

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Markéta Bezděková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Markéta Bezděková

**MENSTRUAČNÍ CYKLUS Z POHLEDU PORODNÍ
ASISTENTKY**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Papoušková

PLZEŇ 2022

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Bezděková Markéta

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Menstruační cyklus z pohledu porodní asistentky

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Papoušková

Počet stran – číslované: 67

Počet stran – nečíslované: 22

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 41

Klíčová slova: menstruační cyklus – ovulace – poruchy menstruačního cyklu – poruchy plodnosti – přírodní léčba – fytotherapie – homeopatie – aromaterapie – symptotermální metoda

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá menstruačním cyklem z pohledu porodní asistentky. V teoretické části je popsána anatomie ženského reprodukčního cyklu, fyziologický menstruační cyklus ženy. Dále jsou v práci zmíněny poruchy menstruačního cyklu a plodnosti. V následujících kapitolách jsou uvedeny možnosti negativního ovlivnění menstruačního cyklu a sledování cyklu pomocí symptotermální metody. V poslední kapitole jsou popsány přírodní možnosti podpory správného fungování menstruačního cyklu. V praktické části je zjišťována informovanost žen o menstruačním cyklu a symptotermální metodě, zda užívají hormonální antikoncepci a v neposlední řadě jejich zkušenosti s přírodní léčbou. Z výsledků vyplynulo, že ženy jsou víceméně dostatečně informované o menstruačním cyklu, ohledně symptotermální metody méně, ale měly by zájem o více informací. Dále většina respondentek hormonální antikoncepci užívala nebo stále užívá. S přírodní léčbou mají nejvíce zkušeností prostřednictvím bylinných čajů.

Abstract

Surname and name: Bezděková Markéta

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Menstrual cycle from the point of view of a midwife

Consultant: Mgr. Lucie Papoušková

Number of pages – numbered: 67

Number of pages – unnumbered: 22

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 41

Keywords: menstrual cycle – ovulation – menstrual disorders – fertility disorders – natural treatment – phytotherapy – homeopathy – aromatherapy – symptothermal method

Summary:

This bachelor thesis deals with the menstrual cycle from the point of view of a midwife. The theoretical part describes the anatomy of the female reproductive cycle, the physiological menstrual cycle of a woman. Furthermore, disorders of the menstrual cycle and fertility are mentioned in the work. The following chapters present the possibilities of negatively influencing the menstrual cycle and monitoring the cycle using the symptothermal method. The last chapter describes the natural possibilities of supporting the proper functioning of the menstrual cycle. In the practical part, the awareness of women about the menstrual cycle and the symptothermal method, whether they use hormonal contraceptives and, finally, their experience with natural treatment. The results showed that women are sufficiently informed about the menstrual cycle, less about the symptothermal method, but would be interested in more information. Furthermore, most respondents have used or are still using hormonal contraceptives. They have the most experience with natural treatments through herbal teas.

Poděkování

Děkuji Mgr. Lucii Papouškové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem respondentkám, které byly ochotné se zapojit do výzkumu. Na závěr děkuji své rodině a partnerovi za podporu během celého studia.

OBSAH

| | |
|---|----|
| SEZNAM GRAFŮ | 9 |
| SEZNAM ZKRATEK | 10 |
| ÚVOD..... | 11 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1 ANATOMIE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU | 12 |
| 1.1 Vnitřní pohlavní orgány..... | 12 |
| 1.1.1 Vaječník..... | 12 |
| 1.1.2 Vejcovod..... | 13 |
| 1.1.3 Děloha..... | 13 |
| 1.1.4 Pochva | 14 |
| 1.2 Zevní pohlavní orgány | 15 |
| 1.2.1 Stydký pahorek..... | 15 |
| 1.2.2 Velké a malé stydké pysky | 15 |
| 1.2.3 Předšíň poševní..... | 15 |
| 1.2.4 Erektibilní tělesa | 16 |
| 1.2.5 Vestibulární žlázy | 16 |
| 1.2.6 Hráz | 16 |
| 2 FYZIOLOGICKÝ MENSTRUAČNÍ CYKLUS ŽENY | 17 |
| 2.1 Menstruační cyklus | 17 |
| 2.2 Hormony řídící menstruační cyklus..... | 18 |
| 2.3 Ovariální cyklus | 19 |
| 2.4 Myometriální cyklus | 20 |
| 2.5 Cervikální cyklus | 20 |
| 2.6 Vaginální cyklus | 20 |
| 3 PORUCHY MENSTRUAČNÍHO CYKLU | 21 |
| 3.1 Poruchy frekvence menstruačního cyklu..... | 21 |
| 3.2 Poruchy intenzity menstruačního cyklu..... | 21 |
| 3.3 Nepravidelné děložní krvácení | 22 |
| 3.4 Chybění menstruace..... | 22 |
| 3.5 Bolestivá menstruace | 22 |
| 3.6 Premenstruační syndrom..... | 23 |
| 4 PORUCHY PLODNOSTI U ŽEN | 24 |
| 4.1 Endometrióza | 24 |
| 4.2 Syndrom polycystických ovárií | 25 |
| 4.3 Předčasné ovariální selhání..... | 25 |

| | | |
|-----|--|----|
| 4.4 | Anovulační cyklus | 26 |
| 5 | NEGATIVNÍ OVLIVŇOVÁNÍ MENSTRUACE | 27 |
| 5.1 | Hormonální antikoncepce a léky | 27 |
| 5.2 | Strava | 27 |
| 5.3 | Stres | 28 |
| 5.4 | Pohybová aktivita | 28 |
| 6 | SYMPTOTERMÁLNÍ METODA | 29 |
| 6.1 | Sledování bazální tělesné teploty..... | 29 |
| 6.2 | Sledování hlenu..... | 29 |
| 6.3 | Sledování čípku..... | 30 |
| 6.4 | Jiné pro každou ženu specifické symptomy..... | 30 |
| 7 | PŘÍRODNÍ PODPORA SPRÁVNÉHO FUNGOVÁNÍ CYKLU | 31 |
| 7.1 | Fytoterapie | 31 |
| 7.2 | Homeopatie | 32 |
| 7.3 | Aromaterapie | 33 |
| 7.4 | Hormonální jógová terapie | 34 |
| | PRAKTICKÁ ČÁST | 35 |
| 8 | FORMULACE PROBLÉMU | 35 |
| 9 | CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY | 36 |
| 10 | CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU | 37 |
| 11 | METODIKA PRÁCE | 37 |
| 12 | ORGANIZACE VÝZKUMU | 38 |
| 13 | ZPRACOVÁNÍ DAT | 38 |
| 14 | ANALÝZA DAT | 39 |
| 15 | PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ | 64 |
| | DISKUZE | 71 |
| | ZÁVĚR..... | 76 |
| | SEZNAM LITERATURY..... | 77 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 82 |
| | PŘÍLOHY | 83 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Graf č. 1: Věk | 39 |
| Graf č. 2: Úroveň vzdělání | 40 |
| Graf č. 3: Pravidelnost cyklu | 41 |
| Graf č. 4: Fáze menstruačního cyklu | 42 |
| Graf č. 5: Ovulace..... | 43 |
| Graf č. 6: Kvalita menstruace | 44 |
| Graf č. 7: Začátek menstruace | 45 |
| Graf č. 8: Vztah k menstruaci | 46 |
| Graf č. 9: Užívání hormonální antikoncepce..... | 47 |
| Graf č. 10: Důvod užívání hormonální antikoncepce..... | 48 |
| Graf č. 11: Zkušenosti s hormonální antikoncepcí | 49 |
| Graf č. 12: Zdravotní potíže kvůli hormonální antikoncepci | 50 |
| Graf č. 13: Konkrétní zdravotní potíže | 51 |
| Graf č. 14: Problémy s menstruačním cyklem | 52 |
| Graf č. 15: Problémy s otěhotněním..... | 53 |
| Graf č. 16: Konkrétní problémy s cyklem nebo otěhotněním | 54 |
| Graf č. 17: Nabídka přírodního řešení problémů..... | 55 |
| Graf č. 18: Zájem o přírodní řešení problémů | 56 |
| Graf č. 19: Zkušenost s bylinami..... | 57 |
| Graf č. 20: Forma užívání bylin..... | 58 |
| Graf č. 21: Zkušenost s homeopatií | 59 |
| Graf č. 22: Zdroj informací o homeopatii..... | 60 |
| Graf č. 23: Informace o symptotermální metodě..... | 61 |
| Graf č. 24: Pojem symptotermální metoda | 62 |
| Graf č. 25: Zájem o více informací o symptotermální metodě..... | 63 |

SEZNAM ZKRATEK

Lat. – latinsky

Tzv. – tak zvaný

Např. – například

Č. – číslo

Ev. – eventuelně

FSH – folikulostimulační hormon

LH – luteinizační hormon

BMI – body mass index

PCOS – syndrom polycystických ovárií (polycystic ovary syndrome)

GnRH – gonadotropin releasing hormone

PMS – premenstruační syndrom

HA – hormonální antikoncepce

ÚVOD

V této bakalářské práci se zabývám menstruačním cyklem z pohledu porodní asistentky. Menstruační cyklus je nedílnou součástí života každé zdravé ženy a je třeba se o jeho správné fungování zajímat. Oproti minulosti se dnes začíná téma menstruace otevírat, ale dle mého názoru stále velmi minimálně. V dnešní době stále přibývá žen s poruchami menstruačního cyklu nebo plodnosti, které je třeba řešit. Přesto jsem se jako studentka porodní asistence ve své praxi setkala s ženami, které se o svou menstruaci zajímají až tehdy, když u nich nastanou potíže s otěhotněním. Je důležité rozšířit povědomí žen o možnostech přírodní podpory správného fungování jejich menstruačního cyklu. K problémům s menstruačním cyklem či plodností také negativně přispívá současný způsob života žen. Ženské tělo je často vystaveno velkému stresu, nezdravému životnímu stylu nebo nedostatku pohybu. Je tedy nutné ženy včas informovat o tom, jak má zdravý menstruační cyklus vypadat, jak ho podpořit a čemu se naopak vyvarovat. Právě z těchto důvodů jsem se rozhodla zvolit toto téma pro zpracování bakalářské práce.

V teoretické části bakalářské práce popisuji anatomii ženského reprodukčního systému, dále zmiňuji fyziologický menstruační cyklus, poruchy menstruačního cyklu a plodnosti. Následující kapitoly jsou věnovány negativnímu ovlivňování menstruace a symptotermální metodě. Teoretická část je zakončena kapitolou, ve které uvádím možnosti přírodní podpory správného fungování cyklu.

V praktické části jsem se snažila prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření zjistit rozsah znalostí žen o menstruačním cyklu a s jakými nejčastějšími problémy se ženy potýkají. To jsem si stanovila i jako hlavní cíl mé bakalářské práce.

Zdroje ke své práci jsem získala díky službám Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje, Knihovny zdravotnických studií v Plzni a také pomocí internetu. Cenné rady ohledně zdrojů mi poskytla i má vedoucí bakalářské práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE ŽENSKÉHO REPRODUKČNÍHO SYSTÉMU

V první kapitole je popsána anatomie vnitřních a zevních reprodukčních orgánů ženy.

1.1 Vnitřní pohlavní orgány

K vnitřním pohlavním orgánům ženy, tedy *organa genitalia feminina interna*, patří vaječníky, vejcovody, děloha a pochva (Roztočil a kolektiv, 2011, str.18).

1.1.1 Vaječník

Vaječník neboli *ovarium* je párová, předozadně zploštělá pohlavní žláza velikosti a tvaru švestky, ze které se v období pohlavní zralosti v měsíčních intervalech uvolňují ženské pohlavní buňky – *oocyty*. Ovarium je rovněž žlázou s vnitřní sekrecí, produkuje ženské pohlavní hormony. Povrch vaječníku je hrbolatý s viditelnými folikuly, je umístěn v pánevní dutině laterálně od dělohy. Je fixován zadním listem širokého svalu děložního – *plica lata uteri*, krátkou peritoneální duplikátorem, která se nazývá *mesoovarium*. Poloha vaječníku je závislá na poloze dělohy a pohyblivé *plica lata uteri*. Povrch vaječníku je kryt jednovrstevným kubickým epitelem, pod ním se nachází vrstva kolagenního vaziva. Ovarium má dvě části. Kůru – *cortex ovarii*, ta obsahuje folikuly v různém stádiu vývoje, žlutá a bílá tělíska. Druhou částí je dřev – *medulla ovarii*, ve které se nachází řídké kolagenní vazivo a buňky hladké svaloviny (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 2-3). Ovariální cyklus začíná vznikem primordiálního folikulu. Ten je tvořen oocytem a je obklopen jednou vrstvou plochých folikulárních buněk. Jejich dalším dělením vzniká rostoucí folikul a ten se dále mění na rostoucí folikul s dutinou, která je vyplněna tekutinou. Vývoj folikulu je ukončen tzv. Graafovým folikulem, který má v průměru až 25 mm a uprostřed něj se nachází *oocyt*. Během ovulace Graafův folikul praskne a vajíčko je folikulární tekutinou vplaveno do dutiny peritoneální a následně je transportováno do vejcovodu. Folikul produkuje estrogény až do ovulace. Po ovulaci prázdný folikul zaniká a změní se na *corpus luteum* – žluté tělísko, které produkuje progesteron. Pokud dojde k oplodnění, tak se žluté tělísko mění na *corpus luteum graviditatis*, které vyrůstá do velikosti 25 mm a první tři měsíce gravidity je aktivní, poté funkci přebírá placenta. Když nedojde k oplození, vzniká *corpus luteum menstruationis*, to zaniká během 10-12 dnů a zbývá po něm vazivová jizva – *corpus albi*. Cévní zásobení vaječníku zajišťuje *arteria ovarica*. Do *vena ovarica* odtéká žilní krev. Inervace vaječníku je

hlavně sympatická. Je inervován z *plexus ovaricus*. Sympatická vlákna zajišťují v cílových orgánech, jako jsou *ovarium* a *tuba uterina*, vazokonstrikci. Parasympatická vlákna způsobují vazodilataci (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 4).

