

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VLIV ENDOMETRIÓZY NA SEBEPOJETÍ ŽENY

THE IMPACT OF ENDOMETRIOSIS ON A WOMAN'S
SELF-CONCEPT



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Veronika Skalová**

Vedoucí práce: **Mgr. Soňa Ondrušová**

Olomouc

2024

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Soně Ondrušové za její ochotu, cenné rady a doporučení, která mi během psaní bakalářské práce poskytovala. Dále bych chtěla poděkovat všem participantkám za jejich otevřenost a ochotu sdílet se mnou své zkušenosti, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout. Děkuji své rodině, příteli, spolubydlícím a přátelům za jejich podporu během psaní práce i během celého studia.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Vliv endometriózy na sebepojetí žen“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Endometrióza	7
1.1 Endometrióza.....	7
1.1.1 Prevalence	7
1.1.2 Klasifikace.....	8
1.2 Symptomy	9
1.3 Etiologie	10
1.4 Diagnostika.....	11
1.5 Léčba	12
1.5.1 Konzervativní léčba.....	12
1.5.2 Chirurgická léčba	13
1.5.3 Kombinovaná léčba	13
1.5.4 Alternativní léčba	14
2 Sebepojetí.....	15
2.1 Obecný přehled.....	15
2.1.1 Vývoj pohledu na sebepojetí	15
2.1.2 Znaky sebepojetí	16
2.2 Složky sebepojetí.....	17
2.2.1 Kognitivní složka Já	17
2.2.2 Emocionální složka Já	19
2.2.3 Konativní složka Já	19
2.3 Nesoulad v sebepojetí.....	20
2.3.1 Inkongruence v sebepojetí.....	20
2.4 Tělesné sebepojetí	21
3 Vliv endometriózy na sebepojetí žen	22
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	28
4 Výzkumný problém.....	29
5 Typ výzkumu a použité metody	31
5.1 Metoda analýzy dat.....	31
5.2 Etické hledisko výzkumu	32
5.3 Reflexe výzkumnice	32
6 Tvorba dat a výzkumný soubor	34
6.1 Tvorba dat.....	34
6.2 Výzkumný soubor	35
6.2.1 Popis výzkumného souboru	35

7	Práce s daty a její výsledky	39
	7.1 Výsledky analýzy dat	39
	7.1.1 Obecné sebepojetí	39
	7.1.2 Tělesné sebepojetí	42
	7.1.3 „Já“ jako partnerka	43
	7.1.4 „Já“ jako žena.....	45
	7.2 Zodpovězení výzkumných otázek	47
	7.2.1 Jak souvisí endometrióza se sebepojetím žen, které ji mají?	48
	7.2.2 Jak souvisí endometrióza se sebepojetím žen jako partnerek ve vztahu?	49
	7.2.3 Jak vnímají ženy s endometriózou riziko neplodnosti v souvislosti s naplněním ženské role?	49
	7.2.4 Jak vnímají ženy vliv endometriózy na svůj profesní život a jak to ovlivňuje jejich sebepojetí?	50
8	Diskuze	51
9	Závěr	56
10	Souhrn	57
	LITERATURA.....	60
	PŘÍLOHY	67

ÚVOD

Endometrióza je relativně častým chronickým onemocněním žen v reprodukčním věku. Svou povahou může silně zasahovat do psychického stavu žen a měnit vnímání sebe sama i vztah k sobě. Na základě zahraničních výzkumů má endometrióza prokazatelně silný vliv na psychické zdraví žen, jelikož je doprovázena intenzivními bolestmi, které narušují běžný život a omezují ženy v profesním i osobním životě. Navíc neplodnost, častý následek endometriózy, představuje pro mnoho žen značnou psychickou zátěž.

Přes vysokou prevalenci a závažné ovlivnění života žen s endometriózou je v České republice nedostatek relevantních výzkumů v oblasti vlivu onemocnění na psychické prožívání. Téma bakalářské práce bylo takto zvoleno, abychom se alespoň pokusili o rozšíření znalostí a informací o vlivu endometriózy na psychický stav žen, konkrétně na jejich sebepojetí.

Teoretická část práce poskytuje přehled základních poznatků o endometrióze, jejích symptomech, prevalenci a způsobech léčby. Dále představí základní teorie sebepojetí včetně tělesného sebepojetí, a ve třetí kapitole se propojí tyto dva aspekty ve shrnutí poznatků ze zahraničních výzkumů o vlivu endometriózy na sebepojetí žen a jejich celkový psychický stav.

Tato práce si klade za cíl popsat subjektivní zkušenosti žen s endometriózou v oblasti vnímání sebe sama a v tom, jaký k sobě mají vztah – a jakou roli v tom všem hraje endometrióza.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ENDOMETRIÓZA

V následující kapitole popíšeme onemocnění endometriózu, její prevalenci, teorie vzniku, diagnostiku a léčbu.

1.1 Endometrióza

Endometrióza je progresivní chronické onemocnění postihující ženy v reprodukčním věku, kdy se ložiska děložní sliznice vyskytují mimo děložní dutinu, například na vaječnicích, střevech, močovém měchýři nebo pobřišnici¹, vzácněji pak také na vzdálenějších orgánech, jako jsou plíce, mozek či štítná žláza (Roztočil, 2011; WHO, 2023). Ložiska endometriózy procházejí stejnými cykly jako sliznice v děloze, tj. opakovanými obdobími růstu a krvácení, které vedou k zánětlivé reakci a později ke vzniku srůstů a jizvení v dutině břišní (Hudeček & Ventruba, 2019). Srůsty „slepují“ jednotlivé orgány dohromady a mohou přispívat k silným bolestem, neplodnosti či komplikacím při laparoskopii, protože často zakrývají či obrůstají jednotlivá endometriální ložiska (Somigliana et al., 2012).

Jedním ze závažných následků endometriózy je vyšší riziko neplodnosti u žen mladších 35 let; studie uvádí, že přibližně 10 % těchto žen se potýká s problémy s početím v porovnání se 3.4 % žen bez endometriózy (Ballard et al., 2008; Fuldeore & Soliman, 2016). Prescott et al. (2016) dokonce uvádí, že riziko neplodnosti je u žen s endometriózou mladších 35 let dvojnásobně zvýšené ve srovnání s běžnou populací.

1.1.1 Prevalence

Endometrióza se vyskytuje téměř výhradně u žen v reprodukčním věku, jen zřídkakdy se objevuje před prvním menstruačním cyklem dívek a její výskyt u žen po menopauze klesá. Jakékoliv údaje, které se týkají počtu nemocných, jsou však jen přibližným odhadem a skutečná prevalence není přesně známa (Hudeček & Ventruba, 2019; Roztočil, 2011). Světová zdravotnická organizace (WHO, 2023) odhaduje, že endometriózou trpí 10 % žen a dívek v reprodukčním věku, tedy celosvětově přibližně

¹ tenká blána vystylající břišní dutinu (Národní zdravotnický informační portál, n.d.)

190 milionů žen. Jiné odhady se pohybují od 1.5 % (Ballard et al., 2008) až po 15 % žen (Hudeček & Ventruba, 2019).

1.1.2 Klasifikace

V současnosti chybí jednotný systém klasifikace endometriózy, který by zohledňoval všechny aspekty onemocnění zároveň. Využívá se proto vícero dílčích klasifikací, z nichž dvě v této podkapitole popíšeme.

Nejvyužívanějším rozdělením stadií endometriózy je revidovaná klasifikace American Society for Reproductive Medicine (rASRM) z roku 1997. Posuzuje ložiska podle jejich umístění (na vaječnicích či pobřišnici) a rozsahu (povrchní či hluboko pronikající ložiska) (Oppelt & Shebl, 2017; Roztočil, 2011). rASRM rozlišuje čtyři stadia onemocnění, a to minimální, lehké, středně těžké a těžké (Medicine, A. S. F. R., 1997). Stadia onemocnění však nekorrespondují s bolestivostí; žena s endometriózou I. stadia může prožívat vysokou bolestivost, zatímco žena s nejzávažnějším stupněm IV nemusí mít bolesti žádné (Pilka & Hejtmánek, 2017). Jako doplněk k rASRM byla v Německu vytvořena klasifikace Enzian, která je zaměřena na posouzení hluboké endometriózy, jež není v rASRM popsána (Keckstein, 2017; Oppelt & Shebl, 2017). Míra prožívané bolesti a neplodnost není v těchto klasifikacích zohledněna, přestože se jedná o faktory, které mají zásadní vliv na kvalitu života pacientek (Oppelt & Shebl, 2017; Pilka & Hejtmánek, 2017).

Podle umístění ložisek jsou rozlišovány 4 typy endometriózy. **Peritoneální endometrióza** se projevuje malými ložisky postihujícími pobřišnici; **ovariální endometrióza** tmavými ložisky na vaječnicích či vejcovodech (Pilka & Hejtmánek, 2017). **Hluboká infiltruující endometrióza** je charakteristická prorůstáním ložisek 5 mm a hlouběji do tkáňových struktur a orgánů, například střev, močového měchýře či rektovaginálního septa (přepážky mezi pochvou a konečníkem) (Keckstein, 2017). Mírně odlišným onemocněním, které někteří autoři uvádí jako zvláštní formu endometriózy, je **adenomyóza**. Zde dochází k růstu ložisek uvnitř děložní svaloviny, což vede zejména k silné a bolestivé menstruaci (Exacoustos, 2017). Adenomyóza postihuje pětinu žen s endometriózou, zejména s hlubokou infiltruující formou (Di Donato et al., 2014).

1.2 Symptomy

Projevy endometriózy jsou velmi různorodé a postihují i další orgánové soustavy (například trávicí a vylučovací), což ztěžuje diagnostický proces. Asi třetina žen s endometriózou neprožívá žádné obtíže a k diagnóze pak dojde při náhodném nálezu během laparoskopie indikované z jiného důvodu (Hudeček & Ventruba, 2019; Roztočil, 2011). Ve většině případů však ženy s tímto onemocněním prožívají různé symptomy a obtíže, které se mohou vyskytovat cyklicky v závislosti na menstruačním cyklu, anebo kontinuálně (Lenz, 2021a).

Nejčastějším symptomem jsou **pánevní bolesti**, které prožívá přibližně 84 % žen s endometriózou. Jedná se o bolesti břicha pod úrovní pupku, které se mohou projevovat buď kolem a během menstruace (sekundární dysmenorea), anebo po celý měsíc (chronická pánevní bolest) (Lenz, 2021a). Síla bolesti přitom nemusí odpovídat klinickému stadiu endometriózy – v nejméně závažnějších stádiích nemusí být bolest tak intenzivní (Pilka & Hejtmánek, 2017).

Sekundární dysmenoreu můžeme popsat jako silné a stálé pánevní bolesti v období menstruace, které se u ženy začaly objevovat až po několika letech menstruace s normálním průběhem (Hudeček & Ventruba, 2019). Bolesti mohou začít několik dní před počátkem menstruace, pokračovat během a ještě několik dní po jejím skončení (Roztočil, 2011); mnohdy jsou doprovázeny nevolností až zvracením, bolestí zad nebo dolních končetin (Lenz, 2021a). Sekundární dysmenorea vyžadující, aby žena používala léky na zmírnění bolesti, často svědčí o přítomnosti endometriózy, adenomyózy nebo obojího (Wölfler et al., 2017); je tedy důležité, aby daný lékař nebral tento symptom na lehkou váhu.

Dalším symptomem je **dyspareunie**, bolest při nebo po pohlavním styku, se kterou se setkává přibližně desetina žen s endometriózou (Ballard et al., 2008). Bolest nastává kvůli nepohyblivosti orgánů malé pánve způsobené srůsty, nebo přímému tlaku na ložiska endometriózy (Roztočil, 2011). Ve výzkumu Fritzer et al. (2013) trpěla třetina žen s endometriózou sexuálními dysfunkcemi a přes tři čtvrtiny žen sexuálním distresem, který se projevoval jako strach z bolesti, pocity viny nebo nedostatečnosti a obavy z dopadu onemocnění na sexuální život a intimitu.

Endometrióza se projevuje také mnoha dalšími způsoby, jejichž kombinace a intenzita je velmi individuální. Častým symptomem je **dyschezie**, tedy bolest při vyprazdňování, která je spojena hlavně s hlubokou infiltrující endometriózou (Wölfler,

2017). Běžně příznaky postihují i trávicí a vylučovací soustavu, kdy dochází k nadýmání, zácpě, průjmů, nevolnosti, zvracení či bolestivému močení (Roztočil, 2011). Bolesti se mohou vyskytovat i v oblasti pupku nebo jizev po operaci břicha (např. po císařském řezu; Wölfler, 2017), v oblasti bederní páteře či během ovulace (Lenz, 2021a). Neméně častým symptomem, který doprovází endometriózu, je silná a prodloužená menstruace (Ballard et al., 2008).

1.3 Etiologie

Přes dlouhou historii výzkumů endometriózy se zatím nepodařilo určit přesný mechanismus vzniku endometriózy a co jí způsobuje. V této kapitole poskytujeme přehled teorií, které se vznik endometriózy snaží vysvětlit.

Nejstarší z nich je implantační teorie, neboli **teorie retrográdní menstruace**. Podle ní vzniká endometrióza kvůli obrácenému toku menstruační krve, a to z dělohy přes vejcovody až do břišní dutiny. Endometriální buňky poté ulpívají na pobřišnici a podléhají podobným cyklům jako endometrium v děloze (Roztočil, 2011). Retrográdní menstruace se však vyskytuje u 76–90 % žen (Mettler, 2017), přičemž endometrióza se rozvine jen u některých. Předpokládá se tedy, že hlavně silná a prodloužená menstruace s retrográdním tokem zvyšuje riziko onemocnění endometriózou (Hudeček & Ventruba, 2019).

Imunologická teorie předpokládá sníženou funkci imunitního systému u žen s endometriózou, kvůli níž nejsou endometriální buňky uchycené v břišní dutině zničeny imunitními mechanismy a mohou z nich vznikat nová ložiska (Hudeček & Ventruba, 2019). Ve spojení s teorií retrográdní menstruace tak dochází ke sníženému odstraňování menstruační krve v břišní dutině, čímž nedostatečná imunitní reakce zvyšuje náchylnost žen k onemocnění endometriózou (Lenz, 2021b; Mettler, 2017). Imunologickou teorii podporují výsledky studie Sinaii et al. (2002), která poukazuje na fakt, že u žen s endometriózou byl zaznamenán vyšší výskyt autoimunitních a endokrinních onemocnění než u běžné populace, a to konkrétně revmatoidní artritidy, snížené funkce štítné žlázy, chronického únavového syndromu a také alergií, astmatu a ekzému.

Genetické faktory mohou také hrát roli při vzniku endometriózy, a to predispozicí k usazení endometriálních buněk mimo dělohu a zároveň tlumením imunitního systému v boji proti nim (Mettler, 2017). U žen, jejichž příbuzné mají endometriózu, je tedy zvýšené

riziko onemocnění: ve výzkumu Sinaii et al. (2002) až dvě třetiny žen udávaly, že někdo z jejich příbuzných endometriózou trpí nebo na ni má podezření.

Další teorie zahrnují nevyvážené působení hormonů estrogenu a progesteronu na tkáň ložisek endometriózy (hormonální teorie), či vznik endometriálních buněk z buněk nacházejících se mimo dělohu (metaplastická teorie) (Mettler, 2017). V současné době je předpokládáno, že se na vzniku onemocnění podílejí imunitní, genetické i hormonální faktory.

1.4 Diagnostika

Mnoho žen prochází zdlouhavým a náročným procesem, než jim je endometrióza diagnostikována, a odhadem 6 z 10 případů endometriózy není diagnostikováno vůbec (Agarwal et al., 2019). Medián intervalu od prvního nástupu symptomů do správné diagnózy se pohybuje okolo 7.4 let v Nizozemsku (Staal et al., 2016), 8 let ve Spojeném království (Ghai et al., 2019) a 10.4 let v Rakousku a Německu (Hudelist et al., 2012). Rizikovými faktory pro delší interval před správnou diagnózou se ve zmíněných studiích ukázaly přítomnost silných křečí (dysmenorey) již od dospívání, tedy časný nástup příznaků, a fakt, že ženy chápaly své příznaky jako „normální“, takže vyhledaly lékařskou pomoc později (Ghai et al., 2019; Hudelist et al., 2012; Staal et al., 2016). Dále byla zjištěna delší prodleva před správnou diagnostikou u žen, kterým byla vícekrát určena chybná diagnóza a u žen, které měly dojem, že je jejich gynekolog nebere vážně (Hudelist et al., 2012). Stěžejní pro včasnou diagnózu je rozpoznání příznaků spojených s endometriózou prvním lékařem, se kterým žena o svých symptomech mluví (Staal et al., 2016).

Typicky se při diagnostice endometriózy volí postup zahrnující odebrání anamnézy, vyšetření pomocí zobrazovacích metod a ke konečnému potvrzení diagnózy se pak využívá laparoskopická operace.

Při **odebírání anamnézy** by měl lékař zpozornět, pokud pacientka uvádí symptomy typické pro endometriózu (dysmenoreu, dyspareunii, chronickou pánevní bolest a neplodnost) (Roztočil, 2011). Cílem této metody je pak také zmapovat preference a přání pacientky ohledně případné léčby, tzn. jestli je hlavním cílem léčby snaha o otěhotnění, zmírnění symptomů či jiné. Informace z anamnézy by měl lékař zohlednit v plánování další léčby (Drahoňovský, 2021).

Dalším krokem je využití zobrazovacích metod: **transvaginálního ultrazvukového vyšetření (TVUS)** a **magnetické rezonance (MR)**. Jedná-li se o expertní vyšetření, jsou tyto metody v diagnostice ovariální a hluboké infiltrující endometriózy i adenomyózy velmi přesné. Klíčovým faktorem zde je, že výsledky vyšetření záleží na zkušenostech a odbornosti vyšetřujícího lékaře, jeho specializaci na tuto problematiku a kvalitě používaného diagnostického vybavení. Necílené vyšetření nemusí odhalit ani závažná stadia endometriózy (Drahoňovský, 2021).

Laparoskopická operace jako jediná umožňuje konečné potvrzení diagnózy; v dnešní době by však neměla být indikována pouze jako diagnostická metoda, ale až jako metoda terapeutická vykonaná tehdy, kdy už je poměrně přesně znám rozsah ložisek. Na základě neinvazivní předoperační diagnostiky mohou lékaři přesněji naplánovat rozsah a předpokládanou délku operace a lépe tak pacientku o zákroku informovat. Laparoskopie umožňuje spolehlivé potvrzení peritoneální endometriózy, jejíž ložiska jsou příliš malá pro rozpoznání ultrazvukem, a posouzení rozsahu srůstů (Čepický, 2016; Drahoňovský, 2021). I její použití však může vyústit ve falešně negativní nález, když dojde k přehlédnutí menších ložisek endometriózy, například kvůli srůstům (Čepický, 2016; Roztočil, 2011).

