

# Prožívání nemoci u žen po hysterektomii

Renata Šenkyříková

---

Bakalářská práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav ošetřovatelství  
akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Renata ŠENKYŘÍKOVÁ**  
Osobní číslo: **H09702**  
Studijní program: **B 5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Prožívání nemoci u žen po hysterektomii**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části popsat prožívání nemoci po stránce fyzické, psychické, sociální, dále popsat postoje k nemoci, zvládání tolerance zátěže, psychologickou problematiku žen po hysterektomii.

V praktické části pomocí dotazníku zmapovat faktory, které ovlivňují prožívání nemoci; dopad na psychiku ženy a způsob začlenění se do běžného života po operaci.

Analýzovat data výzkumného šetření a interpretovat zjištěné poznatky do praxe.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. Zdravotnická psychologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. Psychologie zdraví. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. Psychologie nemoci. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

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

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Petra Kašná**

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

**30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně .....10.5.2012.....

.....*Petr Štorka*.....

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

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

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak ženy prožívají zákrok hysterektomií. Teoretická část se zaměřuje na prožívání nemoci obecně, a to po stránce tělesné, psychické a sociální, dále popisuje reakce na nemoc a zvládání nemoci jako zátěžové situace. Praktická část zkoumá prostřednictvím dotazníkového šetření faktory, které ovlivňují prožívání zákroku, dále pocity, které provázejí ženy po hysterektomií a způsob začlenění se do běžného života po operaci.

Klíčová slova: nemoc, hysterektomie, faktory, operace

## **ABSTRACT**

The goal of the bachelor thesis is to determine how women experience hysterectomy surgery. The theoretical part focuses on experience of illness in general, in terms of physical, psychological and social, also describes response to the disease and managing disease as a stressful situation. The practical part through a questionnaire survey examines factors, which influence the experience of surgery, than feelings affecting women after hysterectomy and the way of integration back to normal life after the surgery.

Keywords: disease, hysterectomy, factors, surgery

Poděkování:

Děkuji Mgr. Petře Kašné za odborné vedení mé bakalářské práce, za trpělivost a cenné rady při jejím zpracování. Děkuji také za vstřícný a laskavý přístup během naší spolupráce.

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

# OBSAH

ÚVOD.....	9
<b>I</b> <b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1</b> <b>HYSTEREKTOMIE</b> .....	<b>11</b>
1.1    VLIV HYSTEREKTOMIE NA SEXUALITU ŽENY .....	13
1.2    PSYCHICKÉ A FYZICKÉ PROBLÉMY ŽEN PO HYSTEREKTOMII .....	15
1.3    NÁVRAT DO KAŽDODENNÍHO ŽIVOTA .....	16
<b>2</b> <b>NEMOC Z PSYCHOLOGICKÉHO POHLEDU</b> .....	<b>17</b>
2.1    AUTOPLASTICKÝ OBRAZ NEMOCI.....	17
2.2    AMBIVALENTNÍ PROŽÍVÁNÍ NEMOCI .....	18
<b>3</b> <b>PSYCHOLOGICKÁ STRÁNKA NEMOCNÉHO</b> .....	<b>19</b>
3.1    ZMĚNY SOUVISEJÍCÍ SE VZNIKEM NEMOCI.....	19
3.2    POSTOJ K NEMOCI.....	20
3.3    REAKCE NA NEMOC .....	22
3.3.1    Strategie zvládnání .....	23
3.3.2    Obranné mechanismy .....	24
3.3.3    Psychická reakce na nemoc .....	27
3.4    VYHLEDÁVÁNÍ LÉKAŘSKÉ PÉČE.....	28
<b>II</b> <b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>29</b>
<b>4</b> <b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>30</b>
4.1    CÍLE VÝZKUMU .....	30
4.2    METODA VÝZKUMU .....	30
4.3    CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	30
4.4    ORGANIZACE ŠETŘENÍ .....	30
4.5    ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	30
<b>5</b> <b>ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ</b> .....	<b>32</b>
<b>6</b> <b>DISKUZE</b> .....	<b>51</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>53</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>55</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>57</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>58</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>59</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>60</b>



## ÚVOD

Téma pro moji bakalářskou práci se mi nevolilo lehce. Nebyla jsem si jistá, která problematika ve zdravotnictví mě nejvíce zajímá. Při výběru mě proto hodně ovlivnila má matka, která měla v době mého rozhodování zdravotní problémy a musela podstoupit gynekologický zákrok hysterektomii. Tato operace je v dnešní době velmi častá, přesto si myslím, že není v povědomí každého člověka. Když jsem zjišťovala, které ženy prodělaly hysterektomii v mém okolí, byla jsem překvapena poměrně vysokým počtem. Rozhodla jsem se proto více proniknout do tohoto tématu a zjistit, jak ženy tento zákrok vnímají a prožívají.

Pojem hysterektomie v překladu znamená „vyříznutí dělohy“ a patří mezi běžné gynekologické operace. Indikací k odebrání dělohy bývá nejčastěji nepravidelné nebo silné krvácení, které nereaguje na podávání léků. Dále jsou to nezhoubné nádory děložní svaloviny, zhoubné nádory děložního čípku atd. Závažnější stav pak představuje odebrání vaječníků produkujících pohlavní hormony. Tento typ operace je často prováděn v období přechodu, nebo je přímou příčinou „umělého přechodu“ (Fait, 2010, s. 66).

Odebrání dělohy může být pro mnoho žen velmi stresující, neboť děloha je vnímána jako symbol sexuality a ženskosti. V děloze dochází ke zrání oplozeného vajíčka a tím ke vzniku nového života. Tento zákrok je proto nejvíce psychicky náročný pro ženy, které ještě nepřivedly na svět své dítě, a tímto tuto možnost definitivně ztrácí. Naopak většina starších žen, kterým děloha způsobuje různé problémy a netouží již po dalším dítěti, tento zákrok vítají, neboť jim přináší úlevu. Některé ženy se zase obávají, že po zákroku nebudou pro muže sexuálně přitažlivé. Podle mého názoru to může být nedostatečnou informovaností o této problematice a nepředáváním zkušeností mezi ženami.

Návrat do každodenního života je u každé ženy zcela individuální. Pooperační stav ženám nedovoluje vykonávat některé činnosti, jak je tomu i u jiných operací. Ženy jsou v pracovní neschopnosti, jejíž délka závisí na tom, jak fyzicky náročnou práci vykonávají, neboť by neměly zvedat těžká břemena.

Bakalářská práce se snaží najít odpověď na to, zda a v jaké míře dochází u žen ke změnám v oblasti psychiky a co jim pomáhá nebo pomohlo k návratu do běžného denního života. To mi může pomoci ženy po takovém typu operace lépe pochopit a poskytnout pomoc, a to nejen tu ošetrovatelskou.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 HYSTEREKTOMIE

Pojem hysterektomie je složen ze dvou řeckých slov, a to „hyster“ vyjadřující dělohu a „ectomy“ vyjadřující odnětí orgánu. Hysterektomie tedy znamená chirurgické odstranění dělohy (The Patient Education Institute, 2009). Patří mezi nejčastěji prováděné gynekologické operace. Zdravotnická statistika (2011, s. 102) uvádí, že v roce 2010 byl na gynekologickém oddělení v celé České republice počet operovaných takový:

Tab. 1: Celkový počet hysterektomií za rok 2010

Zákrok	Počet operovaných
Hysterektomie abdominální nebo vaginální s nebo bez adnexetomie	5 166
Hysterektomie vaginální s přední nebo zadní poševní plastikou	2 409
Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie	2 173
<b>Celkem</b>	<b>9 748</b>

Indikace k odstranění dělohy jsou různé, nejčastější důvody jsou:

- nepravidelné nebo silné krvácení, které nereaguje na podávání léků,
- nezhoubné nádory děložní svaloviny – myomy,
- sestup dělohy,
- přednádorové změny děložního čípku,
- nádorové změny děložního čípku.

Hysterektomie může být součástí i dalších operací: pro neudržení moči, pro cystické a nádorové změny vaječnicků či endometriózu. (Fait, 2010, s. 66)

*„Děloha (uterus) je dutý, silnostěnný svalový orgán uložený v malé pánvi mezi močovými měchýřem a konečníkem. U dospělé ženy má tvar přezadně oploštělé hrušky“* (Rob, Martan a Citterbart et al., 2008, s. 5). Velikost dělohy je přibližně 6x4 cm, závisí to však na věku a funkčním stavu dělohy. Na děloze rozeznáváme tělo (fundus), hrdlo (cervix), klenbu (fornix), hrany (margo) a rohy (cornua). Stěna děložní je pak tvořena 4 vrstvami: sliznice (endometrium), svalová vrstva (myometrium), subserózní vrstva (subseroza tela) a serózní kryt (perimetrium). Sliznice reaguje na hormonální cyklické změny v organismu.

Trofické změny sliznice jsou pak shrnuty do děje, který se nazývá menstruační cyklus. Svalová vrstva dělohy má důležitou funkci, a to vytvoření funkčního systému pro vypuzení děložního obsahu do pochvy. Správná poloha dělohy je udržována 2 systémy, a to aparátem podpurným a závěsným. Aparát podpurný je tvořen svaly pánevního dna, aparát závěsný pak vazy umístěnými v parametriu. (Roztočil et al., 2011, s. 21-23; Fait, 2010, s. 66)

Fyziologická funkce dělohy spočívá v poskytnutí vhodného prostředí pro vývoj dítěte od zahánění oplozeného vajíčka až po porod (Fait, 2010, s. 66).

Klenba poševní, která navazuje na dolní užší část dělohy, odděluje tělo dělohy od jejího hrdla (čípek). Další součástí reprodukčního systému ženy jsou vejcovody, které odstupují z rohů děložních a svými rozšířenými konci mají zachytit vajíčka uvolňovaná z vaječníku. Následně je jejich úkolem dopravit tyto vajíčka do děložní dutiny. Vaječník (ovarium) je párový orgán, který vytváří vajíčka a produkuje hormony, které jsou zodpovědné za sekundární pohlavní znaky a menstruační cyklus. (Fait, 2010, s. 67)

Způsob provedení chirurgického zákroku se volí dle závažnosti a charakteru potíží. Z hlediska rozsahu operace se jedná o:

- hysterektomii prostou, při níž je odstraněna pouze děloha,
- hysterektomii s adnexektomií, kdy je odstraněna nejen děloha, ale i vejcovody a vaječníky,
- hysterektomii radikální, kde jsou spolu s dělohou odstraněny i vazivové struktury. (Fait, 2010, s. 68)

Z hlediska operačního přístupu se pak hysterektomie dělí na:

- abdominální, kdy se k děloze přistupuje přes břišní stěnu. Provádí se v případě výrazně zvětšené dělohy, dále u pacientek s úzkou pochvou, u rizika četných srůstů v malé pánvi a pro nádory vaječníku.
- vaginální, při níž je děloha odstraněna pochvou. Je vhodná u pacientek s menší dělohou, nebo pokud není v plánu odstranění vaječníků. (Fait, 2010, s. 68)
- laparoskopická, která je kombinací laparoskopie různého rozsahu spolu s vaginálním odnětím dělohy. Nejčastěji prováděná je laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH), která zahrnuje operační výkony pomocí laparoskopu s následným odstraněním dělohy poševní cestou. (Holub, 2000, s. 16-17)

Jako téměř každý chirurgický zákrok, i hysterektomie je ohrožena vznikem komplikací. Po operaci může dojít k dočasné poruše vyprazdňování močového měchýře, a to díky anatomickým změnám v malé pánvi. Stejně tak může dojít k dočasné poruše střevní peristaltiky. Pacientkám se proto doporučuje pozvolné zatěžování střev dietou. (Fait, 2010, s. 71)

## 1.1 Vliv hysterektomie na sexualitu ženy

Mnoho žen vnímá sexualitu jako významnou součást svého života. Proto je nezbytné poskytovat ženám informace o normálních sexuálních změnách, které se vyskytují v období puberty, těhotenství, šestinedělí, menopauzy a senia. Každá žena má kvalitu a prožívání sexuálního života jiné a mění se také v průběhu jejich života. Postupně dochází k útlumu sexuální aktivity. V dnešní době se však zdravotní stav ženské populace zlepšuje, tudíž dochází i k prodlužování sexuální aktivity žen dlouho do senia. Tuto skutečnost ovlivňuje nejen zdraví ženy, ale i otevřený postoj společnosti k sexualitě starších. Svůj význam má i farmakologická dostupnost ovlivňující sexuální funkce formou substituční terapie a podobně. (Roztočil et al., 2011, s. 118)

Faktory, které mají vliv na sexualitu ženy:

- **Mentální zdraví** – je jeden z nejdůležitějších faktorů. Emoční nepohoda způsobuje sexuální distres.
- **Věk** – u starých žen má význam přítomnost či nepřítomnost partnera a jeho celkový zdravotní stav. Důležitý je také vzájemný vztah mezi partnery, který určuje míru adaptace na sexuální změny ve stáří.
- **Osobnostní faktory** – ženy s nízkým libidem a vzrušivostí jsou charakterizovány jako psychicky zranitelné s negativním vnímáním svého těla.
- **Partnerské vztahy** – většina žen se ztrátou libida poukazuje na stabilní a uspokojivé partnerské vztahy.
- **Sexuální dysfunkce partnera** – přestože na sexuální reaktivitu ženy má vliv mnoho faktorů pramenících z její tělesné a psychické situace, sexuální dysfunkce partnera je také jedna z nejdůležitějších. Úspěšná léčba erektilní dysfunkce může vyřešit řadu sexuálních problémů ženy.
- **Neplodnost** – uvědomění si nemožnosti početí ovlivňuje vztah ženy k vlastnímu tělu.

