

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Veronika Prochásková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života žen po laparoskopickém a laparotomickém výkonu

Bc. Veronika Prochásková

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Veronika Prochásková**
Osobní číslo: **Z17217**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu: **Kvalita života žen po laparoskopickém a laparotomickém výkonu**
Zadávající 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

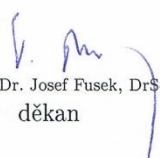
Seznam odborné literatury:

1. GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
2. HEŘMANOVÁ, Eva. Koncepty, teorie a měření kvality života. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.
3. HOLUB, Zdeněk a kol. Minimálně invazivní operace v gynekologii. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0834-5.
4. KAČMÁROVÁ, Monika, BABINČÁK, Peter a Gabriela MIKULÁŠKOVÁ. Teórie a nástroje merania subjektívne hodnotenej kvality života. 1. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2013. ISBN 978-80-555-0972-3.
5. ROZTOČIL, Aleš a kol. Moderní gynekologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2019**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. února 2019

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena 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.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 2. 5. 2019

Bc. Veronika Prochásková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Markétě Moravcové, PhD. za její odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytla. Také děkuji Mgr. Kateřině Langové, Ph.D., za odborné rady týkající se statistického zpracování práce. Největší poděkování patří všem přátelům a rodině za podporu při studiu.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá hodnocením změn v kvalitě života u žen po laparoskopických a laparotomických výkonech. Jedná se o práci teoreticko-průzkumnou. Teoretická část zahrnuje vysvětlení základních pojmů, jimiž jsou kvalita života, laparotomie, laparoskopie a perioperační péče. Průzkumné šetření bylo provedeno pomocí české verze standardizovaného dotazníku SF-36 určeného k hodnocení kvality života. Hlavním cílem bylo zjistit míru ovlivnění kvality života u dvou skupin žen po laparoskopickém a laparotomickém výkonu a následně výsledky komparovat.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života, laparotomie, laparoskopie, perioperační péče, SF-36

TITLE

Comparison of women's quality of life after laparoscopy and laparotomy

ANNOTATION

This diploma thesis deals with evaluation of changes in the quality of life of women after laparotomy and laparoscopy. The thesis is theoretical-research. Theoretical part includes explanation of basic terms related to quality of life, laparotomy, laparoscopy and perioperative care. Research part was conducted using the standardized questionnaire SF-36 (Czech version), which is designed to assess the quality of life. The main goal was to recognize the life quality of women after laparotomy and laparoscopy and then to compare the quality of life of women after this operations.

KEYWORDS

Quality of life, laparotomy, laparoscopy, perioperative care, SF-36

OBSAH

Úvod	10
Cíle práce	12
Teoretická část	13
1 Kvalita života	13
1.1 Definice kvality života	13
1.2 Měření kvality života.....	15
2 Laparotomie versus laparoskopie	20
2.1 Laparotomie	20
2.1.1 Laparoskopie.....	21
2.1.2 Komplikace vztahující se k operativě	27
2.2 Ošetrovatelská péče související s operativou	28
Průzkumná část	33
3 Průzkumné cíle a otázky	33
4 Metodika průzkumu.....	34
4.1 Metodika sběru a zpracování dat	34
4.2 Charakteristika průzkumného souboru.....	36
5 Prezentace výsledků.....	37
5.1 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku SF-36 po jednotlivých položkách	37
5.2 Popisná statistika dimenzí dotazníku SF-36	42
5.3 Komparace kvality života respondentek po laparotomii a laparoskopii	44
5.3.1 Komparace kvality života respondentek po položkách.....	44
5.3.2 Komparace kvality života respondentek po dimenzích.....	49
6 Diskuze	51
6.1 Průzkumné otázky	52
6.1.1 Průzkumná otázka č. 1.....	52
6.1.2 Průzkumná otázka č. 2.....	54

6.1.3	Průzkumná otázka č. 3.....	56
7	Závěr.....	58
8	Použitá literatura.....	60
9	Přílohy.....	64

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Srovnání kvality života respondentek po laparotomii a laparoskopii po jednotlivých položkách (položky 1 až 12)	46
Obrázek 2 Srovnání kvality života respondentek po laparotomii a laparoskopii po jednotlivých položkách (položky 13 až 24)	47
Obrázek 3 Srovnání kvality života respondentek po laparotomii a laparoskopii po jednotlivých položkách (položky 25 až 36)	48
Obrázek 4 Srovnání dimenzí kvality života respondentek po laparotomii a laparoskopii	50
Tabulka 1 Distribuce věku respondentek	36
Tabulka 2 Popisná statistika položek dotazníku SF-36 pro celý průzkumný soubor	38
Tabulka 3 Popisná statistika položek dotazníku SF-36 pro podskupinu laparotomie	39
Tabulka 4 Popisná statistika položek dotazníku SF-36 pro podskupinu laparoskopie	41
Tabulka 5 Průměrování položek dotazníku SF-36 pro vytvoření 8 dimenzí	42
Tabulka 6 Popisná statistika dimenzí dotazníku SF-36 pro celý průzkumný soubor	43
Tabulka 7 Popisná statistika dimenzí dotazníku SF-36 pro podskupinu laparotomie	43
Tabulka 8 Popisná statistika dimenzí dotazníku SF-36 pro podskupinu laparoskopie	44
Tabulka 9 Porovnání dvou skupin respondentek v položkách dotazníku SF-36	45
Tabulka 10 Porovnání dvou skupin respondentek po dimenzích dotazníku SF-36	49

ÚVOD

Předmětem zkoumání diplomové práce je hodnocení kvality života žen po laparotomické a laparoskopické operaci a poté výsledky těchto hodnocení komparovat.

Základním úsilím zdravotnického personálu by mělo být udržování nebo dokonce zlepšování kvality života pacientek. Objevují se i kritické názory, které upozorňují na nejednoznačné vymezení pojmu „kvalita života“ a poukazují na to, že chybí jednotná a ucelená definice tohoto pojmu. Dále také vznikají problémy v oblasti diagnostikování kvality života a validity nástrojů, které se používají. Přes všechny připomínky týkající se kvality života je faktem to, že studium týkající se této oblasti je v současné době nedílnou součástí mnoha vědních disciplín, včetně ošetrovatelství a medicíny. (Moravcová, Mareš, 2011, s. 435)

V dnešní době dochází k rychlému rozvoji nových technologií v mnoha oborech a ani lékařská věda není výjimkou. Neustále se aplikují nové postupy, při kterých se využívají nejmodernější technologie. Záměrem v současnosti je, aby se prováděly jak diagnostické, tak i léčebné úkony, při kterých bude docházet k minimální traumatizaci pacientky a aby se přitom dosáhlo co nejlepšího účinku. V současné době v gynekologii přichází do popředí laparoskopická operativa, čemuž nasvědčuje i článek od Kučery a kol. (2009, s. 54), ve kterém je napsáno, že laparoskopie je v gynekologii velmi často používanou operační metodou. Laparoskopie je nazývána miniinvazivní operací, jelikož nedochází k přímému zobrazení operovaného orgánu, jako je tomu u laparotomie. Ve srovnání s laparotomií je během laparoskopie narušení celistvosti břišní stěny minimalizováno (Roztočil et al., 2011, s. 396-397, 405). Roche (2019) uvádí, že pokud je laparoskopická operace provedena bezpečně a bez komplikací, tak je tento minimálně invazivní způsob operace pro pacientku přívětivější než laparotomická operace, při které dochází k otevření dutiny břišní a tím k výraznější traumatizaci pacientky. Zásadní tedy je, aby se omezila traumatizace tkání, čímž se zapříčiní to, že dojde ke snazšímu pooperačnímu průběhu a rekonvalescence u pacientky bude rychlejší.

Pojmem perioperační péče je míněno období okolo operačního výkonu, tzn. před, během a po operaci. Každé období je, co se týče péče o pacientku, specifické. Musí se také dbát na individuální potřeby pacientky (Janíková, Zeleníková, 2013. s. 26). Zlepšení pooperačního průběhu a kratší doba rekonvalescence úzce souvisí s kvalitou života. Pokud dojde k tomu, že se u pacientkylepší pooperační průběh a doba rekonvalescence bude kratší, kvalita života pacientek by měla být lepší než u těch, kdy dojde k pooperačním komplikacím, zhoršení

průběhu po operaci a tudíž i prodloužení doby rekonvalescence. Je velmi podstatné, aby žena po laparotomické či laparoskopické operaci dosáhla co nejdříve takové kvality života, jakou měla před operací nebo aby došlo ke zlepšení kvality života. Slováček, Slováčková (2012, s. 13) uvádí, že pokud bude mít zdravotnický personál informace o kvalitě života jednotlivých pacientek, může tak významně přispět ke zkvalitnění péče, a proto je velmi důležité zjišťovat kvalitu života.

Zajímalo mě, jak budou ženy po již zmíněných operacích hodnotit kvalitu života a zda bude rozdíl v hodnocení kvality života mezi ženami, které podstoupily laparotomii a těmi, které podstoupily laparoskopii, a proto jsem si vybrala takové téma diplomové práce.

CÍLE PRÁCE

Teoretické cíle práce

Popsat problematiku kvality života a měření kvality života, přiblížit princip laparotomické a laparoskopické operace, shrnout komplikace související s operativou a objasnit proces perioperační péče, která významně ovlivňuje kvalitu života jedince.

Průzkumné cíle práce

Zjistit míru ovlivnění kvality života žen po laparotomické a laparoskopické operaci v gynekologické oblasti a následně komparovat kvalitu života žen po těchto operacích.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

V této kapitole je popsána problematika vztahující se ke kvalitě života nemocných osob, definice kvality života a také způsoby hodnocení. Posuzování kvality života pacientek je jedním z významných parametrů komplexního hodnocení terapie. (Slováček et al., 2004, s. 6)

1.1 Definice

Pojem „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn ve 20. letech 20. století (Payne et al., 2005, s. 205). Definování „kvality života“ není vůbec snadné. Existuje mnoho definic kvality života, v nichž se objevuje společný názor, že v pojmu „kvalita života“ by měly být obsaženy údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu určité osoby. Definice kvality života se odvíjí z Maslowovy teorie potřeb, což znamená dosažení základních fyziologických potřeb, jako je např. potřeba jídla, spánku, ale také zmírnění bolesti. Dále do Maslowovy teorie lidských potřeb patří potřeba bezpečí, sebeúcty, ale také blízkost jiných lidí. Kvalita života je brána jako veličina o více rozměrech. Je v ní obsažen jak pocit fyzického zdraví a nepřítomnost známek onemocnění či léčby, ale také psychická kondice, společenské uplatnění, náboženská a ekonomická stránka a jiné. Věk, pohlaví, polymorbidita, situace v rodině, vzdělání, náboženství, kulturní zázemí také patří mezi veličiny ovlivňující kvalitu života (Slováček et al., 2004, s. 6).

Jelikož kvalita života úzce souvisí se zdravím, jak již bylo zmíněno, je vhodné uvést definici zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO - World Health Organization) a ta zní následovně: „Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv jen absence nemoci či postižení“. Tohle vymezení pojmu zdraví podle Světové zdravotnické organizace se také označuje jako well-being. Pozitivní na této definici je, že bere v úvahu nejen objektivní fyzickou či fyziologickou stránku zdraví, ale také zdůrazňuje i stránku subjektivní (Gurková, 2011, s. 21; Heřmanová, 2012, s. 32). U pacientky s onemocněním lze kvalitu života popsat jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“. (Slováček, Slováčková, 2012, s. 13)

Kvalitu života lze rozdělit, a to na objektivní a subjektivní. Pokud se hodnotí kvalita života obyvatel určitého místa jako nízká, potom chybí objektivní podmínky k dobrému životu, kterými mohou být např. příležitosti bydlení a zdravotnické péče, dostatečné množství potravin. Pokud dojde k označení, že někdo žije špatně, může se tím myslet, že se necítí zdravě nebo že

se cítí osamělý či ve špatné fyzické kondici atd. Označení, že není kvalita života určité osoby dobrá - tím lze mýnit, co jedinec prožívá a jak se subjektivně cítí (Gurková, 2011, s. 22). Objektivní kvalitou života bývají myšleny často měřitelné životní podmínky a dosažená životní úroveň určité osoby nebo populace. Do životních podmínek lze zahrnout průměrnou mzdu, dostupnost služeb a zdravotní péče, dostupnost vzdělání, bydlení a také dopravní dostupnost aj. Životní úroveň se obvykle stanovuje jako míra materiálního bohatství či chudoby. Oba koncepty (životní podmínky, životní úroveň) se navzájem ovlivňují a prolínají se (Heřmanová, 2012, s. 47). Subjektivní kvalitou života bývá míněno, jak sám vnímá člověk vlastní životní situaci včetně schopnosti svého sebeuplatnění v sociálním, rodinném a pracovním prostředí. (Slováček, Slováčková, 2012, s. 14)

Hlavními sledovanými oblastmi týkajícími se kvality života je podle WHO zdraví, fyzická oblast (energie, únava, bolest, diskomfort), prostředí (finanční zdroje, svoboda, bezpečnost a jistota, domácí prostředí, doprava, aj.), sociální vztahy (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita), psychologická oblast (tělesný vzhled, negativní a pozitivní emoce, sebeúcta, myšlení, učení, paměť a koncentrace), míra nezávislosti (každodenní aktivity, závislost na lécích, pracovní kapacita) a náboženská oblast (náboženské, spirituální a osobní přesvědčení). (Heřmanová, 2012, s. 42; Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 30)

Kvalita života související se zdravím (HRQL) je samostatnou oblastí. Náleží sem stárnutí populace, změny v nemocnosti neboli morbiditě a také nárůst chronických onemocnění. Dále sem patří též změny v chápání zdraví a nemoci. Důležitý je i v pozadí stojící pokrok týkající se moderní medicíny, kdy se zásluhou nových léčebných postupů a léků prodlužuje délka života (myšlena je i délka přežívání u spousty vážných diagnóz). Terapie osob s určitým onemocněním současně vyvolává mnohé etické otázky, které se týkají kvality života osob s konkrétní chorobou. V úvahu bývá brána také míra zatížení nemocné osoby náročnou léčbou- nakolik je nový léčebný postup přínosný pro pacienta, který zkvalitňuje život (nejen časově prodlužuje). Hodnocení kvality života tak zasahuje i do plánování následného terapeutického postupu a stanovování alternativní volby léčby. HRQL byla popsána jako hodnota přisuzovaná životu modifikovanému postižením, vnímáním, funkčním stavem, sociálními příležitostmi aj., jež jsou ovlivněny poruchou, onemocněním, poraněním nebo jejich terapií. Tuto koncepci vymezili mj. Patrick a Erickson (1988, 1993), Anderson, Aarson a Wilkin (1993). Pro HRQL je nejdůležitější uvědomění si odlišnosti mezi reálným zdravotním stavem a percepcí a posuzování tohoto zdravotního stavu (=subjektivně prožívaná kvalita života jedince s onemocněním není úplně závislá na jeho reálném klinickém stavu). Obecně pojatá kvalita

života a kvalita života týkající se zdravotního stavu se přirozeně překrývají, navzdory tomu má HRQL určitá specifika a tím se tento okruh stal samostatnou rozvíjející se disciplínou, která má své subdisciplíny (Gillernová, Kebza, Rymeš et al., 2011, s. 26-27). Kromě HRQL se vyskytují ještě další parametry vztahující se ke kvalitě života, jako například tzv. HYE (healthy years equivalent), což je „ekvivalent počtu let plného zdraví“ (počítají se roky prožité v perfektním zdravotním stavu) a QALY (quality- adjusted life- year), což je „rok života standardizované kvality“ (znázorňuje výsledek konkrétního terapeutického postupu v podobě počtu let, o která se zásluhou tohoto postupu život prodloužil). (Slováček et al., 2004, s. 6-7)

1.2 Měření kvality života

V ošetrovatelství a medicíně se kvalita života užívá nejčastěji jako jeden z indikátorů hodnocení efektivity terapie (treatment effectiveness research). Na její měření se mohou používat jak generické nástroje, tak i specifické nástroje. Dále je také k dispozici škála individuálních nástrojů. Při hodnocení kvality života pacientů trpících určitou chorobou může dojít k problému ve výběru vhodného nástroje. Pokud jedinec vybírá konkrétní nástroj, může si položit následující otázky: Jaké nástroje u osob s určitým onemocněním jsou k dispozici?, Na základě jakých měřítek může být vybrán náležitý nástroj pro jistý výzkum? (Gurková, 2011, s. 116)

Gurková (2011, s. 116-118) uvádí, že pokud se vybírá vhodný nástroj hodnocení kvality života pro potřeby výzkumu nebo klinické praxe, potom by se mělo vycházet z nadcházejících kritérií, jimiž je obsah nástroje; cílová skupina; cíle, design studie, typ intervence v souvislosti ke kvalitě života; vlastnosti nástroje a psychometrická analýza/validita/reliabilita/citlivost; copyright nástroje. Obsahem nástroje je míněno, zda je nástroj uni- nebo multidimenzionální; jestli nástroj obsahuje specifické či globální položky; jaké komponenty kvality života nástroj obsahuje a jaký je způsob měření. Cílovou skupinou je myšleno, na jaké cílové skupině a jakou metodou byl nástroj konstruován. Důležité také je, jaké byly stanoveny cíle a design studie, ve kterých se měřila kvalita života jako indikátor efektivity určité intervence a jaké složky kvality života jsou ovlivnitelné intervencí. Dalším významným kritériem je, zda je nástroj validní a reliabilní v daném jazyce a je-li použitelný a akceptabilní v okruhu multidisciplinární péče odlišnými hodnotiteli; jestli je možné, že měřicí nástroj „zachytí“ změnu u jednotlivce v odlišném časovém rozsahu; zda je možnost, že měřicí nástroj identifikuje odlišnosti v subpopulaci; je-li nástroj kulturně senzitivní (=přizpůsobený na sociokulturní specifika určité populace) a také jestli byl nástroj lingvisticky validizovaný v použitém jazyce. To, jestli je potřeba souhlasu autora nástroje s jeho využitím, je tzv. copyright nástroje.