1.1.2 Vejcovod

Vejcovod, lat. *tuba uterina*, je párový trubicovitý orgán délky cca 10-12 cm a tloušťky kolem 0,5 cm, který je uložen po stranách dělohy. Je začleněn do části *ligamentum latum uteri*, jehož horní část vytváří peritoneální závěs vejcovodu, který se nazývá *mesosalpinx* (Roztočil a kolektiv, 2011, str. 21). Vejcovod můžeme rozdělit do čtyř na sebe navazujících částí. Počáteční laterální část je *infundibulum*, z jehož okrajů vybíhají vřetenovité řasy – *fimbrie*. Nejrozšířenější částí vejcovodu je *ampulla*. Zúžená část vejcovodu se nazývá *isthmus*, zde nejčastěji dochází k oplození. Koncovou částí je *pars uterina*, která se nachází v děložní stěně (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 30). Stěna vejcovodu je kryta serózou a skládá se ze dvou vrstev hladké svaloviny – zevní longitudinální a vnitřní cirkulární. Sliznice je tvořena jednovrstevným cylindrickým epitelem a je složena v podélné řasy – *plicae tubariae* (Roztočil a kolektiv, 2011, str. 21). Arteriální zásobení vejcovodu zajišťují *rami tubarii*, které vycházejí z tepenné arkády mezi *arteria ovarica* a *arteria uterina*. Žilní krev odtéká do *vena ovarica* a *plexus uterovaginalis* v malé pánvi. Autonomní nervy přicházejí podél tepen z *plexus ovaricus* a *plexus uterinus* (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 5).

1.1.3 Děloha

Děloha neboli *uterus* je nepárový, dutý, svalový orgán hruškovitého tvaru uložený v malé pánvi. Přijímá oplozená a rýhující se vajíčka a vyživuje a chrání plod až do porodu (Čech, Hájek, Maršál a kolektiv, 2014, str. 14). Děloha se člení na dvě části: tělo děložní – *fundus uteri* a hrdlo děložní – *cervix uteri*. Mezi tělem a hrdlem se nachází spojovací úsek – *isthmus uteri*, který je důležitý v těhotenství, kdy se mění na tzv. dolní děložní segment. Dutina těla přechází v *canalis isthmi* a ten pokračuje do kanálu hrdla – *canalis cervicis*. Hrdlo děložní je rozděleno úponem pochvy v horní – supravaginální část a část dolní, která vyčnívá do pochvy a je označována jako čípek děložní. Čípek má ve svém středu zevní branku – *ostium uteri* (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 5). Děložní stěna je asi 10-15 mm silná a skládá se ze tří vrstev: děložní sliznice – *endometrium*, hladké děložní svaloviny – *myometrium* a serózního krytu dělohy – *perimetrium* (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 35).

Endometrium má šedorůžovou barvu a je na povrchu kryto jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami. Obsahuje tubulózní žlázky, které zasahují až do myometria. Endometrium má dvě vrstvy: povrchovou funkční vrstvu – *zona functionalis*, která se odlučuje, prodělává cyklické, na ovariálních hormonech závislé změny – menstruační cykly. Druhou vrstvou je bazální vrstva – *zona basalis*, která je stabilní, neodlučuje se a slouží k regeneraci funkční vrstvy sliznice (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 35).

Myometrium tvoří hladkosvalové buňky prostoupené vazivem (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 35). Dále obsahuje lymfatické a krevní cévy a autonomní nervstvo (Rob, Martan, Citterbart, 2008, str. 6).

Perimetrium je subserózní vrstvou, která je tvořena podél děložních hran a přechází laterálně v *parametrium*. Serózní vrstvu tvoří pobřišnice, která přechází na dělohu ventrálně ze zadní stěny močového měchýře, dorzálně pak pokračuje ze zadní stěny pochvy na přední stranu konečníku. Tento přechod tvoří dvě vklesliny: přední – *excavatio vesicouterina* a zadní – *excavatio rectouterina* neboli Douglasův prostor (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 36).

Nejběžnější poloha dělohy u žen je poloha v *anteverzi* a *anteflexi*. Polohu dělohy dále udržuje systém, který rozdělujeme na aparát podpůrný a aparát závěsný. Svaly pánevního dna zahrnují podpůrný aparát a vazy, které jsou umístěné v parametriu, pak tvoří aparát závěsný (Roztočil a kolektiv, 2011, str. 23). Vazy závěsného aparátu jsou všechny párové a odstupují od děložního čípku, s výjimkou oblého vazů děložního, který jako jediný odstupuje od děložního rohu (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 34-35). Na cévním zásobení dělohy se podílí hlavně *arteria uterina* a *arteria ovarica*. Žilní krev odtéká do *plexus venosus uterinus*. Z pleteně je krev odváděna cestou *venae ovaricae* a *venae uterinae*. Inervaci dělohy zajišťuje *plexus uterovaginalis* (Roztočil a kolektiv, 2011, str. 24-26).

1.1.4 Pochva

Pochva neboli *vagina*, je trubicovitý orgán, který slouží ke kopulaci a odvádění menstruační krve (Čech, Hájek, Maršál a kolektiv, 2014, str. 18). Kraniálně se upíná na děložní hrdlo a kaudálně se otevírá jako poševní vchod – *ostium vaginae* mezi malé stydké pysky do *vestibulum vaginae* (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 8). Pochva je dlouhá přibližně 7-8 cm. Mezi děložním čípkem a stěnou pochvy je klenba poševní – *fornix vaginae posterior*, je hlubší a také je označována jako *receptabulum seminis*, *fornix vaginae anterior*

je mělčí (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 37). Poševní stěna se skládá ze sliznice, hladké svaloviny a povrchového vaziva – *adventicie*. Sliznice je krytá vícevrstevným dlaždicovým epitelem, nemá žádné žlázy a je složena v příčné řasy – *rugae vaginales* (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 39). Svalovina je tvořena spirálovitou hladkou svalovinou s elastickými vlákny. Adventicie navazuje na závěsný aparát pochvy. Na arteriálním zásobení pochvy se podílí shora *arteria vaginalis*, ve střední části *rami vaginalis* a dolní část je také zásobena *rami vaginalis*. Do *plexus uterovaginalis* pak odtéká žilní krev. Inervace pochvy je zajišťována z *plexus uterovaginalis*. (Roztočil a kolektiv, 2011, str. 27).

1.2 Zevní pohlavní orgány

K zevním pohlavním orgánům ženy, tedy *organa genitalia feminina externa*, patří stydký pahorek, velké a malé stydké pysky, poševní předsíň, erektilní tělesa, vestibulární žlázy a hráz (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 10-11).

1.2.1 Stydký pahorek

Hrma neboli *mons veneris* je trojúhelníkovou vyvýšeninou v dolní části stydké krajiny. Nachází se před sponou stydkou. Je tvořen silnou kůží, která je podložena tukovým polštářem a krytá pubickým ochlupením (Čech, Hájek, Maršál a kolektiv, 2014, str. 19).

1.2.2 Velké a malé stydké pysky

Velké stydké pysky – *labia majora pudendi* přímo navazují na hrmu. Jsou tvořené párovými kožními valy, které se k sobě ve střední čáře přikládají a tvoří tak stydkou štěrbinu – *rima pudendi*. Dorzálně je spojuje *commissura labiorum posterior*. Jsou kryté kůží, na laterální straně je silná pigmentovaná kůže s adnexy a mediální strana je tenká a lesklá. Malé stydké pysky – *labia minora pudendi* jsou tenké kožní řasy uložené mediálně od velkých stydkých pysků. Ventrálně se každé labium štěpí na dvě řasy. Zevní řasy tvoří předkožku – *praeputium clitoridis* a vnitřní řasy uzdičku – *frenulum clitoridis* pošťeváčku. Jsou kryté dlaždicovým vrstevnatým epitelem, pod ním je kolagenní vazivo a mazové žlázy (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 11).

1.2.3 Předsíň poševní

Poševní vchod neboli *vestibulum vaginae* je prostor mezi malými stydkými pysky, je krytý tenkou kůží a přechází ve sliznici pochvy. Ústí sem močová trubice, pochva a velké a malé předsíňové žlázy. Vstup do pochvy je u žen, které ještě neměly pohlavní styk částečně uzavřený panenskou blánou (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 11).

1.2.4 Erektabilní tělesa

Mezi topořivá tělesa patří poštváček – *clitoris* a cibulka poševní – *bulbus vestibuli*. Poštéváček obsahuje kavernózní tkáň a skládá se ze tří částí. Párová ramena – *crura clitoridis* se spojují do nepárového těla – *corpus clitoridis*, které je zakončeno žaludem – *glans clitoridis*. Cibulka poševní je párová, velice hustá žilní pleteň tvaru kapky. Je uložena pod přední polovinou velkého stydkého pysku. Na povrchu je tenké vazivové pouzdro (Špaček, Kaloušek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 42-43).

1.2.5 Vestibulární žlázy

Velká vestibulární žláza – *glandula vestibularis major* neboli bartholinská žláza, je párová mucinózní žláza velikosti hrachu. Nachází se v bázi zadní části labia majora a vyúsťuje vnitřně od malých stydkých pysků do předsíně poševní. *Glandulae vestibulares minores* jsou drobné žlázy rozseté po obvodu poševního vchodu a při ústí močové trubice (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 11).

1.2.6 Hráz

Hráz neboli *perineum* je přepážka mezi zadní komisurou labia majora a análním otvorem. Je asi 4 cm široká a tvoří ji kůže, podkoží a svalovina (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 11).

2 FYZIOLOGICKÝ MENSTRUAČNÍ CYKLUS ŽENY

V této kapitole je probírán fyziologický menstruační cyklus a jeho jednotlivé fáze. V následujících podkapitolách je popsán cyklus ovariální, myometriální, cervikální a vaginální. Dále jsou zde zmíněny hormony, které řídí menstruační cyklus.

2.1 Menstruační cyklus

Reprodukční systém u žen podléhá cyklickým změnám, které jsou považovány za opakovanou přípravu tohoto systému k oplodnění a těhotenství. Délka fyziologického menstruačního cyklu je nejčastěji 28 dní. U většiny žen však není stejná a kolísá v rozmezí 24-36 dnů, toto rozmezí je ještě považováno za fyziologické (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 23).

Pravidelnému cyklu tedy odpovídají jednotlivé fáze:

Proliferační fáze probíhá přibližně od 5. do 14. dne menstruačního cyklu. V endometriu probíhá proliferace žlázek, stromatu, cév a povrchového epitelu. Endometrium dosahuje výšky 3-5 mm a dále roste (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 24). Proliferační fáze probíhá pod vlivem estrogenů a probíhá současně s folikulární fází v ovariálním cyklu (Křepelka, 2015, str. 45).

Sekreční fázi označujeme jako období od 15. do 26. dne cyklu. Sliznice endometria narůstá a kolem 20. dne je jeho výška 7 mm. V buňkách stromatu se hromadí důležité buňky (např. lecitin, lipidy) a epitel žláz kromě těchto buněk obsahuje i glykogen (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 24). Sekreční fáze je řízena progesterony a v ovariálním cyklu probíhá současně s fází luteální (Slezáková, 2011, str. 19).

Poslední fází menstruačního cyklu je fáze menstruační, kdy začínají degenerativní změny na endometriu. Tato fáze probíhá 1.-5. den menstruačního cyklu. Spirální arterioly endometria se smršťují a dochází k vývoji ischemické nekrózy v pars functionalis, ta se začne odlučovat a odchází z dělohy jako menstruační krvácení (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 25). Samotná menstruační fáze se ještě rozděluje na fázi deskvamační, která trvá 1-2 dny a dochází k olupování sliznice. Další fáze je regenerační, ta trvá 2-3 dny a dochází k regeneraci epitelu (Slezáková, 2011, str. 19). Menstruační krev je ze 75 % arteriální, pouze 25 % tvoří venózní krev. Obsahuje buněčnou drť, prostaglandiny a fibrinolysin. Menstruační krvácení obvykle trvá 3-5 dní (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 25).

Ztráta krve během jedné menstruace je průměrně 10-80 ml. Menstruační krev je tím nejvýživnějším, co dokáže ženské tělo vytvořit (Blažejová, 2020, str. 43-46).

2.2 Hormony řídící menstruační cyklus

Menstruační cyklus je řízen hypothalamo-hypofyzárním systémem. V hypothalamu se nachází centrum – *nukleus arcuatus*, které řídí menstruační cyklus. Hlavní funkce tohoto centra je produkce hormonu gonadoliberinu. Gonadoliberin se přes krevní cestu dostane do adenohipofýzy. Výsledkem jeho působení je tvorba gonadotropních hormonů a těmi jsou folikulostimulační hormon, luteinizační hormon a prolaktin (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 63). FSH je zodpovědný za růst folikulů v ovariu a za sekreci estrogeneru. LH tvoří progesteron a je nezbytný pro ovulaci (Pilka, Procházka a kolektiv 2017, str. 18). Prolaktin má laktogenní účinek, v období těhotenství připravuje prsní žlázu na kojení. Má také antidiuretický účinek, způsobuje retenci sodíku v těle (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 64). Prolaktin zvyšuje produkci kaseinu a mléčného albuminu (Višňovský, 2012, str. 30).

