polyesteru a polypropylenu. Vstřebatelná vlákna se postupně z tkáně vstřebávají, až zmizí úplně. Tato vlákna jsou biologicky výhodnější, tkáně jimi nejsou drážděny tak, jako v případě vláken nevstřebatelných (Michalský, Volfová, 2008, s. 22 -23).

Polovinu své pevnosti ztrácí vstřebatelná vlákna většinou ve třetím týdnu po operačním zákroku. Tato doba je dostatečná k zhojení většiny sutur (Pafko, 2006, s. 15).

Nejčastěji se k sešívání používají syntetická vstřebatelná vlákna, která zajišťují minimální reakci tkání (Fiala, 2006, s. 16).

Dle technologie výroby se vlákna dělí na monofilní a multifilní. Monofilní vlákno je jedno vlákno. Jeho výhodou je použití v infikovaném terénu. Nevýhodou vlákna je menší pružnost; větší lámavost a horší ohebnost v uzlu. Multifilní vlákna jsou vyráběna z více svazků jemných vláken. Výhodou je větší pružnost při uzlení, dobrá ohebnost a menší klouzavost vlákna. Nevýhodou je větší kapilarita mezi vlákny, kde se může udržovat bakteriální infekce (Michalský, Volfová, 2008, s. 22 -23).

Sutury se nehojí primárně či selhávají z různých příčin. Například se vlákno může přetrhnout nebo se uvolní uzel a steh sklouzne. Chyby v šicím materiálu a technické chyby

mohou nakonec vyústit v dehiscenci sutury a v komplikované hojení rány (Kobilková, Živný, 2000, s. 62).

4.2 Chirurgické jehly

Kromě vlákna je nedílnou součástí šicího materiálu také jehla. Chirurgické jehly jsou různých typů, tvarů, délek a profilů. Výběr jehly se řídí povahou výkonu, druhem sešívání tkáně, přístupem k operačnímu poli a technikou operátora. Ke standardu již patří používání atraumatických jehel, které jsou šetrnější ke tkáním. Tyto jehly mají zapuštěné vlákno přímo do svého konce, čímž je zajištěn plynulý průchod jehly a vlákna tkání, bez zbytečné traumatizace vláknem, které je navlečené přes ouško (Fiala, 2006, s. 17).

4.3 Typy sutur

Způsobů, jak pomocí šicího materiálu spojit rozestoupené kožní okraje je několik. Dva základní typy stehů jsou jednotlivý a pokračovací. Jednotlivý steh se zakládá i uzlí samostatně. Pokračovacím stehem lze naopak spojit oba kožní okraje řadou navazujících propichů. Pokračovací steh je rychlejší a spotřebuje se k jeho provedení méně materiálu. Jeho nevýhodou však je vyšší ischemizace kožních okrajů a menší adaptace. Při přerušení tohoto stehu ztrácí pevnost celá rána. Nejpříjemnější kosmetický efekt má steh intradermální. Tento steh je celý ukryt v kůži a viditelné je pouze uzlení na začátku a na konci rány. Výběr způsobu šití je závislý na povaze a umístění operační rány (Fiala, 2006, s. 17).

Pro Pfannenstielův řez se nejčastěji užívá intradermální pokračující steh. Výhodou je vstřebatelný materiál, který podporuje ránu po celou dobu rychlé fáze hojení. Často se však užívá vlákno nevstřebatelné, které se odstraňuje 7-10 den po operaci. Po extrakci tohoto stehu hrozí větší riziko dehiscence rány. Pro suturu dolní střední laparotomie se častěji užívá nevstřebatelných jednotlivých stehů (Kolařík, 2011, s. 926).

5 HOJENÍ RÁNY

Jako ránu označujeme porušení celistvosti tkání působením zevních faktorů. Každá rána je charakterizována třemi základními vlastnostmi, a to krvácením, bolestí a ztrátou tkáně. Rány se dělí dle poškození kožního krytu na otevřené a zavřené. U rány se popisuje lokalizace, velikost, tvar, směr okraje a hloubka. Dle vztahu k dutinám na nepronikající a pronikající. Dále dle přítomnosti infekce na ránu čistou, která je netraumatická, bez zánětu, bez otevření gastrointestinálního, tracheobrachiálního, biliárního či močového traktu. Dále na ránu čistou – kontaminovanou, což je rána netraumatického původu, kde došlo k omezené kontaminaci otevřením některého z traktů. Další ranou je kontaminovaná – znečištěná. Jedná se o ránu traumatickou, či otevření nějakého ze systémů s masivní kontaminací. A jako poslední rozeznáváme ránu znečištěnou – infikovanou. Dle etiologie ran rozeznáváme etiologii mechanickou, termickou, chemickou a ránu způsobenou zářením či elektrickým proudem (Ferko, 2002, s. 41-42; Zeman, Krška, 2011, s. 41; Slezáková, 2010, s. 13).

5.1 Operační rána a její hojení

Po skončení operačního výkonu se rána sterilně překryje. Obvaz má být vzdušný, má ránu chránit před dalším poraněním, před infekcí a zajistit a udržet vlhké prostředí (Michalský, Volfová, 2008, s. 32; Ferko, 2002, s. 46).

Operační rána vyžaduje ke svému hojení relativní klid, proto ránu nepřevazujeme zbytečně často. První převaz operační rány je prováděn obvykle druhý pooperační den. Hojení operační rány je poměrně komplikovaný reparační proces. Kožní část rány je zhojena za 4 až 14 dnů. Kožní stehy se odstraňují, dle lokalizace a zatížení kožní rány tahem okolí kůže a při pohybu, v rozpětí 4 až 14 dnů (Michalský, Volfová, 2008, s. 32).

Kromě kosti a pojiva se všechny rány hojí neplnohodnotnou tkání čili jizvou. Faktory ovlivňující hojení ran jsou lokální a celkové. Mezi lokální patří prokrvení tkáně, což je jedním z nejdůležitějších faktorů v procesu hojení; charakter rány; lokalizace rány; infekce v ráně, nedostatek klidu; cizí tělesa v ráně a nevhodný způsob chirurgického ošetření – například nesprávná volba šicího materiálu. Mezi celkové faktory ovlivňující proces hojení patří anémie; věk nemocného; užívání kortikosteroidů, neboť tlumí zánětlivou fázi; chemoterapie, ta by měla být odložena alespoň 7 dní po operaci; imunosupresivní léčba; diabetes mellitus, obezita či malnutrice; radioterapie a nedostatek vitamínu C (Ferko, 2002, s. 42, 47).

Hojení operační rány začíná ihned po sutuře tkání. V procesu hojení rozeznáváme 4 po sobě plynule jdoucí fáze. První je fáze alterační, kdy dochází k poškození tkání. Druhá je fáze exsudativní neboli čistící, kdy je poškozená tkáň eliminována bílými krvinkami.

Poranění tkáně vede k lokální zánětlivé reakci. Tato reakce je základem pro hojení a je nezbytná. Exsudativní fáze trvá zpravidla 0-3 dny a jejím cílem je eliminovat veškeré noxy, vyčistit tkáň a vytvořit předpoklady pro třetí fázi hojení. Třetí fází je proliferační, která trvá 1-6 dnů. Tato fáze nastává asi čtvrtý den po vzniku rány. V této fázi dochází k tvorbě granulační tkáně, reparaci tkání. V této fázi jsou stimulovány buňky zodpovědné za novotvorbu tkáně a cév. Vytváření nových cév podporuje kolagen, jehož tvorbu zajišťují fibroblasty migrující do oblasti rány. Granulační tkáň, která v této fázi vzniká, je přechodná a slouží jako lůžko pro následnou epitelizaci. Poslední fází je fáze diferenciacce neboli maturační. Jedná se o proces, kdy dochází k vyžrávání, tvorbě jizvy a epitelizaci. Tato fáze se vyskytuje zpravidla 6-10 den. Rána se kontrahuje, z granulační tkáně se vytrácí voda a cévy a vzniká tak jizevnatá tkáň. Okraje rány se k sobě stahují a epitelizace – překrytí rány kůží tvoří závěr procesu hojení rány. Takto popsaný proces zahrnuje hojení primární neboli sanatio per primam intentionem. Jedná se o hojení na sebe naléhajících tkání ošetřených suturou. Pokud však porušené tkáně nejsou přiloženy na sebe nebo infekce způsobí dehiscenci tkání, jedná se o takzvané sekundární hojení neboli sanatio per secundam intentionem. Toto hojení je náročnější a trvá podstatně delší dobu. V příznivém případě vzniká při hojení per secundam hypertrofická jizva. V nepříznivých případech dochází ke zvětšování kožního defektu a k rozvoji nekróz (Michalský, Volfová, 2008, s. 33; Ferko, 2002, s. 42- 43; Krška, 2011, s. 230; Kala, Penka, 2010, s. 24).

Cílem operatérů je zhojení operační rány per primam. Tohoto zhojení dosahují především užitím takového operačního způsobu, který se blíží atraumatickému operování a šetrností ke tkáním (Kobilková, Živný, 2000, s. 42).

Součástí pooperační ošetrovatelské péče je sledování operační rány včetně odpadu z drénů. V prvních 48 hodinách porodní asistentka kontroluje obvazy, zda nedochází k prosakování, eventuálně jakým sekretem. Po 48 hodinách zůstává rána již obvykle nekrytá a v dalším průběhu jsou kontrolovány známky zánětu, dehiscence, případně alergické reakce. V případě zavedení drénu kontroluje druh a napojení drénu, typ odsávání, podtlak a množství odváděného sekretu (Jedličková, 2012, s. 241; Kala, Penka, 2010, s. 46).

V případě infekce v místě rány je součástí pooperační péče i sprchování rány vodou z ověřeného zdroje. Sprchování je výhodné, a to vzhledem ke snížení počtu bakterií, odplavení sekretů a stimulaci hojení rány (Zeman, Krška, 2011, s. 299).

Častým projevem v pooperačním období je bolest v operační ráně, která se dostavuje po vymizení anestetika. Pokud se jedná o nekomplikovaný průběh hojení operační rány (per primam), bolest vymizí po jednom až dvou dnech. Pokud bolest v ráně přetrvává

a je intenzivní, může svědčit pro akutní zánět, krvácení či rozestup rány (Slezáková, 2010, s. 37).

5.2 Poruchy hojení operační rány

Hojení operační rány je v podstatě z hlediska patologické anatomie zvláštní formou zánětu. Operatér v gynekologické chirurgii tedy musí učinit vše, aby zamezil vzniku jiných dalších změn, které by hojivý proces zkomplikovaly. Operační technika se významně podílí na průběhu operačního výkonu i období po operaci (Kobilková, Živný, 2000, s. 63, 245).

Většina chirurgických ran je i přes veškerou snahu aseptického postupu do určité míry kontaminována. Nejedná-li se však o kontaminaci masivní, rána není traumatizována či ischemizována a je dobře okysličená, je výskyt infekcí relativně malý (Novák, Chudáček, 2001, s. 191).

Pooperační komplikace mohou ovlivnit různé rizikové faktory. Mezi tyto faktory patří například věk ženy, diabetes mellitus, chemoterapie, chronický kašel, chronické gynekologické onemocnění, podvýživa, obezita, zhoubné nádory či předcházející břišní operace. Dalšími rizikovými faktory mohou být ty, které se vyskytují během operace. Mezi tyto faktory patří například nevhodný a neodpovídající výběr řezu, nevhodný šicí materiál, chybná technika šití a uzávěru rány (Kobilková, Živný, 2000, s. 245 -246).

Komplikace je možné rozdělit dle lokalizace na komplikace v místě operačního výkonu, mezi které patří krvácení, infekce, dehiscence kýla v jizvě a na komplikace postihující orgán či orgánovou soustavu (Schneiderová, 2014, s. 74).

5.2.1 Krvácení v ráně

Krvácení v místě operační rány se může objevit bezprostředně po výkonu nebo během operace. Krvácení se projeví prosakováním krve mezi stehy nebo přibíváním krve v drénu. Pokud pochází krvácení z okrajů kůže či z podkoží stačí provést kompresi. Pokud krvácení pokračuje nebo je příliš velké, je nutné provést revizi rány. Pokud se krev hromadí v podkoží, může vznikat silná bolest nebo zduření. Je důležité sledovat po operaci pacienta, aby se krvácení včas odhalilo. V některých případech totiž krvácení není mezi stehy vidět a krev se hromadí v místě operačního výkonu, a pokud takové krvácení není včas rozpoznáno, může se u pacienta rozvinout až hemoragický šok (Schneiderová, 2014, s. 74).

5.2.2 Infekce v ráně

Druhou nejčastější nozokomiální nákazou je infekce v místě chirurgického výkonu (IMCHV). Jedná se o infekce vznikající v souvislosti s chirurgickým výkonem a s porušením tělesného povrchu, kůže a sliznic. Ranná infekce představuje 50 % pooperačních komplikací. Infekce se projevuje pod obrazem tzv. Celsiových znaků, kam řadíme bolest (dolor), otok (tumor), zvýšenou kožní teplotu (calor), zarudnutí (rubor) a poruchu funkce (functio laesa). Následně může vést k hnisání v ráně až dehiscenci. Zvýšeně se ranné infekce vyskytují při otevření GIT či jiných systémů, při prodlouženém operačním výkonu, podchlazení během operace a při nešetrné chirurgické technice (Ferko, 2002, s. 47 – 48, 60; Krška, 2011, s. 230; Wichsová, Příkryl, 2013, s. 162).

Infekce se projevuje čtvrtý až šestý den po operaci vzestupem teploty nad 38,5 °C. Laparotomická sutura je při zánětu zarudlá a bolestivá. Prevencí ranné infekce je předoperační antimikrobiální koupel. Dále například holení operovaného místa těsně před operací, profylaxe ATB, ostražitost při změnách v aseptické technice, náležitá dezinfekce kůže a sterilní zarouškování. Důležitá je také fyziologická chirurgická technika. Ke které patří užívání monofilních stehů, minimalizaci sutur a ligatur, pečlivé uzavření kůže, zamezení pooperační hypoxie a vyvarování se pevného utahování – zaškrcování tkáně (Ferko, 2002, s. 62; Kobilková, Živný, 2000, s. 248).

5.2.3 Dehiscence rány

Dehiscence neboli rozestup operační rány se nejvíce vyskytují u laparotomických operací asi v 1-3%. Dehiscence laparotomických řezů se objevuje mezi 5. a 12. dnem po operaci. Příčinou bývá zvýšení nitrobřišního tlaku při kašli, zvracení či prudkém pohybu. Vyšší riziko dehiscence mají pacienti obézní nebo naopak kachektičtí, pacienti s maligním onemocněním, pacienti po léčbě cytostatiky či kortikoidy anebo ti, kteří mají infekci v operační ráně. Sutures se zřídka rozestupují v případech, že byl použit vhodný šicí materiál, sutura byla přiměřeně napjata a stehy byly řádně uvázány. Dobrému hojení významně přispívá chování operátora ke tkáním. Na dobrém či špatném hojení sutury se také podílí vzdálenost stehů a hloubka jejich založení (Kobilková, Živný, 2000, s. 245; Schneiderová, 2014, s. 75).

Dehiscence může být povrchová, kdy je fascie pevná a jedná se o rozestup pouze kůže a podkoží. V tomto případě je možná resutura. Dále dehiscence kompletní- fasciální, kdy je patrný rozestup všech vrstev. Jedná se o závažnou komplikaci s 15% letalitou (Krška, 2011, s. 230; Wichsová, Příkryl, 2013, s. 162).

Pokud vznikne rozestup podkoží a kůže v důsledku hematomu, seromu či infekce, rána se ponechá otevřená a je pravidelně převazována. Rána se hojí per secundam, doba hojení se prodlužuje a výsledkem je kosmeticky nevzhledá jizva (Schneiderová, 2014, s. 76).

Prognóza infekce rány s následnou dehiscencí je většinou příznivá, ale delší léčení a následky mezi které patří např. kýly, oslabení břišní stěny či kosmetické nedostatky, jsou zcela zřejmé (Novák, Chudáček, 2001, s. 192).