1.5 Léčba

Léčba endometriózy je v mnoha ohledech složitá. Současná léčba se zaměřuje hlavně na zmírnění symptomů a chirurgické odstranění ložisek, jelikož neexistuje spolehlivá léčba, která by byla cílena na příčiny onemocnění (Pilka & Hejtmánek, 2017). Strategie léčby se volí podle situace ženy, záleží na jejím přání v danou chvíli nebo v budoucnu otěhotnět, na závažnosti příznaků a umístění ložisek (Hudeček & Ventruba, 2019). Podle těchto kritérií se pak volí konzervativní, chirurgická, nebo kombinovaná léčba.

Vzhledem k chronickému průběhu endometriózy je pravděpodobnost recidivy jak po konzervativní, tak chirurgické léčbě relativně vysoká, a tak pacientky často musí podstupovat léčebné procesy opakovaně. Jedině po menopauze či chirurgickém odstranění vaječníků k recidivě většinou nedochází (Roztočil, 2011).

1.5.1 Konzervativní léčba

K nejběžnějším možnostem konzervativní léčby se řadí analgetika využívaná ke zmírnění symptomů, společně s dlouhodobým užíváním hormonální antikoncepce.

Tyto způsoby léčby jsou zároveň nejčastější první volbou léčby žen s endometriózou (Sinaii et al., 2007). Mechanismus účinku hormonální antikoncepce v léčbě endometriózy spočívá ve vyvolání stavu tzv. pseudogravidity, během které u žen dlouhodobě nedochází k menstruaci ani ovulaci (Hudeček & Ventruba, 2019), takže nenastává čerstvé krvácení do ložisek endometriózy (Roztočil, 2011). Tím se snižuje tvorba nových ložisek a dochází ke zmenšení a případnému odumření již přítomných ložisek (Hudeček & Ventruba, 2019).

Mezi významné výhody užívání hormonální léčby patří úleva od symptomů, ke které dochází u většiny pacientek: konkrétně u 80–90 % pacientek podle Hudečka a Ventruby (2019) a u 82 % podle Mettler et al. (2014). Zlepšení subjektivních obtíží však po ukončení léčby bohužel často mizí a dochází k recidivám onemocnění (Hudeček & Ventruba, 2019).

Hormonální antikoncepci je možné užívat v jedné ze dvou forem, a to **kombinovanou orální antikoncepci**, která obsahuje hormony estrogen i progestin, a **gestagenní orální antikoncepci**, která obsahuje pouze progestin. Třetí možností je **nitroděložní tělísko**, které hormony uvolňuje postupně přímo do dělohy (Hudeček & Ventruba, 2019).

1.5.2 Chirurgická léčba

V rámci **konzervativní chirurgické léčby** jsou laparoskopicky odstraněna ložiska endometriózy, srůsty a ovariální cysty. U žen, které trpí závažným stadiem endometriózy a v budoucnu nemají zájem o otěhotnění se spíše volí **radikální chirurgická léčba**, která spočívá v odstranění dělohy a/nebo vaječníků (Hudeček & Ventruba, 2019). Při odstranění dělohy i vaječníků je menší pravděpodobnost, že žena bude v budoucnu potřebovat na další operaci, a pokud jsou vaječníky při odstranění dělohy zachovány, je pak pravděpodobnost potřeby další operace 2.44x vyšší. Mladší pacientky (19-29 let) jsou vystaveny většímu riziku nutnosti reoperace než pacientky, které měly první operaci ve 30 a více letech (Shakiba et al., 2008).

1.5.3 Kombinovaná léčba

Kombinovaná léčba sestává z diagnostické laparoskopie, odstranění ložisek a následné hormonální léčby trvající 3-6 měsíců. Po uplynutí této doby je provedena kontrolní laparoskopie, během které je odstraněn zbytek ložisek a srůstů. Tento způsob léčby dosahuje nejlepších výsledků, u 60 % pacientek dochází k vymizení symptomů endometriózy (Mettler et al., 2014).

1.5.4 Alternativní léčba

Kvůli chronické povaze onemocnění se ženy s endometriózou obrací k alternativní léčbě častěji než běžná populace. Mezi často využívané metody patří biologická terapie (například doplňky stravy, změny ve stravování či bylinkové směsi), manipulační terapie a terapie zaměřené na tělo (fyzická aktivita, fyzioterapie a masáže) (Sinaii et al., 2007). Pomoci od příznaků může i rehabilitace, psychoterapie a lázeňská léčba (Roztočil, 2011).

2 SEBEPOJETÍ

Sebepojetí je jedním z důležitých témat psychologie osobnosti. Jedná se o „souhrn představ a hodnotících soudů, které člověk o sobě chová“ (Blatný & Plháková, 2003, s. 92). Jinými slovy je to systém poznatků o sobě samém, který slouží jako emocionální a motivační zdroj, úložiště autobiografických vzpomínek a podílí se na zpracovávání sociálních informací a zkušeností. Pro integritu osobnosti má sebepojetí nenahraditelný význam (Macek, 2019; Oyserman, 2001). Sebepojetí je produktem situací, ve kterých se člověk během života nachází, ale zároveň i tvůrcem chování v těchto situacích. Vzniká na základě sociálních interakcí, ze kterých jedinec postupně během vývoje získává informace o sobě. Způsob, jakým se chápeme a přemýšlíme o sobě i o ostatních, k čemu jsme motivováni a jak se cítíme, a zároveň i naše jednání a schopnost se regulovat – to vše je ovlivněno sebepojetím (Oyserman et al., 2012).

Ještě než přejdeme k popisu sebepojetí, vymezíme několik blízkých termínů. **Jáská zkušenost** popisuje bezprostřední a nepřenositelné uvědomování si vlastního Já (Macek, 2019). **Já** můžeme chápat jako aktivní, reflektující složku osobnosti (Hartl, 2004). Dalším příbuzným pojmem je **identita**, neboli prožívání a vědomí toho, kým jsme (Fialová & Krch, 2012).

2.1 Obecný přehled

V této kapitole se zaměříme na vymezení obecných informací definujících sebepojetí. Nejprve popíšeme historické milníky ve zkoumání sebepojetí a poté přejdeme k popsání sebepojetí pomocí jeho znaků.

2.1.1 Vývoj pohledu na sebepojetí

Na konci devatenáctého století se psycholog William James zasloužil o velký přínos do výzkumu v oblasti Já a sebepojetí svým rozlišením dvou aspektů Já. Prvním aspektem je **Já jako subjekt**, tedy poznávající Já, které je v současnosti popisováno jako struktura pevně provázána s vědomím, pamětí a dalšími psychickými funkcemi. Poznávající já umožňuje samotné nahlížení na sebe sama, sebereflexi a uvědomování si vlastního Já (Blatný & Plháková, 2003; Macek, 2019). Druhým aspektem je **Já jako objekt**, tedy poznávané Já,

kteře bychom v současné terminologii mohli přirovnat k sebepojetí. James popsal tři složky poznávaného Já, v nichž je zahrnuto vše, co můžeme označit jako své vlastní: materiální Já, tj. tělesná stránka člověka a jeho vlastnictví, dále duchovní Já, které zahrnuje jeho osobnostní charakteristiky a hodnoty, a sociální Já, do kterého spadají všechny jeho charakteristiky, které byly kdy spatřené a vnímané jinými lidmi. Již sám James však dodával, že rozdělení Já na poznávající a poznávané je pouze teoretické, protože tyto dvě složky jsou ze své podstaty neoddělitelné (Blatný & Plháková, 2003).

Dalším mezníkem je zdůraznění vlivu sociálních interakcí na utváření Já, o které se zasloužili symboličtí interakcionisté C. D. Cooley a G. H. Mead. Cooley zdůraznil, že Já je formováno interakcemi s ostatními a našimi interpretacemi jejich názorů na nás, což nazval **zrcadlovým Já**. Mead zavedl koncept **zobecněného druhého**, který proces formování Já připisuje internalizaci postojů k vlastní osobě od generalizované skupiny pro nás významných osob, spíše než od konkrétních osob (Blatný & Plháková, 2003).

2.1.2 Znaky sebepojetí

Sebepojetí je **mnohostranné** (multifacetové) – je složeno z mnoha dílčích mentálních reprezentací Já, které blíže popíšeme v podkapitole o kognitivní složce Já. V současnosti již sebepojetí není považováno za globální a jednotnou představu sebe sama, ale za souhrn jednotlivých reprezentací Já, které jsou aktivovány na základě situačního kontextu a motivačního stavu jedince (Blatný & Plháková, 2003; Markus & Wurf, 1987). Podle Markuse a Wurfa (1987) nemohou být v každém okamžiku dostupné všechny reprezentace Já, které tvoří komplexní sebepojetí. Zavedli tak termín **aktivované** nebo **dostupné sebepojetí**, definované jako podmnožina reprezentací Já aktivních v daném momentu, které dočasně přejímají funkci řídicí struktury sebepojetí. Macek (2019) uvádí, že mnohostrannost sebepojetí přispívá k lepšímu vyrovnání se s vlastními zklamáními a selháními: pokud je pro jedince důležitých vícero jeho rolí a vlastností, dokáže se lépe vyrovnat se selháním v jedné oblasti, než když sám sebe definuje pouze na základě několika specifických rolí (například na základě svého zaměstnání). Pro pozitivní přínos mnohostrannosti sebepojetí je však nutné, aby role a charakteristiky byly propojené do smysluplného celku.

Důležitou vlastností sebepojetí je jeho **stabilita** či **proměnlivost** v čase. Pro zdravé fungování je zapotřebí kombinace obou aspektů: centrální komponenty sebepojetí by měly být poměrně stabilní, ale sebepojetí by mělo být také tvarovatelné na základě časových změn

a změn v prostředí nebo motivaci. Míra stability sebepojetí je u každého individuální, lidé se však většinou snaží o její ochranu, jelikož pociťovaná stabilita je spojována s well-beingem (Oyserman et al., 2012).

Dále je pro sebepojetí charakteristické **hierarchické uspořádání** poznatků o sobě od konkrétních prvků až po obecné kategorie (Blatný & Plháková, 2003).

2.2 Složky sebepojetí

V této kapitole popíšeme jednotlivé složky či aspekty sebepojetí, a to kognitivní, emocionální a konativní (behaviorální). Zaměříme se na jejich vlastnosti, členění a funkce.

2.2.1 Kognitivní složka Já

V kognitivní složce Já je zahrnut obsah a struktura (organizace) sebepojetí. Pro **obsah** sebepojetí je charakteristické neustálé narůstání množství poznatků o sobě, provázené jejich postupnou abstrakcí a zobecněním. V období dospívání začíná jedinec sám sebe vnímat jako aktivního činitele (Blatný & Plháková, 2003).

S narůstajícím obsahem sebepojetí se zpřesňuje i organizace poznatků o sobě, neboli **struktura** sebepojetí, na kterou je nahlíženo z pohledu mnoha teorií. Markusová vymezuje strukturu sebepojetí jako **system schémat** (Blatný & Plháková, 2003), které vznikají na základě opakovaného vnímání sama sebe a kategorizace výsledných poznatků (Macek, 2019). Ve svém výzkumu (Markus, 1977) definuje tato schémata jako kognitivní struktury, které pomáhají organizovat a řídit zpracování informací týkajících se Já tím, že určují, jakým informacím věnujeme pozornost a jakou důležitost jim přikládáme. Schémata hrají klíčovou roli v tom, jak vnímáme sami sebe, vytváříme úsudky, předpovídáme své chování a odoláváme informacím, které jsou v rozporu s naším sebepojetím. Macek (2019, s. 79) označuje schémata za „filtr informací, které pouštíme ke svému Já“.

Jiné modely struktury sebepojetí ještě více zdůrazňují význam **paměti** pro sebepojetí a předpokládají, že Já je jen jedním z mnoha uzlů paměťové sítě a je v paměti uloženo jako systém zkušeností a znalostí (Macek, 2019; Markus & Wurf, 1987). Vymětal (2007) uvádí, že struktura sebepojetí je v rámci **rogerovského přístupu** tvořena třemi oblastmi: genetickými dispozicemi, hodnotově introjektivní oblastí (názory na sebe a hodnoty, které jedinec převezme během výchovy), a oblastí zkušenostních individuálních konstruktů (poznatků z vlastních zážitků a zkušeností).

Jak již bylo zmíněno výše, sebepojetí se skládá z mnoha jednotlivých **mentálních reprezentací Já**, které mohou nabývat v různých situacích různé důležitosti. Tyto reprezentace mohou být pozitivní i negativní, týkat se současnosti, minulosti nebo budoucnosti, a také nabývat podoby přání, možností či strachů týkajících se Já. Některé z reprezentací, kterých ještě nebylo dosaženo, slouží jako incentive k určitému typu chování (např. jaký by člověk chtěl být, nebo naopak, čím se bojí, že se stane). Některé reprezentace Já vznikají ze závěrů, ke kterým lidé dospějí na základě svých myšlenek, postojů, emocí, motivací a poznatků. Dalším podkladem pro vznik reprezentací jsou sociální interakce a srovnávání se s ostatními – jedinci si více všimají vlastností, které jsou pro ně typické a výrazné v porovnání s ostatními členy určité skupiny (např. vzrůstově menší děti si budou všimnout své výšky v porovnání s vyššími spolužáky) (Markus & Wurf, 1987). Různé reprezentace zaujímají v rámci sebepojetí odlišné pozice: nejpropracovanější **centrální reprezentace** jsou velmi stabilní a subjektivně důležité, a také nejsilněji ovlivňují zpracování informací a chování. Ostatní, méně zásadní reprezentace nabývají důležitosti v závislosti na situacích, ve kterých se jedinec nachází. Konkrétní společenská role může také vytvářet příslušné reprezentace Já (například já žena, já partner, nebo já zaměstnanec) (Macek, 2019; Markus & Wurf, 1987). V následující části krátce představíme typy reprezentací Já:

- **Skutečné Já** (actual self) je reprezentace toho, jaký člověk doopravdy v daném období je; skutečné Já vzniká na základě introspekce a sebepercepce (Macek, 2019).
- **Možné (možná) Já** (possible selves) jsou do budoucna zaměřené představy o tom, jaký by člověk mohl být – mohou se týkat přání, cílů, ale i obav (Macek, 2019). „Možná Já“ se vztahují například k oblastem vztahů, kariéry, zdraví, osobního růstu či rodiny a rodičovství (Oyserman & Fryberg, 2006).
- **Ideální Já** (ideal self) je představa člověka o tom, jaký by chtěl být. Ideální já je často porovnáváno se skutečným Já (Macek, 2019).
- **Požadované Já** (ought self) je reprezentace podobná ideálnímu Já, která však více než z jedincových vlastních přání pramení z požadavků blízkých a norem společnosti (Macek, 2019).
- **Nechtěné Já** (undesired self) je představa člověka o tom, co si nepřeje a čím by nikdy nechtěl být, čeho se obává (Macek, 2019).
- **Moje špatné Já** (bad me) obsahuje negativní složky sebepojetí a charakteristiky člověka, které považuje za negativní. Jedinci s pozitivním celkovým sebepojetím

mají také negativní reprezentace Já, obsahující například nechtěné vlastnosti (Markus & Wurf, 1987). Pozitivní náhled na sebe sama se udrží, dokud se tato reprezentace nestane centrální reprezentací (Blatný & Plháková, 2003).

2.2.2 Emocionální složka Já

Druhým aspektem sebepojetí je emocionální složka, která obsahuje vztah k sobě, emoční prožitky pramenící ze sebepojetí a také vědomí vlastní hodnoty. Má v rámci sebepojetí úlohu adaptační, spočívající ve snaze o vyhnutí se stresu, a organizační, spočívající v určování relevantních informací pro Já (Blatný & Plháková, 2003).

Sebehodnocení, neboli „představa sebe z hlediska vlastní kompetence“ (Blatný & Plháková, 2003, s. 115), je považováno za vyjádření vztahu k sobě. Sebehodnocení je vytvářeno posuzováním vlastního chování a srovnáváním se s ostatními. Klíčovým faktorem vzniku emočního vztahu k sobě je potom zpětná vazba od blízkých osob – rodičovská opora má největší vliv, v adolescenci se potom přidává vliv vrstevníků a v dospělosti je důležité posílení od kolegů, partnera a přátel. Sebehodnocení může nabývat pozitivní i negativní podoby, což ovlivňuje například jedincův výkon a konformitu. Další složkou sebehodnocení je míra stability, která hraje roli zejména při výkonu či obdržení zpětné vazby od jiné osoby (Blatný & Plháková, 2003).

Dalo by se říci, že jasně vymezené, vnitřně konzistentní a poměrně stabilní sebepojetí je spojeno s pozitivním sebehodnocením (Macek, 2019).

2.2.3 Konativní složka Já

Hlavním principem konativní neboli behaviorální složky sebepojetí je zákonitost, že vnímání sama sebe, ať už ve formě skutečných nebo možných reprezentací Já, výrazně ovlivňuje naše chování. Zásadní roli zde hrají **osobní standardy**, sloužící jako motivy pro chování a kritéria pro sebehodnocení. Mohou nabývat podoby cílů, aspirací či norem v rámci ideálního a požadovaného Já (Blatný & Plháková, 2003).

Souvisejícím konceptem je **seberegulace**, tedy usměrňování vlastního chování a prožívání. Blatný a Plháková (2003) uvádí několik pojetí seberegulace, z nichž zde blíže popíšeme kontrolní model seberegulace, jehož autory jsou Carver a Scheier. Tento model je založen na principu snahy o co nejmenší rozdíl mezi našim aktuálním chováním a výkonem, a našimi osobními standardy.

Dalším mechanismem, kterým sebepojetí ovlivňuje naše chování, je **sebemonitorování**. Označuje naši tendenci přizpůsobovat své chování situaci, ve které se nacházíme, a očekáváním druhých lidí. U různých lidí se sebemonitorování uplatňuje v různé míře; lidé s vysokou mírou si silně uvědomují, jaký dojem vyvolávají a vnímají reakce druhých lidí, a na základě toho upravují své jednání tak, aby bylo v danou situaci vhodné (Macek, 2019).

2.3 Nesoulad v sebepojetí

V následující kapitole se zaměříme na jeden z modelů nesouladu v rámci sebepojetí, kterým je Rogersův model inkongruence.