- **Léky** – existují léky, které mohou negativně ovlivnit sexuální reaktivitu ženy např. antihypertenziva, antidepresiva, antihistaminika, perorální kontraceptiva a podobně.
- **Drogy** – většina drog působí negativně na sexualitu ženy, jde především o kofein, nikotin, alkohol a většinu tvrdých drog.
- **Chronická onemocnění** – na sexualitu ženy mohou mít vliv v mnoha oblastech např. chronická bolest, inkontinence, omezená pohyblivost, srdeční nebo respirační onemocnění a podobně.
- **Chronická pánevní nemoc a endometrióza** – jedná se o klasický příklad onemocnění, které způsobuje ztrátu libida a sexuální aktivity.
- **Karcinom prsu** – sexuální dysfunkce, která vznikne po léčbě karcinomu prsu, většinou přetrvává více než jeden rok po ukončení léčby.
- **Karcinom děložního čípku** – po léčbě karcinomu děložního hrdla se u žen objevuje snížená vaginální lubrikace a s tím související příznaky.
- **Hysterektomie** – většina žen po hysterektomii uvádí v sexuální oblasti zlepšení než zhoršení. Problémy mohou vzniknout při špatném zajizvení poševní sutury, což vede ke zkrácení nebo zúžení pochvy. U rozšířené hysterektomie se vyskytuje vysoké procento sexuálních dysfunkcí, kde přibližně jedna čtvrtina žen nemá žádné sexuální problémy, u dvou třetin žen trvá déle než půl roku úprava a asi 15 % žen zcela ukončí sexuální život. Výskyt sexuálních dysfunkcí souvisí také s věkem. Čím je žena starší, tím je větší pravděpodobnost vzniku. Zvýšená pozornost by se měla věnovat také ženám, kterým byla děloha odebrána pro karcinom. Často u nich dochází k psychosomatickým potížím. Ženy vykazují příznaky deplece estrogenů, kam se řadí návaly horka, depresivní nálada, snížený zájem o sex a snížená poševní lubrikace. (Roztočil et al., 2011, s. 122-123; Rob, Martan a Citterbart et al., 2008, s. 114)

Bayram a Beji (2010, s. 6-7) hovoří o tom, že sexuální fungování po operaci se odráží od jeho fungování ještě před operací. Ženy, které jsou spokojené se svým sexuálním životem, dbají o to, aby tomu tak bylo i po operaci. Pokud se v této oblasti nějaké potíže vyskytnou ještě před touto zatěžující situací, pravděpodobně přetrvávají nebo se dokonce vystupňují.

## 1.2 Psychické a fyzické problémy žen po hysterektomii

Ve starší odborné literatuře se hovoří o negativních psychologických důsledcích hysterektomie. Prospektivní studie však ukázaly, že tomu tak není. Hysterektomie prováděná u psychicky zdravých žen nevykazuje žádné dlouhodobé psychické následky. Pokud se nějaké objeví, je to většinou u žen depresivních. (Roztočil et al., 2011, s. 437)

Naopak Bayram a Beji (2010, s. 9-10) uvádí, že mnoho žen může trpět psychickými příznaky, jako je deprese, únava, úzkost, ale i problémy s vyprazdňováním močového měchýře, zácpa, předčasné selhání vaječníků a sexuální dysfunkce. Každý člověk reaguje odlišně, tyto reakce vzniknou kombinací emocionální a fyzické reakce (Vomvolaki et al., 2006, s. 23). Již zmíněná deprese je často uváděným příznakem po hysterektomii. Za jednu z hlavních příčin je považována neplodnost vzniklá odstraněním dělohy. Snížený zájem o sex, ztráta sexuální identity, změna tělesného vzhledu vedou taktéž k rozvoji deprese.

Problémy psychického rázu se mohou vyskytnout také u žen, které mají strach o svoji ženskost. Ke stavu úzkosti může dojít i u partnerů těchto žen, protože se obávají zranění partnerky během pohlavního styku. Úroveň deprese souvisí s kulturními hodnotami a rozložením rolí v rodině. Pokud mezi partnery není soudržnost, může to vést ke krizi. Proto je velmi důležité o těchto věcech mluvit s přítelem, přítelkyní či jinou ženou, která také podstoupila hysterektomii. (Bayram a Beji, 2010, s. 9; Vomvolaki, 2006, s. 25)

Bayram a Beji (2010, s. 10) shrnují faktory, které mají vliv na psychické problémy po hysterektomii:

- problém sexuální identity,
- deprese v anamnéze,
- duševní poruchy nebo deprese v rodině,
- žena mladší 35 let,
- nenaplněná touha mít dítě,
- strach ze ztráty sexuální přitažlivosti,
- negativní postoj partnera.

Po hysterektomii se mohou objevit nejen psychické, ale i fyzické zdravotní problémy. Zjištěná tkáň způsobená operací může narušit krevní řečiště, které vede k pohlavním orgánům a tím může dojít k poklesu sexuálních funkcí. Nebezpečí skýtá i dolní hypogastrický ner-

vový plexus, který může být během operace poškozen. V dnešní době je toto riziko však minimální díky šetrnému způsobu operace. (Bayram a Beji, 2010, s. 10-11)

### 1.3 Návrat do každodenního života

Po hysterektomii je vystavena pracovní neschopnost, jejíž délka je individuální a řídí se charakterem práce a typem operace. U laparoskopických a vaginálních operací je délka většinou 5-14 dní, u abdominálních operací to může být až 6 týdnů. Pacientka by se také neměla namáhat a zvedat těžká břemena (nad 15 kg) po dobu 6 měsíců. Je to důležité z toho důvodu, aby se vytvořila pevná jizva a pacientku neobtěžoval v pozdějším věku sestup pochvy. Dále by pacientka měla dodržovat zvýšenou hygienu, často se sprchovat a nekoupat se ve stojaté vodě, a to minimálně po dobu 4 týdnů. Odstranění dělohy je zákrok, který se přímo týká pohlavních orgánů, je tedy pochopitelné, že se ženy obávají následného pohlavního života. Po dobu 4-6 týdnů se nedoporučuje pohlavní styk, aby došlo k dokonalému zhojení poševního pahýlu. Stává se, že některé ženy toto pravidlo nedodrží a pak přichází k lékaři pro komplikace. Samotné odstranění dělohy znamená ukončení možnosti mít děti a menstruačního krvácení.

Spolu s dělohou mohou být při operaci odstraněny i vaječníky. Ženy pak mohou pociťovat snížení pohlavní touhy a lubrikačních schopností, což je součást klimakterického syndromu. Nadále je vhodná a velmi účinná léčba pohlavními hormony (estrogeny).

Při sestupu dělohy a stěn pochvy je pak k hysterektomii připojována operace poševních stěn. Při radikální hysterektomii je pochva mírně zkrácena, proto je hojení delší a doporučuje se pozvolné zahájení pohlavního života.

Na kontrolu se pacientka dostaví ke svému gynekologovi po 2 až 3 týdnech, kde jí lékař doporučí další postup léčby, např. lázeňskou léčbu. (Fait, 2010, s. 71; Gynekologická laparoskopie, 2011)



## 2 NEMOC Z PSYCHOLOGICKÉHO POHLEDU

### 2.1 Autoplastický obraz nemoci

Ve zdravotnické psychologii je tento pojem užíván při objasňování subjektivního prožívání nemoci. Mohapl (1992, s. 41) uvádí, že sestává z těchto složek:

- senzitivní: vše co pacient pocítuje (bolest a různé obtíže),
- emocionální: jak pacient prožívá to, co pocítuje (strach, úzkost, naděje),
- racionální a informativní: sem patří informace a vědomosti získané o nemoci,
- volní: jak pacient vynaloží s tím, co pocítuje a prožívá, co si myslí (například usilování o uzdravení).

Podmíněnost autoplastického obrazu nemoci:

1. Ráz onemocnění – může být akutní nebo chronické, léčba může probíhat ambulantně, ve zdravotnickém zařízení či domácí péči, způsob terapie konzervativní nebo chirurgický, nemoc projevující se kosmetickými, nepříjemnými příznaky nebo omezující pohyb.
2. Okolnosti, za nichž nemoc probíhá – patří sem nejistoty a problémy vzniklé v důsledku nemoci (př. finanční problémy, pracovní situace, rodinný život). Dále je to prostředí, ve kterém nemoc probíhá (zahraničí/domácí prostředí). V zahraničí je člověk ovlivněn řadou negativních faktorů, také neznalost prostředí, cizí jazyk může mít dopad na psychický či fyzický stav. V neposlední řadě sem patří otázka zavinění nemoci, zda to bylo zapříčiněno vlastní vinou nebo cizí osobou.
3. Premorbidní osobnost – tj. osobnost člověka ještě před vypuknutím nemoci. V rámci anamnézy by se měly zjišťovat informace u příbuzných nemocného, tyto si však ověřit a kriticky posoudit. Je vhodné se zaměřit na:
  - emoční reakce pacienta ještě před onemocněním,
  - temperament,
  - zda se jedná o člověka společenského, uzavřeného atd.,
  - zdravotní uvědomění,
  - charakter člověka,
  - žebříček hodnot,
  - socioekonomické postavení nemocného,

- věk. (Zacharová, 2007, s. 37-38; Baštecká et al., 2003, s. 236)

## 2.2 Ambivalentní prožívání nemoci

Postoj k nemoci nemusí být pouze negativní. Prožívání nemoci je u každého jedince zcela individuální a probíhá různou intenzitou. V některých případech se může jednat o prožívání příjemné, pozitivní. Například pokud nemoc zbaví pacienta nepříjemných pracovních povinností nebo u okolí vyvolá větší ohleduplnost a starostlivost, hovoříme o tzv. „útěku do nemoci“. Na druhé straně se člověk, který prodělal komplikované onemocnění spojené s náročnou léčbou, stává středem pozornosti a mnoha diskuzí na toto téma. Může se tak vytvořit obraz hrdiny a tzv. kult nemoci.

V těchto případech se projevuje ambivalentní prožívání nemoci. Na jedné straně by si nemocný změnu přál, ale na straně druhé se mu do ní nechce proto, že mu současný stav přináší pozitiva, o které by nerad přišel. (Zacharová, 2007, s. 39)

### 3 PSYCHOLOGICKÁ STRÁNKA NEMOCNÉHO

Pacient je v Praktickém slovníku medicíny (2004, s. 329) definován jako člověk podstupující lékařskou péči. Slovo „pacient“ je z latinského „patiens“ a znamená trpělivý, trpící od „patior“ trpět.

Člověk se obvykle pacientem nerodí, ale stává se jím. Proces způsobující změnu zdravého člověka v pacienta má fyziologickou, patofyziologickou, psychologickou a sociální stránku.

Při různých negativních změnách zdravotního stavu jedince dochází jak k biologickým změnám, tak ke změně sociální role, která pro nemocného člověka může být nepříjemná. (Zacharová, 2007, s. 20)

Křivohlavý (2002, s. 13) zmiňuje Zolův model pěti momentů, které uvádějí v činnost chování při narušení zdraví:

1. Do jaké míry je daný člověk znepokojen až vyděšen příznakem, který se u něj vyskytl.
2. Jaké povahy a kvality je tento příznak.
3. Do jaké míry tento příznak ohrožuje vztah mezi ním a druhými lidmi, zvláště pak blízkými příbuznými (rodina, přátelé apod.)
4. Do jaké míry překáží nově objevený zdravotní problém realizaci zamýšlené činnosti (dovolená, prázdninový výlet apod.)
5. Jaké sociální sankce stojí v pozadí situace, například zda zaměstnavatel vyhrožuje propuštěním z práce apod.

#### 3.1 Změny související se vznikem nemoci

Když člověk onemocní, v jeho životě se změní řada věcí. Nemoc zasáhne do oblasti tělesné, psychické i sociální.

Tělesné potíže způsobují řadu omezení a zhoršují kvalitu života. Člověk se může stát méně soběstačným, ať už dočasně nebo trvale. Může jít i o omezení v oblasti komunikace s druhými lidmi.

Psychické změny mohou souviset s přijetím nemoci či představou vlastního ohrožení. Může dojít ke změně sebepojetí či změně rolí v rodině. Díky dlouhodobé zátěži může dojít

k zvýraznění určitých negativních osobnostních rysů. Psychické změny mohou nastat i v důsledku tělesného onemocnění nebo jeho léčby.

Každý člověk zaujímá v životě nějakou roli, ať je to role partnera, rodiče, zaměstnance nebo přítele. Nemoc může do všech těchto rolí významně zasáhnout. V jaké to bude míře, záleží na závažnosti onemocnění, intenzitě příznaků a handicapu, který nemoc přináší. Při akutním onemocnění se přeruší všechny dosavadní aktivity, nicméně člověk to snáší poměrně dobře, neboť většinou dochází k brzkému uzdravení. Naopak chronické onemocnění se rozvíjí postupně a déle trvá. Chronické příznaky člověka dlouhodobě omezují v jeho aktivitách, to může vést k vyhýbání se společnosti až k izolaci. Narušení životních rolí může souviset s tím, že onemocnění je viditelné a jeho projevy jsou neestetické, nebo pokud onemocnění patří do skupiny s vysokou stigmatizací, např. infekční nemoci, duševní poruchy. (Praško et al., 2010, s. 53)

### 3.2 Postoj k nemoci

Nemoc pro člověka znamená významnou, byť dočasnou změnu sociální situace a prostředí, v němž probíhá každodenní život.