5.2.4 Ostatní komplikace spojené s ránou

Mezi ranné komplikace patří také serom, který se může sterilně aspirovat a hematom. Dalšími problémy, které jizva způsobuje, mohou být kromě estetických také svědění, bolest, tah v jizvě a různá zbarvení (Klauzová, 2008, s. 522; Ferko, 2002, s. 47 – 48, 60).

Časté jsou stížnosti operantek na bolesti v jizvě, bolesti při vstávání, obracení se z boku na bok nebo při kašli. Pozdními důsledky operace mohou být estetické defekty, keloidní jizvy, hernie v jizvě, urologické komplikace, gastroenterologické poruchy, srůsty, bolesti při pohlavním styku či pelvipatie (Doležal, 2007, s. 254).

5.2.5 Operace a obezita

Dle stupně obezity posuzujeme i operační zátěž. U obéznějších žen jsou po zákroku častější dehiscence rány, hematomy, seromy, abscesy, dehiscence fascie a urogenitální infekce. U těchto žen vrstva podkožního a břišního tuku znesnadňuje operátorovi přístup do břišní dutiny a proto je častěji volen podélný řez. Pfannenstielově řezu se operátor většinou snaží vyhnout. Při této incizi by se rána dostala do míst vlhké zapářky, která je bohatě osídlena mikroby (Doležal, 2007, s. 249).

Obézní pacientky (BMI>30) jsou také často primárně kontraindikovány ze strany anesteziologů k laparoskopickým operačním metodám z důvodu obezity a zvýšené interní zátěže. Dále také kvůli obavám z možné peroperační komplikace a kvůli obavám o technickou proveditelnost (Klát, 2010, s. 55).

6 JIZVA

Defekty měkkých tkání vznikají v souvislosti s úrazem či operací a mají různý charakter a rozsah. Jednou z funkcí kůže je bariéra vůči zevnímu prostředí. Veškeré ztráty kožního krytu mohou vést k závažným poruchám reparačních procesů, infekci či těžkým celkovým změnám. Nepříznivé změny celkového stavu zpětně ovlivňují hojivé procesy ran a přispívají k rozvoji dalších komplikací. Ošetřování ran a péče o ně jsou základním požadavkem u všech chirurgických výkonů (Franců, Hodová, 2011, s. 7, 54).

Mimo epidermis je výsledkem hojení vždy vazivová jizva. Hojení rány trvá přibližně 3 týdny. V průběhu těchto tří týdnů dosahuje rána 40 % pevnosti původní tkáně. V průběhu 7-8 týdnů dosahuje 70 % pevnosti původní tkáně. Definitivní přestavba jizvy je dokončena po 3 až 6 měsících. Pevnost jizvy se zvyšuje až do 2 let. Výsledná pevnost dosáhne až 80 % původní pevnosti tkáně. V jizvě chybějí kožní adnexa, což znamená, že náhrada je neadekvátní (Michalský, Volfová, 2008, s. 33; Ferko, 2002, s. 43; Krška, 2011, s. 230; Kolařík, 2011, s. 924).

Jizvy po ráně, které se hojí per primam i per secundam neobsahují žádné kožní deriváty. Zpočátku mají jizvy růžovou barvu, její červenorůžové zbarvení způsobuje přítomnost kapilár a později v důsledku redukce kapilár jizvy blednou. V optimálním případě nacházíme na kůži jen tenkou bledou linii v místě původního poškození a jizvy asi po 4-6 měsících mívají barvu splývající s okolím. Tvorba jizvy je procesem nezvratným (Smičková, 2011, s. 31; Zeman, Krška, 2011, s. 45).

6.1 Faktory ovlivňující vzhled jizvy

Výsledek hojení rány je velmi citlivý děj závislý na souhře mnoha faktorů, z nichž lze zatím ovlivnit jen část. Faktory, které ovlivňují hojení operační rány a vzhled jizvy, jsou biochemické, metabolické, genetické a imunologické. Hojení jizev je velmi individuální záležitostí. Mezi faktory, které ovlivňují hojení, patří například kvalita ošetření operační rány, důsledné stavění krvácení, šetrnost ke tkáním při výkonu, kvalita kůže a podkoží, hloubka rány, regenerační schopnost organismu, strava, hydratace a psychický stav. Dále může být hojení ovlivněno diabetem, alergií či infekcí (Franců, Hodová, 2011, s. 54; Fiala, 2006, s. 16).

K lepšímu kosmetickému výsledku jizvy vede kromě dobré volby operační techniky a šicího materiálu i předoperační příprava nemocného a kvalitní a profesionální pooperační ošetrovatelská péče. Důležité je dbát na dostatečnou výživu a lokální ošetřování rány. Obecně lze horší hojivost pozorovat například u obézních pacientů, nemocných s diabetem mellitem, renální insuficiencí a chronickým či maligním onemocněním (Fiala, 2006, s. 17).

6.2 Vztah kožní incize a sutury k jizvě

K zásadám operační techniky při incizi patří brání ohledu na okolní tkáň, štěpitelnost kůže, a aby jizva byla co nejmenší a nejskrytější ve fyziologických liniích. Šicí materiál by se měl používat jemný. Stehy se skládají tak, aby k sobě dobře přiléhaly tkáň. Velmi často se v plastické chirurgii používá intradermální pokračující steh ze vstřebatelného materiálu. Cílem je rychlé zhojení operační rány s vytvořením minimálních jizev (Schneiderová, 2014, s. 337; Franců, Hodová, 2011, s. 9).

U operací prsa i gynekologických operací zohledňuje chirurg kožní incizi tak, aby kosmeticky vyhovovala, a vlastní operaci pak provádí jinde (Lewit, 2003, s. 130).

6.3 Kosmetický efekt

Způsob a vzhled obnovení integrity kůže, která je operačním výkonem narušená, je dle klasických medicínských pouček vizitkou chirurga. Pacienta mnohdy nezajímá například, kolik bypassů vyživuje jeho srdce nebo o kolik střeva při operaci přišel, ale jak vypadá jeho rána respektive jizva. Mnohahodinový výkon operátora na sále je tak rázem posuzován podle vzhledu několikacentimetrové jizvy, která po operaci zůstala (Fiala, 2006, s. 16).

Vznikající jizva prochází několika vývojovými stádii, ve kterých se mění i její vzhled. Na počátku hojení dominuje spíše nápadné zarudnutí jizvy, k postupnému blednutí dochází až po několika měsících. Vývoj a přeměny jizvy trvají zhruba od 3 do 6 měsíců v případě jizev povrchových, u hlubokých jizev může tato přeměna trvat až dva roky (Mikula, 2006, s. 156).

Pro výsledný kosmetický efekt jizvy má nesporný vliv mnoho faktorů. Ke korekci vzniklých jizev je v současnosti možné zvolit poměrně velké množství možností z oblasti estetické nebo klasické plastické chirurgie, tak i z oboru korektivní dermatologie (Franců, Hodová, 2011, s. 54).

6.4 Proces hojení a vznik různých typů jizev

Pro proces hojení je velmi důležité zajištění fyziologických podmínek, které sice vzniku jizvy nezabrání, ale mohou negativní dopad jizvy alespoň eliminovat. Mezi hlavní podmínky fyziologického hojení patří především dokonalá korekce a ošetření rány. Rána nesmí být znečištěna a její hojení nesmí být komplikováno infekcí. Nesmírně důležitá je také prevence vysychání kůže, čili zajistit dostatečné promaštění jizvy krémem. Vhodná je také aplikace tlakových obvazů a masáže. Tlak brání hypertrofickému jizvení a pomáhá

ke změknutí a oploštění jizvy. Další velmi důležitou zásadou je nekouřit. Bohužel ani fyziologicky vyhojenou jizvu nelze nikdy definitivně odstranit. Existují omezené možnosti částečné spontánní úpravy vzhledu a velmi omezené jsou také možnosti chirurgické korekce jizvy (Mikula, 2006, s. 156).

Proces hojení může vést ke vzniku klasických jizev s jemnou strukturou, bez rozestupu, bez patologických procesů, bez vyčnívání z úrovně kůže, ale také může dojít ke vzniku jizev nežádoucího vzezření nebo jizev s funkčními následky. K těmto jizvám patří atrofické, hypertrofické a keloidní. Atrofická jizva je vpadlá pod úroveň okolní kůže. Hypertrofická jizva naopak vystupuje nad úroveň okolní kůže a keloidní jizvy jsou takové, že značně vyčnívají nad okolní povrch, přesahují hranice původní rány a mají červenou až fialovou barvu. Hypertrofické a keloidní jizvy obvykle nepůsobí, kromě kosmetického diskomfortu, větší potíže. Keloidní jizvy jsou někdy provázeny svěděním a nepříjemnými pocity. Faktory podporující vznik keloidních jizev nejsou doposud zcela objasněny. Keloidní jizvy mají bohužel po opakovaném vyříznutí tendenci recidivovat (Franců, Hodová, 2011, s. 54 – 55; Litvik, 2010, s. 300).

Hypertrofické a keloidní jizvy lze také definovat jako odchylky od typického hojení. Katabolické a anabolické procesy v ráně s fyziologickým hojením dosáhnou rovnováhy zhruba za 6-8 týdnů od původního poranění. V této fázi hojení je pevnost jizvy 30-40 %. S vyžíváním jizvy v čase se její pevnost v tahu zvyšuje. Pokud dojde k poruše rovnováhy mezi katabolickou a anabolickou fází tvorby jizvy, vytváří se větší množství kolagenu, které není degradováno a jizva tak roste ve všech směrech. Jizva se poté vyvyšuje nad kožní povrch a zůstává více prokrvená (Litvik, 2011, s. 15).

Hypertrofické jizvy nejčastěji vznikají v místech, kde dochází k napětí kůže a k častým pohybům. Většina jizev tohoto typu vzniká do jednoho měsíce od poranění a mohou samovolně regrádovat, a to obvykle do 6. měsíce. Keloidní jizvy vznikají vzácně u starších lidí, naopak větší riziko vzniku této jizvy je u osob v mladším věku, zejména kolem druhé dekády. Prevencí vzniku těchto jizev je promašťování, tlakové obklady a masáže, které usnadňují fyziologické vyžívání jizvy (Klauzová, 2008, s. 522-523; Mikula, 2006, s. 155).

6.5 Terapie jizvy

Jizva je značným dermatologickým, kosmetickým a estetickým problémem, což může v konečném důsledku být zdrojem i značné psychické traumatizace (Mikula, 2006, s. 156).

Při léčbě jizvy je důležitá její diagnostika. Je nutno odlišit o jaký typ jizvy se jedná. Diagnóza je často založena na klinickém nález. Závažnost klinického stavu jizvy

lze skórovat podle nejrůznějších klasifikací jizev. V praxi je nejčastěji využívána klasifikace z Vancouveru (tzv. Vancouver Scar Classification) (viz Příloha A). K výběru vhodné terapie je nutné zvážit charakter, lokalizaci, velikost, hloubku jizvy, věk pacienta a případně odpověď na předchozí léčbu. Dále je u jizvy důležité zhodnotit barvu, změřit tloušťku jizvy, její fixaci k podkoží či jiným strukturám (Litvik, 2010, s. 300; Mikula, 2006, s. 156).

Léčba jizev zahrnuje konzervativní postupy například aplikaci silikonových obvazů, kortikosteroidů, promražení jizvy či kompresivní terapii, radioterapii ale i postupy chirurgické – excizi jizvy. Jizva může být relativní ale i absolutní indikací k operačnímu výkonu. Absolutní indikací se jizva stává v případě, že působí kromě kosmetické i funkční poruchu např. omezuje pohyb nebo v případě, že jizva způsobuje kosmetickou vadu vedoucí k psychickým poruchám u postiženého (Zeman, Krška, 2011, s. 166; Litvik, 2010, s. 300).

Při korekci jizev je nutné mít vždy na paměti, že jakýkoli nový zásah do celistvosti kůže se opět hojí jizvou. V případě jizev zkomplikovaném hojení – podehiscenci, zánětu, sekundárním hojení, lze očekávat po novém zákroku výrazný přínos. Cílem korekce je získání stavu, kdy bude jizva funkčně i esteticky přijatelná. Upravení jizvy plastickou operací je však možné nejdříve až po jednom roce od operace a úprava jizev není hrazena ze zdravotního pojištění (Franců, Hodová, 2011, s. 55; Slezáková, 2010, s. 14; Růžičková - Jarešová, 2013, s. 16 - 17).

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 CÍLE VÝZKUMU

Následující část diplomové práce je věnována popisu výzkumu. Na začátku jsou uvedeny cíle práce a výzkumné otázky. Následuje popis metodiky výzkumu a poslední část tvoří analýza dat včetně uvedení výsledků práce.

V předkládané části s názvem Spokojenost s kosmetickým výsledkem po gynekologických operacích byly ve výzkumné části vytyčeny celkem tři cíle.

1. Zjistit do jaké míry jsou ženy spokojeny s výsledkem jizvy.
2. Zjistit jaké faktory ovlivňují spokojenost žen s jizvou.
3. Zjistit jak kosmetický výsledek ovlivňuje život ženy z bio-psycho-sociálního hlediska

8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

Na základě výše uvedených cílů předkládané diplomové práce byly stanoveny výzkumné otázky a pro úplnost výzkumu byly vytvořeny pracovní hypotézy.

Výzkumné otázky

- 1) V jaké věkové kategorii jsou ženy s jejich jizvou nejméně a nejvíce spokojeny?
- 2) Jaký je rozdíl ve spokojenosti s jizvou u žen s $BMI \leq \text{norma}$ a u žen s $BMI > \text{norma}$?
- 3) Existuje rozdíl mezi spokojeností žen s jizvou po abdominální a laparoskopické operaci?
- 4) Jaký je rozdíl ve spokojenosti s jizvou u žen, které o jizvu pečovaly a které nikoli?
- 5) Ovlivnil typ stehů spokojenost žen s výsledným efektem jizvy?
- 6) Ovlivňuje výskyt problémů s hojením spokojenost žen s výsledkem jizvy?
- 7) Mají ženy nějaké problémy/omezení ve spojitosti s jizvou?
- 8) S čím jsou ženy na své jizvě nejméně spokojeny?

Pracovní hypotézy

- 1) Ženy po laparoskopické operaci jsou s jizvou spokojeny více než ženy po operaci abdominální.
- 2) Ženy, které měly suturu rány zajištěnou pomocí vstřebatelných stehů, jsou spokojenější s výsledkem jizvy. Ženy, které měly ránu sešitou jedním dlouhým (intradermálním) stehem, jsou s výsledkem jizvy více spokojeny.
- 3) Ženy, které měly problémy s hojením rány, jsou se svou jizvou spokojeny méně než ženy, které žádné problémy s hojením neměly.

9 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

9.1 Použitá metoda výzkumu

Výzkumné šetření bylo zaměřeno především na faktory ovlivňující spokojenost žen s jejich jizvou po operaci; problémy v souvislosti s hojením jizvy; problémy, které ženám jejich jizva způsobuje nebo na to, jak žena svou jizvu hodnotí. Výzkumné šetření bylo prováděno kvantitativní formou a nástrojem sběru dat byl nestandardizovaný dotazník (viz Příloha B).

9.1.1 Dotazník

Nestandardizovaný dotazník obsahoval 19 otázek. Otázky byly identifikační (otázka č. 1), uzavřené (například otázka č. 7), otevřené (například otázka č. 2), polootevřené (například otázka č. 14), dichotomické (například otázka č. 19), polytomické (například otázka č. 13) a škálové (například otázka č. 18). V úvodu dotazníku byl uveden krátký text, ve kterém byly respondentky informovány o tom, čemu se věnují a jaký je účel předkládaného dotazníku, dále byly uvedeny pokyny, jak dotazník správně vyplnit a také informace o tom, že je dotazník zcela anonymní.

První otázka byla věnována věku respondentek. Otázky č. 2 a č. 3 se týkaly váhy a výšky respondentek a z těchto údajů bylo následně vypočítáno BMI. Otázky č. 4 - 7 byly zaměřeny na informace o podstoupené operaci. Respondentky zde uváděly například důvod jejich operace, a jaký typ operace podstoupily. Otázky č. 8 - 16 byly zaměřeny na pooperační jizvu a problémy či omezení s ní spojené. Pomocí otázek č. 17 - 19 byla zjišťována spokojenost respondentek s jejich jizvou.

