ORIGINAL ARTICLE

ŽIVOT ŽIEN PO HYSTEREKTÓMII

Life of women after hysterectomy

Erika Krištofová¹, Mária Boledovičová¹, Iveta Macáková²¹UKF v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva²FN v Nitre, Gynekologicko-pôrodná klinika

Summary

The quality of life of an individual is very tightly related to the health condition. Hysterectomy is an invasive intervention in the woman body. It brings changes in the life and requirements for important and necessary adaptations. The contribution presented here describes the quality of life of women submitted to hysterectomy. Its target was evaluation and comparison of the quality of life of women with benign and malignant diseases after hysterectomy, consideration and evaluation of differences in the assessment of the quality of life in the physical, mental and social areas and in the surrounding environment. The sample included 100 women, 50% of them having benign diseases and 50% malignant diseases or positive histological finding after surgery, who were submitted to oncology treatment. The method of the WHOQOL-BREF questionnaire was employed to investigate the extent to which the quality of life is affected by the disease itself compared to other factors. The results of the assessment of the quality of life of respondents were processed in two groups, which were separately evaluated and compared one to another. The analysis of the results supported the fact that the patients after hysterectomy most strongly feel a deficiency in satisfaction of their needs in physical and mental areas and to a lesser extent in the field of social relationships and surrounding environment. In the physical area, we noted statistically significant differences with the test statistics value $t = 7.40$ and significance level $p < 0.001$. In the mental area, the analysis of responses demonstrated statistically significant differences with the test statistics value $t = 2.87$ and significance level $p = 0.008$. In the field of the evaluation of social relationships and surrounding environment, we observed no statistically significant differences. By a comparison of results, we concluded that the reasons for which the hysterectomy was carried out (malignant and benign diseases) affect more considerably the quality of life of patients after hysterectomy compared to the age, degree of education or family conditions.

Key words: hysterectomy – quality of life – needs – malignant disease – benign disease

Súhrn

Kvalita života jedince je veľmi úzko spojená so zdravotným stavom. Hysterektómia je invazívny zásah do tela ženy. Do jej života prináša zmeny, na ktoré je dôležité a potrebné adaptovať sa. Príspevok popisuje kvalitu života žien po podstúpení hysterektómie. Cieľom bolo zhodnotiť a porovnať kvalitu života žien po hysterektómii s benigným a malígnym ochorením, posúdiť a zhodnotiť rozdiely v hodnotení kvality života v oblasti fyzickej, psychickej, sociálnej a v oblasti prostredia. Vzorku tvorilo 100 probantiek, z toho 50 % s benigným ochorením a 50 % s malígnym

ochorením alebo pozitívnym histologickým nálezom po operácii, ktoré sa podrobili onkologickej liečbe. Do akej miery je kvalita ovplyvňovaná samotnou chorobou v porovnaní s ostatnými faktormi, sme skúmali metódou dotazníka WHOQOL-BREF. Výsledky hodnotenia kvality života respondentiek sme spracovali v dvoch skupinách a sú separátne vyhodnotené a navzájom porovnané. Analýza výsledkov potvrdila, že pacientky po hysterektómii najviac pociťujú deficit v uspokojení potrieb v oblasti fyzickej a psychickej, v menšej miere v oblasti spoločenských vzťahov a prostredia. Vo fyzickej oblasti sme zaznamenali štatisticky významné rozdiely, pričom hodnota testovej štatistiky $t = 7,40$, hladina významnosti $p < 0,001$. V oblasti psychickej analýza odpovedí ukázala štatisticky významné rozdiely, pričom hodnota testovej štatistiky $t = 2,87$, hladina významnosti $p = 0,008$. V oblasti hodnotenia spoločenských vzťahov a prostredia sme nezaznamenali štatisticky významné rozdiely. Komparáciou výsledkov sme dospeli k záveru, že na kvalitu života pacientky po hysterektómii pravdepodobne v ešte väčšej miere ako vek, vzdelanie či rodinný status vplýva dôvod, pre ktorý bola hysterektómia vykonaná, pričom máme na mysli rozčlenenie na malígne a benígne ochorenia.

