

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**PACIENTČINO POJETÍ NEMOCI – STAV PO
HYSTEREKTOMII**

Bakalářská práce

Autor práce: **Štěpánka Páchníková**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Matulová**

2020

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE FAKULTY OF
MEDICINE IN HRADEC KRALOVE**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE DEPARTMENT OF
NURSING

**PATIENT'S CONCEPTION OF THE DISEASE –
CONDITION AFTER HYSTERECTOMY**

Bachelor's Thesis

Author: **Štěpánka Páchníková**

Supervisor: **Mgr. Jana Matulová**

2020

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové dne

.....

Štěpánka Páchniková

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Matulové za odborné vedení, laskavý přístup, za trpělivost a cenné rady při zpracovávání mé bakalářské práce. Velké díky patří i mé rodině a blízkým, bez jejichž podpory by tato práce nevznikla.

Obsah

ÚVOD.....	7
1. ANATOMIE A FUNKCE DĚLOHY	9
2. HYSTEREKTOMIE A INDIKACE OPERAČNÍHO VÝKONU	11
2.1 Benigní onemocnění – děložní myomy.....	11
2.1.1 Konzervativní léčba děložních myomů	14
2.1.2 Chirurgická léčba děložních myomů	15
2.2 Maligní onemocnění – karcinom endometria	16
2.2.1 Chirurgická léčba karcinomu endometria.....	17
2.3 Endometrióza	18
2.3.1 Konzervativní léčba endometriózy	18
2.3.2 Chirurgická léčba endometriózy.....	19
2.4 Abnormální děložní krvácení.....	19
2.4.1 Konzervativní léčba abnormálního děložního krvácení	20
2.4.2 Chirurgická léčba abnormálního děložního krvácení	21
2.5 Druhy operačních přístupů.....	21
2.5.1 Abdominální hysterektomie.....	21
2.5.2 Vaginální hysterektomie	22
2.5.3 Laparoskopická hysterektomie	23
2.6 Možné komplikace	24
2.6.1 Perioperační komplikace.....	25
2.6.2 Časné pooperační komplikace	25
2.6.3 Pozdní pooperační komplikace	26
3. ZMĚNY V ORGANISMU ŽENY PO HYSTEREKTOMII.....	27
3.1 Umělý přechod	27
3.2 Vliv hysterektomie na sexualitu ženy	28
3.3 Vliv hysterektomie na psychiku ženy	29
4. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU PŘED A PO HYSTEREKTOMII	30
4.1 Předoperační péče	30
4.1.1 Dlouhodobá příprava	30
4.1.2 Krátkodobá příprava	31
4.1.3 Bezprostřední příprava.....	32
4.2 Pooperační péče	32
4.2.1 Bezprostřední pooperační péče.....	32

4.2.2	Časná pooperační péče.....	33
4.2.3	Pozdní pooperační péče	34
5.	PACIENTOVO POJETÍ NEMOCI.....	36
5.1	Definice nemoci	37
5.2	Dotazníky zjišťující pacientovo pojetí nemoci	38
6.	EMPIRICKÁ ČÁST	40
6.1	Cíle výzkumu	40
6.2	Metoda výzkumu.....	40
6.3	Zpracování získaných dat.....	41
6.4	Charakteristika zkoumaného souboru	41
6.4.1	Demografické údaje pacientek.....	41
7.	Interpretace výsledků výzkumu.....	48
7.1	Dotazník IPQ-R-CZ	48
7.1.1	Proměnná č. 1- Závažnost nemoci	48
7.1.2	Proměnná č. 2- Možnost ovlivnění nemoci	52
7.1.3	Proměnná č. 3- Porozumění nemoci	53
7.1.4	Proměnná č. 4 - Negativní emoce	54
7.1.5	Proměnná č. 5- Sociální dopady	57
7.1.6	Rozdílné pojetí nemoci u pacientek s maligním onemocněním	59
7.2	Možné příčiny nemoci.....	60
8.	DISKUZE	66
	ZÁVĚR	72
	ANOTACE	74
	ANNOTATION	75
	POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	76
	SEZNAM ZKRATEK	79
	SEZNAM TABULEK	80
	SEZNAM GRAFŮ	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82
	PŘÍLOHY	83

ÚVOD

Děloha je orgán, který je úzce spjatý s ženskostí a její odstranění může u každé ženy vyvolat vlnu změn, které mohou způsobovat negativní dopady, jak v psychické, tak i v sociální sféře. Každá žena vnímá jinak své onemocnění, které je důvodem hysterektomie, každá žena vnímá jinak stav po odstranění dělohy. Proto jsem si za téma své práce zvolila toto téma, abych blíže zjistila, jak ženy – pacientky ke svému onemocnění přistupují.

Pojem hysterektomie neboli chirurgické odstranění dělohy patří stále mezi jedny z nejčastějších gynekologických operací napříč významnému rozvoji farmakologické léčby a konzervativních postupů v gynekologii. V České republice se ročně provede řada hysterektomií, ale momentálně nejsou k dispozici aktuální data počtů provedených výkonů. Nejpočetnější zastoupení má hysterektomie ve Spojených státech amerických, kde se za rok provede přes dvě stě tisíc typů této gynekologické operace. Hysterektomie patří také mezi nejčastější velké gynekologické operace i na Slovensku. Redecha ve své publikaci udává, že v letech 2011-2016 tvořila hysterektomie 76,9% všech gynekologických operačních výkonů na Slovensku (2019, s. 107).

Důvodů pro odnětí dělohy je celá řada. Mezi hlavní indikace patří prolaps dělohy, silné děložní krvácení nereagující na konzervativní léčbu, přítomnost zhoubného nádoru dělohy či endometrióza. K nejčastějším důvodům odstranění dělohy však stále patří i vznik nezhoubných novotvarů na svalové vrstvě dělohy, tzv. myomů. Hysterektomie jako jediná metoda zajišťuje definitivní léčbu a úlevu od symptomů bez možnosti recidivy.

Tato chirurgická metoda by měla být především první volbou u žen s ukončenou reprodukční funkcí. Proto je indikována ženám s gynekologickým onemocněním v období klimakteria. Ženám v menopauze zákrok přináší úlevu od symptomů a je spojen s vysokou mírou spokojenosti. Samotný zákrok může ženám před menopauzou navodit tzv. „umělý přechod“, a to v případě, pokud jsou ženě společně s dělohou odebrány doposud funkční vaječníky a vejcovody. Nezvratitelný krok hysterektomie představuje pro ženy ve fertilním věku, které by chtěly mít zachovanou možnost otěhotnět. U těchto fertilních žen je hysterektomie indikovaná po vyčerpání veškerých léčebných alternativ (Mára a Holub, 2009, s. 81).

Postupným zdokonalováním a rozvojem moderních metod a operačních postupů v chirurgii se i hysterektomie dostala na úroveň minimálně invazivního zákroku. Laparoskopické odstranění dělohy snižuje výskyt pooperačních komplikací, výrazně zkracuje dobu hospitalizace a urychluje návrat ženy do každodenního života. Tato laparoskopická metoda nahradila hysterektomii abdominální, od které je dnes opouštěno, jelikož je spojena s vyšším rizikem vzniku komplikací. Minimálně invazivních způsobů, jak vyjmou dělohu, je celá řada, ale stále se jedná o invazivní výkon, který s sebou nese určitá rizika. Proto je důležité pacientku o všem řádně informovat a zajistit jí především psychickou podporu. Podle získaných poznatků uvedených v teoretické části se domnívám, že se změny organismu po hysterektomii nedotýkají jen somatické části, ale i části psychické. Hlavním cílem bakalářské práce je právě zjistit a objasnit, jak ženy individuálně vnímají své gynekologické onemocnění, které je indikací hysterektomie.

I TEORETICKÁ ČÁST

1. ANATOMIE A FUNKCE DĚLOHY

Děloha (uterus, metra, hystera) je dutý, silnostěnný svalový orgán uložený v malé pánvi mezi močovým měchýřem a konečníkem. V pubertě mívá děloha hruškovitý tvar, avšak během dospívání mění svůj tvar i velikost a závisí to především na stavu močového měchýře a rekta. U netěhotné ženy bývá děloha dlouhá okolo sedmi centimetrů, v horní části je široká asi pět centimetrů a dva až tři centimetry je širší v krčku. Hmotnost dělohy se pohybuje okolo padesáti až šedesáti gramů. U ženy v těhotenství se všechny rozměry zvětší a hmotnost dělohy před porodem dosahuje jednoho kilogramu (Rob, Martan a Citterbart et al., 2008; Pilka a Procházka, 2017).

Na děloze můžeme rozlišit dvě základní části. Děložní tělo (corpus uteri) a hrdlo děložní (cervix uteri). Oba oddíly se od sebe liší stavbou, funkcí, různou citlivostí na pohlavní hormony, ale i patologickými procesy. Mezi těmito oddíly, tělem a hrdlem, se nachází malý spojovací úsek – isthmus uteri. Tento zúžený úsek je důležitý během těhotenství, kdy se přeměňuje v tzv. dolní děložní segment (Rob, Martan a Citterbart et al., 2008).

Dutina děložní je vystlaná sliznicí – endometriem, kterou tvoří jednovrstevný cylindrický epitel. Sliznice prodělává změny v závislosti na vzestupu a poklesu ženských pohlavních hormonů. Změny se rytmicky opakují v osmadvaceti denních menstruačních cyklech. Během menstruace se děloha zvětšuje a je více prokrvená. Dochází ke zduření labií a zvýšení sliznice, která je měkkší a tmavě červená. U dívek se menstruační cyklus poprvé objevuje kolem 12. roku – menarché a mizí kolem 50. roku věku u žen v období menopauzy neboli přechodu. Dominantní složku děložní stěny tvoří svalová vrstva – myometrium, jejímž hlavním úkolem je vypuzení děložního obsahu do pochvy. Děložní stěnu dále ještě tvoří subserózní vrstva (telasubserosa) a serózní kryt (perimetrium) (Roztočil, 2011; Pilka a Procházka, 2017).

Děloha v malé pánvi u většiny žen zaujímá polohu v tzv. anteflexi a anteverti. V děložním hrdle je tedy ohnuta dopředu, nejčastěji v úhlu 150 stupňů a celá skloněna vpřed. Její osa pak s osou pochvy svírá úhel 70 – 100 stupňů. Mimo to může být děloha posunuta do strany – lateropositio a pootočena doprava – dextrotorsio. Ve své poloze je děloha fixována

závěsným aparátem (parametrium) a podpurným aparátem tvořeným svaly pánevního dna (Roztočil, 2011).

Na cévním zásobení dělohy se podílejí zejména děložní arterie (a. uterina) a ovariální arterie (a. ovarica). Větve a. uterina nepřekračují v hloubce střední čáru, což má důležitý význam v operačních přístupech. Odkysličená krev je žilami sbírána do plexus venosus uterinus. Krev je poté odváděna do v. iliaca interna. Děloha je též drénována povrchovými a hlubokými mizními cévami (Roztočil, 2011; Pilka a Procházka, 2017).

Děloha je inervována cestou plexus uterovaginalis, tato nervová pleteň obsahuje parasympatická i sympatická vlákna (Roztočil, 2011).

Během těhotenství se děloha nadměrně zvětšuje a v osmém měsíci těhotenství dosahuje regio epigastrica. Po porodu se děloha vrací zpět do téměř původní velikosti, avšak dutina zůstává větší, svalová vrstva je více ohraničená, zevní branka je výraznější, hrany mohou obsahovat jednu či více prasklin a cévy bývají více zakřivené. Po skončení fertilního období ženy se děloha postupně zmenšuje, stává se světlejší a tvrdší na povrchu (Pilka a kol., 2017).

2. HYSTEREKTOMIE A INDIKACE OPERAČNÍHO VÝKONU

Dle Faita (2010) znamená slovo hysterektomie v doslovném překladu „vyříznutí dělohy“. Jedná se o jednu z nejčastějších gynekologických operací. V České republice se každým rokem provede více jak deset tisíc hysterektomií.

Odstranění dělohy může být také součástí operací pro silnou inkontinenci či cystické a nádorové změny vaječníků (Fait, 2010).

I když je hysterektomie velice efektivní léčbou pro výše uvedené onemocnění, je nutné brát v potaz následky spojené s operací a to zejména sterilitu u žen ve fertilním věku. Po hysterektomii nemůže žena otěhotnět ani menstruat, bez ohledu na to, jaký je její věk (Pilka a Procházka, 2017).

Důvodů, proč ženy podstupují tento zákrok, je nespočet, od nádorových onemocnění, přes silné krvácení, prolaps dělohy až po endometriózu. Indikaci k hysterektomii určuje velikost dělohy, osobní anamnéza, předchozí operace a předoperační staging k určení rozsahu nádoru pokud je nádor indikací k hysterektomii. Rozhodující slovo má samozřejmě žena, která musí dát k provedení hysterektomie svůj písemný informovaný souhlas (Chvátal, ©2015).

2.1 Benigní onemocnění – děložní myomy

Mezi nejčastější ženská gynekologická onemocnění patří děložní myomy. Přesný výskyt myomů v populaci žen není známý, jelikož jejich průběh je často asymptomatický. Postihují až čtyřicet procent žen ve čtvrté a páté dekádě života. Myomy jsou benigní nádory vznikající proliferací vazivové a svalové části myometria. Jejich vznik a růst je hormonálně podmíněn, protože v tkáni myomů jsou přítomny receptory pro ženské pohlavní hormony, estrogeny a progesteron. S blížící se menopauzou frekvence jejich výskytu narůstá, proto se nejčastěji vyskytují u žen okolo 50 let věku, a u žen mladších 20 let se vyskytují zřídka a velmi vzácně (Mára a Holub, 2009).

Rizikové faktory pro jejich vznik a růst souvisejí s přibývajícím věkem. Větší riziko vzniku myomů mají ženy s časnou menarché před desátým rokem a naopak s pozdní menopauzou. U žen s pozitivní rodinnou anamnézou bývá riziko výskytu myomů dvaapůlkrát vyšší. Bylo také prokázáno, že myomy se častěji vyskytují u Afroameričanek než u bělošek. U obézních žen s BMI nad třicet se riziko vzniku myomu zvyšuje o 21% s každým nárůstkem hmotnosti o deset kilogramů (Mára a Holub, 2009; Redecha, 2019).

Výskyt myomů je častější u nerodících žen, těhotenství ve středním reprodukčním věku má v tomto případě protektivní vliv vůči vývoji myomů. Dle Máry a Holuba (2009) mezi protektivní faktory patří také kouření, protože nikotin snižuje přítomnost estrogenu v cílových tkáních.

Většina myomů bývá asymptomatická a nevyžaduje žádnou léčbu. Nicméně mnoho žen přichází s klinickými příznaky, někdy i velice závažnými, a to bývá indikací k hysterektomii. „V České republice je diagnóza myomu nejčastější indikací k odstranění dělohy. Tento stav odpovídá i situaci v USA, Kanadě a Evropě. V uvedených zemích je 70 – 80% hysterektomií provedeno pro menorigie a děložní myomy.“ (Mára a Holub, 2009, s. 79)

Mezi nejčastější klinické příznaky patří:

- Nepravidelné krvácení, které vzniká následkem zvětšující se plochy děložní sliznice
- Bolest, která je vyvolána rozpínáním lůžka myomu při jeho růstu a působením tlaku na viscerální perimetrium. Bolest je intenzivní při menstruaci, zvýšené námaze a pohlavním styku (Roztočil, 2011).

Dle Pilky (2017) je však akutní bolest u myomů neobvyklá, a pokud se náhle vyskytne, tak většinou v souvislosti s torzí stopky u stopkatých myomů nebo může dojít k omezení cévního zásobení myomu, což vede k infarktu a degeneraci myomu. Takto vystupňovaná a silná bolest může připomínat náhlou příhodu břišní.

Dle Máry a Holuba (2009) jsou převažujícími benigními nádory děložního těla tzv. leiomyomy, jejich výskyt je udáván u 75 % žen. Vycházejí z hladké svaloviny, tvoří se a rostou v děložní stěně. Jedná se o ostře ohraničené, tuhé a oválné nádory. Jejich vznik a růst podléhá genetickým a hormonálním vlivům. Významnou roli má i vliv růstových faktorů na vznik myomů.

Děložní leiomyomy patří také mezi nejčastější benigní nádory vyskytující se v průběhu těhotenství. Prevalence myomů v těhotenství se pohybuje okolo čtyř procent. Při graviditě se

mohou podílet na vzniku různých komplikací v závislosti na jejich počtu, velikosti a lokalizaci. Přítomnost myomů může vyvolat předčasný porod, abrupci placenty až poporodní krvácení. Myomy lokalizované v dolním děložním segmentu jsou zvyšující indikací k císařskému řezu (Acta Medicinæ, ©2016).

Myomy začínají růst vždy intramurálně v děložní svalovině, zpočátku mají tvar kulovitěho uzlu. Později blednou a tím se odlišují od okolního červeného myometria. Pruhy myometria se soustředně ukládají kolem myomu a vytvářejí tak jeho pouzdro. Myomy mohou růst buď solitárně, nebo tvoří vícečetné děložní myomatózy. Dle Roztočila (2011) rostou myomy ve většině případů vícečetně a to v různých stádiích vývoje a různé velikosti. Tento typ dělohy s několika myomy se nazývá uterus myomatosus. Pilka (2017) udává, že takto vzniklá myomatózní děloha může utlačovat okolní pánevní orgány a způsobit zácpu, urgentní inkontinenci a útlak močovodu s rozvojem hydronefrózy. Pro ilustraci je zařazen obrázek myomatózní dělohy do přílohy č. 2.

Intramulární myomy zůstávají v děložní stěně, tedy na místě, kde původně vnikly. Dle Špačka (2018) jsou nejčastějšími myomy a vyskytují se v 95 %.

Pod perimetriem rostou subserózní myomy, na stěně děložní směrem do dutiny vytvářejí polokulovitý útvar, pokud se od dělohy oddělí, vzniknou tak myomy intraligamentózní (Roztočil, 2011).

Pokud je myom s myomentriem spojen pouze tenkou stopkou, hovoříme o pendulujícím myomu. Stopkou probíhají cévy vyživující nádor. Takto lokalizovaný myom je volně pohyblivý v dutině břišní (Roztočil, 2011).

Blízko děložní sliznice jsou uloženy myomy submukózní. Tato forma myomu je méně častá. Stahy myometria vyklenují myom do dutiny děložní, nejprve dělohu deformuje a posléze ji zcela vyplní. Sliznice se kvůli myomu nepravidelně vyvíjí a je zdrojem krvácení. Myom je nejprve fixován k endometriu, později je s ním spojen stopkou, tzv. stopkatý myom. Děložní stahy pak mohou myom vytlačit přes děložní hrdlo až do pochvy, vzniká stav nazývaný se myoma nascens, tzv. rodící se myom. Submukózní myomy často podléhají nekróze a způsobují značné komplikace (Roztočil, 2011; Redecha, 2019).

V průběhu vývoje mohou v myomu probíhat sekundární změny. Po skončení ovariální činnosti mohou myomy podléhat atrofii z důvodu poklesu stimulačního vlivu hormonů vaječnicků. Pokud dojde ke kompresi nebo trombóze cévy vyživující myom, může dojít

k ischemii a následně k nekróze myomu. Vzácně může dojít k infekci myomu přes lymfatickou nebo krevní cestu. Myom může podléhat kalcifikaci, jde o proces, kde se do tkáně myomu ukládají vápenaté soli a tím se myom stává tuhým (Roztočil, 2011).

Výjimečně může u myomů dojít k malignímu zvratu. Kolařík (2011) udává, že u 0,5% děložních myomů dojde k maligní transformaci v leiomyosarkom. Tento výskyt je velmi vzácný a raritní zejména v období před menopauzou.

2.1.1 Konzervativní léčba děložních myomů

K léčbě děložních myomů slouží řada terapeutických možností. Ke konzervativním postupům léčby myomů řadíme farmakologickou léčbu. Tato léčba je vhodná pro všechny typy děložních myomů. Léčbu lze rozdělit na léčbu symptomatickou a kauzální, kde je cílem zmenšit objem myomů. Do skupiny kauzálních farmak patří analoga gonadoliberinu (GnRH), která působí na hypofýzu a způsobují nižší produkci FSH a LH. Dochází tak k redukci objemu děložního myomu i celé dělohy. Ale farmakologická léčba by neměla být léčbou převažující, jelikož dlouhodobé podání analog má své vedlejší účinky. Vlivem poklesu stimulujících hormonů z hypofýzy může u žen dojít k oslabení kostní denzity a stoupá riziko osteoporózy. Po ukončení léčby se myom vrací zpět do původní velikosti. Proto se léčba analogy používá krátkodobě a většinou v kombinaci s chirurgickou léčbou, kdy ji předchází s cílem zmenšit objem myomu, a usnadnit tak jeho odstranění. Farmakologická léčba se uplatňuje i při léčbě symptomů. Nejtypičtějším zástupcem příznaků je silné krvácení. Ke kontrole krvácení se používají léky stavějící krvácení, hemostyptika, léky udržující stah dělohy, uterotonika a gestageny. K dlouhodobé terapii lze ženám nabídnout možnost nitroděložního tělíska s levonorgestrem. Kromě antikoncepčních účinků snižuje intenzitu krvácení a bolestivé stavy při menstruaci (Kubínová a kol, ©2012).

2.1.2 Chirurgická léčba děložních myomů

Nedílnou metodou ale stále zůstává chirurgická léčba. Mezi chirurgické metody k odstranění děložních myomů řadíme myomektomii a hysterektomii. Chirurgická léčba se indikuje, pokud selže léčba konzervativní. Léčba žen mající myom by měla být zcela individuální. Je nutné zohlednit věk pacientky, příznaky, velikost, počet a rychlost růstu myomů. Zvláště se musí brát ohled na přání pacientky pro zachování plodnosti. Prospěch pacientky musí jednoznačně převažovat a operace by měla vyřešit její obtíže. Během rozhodování je třeba zvážit i celkový stav pacientky a určit nejvhodnější typ operace. Je důležité znát i předchozí operace v anamnéze pacientky (Mára a Holub, 2009; Roztočil, 2011).

U symptomatických myomů se jako nejeefektivnější řešení nabízí hysterektomie, ale u žen ve fertilním věku s přáním zachovat si dělohu je tato chirurgická metoda neadekvátní. Jako alternativní cesta pro ženy přející si zachovat fertilitu se nabízí myomektomie. Při tomto chirurgickém zákroku jsou cíleně odstraněny děložní myomy s minimálním dopadem na dělohu a plodnost žen. Ale i tak musí být ženy seznámeny s možnými riziky tohoto zákroku. Je zde malé riziko ruptury dělohy při následném těhotenství, proto se doporučuje ukončit těhotenství císařským řezem. Výkon lze provést pomocí hysteroskopie, laparoskopickým či abdominálním přístupem nebo kombinací miniinvazivních a klasických přístupů, např. tzv. laparoskopicky asistovaná myomektomie. Indikací k hysteroskopické myomektomii jsou submukózní myomy. Laparoskopický přístup je cestou, jak odstranit intramurální a subserózní myomy. Nevýhodou je možná recidiva myomů, ke které především dochází u vícečetného postižení (Mára a Holub, 2009; Kolařík, 2011).

Hysterektomie neboli odstranění dělohy patří mezi základní operace a je nejčastější tzv. velkou gynekologickou operací. Hysterektomie je definitivní léčebnou metodou u žen s děložními myomy, nehrozí zde riziko, že dojde k recidivě myomů. Po odstranění dělohy ztrácí žena možnost otěhotnět, proto se tento zákrok provádí zejména u starších žen v období přechodu. U premenopauzálních žen by měly být před hysterektomií zváženy alternativní možnosti reprodukce. Podle posouzení nutnosti se při hysterektomii ponechají děložní adnexa nebo se souběžně s ní provede adnexektomie, tj. chirurgické odstranění přídatných děložních orgánů, vaječníků a vejcovodů (Mára a Holub, 2009; Kolařík, 2011).