9.2 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo od 1. července 2015 do 31. ledna 2016. Sběr dat byl prováděn u žen, které byly po velké gynekologické operaci nebo po císařském řezu. Respondentky byly maximálně do 10 let po operačním výkonu. Sběr dat byl uskutečněn v pěti gynekologických ordinacích krajského města. Nejprve byli osloveni lékaři jednotlivých ordinací a po schválení provedení výzkumu v jejich ordinacích a podepsání souhlasu s výzkumem, bylo zahájeno samotné výzkumné šetření. Distribuci a sběr dotazníku zajistily porodní asistentky a sestry v jednotlivých ordinacích. Pacientkám, které spadaly do výzkumného šetření, byl vždy porodní asistentkou příslušné ordinace nabídnut dotazník k vyplnění a žena měla možnost vyplnění dotazníku odmítnout nebo ho dobrovolně

anonymně vyplnit a odevzdat zpět do ordinace. Na konci ledna 2016 byly veškeré navrácené dotazníky z jednotlivých ordinací sesbírány a následně přepsány a vyhodnoceny.

Pilotáž

Před samotným sběrem dat byla v polovině června 2015 provedena pilotáž, v rámci které bylo rozdáno 7 dotazníků ženám z mého okolí. Účelem pilotáže bylo ověření toho, zda respondentky otázkám, které jsou obsaženy v dotazníku, rozumí a zda jsou schopny na ně adekvátně a správně odpovědět.

Pomocí pilotáže a jejího vyhodnocení bylo zjištěno, že dotazníky jsou pro ženy srozumitelné a možnosti odpovědí jsou dostatečné. Dále jsem provedla s ženami rozhovor, zda jim dotazník v této podobě vyhovuje a zda všem otázkám rozumějí. Zpětná vazba respondentek byla kladná. Dotazníky tedy nebyly na základě výsledků provedené pilotáže a rozhovorů dále nijak upravovány či doplňovány a v původní verzi byly rozdány do jednotlivých ordinací. Výsledky z provedené pilotní studie nebyly zahrnuty do výsledků výzkumu.

9.3 Charakteristika respondentek

Respondentkami, které byly zařazeny do výzkumného šetření, byly ženy, které v posledních deseti letech podstoupily velkou gynekologickou operaci, která byla vedena abdominálně nebo laparoskopicky. Dále byly do výzkumu zařazeny také ženy po císařském řezu. Hlavním kritériem pro zařazení ženy do výzkumného šetření byla ochota žen spolupracovat tzn. vyplnit dotazník. Do každé gynekologické ordinace bylo rozdáno 50 dotazníků. Zpět se vrátilo 226 dotazníků. Pro neúplnost a nesprávné vyplnění bylo 6 dotazníků vyřazených. Nakonec bylo tedy vyhodnocováno 220 dotazníků.

9.4 Zpracování a vyhodnocení získaných dat

Získaná data byla nejdříve přepsána do programu MS Excel. Pro prezentaci výsledků byly následně v programu MS Excel a v programu STATISTICA vytvořeny tabulky a grafy, které byly dále doplněny slovními komentáři. Druhá část analýzy dat byla věnována testování pracovních hypotéz. Testování probíhalo v programu SPSS 16.0 for Windows a v programu STATISTICA. K ověření zvolených hypotéz byly použity základní statistické metody. Podrobné výsledky výzkumného šetření jsou uvedeny v části Prezentace výsledků a Analýza výzkumných otázek.

10 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Tato kapitola je věnována analýze jednotlivých otázek dotazníku. Data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel 2010 a pomocí programu STATISTICA. Pro analýzu dat bylo využito popisné statistiky a výsledky byly vyjádřeny v grafech a tabulkách.

Odpovědi na některé otázky jsou uváděny a porovnány pomocí kontingenčních tabulek. U některých otázek jsou také formulovány pracovní hypotézy, které byly testovány na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %) prostřednictvím Pearsonova χ^2 testu.

Chí – kvadrát test je jedním z testů dobré shody a je nutné k němu stanovit nulovou hypotézu (H_0) a alternativní (H_A) hypotézu. O zamítnutí nebo nezamítnutí hypotézy je rozhodnuto na základě testování hypotézy nulové. Pokud je $p > \alpha$, H_0 se nezamítá a pokud je $p < \alpha$, H_0 se zamítá a přijímá se H_A (Chráska, 2007, s. 69-70).

Otázka číslo 1: Kolik Vám je let?

Tabulka 1 Rozdělení respondentek dle věku

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
15- 29	43	19,5	19,5
30-44	101	45,9	65,5
45-59	55	25,0	90,5
60-74	21	9,5	100,0
Celkem	220	100,0	

Tabulka 1 popisuje věk respondentek. Vyplývá z ní, že nejvíce 101 (45,9 %) respondentek z celkového počtu 220 (100 %) bylo ve věkovém rozmezí od 30-44 let. Druhou nejvíce početnou skupinu tvořily ženy v rozmezí 45-59 let, do které spadalo 55 (25 %) respondentek. Respondentek ve věkové skupině 15-29 let bylo celkem 43 (19,5 %). Nejméně respondentek spadalo do skupiny 60-74 let. V této skupině bylo celkem 21 (9,5 %) žen.

Z otázky číslo 2: „Jaká je Vaše váha?“ a otázky číslo 3: „Jaká je Vaše výška?“, bylo vypočítáno následně BMI každé respondentky a byla vytvořena přehledná tabulka četností (viz Tabulka 2) zaznamenávající BMI respondentek. BMI bylo vypočítáno dle platného vzorce: $BMI = \text{váha}/\text{výška}^2$ a respondentky byly dle vypočítaného BMI dále rozděleny do jednotlivých skupin, přičemž $BMI \leq 18,5$ značí podvýživu, hodnota BMI v rozmezí od 18,6 do 24,9 značí ideální váhu – normu, BMI od 25 do 29,9 představuje nadváhu, BMI 30-34,9 znamená obezitu a BMI 35 a více již znázorňuje těžkou obezitu (Vytejková, Sedlářová, 2013, s. 185).

Tabulka 2 Rozdělení respondentek podle BMI

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Podvýživa	7	3,2	3,2
Norma	112	50,9	54,1
Nadváha	66	30,0	84,1
Mírná obezita	27	12,3	96,4
Těžká obezita	8	3,6	100
Celkem	220	100	

Tabulka 2 znázorňuje rozložení respondentek v jednotlivých skupinách dle vypočítaného BMI. Nejvíce respondentek 112 (50,9 %) z celkového počtu 220 (100 %) žen mělo hodnotu BMI v normě. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky s nadváhou 66 (30,0 %) žen. 27 (12,3 %) respondentek bylo dle hodnot BMI mírně obézních. Těžkou obezitou trpělo 8 (3,6 %) respondentek.

Otázka číslo 4: Po jaké gynekologické operaci jste?

Tabulka 3 Operační přístup

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Laparoskopická op.	85	38,6	38,6
Abdominální op.	135	61,4	100
Celkem	220	100	

Tabulka 3 zachycuje typ operace, kterou žena podstoupila. Z celkového počtu 220 (100 %) respondentek jich 135 (61,4 %) podstoupilo gynekologickou operaci, která byla vedena abdominálně. Respondentek, které podstoupily gynekologickou operaci vedenou laparoskopicky, bylo 85 (38,6 %).

Dále byla otázka číslo čtyři rozdělena ještě na podotázku. Pokud byla respondentka po abdominální (břišní) operaci, specifikovala druh operačního řezu, který jí byl proveden viz Tabulka 4.

Tabulka 4 Typ operačního řezu

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]
Pfannenstiel	102	75,6
DSL	31	23,0
HSL+DSL	2	1,5
Celkem	135	100

Z Tabulky 4 je zřejmé, že z celkového počtu 220 (100 %) respondentek jich abdominální operaci podstoupilo 135 (61,4 %). Z celkového počtu 135 (100 %) žen po abdominální (břišní) operaci byl ve většině případů 102 (75,6 %) respondentkám proveden Pfannenstielův řez. Dolní střední laparotomie (DSL) byla provedena ve 31 (23,0 %) případech. Pouze 2 (1,5 %) respondentky byly operovány z řezu pomocí horní střední i dolní střední laparotomie (HSL+DSL).

Otázka číslo 5: Jak dlouho jste po operaci?

Tabulka 5 Časové období po operaci

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
1-3 měsíce	11	5,0	5,0
3-6 měsíců	8	3,6	8,6
6-12 měsíců	20	9,1	17,7
1-2 roky	38	17,3	35,0
více než dva roky	143	65,0	100,0
Celkem	220	100	

Tabulka 5 znázorňuje, před jakou dobou respondentky podstoupily operaci. Nejvíce respondentek 143 (65,0 %) z celkového počtu 220 (100 %) bylo v době vyplňování dotazníku více než dva roky po operaci. Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky, které absolvovaly operaci před 1-2 roky, a to 38 (17,3 %) žen. 20 (9,1%) respondentek bylo 6-12 měsíců po prodělané operaci. Žen, které absolvovaly operaci před 1-3 měsíci bylo 11 (5,0 %) a nejméně početnou skupinu tvořily ženy, které byly 3-6 měsíců po operaci 8 (3,6 %) respondentek.

Podmínkou pro zařazení žen do výzkumu bylo maximální časové období od operace 10 let.

Otázka číslo 6: Důvod k operaci byl?

Tabulka 6 Důvod k operaci

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Zánět	8	3,6	3,6
Inkontinence	4	1,8	5,4
Sterilita	18	8,2	13,6
GEU	10	4,5	18,1
Myomy	33	15,0	33,1
Bolesti	19	8,6	41,8
SC	77	35,0	76,8
Cysta	43	19,5	96,3
Malignita	8	3,6	100
Celkem	220	100	

Tabulka 6 znázorňuje jednotlivé důvody, které vedly k operaci žen. V dotazníku bylo uvedeno celkem deset důvodů k operaci, které byly označeny písmenky a-i. Pod písmenem „i“ byla uvedena možnost „jiné“. Z celkového počtu respondentek 220 (100 %) neoznačila žádná respondentka možnost „i“, a proto nebyla tato možnost v tabulce znázorněna. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy, které podstoupily operaci z důvodu sectio caesarea (SC) – císařského řezu. Tuto operaci podstoupilo 77 (35,0 %) respondentek. Další častou indikací k operaci byla cysta či jiný nezhoubný novotvar. Z tohoto důvodu podstoupilo operaci 43 (19,5 %) respondentek. Třetím nejčastějším důvodem k operativní léčbě byly myomy či silná menstruace, z tohoto důvodu bylo operováno 33 (15,0 %) respondentek. 19 (8,6 %) respondentek podstoupilo operaci z důvodu bolesti břicha. Problémy s otěhotněním a s tím spojenou nutností operativního zákroku uvedlo 18 (8,2 %) žen. Nutnost operace z důvodu mimoděložního těhotenství (GEU) uvedlo 10 (4,5 %) respondentek. Zánět vedl k operativnímu řešení v případě 8 (3,6 %) respondentek a stejný počet žen 8 (3,6 %) podstoupil operaci z důvodu maligního onemocnění. Pouze ve 4 (1,8 %) případech byla důvodem k operaci inkontinence či sestup pánevních orgánů.

Otázka číslo 7: Byla Vaše operace plánovaná?

Tabulka 7 Plánovaný operační zákrok

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Ano	151	68,6	68,6
Ne	69	31,4	100
Celkem	220	100	

Tabulka 7 znázorňuje, kolik respondentek z celkového počtu 220 (100 %) mělo plánovaný operační zákrok a kolik operací bylo akutních. Z tabulky je patrné, že většina respondentek 151 (68,6 %) podstoupilo plánovanou operaci a 69 (31,4 %) respondentek mělo operaci akutní.

Otázka číslo 8: Bylo Vám po operaci vysvětleno, jak o jizvu pečovat?

Tabulka 8 Vysvětlení pooperační péče o jizvu

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Ano	166	75,5	75,5
Ne	34	15,5	90,9
Nedostatečně	20	9,1	100
Celkem	220	100	

Tabulka 8 znázorňuje, zda bylo respondentkám po operaci vysvětleno, jak o jizvu pečovat. Ve většině případů 166 (75,5 %) respondentek z celkového počtu 220 (100 %) odpovědělo, že jim bylo vysvětleno, jak pečovat o nově vzniklou jizvu. 34 (15,5 %) ženám ohledně péče nic vysvětleno nebylo a 20 (9,1 %) respondentek uvedlo, že jim byla péče vysvětlena, ale ne dostatečně.

Otázka číslo 9: Pečovala jste nějak speciálně o jizvu?

Tabulka 9 Péče o jizvu

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Ano	164	74,5	74,5
Ne	56	25,5	100
Celkem	220	100	

Z Tabulky 9 je zřejmé, že 164 (74,5 %) žen z celkového počtu 220 (100 %) pečovalo nějakým způsobem (masáže, hydratace atd.) o jizvu po operaci a 56 (25,5 %) respondentek o jizvu nijak speciálně nepečovalo.

Otázka číslo 10: Měla jste vstřebatelné stehy?

Tabulka 10 Použití vstřebatelných stehů

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Ano	53	24,1	24,1
Ne	167	75,9	100
Celkem	220	100	

Tabulka 10 popisuje, zda byla jizva po operaci ošetřena vstřebatelnými stehy či nikoli. Z tabulky je patrné, že 167 (75,9 %) respondentek z celkového počtu 220 (100 %) mělo provedenou suturu rány pomocí nevstřebatelných stehů. Ostatním respondentkám 53 (24,1 %) byla rána sešita vstřebatelným materiálem.

Otázka číslo 11: Jaké stehy byly použity k sešití Vaší rány?

Tabulka 11 Typ použitých stehů

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Jednotlivé	133	60,5	60,5
Intradermální	87	39,5	100
Celkem	220	100	

V Tabulce 11 je patrné, že z celkového počtu 220 (100 %) respondentek mělo 133 (60,5 %) žen suturu operační rány provedenou pomocí jednotlivých stehů a 87 (39,5 %) žen mělo ránu ošetřenou jedním dlouhým intradermálním stehem.

Otázka číslo 12: Měla jste hned po operaci bolesti v jizvě?

Tabulka 12 Bolest v jizvě

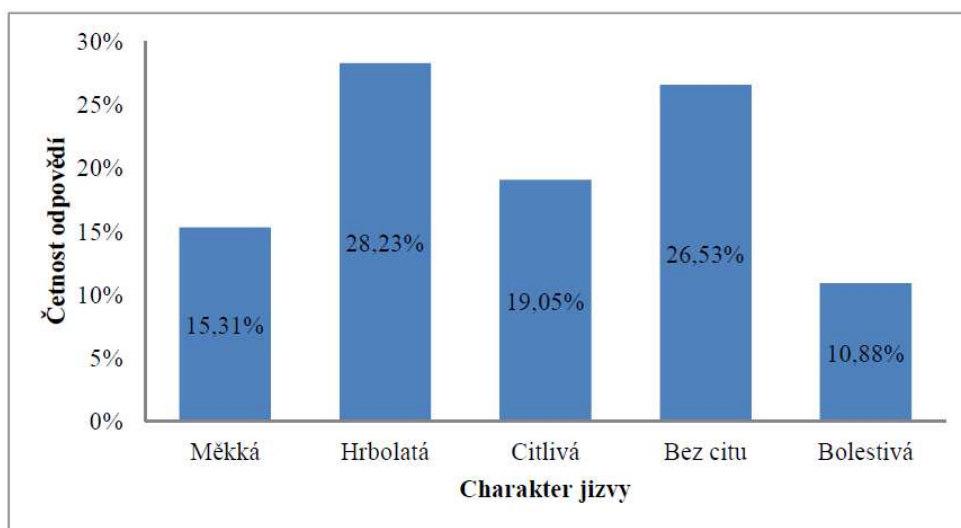
Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Ano	119	54,1	54,1
Ne	101	45,9	100
Celkem	220	100	

Tabulka 12 zachycuje, že 119 (54,1 %) respondentek z celkového počtu 220 (100 %) mělo po operaci bolesti v jizvě a 101 (45,9 %) respondentek neudávalo bezprostřední pooperační bolest v jizvě.