Nemoc zbavuje člověka řady povinností, protože bývá uznán práce neschopným, případně omluven ze školy. Lidé tento stav vnímají různě. Ten, kdo je velmi aktivní a má určité společenské uplatnění, může mít pocity méněcennosti nebo také depresivní náladu. Jiní mohou nemoc vnímat jako příjemnou výhodu a snaží se buď vědomě, nebo nevědomě tento stav prodloužit. Reakce nemocného a také jeho postoj k nemoci mohou být zcela odlišné, individuální. Způsob, jakým se člověk vyrovnává s náročnou životní situací, si osvojil již v předchozím období v průběhu života. Existuje řada mechanismů, přičemž každý má svou logiku a domněle či skutečně chrání pacienta. Většina z nich je nevědomá. (Zacharová, 2007, s. 20 cit. podle Jobánková, 1992, s. 124)

Při běžných onemocněních většina nemocných reaguje přiměřeně situaci, tedy přijímá diagnózu, léčebná opatření a spolupracuje, aby opět nabyl svého zdraví. Stav se většinou v těchto případech dobře upravuje, nebo alespoň stabilizuje. Podle toho jakou hodnotu má nemoc pro člověka, můžeme postoj k nemoci rozdělit:

1. Normální postoj – nemocný je na svou nemoc dobře adaptován.

2. Bagatelizující postoj – nemocný nevěnuje nemoci náležitou pozornost, neléčí se a nedodrží doporučená opatření. Důvodem často bývá přeceňování svých možností a podceňování zdraví, ale také za tím může stát strach z bolesti, obtíží, následků.
3. Repudiační postoj – jde o zapuzení nemoci, nevědomou disimulaci. Nemocný potlačuje myšlenku na nemoc, vyhýbá se jí.
4. Disimulační postoj – nemocný zcela záměrně zkresluje svoje potíže, může je i popírat, a tím nesprávně informovat lékaře. Důvody bývají různé, například může jít o strach ze ztráty zaměstnání.
5. Nozofóbní postoj – projevuje se jako nepřiměřená obava z nemoci. Nemocný si všímá drobných, nevýznamných potíží a opakovaně se nechává vyšetřovat. Člověk si je vcelku vědom, že jsou jeho obavy přehnané, nelze se jim však ubránit.
6. Hypochondrický postoj - nemocný si myslí, že trpí vážnou tělesnou chorobou, nebo prožívá lehčí nemoc velmi intenzivně. Při výskytu potíží podléhá, nebojuje s nimi.
7. Nozofilní postoj – nemocný vidí v nemoci příjemnou stránku, nemusí totiž plnit své povinnosti, je mu dána větší pozornost a péče okolí. Například dítě si může hrát, sledovat televizi apod.
8. Účelový postoj – znamená vystupňovaný nozofilní stav. Může vzniknout za účelem získání soucitu, ohledu nebo úniku z nepříjemné situace. Tyto reakce na nemoc mohou být více či méně vědomé, mohou se vázat na lehčí či těžší onemocnění. (Zacharová, 2007, s. 21 cit. podle Jobánková, 1992, s. 125)

Rozlišujeme:

1. Agravace – tj. zveličování, přehánění příznaků nemoci. Může být nevědomá (př. starý osamělý člověk přehání své potíže proto, aby byl v kontaktu s lidmi), nebo vědomá, kdy člověk záměrně a úmyslně svým jednáním chce prodloužit pobyt v nemocnici či prodloužit pracovní neschopnost.
2. Simulace – znamená předstírání nemoci a jejich příznaků. Většinou se tak děje proto, aby pacient dosáhl nějaké výhody. Především je to u lidí primitivních, ale také u rafinovaných a vychytralých.
3. Repudiacce – někdy je označována za nevědomou disimulaci. (Zacharová, 2007, s. 21)

### 3.3 Reakce na nemoc

Při vzniku onemocnění nastává nová životní situace, která klade větší nároky na adaptaci. Vážná nemoc může způsobit řadu nepříjemností, jako je omezení soběstačnosti, bolest, redukce pohybu, změna životního stylu. Tím pádem se zvyšují nároky i na rodinu nemocného. Další změny přináší i léčba, intervence, kontakt se zdravotnickým prostředím, personálem a s ostatními pacienty. Všechny tyto zmíněné změny mohou vyvolat nejistotu a obavy z budoucnosti. Na tento distress reagují lidé odlišně. Při maladaptaci se může vyskytnout strach, deprese, bezmoc, stud, pocity viny, neklid, hostilita, poruchy chování nebo nedostatek spolupráce, negativní reakce na osobnost či chování lékaře. Osobnost nemocného, způsoby reagování nebo psychická porucha mohou zvýšit morbiditu i mortalitu tělesného onemocnění. (Praško et al., 2010, s. 40)

Každé onemocnění lze posuzovat ze tří hledisek:

- Somatický aspekt – vymezují příznaky nemoci, které jsou pro určité onemocnění specifické.
- Psychický aspekt – je souhrn emočních prožitků, které jsou vyvolané změnami souvisejícími s nemocí, dále jejich rozumové hodnocení a z toho vyplývající chování nemocného.
- Sociální aspekt – je dán společenským hodnocením nemoci, kam patří i postoje a chování laické veřejnosti. Postoj druhých lidí k nemocnému člověku závisí i na typu nemoci, osobnosti nemocného, jeho věku, sociálním postavením apod., ale také na dané společnosti, její vzdělanosti a kulturní úrovni. (Vágnerová, 2008, s. 76)

Reakce na nemoc má tři hlavní složky:

1. Emoční reakce – nejčastěji se vyskytují strach, úzkost, deprese, pocit bezmoci a beznaděje, také hněv, zlost.
2. Tělesná reakce – jsou různé příznaky stresové reakce (bušení srdce, nadměrné pocení, tíseň na hrudi, tlak v břiše, průjem apod.).
3. Psychologická reakce – celková psychologická reakce na nemoc zahrnuje strategii zvládnání a obranné mechanismy. (Praško et al., 2010, s. 41)

### 3.3.1 Strategie zvládání

Je aktivní a vědomý proces, při němž se člověk snaží vyrovnat se stresovými situacemi (anglicky coping). Je rozdíl mezi adaptací a copingem. Adaptace je zvládání zátěže jako takové a coping představuje zvládání náročných životních situací. (Paulík, 2010, s. 79)

Strategii zvládání lze rozdělit na:

- a) Strategie řešení problémů, které díky nemoci vyvstaly. Jde o vyvinutí vlastní aktivity k vyřešení vzniklé situace, jako je léčba nemoci, odstranění obav a strachu, změna podmínek, které mohou zhoršovat celkový stav. Patří sem také pomoc a podpora druhých lidí.
- b) Strategie zaměřené na vyrovnání se s emocemi spojenými se vznikem nemoci. Tyto strategie pomáhají člověku adaptovat se na probíhající stres a také zmírnit emoční a tělesné potíže. Patří sem ventilace emocí, kdy člověk vyjádří své emoce a pocity v rozhovoru s další osobou. Dále je to vyhýbání se myšlenkám, lidem a situacím, které mají souvislost s problémem. Hledání pozitivních stránek dění je také jedna ze strategií. A v neposlední řadě to může být přijetí nebo delegování zodpovědnosti za řešení situace. Tedy buď pacient přebírá za situaci zodpovědnost sám, nebo někdo jiný např. lékař a pacient se tomu přizpůsobí. (Praško et al., 2010, s. 42; Křivohlavý, 2003, s. 86)

Strategie zvládání pomáhají omezit nadměrný stres, ale ne vždy jsou adaptivní. Strategie vyhýbání se rozhodně nebude adaptivní v případě rozvíjející se tělesné nemoci, protože může oddálit léčbu. Naopak může být adaptivní při chronickém průběhu nemoci, kde neustálé zabývání se příznaky nemoci může vést k jejímu udržování. Je tedy důležité, aby člověk uměl ovládat tyto strategie a uměl rozhodnout, která je v dané situaci nejvhodnější. V praxi se však často stává, že volba strategie nepodléhá plnému uvědomění pacienta.

Maladaptivní strategie zvládání krátkodobě snižují emoční reakce, ale dlouhodobě vedou k nakupení problémů. Patří sem užívání alkoholu, sebepoškozování, hypochondrie, agresivní a histrionské chování. (Praško et al., 2010, s. 42)

Při zvládání životních těžkostí může člověk využít různých technik, které mu dopomohou zmírnit napjatý emocionální stav. Jde např. o relaxaci, při níž se člověk uvolňuje v oblasti psychické i fyzické. Při meditaci se člověk soustředí a hlouběji zamýšlí nad určitou myšlenkou či problémem. Mezi další techniky patří dechová cvičení, poslech hudby, beletrie, humor či poskytování sociální opory. (Křivohlavý, 2003, s. 89; 2002, s. 105)

### 3.3.2 Obranné mechanismy

Praško (2010, s. 43) uvádí, že Freud užíval termín „obrné mechanismy“ ve vztahu k nevědomým strategiím, které lidé používají, když se vyrovnávají s negativními pocity. Tyto strategie, zaměřující se na emoce, nemění stresovou situaci, nýbrž způsob, jakým ji daný člověk vnímá. Pocity a fyziologická aktivace, které jsou vyvolané stresovými situacemi, bývají nepříjemné. Proto se jim lidé chtějí automaticky vyhnout. Typické obranné mechanismy je možno rozpoznat z životního příběhu nemocného, reakce na situaci a ze způsobu, jakým uvádí informace či jakým jedná s druhými lidmi. Jsou to nevědomé psychologické procesy řídící naše kognitivní i emoční reakce a naše jednání, aniž bychom o tom věděli. Veškeré obranné mechanismy mají prvek sebeklamu. Používají je však všichni lidé, aby překonali nepříjemné situace, se kterými se nemohou přímo smířit. Tyto obranné mechanismy mohou být projevem maladaptivního přizpůsobení, pokud převládají při reagování na problémy. Mezi obranné mechanismy se nejčastěji řadí: popření, potlačení, přenesení afektu, projekce, regrese a racionalizace. Na následujících řádcích všechny obranné mechanismy přiblížím.

**Potlačení** znamená proces sebeovládání, při němž člověk ovládá svoje impulzy a přání, nebo jen dočasně odsune do pozadí bolestné vzpomínky, je-li zaměstnán jinými povinnostmi. Řadí se mezi nejčastější obranné mechanismy při objevení nemoci. Postižený si však svoje potlačované myšlenky uvědomuje. Tímto jednáním se snaží vyhnout stresové reakci. Postižený odmítá mluvit o nemoci, nechce si ji přiznat a odmítá se také léčit. Bagatelizace je podobnou reakcí, kdy postižený jedinec si svoji nemoc sice uvědomuje, ale podceňuje její závažnost. Potlačení může být i adaptivní. Většinou nemocnému pomáhá zmírnit strach a napětí, ale pokud včas nepodstoupí léčbu, stává se tento obranný mechanismus maladaptivním. (Praško et al., 2010, s. 43)

**Vytěsnění (represe)** je vytěsňování nevhodných nebo nepříjemných vnitřních impulzů, přání či afektů mimo oblast uvědomování. Vytěsnění pomáhá člověku vyhnout se bolestným vnitřním rozporům nebo přemítání o následcích nemoci. To však může být komplikací při spolupráci v léčbě, neboť nemocný odmítá další potřebná vyšetření či léčebné postupy. Často jsou vytěsněny také vzpomínky vyvolávající pocity studu, viny nebo vedou k sebepodceňování. Vždy je nebezpečí, že vytěsněné myšlenky proniknou zpátky do vědomí. Mnoho studií uvedlo, že snaha o potlačení konkrétních myšlenek vede k tomu, že nás napadají častěji, než když je přestaneme potlačovat. Jinak řečeno, existuje efekt odrazu, při



němž se potlačované myšlenky vrací zpět s ještě větší silou, a to v momentu ochabnutí bdělosti člověka. Při represi se tedy vyskytuje zvýšené psychické napětí a fyziologická aktivace, které mohou mít negativní dopad na člověka. Trvalé vytěsňování myšlenek potřebuje fyzickou energii, tudíž může vést k trvalé aktivaci, která organismu neprospívá. (Praško et al., 2010, s. 43-44)

**Racionalizace** představuje přisuzování logických či sociálně přijatelných motivů tomu, co člověk dělá, tudíž si utváří dojem, že jedná rozumně. Racionalizace slouží ke zmírnění zklamání, když se nezdaří dosáhnout vytyčeného cíle a také ke zdůvodnění jednání. Dále se používá při hledání společností tolerovaného motivu pro chování, které druzí lidé odsuzují. Typický příklad najdeme u člověka závislého na alkoholu, který tvrdí, že pije, protože je nešťastný v manželství apod.

**Reaktivní výtvor** je snaha o utajení před sebou samým konkrétní pohnutky tím, že člověk vyjádří opačný motiv. Například zarytý boj některých lidí proti alkoholu a hazardním hrám může být projevem reaktivního výtvoru. Tito lidé měli v minulých letech problémy s kontrolou vnitřních impulzů, tudíž jejich zapálenost může být obranou proti opětovnému spadnutí do problémů. Při reaktivním výtvoru člověk místo nepříjemné vnitřní tendence ji nahradí jejím pravým opakem. (Praško et al., 2010, s. 44)

**Popření** umožňuje člověku nevnímat vnější realitu, pokud je pro něj hodně nepříjemná. Např. rodiče se dozví, že jejich dítě trpí nevléčitelnou nemocí. Popření faktů může být obvykle lepší, než se s nimi setkat tváří v tvář. V nepříznivé situaci dá popření člověku čas, aby se postupně vyrovnal s krutou skutečností. Naděje znamená pro člověka pobídku, aby se snažil a nevzdával se. Např. vojáci, kteří byli ve válce, uvedli, že možnost popření smrti jim pomohlo přežít. Zde má popření bezpochyby adaptivní funkci. Existují však situace, kde jsou negativní aspekty popření zřejmé, a to při odkládání lékařské péče. Např. žena si nahmatá bulku v prsu, popře možnost výskytu nádoru, a tudíž nejde k lékaři. (Praško et al., 2010, s. 45)

**Přesunutí** zmírňuje negativní pocity tím, že částečně uspokojuje nepříjemnou potřebu. Prostřednictvím tohoto mechanismu je potřeba zaměřena na náhradní cíl, protože určitým způsobem nemůže být uspokojena. Přenesení tedy znamená přesun emocí či přání z původního objektu (osoba či situace), kterému patřily, na objekt další. Muž se zjištěnou rakovinou se začne příliš zajímat o zdraví své ženy, posílá ji k lékaři, přitom si neříká o citovou podporu, kterou zjevně potřebuje. **Sublimace** je podtypem přesunutí, odpovídá

zralým a dospělým obranným mechanismům. S jejím využitím je možné měnit hostilní a agresivní impulzy na sociálně adaptivní výstupy. Např. erotické impulzy, které nelze vyjádřit přímo, mohou být projeveny nepřímo tvůrčí činností, jako je kresba, hudba, poezie. (Praško et al., 2010, s. 45)

**Projekce** znamená, že člověk své nežádoucí vlastnosti v přehnané míře připisuje druhým lidem. Jde tedy o promítání vlastních potřeb a přání na druhého člověka. Důvod je takový, že dané pocity jsou z nějaké příčiny nepřijatelné u sebe sama, např. pacientka u své doktor-ky předpokládá nepřátelské postoje, protože je jí nesympatická.

**Identifikace** je ztotožnění a přijímání jevů, které jsou vlastní jinému člověku. V dětství pomáhá identifikace učení, tedy ztotožnění se s mužskou či ženskou rolí. Adaptivní funkci má také v dospělosti, kdy se člověk ztotožňuje s profesionální rolí. V nemoci se však může pacient ztotožnit s rolí oběti a přebírat postoje a jednání od ostatních pacientů.