2.3.1 Inkongruence v sebepojetí

Sebepojetí silně souvisí se způsobem, jakým člověk vnímá a hodnotí realitu a své zkušenosti. Pokud jsou zkušenosti v souladu se sebepojetím, může je do něj jedinec přijmout a zařadit, a tím udržet stav **vnitřní kongruence**. Pokud jsou mírně v nesouladu, může je jedinec za pomoci obranných mechanismů přetvořit do přijatelné podoby nebo učinit změnu v rámci vlastního sebepojetí, aby bylo v souladu se zkušeností. Pokud však jedinec nemůže zkušenost integrovat ani těmito způsoby, vzniká stav **vnitřní inkongruence**, jež může mít negativní vliv na prožívání člověka vznikem napětí a úzkosti, které mohou vyústit v psychické či psychosomatické potíže (Vymětal, 2007).

Pro zdravý vývoj sebepojetí je klíčové bezpodmínečné přijetí sociálním prostředím v raném dětství, které umožňuje rozvoj sebepojetí v souladu s aktualizací tendencí. V situaci, kdy dítě zažívá rozpor mezi svými potřebami a reálnou zkušeností, může vzniknout **primární inkongruence**; například pokud je dítě rodiči přijímáno pouze za určitých podmínek a nedochází k naplnění potřeb bezpodmínečného přijetí a lásky, tak dochází ke zvnitřnění selektivního hodnocení rodičů. Ke vzniku prim. inkongruence dochází během časného dětství; jedinec pak může být náchylnější k vyšší úzkostnosti a strachu (Vymětal, 2007).

Na základě primární inkongruence může vzniknout **sekundární inkongruence**; například rozporem mezi sebepojetím jedince a jeho zkušeností (ať už sám se sebou, nebo jiných lidí s ním) často v období dospívání kvůli rozdílu mezi ideálním a skutečným Já.

Sekundární inkongruence může vést k sebepodceňování a nespokojenosti se sebou (Vymětal, 2007).

2.4 Tělesné sebepojetí

Endometrióza je tělesné onemocnění, které může ovlivňovat způsob, jakým ženy vnímají sebe a své tělo. V této kapitole se proto budeme zabývat tělesným sebepojetím.

Tělesné sebepojetí můžeme popsat jako způsob, jakým přemýšlíme a jakým přistupujeme ke svému tělu. Fialová a Krch (2012) popisují tři složky tělesného sebepojetí, navazující na složky celkového sebepojetí: **kognitivní složku** (soubor poznatků, které chováme o našem těle a o jeho velikosti, tvaru a proporcionalitě); dále **emocionální složku**, reflektující naše hodnocení svého těla (míru spokojenosti či nespokojenosti s tím, jak vypadáme a jak naše tělo funguje); a **činnostně regulativní složku**, která zahrnuje všechny naše činnosti spojené s tělem (například pohybové a stravovací zvyky).

Lidé vnímají své tělo na základě svého vzhledu a atraktivity, zdatnosti a kondice, a na základě svého zdraví. Ve všech oblastech dochází k porovnávání mezi skutečným a ideálním Já, kdy ideální Já je do velké míry určováno současným ideálem atraktivity v jedincově sociokulturním prostředí (Fialová & Krch, 2012).

Nyní stručně popíšeme tělesné sebepojetí dospělých žen, protože je na ně tato práce zaměřena. Tělesné sebepojetí žen je ovlivněno společenským tlakem na atraktivitu a zachování mladistvého vzhledu i ve vyšším věku. Převládajícím obrazem ženy v médiích, a tedy i určitým standardem, který je reflektován v ideálním Já, je mladá, konvenčně atraktivní, obvykle bělošská žena, přičemž starší ženy jsou často zobrazovány jako osamělé a depresivní. Srovnávání se vede k nesouladu mezi skutečným a ideálním Já, a často také k nespokojenosti s vlastním tělem a touze zhubnout, a to nejčastěji v oblasti břicha, boků či stehen. U žen starších 60 let se však význam vzhledu může snižovat, a souvislost mezi spokojeností se svým tělem a sebevědomím může být slabší. S tím, jak je sebepojetí starších žen méně propojeno s jejich vzhledem, se mohou snižovat i úzkosti ze vzhledu (Grogan, 2011).

3 VLIV ENDOMETRIÓZY NA SEBEPOJETÍ ŽEN

V následující kapitole prezentujeme poznatky ze zahraničních studií, které zkoumaly vliv endometriózy na sebepojetí žen a také na jejich celkový psychický stav.

Vliv na tělesné sebepojetí

Jako somatické onemocnění může mít endometrióza vliv na tělesné sebepojetí, kterým se budeme zabývat nejdříve. Kvantitativní výzkum Volker a Mills (2022) zjistil u žen s endometriózou nižší spokojenost se svým vzhledem než u žen bez ní, a také výrazně nižší ocenění funkčnosti těla než u žen bez endometriózy. Endometrióza může u žen negativně ovlivnit tělesné sebepojetí, podobně jako jiná chronická onemocnění spojená s bolestmi. K jiným výsledkům však došli Geller et al. (2021), kteří ve svém výzkumu nezaznamenali rozdíl mezi body image zdravých žen a žen s endometriózou. Mezi možná vysvětlení patří celková rozšířenost negativního body image i mezi zdravými jedinci v západní kultuře a také fakt, že endometrióza není vizuálně projevujícím se onemocněním, a tak ženy nemusí čelit sociální stigmatizaci a stereotypům týkajícím se vzhledu a těla. Pelihvan et al. (2022) upozornili na souvislost mezi horším body image a větší mírou depresivní symptomatiky, která se projevila u žen s endometriózou.

Kvalitativní studie (Facchin et al., 2018; Moradi et al., 2014) popisují u žen s endometriózou negativní body image a nespokojenost se svým vzhledem, například kvůli přibírání na váze, jizvám z operací a bledosti způsobené silným krvácením a anemií. Studie Mills et al. (2023), která přímo zkoumala vztah ke svému tělu u žen s endometriózou, identifikovala následující tři témata:

- **Pocit rozbitosti:** pocit, že je tělo nejen odlišné od ostatních, ale i poškozené a rozbité – jako vadný přístroj. Ženy popisovaly pocity nenávisti ke svému tělu, většinou obecně, ale někdy vůči jeho specifickým částem (děloha, břicho). Někdy se objevoval také pocit selhání v naplňování ideálů krásy ve společnosti, například ideálu štíhlosti.
- **Pocit konfliktu:** pocit, jako kdyby bylo tělo bitevní pole, na kterém soupeří mysl a tělo, očekávání a realita. Ženy musí přizpůsobovat své dny a aktivity svým

omezeným silám, bolestem a blízkostí toalet; emocionální a kognitivní zátěž představují také časté bolesti, vůči kterým se ženy musí zocelit. I v rámci tohoto tématu ženy popisovaly nenávist ke svému tělu kvůli pocitu, že tělo nesnáší je a útočí na ně bolestmi.

- **Pocit odcizení** se od svého těla, kdy v něj ženy přestávaly cítit důvěru a přestávaly ho poznávat. Bolestivé i jiné symptomy přebíraly kontrolu nad jejich dny a ženy vyjadřovaly ztrátu kontroly nad svým tělem a do jisté míry také životem. Hluboký pocit oddělení od svého těla u žen mohl působit i jako copingová strategie.

Vliv na duševní zdraví

Endometriózou způsobené bolesti, únava a další obtíže se mohou odrazit v celkovém psychickém stavu žen. Považujeme za důležité popsat v naší práci i tuto oblast, abychom vliv na sebepojetí zasadili do širšího kontextu.

Opakovaně se ukázalo, že ženy s endometriózou často trpí zvýšenou hladinou stresu, úzkostnou a depresivní symptomatikou a mají celkově sníženou kvalitu života (Geller et al., 2021; Petrelluzzi et al., 2012; Smorgick et al., 2013), což může být důsledkem chronických bolestí a jimi způsobených omezení, neplodnosti a sexuálních dysfunkcí (Pope et al., 2015). Tyto faktory společně s nespokojeností s vlastním tělem mohou mít negativní vliv také na sebehodnocení a sebevědomí žen a mohou vést k pocitům ztráty kontroly nad svým životem, jak již bylo zmíněno výše (Moradi et al., 2014). Ženám s vyšším sebehodnocením a self-efficacy endometrióza způsobovala menší distres (Facchin et al., 2017).

Endometrióza může také ovlivňovat životní styl žen, ať už negativním směrem (nadměrným užíváním léků tlumících bolest, alkoholu, cigaret a marihuany na zmírnění bolestí), ale také pozitivním (některé ženy zvolily zdravou dietu, cvičení nebo přestaly kouřit) (Moradi et al., 2014).

Výzkum Facchin et al. (2018) rozlišil dva způsoby prožívání života s endometriózou. Některé ženy prožívají výrazné narušení životní dráhy, cítí se nemocí zahlcené a devastované, zatímco jiné ženy po počátečním narušení dokáží nemoc integrovat, zachovat a přizpůsobit své sebepojetí a životní smysl. Kterým způsobem bude žena nemoc prožívat, je do velké míry ovlivněno zkušenostmi s lékaři, cestou k diagnóze, přítomností symptomů v současnosti, sociální a finanční podporou, pocitem ženské identity a nalezení smyslu života s endometriózou. Sociální podporu uvádí také Marschall et al. (2021) jako jeden

z protektivních faktorů lepšího duševního zdraví, společně s nevnímáním endometriózy jako ústřední součásti sebepojetí a vnímání sama sebe jako schopné ovlivňovat svůj život.

Také hormonální antikoncepce jako léčba endometriózy může mít negativní vliv na duševní zdraví žen. Rozsáhlý dánský výzkum poukázal na spojitost mezi užíváním hormonální antikoncepce (ve formě tablet i nitroděložního tělíska) a následným užíváním antidepresiv a diagnostikou deprese, přičemž větší náchylnost se ukázala u adolescentů do 20 let (Skovlund et al., 2016).

Ženská identita

Endometrióza často ovlivňuje plodnost, pocíťovanou atraktivitu i vzhled, což může narušit ženskou identitu. Ženy mohou cítit, že selhávají ve své ženské roli stanovené společností (Cole et al., 2021; Facchin et al., 2018; Mills et al., 2023; Moradi et al., 2014). Ve všech zmíněných kvalitativních studiích participantky zmiňovaly, že se cítí méně jako ženy, necítí se být nadále samy sebou či jako „stín“ svého dřívějšího Já – což zdůrazňuje dopad endometriózy na jejich sebepojetí. Facchin et al. (2018) popisuje vliv normalizace bolesti na identitu žen. Jelikož je menstruační bolest považována za normální součást života žen, dostávají ty ženy, které si na ni stěžují, často nálepky ‚slabých‘ či ‚simulantek‘; a zejména v případě, kdy se s těmito označeními setkávají od svých blízkých, mohou ulpět na jejich sebepojetí.

Aspektů, které ovlivňují pocíťovanou ženskost, je několik. Zaprvé se jedná o mateřskou roli, která je ve společnosti od ženy automaticky očekávána, ale kterou nedokážou naplnit podle svých přání kvůli neplodnosti nebo neschopnosti být takovou matkou, jakou by si přály být následkem bolesti. Dále se jedná o obtíže v sexuální oblasti, které zároveň mohou mít vliv na partnerský vztah; neposledním aspektem je vyoperování ženských reprodukčních orgánů v rámci léčby (Mills et al., 2023; Moradi et al. 2014).

Sebepojetí v rámci partnerských vztahů

Mnoho žen ve spojitosti s partnerskými vztahy prožívá pocity viny a strach, že kvůli endometrióze nejsou nebo nedokážou být dostatečně dobrými partnerkami (Fritzer et al., 2013). Hlavní oblastí partnerského vztahu, která je endometriózou ovlivněna, je sexuální život páru, často omezen bolestmi partnerky a následným vyhýbáním se sexu ze strachu z bolesti. To může vést k frustraci a napětí v páru, případně i k rozpadu vztahu. Některé ženy následně zůstávají svobodné nebo se až vyhýbají navazování nových vztahů (Moradi et al., 2014). Stabilní vztah pro ženy s endometriózou však může představovat protektivní faktor

rozvinutí duševního onemocnění (Facchin et al., 2017). Když ženy nemohou naplnit očekávání partnera týkající se sexuálního života, cítí se mnohdy izolovaně, nedostatečně a jako by selhávaly v roli ženy (Hawkey et al., 2022).

Zajímavý výzkum provedli Hudson et al. (2015), zabývající se vlivem endometriózy na heterosexuální vztahy. Pracují zde s konceptem narušení životního příběhu (biographical disruption), který můžeme popsat jako narušení dosavadního života kvůli chronické nemoci, a nutnost přehodnocení svých představ o budoucnosti – jedná se o určitou změnu vnímání vlastní životní cesty (Bury, 1982). Páry prožívaly výše zmíněné narušení sexuálního života kvůli bolestem, obecné únavě či ztrátě sexuální touhy ženy. Endometrióza ale také u některých párů způsobovala finanční závislost ženy na partnerovi, když kvůli vážnosti symptomů nemohla pracovat na dobře placených pozicích nebo vůbec. To také snižovalo celkový příjem domácnosti, což vztah zatěžovalo (Hudson et al., 2015).

Aspekt mateřství

Výrazným negativním důsledkem endometriózy je riziko neplodnosti. I nepotvrzené obavy z neplodnosti jsou spojeny s úzkostí až panikou u obou partnerů, společně s pocitem nenaplnění ženské role u partnerky (Hudson et al., 2015; Mills et al., 2023). Uvědomění, že možná nikdy nebudou moci mít děti, nebo to bude velmi složité, je pro ženy často náročné zpracovat. Někdy se s tímto tématem vypořádat nepodaří, což může vést až k depresivní symptomatice nebo panickým atakám. U jiných žen je tento proces také náročný, ale i jako bezdětné se vnímají jako hodnotné ženy, které si zaslouží lásku a ocenění, což je spojeno s menším stresem (Facchin et al., 2018).

Distres v souvislosti s neplodností je často posilován očekáváním okolí ženy (Facchin et al., 2019), jelikož je mateřství je kulturně vnímáno jako očekávaná a normální životní událost (Hudson et al., 2015). Ženy, které prožívají distres v souvislosti s neplodností, se často trápí myšlenkami na to, že kvůli ní budou vnímány jako vadné. Pocit hanby a studu může negativně ovlivnit jejich sebehodnocení a vést ke zhoršení duševního zdraví (Facchin et al., 2019).

Endometrióza také komplikuje samotnou mateřskou roli. Ve výzkumech Hawkey et al. (2022) i Moradi et al. (2014) ženy uváděly neschopnost postarat se o své děti tak, jak by si přály, zejména kvůli silným bolestem a únavě.

Profesní život

Komplikace v profesním životě mohou způsobovat pocit selhání žen jako přispívajících členů společnosti. Kvůli bolestivým a jiným symptomům čelí ženy někdy problémům v udržení zaměstnání a kariérní růst je často nemožný (Mills et al., 2023; Moradi et al., 2014). Endometrióza způsobuje snížení pracovní výkonnosti (Hawkey et al., 2022; Nhoaham et al., 2011): studie uvádí, že ženy průměrně kvůli symptomům ztratí přes 7 hodin z pracovního týdne (Fourquet et al., 2011) a odhaduje se průměrná roční ztráta produktivity v nákladech na téměř 160 000 Kč (6 298 €) (Simoens et al., 2012). Komunikace o symptomech je pro ženy v pracovním prostředí však často náročná kvůli stigmatu panujícímu okolo onemocnění reprodukční soustavy, a tak ženy často nejsou schopny sdělit svým (obzvláště mužským) kolegům, co je trápí (Hawkey et al., 2022). Neschopnost pracovat a často jen vstát z postele může u žen vést k pocitům bezcennosti (Hållstam et al., 2018).

Komunikace o symptomech

Specifickým jevem u žen s endometriózou je tzv. *self-silencing* (umlcování sebe sama), který jako první popsala Jack (1991) v souvislosti s depresemi. Jedná se o strategii, v rámci které ženy v určitých situacích potlačují vlastní myšlenky, pocity a jednání, aby se vyhnuly konfliktu, odmítnutí, nebo kvůli touze udržet si vztah (Jack, 1991). K dalším motivacím patří snaha o udržení harmonie ve svém okolí a dodržování společenských norem, aby se ženy mohly lépe zapojovat do kolektivu (Maji & Dixit, 2018). Konkrétně v kontextu endometriózy ženy často předstírají, že jsou v pořádku a nic je nebolí, aby nepůsobily svým blízkým starostí nebo aby na sebe na veřejnosti nepřitahovaly pozornost (Mills et al., 2023). Své bolesti a jiné příznaky ženy často skrývají i před svými partnery, k čemu je může vést touha po normálním vztahu: nepřiznávání bolesti nahlas může ženám dodávat pocit, že je alespoň navenek vše v pořádku. Dále vede ženy ke skrývání či minimalizaci bolesti společenský stereotyp, že menstruační bolesti jsou normální a všechny je musí zvládnout – a kdo to nedokáže, je často považován za slabou a přecitlivělou (Cole et al., 2021).

Toto zakořeněné přesvědčení o menstruačních bolestech má často za následek normalizaci patologických bolestí, a to jak ženou samotnou, tak i jejími blízkými a lékaři. Pokud se ženy v odpovědi na sdělení svých bolestí dočkají normalizace, vyhledávají pak méně často další lékařskou pomoc (Hawkey et al., 2022), mají tendenci ignorovat své bolesti, užívat nadměrné dávky léků tlumících bolest a vyhledat lékařskou pomoc, až když symptomy dosahují extrémní úrovně (Facchin et al., 2018).

Mnoho žen následkem normalizace bolestí prožívá pochybnosti o své přičetnosti, jelikož jim bolesti často nikdo včetně lékařů nevěří. Jsou nazývány „hysterkami“ a „hypochondry“. Po určení správné diagnózy se pak často dostávají i pocity velké úlevy, že je jejich trápení reálné a má diagnostickou „nálepkou“ (Cole et al., 2021; Hawkey et al., 2022).

Práce s ženami s endometriózou

Na základě studia zahraniční literatury jsme shromáždili uvedené poznatky týkající se práce s ženami s endometriózou. Ze všeho nejdříve by měli odborníci znát strategii *self-silencing* a poskytnout klientce dostatek bezpečného prostoru, ve kterém může mluvit o všech svých symptomech a obtížích, což může usnadnit diagnostický proces (Cole et al., 2021). Zásadní je také jasná, respektující a citlivá komunikace lékaře při předávání diagnózy (Facchin et al., 2017), a také při komunikaci o sexualitě žen, jelikož je to téma často doprovázené pocity studu – avšak je velmi důležité, aby byl ženám rozhovor na toto téma nabídnut (Fritzer et al., 2013).