Otázka číslo 13: Podle Vašeho citu resp. hmatu byla jizva od začátku:

Respondentky měly na výběr z šesti možných odpovědí, které byly označeny písmeny a-f, přičemž pod písmenem „f“ byla položka „jiné“. Tuto možnost ne zvolila žádná z respondentek, a proto není možnost „f“ ve vyhodnocení zařazena. Respondentky v této otázce mohly označit více odpovědí.

Nejvíce ženy, dle subjektivního hodnocení uváděly, že byla jejich jizva na dotek hrbolatá. Takto odpovědělo 83 žen z celkového počtu 220 (100 %) respondentek. Druhou nejuváděnější možností bylo hodnocení, že okolí jizvy bylo bez citu. Tuto možnost ženy označily v 78 případech. Zvýšenou citlivost jizvy označily ženy v 56 případech. Jako měkkou shledávalo svou jizvu 45 respondentek a ve 32 případech ženy subjektivně hodnotily svou jizvu jako bolestivou.



Obrázek 1 Grafické znázornění subjektivního hodnocení jizvy

Obrázek 1 znázorňuje v procentech odpovědi žen na otázku 13. Některé respondentky označily více odpovědí na tuto otázku. Celkem tedy bylo sečteno 294 (100 %) odpovědí od 220 (100 %) respondentek. Nejoznačovanější odpovědí při subjektivním hodnocení jizvy byla možnost „b“, tedy hrbolatá jizva. Tato varianta byla označena ve 28,23 % případů. Druhou nejoznačovanější možností (26,53 %) byla možnost „d“, tedy že okolí jizvy bylo bez citu. Další nejčastěji označovanou variantou (19,05 % případů) byla možnost „c“, tedy že jizva byla zvýšeně citlivá. Druhou nejméně označovanou byla možnost „a“, měkká jizva.

Tato možnost byla zvolena v 15,31 %. A nejméně označovanou byla možnost „e“, tedy že jizva byla bolestivá (pouze v 10,88 % případů).

Po analýze odpovědí na otázku číslo 13 je patrné, že nejvíce ženám podle jejich subjektivního hodnocení připadala jizva časně po operaci hrbolatá a z hlediska citlivosti nejvíce uváděly respondentky, že kůže v okolí jizvy byla bez citu. Nejméně ženy trápila bolestivost jizvy.

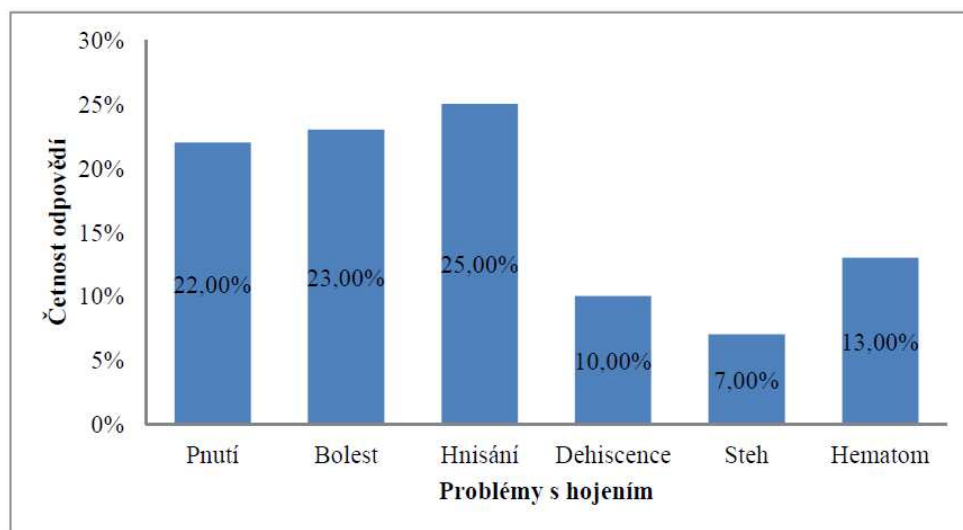
Otázka číslo 14: Měla jste problémy s hojením jizvy (hnisání, rozestup rány, hematom, rozpad rány, bolest, pnutí,...)?

Tabulka 13 Výskyt problémů s hojením jizvy

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Ne	157	71,4	71,4
Ano	63	28,6	100
Celkem	220	100	

Z Tabulky 13 je zřejmé, že z celkového počtu 220 (100 %) respondentek 157 (71,4 %) žen nemělo žádné problémy s hojením. Oproti tomu 63 (28,6 %) respondentek uvedlo, že mělo s hojením jizvy nějaké problémy.

Po analýze odpovědí na otázku 14 lze odpovědět na první část 7. výzkumné otázky, a to tak, že u části respondentek se skutečně problémy s hojením jizvy vyskytovaly. Jednotlivé problémy a jejich výskyt jsou uvedeny níže, viz Obrázek 2.



Obrázek 2 Grafické znázornění výskytu problémů při hojení jizvy

Obrázek 2 znázorňuje procentuální frekvenci jednotlivých odpovědí respondentek na otázku, jaké měly problémy s hojením jizvy. Tato otázka byla otevřená a respondentky mohly doplnit, jaké problémy je v souvislosti s hojením jizvy trápily. Problémy s hojením se vyskytovaly u 63 respondentek. Vzhledem k tomu, že mohly respondentky uvést i více problémů, bylo nakonec shledáno 100 (100 %) odpovědí od 63 respondentek. Po vyhodnocení dotazníků bylo shledáno šest problémů, které respondentky uvedly. Nejčastěji ženy udávaly, že jim operační rána hnisala. Tento problém s hojením byl uveden v 25 % případů z celkového počtu 100 (100 %) odpovědí. Dalším zmiňovaným problémem při hojení byla bolest, a to ve 23 % případů. Celkem velmi zmiňovaným problémem bylo ve 22 % případů pnutí jizvy. Dalším uváděným problémem, který ženy ve spojitosti s hojením rány shledaly, byl hematoma. Tato odpověď byla zaznamenána v 13 % případů. V 10 % bylo hojení rány zkomplikováno dehisencí a v 7 % případů bylo hojení rány komplikováno zapomenutým stehem v ráně.

Otázka číslo 15: Omezuje Vás jizva nějakým způsobem (v osobním životě, ve společenském životě, stud, bolest, pnutí,...)?

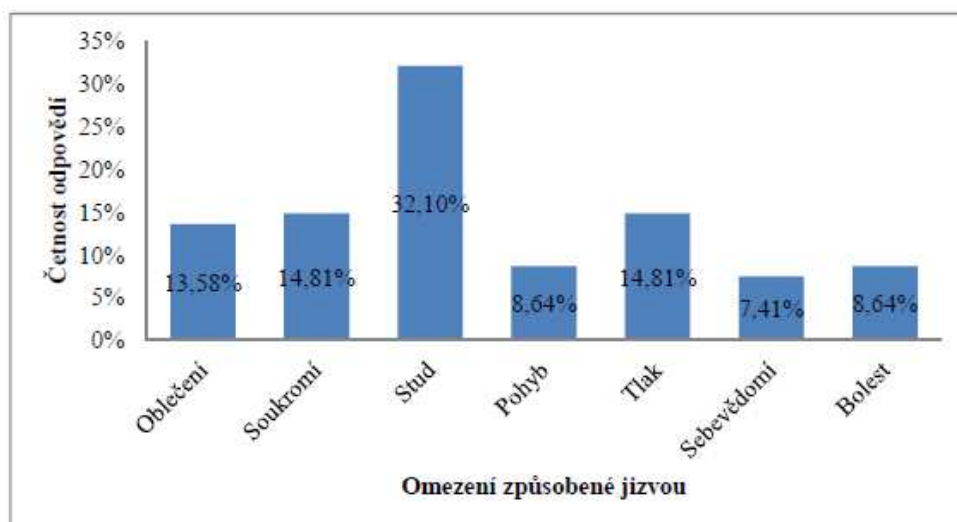
Tabulka 14 Omezení ve spojitosti s jizvou

Odpověď	Absolutní četnost (n_j)	Relativní četnost (f_j) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Ne	178	80,9	80,9
Ano	42	19,1	100
Celkem	220	100	

Z Tabulky 14 je zřejmé, že z celkového počtu 220 (100 %) respondentek 178 (80,9 %) žen uvedlo, že je pooperační jizva v životě nijak neomezuje. Oproti tomu 42 (19,1 %) respondentek uvedlo, že je jizva nějakým způsobem omezuje.

Po analýze otázky 15 lze odpovědět na druhou část 7. výzkumné otázky viz Tabulka 14. Z tabulky je patrné, že vznik jizvy s sebou v některých případech skutečně přináší pro ženu omezení.

Obrázek 3 znázorňuje jednotlivé odpovědi žen na otázku 15. Respondentky mohly uvést i více omezení, která jim jejich jizva přináší. V obrázku níže je patrné procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí.

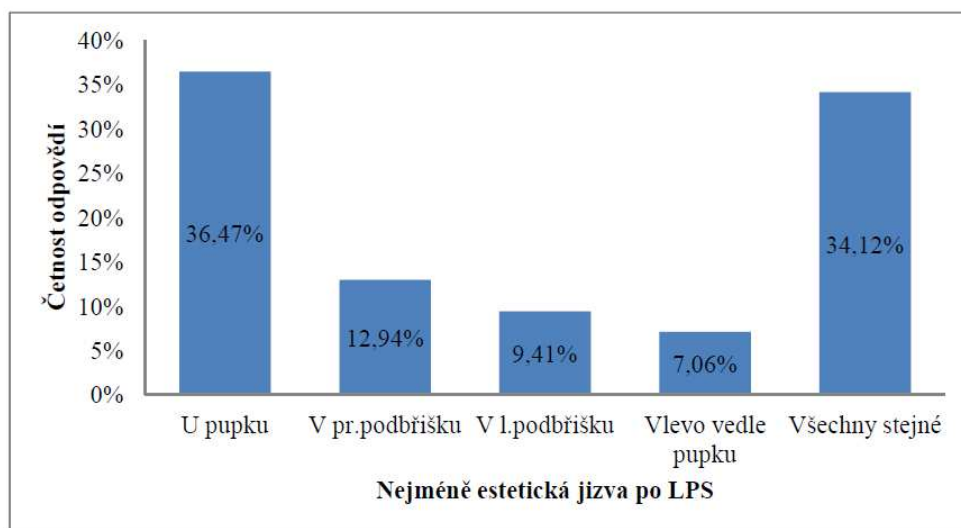


Obrázek 3 Grafické znázornění výskytu omezení spojených s jizvou

Obrázek 3 znázorňuje procentuální frekvenci jednotlivých odpovědí respondentek na otázku, jakým způsobem je jizva vzniklá po operaci, omezuje. Tato otázka byla otevřená a respondentky mohly uvést i více důvodů, proč nebo jak je jizva omezuje. Po vyhodnocení dotazníků bylo shledáno sedm omezení, která ženám jejich jizva způsobuje. 42 (19,1 %) respondentek jizva nějakým způsobem omezuje. Jelikož mohly ženy, jak již bylo zmíněno výše, uvést i více omezení či problémů, bylo sečteno celkem 81 (100 %) odpovědí. Z tohoto celku tvoří 32,10 % odpověď stud. Stud je tedy nejčastěji uváděným omezením, které vzniklá jizva přináší. Dalším omezením, které ženy uvedly, je nepříjemný tlak v jizvě a jejím okolí. Tato odpověď byla uvedena v 14,81 % případů a stejné procentuální zastoupení tvoří také odpověď „soukromí“, kdy jizva ženu omezuje v partnerském životě. Problémy a omezení při oblékání způsobuje jizva v 13,58 % případů. Ženy nemohou nosit oblečení, které by chtěly ať už z estetických důvodů nebo z důvodu nepříjemných pocitů při dráždění jizvy např. zipem. Jizva způsobuje bolest ženám v 8,64 % a ve stejném procentuálním zastoupení jizva ženám působí omezení v oblasti pohybu a sportu. Snížené sebevědomí způsobila ženám jizva v 7,41 % případů.

Po analýze odpovědí na otázku číslo 15 je patrné, že ženy celkově jizva omezuje spíše z hlediska estetického. Více ženy trápí a omezuje kosmetický výsledek jizvy než subjektivní citlivost jizvy (bolest, pnutí, zvýšený tlak).

Otázka číslo 16: Pokud jste po laparoskopické operaci, která z jizev je pro Vás nejméně esteticky přijatelná?



Obrázek 4 Grafické znázornění nejméně přijatelné jizvy po LPS

Obrázek 4 zachycuje v procentech odpovědi respondentek na otázku, kterou jizvu po LPS operaci shledávají jako nejméně esteticky přijatelnou. Z celkového počtu 220 (100 %) respondentek bylo po LPS operaci 85 (38,6 %). Respondentky, které byly po LPS operaci, uvedly ve 36,47 % (31 žen) případů z celkového počtu 85 (100 %), že jako nejméně esteticky přijatelnou jizvu shledávají jizvu u pupku. 29 (34,12 %) žen uvedlo, že jsou jizvy po LPS operaci všechny stejné. Respondentek, kterým se nejméně líbí jizva v pravém podbřišku, bylo 11 (12,94 %). V levém podbřišku shledalo jizvu jako nejméně estetickou 8 (9,41 %) respondentek a vlevo vedle pupku byla nejméně přijatelná jizva pro 6 (7,06 %) žen.

Otázka číslo 17: Jste s výsledkem své jizvy spokojena?

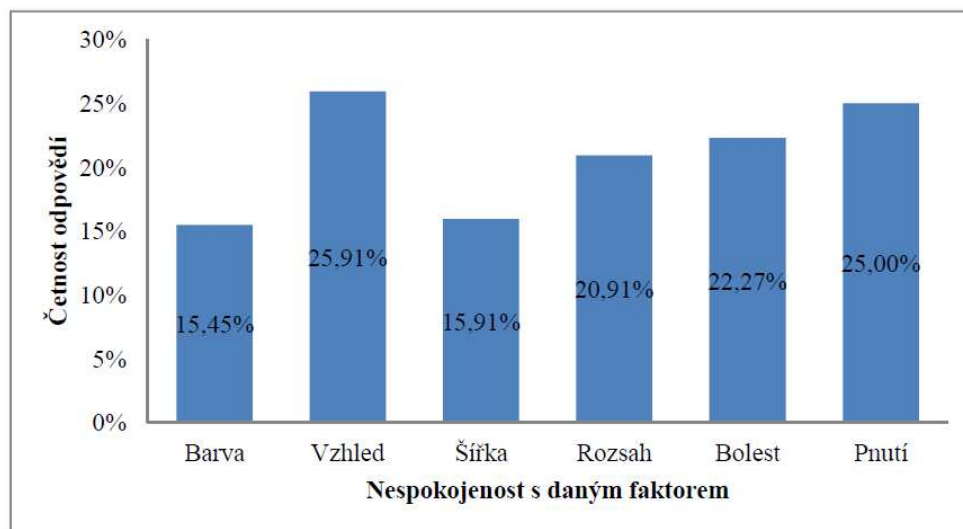
Tabulka 15 Spokojenost s výsledkem jizvy

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Ano	117	53,2	53,2
Ne	103	46,8	100
Celkem	220	100	

Tabulka 15 znázorňuje spokojenost žen s jejich pooperační jizvou. Z tabulky je patrné, že 117 (53,2 %) respondentek z celkového počtu 220 (100 %) je spokojeno se svou jizvou. 103 (46,8 %) respondentek uvedlo, že s výsledkem jizvy není spokojeno.

Součástí otázky číslo 17 bylo zjistit, s čím jsou na své jizvě respondentky spokojeny a s čím naopak nikoli. Respondentky u každého faktoru, který se týká jizvy, označily

buď možnost „ano“ (jsou spokojeny) nebo možnost „ne“ (nejsou spokojeny). Znárodnění nespokojenosti respondentek s jednotlivými faktory je uvedeno níže viz Obrázek 5.