**Intelektualizace** umožňuje emoční odstup od stresové situace tím, že se s ní člověk vyrovná pomocí abstraktních, intelektuálních pojmů, např. lékař, který je neustále vystaven lidskému utrpení, nemůže s každým pacientem soucítit. Proto je určitý emoční odstup nezbytný, aby se mohl plně soustředit na svoji práci. Problém nastává pouze tehdy, pokud se intelektualizace stane životním stylem, který člověka izoluje od prožívání emocí. (Praško et al., 2010, s. 45)

**Kompenzace** zahrnuje myšlení, prožívání a chování, které má pomoci vyrovnat se s postižením nebo jiným nedostatkem. Kompenzace se může uskutečnit v oblasti, ve které postižení je (např. člověk s handicapem vydatně rehabilituje), nebo náhradní oblasti (např. člověk pociťuje nezáměr rodiny, což vede ke stěžování si personálu, a následně je nahrazen péčí zdravotníků).

**Regrese** představuje návrat k ranějším vývojovým stádiím, což se projevuje v myšlení i jednání postiženého člověka. Mezi příznaky se řadí infantilní chování, rozvoj závislosti, pubertální vtipkování v závažné situaci či nadměrná závislost na druhých. V nemoci se regrese vyskytuje často. V akutní fázi nemoci může být adaptivní, protože umožňuje přijmout akutní léčbu. Pokud se ovšem objeví v období zotavování a rehabilitace, bývá maladaptivní, protože zabraňuje člověku v jeho odhodlání se nemoci postavit a převzít za sebe zodpovědnost. Nemocný je z velké části závislý na zdravotnickém personálu, projevuje se bezbranně a odevzdaně. Občas se může chovat jako dítě vyžadující stálou pozornost.

**Opouzdření** znamená potlačení emocí. Strach, který by za normálních okolností vyvolal silné negativní pocity, vede k neutrálnímu postoji.

**Disociace** je oddělení určitých nepříjemných stránek prožívání (vzpomínky, emoce, myšlenky atd.) od jeho celku, např. vzpomínky na nějakou traumatickou událost jsou zapomenuty.

**Somatizace** znamená, že řešení problémů (např. strach z odchodu partnera) je vytěsněno somatickými projevy. (Praško et al., 2010, s. 46)

### 3.3.3 Psychická reakce na nemoc

Každé somatické onemocnění má také vliv na psychiku člověka, tedy aktuální prožívání, uvažování a z toho vyplývající chování nemocného. Například pacient s negativním pohledem na svou nemoc má sklony k pasivitě, naopak pacient přesvědčený o úspěchu léčby se uzdravuje rychleji a lépe. Psychická reakce člověka na nemoc může být odlišná podle:

- a) subjektivního utrpení, které nemoc přináší,
- b) subjektivního náhledu na závažnost, prognózu a důsledky nemoci,
- c) osobnosti člověka a jeho schopnosti umět řešit problémy,
- d) míry podpory okruhu blízkých lidí,
- e) momentální životní situace,
- f) způsobu léčby,
- g) předchozí zkušenosti s nemocemi,
- h) vnímání nemoci okolím,
- i) míry stresových situací v poslední době. (Praško et al., 2010, s. 41)

Důležitým aspektem je vědomí nemoci, rozsah ztrát, které jsou jejím důsledkem, dále ohrožení vlastní budoucnosti a života do té míry, jak si je nemocný ochoten připustit. Nemoc se stává hlavním osobním tématem, které činí všechno ostatní méně významným a důležitým.

Pod vlivem samotné nemoci a také díky převážně negativnímu sociálnímu významu se může změnit sebepojetí nemocného, zhoršit sebehodnocení a snížit sebeúcta. Jaký postoj člověk zaujímá k vlastní chorobě, může do různé míry ovlivnit jeho identitu. Může dojít k jejímu rozkladu nebo pocitu ztráty její podstatné části. Záleží i na tom, jak člověk přijímá či nepřijímá roli nemocného, zda se s ní ztotožňuje či nikoli. Následně pak různým způsobem reaguje a jedná. (Vágnerová, 2008, s. 78)

### 3.4 Vyhledávání lékařské péče

Zdravotnické služby vyhledávají častěji ženy než muži, nezapočítává se však oblast péče o těhotné a porodnictví. Baštecká nabízí vysvětlení Edelmannova, že ženy většinou onemocní chronickými nemocemi, které nevedou ke smrti. Naopak muži váhají s návštěvou lékaře i kvůli společenským stereotypům a představám o mužství. (Baštecká et al., 2003, s. 238)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUMNÁ ČÁST

### 4.1 Cíle výzkumu

V mé bakalářské práci jsem si vytyčila tyto cíle:

1. Zmapovat faktory působící na prožívání nemoci.
2. Zjistit, zda došlo u žen ke změně sebepojetí.
3. Zjistit, co dopomohlo ženám k začlenění se do běžného života po operaci

### 4.2 Metoda výzkumu

Průzkumné šetření bylo prováděno pomocí kvantitativní metody. „*Kvantitativní výzkum zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek*“ (Kutnohorská, 2009, s. 22). Ve svém průzkumu jsem si zvolila metodu dotazníku. Dotazník byl anonymní a obsahoval 18 položek. Respondenti měli uvést vždy jednu odpověď.

### 4.3 Charakteristika výzkumného souboru

Do mého výzkumného souboru byly zařazeny pouze ženy, které prodělaly gynekologický zákrok hysterektomií. Dále byla vymezena věková hranice, kterou ženy musely splňovat, a to od 35 do 65 let. Dotazníkové šetření bylo realizováno ve dvou gynekologických ambulancích v Kroměříži a také byly osloveny ženy v mém okolí. Respondentů bylo celkem 60.

### 4.4 Organizace šetření

Pro mé průzkumné šetření bylo sestaveno a následně rozdáno 60 dotazníků. V každé ze dvou gynekologických ambulančí bylo ponecháno 20 dotazníků. Jejich návratnost byla 100%. Dále bylo rozdáno 20 dotazníků v mém okolí, jejichž návratnost byla taktéž 100%. Šetření probíhalo v období od 25. 1. do 31. 3. 2012.

### 4.5 Zpracování získaných dat

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření byla pro lepší přehlednost zpracována v tabulkách programu Microsoft Word a následně byly vypracovány grafy v programu Microsoft Excel. Tabulky vyjadřují absolutní četnost, což je informace o počtu respondentů

odpovídajících na danou otázku stejnou odpovědí a relativní četnost, která podává informaci o velikosti části z celkového počtu hodnot připadající na danou dílčí hodnotu. Všechny uvedené grafy jsou zpracovány formou výsečového grafu.

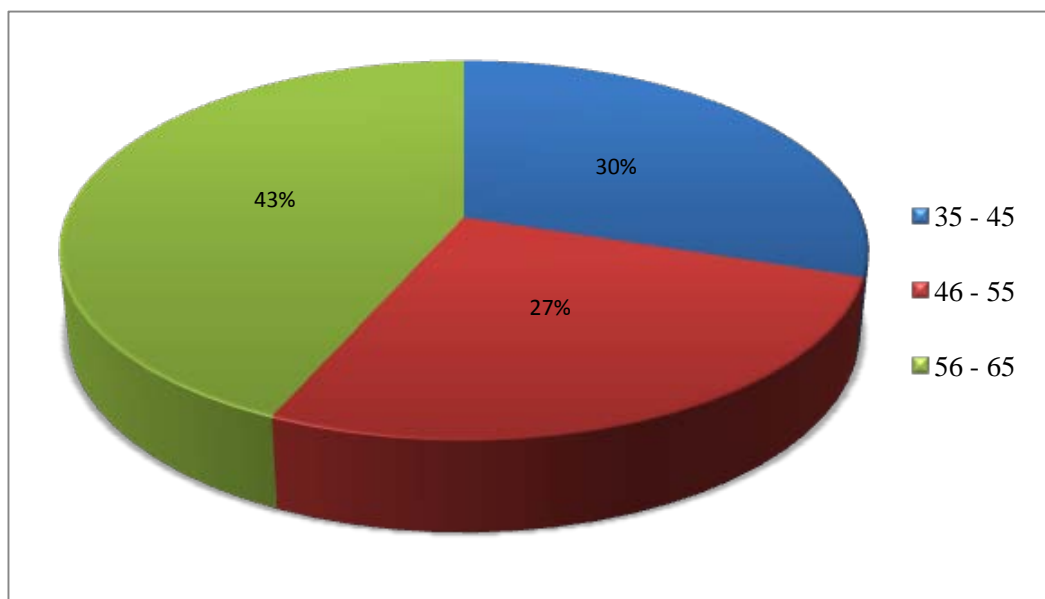
## 5 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

### Otázka č. 1: Váš věk?

Tab. 2: Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
35-45 let	18	30%
46-55 let	16	27%
56-65 let	26	43%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf 1: Věk



### Komentář:

Nejvíce žen (43 %) bylo ve věkové kategorii 56–65 let. 30 % žen bylo ve věku 35–45 let. A 27 % žen se zařadilo do věkové kategorie 46–55 let.

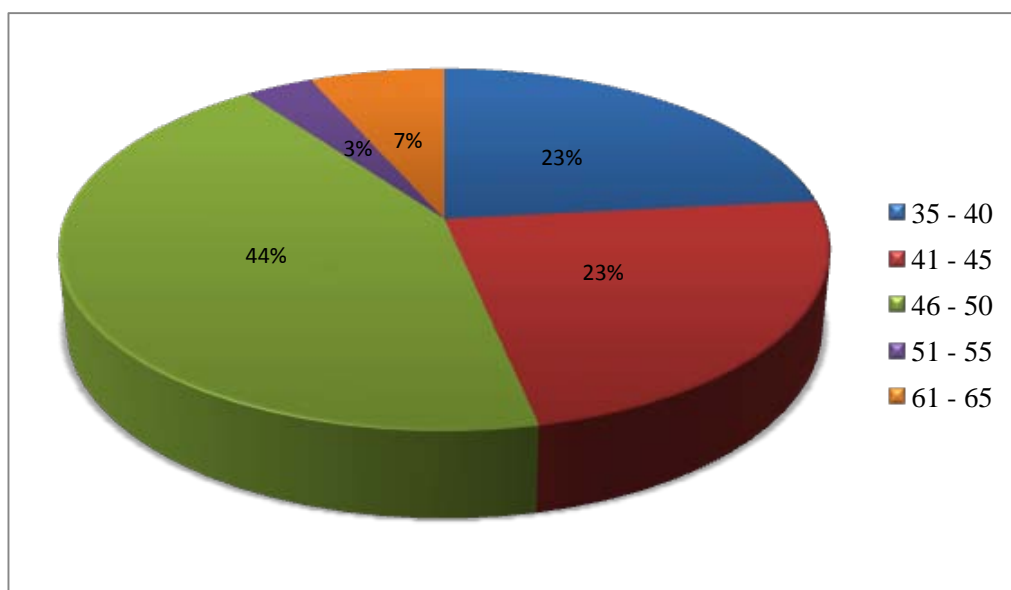


## Otázka č. 2: V kolika letech jste podstoupila operaci?

Tab. 3: Věk v době operace

Věk v době operace	Absolutní četnost	Relativní četnost
35-40 let	14	23%
41-45 let	14	23%
46-50 let	26	44%
51-55 let	2	3%
56-60 let	-	-
61-65 let	4	7%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf 2: Věk v době operace

**Komentář:**

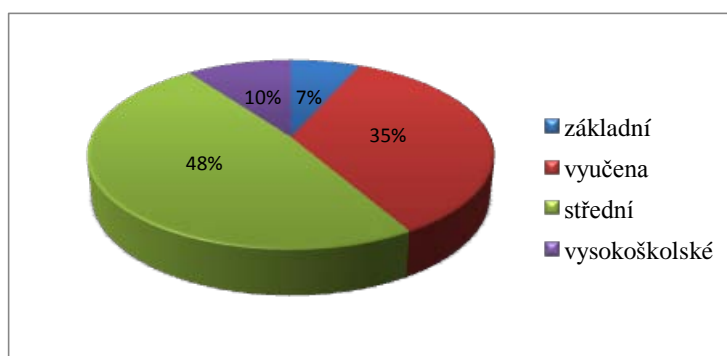
Nejvyšší procento žen (44 %) podstoupilo operaci ve věku 46–50 let. Dále to byly ženy ve věku od 35 do 40 let (23 %). Stejné procento žen (23 %) mělo 41–45 let, 3 % žen 51–55 let a ženy od 61 do 65 let měly 7% zastoupení. Kategorie 56–60 let nebyla zastoupena.

**Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání?**

Tab. 4: Vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	4	7%
Vyučena	21	35%
Střední	29	48%
Vysokoškolské	6	10%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf 3: Vzdělání

**Komentář:**

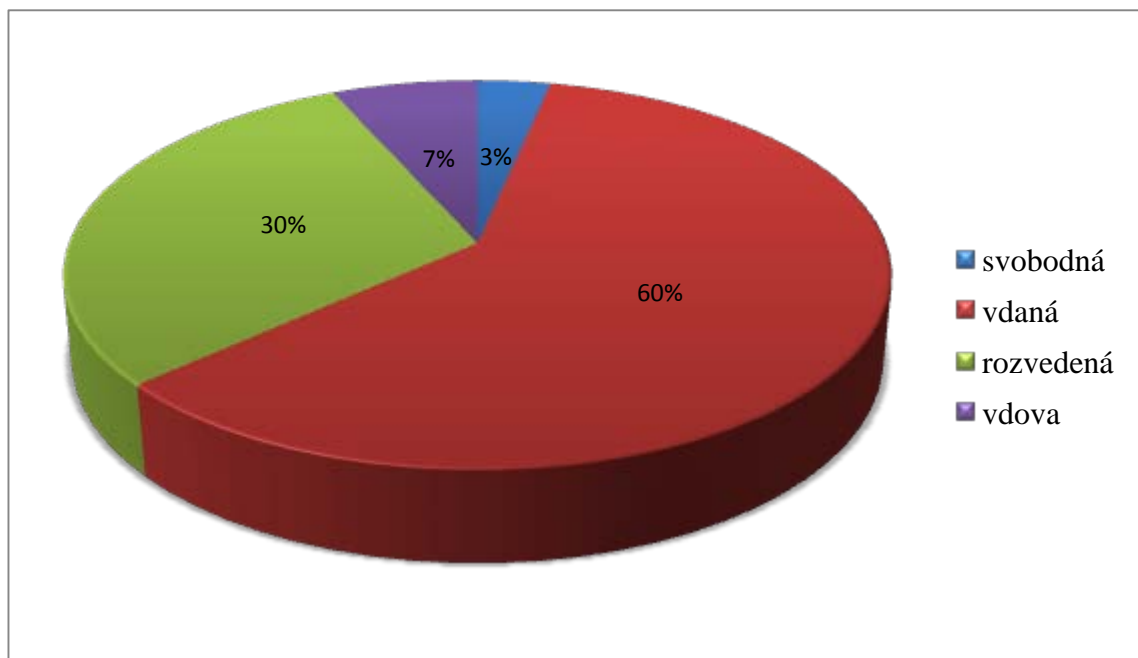
Z grafu č. 3 vyplývá, že většina žen (48 %) měla středoškolské vzdělání, 35 % žen bylo vyučených, 10 % žen mělo vysokoškolské vzdělání a v kategorii základní vzdělání bylo 7 % žen.

