Prožívání nemoci u žen po hysterektomii

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

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTNÍ, 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 popsát prožívání nemoci po stránce fyzické, psychické, sociální, dále popsát 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 životu po operaci.

Analyzovat data výzkumného šetření a interpretovat zjištěné poznatky do praxe.
Rozsah bakalářské práce:
Rozsah příloh:
Forma zpracování bakalářské práce: tisková/elektronická

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Kašná
Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2011
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. května 2012

Ve Zlínil dne 14. února 2012

[Podpisy]
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
Mgr. Anne Krátká, Ph.D.
děkanka
ředitelka ústavu
PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdaním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplňení dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;1)
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 2).
- podle § 60 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 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 příměřený 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 tiskená 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 20.5.2012

[Podpisy]

---

1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplňení dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Zveřejnění zveřejňovaných práv
2) Zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), § 35 odst. 3
(7) ...外交ne nebo školní z...
ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak ženy prožívají zákrok hysterektomii. 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 počiny, které provázejí ženy po hysterektomii 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 nahrána do IS/STAG jsou totožné.
ÚVOD

Téma pro moji bakalářskou práci se mi nevolilo lehce. Nebyla jsem si jistá, která proble-
matika ve zdravotnictví mě nejvíce zajímá. Při výběru mě proto hodně ovlivnila má matka,
ktéřá měla v době mého rozhodování zdravotní problémy a musela podstoupit gynekolo-
gický zákrok hysterektomii. Tato operace je v dnešní době velmi častá, přesto si myslím, že
není v povědomí každého člověka. Když jsem zjišťovala, kde ženy prodělaly hysterektom-
mii v mé 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 gynekolo-
gické operace. Indikací k odebrání dělohy bývá nejčastěji nepravidelné nebo silné krvácení,
ktéře nereaguje na podávání léků. Dále jsou to nezhoubné nádory děložní svaloviny,
zhoubné nádory děložního čípku atd. Závažnější stav pak představuje odebrání vaječníků
produkující 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 vzni-
ku 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
vitají, neboť jim přináší úlevu. Některé ženy se zase obávají, že po zákrocu 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 ošetřovatelskou.
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 hysterektomii za rok 2010**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zákrok</th>
<th>Počet operovaných</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hysterektomie abdominální nebo vaginální s nebo bez adnexetomie</td>
<td>5 166</td>
</tr>
<tr>
<td>Hysterektomie vaginální s přední nebo zadní poševní plastikou</td>
<td>2 409</td>
</tr>
<tr>
<td>Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie</td>
<td>2 173</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Celkem</strong></td>
<td><strong>9 748</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Indikace k odstranění dělohy jsou různé, nejčastější důvody jsou:

- nepravidelné nebo silné krvácení, které nereaguje na podávaní 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 vaječníků či endometriózu. (Fait, 2010, s. 66)

„Děloha (uterus) je dutý, silnostěnný svalový orgán uložený v malé pánvi mezi močovým měchýřem a konečníkem. U dospělé ženy má tvar předozadně 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 shromážděny do děje, který se nazývá menstruační cyklus. Svalová vrstva dělohy má důležitou funkci, a to vytvoření funkčního systému pro vypuštění děložního obsahu do pochvy. Správná poloha dělohy je udržována 2 systémy, a to aparát podpůrným a závěsným. Aparát podpůrný 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 hnízdění 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. (Roztočil et al., 2011, s. 21-23; Fait, 2010, s. 66)