Obrázek 5 Grafické znázornění frekvence nespokojenosti s jednotlivými faktory

Obrázek 5 zachycuje procentuální počet žen, které nejsou spokojeny s daným hodnoceným faktorem jizvy. Pomocí vyhodnocení odpovědí na otázku 17 a analýzy obrázku lze odpovědět na 8. výzkumnou otázku, s čím byly ženy na své jizvě nejméně spokojeny. Nejméně byly ženy spokojeny s celkovým vzhledem jizvy. Zápornou odpověď na spokojenost právě s celkovým vzhledem uvedlo 57 (25,91 %) žen z celkového počtu 220 (100 %). Druhým nejčastěji uváděným faktorem, se kterým byly respondentky nespokojeny, je pnutí. Při hodnocení spokojenosti s tímto faktorem označily ženy odpověď „ne“ v 55 (25 %) případech. Respondentek, které byly nespokojeny s bolestivostí jizvy, je 49 (22,27 %). 46 (20,91 %) žen bylo nespokojeno s rozsahem své jizvy. Šířka jizvy vedla k nespokojenosti u 35 (15,91 %) respondentek. S barvou jizvy nebylo spokojeno 34 žen (15,45 %).

Pokud se zaměříme na hodnocení nespokojenosti s jizvou v závislosti na operačním přístupu, tak respondentky, které podstoupily laparoskopickou operaci, udávají, že jsou na své jizvě nejméně nespokojeny s: šířkou poté s barvou, bolestivostí jizvy, rozsahem, celkovým vzhledem a největší nespokojenost udávají s pnutím jizvy (čili spíše je trápí hledisko citlivosti než kosmetické). Ženám, které podstoupily operaci vedenou abdominálně činí největší nespokojenost celkový vzhled (čili kosmetické hledisko), poté pnutí v jizvě, bolestivost jizvy, rozsah, šířka a nejméně nespokojeny jsou s barvou jizvy.

Otázka číslo 18: Jakou známkou byste ohodnotila Vaši jizvu?

Tabulka 16 Známkou jizvy

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
1	41	18,6	18,6
2	43	19,5	38,2
3	106	48,2	86,4
4	23	10,5	96,8
5	7	3,2	100,0
Celkem	220	100	

Tabulka 16 zachycuje známku, kterou přiřadily respondentky své pooperační jizvě. Znamky jsou na stupnici od 1 do 5, přičemž známka 1 značí velmi hezkou jizvu, známka 5 označuje jizvu jako velmi nepěknou. Tato známka hodnotí spokojenost žen s jejich jizvou po estetické stránce. Jako normální jizvu (tzn. známkou 3) hodnotilo svou jizvu 106 (48,2 %) žen z celkového počtu 220 (100 %). Svou jizvu jako hezkou (tzn. známkou 2) označilo 43 (19,5 %) respondentek. 41 (18,6 %) respondentek oznámkovalo svou jizvu známkou 1 a považují ji tedy za velmi hezkou. Jako nepěknou (tzn. známkou 4) hodnotilo svou jizvu 23 (10,5 %) žen. Pouze 7 (3,2 %) respondentek dalo své jizvě známku 5 a považují jizvu tedy za velmi nepěknou.

Otázka číslo 19: Pokud by Vám byla nabídnuta možnost kosmetické úpravy/odstranění jizvy, využila byste jí?

Tabulka 17 Přání odstranění jizvy

Odpověď	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i) [%]	Kumulativní relativní četnost [%]
Ano	58	26,4	26,4
Ne	162	73,6	100
Celkem	220	100	

Tabulka 17 znázorňuje odpovědi respondentek na otázku, zda by si nechaly nějakým způsobem odstranit jizvu. Z tabulky je patrné, že většina respondentek 162 (73,6 %) z celkového počtu 220 (100 %) by si jizvu nijak kosmeticky upravit či odstranit nenechalo. 58 (26,4 %) žen uvedlo, že by možnosti odstranění či kosmetické úpravy jizvy rádo využilo.

11 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

1. VO: V jaké věkové kategorii jsou ženy s jejich jizvou nejméně a nejvíce spokojeny?

Pomocí analýzy odpovědí na otázky č. 1 a č. 17 lze odpovědět na první výzkumnou otázku. Nejprve byly vytvořeny tabulky četností ke každé otázce (viz Tabulky 1 a 15) a poté byla vytvořena kontingenční tabulka (viz Tabulka 18), která srovnává odpovědi respondentek na otázky 1 a 17. V tabulce vidíme, že nejvíce spokojeny s jizvou byly ženy ve věku od 30-44 let. Do této věkové kategorie patří 101 žen. Odpověď A – tedy spokojenost s jizvou, označilo v této věkové kategorii 59 (58,42 %) respondentek z celkového počtu 101 žen. Nejméně spokojeny byly s jizvou ženy ve věkové kategorii 15-29 let. V této věkové kategorii je celkem 43 respondentek a z nich jich 20 (46,51 %) uvedlo, že jsou s jizvou spokojeny.

Největší rozdíl mezi spokojenými a nespokojenými pacientkami s jejich jizvou byl ve věkové kategorii 30-44 let. V této kategorii bylo o 16,84 % žen více spokojených než nespokojených. V ostatních kategoriích byla spokojenost a nespokojenost žen v poměru téměř 50:50. Ve věkové kategorii 15-29 let převažovala nespokojenost respondentek s jejich jizvou (nespokojených bylo o 3 více než spokojených). Nespokojenost také převažovala v kategorii 60-74 let (zde byl rozdíl mezi spokojenými a nespokojenými minimální, a to jedna respondentka). V kategorii 30-44 let bylo výrazně více respondentek spokojených než nespokojených a spokojenost převažovala také v kategorii 45-59 let (také pouze rozdílem jedné respondentky).

Tabulka 18 Kontingenční tabulka Věk respondentky a její spokojenost s jizvou

Věk	Spokojenost		
	Ano	Ne	Celkem
15-29	20	23	43
	46,51%	53,49%	
30-44	59	42	101
	58,42%	41,58%	
45-59	28	27	55
	50,91%	49,09%	
60-74	10	11	21
	47,62%	52,38%	
Celkem	117	103	220

2: VO: Jaký je rozdíl ve spokojenosti s jizvou u žen s BMI ≤ norma a u žen s BMI >norma?

Z odpovědí na otázky č. 2 a 3 bylo vypočítáno BMI respondentek a k účelu porovnání BMI s odpověďmi na otázku č. 17 byla vytvořena kontingenční tabulka (viz Tabulka 19). Z tabulky je patrné, že nejvíce spokojeny jsou ženy s BMI, které je nižší či rovno normě. V této skupině je 101 (100 %) respondentek a z nich uvedlo 55 (54,46 %), že jsou s jizvou spokojeny.

Ve druhé skupině, kterou tvoří respondentky s vyšším BMI než je norma, je s jizvou spokojeno 62 (52,10 %) respondentek z celkového počtu 119 (100 %). V případech obou skupin žen rozdělených dle hodnot BMI, je větší procento žen spokojeno než nespokojeno se svou jizvou. Lze tedy říci, dle kontingenční tabulky, že je nepatrný rozdíl ve spokojenosti žen s BMI v normě a vyšším BMI. Ženy s BMI, které je nižší nebo rovno normě jsou nepatrně více spokojeny s jizvou než ženy s vyšším BMI. V obou skupinách, jak už bylo uvedeno výše, však převažuje spokojenost respondentek s jizvou nad nespokojeností.

Tabulka 19 Kontingenční tabulka BMI respondentky a její spokojenost s jizvou

BMI	Spokojenost		Celkem
	Ano	Ne	
≤ norma	55 54,46%	46 45,54%	101
> norma	62 52,10%	57 47,90%	119
Celkem	117	103	220

VO 3: Existuje rozdíl mezi spokojeností žen s jizvou po abdominální a laparoskopické operaci?

Na základě odpovědí na otázky č. 4 a 17 byla vytvořena kontingenční tabulka (viz Tabulka 20), která zobrazuje vliv operačního postupu na spokojenost žen s jejich jizvou. Z tabulky je patrné, že respondentky po laparoskopické operaci jsou s jizvou spokojenější více než respondentky po operaci abdominální. Z celkového počtu 85 (100 %) žen po LPS operaci je spokojeno 56 (65,88 %) respondentek. Po operaci, která byla vedena abdominálně je nespokojeno s výsledkem své jizvy 74 a spokojeno 61 respondentek z celkového počtu 135 žen. Nejméně spokojených respondentek 0 (0 %) má jizvu po dolní i horní střední laparotomii. Respondentek, které mají jizvu po dolní střední laparotomii a se svou jizvou jsou spokojeny je 12 (38,71 %) z celkového počtu 31 žen po DSL. Respondentek, které uvedly, že jsou se svou jizvou spokojeny a podstoupily operaci, která

byla vedena z Pfannenstielova řezu, je 49 (48,04 %) z celkového počtu 102 žen. Tento typ řezu je ze všech zmíněných abdominálních řezů hodnocen nejlépe.

Ve všech případech, kdy ženy podstoupily abdominální operaci (ať už byl volen jakýkoli řez) bylo větší procento respondentek s jizvou nespokojeno než spokojeno. Oproti tomu po LPS operaci bylo více respondentek s výsledkem jizvy spokojeno než nespokojeno. Z tabulky tedy vyplývá, že zvolený operační postup má nejspíše vliv na spokojenost žen s jejich jizvou. Aby se tato domněnka potvrdila či vyvrátila, byla stanovena a následně testována pracovní hypotéza.

Tabulka 20 Kontingenční tabulka Vliv operačního postupu na spokojenost s jizvou.

Operační postup	Spokojenost		Celkem
	Ano	Ne	
LPS	56	29	85
	65,88%	34,12%	
ABD - Pfann.	49	53	102
	48,04%	51,96%	
ABD - DSL	12	19	31
	38,71%	61,29%	
ABD - DSL +HSL	0	2	2
	0,00%	100,00%	
Celkem	117	103	220

1. Pracovní hypotéza: Ženy po laparoskopické operaci jsou s jizvou spokojeny více než ženy po operaci abdominální.

H₀: Mezi zvoleným operačním postupem a spokojeností ženy s její jizvou **není** statisticky významný vztah.

H_A: Mezi zvoleným operačním postupem a spokojeností ženy s její jizvou **existuje** statisticky významný vztah.

Zvolená **hladina významnosti α** je 0,05.

Výzkumný předpoklad: Mezi zvoleným operačním přístupem a spokojeností žen s jejich jizvou existuje statisticky významný vztah.

Tabulka 21 Pearsonův Chí-kvadrát – Zvolený operační přístup x spokojenost s jizvou

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	8,973753	df=1	p=,00274
M-V chí-kvadr.	9,089137	df=1	p=,00257

Z výsledků provedeného testu (viz Tabulka 21) je patrné, že hodnota p je menší než zvolená hladina významnosti: $p < \alpha$ a nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme

hypotézu alternativní. Mezi typem operačního přístupu a spokojeností žen s následně vzniklou jizvou je statisticky významný vztah. Výzkumný předpoklad se tedy potvrdil, a to, zda žena podstoupí operaci vedenou laparoskopicky nebo abdominálně skutečně ovlivní spokojenost s její jizvou.

VO 4: Jaký je rozdíl ve spokojenosti s jizvou u žen, které o jizvu pečovaly a které nikoli?

Z vyhodnocených odpovědí na otázky č. 9 a 17 byla vytvořena kontingenční tabulka (viz Tabulka 22), která znázorňuje četnosti a rozdíly ve spokojenosti u žen, které o jizvu zvýšeně pečovaly a které nikoli. Co se týká respondentek, které o jizvu pečovaly (celkem 164 žen), jejich spokojenost s jizvou lze procenty vyjádřit 50:50. Přesně polovina respondentek s jizvou spokojena je a polovina není. Co se týká žen, které o jizvu nepečovaly (celkem 56 žen), paradoxně je více respondentek 35 (62,50 %) s jizvou spokojeno a 21 (37,50 %) respondentek je s výsledkem své jizvy nespokojeno. Na základě výsledků kontingenční tabulky se lze domnívat, že pokud žena zvýšeně o jizvu pečuje, neovlivňuje to její spokojenost s jizvou, pokud však žena o jizvu nepečuje, je možné, že bude paradoxně více s výsledkem jizvy spokojena.

Tabulka 22 Kontingenční tabulka Zvýšená péče o jizvu a spokojenost s jizvou

Péče o jizvu	Spokojenost		Celkem
	Ano	Ne	
Ano	82	82	164
	50,00%	50,00%	
Ne	35	21	56
	62,50%	37,50%	
Celkem	117	103	220

5. VO: Ovlivnil typ stehů spokojenost žen s výsledným efektem jizvy?

Z výsledků, které byly vyhodnoceny z otázek č. 10, 11 a 17, byla vytvořena kontingenční tabulka (viz Tabulka 23), která popisuje vliv různých typů stehu na spokojenost žen s jejich jizvou. V případě rozdělení typu použitých stehů na vstřebatelné a nevstřebatelné lze v tabulce vidět, že respondentky byly v případě obou typů stehů s výsledkem jizvy spíše spokojeny než nespokojeny. Poněkud větší spokojenost s jizvou vykazovaly respondentky 31 (58, 49 %), které měly operační ránu ošetřenou stehy vstřebatelnými stehy. Více respondentek (167) mělo operační ránu ošetřenou stehy nevstřebatelnými. Z této skupiny bylo s jizvou spokojeno 86 (51,50 %) respondentek. Z výsledků obsažených v kontingenční

tabulce se lze domnívat, že to, zda jsou k sutuře rány použity vstřebatelné či nevstřebatelné stehy, neovlivňuje spokojenost žen s jejich jizvou.

Co se týká způsobu techniky sutury, byly respondentky rozděleny do dvou skupin. Jednu skupinu tvořily respondentky, které měly ránu sešitou jednotlivými stehy (celkem 133 žen), druhou skupinu tvořily respondentky, které měly ránu sešitou jedním intradermálním stehem (celkem 87 žen). V případě skupiny žen s jednotlivými stehy bylo s jizvou spokojeno 57,14 % žen a nespokojeno 42,86 % žen. To znamená, že více respondentek bylo v tomto případě spokojeno. Oproti tomu respondentky, které měly ránu sešitou intradermálně, byly s výslednou jizvou spokojeny méně (47,13 %) a nespokojených respondentek bylo 52,87 %. V tomto případě se lze domnívat, že technika sešití rány může mít vliv na spokojenost žen s výsledkem jejich jizvy.

Na základě těchto dvou domněnek byly stanoveny a následně testovány pracovní hypotézy.

Tabulka 23 Kontingenční tabulka Vliv stehů na spokojenost s jizvou

Typ stehů	Spokojenost		Celkem
	Ano	Ne	
Vstřebatelné	31	22	53
	58,49%	41,51%	
Nevstřebatelné	86	81	167
	51,50%	48,50%	
Celkem	117	103	220
Jednotlivé	76	57	133
	57,14%	42,86%	
Intradermální	41	46	87
	47,13%	52,87%	
Celkem	117	103	220

2. Pracovní hypotéza: Ženy, které měly suturu rány zajištěnou pomocí vstřebatelných stehů, jsou spokojenější s výsledkem jizvy. Ženy, které měly ránu sešitou jedním dlouhým stehem, jsou s výsledkem jizvy více spokojeny.

H₀: Mezi typem použitých stehů/technikou sutury a spokojeností ženy s její jizvou **není** statisticky významný vztah.

H_A: Mezi typem použitých stehů/technikou sutury a spokojeností ženy s její jizvou **existuje** statisticky významný vztah.

Zvolená **hladina významnosti α** je 0,05.

Výzkumný předpoklad: Mezi typem stehů/technikou sutury a spokojeností žen s jejich jizvou existuje statisticky významný vztah.

Tabulka 24 Pearsonův Chí – kvadrát – Vstřebatelnost stehů x spokojenost žen s jizvou

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	,7902938	df=1	p=,37401
M-V chí-kvadr.	,7939445	df=1	p=,37291

Tabulka 25 Pearsonův Chí – kvadrát – Technika sutury x spokojenost žen s jizvou

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	2,119315	df=1	p=,14545
M-V chí-kvadr.	2,119597	df=1	p=,14542

Z výsledků provedených testů (viz Tabulka 24, 25) je patrné, že hodnota p je v obou případech větší než zvolená hladina významnosti: $p > \alpha$ a nulovou hypotézu tedy nezamítáme. Mezi typem použitých stehů/ techniky sutury a spokojeností žen s následně vzniklou jizvou není statisticky významný vztah. Výzkumný předpoklad se tedy nepotvrdil. O tom, zda žena je nebo není spokojena s výsledkem jizvy, nerozhoduje, dle výsledků testu, typ stehů či technika sutury rány.