Existuje velké množství metod, kterými se měří kvalita života. Dají se rozdělit do 3 kategorií, jimiž jsou metody, kdy dochází k hodnocení kvality života druhou osobou nebo metody, kdy hodnocení provádí sama daná osoba anebo tzv. smíšené metody, kdy dochází ke kombinaci metod předešlých. (Křivohlavý, 2002, s. 162)

Dotazníky kvality života, jež hodnotí dopad nemoci a její terapie na běžný život nemocného člověka, jsou nástroji k měření kvality života standardizovaným a formalizovaným způsobem. V praxi je zhotoveno široké spektrum dotazníků na zjišťování kvality života, kdy jejich psychometrická hodnota a spolehlivost byly ověřovány podle současných standardů „měření zdraví“. Dotazníky měřící kvalitu života je možno rozdělit jednak na generické čili obecné nebo specifické neboli charakteristické pro určité onemocnění nebo daný aspekt kvality života. **Generické dotazníky** posuzují všeobecně celkový stav nemocného, kdy se nebere zřetel na konkrétní chorobu. Mají širokou škálu použitelnosti u mnoha skupin populace (nebereg se ohled na věk, pohlaví, aj.) **Specifické dotazníky** jsou koncipovány pro jednotlivé druhy onemocnění nebo pro specifické pojetí kvality života. Jejich součástí bývá často právě již zmiňovaný generický dotazník. (Slováček, Slováčková, 2012, s. 14-15)

Mezi nejčastěji aplikované **generické nástroje** kvality zdravotního stavu, které je vhodné použít ve spojitosti s ošetrovatelským výzkumem a praxí, jsou Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP), The Short Form Health Survey 36 items (SF-36), European Quality of Life Questionnaire – Version EQ-5D, WHOQOL-BREF, Psychological General Well – Being Index (PGWB). (Gurková, 2011, s. 144-149)

SIP (Sickness Impact Profile) je zhotovený se záměrem širokého využití, kdy nemusí být brán zřetel na typ a závažnost onemocnění, kulturní či demografické aspekty. Pomocí tohoto nástroje se hodnotí efektivnost terapie, také slouží pro studie klasifikující farmakoekonomické analýzy a jejich zúžitkování v okruhu zdravotní politiky. Skládá se ze 136 položek (představující denní aktivity), jež jsou rozčleněné do 12 subškál, jimiž je spánek, emocionální život, oddech, péče o tělo, pohybová aktivita, péče o domácnost, mobilita, komunikace, sociální interakce, práce, stravování a rekreační aktivity. Tyto subškály mohou být vyplněné buď pacientem, nebo vyškolenou osobou. (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 77-78; Gurková, 2011, s. 144)

NHP (Nottingham Health Profile) je publikovaný za účelem hodnocení tělesného, sociálního a psychického aspektu zdraví. Oproti SIP se více soustředí na změny v prožívání než na denní aktivity. Skládá se z méně položek, čímž je lehčí na vyplňování. 2. verze tohoto nástroje pojímá

38 položek, které jsou rozděleny do 6 subškál (bolest, spánek, emocionální reakce, tělesná pohyblivost, sociální izolace, úroveň energie). (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 74-75; Gurková, 2011, s. 144-145)

SF-36 (The Short Form Health Survey 36 items) je zhotovený, aby poskytoval hodnocení obsahující mnoho všeobecných konceptů, které souvisejí se zdravím, přitom nejsou specifické pro určité onemocnění či věk nebo druh terapie. Skládá se z 36 položek (kratší znění má pouze 20, 12 nebo 8). Subškály týkající se fyzického zdraví jsou: fyzická činnost, omezení pro fyzické problémy, tělesná bolest, celkové zdraví, vitalita, sociální funkce, omezení pro emoční problémy a duševní zdraví. Jelikož byl tento dotazník použit jako metoda k hodnocení kvality života žen po laparotomické a laparoskopické operaci, je více rozebrán v kapitole metodika průzkumu. (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 78-79; Gurková, 2011, s. 145).

European Quality of Life Questionnaire - Version EQ-5D je standardizovaný dotazník, který hodnotí objektivní i subjektivní ukazatele. Objektivní ukazatel obsahuje 5 položek: sebeděče, pohyblivost, obvyklé činnosti, potíže/bolest, úzkost/deprese. Subjektivní ukazatel obsahuje vizuální analogovou škálu, kdy hodnota 100 znamená nejlepší zdravotní stav a 0 zase stav nejhorší. (Gurková, 2011, s. 146)

WHOQOL-BREF je omezenou verzí WHOQOL-100 nástroje. Tyto dotazníky byly vytvořeny Světovou zdravotnickou organizací. Nejvíce se užívá hlavně v oblasti klinické praxe. Obsahuje 24 položek, které jsou složeny do 4 subškál (fyzické zdraví, psychická oblast, sociální vztahy, prostředí). Hodnotí se od 1 do 5, kdy číslo, které je vyšší vyjadřuje vyšší kvalitu života v určitém okruhu. Existuje ve více jak 50 jazykových verzích. (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 81-82)

Psychological General Well-Being Index (PGWB) se skládá z 68 položek, má i zkrácenou verzi, která obsahuje 22 položek. (Gurková, 2011, s. 146)

U **specifických nástrojů** jde o co nejpřesnější určení totožnosti faktorů, které ovlivňují kvalitu života lidí s určitým onemocněním. V těchto nástrojích se hodnotí úzká škála faktorů, které se vztahují ke konkrétnímu onemocnění. Mezi specifické nástroje patří např.: Nástroje k měření kvality života pacientů s onkologickým onemocněním, z nichž nejvíce známý je Functional Assessment of Cancer Therapy-general (FACT-G) a Rotterdam Symptom Checklist (RSCL). Mezi nástroje k hodnocení kvality života pacientů s diabetem mellitem patří např. Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQOL 19), Problem Areas in DM (PAID), D-39

DIABETES, Diabetes Care Profile (DCP), Diabetes Impact Measurement Scales (DIMS), Diabetes Quality of Life Measure (DQOL) aj. K nástrojům určeným k hodnocení kvality života pacientů s kardiovaskulárními chorobami přísluší např. Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire (APQLQ), The MacNew Heart Disease HRQL Questionnaire (MacNew), Quality of Life after Myocardial Infarction (QLMI) atd. Existuje ještě mnoho jiných specifických nástrojů, jako jsou nástroje vytvořené k měření kvality života pacientů s gastrointestinálními potížemi, s respiračními, kožními, neurologickými chorobami, také s onemocněním pohybového aparátu, k měření kvality života u dětí a spousta dalších. (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 106 – 202; Gurková, 2011, s. 149 – 170)

Existuje velká řada obtíží, které se týkají hodnocení kvality života pacientů. Tyto obtíže lze diferencovat do několika skupin:

1. Problémy, které jsou spjaty s pacientem: nástroje by měly být jednoduché a výstižné, aby pacient mohl dotazník vyplnit sám. Pokud ale pacient potřebuje radu, když dotazník vyplňuje, mělo by se mu poradit tak, aby jeho rozhodnutí nebylo ovlivněno.
2. Problémy, které jsou spjaty s dotazníky: významnou potíž tvoří dlouhodobé studie, které využívají jen 1 typ nástroje. Jako další problém se zdá statistické vyhodnocení nástroje, podstatná je psaná podoba dotazníků.
3. Problémy, které souvisí s dobou, kdy jsou dotazníky podávány: v klinických studiích jsou stanovena časová rozmezí předkládání dotazníků. Pokud během vyplňování dotazníku vypomáhá needukovaný střední zdravotnický personál, může dojít k nechtěnému ovlivnění výpovědi osoby, která daný dotazník vyplňuje. Může také dojít k tomu, že pacient nebude mít dostatek informací o záměru dotazníku, což by mohlo způsobit vágní postoj k vyplnění dotazníku pacientem.
4. Chybějící údaje: vyplňující osoba nemůže najít odpovídající odpověď. Pacient nepochopí otázku tak, jak byla míněna nebo jsou pro něj otázky obtížné (hlavně u starších lidí). Nástroj není vhodný pro určitý okruh lidí, čímž jsou myšleny obtíže v překladu dotazníku (je sestavený tak, že jsou v něm výrazy v jazyce, kterému vyplňující osoba nerozumí). Vysílení pacientů spojené s vyplňováním dlouhých dotazníků. (Slováček, Slováčková, 2012, s. 15-16)

Trendem moderního lékařství je hodnotit status pacienta globálně, kdy budou využívány i jiné aspekty než jen somatické, laboratorní a zobrazovací markery. Takový přístup, kdy se hodnotí celá škála aspektů, ztvárňuje kvalita života. Pokud se pacient nachází v určité fázi onemocnění či léčby, mohou být rozdílné aspekty odlišně zasaženy. Takle data informují o tom, co pacient

v danou chvíli potřebuje, což může zásadně přispět k tomu, aby se zlepšila kvalita péče u pacientek např. před laparotomickou/laparoskopickou operací, během ní i po ní. (Slováček, Slováčková, 2012, s. 15-16)

2 LAPAROTOMIE VERSUS LAPAROSKOPIE

Při laparotomické operaci se provádí řez, kdy dochází k otevření dutiny břišní a přímému zobrazení orgánů dutiny břišní, kdežto při laparoskopii se dělají jednotlivé incize a orgány dutiny břišní jsou zobrazeny pomocí optiky (není zde přímé zobrazení orgánů). (Roztočil et al., 2011, s. 396-397)

2.1 Laparotomie

Laparotomie (abdominální operační přístup) je chirurgické otevření dutiny břišní (Luňáček, Konečný, Machálek, 2012). Tato operační technika je řazena mezi tzv. velké operace, kdy je potřeba k provedení tohoto operačního zákroku velký operační tým, který se skládá z operátora s jednou nebo i dvěma asistencemi. V gynekologii se uplatňuje suprapubický transverzální řez, který bývá označován jako Pfannenstielův. Dále se také používá dolní střední laparotomie a paraumbilikální řez. Již zmíněný paraumbilikální řez bývá aplikován v onkologické gynekologii, kdy je zapotřebí revize orgánů peritoneální dutiny, retroperitonea s odstraněním uzlin různých rozsahů. U těchto druhů laparotomie se protínají nadcházející vrstvy břišní stěny: kůže, podkoží, fascie šikmých břišních svalů, poté přímé svaly břišní s pyramidálními svaly, jež jsou od sebe separovány v oblasti linea alba. Závěrečnou vrstvou, která se protíná, je nástěnné peritoneum. (Roztočil et al., 2011, s. 396)

Pfannenstielův řez (suprapubický transverzální) je velmi populární mezi pacientkami z důvodu skvělého kosmetického efektu (Koutná, 2012). Tento druh laparotomie je prováděn příčně v hypogastriu, nejčastěji v oblasti genitoabdominální rýhy, u obézních žen je to kožní rýhovitá prohlubeň. Již zmíněná rýha se nachází zhruba 2 cm nad horním okrajem symfýzy. Řez je dlouhý 10-12 cm. Pokud je proveden řez kratší, potom je stěna břišní v rozvěrači více hmožděna a přístup k operovaným orgánům je nevyhovující, čímž může být ovlivněn závěrečný výsledek operačního výkonu. Ve srovnání s dolní střední laparotomií je velkou výhodou již zmíněný kosmetický efekt a také předcházení tvorbě hernií. U tohoto typu laparotomie je nevýhodné, že není možné řez rozšířit kraniálním směrem a další nevýhodou je častější krvácení ze svalů. (Roztočil et al., 2011, s. 396)

U **dolní střední laparotomie** se protínají longitudinálně všechny vrstvy břišní stěny, přičemž řez je veden od symfýzy po pupek. Při tomto řezu je výhodné, že jej lze rozšířit kraniálně, pokud je zapotřebí operovat v oblasti mezogastria nebo epigastria (u onkogynekologických operací – odstranění omenta, paraaortální lymfadenektomie, exstirpace metastáz). Další výhodou je

menší krvácení a lepší přístup do břišní dutiny. Tvorba hernií a horší kosmetický efekt (oproti Pfannenstielově řezu) jsou nevýhodami tohoto typu řezu. (Roztočil et al., 2011, s. 397)

Periumbilikální řez je řez o délce zhruba 10 cm, který se dělá nad a pod pupkem (obkružuje se vlevo, jelikož vpravo se upíná chorda umbilicalis). (Luňáček, Konečný, Machálek, 2012)

Mezi laparotomické operace v gynekologii patří: cystektomie, salpingektomie, ovarektomie, adnexektomie, operace vrozených vývojových vad, ventrosuspenze děložní, sakrokolpopexie, operace související se stresovou močovou inkontinencí, myomektomie, supravaginální děložní amputace, hysterektomie prostá (neodstraňují se adnexa), hysterektomie s oboustrannou adnexektomií, radikální hysterektomie secundum Wertheim, Piver a jiné modifikace. Úsilím je, aby se tyto operace nahradily šetrnějšími (ze strany pacientek) laparoskopickými operacemi. (Roztočil et al., 2011, s. 402)

2.1.1 Laparoskopie

Laparoskopie (LSK) patří do nejrozšířenějších tzv. **miniinvazivních operačních výkonů** (způsob přístupu do břišní dutiny je minimálně invazivní) (Šmíd, Novák, 2016, s. 107-111). Při této operaci nedochází k přímému zobrazení operovaného orgánu, jako je tomu u laparotomií. Obraz operačního pole je zprostředkován prostřednictvím optiky, přes kterou dochází k vizualizaci orgánu, který se operuje, na monitoru. Ve srovnání s laparotomií je během laparoskopie narušení celistvosti břišní stěny minimalizováno. U laparoskopické operace se nachází mnoho rozdílů a změn oproti klasickým operačním výkonům (otevřené operace). (Roztočil et al., 2011, s. 396-397, 405)

V roce 1847 Sir James Y. Simpson (Skotsko) přišel se zavedením chloroformnarkózy, čímž se dá říct, že se tento okamžik dá považovat za počátek endoskopické chirurgie z důvodu možnosti provedení anestezie („uspání“ pacientky). V roce 1901 Kelling provedl první endoskopické vyšetření dutiny břišní, kdy použil model psa. Za 10 let na to byl realizován první zaznamenaný laparoskopický výkon týkající se člověka. Po použití studené optiky (na bázi optických vláken) v roce 1963 Semmem došlo k rychlému vývoji v oblasti chirurgie. První odstranění appendixu laparoskopickým způsobem bylo provedeno v roce 1980 a v roce 1985 byla uskutečněna první cholecystektomie (Roztočil et al., 2011, s. 404-405). V roce 1989 byla provedena první laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie, kterou realizoval Reich pocházející z USA. Poté v roce 1991 Querleu uskutečnil první laparoskopickou lymfadenektomii a hned na to v roce 1992 sjednotil techniku laparoskopie s Dargeant Schautovou radikální vaginální hysterektomií (Chváta, 2015, s. 52). Za posledních 15 let se vyskytlo velké množství odlišných

informací, které se týkaly nových technologií a operačních technik v oblasti operační gynekologické laparoskopie. Dopadem těchto nových technologií a diagnostických algoritmů se obor gynekologie významně změnil, jelikož se počet klasických operací v gynekologii výrazně snižuje a tyto operace jsou vystřídány novými endoskopickými metodami, jež umožňují propuštění pacientky ještě týž den nebo druhý den po operaci a u těch nejkompexnějších operačních výkonů převážně do 48 – 72 hodin. V dnešní době je možné z klasických laparotomických gynekologických výkonů realizovat laparoskopicky zhruba 85 % operací. Došlo k velmi rychlému vývoji nového instrumentária, nových operačních výkonů a techniky. Výkony prováděné laparoskopicky se rozvinuly do takové míry, že se touto operační technikou provádí dokonce i radikální hysterektomie a systematické odstranění uzlin. (Roztočil et al., 2011, s. 404-405)

Velmi významnou úlohu v laparoskopii tvoří **kapnoperitoneum** a také **Trendelenburgova poloha**. Tvorba kapnoperitonea s sebou nese spoustu vedlejších účinků, jako např. respirační, kardiovaskulární, renální apod. I přes tyto účinky je oxid uhličitý z hlediska jeho chemicko-fyzikálních vlastností ideálním plynem, a pokud jsou zachovány fyziologické hodnoty v krvi, tak je i naprosto netoxický. Kapnoperitoneum je důvodem velkého množství hemodynamických změn, jimiž jsou: zvýšený arteriální tlak, systémová vaskulární rezistence, zvýšená srdeční frekvence, hypoperfuze nitrobršních orgánů, snížení preloadu a naopak zvýšení afterloadu (Holub, Kužela et al., 2005, s. 18-19). Trendelenburgova poloha je v laparoskopii velmi důležitá. Při této pozici jsou dolní končetiny podepřeny ve třmenech a hýždě mají trochu vyčnívat přes spodní hranu operačního stolu. Pod kolena by měla být výstelka, aby se neporanil peroneální nerv. Kolena jsou při laparoskopickém výkonu v mírné flexi, aby nedošlo k natažení sedacího nervu. Podle toho, v jaké pozici jsou horní končetiny (buď jsou ruce položeny podél pacienta, nebo jsou nataženy), by se mělo pečovat o příslušnou polohu, aby se zabránilo traumatizaci brachiálního plexu. Na ramena se používají zarážky, které jsou situované na akromioklavikulární klouby a paže, čímž zabraňují poranění nervů. Aby se dobře zobrazily orgány pánve, ideální sklon operačního stolu je 30 stupňů. Správný úhel mezi stehny a břichem by měl být 145 stupňů z důvodu dostatečného prostoru pro operování chirurga (Roztočil et al., 2011, s. 405). Trendelenburgova poloha zesiluje záporný efekt především na ventilaci, ale co se týče hemodynamiky, tak je naopak přívětivější než anti-Trendelenburgova poloha. Při Trendelenburgově poloze se zvyšuje žilní návrat a centrální žilní tlak (CVP), snižuje se transmuralní tlak orgánů v pánvi, a tím dochází ke snížení krevních ztrát. Dále také zásluhou této polohy je větší riziko vzniku plynové embolie, kdy samozřejmě záleží na úhlu sklonu

pacientky (u zdravých pacientek by nemělo docházet k zásadním změnám hemodynamiky při úhlu 15 stupňů). Velmi podstatná je také fixace a umístění dolních končetin tak, aby nenastalo zpomalení krevního proudu (hlavně u delších operací). (Holub, Kužela et al., 2005, s. 18-19)

Primárním vybavením u laparoskopických operací je **laparoskopická věž** (Kučera, 2004, s. 3). Při laparoskopických výkonech se uplatňuje systém **videopřenosu**, kdy je zapotřebí kamery, světelného zdroje s kabelem pro optické vlákno, monitor s vysokým rozlišením a samozřejmě videopřehrávač. **Laparoskopy** se odlišují různými průměry, které mohou být od 2 mm do 10 mm, ale také se mohou lišit v zobrazovacích úhlech a podle toho, co obsahují. Existují laparoskopy o zobrazovacím úhlu 0 stupňů, také 30, 45 a 70 stupňů. Diagnostické laparoskopy nemají operační kanál, kdežto operační jej mají (může jím být protaženo instrumentárium nebo laser). (Roztočil et al., 2011, s. 405)