Kľúčové slová: hysterektómia – kvalita života – potreby – malígne ochorenie – benígne ochorenie

ÚVOD

Hysterektómia je závažný zásah do tela aj do osobnosti pacientky. O závažnom zásahu do tela hovoríme preto, lebo sa jedná o operačný zákrok s odstránením jedného či niekoľkých orgánov a dĺžka rekonvalescencie sa spravidla pohybuje v rádoch týždňov, väčšinou šesť až osem. Bez ohľadu na to, či ide o vaginálnu alebo abdominálnu, sa hysterektómia klasifikuje ako „veľká“ gynekologická operácia. Že sa nejedná o operáciu nijako zriedkavú potvrdzujú aj údaje National Uterine Fibroids Foundation, ktoré tvrdia, že incidencia zákroku v celkovej ženskej populácii sa pohybuje od 15 do 30 % a vo vekovej kategórii 65 rokov a viac je to dokonca 30 až 50 %. Dá sa teda povedať, že každá druhá až tretia žena počas svojho života podstúpi hysterektómiu.

Kvalitou života sa ľudstvo zaoberá od čias antiky. V počiatkoch možno rozlišovať dva smery. Jeden – duchovný, náboženský smer – sa zaoberal dobrým, múdрым životom, druhý – filozofický smer – rozlišoval dobrý a zlý život. Aristoteles považoval šťastie za túžbu po najvyššej blaženosti – eudaimónii, ktorá mu bola najvyšším osobným i politickým dobrom. Antický mysliteľ kládol dôraz na mravnú (etickú) dimenziu charakteru šťastného človeka (Křivohlavý, 2007). Reprezentantom, ktorý považuje kvalitu života za mnohorozmerný konštrukt a ktorý integruje aj subjektívnu pohodu, je Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). Podľa jej definície, je kvalita života považovaná ako „indi-

viduálne vnímanie svojej pozície v živote v kontexte kultúrnych a hodnotových systémov, v ktorých ľudia žijú a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, štandardom a záujmom. Je to široký pojem, komplexným spôsobom ovplyvnený fyzickým zdravím jedinca, jeho psychickým stavom, stupňom nezávislosti, sociálnym vzťahom a jeho vzťahom k charakteristickým vlastnostiam jeho prostredia“ (Belaňová, Rozborilová, 2007, s. 31). Kvalita života je veľmi úzko spojená so zdravotným stavom človeka. Obvykle je kvalita života definovaná ako subjektívne posúdenie vlastnej životnej situácie, preto sa v medicíne presadzuje označenie health – related quality of life, teda kvalita života týkajúca sa zdravia (Hnilicová, Benco, 2005; Payne a kol., 2005). Uvedomenie si a prijatie zmeny zdravotného stavu nie je pre ženu bežná a jednoduchá záležitosť. Sestra v tomto ohľade poskytuje pacientkam v prvých momentoch prijatia psychickú oporu vhodným psychologickým prístupom. Je to neľahká a zodpovedná úloha sestry (Slaninková, 2005). U žien po hysterektómii vzniká celý rad problémov v oblasti fyzickej, psychickej a sociálnej. Aby sme mohli cielene pomáhať ženám minimalizovať deficit, musíme vedieť, ktoré aspekty kvality života sú najvýraznejšie narušené. Predpokladali sme, že u pacientok po hysterektómii zaznamenáme rozdiely v hodnotení kvality v závislosti od prognózy.

METODIKA

Cieľom prieskumu bolo posúdiť a zhodnotiť kvalitu života žien po hysterektómii a posúdiť

rozdiely dosiahnutého celkového skóre v hodnotení kvality života žien v závislosti od prognózy ochorenia. Dotazovací metóda vo forme štruktúrovaného dotazníka bola použitá ako hlavná prieskumná metóda na získavanie faktov prostredníctvom subjektívnych výpovedí žien po hysterektómii. Dotazník kvality života WHOQOL-BREF zahŕňa 24 aspektov života zhrnutých do 6 domén. Výsledky dotazníka kvality života sú rozdelené do 4 domén, ktoré hodnotia fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie.