6 VO: Ovlivňuje výskyt problémů s hojením spokojenost žen s výsledkem jizvy?

Na základě vyhodnocení otázek č. 14 a 17 byla vytvořena kontingenční tabulka (viz Tabulka 26), která zachycuje výskyt problémů s hojením rány a spokojenost žen s jejich jizvou. 63 (28,6 %) respondentek mělo s hojením rány nějaké problémy a 157 (71,4 %) respondentek žádné problémy nemělo. Respondentek, u kterých se vyskytovaly nějaké problémy s hojením a které uvedly spokojenost s výsledkem jejich jizvy je 23 (36,51 %) a těch, které spokojeny nejsou je 40 (63,49 %). Oproti tomu respondentky, u kterých se žádné problémy s hojením nevyskytly, je spokojených 94 (59,87 %) a nespokojených 63 (40,13 %). Z výsledků uvedených v kontingenční tabulce se lze domnívat, že pokud má žena nějaké problémy s hojením operační rány, může to ovlivnit její spokojenost s výslednou jizvou.

Tabulka 26 Kontingenční tabulka Vliv problémů s hojením na spokojenost s jizvou

Problémy s hojením	Spokojenost		Celkem
	Ano	Ne	
Ano	23 36,51%	40 63,49%	63
Ne	94 59,87%	63 40,13%	157
Celkem	117	103	220

3. Pracovní hypotéza: Ženy, které měly problémy s hojením rány, jsou se svou jizvou spokojeny méně než ženy, které žádné problémy s hojením neměly.

H₀: Mezi výskytem problémů s hojením rány a spokojeností ženy s její jizvou **není** statisticky významný vztah.

H_A: Mezi výskytem problémů s hojením rány a spokojeností ženy s její jizvou **existuje** statisticky významný vztah.

Zvolená **hladina významnosti α** je 0,05.

Výzkumný předpoklad: Mezi výskytem problémů s hojením rány a spokojeností žen s jejich jizvou existuje statisticky významný vztah.

Tabulka 27 Pearsonův Chí – kvadrát – Problémy s hojením x spokojenost žen s jizvou

	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	9,857329	df=1	p=,00169
M-V chí-kvadr.	9,914575	df=1	p=,00164

Z výsledků provedeného testu (viz Tabulka 27) je patrné, že hodnota p je menší než zvolená hladina významnosti: $p < \alpha$ a nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní. Mezi výskytem problémů s hojením rány a spokojeností ženy s její jizvou je statisticky významný vztah.

Výzkumný předpoklad se tedy potvrdil. Pokud se u ženy vyskytnou nějaké problémy s hojením operační rány, ovlivní to její spokojenost s výsledkem jizvy.

12 DISKUZE

Tato diplomová práce se zabývá problematikou jizvy po gynekologické či porodnické operaci. V předkládané práci je dále zjišťováno, jaké dopady má jizva na spokojenost ženy a zda jizva způsobuje ženě nějaké problémy či omezení. Cílem bylo zjistit, zda jsou ženy s výsledkem své jizvy spokojeny a pokud ne, tak s čím konkrétně nejsou. Dalším cílem bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují spokojenost žen s jizvou a jak kosmetický výsledek jizvy ovlivňuje život ženy.

Ke sběru informací byla zvolena metoda kvantitativního šetření. Pro splnění 3 cílů byly stanoveny výzkumné otázky a pracovní hypotézy, které byly statisticky testovány. Tato kapitola je zaměřena na souhrn nejdůležitějších poznatků a právě některé poznatky jsou porovnány s literaturou vedenou na podobné téma.

Pro účel analýzy dat a získání výsledků bylo vyhodnoceno celkem 220 dotazníků. Výběr respondentek byl záměrný. Respondentkami byly ženy, které v uplynulých deseti letech podstoupily abdominální nebo laparoskopickou gynekologickou operaci popřípadě císařský řez. Respondentky, které se zúčastnily výzkumu, byly ve věkovém rozmezí od 15 do 74 let. Nejpočetnější věkovou skupinou byly ženy ve věku 30-44 let (45,9 %) z celkového počtu 220 (100 %) žen.

Důležitým hlediskem pro posouzení jizvy byl také údaj o tom, jak dlouho je žena po operačním výkonu. Respondentkami byly ženy, které absolvovaly operační výkon v rozmezí jednoho měsíce až deseti let. Respondentky se tak, dle odpovědí na otázku, jakou dobu jsou po absolvované operaci, rozdělily do pěti skupin. Jak uvádí literatura, hojení rány trvá přibližně 3 týdny. V průběhu těchto tří týdnů dosahuje rána 40 % pevnosti původní tkáně. Po 2-3 týdnech je jizva hyperemická, pálí a svědí. Během dalšího období bledne, kontrahuje se. V 6. -8. týdnu dochází k ústupu hypertrofie, jizva je bledá a jemná. V průběhu 7-8 týdnů dosahuje 70 % pevnosti původní tkáně. Definitivní přestavba jizvy je dokončena po 3 až 6 měsících. Pevnost jizvy se zvyšuje až do 2 let od jejího vzniku (Michalský, Volfová, 2008, s. 33; Klauzová, 2008, s. 522).

Z důvodů uvedených výše byly ženám nabídnuty možnosti odpovědí v rozmezí od jednoho měsíce do 2 let. Jizva by měla získat po dvou letech od jejího vzniku konečnou podobu a již by se neměla měnit. Do jednoho měsíce by zase byla jizva příliš „čerstvá“ k jejímu posuzování. Co se týká odpovědí na otázku ohledně délky přítomnosti jizvy, nejpočetnější skupinu tvořily respondentky, které byly více než dva roky po operaci. V této kategorii bylo 143 (65 %) respondentek z celkového počtu 220 (100 %). Lze tedy tvrdit,

že většině žen z provedeného výzkumu by se již jizva výrazným způsobem měnit neměla a jejich názor na jizvu by měl být tedy konečný.

Gynekologické operace podstupují ženy v každém věku. Císařské řezy se vyskytují u žen pouze ve fertilním věku. Každopádně nějaký operativní zásah může ženu potkat v průběhu jejího celého života. Je tedy důležité mít na paměti, že vznik jizev po operaci se týká všech věkových kategorií. Vznik jizvy není sice život ohrožující, ale může značně ovlivnit zbytek života ženy.

Problematika jizev vzniklých po operacích je aktuálním tématem. Čím dál více se hledí na vzhled člověka a jakákoli odchylka od „normálu“ je vnímána a diskutována. Každá nově vzniklá jizva je menší či větší vadou na kráse a která žena je za nějakou vadu na kráse ráda? I přesto, že jsou popsány techniky šetrného operování, šití, uzlení, je věnována pozornost šicím materiálům a jejich vlivu na hojení rány a vznik jizvy, jsou známy faktory ovlivňující hojení jak pozitivním, tak negativním způsobem, i přesto, že jsou vyvíjeny stále méně invazivnější a šetrnější metody operování, stále je určité procento žen nespokojeno se svou jizvou. Dle mého názoru je to v pořádku a nikdy nebude spokojenost žen s jejich jizvou stoprocentní. Vždyť která žena je ve chvíli, kdy vznikne nějaká „vada“ na její kráse, spokojena? Ano, například u žen po císařském řezu, kterým jizva přinesla to nejcennější, co mohla nebo u žen, kterým operační zásah zlepšil zdraví či dokonce zachránil život, lze předpokládat, že ve srovnání s tím co si prožily a co jim operace přinesla, je jejich jizva pouhou banalitou. V některých případech může ženám jejich jizva způsobovat nemalé potíže a omezovat či ovlivňovat jejich život.

Věnování pozornosti tomuto tématu je velmi důležité, neboť, jak je uvedeno v literatuře, každý operační zákrok je nepochybně vždy závažným zásahem do tělesné integrity a psychiky pacienta. Operátor při operačním zákroku odstraňuje patologii, kterou nezpůsobil, tedy odstraňuje příčinu subjektivních potíží pacienta a objektivního patologického stavu, který ohrožuje pacientovo zdraví, často i život. Operační intervence odstraňuje patologii, ale nikdy nemůže přinést ani nepřinese zhojení ad integrum. Vždy je výkon provázen následkem, bez kterého je nemožný, tedy jizvou nebo jiným funkčním či kosmetickým defektem, který je možné označit za škodu. Je důležité mít na paměti, že touto malou škodou se zpravidla odstraňuje poškození daleko větší, mnohdy život pacienta ohrožující (Vondrášek, 2008, s. 11). Samozřejmě je velmi důležité především odstranit patologii a vznik jizvy je v tomto porovnání vedlejší. Ale jsou popsány i případy, kdy se jizva stává opravdu velkým problémem. Například v literatuře je zaznamenáno, že pacient žádá o odškodné v hodnotě 25 000,- za bolestné, horší jizvu a dopravu na převazy

(Vondrášek, 2008, s. 69). Ač se tedy může zdát, že jizva není pro pacienty nijak důležitá, opak je pravdou a mělo by být této problematice věnováno více pozornosti.

V této práci bylo hodnoceno mnoho faktorů, které mohou ovlivnit hojení a tím i výsledný efekt jizvy. Lze se domnívat, že jizva u pacientky po diagnostické laparoskopii bude jistě méně rozsáhlá než jizva pacientky po rozsáhlé operaci pro malignitu. Jinak se jistě bude hojit jizva, která nepodlehla infekci a která naopak ano. Nabízela by se myšlenka, že například ženě s vyšší hmotností se bude jizva hojit hůře a kosmetický efekt bude tedy méně pozitivní než u ženy s hmotností v normě. Níže jsou popsány výsledky těchto domněnek.

První výzkumná otázka: V jaké věkové kategorii jsou ženy s jejich jizvou nejméně spokojeny? Věk je jedním z faktorů, který může mít vliv na hojení rány a výsledný efekt jizvy. Věk je ale faktorem, který bohužel nelze ovlivnit. Vyšší věk je spojen se ztrátou elasticity kůže a zpomalenou elasticitou kůže atd. Dle posledních výzkumů se ukazuje, že stáří samotné zpomaluje hojení v porovnání s mladou populací pouze nepatrně (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 66-67). Lze se tedy domnívat, že věk může hojení rány, a to jak bude výsledná jizva vypadat, ovlivnit spíše proto, že s přibývajícím věkem stoupá také výskyt přidružených onemocnění, která mohou hojení komplikovat. Věk jako takový tedy nemusí mít na hojení vliv. Z výsledků výzkumu vyplývá, že největší rozdíl mezi spokojenými a nespokojenými respondentkami byl ve věkové kategorii 30-44 let. V této kategorii bylo o 16,84 % žen více spokojeno než nespokojeno s výsledkem své jizvy. V ostatních věkových kategoriích je rozdíl mezi spokojenými a nespokojenými respondentkami minimální (maximálně 1 – 7 %). Nejméně spokojeny byly s jizvou ženy ve věkové kategorii 15-29 let. V této kategorii je spokojených 20 (46,51 %) respondentek a 23 (53,49 %) respondentek je s jizvou nespokojeno (rozdíl je minimální). Lze se tedy domnívat, že věk vzhledem ke spokojenosti žen s jizvou nehraje téměř žádnou roli, což je překvapivé. Původní domněnka byla taková, že mladší ženy by mohly být se svou jizvou spokojeny méně než starší (z hlediska studu, oblékání, partnerského a osobního života).

Co se týká spokojenosti žen s nižším BMI než je norma a s vyšším BMI než je norma, byly výsledky celkem překvapivé. Této problematice byla věnována **druhá výzkumná otázka: Jaký je rozdíl ve spokojenosti s jizvou u žen s BMI ≤ norma a u žen s BMI > norma?**

Jak uvádí Fiala, obecně lze horší hojivost pozorovat například u obézních pacientů (Fiala, 2006, s. 17). Lze tedy předpokládat, že ženám s BMI > norma se bude operační rána hojit hůře, výsledný kosmetický efekt bude horší a ženy budou spíše nespokojeny

s výsledným kosmetickým efektem jizvy. Dle výsledků výzkumu je však zřejmé, že respondentky v obou kategoriích BMI byly s jizvou spíše spokojeny než nespokojeny. O něco vyšší spokojenost vykazují ženy s BMI \leq norma, a to 55 (54,46 %) respondentek z celkového počtu 101 (100 %). Respondentek s BMI $>$ norma je spokojeno 62 (52,10 %). Lze se tedy domnívat, že vyšší BMI nemá podstatný vliv na spokojenost žen s jejich jizvou. Rozdíl mezi oběma kategoriemi respondentek však není nijak veliký a přesnější výsledky by jistě byly, pokud by výzkumný vzorek tvořil větší počet respondentek.

Třetí výzkumnou otázkou byla tato: Existuje rozdíl mezi spokojeností žen s jizvou po abdominální a laparoskopické operaci? K upřesnění výsledků byla k otázce připojena také **1. pracovní hypotéza: Ženy po laparoskopické operaci jsou s jizvou spokojeny více než ženy po operaci abdominální.**

Slavný švýcarský chirurg Theodor Kocher již před více než sto lety prohlásil: „*Operační řez musí být tak dlouhý, jak je nezbytné a tak krátký, jak je jen možné*“. (Schein, Roger, 2011, s. 78). Vedle hlediska kosmetického tak musí volba operační incize svým umístěním, nejlépe v liniích kožní štěpitelnosti, a velikostí splňovat hlavně optimální přístup k operačnímu poli. Proto právě řezy na břicho nemohou být vždy vedeny přesně v místě kožní štěpitelnosti (Zeman, Krška, 2011, s. 197).

Opak uvádí ve své publikaci Měšťák, který píše, že vliv uložení chirurgické rány podle linií štěpitelnosti kůže je stále diskutovaný, zdá se ovšem, že vznik právě atypických jizev tolik neovlivňuje (Měšťák, Molitor, 2015, s. 46). Z analýzy výsledků dat lze toto tvrzení vyvrátit, neboť respondentky po abdominální operaci udávaly největší spokojenost s jizvou po řezu dle Pfannenstiela, který je vedený právě ve směru štěpitelnosti kůže. Respondentky s jizvou po operačním řezu dle Pfannenstiela, které jsou s výsledkem jizvy spokojeny je 49 (48,04 %) z celkového počtu 102 žen s jizvou po tomto řezu. Respondentek po dolní střední laparotomii, které jsou s jizvou spokojeny je 12 (38,71 %) z celkového počtu 31 žen po DSL a spokojenost respondentek po řezu vedeném z dolní a horní střední laparotomie je 0 % z celkového počtu 2 respondentek s jizvou po tomto řezu. Je tedy možné se ztotožnit s tím, co v literatuře uvádí Roztočil, a to že, Pfannenstielaův řez je výhodnější z hlediska kosmetického efektu oproti dolní střední laparotomii, kdy je kosmetický výsledek horší (Roztočil, 2011, s. 397).

Co se týká srovnání laparoskopické a abdominální techniky celkově, z výsledků jasně vyplývá, že ženy po laparoskopické operaci jsou s výsledkem jizvy spokojeny více než ženy po operaci abdominální. Po LPS operaci je 56 respondentek spokojených a 29 nespokojených. Po abdominální operaci je spokojených 61 a nespokojených 74 respondentek. Respondentek

po abdominální operaci (v případě jakéhokoli řezu) je s výsledkem jizvy vždy více nespokojeno než spokojeno. Zatímco v případě laparoskopické metody jsou respondentky s výsledkem jizvy spíše spokojeny. Tento fakt uvádí také Beker, který ve své publikaci píše, že kosmetický výsledek je po laparoskopii lepší (Beker, 2005, s. 481).

Lze konstatovat, že mezi typem operačního přístupu a spokojeností žen s následně vzniklou jizvou je statisticky významný vztah.