Instrumentarium se v současnosti používá jak jednorázové, tak resterilizovatelné. Aby bylo možné zavést optiku a nástroje do břišní dutiny, musí se použít **trokary**, které jsou také různých průměrů. (od 6 do 22 mm). Nejvíce se používají 11 mm trokary, jimiž se zavádí 10 mm optika (většinou infraumbilikální incize), a také 6 mm k zavedení nástrojů (zejm. v suprasymfyzeální oblasti) (Kučera, 2004, s. 3). Trokary jsou vyráběny z různých materiálů a jsou různě zhotoveny. Kovové trokary jsou resterilizovatelné, tedy jsou na více použití a tím pádem jsou i levnější. Hroty se musí zachovávat stále ostré. Jednorázové trokary jsou dražší, ale je u nich jistota, že jsou vždy ostré, čímž se snižuje riziko poranění během zavádění. Některé trokary jsou vyrobeny tak, aby napínaly fascii, čímž se nemusí uzavírat fascie. Další trokary jsou zkonstruovány tak, aby zprostředkovávaly vizualizaci oddělených vrstev tkání pomocí laparoskopu v průběhu aplikace (snižuje se riziko poranění cév a střev) (Roztočil et al., 2011, s. 405). Mezi hlavní **nástroje** patří zejm. graspery odlišných typů. Tyto nástroje jsou určeny k zachycení tkáně. Při laparotomiích se používají pinzety, které ale není možno aplikovat při laparoskopické operaci. K dispozici jsou graspery tzv. jemné určené k uchopení jemné tkáně. Dále existují graspery s drobnými háčky, které uchopují tkáň, která se odstraňuje. Jako u otevřených operací se využívají k přerušení tkání nůžky, tak se obdobně používají i v laparoskopickém instrumentariu. Také je možno přerušit tkáň pomocí koagulačního proudu, kdy se může použít např. koagulační háček. Takřka veškeré nástroje umožňují koagulaci. Pokud je potřeba při laparoskopické operaci odsát tekutinu z dutiny břišní nebo ji naopak propláchnout, existuje tzv. sání-irigátor (Roche, 2019). Nástroje určené k laparoskopickému operování jsou dlouhé obvykle 30, 36 nebo 43 mm. Řada laparoskopického instrumentaria kopíruje ve své podstatě nástroje využívané při laparotomiích, jako např. nůžky, pinzety,

jehelce, disektory. Speciálními nástroji je zejména koagulační instrumentarium (monopolární i bipolární), ale také např. morselátory, graspery aj. (Kučera, 2004, s. 3)

Při laparoskopické operaci je postup následující: při tzv. otevřeném vstupu se používá technika incize skrz všechny vrstvy přední břišní stěny. Přes incizi je situován trokar s tupým hrotem do dutiny břišní. Prostřednictvím tohoto trokaru je provedena insuflace. Tímto způsobem se snižuje poranění cév, ke kterému by mohlo dojít při použití ostrého trokaru nebo jehly. Přesto ale riziko poranění střeva je stále možné kvůli adhezím ve stěně břišní. Při tzv. uzavřené laparoskopii je vyloučena aplikace ostrých instrumentů po iniciální incizi skalpelem. Trokar, který má tupý konec, je vpraven pod přímou vizualizací. Po vykonání incize na kůži musí být elevována fascie náležitými svorkami, aby se oddělila stěna břišní od jejího obsahu. Do nadzdvížené fascie by se měla udělat malá incize, která se následně rozšíří hemostatem s tupým koncem. Okraje fascie se poté adekvátně sešijí. Než se vloží kanyla s tupým hrotem do břicha, musí být vstup prokázán vizualizací omenta nebo střeva. (Roztočil et al., 2011, s. 406-408)

Trokary, které se aplikují do spodní části břicha, se zavádí pod přímou laparoskopickou kontrolou, aby bylo zřetelné, kam trokar vede. Superficiální cévy by měly být zobrazeny prosvícením. (Roztočil et al., 2011, s. 406-408)

Kučera (2004, s. 2-3) uvádí určité postupy a zásady týkající se laparoskopického výkonu, např. že se pacientka umisťuje do litotomické polohy až po úvodu do anestezie, poté následuje dezinfekce operačního pole, nato se zavádí permanentní močový katetr, eventuálně děložní manipulátor apod. Dále se provádí palpce bifurkace aorty a promontoria (bifurkace se nachází v úrovni L 4-5, umbilikus L 3-4). Prostřednictvím Veressovy jehly se provede insuflace CO₂ a následně se využije test k určení náležitosti, tj. intraperitoneální inzerce (odpor při protékání CO₂ přes Veressovu jehlu, tzv. snap test – penetrace jehly fascií a peritoneem, tzv. Palmerův test – test aspirační, Quadro test - posuzuje se insuflační tlak, průtok plynu, tlak intraabdominální a souhrnné množství insuflovaného plynu aplikovaného intraabdominálně, také lze provést zvukový test, kdy vymizí poklepové ztemnění nad játry). Trendelenburgova poloha se provede po vpravení CO₂ do dutiny břišní a po aplikaci trokaru. Následuje provedení suprasymfyzeálních incizí pod zrakovou kontrolou (opatrně na a. epigastrica inferior).

Kontraindikace laparoskopických operací lze rozdělit na absolutní a relativní. Za absolutní kontraindikace se považuje paralytický nebo mechanický ileus, generalizovaný zánět peritonea, velmi rozsáhlý tumor nacházející se v břišní dutině, velká břišní hernie, šok, CHOPN a další respirační insuficience, IM a kardiální insuficience. Do relativních kontraindikací patří velké

a početné laparotomické jizvy, nacházející se zánětlivé procesy v břišní stěně, enormní obezita, hiátová kýla, interní onemocnění (např. ICHS, poruchy metabolismu), poruchy koagulace, antikoagulační léčba. (Kučera, 2004, s. 5-6)

Indikace týkající se laparoskopické operativy nelze absolutně vymežit. Hranice se velmi rychle mění a posouvají, velmi důležitý je rozvoj jak technického vybavení, ale také instrumentaria. Dále také velmi záleží na zkušenostech operátora. (Holub, Kužel et al., 2005, s. 36)

Nejčastěji prováděnými laparoskopickými výkony jsou: graviditas extrauterina (GEU), sterilizace, myomektomie, laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie a totální laparoskopická hysterektomie (LAVH a TLH), laparoskopické operace v souvislosti s endometriózou, laparoskopické výkony související s urogynekologií (u komplexního vaginálního prolapsu), LSK týkající se reprodukční medicíny (neovagina a vyšetření průchodnosti tub), laparoskopické výkony v onkologické gynekologii. (Roztočil et al., 2011, s. 409-419)

V současnosti se provádí mnoho výkonů v oblasti gynekologie, jak diagnostické, tak i operační. Jsou to výkony od akutních bolestí břicha, podezření na poranění orgánů v malé pánvi, přes chronické bolesti břicha, diagnostiku tumorů, second look laparoskopie, operace na adnexech, děloze, peritoneu, retroperitoneu, výkony v Retziově prostoru, až po laparoskopickou operaci appendixu, střevní kličky a rektosigmoidea. (Holub, Kužel et al., 2005, s. 36-37)

Ve studii, která byla provedena v období od roku 2012 do roku 2014 na **Hameed Latif Hospital Lahore**, byla vyhodnocena křivka učení se gynekologické chirurgii a závěry týkající se laparoskopické operativy. Bylo zjištěno, že nedošlo ke vzrůstu komplikací ať už nezávažných, či závažných, a to s ohledem na vylučovací soustavu nebo poranění střev. Časem také došlo ke snížení délky operace. Na základě této studie bylo vyhodnoceno, že laparoskopická chirurgie je bezpečná metoda s jasnými výhodami pro pacientku a s náležitým chirurgickým tréninkem a dovednostmi může být operace zkrácena. Také bylo zjištěno, že gynekologicko-endoskopická chirurgie má jasné výhody nad laparotomií. Tyto výhody se týkají menší bolestivosti pro pacientku a kratšího období zotavování. Pacientky také potřebují méně analgetik. Pobyt v nemocnici je kratší. Anatomie pánve i patologické jevy v ní jsou mnohem jasnější při vysokém zvětšení a chirurg je tak v lepší pozici zákrok zvládnout. (Khanum, Khanum, Rehman, 2015, s. 253-256)

Ve studii, která byla uskutečněna v Brazílském Sao Paulu na oddělení gynekologicko-porodnickém v nemocnici **Campinas** v rozmezí od roku 2008 do roku 2012, bylo zjišťováno, jaká je role diagnostické laparoskopie v gynekologii. Bylo stanoveno, že důvodem pro provedení diagnostické laparoskopie byla v 57 % neplodnost, ve 27 % chronická bolest v oblasti pánevní a ostatní v 16 % (nitroděložní tělísko, tumory adnex, GEU nebo zánětlivé onemocnění v oblasti pánevní). (Togni, Benetti – Pinto, Yela, 2016, s. 70-73)

V retrospektivní studii (**Nnamdi Azikiwe University**), která byla provedena v soukromém centru reprodukce v období od ledna 2000 do roku 2009, bylo stanoveno, že nejběžnějším důvodem pro indikaci laparoskopie byla neplodnost (98,4 %) a že diagnostická laparoskopie je bezpečná a konverze na otevřenou laparotomii především kvůli krvácení je poměrně vzácná a je možno se jí vyhnout řádným výběrem pacientek a využitím Palmerova bodu pro insulaci, využitím bodu nad pupkem nebo pomocí otevřené techniky především u pacientek s pánevní masou a u pacientek, které dříve prodělaly břišní nebo pánevní operaci. (Ikechebek, 2013, s. 155-158)

Na porodnicko-gynekologické klinice fakultní nemocnice v **Tikritu** byla provedena studie týkající se akutních bolestí břicha v souvislosti s laparoskopií a laparotomií. Tato dlouhodobá studie byla zpracována v období mezi listopadem 2007 a říjnem 2013. Závěrem této studie je, že většina případů akutní bolesti břicha dnes může být řešena laparoskopicky, avšak určité jevy stále vyžadují tradiční laparotomii. Zachování reprodukční schopnosti má významný dopad na duševní stav ženy. (Yaseen, 2016, s. 193-209)

Ve srovnávací studii na dvou gynekologických klinikách na Dukově lékařské univerzitní klinice v **Durhamu** v Severní Karolíně byly zjišťovány preference pacientek týkající se vzhledu při břišních řezech v gynekologické chirurgii. V této studii byly zkoumány 2 odlišné vrstvy obyvatelstva. Závěrem bylo, že LESS neboli laparoendoskopický chirurgický řez provedený pomocí 1 incize byl v této studii nejvíce upřednostňovaný. Ačkoli i laparoskopie s více než jednou incizí a Pfannenstielův řez byly také značně preferovány. U pacientek mohla být zásadní tzv. „viditelnost“ břišních řezů. Metoda LESS je nazývána bezjizvou operací a může mít za výsledek prakticky nepostřehnutelnou jizvu, pokud je provedena zkušeným chirurgem. Pro nejlepší kosmetický efekt by se jizva neměla táhnout mimo hranice důlku pupku a neměla by znetvořit přirozené uspořádání pupku. (Yeung, Bolden et al., 2013, s. 79-84)

Laparoskopická operace je tedy velmi šetrná, jelikož se dělají jen malé incize na přední stěně břišní a nedochází k protěti svalové tkáně, jak je tomu u klasické metody. Nedochází

k tak výrazné devastaci přední stěny břišní, což se manifestuje v pooperačním období, protože takové nepatrné ranky způsobují jen minimální bolest. Výhodné je také to, že nedochází k odhalení orgánů dutiny břišní a tím není způsobeno osychání orgánů, teplotní šok atd. Pokud je tedy laparoskopický výkon proveden bezpečně a nedojde ke komplikacím, tak je to pro pacientku mnohem přívětivější než otevřená operace. Pacientky nepotřebují markantní analgetizaci, dochází k časně vertikalizaci a mobilizaci, což je pro pacientku velká výhoda, jelikož je u pohybujících se pacientek nižší riziko tromboembolické nemoci a také to má pozitivní vliv na funkci střev. Naopak ze strany operátora je kolikrát operace ne zrovna snadná, což může způsobit to, že tyto operace mohou déle trvat. Cena laparoskopické operace je, oproti otevřené operaci, většinou vyšší. V současnosti lze říci, že skoro všechny operace lze provést laparoskopicky, obzvláště ty gynekologické. U laparoskopicky vedených výkonů bývá kratší doba rekonvalescence, proto se pacientky pouští domů dříve (pokud operace proběhla bez komplikací a neočekávají se žádná pooperační rizika (např. u složitějších, komplexnějších operací)). Laparoskopické operace mají také své hranice. Z pohledu anesteziologa někdy může dojít k závěru, že laparoskopická operace není tou nejbezpečnější volbou, jelikož při insuflaci dutiny břišní se stává, že se vytlačuje bránice směrem k hrudníku. Také nemusí být operace optimální z důvodu krevních onemocnění a přistupuje se raději k otevřené operaci. Všechny pacientky by měly být informovány o tom, že i když je plánována operace laparoskopická, tak to nemusí znamenat, že to laparoskopie bude, jelikož je hlavním cílem to, aby nedošlo k ohrožení pacientky. Tedy pokud se při laparoskopii ukáže, že z různých důvodů (anatomické poměry, pooperační komplikace) výkon nelze laparoskopicky provést, musí dojít ke konverzi a provede se výkon laparotomicky. (Roche, 2019)

2.1.2 Komplikace vztahující se k operativě

Komplikace, které se vztahují k operačním výkonům, se mohou rozdělovat na:

1. Bezprostřední (vznikající během operačního výkonu), časně (manifestují se do týdne po operaci), pozdní (projeví se více než za týden po operačním výkonu).
2. Nevýznamné (pokud jsou ošetřené, tak již nevznikne další komplikace), závažné (náprava těchto komplikací je velmi obtížná).
3. Bez následků (dojde ke zhojení) nebo s trvalými následky (již nenapravitelná komplikace). (Roztočil et al., 2011, s. 399)

Jako komplikace **laparotomických operací** lze uvést komplikace, které nastanou v souvislosti s anestezií, také poranění okolních orgánů (např. ureteru, močového měchýře, střeva), krvácení, anafylaktický šok, infekce v místě laparotomie nebo operovaného orgánu se mohou považovat

za komplikace. Dále sem lze zařadit také trombembolickou nemoc (TEN), ileus (oblenění střevní peristaltiky nebo mechanický), nadměrnou bolest, zhoršení již existujícího onemocnění, parestezie v oblasti laparotomie. Hlavně po velkých radikálních operacích může dojít k poruše hybnosti dolních končetin, což je zapříčiněno poraněním nervů. Dehiscence sutury rány může být další komplikací laparotomické operace. Jelikož je laparotomie tzv. otevřená operace, je u tohoto typu operace možné, že dojde k zapomenutí předmětů v dutině břišní (např. roušky, tampony, chirurgické nástroje) a mnoha dalším komplikacím. (Roztočil et al., 2011, s. 399-404)

Komplikace, které souvisejí s **laparoskopickou operací**, vznikají z 22 % při vstupu do peritoneální dutiny, kdy nejčastěji dochází k poranění cév, což je až 55 % komplikací, dále poranění střeva, které se vyskytuje až ve 43 % komplikací. Dalšími komplikacemi může být poranění močového měchýře, preperitoneální insuflace CO₂, poranění střeva při adhezích insuflační jehlou nebo trokarem, poranění ureteru, ruptura a diseminace tumoru vaječníku, anesteziologické komplikace (vliv kapnoperitonea). V důsledku operačního výkonu může dojít ke krvácení a infekci. Za pozdní komplikace se považují hernie (především u vpichů nad 12 mm), vznik adhezí a poranění nervů v retroperitoneu. Za komplikaci se ale nepovažuje, pokud se provede konverze na laparotomii v průběhu laparoskopie. (Kučera, 2004, s. 6-7)

2.2 Ošetřovatelská péče související s operativou

Pojmem **perioperační péče** je míněno období okolo operačního výkonu, tzn. před, během a po operaci. Každé období je, co se týče péče o pacientku, specifické. Musí se také dbát na individuální potřeby pacientky. (Janíková, Zeleníková, 2013. s. 26)

Velmi důležité je **předoperační období**, kdy značně záleží na zdravotním stavu ženy, na stanovení lékařské diagnózy a na tom, jaký operační výkon se bude u pacientky provádět. Významná je také nálehavost operačního výkonu. Nejvhodnějším obdobím pro volbu operace je doba po menses, jelikož během menstruace bývá zvýšena krvácivost, takže pokud by se operovalo těsně před menstruací, mohlo by dojít k větším krevním ztrátám z důvodu překrvení orgánů (Slezáková a kol., 2017, s. 34). Předoperační období je odlišně dlouhá doba, během které dochází k přípravě pacientky na danou operaci. Záměrem v tomto období je snížení rizik a zajištění stavu pacientky tak, aby nedošlo ke komplikacím v následujících obdobích perioperační péče, čímž je myšlena intraoperační a pooperační doba. Příprava se diferencuje na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední a podle rozdělení načasování přípravy se odvíjí i dílčí intervence ošetřujícího personálu. Je zapotřebí dbát na individualitu každé pacientky, čímž je myšleno, v jakém je stavu, jaká jsou přidružená onemocnění, jaký typ operace se bude

provádět a jak dlouho daný výkon bude zhruba trvat. Podstatný je empatický postoj a vstřícná komunikace z důvodu zmírnění strachu pacientky. (Janíková, Zeleníková, 2013. s. 39-46)

Intraoperační období začíná předáním pacientky ve filtru operačního sálu (neboli v tzv. předsáli operačního traktu) a je ukončeno převzetím personálu z jednotky intenzivní péče nebo ze standardního oddělení. Pacientce je poskytována péče, kterou zajišťuje personál operačního sálu (operační tým). Toto období se skládá z několika fází: chystání operačního týmu, příprava pacientky, postavení operační skupiny, průběh vlastní operace a předání pacientky na oddělení nebo JIP. V tomto období je dbáno především na prevenci poranění a infekčního onemocnění, také se klade důraz na správnou polohu pacientky na operačním stole, na monitorování životních funkcí a především jejich stabilizaci a v neposlední řadě je též důležité vedení dokumentace (Janíková, Zeleníková, 2013. s. 39-46).