Další hormony, které se podílejí na správném fungování menstruačního cyklu, jsou estrogenery a progesteron. Estrogenery jsou tvořeny v ovariu a jejich cílem je řízení ženských funkcí. Máme 3 druhy estrogenerů – estradiol, estron a estriol. Estradiol je hlavní ovariální hormon. Estron je produkován v nadledvinkách v klimakteriu a estriol v těhotenství produkuje placenta. V průběhu menstruačního cyklu hladiny estrogenerů kolísají (Křepelka, 2015, str. 39). Estrogenery mají na pohlavní orgány proliferační a stimulační účinek. Způsobují vývoj zevního genitálu, stimulují růst svaloviny vejcovodu, vývoj sekundárních pohlavních znaků, také ovlivňují psychiku, chování a jednání žen (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 22). Progesteron je nejvýznamnějším přirozeným gestagenem. Vzniká v luteiních buňkách žlutého tělíska v ovariu. V těhotenství se jeho velké množství tvoří v trofoblastu a v placentě. Produkce progesteronu je nejvyšší ve 2. polovině cyklu, těsně před ovulací. Jeho hlavním úkolem je příprava a udržení těhotenství (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 20). Progesteron podporuje vývoj alveolů v mléčné žláze, zpomaluje transport plodového vejce a působí tlumivě na nervový systém (Křepelka, 2015, str. 41).

Dalšími hormony jsou androgeny – jsou to mužské pohlavní hormony, které u žen vyvolávají fyziologické účinky. Ovlivňují růst axilárního a pubického ochlupení, ovlivňují libido a jsou prekurzory estrogenerů. Mezi nejúčinnější formy patří testosteron a dihydrotestosteron (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 22).

2.3 Ovariální cyklus

Současně s menstruačním cyklem probíhá i cyklus ovariální. Ovariální cyklus slouží k dozrání vajíčka – *oocytu*. Folikul, který obsahuje oocyt je základní anatomickou a funkční jednotkou ve vaječniku. Největší počet oocytů, kolem 6-7 milionů, je u plodu v 5.-6. měsíci gravidity. V období menstruace už pouze kolem 500 000 oocytů (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 23). Během ovariálního cyklu dochází k přeměně primordiálního folikulu na Graafův folikul. Následně dojde k ovulaci, vytvoření žlutého tělíska a k přípravě reprodukčního systému ženy na oplodnění (Višňovský, 2012, str. 35).

Ovariální cyklus je charakterizován třemi fázemi:

- Folikulární fáze
- Ovulační fáze
- Luteální fáze

Folikulární fáze trvá prvních 14 dní cyklu. Na začátku začne dozrávat skupina (kohorta) folikulů. Kolem šestého dne začne jeden folikul růst rychleji než ostatní a vzniká tak dominantní folikul. Má velikost kolem 2 cm a tvoří dutinu vyplněnou tekutinou. Tento folikul se nazývá Graafův folikul. Ostatní folikuly podléhají regresivním změnám a zanikají. Folikulární fáze probíhá pod vlivem estrogenů (Švajková, 2021).

Ovulační fáze nastává zhruba 14. den ovariálního cyklu. V této fázi Graafův folikul praskne a vajíčko – *oocyt* je uvolněno do dutiny břišní směrem do vejcovodu. Následně je zachyceno fimbriemi vejcovodu a je dopraveno do dělohy. Tento proces se nazývá ovulace. Pokud není vajíčko oplodněno, dochází k jeho degeneraci a je vypuzeno do pochvy (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 24).

V luteální fázi je prasklý folikul naplněn krví a zaniká. Buňky zkolabovaného folikulu nezanikají, dále se mění a vzniká z nich žluté tělísko – *corpus luteum*. Žluté tělísko je v této fázi hlavním zdrojem progesteronu. Pokud nenastane oplození, tak žluté tělísko zaniká a mění se na bílé tělísko – *corpus albicans*. V tomto období začíná dozrávat další skupina folikulů a celý cyklus se znovu opakuje (Roztočil a kolektiv, 2011, str. 73). Pokud dojde k oplodnění, žluté tělísko zůstává, mění se na *corpus luteum graviditatis* a dále produkuje progesteron (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 24).

2.4 Myometriální cyklus

V první polovině cyklu jsou kontrakce myometria větší než ve fázi luteální. V proliferální fázi tedy děložní motilita postupně stoupá, při ovulaci dosahuje vrcholu a v sekreční fázi ustává. Děložní stahy se během menstruace podílejí na odlučování endometria (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 71).

2.5 Cervikální cyklus

Cyklické změny probíhají také v cervixu a jsou součástí přípravy ke koncepci. Cervikální hlen je tvořen z mukoidního gelu a cervikální plazmy. Při ovulaci je hlenu největší množství a má nejnižší viskozitu. Jsou tak vytvořené vhodné podmínky pro vstup spermií (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 25).

2.6 Vaginální cyklus

S ovariálním cyklem se shodují změny na vaginálním epitelu, zejména v horní třetině pochvy. Proliferaci buněk stimuluje estrogeny a za jejich masivní odlučování je zodpovědný progesteron (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 71).

3 PORUCHY MENSTUAČNÍHO CYKLU

V následující kapitole jsou blíže popsány poruchy menstruačního cyklu. Zmíněny jsou, jak poruchy frekvence, tak i intenzity. Dále také nepravidelné děložní krvácení, chybění menstruace, bolestivá menstruace nebo premenstruační syndrom.

3.1 Poruchy frekvence menstruačního cyklu

Jedná se o cykly, které trvají kratší nebo delší dobu, než je stanoveno u zdravého menstruačního cyklu, jedná se o *oligomenoreu* a *polymenoreu* (Křepelka, 2015, str. 48). *Oligomenorea* je prodloužení délky menstruačního cyklu. Jeho délka je delší než 35 dnů. Menstruační krvácení se objeví maximálně 4-9 x za rok. Nejčastější příčinou oligomenorey je syndrom polycystických ovárií (Višňovský, 2012, str. 94). Tato porucha je často spojována s nepravidelnou ovulací, dále může být prokázána anovulace, sporadická ovulace nebo prodloužená folikulární fáze (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 87). Jako *polymenorea* je označován menstruační cyklus, který je kratší než 25-22 dní. Je možné rozlišit podle délky cyklu lehkou či těžkou formu polymenorey. Obvykle se objeví v období po *menarche* nebo v období vyhasínání ovulační aktivity. U žen se většinou vyskytují pravidelné ovulační zkrácené cykly, které pro ně nepředstavují zdravotní riziko ani z hlediska plodnosti (Višňovský, 2012, str. 93). U této poruchy je riziko vícečetného těhotenství a ovariálního hyperstimulačního syndromu (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 87).

3.2 Poruchy intenzity menstruačního cyklu

Mezi poruchy intenzity menstruace patří *hypermenorea*, *hypomenorea* a *menoragie*. *Hypermenorea* je nadměrně silné krvácení při pravidelném cyklu a s délkou krvácení méně než 8 dní. Rizikem této poruchy může být mikrocytární anémie, pokud se opakuje pravidelně (Křepelka, 2015, str. 48). Mezi příčiny silného krvácení patří organické změny na endometriu a abnormality myometria. Z funkčních příčin např. lokální fibrinolýza. Do extragenitálních příčin jsou zahrnuty hematologické poruchy, antikoagulační léčba nebo systémová onemocnění (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 88). *Menoragie* je také nadměrně silné cyklické krvácení s tím rozdílem, že délka krvácení je delší než 8 dní (Křepelka, 2015, str. 48). Krevní ztráta výrazně přesahuje běžných 80 ml (Roztočil a kolektiv, 2011, str. 79). Také se mohou objevovat krevní sraženiny, které ukazují na závažnost a intenzitu krvácení. Mezi příčiny *menoragie* patří hyperestrizmus, myomy, polypy nebo adenomyóza (Višňovský, 2012, str. 72). *Hypomenorea* je slabé cyklické krvácení trvající méně než 2 dny. Větší

pozornost je třeba této poruše věnovat, pokud dojde ke změně stavu a z původně intenzivního krvácení se stane krvácení slabé (Křepelka, 2015, str. 48). *Hypomenorea* bývá způsobena odlišnou strukturou a cévním zásobením děložní sliznice. Také může být příznakem nedostatečné funkce vaječníku nebo alterací endometria (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 88). Dále bývá častou příčinou *hypomenorey* Aschermanův syndrom, rozsáhlá adenomyóza nebo vícečetné těhotenství (Višňovský, 2012, str. 71).

3.3 Nepravidelné děložní krvácení

Acyklické nepravidelné děložní krvácení, které může mít různou intenzitu, se nazývá *metroragie*. Nejčastěji se objevuje v období po menarche a před menopauzou. Anovulační cykly převládají po nástupu menarche, jsou podmíněné dozráváním osy hypothalamus-hypofýza-ovarium a jsou nejčastější příčinou *juvenilních metroragií*. Jako *perimenopauzální metroragii* označujeme období před menopauzou, při kterém dochází k vyčerpání rezervních folikulů a vyhasíná činnost vaječníků. Je velmi důležité dbát na pečlivou diferenciální diagnostiku, protože tato porucha může být příznakem velmi závažných patologií (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 89).

3.4 Chybění menstruace

Neřítomnost menstruačního krvácení se nazývá *amenorea*. *Primární amenorea* je stav, kdy dívka nezačne menstruuovat do dovršení věku 15 let. *Sekundární amenorea* je výpadek již existujícího krvácení na dobu delší, než jsou 3 měsíce (Křepelka, 2015, str. 49). *Amenoreu* dělíme z klinického hlediska podle výsledku progesteronového testu. Když po aplikaci gestagenů dojde ke krvácení, je proliferace děložní sliznice a produkce estrogenů dostatečná a jedná se o *amenoreu I. stupně*. Pokud nedojde ke krvácení, je proliferace endometria nedostačující – *amenorea II. stupně*. Při tomto testu se aplikuje 60-120 mg progesteronu (např. Agolutin) intramuskulárně, po aplikaci dochází ke krvácení do 14 dnů (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 86-87).

3.5 Bolestivá menstruace

Tato porucha se nazývá *dysmenorea*. Je charakterizována bolestí a souborem somatických příznaků, které se objevují v průběhu menstruačního krvácení. První potíže se objeví většinou těsně před menstruačním krvácením a do 2-3 dnů zmizí. Bývá provázena křečovitými bolestmi v podbříšku, průjmem, zvracením, bolestmi hlavy, nauzeou a kolapsovými stavy. Odhaduje se, že až 50 % žen trpí mírnou formou *dysmenorey*. Dělí se na *primární* a

sekundární dysmenoreu (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 90). *Primární dysmenorea* se objevuje u mladých nerodivších žen s nástupem ovulačních cyklů. K rizikovým faktorům patří ženy mladší 30 let, BMI pod 20, nikotinismus, menarche před 12. rokem, silné menstruační krvácení a sexuální násilí. Protektivně působí nižší věk při prvním porodu a multiparita. *Dysmenorea* vzniká zvýšenou tvorbou prostaglandinů v děložní sliznici. Díky nim dochází ke kontrakcím myometria a zvýšení nitroděložního tlaku, který vede k snížení krevního průtoku a k přechodné tkáňové ischemii. Po prvním porodu potíže zcela zmizí nebo se sníží jejich intenzita (Křepelka, 2015, str. 180). *Sekundární dysmenorea* se objevuje u žen ve věku nad 25 let. Má většinou organickou příčinu potíží. Jde o bolest při menstruaci, která je vyvolaná jinou pánevní patologií. Mezi nejčastější příčiny patří endometrióza, adenomytóza, myomatóza, různé záněty a stenóza hrdla. Převažují hlavně bolesti v pánvi (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 90).

3.6 Premenstruační syndrom

Premenstruační syndrom je označován jako pravidelná přítomnost fyzických a psychických příznaků, které se objevují v luteální fázi menstruačního cyklu. Mezi jednotlivé potíže, které se při PMS objevují patří: změny nálad, deprese, úzkosti, ztráta zájmu o veškeré aktivity, bolesti hlavy, nadýmání, otoky, bolestivost prsů (Křepelka, 2015, str. 185). Diagnóza premenstruačního syndromu se opírá o přítomnost minimálně jednoho psychického a jednoho fyzického symptomu v rámci třech po sobě jdoucích cyklů. Léčba PMS je zaměřena na jednotlivé příznaky, které ženám komplikují život. Z nefarmakologických metod to může být např. úprava životosprávy, tělesné cvičení, snížení psychického stresu nebo psychoterapie (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 91). Tímto způsobem lze léčit mírné formy PMS. U středně závažných a těžkých forem PMS je nutná indikace farmak. První volbou jsou antidepressiva, konkrétně inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, např. fluoxetin nebo sertalin (Křepelka, 2015, str. 187).

4 PORUCHY PLODNOSTI U ŽEN

V této kapitole jsou zmíněny jedny z nejčastějších poruch plodnosti u žen. Je zde blíže popsána endometrióza, syndrom polycystických ovárií, předčasné ovariální selhání a anovulační cyklus.