Nabízejí se i řady nechirurgických možností léčby myomů od invazivních po minimálně invazivní. Do nejméně invazivních metod spadá embolizace děložních tepen (UAE), která bez chirurgického přístupu a celkové anestezie vede ke zmenšení objemu myomu a zachovává

ženám šanci otěhotnět. Při zákroku se pomocí katétru vpraví mikročástice do krevního řečiště zásobující myom. Embolizace se většinou provádí na radiologickém pracovišti. Výkon je zpravidla prováděn z pravého třísla při lokální anestezii. S touto metodou je však spojena řada potencionálních komplikací, může dojít k disekci katetrizovaných tepen, vytvoření hematomu v oblasti třísla, časné rozvinutí zánětu v děloze či malé pánvi. Pro přítomnost výše uvedeným komplikací se UAE nedoporučuje mladým ženám, které teprve plánují těhotenství. Těmto ženám je spíše doporučována myomektomie. Absolutní kontraindikací této metody je probíhající gravidita a tumor dělohy či malé pánve. Metoda také není nejvhodnější volbou při submukózním nebo subserózním uložení myomů, zejména to platí pro myomy stopkaté (Mára, 2013; Mára a Holub, 2009).

2.2 Maligní onemocnění – karcinom endometria

Hojně se vyskytujícím gynekologickým zhoubným nádorem je karcinom endometria, v České republice je pátým nejčastějším onkologickým onemocněním u žen. Výskyt karcinomu neustále stoupá, jeho incidence v rozvinutých zemích roste a činí tak dvacet čtyři celá čtyři případy na sto tisíc žen. „V roce 2014 byla incidence karcinomu endometria v české populaci žen 36,1 na 100 000, prevalence 477 na 100 000, nejčastější výskyt ve věkové kategorii mezi 65. a 69. rokem života. Mortalita je vzhledem k časné diagnostice poměrně nízká, 8,1, na 100 000“ (Kovář a kol., 2017, str. 126).

Nádor postihuje ženy ve fertilním, ale i postmenopauzálním období. Ačkoliv je přibližně sedmdesát pět procent žen s karcinomem endometria v postmenopauze, nejčastějším příznakem je abnormální postmenopauzální krvácení a později také typicky žlutavě bílý výtok. Bolest se objevuje v pozdních stádiích onemocnění, když se nádor rozšiřuje do pánevních orgánů, střev nebo močového měchýře (Pilka a Procházka, 2017; Kovář a kol., 2017).

Histologicky se převážně jedná o adenokarcinom, který vzniká ze žlázových buněk. Karcinom endometria začíná růst na ohraničeném místě, přes svalovou stěnu se šíří dál do malé pánve nebo jako polyp roste do děložní dutiny. Nádor je hormonálně dependentní a z osmdesáti procent vzniká na podkladě zvýšené hladiny estrogenu, tento typ nádoru je označován jako první typ, ve většině případů je časně zachycen a má příznivou prognózu. Druhý typ se

vyskytuje ve zbylých dvaceti procentech případů a obvykle u starších žen. Nevzniká na podkladě hyperestrogenismu, ale vyskytuje se v atrofickém endometriu a polypu endometria. Většinou se diagnostikuje v pozdních stádiích a s tím je spojena horší prognóza tohoto typu nádoru. Etiologie vzniku karcinomu není zcela objasněna, ale za neprůkaznější rizikový faktor se udává dlouhodobé působení estrogeneru bez odpovídající hladiny ostatních ženských hormonů, převážně gestagenů (Kovář a kol., 2017).

Mezi prognostické znaky karcinomu endometria patří stadium nádoru, histologický typ, jeho velikost a grading. Je nezbytné, aby ženy pravidelně docházely na preventivní gynekologické prohlídky, díky nimž se dá onemocnění časně podchytit ve vyléčitelném stadiu. (Chovanec a Náležinská, ©2017).

Při diagnostice karcinomu je první linií vyšetření pro zhodnocení endometria transvaginální ultrasonografie. Při vyšetření se hodnotí tloušťka, stejnorodost struktury endometria a nepravidelnost hranice mezi endometriem a myometriem. Další spolehlivou vyšetřovací metodou je hysteroskopie, je považována za bezpečnou a efektivní metodu. Dovoluje přímý pohled do děložní dutiny s určením topografie, velikosti nádoru a cílenou biopsií (Kovář a kol., 2017; Kužel a kol., 2016).

2.2.1 Chirurgická léčba karcinomu endometria

Léčba karcinomu děložního těla vyžaduje individuální přístup a odvíjí se od stadia nemoci. Základním léčebným postupem je chirurgická léčba, kde lze ve většině případů operovat laparoskopicky. Nejčastěji se volí abdominální přístup, tedy přes stěnu břišní. U nádoru děložního těla se provádí výkony jako probatorní laparotomie, abdominální hysterektomie, odstranění vejcovodů a vaječníku. Pokud je nádor v pokročilém stádiu, k těmto výkonům se připojuje lymfadenektomie, při které se odstraní metastázy v lymfatických uzlinách z pánevní a aortální oblasti. Následná terapie po operačním výkonu závisí na rozsahu onemocnění. Velice přínosné uplatnění má pooperační radioterapie. U pacientek v pokročilém stádiu nemoci, kdy jsou metastázami poškozeny vzdálenější orgány, se přistupuje k léčbě cytostatiky (Pilka a Procházka, 2017).

2.3 Endometrióza

Jedná se o benigní onemocnění charakterizované patologickou lokalizací endometria mimo dutinu děložní, nejčastěji bývají postiženy pánevní orgány, vzácněji mohou být zasaženy i vzdálenější orgány vyjma sleziny. V pánvi rozlišujeme tři typy lézí, peritoneální, ovariální a hlubokou infiltrující endometriózu. Endometrióza je označována jako prekanceróza karcinomu ovaria a endometria. Etiologie onemocnění není zcela objasněna, avšak incidence stále roste. Výskyt endometriózy u žen v populaci se odhaduje okolo sedmi až deseti procent. Postihuje především ženy v reprodukčním věku, jelikož se manifestuje v závislosti na produkci ženského hormonu estrogeneru, výjimečně se vyskytuje i postmenopauzálně (Chvátaľ a Fiala, 2016; Kučera, 2011; Marešová a Fiala, 2018).

Diagnostikovat endometriózu není obtížné. Pro určení endometriózy jsou spolehlivými zobrazovacími metodami vaginální a rektální vyšetření. Ženy přicházejí s jasnými příznaky, nejtypičtějším příznakem je dyspareunie, bolestivost při pohlavním styku. Dále symptomy zahrnují dysmenoreu, bolestivý stav při menstruaci, dyschezii, bolest při defekaci a neplodnost. Důsledky tohoto onemocnění značně zasahují do kvality života. Ženy mívají problémy se spaním, snižuje se jejich pracovní výkon a má to i dopad na společenský a sexuální život (Chvátaľ a Fiala, 2016; Kučera, 2011; Marešová a Fiala, 2018).

Rizikové faktory pro vznik endometriózy zahrnují věk ženy, menstruační a reprodukční údaje, vztah váhy k výšce, environmentální vlivy apod. Hlavní roli hraje pozitivní rodinná zátěž. Pokud je výskyt onemocnění v rodině, podstatně stoupá riziko postižení. U žen s časnou menarché před 11. rokem věku, kratšími nebo delšími menstruačními cykly a silným děložním krvácením je riziko výskytu onemocnění vyšší (Chvátaľ a Fiala, 2016; Kučera, 2011; Marešová a Fiala, 2018).

2.3.1 Konzervativní léčba endometriózy

V terapii je hlavním cílem zachovat u žen fertilitu a tlumit bolest. První volbou je konzervativní léčebný postup, proti bolesti jsou podávána analgetika typu nesteroidní antiflogistika, která jsou při neúčinnosti kombinovaná s hormonální léčbou. Kombinovaná hormonální antikoncepce (COC) navozuje zmenšení endometria a tím eliminuje dysmenoreu.

COC je vhodným přípravkem pro dlouhodobou léčbu. Terapie gestageny má obdobné účinky jako užívání hormonální antikoncepce. Mezi hormonální léčbu také patří terapie agonisty gonadoliberinu způsobující zmenšení ložisek endometriózy a potlačení subjektivních potíží, bohužel agonisté GnRH způsobují řadu nežádoucích účinků, např. depresi, silné migrény, úbytek kostní hmoty a klimakterické potíže zahrnující pocení, návaly a vaginální suchost (Chvátal a Fiala, 2016; Kučera, 2011; Marešová a Fiala, 2018).

2.3.2 Chirurgická léčba endometriózy

Ne na každý typ endometriózy působí farmakologická léčba pozitivně, to platí zejména pro hlubokou infiltrující endometriózu. V tomto případě se nabízí léčba chirurgická. Operuje se laparoskopickým přístupem, který umožní definitivní potvrzení diagnózy. Při indikaci chirurgické léčby se dbá na to, aby se dosáhlo zachování orgánů a fertility. U peritoneální endometriózy se redukuje ložiska destrukcí tkáně koagulací nebo laserem. Ovariální endometrióza nad tři centimetry je řešena kompletní enukleací endometriomu. Tento postup zvyšuje úspěšnost otěhotnění. Chirurgická léčba hluboké infiltrující endometriózy patří mezi nejnáročnější operační výkony. Jde o multioborový operační výkon, kde spolupráce gynekologa, chirurga a urologa vede k úspěchu. Jedná se obvykle o resekční výkony na rektovaginální přepážce, tlustém střevě nebo stěně močového měchýře. U žen, které už neplánují otěhotnět, je za nejradikálnější, avšak účinný výkon v řešení endometriózy považována hysterektomie. S hysterektomií se provádí oboustranná adnexektomie a odstranění všech ložisek. Je to poslední a nevyhnutelný postup u žen v reprodukčním věku se závažnou formou endometriózy (Chvátal a Fiala, 2016; Špaček a kol., 2018).

2.4 Abnormální děložní krvácení

Děložní krvácení spadá pod časté gynekologické diagnózy. Prevalence tohoto onemocnění se odhaduje na 20% fertálních žen. Je to stav, který nesplňuje kritéria pravidelného menstruačního cyklu. Frekvence krvácení je buď kratší než dvacet jedna dní či delší než třicet pět dní. Krvácení přetrvává více jak sedm dní a krevní ztráta činí nad osmdesát mililitrů.

S abnormálním děložním krvácením je často spojován termín dysfunkční děložní krvácení, jde o jakékoliv krvácení po vyloučení gravidity, infekce a malignity (Franta, ©2012).

Nejčastější příčinou bývá chronická anovulace, neboli absence ovulace, a tím i progesteronu např. u syndromu polycystických ovaríí, hyperandrogenních stavů, hypotyreóze, obezité apod. Dalšími faktory při anovulaci je porucha tvorby krevních kapilár a zvýšená fragilita cévních stěn (Franta, ©2012).

Při diagnostice je důležité vyloučit krvácení mimo oblast pohlavních orgánů, u žen bývá nejčastější z močových cest a rekta. Kromě anamnézy a fyzikálního vyšetření má podstatnou hodnotu ultrazvuk vaginální sondou a hysteroskopie. Z laboratorních vyšetření se provádí hormonální bazální profil ke stanovení hladiny progesteronu. Nemělo by se podceňovat hemokoagulační vyšetření. Zejména u mladistvých pacientek v období menarché může být abnormální krvácení způsobeno primárními poruchami koagulace. Nejobtížnějším úkolem je stanovit intenzitu krevních ztrát. Ta je pacientkami vnímaná subjektivně a je ovlivněna individuálními hygienickými návyky. Využívá se metod obrazových schémat, kde je intenzita krevních ztrát odhadována podle míry prokrvácení vložek a tampónů (Franta, ©2012).

2.4.1 Konzervativní léčba abnormálního děložního krvácení

Konzervativní léčba při abnormálním krvácení by měla být ve většině případů upřednostňovaná před léčbou chirurgickou. Výjimku tvoří akutní profúzní krvácení, kde tento druh léčby není dostačující. Konzervativní léčba spočívá v podávání hormonálních přípravků, zejména gestagenů, kombinované hormonální antikoncepce nebo léků inhibující fibrinolýzu. Některé studie však prokázaly, že větší efektivitu vykazuje zavedení nitroděložního tělíska než gestagenní léčba nebo léčba antifibrinolytiky. Nitroděložní tělísko uvolňuje levonorgestrel, který přímo působí na děložní sliznici. Tímto účinkem dochází k rychlému snížení krevních ztrát během pár dní. Rozšíření této léčebné metody vedlo např. ve Velké Británii ke značnému snížení počtu hysterektomií (Franta, ©2012).

2.4.2 Chirurgická léčba abnormálního děložního krvácení

Pokud selže konzervativní léčba, druhou volbou je léčba chirurgická. Volí se minimálně invazivní výkony, kam patří ablace a resekce děložní sliznice. Jejich cílem je odstranění endometria včetně bazální vrstvy a části myometria. Nejinvazivnější metodou je hysterektomie. S hysterektomií je spojena ztráta orgánu, avšak na druhou stranu představuje definitivní řešení abnormálního děložního krvácení. Poučené pacientky s ukončenou reprodukční funkcí dávají této metodě často přednost před ostatními metodami (Franta, ©2012).

2.5 Druhy operačních přístupů

Hysterektomii lze provést řezem přes přední stěnu břišní, vaginální cestou a v neposlední řadě laparoskopickou metodou, při které dochází k odstranění dělohy endoskopickou technikou a lze ji provést třemi způsoby. Podle rozsahu operace se hysterektomie dělí na prostou, kdy je odstraněna pouze děloha, na hysterektomii s adnexektomií, při které se současně odstraní vejcovod a vaječník na jedné nebo obou stranách a na hysterektomii radikální, kdy je děloha vyjmuta i s vazivovými strukturami, které ji drží v pánevi. (Fait, 2010).

2.5.1 Abdominální hysterektomie

Při abdominální hysterektomii (AH) je děloha odstraněna laparotomicky přes stěnu břišní. Řez je veden dle rozhodnutí chirurga příčně mezi pupkem a sponou stydnou nebo podélně ke sponě stydké. Nejčastěji bývá zvolen přístup suprapubickým řezem, tzv. Pfannenstielův řez. Rozlišujeme AH úplnou, při níž je odstraněna celá děloha, a neúplnou neboli supracervikální amputaci dělohy, kde je ponecháno děložní hrdlo. Z pohledu přístupu k pericervikální fascii, která se nachází na přední straně istmu a cervixu, se rozlišuje hysterektomie na intrafasciální a extrafasciální (Mára a Holub, 2009; Pilka a kol, 2017).

Po proniknutí přes břišní stěnu se protnou všechny vazy, které fixují dělohu v malé pánvi. Následuje sesunutí močového měchýře z přední stěny dělohy a protnutí pochvy. Pochva se poté uzavře suturou a zavěsí na vazy, které předtím držely dělohu. Tento druh hysterektomie je pro pacientku velice zatěžující, proto se indikuje jen v případech, kdy nelze využít šetrnějšího způsobu (Mára a Holub, 2009; Pilka a kol, 2017).

Dle Faita (2010) je vyhrazena pro pacientky s velmi objemnou dělohou, úzkou pochvou a pacientky s výskytem četných srůstů v malé pánvi. Pooperační rekonvalescence je delší a pacientky odcházejí domů až 6. – 10. den po operaci.

2.5.2 Vaginální hysterektomie

V současné době máme možnosti provést operace minimálně invazivními technikami, jako je laparoskopie nebo robotická chirurgie, které nahradily tradiční metodu hysterektomie laparotomickým přístupem. Přesto Redecha (2019) tvrdí, že vaginální hysterektomie (VH) patří k jedné ze základních operačních technik v gynekologii. Na rozdíl od hysterektomie abdominálním přístupem způsobuje menší zásah do organismu ženy. Riziko komplikací v porovnání s ostatními operačními technikami značně klesá. Ženám se krátí doba hospitalizace a mohou se dříve navrátit ke každodenním aktivitám.

Při této variantě hysterektomie je děloha odstraněna poševní cestou. Dle Máry a Holuba (2009) je více modifikací postupu při vaginální hysterektomii a závisí to zejména na velikosti dělohy. Výkon se snadněji provádí u sestupujících nebo malých děloh a nečiní žádné závažnější komplikace, zatímco provedení VH u objemnějších děloh může vyústit ve vážnější komplikace. Operační technika VH se liší v závislosti na anatomických podmínkách. U hmotnosti dělohy do pěti set gramů lze hysterektomii provést zcela bez větších problémů za podmínek její pohyblivosti v jednom směru. Standardně se limitovaná velikost dělohy udává do tří set gramů. U děloh nad výše uvedenou velikost je nutno zvažovat vaginální přístup z více hledisek. Po otevření dutiny přes pochvu se uzavřou cévy a odstraní se děloha. Pahýl pochvy se zavěsí na vazy a sešije se.

Tento typ operačního výkonu je vhodný i pro rizikovější pacientky. Nevýhodou při vaginální hysterektomii je horší aspekce dutiny břišní a obtížnější odstranění děložních přídatných orgánů (Hlistová, ©2015).

2.5.3 Laparoskopická hysterektomie

Co se týče hysterektomie, tento typ metody je nejnovější a její rozvoj nastal začátkem devadesátých let minulého století. Prvotní indikací pro laparoskopické metody jsou benigní onemocnění. Laparoskopicky lze hysterektomii provést třemi postupy (Redecha, 2019).

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAHV) je nejčastěji prováděný operační postup. Část výkonu je provedena laparoskopicky a děloha je posléze odstraněna vaginálně. Výhodou LAHV je přímý pohled do dutiny břišní, který operátorovi umožní zejména důkladné vyšetření Douglasova prostoru. Při LAHV lze možno připojit i další chirurgické výkony, které by při vaginální hysterektomii byly těžce proveditelné, např. adheziolýza, rozrušení srůstů a adnexektomie, neboli odstranění děložních přívěsků. Dle přístupu, ze kterého dojde k přerušení děložních tepen se LAHV dělí na superiorní typ, kdy jsou tepny prořaty z vaginálního přístupu, což je v české operační gynekologii ten častější typ. Pokud dojde k protěti tepen laparoskopickým přístupem, jde o ty inferiorní. Mezi hlavní indikace k LAHV patří zejména benigní onemocnění, prekancerózy děložního hrdla a těla a v neposlední řadě karcinom endometria (Mára a Holub, 2009; Pilka a Procházka, 2017).

Po přípravě operačního pole se zavede děložní manipulátor, který umožňuje pohybovat dělohou ve všech směrech. Následně po založení kapnoperitonea, kdy se po incizi kůže naplní dutina břišní oxidem uhličitým, aby se vytvořil přehledný prostor pro operování, je zaveden trokar pro laparoskop a nástroj s kamerou pro vyhodnocení dutiny břišní. Pak se suprapubicky zavedou dva až tři otvory pro použití dalších nástrojů. Při operaci je pacientka uložena do Trendelenburgovy polohy, kdy je pánev zvednuta nad úroveň hlavy. Pacientka má při výkonu dolní končetiny od sebe oddálené z důvodu přístupu do pochvy. Po odstranění dělohy se následně uzavře poševní pahýl z vaginálního přístupu, provede se sutura pochvy a založí se tamponáda. Laparoskopicky bývá ještě zajištěna drenáž malé pánve Redonovým drénem (Mára a Holub, 2009; Slezáková a kol, 2017).

Dalším typem laparoskopické hysterektomie je totální laparoskopická hysterektomie (TLH). Na rozdíl od LAHV se celá hysterektomie provádí laparoskopickým způsobem, kdy se děloha odstraní přes pochvu a sutura poševního pahýlu se opět provede laparoskopicky. Tato operace je časově náročnější než LAHV a vyžaduje zkušeného operátora. Tento typ hysterektomie se často indikuje u žen s úzkou pochvou nebo u žen s obezitou (Mára a Holub, 2009).

Poloha operované pacientky je stejná jako u předešle zmíněné operace. Po založení kapnooperitonea se též zavede děložní manipulátor a v oblasti pupku se zavedou trokary. Následně dojde k protěti děložních vazů a přeruší se děložní cévy. V této fázi je důležité dostat dělohu pomocí manipulátoru do břišní dutiny, aby nedošlo k poranění močovodů. Po vtažení dělohy do pochvy a jejím následným odstraněním se pochva laparoskopicky sešije (Mára a Holub, 2009).

LSH neboli laparoskopická supravaginální hysterektomie se provádí obdobným postupem jako u TLH s výjimkou ponecháním děložního hrdla - cervixu. Tzv. morselací za pomoci speciální laparoskopických přístrojů se odstraní exocervikální tkáň, sliznice kanálu děložního hrdla a centrální část dělohy s endometriem. Následně je děložní tělo odstriženo od pahýlu hrdla a odstraněno buď za použití morselace nebo zadní kolpotomie (Mára a Holub, 2009; Špaček a kol. 2018).

S porovnáním s TLH patří mezi méně rizikové operace s menším rizikem poranění a provádí se v kratším operačním čase. Nevýhodou LSH je možný výskyt karcinomu v pahýlu děložního hrdla. Z toho důvodu musí pacientky nadále absolvovat preventivní gynekologické prohlídky (Hlistová, ©2015).

Při laparoskopické radikální hysterektomii dle Wertheima se odstraní děloha s částí pochvy a parametria. Výkon zahrnuje lymfadenektomie, odstranění pánevních a paraaortálních mízních uzlin a adnexektomii. Při preparaci paraaortálních uzlin hrozí riziko poranění renálních tepen ledvin, zde je nutná velká pozornost a zručnost operátora (Slezáková a kol., 2017; Chvátal, ©2015).

2.6 Možné komplikace

Při operaci dochází k poruše tkáňové integrity, což může zapříčinit vznik operačních komplikací. Ke vzniku možných komplikací dochází jak v průběhu operace, tak i časně či pozdně po ní (Roztočil, 2011).

2.6.1 Perioperační komplikace

Dle Máry a Holuba (2009) mezi nejzávažnější komplikace v průběhu výkonu patří silné krvácení a poranění okolních orgánů a tkání. Riziko vzniku krevních ztrát je větší při zvolení laparotomického přístupu přes břišní stěnu než při přístupu laparoskopickém. Proto se častěji opouští od indikace abdominální hysterektomie a volí se jiné operační přístupy.

Riziko, že dojde ke krvácení, je možné i při laparoskopickém přístupu. V souvislosti s délkou výkonu a hloubkou preparace při TLH spojené s lymfadenektomií platí větší riziko krvácení při poranění vény než arterie. Průsak krve z pánevního dna lze řešit dočasnou tamponádou. Krvácení z dolní duté žíly se řeší dlouhodobou kompresí až tři minuty (Chváta, ©2015).

Obávanou komplikací při hysterektomii je poranění dolních močových cest, zejména ureteru. Rizikovým místem možného poranění je přechod močovodu do malé pánve v místě křížení s cévními svazky děložní tepny. Při poranění močovodu se provádí sutura vstřebatelným vláknem za účasti urologa (Mára a Holub, 2009; Kolařík, 2011, s. 946).

2.6.2 Časné pooperační komplikace

Po operaci dochází v malé pánvi ke změnám anatomických poměrů a z toho důvodu dochází k dočasné poruše vyprazdňování močového měchýře. Poruchu mikce může zapříčinit i narušení viscerálního nervového zásobení měchýře. Spontánní úprava vyprazdňování trvá často delší dobu, proto se tato komplikace řeší preventivním ponecháním permanentního močového katétru v močové trubici po několik dní (Fait, 2010; Pilka a Procházka, 2017).

Ze stejného důvodu dochází i k poruše střevní pasáže. V americkém žurnálu byla zveřejněna studie zkoumající pooperační výskyt malé obstrukce tenkého střeva po hysterektomii pro benigní indikaci. Většina typů střevní obstrukce vznikají na podkladě pooperačních srůstů. Byl zjištěn výskyt střevní obstrukce v poměru 5,9 na 1000 hysterektomií. Pacientky byly při výzkumu rozděleny na pacientky se střevní obstrukcí a bez ní a bylo prokázáno, že ženy s obstrukcí byly staršího věku, většinou kuřačky, hmotnost jejich dělohy přesahovala normu, v anamnéze měly uvedený dřívější chirurgický zákrok a podstoupily abdominální hysterektomii (Sheyn et al., ©2019).