Překvapivá byla odpověď na čtvrtou výzkumnou otázku: **Jaký je rozdíl ve spokojenosti s jizvou u žen, které o jizvu pečovaly a které nikoli?**

Nabízí se odpověď, že ženy, které pečují o svou jizvu, jsou jistě spokojenější. Vždyť snad ve všech zdravotnických zařízeních jsou ženy edukovány, jak a proč o vzniklou jizvu pečovat. Také v literatuře je uváděno, že péče o jizvy by měla být předmětem edukace pacientů, neboť kosmetický efekt je pro další život velmi podstatný (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 56).

Z výsledků výzkumu však vyplývá, že ženy, které o jizvu pečovaly, nejsou spokojenější. Respondentek, které o jizvu pečovaly, je 164 a spokojených i nespokojených s jizvou je stejně (82:82). Žen, které nepečovaly nijak speciálně o svou jizvu, je 56. Z těchto respondentek je paradoxně více spokojeno s výsledkem své jizvy (35 žen) než nespokojeno (21 žen). Z analýzy výsledků by se nabízelo konstatovat, že speciální péče nijak neovlivňuje spokojenost žen s jizvou. Paradoxně respondentky, které o jizvu nijak nepečovaly, jsou s výsledkem jizvy spokojenější. V tomto případě by bylo nejspíše vhodné, porovnat mezi sebou ještě více faktorů, které mohou spokojenost ovlivnit.

Pátá výzkumná otázka zní: Ovlivnil typ stehů spokojenost žen s výsledným efektem jizvy? Pro upřesnění výsledků věnovaných této oblasti byla stanovena ještě **2. pracovní hypotéza: Ženy, které měly suturu rány zajištěnou pomocí vstřebatelných stehů, jsou spokojenější s výsledkem jizvy. Ženy, které měly ránu sešitou jedním dlouhým stehem, jsou s výsledkem jizvy více spokojeny.**

Ve výzkumu byly v souvislosti se stehy a spokojeností porovnány dva faktory týkající se sutury. Jedním faktorem bylo srovnání vstřebatelných a nevstřebatelných stehů s vlivem na spokojenost žen s jejich jizvou a druhým faktorem byl zvolený typ sutury (jednotlivé stehy nebo jeden intradermální steh). Jak uvádí Roztočil, jedinou trvalou známkou po operaci je jizva v podbřišku. Sutura kůže po císařském řezu je v současné době prováděna intradermálním stehem, který vykazuje velice dobrý kosmetický efekt (Roztočil, 2008, s. 159). Z výzkumu vyplývá, že intradermální steh byl použit v 87 případech a jednotlivé stehy ve 133 případech. Toto číslo je tak vysoké, protože ve výzkumu bylo 85 žen

po laparoskopické operaci a většina z nich měla suturu provedenou právě jednotlivými stehy. Pokud se zaměříme na suturu po abdominálních řezech, bývá skutečně častěji používán intradermální steh (v 78 případech z celkového počtu 135 sutur abdominálních řezů). V případě sutury řezů po sectio caesarea byl intradermální steh použit v 57 případech z celkového počtu 77 respondentek po císařském řezu a jak je již v textu zmíněno, sutura kůže se v případě této operace opravdu více provádí intradermálním stehem. Jak je již psáno výše, dle Roztočila, intradermální stehy vykazují velice dobrý kosmetický výsledek. Moderní chirurgové uzavírají bezstarostně téměř všechny rány intradermálním vstřebatelným stehem. Výsledkem je jemnější jizva a tato „maličkost“ je pro některé pacienty velmi důležitá (Schein, Rogers, 2011, s. 309). Také Fiala tvrdí, že nejpříjemnější kosmetický efekt má steh intradermální (Fiala, 2006, s. 17). Co se týká vstřebatelnosti stehů, z výzkumu vyplývá, že 167 respondentek mělo suturu kůže provedenou nevstřebatelnými stehy a 53 respondentek stehy vstřebatelnými. Tento fakt je v rozporu s tím, co uvádí Schein ve své publikaci, a to, že většina ran je uzavírána vstřebatelným stehem (Schein, Rogers, 2011, s. 309).

Nově tvořená jizva je zpočátku z důvodu nevyzrálého kolagenu méně odolná na mechanické namáhání. Experimentálně je potvrzeno, že ještě dva měsíce po operačním výkonu udržují pevnost jizvy asi z 60 % stehy. Je tedy nutné používat k sutuře ran, které jsou již od operace namáhány, vlákna z nevstřebatelného materiálu např. Prolene (Michalský, Volfová, 2008, s. 33).

Při testování hypotéz bylo zjištěno, že ani zvolený typ materiálu (vstřebatelný/nevstřebatelný) a dokonce ani zvolená metoda sutury (intradermální/jednotlivý steh) neovlivňují spokojenost žen s výsledným efektem jizvy. Mezi typem použitých stehů/techniky sutury a spokojeností žen s následně vzniklou jizvou tedy není statisticky významný vztah.

Šestá výzkumná otázka zní: Ovlivňuje výskyt problémů s hojením spokojenost žen s výsledkem jizvy? Pro přesnější výsledky zabývající se touto oblastí byla připojena **3. pracovní hypotéza: Ženy, které měly problémy s hojením rány, jsou se svou jizvou spokojeny méně než ženy, které žádné problémy s hojením neměly.**

Obecně platí, že nejjemnější jizvy vznikají po ranách řezných, které jsou situovány podle štěpitelnosti kůže např. v podbřišku a pokud není proces jizvení doprovázen spoluúčastí nepříznivých faktorů hojení (Měšťák, Molitor, 2015 s. 46). Právě zmapování výskytu problémů s hojením bylo další součástí výzkumu. 63 (28,6 %) respondentek z celkového počtu 220 (100 %) mělo problém s hojením. Nejčastěji uváděnými problémy při hojení bylo hnisání rány, bolest a pnutí. Dalšími uvedenými problémy byl výskyt hematomu, dehiscence

a zapomenutý steh v ráně. Z výsledků statistického testování lze konstatovat, že pokud se u žen vyskytují nějaké problémy při hojení rány, ovlivní to její spokojenost s výsledným efektem jizvy. Mezi výskytem problémů s hojením rány a spokojeností ženy s její jizvou je skutečně statisticky významný vztah.

Zajímavá je také odpověď na **sedmou výzkumnou otázku: Mají ženy nějaké problémy/omezení ve spojitosti s jizvou?** Z analýzy dat vyplývá, že 42 (19,1 %) žen z celkového počtu 220 (100 %) jizva nějakým způsobem omezuje. Nejvíce ženám jizva způsobuje stud a dalšími problémy jsou zvýšený tlak v jizvě, problémy s oblékáním (ať už z hlediska estetického nebo zvýšené citlivosti v oblasti jizvy), problémy v soukromí (sex, partner), omezení pohybu a sportování, výskyt bolestí a snížení sebevědomí. Z výsledků je patrné, že jizva ženě opravdu může narušit její veškeré potřeby a že vzhled a citlivost jizvy velmi ovlivňuje její život. Z analýzy odpovědí na tuto otázku je tedy jasné, že nelze vznik nové jizvy podceňovat a že je pro ženy velmi důležité, jak bude její jizva vypadat a jaké jí bude způsobovat pocity, omezení.

Dalším zajímavým poznatkem z provedeného výzkumu je fakt, že z 85 žen po laparoskopické operaci je nejvíce žen 31 (36,47 %) nespokojeno s jizvou v oblasti pupku a tuto jizvu shledávají jako nejméně esteticky přijatelnou. 29 (34,12 %) respondentek uvedlo, že jsou všechny jizvy po LPS stejné. Nejvíce esteticky přijatelnou jizvou po LPS je, dle výsledků výzkumu, jizva vlevo vedle pupku a v levém podbříšku. V literatuře se však uvádí, že je snaha využít pouze malé incize a tato incize je z kosmetických důvodů nejčastěji umístována do oblasti pupku – paraumbilikální (Krška, 2011, s. 160). Paradoxně jizva u pupku je pro ženy z kosmetických důvodů přijatelná nejméně.

Poslední **výzkumnou otázkou je otázka osmá: S čím jsou ženy na své jizvě nejméně spokojeny?** Z analýzy dat lze konstatovat, že většina žen je se svou jizvou spokojena. 117 (53,2 %) respondentek z celkového počtu 220 (100 %) je s jizvou zcela spokojena a 103 (46,8 %) respondentek nikoli. Jizvy mohou ženám vadit nejen z kosmetického hlediska, ale mohou být také příčinou poruch funkčních. Jizvy mohou být nápadné svou šířkou, tloušťkou či poruchou hybnosti. Jemné jizvy vznikají po pečlivé a přesné sutuře, která se hojila bez komplikací. Široké jizvy zůstávají po ranách, které byly šity pod tahem a nesprávně ošetřovány (Měšťák, Molitor, 2015, s. 47). Přesně jak je uvedeno výše, ženy mohou být spokojeny s výsledkem kosmetickým, ale jizva je může obtěžovat z hlediska funkčního a naopak. Z výsledků výzkumu lze konstatovat, že nejvíce jsou ženy nespokojeny s celkovým vzhledem jizvy (57 žen z celkového počtu 220). Druhým nejčastěji uváděným faktorem, se kterým jsou v souvislosti se svou jizvou ženy nespokojeny, je prnutí

(55 respondentek z 220). Dalším nejčastěji uváděným faktorem vedoucím k nespokojenosti je bolestivost (49 respondentek z 220). Poté následuje rozsah jizvy, šířka jizvy a barva.

Pokud se zaměříme na hodnocení nespokojenosti s jizvou v závislosti na operačním přístupu, respondentky, které podstoupily laparoskopickou operaci, udávají, že jsou na své jizvě nejméně nespokojeny s: šířkou, poté s barvou, bolestivostí jizvy, rozsahem, celkovým vzhledem a největší nespokojenost udávají s pnutím jizvy (čili spíše je trápí hledisko citlivosti než kosmetické). Ženám, které podstoupily operaci vedenou abdominálně činí největší nespokojenost celkový vzhled (čili kosmetické hledisko), poté pnutí v jizvě, bolestivost jizvy, rozsah, šířka a nejméně nespokojeny jsou s barvou jizvy.

Při srovnání laparotomie a laparoskopie jsou bolesti v jizvě po laparoskopii do týdne po operaci menší, po 6. týdnu jsou po obou operacích stejné. Kosmetický výsledek je po laparoskopii lepší (Beker, 2005, s. 481). Dle výše uvedených výsledků provedeného výzkumu, mají s bolestivostí v jizvě nepatrně větší problém ženy po operaci abdominální než ženy po operaci laparoskopické, čili bolestivost v jizvě nejspíše není po obou operacích stejná, jak uvádí Beker. Kosmetický výsledek je, dle výsledků výzkumu, po LPS operaci jistě lepší než po operaci abdominální.

Ačkoli je celkem velké procento respondentek s něčím na své jizvě nespokojeno, celkově ženy hodnotí svou jizvu spíše kladně. Jako normální jizvu (tzn. známkou 3) hodnotilo svou jizvu 106 (48,2 %) žen z celkového počtu 220 (100 %). Svou jizvu jako hezkou (tzn. známkou 2) označilo 43 (19,5 %) respondentek. 41 (18,6 %) respondentek oznámkovalo svou jizvu známkou 1 a považují ji tedy za velmi hezkou. Jako nepěknou (tzn. známkou 4) hodnotilo svou jizvu 23 (10,6 %) žen. Pouze 7 (3,2 %) respondentek dalo své jizvě známku 5 a považují jizvu tedy za velmi nepěknou. Závěrem lze tedy konstatovat, že s výsledným kosmetickým efektem jizvy jsou ženy spíše spokojeny a nespokojenost žen s jejich jizvou je z velké části zapříčiněna z hlediska funkčního. Tento fakt lze potvrdit také tím, že jen málo žen 58 (26,4 %) by si nechalo jizvu nějakým způsobem kosmeticky upravit či odstranit. Oproti tomu 162 (73,6 %) z celkového počtu 220 (100 %) by si jizvu nijak kosmeticky upravit či odstranit nenechalo. Možná je tento fakt podmíněn strachem z dalšího výkonu nebo ze vzniku nové, možná nepěknější či bolestivější jizvy, anebo právě tím, že s kosmetickým výsledkem jizvy respondentky až tak nespokojeny nejsou.

Jak se říká, není člověk ten, aby zavděčil se lidem všem. To platí i v oblasti medicíny. Jak uvádí Weiss, spokojenost pacientky s výsledkem jizvy je zcela nezávislá na spokojenosti chirurga. I chirurgicky brilantní výsledek může být v očích pacientky posuzován jako podprůměrný a naopak (Weiss, 2010, s. 740).

Spokojenost žen s výslednou jizvou je velmi subjektivní a existuje mnoho faktorů, které mohou spokojenost s jizvou ovlivnit. Některým ženám může více vadit výsledný vzhled jizvy, jiným zase funkční výsledek. Tomuto tématu by tedy mohly být věnovány další výzkumné práce, které by zase o trochu více přiblížily, co všechno vede ke spokojenosti či nespokojenosti žen s jejich jizvou.

13 ZÁVĚR

Předkládaná diplomová práce na téma Spokojenost s kosmetickým výsledkem po gynekologických operacích se skládá ze dvou částí a to z části teoretické a praktické.

V teoretické části jsou popsány gynekologické operace, operační postupy a problematika rány, incize, sutury a jizvy.

Praktická část diplomové práce byla věnována vyhodnocení výsledků z dotazníkového šetření a následně zjištění faktorů, které ovlivňují spokojenost žen s jejich jizvou. Dále bylo předmětem práce zjistit, s čím jsou ženy v souvislosti se svou jizvou nespokojeny a zda mají v souvislosti s jizvou nějaké problémy či omezení. Pro výzkumnou část práce byly stanoveny tři cíle. K jejich naplnění bylo stanoveno a vyhodnoceno 8 výzkumných otázek a 3 pracovní hypotézy.

Prostřednictvím dotazníku vlastní tvorby, který byl respondentkám předložen, byly zjištěny potřebné informace ke zpracování a následné prezentaci výsledků této diplomové práce.

Co se týká splnění cílů práce, tak po analýze veškerých dat, byly všechny cíle splněny. Mezi nejdůležitější zjištění patří skutečnost, že spokojenost žen s kosmetickým výsledkem je celkem vysoká a že ženy kosmetický efekt své jizvy hodnotí převážně jako dobrý, chvalitebný a výborný. Žen, které hodnotí svou jizvu známkou 4 a 5, je celkem málo. Z výsledků výzkumu vyplývá, že ženy byly ve větší míře se svou jizvou spokojeny než nespokojeny. Pokud byly ženy nespokojeny, pak to bylo třeba jen s jedním faktorem týkajícím se jizvy (barva, šířka, bolestivost...). Tímto byl splněn první cíl: Zjistit do jaké míry jsou ženy spokojeny s výsledkem jizvy.

Pro mě osobně je zajímavé, že celkem velké procento žen není spokojeno se svou jizvou z hlediska bolestivosti a pnutí v jizvě.

Provedeným výzkumným šetřením lze odpovědět také na druhý cíl: Zjistit jaké faktory ovlivňují spokojenost žen s jizvou. Velmi překvapivé bylo, že mezi různými věkovými kategoriemi žen, nebyly ve spokojenosti s jizvou téměř žádné rozdíly. Domnívala jsem se, že mladší ženy budou s kosmetickým výsledkem jizvy méně spokojeny. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že ani mezi ženami s nižším a vyšším BMI není ve spokojenosti s jizvou téměř žádný rozdíl. Překvapující také bylo, že ani zvolený typ stehů, dokonce ani technika sutury, neovlivnily spokojenost žen s jejich jizvou. Předpokladem také bylo, že bude rozdíl ve spokojenosti u žen, které o jizvu pečovaly a které nikoli. Ani v tomto případě se však rozdíly ve spokojenosti neukázaly.