Zhlediska 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 výrazného zvětšení dělohy, dále u pacientek s úzkou pochvou, u rizik četných srůstů v malé pánev 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 anatomo-mickým 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 libido poukazuje na stabilní a uspokojivé partnerské vztahy.
- **Sexuální dysfunkce partnera** – přestože na sexuální reaktivitu ženy má vliv mnoho faktorů pramenící z její tělesné a psychické situace, sexuální dysfunkce partnera je také jedna z nejdůležitějších. Úspěšná léčba erektílní 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, antidepressiva, 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 vedé ke zkrácení nebo zúžení pochvy. U rozšířené hysterektomie se vyskytuje vysoké procento sexuálních dysfункcí, 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 odbrána pro karcinom. Často u nich dochází k psychosomatickým potížím. Ženy vykazují příznaky deplece estrogenů, kam se řadí návaly horka, depressivní 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 vyskytnout ještě před touto zatěžující situací, pravděpodobně přetrvají 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 řen může trpět psychickými příznaky, jako je deprese, únava, úzkost, ale i problémy s vyprázdnováním močového měchýře, zácpa, předčasně selhání vaječníků a sexuální dysfunkce. Každý člověk reaguje odlišně, tyto reakce vznikají 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 úzkostí může dojít i u partnerů těchto žen, protože se obávají zranění partnerky během pohlavního styku. Úroveň deprese souvisí s kulturními hodnotami a rozložením roli 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,
- nenaplňená touha mít dítě,
- strach ze ztráty sexuální přitažlivosti,
- negativní postoj partnera.

Po hysterektomii se mohou objevit nejen psychické, ale i fyzické zdravotní problémy. Zjizvená tkáň způsobená operaci může narušit krevní řečiště, které vede k pohlavním orgánům a tím může dojít k poklesu sexuálních funkcí. Nebezpečí skýtá i dolní hypogastrický ner-
vojový 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 přimo 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 pocitovat 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 ji lékař doporučí další postup léčby, např. lázeňskou léčbu. (Fait, 2010, s. 71; Gynekologicka-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 pociťuje (bolest a různé obtíže),
- emocionální: jak pacient prožívá to, co pociťuje (strach, úzkost, naděje),
- racionální a informativní: sem patří informace a vědomosti získané o nemoci,
- volní: jak pacient vynaloží s tím, co pociťuje 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 fyzická stav. V neposlední řadě sem patří otázka zavírání 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 příjemně, 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


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 vykryl.
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, přátele 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 přitele. 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.


Při běžných onemocněních většina nemocných reaguje přiměřeně situaci, tedy přijímá diagnostiku, 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 nedodržuje doporučená opatření. Důvodem často bývá přečneňování svých možností a podceňování zdraví, ale také za tím může stát strach z bolesti, obtíží, následků.


5. Nozofóbní postoj – projevuje se jako neprůměrná obava z nemoci. Nemocný si všímá drobných, nevýznamných potíží a opakovaně se nechá 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 lehké nemoc velmi intenzivně. Při výskytu potíží podléhá, nebojuje s nimi.


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 jejích příznaků. Většinou se tak děje proto, aby pacient dosáhl nějaké výhody. Především je to u lidí primitivních, ale také u rafinovaných a vychytralých.

3. Repudiace – 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 distres reagují lidé odlišně. Při maladaptaci se může vyskytnout strach, deprese, stud, pocit viny, neklid, hostilita, poruchy chování nebo nedostatek spolupráce, negativní reakce na osobnost či chování lékaře. Osobnost nemocného, změny v souladu se způsobem 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 postavení 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, tísň na hrudí, tlak v břišním pásmu).
3. Psychologická reakce – celková psychologická reakce na nemoc zahrnuje strategii zvládání 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 zmírňit emoční a tělesné potíže. Patří sem ventilace emocí, kdy člověk vyjádří své emoce a pocit 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 nebudou adaptivní v případě rozvíjející se tělesné nemoci, protože může oddálat léčbu. Naopak může být adaptivní při chronickém průběhu nemoci, kde nestálé 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.