4.1 Endometrióza

Endometrióza znamená přítomnost *endometria* mimo dělohu v podobě žláz a vazovitých tkání (Pilka, Procházka a kolektiv, 2017, str. 89). Nejčastějším místem výskytu endometriálních ložisek jsou orgány malé pánve. Vzácně např. střevní kličky, močový měchýř a zevní rodidla. Představuje čím dál častější problém reprodukční gynekologie. Jedná se o benigní, na estrogenu závislé progresivní onemocnění, které postihuje ženy zejména v reprodukčním věku. Tuto chronickou nemoc ve většině případů provází bolest. Kromě cyklické pánevní bolesti patří k dalším typickým příznakům *dysmenorea*, *dyspareunie* a také porucha plodnosti. Vznik tohoto onemocnění není dosud jednoznačně objasněn (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 143). Existuje řada teorií, které předpokládají, že vznik endometriózy závisí na imunologické odpovědi ženy a na intenzitě retrográdní menstruace (Roztočil a kolektiv, 2011, str. 128). Endometrióza začíná vytvořením malých světlých papulek, která přecházejí v červená, hnědá až černá ložiska. Následně dochází k vytvoření adhezí, jizvení a k retrakci peritonea. Obliterace malé pánve tzv. *frozen pelvis* je konečným stádiem. U 15-25 % žen je endometrióza diagnostikována v souvislosti s neplodností (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 144). Endometrióza se dělí podle lokalizace. Při *endometriosis genitalis interna* je velmi často postižena děloha nebo vejcovod. Dochází k zvětšování dělohy postupným prorůstáním endometria do myometria. Uzávěr vejcovodu způsobí uzlovité ztlustění v jeho istmické části. *Endometriosis genitalis externa* zasahuje vaječník, vejcovod, retrocervikální prostor, pánevní peritoneum, děložní hrdlo. Čokoládové cysty mohou být ložiska ovariální endometriózy. Endometriomy tvoří srůsty s okolím a dosahují do velikosti až 10 cm. *Endometriosis extragenitalis* je postižení orgánů břišní dutiny, hlavně močového měchýře a střeva. Vzácně např. na plicích, ledvinách, mozku (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 145). Terapie endometriózy musí být individuální a je důležité respektovat potíže pacientky, její věk a lokalizaci procesu. Léčba neplodnosti ve spojení s endometriózou se provádí kontrolovanou ovariální hyperstimulací s intrauterinní inseminací. V případě poruch a poškození tuboovariální anatomie a funkce se přistupuje k asistované reprodukci (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 146-147).

4.2 Syndrom polycystických ovárií

Syndrom polycystických ovárií je soubor příznaků, kterým dominuje hyperandrogenní stav. Tento syndrom provází anovulační sterilita, poruchy menstruačního cyklu a projevy *hyperandrogenismu*, jako je akné, alopecie, seborea nebo hirsutismus. K tomuto onemocnění se řadí další endokrinní a metabolické abnormality, které mohou způsobit rozvoj kardiiovaskulárních a metabolických nemocí. V ženské populaci se odhaduje výskyt syndromu na 5 % a až 70 % žen s tímto syndromem je postiženo neplodností (Špaček, Kalousek Jílek a kolektiv, 2018, str. 270). PCOS je podmíněn geneticky a hypotézy o etiologii tohoto syndromu předpokládají patologii na těchto úrovních: centrální regulace, ovariální nebo adrenální steroidogeneze a metabolismus inzulínu. Pacientky s PCOS mají typicky v laboratorním nálezu zvýšenou hladinu LH a zvýšený poměr LH:FSH. Dále zvýšená produkce androgenů je příčinou rozvoje PCOS. Také inzulinem je výrazně ovlivněna produkce androgenů (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 78). Diagnostika se opírá o přítomnost klinických nebo laboratorních známek hyperandrogenémie a chronické anovulace. Je posuzována hladina testosteronu a volného testosteronu. Nepravidelným cyklem charakteru *oligoamenorey* bývá provázena chronická anovulace. Dále se k diagnostice využívá ultrazvukové vyšetření, hormonální screening a menstruační kalendář. Polycystické ovarium má perleťově bílou barvu, vyhlazený povrch a je zvětšené (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 78-79). Snižování produkce androgenů, korekce hyperandrogenémie, úprava cyklu a léčba neplodnosti je základem dlouhodobé léčby. U obézních pacientek je úspěšná redukce hmotnosti. Nejčastější léčbou jsou přípravky kombinované hormonální antikoncepce. K chirurgické léčbě se přistupuje v případě selhání konzervativní léčby (Špaček, Kalousek, Jílek a kolektiv, 2018, str. 272).

4.3 Předčasné ovariální selhání

Jako předčasné ovariální selhání je označován nástup menopauzy před 40. rokem života. Tímto problémem trpí 0,1 % žen ve věku 30 let. Projevy tohoto onemocnění jsou *amenorea* a *hypoestrinismus*. Významné je rozdělení podle struktury ovaria na případy vyhasnutí ovariální funkce při úplné depleci folikulů a na případy se zachovanými folikuly, které nereagují na gonadotropiny. Příčina tohoto onemocnění není jasná, pravděpodobně se jedná o autoimunitní poškození ovaria, psychické vlivy, kongenitální defekt zárodečných buněk nebo atrezie velkého množství folikulů během každého cyklu (Višňovský, 2012, str. 119-120). Diagnostika se opírá o podrobnou anamnézu, celkové vyšetření zaměřené na projevy hypoestrinismu a možných příčin ovariálního selhání. Léčba neplodnosti podmíněná

ovariálním selháním využívá darovaných oocytů nebo embryí. U žen se zvýšeným rizikem ovariálního selhání je důležité využít plodného období a graviditu neodkládat (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 81).

4.4 Anovulační cyklus

U anovulačních cyklů nedochází k ovulaci, dále k produkci progesteronu a vzniká jeho nedostatek. Tyto cykly bývají víceméně nebo i zcela pravidelné (Roztočil a kolektiv, 2011, str. 79). Jsou zodpovědné za vážné problémy, jako je zadržování vody, přibývání na váze nebo změny nálad. Dříve měly tyto problémy až ženy v klimakteriu, ale dnes je stále častější, že i ženy kolem 30 let trpí na anovulační cykly. Nedostatek progesteronu způsobuje osteoporózu. K anovulačním cyklům také napomáhá stres, znečišťující látky v životním prostředí a špatná výživa. Také vedou k mnoha příznakům estrogenové dominance, např. únavě, otokům, bolestem hlavy, změnám libida, poruchám spánku (Sellmanová, 2014, str. 38-39). V případě neplodnosti u žen s anovulačními cykly se provádí léčba podáním difenylalkanů, antagonistů GnRH a gonadotropinů (Horvátová, 2014).

5 NEGATIVNÍ OVLIVŇOVÁNÍ MENSTRUACE

V následující kapitole jsou uvedeny faktory, které negativně ovlivňují menstruaci. Jsou to hormonální antikoncepce a léky, strava, stres a pohybová aktivita.

5.1 Hormonální antikoncepce a léky

Nejčastěji zvoleným typem je kombinovaná hormonální antikoncepce. Mechanismus účinku spočívá v blokování ovulace estrogeny a gestageny. Perorální pilulka obsahuje v různé denní dávce kombinaci estrogenu a progestinu (Křepelka, 2013, str. 33). V současné době se zdá, že není nic jednoduššího než si nechat předepsat hormonální antikoncepci, zvláště když firmy nabízejí tolik alternativ (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 295). Menstruační krvácení je každý měsíc spuštěno syntetickými hormony, které jsou na 7 dní vysazené, doslova je tedy zastaven fyziologický menstruační cyklus. Užíváním antikoncepce je zvýšeno riziko ischemické choroby srdeční, vysokého krevního tlaku, cévní mozkové příhody a nutričních deficitů. Mezi nežádoucí účinky pak např. patří nevolnost, migrenové bolesti hlavy, přibývání na váze a krevní sraženiny. Ženám, které mají nepravidelný cyklus a menstruační potíže, lékaři předepisují antikoncepční pilulky, nejde však o skutečnou léčbu (Sellmanová, 2014, str. 62-63). Vysazení antikoncepce v pozdějším věku s sebou může nést další problémy, např. bolestivou menstruaci, nepravidelnost cyklu a problémy s otěhotněním (Nováková a kolektiv, 2017, str. 260). Některé léky způsobují abnormality menstruačního cyklu, jsou to např. neuroleptika, antidepresiva nebo blokátory kalciových kanálů (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 82).

5.2 Strava

Nesprávně složená strava také může negativně ovlivnit menstruační cyklus. Strava je lékem pro lidské tělo, ale často mají ženy nedostatečný a nevyvážený jídelníček. Ženy by měly vyřadit rafinovaný jednoduchý cukr, který při konzumaci velkého množství způsobuje onemocnění, které se nazývá kandidóza (Sellmanová, 2014, str. 159-162). Vysoká hladina cukru v krvi narušuje funkci estrogenů, FSH a LH a často také doprovází syndrom polycystických ovárií (Slimáková, 2011). Dále mléčné výrobky působí na tělo ženy negativně. Jejich konzumace zvyšuje příznaky PMS. Zmizení myomů, opakovaných zánětů pochvy, menší bolest při endometrióze, kratší a mírnější menstruaci uvádějí ženy, které úplně přestaly jíst mléčné výrobky (Sellmanová, 2014, str. 163-164). Další potraviny, které mají negativní účinek na hormony jsou např. limonády, obiloviny s obsahem lepku, alkohol, nezdravé tuky. Nepříznivý vliv na plodnost mohou mít vysoké dávky kofeinu (Černá, 2021). Při problémech

s otěhotněním bez zjištěné příčiny je dobré zkusit alespoň na 2 měsíce bezlepkovou dietu. U partnerů s alergií na lepek už mnoho studií zjistilo vyšší výskyt neplodnosti (Slimáková, 2011). Poruchy příjmu potravy, tedy mentální anorexie a bulimie, způsobují abnormality menstruačního cyklu. Mentální anorexie způsobuje *amenoreu*, která je spojená se stavem výživy. Tyto ženy trpí estrogenním deficitem a mají nízké hladiny plazmatického LH a FSH. Následek mentální anorexie je těžká a dlouhodobá *amenorea*, atrofizace dělohy a rozvíjející se osteoporóza (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 98). U bulimie se střídají záchvaty přejídání a úplného odmítání stravy. Mohou se objevit obdobné symptomy jako u mentální anorexie (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 82).

5.3 Stres

Na zdraví menstruačního cyklu má stres obrovský dopad. Má přímý účinek na hypothalamus, ten při stresu omezuje vysílání signálů do hypofýzy a způsobí tak snížení produkce FSH a LH. Výsledkem je méně ovulačních cyklů. Při stresu dojde k aktivaci kortizolu, který zabraňuje ovulaci a produkci ovariálních steroidních hormonů (Briden, 2017, str. 125-126). Stres je také spojen s nepravidelnými cykly, s anovulací a s *amenoreou* (Rob, Martan, Citterbart a kolektiv, 2008, str. 82). Ženám, které jsou pod vlivem dlouhodobého stresu, se stahuje děloha a vejcovody a to má vliv na pohyblivost a uhnízdění vajíčka (Slimáková, 2011).

5.4 Pohybová aktivita

Pravidelný pohyb je pro menstruační cyklus velmi prospěšný. Mírní reakci na stres a snižuje hladinu kortizolu, zlepšuje prokrvení reprodukčních orgánů, posiluje svaly pánevního dna, snižuje výskyt chronických zánětů (Briden, 2017, str. 131). Přemíra sportu může naopak ženám uškodit. Sportovkyně se často potýkají s *oligomenoreou* a *amenoreou*. Tyto ženy mají nízké hodnoty gonadotropinů a estrogenů a zvýšené hodnoty testosteronu. Jednou z možností vzniku *amenorey* je ztráta tělesného tuku, který je nahrazený svalovinou. Dalšími příčinami je pokles hmotnosti, stres a nezralost reprodukční osy (Višňovský, 2012, str. 116). Dnes jsou tyto potíže začleněny pod syndrom, který se nazývá RED-S (Relative Energy Deficiency in Sport). Jde o kombinaci *amenorey*, poruch příjmu potravy a snížení hustoty kostí (Briden, 2017, str. 132). Naopak sedavý způsob života celkově zpomaluje metabolismus (Rodrigues, 2017, str. 34).

6 SYMPTOTERMÁLNÍ METODA

Jedná se o metodu přirozeného plánování rodičovství, která využívá přirozené pochody a změny probíhající v ženském těle. Díky tomu mají ženy možnost sledovat a vyhodnocovat svůj cyklus a na základě toho určit své plodné a neplodné dny. Pomocí této metody je možné i u nepravidelných cyklů určit plodné období (Lázničková, 2018, str. 2). V rámci symptotermální metody se kontrolují změny hlenu děložního hrdla s bazální teplotou nebo bazální teplota se změnami děložního čípku. Při správném používání je možné dosáhnout vysoké efektivity, která je srovnatelná s hormonální antikoncepcí (Predáčovi, 2013, str. 15). Všechna sledování si ženy zapisují do záznamových tabulek, které slouží k přehlednosti a vymezení hranic plodných a neplodných dnů (Lázničková, 2018, str. 10).

6.1 Sledování bazální tělesné teploty

Bazální tělesná teplota je klidová teplota, která je měřená nejlépe ráno ihned po probuzení v tělesné dutině (v konečníku, pochvě nebo pod jazykem). V průběhu jednoho cyklu provádíme měření ve stejné tělesné dutině, stejným teploměrem a ve stejný čas. Teplotu, kterou naměříme, odečteme z teploměru a ihned zapíšeme do tabulky. K měření stačí klasický lékařský teploměr. V případě použití digitálního teploměru je nutné, aby měřil na dvě desetinná místa a musí se měnit baterie. Nižší hodnoty bazální tělesné teploty jsou před ovulací. Po ovulaci dojde k vzestupu teploty kvůli stoupající hladině progesteronu. Je velmi důležité umět určit první den vzestupu bazální tělesné teploty, abychom mohli správně určit její průběh a hranici plodného období. První měření označujeme jako první den vzestupu, ať bylo jakkoliv vyšší než nejvyšší z předchozích šesti platných měření. Abychom si potvrdili, že k vzestupu teploty došlo z hormonálních důvodů, potřebujeme tři vyšší změřením nad linií, která je stanovená z předchozích šesti platných nižších změřením (Lázničková, 2018, str. 13.). Jsou zde některé rušivé faktory, které mohou sledování a vyhodnocení bazální tělesné teploty ovlivňovat, např. nemoc, nedostatek spánku, konzumace alkoholu, stres, směnný provoz, změna teploměru nebo změna místa měření (Predáčovi, 2013, str. 28-29).