Z kardiovaskulárních komplikací je nejčastější venózní trombóza. Předejít vzniku trombózy lze nejúčinněji prevencí tromboembolické nemoci a její dalších komplikacích, např. plicní embolie. Pokud již k trombóze došlo je nutno zajistit včasnou léčbu. Pacientce by měl být naordinovaný klid na lůžku, kontinuální heparinizaci v terapeutických dávkách a pravidelné bandáže dolních končetin (Kolařík, 2011).

Pokud má pacientka oslabený imunitní systém může dojít k infekci v operační ráně a následně ke špatnému hojení, to lze léčit desinfekčními obvazy s hojivými látkami (Fait, 2010).

2.6.3 Pozdní pooperační komplikace

Relativně častými pozdními komplikacemi jsou píštěle. Píštěl je patologické propojení mezi orgány. V gynekologii se nejčastěji vyskytuje píštěl vezikovaginální, kdy dochází k patologické komunikaci mezi pochvou a močovým měchýřem, nebo píštěl rektovaginální, spojující patologicky pochvu a anální otvor ženy. Příčinou vzniku píštěle může být neošetřené poranění orgánu během operace, sekundární hojení rány nebo kombinace operační a radiační terapie. V současné době je výskyt píštělu minimalizován používáním vstřebatelných šicích materiálů (Kolařík, 2011).

3. ZMĚNY V ORGANISMU ŽENY PO HYSTEREKTOMII

I když se gynekologické operace řadí mezi méně invazivní zákroky, odstranění dělohy přesto způsobuje závažný zásah do organismu žen doprovázený řadou změn. Přestože jsou zákroky prováděny na pohlavních orgánech ženy, tak nezatěžují pacientku jen v oblasti somatické, ale i psychické. Psychicky zdravé ženy nepocítují po operaci žádné výrazné následky. Psychické problémy se spíše vyskytují u žen s depresivními stavy (Roztočil, 2011).

3.1 Umělý přechod

Pokud je ženě současně s odstraněním dělohy provedena adnexektomie, tedy odstranění doposud fungujících vaječníků, dochází k navození umělého předčasného přechodu. Tento stav může především u mladších žen vyvolat silné potíže akutního klimakterického syndromu a dlouhodobý nedostatek ženského pohlavního hormonu estrogeneru. Tyto problémy lze účinně léčit podáváním estrogenerů nebo tibolonu (Fait, 2010).

Z důvodu nedostatku estrogeneru se postupem času začne měnit celý organismus ženy a nastává řada nepříjemných obtíží. Většina žen pozoruje návaly horka doprovázené bolestí hlavy a bušením srdce. Příčinou je porucha regulace průtoku krve cévami (Fait, 2013).

Dlouhodobou změnou související s menopauzou je osteoporóza neboli řidnutí kostí. Po přechodu se zvyšuje novotvorba kostí, ale zároveň se mnohem víc zvyšuje jejich odbourávání. Pro klimakterickou osteoporózu jsou typické zlomeniny krčku kosti stehenní, zlomeniny zápěstí a obratlů (Fait, 2013).

Nedostatek estrogeneru vede ke zvýšení hladiny cholesterolu v krvi a jeho následné ukládání v tepnách, což má za důsledek vznik aterosklerózy (Fait, 2013).

S navozením předčasného přechodu přicházejí i psychické změny. Dochází ke změnám nálad, depresivním stavům, pocitům úzkosti, osamělosti, podrážděnost a ztráta zájmu o sexuální aktivity (Fait, 2013).

3.2 Vliv hysterektomie na sexualitu ženy

Každá gynekologická operace s sebou nese rizika, která mohou mít negativní dopad na sexualitu ženy. Dle Weisse (2010, s. 218-220) představují operace vaginálním přístupem, s porovnáním s abdominálními operacemi, větší zásah do sexuálního života ženy. Avšak na druhou stranu uvádí, že některé typy vaginálních operací naopak sexuální život zlepšily, ba ho dokonce obnovily. Omezení sexuality u žen po vaginální hysterektomii bývají středního stupně, většinou přechodné a výjimečně znemožňují sexuální život natrvalo. Po hysterektomii se mohou u žen vyskytnout sexuální problémy zejména psychogenního charakteru z důvodu zhoršeného vnímání vlastní těla a pocitů ztráty feminity.

Jelikož se děloha přímo dotýká pohlavních orgánů, je očividné, že ženy budou mít obavu o svůj budoucí sexuální život. Fait tvrdí (2010), že odstranění dělohy nemá jakýkoliv vliv na kvalitu pohlavního styku. Po hysterektomii zůstává pochva stejně prostorná jako před ní. Je stejně dlouhá a má stejný směr. Snížená pohlavní touha a lubrikace ani tak nesouvisí s odstraněním dělohy, ale s odstraněním vaječníků jako zdroje ženských hormonů, které byly ženě odňaty společně s dělohou.

U operovaných žen dochází nejčastěji k poklesu libida, poruše vzrušivosti a nepříjemným až bolestivým pocitům při pohlavním styku, tedy dyspareunie. Z důvodu nedostatku kvalitních prospektivních studií zabývajících se dopadem gynekologických operací na sexualitu žen bývají sexuální problémy často zanedbávány a nedostatečně léčeny. V roce 2013 byla v časopisu ženských lékařů *Gynekolog* publikována prospektivní studie, která proběhla v období od roku 2009 do roku 2011 v Onkogynekologickém centru VFN a 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Předmětem studie bylo porovnat změny v sexuální oblasti u žen po radikální hysterektomii ve srovnání se změnami sexuálního života u žen po prosté hysterektomii a kontrolní skupinou zdravých žen přibližně stejné věkové kategorie. U žen po radikální hysterektomii byla zjištěna dlouhodobá porucha vzrušivosti, pokles sexuální touhy a zhoršená dyspareunie. Projevem poklesu vzrušivosti byla snížená schopnost lubrikace pochvy v celém pooperačním období. Naopak u žen po prosté hysterektomii byl zjištěn pokles dyspareunie. Zajímavý je i fakt, že příznivý pokles obtíží v sexuálním životě přetrvával bez ohledu na odstranění obou adnex při operaci a i bez ohledu na nižší zastoupení žen užívajících hormonální substituční léčbu (Vrzáčková a kol., 2013).

3.3 Vliv hysterektomie na psychiku ženy

Děloha je ženami vnímána jako zdroj síly a ženskosti. Její odnětí je někdy provázeno pocity ztráty feminity, snížené sexuální přitažlivosti a reaktivity nebo jako pocit neúplné ženy s neschopností rodit děti ve fertilním věku (Slezáková a kol., 2013).

Ve starších literaturách se hovoří o negativním působení hysterektomie na psychiku ženy. Novodobější prospektivní studie však ukázaly, že tomu tak není. Dle Roztočila (2011) psychicky zdravé ženy nepociťují po hysterektomii žádné dlouhodobé psychické následky. Psychické problémy se spíše vyskytují u depresivních žen.

U takto primárně depresivnějších žen se mohou po hysterektomii objevit depresivní stavy v podobě tzv. posthysterektomického syndromu. Je to reakce na odstranění dělohy doprovázená únavou, poruchami spánku, náhlými bolestmi hlavy, návaly horka a močovými obtížemi (Slezáková a kol., 2013).

4. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTKU PŘED A PO HYSTEREKTOMII

Ošetrovatelskou péčí o pacientku zajišťuje sestra formou ošetrovatelského procesu. Předoperační a pooperační ošetrovatelská péče se odvíjí od zdravotního stavu pacientky, stanovené lékařské diagnózy, druhu operačního výkonu a jeho naléhavosti. Každé období, jak před operací, tak následně po ní má svá specifika a lze ho rozdělit z několika hledisek, která se navzájem prolínají (Simočková, 2011).

4.1 Předoperační péče

Cílem předoperační péče je zajistit vhodné podmínky pro nekomplikovaný průběh jak operace, tak anestezie, a předejít vzniku pooperačních komplikací. Nejvhodnější dobou pro plánování operace je období po menstruaci, aby se předešlo zbytečným krevním ztrátám. Předoperační péči lze rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední přípravu pacientky na operační výkon. Předoperační příprava zahrnuje i somatickou a psychickou přípravu (Janíková a Zeleníková, 2013; Slezáková a kol., 2017).

4.1.1 Dlouhodobá příprava

Dlouhodobá příprava pacientky se odvíjí od celkového zdravotního stavu a typu plánovaného operačního výkonu. Součástí by měla být i příprava psychická. Jelikož je děloha vnímána jako zdroj ženskosti a žena v reprodukčním období ztrácí po hysterektomii možnost otěhotnět, můžou se u ní projevit pocity úzkosti, méněcennosti, ztráty ženské přitažlivosti a strach z předčasného přechodu, pokud se současně s dělohou odstraní i adnexa. V této době je úkolem zdravotnického týmu zapojit pacientku do léčebného procesu a dbát na to, aby jí veškeré souvislosti s operačním výkonem byly řádně a srozumitelně vysvětleny. Na základě podaných informací lékařem by se měla pacientka rozhodnout, zda plánovaný zákrok podstoupí a stvrdit to podepsáním informovaného souhlasu se zvoleným operačním výkonem. Úkolem

sestry je pacientku obeznámit s ošetrovatelskými intervencemi v období před a po hysterektomií. Informace podané sestrou se zejména vztahují k problematice bolesti, vedlejších účinků anestezie, vyprazdňování, sexuality, rehabilitace a hygienické péče (Slezáková a kol., 2017).

V rámci dlouhodobé péče musí pacientka absolvovat předoperační interní vyšetření, jednotlivé komponenty vyšetření jsou vztahovány k plánovanému operačnímu výkonu. Interní vyšetření zahrnuje elektrokardiografii, rentgenové vyšetření plic a screeningové vyšetření krve a moči. Z krve se zjišťuje krevní skupina, Rh-faktor, KO, FW, VDRL, HIV a HBsAg. Při maligním onemocnění se vyšetření doplňuje o zobrazovací vyšetření pomocí CT a sonografie. Dlouhodobá příprava zahrnuje i předanestetické vyšetření, kde je v kompetenci anesteziologa stanovit vhodnou anestezii a premedikaci a seznámit pacientku se zvoleným typem anestezie. Výsledky interního vyšetření jsou pak dány do souvislosti s celkovým stavem pacientky a jejím zařazením do kategorie dle ASA, která se používá pro stanovení stupně rizika během operace (Janíková a Zeleníková, 2013; Simočková, 2011).

4.1.2 Krátkodobá příprava

Krátkodobá příprava se odehrává dvacet čtyři hodin před samotnou operací. Důležité je dbát na důkladné vyprázdnění tračníku. Pacientkám trpícím obstrukcí se doporučuje aplikace očistného klyzmatu nebo perorální příjem vyprazdňovacích roztoků. Nejběžněji používaným roztokem je Fortrans, který se v podobě prášku rozpouští v jednom litru tekutiny večer před operací. Sestra by měla pacientku edukovat o důležitosti lačnění před operačním výkonem z důvodu eliminace rizika aspirace či regurgitace žaludečního obsahu. Večerní strava před operací by měla být lehce stravitelná a po půlnoci by pacientka neměla přijímat nic per os. Doporučení týkající se omezení čirých tekutin je nastaveno na dvě hodiny před operací. Pro užití premedikace před operačním výkonem je doporučeno jen malé množství tekutin. Dle ordinace lékaře a potřeby sestra zajistí invazivní vstupy v podobě permanentního žilního katétru pro aplikaci infúzí či profylaktické podání antibiotik za účelem minimalizace infekčních komplikací a permanentního močového katétru. Pacientkám, které užívají hormonální antikoncepci či hormonální substituční léčbu, by měla být medikace vysazena z důvodu prevence tromboembolické nemoci (Janíková a Zeleníková, 2013, Simočková, 2011).

4.1.3 Bezprostřední příprava

Bezprostřední příprava se odehrává cca dvě hodiny před operačním výkonem. V této době je důležité připravit a dezinfikovat operační pole. Příprava operačního pole zahrnuje oholení pubického ochlupení, před operací abdominálním přístupem vyčistění pupku. Další ošetrovatelskou intervencí je přiložení bandáží či elastických punčoch jako prevence TEN. Sestra se ujistí, zda má pacientka odložené šperky či snímatelnou zubní náhradu, sepíše s pacientkou soupis cenností a věci následně uloží do trezoru. Dle ordinace lékaře sestra aplikuje do periferního žilního katétru infuzní terapii či krátkodobou předoperační antibiotickou profylaxi. Podání premedikace závisí na typu operace, přidružených onemocněních a dalších faktorech. Složení a podání premedikace posoudí anesteziolog v rámci předanestetického vyšetření. Cílem premedikace je zmírnit úzkostné stavy před operací a snížit sekreci slin a žaludečních šťáv. Po podání premedikace musí být pacientka edukována o dodržování klidového režimu na lůžku z důvodu zabránění možnosti kolapsu nebo zranění. Pak už následuje návoz pacientky na operační sál a její předání do péče pracovníků operačního sálu (Janíková a Zeleníková, 2013; Slezáková a kol., 2017).

4.2 Pooperační péče

Cílem ošetrovatelské péče po operaci je předcházet pooperačním komplikacím, zmírnit intenzitu pooperační bolesti a urychlit přechod do rekonvalescence. Pooperační péči lze rozdělit na bezprostřední, časnou a pozdní péči v období po operaci.

4.2.1 Bezprostřední pooperační péče

Bezprostřední ošetrovatelská péče o ženu je realizována v prvních hodinách po operaci, kdy je pacientka převezena z operačního sálu na jednotku intenzivní péče. V tomto období dozívá anestezie, pacientce se obnovuje vědomí a bdělost, navrací se svalové napětí a obranné reflexy. Práce sestry je zejména zaměřena na monitoraci fyziologických funkcí, rehydrataci pomocí infuzní terapie, sledování a léčba pooperační bolesti, sledování krevních ztrát, prevenci

vzniku tromboembolické nemoci, péči o operační ránu, péči o invazivní vstupy, v tomto případě se jedná o žilní vstupy, permanentní močový katétr a drény, péči o vyprazdňování a celkové sledování bilance tekutin (Janíková a Zeleníková, 2013; Simočková, 2011).

4.2.2 Časná pooperační péče

Hovoříme o období od prvních dnů po operaci až po propuštění pacientky domů. Po zotavení se z narkózy a stabilizaci stavu je pacientka přeložena na standartní oddělení. Ošetrovatelská péče v tomto období je zejména soustředěna na eliminaci pooperačních komplikací, sledování a léčbu pooperační bolesti (Janíková a Zeleníková, 2013; Simočková, 2011).

Pooperační bolest je bolest akutní, patří mezi základní doprovodný jev a její léčba je nedílnou součástí každého operačního výkonu. Bolest je vnímána jako nepříjemný subjektivní pocit, její intenzita a doba trvání je ovlivněna řadou faktorů. Jelikož je bolest subjektivním pocitem, její intenzitu sestra mapuje pomocí hodnotících škál, podle kterých může lékař posléze naordinovat vhodnou analgetickou léčbu. Bolest má také objektivní příznaky, jako je např. zrychlený puls a mimika, jejich sledování je úkolem sestry. Maximální intenzity bolesti dosahuje po operačním výkonu a první a druhý operační den. Kromě monitorace intenzity se dále sleduje charakter a lokalizaci bolesti. U léčby bolesti se postupuje nejprve od podávání nejsilnějších opioidních analgetik k podávání slabších neopiodních analgetik. V některých případech je nejvhodnější kombinace analgetik různých skupin. Sestra aplikuje analgetickou léčbu dle ordinace lékaře v pravidelných časových intervalech, sleduje její účinek a vše zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace (Janíková a Zeleníková, 2013; Nosková, ©2013).

V průběhu prvních dní může dojít k mírné subfebrilii vlivem zvýšeného tonu sympatiku, ale během dalších pooperačních dní by mělo dojít ke stabilizaci tělesné teploty. Sestra teplotu pravidelně měří a zaznamenává. Pokud se hodnoty tělesné teploty zvyšují a přetrvávají delší dobu, může se jednat o pooperační infekci v ráně. Péče o operační ránu v první operační den spočívá v kontrole krytí, jeho prosakování a vzhledu kůže v okolí rány. V následujících dnech se kontrola a ošetření rány provádí za přísně aseptických podmínek dle ordinace lékaře. Invazivní vstupy jsou sledovány, případně převazovány. Jelikož je pacientka

v prvních dnech po operaci omezena klidovým režimem na lůžku, při hygienické péči je potřebná pomoc ošetřujícího personálu. Zvýšená hygiena se zaměřuje na oblast genitálu, dle potřeby se pacientce mění vložky a prádlo. Součástí péče je i starost o vyprázdnění močového měchýře. PMK se odstraňuje nejčastěji druhý den po operaci, pokud se nevyskytnou žádné komplikace nebo dle individuálního stavu. Pacientka by se měla následně sama spontánně vymočit do osmi hodin, pokud se tak nestane, informujeme lékaře. Reziduum moči v močovém měchýři je vhodné kontrolovat ultrazvukem či jednorázovým cévkováním. Po operaci bývá zpomalená činnost střevní peristaltiky, důsledkem zpomalení může dojít k zácpě či plynatosti. K obnově střevní peristaltiky by mělo dojít do tří dnů po operaci. Pokud k obnově nedojde, lze peristaltiku podpořit aplikací glycerinového čípku či kapénkového klyzmatu. Pacientka by měla přijímat dostatečné množství tekutin. Stav hydratace lze sledovat celkovou bilancí a stavem kožního turgoru. Výživa se postupně vrací k normálu, od tekuté stravy v první den po operaci, přes kašovitou stravu až po šetřící racionální dietu. K urychlení rekonvalescence se doporučuje s pacientkou provádět jednoduchou pooperační gymnastiku či dechovou rehabilitaci. Včasná mobilizace slouží jako prevence imobilizačního syndromu a propívá i psychickému stavu (Janíková a Zeleníková, 2013; Kolařík, 2011; Simočková, 2011).

4.2.3 Pozdní pooperační péče

Hovoříme o tzv. rekonvalescenci, což je období mezi propuštěním pacientky z nemocnice do jejího úplného uzdravení. V souvislosti s minimálně invazivními metodami bývá malý pooperační dyskomfort, krátká rekonvalescence a hospitalizace pacientek se zkrátila na 3-5 dní dle rozsahu a druhu operace, při abdominální hysterektomii pacientky odcházejí domů až 6. - 10. den a rekonvalescence trvá delší dobu. V pozdním pooperačním období dochází k hojení operační rány a pacientce jsou odstraněny stehy. Nezbytná je správná edukace ženy ze strany sestry na změnu životního stylu v období rekonvalescence. Úkolem sestry je edukovat pacientku o zásadách správně hygienické péče a péče o jizvu. Žena by měla první týdny doma vynechat koupání ve vaně a dávat přednost rychlému sprchování vlažnou vodou. Jizva by se měla pravidelně promazávat hojivými mastmi. Vytvořený strup v jizvě nestrhávat a neškrábat. Žena by jizvu neměla vystavovat přímému slunečnímu záření a nenavštěvovat sauny a solária aspoň po dobu tří měsíců od operace pro dobrý kosmetický efekt jizvy. Žena by

si měla dopřát dostatek tělesného a psychického klidu, omezit sportovní aktivity, které způsobují natahování kůže, netahat zbytečně těžké věci a vyhýbat se stresovým situacím. Nezbytné je i upozornit na omezení sexuálních aktivit po dobu minimálně šesti týdnů. Sestra by dále měla pacientku poučit o pravidelné návštěvnosti obvodního gynekologa, který ji podá informace týkající se následné léčby, ať už se jedná o léčbu onkologickou či lázeňskou (Janíková a Zeleníková, 2013; Simočková, 2011).

5. PACIENTOVO POJETÍ NEMOCI

Jde o souhrn subjektivních představ, které má pacient o své nemoci. Jak žena vnímá a chápe své onemocnění, jaký pohled má na vlastní nemoc a co všechno o ní ví, zda si připouští omezení, která s sebou nemoc přináší, to vše svým způsobem ovlivní spolupráci pacientky na léčbě nemoci, jejím průběhu a v konečné fázi to má i vliv na výsledek léčby. Aby byla spolupráce pacientky na léčbě a ošetřování účinná, je nezbytné, aby svému onemocnění rozuměla. Z toho vyplývá, že lékař se sestrou by se měli snažit pochopit pacientčino pojetí nemoci a následně ho ovlivnit. Takovou cílenou intervencí, kterou lze pozměnit pacientčín pohled na nemoc, je edukace (Vachková, 2010).

Pohled pacientky na nemoc je v průběhu času ovlivněn vývojem nemoci, symptomy nebo zjišťováním informací od zdravotníků či laiků. Často pacientky přicházejí do nemocnice a mají už vlastní pohled na nemoc, vlastní pojetí nemoci. Subjektivní pojetí nemoci a jeho sdělení zdravotníkům je důležité pro pochopení postojů, názorů a obav pacientky. Slouží k pochopení způsobu, jakým se pacientka snaží s nemocí vyrovnat. Subjektivní pojetí nemoci je laického chápání a liší se od odborného zdravotnického pojetí nemoci, které je podloženo vědeckými výzkumy. Z odborného hlediska může být subjektivní pojetí chybné, avšak vlivem osobní zkušenosti pacientky s nemocí může být i odborně správné. Pacientčino subjektivní pojetí nemoci není zpravidla stálé, mění se s věkem, s osobními znalostmi a s poznatky získaných od jiných lidí. Na základě svého pojetí se však pacientka rozhoduje a jedná, někdy je její přesvědčení o nemoci těžce ovlivnitelné. Způsobem jak ovlivnit pacientčino přesvědčení je správná edukace, která je individuálně orientovaná na pacientku a její nemoc. Sestra se podílí na edukaci pacientky v rámci svých kompetencí týkající se ošetrovatelské péče zaměřené na uspokojování potřeb pacientky (Mareš, 2009; Vachková, 2010).

Pacientka by neměla být pasivní, ale chtít se aktivně podílet na svém procesu uzdravování. V dnešní době technologií si žena na nezodpovězené otázky od zdravotníků hledá odpovědi nejčastěji pomocí internetu. Na internetových diskusích může žena projednávat své dotazy s ostatními lidmi, najít zajímavé informace týkající se právě odstranění dělohy a života po samotné operaci. Takto zjištěnými informacemi si žena vytváří laické pojetí svého onemocnění. Zodpovězené dotazy od ostatních žen mohou pacientce přinést úlevu, eliminovat obavy ze zákroku a života po něm.

Na rozdíl od medicíny, v ošetrovatelství není nemoc vnímaná jako ta dominantní složka. Sestra se soustředí na osobnost a potřeby nemocného. Snaží se pochopit pacientčino subjektivní pojetí nemoci a její individuální pohled na nemoc. Kvalitně diagnostikovat pacientčino pojetí nemoci a porozumět mu lze individuálním rozhovorem a diskusemi. Hlavním úkolem zdravotníků je zjistit, čemu pacientka nerozuměla, jelikož pacientka jako laik nemusí porozumět odborné lékařské terminologii. Zdravotníci musí vědět, jaký názor má pacientka na svoji nemoc a zda její chybné laické přesvědčení neohrožuje dodržování léčebného režimu a spolupráci se zdravotníky. Dalším způsobem, jak zjistit pacientčino pojetí nemoci lze pomocí dotazníkového šetření (Mareš a Vachková, 2011).

5.1 Definice nemoci

Pojem nemoc je definován jako stav vznikající působením zevních či vnitřních faktorů, které narušují správné fungování organismu. Při stanovení pojmu nemoci je důležité vycházet z pojetí celistvosti jedince a prostředí. Jiná definice popisuje nemoc jako poruchu jedince plnit očekávané role. V tomto pojetí nemoc znamená odchýlení se od normy v sociálních rolích (Zacharová a kol., 2007).

Na rozdíl od plného zdraví, nemoc s sebou přináší řadu potíží narušující způsob života, navykly sled denních činností a zvyklostí jedince. Dochází ke stavu, kdy jedincovi potřeby nejsou dostatečně saturovány (Zacharová a kol., 2007).

Nemoc vyžaduje adaptaci na nově vzniklou situaci. Na jedince jsou kladeny zvýšené nároky a může i dojít k narušení mezilidských vztahů. Pro pacienta představují náročné situace i některá jemu neznámá diagnostická vyšetření a výkony. Pacient musí vzhledem ke svému zdravotnímu stavu přijmout některá omezení, která mohou negativně ovlivnit jeho psychickou stránku. Psychický stav pacienta do jisté míry ovlivňuje průběh onemocnění. Pro každého pacienta je prožívání nemoci individuální, proto je nezbytné zajímat se a znát jeho pohled na nemoc (Zacharová a kol., 2007).