Pracovat na operačním sále je velmi obtížné. Všechn personál musí mít odborné znalosti na velmi vysoké úrovni a spolupráce operačního týmu je velmi podstatná. Aby operace dopadla úspěšně, záleží hlavně na spolupracujícím erudovaném operačním týmu, ale i na optimální přípravě pacientky, přípravě techniky, přístrojů a instrumentaria. Tímto se zajistí kvalitní intraoperační péče (Lukáč, 2005). Hlavním cílem v intraoperační péči je, aby byla pacientka v bezpečí po celou dobu, kterou stráví na operačním sále. Světová zdravotnická organizace iniciovala několik konceptů, aby se bezpečnost na operačním sále zlepšila. Jedním z návrhů WHO je The Second Global Patient Safety Challenge zaměřující se na tzv. Surgery Checklist čili perioperační bezpečnostní proces (World Alliance for Patient Safety, 2008). Perioperační bezpečnostní proces (PBP) je kontrolou prováděnou na operačním sále a měl by být uskutečněn u každé operace. Cílem je, aby se ověřily kritické okamžiky, které nastanou během operace. Již zmíněná kontrola by měla být uskutečněna ve 3 fázích, které na sebe navazují, těmi fázemi jsou tzv. Sign In (před podáním anestezie), Time Out (před kožní incizí) a Sign Out (před předáním pacientky z operačního sálu) (Wichsová et al., 2013, s. 160). Ve fázi Sign In, tedy v první fázi, by se měla zkontrolovat identifikace pacientky, souhlas s výkonem a v případě potřeby se vizuálně zkontroluje označení strany výkonu. Dále se zjišťuje, zda je snímající oxymetr funkční, zda je u pacientky riziko vyšší ztráty krve, respiračních obtíží nebo aspirace a jestli jsou u pacientky známy nějaké alergie. Také je zapotřebí zkontrolovat připravenost anesteziologického přístroje a medikací. Na kontrole během této fáze se podílí alespoň anesteziologická sestra a perioperační sestra nebo anesteziolog. V druhé fázi by se měli všichni členové operačního týmu nahlas představit a sdělit, jaká je jejich role během operačního výkonu. Měla by se potvrdit správnost místa řezu prováděného na správné pacientce. Opět by

se měl zkontrolovat typ operace. Ověří se profylaktická aplikace antibiotik a měly by se stanovit očekávané kritické události (anesteziologická rizika a náročnost výkonu). Perioperační sestra by měla ověřit sterilitu zdravotnických prostředků, které budou použity během daného operačního výkonu. Této fáze se účastní perioperační sestra, anesteziolog a operátor. Během poslední fáze by se měl přezkoumat provedený operační výkon, měly by se přepočítat roušky, instrumentárium a tampony. Dále se ověřuje histologický materiál odebraný v průběhu operace. Následně se ověří funkčnost jednotlivých přístrojů a měly by se nahlásit případné chyby a závady. Nakonec se zkonzultuje následná péče o pacientku. Na této fázi by se měla podílet perioperační i anesteziologická sestra a také operátor s anesteziologem. (World Alliance for Patient Safety, 2008a)

Jednotlivá zdravotnická zařízení si PBP přizpůsobí tak, aby to dané organizaci vyhovovalo, přičemž ale musí dodržet doporučení WHO a zároveň splňovat podmínky legislativy. Aby byla kontrola nad splněnými úkoly PBP, měla by nějaká odpovědná osoba, která se účastní operace, koordinovat konání na operačním sále. Touto osobou by měla být nejlépe perioperační sestra, avšak to může být kdokoli, kdo se operace účastní. Koordinátor Checklistu je zodpovědný za splnění jednotlivých úkonů PBP. Pokud by se jednalo o operaci prováděnou z vitální indikace nebo pokud by nešlo informaci v danou chvíli zjistit, dané políčko by se nemělo zaškrtnout. (World Alliance for Patient Safety, 2008a)

Pooperační péče o pacientku je součástí léčebné a ošetrovatelské péče. Cílem této péče je prevence, rozpoznání a zajištění okamžité terapie možných pooperačních komplikací. Pooperační péče se stanovuje dle stavu pacientky, přidružených onemocnění, rozsahu operace, perioperačních komplikací a způsobu anestezie (Jedličková et al., 2012, s. 239). Tato péče je zahájena tehdy, když je pacientka bezprostředně po operaci přeložena zpravidla na jednotku intenzivní péče (JIP) nebo tzv. „dospávací“ pokoj, aby se sledovaly vitální funkce a aby byl stav pacientky stabilizován. Na JIP nebo „dospávacím“ pokoji většinou pracuje zdravotnický personál, který je specializovaný v oblasti intenzivní a resuscitační péče. Způsob péče na těchto pracovištích se odvíjí od druhu operace a také typu anestezie, stavu pacientky, tradic pracoviště a požadavků operátora (Slezáková et al., 2017, s. 35). Pooperační péče se může diferencovat na bezprostřední a následnou, kdy bezprostřední péče je orientovaná především na profylaxi pooperačních komplikací a následná péče se soustředí hlavně na rehabilitaci a na návrat k předešlému životu (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 47). Jakmile skončí operační výkon, pacientka musí být pod intenzivním dohledem, dokud nedojde ke stabilizaci oběhu, spontánnímu dýchání a také do té doby, pokud u ní nejsou zjevné obranné reflexy (kašel,

polykání). Aby nedošlo k časným komplikacím, musí se zajistit anesteziologická péče ihned po operačním výkonu. Pokud by bylo zapotřebí pokračovat u pacientky v umělé plicní ventilaci neboli UPV (většinou po dlouhotrvajících a náročných operacích), bývá převezena z operačního sálu na JIP nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Většinou je pacientka přeložena z operačního sálu již extubována a při vědomí (patrná reakce pacientky na oslovení) (Čoupková, 2010, s. 36-37). Anesteziolog předává pacientku z operačního sálu na JIP, ARO nebo dospávací pokoj s dokumentací, která by měla obsahovat operační protokol, záznam o vedení anestezie, ordinace a doporučení pro bezprostřední péči (zde je uveden rozsah monitorace a frekvence záznamu do dokumentace, infúzní léčba, oxygenoterapie, pooperační analgezie, prevence či terapie pooperační nauzey či zvracení, laboratorní a jiná vyšetření, péče o drény, fyzioterapie, péče o operační ránu, informace o polohování pacientky aj. Za tzv. bezprostřední pooperační období se považuje období od 2 hodin až do několika dnů po ukončení operace. Je to velmi rizikové období pro pacientku z důvodu jejího celkového stavu, a proto je potřeba, aby byla pod neustálou kontrolou a monitorací (Jedličková a kol., 2012, s. 239). Pooperační péče je tedy orientována na rekonvalescenci pacientky. Je důležité, aby se brzy vrátila k životu, jaký vedla před operací a také aby kvalita života pacientek byla stejná nebo i vyšší než před laparotomickou či laparoskopickou operací. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 54-62)

Pooperační analgezie neboli mírnění bolesti po operačním výkonu je základním etickým požadavkem a je důležité, aby neustále docházelo ke vzdělávání zdravotnických pracovníků v této oblasti (Rokyta et al., 2009, s. 34). Cílem je nejen to, aby bylo zajištěno mírnění bolesti, ale také to, aby bylo zajištěno i rychlé a úplné obnovení obranných reakcí, aby došlo k normalizaci dýchání nebo i prevenci orgánového poškození, jež může vzniknout v důsledku vegetativní a reflexní odpovědi na traumatizaci tkání. Na celkovém průběhu po operaci se negativně odráží nepřítomnost kvalitního pooperačního mírnění bolesti. Pokud není dostatečně tlumena pooperační bolest, dochází k aktivaci sympatického nervového systému, tím je zapříčiněna zvýšená spotřeba kyslíku a tím dochází i ke zvýšení jak morbidit, tak i mortality (dojde k ovlivnění celkové kvality života pacientky po laparotomii/laparoskopii i jiných operacích). Nejvíce častými komplikacemi jsou tachykardie, hypertenze a také se dále mohou vyskytnout i další závažnější komplikace, např. poruchy hojení rány, infekční komplikace, dojde ke snížení mobilizace, může dojít ke zvýšenému riziku tromboembolické nemoci, mohou vzniknout poruchy spánku, což může zase vést k úzkosti, stresové hyperglykemii, ileu a také se může rozvinout nedůvěra ve zdravotnický personál aj., což může mít za následek negativní

ovlivnění kvality života žen v pooperační péči jak po laparotomické operaci, tak po laparoskopické operaci. (Bláha et al. (a), 2015, s. 88)

HRQL je multidimenzionální. Kvalita života patientek nejen v pooperačním období je velmi důležitá, mělo by docházet ke zmírňování či odstraňování utrpení, jak tělesného, tak i duševního, hlavně by se měla redukovat bolest ihned po operaci. Patientka by během pooperačního období měla dosáhnout nezávislosti na jiných osobách (zdravotnickém personálu). Je důležité, aby patientka byla schopná zvládat náročné situace, zátěž a stres v tomto období a také by se patientka měla zapojit do společenských aktivit, aby došlo k návratu ke společenskému životu, jaký vedla před operací. V pooperačním období tedy může dojít k ovlivnění kvality života patientek jak v oblasti tělesné pohody, tak i psychické pohody a sociálních vztahů, a proto je důležité, aby zdravotnický personál měl informace o tom, jak patientky vnímají kvalitu života, aby mohlo dojít ke zlepšení v jednotlivých oblastech kvality života. (Gurková, 2011, s. 46-47, 73)

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Tato část práce popisuje vlastní realizaci průzkumného šetření. Závěrečné kapitoly průzkumné části jsou věnovány diskusi a možnostem využití získaných poznatků v praxi.

3 PRŮZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

Cílem průzkumu je zjistit míru ovlivnění kvality života žen po laparotomické a laparoskopické operaci a následně komparovat kvalitu života žen po těchto operacích.

Na základě stanoveného cíle průzkumu a studia odborné literatury byly stanoveny v diplomové práci na téma „Kvalita života žen po laparoskopickém a laparotomickém výkonu“ tyto průzkumné **otázky**:

1. Jak je ovlivněna kvalita života respondentek v pooperačním období po laparotomické operaci?
2. Jak je ovlivněna kvalita života respondentek v pooperačním období po laparoskopické operaci?
3. Jaký je rozdíl v hodnocení kvality života respondentkami v pooperačním období po laparotomii a laparoskopii?

4 METODIKA PRŮZKUMU

Kvantitativní průzkumné šetření probíhalo prostřednictvím standardizované české verze generického dotazníku SF-36 určeného k hodnocení kvality života. Bylo stanoveno časové rozmezí, ve kterém bude průzkum probíhat a místo pro sběr dat. Průzkumu předcházelo schválení Žádosti s provedením průzkumného šetření a písemný souhlas vedení nemocnice, kde se průzkum uskutečnil.

4.1 Metodika sběru a zpracování dat

Do průzkumného šetření byly zařazeny všechny ženy, které podstoupily laparotomickou či laparoskopickou operaci v období od října roku 2018 do února roku 2019. Záměrně byly vybrány ženy po laparotomickém nebo laparoskopickém výkonu, při jejichž výběru byl kritériem písemný souhlas (Příloha C) se zařazením do průzkumného šetření. Průzkumné šetření probíhalo na gynekologickém oddělení v nemocnici fakultního typu v Olomouckém kraji.

Pro získání dat byl zvolen standardizovaný dotazník SF-36 (The Short Form Health Survey 36 items) o zdravotním stavu (Příloha A), který obsahoval 36 položek (rozloženy do 8 domén). Originální znění tohoto dotazníku bylo přeloženo, validizováno a standardizováno ve více než 15 zemích, a proto se také nástroj SF-36 stal jedním z nejpoužívanějších (v oblasti HRQL). Velkou výhodou tohoto dotazníku je jeho normování a standardizace, což zajišťuje jeho srovnávání s jinými vzorky osob s onemocněním na celém světě. V uvedeném dotazníku respondentky hodnotily již zmíněné domény, jimiž jsou: fyzická činnost, omezení pro fyzické problémy, omezení pro emoční problémy, tělesná bolest, vitalita, sociální funkce, duševní zdraví a celkové zdraví. (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 78-79; Gurková, 2011, s. 145). Jednotlivé otázky a škály tohoto dotazníku byly sestaveny tak, že využívají Likertovu metodu měření postojů. Odpovědi, které jsou již zjištěné a poté přepočtené na jednotlivé soubory otázek (zařazeny do 8 dimenzí), se pomocí Likertovy metody transformují na lineární škály 0-100, přičemž se musí postupovat v souladu s pravidly ve skórovacím manuálu (Příloha B). Respondenti odpovídají buď na otázky „ano / ne“, anebo pomocí 3-6 bodové škály odpovědí. Při vyhodnocení dotazníku SF-36 byla tedy důležitá hodnota skóre v jednotlivých doménách podle schématu hodnocení SF-36 (Příloha B). Každá doména obsahovala různý počet položek, které jsou rozloženy v otázkách, přičemž v nich bylo možné získat různý počet bodů. Jednotlivé otázky dotazníku jsou ohodnoceny, jejich hodnoty poté sečteny a výsledná hodnota se transformuje na škálu 0-100, kdy 100 poukazuje na dobrý zdravotní stav a 0 stav

špatný. Pokud se vyskytne nižší skóre, značí to horší zdravotní stav nebo dlouhodobé onemocnění. U žen bývá obecně nižší skóre, uvádí Jenkinson et al. (1993, s. 46-50). Jednotlivé položky měly, jak již bylo uvedeno, bodové skóre od 0 do 100, kdy dosažené skóre bylo závislé na počtu možných odpovědí. U některých položek bylo na výběr ze dvou nebo tří možných odpovědí, u jiných z pěti nebo šesti. Výsledné skóre se odvíjelo od negativního či pozitivního výběru. Položky, u kterých bylo na výběr ze dvou možných odpovědí, se hodnotily 0 nebo 100 body. Pokud se vybíralo ze tří možných odpovědí, potom to bylo ohodnoceno 0, 50 nebo 100 body. Jestliže respondentky vybíraly z pěti možných odpovědí, poté bylo bodové hodnocení 0, 25, 50, 75 nebo 100. Při výběru z šesti odpovědí se hodnotilo 0, 20, 40, 60, 80 nebo 100 body.

Skóre v jednotlivých položkách se sčítalo a celkový součet udával hodnotu v jednotlivých doménách. Celkem je tedy v dotazníku SF-36 osm domén neboli dimenzí a každá z nich obsahuje různý počet otázek a podle toho, kolik otázek mají jednotlivé domény, mají také jiný rozsah skóre. Doména fyzická činnost obsahuje 10 otázek, z čehož plyne, že dosažené skóre se pohybovalo od 0 do 1000. V dimenzi omezení pro fyzické problémy bylo možné dosáhnout skóre od 0 do 400, v doméně omezení pro emoční problémy bylo možné získat skóre od 0 do 300, v dimenzi vitalita bylo možné dosáhnout skóre od 0 do 400. V dimenzi týkající se duševního zdraví bylo možné získat skóre od 0 do 500, v doméně sociální funkce bylo možné získat skóre od 0 do 200. V dimenzi tělesná bolest bylo možné dosáhnout skóre od 0 do 200 a v doméně celkového zdraví bylo možné dosáhnout skóre od 0 do 600, takže je možné dosáhnout celkového skóre v rozmezí od 0 do 3600 u každé respondentky. (Kačmárová, Babinčák, Mikulášková, 2013, s. 78-79; Gurková, 2011, s. 145)

Dotazníky byly rozdány v tištěné formě. Pro zpracování dat byl mimo jiné použit program Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel. Kvantitativní proměnné byly prezentovány pomocí aritmetického průměru, směrodatné odchylky (SD), mediánu, modu, četnosti modu, minimální a maximální hodnoty. Ordinální data (věk, který byl zkategorizován do věkových intervalů) byla reprezentována pomocí absolutních (n_i) a relativních četností (f_i). Normalita kvantitativních dat byla ověřena pomocí Shapiro-Wilkových testů normality. Vzhledem k nenormální distribuci kvantitativních dat byl pro ověření hypotézy použit neparametrický Mannův – Whitneyův U -test pro dva nezávislé výběry. Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti $\alpha = 0,05$. Ke statistickému zpracování byl použit statistický program STATISTICA 12.

4.2 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumný soubor tvoří ženy v pooperačním období na gynekologickém oddělení v nemocnici fakultního typu v Olomouckém kraji, které podstoupily laparotomickou nebo laparoskopickou operaci v období od října roku 2018 do února roku 2019. Tyto ženy hodnotily kvalitu života pomocí dotazníku SF-36 během prvního dne po laparotomické či laparoskopické operaci. Z celkového počtu 228 operací, bylo provedeno pouhých 44 laparotomií a zbytek, tedy 184, zaujímaly laparoskopické operace. Do průzkumného šetření se zapojilo celkem 185 respondentek (ostatní ženy s průzkumem nesouhlasily). S průzkumem souhlasilo 35 žen po laparotomické operaci a 150 žen po laparoskopické operaci. Tyto souhlasy byly předloženy respondentkám zároveň s dotazníkem SF-36. Všechny respondentky byly obeznámeny s dotazníkem a s tím, že tento dotazník je anonymní.

Soubor tedy tvořilo celkem 185 žen, jak již bylo řečeno, ve věkovém rozmezí 21 až 78 let. Věkový průměr se směrodatnou odchylkou byl $44,6 \pm 11,1$ let, hodnota mediánu věku byla 42 let. Věkové rozpětí 35 žen, které podstoupily laparotomii, bylo 28 až 78 let, věkový průměr $46,9 \pm 11,4$ let, hodnota mediánu 46 let. Skupina 150 žen, které byly operovány laparoskopicky, měla věkový průměr $44,0 \pm 11,0$ let, hodnota mediánu byla 42 let a věkové rozmezí 21 až 78 let. Distribuce věku byla ukázána i četnostní tabulkou (Tabulka 1). Z tabulky je patrné, že nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 30 až 40 let (36,8 %). Ve skupině žen, které podstoupily laparotomickou operaci, byly nejvíce zastoupeny ženy mezi 40 až 50 lety (37,1 %) a ve skupině žen operovaných laparoskopicky ženy mezi 30 až 40 lety (38,7 %).

Tabulka 1: Distribuce věku respondentek

Věkový interval	Celkem		laparotomie		laparoskopie	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
20 <x<=30	12	6,5	1	2,9	11	7,3
30 <x<=40	68	36,8	10	28,6	58	38,7
40 <x<=50	51	27,6	13	37,1	38	25,3
50 <x<=60	34	18,4	7	20,0	27	18,0
60 <x<=70	18	9,7	2	5,7	16	10,7
70 <x<=80	2	1,1	2	5,7	0	0,0
Celkem	185	100,0	35	100,0	150	100,0

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Výsledek standardizovaného dotazníku SF-36 byl vyhodnocen, jak po jednotlivých položkách, tak i po jednotlivých doménách tak, aby ukázal celkový stav kvality života žen po laparotomických a laparoskopických operacích a aby poté mohlo dojít ke komparaci kvality života žen po těchto operacích. Výsledky průzkumného šetření jsou zpracovány ve formě tabulek a grafů.

5.1 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku SF-36 po jednotlivých položkách

Za pomoci programu Statistica v. 12 byla vytvořena tabulka popisné statistiky. V ní jsou uvedeny všechny jednotlivé položky a základní ukazatele popisné statistiky, počet platných měření (N), průměr, směrodatná odchylka (SD), hodnota mediánu a modu, četnost modu, minimální (Min.) a maximální hodnota (Max.). Modus je hodnota, která se v souboru dat vyskytuje nejčastěji. V tabulce 2 jsou uvedeny statistické ukazatele pro všechny respondentky, v tabulkách 3 a 4 jsou pacientky rozděleny podle operace, kterou podstoupily. Hodnoty skóre jednotlivých položek jsou v rozmezí od 0 do 100 a průměrná hodnota reprezentuje procento celkového možného skóre, které by mohlo být dosaženo (100 %).