Psychologické služby jsou důležitou součástí multidisciplinárního přístupu k léčbě endometriózy. Včasné psychologické poradenství může poskytnout pomoc při hledání efektivních strategií zvládnání častých bolestí, a tím snížit riziko následného výskytu duševního onemocnění. Dále je u žen s endometriózou vhodné pracovat na posílení sebeúcty a self-efficacy (Facchin et al., 2017). Co se týče ženské identity, cílené komunitní programy mohou přispívat k posílení konceptu ženské identity nezávislé na mateřství a podpoře vnímání bezdětnosti jako plnohodnotného životního stylu, nikoliv jako neúspěchu či selhání (Facchin et al., 2019).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V návaznosti na poznatky uvedené v teoretické části bakalářské práce lze poukázat na skutečnost, že téma vlivu endometriózy na psychické prožívání žen je stále poměrně málo prozkoumáno, zvláště když vezmeme v úvahu, jaká je prevalence tohoto onemocnění. V českém prostředí je v porovnání se zahraničím pouze minimální množství výzkumných závěrů týkajících se tohoto tématu. Zdá se, že právě nedostatek informací a malé veřejné povědomí o endometrióze má pro ženy přímé zdravotní následky: své symptomy považují za normální, a tak netrvají na vyšetření, nebo jim často i přímo gynekolog sdělí, že jejich obtíže jsou normální. Čím déle ženy čekají v bolestech na správnou diagnózu a čím déle se jejich stav zhoršuje, tím menší je následně jejich šance na úplné zmírnění symptomů. Tato bakalářská práce tedy vznikla s účelem přispět k šíření povědomí o endometrióze a jejím vlivu na to, jak se žena vnímá a jaký k sobě má vztah.

Endometrióza je svou chronickou povahou umocněnou nemožností úplného vyléčení nemocí, která může zasahovat do psychického stavu. Situaci dále komplikuje faktor silných chronických bolestí ovlivňující každodenní život žen, schopnost vykonávat činnosti, které přináší radost, pracovat, trávit společný čas s blízkými a tak dále. Zmíněné aspekty představují komplexní zátěž, která se může promítnout do sebepojetí žen.

Cílem výzkumu je popsat sebepojetí žen s endometriózou, s důrazem na různé aspekty, které toto onemocnění může ovlivnit, které se odráží v následujících výzkumných otázkách.

VO1: Jak souvisí endometrióza se sebepojetím žen, které ji mají?

- V rámci hlavní výzkumné otázky zkoumáme, jak endometrióza ovlivňuje obecné sebepojetí žen, včetně tělesného.

VO2: Jak souvisí endometrióza se sebepojetím žen jako partnerek ve vztahu?

- V rámci první doplňující výzkumné otázky zkoumáme, jaký dopad má endometrióza na vnímání sebe sama v partnerské roli a na vnímanou schopnost žen tuto roli naplnit.

VO3: Jak vnímají ženy s endometriózou riziko neplodnosti v souvislosti s naplněním ženské role?

- V rámci druhé doplňující výzkumné otázky zkoumáme, jak endometrióza ovlivňuje vnímanou schopnost naplnit ženskou roli, a to zejména v oblasti mateřství.

VO4: Jak vnímají ženy vliv endometriózy na svůj profesní život a jak to ovlivňuje jejich sebepojetí?

- V rámci třetí doplňující výzkumné otázky zkoumáme, jak endometrióza ovlivňuje profesní život žen a v návaznosti na to i jejich sebepojetí.

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

V následující kapitole představíme metodologii výzkumu. Popíšeme tematickou analýzu jakožto zvolenou metodu analýzy dat, přiblížíme etické hledisko výzkumu a uvedeme reflexi výzkumnice ve vztahu ke zvolenému tématu práce.

Pro bakalářskou práci jsme zvolili **kvalitativní výzkumný design**, protože záměrem výzkumu je porozumět problematice více do hloubky. Zajímá nás subjektivní zkušenost žen s endometriózou, jejich vnímání a prožívání, které můžeme prostřednictvím kvalitativního designu poznat do hloubky.

5.1 Metoda analýzy dat

K analýze dat jsme využili metodu **tematické analýzy** dle Braun & Clarke (2006). Tematická analýza slouží k odhalování, zkoumání a interpretaci vzorců (témat) v rámci daných dat; její výhoda spočívá ve flexibilitě, přístupnosti méně zkušeným výzkumníkům a srozumitelnosti. Pro tento výzkum byl zvolen teoretický přístup k tematické analýze, vycházející z předem určených výzkumných otázek, podle kterých pak výzkumník data kóduje (Braun & Clarke, 2006).

Analýza dat začíná hned během jejich tvorby, kdy si výzkumník začíná všimnout a hledat potenciální vzorce v datech; a končí vypracováním závěrečné zprávy o obsahu a významu témat v datech. Výzkumník následuje níže uvedených 6 kroků analýzy, a během výzkumného procesu se neustále vrací k předchozím bodům, než postoupí k dalším (Braun & Clarke, 2006).

1. Seznámení se s daty: výzkumník opakovaně čte rozhovory, hledá významy a vzorce. Základní a důležitý krok pro celou analýzu, během kterého by si měl výzkumník dělat poznámky ohledně nápadů na témata.
2. Tvorba prvotních kódů: výzkumník aktivně hledá a kóduje co nejvíce relevantních úseků v datech. Věnuje pozornost potenciálním vzorcům v datech a snaží se je organizovat do smysluplných skupin.
3. Hledání témat: výzkumník analyzuje své kódy a zvažuje, jak by mohl různé kódy kombinovat, aby vytvořily zastřešující téma. Témata by měla být jasně vymezená a neměla by se překrývat – každý kód by tedy měl patřit pouze do jednoho tématu.

4. Přezkoumávání témat: výzkumník upřesňuje, upravuje a přezkoumává témata tak, aby splňovala kritéria zmíněná v předchozím bodě. Na konci tohoto kroku by měl mít výzkumník představu o tom, jak do sebe jednotlivá témata zapadají a jaký o datech vyprávějí celkový příběh.
5. Definování a pojmenování témat: výzkumník hledá podstatu každého tématu, jak se vztahuje k jiným tématům, a jestli mají obsáhlá témata i nějaká podtémata.
6. Vypracování zprávy: výzkumník vytváří finální zprávu, která obsahuje koherentní a zajímavý popis příběhu, který data vyprávějí. Výzkumník propojuje témata do jednoho celku (Braun & Clarke, 2006).

Výzkumnice postupovala pečlivě podle výše popsanych kroků. Ke kódování dat i k vytváření témat z jednotlivých kódů byl využit program Atlas.ti 9. Konečný seznam témat je uveden kapitole *Práce s daty a její výsledky*.

5.2 Etické hledisko výzkumu

Protože je endometrióza pro ženy často citlivým tématem, byl kladen důraz na dodržování etických principů v průběhu celého výzkumného procesu. Všechny participantky byly před rozhovorem informovány o účelu rozhovoru, byly seznámeny se způsobem, jakým bude s daty zacházeno, informovány o možnosti neodpovědět na otázky či odstoupit od výzkumu, jelikož jejich účast je zcela dobrovolná. Byly také ujištěny o anonymizaci dat a dotázány na souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon.

Se všemi participantkami jsme před začátkem rozhovoru prošli informovaný souhlas (příloha č. 3), ujistili se jestli by participantka potřebovala něco dovysvětlit nebo se zeptat, a participantka ústně potvrdila informovaný souhlas.

Za účelem zachování anonymity participantek bylo každé z nich přiřazené fiktivní jméno, které nemá žádnou spojitost s jejich reálným jménem. K přepisům všech rozhovorů má přístup pouze výzkumnice a dokumenty jsou taktéž anonymizovány. Pro zajištění anonymity byly nahrávky rozhovorů po transkripci smazány.

5.3 Reflexe výzkumnice

Před zahájením analýzy dat pomocí tematické analýzy je nezbytné reflektovat vlastní motivace k provádění výzkumu v dané oblasti a zhodnotit míru objektivity.

Volba tématu mé bakalářské práce byla ovlivněna dvěma faktory. Za prvé, v období volby tématu práce jsem sama pociťovala symptomy, které se s endometriózou mohly spojovat. Tato osobní zkušenost mne přirozeně vedla k hlubšímu zkoumání problematiky. Za druhé, během studia relevantních materiálů jsem si všimla překvapivého nepoměru mezi relativně vysokou prevalencí onemocnění a množstvím vědeckých poznatků jak o onemocnění samotném, tak o jeho souvislosti s psychickým prožíváním žen. Zejména absence zkoumání psychických dopadů endometriózy ve mně vzbudila motivaci přispět k rozšíření povědomí o tomto tématu.

Několik měsíců po výběru tématu byla endometrióza diagnostikována i mně. Tato osobní zkušenost mi bezpochyby přinesla hlubší vhled do prožívání žen s tímto onemocněním; zároveň se jako výzkumnice vědomě snažím zachovat objektivní pohled a odstup. Symptomy endometriózy mi od doby diagnostiky téměř vymizely a věřím, že tato skutečnost mi umožňuje zachovat objektivitu ve výzkumu a nenarušuje mé analytické myšlení.

6 TVORBA DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

6.1 Tvorba dat

Zvolenou metodou tvorby dat je **polostrukturovaný rozhovor**, který je charakteristický předem připraveným souborem otázek, na které se však výzkumník nemusí ptát v přesném pořadí a může se v případě potřeby doptávat dalšími otázkami (Ferjenčík, 2010). Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen díky své flexibilitě a současnému zachování určité struktury.

Participantky si mohly zvolit, zda preferují poskytnout rozhovor osobně či přes videohovor. Kromě dvou rozhovorů uskutečněných osobně byly všechny rozhovory uskutečněny přes videohovor, konkrétně přes platformu Messenger, na které probíhala také předchozí domluva s participantkami. Možnost videohovoru byla nabídnuta, jelikož participantky pocházely z různých krajů České republiky a jedna pobývala dlouhodobě v zahraničí, tudíž pro ně byla tato forma jednodušší. Délka rozhovorů se pohybovala mezi 30 a 60 minutami, rozhovor byl se souhlasem participantek nahráván na diktafon a následně přepsán do písemné podoby.

V průběhu rozhovoru se výzkumnice primárně řídila otázkami v pořadí, v jakém byly uvedeny v osnově rozhovoru, povaha polostrukturovaného interview však umožnila případné přizpůsobení pořadí otázek vyprávění participantky, aby byla zachována plynulost rozhovoru. Pro ujasnění či rozvedení informací byly kladeny doplňující otázky.

Rozhovory byly rozděleny do třech okruhů otázek. První okruh sestával z otázek ohledně sociodemografických údajů participantek; druhý okruh se týkal informací o samotné diagnóze endometriózy, kdy participantky popisovaly své symptomy, jak dlouho mají onemocnění diagnostikované a jak dlouho trvalo, než po nástupu symptomů zjistily správnou diagnózu, a v neposlední řadě také informace ohledně případné léčby, kterou podstupují.

Třetí a zároveň hlavní okruh se již skládal z otázek na vliv endometriózy na sebepojetí participantek. Na začátku bylo krátce vysvětleno, co pojem sebepojetí znamená, aby participantky byly se vším obeznámeny. Okruh byl dále rozdělen do 3 částí, které byly podle výzkumných otázek zaměřeny na obecné a tělesné sebepojetí, sebepojetí

v rámci partnerských vztahů a sebezpojetí jako ženy. Konkrétní osnova otázek je zahrnuta v přílohách práce (Příloha č. 4).

6.2 Výzkumný soubor

Potenciální participantky byly osloveny prostřednictvím sociální sítě Facebook. Zveřejnili jsme příspěvek s grafickou výzvou k účasti ve výzkumu na facebookové skupině *Endometrióza CZ*, která sdružuje zhruba 6,8 tisíc žen s endometriózou. Metodou výběru výzkumného souboru byl tedy **samovýběr**, který vychází z předpokladu projevení aktivního zájmu participantů a je charakteristický svým principem dobrovolnosti, kdy si sama participantka vybírá, zda chce na výzvu zareagovat a výzkumu se zúčastnit (Miovský, 2006).

Pro výběr výzkumného souboru jsme stanovili následující kritéria:

- Diagnostikovaná endometrióza pomocí ultrazvuku či laparoskopie – pro účely výzkumu jsme hledali ženy, které mají endometriózu spolehlivě diagnostikovanou.
- Věk 20–35 let – na základě výzkumných otázek jsme hledali ženy v období mladé dospělosti, ve kterém obvykle řeší otázky mateřství, identity, hledání partnera a práce.
- Bezdětnost – vzhledem k výzkumné otázce zaměřené na mateřskou roli a strach z neplodnosti jsme hledaly ženy, které ještě děti nemají.

6.2.1 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal z 9 participantek ve věkovém rozmezí 25–34 let. Níže přikládáme tabulku se shrnutím základních sociodemografických údajů o participantkách. Chtěli bychom připomenout, že se jedná o fiktivní, nikoliv skutečná jména participantek.

Tabulka 1: Shrnutí informací o výzkumném souboru

	věk	nejvyšší dosažené vzdělání	povolání	rodinný stav
Barbora	34	bakalářské	obchodní	svobodná (ve vztahu)
Johana	29	střední s maturitou	sekretářka	vdaná
Karolína	29	inženýrské	právní dokumentace	vdaná

Lenka	31	vyšší odborná škola	učitelka ve školce	svobodná (ve vztahu)
Eliška	26	střední s výučním listem	sociální pracovníce	rozvedená
Lucie	27	magisterské	DPH consulting	svobodná
Monika	28	bakalářské	PR manažerka, dálkové studium VŠ	svobodná (ve vztahu)
Sára	30	inženýrské	datová analytička	svobodná
Adriana	25	bakalářské	účetní	svobodná

Nyní stručně představíme každou z participantek a její zkušenost s endometriózou, aby o nich měl čtenář lepší představu.

Barbora má některé ze symptomů endometriózy (silnou menstruaci) již od svých 11 let, ale uvádí, že na tom nikdy neviděla nic zvláštního. Následně se přidaly i velmi silné bolesti při menstruaci a při pohlavním styku, ale lékaři nic nenašli. Symptomy v jejích 26 letech došly až k takovému extrému, že Barbora musela být záchrankou odvezena do nemocnice, kde se dozvěděla, že má velkou cystu a endometriózu. Popisuje však špatné zkušenosti s komunikací lékařů, kdy ji při velmi silných křečích obviňovali, proč chodí cvičit, když má tak velkou cystu. Barbora však o cystě ani o endometrióze nic nevěděla. Podstoupila dvakrát laparoskopickou operaci, a v současnosti užívá hormonální antikoncepci ke zmírnění symptomů. Její zdravotní stav se po diagnostice zlepšil.

Johana prožívá symptomy endometriózy už zhruba 4 roky, které se u ní projevují hlavně během prvních 2 dnů menstruace. V těchto dnech je stěží schopna normálně fungovat kvůli silným bolestem v podbřišku, ze kterých i omdlévá a které vystřelují i do nohou a zad; dále popisuje nevolnost, migrény a problémy s vyměšováním. Během zbytku měsíce je víceméně bez bolestí, ale během těch 2 dnů se projeví všechny symptomy najednou a v plné síle. Endometrióza jí byla diagnostikována 2 měsíce před naším rozhovorem – diagnostický proces tedy trval téměř 4 roky. Johana nepodstupuje žádnou léčbu, uvádí, že jí bylo lékaři doporučeno do roka otěhotnět a až teprve pak případně začít s léčbou. Její zdravotní stav se tedy od diagnostiky mírně zhoršil.

Karolína již od puberty prožívá velké bolesti při pohlavním styku. S gynekoložkou však k žádnému řešení nedospěly, jelikož jí tvrdila, že vše má jen v hlavě a že když se opije,

bude to lepší – Karolíně bylo v té době 15 let. Užívala tedy 10 let hormonální antikoncepci, ale když ji ve 25 letech vysadila, došlo k rychlému zhoršení symptomů – pánevní bolesti ji trápily kolem 20 dní z měsíce. Endometrióza jí byla diagnostikována před půl rokem téměř náhodně při laparoskopii, kterou podstoupila kvůli zjištění důvodu neplodnosti. Karolína popisuje, že symptomy endometriózy má již asi 10 let: na diagnózu tedy čekala přes 9,5 let. Díky hormonální léčbě se od diagnostiky zbavila téměř všech bolestí.

Lenka popisuje prožívání silných bolestí již od své první menstruace. Lékař jí předepsal ve 14 letech hormonální antikoncepci, která ale proti bolestem nepomáhala a Lenka popisuje, že se bolesti téměř nedaly zvládnout. Reakce gynekologa byla, že to musí vydržet. Na nic se tedy nepřišlo až do Lenčiných 28 let, kdy antikoncepci vysadila a symptomy propukly naplno: po 14 letech bolestí se dozvěděla, že má endometriózu. Podstoupila laparoskopickou operaci a od té doby má nitroděložní tělísko, které jí od symptomů pomáhá. Popisuje velké zlepšení svých symptomů od doby diagnózy.

Eliška zažívala silné bolesti při menstruaci od svých 13 let. Protože však její matka měla podobné problémy a navštěvovaly stejnou gynekoložku, bylo Elišce řečeno, že bolesti k menstruaci prostě patří a má je po matce. Musela tedy velké bolesti při menstruaci a při pohlavním styku vydržet až do 23 let, kdy se jí vytvořila velká cysta na vaječníku a musela na operaci, během které objevili i endometriózu. Její ložiska už byla tak rozsáhlá, že lékaři museli vyoperovat části střeva. V současnosti má Eliška nitroděložní tělísko, které její bolesti zmenšuje.

Lucie dostala menstruaci relativně brzy, ve svých 10 letech, a už od té doby ji měla spojenou s velmi silnými bolestmi, které si jako dítě neuměla vysvětlit. Postupně se přidávaly i další symptomy, a tak začala užívat hormonální antikoncepci. Tu během příštích let zkusila dvakrát vysadit, ale kvůli zhoršování symptomů se k ní vždy musela vrátit a užívá ji i v současnosti. Lucie měla již dlouho své podezření, ale definitivního potvrzení diagnózy se dočkala až 3 měsíce před našim rozhovorem – tedy 17 let od nástupu symptomů. Od užívání posledního druhu antikoncepce se její stav zlepšil, popisuje, že by bez ní nebyla schopná normálně fungovat.

Monika vzpomíná, že od svých 15 let měla menstruační bolesti tak silné, že nebyla první dva dny cyklu schopna fungovat. Vnímala však, že to je normální. Půl roku před rozhovorem se její obtíže začaly zhoršovat a bolesti se objevovaly během celého cyklu,

a na základě toho navštívila lékaře, který ji endometriózu diagnostikoval ihned. Určit diagnostickou prodlevu je tedy těžké.