V úvode prieskumu sme požiadali pacientky o spoluprácu v úvodnom rozhovore zameranom na oboznámenie žien s cieľoch prieskumu, spôsobe vyplňania dotazníka a zaručení dodržania anonymity. Výber probantiek bol zámerný: základným kritériom zaradenia do prieskumného súboru bol vykonaný operačný zákrok – hysterektómia. Návratnosť dotazníkov bola 98 %. Zber údajov trval, kým sme nedosiahli požadovaný počet 50 dotazníkov v každej skupine. Hodnotiacu vzorku tvorilo 100 probantiek, z toho $n_1 = 50$ % pacientky, ktorým bola hysterektómia indikovaná na základe benígneho ochorenia a $n_2 = 50$ % pacientky, ktorým bola hysterektómia indikovaná na základe malígneho ochorenia alebo histologický nález po operácii bol pozitívny a všetky sa podrobili onkologickej liečbe. Priemerný vek probantiek zaradených do prieskumu bol AM – 53,24 rokov.

V publikácii Andersona a Lutkendorfovej (1997) výskumná štúdia preukázala, že existujú

významné rozdiely v prežívaní liečby a v kvalite života medzi skupinou žien, ktoré podstúpili liečbu benígneho a malígneho gynekologického ochorenia. Malígne ochorenie je popisované ako mohutný útok na fyzickú a psychickú integritu. Na základe týchto tvrdení sme vyslovili hypotézu. H: *Predpokladáme, že u žien po hysterektómii zaznamenáme rozdiely v hodnotení kvality života v závislosti od prognózy.*

VÝSLEDKY

Použitím dotazovacej metódy: Dotazník kvality života WHOQOL-BREF sme hodnotili u žien kvalitu života v oblasti fyzickej. Do tejto oblasti sú zaradené odpovede hodnotiace vplyv bolesti, odkázanosť na liečbu, dostatok energie, schopnosť pohybu, spánok, vykonávanie denných aktivít a schopnosť pracovať. Vo všetkých otázkach sme u onkologických probantiek zaznamenali nižšie priemerné skóre ako u probantiek neonekologických. Výsledné priemerné skóre u neonekologických probantiek zo všetkých otázok bolo 3,56, štandardná odchýlka odpovedí je 0,18 a u onkologických probantiek sme zaznamenali výsledné priemerné skóre všetkých otázok týkajúcich sa fyzického zdravia 2,95; štandardná odchýlka odpovedí má hodnotu 0,10.

Analýza výsledkov odpovedí ukázala, že medzi subjektívnym hodnotením kvality života v oblasti fyzickej sú štatisticky významné rozdiely, pričom hodnota testovej štatistiky $t = 7,40$, hladina významnosti $p < 0,001$ (tabuľka 1).

Tabuľka 1 Fyzické zdravie

Otázka č.	3	4	10	15	16	17	18	AM	SD	t	p
Neonko	3,66	3,54	3,68	3,24	3,36	3,72	3,72	3,56	0,18	7,40	<0,001
Onko	2,98	2,98	2,88	3,08	2,76	2,92	3,04	2,95	0,10		

V oblasti psychického zdravia sme zistovali, do akej miery sú probantky spokojné so svojím životom, hodnotili sme mieru zmysluplnosti života, sebakoncepcie a výskyt negatívnych emócií. U onkologických probantiek sme zaznamenali nižšie priemerné skóre ako u neonekologických probantiek. Výsledné priemerné skóre u neonekologických probantiek zo všetkých otázok týkajúcich sa psychického zdravia bolo 3,91, štandardná odchýlka odpovedí je 0,44 a u onko-

logických probantiek sme zaznamenali výsledné priemerné skóre všetkých otázok týkajúcich sa psychického zdravia 3,17; štandardná odchýlka odpovedí má hodnotu 0,46. Analýza výsledkov odpovedí ukázala, že medzi subjektívnym hodnotením kvality života v oblasti psychickej sú štatisticky významné rozdiely, pričom hodnota testovej štatistiky $t = 2,87$, hladina významnosti rozdielov je na úrovni $p = 0,008$ (tabuľka 2).