5.2 Dotazníky zjišťující pacientovo pojetí nemoci

Pacientčino pojetí nemoci lze zjistit pomocí různých diagnostických metod. Mareš (2010) je rozděluje do tří skupin, na kvalitativní, kvantitativní a smíšené metody.

Kvalitativní výzkum laického pojetí nemoci není až tak běžnou rutinou. Slouží především pro výzkumné účely. V rámci kvalitativního přístupu získáváme informace mnoha různými metodami. Nejběžnějším postupem je verbální přístup za využití psaného a mluveného slova. Pacientka svůj pohled na nemoc může vyjádřit písemně či během rozhovoru. Písemně tak může uskutečnit vedením deníků nebo zapisováním svých prožitků. Individuálním rozhovorem může pacientka detailně objasnit svoje myšlenky a pohled na nemoc. Nejčastěji se používá polostrukturovaný rozhovor. Pokud je hovor veden ve skupině žen, hovoříme o ohniskové skupině. Pacientka může svůj pohled na nemoc vyjádřit i neverbálním způsobem pomocí obrazových metod. Jedním takovým způsobem je kresba, modelování nebo zachycení každodenního dění videokamerou (Mareš, 2010).

U kvantitativního výzkumu se pracuje s větším souborem respondentek. Tento typ výzkumu není tak časově náročný jako výzkum kvalitativní. Kvantitativní výzkum je především prováděn pomocí dotazníkového šetření. Pacientka odpovídá jen na otázky zahrnuté v dotazníku. Otázky by měly být jasné a srozumitelné. Většina dotazníků bývá anonymní, pouze jen doplněna o demografické údaje respondentky. Následná analýza dat je prováděna pomocí statistických postupů. V dotazníku by měl být zmíněný úvod s vysvětlením účelu výzkumného šetření (Kutnohorská, 2009).

Dotazníky jsou nejčastějším nástrojem pro kvantitativní výzkum. Jejich pomocí můžeme systematicky zjistit pacientčin vlastní pohled na nemoc.

Pro můj výzkum byla použita upravená zkrácená česká verze dotazníku IPQ-R-CZ (Revised-Illness Perception Questionnaire). Zkrácená verze dotazníku činí dvacet otázek, vychází z originální dlouhé verze přeložené do českého jazyka o třiceti osmi otázkách. Dle Mareše (2011) je dvacet otázek ve zkrácené verzi dostačující k získání dat pro výzkumné šetření a akceptovatelné ze stran pacientů. Oproti dlouhé verzi lze tímto dotazníkem zjistit pacientovo pojetí nemoci u různého druhu onemocnění, proto je tento dotazník ve zdravotnictví nejčastěji využíván pro pochopení laického pojetí nemoci. V dotazníku jsou některé otázky záměrně pokládány negativně, aby nedošlo k mechanickému vyplňování.

Jak už bylo zmíněno, tento dotazník je používán pro zjištění pojetí nemoci z pohledu pacienta. Zjištěné pojetí nemoci doplňuje ošetřovatelskou anamnézu a pomocí cílené edukace individualizuje ošetřovatelskou péči u konkrétního pacienta.

Dotazník IPQ-R-CZ o dvaceti položkách se následně dělí do pěti proměnných (závažnost nemoci, možnost ovlivnění nemoci, porozumění nemoci, negativní emoce a sociální dopady), které mohou sestřám pomoci individuálně zhodnotit pacientku, podle potřeby ji cíleně edukovat v konkrétních oblastech a volit k pacientce individuální přístup. U závažnosti nemoci mohou sestry podle výše skóre zjistit, jak pacientka vnímá své onemocnění, a zajistit potřebnou edukaci. Obecně je známo, že ženy vnímají své onemocnění závažněji než muži, proto je důležité k pacientkám přistupovat individuálně, porozumět jejich pojetí nemoci a určit konkrétní oblast edukační potřeby. Proměnná, možnost ovlivnění nemoci, do jisté míry souvisí s příčinou onemocnění. Pokud si pacientka myslí, že má podíl na vzniku svého onemocnění, pak ho může ovlivnit, pokud změní své chování. Následná edukace spočívá v doplnění informací ohledně příčin nemoci, v dodržování léčebného režimu a podpoření správného životního stylu. Proměnná porozumění nemoci poskytuje informace o míře informovanosti, zda pacientka zná a rozumí své nemoci. Pokud v dotazníku v této proměnné vyjde nízká hodnota skóre, není pacientka natolik obeznámena se svým onemocněním a je potřeba důkladnější edukace ze strany sestry nebo lékaře. Tak jako závažnost nemoci tak i negativní emoce prožívají více ženy než muži, plyne to z výzkumu Mareše a Vachkové (2011). Potřeba psychické podpory je důležitou edukační potřebou a v praxi se na ni bohužel někdy zapomíná. Přítom zvládnutí negativních emocí může do jisté míry zlepšit somatické potíže. Pokud pacientka dosáhne v této proměnné vysokých hodnot, znamená to, že v souvislosti se svým onemocněním prožívá negativní emoce a může mít sklony až k depresi. V tomto případě je důležitý individuální přístup k pacientce a zajištění psychické podpory. Sociální dopady jsou brány jak z ekonomického hlediska, tak i ze společenského. Pokud má pacientka dobré sociální zázemí, podporu rodin a blízkých a je ekonomicky zajištěná, její hodnoty proměnné v dotazníku nepřesahují 10 bodů. V některých případech je i v této oblasti důležitá edukace. Důležité je zjistit, jestli se vlivem onemocnění pacientce nenarušily sociální styky nebo se nedostala do finanční tísně.

Díky tomuto dotazníku může sestra lépe porozumět pacientčinu pojetí nemoci a následně určit cílenou oblast edukační potřeby (Vachková, 2011).

II PRAKTICKÁ ČÁST

6. EMPIRICKÁ ČÁST

6.1 Cíle výzkumu

1. Hlavní cíl:

- Zjistit pacientčino pojetí gynekologického onemocnění, které bylo řešeno hysterektomií.

2. Dílčí cíle:

- Zmapovat, do jaké míry je pro pacientky jejich nemoc závažná.
- Posoudit, do jaké míry mohou pacientky průběh své nemoci ovlivnit.
- Zjistit, jestli pacientky rozumí své nemoci.
- Zjistit, zda pacientky pociťují negativní emoce v souvislosti s onemocněním.
- Posoudit, zda pacientkám může nemoc narušit sociální interakce.
- Zjistit náhled pacientek na možné příčiny, které vedly k jejich onemocnění.

6.2 Metoda výzkumu

Výzkumné šetření k bakalářské práci bylo zahájeno v prosinci roku 2019. Průzkumné šetření bylo prováděno kvantitativní metodou. K získání informací nám jako nástroj posloužil dotazník IPQ-R-CZ. Pro výzkum byla použita zkrácená verze o dvaceti položkách, vycházející z originální třiceti osmi položkové verze. Dvacet položek zkrácené verze dotazníku je rozděleno do pěti proměnných. Dotazník byl ještě doplněn o demografické údaje a osmnáct položek zjišťujících možné příčiny onemocnění z pohledu pacientek. Dotazníky byly anonymní. Ženy vybíraly z položek vždy jen jednu možnost. Klíč k vyhodnocení dotazníku, který je společně s dotazníkem k náhledu v příloze č. 3, nebyl pacientkám při vyplňování k dispozici.

Dotazníky byly rozdány ženám, které byly hospitalizované na gynekologicko-operacním oddělení ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové a Masarykově městské nemocnici v Jilemnici z důvodu provedení hysterektomie. Souhlas s výzkumem byl v nemocnicích potvrzen vedením nemocnice. Souhlas s Fakultní nemocnicí v Hradci Králové je přiložen v příloze č. 1

Pro naše výzkumné šetření bylo vytvořeno a rozdáno 50 dotazníků. V každé ze dvou nemocnic jsem ponechala 25 dotazníků. Jejich návratnost byla 100%.

6.3 Zpracování získaných dat

Data pacientek získaná pomocí dotazníkového šetření byla pro lepší přehlednost zpracována tabulkově v programu Microsoft Excel a následně byly výsledky zobrazeny v tabulkách a sloupcových nebo spojnicových grafech.

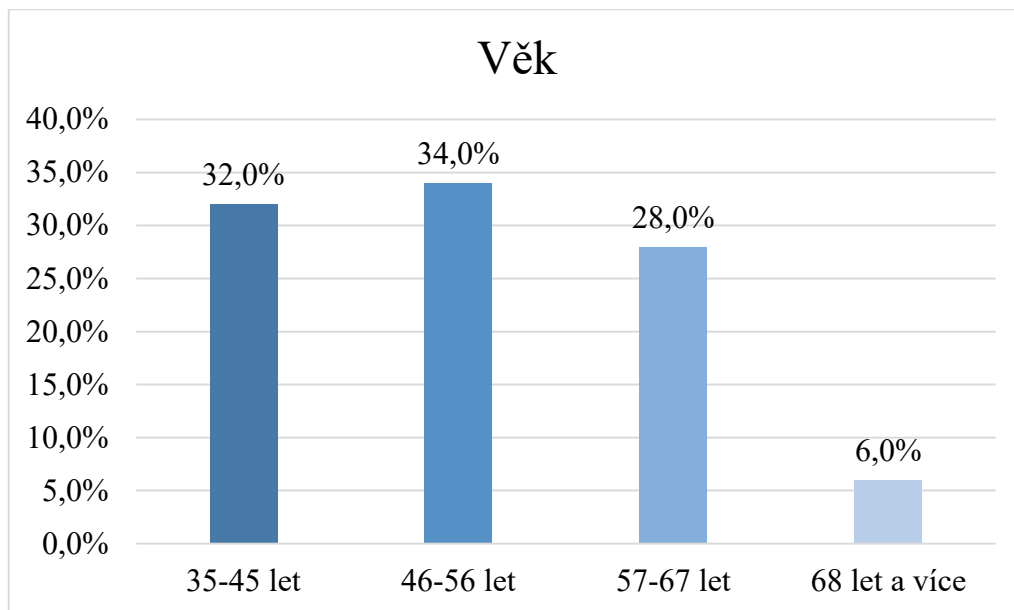
6.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Do výzkumného souboru byly zařazeny ženy, které podstoupily plánovaný chirurgický zákrok hysterektomii. Věková hranice žen byla nastavena v rozmezí od 35 do 70 let. Výzkum byl realizován na dvou gynekologicko-porodnických odděleních v Hradci Králové a Jilemnici. Oslovených respondentek bylo celkem 50.

6.4.1 Demografické údaje pacientek

Dotazník byl doplněn o demografické údaje pacientek zjišťující pacientčin věk, rodinný stav, má-li pacientka děti či ne, nejvyšší dosažené vzdělání, zaměstnání a v neposlední řadě, z jakého důvodu byla pacientkám indikována hysterektomie.

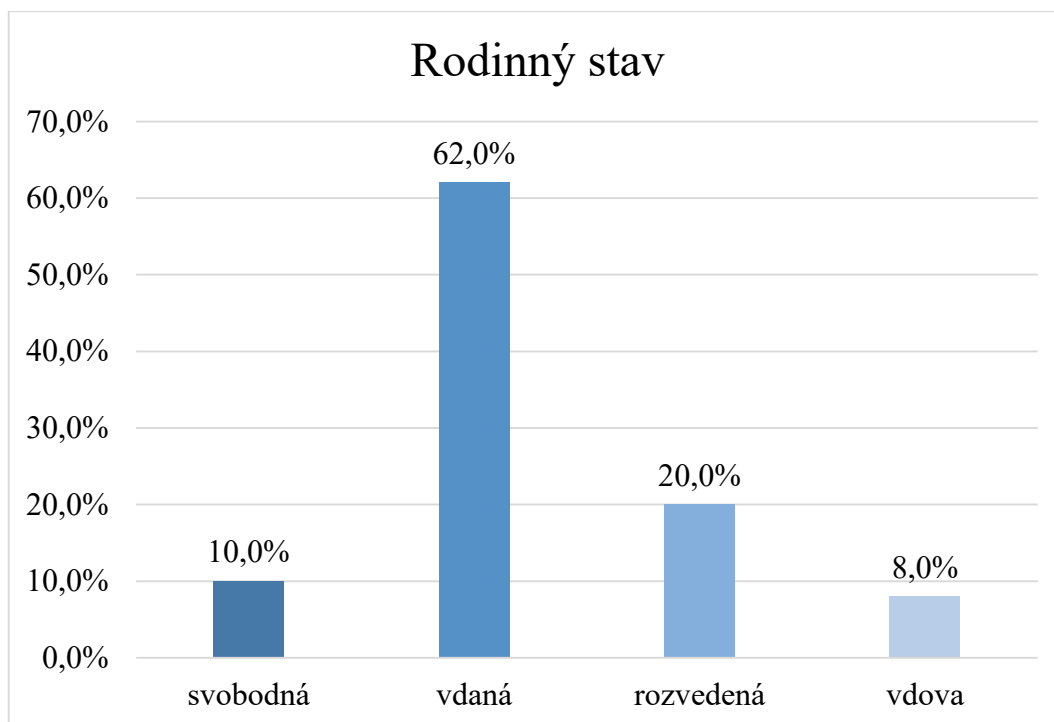
Otázka č. 1: Váš věk?



Graf č. 1- Věk

Komentář: Nejvíce žen, 17 respondentek, které podstoupily hysterektomii, bylo zařazených do věkové kategorie **46-56 let** (34,0%). Šestnáct žen bylo ve věku **35-45 let** (32,0%). Čtrnáct žen spadá do věkové kategorie **57-67 let** (28,0%). Věk zbylých tří žen se pohyboval **nad 68 let** (6,0%).

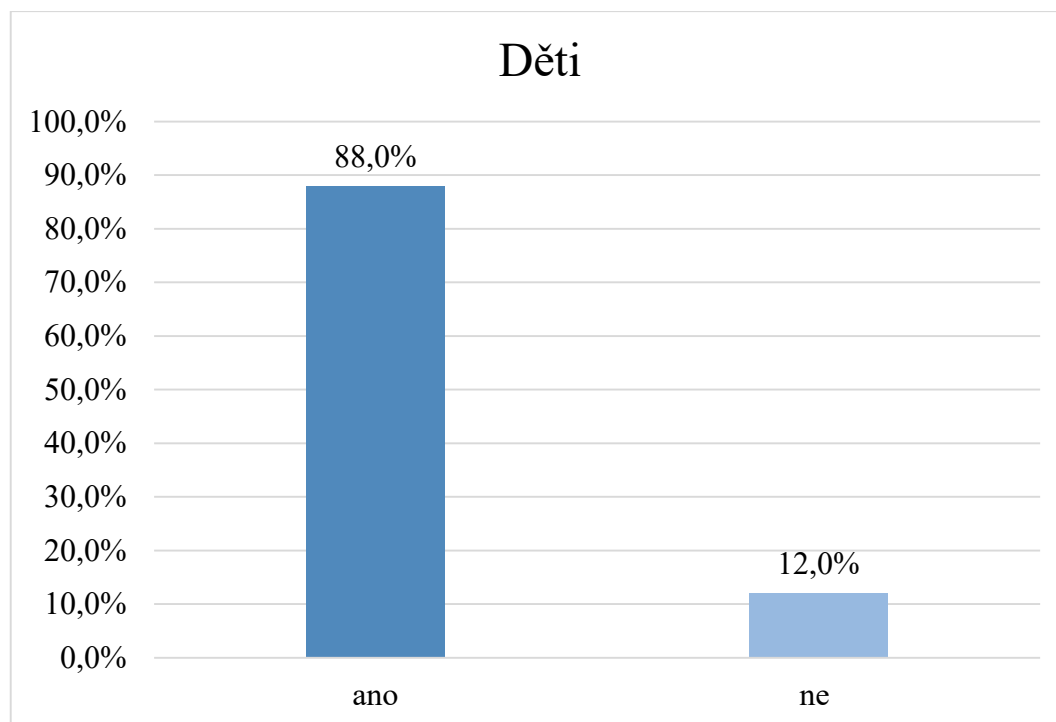
Otázka č. 2: Váš rodinný stav?



Graf č. 2- Rodinný stav

Komentář: Z padesáti dotázaných respondentek jich 31 odpovědělo, že v době operace byly **vdané** (62,0%). Deset žen bylo **rozvedených** (20,0%), dále pět žen bylo **svobodných** (10,0%) a čtyři ženy uvedly, že byly **vdovy** (8,0%).

Otázka č. 3: Máte děti?



Graf č. 3- Děti

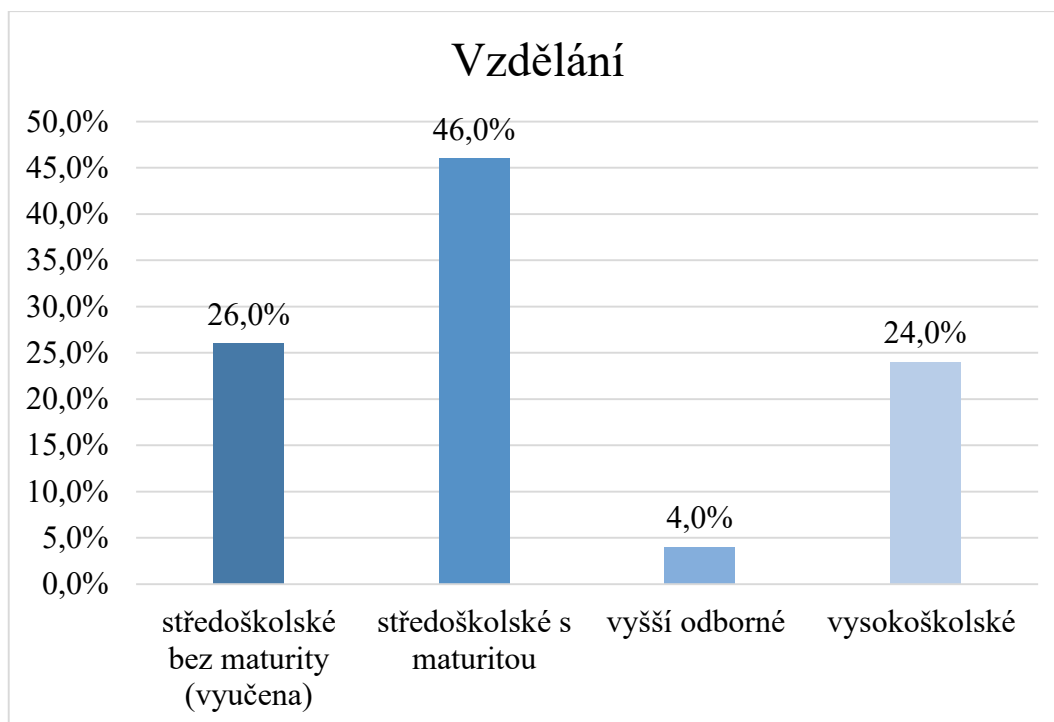
Komentář: Graf č. 2 nározně ukazuje, že z padesáti respondentek 44 žen odpovědělo **ano** (88,0%), že v době operace měly děti. 6 respondentek odpovědělo **ne** (12,0%).

Věková kategorie bezdětných žen	Absolutní hodnota	Relativní hodnota
46-56 let	2	33,3%
57-67 let	3	50,0%
68 let a více	1	16,7%
Celkem	6	100%

Tabulka č. 1- Věková kategorie bezdětných žen

Komentář: Z šesti bezdětných žen byly tři ženy ve věkové kategorii **57-67 let**. Dvě ženy byly ve věku **46-56 let** a jedna žena měla **nad 68 let**.

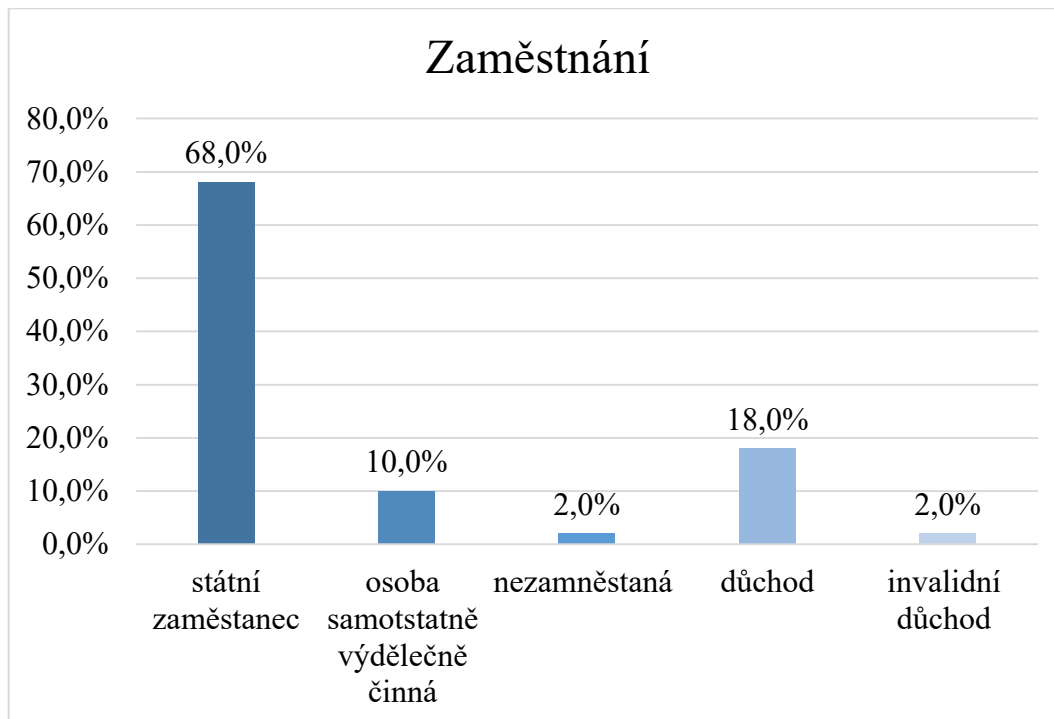
Otázka č. 4: Nejvyšší ukončené vzdělání?



Graf č. 4- Nejvyšší ukončené vzdělání

Komentář: Většina žen, celkem 23, měla ukončené **středoškolské vzdělání** (46,0%), 13 žen bylo **vyučených** (26,0%), 12 žen uvedlo, že mělo vystudovanou **vysokou školu** (24,0%) a 2 dvě ženy měly vystudovanou **vyšší odbornou školu** (4,0%).

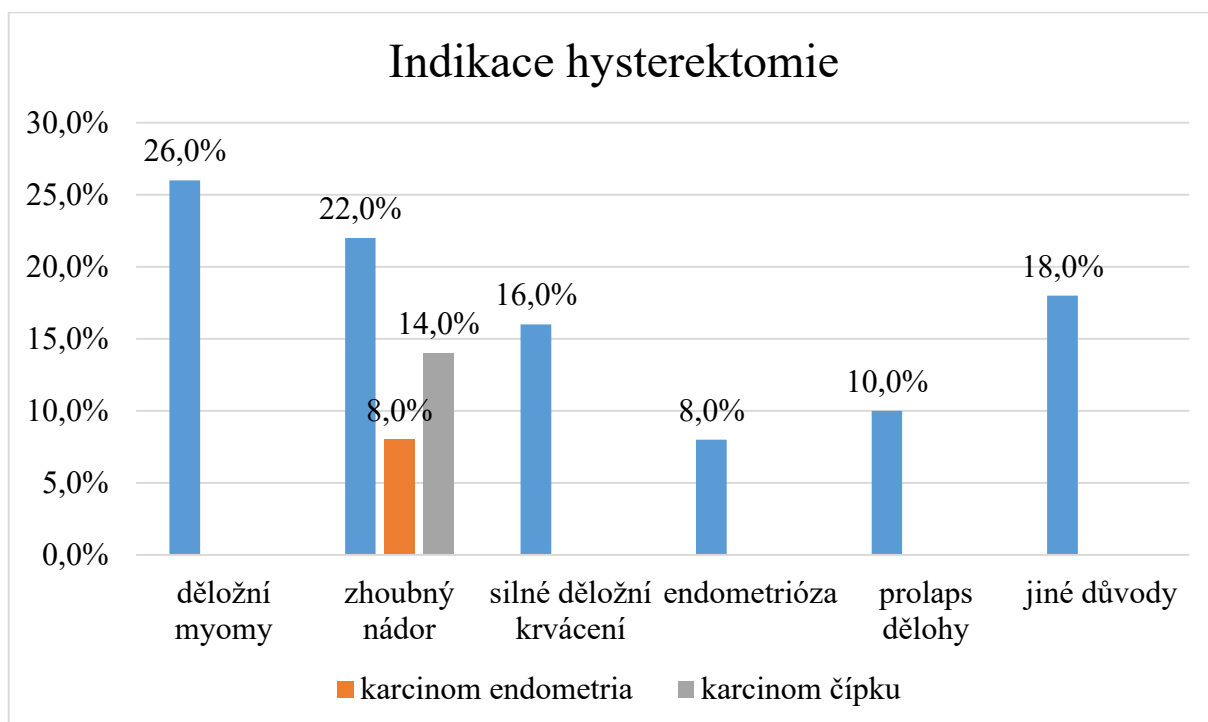
Otázka č. 5: Vaše zaměstnání?



