

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Monika Wimmerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Monika Wimmerová

Studijní obor: Porodní asistence 5341R007

SEXUALITA A GYNEKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Hošková

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29.3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Markétě Hoškové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Wimmerová Monika

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Sexualita a gynekologická onemocnění

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Hošková

Počet stran: číslované: 52, nečíslované: 21

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: sexualita – pohlavní styk – orgasmus – anorgasmie – dyspareunie – vaginismus – děloha – hysterektomie

Souhrn:

Bakalářská práce na téma Sexualita a gynekologická onemocnění, obsahuje dvě části – teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá sexuální problematikou v gynekologii, sexuálními poruchy u žen. V teoretické části je také obsažena definice hysterektomie, psychologický přístup a komunikace v gynekologii. V praktické části je zpracován kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření.

Anotation

Surname and name: Wimmerová Monika

Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Sexuality and Gynaecologic diseases

Consultant: Mgr. Markéta Hošková

Numer of pages: numbered: 52, non numbered: 21

Numer of appendices: 5

Numer of literature items used: 31

Key words: sexuality – sexual intercourse – orgasm – anorgasmia – dyspareunia – vaginismus – uterus – hysterectomy

Summary:

The bachelor on theme Sexuality and gynaecologic diseases, thesis comprises two parts – a theoretical and a practical ones. The theoretical part deals with sexual problems in gynaecology, sexual dysfunctions in women. Subsequently, the theoretical part also contains a definition of hysterectomy, psychological approach and communication in the field of gynaecology. The practical part is focused on a quantitative research through questionnaire inquiry.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 DĚJINY SEXUALITY	10
2 ANATOMIE REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ ŽENY.....	12
2.1 Vnější pohlavní orgány.....	12
2.1.1 Vestibulum vaginae	12
2.1.2 Glandulae vestibulares minores, Glandulae vestibulares majores.....	12
2.1.3 Labia majora pudendi	12
2.1.4 Labia minora pudendi	13
2.1.5 Klitoris	13
2.1.6 Bulbus vestibuli	13
2.1.7 Hymen, panenská blána	13
2.1.8 Mons pubis	14
2.2 Vnitřní pohlavní orgány	14
2.2.1 Vaječník – Ovarium.....	14
2.2.2 Vejcovod – Tuba uterina	14
2.2.3 Děloha – Uterus	14
2.2.4 Pochva	14
3 FYZIOLOGIE REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ	15
3.1 Účinky pohlavních hormonů	15
3.1.1 Estrogeny	15
3.1.2 Gestageny	15
3.1.3 Androgeny	15
3.2 Ovariální cyklus.....	16
3.3 Děložní cyklus	17
3.4 Tělesné změny během menstruačního cyklu	17
4 SEXUALITA ŽENY	18
4.1 Hormony a ženská sexualita	18
4.2 Pohlavní styk a orgasmus	18
4.3 Chování a prožívání po orgasmu	19
4.4 Sexualita a erotika	20
5 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U ŽEN	20
5.1 Nízká sexuální vzrušivost – frigidita	20
5.2 Anorgasmie.....	21
5.3 Sexuální averze.....	21
5.4 Dyspareunie, algopareunie	22
5.5 Vaginismus	22
5.6 Sexuální problémy při gynekologických potížích	23
6 SEXUOLOGICKÁ PROBLEMATIKA V GYNEKOLOGII	24
6.1 Anatomické vady a změny polohy ženských pohlavních orgánů.....	24
6.2 Vliv zánětlivých gynekologických onemocnění.....	25
6.3 Vliv gynekologických operací.....	25

7	HYSTEREKTOMIE	27
7.1	Abdominální hysterektomie	27
7.2	Vaginální hysterektomie (odnětí dělohy vaginální cestou)	28
7.3	Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH)	29
8	SPECIFIKA KOMUNIKACE V SEXUOLOGII	30
	PRAKTICKÁ ČÁST	32
9	FORMULACE PROBLÉMU	32
9.1	Cíl a úkol průzkumu	32
9.2	Metodika.....	32
9.3	Hypotézy.....	32
9.4	Vzorek respondentů.....	33
9.5	Prezentace a interpretace získaných údajů	33
10	DISKUSE	54
	ZÁVĚR	61
	BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE	62
	SEZNAM ZKRATEK	64
	SEZNAM GRAFŮ	65
	SEZNAM PŘÍLOH	66

ÚVOD

Sexualita se vyskytuje v mnoha podobách a je nedílnou součástí celé historie lidstva. K člověku sexualita patří naprosto neodmyslitelně, je krásná a přirozená. V různých obdobích byla vnímána jako naprosto přirozená věc a nebo byla naopak tabuizována. Celistvost člověka je tvořena několika úrovněmi bytí, a to biologickou, psychologickou, spirituální a sociální. Společnost, která nás obklopuje má vysoký vliv na naše chování, pokud společnost tabuizuje určitá témata, například sexuální, budeme se chovat v souladu s naším okolím a nenaučíme se znalostem o sexuálním uspokojení. Potřeba naučit se poznat sám sebe a také potřeby svého těla a naučit se o nich komunikovat s partnerem je důležité pro zdravý sexuální život. Pocit bezpečí a důvěry je pro ženy velmi důležitý. Se sexualitou jdou ruku v ruce i gynekologická onemocnění.

Tématem bakalářské práce je Sexualita a gynekologická onemocnění. Téma jsem si vybrala z důvodu porozumění dané problematice. Gynekologická onemocnění jsou širokou problematikou, která v sobě zahrnuje mnoho zajímavostí, proto jsem se orientovala na operativní výkon, zabývající se odstraněním dělohy či dělohy a vaječníků. Téma se zabývá kvalitou sexuálního života u žen, které prodělaly hysterektomii, a také zda se v období před výkonem či po výkonu nevyskytla určitá sexuální dysfunkce. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit kvalitu života u žen, které prodělaly náročnou gynekologickou operaci a konkrétní sexuální problémy s tím spojené.

Teoretická část se zabývá poznatky o sexualitě ženy, ženských hormonech, pohlavním styku, orgasmu, sexuálních dysfunkcích u žen a radikálním zákroku zvaném hysterektomie.

Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum provedený pomocí dotazníkového šetření, prezentaci a interpretaci získaných údajů. Dotazníkové šetření je zaměřeno na ženy, které prodělaly hysterektomii, jejich kvalitu sexuálního života před i po operaci, informovanost klientek ohledně možných změn v kvalitě sexuálního života po prodělané operaci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DĚJINY SEXUALITY

Sexuální pud bude vždy nejživočišnějším pudem člověka. Zvířecí sexuální život je v mnohém směru spořádanější než sexuální život lidí. Samci jsou zpravidla i v sexuálním životě agresivnější než samičky. V říši zvířat předchází sexuálnímu aktu zpravidla milostná hra, námluvy a flirt.

První zprávou o sexuálním životě člověka nám daly umělecké výtvořy, jimiž lidé znázorňovali sami sebe a zejména ženy. Koncem minulého století se v jižní Francii našlo několik sošek představujících lidi. Sošky měly velikost a tvar ruky. Pravěcí sochaři napodobili celé ženské tělo s mohutnými visícími prsy a neobyčejně širokými boky, vyklenutým břichem a jasně vyznačeným pohlavím. Nejstarší známá soška ženy byla Willendorfská Venuše, kterou našli archeologové v roce 1908, neskrývala nic z toho, co musely ženy později zahalovat. V raném středověku byla předhistorická Eva široká a plochá, ovlivněná římským ideálem krásy. V renesanci to byla statná, urostlá žena s velkými prsy. Na ženě musely být vidět nejen sekundární pohlavní znaky, ale i znaky primární.

Na počátku 2. tisíciletí př. Kr. byl dodržován Chammurapiho zákoník, který poskytoval ochranu slabším ženám. Snažil se upravit i lidské vztahy uvnitř rodiny. Základem rodiny byla monogamie stvrzená manželskou smlouvou. Mužova nevěra byla beztrestná. Žena však při nevěře riskovala, že ji hodí do vody a utopí.

Řekové zavrhovali asijský typ ženy, jejíž korpulentní postava se jim nelíbila. Plodnost ženského těla si sice zaslouhuje úctu, ale chybí krása. Plné prsy, visící na těle jako hrozny, ploché břicho, kypré boky, přemíra tuku na hýždích, toho si orientálci cenili. Ale Řekové hledali jinou linii, zužující se odshora dolů a dodávající tělu lehkost. Vzorem jim byla egyptská tanečnice, dívka se širokými rameny, něžnými ňadry, rovným, velkým štíhlým tělem, vystupujícím z kalichu stehen jako nerozvitý květ. Pohlavní znaky byly potlačeny, byl to asexuální typ, všeobecně lidský ideál krásy, vycházející spíš z oblasti ducha než ze žádosti pohlaví. (Morus, 2007)

V 5. století př. Kr. Aristoteles vyhlásoval podřízenost ženy. Muž a žena se k sobě mají jako Slunce a Země, jako síla a hmota. Mužovo semeno obsahuje formující, životodárný prvek. V ženě viděl živnou půdu pro mužský zárodek. Žena

vylučovala vlastní sexuální produkt, menstruační krev. Menstruační krev podle Aristotela dokládá ženinu méněcennost. Aristoteles poprvé ukazoval, že matka nebyla jen chůvou a ženou, která dítě donosila a přivedla na svět, ale dávala mu i něco ze sebe.

Křesťanské manželské dogma mělo za následek existenci většího počtu neplodných manželství, protože impotentní muže a sterilní ženy neeliminovat rozvod. Začala se šířit nová morálka, která nepřipouštěla, aby se mladý a zdravý muž oženil podruhé. Svazek mezi mužem a ženou byl tak těsný jako nikdy předtím. Začalo převažovat pokrevní příbuzenstvo. Zákaz rozvodů přišel mnoho ženám vhod. Zbavily se obav, že by je muž bez jejich viny vyhnal z domu. Ženy se cítily v bezpečí, i když zůstalo manželství bezdětné. V křesťanském kultu nebyla žena postavena na stejnou úroveň jako muž. Muž měl svou ženu milovat a pečovat o ni, ale žena měla poslouchat. Žena v 1. století po Kr. přestala být zajatcem, který nesměl opustit dům bez svolení manžela.

V pozdním středověku zámeční páni bránili nejen své peníze a statky, ale i své ženy. Měšťané si vymysleli jiný prostředek, jak uchránit svou manželku před cizoložstvím. Před odjezdem na služební cestu oblékli svým ženám pás cudnosti. Pás cudnosti byla široká kovová konstrukce, která zakrývala přístup k svatyni a měla jen malý otvůrek pro vykonání nesexuální potřeby. Po straně byl zámeček, od něhož měl klíč jen manžel. I přesto byly ženy vynalézavé a dokázaly se zbavit tohoto pouta. Muži se zřejmě cítili bezpečnější, když mohli branku svého sexuálního vlastnictví uzavřít na klíč. Nejvíce byl využíván pás cudnosti ve středověku a ve šlechtických kruzích a největšího rozmachu dosáhl v 15. a 16. století. (Morus, 2007)

Křesťanská Evropa byla z hlediska erotických znalostí nejzaostalejší. Ve středověku byl tělesný styk mezi mužem a ženou prohlášen za hřích a hovořit o sexu bylo tabu. Lidé měli zakázaný předmanželský sex a pokud se o něj pokusili a byli dopadeni, tak byli přísně potrestáni. Lidé žijící na venkově měli plno zábavy, která měla silný erotický podtext a netrpěli záchvaty okázalé cudnosti. V nevěstinci mohl muž podle názoru církve ukojit naléhavou sexuální potřebu, do které patřila milostná hra, líbání, hlazení, ale lásku si měl muž schovat domů pro manželku. Tolerovanou polohou byla klasická, kdy žena leží na zádech. Byl povolen pouze manželský sex a jeho smyslem bylo rodit děti, nikoli mít z něho rozkoš. V ložnici měl být při milování aktivní muž a žena se měla pasivně oddat milostnému aktu a modlit

se, aby jí Bůh dopřál porodit zdravé dítě. (Bauer, 2003, Janiš, 2007, Vondruška, 2007)

2 ANATOMIE REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ ŽENY

2.1 Vnější pohlavní orgány

2.1.1 Vestibulum vaginae

Poševní předsíň se nachází mezi malými stydkými pysky. Předsíň poševní je za fyziologických podmínek viditelná až po rozhrnutí malých stydkých pysků. V předsíni se nachází celkem 5 vývodů, je to ústí močové trubice, po obou stranách močové trubice ústí párové Skeneho žlázy, nebo-li Glandulae vestibulares minores. Jejich sekret vzniká nepřetržitě. Udržují sliznici poševní předsíně stále vlhkou. V zadní části poševní předsíně je ústí poševního vchodu, v kterém se u panen nachází hymen – panenská blána. (Leifer, 2004)

2.1.2 Glandulae vestibulares minores, Glandulae vestibulares majores

Glandulae vestibulares minores jsou drobné mikroskopické žlázy uložené ve sliznici vestibulum vaginae. Jejich sekret vzniká nepřetržitě. Udržují sliznici poševní předsíně stále vlhkou. Glandulae vestibulares majores jsou párové žlázy velikosti hrachového zrna. Jsou uloženy v zadní části velkých stydkých pysků. Jejich vývod ústí do předsíně poševní mezi malé stydké pysky a hymen. Sekret je produkován při pohlavním vzrušení a usnadňuje zavedení penisu do pochvy. (Roztočil, 2008)

2.1.3 Labia majora pudendi

Velké stydké pysky tvoří obloukovité valy obklopující poševní vchod. V oblasti hráze se spojují v zadní komisuře. Jsou kryty kůží a ochlupením. Okraje velkých stydkých pysků bývají přiloženy k sobě a vytvářejí stydkou štěrbinu. Ve velkých pyscích je bohatá žilní pletěň. Vzhled rodidel je individuální. Reakce velkých pysků na sexuální dráždění souvisí s jejich prokrvením. (Čihák, 2002, Pastor, 2007)

2.1.4 Labia minora pudendi

Malé stydké pysky vytvářejí párovitou kožní řasu mezi velkými stydkými pysky. Malé pysky obklopují poševní předsíň. Stydké pysky spolu s klitorisem patří k nejcitlivějším ženským strukturám. Sexuální vzrušení se na nich projevuje velmi zřetelně. Ve fázi plató se pysky zvětší minimálně na dvojnásobek, vystupují před velké pysky a prodlužují tak poševní dutinu. Nejprůkaznější ukazatel pohlavního vzrušení je jejich zbarvení. Barva se mění od jasně červené po tmavě vínovou. Po orgasmu v době uvolnění se mění tmavě červená na světle růžovou. (Čihák, 2002, Pastor, 2007)

2.1.5 Klitoris

Klitoris, nebo-li poštěváček je útvar velikosti malého hrášku asi 2 cm nad ústím močové trubice, je zahalen cípy malých stydkých pysků. Z klitorisu je vidět jen pouze jeho část, která se nazývá žalud poštěváčku, který je překrytý předkožkou. Na žalud, nebo-li glans clitoridis navazuje tělo klitorisu, ze kterého vybíhají dvě ramena, která se upínají na stydkou a sedací kost. Mezi ústím močové trubice za klitorisem se nachází kožní řasa, uzdička.

Klitoris má výlučnou funkci pro zprostředkování sexuálního vzrušení. Funkce klitorisu spočívá v příjmu a předávání pohlavních smyslových podnětů. Přijímání se uskutečňuje jeho přímou nebo nepřímou stimulací. Předávající úloha je dána zprostředkováním sexuálního vzrušení, návaem krve do klitorisu, a to i bez jeho přímého dráždění. Klitoris umožňuje zahájení a udržování vzrušení. (Pastor, 2007)

2.1.6 Bulbus vestibuli

Bulbus vestibuli je párový erektilní orgán ovoidního tvaru, uložený kolem poševní stěny pod spodinou labia majora pudendi. Podklad bulbus vestibuli tvoří žilní pleteně, které zduřují při pohlavním vzrušení a pomáhají uzavírat vestibulum vaginae. (Čihák, 2002)

2.1.7 Hymen, panenská blána

Hymen je slizniční duplikatura, která uzavírá poševní vchod. Její otvor či otvory jsou variabilní a bývají elastické. Někdy lze do pochvy zavést prst a nebo vykonat soulož a nemusí dojít k porušení hymenu. Význam panenské blány je spíše sociálně-kulturní než biologickou úlohou. (Pastor, 2007)

2.1.8 Mons pubis

Mons pubis je trojúhelníkovitá vyvýšenina, jejíž podklad tvoří tukový polštář. Ventrálně do mons pubis vybíhají velké stydké pysky. Kůže je po pubertě porostlá silnými chlupy. Horní hranice ochlupení je u žen zřetelná a probíhá horizontálně. (Čihák, 2002)

2.2 Vnitřní pohlavní orgány

2.2.1 Vaječník – Ovarium

Vaječník je ženská pohlavní žláza, která je zdrojem vajíček a ženských pohlavních hormonů. Zralý vaječník má velikost a tvar zralé švestky. Velikost závisí na věku ženy, největší rozvoj je mezi 20. a 30. rokem. (Roztočil, 2008)

2.2.2 Vejcovod – Tuba uterina

Vejcovod je párová trubice, která je svým kraniálním koncem nálevkovitě otevřena do břišní dutiny a přivrácena v těsné blízkosti k vaječníku. Kaudálním koncem ústí v rohu děložním do dutiny děložní. Vejcovod slouží k transportu vajíčka po ovulaci směrem do dělohy. Ve střední, ampullární části vejcovodu, dochází nejčastěji k oplození vajíčka spermií. (Čihák, 2002)

2.2.3 Děloha – Uterus

Děloha je symbolem ženství. Probíhá v ní vývoj plodu až do porodu. Při pohlavním styku má také děloha sexuální funkci. Hrdlo děložní je erotogenní zóna, která mnohým ženám přináší při stimulaci penisem příjemné prožitky. Daleko větší význam pro ženskou sexualitu a hormonální saturaci organismu mají vaječníky, které produkují ženské pohlavní hormony zodpovědné za primární a sekundární pohlavní znaky, podílející se na sexuálním citění, stavu a výživě pohlavních orgánů. (Pastor, 2007)

2.2.4 Pochva

Pochva je hlavní kopulační orgán ženy. Má sexuální a reprodukční funkci. Jedná se o dutý orgán asi deset centimetrů dlouhý, jehož stěny jsou v klidovém stavu přiloženy k sobě. Začíná poševním vchodem, seshora do ní ústí hrdlo děložní. Poševní vchod a stěna močové trubice jsou obklopeny svaly, které žena částečně ovládá. Může je sevřít a do jisté míry tím regulovat jejich funkce. Sliznice pochvy je

pokrytá výstelkou, která je závislá na ženských pohlavních hormonech. Okolí pochvy je bohatě prokrveno. Za lubrikaci, zvlhčení při sexuálním vzrušení je zodpovědné její cévní zásobení. Důsledkem sexuální stimulace umožní snadné proniknutí penisu dovnitř, uvolní svůj vchod a zvlhne. (Pastor, 2007)

3 FYZIOLOGIE REPRODUKČNÍCH ORGÁNŮ

3.1 Účinky pohlavních hormonů

3.1.1 Estrogeny

Estrogeny jsou ženské pohlavní steroidy a jsou produkovány v ovariu, v placentě a menší množství v nadledvinách. Mají stimulační a proliferační účinek na pohlavní orgány. Účinkem estrogenů se vyvíjí kvalitativně i kvantitativně zevní genitál. Pod vlivem estrogenů proliferuje vaginální sliznice, zvyšuje se tvorba glykogenu, štěpení laktobacilem na kyselinu mléčnou a stoupá kyselost poševního prostředí. Stimulují růst svaloviny vejcovodu a zvyšují jeho motilitu. Ovlivňují vývoj sekundárních pohlavních znaků, psychiku, chování a jednání. Účastní se na vývoji prsů, ovlivňují růst a větvení mlékovodů. (Citterbart, 2001)

3.1.2 Gestageny

Hlavním a fyziologicky nejdůležitějším gestagenem je progesteron. Místem tvorby jsou luteinní buňky žlutého tělíska v ovariu. Velké množství se tvoří v trofoblastu a v placentě. Hlavní úkol je v přípravě a udržení těhotenství. Působí na endometrium, kde vyvolávají sekreci žláz, v myometriu tlumí motilitu hladkého svalstva a snižují citlivost na oxytocin, v děložním hrdle způsobují snížení množství hlenu a jeho zahuštění. Podporují vývoj alveolů v mléčné žláze. Zpomalují transport ženských zárodečných buněk. (Citterbart, 2001)

3.1.3 Androgeny

Hlavním ovariálním androgenem je androstendion. Místo tvorby androgenů v ovariu jsou hilové stromální buňky, rostoucí folikuly a žlutá tělíska. Ovlivňují růst pubického a axilárního ochlupení, udržují libido. Jsou prekurzory estrogenů. (Citterbart, 2001)

3.2 Ovariální cyklus

Činnost ženských zárodečných žláz probíhá cyklicky. Celá činnost pohlavního ústrojí je zaměřena na tvorbu vajíčka – ovulaci. Období pohlavní zralosti ženy trvá 35 – 40 let, tato délka však podléhá individuálnímu kolísání. Znakem tohoto období je cyklické krvácení z rodidel. Celému cyklu se říká cyklus menstruační. Funkce vaječnicků spočívá v produkci ovariálních hormonů – steroidů, které jsou vylučované do krve a ovlivňují vzdálené orgány.