6.2 Sledování hlenu

Kvalita hlenu děložního hrdla se v průběhu cyklu pod vlivem estrogenů mění. Je považován za pozitivní znak plodnosti, protože poskytuje spermii vhodné prostředí k pohybu a výživu (Predáčovi, 2013, str. 32). Při vysoké hladině estrogenů je hlen tekutý a je doprovázený pocitem vlhka až mokra v rodidlech ženy. Tento typ hlenu je považován za nepřímou známku ovulace, může se vyskytovat i několik dní před skutečnou ovulací nebo nemusí být

vůbec pozorován a k ovulaci teprve dochází. Hlen zhoustne s nástupem progesteronu, stane se lepkavým a nakonec není viditelný vůbec. Na začátku cyklu v neplodném období hlenová zátka brání prostupu spermií do krypt děložního hrdla. V pochvě je kyselé prostředí a spermie odumřou během 4-8 hodin. Hlenová zátka se rozpouští a hlen se stává řidším s blížící se ovulací. Jsou vytvořené vhodné podmínky pro průnik spermií do krypt hrdla děložního. Jako vrchol hlenu se označuje poslední den, kdy byl viditelný hlen „nejvyšší kvality“ a po něm se změnil v „méně kvalitní“ hlen. Plodné období z hlediska sledování hlenu začne s nástupem jakéhokoliv příznaku přítomnosti hlenu nebo jen i pocitu vlhka. Po vrcholu hlenu trvá plodné období ještě tři dny. Do záznamových tabulek se zaznamenává vzhled hlenu na toaletním papíře a subjektivní pocity na rodidlech (Lázničková, 2018, str. 10-11). Faktory, které mohou negativně ovlivnit sledování hlenu, jsou např. stres, výtok, některé léky, chemické antikoncepční přípravky, nevhodný toaletní papír (Lázničková, 2018, str. 19).

6.3 Sledování čípku

Výše hladin ženských hormonů také ovlivňuje polohu čípku, jeho konzistenci a otevírání branky děložního hrdla. Při vysoké hladině estrogenů se čípek otevírá, vytahuje se vzhůru a měkne. S nástupem progesteronu se čípek uzavírá, je pevný jako špička nosu a je nízko. V případě, že se ženám nedaří sledovat hlen, pomůže samovyšetření čípku rozpoznat plodné a neplodné dny. Nedoporučuje se jako samostatná metoda. Za začátek plodného období při sledování čípku se považuje opět jakákoliv změna kvality čípku. Začíná měknout, otevírá se a vytahuje se vzhůru. Konec plodného období nastává, když je čípek zase uzavřený, je nízko a je tuhý (Lázničková, 2018, str. 12).

6.4 Jiné pro každou ženu specifické symptomy

Jsou ženy, které pozorují druhotné příznaky plodného období. Může to být např. bolest v podbříšku, píchání v prsou, citlivost nebo změny pokožky. Dále se v období ovulace asi u 5 % žen zvýší touha po pohlavním styku. Tyto druhotné příznaky si ženy také mohou zapisovat do záznamových tabulek (Predáčovi, 2013, str. 42).

7 PŘÍRODNÍ PODPORA SPRÁVNÉHO FUNGOVÁNÍ CYKLU

V poslední kapitole jsou zmíněny některé z přírodních možností správného fungování menstruačního cyklu. Je zde popsána fytoterapie, homeopatie, aromaterapie a v neposlední řadě také hormonální jógová terapie.

7.1 Fytoterapie

Fytoterapie je moderní léčba bylinami, která má tisíciletou tradici. Již lidé v období pravěku sbírali různé listy, květy, kořeny a předávali si z generace na generaci vědomosti (Dittus-Bär, 2011, str. 6). Jde o léčbu účinnými látkami rostlin a bylin a produkty získanými extrakčními metodami z nich. Bylinná léčba je v současné době stále vyhledávanější (Bémová, 2020). Jeden z nejstarších způsobů v rostlinném léčení je příprava bylinných čajů. Bylinný čaj se připravuje buď ze sušených nebo z čerstvých rostlin (Dittus-Bär, 2011, str. 48). Dále se využívají bylinné tinktury. Vyrábí se macerací rostlin v alkoholu, který funguje jako rozpouštědlo a vytáhne tak z byliny potřebné látky. Mezi výhody tinktury patří trvanlivost a také vysoké množství účinných látek (Golasovská, 2020, str. 10). Tinktury se nejčastěji používají při léčbě zánětů (Bémová, 2020). Bylinné obklady se pokládají přímo na postižené místo a účinné látky se vstřebávají přes kůži. Používají se teplé i studené obklady. Bylinné koupele se dělají z éterických olejů nebo nálevu z bylin. V případě olejů je nutné do vody přidat emulgátor (např. mléko, smetana nebo med), aby se obě látky spojily (Bémová, 2020). Teplota bylinné koupele by měla být 35-38 °C a délka koupání by neměla být delší než 10-20 minut (Dittus-Bär, 2011, str. 39). Vaginální bylinná napářka patří mezi jemné procedury, které mohou ženám dlouhodobě pomoci očistit menstruační krev a dělohu. Dále prohřeje reprodukční orgány ženy a může pomoci upravit menstruační cyklus (Valová, 2020).

Mezi nejčastěji používané byliny pro ženy patří:

Řebříček obecný pomáhá ženám s bolestivou menstruací, při silném menstruačním krvácení nebo při opožděné menstruaci (Golasovská, 2020, str. 176).

Kontryhel obecný se využívá při nepravidelnostech menstruačního cyklu, poruchách tvorby žlutého tělíska nebo při bolestivé menstruaci (Fischer, 2011, str. 19).

Hluchavka bílá pomáhá při nepravidelné a bolestivé menstruaci. Dále může pomoci při zánětu močových cest a také se využívá do směsí na podporu otěhotnění (Golasovská, 2020, str. 226).

Měsíček lékařský má pozitivní vliv na menstruační cyklus a také pomáhá při endometrióze (Fischer, 2011, str. 46-47).

Koprník štetinolistý pomáhá při vynechání menstruace a jako podpora prokrvení při poruchách menstruačního cyklu (Fischer, 2011, str. 113).

Červený jetel – obsahuje hořčík, draslík, vápník, vitamin B1, vitamin B3, vitamin C, provitamin A, rostlinné estrogenery a proteiny. Touto kombinací prospěšných látek je jetel vzácnou bylinou, která pomáhá ženám přiblížit se přirozenému menstruačnímu cyklu. Pomáhá při menstruačních bolestech a obtížích v menopauze (Nováková a kolektiv, 2017, str. 277-278).

Pampeliška lékařská pomáhá ženám, které trpí na myomy, endometriózu, hormonální nerovnováhu a neplodnost (Fischer, 2011, str. 151).

7.2 Homeopatie

Homeopatie je léčebnou vědou, která využívá přírodních látek k napodobení nemoci a vyvolání léčby. Jakákoliv složka, která u zdravého člověka vyvolá nějaké příznaky, může ty stejné příznaky vyléčit u člověka nemocného (Schmukler, 2018, str. 14). Homeopatika se podávají v podobě tablet, globulí, kapek nebo tinktur a k jejich rozpuštění dochází na jazyku nebo patře (Řezáčová, 2015).

Ke zmírnění premenstruačního syndromu se využívají následující homeopatika. *Natrum muriaticum* 15 C je vhodný pro ženy, které trpí na váhový přírůstek před menstruací nebo pokud se u nich objevuje akné. Užívá se pět granulí jednou denně. Pro ženy, které si stěžují na bolesti v podbřišku a zádech, je vhodný přípravek *Sepia officinalis* 15 C, který má stejné dávkování jako předešlý produkt (Formánková, Kabelková, Ludvíková 2018, str. 91-92).

Při bolestivé menstruaci, která je doprovázena velkými bolestmi břicha, závratěmi a pocitem na omdlení, se využívá *Veratrum album* 9 C. Dávkování je pět granulí po 5-10 minutách až do zlepšení stavu. Ke zmírnění bolestivé menstruace s tmavým krvácením a

krvními sraženinami je vhodný přípravek Magnesia phosphorica 9 C. Užívá se pět granulí po hodině až do zlepšení stavu (Formánková, Kabelková, Ludvíková, 2018, str. 95).

Při silném menstruačním krvácení se užívá Hamamelis 9 C. Dávkováno je pět granulí po hodině až do zlepšení stavu. Dále při dlouhotrvající menstruaci se podává přípravek China 9 C, kdy se užívá pět granulí dvakrát denně (Formánková, Kabelková, Ludvíková, 2018, str. 94).

7.3 Aromaterapie

Aromaterapie je alternativní léčbou, která využívá esenciální oleje a různé další vonné složky. Aromaterapeutické přípravky můžeme používat k masáži, jako směs do osvěžovačů vzduchu nebo difuzérů a také ke koupeli. Aromaterapie příznivě působí na tělesnou i psychickou stránku člověka (Švajková, 2021). Aromaterapií lze také řešit některé potíže žen spojené s menstruačním cyklem. Při bolestivé menstruaci, kdy ženu trápí tupá bolest s tlakem, je vhodné použít směs: 30 ml základního oleje, 15 kapek tymiánu, 10 kapek heřmánku římského, 5 kapek šalvěje muškátové. Touto směsí se pak potírá podbříšek a záda podle potřeby. Při křečovitě bolesti se využívá směs: 30 ml základního oleje, 5 kapek šalvěje muškátové, 5 kapek levandule, 5 kapek majoránky, 3 kapky heřmánku římského a 3 kapky cypřiše. Opět se potírá podbříšek a záda podle potřeby a je doporučeno pít také čaj z majoránky. Pro premenstruační syndrom, který je spojený s plačtivostí, je vhodné smíchat 30 ml základního oleje, 7 kapek pomeranče, 5 kapek kadidlovníku a 2 kapky růže. Při podrážděnosti kvůli PMS smícháme 30 ml základního oleje, 10 kapek bergamotu, 3 kapky šalvěje muškátové a 2 kapky růže. Je doporučeno tyto směsi jednou za den aplikovat na tělo (např. ruce, obličej, břicho), přidat do aromalampy nebo do koupele (Kotalíková, 2019).

Další éterické oleje, které pomáhají při menstruaci a dalších problémech s ní spojených:

Andělíka – pomáhá při menstruačních křečích a dále upravuje nepravidelnou menstruaci (Kadlecová, 2017).

Anýz a fenykl – napomáhají upravení nepravidelné menstruace a jsou také vhodné při PMS, fenykl je ale nevhodný při endometrióze a anýz v těhotenství a při kojení (Kadlecová, 2017).

Cypřiš – pomáhá při bolestivé a nepravidelné menstruaci, harmonizuje menstruační cyklus (Kadlecová, 2017).

Geranium – používá se při bolestivé menstruaci, dále upravuje menses a je vhodný i v období klimakteria (Kadlecová, 2017).

Levandule – je vhodná při menstruačních potížích, jako jsou křeče nebo PMS (Kadlecová, 2017).

Šalvěj muškátová – vhodná při vynechání menstruace (Kotalíková, 2019).

7.4 Hormonální jógová terapie

Hormonální jógová terapie je přirozená terapie, která vychází z jógy. Jejím cílem je aktivovat a obnovit tvorbu pohlavních hormonů u žen. Tato terapie má výborné výsledky u žen s předčasným ovariálním selháním a také mnoha ženám vyřešila potíže s otěhotněním. Nejznámější druh jógy, který se zaměřuje na udržení zdraví, je hathajóga. Hormonální jóga také odstraňuje symptomy spojené s menopauzou (Rodrigues, 2017, str. 27). Dále je vhodná pro mladé dívky, u kterých menstruace teprve začíná, nebo pro ženy po vysazení hormonální antikoncepce. Hormonální jógová terapie tedy přirozeným způsobem řeší všechny tyto potíže: rozkolísané a nízké hladiny hormonů, projevy stresu, nespavost, neplodnost, nepravidelnosti cyklu, PMS, cysty na vaječnicích. Je to velmi striktní metoda, ve které je předem určená sestava. Tato sestava by se měla cvičit každý den a beze změn. Díky tomuto přísnému režimu má mnoho žen velmi rychlé výsledky. Není doporučena v těhotenství (Mangová, 2018).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla zaměřit na problematiku menstruačního cyklu a jeho správného fungování, protože předpokládám, že mnoho žen v reprodukčním věku není dostatečně informováno o tom, jak menstruační cyklus probíhá. Při menstruačním cyklu dochází v těle ženy k řadě změn, které jsou způsobeny jednotlivými fázemi cyklu, ale také hormony, které menstruační cyklus řídí a ovlivňují. Pokud se u žen vyskytne nějaký problém s menstruací, často si prvotní informace vyhledávají v internetových diskuzích, které jsou většinou neodborné, a dochází tak k šíření mylných informací o menstruačním cyklu. Také současný způsob života žen, např. časné užívání hormonální antikoncepce, nezdravý životní styl či stres může negativně ovlivňovat menstruační cyklus, aniž by si to ženy uvědomovaly. V dnešní době narůstá počet žen, kterým se nedaří otěhotnět, a velká část z nich zřejmě ani neví, jakým způsobem jejich tělo a cyklus funguje. Správné fungování menstruačního cyklu je předpokladem pro úspěšné otěhotnění. Dalším problémem současné doby je, že většina potíží spojených s menstruací je řešena farmakologickými metodami. Ženy by měly být dostatečně informovány o přírodních metodách podpory správného fungování cyklu, jako je např. bylinná léčba, homeopatie nebo aromaterapie.

Porodní asistentka má ve svých kompetencích kromě jiného i edukaci žen o menstruačním cyklu. Informuje je o důležitosti hygieny, o jednotlivých fázích cyklu, o správné životosprávě, o přírodních metodách jeho podpory.