Tabuľka 2 Psychické zdravie

Otázka č.	5	6	7	11	19	26	AM	SD	t	p
Neonko	4,26	4,40	3,68	4,14	3,74	3,24	3,91	0,44	2,87	0,008
Onko	3,78	3,70	2,92	3,08	2,80	2,72	3,17	0,46		

V psychickej oblasti sme okrem problémov súvisiacich so zhoršením v oblasti fyzickej zaznamenali aj strach z návratu ochorenia a z možných recidív. Pociť stratu ženskosti, sexuálnej príťažlivosti a zmena telesného vzhľadu predstavujú veľké bremeno, ktoré často žena sama nevie riešiť.

Zaujímalo nás tiež, ako ovplyvňuje operatívny zákrok u žien spoločenské vzťahy. Tie sme hodnotili na základe otázok, ktoré sa týkajú spokojnosti s osobnými vzťahmi, sexuálnym životom a s podporou priateľov. U neonekologických

probandiek sme zaznamenali priemerné skóre z otázok týkajúcich sa spoločenských vzťahov 3,86, štandardná odchýlka odpovedí je 0,21. U onkologických probantiek sme zaznamenali priemerné skóre 3,46, štandardná odchýlka odpovedí je 0,27. V oblasti spoločenských vzťahov vyšla v porovnaní oboch skupín hodnota testovej štatistiky $t = 2,03$ a hladina významnosti aritmetických rozdielov týchto dvoch skupín $p = 0,056$, čo na hladine významnosti 5 % znamená, že sa jedná o rozdiel štatisticky nevýznamný (tabuľka 3).

Tabuľka 3 Sociálna oblasť

Otázka č.	20	21	22	AM	SD	t	p
Neonko	3,74	4,11	3,74	3,86	0,21	2,03	0,056
Onko	3,38	3,24	3,76	3,46	0,27		

Domnievame sa, že je to spôsobené tým, že otázky boli zamerané na oblasť, ktorá je ochorením pacientky ovplyvnená len vo veľmi malej miere, preto nie je podstatné, či sa jedná o pacientku s onkologickým alebo neonekologickým ochorením. Najväčší rozdiel v tejto oblasti sme zaznamenali v otázke 12, kde dlhodobá liečba onkologických pacientiek nepriaznivo ovplyvňuje financie a v otázke 13 týkajúcej sa dostupnosti potrebných informácií.

Získané výsledky sme štatisticky spracovali, pričom sme použili Studentov t-test na porovnanie aritmetických priemerov celkového skóre, ktoré dosiahli probantky s onkologickým a neonekologickým ochorením. Celkové priemerné

skóre probantiek s onkologickým ochorením je 80,98, čo predstavuje priemer na jednu otázku 3,11. Štandardná odchýlka sumárneho skóre za celý dotazník je 10,27; pri priemernom skóre na jednu otázku je to 0,39. Probandky s neonekologickým ochorením dosiahli priemerné sumárne skóre 94,22, priemerné skóre na jednu otázku je 3,62, štandardná odchýlka sumárneho skóre je 11,52, štandardná odchýlka priemerov na jednu otázku je 0,44. Hodnota štatistiky t-testu je $t = 6,07$, hladina významnosti $p < 0,001$. Na základe uvedených výsledkov môžeme prehlásiť, že hypotéza bola naším prieskumom potvrdená (tabuľka 4).