Hlavní skupinou ženských hormonů jsou estrogeny. Estrogeny dělíme na estradiol, estron a estriol. Vaječnick produkuje nejvíce estradiolu a estronu. Další skupinou vaječnickových hormonů jsou gestageny. Poslední skupinou hormonů jsou androgeny. Hlavním zástupcem je testosteron, jehož produkce probíhá v ovariu, ale také v kůře nadledvin.

Cyklické změny funkce vaječnicku podléhají řídicím vlivům hypofýzy. Ústředním stimulujícím faktorem menstruačního cyklu je gonadotropin-releasing hormon – GnRH. Tento hormon v období zrání vaječnickových folikulů je rytmicky vylučován hypotalamem a předáván do systému hypofyzární vrátnicové žíly. Stimulují syntézu gonadotropinů. Do skupiny gonadotropinů patří folikulostimulační hormon – FSH a luteinizační hormon – LH, které jsou tvořeny v předním laloku hypofýzy. Gonadotropin-releasing hormon se vylučuje nárazovitě, v pulzech, frekvence těchto pulzů se v průběhu menstruačního cyklu mění. Biologické působení FSH a LH na vaječnick je zprostředkován vazbou na specifické membránové receptory. FSH ovlivňuje na počátku cyklu zrání několika vaječnickových folikulů. Z nich je pak vybrán jeden, který je určen k ovulaci. K sekreci estradiolu dochází dominantním, též terciárním nebo Graafovým folikulem, který dosáhne při ukončení zrání svého vrcholu a vyvolá uprostřed cyklu vrchol LH, což se nazývá pozitivní zpětná vazba. Hladina progesteronu začne stoupat krátce před ovulací, způsobí prudké vyplavení gonadotropinů, což bývá podnětem k prasknutí Graafova folikulu a uvolnění vajíčka. Prasklý folikul se mění ve žluté tělísko. Žluté tělísko bývá hlavním producentem progesteronu. Estradiol a progesteron ovlivňují negativní zpětnou vazbu pokles koncentrace FSH v krvi. FSH hladina opět stoupne při ukončení činnosti žlutého tělíska a celý cyklus se opakuje. V případě těhotenství se žluté tělísko zvětšuje v corpus luteum graviditatis, stoupá produkce progesteronu. Progesteron ovlivňuje nidaci a je v prvních fázích těhotenství nepostradatelný. (Weiss, 2010)

3.3 Děložní cyklus

Děložní sliznice – endometrium je hlavním cílovým orgánem působení vaječnickových hormonů. Pod vlivem estrogenů roste děložní sliznice – proliferační fáze. Děložní sliznice uprostřed cyklu dosahuje maximálního růstu. Ve druhé fázi cyklu, která je pod vlivem gestagenů sliznice již neroste, ale mění se. Přibývají žlázy a komplikuje se jejich stavba, žlázy začínají produkovat hlen – sekreční fáze.

Sliznice kanálu děložního hrdla prodělává v průběhu menstruačního cyklu periodické změny. Žlázy děložního hrdla secernují hlen, složení a množství hlenu se během cyklu mění. Nejvyšší produkce řídkého hlenu je dosaženo uprostřed cyklu v období kolem ovulace. Hlen děložního hrdla má mírně zásaditou reakci a umožňuje delší přežívání oplození schopných spermií v hrdle.

Nejnápadnější fází celého menstruačního cyklu je menstruační krvácení. Průměrná délka menstruačního cyklu je 29,4 dne. Průměrná délka cyklu se zkracuje s věkem. Menstruační krvácení trvá průměrně 5 dnů. Menstruační krevní ztráta je menší než 80 ml krve. (Weiss, 2010)

3.4 Tělesné změny během menstruačního cyklu

Ženské pohlavní hormony mohou během menstruačního cyklu způsobit kolísání hormonálních hladin. Nápadný je vzestup tělesné teploty v druhé polovině menstruačního cyklu v průměru o 0,5 °C. Z orgánových změn jsou nápadné změny prsů, těsně před menstruací se prs zvětšuje průměrně o 100 ml. Při menstruaci ženy vykazují nejvyšší tonus sympatiku, v průběhu první fáze cyklu klesá a nejnižší je před ovulací. Tonus parasympatiku je nejvyšší před ovulací a nejnižší před menstruací. V proliferační fázi cyklu dominuje parasympatikus a v sekreční fázi sympatikus.

V proliferační fázi se zlepšuje celková nálada, výskyt příjemných pocitů a stoupá tělesná aktivace. Vyskytují se i stavy úzkosti a agrese, které dosahují vrcholu během menstruace. Těsně před menstruací ženy vykazují nejvyšší dráždivost, neklid, depresi a napětí. Ženská sexualita je na hormonálním působení do značné míry nezávislá a je spíše ovlivněna psychosomatickými činiteli. (Weiss, 2010)

4 SEXUALITA ŽENY

4.1 Hormony a ženská sexualita

Hormonální poměry u žen jsou komplikovanější a podléhají větším změnám. Hlavním zdrojem proměnlivosti hormonálních procesů ve fertilním období je menstruační cyklus. Sexuální aktivita v průběhu menstruačního cyklu podléhá určitým změnám. V první polovině cyklu stoupá hladina estrogenů a dosahuje vrcholu před ovulací, poté klesá. Estrogeny mají antidepresivní účinek a zvyšují sexuální apetit. Progesteron začíná stoupat před ovulací a má vrchol kolem 21. dne. Má sedativní, analgetický účinek a může snižovat sexuální aktivitu. Androgeny mají během cyklu stabilní hladinu. Mají pozitivní vliv na náladu a pod jejich vlivem stoupá sexuální aktivita. V dnešní době zůstává menstruace intimní záležitostí. Je dobré, aby mladé dívky byly dobře poučeny a znaly mnoho o svém těle a jeho funkcích. (Ratislavová, 2008)

V klimakteriu ovlivňuje průběh pohlavního života snížení tvorby sekretu, které při sexuálním dráždění a vzrušení zvlhčují stěny pochvy a usnadňují příjemný průběh koitálních pohybů mužského pohlavního údu. Snížení produkce hormonů ve vaječnicích je provázáno změnami poševní sliznice, která se stává tenčí, citlivější a zranitelnější. (Pondělíčková – Mašlová, 2005)

4.2 Pohlavní styk a orgasmus

Sexuální pud byl a vždy bude silnější u mužů než u žen. Ženské sexuální prožívání je více podloženo emocionálně. Ženská křivka sexuální aktivity má pomalejší vzestup, vrchol oblejší a doznívá déle. Mužská křivka má prudký vzestup, ostrý vrchol a rychlý návrat. Sexuální prožitek má čtyři fáze. (Pastor, 2007)

První fáze se nazývá **excitace**, nebo-li podráždění nebo také predehra. Vlivem tělesné nebo psychogenní stimulace dochází k postupnému nárůstu sexuálního vzrušení. Vždy závisí na délce a intenzitě dráždění. Tato fáze trvá chvilku, někdy i desítky minut, narůstá plynule, pohlavní orgány se probouzí. Druhá fáze se nazývá **plató**. Dojde k ní, pokud je účinná sexuální stimulace. Dochází k maximálnímu nárůstu vzrušení, po kterém může docházet k orgasmu. Třetí fáze je **orgasmus**, nebo-li vyvrcholení, které trvá několik sekund. Ženský orgasmus je slabší a delší, mužský orgasmus je intenzivnější a kratší. Orgasmus vystřídá fáze **uvolnění**. Jedná se

o pozvolnou fázi, která trvá déle než u mužů. Některé ženy jsou schopné se z této fáze vrátit k dalšímu orgasmu, pokud jsou sexuálně drážděny. (Pastor, 2007)

Orgasmus je vyvrcholení sexuálního pocitu a uvolnění, které je provázeno pocitem štěstí. Patří mezi nejintenzivnější tělesné a emocionální prožitky. Ženské orgasmy se liší pocitovou kvalitou, délkou trvání a projevy chování. Ženský orgasmus je reflex vyvolaný stimulací různých zón v podbříšku, poštváčku, oblasti vnější a uvnitř pochvy a konečníku. Doba potřebná k vyvolání orgasmu je u žen různá, pohybuje se od 2 do 10 minut. Existují dva orgasmy, klitoridální vybavení z oblasti poštváčku, který je intenzivnější a vaginální, který je vybavený z pochvy a nastupuje pomaleji. Také je možné dosáhnout mimogenitálního orgasmu ve spánku nebo ve bdělém stavu, což je orgasmus dostavující se bez dotýkání se pohlaví.

Sexuální reakce u žen se rozvíjí později a pozvolna než u mužů. V době dospívání dívka nemá potřebu se sexuálně ukázat, tato potřeba se začne rozvíjet až s citovým vztahem a kontaktem s druhým pohlavím. Sexuální vzrušivost je vrozená. Ženy mají rády a vzrušuje je, když se muž chová suverénně a dokáže vtípkovat v určitých situacích, pokud je muž sportovec a má mužný hlas je pro ženu více přitažlivý, než-li nerozhodný muž s nedostatečným pocitem sebejistoty.

Libido znamená žádostivost, vášně a sexuální pud. Libido podmiňuje sexuální činnost. Silnější bývá u mužů než u žen. Bývá zesíleno navozením vztahu s novým partnerem. (Janouchová, 2010, Pondělíčková – Mašlová, 2005)

4.3 Chování a prožívání po orgasmu

Polský sexuolog uveřejnil pod heslem „Orgasmus“ v rozsáhlé polské Encyklopedii erotiky (2001) zajímavou klasifikaci chování žen a mužů po orgasmu.

„K ženským reakcím patří. Reakce typu šlechtičny: partner splnil svůj úkol a dále ji nezajímá, může být rád, že mu to dovolila. Reakce kastrálního typu: žena provokuje partnery do další sexuální aktivity, která již překračuje jeho možnosti, to jí dovolí ponižovat ho a kritizovat jeho nedostatečnou výkonnost. Nárůst sexuálního vzrušení: prožitek orgasmu zvyšuje chuť na další pokračování a další orgasmy. Vymizení sexuálního vzrušení: jakmile žena dosáhla orgasmu, je jí již nepříjemné jakékoliv pokračování. Partnerské reakce: po vlastním orgasmu očekává žena orgasmus partnerův, ze kterého se těší podobně jako z vlastního, intenzivně prožívá svůj citový vztah k partnerovi.“ (Kratochvíl, 2008, s. 114 – 115)

4.4 Sexualita a erotika

Sexualita znamená tělesnou rozkoš různých druhů a forem, k níž jsme disponováni po celý život. Charakter sexuálního života není vyčerpán prostými tělesnými rozkošemi, neboť každý sexuální akt jenž vrcholí normálním orgasmem má svoji erotickou nadstavbu. Erotika zahrnuje všechny smyslové vjemy, fantazie, které nám umožňují sexuální ukájení nebo které jsou schopny vyvolat v nás jeho potřebu. „Žádný druh sexuality není vázán na určitý druh erotiky a žádná erotika nevyžaduje speciální druh sexuality.“ (Brouk, 1992, s. 7)

5 SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE U ŽEN

„Sexuální dysfunkce, které nejsou vyvolané organickou poruchou nebo emocí jsou poruchy, při nichž jedinec nepocituje sexuální touhu nebo není schopen uskutečnit soulož vedoucí k uspokojení, ačkoliv k tomu má základní anatomicko-fyziologické předpoklady a není zaměřen na neobvyklé sexuální cíle.“ (Kratochvíl, 2008, s. 11)

5.1 Nízká sexuální vzrušivost – frigidita

Frigidita je chybění sexuální touhy a vzrušivosti. Jedná se o ženy, kterým chybí sexuální touha a které se při sexuální stimulaci nevzrušují, také nedosahují orgasmu. Frigidita v sobě může zahrnovat i anorgasmii.

Vyskytuje se u žen všech věkových kategorií. Má povahu primární nebo sekundární (selektivní) dysfunkce. Primární porucha trvá od počátku pohlavního života. Sekundární porucha se projevuje po období normální sexuální reaktivity. Frigidita může být buď úplná, částečná a nebo může být generalizovaná a může se týkat všech partnerů a situací, nebo selektivní. Selektivní porucha může být vázaná na určitého partnera, situaci, psychické stavy a životní období.

Hlavním problémem těchto žen je nedostatečné uvolnění pochvy a suchost poševní sliznice. Proto ženy častěji vyhledávají pomoc z důvodu nátlaku svých partnerů pro sexuální nespokojenost. Nedostatečná lubrikace je pravidelným projevem všech hypoestrinních stavů nejčastěji menopauzy, ale také může být nepříznivým doprovodem dlouhého a intenzivního kojení. (Kratochvíl, 2008, Weiss, 2010)

Léčba záleží do značné míry na tom, jak ženě v jejím životě vadí. Terapie by měla spočívat v psychoterapii a ve snaze odstranit všechny rušivé faktory. Největší problém u selektivních frigidit bývá otevřeně nebo skrytě konfliktní vztah k partnerovi. (Kratochvíl, 2008, Weiss, 2010)

5.2 Anorgasmie

Anorgasmie je chybění orgasmu při sexuální stimulaci. Bývá diagnostikována tehdy, když se žena při sexuální stimulaci vzrušuje, ale nikdy nedosáhne orgasmu nebo ho dosáhne zřídka. Některým ženám nepůsobí žádné potíže a pohlavní styk je jim příjemný a prožívají z něj psychické uspokojení i bez orgasmu. Někdy však vede u vzrušivých žen k pocitům nespokojenosti a napětí, což může vést k ochladnutí nebo vyhýbání se pohlavnímu styku, ke konfliktním manželským situacím nebo v somatické oblasti k syndromu pánevní kongesce.

Má povahu primární nebo sekundární (selektivní) dysfunkce. Primární porucha trvá od počátku pohlavního života. Sekundární porucha se projevuje po období normální sexuální reaktivity. Anorgasmie může být buď úplná nebo částečná. Také může být generalizovaná, která se může týkat všech partnerů i všech situací, nebo selektivní. Selektivní porucha může být vázaná na určitého partnera, situaci, psychické stavy a životní období.

Několik ženských anorgasmii má sekundární povahu. Příkladem mohou být mladé matky po porodu, u nich se uplatní změna anatomických poměrů rodidel, stres při změně sociální situace a vyšší nároky na adaptační funkce.

Hlavním cílem psychoterapie ženských orgasmických dysfunkcí je posilování pozitivního vztahu pacientky k sexuálnímu životu. Užitečné bývá experimentování s masturbací a nekoitálním sexem. Léčení anorgasmie by mělo vycházet z dostatečně přesných poznatků o tom, v čem orgasmus ženy spočívá a jaké podněty k němu vedou. (Kratochvíl, 2008)

5.3 Sexuální averze

Sexuální averze znamená odpor k pohlavní aktivitě. Postoj k sexuální činnosti je trvale vysoce záporný. Odpor se může nejčastěji týkat jen soulože nebo se generalizovat na tělesné doteky partnera. Sexuální averze může souviset s problémy ve vztahu k partnerovi nebo se specifickými sexuálními traumaty. Na primární sexuální averzi se podílí nejčastěji výchova a zážitky z dětství či dospívání (sexuální

zneužívání). Na sekundární averzi může navazovat období vynucované sexuální aktivity, která neodpovídá potřebám ženy. (Kratochvíl, 2008)

5.4 Dyspareunie, algopareunie

Jde o stavy koitálního dyskomfortu, při kterých koitální pohyby penisu v pochvě vyvolávají nepříjemné pocity – dyspareunie, až bolest – algopareunie. U žen v menopauze může být sekundární dyspareunie a algopareunie způsobena nedostatkem endogenních estrogenů. Léčení dyspareunie spočívá v substituční hormonální terapii. Může být způsobena také gynekologickým onemocněním, tedy patří k nežádoucím efektům některých gynekologických operací a terapie nádorů rodidel. Příčina koitálního dyskomfortu může být pánevní a poševní zánět nebo endometrióza. U některých žen může jít o psychosomatickou poruchu, zde je účelná kombinace specifického gynekologického léčení s psychoterapií. Při bolesti vyskytující se na začátku soulože při poševním vchodu je třeba doporučit delší předehru a odstranění pravděpodobných rušivých psychických vlivů. Pokud je nedostatečná lubrikace může se nahradit uměle, užitím zvlhčujících gelů nebo rubrikovaného kondomu. (Weiss, 2010)

5.5 Vaginismus

Vaginismus znamená reflexní křečovitě stažení svalstva poševního vchodu a dalších svalů pánevního dna, které znemožňuje proniknutí penisu do pochvy. Může se jednat o obranný reflex, který je vyvolán reálným, očekávaným nebo představovaným pokusem o penetraci. Nejčastěji bývá současně přítomna fobie týkající se deflorace, sexuálního styku nebo jakékoliv vaginální penetrace. Výrazně bolestivá je každá dilatace poševního vchodu. Klientky často reagují dramatickými bolestivými a obrannými gesty, pouze při pouhém naznačení penetrace.

Generalizovaný vaginismus se objevuje reflexně i při gynekologickém vyšetření. Při prekoitálním vaginismu dochází ke spasmu a obranné reakce se objevují jen při pokusech o soulož. Primární vaginismus je takový, který trvá od prvních pokusů o pohlavní styk. Sekundární vaginismus se projeví po období normální sexuální reaktivity. Příčinou nekonsumovaného manželství, které trvá i řadu let bývá primární vaginismus. Povrchovým drážděním klitoridální oblasti může být vyvolán orgasmus. (Kratochvíl, 2008, Kubíček, 2000, Weiss, 2010)

Organický vaginismus může způsobovat prosté fobické vyhýbání se souloži nebo se může jednat o somatická onemocnění či anomálie. Při fobickém vyhýbání se souloži nebývá přítomen spasmus. Somatické onemocnění nebo anomálie pak znesnadňují proniknutí do pochvy. (Kratochvíl, 2008, Kubíček, 2000, Weiss, 2010)

U funkčního vaginismu jsou převážně psychogenní příčiny. Může se jednat o zafixování podmíněně reflexní obranné reakce na nepříjemný zážitek, při pokusu o soulož. K hlubším intrapsychickým a interpersonálním příčinám patří patický vývoj osobnosti, ambivalentní vztah k sexu a k partnerovi, konflikty mezi partnery. K somatickým faktorům řadíme problémy s tuhým hymenem, suchost poševního vchodu a záněty.