Všechny ženy by měly být dostatečně informované o správném a zdravém fungování menstruačního cyklu. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla ve své bakalářské práci touto problematikou zabývat a kladu si hlavní výzkumnou otázku:

„Mají ženy v reprodukčním věku dostatečné znalosti v oblasti fungování menstruačního cyklu?“

9 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

Hlavní cíl: Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit rozsah znalostí žen o menstruačním cyklu a s jakými nejčastějšími problémy se ženy potýkají.

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké znalosti o menstruačním cyklu mají ženy v reprodukčním věku a jak menstruaci vnímají.

Výzkumný problém: Znají ženy v reprodukčním věku pojmy související s menstruačním cyklem? Jak vnímají svou menstruaci? Sledují kvalitu menstruačního krvácení?

Otázka č. 3, 4, 5, 6, 7, 8

Dílčí cíl 2: Zjistit, jaký počet žen užívá nebo někdy užívalo hormonální antikoncepci, důvod užívání a jejich zkušenosti.

Výzkumný problém: Užívá nebo užívala hormonální antikoncepci většina dotazovaných? Jaký byl důvod užívání hormonální antikoncepce? Budou zkušenosti dotazovaných s hormonální antikoncepcí spíše negativní?

Otázka č. 9, 10, 11, 12, 13

Dílčí cíl 3: Zjistit, jaký počet žen řeší potíže s menstruačním cyklem nebo s otěhotněním a jaké potíže mají.

Výzkumný problém: Řeší nebo řešila větší část dotazovaných problémy s menstruačním cyklem nebo otěhotněním? Jaké jsou jejich potíže?

Otázka č. 14, 15, 16

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda jsou ženy nakloněny přírodním způsobům léčby potíží, jejich zkušenosti s přírodní léčbou.

Výzkumný problém: Bude větší část dotazovaných upřednostňovat přírodní léčbu? Nabídl jim někdo tuto možnost? Mají ženy zkušenost s přírodní léčbou?

Otázka č. 17, 18, 19, 20, 21, 22

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda ženy znají pojem symptotermální metoda.

Výzkumný problém: Znají ženy symptotermální metodu? Vědí, co tato metoda obnáší? Měly by zájem dozvědět se o této metodě více informací?

Otázka č. 23, 24, 25

10 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro výzkum v bakalářské práci jsem si zvolila záměrný výběr respondentů. Oslovila jsem ženy v reprodukčním věku, tedy ženy ve věku zhruba 15-45 let. Právě tyto ženy nejčastěji trápí problémy s menstruačním cyklem a eventuelně i poruchy plodnosti.

11 METODIKA PRÁCE

K vypracování mé bakalářské práce jsem si zvolila kvantitativní výzkum, abych získala odpovědi od většího počtu respondentů. Kvantitativní výzkumná strategie zahrnuje sjednocené a přesné měření dle předem daného kritéria. Je tak umožněno srovnávání jednotlivých měření, časů, kontextů nebo různých osob. Kvantitativní výzkum se zaměřuje na způsob práce s daty, konkrétně na jejich kvantifikaci a číselné vyjádření, které se spojuje s analýzou dat a měřením empirické reality (Novotná, Špaček, Šťovíčková, 2019, str. 95).

Ke sběru dat jsem si zvolila polostrukturovaný dotazník, který jsem vytvořila na internetových stránkách www.survio.com. Dotazník obsahuje 25 otázek. Je složený z 21 uzavřených otázek, u kterých je možnost jedné nebo více odpovědí. Dále jsou 2 otázky otevřené, kde je prostor pro vlastní odpovědi. První 2 otázky jsou demografické, díky nim jsem zjišťovala věk a vzdělání respondentek. Další otázky v dotazníku jsou zaměřené na informovanost žen o menstruačním cyklu, na jejich zkušenosti s hormonální antikoncepcí či přírodní podporu cyklu.

12 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od prosince 2021 do ledna 2022. Před zahájením dotazníkového šetření byla provedena pilotní studie na malém počtu respondentek. Na základě toho byly upraveny nedostatky. Dotazník byl zveřejněn na internetových stránkách www.facebook.com. Dále jsem také dotazník zveřejnila na internetové stránce www.instagram.com, kde jsem oslovila instagramovou skupinu s názvem Za lepší menstruaci. Tuto skupinu jsem oslovila, protože předává ženám užitečné informace o menstruačním cyklu. Cílem bylo oslovení 100 respondentů. Návratnost dotazníku byla 74,1 % a bylo vyplněno 117 dotazníků z celkového počtu 158 návštěv.

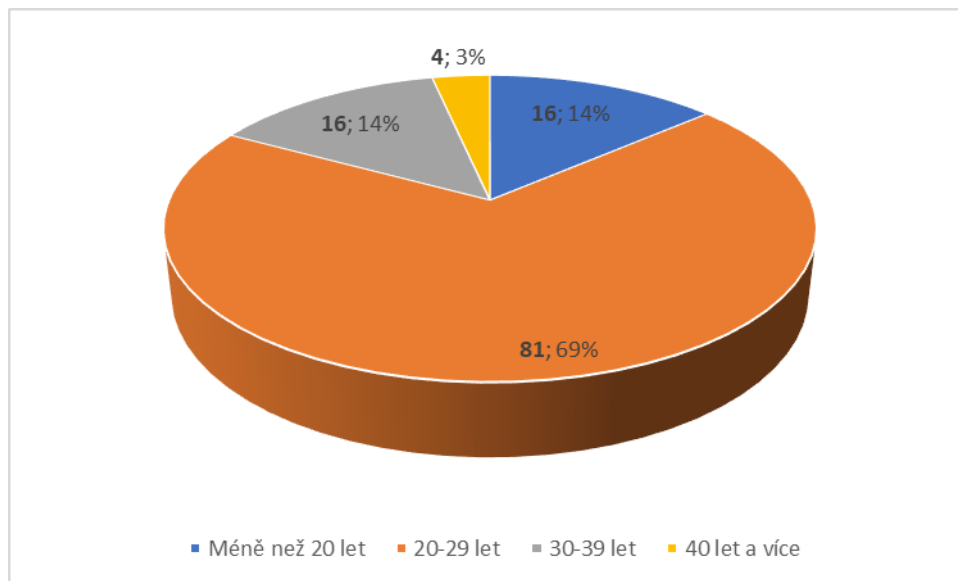
13 ZPRACOVÁNÍ DAT

Získaná data z dotazníků jsem zpracovala pomocí internetové stránky www.my.surveo.com. Výsledky jsem následně upravila do grafické podoby v programu Microsoft Office Excel. Zpracované výsledky jsou ve formě sloupcových a výsečových grafů pro lepší přehlednost dat. Na volné odpovědi žen jsem využila popisnou statistiku.

14 ANALÝZA DAT

Otázka č. 1 – Kolik je Vám let?

Graf č. 1: Věk

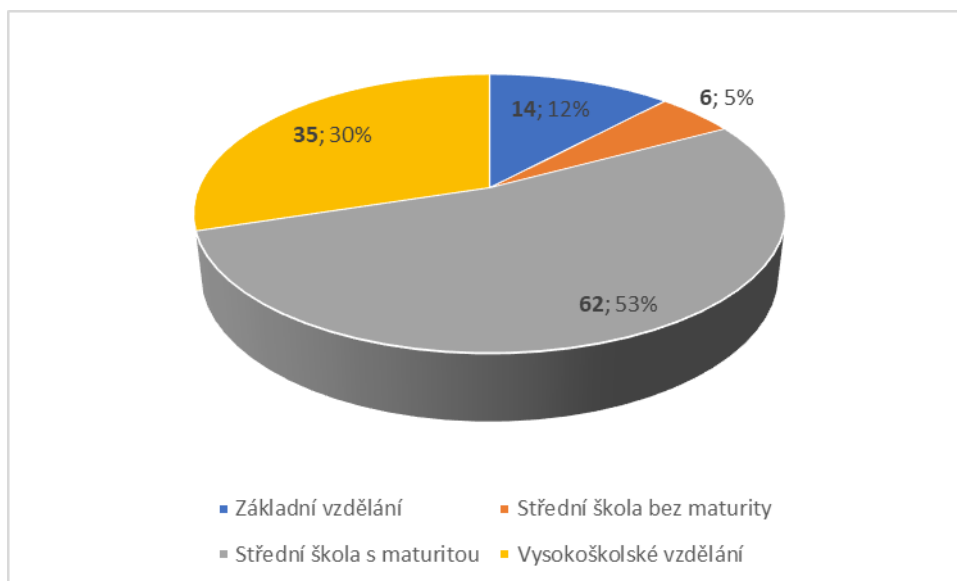


Zdroj: vlastní

Dotazník vyplnilo 117 žen. Největší zastoupení bylo z věkové skupiny 20-29 let, a to 81 (69 %). Žen ve věku méně než 20 let odpovědělo 16 (14 %) a stejné zastoupení bylo i ve věkové skupiny 30-39 let, tedy 16 (14 %). Nejméně respondentek je ve věku 40 let a více, jejich počet byl 4 (3 %).

Otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf č. 2: Úroveň vzdělání



Zdroj: vlastní

Celkem bylo osloveno 117 žen, z nichž 62 (53 %) vystudovalo střední školu s maturitou. Respondentek, které dosáhly vysokoškolského vzdělání, je 35 (30 %). Ženy se základním vzděláním mají počet 14 (12 %). Nejméně respondentek je se střední školou bez maturity, a to 6 (5 %).

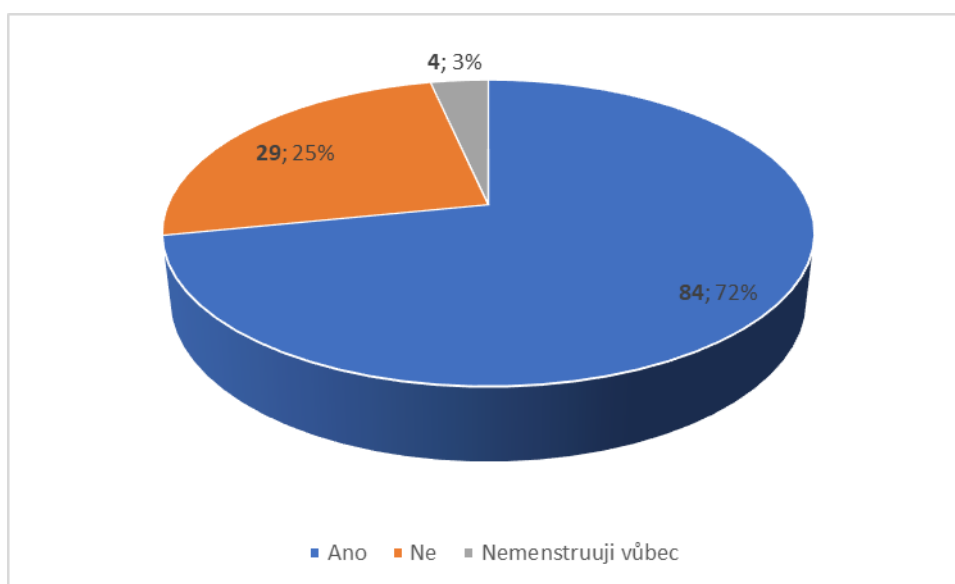
Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké znalosti o menstruačním cyklu mají ženy v reprodukčním věku a jak menstruaci vnímají.

Výzkumný problém: Znájí ženy v reprodukčním věku pojmy související s menstruačním cyklem? Jak vnímají svou menstruaci? Sledují kvalitu menstruačního krvácení?

Otázka č. 3, 4, 5, 6, 7, 8

Otázka č. 3 - Máte pravidelný menstruační cyklus? (jako pravidelný menstruační cyklus se označuje trvání 28 dní \pm 7 dní krvácení)

Graf č. 3: Pravidelnost cyklu

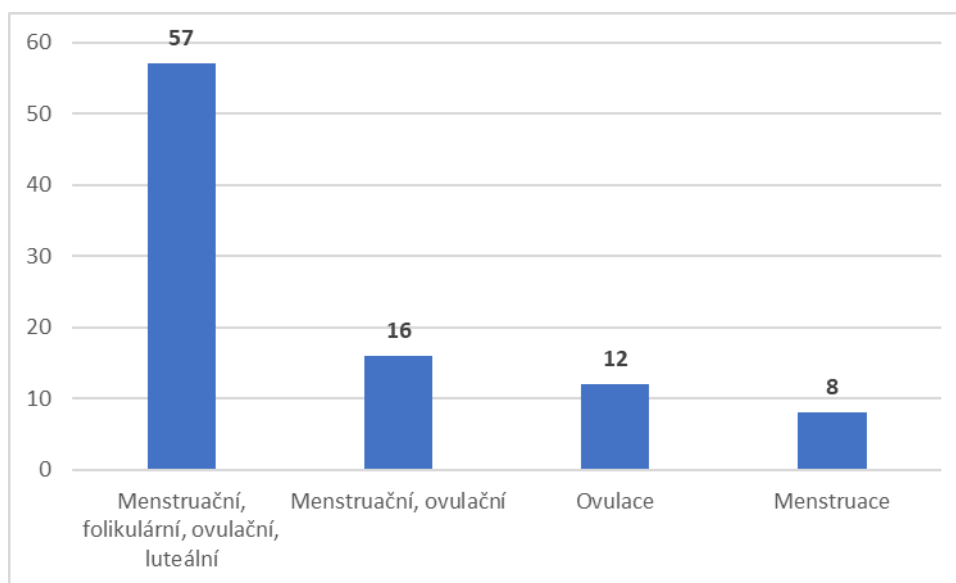


Zdroj: vlastní

84 respondentek (72 %) uvádí, že mají pravidelný menstruační cyklus. Nepravidelný menstruační cyklus má 29 žen (25 %). Nejmenší zastoupení žen nemenstruuje vůbec, jejich počet je 4 (3 %).