Graf č. 5- Zaměstnání

Komentář: Z grafu č. 5 vyplívá, že 34 žen pracovalo ve **státním zaměstnání** (68,0%). Devět žen odpovědělo, že již bylo v **důchodu** (18,0%) a pět žen uvedlo, že bylo **živnostníky** (10,0%). Jedna žena byla v **invalidním důchodu** (2,0%) a jedna žena byla momentálně **nezaměstnaná** (2,0%).

Otázka č. 6: Z jakého důvodu jste podstoupila operaci?



Graf č. 6- Indikace hysterektomie

Komentář: Nejčastějším důvodem k provedení hysterektomie byly **děložní myomy**, a to u třinácti dotázaných žen (26,0%). Druhou nejčastější indikací byl u jedenácti žen **zhoubný nádor** (22,0%), z toho sedm žen mělo **karcinom čípku** (14,0%) a čtyři ženy měly **karcinom endometria** (8,0%). Osmi ženám byla hysterektomie indikovaná z důvodu **silného děložního krvácení** (16,0%). U pěti žen byl zmíněn **prolaps dělohy** jako důvod operace (10,0%) a u čtyř žen **endometrióza** (8,0%). Zbýlých jedenáct žen uvedlo **jiné důvody** (18,0%), mezi nimiž byla 3x zmíněná indikace z důvodu zdravotních komplikací, 3x byla operace indikovaná na doporučení gynekologa, 1x byla zmíněna chronická pánevní bolest, 1x chronický zánět vejcovodů a 1x hyperplazie endometria.

7. Interpretace výsledků výzkumu

7.1 Dotazník IPQ-R-CZ

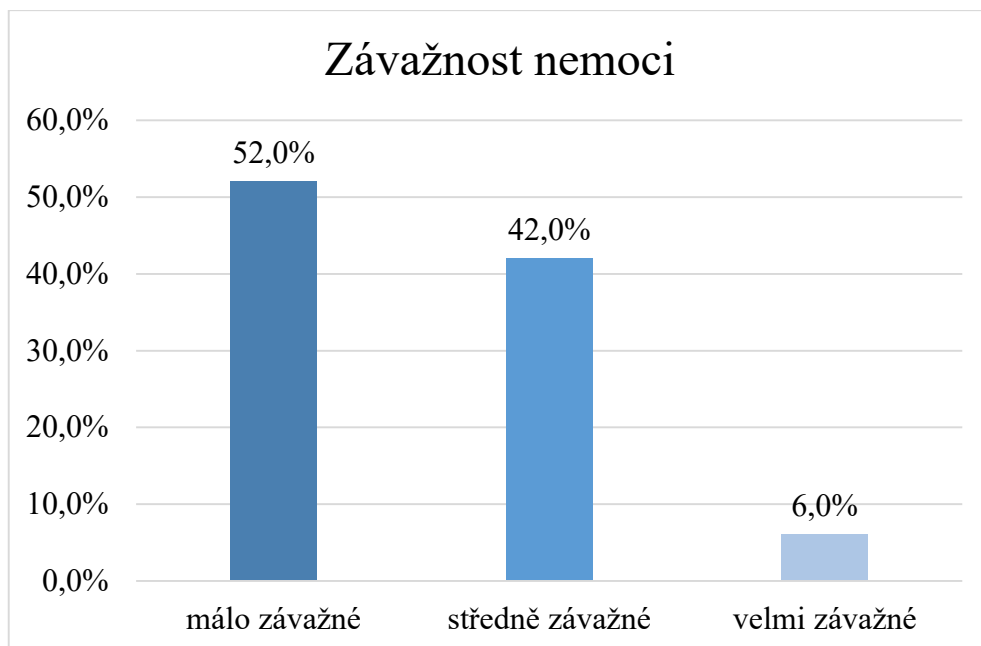
Zkrácená česká verze dotazníku IPQ-R-CZ byla vyplněna padesáti pacientkami, které podstoupily operační zákrok hysterektomií. Dotazník obsahoval 20 otázek, které byly rozděleny do pěti proměnných. Pacientky vybíraly z možností, souhlasím, spíše souhlasím, těžko rozhodnout, spíše nesouhlasím a nesouhlasím.

7.1.1 Proměnná č. 1- Závažnost nemoci

Otázka 1	Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu
Otázka 2	Moje nemoc je asi závažná
Otázka 3	Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život
Otázka 11	Můj zdravotní stav se časemlepší

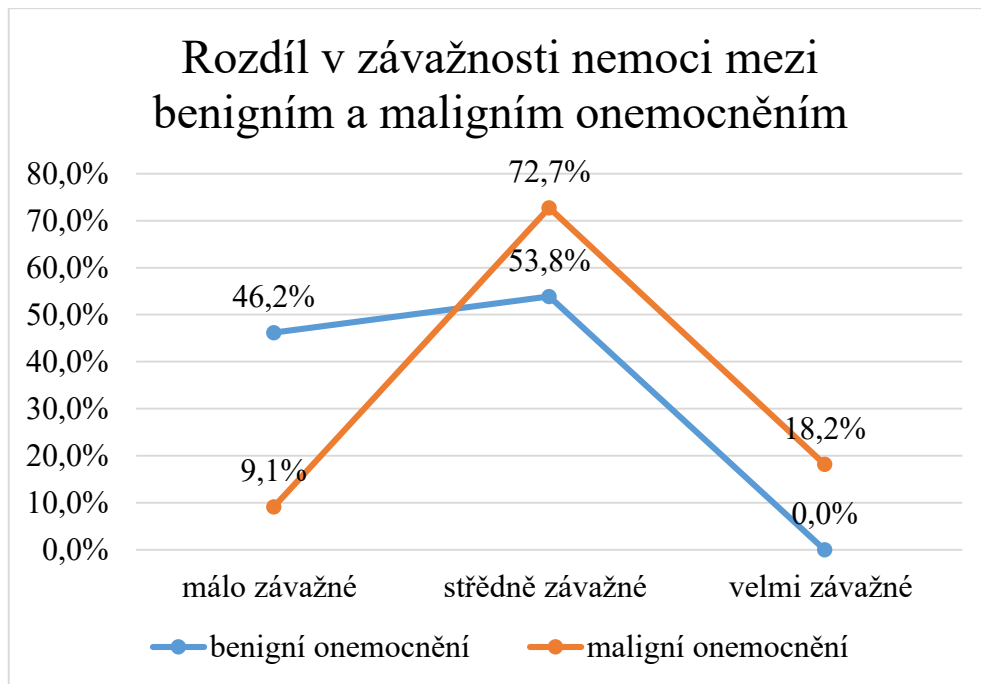
Tabulka č. 2- Proměnná č. 1- Závažnost nemoci

Komentář: K této proměnné se vztahují otázky č. 1, 2, 3 a 11. Minimální hodnotou skóre byly 4 body a maximální hodnotou bylo 20 bodů. Čím vyšší byl počet bodů, tím bylo onemocnění pro pacientky závažnější. Pro lepší přehlednost byly výsledky rozděleny do třech stupňů závažnosti a zobrazeny v grafu č. 7. Závažnost nemoci se nejvíce lišila u pacientek s benigním a maligním onemocněním. Výsledky byly zobrazeny v grafu č. 8. Závažnost nemoci byla následně porovnána dle věkové kategorie, a to u žen v letech 35-45 a 46-56 let. Výsledky byly zobrazeny v grafu č. 9.



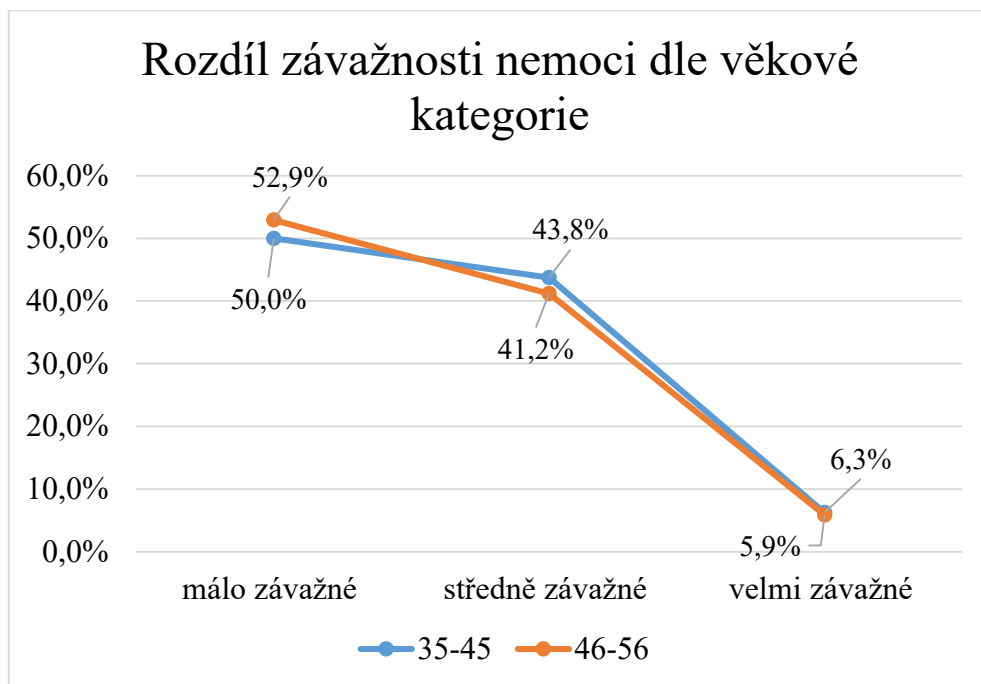
Graf č. 7- Závažnost nemoci

Komentář: Z celkového počtu dotázaných respondentek nemělo pro 26 žen jejich onemocnění **závažnější charakter** (52,0%). Toto procentuální zastoupení žen je toho názoru, že jejich onemocnění nepotrvá dlouhou dobu, není natolik závažné, nepřináší vážné důsledky pro jejich život a věří, že se jejich zdravotní stav časem zlepší. Pro 21 žen má jejich onemocnění **středně závažný charakter** (42,0%). Zbylé tři ženy vnímaly svoje onemocnění jako **velmi závažné** (6,0%). Ze tří žen, které vnímaly svoji nemoc jako velmi závažnou, měla nejvíce bodů (17 bodů) padesátiletá pacientka, které byla hysterektomie indikovaná ze zdravotních důvodů, bohužel neuvěděla konkrétní onemocnění. Naproti tomu nejmenší počet bodů (5 bodů) měly tři ženy taktéž vyšší věkové kategorie. Důvodem k hysterektomii byl pro tyto pacientky prolaps dělohy, karcinom a zdravotní komplikace.



Graf č. 8- Rozdíl v závažnosti nemoci mezi benigním a maligním onemocněním

Komentář: Graf č. 8 ukazuje rozdílné vnímání závažnosti nemoci u třinácti žen s **benigním onemocněním** (26,0%) zastoupeným děložními myomy a jedenácti žen s **maligním onemocněním** (22,0%) zastoupeným karcinomem čípku a endometria. Tyto dvě skupiny onemocnění byly nejčastější indikací hysterektomie u padesáti dotázaných žen. Šest žen, které podstoupily hysterektomii z důvodu děložních myomů, nepovažují svoji nemoc za závažnou (46,2%). Naproti tomu jako málo závažné vnímala své maligního onemocnění pouze jedna žena (9,1%). U obou typů onemocnění převažoval středně závažný charakter nemoci. Osm žen s karcinomem vnímaly svoji nemoc jako středně závažnou (72,7%). U benigního onemocnění odpovědělo takto sedm žen (53,8%). Žádná žena s děložními myomy nevnímala svoji nemoc jako velmi závažnou (0,0%). Pro dvě ženy s karcinomem měla jejich nemoci velmi vážný charakter (18,2%).



Graf č. 9- Rozdíl závažnosti nemoci dle věkové kategorie

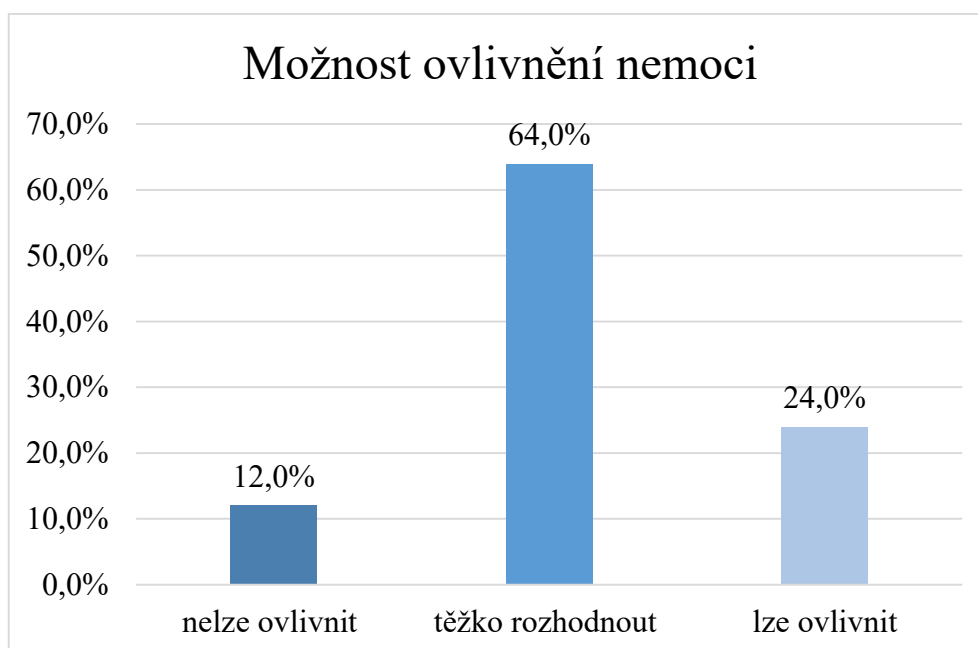
Komentář: Graf č. 9 ukazuje, jak ženy rozdílné věkové kategorie vnímaly stupně závažnosti nemoci. Z padesáti žen jich bylo nejvíce ve věkové kategorii **46-56 let** (34,0%) a **35-45 let** (32,0%). Obě věkové kategorie se téměř shodují ve všech stupních závažnosti nemoci. Nejvíce žen, osm žen ve věkové kategorii 35-45 let (50,0%) a devět žen ve věkové kategorii 46-56 let (52,9%), považovaly svoji nemoc za málo závažnou. Sedm žen nižší věkové kategorie (43,8%) a sedm žen vyšší věkové kategorie (41,2%) odpovědělo, že jejich onemocnění mělo středně závažný charakter nemoci. Pouze jedna žena ve věku 35-45 let (6,3%) a jedna žena ve věku 46-56 let (5,9%) považovaly svoji nemoc jako velmi závažnou.

7.1.2 Proměnná č. 2- Možnost ovlivnění nemoci

Otázka 5	S touhle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra
Otázka 8	Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci
Otázka 9	Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá
Otázka 10	Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc
Otázka 19	Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých cyklech

Tabulka č. 3- Proměnná č. 2- Možnost ovlivnění nemoci

Komentář: K této proměnné se vztahují otázky č. 5, 8, 9, 10, a 19. Minimální hodnotou skóre pro tuto proměnnou bylo 5 bodů a maximální hodnotou bylo 25 bodů. Čím vyšší bylo skóre, tím bylo onemocnění pro pacientku lépe ovlivnitelné. Výsledky byly zobrazeny v grafu č. 9.



Graf č. 10- Možnost ovlivnění nemoci

Komentář: Pro 32 žen bylo **těžké se rozhodnout**. Ženy si nebyly jisté, zda by jejich chování mělo zásadní vliv na zlepšování či zhoršování průběhu jejich nemoci (64, %). Šest žen bylo toho názoru, že své onemocnění **nemohly žádným způsobem ovlivnit** (12,0%). Dvanáct žen

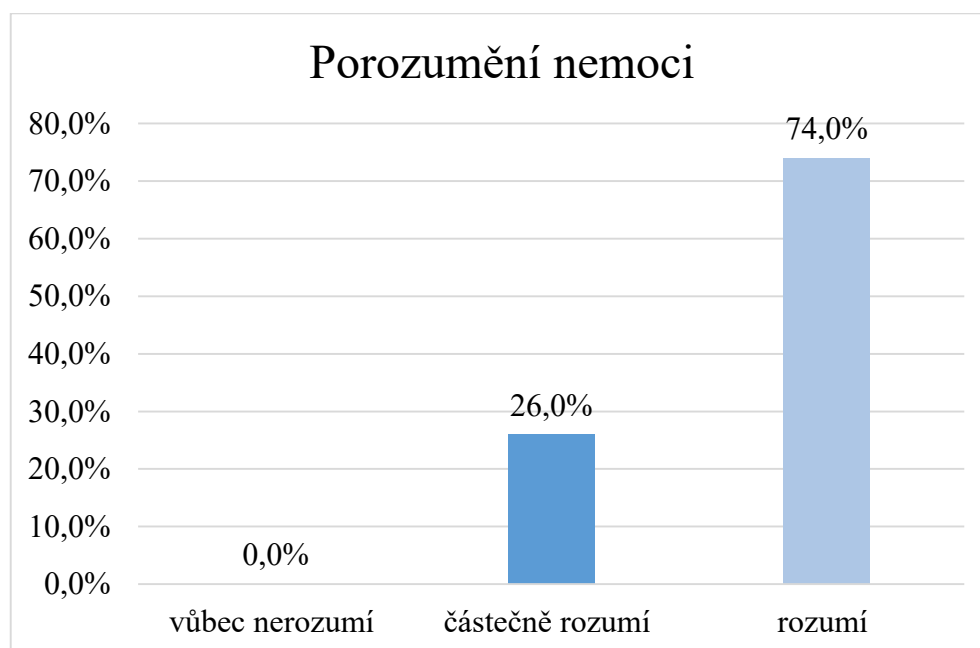
bylo přesvědčených, že svým jednáním **mohou ovlivnit** průběh své nemoci (24,0%). Osmapadesátiletá pacientka s karcinomem dosáhla téměř maxima bodů (21 bodů), podle ní lze onemocnění dobře ovlivnit a záleží především na ní, jak bude nadále probíhat. Nejmenší skóre (7 bodů) měla jedna čtyřicetiletá pacientka s děložním myomem, která byla toho názoru, že své onemocnění nemohla nijak ovlivnit.

7.1.3 Proměnná č. 3- Porozumění nemoci

Otázka 12	Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné
Otázka 13	Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím
Otázka 14	Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný

Tabulka č. 4- Proměnná č. 3- Porozumění nemoci

Komentář: K této proměnné se vztahují otázky č. 12, 13 a 14. Nejnižší možný počet bodů bylo 3 a nejvyšší 15. Čím vyšší skóre, tím více pacientka rozumí své nemoci. Výsledky byly zobrazeny v grafu č. 10.



Graf č. 11- Porozumění nemoci

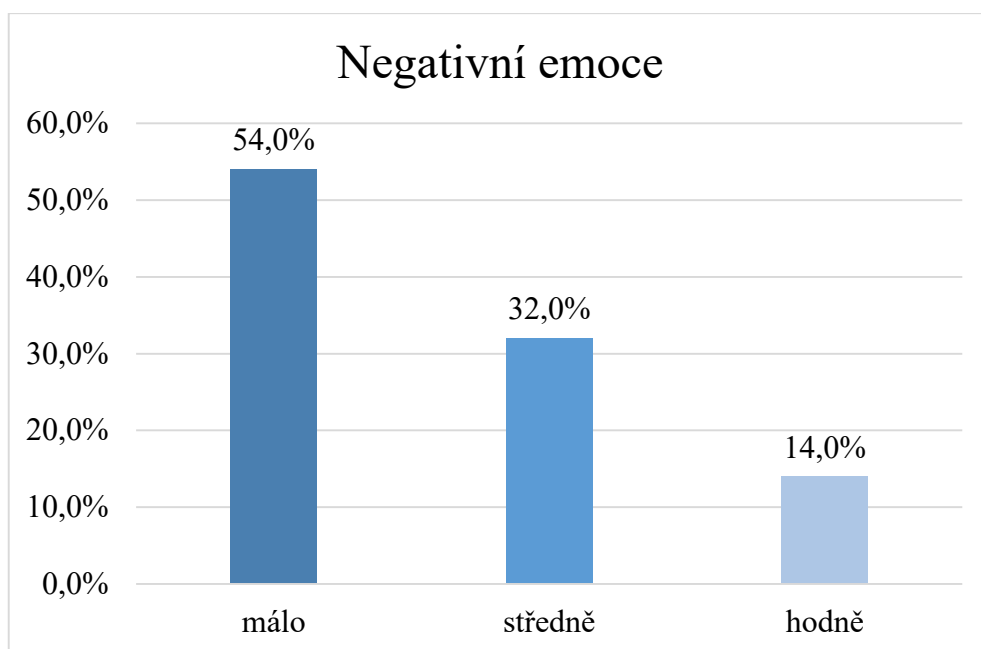
Komentář: Ani jedna žena neodpověděla, že by vůbec své nemoci **nerozuměla** (0,0%). Třináct žen **rozumělo své nemoci částečně** (26,0%). Většina žen, celkem 37, **zcela rozuměla** své nemoci. Patientky chápaly, proč jsou nemocné a příznaky jejich nemoci, které prožívaly, pro ně nebyly záhadné (74,0%). Výsledná skóre žen byla podobná, značná část pacientka dosáhla i maxima bodů.

7.1.4 Proměnná č. 4 - Negativní emoce

Otázka 15	Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada
Otázka 16	Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek
Otázka 17	Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti
Otázka 18	Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy

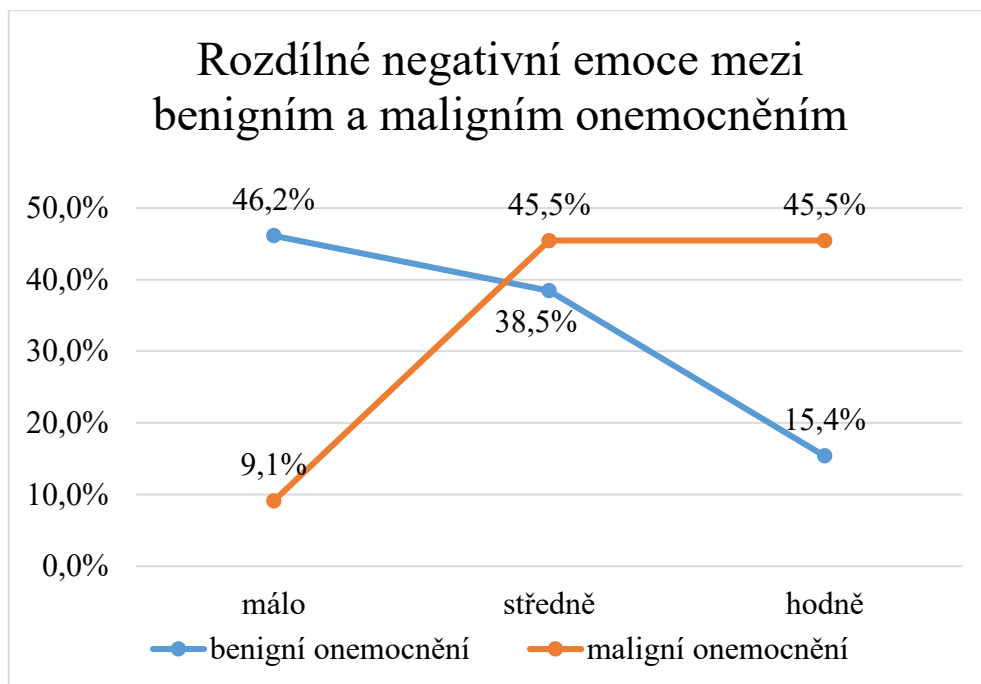
Tabulka č. 5- Proměnná č. 4- Negativní emoce

Komentář: K této proměnné se vztahují otázky č. 15, 16, 17, a 18. Nejnížší možná hodnota skóre byly 4 body a nejvyšší hodnota bylo 20 bodů. Čím vyšší skóre, tím hůře pacientka onemocnění prožívá. Výsledky byly zobrazeny v grafu č. 11. Negativní emoce způsobené onemocněním, se podobně jako závažnost nemoci, nejvíce lišily u pacientek s benigním a maligním onemocněním. Výsledky byly zobrazeny v grafu č. 12. Negativní emoce byly následně porovnány také podle věkové kategorie, a to u žen v letech 35 – 45 a 46-56 let. Výsledky byly zobrazeny v grafu č. 13.