Terapie spočívá v postupné a trpělivé dilataci vaginálních spasmů. Pro podpurnou terapii se doporučuje lokální anestetikum. (Kratochvíl, 2008, Kubíček, 2000, Weiss, 2010)

5.6 Sexuální problémy při gynekologických potížích

Premenstruační tenzi známe pod pojmem premenstruační syndrom. Hlavní symptomy jsou tlak na prsou, nespavost, únava, změny chuti k jídlu, úzkosti, deprese a pokles sexuální apetence. Za psychické potíže žen, které trpí premenstruačním syndromem je odpovědná dysfunkce v oblasti mozkových aminů, jedná se o serotonin v průběhu luteální fáze menstruačního cyklu. Zhoršená nálada snižuje sexuální apetenci a vzrušivost. Opatření je podávání antikoncepčních tablet k potlačení ovulace.

Ženy s vleklými výtoky a bolestmi při koitu přestanou pohlavní styk vyhledávat. Svízelné jsou mykotické kolpity. Mykotické i jiné výtoky mohou být ovlivněny zlepšenou hygienou pohlavních styků a omezením nechráněných styků. Vždy by se měl podrobit vyšetření také partner ženy, což přináší úspěch v léčbě.

S pohlavním životem bezprostředně souvisí gynekologické operace, které se týkají vulvy, pochvy a dělohy. Vulvektomie při radikální terapii karcinomu vulvy je chirurgický výkon mutilující, ale naštěstí není často indikovaný. Problémy vznikají při špatném zjizvení poševní sutury, které způsobí krvácení nebo zúžení pochvy. Podstatnější jsou partnerské problémy žen po hysterektomii, kde indikací k operaci byl karcinom. Žena si připadá operací „okradena“ o základní atribut ženství. Každá taková operace by měla být provázena psychoterapeutickým zásahem a sexuologickou poradnou, nejen na pacientku, ale i na jejího partnera. Odnětí ovarii

vede ke ztrátě zdroje estrogenů a gestagenů. Projevy bývají návaly horka, deprese, snížený zájem o sex a snížená poševní lubrikace. (Kelly, 1990, Weiss, 2010)

6 SEXUOLOGICKÁ PROBLEMATIKA V GYNEKOLOGII

Základním předpokladem pro spokojený sexuální život jsou adekvátní anatomické poměry a fyziologické funkce ženského genitálu. Sexuologické problémy v gynekologii jsou časté. Mohou komplikovat sexuální život, působit partnerský nesoulad a reprodukční problémy. (Weiss, 2010)

6.1 Anatomické vady a změny polohy ženských pohlavních orgánů

Základním předpokladem kvalitního sexuálního života umožňující reprodukci je správné anatomické uspořádání, poloha a funkce ženských pohlavních orgánů. Dokončený vývoj primárních a sekundárních pohlavních znaků, správné anatomické poměry genitálu a adekvátní endokrinní činnost jsou důležité pro zdárný sexuální život. Je nutné včas diagnostikovat a řešit vrozené nebo získané vady, které by sexualitu znemožňovaly nebo výrazně komplikovaly. Řadíme sem vývojové vady pohlavních žláz, intersexuální malformace s různým stupněm poškození genitálu, poruchy průchodnosti pohlavních a porodních cest, aplazie dělohy a pochvy, synechie vulvy, poševní septa a striktury.

K poruchám pánevního dna se změnou polohy gynekologických orgánů ve fertilním období dochází často vlivem těhotenství, gynekologických a celkových chorob, hormonálním stavem organismu nebo životním stylem. Insuficience svalů dna pánevního souvisí často s problémy udržení moči, defekací nebo sexuálními dysfunkcemi. Nejčastější projevy změn polohy gynekologických orgánů jsou pokles přední poševní stěny eventuálně s cystokélou, pokles zadní poševní stěny eventuálně s rektokélou, pokles nebo vyhrěznutí dělohy nebo kombinace zmíněných projevů.

Posilování pánevního dna se doporučuje pro úpravu změn polohy ženských pohlavních orgánů. Chirurgická léčba je nutná u těžších poruch. Velice příjemná a účinná prevence trofických změn vaginální sliznice a do jisté míry i rozvoje nepravidelných poloh vnitřních rodidel může být pravidelný pohlavní styk. (Weiss, 2010)

6.2 Vliv zánětlivých gynekologických onemocnění

Mezi nejčastější onemocnění v gynekologii patří zánět. Gynekologické záněty se projevují bolestí, teplotou, vaginálním fluorem, snižují kvalitu života a mohou omezovat sexuální život. (Weiss, 2010)

Záněty zevních rodidel jsou nejčastěji virového nebo bakteriálního původu. Nejčastější onemocnění vulvy přenášené pohlavním stykem a působící sexuální problémy patří herpes genitalis, pappillomavirové infekce genitálu. Výskyt mykotické vulvovaginitidy bývá při nevhodné kombinaci análního a vaginálního sexu. Vulvární vestibulitis je bolestivost vestibula na dotyk, pokus o imisi penisu, zarudnutí vulvy a dyspareunie, která působí ženě sexuální dyskomfort a odmítá koitus.

Nejexponovanější oblast při koitálním sexu je pochva. K interakci mikrobiálních ekosystémů jedinců dochází při sexu, přičemž se může narušit jejich dynamická rovnováha. Riziko infekce se zvyšuje při promiskuitním chování.

Mezi nejčastější onemocnění žen patří infekční a zánětlivá onemocnění močových cest. Sexuální aktivity se značně podílí na výskytu uroinfekce. Důležitou roli pro vznik uroinfekce hrají intenzivní sexualita, vaginální infekce a fluory, střídání sexuálních partnerů. (Weiss, 2010)

6.3 Vliv gynekologických operací

Operace musí být plně indikována, musí být pečlivě zvážen poměr přínosu a rizika či komplikací. Každá operace však může přinést nepředvídatelné následky, patří sem například vytvoření adhezí, sexuální problémy, mikční problémy nebo poruchy pasáže. Klientka musí být podrobně poučena o svém onemocnění již před operací a seznámena se všemi možnostmi terapie, měla by pochopit záměr a význam operace a konečné rozhodnutí by mělo být ponecháno na ní. Gynekologická operace může mít negativní dopad na ženskou pohlavní vzrušivost, reaktivitu a sexuální chování v somatické i psychogenní stránce. Cílem každé operace musí být vždy řešení základního onemocnění. Důležité je znát základní údaje o současném sexuálním životě klientky a jejích reprodukčních plánech. (Weiss, 2010)

Specifika abdominálních operací ve vztahu k ženské sexualitě spočívají zásahem do endokrinních funkcí ženy při indikované chirurgické kastraci a následné estrogení insuficienci. Další specifika abdominálních operací ve vztahu k ženské

sexualitě jsou ovlivnění reprodukčních funkcí ženy a odstranění orgánů ženského genitálu s možnými sexuálními následky. U operace, kde se odstraňuje část genitálu nebo se mění anatomické poměry, by měla být žena poučena o tom, jak se tento zásah může promítnout do jejího sexuálního života. Vhodné je poučení doplnit názorným anatomickým nákresem, ženu před operací uklidníme a zdůrazníme nezbytnost operace.

Pro mnoho žen znamená odstranění dělohy ztrátu schopnosti rodit děti, i když těhotenství již neplánovaly, možnosti menstruovat a ztrátu symbolu ženství. Většina žen se se ztrátou dělohy vyrovnává těžce, špatně na tom bývají ženy se zatíženou psychiatrickou anamnézou. Nejčastěji jsou popisovány psychosexuální potíže u žen, které prodělaly hysterektomii, mají potíže s přijetím ženské role, trpí depresemi mají neurotické problémy nebo žijí v partnerském nesouladu. Kvalita pohlavního života po operaci bývá nejvíce závislá na předchozím sexuálním životě, na vztahu ženy a jejího partnera k sexu. Některé ženy mohou hysterektomii uvítat z důvodu odstranění menstruačního krvácení a jako ideální antikoncepční metodu.

Po abdominální gynekologické operaci se doporučuje pohlavní styk za šest týdnů od operace. Po většině abdominálních operací se může provozovat nekoitální sexuální aktivity a autoerotika, což bývá vhodnou alternativou koitálního sexu.

Vaginální operace jsou méně invazivní a mívají lehčí pooperační průběh. Zasahují bezprostředně do ženského sexuálního života, komplikují ho, mohou ho dočasně či trvale omezit nebo znemožnit. Naopak některé typy vaginálních operací mohou sexuální život zlepšit nebo kde neexistoval, tam se může dokonce obnovit. Žena po vaginální operaci by měla začít s koitálním sexuálním životem až po úplném zahojení a pokud si sama soulož přeje. Některé ženy mohou vaginální hysterektomii brát jako alibi pro to, aby žena už pohlavní styk nemusela vykonávat. Mezi nejčastější potíže po vaginálních operacích, které komplikují ženskou sexualitu, jsou například poruchy lubrikace, dyspareunie, vaginismus, následky sekundárního hojení, pooperační infekce, zkrácení pochvy, stavy po odejmutí orgánů, sestup poševních stěn, vznik močové inkontinence, retence moči nebo uroinfekce.

Laparoskopická operace patří mezi relativně šetrné operace, která má kratší dobu rekonvalescence a malá rizika pro ženskou sexualitu. (Weiss, 2010)

7 HYSTEREKTOMIE

Hysterektomie znamená chirurgické odstranění dělohy, kterou obvykle provádí gynekolog a je nejčastější gynekologický chirurgický zákrok. Odstranění dělohy způsobí, že klientka nemůže mít děti, proto se u žen ve fertilním věku zákrok doporučuje pouze z několika specifických důvodů.

Indikace k hysterektomii bývají některé typy onkologického onemocnění pohlavní soustavy, závažná myomatóza, adenomyóza, změna pohlaví ze ženského na mužské, v rámci profylaktické léčby pro osoby se silně zatíženou rodinnou anamnézou onkologického onemocnění pohlavní soustavy, těžké vývojové poruchy, akutně při masivním poporodním krvácení. (Citterbart, 2001)

7.1 Abdominální hysterektomie

Abdominální hysterektomie bývá jedna z nejčastěji prováděných gynekologických operací. Při hysterektomii abdominální se odstraňuje děloha samostatně nebo s jedno/oboustrannou adnexektomií. Děloha s adnexy se odstraňuje u onkologických indikací a při patologických nálezích. Zdravá adnexa se odstraňují u žen přibližně po 47. roce věku s informovaným souhlasem a po 6ti týdnech, i déle, po operaci je nasazena hormonální substituční léčba.

Po odstranění dělohy klientka pochopitelně už nikdy nebude menstruat a ani neotěhotní. Pokud se odeberou oba funkční vaječníky, mohou nastat potíže podobající se přechodu. Klientka by před operací měla být informována jaký je plánovaný rozsah operace, pokud by v průběhu operace bylo nutné rozsah změnit, klientka by měla být o tom informována v pooperačním období. Po odstranění dělohy je pochva uzavřena stehem. Odebraný materiál se odesílá na histologické vyšetření. Výsledek je poté předán praktickému gynekologovi klientky, který sdělí klientce výsledek do 14 dnů od propuštění z hospitalizace. (Citterbart, 2001)

Mezi nejčastější indikace k abdominální hysterektomii patří děložní myom, který se provádí jako součást řešení abscedujících onemocnění adnex nebo jako součást operací tumorů vaječníků. Méně častou indikací je odstranění prolabované dělohy, sdruženou s jiným onemocněním. Častým důvodem je zevní endometrióza s tvorbou Sampsonových cyst, kde naděje na úspěch konzervativní léčby je již nepatrná. Mezi další indikace patří karcinom endometria, změny na děložním čípku a

počáteční stádia nádorového onemocnění děložního čípku nebo krvácení z dělohy nereagující na hormonální léčbu.

Komplikace mohou nastat již v průběhu operace například poranění močového měchýře, močovodů, konečníku nebo střevních kliček. V časném pooperačním období může nastat tromboembolie, infekce rány, špatné hojení rány nebo krvácení do dutiny břišní.

Prevence vzniku tromboembolie je časné vstávání klientky v první pooperační den za doprovodu fyzioterapeuta, první nenáročná cvičení s dolními končetinami a dechové cvičení. Zda je operační rána dobře zhojená, extrahujeme stehy 6. – 7. den po operaci, při níž byl použit Pfannenstielův řez a 8. – 9. den po operaci, kde byla použita dolní střední laparotomie. (Citterbart, 2001)

7.2 Vaginální hysterektomie (odnětí dělohy vaginální cestou)

Vaginální hysterektomie se provádí v celkové anestezii z poševního přístupu. Výhodou poševního přístupu je menší zátěž pro klientku a rychlejší rekonvalescence. K volbě vaginálního přístupu je nutný příznivý gynekologický náález. Indikace k odstranění dělohy se prolínají s indikacemi k abdominální hysterektomii a k laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Záleží na velikosti dělohy a povaze onemocnění. Velmi častou indikací k odstranění dělohy je děložní myom. Je třeba se řídit limitujícími se faktory vaginálního postupu. Mezi limitující faktory vaginálního postupu patří velikost myomu nesmí přesahovat 10 cm v průměru, dále lokalizace a pohyblivost dělohy. U lokalizace jsou nevhodné myomy rostoucí intraplikálně nebo do parametrií. Typickou indikací k odstranění dělohy vaginální cestou je její sestup nebo prolaps. Většinou se jedná o sestup nebo prolaps s poševními stěnami a někdy kombinovaný s retencí nebo s inkontinencí moči. Po odstranění dělohy vaginální cestou, z důvodu prolapsu, descensu nebo z jiných indikací, následuje poševní plastika. (Citterbart, 2001, Fait, 2011, Lachčina, 2007, Macků, 1991)

Klientka po odstranění dělohy pochopitelně už nikdy nebude menstruat a ani neotěhotní. Hospitalizace trvá 5-7 dnů při optimálním průběhu operace a pooperačního období. Během domácího ošetřování je důležité, aby klientka po dobu alespoň čtyř týdnů dodržovala zvýšenou hygienu (často se sprchovat), jako prevence vzniku zánětu. Vyvarovat se zvedání těžších břemen, pro dobré zhojení jizvy. Po 6

týdnech je možné obnovit pohlavní styk. Pracovní neschopnost po operaci trvá 4 - 6 týdnů. (Fait, 2011, Lachčina, 2007, Macků, 1992)

Komplikace, které mohou provázet operační výkony jsou trombóza, embolie, krvácení během operace nebo při podání narkózy. Vzácně se mohou vyskytnout píštěle, jedná se o komunikace například mezi močovým měchýřem a pochvou. (Fait, 2011, Lachčina, 2007, Macků, 1992)

7.3 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie (LAVH)

Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie znamená provedení části operačních výkonů v laparoskopické fázi s následným odstraněním dělohy z poševního přístupu. Je nutné klientku informovat o potenciálních rizicích laparoskopické operace a také o možnosti konverze laparoskopického výkonu v klasický otevřený způsob.

„Indikace k LAVH je respektování Donnezovy myšlenky, že laparoskopická hysterektomie je alternativou k abdominální hysterektomii, ale není náhradou za vaginální odstranění dělohy.“ (Holub, 2000, s. 48-49)

Cílem LAVH je snížit počet břišních operací překonáním kontraindikací vaginálních hysterektomií. Mezi nejčastější indikace k LAVH řadíme rostoucí děložní myom, endometrióza, adenomyóza, dysmenorea, karcinom endometria nebo adnexální či ovariální tumor. Klientka by měla být v duševní a fyzické kondici. Také záleží ne její hmotnosti. Zjišťuje se stav břišní stěny, poměry v břišní dutině a v pánvi, velikost dělohy a její pohyblivost, anatomická dispozice. Klientka musí být informovaná a dát souhlas s navrženou operací.

Mezi absolutní kontraindikace řadíme zejména klientky s difúzním zánětem pobřišnice, stavy akutního a masivního hemoperitonea, klientky s kardiálním onemocněním, kde hrozí riziko srdeční arytmie a selhání oběhu vzhledem k nutné Trendelenburgově poloze. Relativní kontraindikace se nacházejí u stavů po mnohočetných laparotomiích v anamnéze, proto je nezbytná indikační rozvaha u každé plánované operace. Limitní hmotností pro bezpečné laparoskopické operování by neměla výrazně překročit 100 kg. U klientek s diabetem mellitem, thyreopatií či jinou metabolickou chorobou je nezbytná dokonalá předoperační příprava s optimalizací metabolických parametrů.

Vysoce rizikové klientky jsou s antikoagulační terapií pro kardiální nebo tromboembolické onemocnění, stavy po peritonitidách s nejasnou příčinou,

nitroděložní těhotenství větší než 6 týdnů, pánevní absces, diafragmatická hernie, velké pánevní a abdominální rezistence, chronické plicní choroby. (Holub, 2000)

Při vstupu do peritoneální dutiny a v peritoneální dutině může dojít k poranění epigastrických cév, poranění orgánů v břišní dutině nebo může dojít k infekci a hernii v místě incize. V průběhu disekce při laparoskopii může dojít ke vzniku adnexálních nebo závěsných struktur a anatomicky přilehlých tkání orgánů. Během operace může dojít k poranění větších cév, močovodu, močového měchýře, konečníku nebo ovariálních a uterinních pletení. V časném pooperačním období může dojít ke vzniku pánevního hematomu nebo abscesu, infekci nebo sekundární hojení sutury. (Holub, 2000)

8 SPECIFIKA KOMUNIKACE V SEXUOLOGII

Komunikační dovednosti jsou v sexuologii mimořádně důležité z důvodu toho, že sám problém se dotýká nejintimnější psychické zóny klientky. Klientkám, které mají problémy v pohlavním životě, obvykle ve vyhledávání odborné pomoci dlouho brání zbytečný stud, proto přicházejí k lékaři či psychologovi až v závažnějších fázích poruchy. Mezi nejdůležitější psychologické příčiny sexuálních poruch patří tlak ze strany okolí a problém v partnerské komunikaci. (Janáčková, 2008)

Vytvořit pozitivní vztah mezi klientkou a zdravotníky je důležitý. Ohleduplně, odborně a taktně musíme jednat s klientkami. Důležité je poskytovat dostatek informací o zdravotním stavu a průběhu léčby, zvláště pak v pooperačním období. Měli by jsme umožnit klientce pravidelný kontakt s rodinou. Vhodnou komunikací můžeme snižovat obavy, úzkost, pocity nejistoty, emocionální labilitu. Je důležité pomoci klientce při změně sebepojetí, jako důsledku sníženého sebevědomí až pocitu méněcennosti, které pramení z poruch sebehodnocení, zvláště u gynekologických zákroků. Na základě psychosociální anamnézy můžeme vytipovat klientky, které budou potřebovat psychologickou pomoc a tu včas realizovat. (Zacharová, 2011)

Důležitá jsou pravidla pro komunikaci s klientkami, jelikož pozorným nasloucháním můžeme lépe napomoci klientkám. Musíme vše vysvětlit jasně a srozumitelně, s jistotou porozumění od klientky. Ztížené spolupráci se vyhneme dobrou komunikací a zjištěním všech potřebných informací. Zachování důvěrnosti získaných informací usnadňuje spolupráci. Případné naše nesouhlasy s chováním klientky je lepší sdělit v soukromí, zachováme tak emocionální podporu a respekt

jejího soukromí. Všechny přání a dotazy klientky řešíme individuálně. Diagnózu a léčbu probíráme s klientkou způsobem, který je pro ní přijatelný a srozumitelný. Oční kontakt při rozhovoru a naše chování může usnadnit budoucí spolupráci. (Zacharová, 2011)

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

Jedná se o chování a pocity žen, které prodělaly hysterektomii, jež mohou mít negativní vliv na kvalitu jejich sexuálního života. Objevuje se zde také nedostatečná informovanost. Často se ženy stydí o této problematice mluvit se svým partnerem. Podle mého názoru je hysterektomie největším zásahem do oblasti ženství. Myslím si, že je na místě hovořit se ženami o jejich partnerském a sexuálním životě.

9.1 Cíl a úkol průzkumu

Cílem této práce je zjistit kvalitu sexuálního života žen, které prodělaly hysterektomii a konkrétní sexuální problémy s tím spojené.