## Otázka č. 4: Rodinný stav (v době operace)?

Tab. 5: Rodinný stav

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodná	2	3%
Vdaná	36	60%
Rozvedená	18	30%
Vdova	4	7%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf 4: Rodinný stav

**Komentář:**

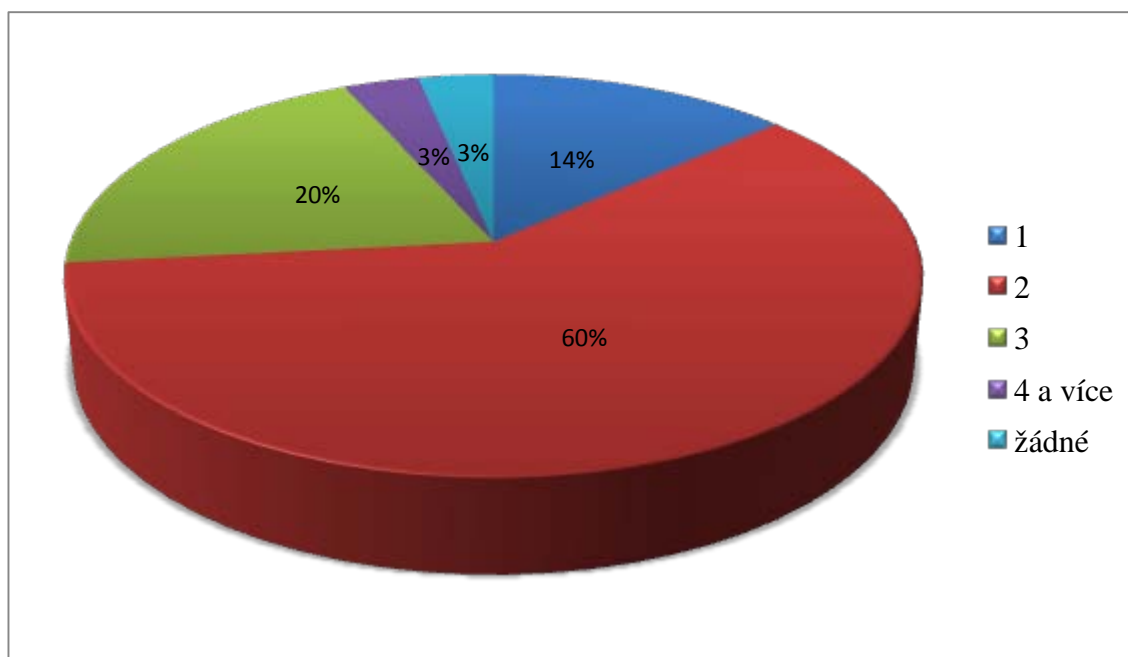
V době operace bylo 60 % žen vdaných, 30 % žen rozvedených, dále 7 % žen byly vdovy a svobodných žen byly 3 %.

## Otázka č. 5: Děti (v době operace)?

Tab. 6: Děti

Děti	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	8	14%
2	36	60%
3	12	20%
4 a více	2	3%
Žádné	2	3%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

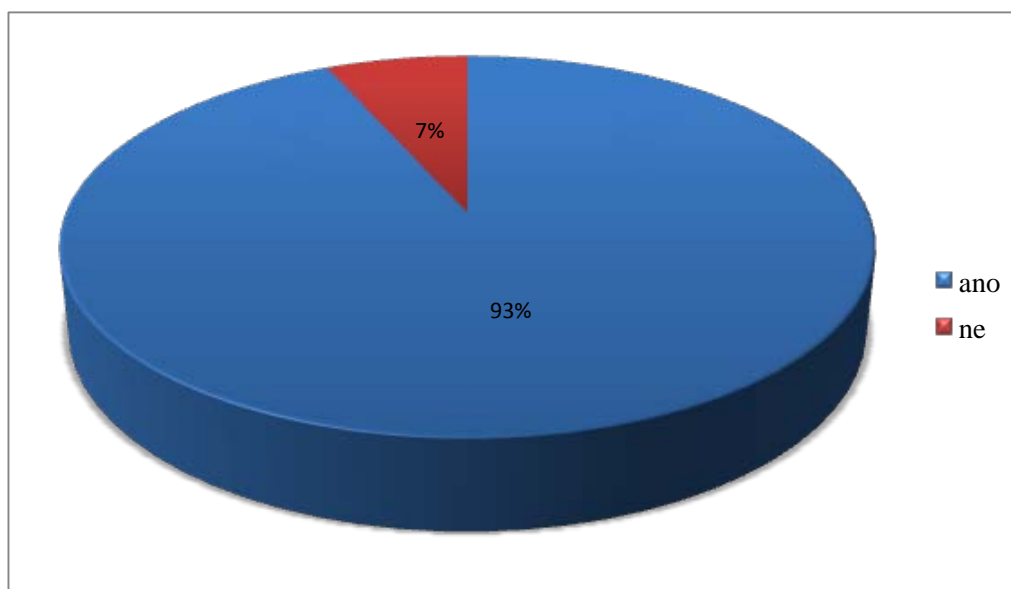
Graf 5: Děti

**Komentář:**

Graf č. 5 ukazuje, že v době operace mělo 60 % žen 2 děti, dále 20 % žen 3 děti, 14 % žen 1 dítě a stejné procentuální zastoupení měly ženy bezdětné a ženy s 4 a více dětmi.

**Otázka č. 6: Měla jste před operací dostatek informací o plánovaném zákroku?***Tab. 7: Informace o zákroku*

Informace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	56	93%
Ne	4	7%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Graf 6: Informace o zákroku***Komentář:**

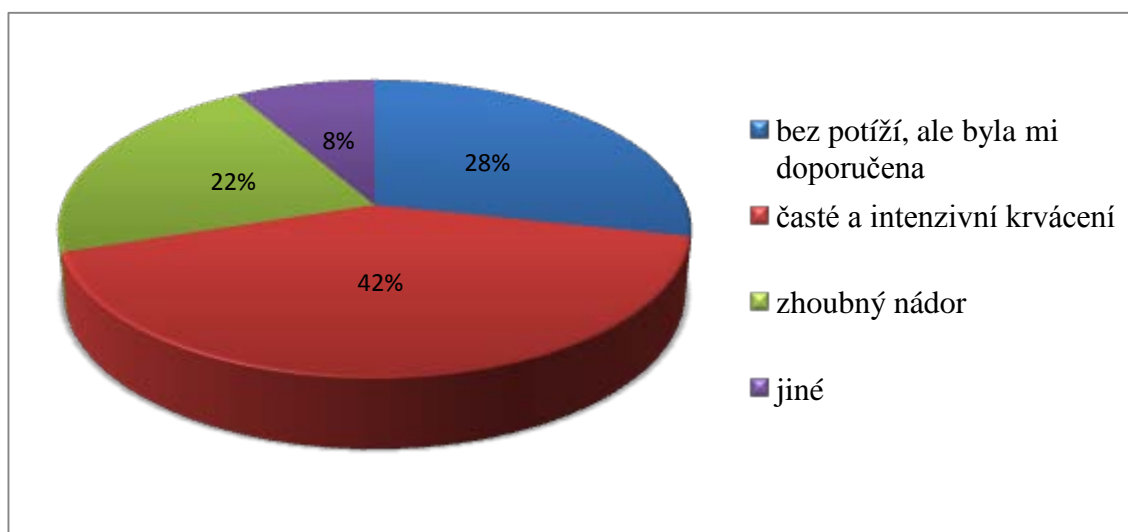
Z grafu č. 6 je zřejmé, že absolutní většina žen (93 %) měla dostatek vědomostí o plánovaném zákroku, zbylých 7 % žen mělo těchto informací nedostatek.

## Otázka č. 7: Proč jste podstoupila operaci?

Tab. 8: Indikace k operaci

Indikace k operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bez potíží, ale byla mi doporučena	17	28%
Časté a intenzivní krvácení	25	42%
Zhoubný nádor	13	22%
Jiné	5	8%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

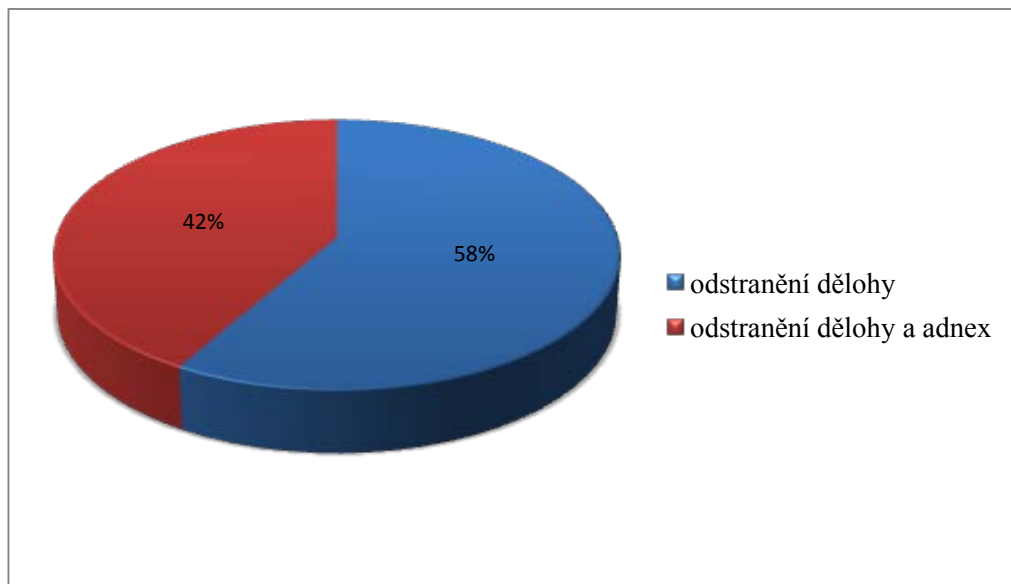
Graf 7: Indikace k operaci

**Komentář:**

Nejčastějším důvodem k podstoupení operace bylo časté a intenzivní krvácení, a to u 42 % žen, 28 % žen bylo bez potíží, ale operace jim byla doporučena. Zhoubný nádor se vyskytoval u 22 % žen. Dále 8 % žen uvedlo jiné důvody, mezi nimiž byla 2x zmíněna snížená děloha, 1x byla důvodem pokročilá endometrióza a 2x myom na děloze.

**Otázka č. 8: Jaký typ operace jste prodělala?***Tab. 9: Typ operace*

Typ operace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odstranění dělohy	35	58%
Odstranění dělohy s adnexektomií	25	42%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Graf 8: Typ operace***Komentář:**

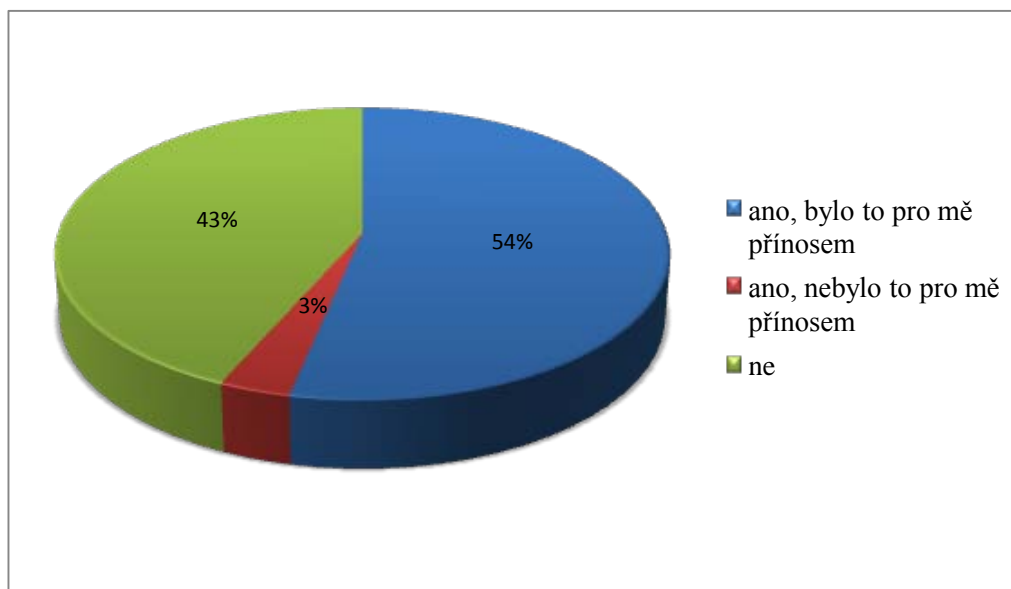
Z grafu č. 8 vyplývá, že většina žen (58 %) prodělala pouze odnětí dělohy, ostatním ženám (42 %) byly odebrány i vejcovody a vaječníky.

Otázka č. 9: Setkala jste se s ženou, která již prodělala hysterektomii ještě před operací?