Sáru začaly symptomy trápit zhruba před 5 lety, kdy se zhoršily její bolesti po pohlavním styku. Stejně jako u Moniky došlo i u Sáry k určení správné diagnózy poměrně rychle. Sára od 15 užívala hormonální antikoncepci s krátkými přestávkami vlastně až do doby diagnózy, a poté antikoncepci začala střídat s cílenou hormonální léčbou, což její stav zlepšilo a tak vše vysadila. Nyní rok a půl žádné léky neužívala, ale možná bude muset opět začít, protože se její obtíže zase vracejí. U Sáry diagnostická prodleva nebyla skoro žádná.

Adriana trpí na velmi bolestivou menstruaci již od puberty, setkala se však s normalizací ze strany lékařů – od svého gynekologa se dozvěděla, že je to u žen normální a ať užívá Ibalgin. Až poté, co se její bolesti před rokem rozšířily téměř na celý cyklus, změnila lékaře, který jí ihned diagnostikoval endometriózu. Na diagnózu tedy čekala přes 10 let. Ze symptomů popisuje velmi silné bolesti, které ji současně trápí většinu dní v měsíci a budí ji často i několikrát za noc, nevolnost a návaly horka. Kvůli symptomům musela změnit svůj životní styl, což vyústilo v deprese. Adriana podstoupila laparoskopii, po které se však její zdravotní stav ještě zhoršil, nejspíše kvůli pooperačním srůstům. V současnosti uvažuje nad hormonální antikoncepcí a doufá, že by jí mohla pomoci.

Společná témata

Nyní bychom krátce shrnuli témata, která se u participantek často vyskytovala. Velká část participantek měla symptomy již od puberty, což často vedlo k jejich normalizaci, protože to tak měly „odjakživa“. Normalizace bolesti se mnohokrát dopouštěli i gynekologové, což vedlo k prodloužení intervalu před správnou diagnostikou. Když nezahrneme Moniku a Barboru, u kterých tento údaj není přesně jasný, medián diagnostické prodlevy, tedy doby od nástupu symptomů po stanovení správné diagnózy, je v našem výzkumném souboru 10 let. Dalším jevem, který většina participantek také popisovala byl, že se v období bolestí musí „nadopovat“ či „sjíždět“ prášky proti bolesti, aby byly schopny fungovat – ale ani prášky často nezabírají. Zdravotní stav většiny participantek se ale po započetí léčby zlepšil.

7 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

V následující kapitole prezentujeme společná témata, která jsme identifikovali pomocí tematické analýzy napříč rozhovory. Na základě výzkumných otázek jsme rozpoznali čtyři hlavní témata, která jsou následně rozdělena do konkrétnějších podtémat doplněných o ilustrativní úryvky dat.

7.1 Výsledky analýzy dat

Tabulka číslo 2 shrnuje témata a podtémata, která jsme v rozhovorech identifikovali. V následujících podkapitolách každé téma představíme podrobněji.

Tabulka 2: Zobrazení společných témat

TÉMA	PODTÉMA
obecné sebepojetí	přijetí onemocnění jako své součásti
	vliv hormonální léčby na sebepercepci
	hledání příčin onemocnění ve své psychice
tělesné sebepojetí	zhoršení vztahu ke svému tělu
	zlepšení vztahu ke svému tělu
„Já“ jako partnerka	„Bojím se, že si najde nějakou zdravou“: snížené sebehodnocení
	„Jsem lepší partnerkou“: zvýšení sebehodnocení
„Já“ jako žena	role matky
	role pracující ženy

7.1.1 Obecné sebepojetí

Sebepojetí se skládá z mnoha mentálních reprezentací Já, které nelze pravděpodobně shrnout do jednoho celkového Já. V rámci tématu *Obecné sebepojetí* tuto premisu máme

na mysl, chtěli bychom však popsat vlivy endometriózy, které se prolínají vícero složkami. Já a nelze je zařadit do jedné konkrétní.

Co se týče vztahu k sobě, 2 participantky popisují, že se obecně zhoršil; 2 participantky uvádí že endometrióza nemá na jejich vztah k sobě vliv; a 1 participantka popisuje obecné zlepšení vztahu k sobě. U ostatních 4 participantek se v některých ohledech zhoršil, a v některých zlepšil.

Přijetí onemocnění jako své součásti

Smíření s onemocněním participantky prožívaly do velké míry v závislosti na závažnosti projevů. **Monice** a **Barboře** se díky léčbě téměř úplně ulevilo od symptomů. Endometriózu přijaly víceméně jako svou součást a uvádí, že jsou s onemocněním smířené, i když Barbora dodává, že až přestane užívat hormonální antikoncepci, nejspíš bude vše jinak. **Johana**, která žádnou léčbu nepodstupuje a jejíž symptomy se v poslední době spíše zhoršují, je také s onemocněním relativně smířená, k čemuž jí pomohlo uvědomění, že endometrióza ji nedefinuje, ale je to pouze její součást. **Karolína** si již roky před diagnostikou myslela, že endometriózu má a stanovení správné diagnózy jí pomohlo díky úlevě od bolestí. **Lucie** a **Lenka** onemocnění většinou onemocnění přijímají, avšak když je zasáhnou silné bolesti, je to pro ně těžší. **Sára** také uvádí, že se onemocnění snaží přijmout, ale kvůli současně zhoršujícímu se stavu to tolik nejde. **Eliščin** stav se díky léčbě zlepšil, popisuje, že se s endometriózou naučila nějak žít, ale doufá že se jí nikdy nevrátí stavy, které zažívala předtím. **Adriana**, kterou symptomy velmi trápí, uvádí že si každý den přeje, aby ji neměla.

Vliv hormonální léčby na sebepercepci

Tématem, které prožívala velká část participantek kontinuálně užívající hormonální antikoncepci (HA) či jiný typ hormonální léčby, byl její vliv na vnímání sebe sama. Participantky popisují, že se **necítí býti stoprocentně samy sebou** a vnímají, že jsou jiné než před započítím léčby. Například **Sáře** užívání HA vadí, protože se pak cítí být úplně zaplavena hormony a „*jak kdyby byla frigidní*“. Také **Barbora** užívá HA kontinuálně a nemá tedy menstruaci; cykličnost jí však chybí a popisuje se pod vlivem HA jako „*taková plochá, [...] pořád jak na bodu mrazu*“. Dále uvádí, že je více náladová a má sníženou sexuální touhu. **Karolíně** se díky léčbě velmi ulevilo i psychicky, ale vzápětí dodává, že kvůli umělým hormonům se nevnímá stoprocentně taková, jaká je ve skutečnosti. Vliv

hormonální antikoncepce se však u těchto participantek projevuje i zprostředkovaně skrze výrazné zlepšení symptomů, které je spojeno se zlepšením celkového psychického stavu.

Zajímavým fenoménem, který se objevoval u všech participantek užívajících HA v orální formě, jsou **smíšené pocity ohledně samotného užívání hormonů**. Většina z nich popisovala určitou míru vnitřního odporu, ale zároveň uváděly, že nemají moc na výběr, jelikož jim léčba velmi pomáhá a jsou za to rády. **Sáře, Karolíně a Lucii** byla předepsána HA již od puberty, většinou kvůli nezvladatelným bolestem při menstruaci. Mezi 21 a 24 lety ji všechny vysadily, načež se jejich symptomy začaly opět rychle zhoršovat, a tak se vrátily k jejímu užívání. Lucie a Sára tímto procesem prošly dokonce dvakrát. **Barbora**, které se endometrióza začala projevovat později, po zjištění diagnózy léčbu HA nejprve odmítla, avšak kvůli zhoršujícímu se stavu ji po dvou letech užívat začala. V trochu odlišné situaci se nachází **Adriana**, která sice dosud HA neužívala, popisuje ji však jako svou poslední naději na normální život. Přesto však ohledně započetí tohoto způsobu léčby kvůli jeho povaze váhá. Všechny zmíněné participantky spojuje vnitřní boj s nutností užívat hormonální léčbu, kde na jedné straně stojí výrazné zlepšení symptomů a na straně druhé povaha léčby, tedy každodenní užívání umělých hormonů. Participantky tento boj prožívají následovně:

„Když se to [symptomy] úplně upozadilo, tak já jsem ho [gynekologa] přemluvila, abysme nebrali vůbec žádné léky, takže teďka v podstatě jsem rok a půl čistá.“ „Gynekolog říkal, že se to zvětšuje [...] a smiřuju s tím, že zase budu brát ty léky. [...] Je to takový jako „ještě ne, ještě ne, ještě ne“ že se mi fakt nechce, ale když se tomu budu bránit – co je pro mě prioritnější, aby se to dalo do pořádku na základě dalších 2 let, [...] nebo chci, aby to bylo větší a omezovalo mě to v jiném směru?“ (Sára)

*„Teďka s tím furt vnitřně bojuju, ale zase si říkám, [...] že radši budu na těch chemických sra*kách, než zažívat ty bolesti.“ (Karolína)*

Kontinuální, několik let trvající hormonální léčba, ke které participantky nevidí alternativu a se kterou jsou vnitřně v nesouladu může ovlivňovat jejich sebepojetí. Způsobem ovlivnění, který jsme v rozhovorech rozpoznali, je vnímaný vliv HA na sebepercepci a emoční prožívání.

Hledání příčin onemocnění ve své psychice

Několik participantek přisuzovalo či částečně spojovalo vznik onemocnění se svou psychikou. Jednalo se většinou o informace, které participantky někde slyšely nebo četly, a které údajně vysvětlovaly vznik endometriózy skrze určité psychické problémy. **Johana**

například popisuje, že její onemocnění mohlo vzniknout z nedostatku sebelásky a sebez péče, či nedostatečného dbání na svou ženskou stránku. **Karolína** také slyšela, že má endometriózu kvůli nedostatečnému sepejetí se svým ženstvím a kvůli tomu, že neumí říkat lidem „ne“; uvažuje nad tím, že na tom něco bude. **Lenka** zase hledá příčinu ve vztazích, například partnerských, ale uvádí též pocit úlevy, když se dozvěděla, že endometrióza může mít i genetický původ a že si onemocnění nezavinila sama. **Lucie** přemýšlí, že by endometriózu mohly vysvětlit události z jejich minulých životů.

Částečně na základě těchto subjektivních příčin se participantky snažily o změnu v dané oblasti, která by endometriózu měla způsobovat. **Johana**, **Karolína**, **Lenka** a **Barbora** zdůrazňují svou snahu o zvolnění životního tempa, zmiňují že se naučily více odpočívat a šetřit své tělo. Od zjištění diagnózy se snaží svému tělu více naslouchat a nevystavovat ho zbytečnému stresu, **Johana** zmiňuje, že se snaží své tělo hýčkat. **Lenka** se od doby diagnózy rozhodla sama sobě více věnovat a pracovat na sobě, zejména na svém sebevědomí. **Sára** a **Johana** začaly prožívat a zdůrazňovat svou ženskou stránku více než dříve, mluví o větší péči o sebe či změnách v šatníku, díky kterým se mohou ve větší míře brát jako ženy.

7.1.2 Tělesné sebepojetí

Endometrióza má jakožto somatické onemocnění vliv na to, jak ženy vnímají své tělo a jaký k němu mají vztah. Každá z participantek prožívala vliv endometriózy jinak, ale u většiny došlo ke změně tělesného sebepojetí – jak k horšímu, tak k lepšímu.

Zhoršení vztahu ke svému tělu

Z různých důvodů se vztah participantek ke svému tělu kvůli endometrióze zhoršil. **Eliška**, **Karolína**, **Barbora** a **Adriana** popisují snížený pocit atraktivity a snížené sebevědomí. **Eliška** uvádí, že neměla dobrý vztah ke svému tělu ani dříve, ale teď se ještě zhoršil kvůli jizvám z laparoskopie. Stydí se za své jizvy i tělo celkově a nemá ráda, když ho vidí někdo jiný. Také **Barbora** uvádí, že změna není nijak velká, ale přijde si teď „divná“ a vadí jí, že se její tělo tak rychle unaví. **Karolína** popisuje, že před začátkem léčby prožívala velké výkyvy ve vztahu ke svému tělu a často se cítila jako „úplně ta nejhmusnější na světě“. Nelíbila se sama sobě a uvádí, že během menstruace měla vždy chuť se někam schovat a období přečkat sama, aby ji nikdo neviděl. Tyto pocity však skrze zklidnění symptomů zmírnila hormonální léčba. U **Adriany** se téma zhoršení vztahu ke svému tělu projevilo trochu jiným způsobem: před zhoršením symptomů a zjištěním diagnózy měla své tělo ráda

a líbila se sama sobě, avšak v současnosti kvůli velmi častým bolestem nemá sílu vařit si zdravě a cvičit tak, jak byla zvyklá. Nyní popisuje, že se sama sobě přestala líbit, jelikož přibrala na váze a nemá energii dbát o svůj vzhled tolik jako dříve. K tomu se přidává vztek směřovaný na své tělo a na bolesti, které Adrianě způsobuje. „*Nesnáším ty bolesti a nesnáším své tělo – co jsem mu kdy udělala, že se ke mně chová takhle? Nepřijdu si už ani pěkná, přestala jsem o sebe vlastně dbát, protože mám sílu jen na to bare [naprosté] minimum věcí k přežití.*“

Zlepšení vztahu ke svému tělu

Zatímco u některých participantek se tělesné sebepojetí kvůli endometrióze zhoršilo, u jiných došlo po stanovení diagnózy naopak ke zlepšení sebepercepce i vztahu ke svému tělu. Endometrióza vedla v tomto případě k větší péči o své tělo, větší toleranci a vděčnosti za to, co tělo dokáže a zvládne. Například **Johana** vypráví o tom, že od diagnostiky si více připouští zranitelnost svého těla a v návaznosti na to o něj více pečuje, a snaží se více odpočívat a ulevit mu, když přijdou bolesti. „*Opravdu vnímám to, že to tělo má někde nějaký problém a fakt je potřeba si ho hýčkat.*“ Také **Lence** se vztah k tělu od diagnostiky zlepšil, uvádí, že své tělo má od té doby víc ráda a přijímá svůj vzhled. Stejně jako Johana se snaží o své tělo více pečovat, zmiňuje úsilí o volnější tempo v životě, aby své tělo tolik nezatěžovala stresem. Navíc Lenka popisuje vděčnost, kterou ke svému tělu cítí: „*Fakt fakt fakt díky moje tělo, že to takhle dáváš, a že se mi to ještě pořád [po operaci] nevrátilo.*“

7.1.3 „Já“ jako partnerka

Důsledky endometriózy nezasahují pouze ženy samotné, ale i jejich vztahy a partnery, například skrze změny v intimním životě, riziko neplodnosti či vnímanou atraktivitu ženy. Ve výzkumu jsme se proto zaměřili i na to, jak se participantky vnímají v roli partnerek.

„Bojím se, že si najde nějakou zdravou“: snížené sebehodnocení

V souvislosti s vnímáním sebe sama jako partnerek se u participantek nejčastěji objevovaly obavy, že nejsou dostatečně dobrými partnerkami a že je kvůli dopadům endometriózy jejich partner opustí, nebo že si žádného partnera nenajdou. Tyto obavy většinou pramenily z pocitu snížené atraktivity, strachu z neplodnosti, nebo souvisely se sníženým libidem či bolestmi při pohlavním styku. U několika participantek se také

objevovalo téma snížené možnosti společných aktivit s partnerem a vnímání sebe sama jako ‘nemocných’.

Obavy z opuštění partnerem kvůli projevům endometriózy někdy potkaly tři participantky, a **obavy z nenalezení partnera** dvě participantky. **Adriana** a **Karolína** čelily pochybnostem, zda jsou kvůli endometrióze pro partnera dostatečně atraktivní, což souviselo také se změnami v jejich tělesném sebepojetí. Obavy **Lenky** a **Barbory** se týkaly hlavně hrozby neplodnosti, respektive jak dokážou být dosti dobrými partnerkami, pokud nebudou moci mít děti. Lenka své pocity popsala následovně: *„Bála jsem se, že mě třeba partner skrz to opustí, skrz tydle problémy, že jsem si třeba říkala: on si bude chtít najít nějakou jinou, která bude zdravá a která mu to dítě hned třeba dá, než aby se mnou prožíval takovýhle problémy.“* Rozchod s partnerem kvůli riziku neplodnosti zažily **Adriana** a **Lucie**.

Opakujícím se tématem v oblasti *Já jako partnerka* byl stres, strach a vina týkající se intimního života žen. Většina (6) participantek popisovala **bolestivý pohlavní styk**, s čímž bylo občas spojeno i snížená sexuální touha. Participantky proto měly obavy ze zklamání partnerových očekávání; někdy se setkávaly s pochopením, ale někdy zase s nátlakem a nerespektováním jejich bolesti, jako například **Eliška**. *„Pak jsem si našla partnera a s tím mě to při pohlavním styku nebolelo. Anebo když jo, tak měl větší porozumění, ale zároveň mi řekl, ať si nezkouším furt vykládat, že mě to bolí a tak.“* Co se týče hledání potenciálních partnerů, má Eliška strach, že se jí nikdy nepodaří najít partnera, který by její obtíže pochopil a bezpodmínečně přijal. **Karolína** popisovala, jak ji několik bývalých partnerů kvůli bolestem při pohlavním styku opustilo, což se podepsalo na jejím sebehodnocení. Také **Sára** uvádí, že bolestivý pohl. styk znesnadňoval navazování nových vztahů, jelikož své symptomy vždy musela dopředu komunikovat. **Barbora** a **Lenka** sdílejí, že sice mají tuto oblast s partnery „vyřešenou“, přesto však bolesti přináší omezení do vztahu a přály by si, aby tomu bylo jinak.

Dále měly participantky pochybnosti o sobě jako partnerce kvůli skutečnosti, že se **vnímaly jako nemocné, ne-zdravé**. Často skloňovaným aspektem byla snížená schopnost být společně s partnerem aktivní nebo časté bolesti, které ženy zažívají. Participantky se také srovnávaly s jinými, zdravými ženami ve své schopnosti naplnit roli partnerky.