9.2 Metodika

Pro svou práci jsem využila metodu kvantitativní pomocí dotazníkového šetření. Dotazník je anonymní a je určen ženám po hysterektomii. Dotazníky jsem rozdala v ordinacích soukromých gynekologů v Plzeňském kraji. Otázky v dotazníku jsou uzavřené.

9.3 Hypotézy

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že většině dotazovaných žen bude mít pocit ztráty ženskosti.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že většina dotazovaných žen nebyla informována o možných změnách v kvalitě sexuálního života po hysterektomii.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že většině dotazovaných žen operační výkon negativně ovlivnil sexuální život.

Hypotéza č. 4

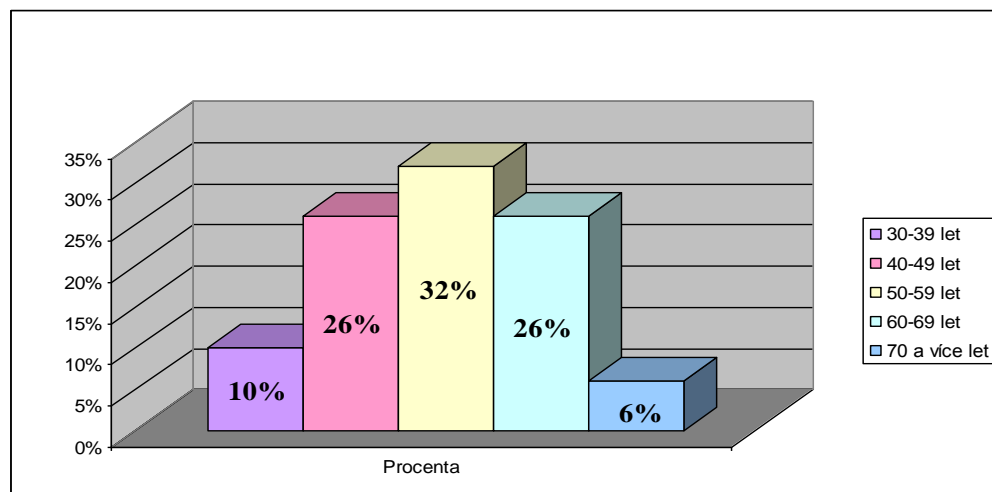
Předpokládám, že většina dotazovaných žen bude mít sníženou frekvenci pohlavního styku.

9.4 Vzorek respondentů

Výzkumný soubor tvoří ženy po hysterektomii. Výběr respondentů byl záměrný. Dotazník jsem zaměřila na ženy, které byly 3 měsíce a více po hysterektomii. Celkem jsem rozdala 100 dotazníků. Dotazníky jsem rozdala od října 2012 do února 2013. Vrátilo se mi celkem 78 dotazníků (78 %). S tímto vzorkem zpracovávám výzkum.

9.5 Prezentace a interpretace získaných údajů

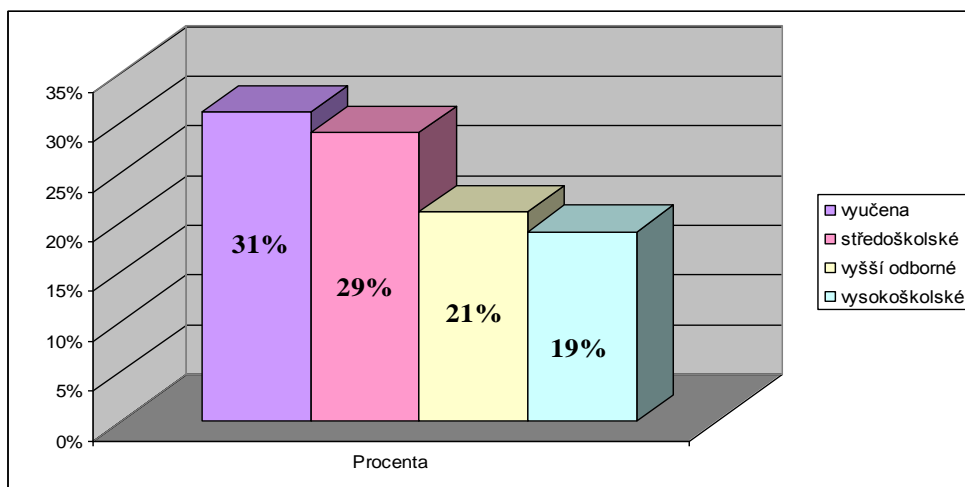
Graf 1 Věk respondentek



Zdroj: vlastní

V grafu 1 je znázorněno, že z celkového počtu 78 (100 %) respondentek je 32 % (25) žen ve věku 50 – 59 let, 26 % (20) žen je ve věku 40 – 49 let a 26 % (20) žen ve věku 60 – 69 let. 10 % (8) žen je ve věku 30 – 39 let, 6 % (5) žen je ve věku 70 a více let.

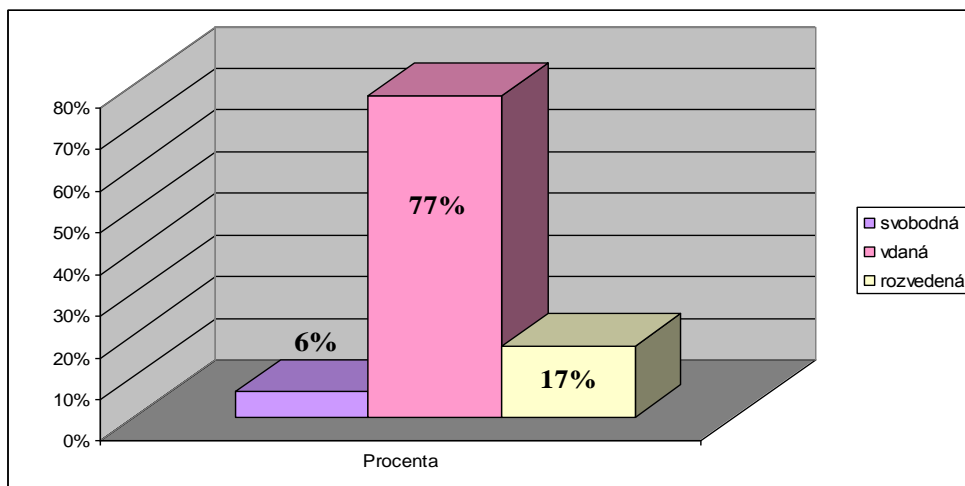
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



Zdroj: vlastní

Graf 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. 31 % (24) respondentek bylo vyučeno, 29 % (23) respondentek má středoškolské vzdělání, vyšší odborné vzdělání má 21 % (16) respondentek a vysokoškolské vzdělání má 19 % (15) respondentek.

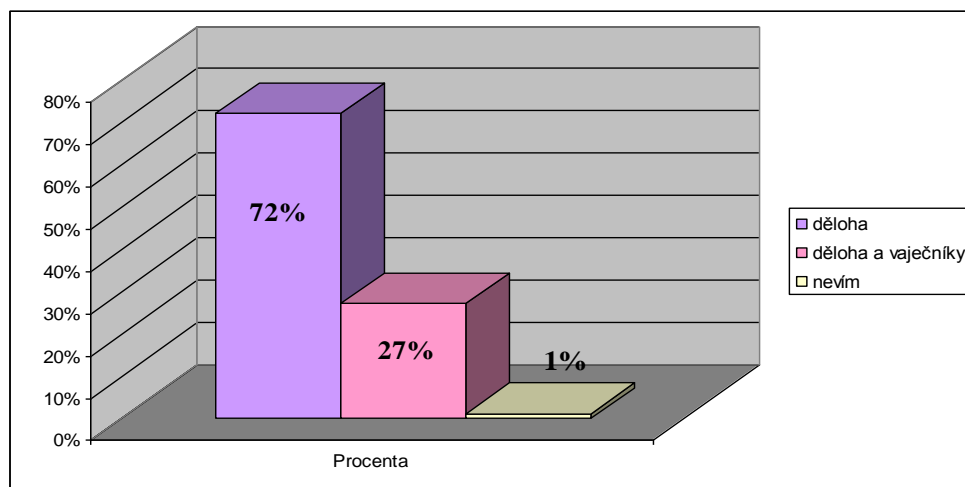
Graf 3 Rodinný stav respondentek



Zdroj: vlastní

V grafu 3 vidíme, že nejvíce respondentek je vdaných - 77 % (60), rozvedených je 17 % (13) a svobodných 6 % (5).

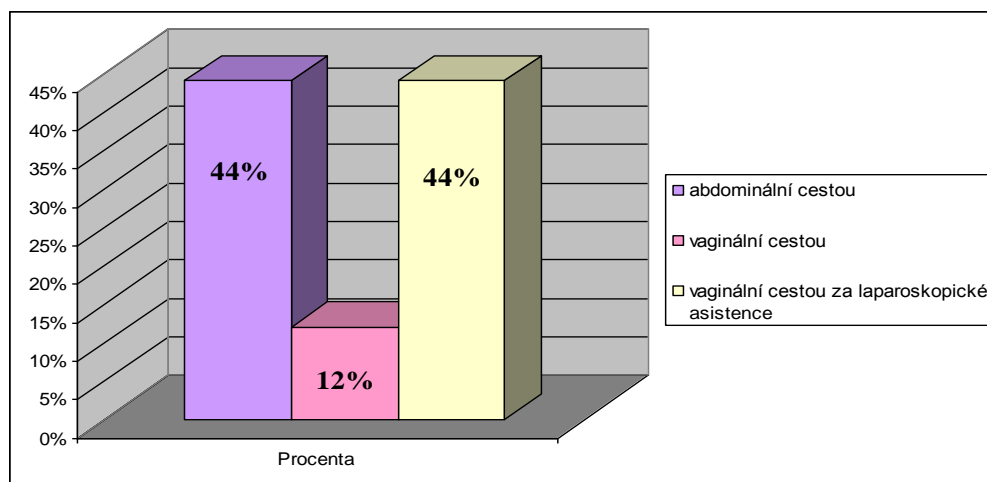
Graf 4 Rozsah operace



Zdroj: vlastní

Graf 4 znázorňuje, že u 72 % (56) respondentek došlo k odstranění dělohy, u 27 % (21) respondentek došlo k odstranění dělohy i vaječníků a 1 % (1) respondentek uvedlo možnost nevím.

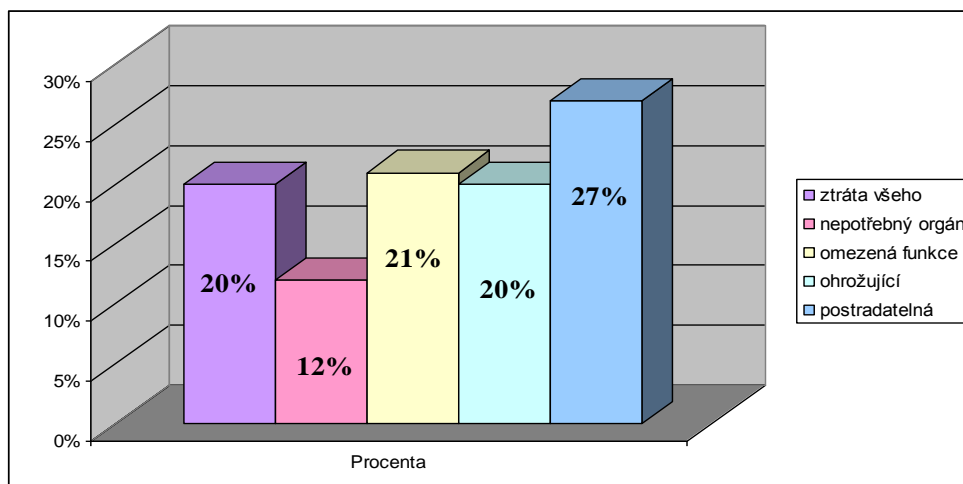
Graf 5 Typ operace



Zdroj: vlastní

V grafu 5 vidíme, že méně invazivní metoda za laparoskopické asistence byla použita u 44 % (34) respondentek, ovšem ve stejném procentu byla zastoupena i abdominální hysterektomie, která je více zatěžující pro klientku. Hysterektomie vaginální cestou byla provedena u 12 % (10) respondentek.

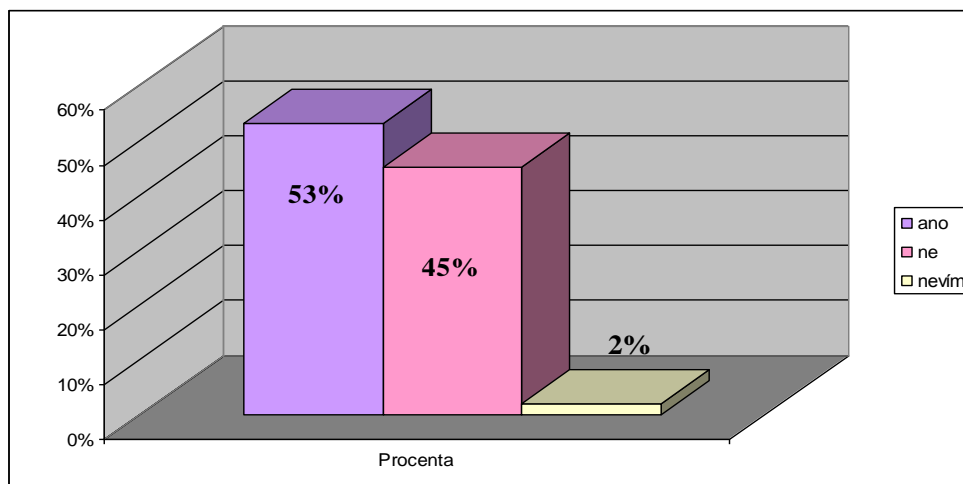
Graf 6 Vnímání dělohy



Zdroj: vlastní

V grafu 6 je znázorněno, jak respondentky vnímají dělohu před operací. 27 % (21) respondentek uvedlo, že dělohu vnímají jako postradatelnou. 21 % (17) respondentek uvedlo, že dělohu vnímají jako omezující orgán. 20 % (16) respondentek uvedlo, že dělohu vnímají jako ztrátu všeho. 20 % (16) respondentek uvedlo, že dělohu vnímají jako ohrožující orgán. 12 % (10) respondentek uvedlo, že dělohu vnímají jako nepotřebný orgán.

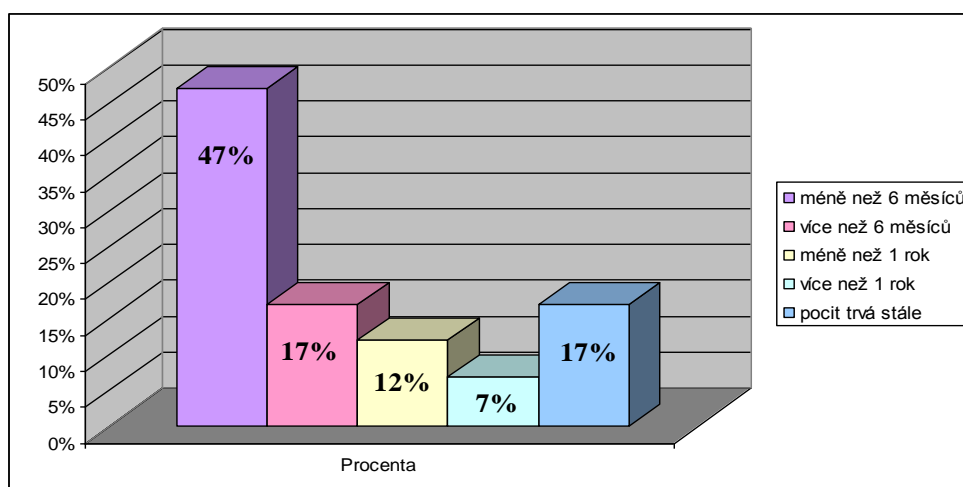
Graf 7 Pocit ztráty ženskosti po operaci



Zdroj: vlastní

Graf 7 znázorňuje, že 53 % (41) respondentek po hysterektomii mělo pocit ztráty ženskosti, 45 % (35) respondentek po hysterektomii nemělo pocit ztráty ženskosti a 2 % (2) respondentek uvedlo možnost nevím.

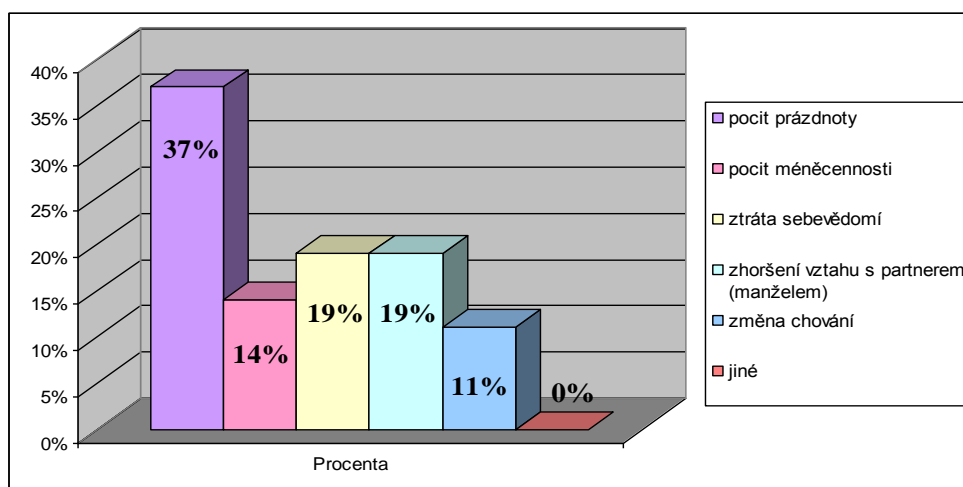
Graf 8 Délka trvání ztráty ženskosti



Zdroj: vlastní

Graf 8 vypovídá o délce ztráty ženskosti. Na otázku odpovídaly ženy, které v předchozí otázce odpověděly „Ano“ a to 53 % (41) respondentek. U 47 % (19) respondentek trvala ztráta ženskosti méně než 6 měsíců, u 17 % (7) respondentek trvala ztráta ženskosti více než 6 měsíců. U 17 % (7) respondentek pocit trvá stále, u 12 % (5) respondentek trvala ztráta ženskosti méně než 1 rok a 7 % (3) respondentek uvedlo, že ztráta ženskosti trvala více než 1 rok.

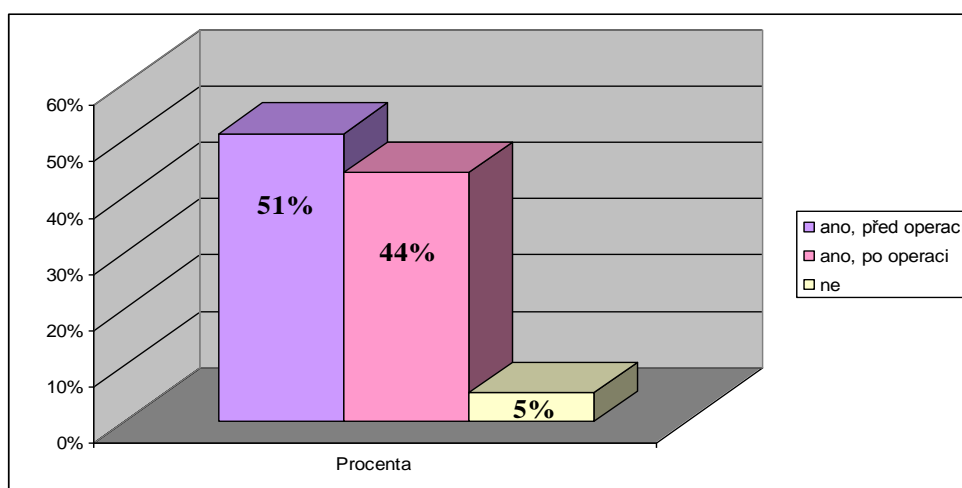
Graf 9 Vnímání ztráty ženskosti



Zdroj: vlastní

V grafu 9 je znázorněno vnímání ztráty ženskosti. V otázce byla možnost zaškrtnout více odpovědí. 37 % (32) respondentek uvedlo pocit prázdnoty, 19 % (17) respondentek pocítilo ztrátu sebevědomí, 19 % (17) respondentek uvedlo zhoršení vztahu s partnerem, 14 % (12) respondentek uvedlo pocit méněcennosti, 11 % (10) respondentek pocítilo změnu chování. Možnost „jiné“ nezvolila žádná z respondentek.