V tabulce 2 jsou vyhodnoceny statistické ukazatele pro všechny respondentky, tedy pro 185 žen po již uvedených operacích. Nejvyšší průměrná hodnota byla u položky 12 - Omezení činnosti koupání nebo oblékání bez cizí pomoci (průměr = 89,46), průměrné skóre vyšší než 80 bylo dále u položek 11 - Omezení činnosti chůze po ulici 100 metrů (průměr = 82,70), 10 - Omezení činnosti chůze po ulici několik set metrů (průměr = 81,08) a 18 - Uděláte méně, než jste chtěla? (průměr = 81,08). V těchto položkách byla dosažena nejvyšší kvalita života, neboť tyto položky respondentkám činily nejmenší problémy. Medián i modus je u těchto položek roven 100. Medián a modus na úrovni 100 bodů byl dosažen také u položek 9 - Omezení při chůzi asi 1 km, 16 - Potíže při práci nebo jiné činnosti, 17 - Zkrátil se čas, který pacientka věnovala práci nebo jiné činnosti a 19 - Menší pozornost při práci nebo jiných činnostech. Nejnižší kvalita života byla naměřena u položky č. 13 - Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti? (průměr = 9,73, medián i modus se rovná 0). S větším bodovým odstupem pak následují položky 2 - Hodnocení zdraví ve srovnání se stavem před rokem (průměr = 37,3) a 3 - Omezení usilovných činností jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů (průměr = 39,19). Ostatní položky měly průměrné bodové hodnocení vyšší než 40.

Tabulka 2: Popisná statistika položek dotazníku SF-36 pro celý průzkumný soubor

Položka	N	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min.	Max.	SD
1 zdraví celkově	185	62,57	75	75	90	0	100	21,67
2 srovnání zdraví před rokem	185	37,30	50	50	92	0	100	19,17
3 omez. usilovné činnosti	185	39,19	50	50	139	0	100	22,53
4 omez. stř. namáh. činnosti	185	44,86	50	50	134	0	100	25,82
5 zvedání, nošení nákupu	185	41,89	50	50	127	0	100	26,87
6 vyjít schody několik pater	185	48,11	50	50	126	0	100	28,25
7 vyjít schody jedno patro	185	57,03	50	50	99	0	100	33,45
8 předklon, shýbání, poklek	185	55,14	50	50	104	0	100	32,77
9 chůze 1 km	185	74,32	100	100	112	0	100	35,01
10 chůze po ulici stovky m.	185	81,08	100	100	123	0	100	28,44
11 chůze po ulici sto metrů	185	82,70	100	100	128	0	100	27,55
12 koupání doma, oblékání	185	89,46	100	100	146	50	100	20,45
13 zkrácení času pro práci ZP	185	9,73	0	0	167	0	100	29,72
14 uděláte méně ZP	185	43,24	0	0	105	0	100	49,68
15 omezení v druhu práce ZP	185	48,11	0	0	96	0	100	50,10
16 potíže při práci ZP	185	69,19	100	100	128	0	100	46,30
17 zkrácení času pro práci EP	185	70,27	100	100	130	0	100	45,83
18 uděláte méně EP	185	81,08	100	100	150	0	100	39,27
19 menší pozornost EP	185	71,35	100	100	132	0	100	45,33
20 norm. společ. život-rodina	185	53,11	50	50	93	0	100	24,04
21 přítomnost bolesti	185	57,19	60	60	78	0	80	21,69
22 bolesti brání v práci	185	53,92	50	50	66	0	100	23,05
23 elán	185	59,57	60	60	77	0	100	23,31
24 nervozita	185	65,41	80	80	89	0	100	23,71
25 deprese	185	68,86	80	80	87	0	100	25,86
26 pocity klidu a pohody	185	59,57	60	60	79	0	100	21,26
27 energie	185	46,27	40	60	69	0	100	20,53
28 pocity pesimismu, smutku	185	67,24	80	80	65	0	100	27,30
29 vyčerpanost	185	53,84	60	60	75	0	100	24,74
30 pocit štěstí	185	69,41	80	80	66	20	100	21,87
31 pocit únavy	185	43,14	40	40	89	0	100	19,02
32 společ. život (návštěvy)	185	49,19	50	50	93	0	100	21,32
33 snadněji onemocním	185	58,51	75	75	76	0	100	25,51
34 jsem zdravá jako jiní	185	61,76	75	75	88	0	100	27,34
35 zdraví se zhorší	185	57,57	50	50	83	0	100	21,26
36 zdraví je perfektní	185	49,73	50	50	66	0	100	24,45

pozn.: ZP – zdravotní potíže, EP – emocionální potíže

Tabulka 3: Popisná statistika položek dotazníku SF-36 pro podskupinu laparotomie

Položka	N	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min.	Max.	SD
1 zdraví celkově	35	44,29	50	25	13	0	100	23,55
2 srovnání zdraví před rokem	35	26,43	25	25	16	0	75	22,64
3 omez. usilovné činnosti	35	12,86	0	0	26	0	50	22,17
4 omez. stř. namáh. činnosti	35	17,14	0	0	23	0	50	24,08
5 zvedání, nošení nákupu	35	8,57	0	0	29	0	50	19,12
6 vyjít schody několik pater	35	21,43	0	0	21	0	100	27,88
7 vyjít schody jedno patro	35	22,86	0	0	21	0	100	30,54
8 předklon, shýbání, poklek	35	17,14	0	0	23	0	50	24,08
9 chůze 1 km	35	41,43	50	50	21	0	100	30,88
10 chůze po ulici stovky m.	35	50,00	50	50	19	0	100	34,30
11 chůze po ulici sto metrů	35	47,14	50	50	23	0	100	29,56
12 koupání doma, oblékání	35	65,71	50	50	24	50	100	23,55
13 zkrácení času pro práci ZP	35	11,43	0	0	31	0	100	32,28
14 uděláte méně ZP	35	5,71	0	0	33	0	100	23,55
15 omezení v druhu práce ZP	35	14,29	0	0	30	0	100	35,50
16 potíže při práci ZP	35	11,43	0	0	31	0	100	32,28
17 zkrácení času pro práci EP	35	25,71	0	0	26	0	100	44,34
18 uděláte méně EP	35	25,71	0	0	26	0	100	44,34
19 menší pozornost EP	35	31,43	0	0	24	0	100	47,10
20 norm. společ. život-rodina	35	25,00	25	25	16	0	100	25,72
21 přítomnost bolesti	35	23,43	20	20	24	0	60	14,94
22 bolesti brání v práci	35	25,71	25	25	24	0	50	14,20
23 elán	35	26,29	20	20	14	0	80	21,57
24 nervozita	35	29,71	40	40	14	0	60	17,74
25 deprese	35	32,57	40	40	17	0	100	22,27
26 pocity klidu a pohody	35	36,00	40	40	19	0	80	18,66
27 energie	35	20,00	20	20	16	0	80	18,79
28 pocity pesimismu, smutku	35	24,57	20	20	15	0	60	16,86
29 vyčerpanost	35	21,14	20	20	20	0	60	16,76
30 pocit štěstí	35	40,00	40	40	12	20	80	17,49
31 pocit únavy	35	24,00	20	20	19	0	80	17,35
32 společ. život (návštěvy)	35	24,29	25	25	18	0	75	20,55
33 snadněji onemocním	35	30,00	25	25	19	0	100	21,69
34 jsem zdravá jako jiní	35	39,29	50	50	17	0	100	24,47
35 zdraví se zhorší	35	42,86	50	50	21	0	75	17,75
36 zdraví je perfektní	35	27,14	25	25	14	0	75	24,53

pozn.: ZP – zdravotní potíže, EP – emocionální potíže

V tabulce 3 jsou vyhodnoceny statistické ukazatele pro podskupinu laparotomie. V této podskupině se nacházelo, jak lze vidět z tabulky 3, celkem 35 respondentek. Ve skupině žen, které podstoupily laparotomii, byla nejvyšší průměrná hodnota také u položky 12 - Omezení činnosti koupání nebo oblékání bez cizí pomoci (průměr = 65,71), následovala položka 10 - Omezení činnosti chůze po ulici několik set metrů (průměr = 50,00). V těchto položkách se kvalita života žen snížila nejméně, respondentkami byly tyto otázky nejlépe hodnoceny, z čehož vyplývá, že v těchto položkách byla dosažena nejvyšší kvalita života, neboť tyto položky respondentkám činily nejmenší problémy. V ostatních položkách průměrné bodové hodnocení kvality života bylo nižší než 50. Nejhůře hodnoceny byly položky 14 - Uděláte méně, než jste chtěla (průměr = 5,71) a 5 - Omezení při zvedání a nošení běžného nákupu (průměr = 8,57). Medián i modus se u obou položek rovná 0 a kvalita života je zde nejnižší, tudíž tyto položky činily respondentkám největší problémy. Velmi nízké hodnocení kvality života bylo i v položkách 13 - Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti? a 16 - Máte potíže při práci nebo jiných činnostech? (průměr = 11,43 u obou položek). Průměrná hodnota nižší než 15 bodů byla také u položky 3 - Omezení usilovných činností (průměr = 12,86) a 15 - Omezení v druhu práce (průměr = 14,29).

Tabulka 4: Popisná statistika položek dotazníku SF-36 pro podskupinu laparoskopie

Položka	N	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min.	Max.	SD
1 zdraví celkově	150	66,83	75	75	83	0	100	18,88
2 srovnání zdraví před rokem	150	39,83	50	50	86	0	100	17,40
3 omez. usilovné činnosti	150	45,33	50	50	130	0	100	17,71
4 omez. stř. namáh. činnosti	150	51,33	50	50	122	0	100	21,63
5 zvedání, nošení nákupu	150	49,67	50	50	121	0	100	22,06
6 vyjít schody několik pater	150	54,33	50	50	113	0	100	24,53
7 vyjít schody jedno patro	150	65,00	50	50	87	0	100	28,82
8 předklon, shýbání, poklek	150	64,00	50	50	92	0	100	27,85
9 chůze 1 km	150	82,00	100	100	108	0	100	31,35
10 chůze po ulici stovky m.	150	88,33	100	100	115	50	100	21,22
11 chůze po ulici sto metrů	150	91,00	100	100	123	50	100	19,27
12 koupání doma, oblékání	150	95,00	100	100	135	50	100	15,05
13 zkrácení času pro práci ZP	150	9,33	0	0	136	0	100	29,19
14 uděláte méně ZP	150	52,00	100	100	78	0	100	50,13
15 omezení v druhu práce ZP	150	56,00	100	100	84	0	100	49,80
16 potíže při práci ZP	150	82,67	100	100	124	0	100	37,98
17 zkrácení času pro práci EP	150	80,67	100	100	121	0	100	39,62
18 uděláte méně EP	150	94,00	100	100	141	0	100	23,83
19 menší pozornost EP	150	80,67	100	100	121	0	100	39,62
20 norm. společ. život-rodina	150	59,67	50	50	90	0	100	18,27
21 přítomnost bolesti	150	65,07	60	60	75	20	80	14,13
22 bolesti brání v práci	150	60,50	50	75	63	25	100	19,49
23 elán	150	67,33	60	60	75	20	100	15,62
24 nervozita	150	73,73	80	80	89	20	100	15,91
25 deprese	150	77,33	80	80	86	20	100	18,20
26 pocity klidu a pohody	150	65,07	60	60	76	20	100	17,83
27 energie	150	52,40	60	60	68	0	100	15,49
28 pocity pesimismu, smutku	150	77,20	80	80	65	20	100	18,10
29 vyčerpanost	150	61,47	60	60	72	0	100	19,54
30 pocit štěstí	150	76,27	80	80	65	40	100	16,45
31 pocit únavy	150	47,60	40	40	81	0	100	16,49
32 společ. život (návštěvy)	150	55,00	50	50	88	0	100	16,89
33 snadněji onemocním	150	65,17	75	75	75	0	100	21,46
34 jsem zdravá jako jiní	150	67,00	75	75	85	0	100	25,30
35 zdraví se zhorší	150	61,00	50	75	64	0	100	20,58
36 zdraví je perfektní	150	55,00	50	50	60	0	100	21,28

pozn.: ZP – zdravotní potíže, EP – emocionální potíže

V tabulce 4 jsou vyhodnoceny statistické ukazatele pro podskupinu laparoskopie. V této podskupině se nacházelo, jak lze vidět z tabulky 4, celkem 150 respondentek. Ženy, které podstoupily laparoskopii, měly nejlépe hodnocené položky 12 - Omezení při koupání nebo oblékání bez cizí pomoci (průměr = 95), 18 - Uděláte méně, než jste chtěla (průměr = 94), 11 - Omezení chůze po ulici 100 metrů (průměr = 91) a 10 - Omezení chůze po ulici několik set metrů (průměr = 88,33). V těchto položkách byla kvalita života žen nejvyšší (tyto položky jim činily nejmenší potíže). Respondentky nejhůře hodnotily položku 13 - Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti? (průměr = 9,33, medián i modus = 0). Nízká kvalita života byla i v položce 2 - Jak hodnotíte své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem? (průměr = 39,83). U všech ostatních položek bylo průměrné bodové hodnocení vyšší než 40.

V dalším zpracování bylo vytvořeno 8 domén, které obsahovaly položky dle tabulky 5.

Tabulka 5: Průměrování položek dotazníku SF-36 pro vytvoření 8 dimenzí

Doména	Položky
Fyzická činnost	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Omezení pro fyzické problémy	13, 14, 15, 16
Omezení pro emoční problémy	17, 18, 19
Vitalita	23, 27, 29, 31
Duševní zdraví	24, 25, 26, 28, 30
Sociální funkce	20, 32
Tělesná bolest	21, 22
Celkové zdraví	1, 2, 33, 34, 35, 36

5.2 Popisná statistika dimenzí dotazníku SF-36

Byly vytvořeny opět tabulky popisné statistiky, ve kterých jsou uvedeny jednotlivé domény dotazníku a základní ukazatele popisné statistiky (počet platných měření (N), průměr, směrodatná odchylka (SD), hodnota mediánu a modu, četnost modu, minimální (Min.) a maximální hodnota (Max.)). Tabulky byly spočítány pro celý soubor a také pro dvě podskupiny respondentek (ženy po laparoskopické a laparotomické operaci). Hodnoty průměrného skóre jednotlivých domén jsou v rozmezí od 0 do 100 a průměrná hodnota reprezentuje procento celkového možného skóre, které by mohlo být dosaženo (100 %).

Tabulka 6: Popisná statistika dimenzí dotazníku SF-36 pro celý průzkumný soubor

Dimenze	N	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	SD
Fyzická činnost	185	61,38	65	70	51	15	85	18,12
Omezení pro fyz. problémy	185	42,57	50	50	102	0	75	21,70
Omezení pro emoč. problémy	185	74,23	100	100,0	112	0	100	34,27
Vitalita	185	50,70	50	50	36	15	85	17,73
Duševní zdraví	185	66,10	72	72	38	20	84	17,52
Sociální funkce	185	51,15	50	50	76	0	88	19,45
Tělesná bolest	185	55,55	65	67,5	63	10	70	17,46
Celkové zdraví	185	54,57	58	58,3	66	21	71	11,25

Při posouzení kvality života celého souboru žen v jednotlivých dimenzích bylo zjištěno, že nejvyšší kvalita života je v dimenzi Omezení pro emoční problémy (průměr = 74,23), následuje dimenze Duševní zdraví (průměr = 66,1). Ve všech dimenzích, kromě dimenze Omezení pro fyzické problémy, bylo průměrné bodové hodnocení vyšší než 50. Nejnižší kvalita života byla tedy nalezena v dimenzi Omezení pro fyzické problémy (průměr = 42,57), tudíž tato dimenze činila respondentkám největší potíže.

Tabulka 7: Popisná statistika dimenzí dotazníku SF-36 pro podskupinu laparotomie

Dimenze	N	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	SD
Fyzická činnost	35	30,43	30	30	11	15	60	12,39
Omezení pro fyz. problémy	35	10,71	0	0	24	0	50	17,45
Omezení pro emoč. problémy	35	27,62	33	33,3	19	0	67	22,12
Vitalita	35	22,86	20	15	17	15	45	9,80
Duševní zdraví	35	32,57	32	32	17	20	52	6,07
Sociální funkce	35	24,64	25	25	24	0	50	10,27
Tělesná bolest	35	24,57	23	22,5	13	10	43	10,24
Celkové zdraví	35	35,00	33	33,3	12	21	58	8,59

U žen, které podstoupily laparotomii, bylo průměrné bodové hodnocení ve všech dimenzích nižší než 50, což poukazuje na horší kvalitu života. Nejvyšší kvalita života byla v dimenzi Celkové zdraví (průměr = 35), následovala doména Duševní zdraví (průměr = 32,57). Naopak, nejnižší kvalita života byla pozorována v doméně Omezení pro fyzické problémy (průměr = 10,71).

Tabulka 8: Popisná statistika dimenzí dotazníku SF-36 pro podskupinu laparoskopie

Dimenze	N	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min	Max	SD
Fyzická činnost	150	68,60	70	70	51	45	85	9,64
Omezení pro fyz. problémy	150	50,11	50	50	98	25	75	14,77
Omezení pro emoč. problémy	150	85,11	100	100	112	33	100	26,63
Vitalita	150	57,20	60	50	36	25	85	11,91
Duševní zdraví	150	73,92	76	76	38	48	84	6,70
Sociální funkce	150	57,33	50	50	75	25	88	15,48
Tělesná bolest	150	62,78	65	67,5	63	33	70	8,63
Celkové zdraví	150	59,14	58	58,3	65	46	71	5,35

Respondentky po laparoskopické operaci měly ve všech dimenzích průměrné bodové hodnocení vyšší než 50, což poukazuje na lepší kvalitu života. Nejvyšší kvalitu života udávaly v doméně Omezení pro emoční problémy (průměr = 85,11), poté následovala doména Duševní zdraví (průměr = 73,92). Naopak, nejnižší průměrná hodnota, která představuje nejnižší kvalitu života, byla pozorována u dimenze Omezení pro fyzické problémy (průměr = 50,11).

5.3 Komparace kvality života respondentek po laparotomické a laparoskopické operaci

Komparace kvality života žen po laparotomické a laparoskopické operaci byla provedena jednak na úrovni jednotlivých položek a také na úrovni rozdílu mezi dimenzemi dotazníku SF-36.