Tabuľka 4 Komparácia skupín

	n	AM1	SD1	AM26	SD26	t	p
Neonko	50	3,62	0,44	94,22	11,52	6,07	<0,001
Onko	50	3,11	0,39	80,98	10,27		

DISKUSIA

Po analýze výsledkov a dosiahnutého celkového skóre v hodnotených oblastiach z dvoch prieskumných skupín a ich následnej komparácii môžeme konštatovať, že k najvýznamnejším faktorom vplyvujúcim na kvalitu života vo fyzickej oblasti patrili najmä rozdielny stupeň závažnosti onkologickej a neonkologickej indikácie hysterektómie, rozdielnosť v priebehu a dopadoch následnej liečby a fakt, že onkologické ochorenie ovplyvňuje človeka po celý zvyšok života. Uvedené zistenia v neposlednom rade potvrdzuje aj výskumná štúdia Hnilicu (2002), ktorá konštatuje, že intenzita psychosomatických problémov u pacientov s rakovinou je výrazne ovplyvnená formou liečby ich ochorenia. Jeho skúmanie ukázalo, že najviac ovplyvňuje kvalitu života onkologických pacientov únava. Potvrdilo sa, že bolesť, psychická tenzia a nevoľnosť majú tiež vplyv na kvalitu života. Jednak ide o vplyv priamy, alebo sprostredkovaný svojimi vplyvmi na pocit únavy, ktorý prežívajú onkologické pacientky.

Analýza výsledkov odpovedí z prieskumnej vzorky ukázala, že medzi subjektívnym hodnotením kvality života v oblasti fyzickej sú štatisticky významné rozdiely. Predpokladáme, že výrazne nižšie dosiahnuté skóre druhej skupiny je spôsobené hlavne odpoveďami probantiek, u ktorých dochádza k progresii ochorenia, vyššej závislosti na liečbe, a do určitej miery je treba zohľadniť aj skutočnosť, že priemerný vek onkologických probantiek bol vyšší. U probantiek s neonkologickým ochorením predpokladáme, že prítomnosť bolesti je len vo veľmi malej miere podmienená operačným zákrokom, nakoľko v čase vyplňania dotazníka od operácie vo väčšine uplynulo niekoľko mesiacov a nie sú závislé na liečbe. Z výsledkov našich zistení sa môžeme stotožniť s tvrdením Trachtové a kol. (2001), že bolesť je najkomplexnejšou ľudskou skúsenosťou, pretože jej prežívanie zasahuje do oblasti fyzickej, psychickej a sociálnej, preto bolesť významne ovplyvňuje celý denný režim probantiek, ich pohyblivosť, samostatnosť, spánok čiže kvalitu života. Únava je najčastejšie sa vyskytujúcim symptómom a často vysilujúcim vedľajším efektom prežívania žien s rakovinou a vždy uberá z kvality života. Hnilica (2002) na základe svojich výskumných štúdií konštatuje, že najviac ovplyvňuje kvalitu života onkologických pacientov únava. Dostatok energie jedi-

nec potrebuje na to, aby bol sebestačný. V dotazníku sme preto hodnotili aj skutočnosť, či majú probantky dost energie pre bežný život. V hodnotenej oblasti sme tiež zaznamenali vyššie dosiahnuté priemerné skóre u neonkologických probantiek v porovnaní s onkologických. Spánok je podľa psychológa Maslowa základnou ľudskou potrebou, ktorá ovplyvňuje kvalitu života, je to prejav spoločný všetkým bytostiam (Trachtová a kol., 2001). Spánok a potreba spánku sú u každého individuálne. Závisí to napr. na dennej aktivite človeka, na fyziologickom stave organizmu a veku. Pri hodnotení spánku, aktivít bežného denného života a spokojnosti so svojou schopnosťou vykonávať každodenné aktivity, ako aj posudzovaní spokojnosti s pracovným výkonom sme u neonkologických probantiek tiež zaznamenali vyššie priemerné skóre ako u onkologických probantiek.