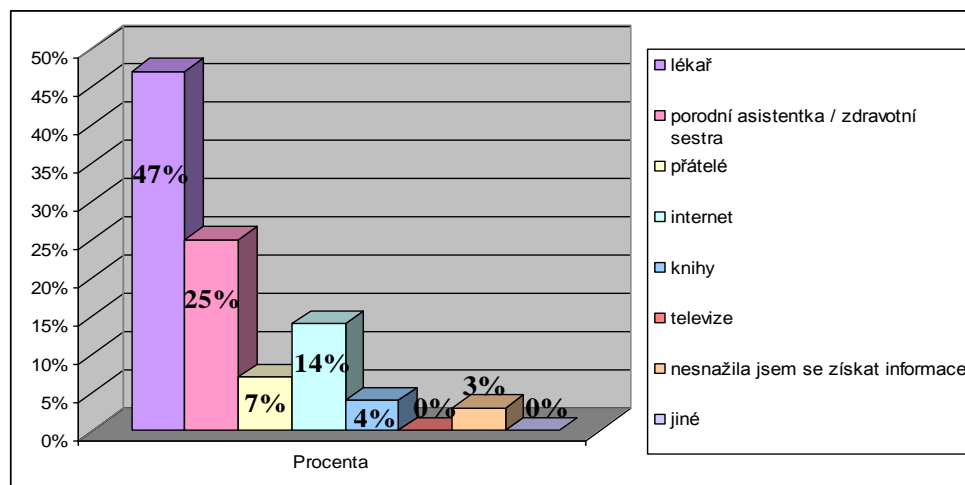
Graf 10 Informace o možných změnách v kvalitě sexuálního života



Zdroj: vlastní

Graf 10 vypovídá o tom, že 51 % (40) respondentek bylo informováno o možných změnách v kvalitě sexuálního života před operací, 44 % (34) respondentek bylo informováno o možných změnách v kvalitě sexuálního života po operaci a pouhým 5 % (4) respondentkám se nedostalo žádné informace.

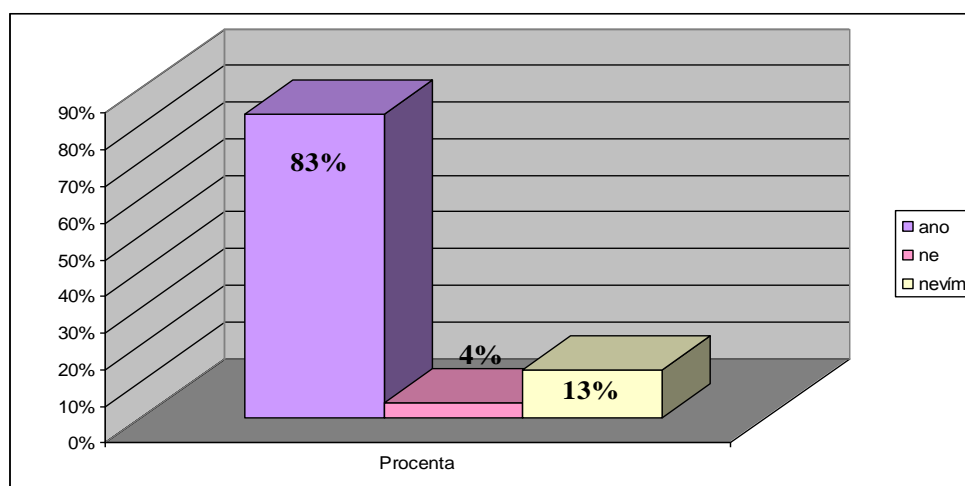
Graf 11 Zdroj informací o sexuálním životě po operaci



Zdroj: vlastní

Graf 11 znázorňuje zdroje informací o sexuálním životě po operaci. Na tuto otázku odpovídaly ženy, které v předchozí otázce odpověděly „Ano před operací“ a to 51 % (40) respondentek a „Ano po operaci“ 44 % (34) respondentek. V otázce byla možnost zaškrtnout více odpovědí. 47 % (65) respondentek bylo informováno od lékaře, od porodních asistentky nebo zdravotní sestry bylo informováno 25 % (35) respondentek, informace z internetu získalo 14 % (20) respondentek, 7 % (9) respondentek bylo informováno přáteli, 4 % (6) respondentek bylo informováno z knih, 3 % (4) respondentek se nezajímalo o získání informací. Možnost „televize“ a „jiné“ nezvolila žádná z respondentek.

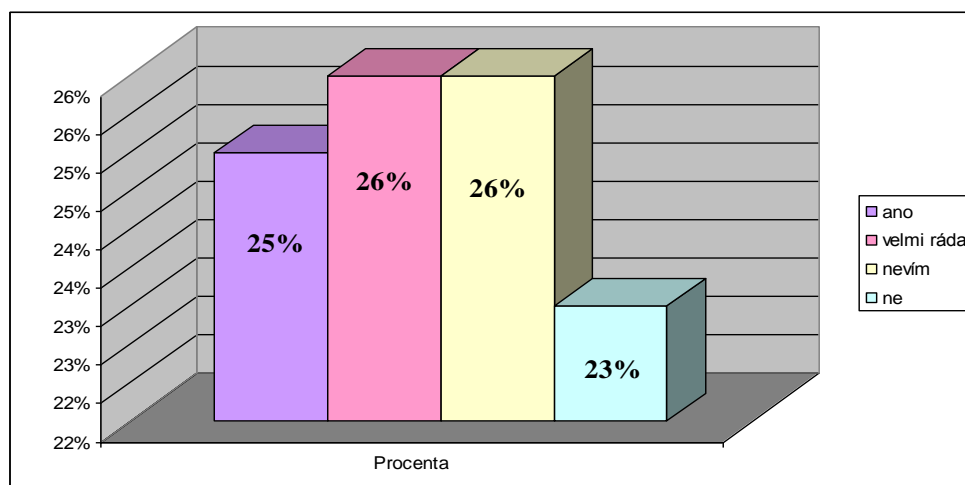
Graf 12 Důležitost získání informací o sexuálním životě



Zdroj: vlastní

V grafu 12 je znázorněno, že 83 % (65) respondentek označilo za velmi důležité získání informací o sexuálním životě po operaci, 13 % (10) respondentek si nebylo jisté a jen 4 % (3) respondentek nekladlo důležitost informací.

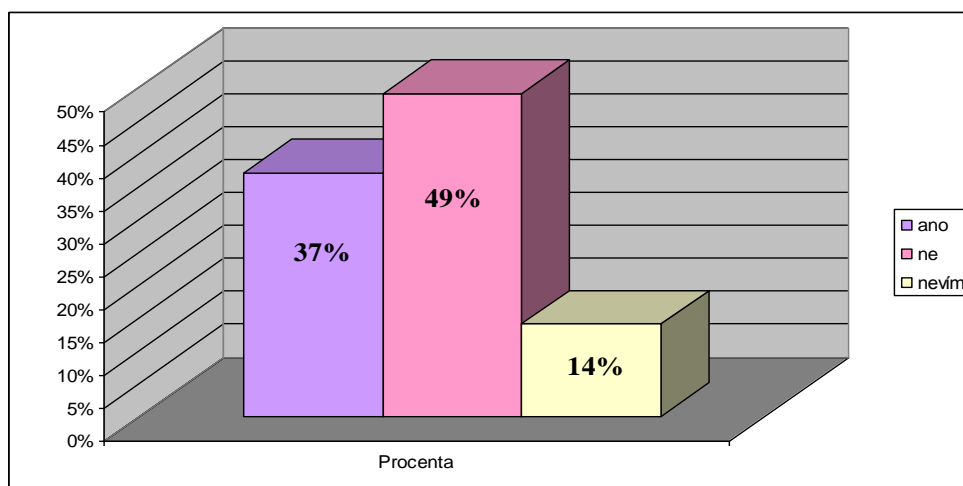
Graf 13 Zájem o bližší rozhovor s porodní asistentkou



Zdroj: vlastní

Graf 13 vypovídá o tom, že 26 % (20) respondentek by velmi rádo uvítalo rozhovor s porodní asistentkou ohledně možných změn v kvalitě sexuálního života po operaci a 25 % (19) respondentek s rozhovorem souhlasilo. Nejistou odpověď označilo 26 % (21) respondentek a nezájem o rozhovor 23 % (18) respondentek.

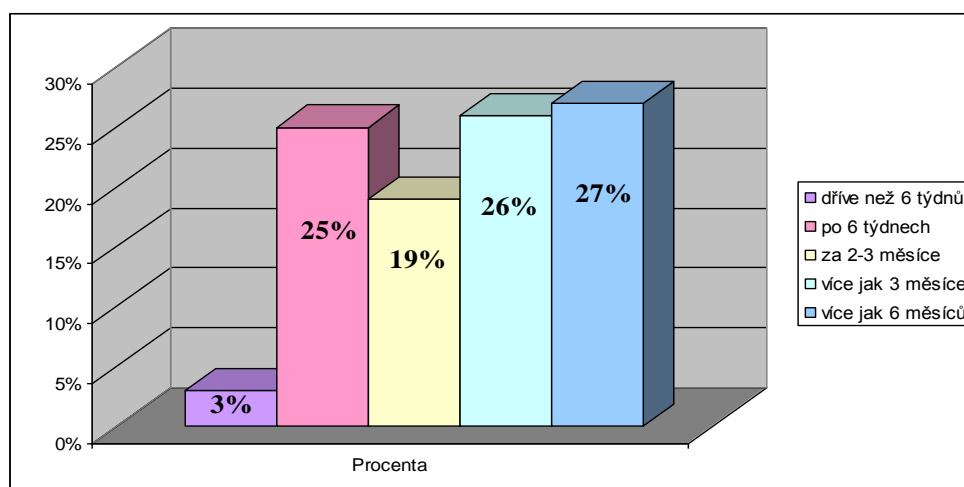
Graf 14 Pocit přitažlivosti k partnerovi po operaci



Zdroj: vlastní

V grafu 14 je znázorněno, že 49 % (38) respondentek se necítilo být přitažlivých vůči partnerovi po operaci, 37 % (29) respondentek se cítilo být přitažlivých vůči partnerovi a 14 % (11) respondentek uvedlo možnost nevím.

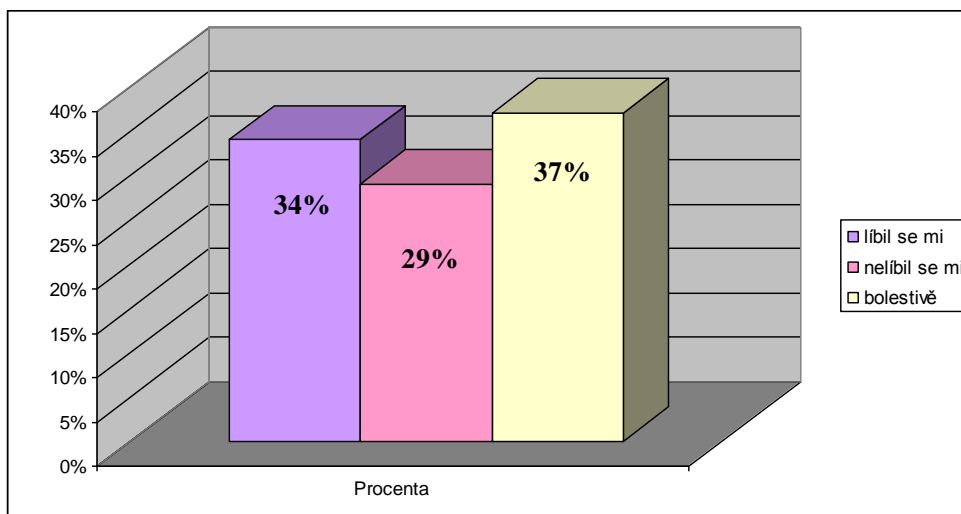
Graf 15 Časový interval pohlavního styku po operaci



Zdroj: vlastní

Graf 15 znázorňuje, že pouhá 3 % (2) respondentek nedodrželo potřebnou dobu bez pohlavního styku po operaci. 19 % (15) respondentek mělo pohlavní styk po 2 - 3 měsících, 25 % (19) respondentek po 6 týdnech, 26 % (20) respondentek po více než 3 měsících a 27 % (21) respondentek uvedlo, že mělo pohlavní styk po operaci po více než 6 měsících.

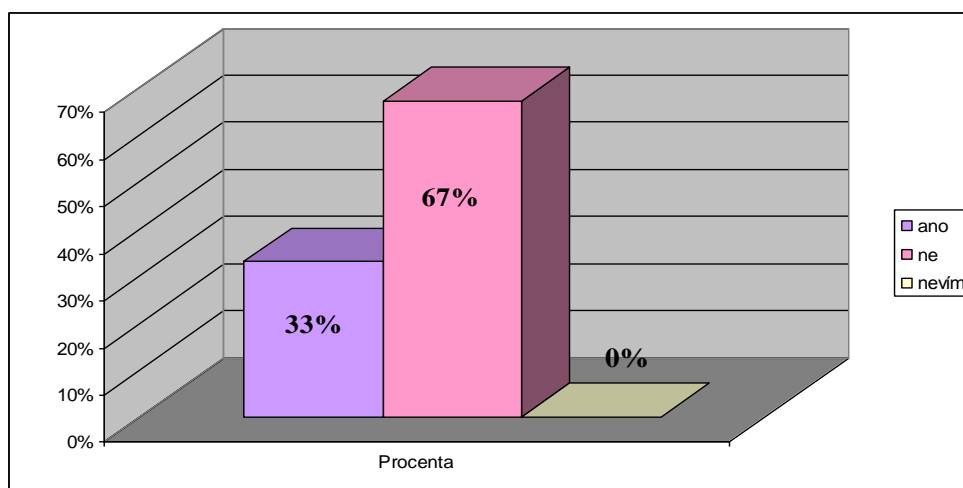
Graf 16 Vnímání pohlavního styku po operaci



Zdroj: vlastní

Graf 16 vypovídá, že pohlavní styk byl po operaci vnímán bolestivě u 37 % (28) respondentek, 34 % (27) respondentek se pohlavní styk líbil, 29 % (23) respondentek se pohlavní styk nelíbil.

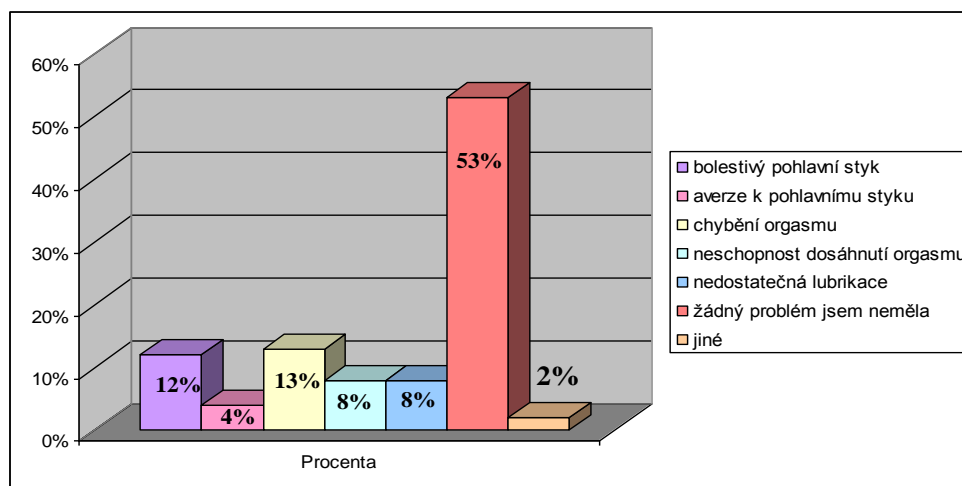
Graf 17 Výskyt problému při pohlavním styku před operací



Zdroj: vlastní

V grafu 17 vidíme, že problém při pohlavním styku před operací nemělo 67 % (52) respondentek, 33 % (26) respondentek uvedlo, že problém s pohlavním stykem před operací měly a možnost nevím nezvolila žádná z respondentek.

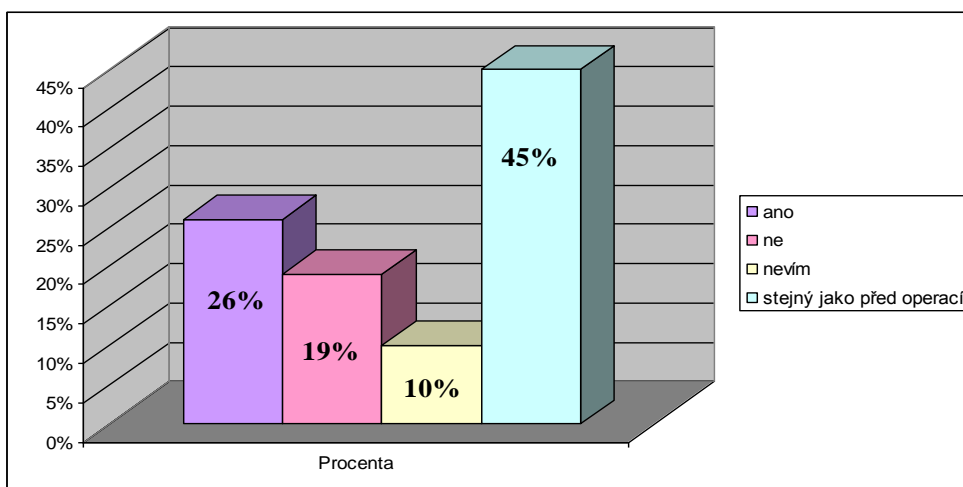
Graf 18 Druh potíží při pohlavním styku před operací



Zdroj: vlastní

Graf 18 znázorňuje druh potíží při pohlavním styku před operací. V otázce byla možnost zaškrtnout více odpovědí. 53 % (52) respondentek nemělo žádný problém před operací, 12 % (12) respondentek mělo bolestivý pohlavní styk, 13 % (12) respondentek uvedlo chybění orgasmu, 8 % (8) respondentek uvedlo neschopnost dosáhnout orgasmu, 8 % (8) respondentek uvedlo nedostatečnou lubrikaci, 4 % (4) respondentek uvedlo averzi k pohlavnímu styku, 2 % (2) respondentek vybrala možnost jiné („časté špinění těsně po pohlavním styku a zdravotní problém“).

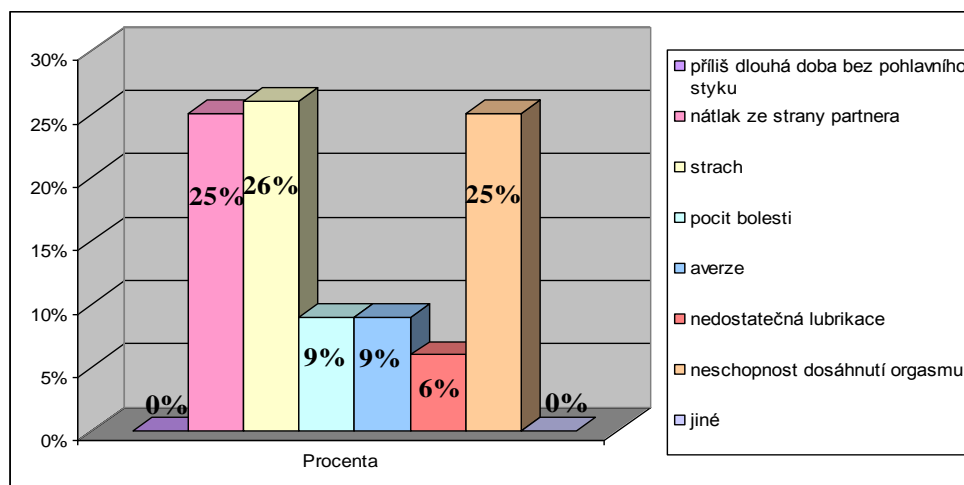
Graf 19 Zlepšení pohlavního styku po operaci



Zdroj: vlastní

Graf 19 vypovídá o tom, že u 26 % (20) respondentek došlo ke zlepšení pohlavního styku po operaci, u 19 % (15) respondentek nedošlo ke zlepšení, 45 % (35) respondentek uvedlo stejný pohlavní styk a 10 % (8) respondentek zvolilo možnost nevím.