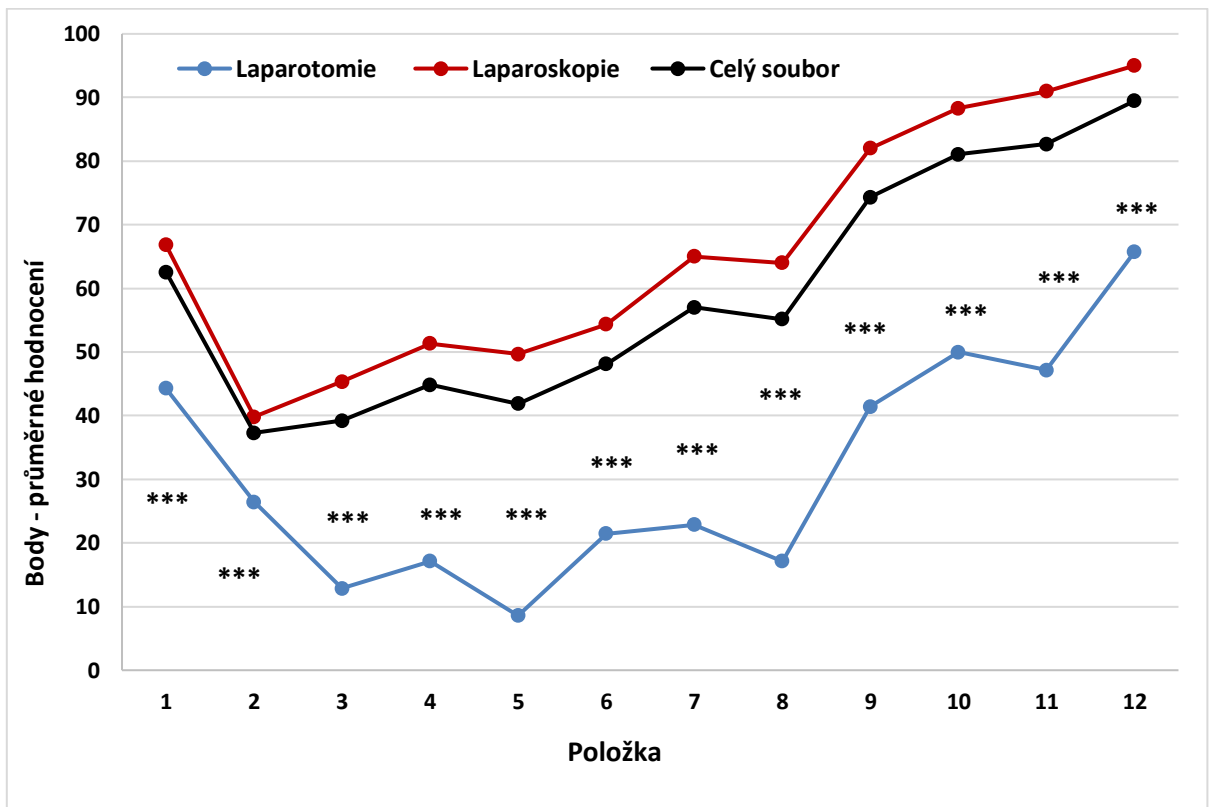
5.3.1 Komparace kvality života respondentek po položkách

Hodnoty jednotlivých položek a dimenzí byly vyjádřeny pomocí průměru, směrodatné odchylky (SD) a mediánu. Pro srovnání byl použit neparametrický Mannův – Whitneyův *U*-test. Tento test byl zvolen vzhledem k nenormální distribuci dat. V tabulkách jsou uvedeny popisné statistiky a příslušná *p*-hodnota testu. Mannův-Whitneyův *U*-test prokázal statisticky významně vyšší hodnoty kvality života žen po laparoskopii ve všech položkách kromě položky 13 - Zkrátil se čas, který jste věnovala práci? ($p = 0,710$). U všech ostatních položek (35) byla *p*-hodnota nižší než 0,05, rozdíly tedy považujeme za statisticky významné. Rozdíly mezi skupinami byly ukázány pomocí spojnicového grafu. Na ose *x* jsou jednotlivé položky a na ose *y* je uvedena průměrná hodnota pro skupinu respondentek po laparotomické operaci, laparoskopické operaci a pro celý soubor.

Tabulka 9: Porovnání dvou skupin respondentek v položkách dotazníku SF-36, popisná statistika a p -hodnota Mannova-Whitneyova U -testu

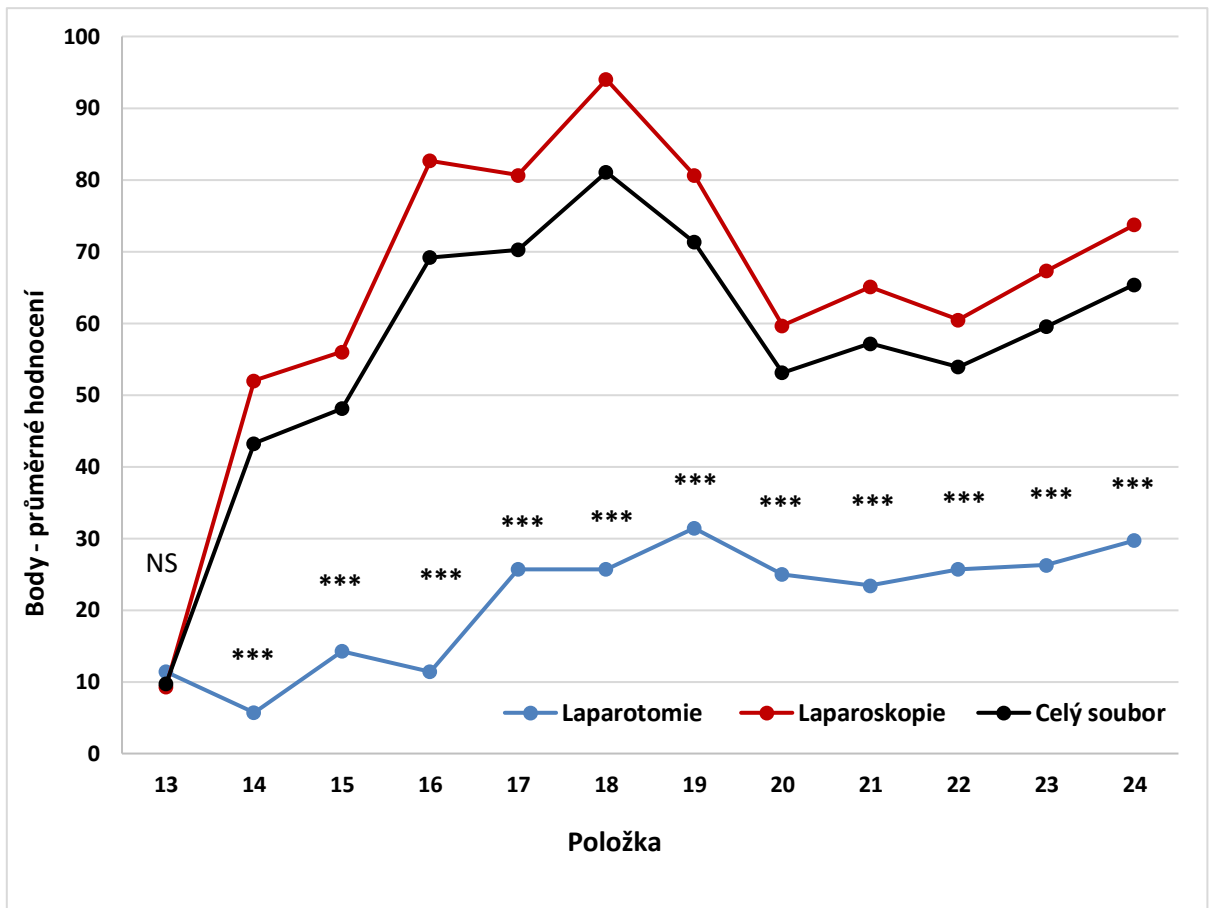
Položka	Laparotomie (N= 35)			Laparoskopie (N= 150)			p
	Průměr	SD	Medián	Průměr	SD	Medián	
1 zdraví celkově	44,29	23,55	50	66,83	19	75	<0,0001
2 srovnání zdraví před rokem	26,43	22,64	25	39,83	17	50	0,0002
3 omez. usilovné činnosti	12,86	22,17	0	45,33	18	50	<0,0001
4 omez. stř. namáh. činnosti	17,14	24,08	0	51,33	22	50	<0,0001
5 zvedání, nošení nákupu	8,57	19,12	0	49,67	22	50	<0,0001
6 vyjít schody několik pater	21,43	27,88	0	54,33	25	50	<0,0001
7 vyjít schody jedno patro	22,86	30,54	0	65,00	29	50	<0,0001
8 předklon, shýbání, poklek	17,14	24,08	0	64,00	28	50	<0,0001
9 chůze 1 km	41,43	30,88	50	82,00	31	100	<0,0001
10 chůze po ulici stovky m.	50,00	34,30	50	88,33	21	100	<0,0001
11 chůze po ulici sto metrů	47,14	29,56	50	91,00	19	100	<0,0001
12 koupání doma, oblékání	65,71	23,55	50	95,00	15	100	<0,0001
13 zkrácení času pro práci ZP	11,43	32,28	0	9,33	29	0	0,710
14 uděláte méně ZP	5,71	23,55	0	52,00	50	100	<0,0001
15 omezení v druhu práce ZP	14,29	35,50	0	56,00	50	100	<0,0001
16 potíže při práci ZP	11,43	32,28	0	82,67	38	100	<0,0001
17 zkrácení času pro práci EP	25,71	44,34	0	80,67	40	100	<0,0001
18 uděláte méně EP	25,71	44,34	0	94,00	24	100	<0,0001
19 menší pozornost EP	31,43	47,10	0	80,67	40	100	<0,0001
20 norm. společ. život-rodina	25,00	25,72	25	59,67	18	50	<0,0001
21 přítomnost bolesti	23,43	14,94	20	65,07	14	60	<0,0001
22 bolesti brání v práci	25,71	14,20	25	60,50	19	50	<0,0001
23 elán	26,29	21,57	20	67,33	16	60	<0,0001
24 nervozita	29,71	17,74	40	73,73	16	80	<0,0001
25 deprese	32,57	22,27	40	77,33	18	80	<0,0001
26 pocity klidu a pohody	36,00	18,66	40	65,07	18	60	<0,0001
27 energie	20,00	18,79	20	52,40	15	60	<0,0001
28 pocity pesimismu, smutku	24,57	16,86	20	77,20	18	80	<0,0001
29 vyčerpanost	21,14	16,76	20	61,47	20	60	<0,0001
30 pocit štěstí	40,00	17,49	40	76,27	16	80	<0,0001
31 pocit únavy	24,00	17,35	20	47,60	16	40	<0,0001
32 společ. život (návštěvy)	24,29	20,55	25	55,00	17	50	<0,0001
33 snadněji onemocním	30,00	21,69	25	65,17	21	75	<0,0001
34 jsem zdravá jako jiní	39,29	24,47	50	67,00	25	75	<0,0001
35 zdraví se zhorší	42,86	17,75	50	61,00	21	50	<0,0001
36 zdraví je perfektní	27,14	24,53	25	55,00	21	50	<0,0001

Z tabulky 9 lze vidět, že kvalita života respondentek po laparoskopické operaci je významně vyšší u 35 položek z celkových 36. U jediné položky a to u položky 13 (Zkrátit se čas, který jste věnovala práci?) nebyl statisticky významný rozdíl, jelikož p hodnota byla 0,710, takže lze říci, že kvalita života u respondentek po laparotomické operaci a laparoskopické operaci se u položky 13 významně nelišila.



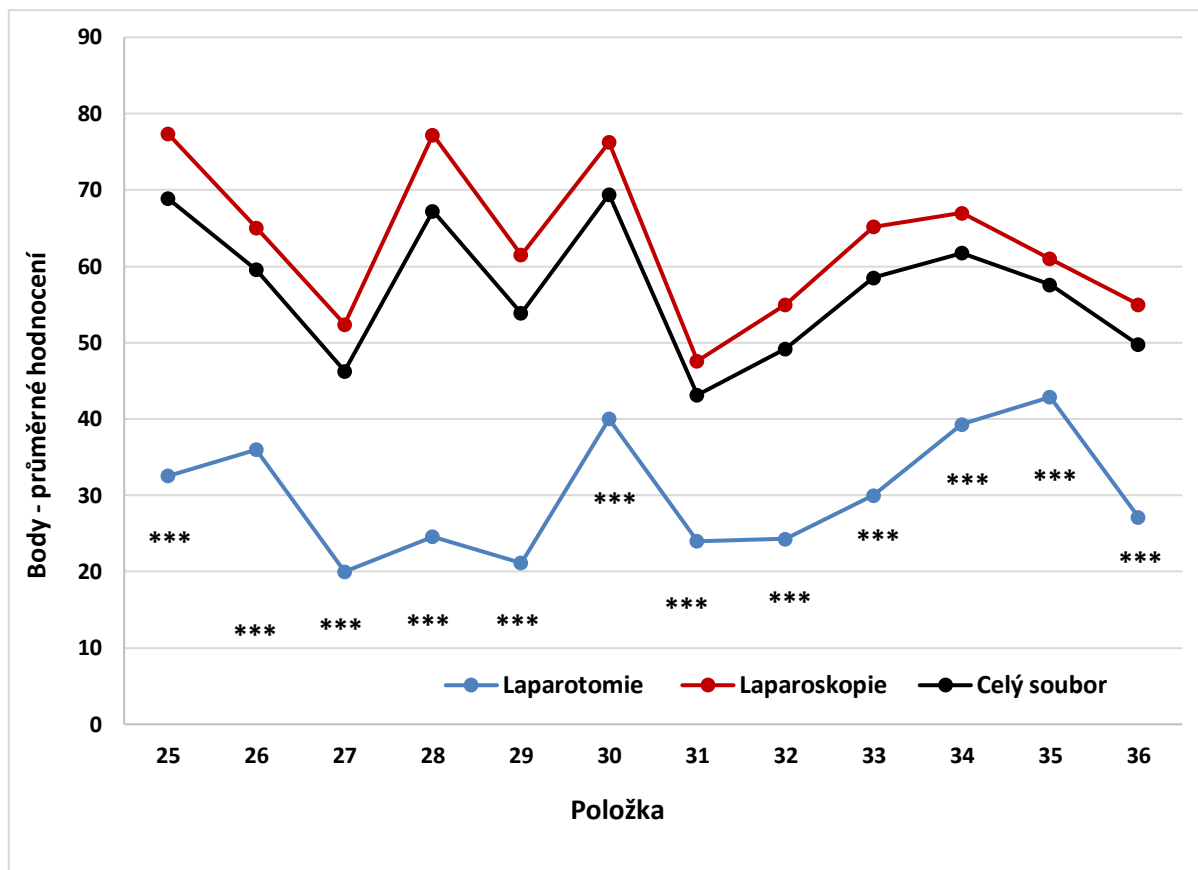
Obrázek 1: Srovnání kvality života respondentek po laparotomické a laparoskopické operaci dotazníkem SF-36 po jednotlivých položkách (položky 1 až 12); pozn.: * $p < 0,001$**

Na obrázku 1 je vytvořen spojnicový graf, který znázorňuje, jaký je rozdíl v hodnocení kvality života respondentkami po laparotomické operaci a respondentkami po laparoskopické operaci. Na ose x jsou znázorněny jednotlivé položky (od položky 1 až 12) a na ose y je uvedena průměrná hodnota pro skupinu respondentek jak po laparotomické i laparoskopické operaci, tak pro celý soubor. Z grafu je patrné, že respondentky po laparotomii hodnotily kvalitu života v položkách 1 až 12 výrazně hůře než respondentky po laparoskopii. Rozdíl mezi těmito 2 skupinami respondentek je statisticky významný u všech dvanácti položek.



Obrázek 2: Srovnání kvality života respondentek po laparotomické a laparoskopické operaci dotazníkem SP-36 po jednotlivých položkách (položky 13 až 24); pozn.: NS - nesignifikantní; *** $p < 0,001$

Následně byl vytvořen obrázek 2, opět je na tomto obrázku znázorněn spojnicový graf vyjadřující rozdíl v hodnocení kvality života respondentkami po laparotomii a respondentkami po laparoskopii. Na ose x jsou znázorněny jednotlivé položky, tentokrát se to týká položek 13 až 24 a osa y zůstává stejná jako u grafu předešlého. Opět jsou v grafu znázorněny spojnice týkající se laparotomie i laparoskopie, ale i celého souboru respondentek. Z tohoto grafu je patrné, že u jediné položky, a to položky 13, není statisticky významný rozdíl mezi respondentkami po laparotomické operaci a respondentkami po laparoskopické operaci. U ostatních položek (14 až 24) je opět statisticky významný rozdíl ve prospěch respondentek po laparoskopické operaci, z čehož plyne, že kvalita života je u těchto žen výrazně lepší.



Obrázek 3: Srovnání kvality života respondentek po laparotomické a laparoskopické operaci dotazníkem SP-36 po jednotlivých položkách (položky 25 až 36); pozn.: * $p < 0,001$**

Na obrázku 3 je opakovaně znázorněn spojnicový graf, který opět vyjadřuje rozdíl v hodnocení kvality života respondentkami po laparotomii a respondentkami po laparoskopii. Na ose x jsou zase znázorněny jednotlivé položky, avšak se to týká položek 25 až 36 a osa y opět není odlišná od grafů předešlých. Spojnice zobrazující hodnocení respondentkami po laparotomii se opět signifikantně liší od spojnice znázorňující hodnocení respondentkami po laparoskopii. U všech položek na obrázku 3 je statisticky významný rozdíl ve prospěch respondentek po laparoskopické operaci, z čehož plyne, že kvalita života je u těchto žen výrazně lepší.