Bylo zjištěno, že spokojenost s kosmetickým výsledkem jizvy ovlivňuje operační technika (přístup), neboť bylo statisticky dokázáno, že ženy po laparoskopické operaci jsou s výsledkem jizvy spokojeny více než ženy po operaci abdominální. Co se týká abdominálních operací, největší spokojenost s jizvou byla zaznamenána u žen, kterým byl proveden Pfannenstielův řez. Dále spokojenost žen s výsledkem jizvy ovlivňuje, zda se ve fázi hojení vyskytuje nějaký problém (hematom, zapomenutý steh, dehiscence...).

Třetím a posledním cílem bylo zjistit, jak kosmetický výsledek ovlivňuje život ženy z bio-psycho-sociálního hlediska. Bylo zjištěno, že části žen (konkrétně 42 z celkového počtu 220 respondentek), způsobuje jizva nějaké problémy. Největším problémem, který jizva ženám přináší je stud, ať už před partnerem, v plavkách atp. Dalším omezením, které ženy uvedly, je nepříjemný tlak v jizvě a jejím okolí. Jizva také způsobuje problémy v soukromí, kdy jizva ženu omezuje v partnerském životě. Také oblast oblékání je jizvou narušena, ženy nemohou nosit, co by chtěly, protože je vidět jejich jizva nebo proto, že např. zipy u kalhot jejich jizvu nepříjemně dráždí. Jizvou je omezen také pohyb a sportovní aktivity. Některým respondentkám jizva způsobuje nepříjemné pocity bolesti. V neposlední řadě respondentky uváděly snížené sebevědomí vlivem jizvy.

Z výsledků výzkumu je patrné, že jizva ženám může zasahovat do kterékoli oblasti či aktivity jejího života. Proto je nezbytné věnovat problematice jizev pozornost a zkoumat další a další faktory, které by mohly přispět k lepšímu kosmetickému a funkčnímu výsledku pooperační jizvy.

Přínos této práce vidím zejména v tom, že může poskytnout informace o tom, jaké faktory ovlivňují nebo neovlivňují spokojenost žen s jejich jizvou a s čím jsou ženy na své jizvě nejméně spokojeny. Bohužel zjištěné faktory, které ovlivňují spokojenost žen s jizvou, nejsou příliš ovlivnitelné.

Jistě by bylo vhodné věnovat se tomuto tématu nadále a zkoumat na větším výzkumném vzorku další a další faktory, které mohou mít vliv na spokojenost žen s jejich jizvou a zároveň se snažit tyto faktory co nejvíce ovlivnit, a tak zjistit větší spokojenost žen s jejich jizvou jak po stránce estetické, tak po stránce funkční. Vždyť pokud je žena spokojena, ovlivní to jak její psychiku, tak i její zdraví.

SEZNAM LITERATURY

1. BEKER, H. D. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 2005. 854 s. ISBN 80-247-0720-9.
2. CITTERBART, K., a kol. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
3. DOLEŽAL, A., a kol. *Porodnické operace*. Praha: Grada, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
4. DUDA, M. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada, 2000. 387 s. ISBN 80-7169-642-0.
5. FERKO, A., a kol. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada, 2002. 591 s. ISBN 80-247-0230-4.
6. FIALA, R. Rána je vizitkou (nejen) chirurga. *Sestra v diabetologii: časopis pro lékaře a zdravotní sestry*. 2006, roč. 2, č. 4, s. 16-18. ISSN: 1801-2809.
7. FRANČŮ, M., S. HODOVÁ, a kol. *Perioperační péče o pacienta v rekonstrukční chirurgii a léčbě popálenin*. Brno: NCO a NZO, 2011. 163 s. ISBN 978-80-7013-537-2.
8. HENSEL, G., M. KOŠŤÁL. Video: *Vaginal vault suspension according to William and Richardson*. International urogynaecological association 38th Annual Meeting, Dublin, Ireland, 28 May – 1 June. 2013. Abstract.
9. HOLUB, Z., D. KUŽEL a kol. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada, 2005. 232 s. ISBN 80-247-0834-5.
10. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
11. JANÍKOVÁ, E., R. ZELENÍKOVÁ, *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
12. JEDLIČKOVÁ, J., a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: NCO a NZO, 2012. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.

13. KALA, Z., I. PENKA a kol. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno:NCO a NZO, 2010. 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.
14. KLÁT, J. Karcinom endometria u obézních pacientek: Laparoskopický nebo laparotomický přístup? *Gynekolog: časopis ženských lékařů*. 2010, roč. 19, č. 2, s. 55 – 57. ISSN 1210-1133.
15. KLAUZOVÁ, K. Jizvy. *Interní medicína*. 2008, roč. 10, č. 11, s. 522-525. ISSN 1212-7299.
16. KOBILKOVÁ, J., J. ŽIVNÝ, J. BOCHMAN. *Technika gynekologických abdominálních operací*. Praha: Grada, 2000. 283 s. ISBN 80-7169-494-0.
17. KOLAŘÍK, D., M. HALAŠKA, J. FEYEREISL. *Repetitorium gynekologie*. Praha:Maxdorf, 2011. 1032 s. ISBN 978-80-7345-267-4.
18. KRŠKA, Z., a kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada, 2011. 262 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
20. LEWIT, K. Klinický význam aktivních jizev. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2003, roč. 10, č. 4, s. 129-132. ISSN: 1211-2658.
21. LITVIK, R., M. PACIOREK. Možnosti korekce vzhledu hypertrofických a keloidních jizev. *Farmakoterapie*. 2010, roč. 6, č. 3, s. 300-302. ISSN: 1801-1209.
22. LITVIK, R., Y. VANTUCHOVÁ. Hypertrofické a keloidní jizvy pohledem dermatologa. *New EU magazine of medicine*. 2011, č. 1-2, s. 5-17. ISSN 1802-1298. (Ročník neuveden.)
23. MÁLEK, J., P. ŠEVČÍK a kol. *Léčba pooperační bolesti*. Praha: Mladá fronta a.s., 2009. 143 s. ISBN 978-80-204-1981-1.

24. MĚTÁK, J.; M. MOLITOR, O. MĚŠŤÁK. *Základy plastické chirurgie*. Praha: Karolinum, 2015. 212 s. ISBN 978-80-246-2839-4.
25. MICHALSKÝ, R., I. VOLFOVÁ. *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 83 s. ISBN 978-80-7248-464-5.
26. MIKULA J., J. TWARDZIKOVÁ. Multidisciplinární problematika jizev a komplexní možnosti jejich prevence a kombinované terapie. *Rehabilitácia*. 2006, roč. 43, č. 3, s. 155-162. ISSN: 0375-0922.
27. NICHOLLS, A., I. WILSON. *Perioperative medicine: Managing surgical patients with medical problems. (Perioperační medicína)*. Praha: Galén, 2006. 370 s. ISBN 80-7262-320-6.
28. NOVÁK, K., Z. CHUDÁČEK, Č. NEORAL a kol. *Infekce v chirurgii*. Praha: Grada, 2001. 225 s. ISBN 80-247-0229-0.
29. PAFKO, P., J. KABÁT, V. JANÍK. *Náhlé příhody bříšní – operační manuál*. Praha: Grada, 2006. 135 s. ISBN 80-247-0981-3.
30. ROB, L., A. MARTAN, K. CITTEBART. *Gynekologie*. Praha: Galén. 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
31. ROZTOČIL, A., a kol. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
32. RŮŽIČKOVÁ – JAREŠOVÁ, Lucie. Jizvy a jejich korekce. *Dermatologie pro praxi*. 2013, roč. 7, suppl. A (V. konference Dermatologie pro praxi: 26. dubna 2013, NH Olomouc Congress), A16-A17. ISSN: 1802-2960.
33. SARABAH, S. *Principles and Practice of Wound Care*. Jaypee Brothers Medical Publishers, 2012. 468 s. ISBN-13: 978-9350258644.
34. SCHEIN, M., P. ROGERS. *Urgentní bříšní chirurgie: Schein's common sense emergency abdominal surgery*. Praha: Grada, 2011. 419 s. ISBN 978-80-247-2357-0.

35. SCHNEIDEROVÁ, M. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
36. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 2010. 263 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
37. SMIČKOVÁ, E. Péče o jizvy. *Medicína pro praxi*. 2011, roč. 8, č. 1, s. 31-33. ISSN 1214-8687.
38. SOJKOVÁ, A. *Pokus o komplexní pohled na problematiku jizvy*. In Atestační a odborné práce lázeňských lékařů [online]. Lázně Hodonín:Svaz léčebných lázní ČR, 2006, 2009 [cit. 2011-04-11]. Dostupné z WWW: <http://www.lecebne-lazne.cz/cs/pro-lekare/atestacni-a-odborne-prace-lazenskych-lekaru>.
39. ŠVÁB, J. a kol. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5.
40. VONDRÁČEK, L., J. VONDRÁČEK. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.
41. VYTEJČKOVÁ R., P. SEDLÁŘOVÁ. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. Praha: Grada, 2013. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
42. WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010, s. 744. ISBN 978-80-247-2492-8.
43. WENDSCHE, P., A. POKORNÁ, I. ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetřovatelská péče*. Praha: Galén, 2012. 115 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
44. WICHSOVÁ, J., P. PŘIKRYL, a kol. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
45. ZEMAN, M., Z. KRŠKA a kol. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada, 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

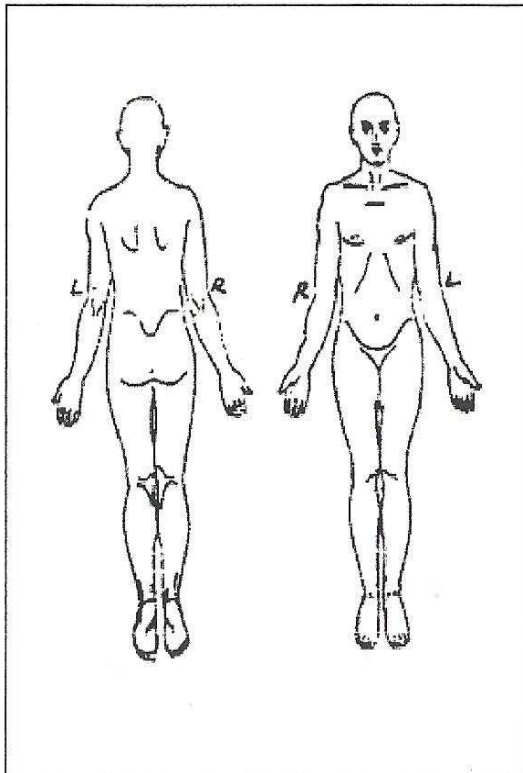
PŘÍLOHY

Příloha A Škála pro hodnocení jizev – Vancouver Scar Scale.....	82
Příloha B Použitý dotazník pro kvantitativní výzkumné šetření.....	83

Příloha A Škála pro hodnocení jizev – Vancouver Scar Scale

HODNOCENÍ JIZEV:

(Vancouver Scar Scale)



Pružnost jizvy:

- 0 Normální
- 1 Poddajná – měkká s min. odporem
- 2 Pružná – reaguje na tlak
- 3 Pevná – nereaguje na tlak
- 4 Omezující

Výška jizvy:

- 0 Normální
- 1 1-2 mm
- 2 3-4 mm
- 3 5-6 mm
- 4 > 6 mm

Vaskularita (barva) jizvy:

- 0 Normální
- 1 Růžová
- 2 Červená
- 3 Fialová

Pigmentace jizvy:

- 0 Normální hypo- / hyperpigmentace
- 1 Mírná hypo- / hyperpigmentace
- 2 Střední hypo- / hyperpigmentace
- 3 Výrazná hypo- / hyperpigmentace

Bolest jizvy:

- 0 Ne
- 1 Občas
- 2 Vyžaduje medikamenty

Svědění jizvy:

- 0 Ne
- 1 Občas
- 2 Vyžaduje medikamenty

Obrázek 6 Vancouver Scar Scale

Zdroj: Sojková, 2006

Příloha B Použitý dotazník pro kvantitativní výzkumné šetření

Dobrý den,

jmenuji se Petra Wolfová a jsem studentkou magisterského studia Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích, obor Perioperační péče v gynekologii a porodnictví. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží pouze pro účely vypracování praktické části diplomové práce na téma Spokojenost s kosmetickým výsledkem po gynekologických operacích. Dotazník je anonymní. Prosím o čitelné a stručné vyplnění jednotlivých otázek a především o vyplnění celého dotazníku, jinak ztrácí na významu.

Předem velmi děkuji za Vaši ochotu a vyplnění. S přáním hezkého dne Bc. Petra Wolfová.

DOTAZNÍK

1) Kolik Vám je let?

-

2) Jaká je Vaše váha?

-kg

3) Jaká je Vaše výška?

-cm

4) Po jaké gynekologické operaci jste?

- Po laparoskopické
- Po abdominální (břišní)
 - Pokud jste po abdominální operaci, Vaše jizva se nachází:
 - Příčně v podbřišku (Pfannenstielův řez)
 - Podélně pod pupkem až ke sponě stydké (DSL = dolní střední laparotomie)
 - Podélně nad i pod pupkem (střední laparotomie)

5) Jak dlouho po operaci jste?

- Do jednoho měsíce
- 1 – 3 měsíce
- 3 – 6 měsíců
- 6 – 12 měsíců
- 1 – 2 roky
- Více než 2 roky

6) Důvod k operaci byl:

- a) Záněť
- b) Inkontinence nebo sestup pánevních orgánů
- c) Problémy s otěhotněním
- d) Mimoděložní těhotenství
- e) Silná menstruace nebo myomy
- f) Bolesti břicha
- g) Císařský řez
- h) Cysta nebo jiný nezhoubný útvar
- i) Maligní onemocnění (rakovina)
- j) Jiné

7) Byla Vaše operace plánovaná?

- a) Ano
- b) Ne

8) Bylo Vám po operaci vysvětleno, jak o jizvu pečovat?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ano, ale ne dostatečně

9) Pečovala jste nějak speciálně o jizvu (mazání, masáže, zvýšená hygiena, ...)?

- a) Ano
- b) Ne

10) Měla jste vstřebatelné stehy?

- a) Ano
 - Pokud jste měla vstřebatelné stehy, kolikátý den po operaci odpadly stehy kompletně?
.....den
- b) Ne
 - Pokud jste neměla vstřebatelné stehy, kolikátý den po operaci Vám je vyndávali?
.....den

11) Jaké stehy byly použity k sešití Vaší rány?

- a) Jednotlivé (měla jste více stehů)
- b) Intradermální (jeden dlouhý steh v podkoží)

12) Měla jste hned po operaci bolesti v jizvě?

- a) Ano
- b) Ne

13) Podle Vašeho citu resp. hmatu byla jizva od začátku:

- a) Měkká
- b) Hrbolatá
- c) Citlivá
- d) Kůže v okolí byla bez citu
- e) Na několika místech bolestivá
- f) Jiné.....

14) Měla jste problémy s hojením jizvy (hnisání, rozestup rány, hematoma = modřina, rozpad rány, bolest, pnutí, ...)?

- a) Ne
- b) Ano
 - Jaké

15) Omezuje Vás jizva nějakým způsobem (v osobním životě, ve společenském životě, stud, bolest, pnutí, ...)?

- a) Ne
- b) Ano
 - Jakým způsobem.....

16) Pokud jste po laparoskopické operaci:

- a) Jak dlouhá je nejdelší jizva?cm
- b) Která z jizev je pro Vás nejméně esteticky přijatelná?
 - u pupku
 - v pravém podbřišku
 - v levém podbřišku
 - vlevo vedle pupku
 - všechny stejně

17) Jste s výsledkem jizvy spokojena ve smyslu (zakroužkujte u každé kategorie buď ano či ne):

- *Barva* Ano x Ne
- *Celkový vzhled* Ano x Ne
- *Šířka* Ano x Ne
- *Rozsah* Ano x Ne
- *Bolestivost* Ano x Ne
- *Pnutí* Ano x Ne

18) Jakou známkou byste ohodnotila Vaši jizvu?

- a) 1 (velmi hezká)
- b) 2 (hezká)
- c) 3 (normální)
- d) 4 (nepěkná)
- e) 5 (velmi nepěkná)

19) Pokud by Vám byla nabídnuta možnost kosmetické úpravy/odstranění jizvy, využila byste jí?

- a) Ano
- b) Ne

Zdroj: Vlastní