Maladaptní 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


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. Řád je mezi nejčastěji 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 vážnost. 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 vytěsnování 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 komplikaci 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 zpět 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 vyvšené psychické napětí a fyziologická aktivace, které mohou mít negativní dopad na člověka. Trvalé vytěsňování myšlenek potřebuje fyzickou energii, tudiž 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, tudiž 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 společnosti tolerovaného motivu pro chování, které druží 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 hranám může být projevem reaktivního výtvoru. Tito lidé měli v minulých letech problémy s kontrolou vnitřních impulzů, tudiž 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 nevyléčitelnou 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 kratou 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 tudiž nejde k lékaři. (Praško et al., 2010, s. 45)

Přesunutí zmírňuje negativní pocit 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 doktorky 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 roli oběti a přebírat postoje a jednání od ostatních pacientů.

**Intelektualizace** umožňuje emoční odstup od stresové situace tím, že se s ní člověk vyrovnanou pomocí abstraktních, intelektuálních pojmů, např. lékař, který je neustále vystaven lidskému utrpení, nemůže s každým pacientem soucitit. 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 nezájem 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 objeven 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 partnера) 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 sebeupojetí nemocného, zhoršit sebehodnocení a snižit sebeúctu. 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 Edelmanna, že ženy většinou onemocnění 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


4.3 Charakteristika výzkumného souboru

Do mého výzkumného souboru byly zařazeny pouze ženy, které prodělaly gynekologický zákrok hysterektomii. 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 ambulancí bylo ponecháno 20 dotazníků. Jejich návratnost byla 100%. Dále bylo rozdáno 20 dotazníků v mém okolí, jejichž návratnost byla také 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 výšečového grafu.
5 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1: Váš věk?

Tab. 2: Věk

<table>
<thead>
<tr>
<th>Věk</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>35-45 let</td>
<td>18</td>
<td>30%</td>
</tr>
<tr>
<td>46-55 let</td>
<td>16</td>
<td>27%</td>
</tr>
<tr>
<td>56-65 let</td>
<td>26</td>
<td>43%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

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*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vzdělání</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Základní</td>
<td>4</td>
<td>7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyučena</td>
<td>21</td>
<td>35%</td>
</tr>
<tr>
<td>Střední</td>
<td>29</td>
<td>48%</td>
</tr>
<tr>
<td>Vysokoškolské</td>
<td>6</td>
<td>10%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Graf 3: Vzdělání*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vzdělání</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Základní</td>
<td>4</td>
<td>7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyučena</td>
<td>21</td>
<td>35%</td>
</tr>
<tr>
<td>Střední</td>
<td>29</td>
<td>48%</td>
</tr>
<tr>
<td>Vysokoškolské</td>
<td>6</td>
<td>10%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rodinný stav</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Svobodná</td>
<td>2</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Vdaná</td>
<td>36</td>
<td>60%</td>
</tr>
<tr>
<td>Rozvedená</td>
<td>18</td>
<td>30%</td>
</tr>
<tr>
<td>Vdova</td>
<td>4</td>
<td>7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Děti</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>14%</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>36</td>
<td>60%</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>12</td>
<td>20%</td>
</tr>
<tr>
<td>4 a více</td>
<td>2</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Žádné</td>
<td>2</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Informace</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>56</td>
<td>93%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>4</td>
<td>7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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*