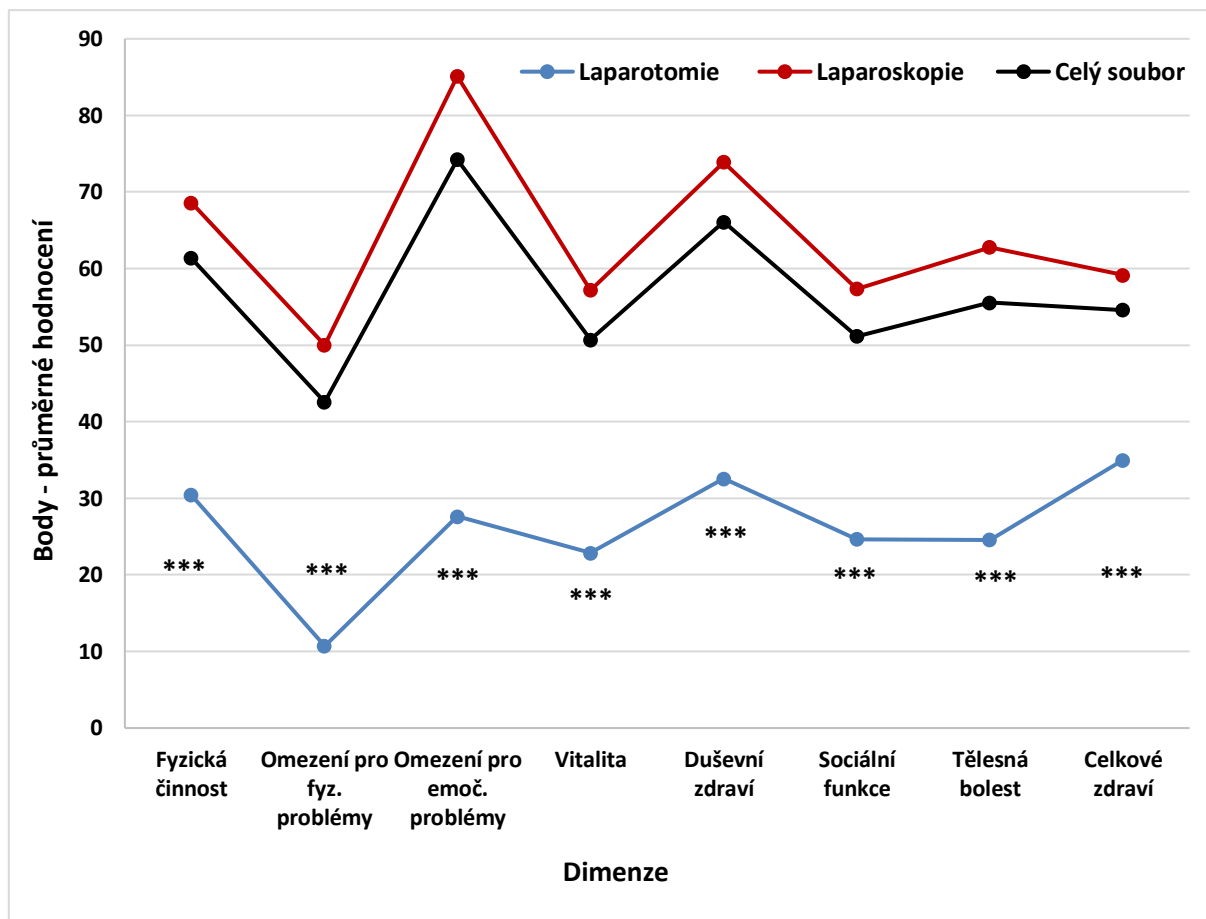
5.3.2 Komparace kvality života respondentek po dimenzích

Mannův-Whitneyův *U*-test prokázal, že kvalita života žen po laparoskopii je ve všech dimenzích signifikantně vyšší než kvalita života žen po laparotomii, jelikož $p < 0,05$. Rozdíly opět ukazuje spojnicový graf.

Tabulka 10: Porovnání dvou skupin respondentek po dimenzích dotazníku SF-36, popisná statistika a *p*-hodnota Mannova-Whitneyova *U*-testu

Dimenze	Laparotomie (N= 35)			Laparoskopie (N= 150)			<i>p</i>
	Průměr	SD	Medián	Průměr	SD	Medián	
Fyzická činnost	30,43	12,39	30	68,60	70	70	<0,0001
Omezení pro fyz. problémy	10,71	17,45	0	50,11	50	50	<0,0001
Omezení pro emoč. problémy	27,62	22,12	33	85,11	100	100	<0,0001
Vitalita	22,86	9,80	20	57,20	60	60	<0,0001
Duševní zdraví	32,57	6,07	32	73,92	76	76	<0,0001
Sociální funkce	24,64	10,27	25	57,33	50	50	<0,0001
Tělesná bolest	24,57	10,24	23	62,78	65	65	<0,0001
Celkové zdraví	35,00	8,59	33	59,14	58	58	<0,0001

V tabulce 10 jsou srovnány jednotlivé dimenze u dvou skupin respondentek po již zmíněných operacích. Z tabulky lze vidět, že u respondentek po laparotomické operaci bylo průměrné bodové hodnocení ve všech dimenzích pod 40, což značí, že kvalita života u těchto žen byla nízká, nejvyšší průměrné bodové hodnocení bylo v dimenzi Celkové zdraví (průměr = 35), naopak nejnižší průměrné bodové hodnocení u této skupiny žen bylo 10,71 a to u domény Omezení pro fyzické problémy. Ve srovnání s respondentkami po laparoskopii, u kterých průměrné bodové hodnocení nebylo nižší než 50, jsou na tom respondentky po laparotomii s kvalitou života značně hůře. U žen po laparoskopické operaci se průměrné bodové hodnocení pohybovalo v rozmezí od 50,11 do 85,11 ve všech 8 doménách, což značí vyšší kvalitu života než u druhé skupiny respondentek. Doménou, která ale dopadla nejhůře v průměrném bodovém hodnocení u obou odlišných skupin, byla dimenze Omezení pro fyzické problémy. Závěrem lze tedy říci, že z tabulky 10 je patrný statisticky významný rozdíl mezi respondentkami po laparotomii a těmi po laparoskopii.



Obrázek 4: Srovnání dimenzí kvality života respondentek po laparotomické a laparoskopické operaci dotazníkem SF-36; pozn.: *** $p < 0,0001$

Na obrázku 4 je znázorněn spojnicový graf, který vyjadřuje rozdíl v hodnocení kvality života respondentkami po laparotomii a respondentkami po laparoskopii, kdy osa x znázorňuje jednotlivé dimenze a na ose y je průměrné bodové hodnocení. Spojnice, která zobrazuje hodnocení kvality života v jednotlivých doménách respondentkami po laparoskopii, se signifikantně liší od spojnice znázorňující hodnocení respondentkami po laparotomii. Rozdíl mezi kvalitou života u žen po laparoskopické operaci a žen po laparotomické operaci je tedy, jak již bylo uvedeno, statisticky významný. Závěrem lze říci, že byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi ženami, které hodnotily kvalitu života po laparotomické operaci a těmi, které hodnotily kvalitu života po laparoskopické operaci.

6 DISKUZE

Tato část práce je především věnována shrnutí výsledků dotazníkového šetření a zodpovězení průzkumných otázek, které byly stanoveny na začátku diplomové práce, která nese název „Kvalita života žen po laparoskopickém a laparotomickém výkonu“.

V úvodu diplomové práce byly stanoveny cíle práce. Tyto cíle jsou rozděleny na cíle teoretické a průzkumné. V teoretické části diplomové práce byla popsána problematika kvality života a měření kvality života, také byl přiblížen princip laparotomické a laparoskopické operace, byly shrnuty komplikace související s operativou a objasněn proces perioperační péče, která významně ovlivňuje kvalitu života jedince. Průzkumným cílem diplomové práce bylo zjistit míru ovlivnění kvality života žen po laparotomické a laparoskopické operaci v gynekologické oblasti a následně komparovat kvalitu života žen po těchto operacích.

Průzkumné šetření probíhalo prostřednictvím české standardizované verze dotazníku SF-36 o zdravotním stavu. Do průzkumného šetření byly zařazeny všechny ženy v pooperačním období na gynekologickém oddělení, které podstoupily laparotomickou či laparoskopickou operaci v období od října roku 2018 do února roku 2019.

V nemocnici, kde průzkum probíhal, bylo v daném období 5 měsíců provedeno celkem 228 laparotomických i laparoskopických operací, z nich pouze 44 byly laparotomické operace a 184 byly operace laparoskopické. S průzkumem souhlasilo celkem 35 žen po laparotomii a 150 žen po laparoskopické operaci. To, že se v daném období provedlo mnohem více laparoskopických výkonů v gynekologii než těch laparotomických, potvrzuje i článek od Kučery et al. (2009, s. 54-56), ve kterém je uvedeno, že laparoskopie je v gynekologii velmi často používanou operační metodou, kdy se laparoskopie zprvu uplatňovala hlavně jako metoda diagnostická u žen s neplodností, pelviálními nebo k diferenciaci diagnostice tumorů pánve. Jelikož ale dochází k rozvoji instrumentaria a vyvíjí se praktické dovednosti operátorů, tak se laparoskopie v gynekologii stala i metodou chirurgickou, kdy se provádí i ty nejsložitější a radikální operační výkony.

Celkový soubor, který tvořilo 185 respondentek, se pohyboval ve věkovém rozmezí 21 až 78 let. Podle zjištěných výsledků u žen po laparotomické operaci byla nejvíce zastoupenou skupinou skupina žen ve věkovém rozmezí 40 až 50 let (37,1 %), kdežto u žen po laparoskopické operaci byla nejvíce zastoupenou skupinou skupina žen ve věkovém rozmezí 30 až 40 let (38,7 %). Bylo tedy zjištěno, že ženy, které podstoupily laparoskopickou operaci,

byly mladší (i když ne výrazně) než ženy po laparotomii. Jak uvádí Yeung, Bolden et al. (2013, s. 79-80), měla by být vzata v úvahu celá řada faktorů, pokud se rozhoduje o typu operace u určité pacientky. Měl by se brát zřetel i na to, co by si pacientka přála a pokud je to možné a pacientka by preferovala např. laparoskopickou operaci před laparotomickou, mělo by k tomu být z pohledu operátora přihlíženo, i když operátor musí zhodnotit, zda je daná metoda operace pro určitou pacientku vhodná (polymorbidita, přidružená onemocnění, celkový zdravotní stav pacientky před operací, technická obtížnost při provedení zákroku, pravděpodobnost komplikací,...). Pacientka by před operací, která ji čeká, měla být důkladně informována o průběhu operace, o pooperační péči atd. Velkou roli v preferencích pacientek hraje vzhled operační rány, což by mohlo být příčinou toho, že spíše u mladších žen by bylo snahou provádět spíše miniinvazivní operace v gynekologii, u které se provádí drobné incize, oproti laparotomiím.

6.1 Průzkumné otázky

Na základě stanoveného cíle diplomové práce a studia odborné literatury byly vytvořeny 3 průzkumné otázky (PO).

6.1.1 Průzkumná otázka č. 1

PO 1: Jak je ovlivněna kvalita života respondentek v pooperačním období po laparotomické operaci?

U této otázky bylo důležité zjistit, jaká je kvalita života žen po laparotomické operaci na gynekologickém oddělení. K hodnocení kvality života u již zmíněné otázky byl vybrán standardizovaný dotazník SF-36 o zdravotním stavu. Hodnotily se jednotlivé položky dotazníku, kterých je celkem 36 a také se hodnotilo i 8 domén, jimiž jsou: fyzická činnost, omezení pro fyzické problémy, duševní zdraví, sociální funkce, omezení pro emoční problémy, vitalita, tělesná bolest a celkové zdraví.

Kvalita života žen po laparotomické operaci v první pooperační den byla hodnocena po jednotlivých položkách následovně: průměrné hodnoty 36 položek se pohybovaly v rozmezí 5,71 (nejhůře hodnocenou položkou byla položka 14 - Uděláte méně, než jste chtěla, kdy ženy uváděly, že jim tato položka činila největší potíže a tudíž kvalita života byla u této položky nejnižší) až 65,71 (nejlépe ohodnocenou položkou byla položka 12 - Omezení činnosti při koupání nebo oblékání bez cizí pomoci, kdy tato položka činila respondentkám nejmenší potíže a tudíž kvalita života u této položky byla nejvyšší). Většina položek, a to 35 z celkového počtu 36, měla průměrné bodové hodnocení do 50, pouze jediná položka, již zmíněná položka 12,

měla průměrnou hodnotu vyšší než 50, z čehož vyplývá, že kvalita života respondentkami po laparotomii byla hodnocena spíše jako nízká. Kvalita života žen po laparotomické operaci v první pooperační den byla hodnocena také po jednotlivých dimenzích, kterých, jak již bylo uvedeno, bylo 8. U všech dimenzí dotazníku SF-36 bylo průměrné bodové skóre nižší než 50, což poukazuje na to, že všechny domény činily respondentkám po této operaci určité problémy, a tudíž byla kvalita života pacientek nízká.

Z průzkumného šetření lze tedy vyvodit, že ženy po operaci byly velmi limitovány při všech fyzických aktivitách, včetně koupání a oblékání, že měly problémy s prací nebo jinými denními aktivitami v důsledku fyzického zdraví, že pociťovaly velice krutou a extrémně omezující bolest a že celkové zdraví vnímaly ženy špatně. Dále také ženy pociťovaly trvalou únavu a opotřebování a také u těchto žen byly výrazně ovlivněny normální sociální aktivity v důsledku fyzických a emočních potíží, dále měly respondentky problémy s prací nebo jinými denními aktivitami v důsledku emočních problémů a také tyto ženy pociťovaly nervozitu a depresi.

Již v roce 1996 se zabýval Olsson et al. tím, jaký dopad má na ženy otevřená břišní operace ve srovnání s laparoskopickou operativou. V článku uvádí, že během laparotomických operací může častěji docházet k vyšším krevním ztrátám, také pooperační bolest bývá hodnocena ženami po této operaci velmi silná dle vizuální analogové škály (VAS), pooperační období bývá prodlouženo a tím i doba rekonvalescence. Tohle všechno negativně ovlivňuje kvalitu života žen, jak bylo uvedeno v článku Olssonem et al. (1996, s. 348-350). Perino et al. (1999, s. 2996-2999) také uvedl v randomizované studii, že během laparotomické operace dochází k větším krevním ztrátám, bolest v pooperačním období byla u sledovaných žen velmi intenzivní (dle VAS), pooperační období bývá delší než u žen po laparoskopické operaci a tím se prodlužuje i doba rekonvalescence. Z toho plyne, že laparotomická operace nepříznivě ovlivňuje kvalitu života žen. V roce 2009 uvedla Kluivers et al. (2009, s. 223-228), že od 90. let dochází k neustálému pozorování vlivu otevřené břišní operace z důvodu zavedení laparoskopické operativy. Ve studii, která byla provedena v období od ledna 2005 do dubna 2007, byly pozorovány pacientky na gynekologickém oddělení zdravotnického střediska Máxima Medical Centre na jihu Nizozemska. V již zmíněné studii byly pozorovány preference žen na výhody a nevýhody laparotomie a laparoskopie, a také se pozoroval dopad otevřené operace a laparoskopické operace. Závěrem bylo, že laparotomickou operaci preferovalo jen velmi malé procento (16 %) žen a co se týče dopadu laparotomické operace bylo zjištěno, že u žen, které podstoupí laparotomickou operaci je vyšší riziko infekce, vyskytuje se u nich velmi

intenzivní pooperační bolest a dochází k větším krevním ztrátám, jak již bylo uvedeno výše. Kornblith et al. (2009, s. 5337-5342) publikoval výsledky studie, která se zabývala kvalitou života žen po laparotomii a laparoskopii. V této studii je uvedeno, že rozdíly v hodnocení kvality života byly statisticky významné (kvalita života žen po laparotomii byla nízká), jelikož ženy po laparotomii byly velmi limitovány při všech fyzických aktivitách, včetně koupání a oblékání, také pociťovaly velmi krutou a extrémně omezující bolest. Dále je v této studii uvedeno, že u pacientek po laparotomické operaci nedochází k brzkému návratu k životu, jaký vedly před operací a že dochází k výraznému ovlivnění normálních sociálních aktivit v důsledku fyzických a emočních problémů, také se vyskytují u těchto žen problémy související s prací nebo jinými denními aktivitami v důsledku emočních potíží. Závěrem tedy bylo, že kvalita života u žen po laparotomii je nízká. Roche (2019) uvádí, že při otevřené operaci dochází k výrazné devastaci přední stěny břišní, tím k výrazné bolestivosti a dochází také k tomu, že jsou orgány dutiny břišní při laparotomii vystaveny osychání a teplotnímu šoku, což má nepříznivý vliv na kvalitu života v pooperačním období.

V průzkumném šetření bylo tedy zjištěno, že kvalita života žen po laparotomické operaci byla nízká a jak zde také bylo uvedeno, neustále dochází ke zkoumání dopadu laparotomické operace na kvalitu života žen. Dle mého názoru, by mělo neustále docházet ke zjišťování kvality života pacientek ve zdravotnických zařízeních, aby docházelo vlivem zdravotnických pracovníků ke zlepšování kvality života v průběhu hospitalizace.

6.1.2 Průzkumná otázka č. 2

PO 2: Jak je ovlivněna kvalita života respondentek v pooperačním období po laparoskopické operaci?

U této otázky bylo podstatné zjistit, jaká je kvalita života žen po laparoskopické operaci na gynekologickém oddělení. Opět se hodnotila kvalita života pomocí dotazníku SF-36 o zdravotním stavu po jednotlivých položkách i dimenzích.

Kvalita života žen po laparoskopické operaci v první pooperační den byla hodnocena po jednotlivých položkách následovně: průměrné hodnoty 36 položek se pohybovaly v rozmezí 9,33 (nejhůře hodnocenou položkou byla položka 13 - Zkrátil se čas, který jste věnovala práci nebo jiné činnosti?, kdy ženy uváděly, že jim tato položka činila největší potíže a tudíž kvalita života byla u této položky nejnižší) až 95 (nejlépe ohodnocenou položkou byla položka 12 - Omezení činnosti při koupání nebo oblékání bez cizí pomoci, kdy tato položka činila respondentkám nejmenší potíže a tudíž kvalita života u této položky byla nejvyšší). Pouze

u 5 položek z celkového počtu 36 se vyskytovaly průměrné hodnoty pod 50, u ostatních 31 položek bylo průměrné bodové hodnocení vyšší než 50, což značí, že kvalita života byla respondentkami ohodnocena kladně, takže kvalita života byla spíše vyšší. Kvalita života žen po laparoskopické operaci v první pooperační den byla hodnocena také po jednotlivých dimenzích. U všech dimenzí dotazníku SF-36 bylo průměrné bodové hodnocení vyšší než 50, což znamená, že všechny domény nečinily respondentkám po této operaci výrazné problémy a tudíž byla u pacientek kvalita života dobrá.

Z průzkumného šetření lze tedy vyvodit, že ženy po operaci zvládaly různé typy fyzických aktivit, že neměly výrazné problémy s prací nebo denními aktivitami v důsledku fyzického zdraví, že nepociťovaly krutou bolest, že své osobní zdraví vnímaly jako velmi dobré a že pocíťovaly, že překypují elánem a energií. Dále také u těchto žen nebyly výrazně ovlivněny normální sociální aktivity fyzickými či emočními potížemi, respondentky také neměly žádné problémy s prací nebo denními aktivitami v důsledku emočních problémů a pocíťovaly pokoj, štěstí a klid.

Dobrou kvalitu života u pacientek po laparoskopické operaci lze vysvětlit i studií, ve které je uvedeno, že laparoskopie je jediná operační technika, kterou je možné provést miniinvazivně a přitom umožňuje nejen diagnostiku, ale i různé operační zákroky. Doba pobytu po této operaci je krátká, u pacientek se vyskytuje málo komplikací a velkou výhodou je kosmetický efekt z důvodu drobných incizí, což významně ovlivňuje kvalitu života v pooperačním období (Yaseen, 2016, s. 207-209). Kornblinth et al. (2009, s. 5337-5342) ve své studii uvádí, že kvalita života žen po laparoskopické operaci je vysoká např. v doméně Fyzická činnost, Tělesná bolest a Omezení pro emoční problémy ale i v dalších. Dále uvádí, že ženy po laparoskopii se rychleji vrací k původnímu životu, který vedly před operací, z čehož plyne, že laparoskopická operace je pro pacientku příznivější než např. laparotomická operace. Roche (2019) uvádí, že laparoskopická operace znamená pro organismus pacientky menší zátěž, operační rány neboli incize se rychle hojí a také nezpůsobují výraznou bolest a velkou výhodou je kosmetický efekt. Po této operaci odchází pacientky brzy domů a doba rekonvalescence není dlouhá, a proto i kvalita života bývá hodnocena kladně.