„Měla jsem furt ty bolesti a vlastně jsem byla nemocná a bylo se mnou furt něco špatně. Tak jsem věděla, že on [partner] se může jen sbalit a najít si [...] někoho o koho se nebude muset furt jen starat, ale s kým bude moct i podnikat spoustu věcí.“ (Adriana)

„Pak jsem se bála, aby třeba mě [partner] neřekl: hele viš co, já tohle s tebou nechci podstupovat. Člověk furt nad tím přemejšlí, jestli jsem pro něho dost dobrá, jestli mu to nevadí ta nemoc a takový...“ (Lenka)

„Jsem lepší partnerkou“: zvýšení sebehodnocení

Dvě respondentky vnímaly, že endometrióza určitým způsobem jejich vztahy obohatila, a tím i zvýšila jejich sebehodnocení jako partnerek. Cítí se ve vztahu spokojenější a jistější po všem, čím si s partnerem prošli. Obě respondentky uvádí tuto změnu po určení diagnózy a úlevy od příznaků díky léčbě. **Monika** pociťuje pozitivní změnu dynamiky ve vztahu: ustoupila z určité dominantní, řídicí role do pasivnější role, kdy přenechává vedení více na partnerovi a nechává o sebe více pečovat. Popisuje, že se díky nemoci začala více šetřit a je takto sama se sebou i ve vztahu spokojenější. *„Čím dál víc se stávám bych řekla pasivnější a vlastně i zranitelnější, ale ve smyslu toho, že chci, aby ten partner se o mě postaral a dal mi to jak kdyby najevo.“* Také **Karolína** se ve vztahu cítí lépe, období vážných symptomů přirovnává k určité zkoušce vztahu, kterou s partnerem ustáli a jsou si teď blíže. Díky tomu se teď cítí ve vztahu i ve své partnerské roli jistěji.

7.1.4 „Já“ jako žena

Pro většinu participantek ovlivnila endometrióza způsob, jakým vnímají a prožívají svou ženskost. Na základě výzkumných otázek jsme se v rozhovorech věnovali dvěma aspektům ženství: „žena jako matka“ a „pracující žena“. Mít děti a naplňující profesní život by se dalo považovat za jedny z cílů období mladé dospělosti.

Role matky

Důležitost této role pro celkové sebepojetí ženy se v rámci našeho výzkumného souboru lišila, kdy 5 žen velmi trápil **strach z neplodnosti**.

Pro Lenku a Moniku je těhotenství a mateřství velmi zásadním tématem: obě jej označují za svůj sen. **Lenka** svůj strach z neplodnosti rozvádí slovy, že odjakživa toužila po tom být mladá maminka a mít dítě je pro ni takovým ženským posláním. Jednou již prodělala samovolný potrat a prožívá silné obavy, že se jí otěhotnět nepodaří. Pocity strachu a stresu prožívá i **Monika**, pro kterou byly myšlenky na neplodnost tím prvním, co ji po sdělení diagnózy napadlo. Během rozhovoru se však Monika podělila o radostnou zprávu, že je čerstvě těhotná. Pro obě respondentky je mateřství klíčovým aspektem ženství a hrozba

neplodnosti je velmi zasáhla, což Monika vyjádřila i smlouváním s určitou vyšší mocí: „*Já jsem si jakoby i řekla, že klidně ty bolesti budu mít celý život, jenom mi umožni mít dítě.*“

Pro **Elišku** je těžké žít s tím, že možná nikdy nebude moct mít děti. Snaží se však uklidnit tím, že kdyby se tento strach naplnil, alespoň bude znát důvod své neplodnosti. Setkává se s četnými otázkami od svých blízkých, proč ještě nemá děti, načež musí vysvětlovat svůj zdravotní stav; v současnosti se však rozhodla na podobné otázky neodpovídat. „*Se mě třeba kolikrát ptali, proč nemáš děti? A já jsem jim říkala, prostě se o tom nechci bavit. Nebudu vám na to odpovídat.*“

Některé participantky také velmi touží po mateřství, ale nemusí se nutně jednat o biologické mateřství. **Sára** a **Karolína** prožívají intenzivní obavy z možné neplodnosti, ale obě uvádí, že kdyby tato situace nastala, jsou relativně smířené s využitím možností dárkyně vajíček či adopce, což jim pomáhá obavy utěšit. „*Já když je [dětí] nebudu moct mít, tak jsme se [s partnerem] dohodli, že když to půjde, tak zkusíme dárkyně vajíček, abych to dítě jako odnosila, porodila. [...] My to máme takhle asi vyřešený, a já to mám v sobě vyřešený už roky, tady to téma.*“ (*Karolína*)

Lenka, Karolína a Sára také popisovaly nepříjemné pocity způsobené vlastním porovnáváním se s kamarádkami, které jsou těhotné nebo už děti mají. Participantky popisují smíšené pocity radosti, které prožívají s kamarádkami, ale i silného strachu a pochybností týkající se toho, zda se jim to někdy vůbec vydaří. „*Když mi nějaká kamarádka řekne, že je těhotná, tak já jsem jí nedokázala dát úplně takovou radost, kterou bych jí měla dát, spíš mě to vnitřně úplně ničilo. Že ona je těhotná a já ne. Já jsem samozřejmě to všem svým kamarádkám strašně moc přála. Byla jsem za to šťastná, ale mě to úplně užíralo a vždycky jsem přišla domů a vždycky jsem to obřečela.*“ (*Lenka*)

Další čtyři participantky vnímají, že jsou **ženami i bez dítěte**. Tak to prožívá například **Barbora**, která uvádí, že by sice s partnerem dítě chtěli, ale „*není to střed vesmíru*“. Podobně to má i **Lucie**, popisující jak nikdy neměla velkou touhu mít děti. Vidí se spíše jako kariérní typ a ve svém životě vnímá i jiná, možná důležitější poslání. Kdyby se Barboře nebo Lucii nevydařilo mít děti, nezasáhlo by to moc do jejich vnímání sebe sama jako ženy. Specifické situaci je vystavena **Johana**, která s partnerem v blízké době děti neplánovala, pokud vůbec, ale kvůli endometrióze byla vystavena určitému ultimátu – pokud se nepokusí o dítě co nejdříve, je šance že už se to nikdy nepodaří. Čelí tak stresu a nutnosti přehodnotit své plány a cíle, a rozhodnout se, zda chce být matkou. „*Vnímám se tak, že jsem*

schopná být ženou i bez toho dítěte, ale samozřejmě ty myšlenky tam občas jako jsou. Jestli člověk je dost, jestli tady má nějaký smysl bez toho a podobně. “ Naopak **Adrianě** se v tomto ohledu po diagnostice endometriózy do určité míry ulevilo, protože děti nikdy moc nechtěla, což ale její rodina a příbuzní nebrali vážně. Její sebepojetí jako ženy to tedy téměř nezasáhlo. *„Je to takový trochu osvobozující v tom, že mám reálnou kondici, se kterou přece nejde nic dělat, a je dost možný že ty děti reálně mít nemůžu. A oni mně na to nemůžou říct: ne, to přejde.“*

Role pracující ženy

Endometrióza měla u participantek vliv i na pracovní výkonnost, přičemž míra dopadu se lišila podle závažnosti a častosti symptomů.

Pochyby o své pracovní výkonnosti kvůli symptomům prožívaly **Johana, Lenka, Monika a Barbora**. Důvodem pro tyto pochybnosti je pocit, že již fyzicky nezvládají tolik práce jako jiní lidé nebo jako když byly zdravé, dále ztráta motivace, zhoršení výkonnosti kvůli silným bolestem či reorganizace pracovního času (brzké odchody z práce nebo výměny směn kvůli bolestem).

Dalším faktorem je znevažování symptomů endometriózy v pracovním prostředí, se kterým se setkaly **Karolína a Monika**. Obě popisují nepříjemné zkušenosti s komunikací o svých obtížích. Karolína je zažívá ve chvílích, kdy kvůli bolestem potřebuje na home office a musí své obtíže vždy vysvětlovat mnoha nadřízeným, u kterých se nesetkává s pochopením, a Monika zase ve chvílích, kdy je kolegy a nadřízenými vnímána jako přecitlivělá. *„Moje vedoucí se na mě dívala tak, že mě bolí vlastně záda, a to jí bolí taky. [...] Není to dost přesvědčivé na to jako nechodit do práce bych řekla... Jsem si připadala, že přece mi nic tak hrozného není v jejích očích.“*

Získaná data naznačují, že participantky nevnímají tato omezení jako faktory ovlivňující jejich sebepojetí.

7.2 Zodpovězení výzkumných otázek

V následující kapitole prezentujeme informace z jednotlivých témat, které umožnily zodpovězení výzkumných otázek stanovených v kapitole *Výzkumný problém*.

7.2.1 Jak souvisí endometrióza se sebepojetím žen, které ji mají?

Z našich dat vyplývá, že endometrióza ovlivnila sebepojetí participantek třemi způsoby. Prvním je **přijetí onemocnění jako své součásti**, které popisovaly 4 participantky; jedná se o určitou integraci endometriózy do svého Já, která participantkám pomohla se s ní smířit. Zde je zapotřebí dodat, že přijetí popisovaly zejména ženy, jejichž zdravotní stav se díky léčbě zlepšil a v současnosti se jim téměř úplně ulevilo od symptomů. Pro participantky, které bolestivé symptomy stále prožívají, je přijetí onemocnění těžší a v jednom případě je kvůli závažnosti symptomů v současné době téměř nemožné.

Užívání **hormonální antikoncepce** k léčbě endometriózy se u 3 ze 4 participantek, které ji užívají, projevilo **změnami v sebepercepci**. Ženy popisují, že se necítí být samy sebou, pociťují sníženou sexuální touhu a změny v emočním prožívání. Vnímají se jinak než před započítím léčby anebo popisují, že vnímání sama sebe je hormonální antikoncepcí ovlivněno. Všechny participantky užívající hormonální antikoncepci také popisovaly určitý **vnitřní boj** s nutností ji užívat, aby mohly žít normální život. Každodenní, několik let trvající užívání léků, se kterými jsou ženy ve vnitřním nesouladu a ke kterým zároveň neexistuje adekvátní alternativa, může představovat psychickou zátěž.

Více než polovině participantek (5) se od zjištění diagnózy zvedl zájem o **seberozvoj a sebepečí**, například v podobě zvolnění životního tempa, častějšího odpočinku, práci na svém sebevědomí a silnějšího prožívání své ženské stránky. Tento zájem často vzbudily (nepodložené) informace, že se endometrióza může objevovat z psychosomatických důvodů – například právě kvůli nedostatku sebepečí a prožívání své ženské stránky.

Co se týče **tělesného sebepojetí**, endometrióza negativně ovlivnila vztah ke svému tělu u 4 participantek. Ženy popisují snížený pocit atraktivity a sebevědomí, například kvůli ztátě síly na to o sebe dbát či kvůli jizvám po operacích; a také negativní emoce ohledně snížené funkčnosti těla, která se projevuje zvýšenou unavitelností a neschopností vykonávat běžné činnosti kvůli bolestem. V jednom případě se zde objevuje i vztek směřovaný na své tělo kvůli bolestem, které participantce způsobuje.

Endometrióza však ovlivnila tělesné sebepojetí i jinak, a to pozitivním směrem. Dvě participantky uvádí, že o své tělo od zjištění diagnózy více pečují, snaží se více odpočívat a zlepšil se jejich celkový vztah ke svému tělu.

7.2.2 Jak souvisí endometrióza se sebepojetím žen jako partnerek ve vztahu?

V rámci druhé výzkumné otázky jsme podobně jako u tělesného sebepojetí rozpoznali dva směry, kterými endometrióza sebepojetí žen ovlivnila. Zatímco některé participantky se v roli partnerky cítí po diagnóze endometriózy lépe, jiné se potýkají s pocity méněcennosti a frustrace.

Obavy z nenalezení nebo opuštění partnerem kvůli endometrióze někdy prožívalo pět participantek. Pochybovaly, jestli dokážou být dosti dobrými partnerkami, a k těmto pochybnostem je vedl hlavně pocit snížené atraktivity a strach, že nebudou schopné mít děti. Dalším důvodem pro **snížené sebehodnocení** v této oblasti byly negativní emoce (zejména stres a vina) vyvolané bolestmi při pohlavním styku, což velmi ovlivňovalo sexuální život partnerů. Participantky se obávaly nenaplnění partnerových očekávání. Co dále ženám snižovalo sebehodnocení, bylo vnímání sama sebe jako *nemocných*, jako zátěž pro partnera; to vedlo k obavám, že je partneri vymění za zdravější ženu.

Dvě participantky se naopak po zjištění diagnózy cítily v roli partnerky lépe, došlo tedy ke **zlepšení sebehodnocení**. Popisují pozitivní změnu dynamiky ve vztahu a převzetí role, ve které jsou nyní spokojenější, a také větší pocit jistoty v partnerské roli. I zde je důležité zmínit, že v obou případech došlo k pozitivní změně po úlevě od příznaků díky léčbě.

7.2.3 Jak vnímají ženy s endometriózou riziko neplodnosti v souvislosti s naplněním ženské role?

Velkou obavou a stresem bylo pro přibližně polovinu (5) výzkumného souboru riziko neplodnosti. Některé z nich vnímaly **mateřskou roli** jako úzce spojenou s ženskou rolí, a to se pak pojilo s vyšší mírou stresu a strachu z toho, že se jim toto své „poslání“ nepodaří naplnit. Další z těchto pěti participantek také prožívají obavy z neplodnosti, ale uvažují případně o využití umělého oplodnění či adopce. Jejich plánovaná role matky tím pádem není tolik ohrožena.

Čtyři participantky vnímají, že naplňují ženskou roli i bez dítěte a nepovažují mateřskou roli za zásadní pro své ženství.

7.2.4 Jak vnímají ženy vliv endometriózy na svůj profesní život a jak to ovlivňuje jejich sebepojetí?

Druhou zkoumanou oblastí ženské role byla role pracující ženy, a tedy i vnímání sebe sama jako přispívajícího člena společnosti. Zhruba polovina participantek (4) popisovala **snížení své pracovní výkonnosti** a to jak snížením výkonnosti v práci, tak nepřítomností v práci – oboje zapříčiněno bolestivými symptomy a únavou. Míra dopadu endometriózy na profesní život participantek se lišila podle závažnosti a častosti jejich symptomů.

Některé participantky se v pracovním prostředí setkávaly se **znevažováním symptomů endometriózy**, což bylo v našem výzkumu spíše menším tématem, ale domníváme se, že stojí za zmínění. Znevažování symptomů vyvolávalo v ženách pocit, že jsou přecitlivělé, jejich bolesti nejsou tak silné, aby byly brány vážně, a zároveň se musely vypořádávat s tabu, které okolo onemocnění reprodukční soustavy stále panuje.

Ani jeden z těchto aspektů však zásadně nezasáhl do sebepojetí participantek.

8 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo popsat, jak endometrióza ovlivňuje sebepojetí žen, které ji mají, a to v oblastech obecného a tělesného sebepojetí, sebepojetí jako partnerky a jako ženy.

Co se týče obecných údajů o endometrióze, charakteristika našeho výzkumného souboru vcelku odpovídala výsledkům zahraničních výzkumů zmíněných v první kapitole. Medián doby od nástupu symptomů po určení diagnózy činil 10 let, tedy stejně dlouho jako v Německu a Rakousku (Hudelist et al., 2012). Nástup symptomů již v dospívání a jejich následná normalizace souvisela s delší diagnostickou prodlevou, což odpovídá předchozím zjištěním, které označují časný nástup bolestí při menstruaci za rizikový faktor delší diagnostické prodlevy (Ghai et al., 2019; Hudelist et al., 2012; Staal et al., 2016). Téměř polovina participantek také věděla o příbuzné, která má endometriózu diagnostikovanou nebo trpí podobnými symptomy, stejně jako ve studii Sinaii et al. (2002). V neposlední řadě také většina (7) participantek vyhledala vedle tradiční léčby i pomoc léčby alternativní a podpůrné, a to hlavně fyzioterapii, metodu Ludmily Mojžíšové, doplňky stravy, homeopatika, úpravy jídelníčku a psychoterapii. U žen s endometriózou byla již dříve zjištěna větší tendence obracet se k alternativní a podpůrné léčbě než u běžné populace, nejspíše kvůli chronické povaze onemocnění (Sinaii et al., 2007).

V průběhu analýzy jsme rozpoznali tři hlavní tendence proměn v **obecném sebepojetí** žen. Téměř polovina participantek přijala onemocnění jako svou součást, což jim napomohlo ke smíření se s ním; jednalo se však zejména o ženy, kterým léčba zmírnila symptomy. Podobnost nacházíme ve výzkumech Facchin et al. (2018) a Hållstam et al. (2018), které také popisují smíření a lepší psychický stav spíše až po zlepšení bolestí. Mohli bychom tedy odvodit, že čím silnější a častější jsou bolesti, tím spíše může být sebepojetí žen negativně ovlivněno, což platilo i pro náš výzkumný soubor.

Užívání hormonální antikoncepce ke zmírnění symptomů endometriózy vedlo u většiny participantek, které ji užívaly, ke změnám v sebepercepci a emočním prožívání. Zatímco vztah mezi užíváním hormonální antikoncepce a sebepojetím zatím nebyl téměř zkoumán, rozsáhlá kvantitativní studie Skovlund et al. (2016) upozornila na spojitost mezi užíváním hormonální antikoncepce a následnou depresivní symptomatikou a užíváním

antidepresiv. Hormonální antikoncepce tedy může sebepojetí ovlivňovat zprostředkovaně, skrze ovlivnění emočního prožívání.

Novým zjištěním této práce je snaha participantek o seberozvoj a sebepěči na základě diagnostiky endometriózy. Některé participantky projevily tuto snahu s cílem ulevit svému tělu a více odpočívat, jiné však jednaly na základě (vědecky neověřených) informací, že endometrióza může být způsobena psychosomaticky: například kvůli nedostatečné ženskosti, sebepěči či nízkému sebevědomí. Tato nebo podobná zdůvodnění vedla u participantek ke snaze o ‚nápravu‘ a zlepšení ve zmíněných oblastech, což hodnotily pozitivně – jako přínos endometriózy. Takový způsob přemýšlení však částečně přesouvá zodpovědnost za onemocnění na psychické prožívání žen, což může vzbuzovat pocity viny. Důvěra žen v tato zdůvodnění může pramenit z dosud neobjasněné etiologie onemocnění a snahy o nalezení alespoň částečného pocitu kontroly nad onemocněním, které se jinak jejich kontrole vymyká. Zároveň může poskytovat naději na vyléčení, pokud žena bude dostatečně pracovat na tom, ‚co se jí tělo snaží říct‘; naději, kterou v klasické léčbě nenaleznou. Tento jev by mohl souviset i s častějším vyhledáváním alternativních a podpůrných způsobů léčby.