Tab. 10: Získané zkušenosti

Získané zkušenosti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, byly přínosem	32	54%
Ano, nebyly přínosem	2	3%
Ne	26	43%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf 9: Získané zkušenosti



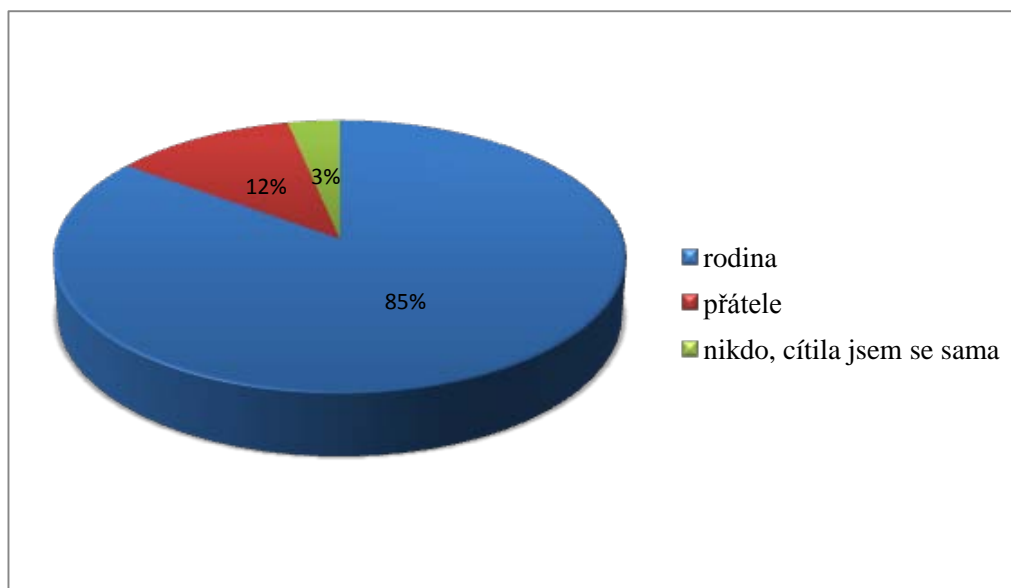
#### Komentář:

54 % žen uvedlo, že zkušenosti jiných žen o zákroku jim byly užitečné, naopak 43 % žen se nesetkalo s ženou, která by již prodělala hysterektomii. Nabízená odpověď, že zkušenosti ženám nebyly přínosem, označily 3 % žen.



**Otázka č. 10: Kdo Vám byl největší oporou po operaci?***Tab. 11: Podpora žen po zákroku*

Podpora	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rodina	51	85%
Přátele	7	12%
Personál	-	-
Cítila jsem se sama	2	3%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Graf 10: Podpora žen po zákroku***Komentář:**

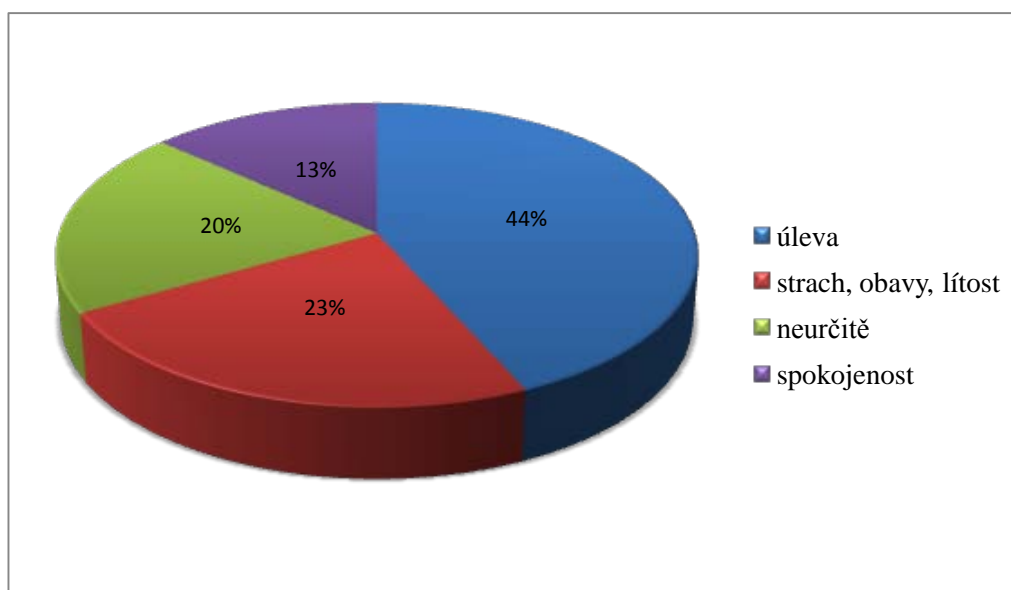
Z grafu č. 10 jasně vyplývá, že 85 % žen mělo podporu v rodině, 12 % žen uvedlo jako svoji největší oporu přátele, 3 % žen se cítily samy a nabízenou odpověď nemocniční personál neuvedl nikdo.

## Otázka č. 11: Co jste cítila po provedeném zákroku?

Tab. 12: Pocity po zákroku

Pocity	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úleva	26	44%
Strach	14	23%
Neurčitě	12	20%
Spokojenost	8	13%
Jiné	-	-
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf 11: Pocity po zákroku

**Komentář:**

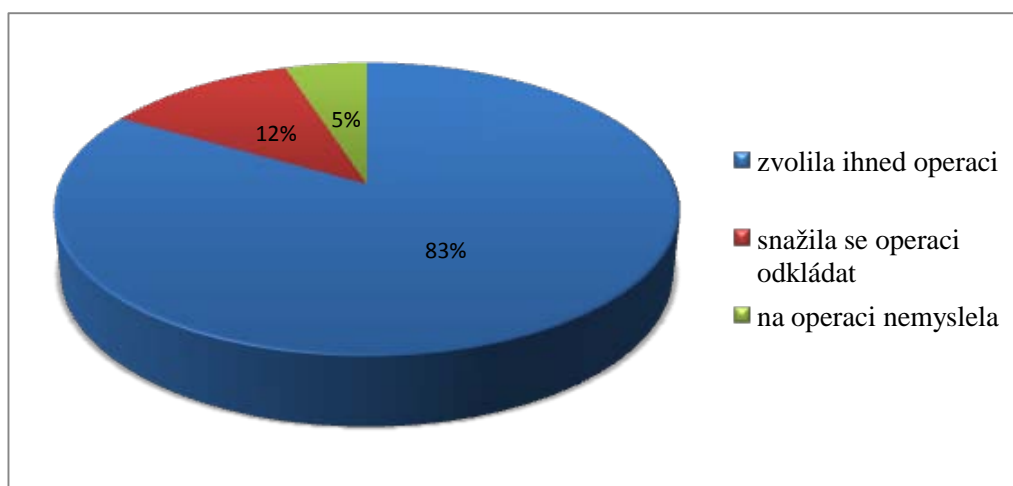
Většina žen (44 %) uvedla, že po provedeném zákroku pocítila úlevu, 20 % žen se cítilo neurčitě, dále ženy určily strach, obavy a lítost (23 %) a 13 % žen prožívalo spokojenost. Jiné pocity ženy neuváděly.

Otázka č. 12: Poté co Vám byla doporučena hysterektomie jste:

Tab. 13: Rozhodnutí pro operaci

Rozhodnutí pro operaci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zvolila ihned operaci	50	83%
Snažila se operaci odkládat	7	12%
Na operaci nemyslela	3	5%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf 12: Rozhodnutí pro operaci



**Komentář:**

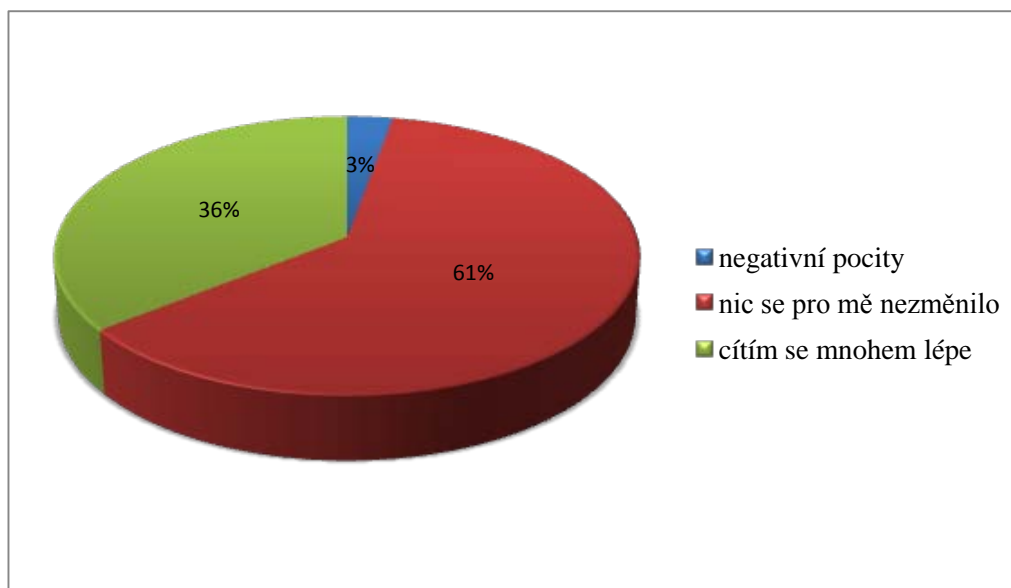
Při sdělení diagnózy 83 % žen zvolilo ihned operaci, 12 % žen se snažilo operaci odkládat a zbylých 5 % žen na operaci nemyslelo.

## Otázka č. 13: Vnímáte sebe samu po zákroku jinak?

Tab. 14: Vnímání sebe sama po zákroku

Vnímání sebe sama	Absolutní četnost	Relativní četnost
Negativní pocity	2	3%
Nevím, kdo jsem	-	-
Nic se pro mě nezměnilo	43	61%
Cítím se mnohem lépe	25	36%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

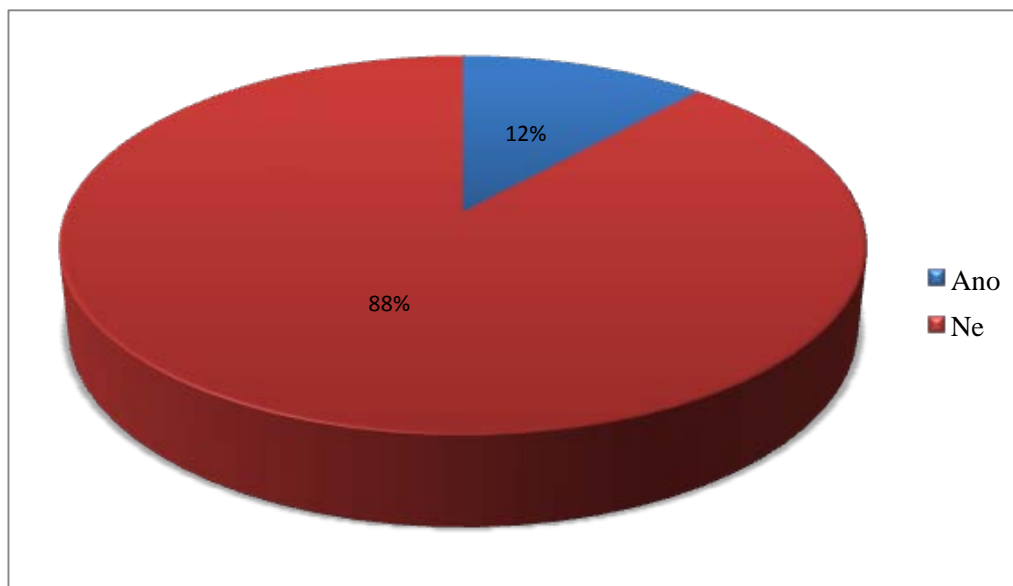
Graf 13: Vnímání sebe sama po zákroku

**Komentář:**

Z grafu č. 13 vyplývá, že pro většinu žen (61 %) se po provedeném zákroku nic nezměnilo, dále 36 % žen se cítilo mnohem lépe a 3 % žen prožívaly negativní pocity. Položku „nevím, kdo jsem“ neuvedla žádná žena.

**Otázka č. 14: Ovlivnil zákrok Váš sexuální život? Pokud ano, jak?***Tab. 15: Vliv zákroku na sexuální život*

Vliv na sexuální život	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	7	12%
Ne	53	88%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Graf 14: Vliv zákroku na sexuální život***Komentář:**

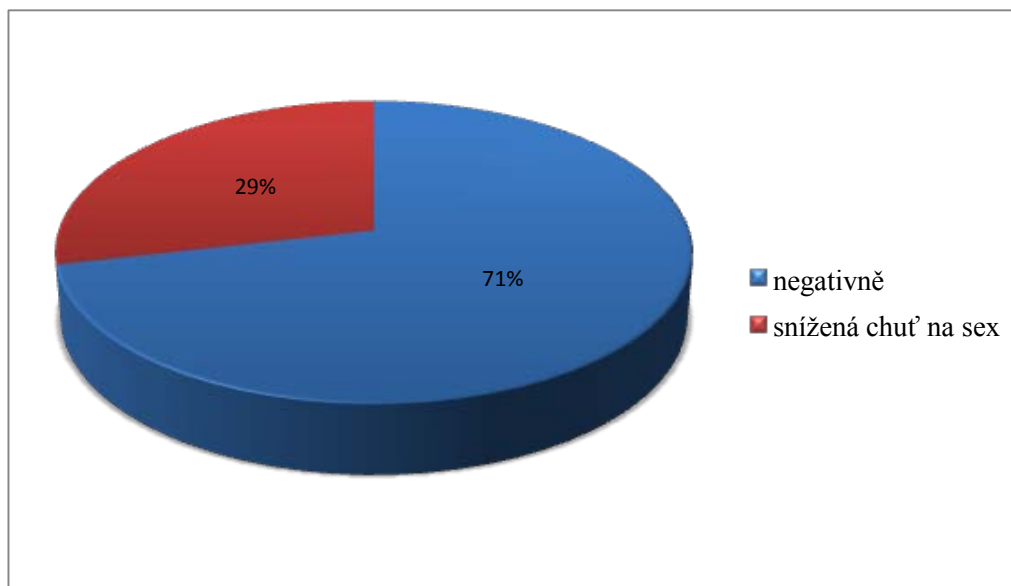
Graf č. 14 ukazuje, že 88 % žen nezaznamenalo, že by měl zákrok vliv na jejich sexuální život, zbylých 12 % žen uvedlo, že ano.