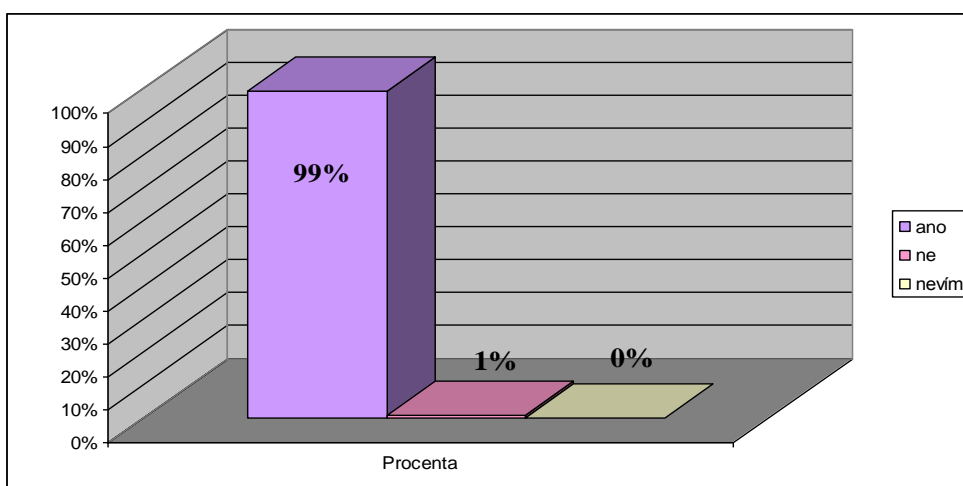
Graf 20 Druh potíží při pohlavním styku po operaci



Zdroj: vlastní

V grafu 20 je znázorněno druh potíží při pohlavním styku po operaci. Na otázku odpovídaly ženy, které v předchozí otázce odpověděly „Ne“ a to 19 % (15) respondentek. V otázce byla možnost zaškrtnout více odpovědí. 26 % (9) respondentek uvedlo, že pocítily nátlak ze strany partnera, 25 % (9) respondentek uvedlo strach a 25 % (9) respondentek uvedlo neschopnost dosáhnout orgasmu, 9 % (3) respondentek mělo pocit bolesti a u 9 % (3) respondentek se vyskytla averze vůči pohlavnímu styku. 6 % (2) respondentek uvedlo nedostatečnou lubrikaci. Možnosti „příliš dlouhá doba bez pohlavního styku“ a „jiné“ nevyužila žádná z respondentek.

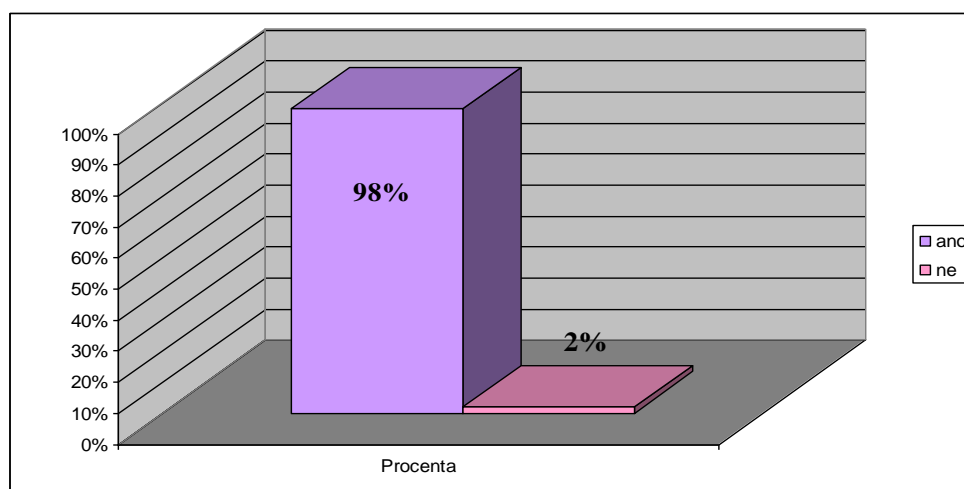
Graf 21 Informace o režimovém opatření po operaci



Zdroj: vlastní

Graf 21 vypovídá, že 99 % (77) respondentek bylo informováno o režimovém opatření (o 6 týdenní době bez pohlavního styku po operaci) a pouhé 1 % (1) respondentek nemělo dostatek informací.

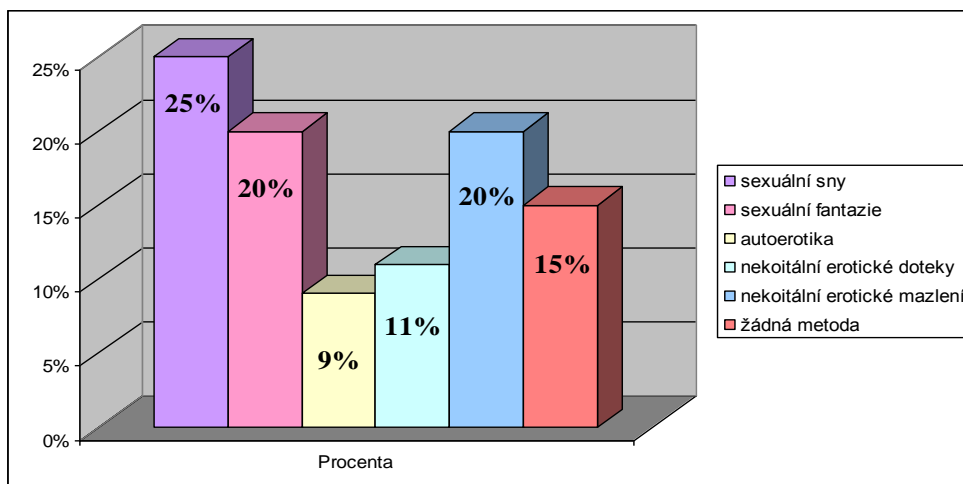
Graf 22 Dodržení režimového opatření po operaci



Zdroj: vlastní

V grafu 22 vidíme, zda dotazované respondenty dodržely režimové opatření po operaci. Na otázku odpovídaly ženy, které v předchozí otázce odpověděly „Ano“, což bylo 99 % (77) respondentek. 98 % (76) respondentek dodrželo režimová opatření (6 týdenní doba bez pohlavního styku po operaci) a pouhá 2 % (2) toto opatření nedodržela.

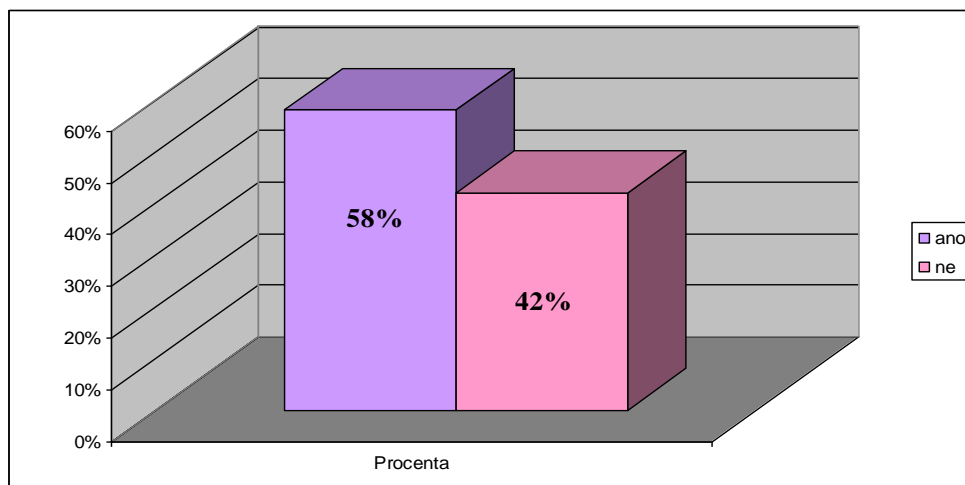
Graf 23 Metoda uspokojení v režimovém opatření po operaci



Zdroj: vlastní

Graf 23 znázorňuje metody uspokojení během doby, kdy by neměly mít pohlavní styk. V otázce byla možnost zaškrtnout více odpovědí. 25 % (29) respondentek uvedlo jako metodu uspokojení sexuální sny, 20 % (23) respondentek uvedlo sexuální fantazie, 20 % (23) respondentek uvedlo nekoitální erotické mazlení, 11 % (13) respondentek uvedlo nekoitální erotické doteky, 9 % (11) respondentek uvedlo autoerotiku. Žádnou metodu uspokojení nevyužilo 15 % (17) respondentek.

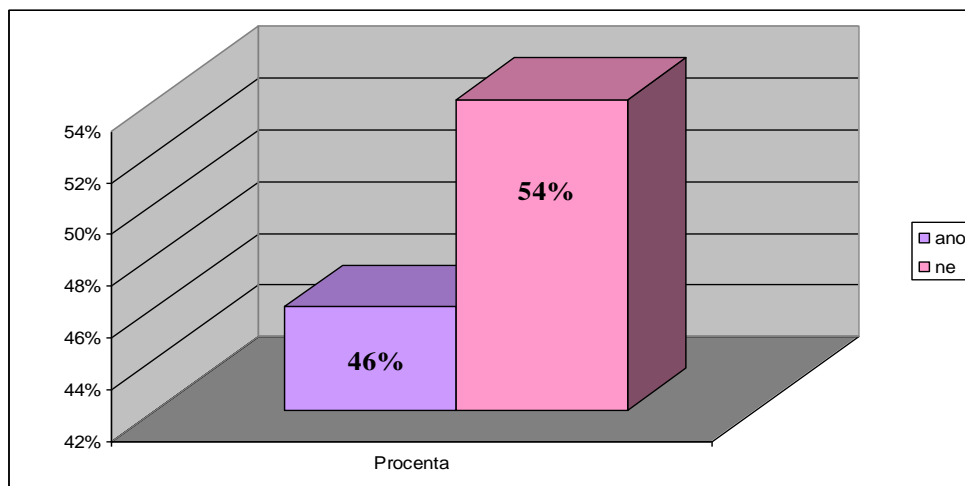
Graf 24 Pravidelnost pohlavního styku před operací



Zdroj: vlastní

V grafu 24 vidíme, že 58 % (45) respondentek uvedlo, že před operací měly pravidelný pohlavní styk a 42 % (33) respondentek uvedlo, že pohlavní styk měly nepravidelný.

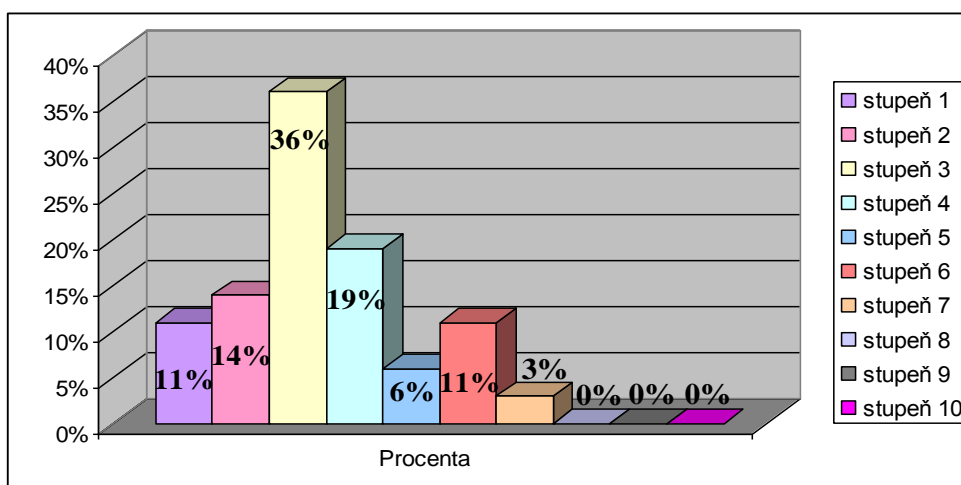
Graf 25 Výskyt bolesti během pohlavního styku po operaci



Zdroj: vlastní

Graf 25 vypovídá o pocitu bolesti během pohlavního styku po operaci. Bezbolestný pohlavní styk uvedlo 54 % (42) respondentek a 46 % (36) uvedlo, že pocítily bolest během styku po operaci.

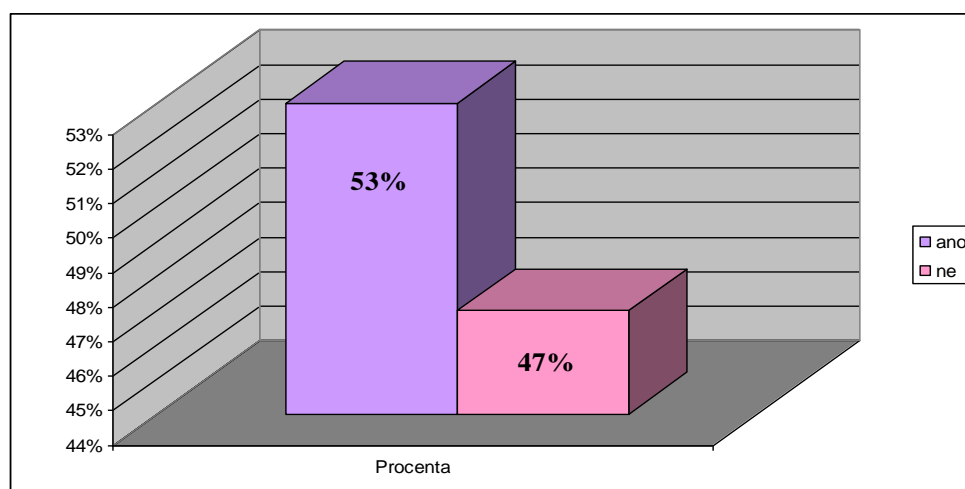
Graf 26 Hodnocení bolesti během pohlavního styku po operaci



Zdroj: vlastní

V grafu 26 je znázorněno hodnocení bolesti během pohlavního styku po operaci. Na otázku odpovídaly ženy, které v předchozí otázce odpověděly „Ano“, což bylo 46 % (36) respondentek. Stupeň bolestivosti 1 uvedlo 11 % (4) respondentek. Stupeň bolestivosti 2 uvedlo 14 % (5) respondentek. Stupeň bolestivosti 3 uvedlo 36 % (13) respondentek. Stupeň bolestivosti 4 uvedlo 19 % (7) respondentek. Stupeň bolestivosti 5 uvedlo 6 % (2) respondentek. Stupeň bolestivosti 6 uvedlo 11 % (4) respondentek. Stupeň bolesti 7 uvedlo 3 % (1) respondentek. Možnosti „stupeň 8, 9, 10“ nevyužila žádná z respondentek.

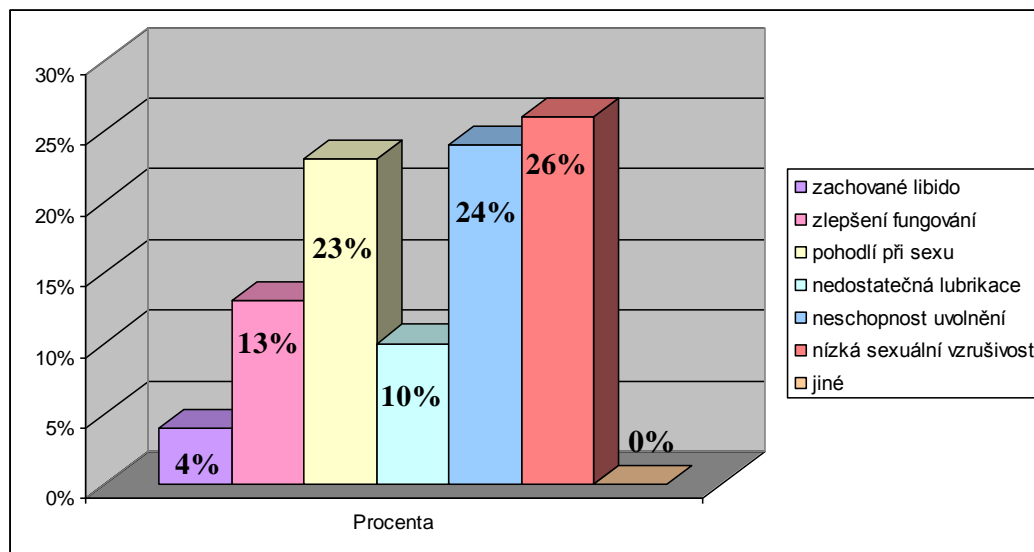
Graf 27 Změna sexuální vzrušivosti v období po operaci



Zdroj: vlastní

Graf 27 vypovídá, že 53 % (41) respondentek uvedlo změnu v sexuální vzrušivosti po operaci a 47 % (37) respondentek nevedlo žádnou změnu.

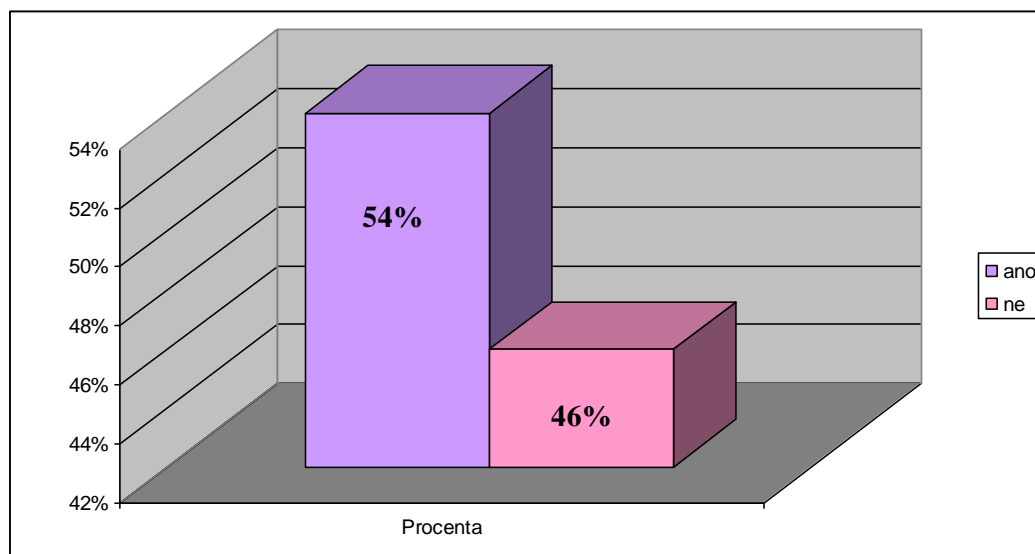
Graf 28 Druh změny v sexuální vzrušivosti po operaci



Zdroj: vlastní

Graf 28 znázorňuje změny v sexuální vzrušivosti po operaci. Na otázku odpovídaly ženy, které v předchozí otázce odpověděly „Ano“, což bylo 53 % (41) respondentek. 26 % (18) respondentek uvedlo nízkou sexuální vzrušivost. U 24 % (17) respondentek došlo k neschopnosti uvolnění. 23 % (16) respondentek uvedlo pohodlí při sexu, 13 % (9) respondentek uvedlo zlepšení fungování během pohlavního styku. U 10 % (7) respondentek došlo k nedostatečné lubrikaci. U 4 % (3) respondentek došlo k zachování libida. Možnost „jiné“ nevyužila žádná z respondentek.