Druhá oblasť hodnotenia kvality života bola zameraná na psychické zdravie a posúdenie zmyslu života. Bačová (2010) uvádza, že hodnoty a normy zmyslu života sú v každom období života rozdielne. Záleží na hodnotovom systéme, od vzťahov k svojim cieľom, očakávaniam, štandardom a záujmom. Pri hodnotení, ako probantky teší život, dosiahnuté skóre nasvedčuje tomu, že miera zmyslu života je veľmi veľká u oboch skupín. Pri hodnotení sebakoncepcie sme zistovali, ako dokážu akceptovať ženy svoj vzhľad. U neonkologických probantiek sme zaznamenali priemerné skóre 4,14 (tab. 2). U týchto žien sme nezaznamenali v hodnotení žiadnu odpoveď zo škály 1 ani 2, čo poukazuje, že ženy s neonkologickým ochorením neprejavujú vysokú mieru nespokojnosti so svojim vzhľadom. U probantiek s onkologickým ochorením sme zaznamenali priemerné skóre 3,08 (tab. 2), čo môže byť ovplyvnené závažnosťou ochorenia, vekom ale aj časom, pretože u niektorých probantiek prebiehalo obdobie aktívnej liečby. Na základe výsledkov zistení sa môžeme stotožniť s Trachtovou (2001), ktorá hovorí, že narušená sebakoncepcia bude priamo úmerná zo závažnosťou ochorenia, čo môžeme pozorovať u probantiek s onkologickým ochorením. Otázkou, ako sú ženy spokojné samé so sebou, sme hodnotili sebaúctu probantiek. U neonkologických probantiek sme zaznamenali priemerné dosiahnuté skóre 3,74 (tab. 2) a u onkologických probantiek sme zaznamenali priemerné skóre 2,80 (tab. 2). Táto zaznamena-

ná hodnota u onkologických probantiek nám vypovedá o tom, ako choroba zasahuje do oblasti sebaúcty. Stotožňujeme sa s tvrdením Trachtovej (2001), že „narušenie sebaúcty bude priamo úmerné závažnosti ochorenia a bude modifikované osobnostnými vlastnosťami jedinca, jeho individuálnymi postojmi a hodnotami. Podstatnú rolu na spokojnosť v našom živote a tým aj na kvalitu života majú naše emócie. Na základe výskumov Fredricksonová (2003) usúdila, že pozitívne emócie sú spojené s širším repertoárom myslenia a jednaní. Zistila, že „keď sa ľudia cítia dobre, ich myslenie sa stáva kreatívnejším, integratívnejším, prispôsobivejším, a otvorenejším k informáciám“ (s. 333). Tiež uvádza, že pozitívne emócie zlepšujú psychickú a fyzickú pružnosť a interpretuje tento efekt ako výsledok „nejednania, nekonania“ negatívnych emócií, ktoré sú škodlivé. Emocionálne stavy lásky a láskavosti vytlačujú negatívne emocionálne stavy, ktoré spôsobujú stres a choroby so stresom súvisiace (Fredrickson, 2003). Analýzou výsledkov odpovedí zameraných na emocionálne ladenie sme zaznamenali u neonkologických probantiek vyššie priemerné skóre ako u onkologických probantiek.

Sociálnu oblasť zameranú na oblasť vzťahov sme monitorovali otázkou, ako ste spokojná so svojimi osobnými vzťahmi. V oblasti spoločensko-sociálnej dochádza u žien z dôvodu dlhodobej liečby často k strate zamestnania a s tým súvisiacej strate príjmov, spoločenských kontaktov, rodinnej pohody, k celkovej izolácii. Ako sa zmenili partnerské vzťahy u žien, sme hodnotili otázkou zameranou na posúdenia spokojnosti so sexuálnym životom. Trvá to obvykle nejaký čas, kým pacient postihnutý chorobou nájde dost' energie na to, aby uvažoval o sexuálnom styku. Podobne ako pri hodnotení predchádzajúcich oblastí kvality života žien po hysterektómii sme zaznamenali aj v sociálnej oblasti výrazné rozdiely v dosiahnutom celkovom skóre. U žien s negatívnym histologickým nálezom sme zaznamenali výrazne vyššie dosiahnuté priemerné skóre ako u žien s pozitívnym histologickým nálezom. Toto skóre je ovplyvnené aj tým, že k danej otázke sa vyjadrilo 72 probantiek a 28 probantiek sa k danej otázke nevyjadrilo, čo môže súvisieť s tým, že táto téma častokrát ostáva tabu tak ako pre pacientky, tak aj pre zdravotnícky personál. Do úvahy pripadá aj vek pacientiek. Pacientky s negatívnym histologickým

nálezom po hysterektómii môžu mať rovnaký, ba dokonca viac uspokojivý pohlavný život, ako ho mali pred operáciou. Tu odpadá strach z otehotnenia a pacientky nie sú limitované menštruáciou.