**Podotázka: Pokud ano, jak?**

*Tab. 16: Ovlivnění sexuality*

Vliv na sexuální život	Absolutní četnost	Relativní četnost
Negativně	5	71%
Snížená chuť na sex	2	29%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Graf 15: Ovlivnění sexuality*



**Komentář:**

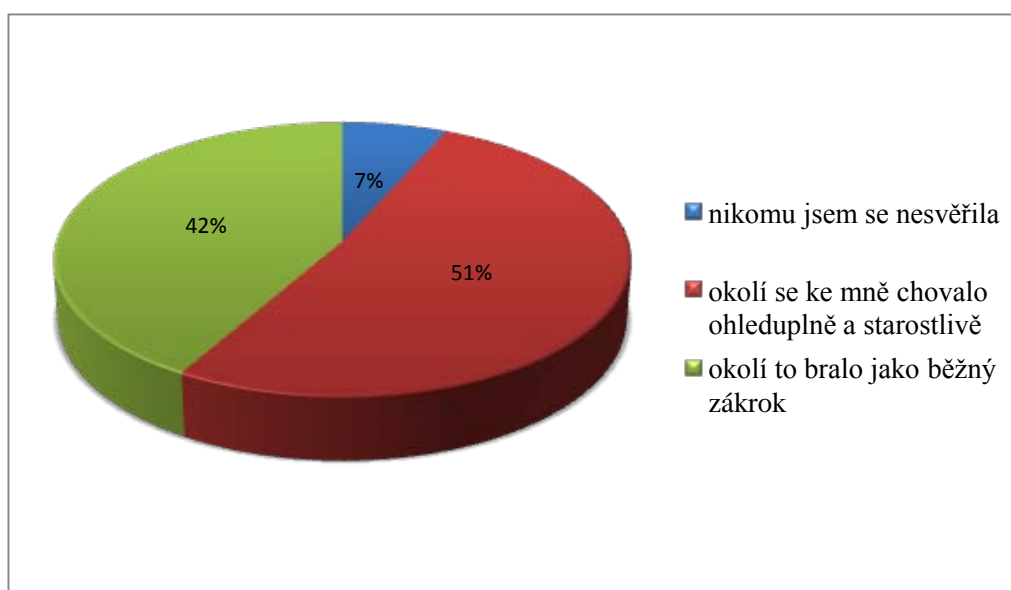
7 žen z 60 uvedlo, že zákrok ovlivnil jejich sexuální život. Negativním způsobem bylo ovlivněno 5 žen (71 %) a 2 ženy (29 %) zmínily sníženou chuť na sex.

## Otázka č. 15: Jak Váš zákrok vnímalo okolí?

Tab. 17: Vnímání zákroku okolím

Vnímání zákroku okolím	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikomu jsem se nesvěřila	4	7%
Okolí se ke mně chovalo ohleduplně a starostlivě	31	51%
Okolí to bralo jako běžný zákrok	25	42%
Jiné	-	-
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf 16: Vnímání zákroku okolím

**Komentář:**

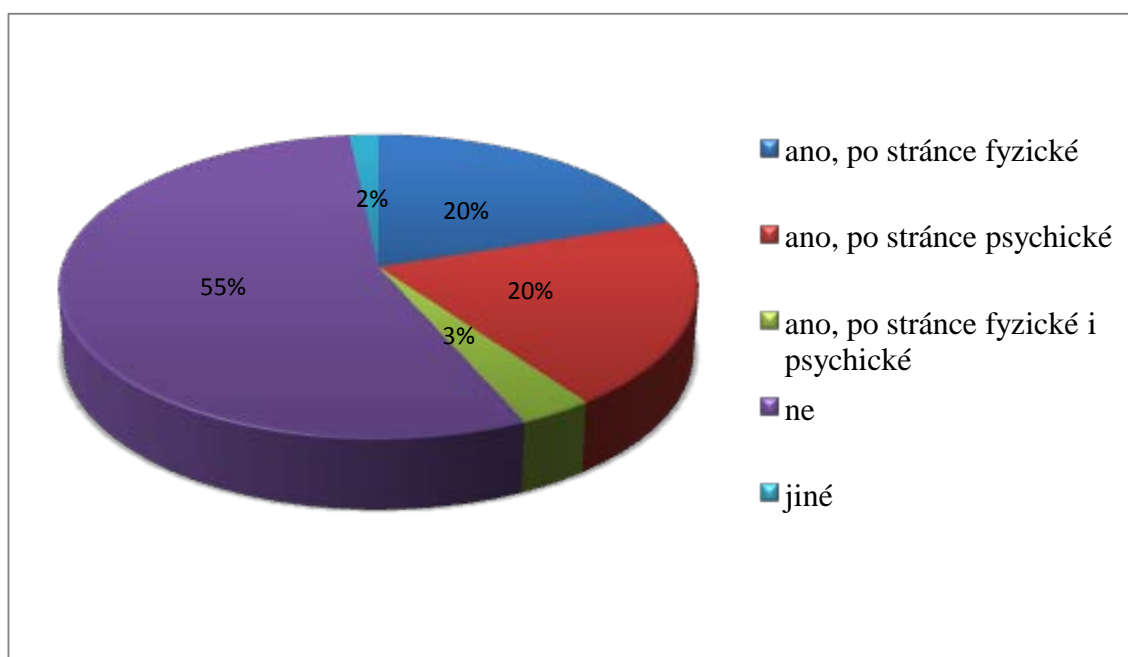
51 % žen označilo, že okolí se k nim po zákroku chovalo ohleduplně a starostlivě, dále 42 % žen uvedlo, že okolí to bralo jako běžný zákrok a 7 % žen se nikomu nesvěřilo.

Otázka č. 16: Potýkala jste se po operaci s nějakými problémy v každodenním životě?

Tab. 18: Možné problémy po operaci

Možné problémy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, po stránce fyzické	12	20%
Ano, po stránce psychické	12	20%
Ano, po stránce fyzické i psychické	2	3%
Ne	33	55%
Jiné	1	2%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf 17: Možné problémy po operaci



**Komentář:**

Graf č. 16 ukazuje, že 55 % žen po operaci nemělo žádné potíže, u 20 % žen se vyskytly problémy po stránce fyzické a stejné procento žen (20 %) mělo problémy psychické. Potíže



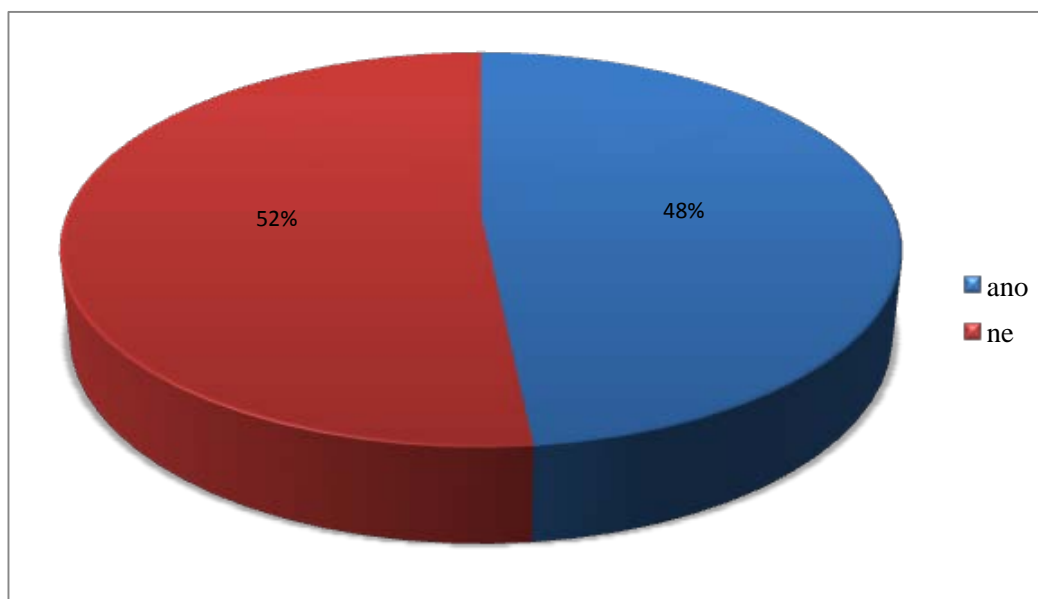
jak fyzické, tak psychické uvedlo 3 % žen. Jedna žena (2 %) označila v položce „jiné“, že se v průběhu 6 týdnů nemohla zapojit do běžného života.

**Otázka č. 17: Snažila jste se nějakými prostředky podpořit proces rekonvalescence? (př. masáže, užívání doplňků stravy, lázně atd.). Pokud ano, jak?**

*Tab. 19: Prostředky rekonvalescence*

Prostředky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	29	48%
Ne	31	52%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Graf 18: Prostředky rekonvalescence*



**Komentář:**

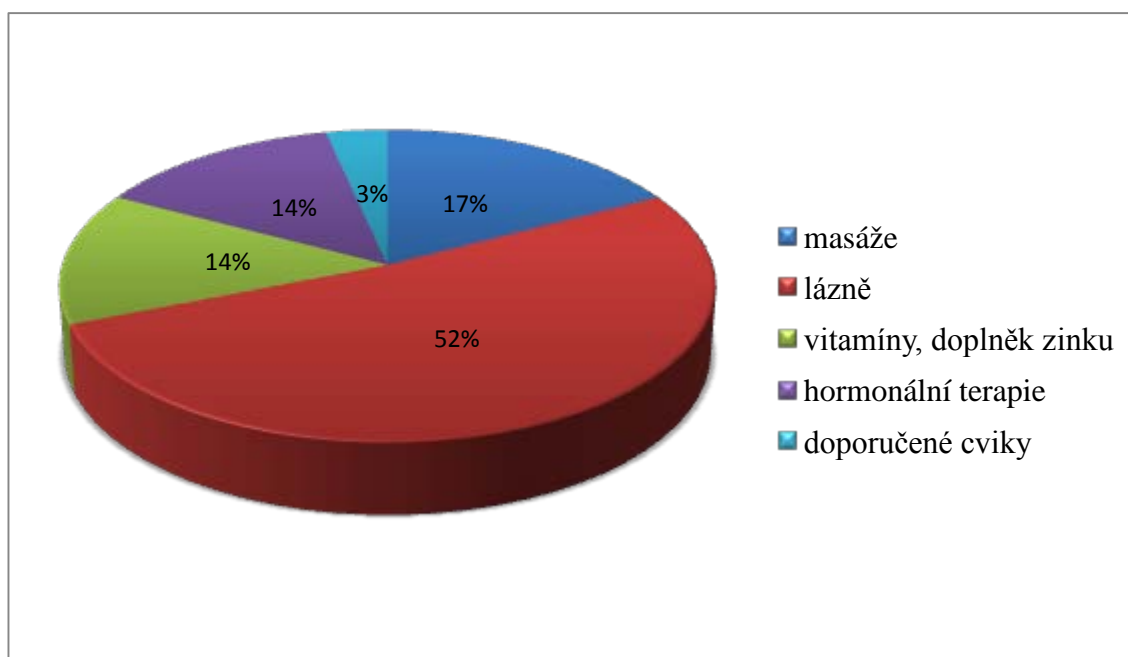
Většina žen (52 %) nepoužila žádné prostředky k podpoření rekonvalescence, 48 % žen se naopak různými prostředky snažilo tento proces podpořit.

Podotázka: Pokud ano, jak?

Tab. 20: Využité prostředky

Prostředky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Masáže	5	17%
Lázně	15	52%
Vitamíny	4	14%
Hormonální terapie	4	14%
Doporučené cviky	1	3%
<b>Celkem</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Graf 19: Využité prostředky



#### Komentář:

Z 29 dotazovaných žen 52 % uvedlo, že po prodělaném zákroku navštívily lázně, masáže zvolilo 17 % žen, užití vitamínů 14 % žen, také hormonální terapii zahájilo 14 % žen a jedna žena (3 %) uvedla, že prováděla cviky doporučené lékařem.

## 6 DISKUZE

### Cíl č. 1: Zmapovat faktory působící na prožívání nemoci.

Na tento cíl se vztahovaly otázky č. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 a 12. Cílem bylo zjistit, jakou roli hrály určené faktory při prožívání zákroku. Faktory byly následující: věk, vzdělání, rodinný stav, počet dětí, vědomosti o zákroku, důvod operace, typ operace, získané zkušenosti, podpora a rozhodnutí pro operaci. Tyto faktory jsem vyhodnotila ve vztahu k otázce č. 11, která podávala informaci o pocitech ženy po zákroku. U každého z pocitů (úleva, strach, neurčitě, spokojenost) jsem vybrala nejčastější odpovědi vzhledem k uvedeným faktorům.

Většina žen (26 respondentů) po provedeném zákroku pocítila úlevu. Tyto ženy byly nejčastěji ve věku 41-45 let, se středním vzděláním, vdané, se 2 dětmi. Před operací měly dostatek informací. Důvod k operaci bylo časté a intenzivní krvácení. Byla jim odstraněna pouze děloha a již před operací získaly zkušenosti jiných žen o tomto zákroku. Největší podporu měly ze strany rodiny a pro zákrok se rozhodly ihned.

Strach, obavy a lítost určilo 14 žen. Většina z nich byly ve věku 46-50 let, vyučené, vdané, se 2 dětmi a dostatečně informované o zákroku. Důvodem k operaci bylo opět časté a intenzivní krvácení. Byla jim provedena hysterektomie s adnexektomií. Ve stejném poměru byly získané zkušenosti jiných žen, tedy 6 žen nemělo žádné zkušenosti a 6 žen tyto zkušenosti získaly a byly jim přínosem. Největší emoční podporu měly ženy opět v rodině a pro zákrok se taktéž rozhodly ihned.

Z celkového počtu žen (60) uvedlo 12 žen, že se cítily neurčitě. Většina z nich byly ve věku 35-40 let, se středním vzděláním, rozvedené, se 2 dětmi a plně informované o zákroku. Jako důvod k operaci uvedly, že byly bez potíží, ale operace jim byla doporučena. Prodělaly pouze odstranění dělohy. Zkušenosti od jiných žen neměly žádné. Největší oporu našly opět v rodině a pro zákrok se rozhodly ihned.