Otázka č. 4 - Vypište, jaké fáze má menstruační cyklus?

Graf č. 4: Fáze menstruačního cyklu

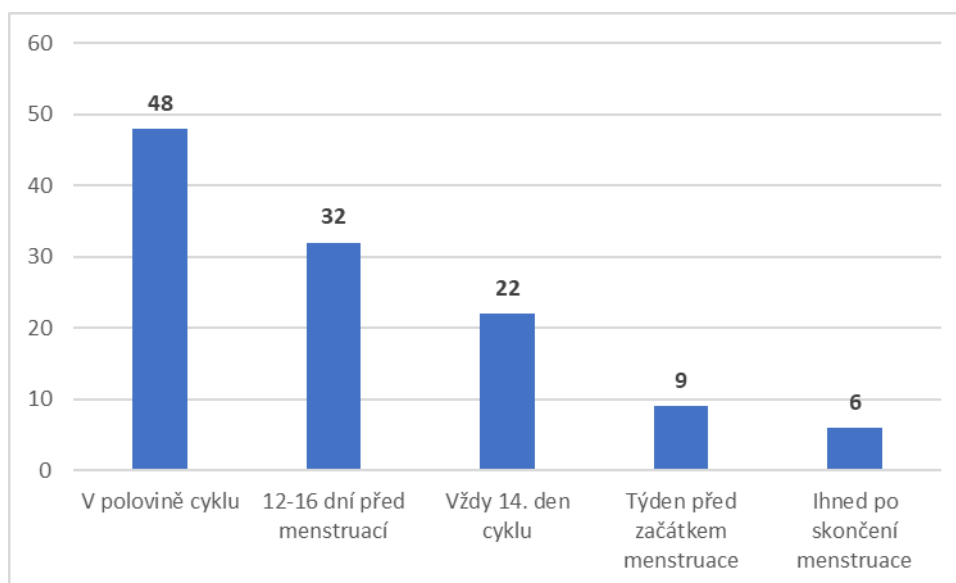


Zdroj: vlastní

V této otázce jsem zjišťovala, zda ženy znají fáze menstruačního cyklu. Z 117 dotazovaných žen na tuto otázku odpovědělo pouze 93 respondentek. Největší počet žen, a to 57 (61 %) vypsalo všechny fáze menstruačního cyklu – tedy fázi menstruační, folikulární, luteální a ovulační. 16 respondentek (17 %) uvedlo pouze fázi menstruační a ovulační. Dále 12 žen (13 %) zmínilo ovulaci a nejmenší zastoupení žen, a to 8 (9 %) uvedlo jen menstruaci.

Otázka č. 5 – Víte, kdy probíhá ovulace u zdravého menstruačního cyklu?

Graf č. 5: Ovulace

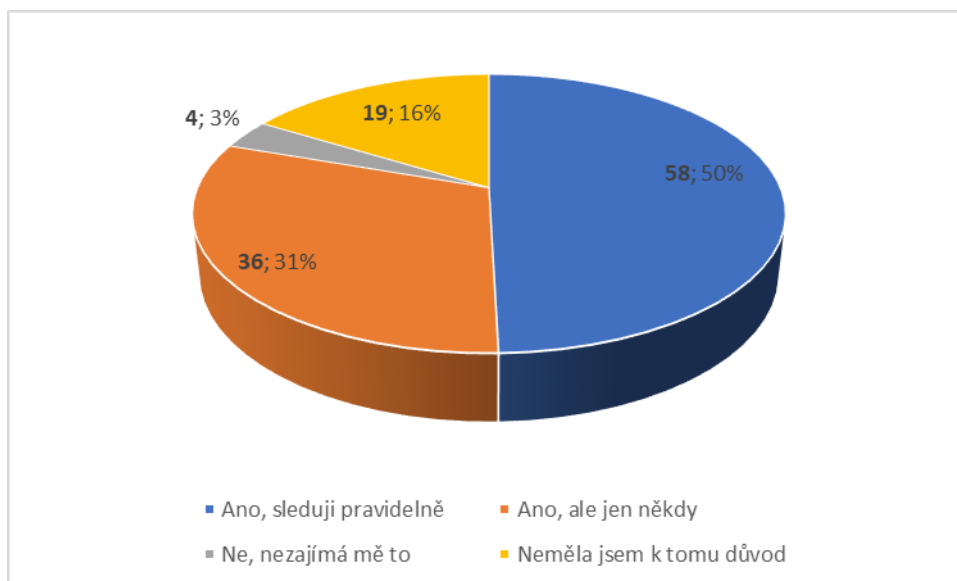


Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentek 48 (41 %) uvedlo, že ovulace probíhá v polovině cyklu. 32 žen (27 %) uvádí dobu ovulace na 12-16 dní před menstruací. Vždy 14. den cyklu vybralo 22 respondentek (19 %). Pouze 9 (8 %) z nich uvedlo průběh ovulace týden před začátkem menstruace. A nejmenší zastoupení, a to 6 žen (5 %) ihned po skončení menstruace.

Otázka č. 6 – Sledovala jste někdy kvalitu svého menstruačního cyklu?

Graf č. 6: Kvalita menstruace

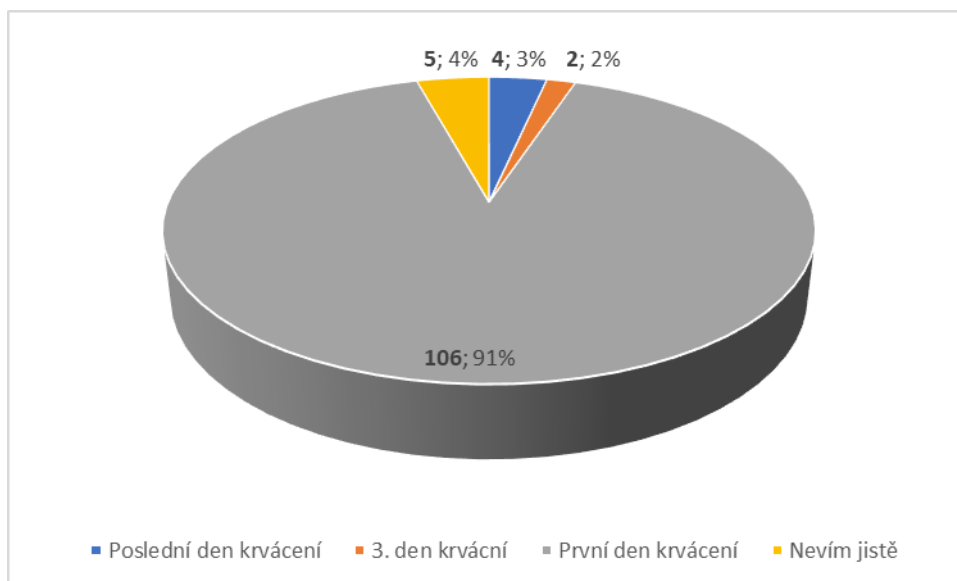


Zdroj: vlastní

Z respondentek jich 58 (50 %) pravidelně sleduje kvalitu svého menstruačního cyklu. 36 žen (31 %) kvalitu také sleduje, ale jen někdy. Dále 19 respondentek (16 %) k tomu nemělo důvod. Nejmenší zastoupení z nich nesledovalo kvalitu menstruačního cyklu, protože je to nezajímá, a to 4 (3 %).

Otázka č. 7 – Který den je považován za začátek menstruačního cyklu?

Graf č. 7: Začátek menstruace

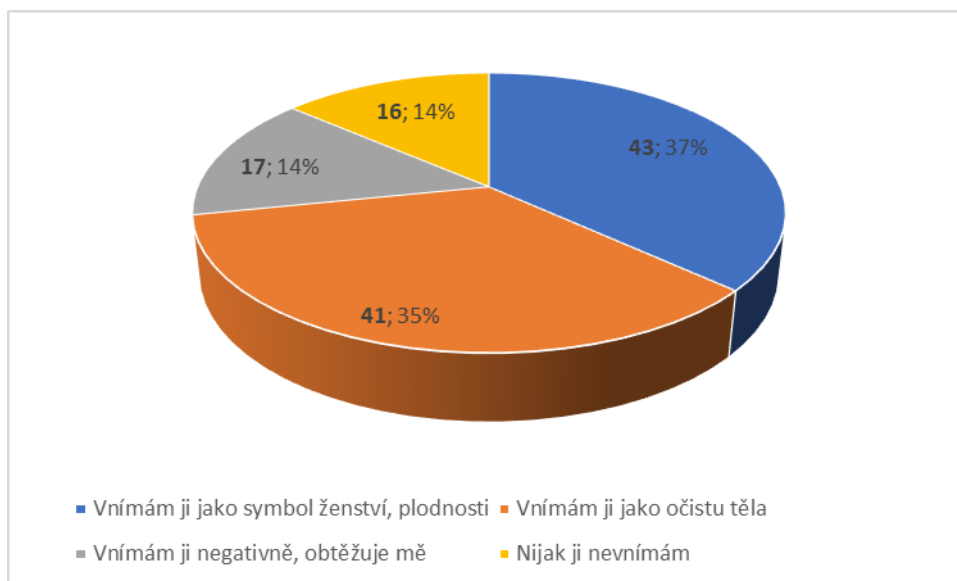


Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentek 106 (91 %) odpovědělo, že první den krvácení je považován za začátek menstruačního cyklu. 5 žen (4 %) uvedlo, že neví jistě. Poslední den krvácení vybraly 4 respondentky (3 %). A nejméně z nich 2 (2 %) odpovědělo, že začátek menstruačního cyklu nastává 3. den krvácení.

Otázka č. 8 – Jaký je Váš vztah k menstruaci?

Graf č. 8: Vztah k menstruaci



Zdroj: vlastní

Z výsledků dotazníku vyplynulo, že 43 žen (37 %) vnímá menstruaci jako symbol ženství a plodnosti. Jako očistu těla ji vnímá 41 respondentek (35 %). 17 žen (14 %) menstruace obtěžuje a vnímají ji negativně. Pouze 16 z nich (14 %) ji nijak nevnímá.

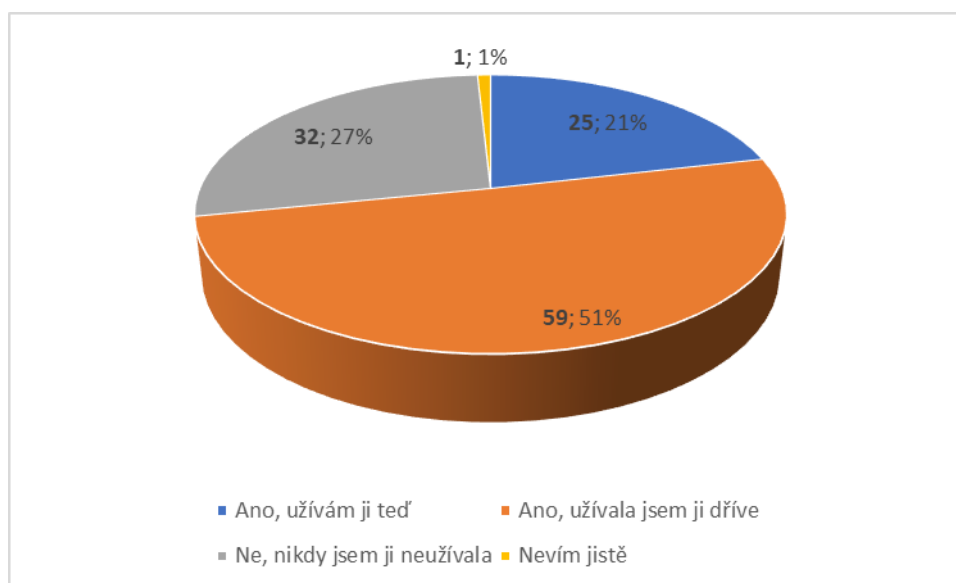
Dílčí cíl 2: Zjistit, jaký počet žen užívá nebo někdy užívalo hormonální antikoncepci, důvod užívání a jejich zkušenosti.

Výzkumný problém: Užívá nebo užívala hormonální antikoncepci většina dotazovaných? Jaký byl důvod užívání hormonální antikoncepce? Budou zkušenosti dotazovaných s hormonální antikoncepcí spíše negativní?

Otázka č. 9, 10, 11, 12, 13

Otázka č. 9 – Užíváte nebo jste někdy užívala hormonální antikoncepci – pilulky, náplasti, kroužky, hormonální nitroděložní tělíska, injekce?

Graf č. 9: Užívání hormonální antikoncepce



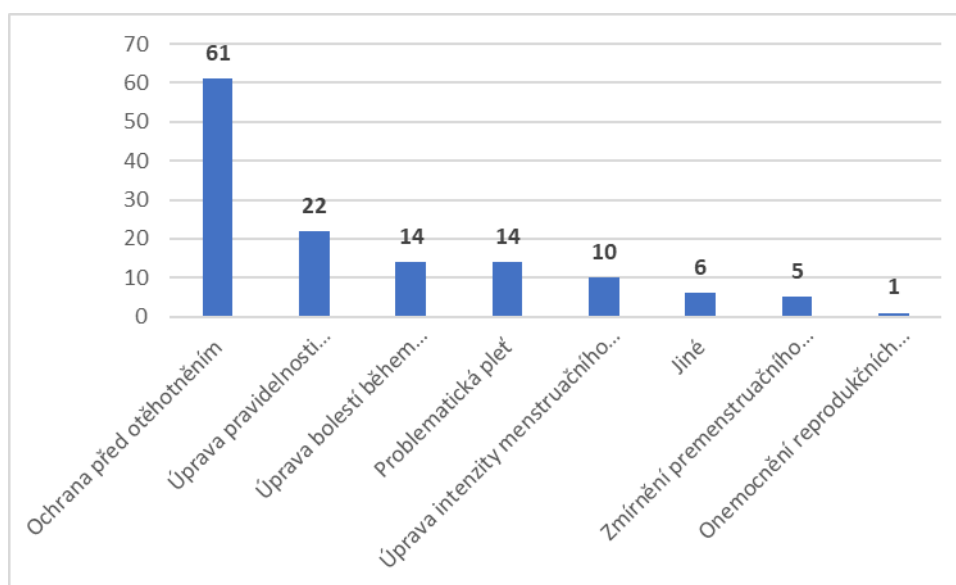
Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentek 59 (51 %) užívalo hormonální antikoncepci dříve a v současné době ji neužívají. Počet žen, které nikdy neužívaly hormonální antikoncepci, byl 32 (27 %). Momentálně užívá hormonální antikoncepci 25 respondentek (21 %). Pouze 1 žena (1 %) uvedla, že neví jistě, zda někdy hormonální antikoncepci užívala.