Křivohlavý (2001, s. 39), tvrdí, že „*je úzky vzťah medzi kvalitou života a zdravím*“. Vzhľadom na skutočnosť, že malígne ochorenie je z hľadiska dopadov na zdravie pacienta ďaleko závažnejšie ako benígne, dá sa predpokladať, že kvalitu života ovplyvní u probantiek po hysterektómii viac. V publikácii Andersona a Lutkendorfovej (1997) výskumná štúdia preukázala, že existujú významné rozdiely v prežívaní liečby a v kvalite života medzi skupinou žien, ktoré podstúpili liečbu benígneho a malígneho gynecologického ochorenia. Pri posudzovaní celkového dosiahnutého skóre vo všetkých hodnotených oblastiach sme u onkologických probantiek zaznamenali nižšie priemerné skóre ako u neonkologických probantiek.

ZÁVER

Na základe vyššie uvedených výsledkov konštatujeme, že sa nám podarilo zistiť a zhodnotiť kvalitu života žien po hysterektómii v jednotlivých oblastiach. Medzi oboma skupinami probantiek sme zistili významné rozdiely v oblasti fyzického a psychického zdravia, kým rozdiely zistené v oblasti spoločenských vzťahov a prostredia sa ukázali ako štatisticky nevýznamné. Podľa nášho názoru je to dané tým, že v oblasti spoločenských vzťahov a prostredia probantky vyjadrovali svoje subjektívne postoje k problémom, ktoré do značnej miery dokážu ovplyvniť a sami formovať. Vo zvyšných dvoch oblastiach je to presne naopak. Navyše choroba pacientky vplýva na oblasť prostredia a spoločenských vzťahov menej ako na jej fyzické a psychické zdravie. Z uvedených zistení vzniká potreba individuálneho ošetrovateľského prístupu k pacientkam, pri ktorom sestra zohľadňuje nielen medicínske hľadisko, ale je schopná reagovať aj na celý rad iných súvisiacich faktorov

LITERATÚRA

ANDERSON, B., LUTGENDORF, D.: Quality of Life in Gynecologic Cancer Survivors. In: *CA CANCER J CLIN* [online]. 1997, vol. 47, p. 218–225, [cit. 2010-01-12]. Dostupné na internete: <<http://caonline.amcancersoc.org/cgi/reprint/47/4/218.pdf>>.

- BAČOVÁ, V.: Kvalita života, hodnotové systémy v spoločnosti a sociálny kapitál. [online]. [cit. 2010-03-01]. Dostupné na internete: <<http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Dzuka3/01.pdf>>.
- BELAŇOVÁ, M., ROZBORILOVÁ, E.: Čo skrýva a odhaľuje kvalita života. *Sestra*. 2007, roč. 6, č. 5–6, s. 31.
- FREDRICKSON, B.: The role of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why it is good to feel good. In *American Scientist*. 2003, 91, p. 330–335.
- HNILICA, K.: Kvalita života onkologických pacientů. *Československá psychologie*. 2002, roč. 46, č. 1, s. 22–34.
- HNILICOVÁ, D., BENCO, V.: Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*. 2005, roč. 85, č. 11, s. 656–660.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 280 s.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Kdy je člověk šťastný. *Psychologie dnes*. 2007, roč. 14, č. 4, s. 46–49.
- PAYNE, J. a kol.: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, 605 s.
- SLANINKOVÁ, E.: Úlohy sestry v procese adaptácie pacienta na zmenený zdravotný stav a na prijatie choroby. *Revue ošetrovatelstva a laboratorných metodík*. 2005, roč. XII., č. 2, s. 99.
- TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. II. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 186 s.

Erika Krištofová et al.
mboledovicova@ukf.sk