V průzkumném šetření bylo tedy zjištěno, že kvalita života žen po laparoskopické operaci byla hodnocena jako vysoká.

6.1.3 Průzkumná otázka č. 3

PO 3: Jaký je rozdíl v hodnocení kvality života respondentkami v pooperačním období po laparotomii a laparoskopii?

Komparace kvality života žen po laparotomii a laparoskopii byla provedena jednak na úrovni jednotlivých položek a také na úrovni rozdílu mezi dimenzemi dotazníku SF-36. Bylo prokázáno, že u respondentek po laparoskopii se vyskytovaly statisticky vyšší hodnoty kvality života ve všech položkách kromě položky 13 - Zkrátil se čas, který jste věnovala práci? ($p = 0,710$). U všech ostatních položek (35) byla p -hodnota nižší než 0,05, rozdíly tedy považujeme za statisticky významné. Kvalita života žen po laparoskopii byla ve všech dimenzích signifikantně vyšší než kvalita života žen po laparotomii, jelikož $p < 0,05$.

Rozdíl v hodnocení kvality života respondentkami v pooperačním období po laparotomii a laparoskopii byl statisticky významný, jelikož kvalita života respondentek po laparoskopii byla vyšší než kvalita života u těch, které podstoupily laparotomii, což může být zdůvodněno následujícími články a studii.

Roche (2019) uvádí, že laparoskopická operace je velmi šetrná, jelikož se dělají jen malé incize na přední stěně břišní a nedochází k protěti svalové tkáně, jak je tomu u klasické metody. Nedochází k tak výrazné devastaci přední stěny břišní jako u laparotomie, což se manifestuje v pooperačním období, protože takové nepatrné ranky způsobují jen minimální bolest. Výhodné je také to, že nedochází k odhalení orgánů dutiny břišní a tím není způsobeno osychání orgánů, teplotní šok atd. Pokud je tedy laparoskopický výkon proveden bezpečně a nedojde ke komplikacím, tak je to pro pacientku mnohem přívětivější než otevřená operace. Na základě studie na Hameed Latif Hospital Lahore bylo vyhodnoceno, že laparoskopická chirurgie je bezpečná metoda s jasnými výhodami pro pacientku a s náležitým chirurgickým tréninkem a dovednostmi může být operace zkrácena. Také bylo zjištěno, že gynekologicko-endoskopická chirurgie má jasné výhody nad laparotomií. Tyto výhody se týkají menší bolestivosti pro pacientku a kratšího období zotavování. Pacientky také potřebují méně analgetik. Pobyt v nemocnici je kratší (Khanum, Khanum, Rehman, 2015, s. 253-256). Na porodnicko-gynekologické klinice fakultní nemocnice v Tikritu byla provedena studie týkající se akutních bolestí břicha v souvislosti s laparotomií a laparoskopii. Závěrem této studie je, že většina případů akutní bolesti břicha dnes může být řešena laparoskopicky, avšak určité jevy stále vyžadují tradiční laparotomii. (Yaseen, 2016, s. 193-209)

Roztočil et al. (2011, s. 420-421) uvádí, že v současné době dochází k vyzdvihování laparoskopie. Názorový proud expertních laparoskopistů nesouhlasí s tím, že všechny suspektní případy v gynekologii, které se zjistí předoperačně, by se měly zhodnocovat z laparotomického přístupu. Laparoskopie hraje velmi významnou roli nejen v gynekologii, ale i v onkogynekologii.

7 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala kvalitou života žen po laparotomické operaci a laparoskopické operaci. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na vyhodnocení kvality života standardizovaným dotazníkem SF-36.

V průzkumné části je zahrnuta metodika průzkumu (metodika sběru dat a zpracování dat, charakteristika průzkumného souboru) a prezentace výsledků, které jsou již vyhodnoceny. V části diplomové práce týkající se průzkumu se hodnotila získaná data (po jednotlivých položkách i dimenzích) pomocí české standardizované verze dotazníku SF-36 o zdravotním stavu. Průzkumným cílem bylo zjistit míru ovlivnění kvality života žen po laparotomické a laparoskopické operaci v gynekologické oblasti a následně komparovat kvalitu života žen po těchto operacích. Z průzkumného šetření vyplynulo, že kvalita života respondentek po laparotomické operaci byla nízká, jelikož ve všech dimenzích bylo průměrné bodové hodnocení nižší než 50, což poukazuje na to, že všechny domény činily respondentkám po této operaci určité problémy. Kvalita života respondentek po laparoskopické operaci byla vysoká, jelikož průměrné bodové hodnocení bylo vyšší než 50 u všech dimenzí, což znamená, že všechny domény nečinily respondentkám po této operaci výrazné problémy. Při komparaci obou skupin respondentek bylo zjištěno, že kvalita života žen po laparotomické operaci byla signifikantně nižší ($p < 0,05$) než u žen po laparoskopické operaci. Stanovených cílů bylo dosaženo a zároveň byly zodpovězeny všechny průzkumné otázky.

Tato diplomová práce sledovala ženy, které podstoupily laparotomickou operaci a ty, které podstoupily laparoskopickou operaci po dobu 5 měsíců v jejich pooperačním období. Závěry průzkumného šetření mohou sloužit jako inspirace pro další zkoumání v této oblasti. Zároveň mohou posloužit jako studijní materiál pro studentky perioperační péče v gynekologii a porodnictví nebo porodní asistence.

Na závěr je nutné uvést, že z průzkumného souboru 185 respondentek bylo provedeno během 5 měsíců mnohem více laparoskopických operací než těch laparotomických, z čehož je zřejmé, že pracoviště, ve kterém průzkum probíhal, preferuje operace laparoskopické. Výsledky průzkumného šetření mohly být ovlivněny větším počtem respondentek po laparoskopii, proto by bylo vhodné, aby byla provedena studie s větším počtem respondentek po laparotomické operaci.

Jsem si vědoma, že výsledky průzkumného šetření vyšly ve prospěch respondentek po laparoskopické operaci, u kterých byla kvalita života vyšší než u respondentek po laparotomii, i když se nebral zřetel na diagnózy u každé z respondentek, což je také velmi důležité, a proto by bylo zapotřebí více studií, ve kterých by byly zohledněny i diagnózy pacientek. Také by bylo potřeba, aby tyto studie byly provedeny v delším časovém rozmezí a u většího souboru pacientek.

Podle mého názoru je velmi důležité, aby byly ženy podrobně informované o operaci, kterou mají podstoupit a o průběhu před operací, během ní i po ní. Také by měly vědět, jaká jsou rizika a možné komplikace u každé z operací. Z mého pohledu je též velmi podstatné, aby se pacientky spolupodílely na rozhodování o jejich zdravotním stavu.

Myslím si, že je potřeba, aby byla zjišťována kvalita života pacientek ve všech zdravotnických zařízeních, což by mohlo zapříčinit zlepšení kvality života těchto žen.

8 POUŽITÁ LITERATURA

BLÁHA, Jan et al. (a). Současné postupy v porodnické anestezii V. – pooperační péče po císařském řezu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2015, roč. 26, č. 2, s. 87-98. ISSN 1214-2158.

ČOUPKOVÁ, Hana et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 264 s., [4] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-80-247-3129-2.

GILLERNOVÁ, Ilona et al. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 256 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2798-1.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.

HOLUB, Zdeněk et al. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0834-5.

CHVÁTAL, Radek. Totální laparoskopická radikální hysterektomie-limity a způsob provedení. *Aktuální gynekologie a porodnictví* [online]. 2015, (7), 52-58 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/cz_2015_179.pdf

IKECHEBELU, Joseph I. Experience with diagnostic laparoscopy for gynecological indications. *Nigerian Journal of Clinical Practice* [online]. 2013, 16(2), 155-158 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <http://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2013;volume=16;issue=2;spage=155;epage=158;aulast=Ikechebelu>

JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 249 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4412-4.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava et al. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.

JENKINSON, Crispin, Sarah STEWART-BROWN et al. Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1993, vol. 53, p. 46-50.

KAČMÁROVÁ, Monika, BABINČÁK, Peter a Gabriela MIKULÁŠKOVÁ. *Teórie a nástroje merania subjektívne hodnotenej kvality života*. 1. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2013. ISBN 978-80-555-0972-3.

KHANUM, Zohra, Amna KHANUM a Aman REHMAN. Gynecological laparoscopic surgery: Learning curve. *Annals* [online]. 2015, 21(4), 253-256 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://annalskemu.org/journal/index.php/annals/article/view/767>

KLUIVERS, Kirsten B. et al. Women's preference for laparoscopic or abdominal hysterectomy. *Gynecological Surgery* [online]. 2009, 6(3), 223–228 [cit. 2019-04-13]. DOI: 10.1007/s10397-008-0455-1. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837244/>

KOUTNÁ, Zdeňka. Hysterektomie neboli odstranění dělohy. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2012 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hysterektomie-neboli-odstraneni-delohy-465159>

KORNBLITH, Alice B. et al. Quality of Life of Patients With Endometrial Cancer Undergoing Laparoscopic International Federation of Gynecology and Obstetrics Staging Compared With Laparotomy: A Gynecologic Oncology Group Study. *Journal of clinical oncology* [online]. 2009, 27(32), 5337–5342 [cit. 2019-04-13]. DOI: 10.1200 / JCO.2009.22.3529. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23932376>

KUČERA, Eduard. Laparoskopie. *Moderní babičtví* [online]. 2004, (5), 1-7 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-5/?pdf=120>

KUČERA, Eduard, Petr VALHA, Miroslava BALÍČKOVÁ a Robert DANKOVČÍK. Bezpečná laparoskopie v gynekologii-prevence komplikací. *Endoskopie* [online]. 2009, 18(2), 54-57 [cit. 2019-03-19]. Dostupné z: <https://www.casopisendoskopie.cz/pdfs/end/2009/02/04.pdf>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.

LUKÁČ, Jiří. Práce sestry na operačním sále z pohledu lékaře. *Moderní babičtví* [online]. č. 7, 2005 [Cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2005-7/?pdf=88>.

LUŇÁČEK, Libor, Jakub KONEČNÝ a Libor MACHÁLEK. Kožní řezy a přístupy v břišní chirurgii. *Fotografický interaktivní atlas člověka* [online]. 2012 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <http://www.atlascloveka.upol.cz/cs/cs03/cs030402.html>

MORAVCOVÁ, Markéta a Jiří MAREŠ. *Nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze*. Kontakt, 2011, roč. 13, č. 4, s. 434-442. ISSN 1212-4117.

OLSSON, Jan-Henrik et al. A randomised prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. *An international Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. 1996, 103(4), 345-350 [cit. 2019-04-13]. DOI: 10.1111/j.1471-0528.1996.tb09740.x. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.1996.tb09740.x>

PAYNE, Jan et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

PERINO, A. et al. Total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: an assessment of the learning curve in a prospective randomized study. *Human Reproduction* [online]. 1999, 14(12), 2996–2999 [cit. 2019-04-13]. DOI: 10.1093/humrep/14.12.2996. Dostupné z: <https://academic.oup.com/humrep/article/14/12/2996/2913068>

Roche Czech Republic. *Laparoskopické operace* [online]. 2019 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: https://www.mojemedicina.cz/cs_cz/pruvodce-pacienta/lecebne-metody/laparoskopicke-operace-1.html

ROKYTA, Richard et al. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-2473012-7.

ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 272 stran, viii stran obrazových příloh. Sestra. ISBN 978-80-271-0214-3.

SLOVÁČEK, Ladislav a Birgita SLOVÁČKOVÁ. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2012, 5(1), 13-17 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z:

http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5711&magazine_id=13

SLOVÁČEK, Ladislav, Birgita SLOVÁČKOVÁ, Ladislav JEBAVÝ, Martin BLAŽEK a Jaroslav KAČEROVSKÝ. Kvalita života nemocných-jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. 2004, 73(1), 6-9 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2004/01/02.pdf>

ŠMÍD, David a Petr NOVÁK. Miniinvazivní výkony v chirurgii a jejich využití v dnešní době. *Plzeňský lékařský Sborník* [online]. 2016, (82), 107-111 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: https://selene.is.cuni.cz/ink2_stat/dload.jsp?prezMat=86025

TOGNI, Raquel, Cristina Laguna BENETTI-PINTO a Daniela ANGERAME YELA. The role of diagnostic laparoscopy in gynecology. *Sao Paulo Med J.* [online]. 2016, 134(1), 70-73 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/282774902> The role of diagnostic laparoscopy in gynecology

WHO: World Alliance for Patient Safety. *Implementation manual surgical checklist (First edition)*. [online]. 2008a [Cit. 2019-03-17]. Dostupné z: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf

WICHSOVÁ, Jana et al. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada Publishing a. s., 2013. ISBN: 978-80-247-3754-6.

YASEEN, Enas Mahmood. Follow Up of Women after Laparoscopy Versus Laparotomy in Emergency Gynecological Problems. *Tikrit Medical Journal* [online]. 2016, 21(2), 193-209 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://www.iasj.net/iasj?func=fulltext&aId=122122>

YEUNG, Patrick P., Carlos R. BOLDEN, Daniel WESTREICH a Craig SOBOLEWSKI. Patient preferences of cosmesis for abdominal incisions in Gynecologic Surgery. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*[online]. 2013, 20(1), 79-84 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: [https://www.jmig.org/article/S1553-4650\(12\)01270-8/fulltext](https://www.jmig.org/article/S1553-4650(12)01270-8/fulltext)

9 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník SF-36.....	65
Příloha B – Bodové skóre hodnocení dotazníku SF-36	67
Příloha C – Informovaný souhlas.....	68

Dotazník SF-36 o zdravotním stavu

© New England Medical Center Hospital, Inc., 1996

SF-36 Standard Czech Version 1.0

Jméno a příjmení:

Dnešní datum:

V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti. **Zakroužkujte**, prosím, zvolenou odpověď, která odpovídá Vaší reálné situaci.

Pokud se rozhodnete během vyplňování dotazníku některou ze svých odpovědí změnit, původní odpověď přeškrtněte a zakroužkujte odpověď novou.

1. Řekla byste, že Vaše zdraví je celkově: (zakroužkujte jedno číslo)

Výtečné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
Docela dobré	4
Špatné	5

2. Jak byste hodnotila své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem? (zakroužkujte jedno číslo)

Mnohem lepší než před rokem	1
Poněkud lepší než před rokem	2
Přibližně stejné jako před rokem	3
Poněkud horší než před rokem	4
Mnohem horší než před rokem	5

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry? (zakroužkujte jedno číslo na každém řádku)

	ANO omezuje hodně	ANO omezuje trochu	NE vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti , jako je posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi je de n kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

4. Trpíte některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti nyní kvůli zdravotním potížím (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)?

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnovala práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Uděláte méně než jste chtěla?	1	2
c. Jste omezena v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
d. Máte potíže při práci nebo jiných činnostech (např. musela jste vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Trpíte některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti nyní kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese nebo úzkosti)?

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnovala práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Uděláte méně , než jste chtěla?	1	2
c. Jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorná než obvykle?	1	2

6. Uved'te do jaké míry budou bránit Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti nyňi. (zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

7. Jak velké bolesti máte nyňi? (zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

8. Do jaké míry by Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) nyňi? (zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Málo	2
Středně	3
Hodně	4
Mimořádně	5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho jak se Vám daří nyňi. U každé otázky označte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak se cítíte. Jak často v tuto chvíli ...

	pořád	většinou	dost často	občas	málokdy	nikdy
a. Se cítíte plna elánu?	1	2	3	4	5	6
b. jste velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
c. máte takovou depresi, že Vás nic nemůže rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. pociťujete klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste plna energie?	1	2	3	4	5	6
f. pociťujete pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
g. se cítíte vyčerpaná?	1	2	3	4	5	6
h. jste šťastná?	1	2	3	4	5	6
i. se cítíte unavená?	1	2	3	4	5	6

10. Uved'te, jak často v tuto chvíli brání Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako jsou např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

Pořád	1
Většinu času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

11. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení? (zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	rozhodně ano	spíše ano	těžko říci	spíše ne	rozhodně ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoli nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdravá jako kdokoli jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Děkuji Vám za spolupráci a projděte si, prosím, ještě jednou úplnost a správnost všech svých odpovědí.

Příloha B- Bodové skóre hodnocení dotazníku SF-36

SF-36 hodnocení

1, 2, 20, 22, 34, 36	1	----- >	100
	2	----- >	75
	3	----- >	50
	4	----- >	25
	5	----- >	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	----- >	0
	2	----- >	50
	3	----- >	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	----- >	0
	2	----- >	100
21, 23, 26, 27, 30	1	----- >	100
	2	----- >	80
	3	----- >	60
	4	----- >	40
	5	----- >	20
	6	----- >	0
24, 25, 28, 29, 31	1	----- >	0
	2	----- >	20
	3	----- >	40
	4	----- >	60
	5	----- >	80
	6	----- >	100
32, 33, 35	1	----- >	0
	2	----- >	25
	3	----- >	50
	4	----- >	75
	5	----- >	100

Doména	Položky	Skóre od - do
Fyzická činnost	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	0 - 1000
Omezení pro fyzické problémy	13, 14, 15, 16	0 - 400
Omezení pro emoční problémy	17, 18, 19	0 - 300
Vitalita	23, 27, 29, 31	0 - 400
Duševní zdraví	24, 25, 26, 28, 30	0 - 500
Sociální funkce	20, 32	0 - 200
Tělesná bolest	21, 22	0 - 200
Celkové zdraví	1, 33, 34, 35, 36, 2	0 - 600
Celkový skór		0 - 3600

Příloha C- Informovaný souhlas

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já, _____ (plné jméno a rok narození) souhlasím, abych se zúčastnila výzkumného šetření zaměřeného na posouzení kvality života žen po laparoskopických/laparotomických operacích pomocí dotazníku kvality života SF-36 v tištěné podobě. Toto posouzení spočívá ve srovnání kvality života žen po laparoskopické operaci a laparotomické operaci.

Souhlasím, že výsledky mohou být použity pro publikování v odborných časopisech pro zdravotnické obory a pro prezentace na vědeckých a vzdělávacích akcích. Veškeré údaje o mně zůstanou anonymní.

Rozumím cíli, povaze výzkumného šetření a v čem spočívá moje zapojení. Tyto informace mi byly srozumitelným způsobem předány. Měla jsem možnost položit otázky, na které mi byla poskytnuta srozumitelná odpověď.

Tímto potvrzuji, že má účast v šetření je dobrovolná. Od šetření mohu kdykoliv odstoupit bez udání důvodu, aniž by to mělo dopad na péči, které se mi dostává. K odstoupení od šetření dostačuje moje ústní sdělení, že odstupuji.

Dne: _____

Podpis

Kontaktní osoba: Bc. Veronika Prochásková
Veronika.prochaskova@seznam.cz