Negativní vliv endometriózy na **tělesné sebepojetí** byl potvrzen v mnoha studiích (Facchin et al., 2018; Mills et al., 2023; Moradi et al., 2014; Volker & Mills, 2022), jak jsme uvedli ve třetí kapitole. Výsledky naší práce těmto závěrům odpovídají pouze částečně, protože ženám v našem výzkumném souboru se tělesné sebepojetí změnilo jak k horšímu, tak k lepšímu, a u několika participantek na něj endometrióza neměla téměř vliv. Nejprve se budeme věnovat negativnímu vlivu endometriózy na tělesné sebepojetí žen. Snížený pocit atraktivity kvůli endometrióze popisovala téměř polovina participantek, zejména kvůli přibírání na váze, jizvám po operaci či celkovému pocitu zhnusení ze svého těla. Tato zjištění korespondují se zjištěními výzkumu Mills et al. (2023), který zmiňuje stejné oblasti nespokojenosti společně s nadýmáním břicha. Stav konfliktu s vlastním tělem spočívající v pocitu, že jejich tělo musí ženy snad nenávidět, když jim způsobuje takové bolesti, popisuje ve stejné studii Mills et al. (2023). Tento pocit zmiňovala v našem výzkumu 1 participantka. Podobně jako ve výzkumu Moradi et al. (2014) se ukázalo, že endometrióza může tělesné sebepojetí žen ovlivnit také pozitivním směrem, jak se stalo u 2 participantek popisujících zlepšení vztahu ke svému tělu.

Kvůli endometrióze a jejím symptomům dochází k výrazným změnám i v partnerském životě, čímž je ovlivněno **sebepojetí žen jako partnerek**. Přes polovinu

participantek prožívalo pochybnosti, zda dokážou být dosti dobrými partnerkami kvůli pocitu snížené atraktivity, riziku neplodnosti, a bolestem při pohlavním styku. To vedlo k obavám z opuštění partnerem nebo z nenalezení partnera, které jsou popsány také ve výzkumu Fritzer et al. (2013) společně s pocity viny ohledně neschopnosti naplnit očekávání heterosexuálních vztahů (Fritzer et al., 2013; Hudson et al., 2015). Snížené sebehodnocení způsobené výše zmíněnými následky endometriózy souvisí s pocity nedostatečnosti a neschopnosti naplnit partnerskou roli tak jako zdravé ženy – což ve výzkumech Hawkey et al. (2022) a Hudson et al. (2015) ovlivňovalo i pociťovanou ženskost participantek.

Přestože většina participantek v našem výzkumu i v zahraničních výzkumech vnímá negativní dopad endometriózy na sebepojetí v partnerské roli, u dvou participantek došlo ke změně v pozitivním smyslu. V obou případech participantky vnímají, že pozitivní změnu způsobila endometrióza, ale došlo k ní až po zlepšení bolestí a jiných symptomů. Zmínku o pozitivní změně jsme v uvedených zdrojích nenašli.

V oblasti vnímání **ženské identity** jsme zkoumali důležitost **role matky**, jelikož endometrióza ovlivňuje reprodukční schopnosti žen a způsobuje riziko neplodnosti. Podobně jako zahraniční zdroje (Facchin et al., 2018; Facchin et al., 2019; Hudson et al., 2015; Mills et al., 2023), také naše data zde ukazují, že obavy z neplodnosti mohou být spojeny s pocity selhávání v ženské roli a ovlivňovat tak sebehodnocení žen.

Jak uvádí Macek (2019), mnohostrannost (multifacetovost) sebepojetí usnadňuje vyrovnání se s vlastními zklamáními, což jsme pozorovali i v našem výzkumném souboru. Participantky, pro které bylo ženství silně spojeno s mateřstvím, zasáhla zpráva o riziku neplodnosti více než participantky, které vnímaly mateřství pouze jako jednu z mnoha rolí žen. Také Marschall et al. (2021) popisuje, že vnímání endometriózy jako méně ústřední charakteristiky svého sebepojetí (společně s pociťovanou schopností aktivně ovlivňovat svou situaci a s faktorem podpory blízkých) souviselo s lepším duševním zdravím participantek.

Kromě obav z nenaplnění role matky kvůli riziku neplodnosti popisovaly zahraniční studie (Hawkey et al., 2022; Moradi et al., 2014) také ovlivnění schopnosti být dobrou matkou u žen s endometriózou, které již děti mají. Kvůli silným bolestem se nedokážou o své děti postarat tak, jak by chtěly. Naše práce toto téma nepokrývá, zasloužilo by si ale podrobnější zkoumání v českém prostředí.

Bolestivé symptomy endometriózy mají často za následek sníženou pracovní výkonnost i nepřítomnost v práci, s čímž se setkala zhruba polovina participantek našeho výzkumu. Tato omezení mohou v ženách ovlivnit vnímání sebe sama jako **přispívajícího člena společnosti**, což může ovlivňovat jejich sebepojetí. Hållstam et al. (2018) zjistili pocit bezcennosti u žen, které nedokázaly kvůli bolestem pracovat, podobně jako Mills et al. (2023), jejichž výzkum popsal pocit selhání jako přispívajícího člena společnosti, který ženy zažívaly kvůli neschopnosti udržet si práci. Tyto tendence se však v našem výzkumu neprojeví – pravděpodobně proto, že žádné z participantek symptomy endometriózy přímo nezabraňovaly v pracovní činnosti, přestože ji omezovaly.

Limity výzkumu

Závěry této práce je třeba posuzovat s ohledem na několik limitů. Zaprvé, jako metoda výběru výzkumného souboru byl zvolen samovýběr, který mohl ovlivnit charakteristiky výzkumného souboru. Na výzvu k účasti ve výzkumu mohly například častěji reagovat ženy, které mají větší schopnost a ochotu o své diagnóze mluvit a popsat její vliv na své sebepojetí.

Dále jsme během výzkumného procesu dospěli k otázce, zda je u žen, které mají pravděpodobně endometriózu již od období puberty, vůbec možné zkoumat změny v sebepojetí? Endometriózu (nebo alespoň jí podobné symptomy) mají už od období, kdy se jejich sebepojetí ještě formovalo. V naší práci jsme v takovýchto případech zkoumali vliv zjištění diagnózy, a také vliv zhoršování a zlepšování symptomů v průběhu času. Možná by ale v těchto případech bylo vhodnější porovnat sebepojetí během let, kdy ženy prožívaly bolesti, ale neznaly jejich příčinu, a sebepojetí po zjištění diagnózy, kdy už znají původ bolesti, ale ví také o aspektu chronicity, riziku neplodnosti a dalších následcích onemocnění.

Bývalo by také vhodné více zahrnout do uvažování nad vlivem na sebepojetí faktor závažnosti a frekvence symptomů endometriózy, jelikož sebepojetí většiny participantek souviselo se zátěží, kterou symptomy v daném období představovaly. Jako možné řešení se nabízí rozdělení participantek do podskupin na základě závažnosti prožívaných symptomů, což by ale nejspíše vyžadovalo větší výzkumný soubor.

Přínosy práce

Tato bakalářská práce přinesla náhled do problematiky sebepojetí žen s endometriózou. Poznatky získané analýzou dat přispívají k hlubšímu pochopení proměny

ve vztahu sama k sobě a vnímání sama sebe u žen s touto diagnózou, a zároveň otevírají prostor pro další zkoumání.

Práce přispívá k rozšíření povědomí o endometrióze a jejích možných dopadech na sebepojetí žen v České republice, kde se setkáváme se značnou mezerou v dostupných informacích v této oblasti. Práce se snaží přispět k zaplňování této mezery.

Práce může být také přínosem pro odborníky, kteří se s pacientkami s endometriózou setkávají, například pro psychology, psychoterapeuty či gynekology. V třetí kapitole práce krátce shrnujeme doporučení pro práci s ženami s endometriózou, které byly shromážděny na základě analýzy zahraničních výzkumů a mohou sloužit jako inspirace pro odborníky.

9 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá vlivem endometriózy na sebepojetí žen. Cílem práce je popsat sebepojetí žen s endometriózou, s důrazem na oblasti tělesného sebepojetí, tedy jak se ženy vnímají a jaký ke svému tělu mají vztah. Dále jsme v práci zkoumali sebepojetí žen v oblasti partnerství a vnímané ženskosti.

Výsledky našeho výzkumu poukazují na různorodost dopadu endometriózy na sebepojetí žen. Endometrióza se může projevovat jak pozitivními, tak i negativními změnami vnímání sebe sama, a to v souvislosti s intenzitou současně prožívaných symptomů. U některých participantek vedla endometrióza k posílení vnímání a respektu k vlastnímu tělu, například ve snaze více odpočívat a pečovat o své tělo. U některých žen došlo i ke zlepšení sebehodnocení v partnerské roli. Zde je důležité zmínit, že ve většině případů došlo k pozitivním změnám po úlevě od bolestivých příznaků díky léčbě.

Na druhou stranu, u značné části participantek endometrióza vyvolávala úzkost a obavy. Zvláště tíživá byla myšlenka neschopnosti naplnit mateřskou roli, která je v naší společnosti mnohdy vnímána jako klíčová součást ženské identity. Endometrióza také u zhruba poloviny participantek vedla k negativnímu vnímání vlastního těla a sníženému sebehodnocení v roli partnerky.

Náš výzkum přispívá k hlubšímu pochopení komplexního vlivu endometriózy na sebepojetí, a poskytuje náhled do prožívání žen s tímto onemocněním, konkrétně do způsobu, jakým se vnímají a jaký k sobě mají vztah.

10 SOUHRN

Tato bakalářská práce se zabývá vlivem endometriózy na sebepojetí žen. Zajímalo nás, jakým způsobem může toto chronické onemocnění souviset s tím, jak ženy vnímají samy sebe a své tělo, a jaký k sobě mají vztah. Zkoumali jsme také sebepojetí v rámci partnerských vztahů, profesního života a vnímaného ženství.

Teoretická část práce je rozdělena na 3 kapitoly. První kapitola je zaměřena na popsání základních charakteristik o endometrióze, chronickém onemocnění žen v reprodukčním věku, které se projevuje růstem děložní sliznice i mimo děložní dutinu, například na jiných orgánech nacházejících se v břišní dutině (Roztočil, 2011; WHO, 2023). Ložiska v souladu s menstruačním cyklem krvácejí, což vede k bolestem a zánětlivé reakci (Hudeček & Ventruba, 2019). Světová zdravotnická organizace odhaduje, že tímto onemocněním trpí 10 % žen a dívek v reprodukčním věku (WHO, 2023). Nejčastějším symptomem endometriózy jsou pánevní bolesti, ke kterým se často připojují bolesti jiných částí těla, nevolnost a zvracení (Lenz, 2021a). Mezi další symptomy patří dyspareunie, neboli bolest při nebo po pohlavním styku; dále dyschezie, neboli bolest při vyprazdňování (Roztočil, 2011) a silná a prodloužená menstruace (Ballard et al., 2008).

Přestože je endometrióza relativně rozšířeným onemocněním, nepodařilo se zatím určit její přesnou příčinu a její diagnostika je také mnohdy složitým a zdlouhavým procesem. Medián doby od prvního nástupu symptomů do určení správné diagnózy se pohybuje od 7.4 let (Staal et al., 2016) až po 10.4 let (Hudelist et al., 2012). V současné době neexistuje ani definitivní léčba endometriózy a léčba se zaměřuje hlavně na zmírnění symptomů.

Druhá kapitola práce je věnována sebepojetí, tedy systému poznatků o sobě samém, který slouží jako emocionální a motivační zdroj, úložiště autobiografických vzpomínek a podílí se na zpracovávání sociálních informací a zkušeností (Macek, 2019; Oyserman, 2001). Popsali jsme znaky sebepojetí, dále složky sebepojetí (kognitivní, emocionální a konativní; Blatný & Plháková, 2003) a věnovali jsme se také tělesnému sebepojetí, které můžeme popsat jako způsob, jakým přemýšlíme a jakým přistupujeme ke svému tělu (Fialová a Krch, 2012).

Ve třetí kapitole jsme se věnovali současným studiím zkoumajícím vliv endometriózy na sebepojetí a celkový psychický stav žen. Nejprve jsme popisovali změny v oblasti

tělesného sebepojetí, kdy ženy s endometriózou mají zpravidla negativní body image a nižší spokojenost se svým vzhledem než zdravé ženy (Facchin et al., 2018; Moradi et al., 2014; Volker & Mills, 2022). Endometrióza může mít negativní vliv i na duševní zdraví: opakovaně se ukázalo, že ženy s endometriózou často trpí zvýšenou hladinou stresu, úzkostnou a depresivní symptomatikou a mají celkově sníženou kvalitu života (Geller et al., 2021; Petrelluzzi et al., 2012; Smorgick et al., 2013). Kvůli hrozbě neplodnosti, snížené pociťované atraktivitě a dalším faktorům může být ohrožena i ženská identita (Mills et al., 2023). V rámci partnerských vztahů mnoho žen prožívá pocity viny a strach, že kvůli endometrióze nejsou nebo nedokážou být dostatečně dobrými partnerkami (Fritzer et al., 2013), což se mnohdy odvíjí od neschopnosti naplnit očekávání partnera týkající se sexuálního života (Hawkey et al., 2022). Výrazným negativním důsledkem endometriózy je riziko neplodnosti. I nepotvrzené obavy z neplodnosti jsou spojeny s úzkostí až panikou a pocitem nenaplnění ženské role (Hudson et al., 2015; Mills et al., 2023).

Zároveň jsme ve třetí kapitole krátce shrnuli doporučení zahraniční literatury pro odborníky pracující se ženami s endometriózou. Zásadní je bezpečný prostor pro sdílení symptomů, citlivá komunikace o diagnóze i sexualitě (Cole et al., 2021; Facchin et al., 2017) a psychologické poradenství v hledání copingových strategií, posílení sebeúcty a budování ženské identity nezávislé na mateřství (Facchin et al., 2017; Facchin et al., 2019).

Za cíl naší bakalářské práce jsme stanovili popsat sebepojetí žen s endometriózou, s důrazem na různé aspekty, které toto onemocnění může ovlivnit. Zkoumali jsme obecné i tělesné sebepojetí, dále jak ženy vnímají svou schopnost naplnit partnerskou a ženskou roli a také sebepojetí v oblasti profesního života.

Výzkumný design byl zvolen kvalitativní a k analýze dat jsme využili metodu tematické analýzy dle Braun & Clarke (2006). Metodou tvorby dat byl polostrukturovaný rozhovor, který jsme provedli s 9 participantkami převážně skrze online platformu Messenger. Participantky byly ve věku 20-35 let, měly diagnostikovanou endometriózu a byly bezdětné.

Výsledky výzkumu většinou odpovídají zahraničním výzkumům uvedeným v teoretické části. V odpovědi na první výzkumnou otázku jsme rozpoznali tři hlavní tendence v obecném sebepojetí žen. První tendencí je přijetí onemocnění jako své součásti, tedy určitá integrace do svého sebepojetí, která ženám napomohla k vyrovnání se s ním. Druhou tendencí jsou změny v sebepercepci a emočním prožívání v souvislosti

s kontinuálním užíváním hormonální antikoncepce, kdy se ženy necítily být samy sebou. Třetí tendencí je zároveň nové zjištění tohoto výzkumu, a to snaha žen o seberozvoj a sebeděči na základě diagnostiky endometriózy. Část výzkumného souboru se domnívala, že u nich endometrióza vznikla alespoň částečně na psychosomatickém základě, například kvůli jejich nedostatečné ženskosti a sebeděči či kvůli nízkému sebevědomí. Tato nebo podobná zdůvodnění vedla u účastnic ke snaze o ‚nápravu‘ a zlepšení ve zmíněných oblastech, což hodnotily pozitivně – jako přínos endometriózy. Domníváme se, že důvěra žen v tato zdůvodnění může částečně pramenit z dosud neobjasněné etiologie onemocnění.

Výzkum ukazuje, že endometrióza může ovlivnit tělesné sebepojetí žen jak negativně, tak i pozitivně. Zhruba polovina žen v našem výzkumném souboru popisovala snížený pocit atraktivity kvůli přibírání na váze, jizvám z operací a celkovému pocitu zhnusení. Na druhou stranu, u dvou účastnic endometrióza vedla k pozitivnějšímu vnímání vlastního těla.

Co se týče vlivu na partnerské vztahy, endometrióza většinou sebepojetí žen v partnerské roli ovlivnila negativně. Více než polovina účastnic pochybovala o své atraktivitě, kvůli bolestem se vyhýbaly pohlavnímu styku a obávaly se opuštění partnerem. To vedlo k pocitům viny a nedostatečnosti. Dvě účastnice však vnímaly pozitivní změnu v partnerské roli po zlepšení symptomů endometriózy.

V rámci třetí výzkumné otázky jsme zkoumali vliv endometriózy na vnímání vlastní ženské identity. Zjistili jsme, že obavy z neplodnosti mohou být spojeny s pocity selhávání v ženské roli a ovlivňovat tak sebehodnocení žen. Účastnice, pro které bylo ženství silně spojeno s mateřstvím, zasáhla zpráva o riziku neplodnosti více než účastnice, které vnímaly mateřství pouze jako jednu z mnoha rolí žen.

Vliv endometriózy na profesní život žen a vnímání sebe sama jako přispívajícího člena společnosti se v našem výzkumu neprojevil, pravděpodobně z důvodu, že žádné z účastnic symptomy endometriózy přímo nezabraňovaly v pracovní činnosti, přestože ji omezovaly.

Bakalářská práce poskytuje náhled do prožívání žen s endometriózou, konkrétně do způsobu, jakým se vnímají a jaký k sobě mají vztah. Může být přínosná pro odborníky, kteří s ženami s endometriózou pracují, právě díky tomuto náhledu a také krátkému shrnutí doporučení, které uvádíme ve třetí kapitole.