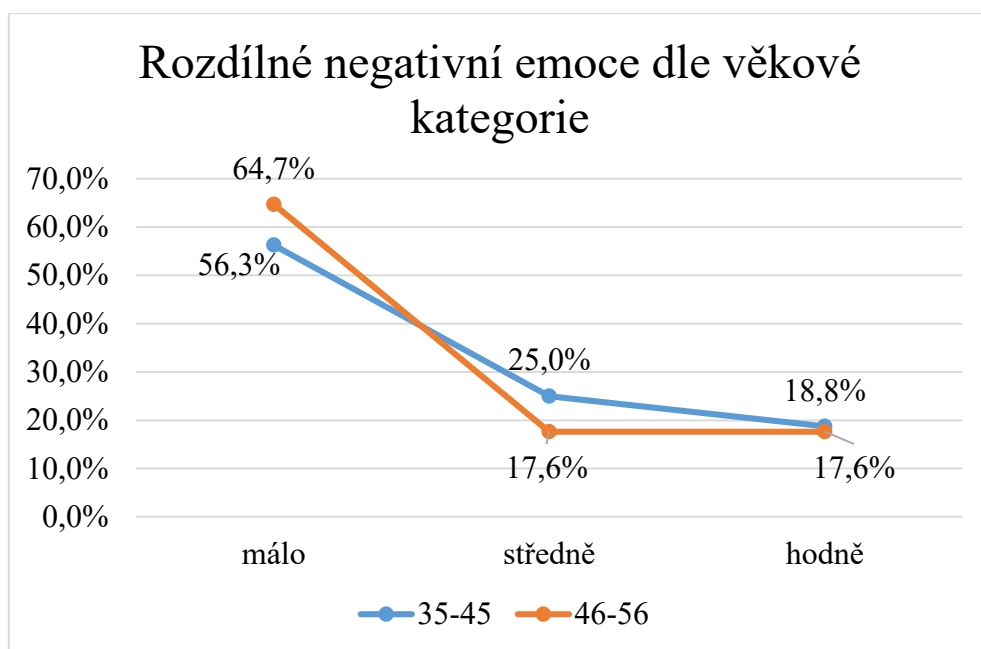
Graf č. 12- Negativní emoce

Komentář: Většině žen z padesáti dotázaných, tedy celkem 27, **onemocnění nezpůsobovalo vážnější obavy** (54,0%). Neměly sklon k depresivní náladě a hněvu. U šestnácti pacientek se v souvislosti s jejich onemocněním **vyskytly negativní emoce, ale nepřevažovaly nad pozitivními emocemi** (32,0%). Sedmi pacientkám jejich onemocnění způsobovalo **vysokou míru negativních emocí** (14,0%). Nemoc v nich vzbuzovala velké obavy, vztek a sklony k depresivní náladě. Maximum bodů (20 bodů) měla třiapadesátiletá pacientka s karcinomem. Tato pacientka špatně prožívala svoji nemoc, přepadaly ji depresivní stavy a vztek. Negativní emoce nezpůsobovalo onemocnění dvou pacientkám, které měly nejnižší skóre (4 body). Obě byly vyššího věku, jedna měla karcinom, druhá prolaps dělohy.



Graf č. 13- Rozdílné negativní emoce mezi benigním a maligním onemocněním

Komentář: Graf č. 13 ukazuje rozdílné negativní emoce skupiny pacientek se dvěma nejčastějšími indikacemi hysterektomie, **děložních myomů** a **zhoubného nádoru**. U pacientek s děložními myomy nedošlo k negativním změnám emocí tak výrazně jako u pacientek s karcinomem. U šesti žen s benigním onemocněním nevzbuzovala jejich nemoc vážnější obavy a neměly sklony k depresivní náladě a vzteku (46,2%). Pět žen už prožívala mírnější negativní emoce v souvislosti s benigním onemocněním (38,5%) a dvě ženy prožívaly negativní emoce hodně (15,4%). U maligního onemocnění pouze jedna žena prožívala své onemocnění dobře (9,1%). Pět žen prožívalo negativní emoce, ale ty nepřevažovaly nad pozitivními (45,5%). Dalších pět žen prožívalo v souvislosti s maligním onemocněním stavy depresivní nálady, vzteku a velkých obav z nemoci (45,5%).



Graf č. 14- Rozdílné negativní emoce dle věkové kategorie

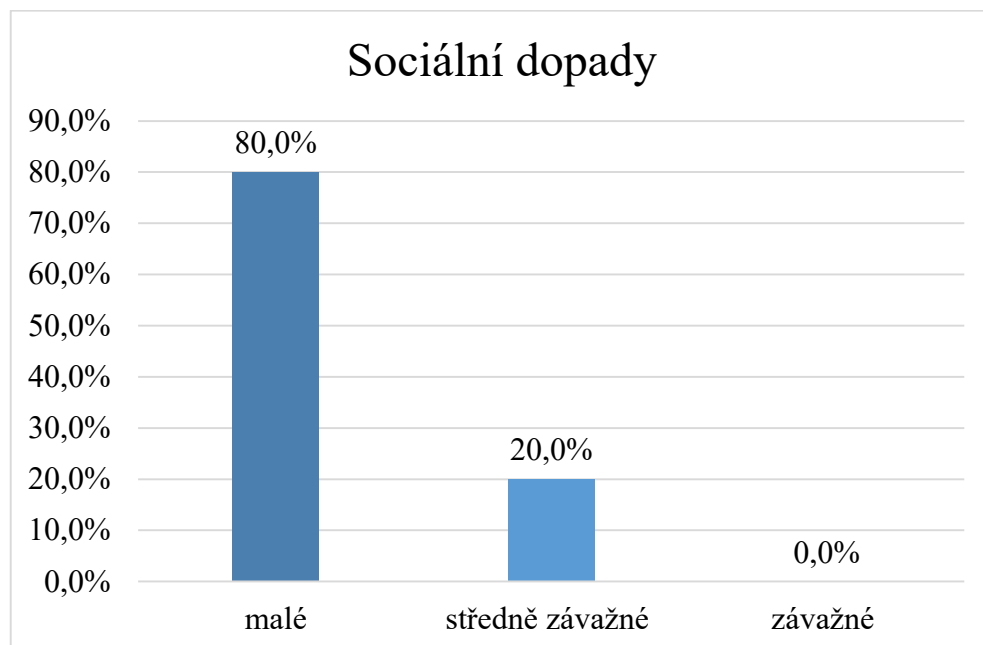
Komentář: Negativní emoce pociťovaly více pacientky v **letech 35-45** než pacientky ve věkové kategorii **46-56 let**. Devíti pacientkám věkové kategorie 35-45 let onemocnění nepřinášelo závažnější obavy (56,3%), taktéž odpovědělo 11 patientek věkové kategorie 46-56 let (64,7%). Čtyři ženy v letech 35-45 let prožívaly mírné negativní emoce (25,0%) a tři ženy v letech 46-56 rovněž tak (17,6%). Tři pacientky nižší věkové kategorie (18,8%) a tři pacientky vyšší věkové kategorie (17,6%) prožívaly negativní emoce více v souvislosti s jejich onemocněním. Starosti jim dělal jejich zdravotní stav a měly sklony k depresi a hněvu.

7.1.5 Proměnná č. 5- Sociální dopady

Otázka 4	Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé
Otázka 6	Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady
Otázka 7	Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým
Otázka 20	Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život

Tabulka č. 6- Proměnná č. 5- Sociální dopady

Komentář: K této proměnné se vztahují otázky č. 4, 6, 7, a 20. Minimální hodnota skóre byly 4 body a nejvyšší hodnota bylo 2 bodů. Čím vyšší skóre, tím má onemocnění pro pacientky větší sociální dopady. Výsledky byly zobrazeny v grafu č. 14.



Graf č. 15- Sociální dopady

Komentář: Pro většinu pacientek, celkem 40, mělo jejich onemocnění **pouze malé** sociální dopady (80,0%). Jejich nemoc neovlivňovala to, jak se na ně dívali ostatní lidé, nepůsobila problémy blízkým lidem, neměla velké finanční dopady a nekomplikovala partnerský či rodinný život. Pro 10 žen mělo jejich onemocnění **středně závažné** sociální dopady (20,0%). Žádná žena neuvédla, že by její onemocnění mělo tak **závažné** sociální dopady, aby výrazně komplikovalo partnerský nebo rodinný život, mělo velké finanční dopady, způsobovalo problémy blízkým osobám a ovlivňovalo pohledy ostatních lidí (0,0%). Nejvyšší počet bodů (12 bodů) měla pětatřicetiletá pacientka s maligním onemocněním. Této pacientce její onemocnění způsobilo sociální dopady. Nižší skóre byla u většiny pacientek totožná.

7.1.6 Rozdílné pojetí nemoci u pacientek s maligním onemocněním

Ze všech respondentek byly pro demonstraci extrémně odlišných výsledků skóre v jednotlivých proměnných vybrány dvě pacientky. Uvedené výsledky v tabulce č. 7 ukazují, jak odlišné pojetí nemoci mohou mít pacientky se stejným onemocněním – karcinomem čípku. V diskuzi jsou vysvětleny možné důvody a popsána potřeba individuální edukace, vyplývající z odlišného pohledu pacientek na nemoc.

Pacientka č. 1	Nejvyšší dosažená hodnota skóre	Pacientka č. 2	Nejvyšší dosažená hodnota skóre
Věk: 40 let		Věk: 67 let	
Onemocnění: Karcinom čípku		Onemocnění: Karcinom čípku	
Proměnná č. 1- Závažnost nemoci	16	Proměnná č. 1- Závažnost nemoci	5
Proměnná č. 2- Možnost ovlivnění	19	Proměnná č. 2- Možnost ovlivnění	8
Proměnná č. 3- Porozumění nemoci	11	Proměnná č. 3- Porozumění nemoci	10
Proměnná č. 4- Negativní emoce	17	Proměnná č. 4- Negativní emoce	4
Proměnná č. 5- Sociální dopady	10	Proměnná č. 5- Sociální dopady	4

Tabulka č. 7- Rozdílné hodnoty proměnných u pacientek s maligním onemocněním

Komentář: Tabulka č. 7 ukazuje rozdíl v pojetí nemoci u dvou pacientek s maligním onemocněním. **První pacientka** měla v porovnání s ostatními pacientkami nejvíce dosažených bodů v každé proměnné. Pacientka vnímala svoji nemoc velmi vážně, byla toho názoru, že její nemoc potrvá dlouhou dobu a přinese pro její život vážné důsledky. Na druhou stranu pacientka věřila, že své onemocnění může ovlivnit a že záleží především na ní, jak se bude její zdravotní stav vyvíjet. Své nemoci pacientka rozuměla a příznaky, jež prožívala, pro ni nebyly záhadné. V důsledku onemocnění na pacientku dopadaly negativní emoce. Nemoc ji dělala starosti a vzbuzovala v ní obavy. Pacientku přepadala depresivní nálada a hněv. Onemocnění mělo pro pacientku i středně závažné sociální dopady. Naproti tomu **druhá pacientka** měla jak v souboru pacientek s maligním onemocněním, tak i v celkovém počtu dotázaných žen nejméně dosažených bodů v proměnných. Sedmašedesátiletá pacientka nevnímala svoji nemoc jako závažnou a nemyslela si, že by trvala dlouhou dobu. Pacientka

nesdílela názor, že by svým chováním mohla ovlivnit průběh svého onemocnění. Své nemoci ale rozuměla částečně. Onemocnění nevzbuzovala v pacientce vážnější obavy a neměla sklony k depresivní náladě ani ke vzteku. Onemocnění jí nezpůsobovalo vážnější sociální dopady. Nekomplikovalo ji partnerský či rodinný život a nepůsobilo problémy blízkým lidem.

Získání pohledu na pacientčino pojetí nemoci je přínosem pro sestry z hlediska správné edukace. Jak už bylo výše zmíněno v teoretické část, viz 5. kapitola Pacientovo pojetí nemoci, s. 39, za pomoci dotazníku lze zjistit pacientčin pohled na nemoc a následně cíleně edukovat problémovou oblast.

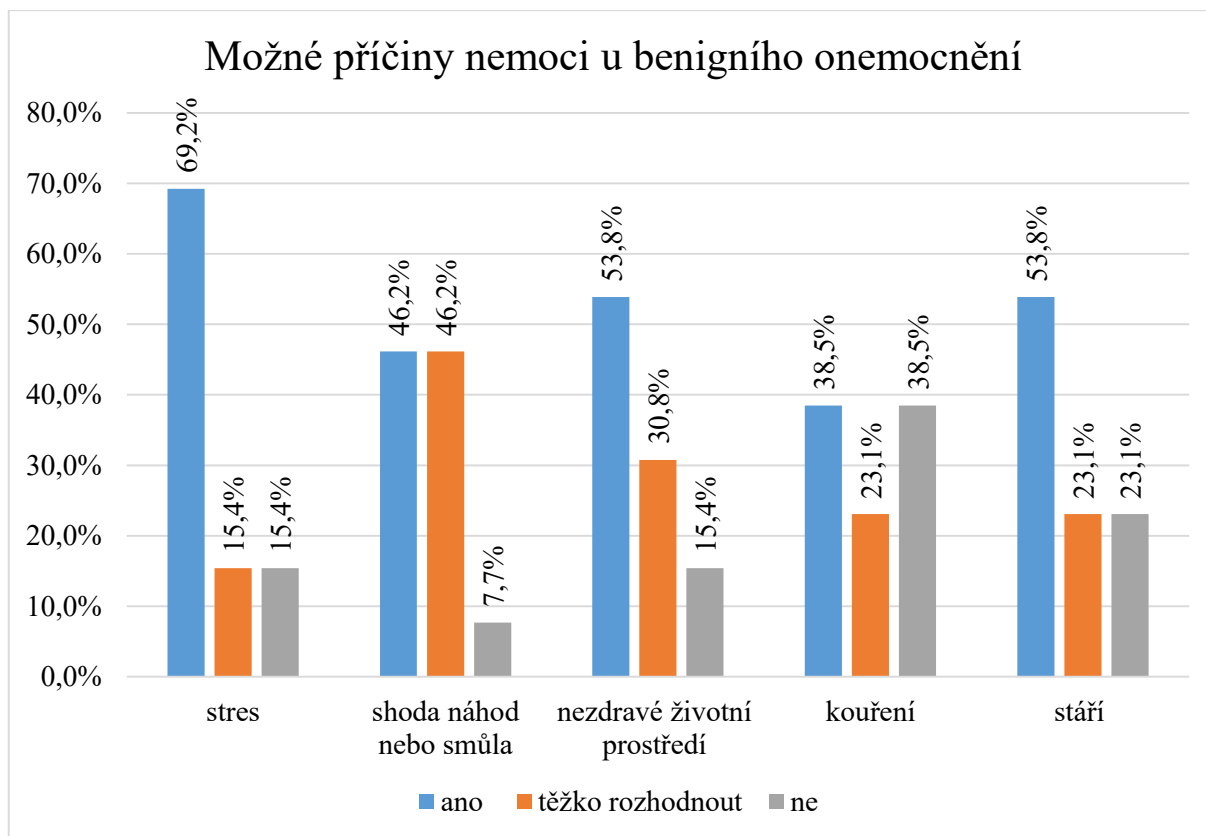
7.2 Možné příčiny nemoci

Dotazník byl rozšířen o 18 položek zjišťující možné příčiny nemoci z pohledu pacientek. Patientky odpovídaly možnostmi, souhlasím, spíše souhlasím, těžko rozhodnout, spíše nesouhlasím a nesouhlasím na možné příčiny, které podle nich mohly způsobit jejich onemocnění. Položky příčin nemoci k náhledu v tabulce č. 7.

U konkrétního onemocnění jsme vybrali ty možné příčiny nemoci, se kterými se pacientky téměř shodovali. Výsledky byly následně zobrazeny v grafech.

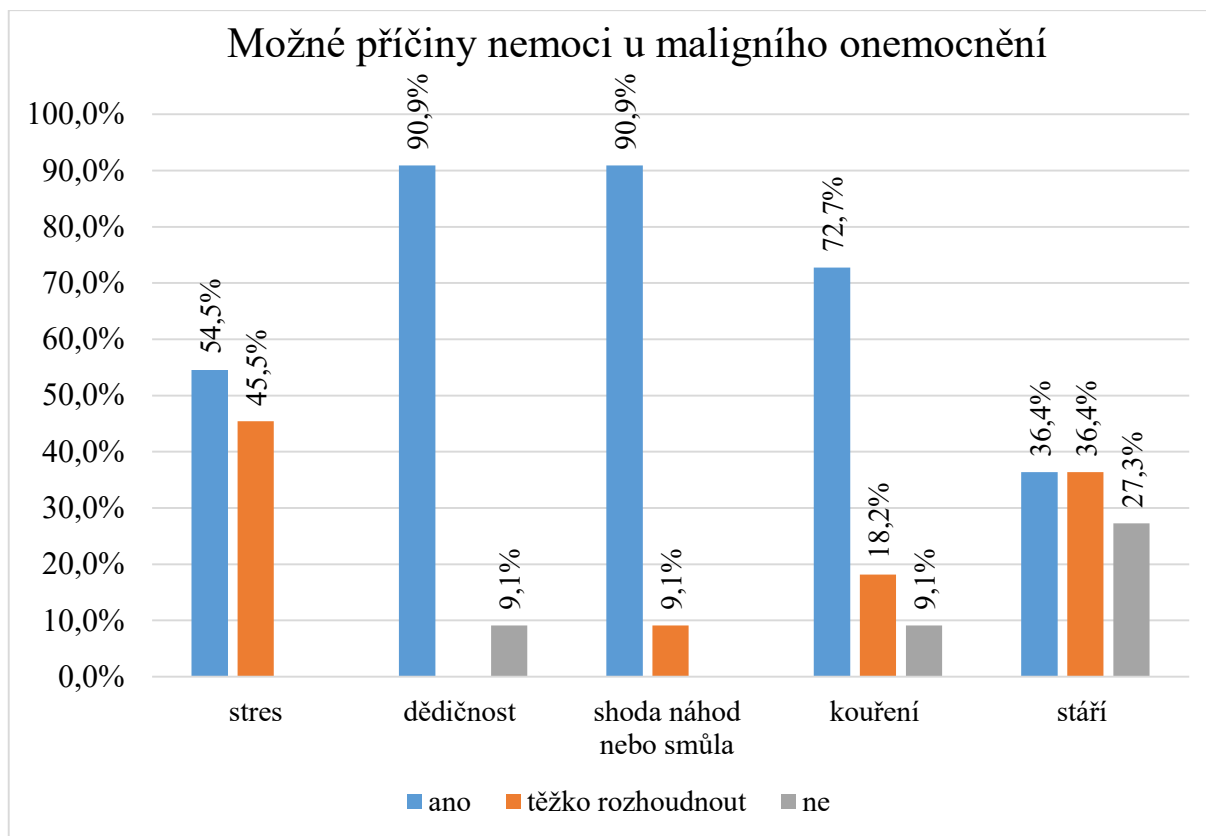
Položka 1	Stres nebo obavy z něčeho	Položka 10	Rodinné problémy
Položka 2	Dědičnost; tato nemoc se u nás v rodině prostě objevuje	Položka 11	Přepracování
Položka 3	Bakterie nebo viry	Položka 12	Moje emoce: trpím osamělostí, úzkostí, depresemi, mám pocit prázdná
Položka 4	Způsob stravování; je to z jídla	Položka 13	Stáří, je to věkem
Položka 5	Shoda náhod nebo smůla	Položka 14	Úraz, nehoda
Položka 6	Lékaři něco zanedbali	Položka 15	Alkohol
Položka 7	Nezdravé životní prostředí	Položka 16	Kouření
Položka 8	Je to moje vina, žil jsem nezdravě	Položka 17	Zvláštnosti mé osobnosti, mé povahy
Položka 9	Můj přístup k životu, na všem hledám to špatné a tím se přehnaně zabývám	Položka 18	Mám změněnou imunitu

Tabulka č. 8- Možné příčiny nemoci



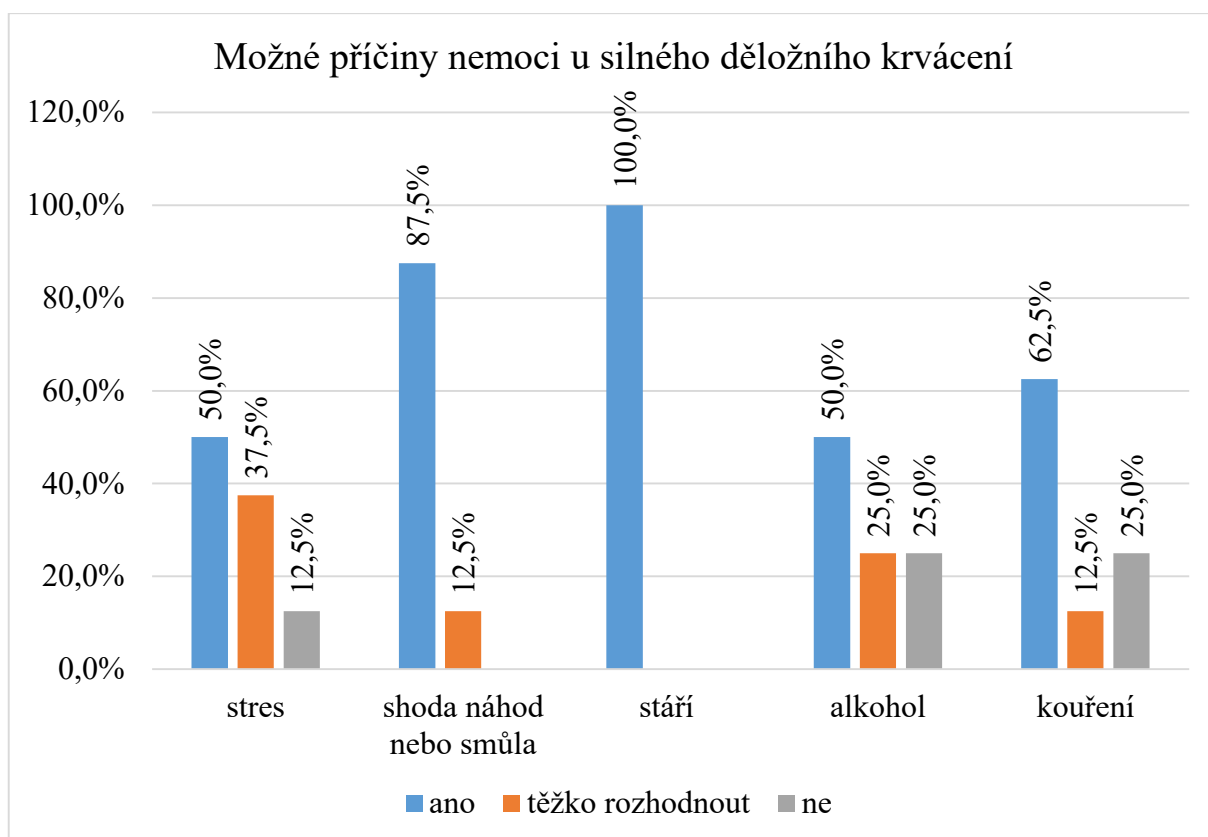
Graf č. 16- Možné příčiny nemoci u benigního onemocnění

Komentář: Pacientky s děložními myomy nejčastěji souhlasily s těmito pěti příčinami (stres, shoda náhod nebo smůla, nezdravé životní prostředí, kouření a stáří), které mohly mít vliv na vznik onemocnění. Devět žen bylo toho názoru, že jejich onemocnění mohlo vzniknout na podkladě stresových faktorů (69,2%). Dvě ženy si tímto tvrzením nebyly úplně jisté (15,4%) a další dvě ženy s tím nesouhlasily (15,4%). Další častou příčinou nemoci byla shoda náhod nebo smůla. S touto příčinou se shodlo šest žen (46,2%), u dalších šesti žen by to mohlo být příčinou jejich nemoci, ale také nemuselo (46,2%), a jen jedna žena s touto příčinou nesouhlasila (7,7%). Sedm žen si myslelo, že by vznik jejich onemocnění mohl souviset s nezdravým životním prostředím (53,8%). Čtyři ženy si nebyly jisté (30,8%) a dvě ženy byly jiného názoru (15,4%). S kouřením, jako možnou příčinou nemoci, souhlasilo pět pacientek a stejný počet žen s touto příčinou nesouhlasil. Zbylé tři ženy nevěděly, jestli kouření má vliv na vznik nemoci, či nemá (23,1%). K poslední nejčastější příčině, stáří, se přiklánělo sedm žen (53,8%), tři ženy se nemohly rozhodnout (23,1%) a další tři ženy s touto příčinou nesouhlasily (23,1%).