Spokojenost po zákroku uvedlo 8 žen. Nejčastěji byly ve věku 46-50 let, se středním vzděláním, vdané, se 2 dětmi a dostatečně informované o zákroku. Důvod operace je opět kvůli častému a intenzivnímu krvácení. Ženám byla provedena jak prostá hysterektomie, tak hysterektomie s adnexektomií ve stejném poměru. Všechny ženy získaly informace jiných žen o zákroku a opět se přiklonily ihned k operaci.

**Cíl č. 2: Zjistit, zda u žen došlo ke změně sebepojetí.**

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 11, 12 a 14. Otázka č. 11 poskytovala informace o pocitech, které ženu provázely po hysterektomii. Většina žen (26 respondentů) uvedla, že pocítila úlevu, 14 žen prožívalo strach, obavy a lítost. Dále 12 žen se cítilo neurčitě a zbylých 8 žen projevilo spokojenost. Na otázku č. 13, zda ženy vnímají sebe samu po zákroku jinak, odpověděly takto: pro 43 žen se po zákroku nic nezměnilo, 25 žen se cítilo mnohem lépe a pouze 2 ženy měly negativní pocity. Otázka č. 14 zjišťovala, zda po zákroku došlo ke změně v sexuální oblasti. Naprostá většina žen (53 respondentů) uvedla, že zákrok jejich sexuální život neovlivnil, negativní dopad určilo pouze 7 žen. Z toho vyplývá, že pro většinu žen nebyl tento zákrok psychicky zatěžující, a že u nich nedošlo ke změně v oblasti vnímání sebe sama.

**Cíl č. 3: Zjistit, co dopomohlo ženám k začlenění se do běžného života po operaci.**

K tomuto cíli byly přiřazeny otázky č. 15, 16 a 17. Otázka č. 15 byla zaměřena na to, jak zákrok vnímalo okolí. 31 žen uvedlo, že okolí s nimi jednalo ohleduplně a starostlivě, 25 žen určilo, že okolí tento zákrok bralo jako zcela běžný a pouze 4 ženy se nikomu nesvěřily. Zda se v každodenním životě vyskytly nějaké problémy, zjišťovala otázka č. 16. U většiny žen (33 respondentů) se neobjevily žádné potíže, 12 žen uvedlo potíže fyzické a stejný počet byl zastoupen u potíží psychických. 2 ženy uvedly, že měly problémy jak po stránce fyzické, tak psychické. Jedna žena popsala, že několikrát v průběhu 6 týdnů nemohla tzv. naskočit. Poslední otázka č. 17 zkoumala, zda ženy využily nějakých prostředků k tomu, aby podpořily proces rekonvalescence. Mnoho žen (31 respondentů) nevyužilo žádných prostředků, naopak 29 žen ano. 17 žen navštívilo lázně, 5 žen chodilo na masáže, užívání vitamínů uvedly 4 ženy, hormonální léčbu zahájily taktéž 4 ženy a jedna žena začala cvičit doporučené cviky. Z toho vyplývá, že u většiny žen zákrok nezpůsobil žádné větší problémy v běžném životě. Okolí se k ženám chovalo mile a téměř polovina žen o sebe pečovala různými nadstandardními prostředky.

U otázky č. 18 měli respondenti možnost se vyjádřit nebo doplnit dotazník. Několik žen do této položky napsalo, že velmi doporučují navštívit lázně.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce pojmenovaná Prožívání nemoci u žen po hysterektomii měla za úkol: zmapovat faktory, které hrají roli při prožívání zákroku, zjistit, zda u žen došlo ke změně vnímání sebe sama a jakým způsobem se začlenily do běžného života po operaci. Myslím si, že vytyčené cíle byly splněny.

V teoretické části jsem rozebrala pojem hysterektomie a dotkla jsem se oblastí, kterých se týká. Především oblast sexuální, která je pro mnohé ženy velmi důležitá. Dále jsem nastínila problémy psychické a fyzické, které by se po hysterektomii mohly vyskytnout. V další části jsem se věnovala prožívání nemoci obecně, popsala jsem reakce na nemoc a také zvládání stresových situací, jakou nemoc určitě je.

V praktické části jsem zpracovávala výsledky průzkumného šetření, které bylo realizováno pomocí kvantitativní metody, konkrétně rozdáním dotazníků. Získané údaje byly zpracovány do tabulek a grafů, následně pak formulovány v textu.

Přesto, že se jedná o citlivé téma, setkala jsem se s přátelským a vstřícným přístupem všech zúčastněných osob dotazníkového šetření. Jsem ráda, že jsem do tohoto tématu více pronikla. Ačkoliv převážná většina žen v dotazníku uvedla, že před operací měla dostatek informací o zákroku, domnívám se, že tomu tak zcela není. Z výsledků výzkumu vyplývá, že po zákroku pocítily úlevu a spokojenost většinou ženy, které před operací získaly informace a zkušenosti od jiných žen. Myslím si proto, že by bylo dobré hovořit o zákroku s ženami, které již hysterektomii prodělaly. Každá žena nemusí mít možnost o tomto zákroku mluvit s ženou v jejím okolí, proto bych ráda doporučila internetové stránky, kde probíhá diskuze na toto téma.

Jsou to např.:

<http://www.prodamy.cz/diskuze-hysterektomie.html>,

<http://www.dama.cz/diskuse/d.php?d=3427>,

<http://www.gynweb.cz/hysterektomie/co-je-hysterektomie-a-jak-se-provadi>.

Na závěr bych ráda uvedla, že stále narůstá počet žen, které tento zákrok podstupují. Je tedy velmi důležité těmto ženám poskytovat dostatek informací a také podporu, jak ze strany zdravotnického personálu, tak ze strany rodiny. Výzkum také ukázal, že mnoho žen po zákroku nevyužívá žádných prostředků k podpoření rekonvalescence. Myslím si, že by

tomu mělo být naopak. Podle mého názoru, by všechny tyto zmíněné aspekty minimalizovaly jak psychické, tak fyzické problémy.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BAŠTECKÁ, Bohumila et al., 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-735-3.
- [2] FAIT, Tomáš, 2010. *Přechodem bez obav*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-219-3.
- [3] HOLUB, Zdeněk, 2000. *Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému*. Praha: Galén. ALMA MATER, sv. 16. ISBN 80-7262-045-2.
- [4] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- [5] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.
- [6] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [7] MOHAPL, Přemysl, 1992. *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-7067-127-0.
- [8] PAULÍK, Karel, 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2959-6.
- [9] PRAŠKO, Ján et al., 2010. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2365-4.
- [10] ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART et al., 2008. *Gynekologie*. 2. doplněné a přepracované vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-501-7.
- [11] ROZTOČIL, Aleš et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2832-2.
- [12] VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [13] VOKURKA, Martin a Jan HUGO et al., 2004. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-009-7.

[14] ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

[15] ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007 cit. podle JOBÁNKOVÁ, Marta et al., 1992. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-127-6.

[16] ZACHAROVÁ, Eva, Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a Vladimír LITVA, 2010. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi*. Ostrava: Ostravská Univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-703-8.

[17] ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA. *Hospitalizování v nemocnicích ČR 2010*, 2011. Praha: ÚZIS ČR. ISBN 978-80-7280-973-8. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>

#### **Elektronické zdroje:**

[18] BAYRAM, Güliz Onat a Nezihe Kizilkaya BEJI, 2010. Psychosexual Adaptation and Quality of Life After Hysterectomy. *Sexuality and disability* [online]. vol. 28, iss. 1, s. 3-13 [cit. 2011-11-20]. Dostupné z: doi: 10.1007/s11195-009-9143-y

[19] GYNEKOLOGICKA - LAPAROSKOPIE.CZ. Co je hysterektomie a jak se provádí. In: *Gynweb* [online] 10. březen 2011 [cit. 2012-04-23]. Dostupné z: <http://www.gynweb.cz/hysterektomie/co-je-hysterektomie-a-jak-se-provadi>

[20] THE PATIENT EDUCATION INSTITUTE. Hysterectomy. In: *MedlinePlus* [online]. © 1995 – 2012, Last reviewed 18. 3. 2009 [cit. 2012-05-21]. Dostupné z: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/tutorials/hysterectomy/og019104.pdf>

[21] VOMVOLAKI, E. et al., 2006. The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* [online]. March 2006, vol. 11, iss. 1, s. 23-27 [cit. 2012-05-19]. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/13625180500430200>



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Apod. A podobně

Č. Číslo

ČR Česká republika

LAVH Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

Např. Například

Tab. Tabulka

Tj. To je

Tzv. Takzvaný

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky

**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf 1: Věk</i> .....	32
<i>Graf 2: Věk v době operace</i> .....	33
<i>Graf 3: Vzdělání</i> .....	34
<i>Graf 4: Rodinný stav</i> .....	35
<i>Graf 5: Děti</i> .....	36
<i>Graf 6: Informace o zákroku</i> .....	37
<i>Graf 7: Indikace k operaci</i> .....	38
<i>Graf 8: Typ operace</i> .....	39
<i>Graf 9: Získané zkušenosti</i> .....	40
<i>Graf 10: Podpora žen po zákroku</i> .....	41
<i>Graf 11: Pocity po zákroku</i> .....	42
<i>Graf 12: Rozhodnutí pro operaci</i> .....	43
<i>Graf 13: Vnímání sebe sama po zákroku</i> .....	44
<i>Graf 14: Vliv zákroku na sexuální život</i> .....	45
<i>Graf 15: Ovlivnění sexuality</i> .....	46
<i>Graf 16: Vnímání zákroku okolím</i> .....	47
<i>Graf 17: Možné problémy po operaci</i> .....	48
<i>Graf 18: Prostředky rekonvalescence</i> .....	49
<i>Graf 19: Využité prostředky</i> .....	50

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tab. 1: Celkový počet hysterektomií za rok 2010</i> .....	11
<i>Tab. 2: Věk</i> .....	32
<i>Tab. 3: Věk v době operace</i> .....	33
<i>Tab. 4: Vzdělání</i> .....	34
<i>Tab. 5: Rodinný stav</i> .....	35
<i>Tab. 6: Děti</i> .....	36
<i>Tab. 7: Informace o zákroku</i> .....	37
<i>Tab. 8: Indikace k operaci</i> .....	38
<i>Tab. 9: Typ operace</i> .....	39
<i>Tab. 10: Získané zkušenosti</i> .....	40
<i>Tab. 11: Podpora žen po zákroku</i> .....	41
<i>Tab. 12: Pocity po zákroku</i> .....	42
<i>Tab. 13: Rozhodnutí pro operaci</i> .....	43
<i>Tab. 14: Vnímání sebe sama po zákroku</i> .....	44
<i>Tab. 15: Vliv zákroku na sexuální život</i> .....	45
<i>Tab. 16: Ovlivnění sexuality</i> .....	46
<i>Tab. 17: Vnímání zákroku okolím</i> .....	47
<i>Tab. 18: Možné problémy po operaci</i> .....	48
<i>Tab. 19: Prostředky rekonvalescence</i> .....	49
<i>Tab. 20: Využité prostředky</i> .....	50

## SEZNAM PŘÍLOH

P I    Dotazník

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní,

jmenuji se Renata Šenkyříková a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra, Fakulty humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který slouží k vypracování mé bakalářské práce na téma Prožívání nemoci u žen po hysterektomii. Dotazník je anonymní a slouží pouze pro potřeby mého výzkumného šetření. Zakroužkujte vždy jednu odpověď.

Děkuji Vám za pomoc a čas strávený vyplněním tohoto dotazníku.

1. Váš věk:

- a) 35-45
- b) 46-55
- c) 56-65

2. V kolika letech jste podstoupila operaci?

- a) 35-40
- b) 41-45
- c) 46-50
- d) 51-55
- e) 56-60
- f) 61-65

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučena
- c) střední
- d) vysokoškolské

4. Rodinný stav (v době operace):

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

5. Děti (v době operace):

- a) 1
- b) 2
- c) 3

- d) 4 a více
- e) žádné

6. Měla jste před operací dostatek informací o plánovaném zákroku?

- a) ano
- b) ne

7. Proč jste podstoupila operaci?

- a) neměla jsem žádné potíže, ale byla mi doporučena
- b) z důvodu častého a intenzivního krvácení
- c) z důvodu zhoubného nádoru
- d) jiné.....

8. Jaký typ operace jste prodělala?

- a) odstranění dělohy
- b) odstranění dělohy spolu s vejcovody a vaječníky

9. Setkala jste se s ženou, která již prodělala hysterektomii ještě před operací?

- a) ano, bylo to pro mě přínosem
- b) ano, nebylo to pro mě přínosem
- c) ne

10. Kdo Vám byl největší oporou po operaci?

- a) rodina
- b) přátele
- c) nemocniční personál
- d) nikdo, cítila jsem sama

11. Co jste cítila po provedeném zákroku?

- a) úleva
- b) strach, obavy, lítost
- c) neurčitě
- d) spokojenost
- e) jiné.....

12. Poté co Vám byla doporučena hysterektomie jste:

- a) zvolila ihned operaci
- b) snažila se operaci odkládat
- c) na operaci nemyslela

13. Vnímáte sebe samu po zákroku jinak?

- a) negativní pocity
- b) nevím, kdo jsem
- c) nic se pro mě nezměnilo
- d) cítím se mnohem lépe

14. Ovlivnil zákrok Váš sexuální život?

- a) ano (jak?)

.....

- b) ne

15. Jak Váš zákrok vnímalo okolí?

- a) nikomu jsem se nesvěřila
- b) okolí se ke mně chovalo ohleduplně a starostlivě
- c) okolí to bralo jako běžný zákrok
- d) jiné.....

16. Potýkala jste se po operaci s nějakými problémy v každodenním životě?

- a) ano, po stránce fyzické
- b) ano, po stránce psychické
- c) ano, po stránce fyzické i psychické
- d) ne
- e) jiné.....

17. Snažila jste se nějakými prostředky podpořit proces rekonvalescence? (př. masáže, užívání doplňků stravy, lázně atd.)

- a) ano (jakými?)

.....

- b) ne

18. Pokud byste chtěla ještě něco k dotazníku doplnit, nyní máte možnost.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....