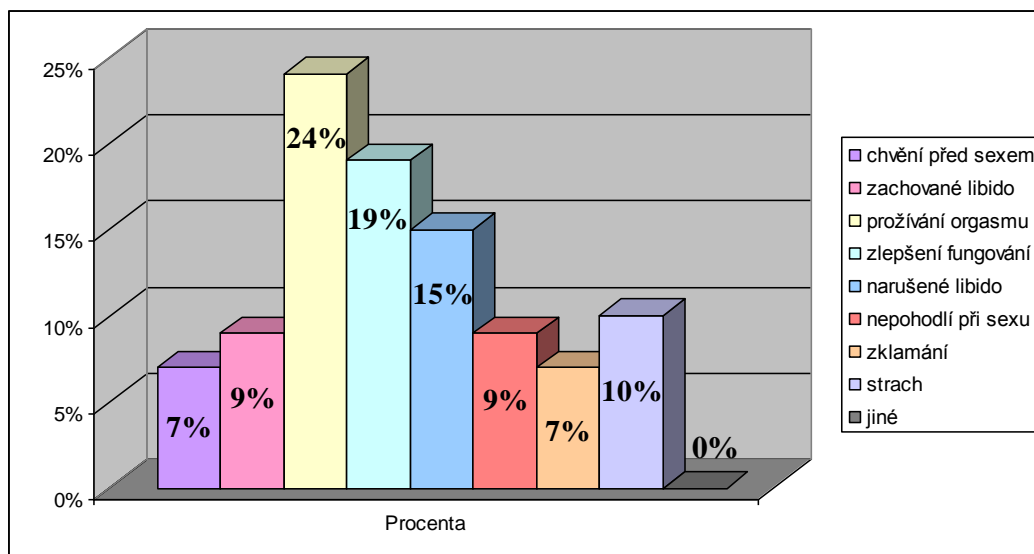
Graf 29 Změna při dosahování orgasmu po operaci



Zdroj: vlastní

V grafu 29 vidíme, že 54 % (42) respondentek uvedlo, že pociťují změnu při dosahování orgasmu po operaci a 46 % (36) respondentek neuvedlo žádnou změnu.

Graf 30 Druh změny při dosahování orgasmu po operaci



Zdroj: vlastní

V grafu 30 jsou znázorněny změny při dosahování orgasmu po operaci. Na otázku odpovídaly ženy, které v předchozí otázce odpověděly „Ano“, což bylo 54 % (42) respondentek. Největší zastoupení změn při dosahování orgasmu po operaci mělo prožívání orgasmu u 24 % (19) respondentek. U 19 % (15) respondentek došlo ke zlepšení fungování během styku. U 15 % (12) respondentek došlo k narušení libida. 10 % (10) respondentek uvedlo strach při dosahování orgasmu po operaci. U 9 % (7) respondentek došlo k zachování libida a 9 % (7) respondentek uvedlo nepohodlí při sexu. 7 % (5) respondentek uvedlo chvění před sexem a 7 % (5) respondentek uvedlo zklamání při dosahování orgasmu po operaci. Možnost „jiné“ ne zvolila žádná z respondentek.

10 DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu sexuálního života žen, které prodělaly náročnou gynekologickou operaci a konkrétní sexuální problémy s tím spojené. Práce je zaměřena současně na problematiku informovanosti o možných změnách v kvalitě sexuálního života a výskyt problémů během pohlavního styku před operací, ale také po operaci. Stanoveny byly čtyři hypotézy, k jejichž potvrzení nebo zamítnutí je použita analýza výsledků. Podkladem pro hypotézy jsou výsledky z dotazníkového šetření. Vzorek respondentů tvořily ženy po abdominální hysterektomii, vaginální hysterektomii a laparoskopicky asistované vaginální hysterektomii. Celkový počet 100 % tvoří 78 respondentek.

První otázky v dotazníku jsou zaměřeny na věk, vzdělání a rodinný stav respondentek. 32 % respondentek je ve věku 50 – 59 let. 26 % respondentek je ve věku 40 – 49 let a 60 – 69 let. Do méně početné skupiny patří 10 % respondentek ve věku 30 – 39 let a 6 % respondentek ve věku 70 a více let. Vyučení má 31 % žen, středoškolské vzdělání 29 % respondentek. Vysokoškolské vzdělání má 19 % respondentek a vyšší odborné vzdělání má 21 % respondentek. Největší zastoupení mají vdané ženy až 77 %, na druhé pozici jsou rozvedené ženy (17 %) a malé zastoupení mají svobodné ženy (6 %).

Následující otázky v dotazníku č. 4 a 5 zkoumají způsob provedení operace a její rozsah. Nejčastěji byla ženám při operaci odstraněna pouze děloha (72 %). Operaci, při které ženě byla odstraněna děloha společně s vaječníky, podstoupilo 27 % respondentek. Jen 1 % respondentek nevědělo, o jaký rozsah operace se jednalo. Po abdominální hysterektomii bylo 44 % respondentek, po vaginální hysterektomii bylo 12 % respondentek a 44 % respondentek podstoupilo laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii. Během mého výzkumného šetření jsem zjistila větší zastoupení žen, kterým byla odstraněna pouze děloha. Ženy po odstranění dělohy většinou nemají problémy během pohlavního styku. Za to ženy, kterým byla odstraněna děloha společně s vaječníky mívají problémy během pohlavního styku, nejčastěji se jedná o nedostatečnou lubrikaci, což souvisí s hormonálním deficitem, jak uvádí Kratochvíl ve své knize Sexuální dysfunkce z roku 2008.

V otázce č. 6 odpovídaly respondentky na otázku, jak vnímaly svoji dělohu před operací. 27 % respondentek uvedlo, že dělohu vnímají jako postradatelnou, 21 % (17) respondentek uvedlo, že dělohu vnímají jako omezující orgán. 20 % (16) respondentek uvedlo, že dělohu vnímají jako ztrátu všeho. 20 % (16) respondentek uvedlo, že dělohu vnímají jako ohrožující orgán. 12 % (10) respondentek uvedlo, že dělohu vnímají jako nepotřebný orgán. Myslím si, že je důležité vědět ženino smýšlení o děloze pro lepší průběh zotavení se i po psychické stránce.

V otázce č. 7 odpovídaly respondentky na otázku, zda pociťovaly ztrátu ženskosti po operaci. 53 % (41) respondentek po hysterektomii mělo pocit ztráty ženskosti, 45 % (35) respondentek po hysterektomii nemělo pocit ztráty ženskosti a 2 % (2) respondentek uvedla možnost nevím.

V dalších otázkách (č. 8, 9) respondentky dále specifikovaly trvání pocitu ztráty ženskosti a v čem nejvíce vnímaly ztrátu ženskosti. Na otázku č. 8 odpovídaly ženy, které v předchozí otázce odpověděly „Ano“ a to 53 % (41) respondentek. U 47 % (19) respondentek trvala ztráta ženskosti méně než 6 měsíců, u 17 % (7) respondentek trvala ztráta ženskosti více než 6 měsíců. U 17 % (7) respondentek pocit trvá stále, u 12 % (5) respondentek trvala ztráta ženskosti méně než 1 rok a 7 % (3) respondentek uvedlo, že ztráta ženskosti trvala více než 1 rok. Na otázku, zda žena vnímala ztrátu ženskosti, 37 % (32) respondentek uvedlo pocit prázdnoty, 19 % (17) respondentek pocítilo ztrátu sebevědomí, 19 % (17) respondentek uvedlo zhoršení vztahu s partnerem, 14 % (12) respondentek uvedlo pocit méněcennosti, 11 % (10) respondentek pocítilo změnu chování. Možnost „jiné“ ne zvolila žádná z respondentek.

Myslím si, že pocit ztráty ženskosti závisí v mnoha případech na ženské psychice a samozřejmě na vyrovnanosti se s danou situací. Ženy, které jsou v reprodukčním období, mohou danou situaci pociťovat velmi špatně, i když mohou mít již děti. Samozřejmě pro každou ženu je děloha symbolem ženství, i když není vidět, jako například ženská ňadra, jak uvádí Pastor ve své knize *Sexualita ženy* z roku 2007. Ženám, kterým bylo zjištěno nádorové onemocnění, mohou pocítit psychickou úlevu po hysterektomii, jelikož dělohu vnímají spíše jako ohrožující orgán.

Otázky č. 10 a 11 zjišťovaly, jak jsou ženy informované o možných změnách v kvalitě sexuálního života po prodělané operaci a jaké jsou jejich zdroje informací o sexuálním životě po operaci. 51 % dotazovaných žen uvedlo, že bylo informováno

před operací a 44 % žen bylo informováno po operaci, jen 5 % žen nebylo informováno vůbec. Nejčastější osobou sdělování informací byl lékař (47 %) a porodní asistentka / zdravotní sestra (25 %). Dále 14 % respondentek uvedlo jako zdroj poskytnutí informací internet, 7 % respondentek bylo informováno přáteli, 4 % respondentek byla informována pomocí knih. Jen 3 % respondentek se nesnažila získat informace. Možnosti „televize“ a „jiné“ ne zvolila žádná z respondentek. Sdělování informací ohledně možných změn v kvalitě sexuálního života po prodělané operaci by mělo být od lékaře povinností. Během mého šetření jsem zjistila, že ženy byly informovány před zákrokem z 51 % a po operaci 44 %, pouhých 5 % nebylo informováno. Od lékaře bylo informováno 47 % žen, což je správné a vyhovující. Ale samozřejmě i porodní asistentky či zdravotní sestry (25 %), které pracují v gynekologických ambulancích, ať v soukromých nebo nemocničních, by měly dbát na edukaci, sledovat chování a komunikaci u žen, kterým lékař oznámil zprávu, týkající se operace odstranění dělohy. Ženy si potřebují o takové zprávě s někým promluvit a vyzpovídat se, dát najevo své pocity z operace a výsledků. Proto je důležité dát ženám najevo, že máme zájem a čas si promluvit a tím si získat důvěru mezi námi, což může být klíčem pro lepší zhojení a psychický stav.

V otázce č. 12 jsem se ptala, zda je pro respondentky důležité mít informace o sexuálním životě po operaci. 83 % respondentek si myslí, že je důležité mít informace, 13 % respondentek neví, zda je důležité vědět informace o sexuálním životě po operaci a jen 4 % respondentek si myslí, že není důležité mít informace o sexuálním životě po operaci.

V otázce č. 13 jsem se chtěla dozvědět od dotazovaných žen, zda by měly zájem o bližší rozhovor o změnách v kvalitě jejich pohlavního styku v období po operaci s porodní asistentkou, se kterou navázaly přátelský vztah během hospitalizace. 26 % dotazovaných žen nevědělo, zda by měly zájem o rozhovor, 26 % respondentek by velmi rádo využilo možnosti pro bližší rozhovor s porodní asistentkou, 25 % respondentek by chtělo uskutečnit bližší rozhovor, 23 % respondentek zamítlo možnost pro bližší rozhovor s porodní asistentkou. K otevření tématu nám mohou napomoci sympatie a získaná důvěra mezi námi jako porodními asistentkami a klientkami. Sexuální problematika je pro mnoho žen důležitá, ale stydí se o ní diskutovat, jak uvádí Zacharová ve své knize Základy psychologie pro zdravotnické obory z roku 2011.

V otázce č. 14 zjišťuji, zda se respondentky cítily přitažlivé pro svého partnera po prodělané operaci. 37 % dotazovaných respondentek uvedlo, že ano, 49 % respondentek uvedlo, že se necítily být přitažlivé pro svého partnera. 14 % respondentek uvedlo možnost nevím. Aby se ženy cítily být pro své partnery přitažlivé, po operaci, záleží na vypořádání se s danou situací. Ženy, které podstoupily operaci abdominální cestou mají nápadnější jizvu než ženy, které podstoupily operaci vaginální cestou či laparoskopicky asistovanou vaginální hysterektomii, jak uvádí Weiss ve své knize Sexuologie z roku 2010.

V dalších otázkách (č. 15, 16) se zaměřuji na to, za jak dlouho měly dotazované ženy pohlavní styk od operace a jak pohlavní styk vnímaly. 27 % respondentek uvedlo, že svůj „první pohlavní styk“ od operace mělo po více jak 6 měsících a 26 % respondentek po více jak 3 měsících. 25 % respondentek mělo svůj pohlavní styk od operaci již po uplynutí 6 týdenní doby, 19 % respondentek za 2 – 3 měsíce a jen 3 % respondentek mělo pohlavní styk dříve než uplynula 6 týdenní doba bez pohlavního styku od operace. 34 % respondentek uvedlo, že se jim pohlavní styk líbil, 29 % respondentek se nelíbil pohlavní styk, 37 % respondentek vnímalo bolestivost během pohlavního styku. Po jak dlouhé době od operace by žena měla mít pohlavní styk záleží na jejím stavu a zotavení. Lékaři doporučují 6 týdenní dobu bez pohlavního styku, než se zhojí poševní pahýl. Během 6 týdenní doby bez pohlavního styku mohou ženy využívat jiné metody uspokojení. Fait na svých internetových stránkách doporučuje alespoň 6 týdnů bez pohlavního styku. (<http://www.strankyomenopauze.info>)

Otázky č. 17 a 18 jsou směřovány na problematiku během pohlavním styku již před operací a o jaký problém se jednalo. 33 % respondentek vybralo odpověď ano a 67 % respondentek nemělo žádný problém během pohlavního styku již před operací. Jako nejčastější problém ženy uváděly bolestivý pohlavní styk (12 % respondentek), chybění orgasmu (13 % respondentek), dále pak neschopnost dosáhnout orgasmu (8 % respondentek), nedostatečnou lubrikaci (8 % respondentek), averzi k pohlavnímu styku (4 % respondentek). Možnost „jiné“ využilo 2 % respondentek („časté špinění těsně po pohlavním styku a zdravotní problém“).

V otázkách č. 19 a 20 jsem se ptala na zlepšení pohlavní styku po operaci a v čem byl problém, pokud nedošlo ke zlepšení pohlavního styku. 45 % respondentek uvedlo pohlavní styk stejný jako před operací, 26 % žen uvedlo, že došlo ke zlepšení pohlavního styku. U 19 % respondentek nedošlo ke zlepšení pohlavního styku

po operaci. 10 % respondentek zvolilo možnost nevím. Nejčastější problém byl strach (26 % respondentek), dále nátlak ze strany partnera (25 % respondentek). 25 % respondentek uvedlo neschopnost dosáhnout orgasmu, 9 % respondentek mělo pocit bolesti a u 9 % respondentek se vyskytla averze vůči pohlavnímu styku. U 6 % respondentek se vyskytla nedostatečná lubrikace. Možnosti „příliš dlouhá doba bez pohlavního styku“ a „jiné“ ne zvolila žádná z respondentek. Některé ženy uvádějí zlepšení pohlavního styku po operaci, mohou více prožívat orgasmus nebo mít naopak svůj první. Weiss ve své knize *Sexuologie* z roku 2010 uvádí, že některé typy vaginálních operací mohou sexuální život zlepšit, nebo kde neexistoval, tam se může dokonce obnovit.

V dalších otázkách (č. 21, 22) respondentky odpovídaly na otázky, které byly zaměřené na dostatek informací o 6 týdenní době bez pohlavního styku po operaci a zda tuto dobu dodržely. 99 % dotazovaných žen vědělo o době bez pohlavního styku, jen 1 % nevědělo o této době. 98 % dotazovaných žen dodrželo dobu bez pohlavního styku a jen 2 % žen nedodrželo dobu bez pohlavního styku po operaci. Roztočil ve své knize *Moderní gynekologie* z roku 2011 udává, aby ženy po hysterektomii by alespoň 6 týdnů neměly pohlavní styk mít a to z důvodu dobrého hojení poševního pahýlu.

V otázce č. 23 jsem se ptala dotazovaných žen, jakou metodu uspokojení během 6 týdenní doby bez pohlavního styku po operaci využívaly. 25 % respondentek uvedlo, jako metodu sexuální sny. 20 % respondentek uvedlo sexuální fantazie a 20 % respondentek uvedlo nekoitální erotické mazlení. 11 % respondentek uvedlo, jako metodu pro uspokojení nekoitální erotické doteky a 9 % respondentek uvedlo autoerotiku, což znamená intimní objevování vlastního těla, která může ženě napomoci postupnému vymizení pocitu bolesti během pohlavního styku s partnerem či manželem. 15 % respondentek uvedlo, že nevyužívalo žádnou metodu uspokojení během 6 týdenní doby bez pohlavního styku po operaci. Myslím si, že je naprosto v pořádku, pokud se ženy snaží využívat některou z těchto metod pro uspokojení.

V otázce č. 24 jsem se ptala dotazovaných žen na pravidelnost pohlavního styku před operací. 58 % respondentek uvedlo, že mělo pravidelný pohlavní styk a 42 % respondentek uvedlo nepravidelný pohlavní styk před operací. Měli bychom se zajímat o výskyt problému při pohlavním styku již před operací. Dále nás zajímá pravidelnost pohlavního styku před operací. Právě z důvodu dyspareunie, vaginismu či anorgasmie může dojít k nepravidelnému pohlavnímu styku mezi partnery či

manželi, jak uvádí Kratochvíl ve své knize Sexuální dysfunkce z roku 2008, kde podrobně popisuje jednotlivé dysfunkce u žen a jejich vliv právě na pohlavní styk.

V dalších otázkách (č. 25, 26) respondentky odpovídaly na otázky, které byly zaměřené na výskyt bolesti během pohlavního styku po operaci a hodnocení bolesti pomocí vizuální analogové škály. 54 % dotazovaných žen nevedlo výskyt bolesti během pohlavního styku. 46 % dotazovaných žen uvedlo výskyt bolesti během pohlavního styku po operaci. Hodnocením bolesti pomocí vizuální analogové škály jsem zjistila, že u 36 % žen se vyskytla bolest na stupnici 3 na vizuální analogové škále. U 19 % žen se vyskytla bolest na stupnici 4, u 14 % respondentek na stupnici 2, u 11 % respondentek na stupnici 6, u 11 % respondentek na stupnici 1, u 6 % respondentek na stupnici 5, u 3 % respondentek na stupnici 7 na vizuální analogové škály.

Otázky č. 27 a 28 jsou směřovány na změnu sexuální vzrušivosti v období po operaci a v čem nejvíce respondentky cítily změnu. 53 % dotazovaných žen uvedlo změnu sexuální vzrušivosti a 47 % žen nevedlo žádnou změnu sexuální vzrušivosti. Nejčastější odpovědí byla změna v nízké sexuální vzrušivosti (26 % respondentek), v neschopnosti uvolnění (24 % respondentek), pohodlí při sexu (23 % respondentek), zlepšení fungování (13 % respondentek), nedostatečná lubrikace (10 % respondentek) a zachované libido (4 % respondentek). Možnost „jiné“ nezvolila žádná z respondentek. Ženy, pro které byla děloha ohrožujícím orgánem, mohou pociťovat pohodlí při sexu a větší uvolnění.

Otázky č. 29 a 30 jsou směřovány na změnu dosahování orgasmu v období po operaci a v čem nejvíce respondentky cítily změnu. U 54 % dotazovaných žen došlo ke změně při dosahování orgasmu a 46 % žen nevedlo žádnou změnu při dosahování orgasmu po operaci. Největší zastoupení změn při dosahování orgasmu po operaci mělo prožívání orgasmu u 24 % respondentek. U 19 % respondentek došlo ke zlepšení fungování během styku. U 15 % respondentek došlo k narušení libida. 10 % respondentek uvedlo strach při dosahování orgasmu po operaci. U 9 % respondentek došlo k zachování libida a 9 % respondentek uvedlo nepohodlí při sexu. 7 % respondentek uvedlo chvění před sexem a 7 % respondentek uvedlo zklamání při dosahování orgasmu po operaci. Možnost „jiné“ nezvolila žádná z respondentek.