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

*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 operačí 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Typ operace</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Odstranění dělohy</td>
<td>35</td>
<td>58%</td>
</tr>
<tr>
<td>Odstranění dělohy s adnexekomií</td>
<td>25</td>
<td>42%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Získané zkušenosti</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano, byly přínosem</td>
<td>32</td>
<td>54%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ano, nebyly přínosem</td>
<td>2</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>26</td>
<td>43%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Podpora</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rodina</td>
<td>51</td>
<td>85%</td>
</tr>
<tr>
<td>Přátele</td>
<td>7</td>
<td>12%</td>
</tr>
<tr>
<td>Personál</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Cítila jsem se sama</td>
<td>2</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Celkem</strong></td>
<td><strong>60</strong></td>
<td><strong>100%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pocity</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Úleva</td>
<td>26</td>
<td>44%</td>
</tr>
<tr>
<td>Strach</td>
<td>14</td>
<td>23%</td>
</tr>
<tr>
<td>Neurčitě</td>
<td>12</td>
<td>20%</td>
</tr>
<tr>
<td>Spokojenost</td>
<td>8</td>
<td>13%</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Celkem</strong></td>
<td><strong>60</strong></td>
<td><strong>100%</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rozhodnutí pro operaci</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zvolila ihned operaci</td>
<td>50</td>
<td>83%</td>
</tr>
<tr>
<td>Snažila se operaci odkládat</td>
<td>7</td>
<td>12%</td>
</tr>
<tr>
<td>Na operaci nemyslela</td>
<td>3</td>
<td>5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vliv na sexuální život</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>7</td>
<td>12%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>53</td>
<td>88%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vliv na sexuální život</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Negativně</td>
<td>5</td>
<td>71%</td>
</tr>
<tr>
<td>Snížená chuť na sex</td>
<td>2</td>
<td>29%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*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 vnímalо okolí?

\textit{Tab. 17: Vnímání zákroku okolím}

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

\textit{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

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

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*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prostředky</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ano</td>
<td>29</td>
<td>48%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne</td>
<td>31</td>
<td>52%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prostředky</th>
<th>Absolutní četnost</th>
<th>Relativní četnost</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Masáže</td>
<td>5</td>
<td>17%</td>
</tr>
<tr>
<td>Lázně</td>
<td>15</td>
<td>52%</td>
</tr>
<tr>
<td>Vitamíny</td>
<td>4</td>
<td>14%</td>
</tr>
<tr>
<td>Hormonální terapie</td>
<td>4</td>
<td>14%</td>
</tr>
<tr>
<td>Doporučené cviky</td>
<td>1</td>
<td>3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td>60</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 odhodlaly 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 přísně. Největší emoční podporu měly ženy opět v rodině a pro zákrok se taktéž odhodlaly 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. Prodloužily pouze odstranění dělohy. Zkušenosti od jiných žen neměly žádné. Největší oporu nalezly 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.


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. Okoli 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. Myslí 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 převažná 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 pocitily úlevu a spokojenost většinou ženy, které před operací získaly informace a zkušenosti od jiných žen. Myslí 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,

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. Myslí si, že by
tomu mělo být naopak. Podle mého názoru, by všechny tyto zmíněné aspekty minimalizovaly jak psychické, tak fyzické problémy.
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY


Elektronické zdroje:


**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

<table>
<thead>
<tr>
<th>ÚZIS</th>
<th>Ústav zdravotnických informací a statistiky</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LAVH</td>
<td>Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie</td>
</tr>
<tr>
<td>ČR</td>
<td>Česká republika</td>
</tr>
<tr>
<td>Např.</td>
<td>Například</td>
</tr>
<tr>
<td>Tj.</td>
<td>To je</td>
</tr>
<tr>
<td>Tzv.</td>
<td>Takzvaný</td>
</tr>
<tr>
<td>Č.</td>
<td>Číslo</td>
</tr>
<tr>
<td>Apod.</td>
<td>A podobně</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

Například Tabulka

Takzvaný Ústav zdravotnických informací a statistiky
SEZNAM GRAFŮ

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

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

d) odstranění dělohy  
e) odstranění dělohy spolu s vejcovody a vaječníky  

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  

d) úleva  
e) strach, obavy, lítost  
f) neurčitě  
g) spokojenost  
h) jiné………………………………………………………………………………

10. Kdo Vám byl největší oporou po operaci?  
a) rodina  
b) přátele  
c) nemocniční personál  
d) nikdo, cítíla 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.
      ……………………………………………………………………………………
      ……………………………………………………………………………………
      ……………………………………………………………………………………
      ……………………………………………………………………………………
      ……………………………………………………………………………………
      ……………………………………………………………………………………