LITERATURA

- Agarwal, S., Chapron, C., Giudice, L. C., Laufer, M. R., Leyland, N., Missmer, S. A., Singh, S. S., & Taylor, H. S. (2019). Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(4), 354–364. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.12.039>
- Ballard, K., Seaman, H., De Vries, C., & Wright, J. T. (2008). Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study – Part 1. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(11), 1382–1391. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01878.x>
- Blatný, M., & Plhánková, A. (2003). Temperament, inteligence, sebezpečí. Sdružení SCAN.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bury M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health & illness*, 4(2), 167–182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Cole, J., Grogan, S., & Turley, E. L. (2021). “The most lonely condition I can imagine”: Psychosocial impacts of endometriosis on women’s identity. *Feminism & Psychology*, 31(2), 171–191. <https://doi.org/10.1177/0959353520930602>
- Čepický, P. (2016). *Diferenciální diagnostika v gynekologii*. Raabe.
- Di Donato, N., Montanari, G., Benfenati, A., Leonardi, D., Bertoldo, V., Monti, G., Raimondo, D., & Seracchioli, R. (2014). Prevalence of adenomyosis in women undergoing surgery for endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 181(2014), 289–293. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.08.016>
- Drahoňovský, J. (2021). Endometrióza – diagnostika a léčebná strategie. In Lenz, J., Chvátal, R., & Fiala, L. (Eds.), *Endometrióza* (s. 130–145). Grada.
- Exacoustos, C. (2017). Ultrasound Imaging in the Diagnosis of Deep Infiltrating Endometriosis (DIE) and Adenomyosis. In Mettler, L., Alkatout, I., Keckstein, J., & Meinhold-Heerlein, I. (Eds.), *Endometriosis: A concise practical guide to current diagnosis and treatment* (s. 162–178). EndoPress.
- Facchin, F., Barbara, G., Dridi, D., Alberico, D., Buggio, L., Somigliana, E., Saita, E., & Vercellini, P. (2017). Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of

- psychological distress. *Human Reproduction*, 32(9), 1855–1861. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex249>
- Facchin, F., Buggio, L., Dridi, D., & Vercellini, P. (2019). A woman's worth: The psychological impact of beliefs about motherhood, female identity, and infertility on childless women with endometriosis. *Journal of Health Psychology*, 26(7), 1026–1034. <https://doi.org/10.1177/1359105319863093>
- Facchin, F., Saita, E., Barbara, G., Dridi, D., & Vercellini, P. (2018). “Free butterflies will come out of these deep wounds”: A grounded theory of how endometriosis affects women's psychological health. *Journal of Health Psychology*, 23(4), 538–549. <https://doi.org/10.1177/1359105316688952>
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Portál.
- Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Karolinum.
- Fourquet, J., Báez, L., Figueroa, M., Iriarte, R. I., & Flores, I. (2011). Quantification of the impact of endometriosis symptoms on health-related quality of life and work productivity. *Fertility and Sterility*, 96(1), 107–112. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.04.095>
- Fritzer, N., Haas, D., Oppelt, P., Renner, S. P., Hornung, D., Wölfler, M., Ulrich, U., Fischerlehner, G., Sillem, M., & Hudelist, G. (2013). More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 169(2), 392–396. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.04.001>
- Fuldeore, M. J., & Soliman, A. M. (2016). Prevalence and Symptomatic Burden of Diagnosed Endometriosis in the United States: National Estimates from a Cross-Sectional Survey of 59,411 Women. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 82(5), 453–461. <https://doi.org/10.1159/000452660>
- Geller, S., Levy, S., Ashkeloni, S., Roeh, B., Sbiet, E., & Avitsur, R. (2021). Predictors of Psychological Distress in Women with Endometriosis: The Role of Multimorbidity, Body Image, and Self-Criticism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3453. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073453>
- Ghai, V., Jan, H., Shakir, F., Haines, P., & Kent, A. (2019). Diagnostic delay for superficial and deep endometriosis in the United Kingdom. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(1), 83–89. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1603217>

- Grogan, S. (2011). Body Image Development in Adulthood. In Cash, T. F., & Smolak, L (Eds.), *Body Image: A Handbook of Science, Practice and Prevention* (s. 93–100). The Guilford Press.
- Hållstam, A., Stålnacke, B., Svensén, C., & Löfgren, M. (2018). Living with painful endometriosis – A struggle for coherence. A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *17*, 97–102. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.002>
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.
- Hawkey, A., Chalmers, J., Micheal, S., Diezel, H., & Armour, M. (2022). “A day-to-day struggle”: A comparative qualitative study on experiences of women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Feminism & Psychology*, *32*(4), 482–500. <https://doi.org/10.1177/09593535221083846>
- Hudeček, R., & Ventruba P. (2019). Endometrióza. In Rob, L., Martan, A., & Ventruba, P. (Eds.), *Gynekologie* (s. 175–184). Galén.
- Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A. E., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., Tammaa, A., & Sälzer, H. (2012). Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Human Reproduction*, *27*(12), 3412–3416. <https://doi.org/10.1093/humrep/des316>
- Hudson, N., Culley, L., Law, C., Mitchell, H., Denny, E., & Raine-Fenning, N. (2015). ‘We needed to change the mission statement of the marriage’: biographical disruptions, appraisals and revisions among couples living with endometriosis. *Sociology of Health and Illness*, *38*(5), 721–735. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12392>
- Jack, D. C. (1991). *Silencing the self: Women and depression*. Harvard University Press.
- Keckstein, J. (2017). The ENZIAN Classification of Deep Infiltrating Endometriosis. In Mettler, L., Alkatout, I., Keckstein, J., & Meinhold-Heerlein, I. (Eds.), *Endometriosis: A concise practical guide to current diagnosis and treatment* (s. 44–56). EndoPress.
- Lenz, J. (2021a). Endometrióza a bolest. In Lenz, J., Chvátal, R., & Fiala, L. (Eds.), *Endometrióza* (s. 75–90). Grada.
- Lenz, J. (2021b). Etiologie a patogeneze. In Lenz, J., Chvátal, R., & Fiala, L. (Eds.), *Endometrióza* (s. 25–35). Grada.

- Macek, P. (2019). Sebereflexe a vztah k sobě samému (self). In Výrost, J., Slaměnik, I., & Sollárová, E. (Eds.), *Sociální psychologie* (s. 74–87). Grada.
- Maji, S., & Dixit, S. (2018). Self-silencing and women's health: A review. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/0020764018814271>
- Markus, H. R. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(2), 63–78. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.2.63>
- Marschall, H., Hansen, K. E., Forman, A., & Thomsen, D. K. (2021). Storying endometriosis: Examining relationships between narrative identity, mental health, and pain. *Journal of Research in Personality*, 91, 104062. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.104062>
- Markus, H. R., & Wurf, E. (1987). The Dynamic Self-Concept: A Social Psychological Perspective. *Annual Review of Psychology*, 38(1), 299–337. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.38.020187.001503>
- Medicine, A. S. F. R. (1997). Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertility and Sterility*, 67(5), 817–821. [https://doi.org/10.1016/s0015-0282\(97\)81391-x](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(97)81391-x)
- Mettler, L. (2017). Etiology and Pathogenesis. In Mettler, L., Alkatout, I., Keckstein, J., & Meinhold-Heerlein, I. (Eds.), *Endometriosis: A concise practical guide to current diagnosis and treatment* (s. 15–21). EndoPress.
- Mettler, L., Ruprai, R., & Alkatout, I. (2014). Impact of medical and surgical treatment of endometriosis on the cure of endometriosis and pain. *BioMed Research International*, 2014, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2014/264653>
- Mills, J., Shu, C., Misajon, R., & Rush-Privitera, G. (2023). 'My body is out to wreck everything I have': a qualitative study of how women with endometriosis feel about their bodies. *Psychology & Health*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/08870446.2023.2218404>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Moradi, M., Parker, M., Sneddon, A., Lopez, V., & Ellwood, D. (2014). Impact of endometriosis on women's lives: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-123>

Národní zdravotnický informační portál (n. d.). *Rejstřík pojmů: peritoneum*.
<https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1348>

Nnoaham, K. E., Hummelshøj, L., Webster, P., D'Hooghe, T., De Cicco Nardone, F., De Cicco Nardone, C., Jenkinson, C., Kennedy, S., & Zondervan, K. T. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility*, *96*(2), 366-373. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.05.090>

Oppelt, P., & Shebl, O. (2017). Classification of Endometriosis. In Mettler, L., Alkatout, I., Keckstein, J., & Meinhold-Heerlein, I. (Eds.), *Endometriosis: A concise practical guide to current diagnosis and treatment* (s. 35–43). EndoPress.

Oyserman, D. (2001). Self-concept and identity. In Tesser, A. & Schwarz, N. (Eds.), *The Blackwell Handbook of Social Psychology* (s. 499-517). Blackwell.

Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). Self, Self-Concept, and Identity. In Leary, M. R., & Tangney, J. P. (Eds.), *Handbook of Self and Identity* (s. 69–104). The Guilford Press.

Oyserman, D., & Fryberg, S. (2006). The possible selves of diverse adolescents: content and function across gender, race and national origin. In Dunkel, C., & Kerpelman, J. (Eds.), *Possible selves: Theory, research and applications* (s. 1–23). Nova Science Publishers.

Pehlivan, M., Sherman, K. A., Wuthrich, V. M., Van Horn, M. L., Basson, M., & Duckworth, T. (2022). Body image and depression in endometriosis: Examining self-esteem and rumination as mediators. *Body Image*, *43*, 463–473.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.10.012>

Petrelluzzi, K. F. S., Garcia, M. T., Petta, C. A., Ribeiro, D. A., De Oliveira-Monteiro, N. R., Céspedes, I. C., & Spadari, R. C. (2012). Physical therapy and psychological intervention normalize cortisol levels and improve vitality in women with endometriosis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *33*(4), 191–198. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2012.729625>

Pilka, R., & Hejtmánek, P. (2017). Endometrióza. In Pilka, R., & Procházka, M. (Eds.), *Gynekologie* (s. 89–92). Univerzita Palackého v Olomouci.

Pope, C. J., Sharma, V., Sharma, S., & Mazmanian, D. (2015). A systematic review of the association between psychiatric disturbances and endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *37*(11), 1006–1015.
[https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30050-0](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30050-0)

Prescott, J., Farland, L. V., Tobias, D. K., Gaskins, A. J., Spiegelman, D., Chavarro, J. E., Rich-

- Edwards, J. W., Barbieri, R. L., & Missmer, S. A. (2016). A prospective cohort study of endometriosis and subsequent risk of infertility. *Human Reproduction*, *31*(7), 1475–1482. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew085>
- Roztočil, A. (2011). Endometrióza. In Roztočil, A., & Bartoš, P. (Eds.), *Moderní gynekologie* (s. 128–133). Grada.
- Shakiba, K., Bena, J. F., McGill, K. M., Minger, J., & Falcone, T. (2008). Surgical Treatment of Endometriosis. *Obstetrics & Gynecology*, *111*(6), 1285–1292. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181758ec6>
- Simoens, S., Dunselman, G., Dirksen, C. D., Hummelshøj, L., Bokor, A., Brandes, I., Brodzky, V., Canis, M., Colombo, G. L., DeLeire, T., Falcone, T., Graham, B., Halis, G., Horne, A. W., Kanj, O., Kjer, J. J., Kristensen, J. K., Lebovic, D. I., Mueller, M. D., . . . D’Hooghe, T. (2012). The burden of endometriosis: costs and quality of life of women with endometriosis and treated in referral centres. *Human Reproduction*, *27*(5), 1292–1299. <https://doi.org/10.1093/humrep/des073>
- Sinaii, N., Cleary, S. D., Ballweg, M. L., Nieman, L. K., & Stratton, P. (2002). High rates of autoimmune and endocrine disorders, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and atopic diseases among women with endometriosis: a survey analysis. *Human Reproduction*, *17*(10), 2715–2724. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.10.2715>
- Sinaii, N., Cleary, S. D., Younes, N., Ballweg, M. L., & Stratton, P. (2007). Treatment utilization for endometriosis symptoms: A cross-sectional survey study of lifetime experience. *Fertility and Sterility*, *87*(6), 1277–1286. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.11.051>
- Skovlund, C. W., Mørch, L. S., Kessing, L. V., & Lidegaard, Ø. (2016). Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry*, *73*(11), 1154–1162. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2387>
- Smorgick, N., Marsh, C., As-Sanie, S., Smith, Y. R., & Quint, E. H. (2013). Prevalence of Pain Syndromes, Mood Conditions, and Asthma in Adolescents and Young Women with Endometriosis. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *26*(3), 171–175. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2012.12.006>
- Somigliana, E., Vigano, P., Benaglia, L., Busnelli, A., Vercellini, P., & Fedele, L. (2012). Adhesion Prevention in Endometriosis: A Neglected Critical Challenge. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, *19*(4), 415–421. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2012.03.004>

- Staal, A. H., Van Der Zanden, M., & Nap, A. W. (2016). Diagnostic delay of endometriosis in the Netherlands. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, *81*(4), 321–324. <https://doi.org/10.1159/000441911>
- Volker, C., & Mills, J. (2022). Endometriosis and body image: Comparing people with and without endometriosis and exploring the relationship with pelvic pain. *Body Image*, *43*, 518–522. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.10.014>
- Vymětal, J., a kol. (2007). *Speciální psychoterapie*. Grada.
- Wölfler, M., Holland, T., & Meinhold-Heerlein, I. (2017). History Taking, Office Diagnostics and Imaging. In Mettler, L., Alkatout, I., Keckstein, J., & Meinhold-Heerlein, I. (Eds.), *Endometriosis: A concise practical guide to current diagnosis and treatment* (s. 98–104). EndoPress.
- World Health Organization. (2023, 24. března). *Endometriosis*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Informovaný souhlas
4. Osnova otázek k rozhovoru

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vliv endometriózy na sebepojetí žen

Autor práce: Veronika Skalová

Vedoucí práce: Mgr. Soňa Ondrušová

Počet stran a znaků: 66 stran, 111 417 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 66

Abstrakt (800–1200 zn.):

Cílem této práce je popsat sebepojetí žen s endometriózou, s důrazem na různé aspekty, které toto onemocnění může ovlivnit. Zkoumali jsme obecné i tělesné sebepojetí, dále jak ženy vnímají svou schopnost naplnit partnerskou a ženskou roli a také sebepojetí v oblasti profesního života. Výzkum je kvalitativního designu a proběhl formou polostrukturovaných interview s devíti ženami, které byly analyzovány pomocí tematické analýzy. Výsledky výzkumu poukazují na fakt, že endometrióza způsobuje u většiny žen negativní změny v tělesném sebepojetí i sebehodnocení jako partnerky a ženy. Menší část výzkumného souboru však prožila pozitivní změny v sebepojetí, anebo endometrióza jejich sebepojetí neovlivnila. Charakter změn v sebepojetí souvisel se závažností a častostí bolestivých symptomů, které ženy prožívají.

Klíčová slova: Endometrióza, sebepojetí, sebehodnocení, tematická analýza

ABSTRACT OF THESIS

Title: The impact of endometriosis on a woman's self-concept

Author: Veronika Skalová

Supervisor: Mgr. Soňa Ondrušová

Number of pages and characters: 66 pages, 111 417 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 66

Abstract (800–1200 characters):

The aim of this thesis is to describe the self-concept of women with endometriosis, with emphasis on the different aspects that can be affected by this disease. We examined general and physical self-concept, as well as women's perceptions of their ability to fulfil their partner and feminine roles, and self-concept in the area of professional life. The research is qualitative in design and took the form of semi-structured interviews with nine women, which were analysed using thematic analysis. The results of the research indicate that endometriosis causes negative changes in most women's body self-concept and self-esteem as a partner and as a woman. However, a minority of the research population experienced positive changes in self-concept, or their self-concept was not affected by endometriosis. The nature of the changes in self-concept was related to the severity and frequency of painful symptoms experienced by the women.

Key words: Endometriosis, self-concept, self-esteem, thematic analysis

Příloha 3: Informovaný souhlas



INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU

Byl/a jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem výzkumného projektu studentky Veroniky Skalové s názvem „*Vliv endometriózy na sebezpojetí ženy*“, který je realizován jako součást stejnojmenné bakalářské práce. Bakalářská práce je vedena pod záštitou Katedry psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Dobrovolně souhlasím s účastí ve výzkumu. Rozumím tomu, že mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv odstoupit od výzkumu.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru, s jeho přepisem a následnou analýzou. Rozumím tomu, že rozhovor, který bude nahráván, bude ihned po jeho pořízení anonymizován pomocí anonymních kódů.

Souhlasím se způsobem, jak bude zachována důvěrnost a jak bude má identita chráněna během výzkumu i po jeho skončení.

Dávám souhlas, aby materiál, který jsem k výzkumu poskytl/a byl použit pro bakalářskou práci vycházející z tohoto výzkumu.

Rozumím tomu, že moje účast je dobrovolná a mohu kdykoliv odmítnout se jej účastnit. V případě, že se rozhodnete se výzkumu účastnit, máte stále právo kontaktovat výzkumníka se žádostí o zpětné vymazání všech Vašich dat. To však lze pouze do 31.12. 2023. Po tomto datu budou provedeny analýzy, které vymazání údajů znemožní.

Příloha 4: Osnova otázek k rozhovoru

Demografické údaje

- věk
- nejvyšší dosažené vzdělání
- zaměstnanost (zaměstnaná + povolání/studentka +obor/nezaměstnaná)
- rodinný stav (svobodná/vdaná/rozvedená/vdova)
- vztah (ano/ne)

Ohledně endometriózy

- Jak dlouho máte diagnostikovanou endometriózu?
- Jak dlouho trvalo než Vám byla diagnostikovaná po nástupu problémů?
 - o (Jak probíhal ten proces?)
- Jaké máte symptomy? Jak se u vás endometrióza projevuje?
- Jak Vám to ovlivňuje život? (Co se týče schopnosti studovat/pracovat, sociálně fungovat, dělat co Vás baví, sportovat)
- Podstupujete léčbu? (Jakou? Pomáhá?)

Interview

- Jak byste popsala své sebepojetí před tím, než Vám byla diagnostikována endometrióza?
 - o Jaký jste měla vztah ke svému tělu? A jaký máte teď?
- Jak Vás zasáhlo, když Vám byla diagnostikována?
 - o Jak se od té doby změnilo to, jak sama sebe vnímáte? (Která část byla podle Vás zapříčiněna endometriózou?)
- Vnímáte, že endometrióza a její symptomy nějak omezují nebo naopak obohacují (by) váš (potenciální) vztah s partnerem/partnerkou? Jak? A jak to působí na to, jak sama sebe vnímáte?
- V jakých konkrétních momentech nebo situacích endometrióza ovlivnila vaše sebepojetí či sebevědomí v rámci partnerských vztahů?
- Jakým způsobem ovlivnila endometrióza vaši schopnost naplnit očekávanou ženskou roli ve společnosti?
 - o Ženy s endometriózou mají často starost, že by mohly být nebo jsou neplodné. Týkají se tyto myšlenky i vás? Rozvedla byste je prosím?
 - o Od ženy je v naší společnosti často očekáváno, že bude naplňovat pečovatelskou roli ve vztahu ke svým blízkým. Myslíte si, že endometrióza ovlivnila vaši schopnost plnit tuto roli? Podělila byste se prosím o své myšlenky a zkušenosti?
 - o Ovlivňuje endometrióza váš profesní život? (Jak? Jak to působí na vaše sebepojetí?)
 - o Jak to vše působí na to, jak sama sebe vnímáte?
- Do jaké míry jste s diagnózou endometriózy smířená?
 - o (Co Vám pomohlo/pomáhá se s ní vyrovnat?)
- Chtěla byste ještě něco dodat či doplnit, něco co myslíte že by mělo zaznít?