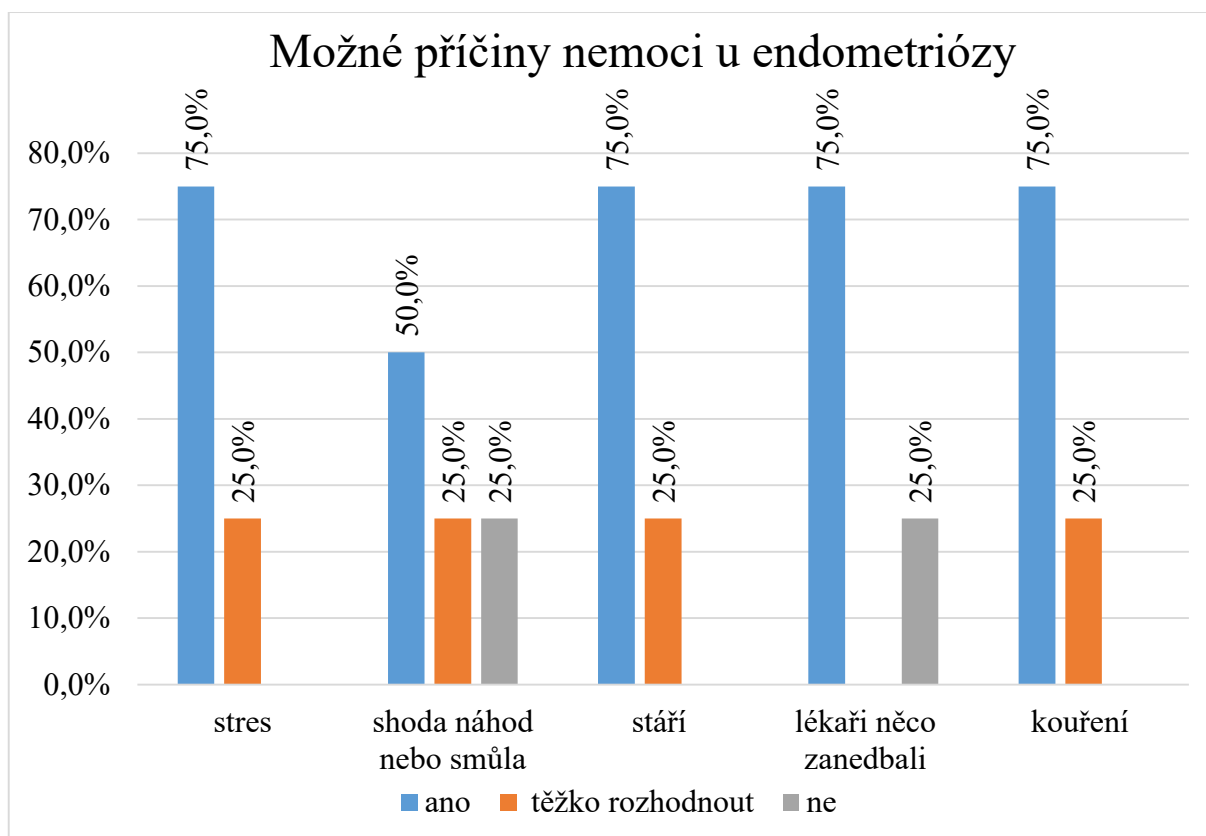
Graf č. 17- Možné příčiny nemoci u maligního onemocnění

Komentář: U maligního onemocnění se objevila jiná možná příčiny nemoci než u benigního onemocnění, a to dědičnost. Taktéž se ale objevil stres jako možná příčina a s touto položkou souhlasilo šest pacientek (54,5%). Pět pacientek (45,5%) si nebylo jistých, zda má stres vliv na vznik nemoci, a žádná pacientka nedala odpověď, nesouhlasím. Až na jednu pacientku, která si to nemyslela (9,1%), hraje podle deseti pacientek hlavní roli dědičnost (90,9%). Maligní onemocnění se nejspíše vyskytovalo u pacientek v rodině. Většina žen, celkem deset, věřila ve shodu náhod nebo smůlu (90,9%), pouze jedna žena se těžko rozhodovala (9,1%). Osm žen odpovědělo, že kouření mohlo mít vliv na vznik onemocnění (72,7%), dvě ženy váhaly (18,2%) a jedna žena si nemyslela, že by to mohla být příčina jejího onemocnění (9,1%). Čtyři ženy dávaly vinu stáří (36,4%), čtyři ženy si nebyly úplně jisté (36,4%) a tři ženy s vlivem stáří na nemoc nesouhlasily (27,3%).



Graf č. 18- Možné příčiny nemoci u silného děložního krvácení

Komentář: Mezi příčinami nemoci byly u děložního krvácení stres, shoda náhod nebo smůla, stáří, alkohol a kouření. Čtyři pacientky považovaly za příčinu nemoci stres (50,0%), tři pacientky si nebyly jisté, jestli stres může mít vliv na jejich nemoc (37,5%) a jedna pacientka nepovažovala stres jako příčinu své nemoci (12,5%). Kromě jedné ženy, která odpověděla, těžce rozhodnout (12,5%), sedm žen souhlasilo, že příčinou jejich nemoci mohla být shoda náhod nebo smůla (87,5%). Všechny ženy s děložním krvácením, tedy osm, se shodly, že na vzniku onemocnění má vliv stoupající věk (100,0%). Čtyři ženy se přikláněly k alkoholu (50,0%), dvě si nebyly jisté jeho vlivem na vznik nemoci (25,0%) a dvě nesouhlasily (25,0%). Pět pacientek vnímalo jako možnou příčinu nemoci kouření (62,5%), jedna pacientka váhala nad touto příčinou (12,5%) a dvě pacientky nesouhlasily (25,0%).



Graf č. 19- Možné příčiny nemoci u endometriózy

Komentář: Graf č. 19 shrnuje nejčastější možné příčiny nemoci z pohledu pacientek s endometriózou. U endometriózy byly nejčastějšími příčinami zvoleny stres, shoda náhod nebo smůla, stáří, lékaři něco zanedbali a kouření. Pro stres jako možnou příčinu nemoci byly tři ženy (75,0%) a jedna žena si touto volbou nebyla jistá (25,0%). Dvě pacientky považovaly za příčinu nemoci shodu náhod či smůlu (50,0%), jedna pacientka si nebyla příčinou jistá (25,0%) a jedna pacientka opověděla, nesouhlasím (25,0%). Tři pacientky se shodly, že by stáří mohlo být tou příčinou (75,0%) a jedna pacientka si tím nebyla úplně jistá (25,0%). Tři pacientky si myslely, že příčinou jejich nemoci mohlo být zanedbání lékařů (75,0%), jedna pacientka si nemyslela, že by to mohla být vinna lékařů (25,0%). Většina pacientek, tedy tři, souhlasily, že by kouření mohlo mít vliv na vznik onemocnění (75,0%), jedna pacientka si vlivem kouření na nemoc nebyla jistá (25,0%).

Vzhledem k tomu, že pacientek s prolapsem dělohy bylo malé množství, nebylo zvoleno grafické znázornění možných příčin nemoci. Pacientky se shodly na dvou nejčastějších příčinách, stresu a stáří. Se stresem jako možnou příčinou nemoci souhlasily tři ženy (60,0%), jedna žena si touto příčinou nebyla jistá (20,0%), a jedna žena nesouhlasila, že by stres mohl

být příčinou jejího onemocnění (20,0%). Většina žen s prolapsem dělohy, celkem čtyři, byla toho názoru, že s rostoucím věkem se může zvyšovat riziko vzniku onemocnění (80,0%). Pouze jedna žena si tímto tvrzením nebyla jistá (20,0%).

8. DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá otázkou, jak ženy vnímaly své gynekologické onemocnění, které bylo řešeno chirurgickým zákrokem hysterektomií. Hlavním cílem bylo zjistit pacientčino pojetí gynekologického onemocnění, které bylo řešeno právě hysterektomií. Úkolem dílčích cílů bylo zmapovat, do jaké míry je pro pacientky jejich onemocnění závažné a posoudit, zda mohou pacientky průběh své nemoci ovlivnit. Dále zjistit, jestli pacientky rozumí své nemoci, zda nepocítují negativní emoce v souvislosti s onemocněním a zda pacientkám může jejich nemoc narušit sociální interakce. Posledním cílem bylo zjistit náhled pacientek na možné příčiny, které vedly k jejich onemocnění.

Pro náš výzkum byl jako nástroj použit kvantitativní dotazník IPQ-R-CZ, který nám pomohl zjistit, jak pacientky vnímaly své gynekologické onemocnění. Zjištěné výsledky byly porovnány mimo jiné i s výzkumem Skalické (2015), která se ve své bakalářské práci zabývala shodnou problematikou.

Cíl 1: Zjistit pacientčino pojetí gynekologického onemocnění, které bylo řešeno hysterektomií.

Pomocí dotazníku IPQ-R-CZ se nám podařilo zjistit, jak pacientky vnímaly své gynekologické onemocnění řešené hysterektomií. Výsledky nám ukázaly, že většina žen po hysterektomii prožívala své onemocnění relativně dobře. **Domníváme se, že většina těchto pacientek byla dobře informována, měla vlastní laické pojetí nemoci, o kterém byla přesvědčena a které získala vyhledáváním podstatných údajů. Tím pádem byly pacientky se svým onemocněním vyrovnané a hysterektomie pro ně nebyla obávaným zákrokem.** Demografické údaje respondentek, o které byl dotazník doplněn, nám však ukázaly i odlišná pojetí nemoci žen. Stěžejní byla otázka zjišťující, z jakého důvodu byla ženám indikovaná hysterektomie. Největší zastoupení v indikaci hysterektomie mělo benigní a maligní onemocnění. Ukázalo se, že prožívání nemoci u žen s těmito onemocněními bylo odlišné a podrobněji byly tyto rozdíly rozebírány u dílčích cílů.

Dílčí cíl 2: Zjistit, do jaké míry je pro pacientky jejich onemocnění závažné.

Pro zjištění závažnosti nemoci u patientek nám posloužila proměnná, závažnost nemoci. Čím víc pacientky měly bodů, tím pro ně bylo onemocnění závažnější.

Zjistili jsme, že většina žen nevnímala své onemocnění jako velmi závažné. Pro většinu patientek představovalo jejich onemocnění středně závažný nebo málo závažný charakter. S těmito výsledky jsme se shodli i s výsledky výzkumu Skalické (2015). Domníváme se, že většina žen nevnímala své onemocnění závažně z důvodu dobré informovanosti. Dle našeho názoru měla každá pacientka svoje laické pojetí nemoci a do nemocnice přicházela s vlastními pohledy a názory na nemoc, které získala na internetových diskuzích, od odborného poučení lékaři nebo od jiných žen se stejnými zkušenostmi. Zjištěné údaje mohly patientkám přinést úlevu, eliminovat obavy ze zákroku a života po něm.

Nejvyššího skóre dosáhly tři pacientky, dvě z nich měly maligní onemocnění. Právě mezi maligním a benigním onemocněním byla zjištěna rozdílná pojetí nemoci.

Ukázalo se, že pacientky s benigním onemocněním nevnímaly svoje onemocnění tak závažně jako pacientky s maligním onemocněním. Domníváme se, že je tomu tak, protože na rozdíl od benigního onemocnění, maligní onemocnění s sebou nese další léčebné procesy v podobě chemoterapie nebo ozařování a trvá tak podstatně déle. Ukázalo se, že i pacientky mladší věkové kategorie vnímaly své onemocnění závažněji. Myslíme si, že především mladé pacientky s karcinomem vnímaly své onemocnění jako závažné, jelikož se bály, jaké bude mít důsledků pro jejich následující život.

Dílčí cíl 3: Posoudit, do jaké míry mohou pacientky průběh své nemoci ovlivnit.

K posouzení této otázky nám pomohla proměnná, možnost ovlivnění nemoci. Čím měly pacientky vyšší skóre, tím pro ně bylo onemocnění lépe ovlivnitelné.

Možnost ovlivnění nemoci úzce souvisí s příčinami nemoci. Možné příčiny nemoci z pohledu patientek jsme zkoumali v dílčím cíli 7. **U patientek, které měly vyšší skóre, se domníváme, že pokud si pacientky myslely, že se svým chováním podílely na vzniku onemocnění, např. špatnou životosprávou, abusem kouření nebo alkoholu, správnou**

edukací mohou své chování změnit a ovlivnit tak průběh nemoci k lepšímu. Po vyhodnocení proměnné jsme však zjistili, že si většina pacientek nebyla jistá, jestli lze jejich onemocnění nějakým způsobem ovlivnit. Myslíme si, že pacientky odpovídaly takto, jelikož podstatná část rizikových faktorů jako např. genetická predispozice u maligního onemocnění nebo stoupající věk nelze žádným způsobem ovlivnit. Naše výsledky byly opět shodné s výzkumem Skalické (2015) V jejím souboru pacientek si taktéž většina žen nebyla jistých možností ovlivnění nemoci.

Dílčí cíl 4: Zjistit, jestli pacientky rozumí své nemoci.

Tuto otázku jsme vyhodnotili za pomoci proměnné, porozumění nemoci. Čím více měly pacientky bodů, tím více rozuměly své nemoci. **Výsledek nám ukázal, že naprostá většina žen rozuměla své nemoci. Toto zjištění vypovídalo o tom, že pacientky měly dobrou úroveň informovanosti o svém onemocnění. Domníváme se, že pacientky rozuměly svému onemocnění, jelikož o něm měly vlastní přesvědčení, vytvořily si své pojetí nemoci. Pacientky o svém onemocnění přemýšlely a snažily se o něm získat co nejvíc informací a to prostřednictvím médií, od zdravotníků nebo od žen se stejnou zkušeností. Zjistili jsme, že nejen mladé ženy, ale i většina žen vyššího věku chápala své onemocnění. Myslíme si, že podstatnou roli v tom hrají internetové zdroje, jelikož i ženy vyššího věku mají v dnešní době možnost aktivního vyhledávání právě na internetu. I v této proměnné jsme dosáhli shodných výsledků s výzkumem Skalické (2015). V jejím souboru pacientek taktéž většina žen rozuměla svému onemocnění, pouze jedna své nemoci nerozuměla vůbec. V našem souboru žen se nenacházela ani jedna pacientka, která by své nemoci nerozuměla.**

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda pacientky pociťují negativní emoce v souvislosti s onemocněním.

Ke zjištění této otázky nám byla k dispozici proměnná, negativní emoce. Čím vyšší bylo skóre, tím hůře pacientka své onemocnění prožívala. **Vyhodnocení proměnné nám ukázalo, že většina žen neměla své onemocnění spojené s negativními emocemi. Myslíme si, že patřičný vliv na tom má informovanost. Pokud si pacientky zjistily dostatek dobře**

podložených informací o svém onemocnění, mohlo to u nich eliminovat zbytečně negativní postoje. Taktéž ve výsledcích Skalické (2015) převažovaly pacientky s malou mírou negativních emocí. **Zároveň se ale ukázalo, že pacientky s karcinomem prožívaly své onemocnění hůře než ostatní pacientky. Pacientky s maligním onemocněním, které odpověděly, že měly své onemocnění spojené s negativními emocemi, byly nejčastěji mladšího věku. Myslíme si, že i přes dobrou míru informovanosti vzbuzovalo onemocnění u těchto žen velké obavy. Podle našeho názoru je důvod takový, že pacientky nebyly připravené na takto závažnější onemocnění ve svém věku. Myslíme si, že tyto pacientky mohou mít větší sklony k depresivní náladě či vzteku, proto je u nich nezbytné zajištění psychické podpory.**

Dílčí cíl 6: Posoudit, zda pacientkám může nemoc narušit sociální interakce.

K této otázce se vztahovala proměnná, sociální dopady. Čím vyššího skóre pacientky dosáhly, tím pro ně mělo onemocnění větší sociální dopady. **Vyhodnocením proměnné jsme zjistili, že pro většinu žen jejich onemocnění nemělo závažné sociální dopady. Domníváme se, že je tomu tak, jelikož hysterektomie nevyžaduje finanční náklady. Také jsme názoru, že pacientky v době svého onemocnění měly dostatek podpory od rodiny a blízkých, jelikož většina pacientek byla vdaná a měla děti. Největšího skóre dosáhla třiapadesátiletá pacientka s karcinomem. Domníváme se, že pro tuto pacientku mělo onemocnění mírné sociální dopady, jelikož byla rozvedená a mohla se dostat do mírné finanční tísně nebo neměla tolik podpory od rodiny či blízkých. I v této proměnné jsme se opět shodli s výzkumem Skalické (2015) s výjimkou, že v jejím souboru žen mělo onemocnění pro 11,0% pacientek závažné sociální dopady, v našem souboru nikoliv.**

Ze všech respondentek jsme následně pro demonstraci rozdílného pojetí nemoci vybrali dvě pacientky extrémně odlišných výsledků skóre v jednotlivých proměnných. (viz tabulka č. 7) Tyto kritéria splňovaly dvě pacientky se stejným onemocněním- karcinomem čípku, u kterých jsme porovnávali jejich odlišný pohled na nemoc.

První čtyřicetiletá pacientka dosáhla vyšších bodů v každé proměnné. Pacientka shledávala svoji nemoc za závažnou. U pacientky je důležité zvolit individuální přístup a snažit se porozumět jejímu pohledu na nemoc, proč je pro ni její nemoc natolik závažná. Pacientka byla názoru, že svoji nemoc může ovlivnit. Jak již bylo zmíněno v dílčím cíli 3 a 5. kapitole Pacientovo pojetí nemoci, s. 39, možnost ovlivnění nemoci souvisí do jisté míry s příčinami nemoci. Pokud si pacientka myslí, že se svým chováním podílela na vzniku onemocnění, správnou edukací lze průběh onemocnění ovlivnit správným směrem. Svě nemoci pacientka rozuměla, z toho vyplývá, že byla o svém zdravotním stavu dobře informována. Onemocnění měla pacientka spojené s negativními emocemi. V tomto případě je důležité zajistit individuální přístup a psychicky pacientku podpořit. Přetrvávající negativní emoce mohou značně zhoršit průběh onemocnění a dále také spolupráci pacientky se zdravotníky. Pro pacientku mělo onemocnění také středně závažné sociální dopady. Je důležité se zajímat, zda pacientce onemocnění nekomplikuje partnerský či rodinný život nebo se nedostala do finanční tísně.

Pacientka č. 2 vnímala svoji nemoc úplně jinak než pacientka č. 1. Pro ni její nemoc nebyla závažná. Nemyslela si, že by se její chování podílelo na zhoršování či zlepšování zdravotního stavu. Potřeba edukace je v tomto případě postavena na dodržování léčebného režimu. Svému onemocnění pacientka rozuměla částečně. Míra informovanosti nebyla u pacientky úplně dostačující. Je důležité se zaměřit na oblast, které pacientka neporozuměla a znovu ji důkladně vše vysvětlit. Pacientka neprožívala negativní emoce spojené s onemocněním, taktéž jí onemocnění nezpůsobovalo sociální dopady.

Z porovnání těchto dvou pacientek s maligním onemocněním vyplývá, že každá žena vnímala své onemocnění odlišně, měla své vlastní pojetí nemoci. Domníváme se, že klíčovou roli v tom hraje rozdílný věk žen. Mladší čtyřicetiletá pacientka celkově prožívala maligní onemocnění hůře než pacientka vyššího věku. **Dále z tohoto porovnání plyne důležitost porozumět pacientčinu pojetí z důvodu cílené edukace.** U první pacientky je potřeba se zaměřit na psychickou podporu a u druhé pacientky zase na detailnější informovanost.

Dílčí cíl 7: Zjistit náhled patientek na možné příčiny, které vedly k jejich onemocnění.

Zjistili jsme, že u všech typů onemocnění pacientky zvolily za příčinu svého onemocnění stres. Stresové faktory působí na každého člověka a z hlediska psychosomatiky se mohou podílet na vzniku onemocnění a z toho důvodu se domníváme, že pacientky při výběrání odpovědi uvažovaly takto. U většiny onemocnění dávaly pacientky vinu kouření jako příčině nemoci. Stejně jako stres nebo kouření, tak i alkohol, který byl zvolen jako příčina u žen s děložním krvácením, patří mezi možné příčiny nemoci, které lze správně zvolnou edukací ovlivnit. **Myslíme si tedy, že pokud budou pacientky dobře poučené, jsou schopné své chování změnit a tím přispět ke zlepšení svého stavu.** Naproti tomu stáří, které se jako stres objevovalo u každého onemocnění, nelze žádným způsobem ovlivnit. U maligního onemocnění byla nejvíce ženami jako možná příčina zvolena dědičnost. Genetická predispozice, taktéž jako stáří, nelze nijak ovlivnit. **Myslíme si, že u většiny žen, které zvolily jako odpověď právě dědičnost, se maligní onemocnění objevovalo v rodinné anamnéze.** Stejně tak shoda náhod nebo smůla byly mezi nejčastějšími příčinami, patří též mezi ty příčiny, které nelze ovlivnit. **Výsledky nám tedy ukázaly, že pacientky nejčastěji vybíraly příčiny podle toho, zda se na nich svým chováním podílely nebo jejich působení nemohli nijak zvrátit.**

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá pojetím nemoci u pacientek, jejichž gynekologické onemocnění bylo řešeno hysterektomií. Hysterektomie patří mezi běžné gynekologické operace. Avšak tento zákrok se nejen dotýká změn na pohlavních orgánech žen, ale působí i na psychiku. Nás právě zajímá, jak ženy vnímají své onemocnění, které bylo řešeno tímto zákrokem. Práce se dělí na teoretickou část a praktickou část.

V teoretické části je zpočátku popsána anatomie a fyziologie dělohy. Podstatnou část tvoří objasnění pojmu hysterektomie, a jaké jsou její nejčastější indikace. Za nejčastější indikace byly vybrány děložní myomy, karcinom endometria, endometrióza a silné děložní krvácení. U těch indikací byla popsána patofyziologie, příčina a jak se léčí. Dále byly popsány operační postupy a s nimi spojené možné komplikace. Další část se věnovala problematice ošetrovatelské péče, která byla rozdělena na předoperační péči a pooperační péči o pacientku. Poslední kapitola pojednává o pacientčíně pojetí nemoci a jeho významu pro správnou a cílenou edukaci a spolupráci pacientky při léčbě.