Chtěla bych vysvětlit jednu z možností u otázky č. 30 – chvění před sexem. Četla jsem příspěvek na internetové stránce, kde si ženy sdělují své pocity

po prodělané hysterektomii nebo je teprve čeká. Moc mě tam zaujal právě příspěvek, kde žena po prodělané hysterektomii píše o návratu chvění před sexem a fungování libida. Chtěla bych zde odcitovat její větu pro ostatní ženy „*Láska a přátelství nic nestojí, jen otevřenou náruč.*“ (<http://ženy.cz>)

Hypotéza č. 1

Předpokládám, že většině dotazovaných žen bude mít pocit ztráty ženskosti. K hypotéze se vztahují otázky č. 6, 7, 8, 9.

Závěr: Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že většina dotazovaných žen nebyla informována o možných změnách v kvalitě sexuálního života po hysterektomii. K hypotéze se vztahují otázky č. 10, 11, 12, 13, 21, 22, 23.

Závěr: Hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza č. 3

Předpokládám, že většina dotazovaných žen operační výkon negativně ovlivnil sexuální život. K hypotéze se vztahují otázky č. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 26.

Závěr: Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 4

Předpokládám, že většina dotazovaných žen bude mít sníženou frekvenci pohlavního styku. K hypotéze se vztahují otázky č. 15, 17, 18, 24, 27, 28, 29, 30.

Závěr: Hypotéza se potvrdila.

ZÁVĚR

Hysterektomie je jedna z nejčastějších operativních zákroků. Bývá často vnímána jako negativní zákrok, jelikož dochází ke ztrátě symbolu ženství a tím končí možnost otěhotnění. Problémy spojené se změnami mohou souviset s pocity prázdnoty, méněcennosti, snížení nebo ztráta sebevědomí, v sebepojetí, zhoršení vztahu s partnerem či manželem, změna tělesného vzhledu, změna chování a plnění životních rolí. Také může dojít k ovlivnění sexuálního prožívání a aktivity.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit kvalitu sexuálního života žen, které prodělaly náročnou gynekologickou operaci – hysterektomii a konkrétní sexuální problémy s tím spojené. Práce byla zaměřena současně na problematiku informovanosti o možných změnách v kvalitě sexuálního života a výskyt problémů během pohlavního styku před operací, ale také po operaci.

Důležité je pomoci ženě vyrovnat se s pocity ztráty ženskosti, přitažlivosti k partnerovi, dodržení šesti týdenní doby bez pohlavního styku po hysterektomii a seznámit ženu s metodami uspokojení, které mohou sloužit nejen pro ni, ale i pro jejího partnera či manžela.

Myslím si, že by mělo dojít ke zlepšení komunikačních dovedností porodních asistentek vůči klientkám, jelikož jsou s nimi v častějším kontaktu než lékaři. Porodní asistentka může do rozhovoru o změnách sexuálního života po operaci zapojit i partnera nebo manžela klientky, pokud to klientce není lhostejné nebo nemá pocit studu. Je důležité partnerům vysvětlit, aby nespěchali na pohlavní styk hned po operaci, snažit se zjistit zda mezi partnery není již nějaký problém týkající se sexuálního života.

Tato práce by mohla sloužit jako podklad pro vzdělávací činnost v oblasti edukace o sexuálním životě po hysterektomii. Přála bych si, aby se porodní asistentky více věnovaly této problematice. Myslím si, že by bylo dobré zavést odborné semináře, které by byly zaměřeny právě na sexuální problematiku před i po hysterektomii, a také na partnerský nesoulad, který s tím může souviset.

„Lidský život se točí pouze kolem sexuality. Na tom se nic nezměnilo a nezmění.“ (Freud, 1998)

BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE

BANCROFT, John D. 2009. *Human sexuality and its problems*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2009. ix, 546 s. ISBN 978-0-443-05161-6.

BAUER, Jan. 2003. *Sex v dějinách*. 1. vyd. Třebíč: Akcent, 2003. 188 s. ISBN 80-7268-252-0.

BROUK, Bohuslav. 1992. *Autosexualismus a psychoerotismus*. 2. vyd. Praha: Odeon, 1992. 223 s. ISBN 80-207-0417-5.

Citáty slavných osobností: Výroky, myšlenky, přísloví a aforismy [online]. Copyright: ©2007-20013 [cit. 16.3. 2013]. Dostupné z: <http://citaty.net/autori/sigmund-freud/>

CITTERBART, Karel a kol. 2001. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.

ČIHÁK, Radomír. 2002. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada, 2002. 470 s. ISBN 80-247-0143-X.

Diskuse na téma Hysterektomie. [online] Copyright: © 2013 [cit. 19.3. 2013]. Dostupné z: <http://zeny.e15.cz/diskuse/diskuse/?page=330&id=248057&dir=asc>.

FAIT, Tomáš. Hysterektomie – odstranění dělohy. In: *Strankyomenopauze.info* [online]. 30.11. 2011 [cit. 11.3. 2013]. Dostupné z: <http://www.strankyomenopauze.info/hysterektomie.php>.

FREUD, Sigmund. 1998. *Nespokojenost v kultuře*. 1. vyd. Praha: Hynek, 1998. 141 s. ISBN 80-86202-13-5.

HOLUB, Zdeněk. 2000. *Úloha laparoskopické hysterektomie v chirurgické léčbě chorob ženského reprodukčního systému*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 159 s. ISBN 80-7262-045-2.

JANÁČKOVÁ, Laura. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

JANIŠ, Kamil. 2007. *Toulky historií sexu a erotiky*. 2. vyd. Ústí nad Orlicí: Oftis, 2007. 328 s. ISBN 978-80-86845-83-8.

JANOUCHOVÁ, Kateřina. 2010. *Kniha o orgasmu*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2010. 192 s. ISBN 978-80-249-1409-1.

KELLY, Gary F. 1990. *Sexuality today: The human perspective*. 2nd Edition. 1. vyd.. Guilford: The Dushkin Publishing Group, Inc, 1990. 550 s. ISBN 0-87967-805-4.

KRATOCHVÍL, Stanislav. 2008. *Sexuální dysfunkce*. 3. vyd. Praha: Grada, 2008. 301 s. ISBN 978-80-247-2476-8.

KUBÍČEK, Vladimír. Sexuální dysfunkce u žen. *Gynekolog*. 2000, roč. 9, č. 2, s. 77-82. ISSN 1210-1133.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LACHČINA, Richard. Popis základních gynekologických operací. In: *Nemysy.cz* [online]. 2007 [cit. 11.3. 2013]. Dostupné z: <http://www.nemysy.cz/gynpor/index/index.php?co=texty&kat=gynekologie>.

LEIFER, Gloria. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.

MACKŮ, František. 1991. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Mistral, 1991. 180 s. ISBN 80-7066-445-2.

MACKŮ, František. 1992. *Gynekológia a porodníctvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1992. 184 s. ISBN 80-217-0485-3.

MORUS. 2007. *Světové dějiny sexuality*. 2. vyd. Praha: Ikar, 2007. 288 s. ISBN 978-80-249-0887-8.

PASTOR, Zlatko. 2007. *Sexualita ženy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 204 s. ISBN 978-80-247-1989-4.

PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, Jaroslava. 1991. *Manželská sexualita*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1991. 208 s. ISBN 80-201-0111-10.

PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, Jaroslava. 2005. *O sexualitě a partnerských vztazích*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 196 s. ISBN 80-7262-323-0.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

ROZTOČIL, Aleš a kol. 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

VONDRUŠKA, Vlastimil. 2007. *Intimní historie od antiky po baroko*. 1. vyd. Brno: Moba, 2007. 238 s. ISBN 978-80-243-2672-6.

WEISS, Petr. 2010. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

ZACHAROVÁ, Eva. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

SEZNAM ZKRATEK

př. Kr.	před Kristem
po Kr.	po Kristovi
GnRH	gonadotropin-releasing hormon
LH	luteinizační hormon
FSH	folikulostimulační hormon
LAVH	laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Věk respondentek
Graf 2	Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek
Graf 3	Rodinný stav respondentek
Graf 4	Rozsah operace
Graf 5	Typ operace
Graf 6	Vnímání dělohy
Graf 7	Pocit ztráty ženskosti po operaci
Graf 8	Délka trvání ztráty ženskosti
Graf 9	Vnímání ztráty ženskosti
Graf 10	Informace o možných změnách v kvalitě sexuálního života
Graf 11	Zdroj informací o sexuálním životě po operaci
Graf 12	Důležitost získání informací o sexuálním životě
Graf 13	Zájem o bližší rozhovor s porodní asistentkou
Graf 14	Pocit přitažlivosti k partnerovi po operaci
Graf 15	Časový interval pohlavního styku po operaci
Graf 16	Vnímání pohlavního styku po operaci
Graf 17	Výskyt problému při pohlavním styku již před operací
Graf 18	Druh potíží při pohlavním styku před operací
Graf 19	Zlepšení pohlavního styku po operaci
Graf 20	Druh potíží při pohlavním styku po operaci
Graf 21	Informace o režimovém opatření po operaci
Graf 22	Dodržení režimového opatření po operaci
Graf 23	Metoda uspokojení v režimovém opatření po operaci
Graf 24	Pravidelnost pohlavního styku před operací
Graf 25	Výskyt bolesti během pohlavního styku po operaci
Graf 26	Hodnocení bolesti během pohlavního styku po operaci
Graf 27	Změna sexuální vzrušivosti v období po operaci
Graf 28	Druh změny v sexuální vzrušivosti po operaci
Graf 29	Změna při dosahování orgasmu po operaci
Graf 30	Druh změny při dosahování orgasmu po operaci

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Dotazník pro ženy, které prodělala odstranění dělohy (hysterektomií) a ovlivnění kvality jejich sexuálního života.
- Příloha 2 Škála bolesti
- Příloha 3 Pás cudnosti
- Příloha 4 Abdominální hysterektomie
- Příloha 5 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie

Příloha 1 Dotazník pro ženy, které prodělaly odstranění dělohy (hysterektomii) a ovlivnění kvality jejich sexuálního života

Vážené respondentky, jsem studentka na Západočeské univerzity v Plzni v oboru Porodní asistentka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, jehož výsledku budou sloužit jako podklad pro moji bakalářskou práci. Téma mojí bakalářské práce zní „*Sexualita a gynekologická onemocnění*“. Přečtěte si prosím přiložený dotazník a poté odpovězte na následující otázky. Jednu nejlépe hodící se odpověď, prosím zakroužkujte. Veškeré získané údaje jsou anonymní.

Děkuji za ochotu a Váš čas.

Monika Wimmerová

1. Věk:

- 30 – 39 let
- 40 – 49 let
- 50- 59 let
- 60 – 69 let
- 70 a více let

2. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- vyučena
- středoškolské
- vyšší odborné
- vysokoškolské

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- svobodná
- vdaná
- rozvedená

4. Prodělala jste operaci, při které Vám byla odstraněna:

- děloha
- děloha a vaječníky
- nevím

5. Operace byla provedena:
- abdominální cestou (přes břicho)
 - vaginální cestou (pochvou)
 - vaginální cestou (pochvou) za laparoskopické asistence

6. Jak jste vnímala svoji dělohu?

- ztráta všeho
- nepotřebný orgán
- omezená funkce
- ohrožující
- postradatelná

7. Cítila jste po operaci pocit ztráty ženskosti?

- ano
- ne
- nevím

Pokud jste odpověděla Ano, odpovězte na otázku 8 a 9.

8. Jak dlouho tento pocit trval?

- méně než 6 měsíců
- více než 6 měsíců
- méně než 1 rok
- více než 1 rok
- pocit trvá stále

9. V čem jste nejvíce vnímala ztrátu ženskosti? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- pocit prázdnoty
- pocit méněcennosti
- ztráta sebevědomí
- zhoršení vztahu s partnerem (manželem)
- změna chování
- jiné, prosím vypište

10. Byla jste informována o možných změnách v kvalitě sexuálního života po prodělané operaci?

- ano, před operací
- ano, po operaci
- ne

Pokud jste odpověděla Ano před operací nebo po operaci, odpovězte na otázku 11.

11. Kdo Vám poskytl informace o sexuálním životě po operaci? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- lékař
- porodní asistentka / zdravotní sestra
- přátelé
- internet
- knihy
- televize
- nesnažila jsem se získat informace
- jiné, prosím vypište

12. Myslíte si, že je důležité získat informace o sexuálním životě po operaci?

- ano
- ne
- nevím

13. Uvítala byste bližší rozhovor o změnách v kvalitě Vašeho pohlavního styku v období po operaci s porodní asistentkou, se kterou jste navázala přátelský vztah během hospitalizace?

- ano
- velmi ráda
- nevím
- ne

14. Cítala jste se po operaci přitažlivá pro Vašeho partnera?

- ano
- ne
- nevím

15. Po jak dlouhé době od operace jste měla pohlavní styk?

- dříve než 6 týdnů
- po 6 týdnech
- za 2 – 3 měsíce
- více jak 3 měsíce
- více jak 6 měsíců

16. Jak jste vnímala pohlavní styk po operaci?

- líbil se mi
- nelíbil se mi
- hodně bolestivě

17. Měla jste problém při pohlavním styku již před operací?

- ano
- ne
- nevím

18. O jaký problém se jednalo? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- bolestivý pohlavní styk
- averze k pohlavnímu styku
- chybění orgasmu
- neschopnost dosáhnout orgasmu
- nedostatečná lubrikace
- žádný problém jsem neměla
- jiné, prosím vypište

19. Zlepšil se Váš pohlavní styk po operaci?

- ano
- ne
- nevím
- stejný jako před operací

Pokud jste odpověděla Ne, odpovězte na otázku 20.

20. V čem byl problém? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- příliš dlouhá doba bez pohlavního styku
- nátlak ze strany partnera
- strach
- pocit bolesti
- averze
- nedostatečná lubrikace
- neschopnost dosáhnout orgasmu
- jiné, prosím vypište

21. Věděla jste o 6 týdenní době bez pohlavního styku po operaci?

- ano
- ne
- nevím

Pokud jste odpověděla Ano, odpovězte na otázku 22.

22. Dodržela jste 6 týdenní dobu bez pohlavního styku po operaci?

- ano
- ne

23. Jakou metodu uspokojení během 6 týdenní doby bez pohlavního styku jste využila? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- sexuální sny
- sexuální fantazie
- autoerotika (intimní objevování vlastního těla)

- nekoitální sex (sex, při němž penis neproniká do vagíny) erotické doteky
- nekoitální sex (sex, při němž penis neproniká do vagíny) erotické mazlení
- jiné, prosím vypište

24. Měla jste před operací pohlavní styk pravidelně?

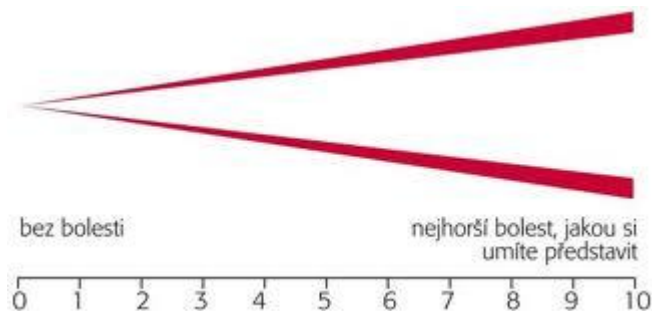
- ano
- ne

25. Vyskytla se u Vás bolest během pohlavního styku po operaci?

- ano
- ne

Pokud jste odpověděla Ano, odpovězte na otázku 26.

26. Zakroužkujte číslo, které Vaší bolest znázorňuje nejlépe.



27. Změnila se Vaše sexuální vzrušivost v období po operaci?

- ano
- ne

Pokud jste odpověděla Ano, odpovězte na otázku 28.

28. V čem nejvíce cítíte změnu? (možno zaškrtnout více odpovědí)

- zachované libido
- zlepšení fungování
- pohodlí při sexu
- nedostatečná lubrikace
- neschopnost uvolnění
- nízká sexuální vzrušivost
- jiné, prosím vypište

29. Změnilo se Vaše dosahování orgasmu (vyvrcholení)?

ano

ne

Pokud jste odpověděla Ano, odpovězte na otázku 30.

30. V čem nejvíce cítíte změnu? (možno zaškrtnout více odpovědí)

chvění před sexem

zachované libido

prožívání orgasmu

zlepšení fungování

narušené libido

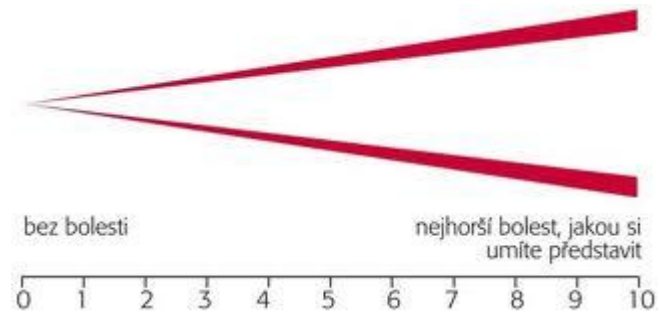
nepohodlí při sexu

zklamání

strach

jiné, prosím vypište

Příloha 2 Škála bolesti



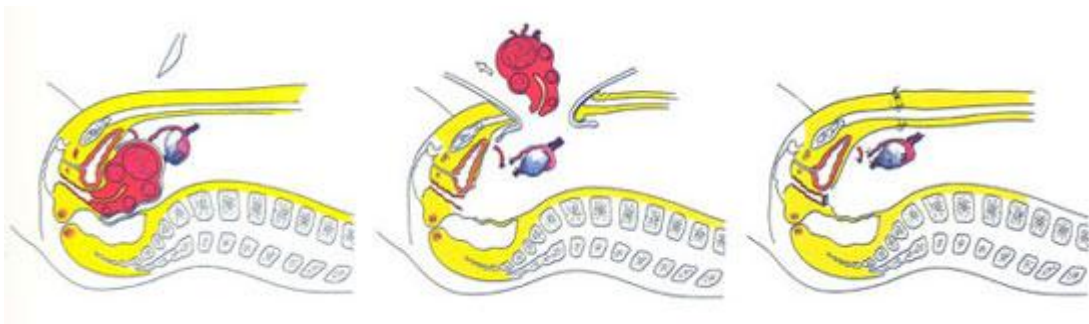
Zdroj: <http://www.noe.sk>

Příloha 3 Pás cudnosti



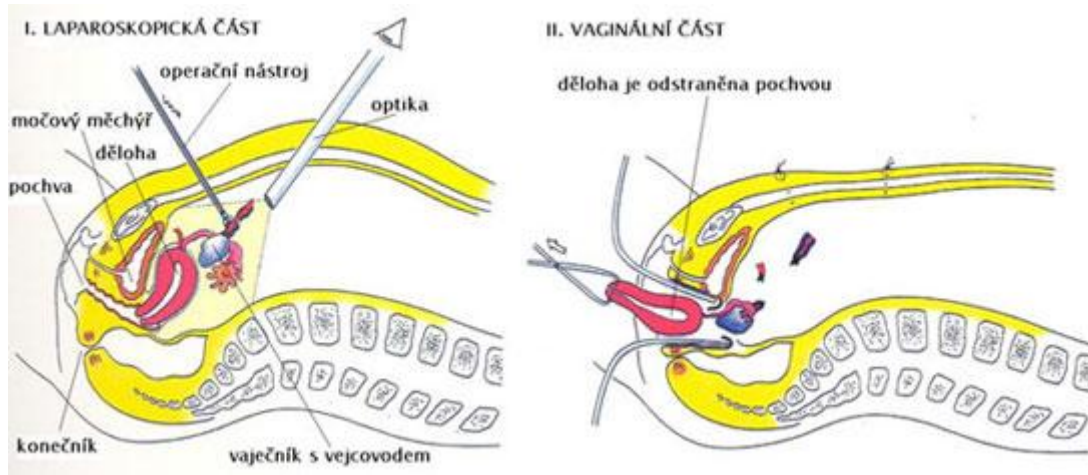
Zdroj: <http://www.wikipedia.cz/> Pás cudnosti

Příloha 4 Abdominální hysterektomie



Zdroj: <http://www.strankyomenopauze.info/hysterektomie.php>

Příloha 5 Laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie



Zdroj: <http://www.strankyomenopauze.info/hysterektomie.php>