V empirické části jsme se snažili zjistit pohled pacientek na gynekologické onemocnění řešené hysterektomií. Pro náš výzkum byla uvolena metoda kvantitativního výzkumu. Jako nástroj nám posloužil dotazník IPQ-R-CZ zjišťující laické pojetí nemoci, který byl doplněn o demografické údaje pacientek a možné příčiny nemoci z pohledu pacientek. Výzkumného šetření se zúčastnilo 50 pacientek, které byly hospitalizované na gynekologicko-operačním oddělení ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové a Masarykově městské nemocnici v Jilemnici.

Hlavním cílem bylo zjistit pacientčino pojetí gynekologického onemocnění řešeného hysterektomií. Dílčími cíli bylo zmapovat, do jaké míry je pro pacientky jejich onemocnění závažné a posoudit, zda mohou pacientky průběh své nemoci ovlivnit. Dále bylo zjišťováno, jestli pacientky rozumí své nemoci, jestli nepocítují negativní emoce v souvislosti s onemocněním a zda pacientkám může jejich nemoc narušit sociální interakce. Posledním cílem bylo zjistit náhled pacientek na možné příčiny, které vedly k jejich onemocnění.

Výsledky nám ukázaly, že pojetí pacientek byla ve většině případů shodná a pacientky prožívaly gynekologické onemocnění řešené hysterektomií dobře a nepovažovaly ho za závažné. Důvodem byla dobrá informovanost, díky které si pacientky vytvořily vlastní laické pojetí nemoci a dobře zjištěnými údaji eliminovaly zbytečné obavy. Avšak se nám ukázaly i

odlišná pojetí nemoci a to u pacientek s maligním onemocněním, které bylo druhou nejčastější indikací hysterektomie hned po benigním onemocnění. Tyto pacientky na rozdíl od ostatních vnímaly své onemocnění závažně, jelikož toto onemocnění s sebou nese další léčebné procesy. Za závažné ho vnímaly především ženy mladšího věku, podle našeho názoru se mladší pacientky bály důsledků nemoci pro život. U možnosti ovlivnění nemoci většinou ženy vybíraly podle toho, zda se na příčině onemocnění podílely či ji nemohly jinak ovlivnit. Většina žen se nemohla rozhodnout, zda se svým chováním podílela na vzniku onemocnění či ne. Podle našeho názoru vybíraly ženy tuto odpověď, jelikož většinu rizikových faktorů, jako třeba dědičnost nelze nijak ovlivnit. Pokud si ale pacientky myslely, že se na svém onemocnění podílely, lze to správnou edukací změnit k lepšímu. Naprostá většina žen rozuměla své nemoci, což vypovídá o dobré míře informovanosti. Pacientky přemýšlely nad svým onemocněním, zajímaly se o něm a hledaly si podrobné informace. Většina žen neměla onemocnění spojené s negativními emocemi, ty pouze převažovaly u mladších žen s maligním onemocněním, jelikož, podle našeho názoru, na onemocnění tohoto typu nebyly připravené. U těchto žen je důležitá psychická podpora. Také pro většinu pacientek nemělo onemocnění sociální dopady. Dle našeho názoru pacientky měly při prožívání nemoci podporu rodiny či blízkých. Při porovnání dvou žen se stejným onemocněním – karcinomem čípku, ale s extrémně odlišnými výsledky skóre v jednotlivých proměnných, jsme zjistili, že každá žena vnímala své onemocnění jinak. Mladší pacientka prožívala onemocnění hůře než druhá pacientka vyššího věku. Z pojetí nemoci obou žen, které bylo odlišné nejspíše kvůli rozdílnému věku, plyne, že u každé ženy je potřeba volit individuální edukaci a přístup. Konkrétně u těch dvou respondentek je potřeba zajistit psychickou podporu a poskytnou více informací ohledně nemoci. Za možné příčiny nemoci volila většina pacientek stres, které stejně jako další častá příčina, kouření, lze správnou edukací ovlivnit. U pacientek s maligním onemocněním dominovala genetická predispozice jako příčina nemoci, která stejně jako shoda náhod nebo stáří, nelze ovlivnit. Výsledky našeho výzkumu jsme porovnávali s výzkumem Skalické (2015), která též řešila problematiku žen po hysterektomii, a ve většině případů jsme se shodovali.

Touto prací jsme se snažili objasnit, že každá žena může své onemocnění vnímat jiným způsobem, může mít vlastní pojetí nemoci. Zjištěním pacientčina pojetí, může setra/lékař lépe porozumět pacientce, navázat s ní lepší spolupráci při léčbě a zvolit cílenou a individuální edukační činnost.

ANOTACE

Autor:	Štěpánka Páchníková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Pacientčino pojetí nemoci-stav po hysterektomii
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Matulová
Počet stran:	88
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2020
Klíčová slova:	hysterektomie, pojetí nemoci

Bakalářská práce se zabývá problematikou vnímání nemoci u žen po hysterektomii. Teoretická část je zpočátku zaměřena na anatomii a fyziologii dělohy, další kapitola pojednává o samostatné hysterektomii, podkapitoly jsou zaměřeny na nejčastější indikace hysterektomie, operační postupy a komplikace. V následujících kapitolách jsou popsány změny organismu po odnětí dělohy, ošetřovatelská péče a pacientčino vlastní pojetí nemoci, které je důležité pro správnou edukaci a spolupráci při léčbě.

Těžiště práce tvoří kvantitativní průzkumné šetření za využití zkrácené verze dotazníku IPQ-R-CZ doplněného o demografické údaje pacientek a možné příčiny nemoci. Zkoumaný vzorek tvoří hospitalizované pacientky po hysterektomii.

ANNOTATION

Author: Štěpánka Páchníková
Institution: Charles University Faculty of Medicine in Hradec Králové
Department of Social Medicine, Department of Nursing
Title: Patient's conception of the disease – condition after hysterectomy
Supervisor: Mgr. Jana Matulová
Number of pages: 88
Year of defense: 2020
Keywords: hysterectomy, patient's conception of the disease

The bachelor's thesis deals with the issue of disease perception in women after hysterectomy. The theoretical part is initially focused on the anatomy and physiology of the uterus, the next chapter deals with a separate hysterectomy, subchapters are focused on the most common indications for hysterectomy, surgical procedures and complications. The following chapters describe changes in the body after uterine removal, nursing care and the patient's own conception of the disease, which is important for proper education and cooperation in treatment.

The focus of the work is a quantitative research using an abbreviated version of the IPQ-R-CZ questionnaire supplemented by demographic data of patients and possible causes of the disease. The examined sample consists of hospitalized patients after hysterectomy.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

FAIT, T. *Klimakterická medicína. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. Farmakoterapie pro praxi. 228s. ISBN 978-80-7345-342-8.

FAIT, T. *Přechodem bez obav.* Praha: Maxdorf, 2010. 88s. ISBN 978-80-7345-219-3

CHVÁTAL, R., FIALA, L. *Endometrióza.* In. *Gynekolog. Časopis ženských lékařů.* 2016, r. 23, č. 4. ISSN 1210-1133

JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ R. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium.* Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada).249s. ISBN 978-80-247-4412-4.

KOLAŘÍK, D., HALAŠKA, M., FEYEREISL, J. *Repetitorium gynekologie. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. Jessenius. 1068s. ISBN 978-80-7345-267-4.

KUČERA, E., FAIT, T.. *Hyperestrogenní stavy v gynekologii.* Praha: Maxdorf, 2011. Jessenius. 236s. ISBN 978-80-7345-235-3.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství.* Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). 175s. ISBN 978-80-247-2713-4.

KOVÁŘ, P., DAŇKOVÁ KUČEROVÁ, J., DVOŘÁČKOVÁ, J., KUŽEL, D. *Atlas panoramatické hysteroskopie: s doplňujícím videoatlasem na internetu.* Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. 257s. ISBN 978-80-7345-542-2.

KUŽEL, D., TÓTH, D., MÁRA, M. *Základy panoramatické hysteroskopie.* Praha: Grada Publishing, 2016. 192s. ISBN 978-80-271-0303-4.

MÁRA, M. *Vybrané kazuistiky z gynekologické endoskopie.* Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. 173s. ISBN 978-80-204-2901-8.

MÁRA, M., HOLUB, Z. *Děložní myomy: moderní diagnostika a léčba.* Praha: Grada, 2009. 236s. ISBN 978-80-247-1854-5.

MAREŠ, J. a VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci I.* Brno: MSD, 2009. 70s. ISBN 978-80-7392-120-0.

MAREŠ, J. a VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci II.* Brno: MSD, 2010. 103s. ISBN 978-80-7392-150-7.

- MAREŠ, J. a VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD, 2011. 77s. ISBN 978-80-7392-191-0.
- MAREŠOVÁ, P., FIALA, L. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. 542s. ISBN 978-80-204-4852-1.
- PILKA, Radovan. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius. 332s. ISBN 978-80-7345-530-9.
- PILKA, R., PROCHÁZKA, M. *Gynekologie*. 2. opravené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. 194s. ISBN 978-80-244-5158-9.
- REDECHA, M. *Myómy maternice*. Bratislava: A-medi management. 2019. 224s. ISBN 978-80-89797-50-9.
- ROB, L., MARTAN, A., CITTERBART, K. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2008. 319s. ISBN 978-80-7262-501-7.
- ROZTOČIL, A., BARTOŠ P. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. 528s. ISBN 978-80-247-2832-2.
- SLEZÁKOVÁ L. a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 280s. ISBN 978-80-271-9795-8
- SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). 244s. ISBN 978-80-247-4341-7.
- SIMOČKOVÁ, V. *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatelstvo: učebnica pre fakulty ošetrovatelstva*. Martin: Osveta, 2011. 269s. ISBN 978-80-8063-362-2.
- ŠPAČEK, J., KALOUSEK, I., JÍLEK, P. a kol. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Praha: mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. 680s. ISBN 978-80-204-4646-6
- VRZÁČKOVÁ, P. a kol. *Sexualita žen po prosté a radikální hysterektomii*. In. *Gynekolog. Časopis ženských lékařů*. 2013, r. 22, č. 4, s. 149-154. ISSN 1210-1133.
- WEISS, P. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. 744s. ISBN 978-80-247-2492-8.
- ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Internetové zdroje

FRANTA, M., *Současný pohled na abnormální děložní krvácení. Actual Gyn* [online] 4: s. 77-80 [cit. 2012-10-1]. ISSN 1803-9588. Dostupné na www.actualgyn.cz

HLISTOVÁ, R., *Minimálně invazivní chirurgie v terapii děložních myomů. In Prakt Gyn* [online] 4: s. 219-223 [cit. 2015-12-28]. Dostupné na www.prolekare.cz

CHOVANEC, J., NÁLEŽINSKÁ, M., *Nádorové onemocnění těla děložního* [online][cit. 2017-11-13]. Dostupné na www.linkos.cz

CHVÁTAL, R. *Totální laparoskopická radikální hysterektomie – limity a způsoby provedení. Actual Gyn* [online] 7: s. 53-58 [cit. 2015-12-21]. ISSN 1803-9588. Dostupné na www.actualgyn.cz

KUBÍNOVÁ, K., MÁRA, M., HORÁK, P., KUŽEL, D. *Současné postupy v léčbě děložních myomů. Actual Gyn* [online] 4: s. 101-105. [cit. 2012-11-19]. ISSN 1803-9588. Dostupné na www.actualgyn.cz

NOSKOVÁ, P., *Metody pooperační analgezie po gynekologických operacích. Actual Gyn* [online] 5: s. 18-24 [cit. 2013-5-24]. ISSN 1803-9588. Dostupné na www.actualgyn.cz

SHEYN, D. et al., *Incidience and risk of early postoperative small bowel obstruction in patients undergoing hysterectomy for benign indication. American Journal of Obstetrics* [online] vol. 220: s. 251e1-251e9 [cit. 2019-3]. Dostupné na www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937818321215

Kvalifikační práce

SKALICKÁ, L., *Edukační proces u pacientek po hysterektomii. Bakalářská práce 2015, Depot in: Archiv Ústav sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci králové*

SEZNAM ZKRATEK

AH	abdominální hysterektomie
ASA	American Society of Anesthesiologists
BMI	body mass index
COC	kombinovaná hormonální antikoncepce
CT	počítačová tomografie
FSH	folikulostimulační hormon
FW	sedimentace
GnRH	gonadoliberin
HBsAg	povrchový antigen viru hepatitidy B
HIV	virus lidské imunitní nedostatečnosti
IPQ-R-CZ	Revised-Illness Perception Questionnaire – česká verze
KO	krevní obraz
LAHV	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie
LH	luteinizační hormon
LSH	laparoskopická supravaginální hysterektomie
PMK	permanentní močový katétr
TEN	trombembolická nemoc
TLH	totální laparoskopická hysterektomie
UAE	embolizace děložních tepen
VDRL	diagnostický test k vyšetření syfilis
VH	vaginální hysterektomie

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1- Věková kategorie bezdětných žen	44
Tabulka č. 2- Proměnná č. 1- Závažnost nemoci.....	48
Tabulka č. 3- Proměnná č. 2- Možnost ovlivnění nemoci	52
Tabulka č. 4- Proměnná č. 3- Porozumění nemoci.....	53
Tabulka č. 5- Proměnná č. 4- Negativní emoce.....	54
Tabulka č. 6- Proměnná č. 5- Sociální dopady	57
Tabulka č. 7- Rozdílné hodnoty proměnných u pacientek s maligním onemocněním.....	59
Tabulka č. 8- Možné příčiny nemoci	60

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1- Věk	42
Graf č. 2- Rodinný stav	43
Graf č. 3- Děti	44
Graf č. 4- Nejvyšší ukončené vzdělání	45
Graf č. 5- Zaměstnání	46
Graf č. 6- Indikace hysterektomie.....	47
Graf č. 7- Závažnost nemoci.....	49
Graf č. 8- Rozdíl v závažnosti nemoci mezi benigním a maligním onemocněním	50
Graf č. 9- Rozdíl závažnosti nemoci dle věkové kategorie	51
Graf č. 10- Možnost ovlivnění nemoci	52
Graf č. 11- Porozumění nemoci.....	53
Graf č. 12- Negativní emoce.....	55
Graf č. 13- Rozdílné negativní emoce mezi benigním a maligním onemocněním.....	56
Graf č. 14- Rozdílné negativní emoce dle věkové kategorie	57
Graf č. 15- Sociální dopady	58
Graf č. 16- Možné příčiny nemoci u benigního onemocnění	61
Graf č. 17- Možné příčiny nemoci u maligního onemocnění	62
Graf č. 18- Možné příčiny nemoci u silného děložního krvácení.....	63
Graf č. 19- Možné příčiny nemoci u endometriózy	64

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1- Souhlas s výzkumným šetřením.....	83
Příloha č. 2- Obrázek myomatózní dělohy	84
Příloha č. 3- Dotazník IPQ-R-CZ	85

PŘÍLOHY

Příloha č. 1- Souhlas s výzkumným šetřením

Vážená paní

Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

V Hradci Králové 4. 11. 2019

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Porodní a gynekologické klinice, oddělení operační gynekologie

Vážená paní magistro Vaňková

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Vaší Porodní a gynekologické klinice, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Štěpánky Páchnikové, narozené 16. 9. 1997, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční LF UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit pacientčino pojetí gynekologického onemocnění, které bylo řešeno zákrokem hysterektomií.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku, který je přiložen k žádosti.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Jany Matulové
Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Štěpánka Páchniková
Klásterská Lhota 60, Hostinné 543 71

vedoucí práce- Mgr. Jana Matulová
Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství
Email: zitnj5ar@lfhk.cuni.cz

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

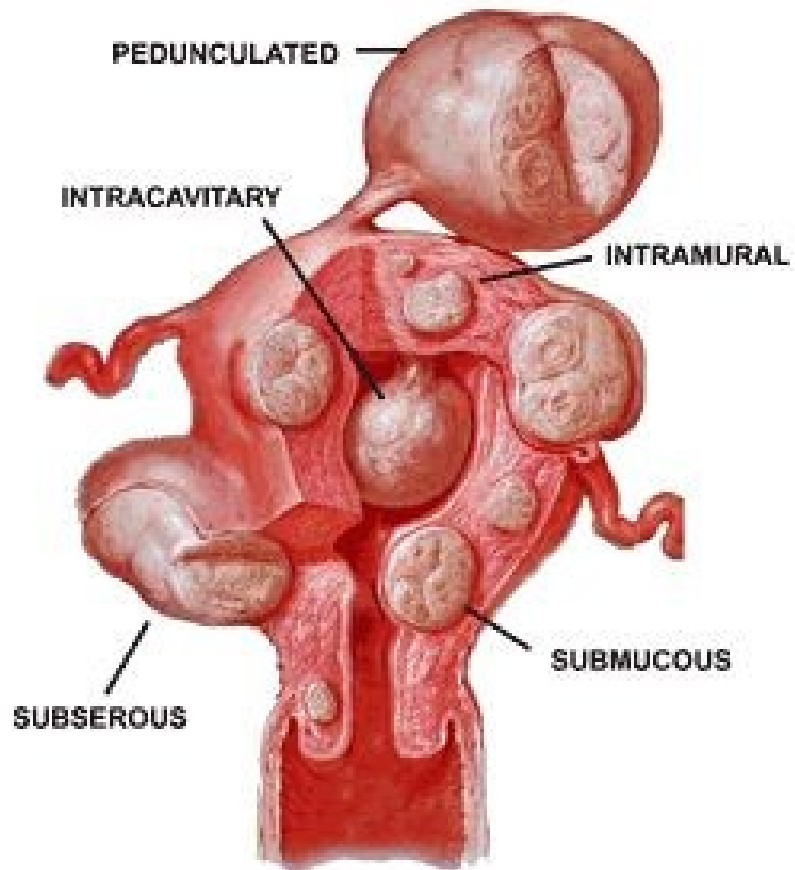
Datum:

5. 11. 2019

Mgr. Dana Vaňková
Podpis a razítko


FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyně pro ošetr. péči
500 05 Nový Hradec Králové

Příloha č. 2- Obrázek myomatózní dělohy



<http://www.obrazky.cz>

Příloha č. 3- Dotazník IPQ-R-CZ

Anonymní dotazník IPQ-R-CZ (B)

Pracovní verze ve fázi ověřování – nešířit dál!

© R. Moss-Morris, J. Weinman, K.J. Petrie, R. Horne, L.D. Cameron, D. Buick (2002)

© Zkrácená česká verze: J.Mareš, S. Ježek, K. Šmejkal, M. Štanglová, (2011)

Dobrý den,

jmenuji se Štěpánka Páchníková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na Lékařské fakultě v Hradci Králové, studuji ošetrovatelství, obor všeobecná sestra.

Studium je zakončeno bakalářskou prací a v rámci této práce se zabývám tématem Pacientčino pojetí nemoci – stav po hysterektomii. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce. Tento dotazník zjišťuje Vaše názory na nemoc, kterou máte. Dotazník je **anonymní** a slouží pouze pro potřeby mého výzkumného šetření, můžete tedy odpovídat bez obav a podle svých **skutečných osobních** názorů.

Děkuji Vám za pomoc a čas strávený vyplněním tohoto dotazníku.

Odpovídá se **zakroužkováním slova** nebo **číslice**, která se nejvíce blíží Vašemu stanovisku.

Pokud se spletete nebo se rozhodnete změnit svou odpověď, nevadí. Škrtněte to, co už neplatí a zakroužkujte to, co platí.

Věk:(doplňte)

Váš rodinný stav:(doplňte)

Máte děti: ano – ne

Nejvyšší ukončené vzdělání.....(doplňte)

Zaměstnání:(doplňte)

Z jakého důvodu, jste podstoupila operaci:(doplňte)

	Můj osobní názor na tuto nemoc	souhlasím	spíše souhlasím	těžko rozhodnout	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
1.	Moje nemoc potrvá hodně dlouhou dobu	5	4	3	2	1
2.	Moje nemoc je asi závažná	5	4	3	2	1
3	Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život	5	4	3	2	1

4.	Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé	5	4	3	2	1
5.	S touthle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra.	5	4	3	2	1
6.	Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady	5	4	3	2	1
7.	Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým	5	4	3	2	1
8.	Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci	5	4	3	2	1
9.	Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá	5	4	3	2	1
10.	Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc	5	4	3	2	1
11.	Můj zdravotní stav se časem zlepší	5	4	3	2	1
12.	Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné	5	4	3	2	1
13.	Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím	5	4	3	2	1
14.	Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný	5	4	3	2	1
15.	Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada	5	4	3	2	1
16.	Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek	5	4	3	2	1
17.	Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti	5	4	3	2	1
18.	Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy	5	4	3	2	1
19.	Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých cyklech	5	4	3	2	1
20.	Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život.	5	4	3	2	1

Příčiny nemoci, kterou mám

Každý člověk uvažuje o tom, proč asi onemocněl. Lidé se liší v názoru na to, co je asi příčinou či příčinami jejich nemoci. Neexistuje jediná správná odpověď, neexistuje stejná odpověď, protože každý je trochu jiný a žije v jiných životních podmínkách. Nás zajímá právě Váš pohled na to, co asi způsobilo Vaše onemocnění.

Možné příčiny mé nemoci	souhlasím	spíše souhlasím	těžko rozhodnout	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
-------------------------	-----------	-----------------	------------------	-------------------	-------------

C 1	Stres nebo obavy z něčeho	5	4	3	2	1
C 2	Dědičnost; tato nemoc se u nás v rodině prostě objevuje	5	4	3	2	1
C 3	Bakterie nebo viry	5	4	3	2	1
C 4	Způsob stravování; je to z jídla	5	4	3	2	1
C 5	Shoda náhod nebo smůla	5	4	3	2	1
C 6	Lékaři něco zanedbali	5	4	3	2	1
C 7	Nezdravé životní prostředí	5	4	3	2	1
C 8	Je to moje vina, žil jsem nezdravě	5	4	3	2	1
C 9	Můj přístup k životu, na všem hledám to špatné a tím se přehnaně zabývám	5	4	3	2	1
C 10	Rodinné problémy	5	4	3	2	1
C 11	Přepracování	5	4	3	2	1
C 12	Moje emoce: trpím osamělostí, úzkostí, depresemi, mám pocit prázdna	5	4	3	2	1
C 13	Stáří, je to věkem	5	4	3	2	1
C 14	Úraz, nehoda	5	4	3	2	1
C 15	Alkohol	5	4	3	2	1
C 16	Kouření	5	4	3	2	1
C 17	Zvláštnosti mé osobnosti, mé povahy	5	4	3	2	1
C 18	Mám změněnou imunitu	5	4	3	2	1

Klíč k vyhodnocování dotazníku IPQ-CZ

Nesděluje se pacientům!!!

Název proměnné	Otázky/položky	Skóre	Interpretace
1. Závažnosti nemoci	1., 2., 3., -11. *)	4-20	čím vyšší skóre, tím má onemocnění pro pacienta závažnější charakter
2. Možnost ovlivnění	5., 8., 9., -10., 19.	5-25	čím vyšší skóre, tím je onemocnění pro pacienta lépe ovlivnitelné

3. Porozumění nemoci	-12., -13., 14.	3-15	čím vyšší skóre, tím více pacient své nemoci rozumí
4. Negativní emoce	15., 16., -17., 18.	4-20	čím vyšší skóre, tím hůře pacient onemocnění prožívá
5. Sociální dopady	4., 6., 7., 20.	4-20	čím vyšší skóre, tím má onemocnění pro pacienta větší sociální dopady

Vysvětlivka: *) U všech otázek označených **mínusem** se obrací skórování odpovědí; je to proto, aby všechny odpovědi měly obsahově kladný charakter (některé otázky jsou v dotazníku formulovány negativně, aby se zabránilo čistě mechanickému vyplňování dotazníku)

Pozor- obrácené skórování některých odpovědí! – zde je návod, jak obrátit skórování

Údaj uváděný respondentem (pacientem)	5	4	3	2	1
Obrácené skórování	1	2	3	4	5

U **příčin nemoci** se pouze sleduje, které příčiny daný pacient považuje u své nemoci za velmi vážné (pacient uvádí odpověď 5 nebo 4) a které naopak ignoruje. Pomáhá to zdravotníkům při edukaci, která může být adresná.