Otázka č. 10 – Pokud užíváte/užívala jste, uveďte důvod?

U této otázky byla možnost 1 nebo více odpovědí.

Graf č. 10: Důvod užívání hormonální antikoncepce

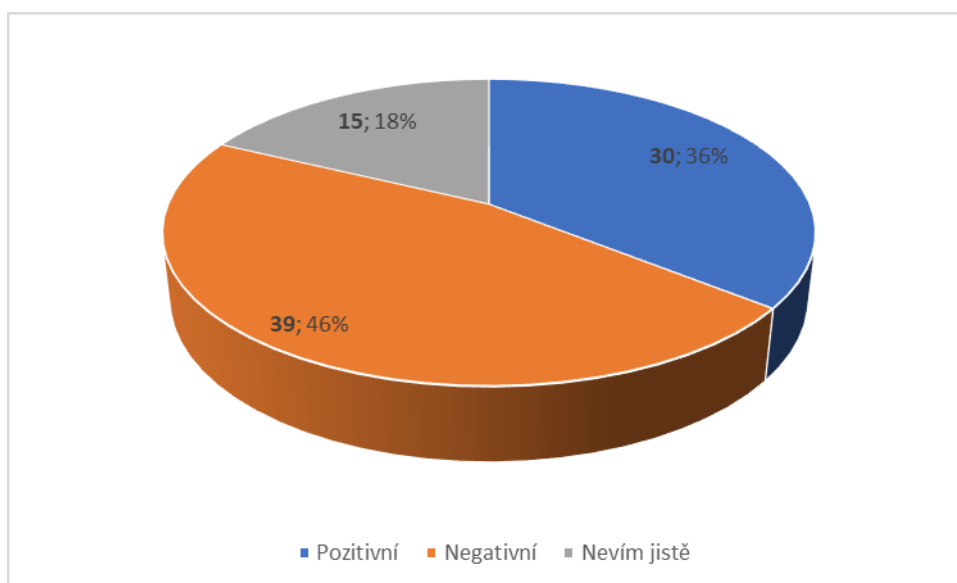


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 84 žen. Největší počet respondentek, a to 61 (73 %) uvedlo jako důvod užívání hormonální antikoncepce ochranu před otěhotněním. Následovala úprava pravidelnosti menstruačního krvácení, tuto možnost vybralo 22 žen (26 %). Dalším důvodem byla úprava bolestí během menstruačního krvácení, zde byl počet respondentek 14 (17 %). Hormonální antikoncepci užívá nebo užívalo z důvodu problematické pleti 14 žen (17 %). 10 respondentek (12 %) uvádí jako důvod úpravu intenzity menstruačního krvácení. Jinou možnost zvolilo 6 (7 %) z nich. Následujícím důvodem bylo zmírnění premenstruačního syndromu, zde byl počet 5 žen (6 %). A pouze 1 respondentka (1 %) uvedla jako důvod užívání hormonální antikoncepce onemocnění reprodukčních orgánů.

Otázka č. 11 – Jaké jsou Vaše zkušenosti s hormonální antikoncepcí?

Graf č. 11: Zkušenosti s hormonální antikoncepcí

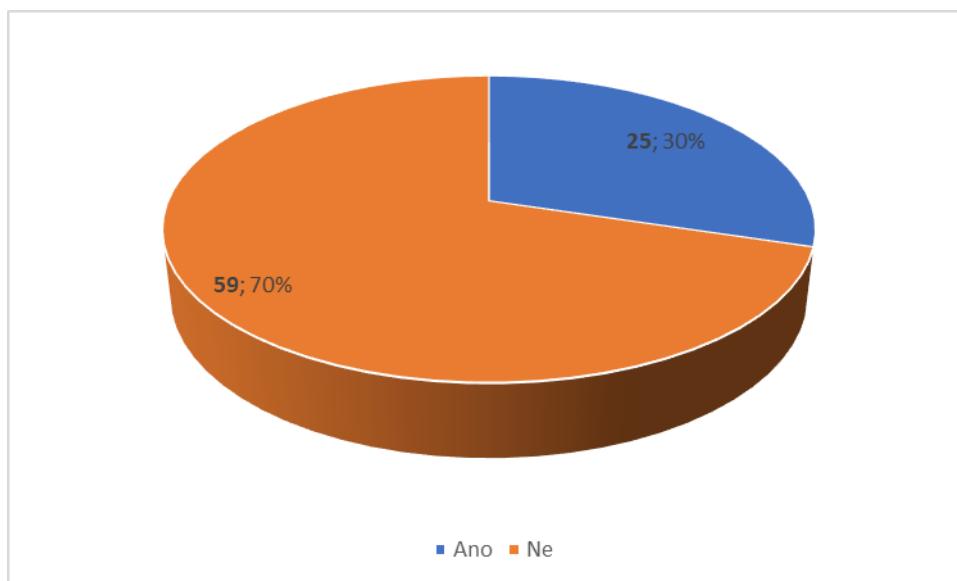


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 117 dotazovaných žen na tuto otázku odpovídalo 84 respondentek. Z nich 39 (46 %) uvedlo, že jejich zkušenost s hormonální antikoncepcí byla negativní. 30 žen (36 %) uvedlo pozitivní zkušenost s hormonální antikoncepcí. Nejmenší počet respondentek, a to 15 (18 %) vybralo možnost, že neví jistě, jaká byla jejich zkušenost.

Otázka č. 12 – Měla jste v důsledku užívání antikoncepce zdravotní potíže?

Graf č. 12: Zdravotní potíže kvůli hormonální antikoncepci

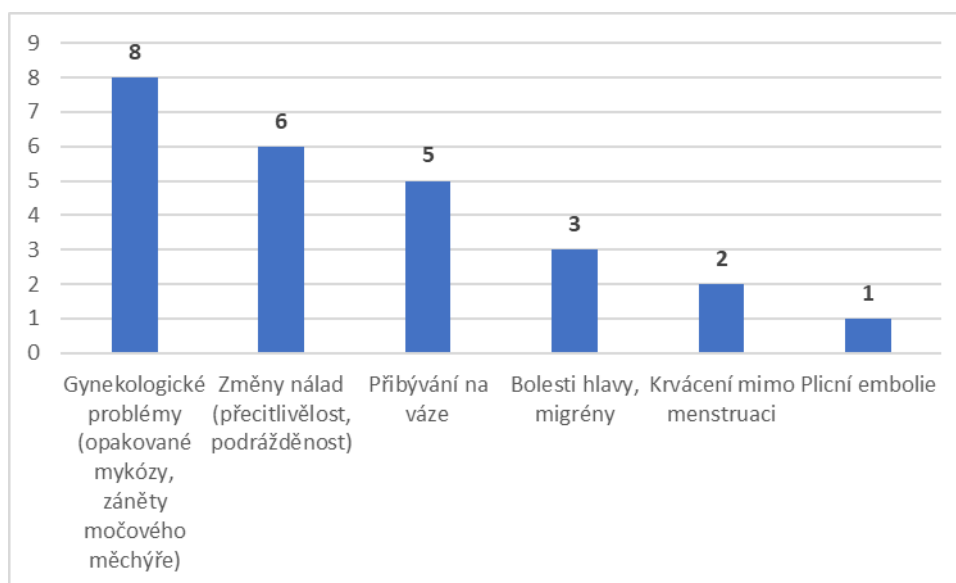


Zdroj: vlastní

Na otázku č. 12 odpovědělo 84 respondentek. V důsledku hormonální antikoncepce nemělo zdravotní potíže 59 žen (70 %). 25 respondentek (30 %) naopak mělo zdravotní potíže spojené s užíváním hormonální antikoncepce.

Otázka č. 13 – Pokud ano, vypište potíže, které jste měla?

Graf č. 13: Konkrétní zdravotní potíže



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo 25 dotazovaných žen. 8 respondentek (32 %) uvedlo, že měly gynekologické problémy v důsledku užívání hormonální antikoncepce. Dalších 6 žen (24 %) prožívalo změny nálad. Přibývání na váze spojené s užíváním hormonální antikoncepce postihlo 5 respondentek (20 %). 3 ženy (12 %) uvedly jako jejich zdravotní potíže bolesti hlavy a migrény. Krvácení mimo menstruaci zaznamenaly 2 ženy (8 %). Pouze 1 respondentka (4 %) uvedla plicní embolii.

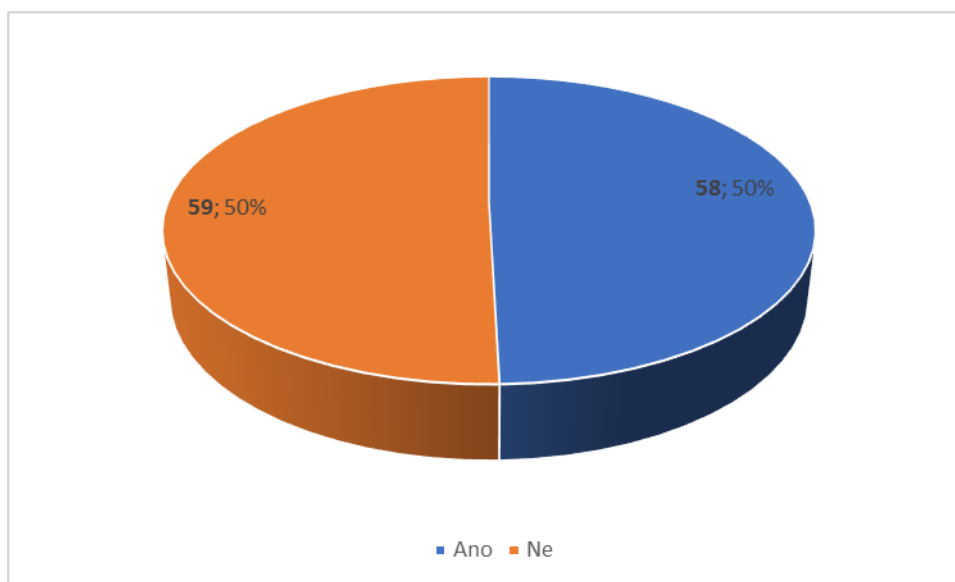
Dílčí cíl 3: Zjistit, jaký počet žen řeší potíže s menstruačním cyklem nebo s otěhotněním a jaké potíže mají.

Výzkumný problém: Řeší nebo řešila větší část dotazovaných problémy s menstruačním cyklem nebo otěhotněním? Jaké jsou jejich potíže?

Otázka č. 14, 15, 16

Otázka č. 14 – Řešila jste někdy nebo aktuálně řešíte problémy s menstruačním cyklem?

Graf č. 14: Problémy s menstruačním cyklem

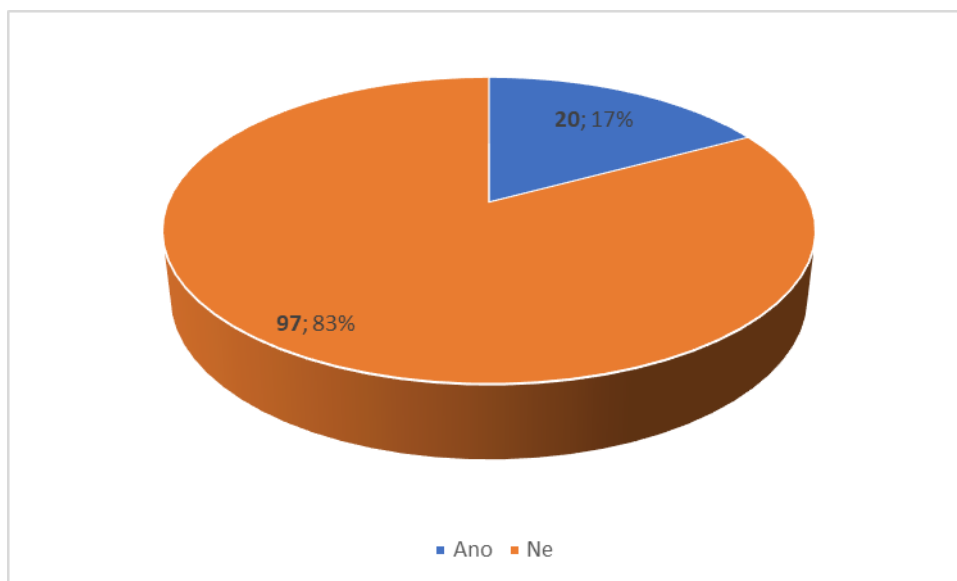


Zdroj: vlastní

59 respondentek (50 %) uvádí, že někdy řešilo nebo aktuálně řeší problémy s menstruačním cyklem. Zbýlých 58 žen (50 %) nikdy neřešilo problémy spojené s menstruačním cyklem.

Otázka č. 15 – Řešila jste někdy nebo aktuálně řešíte problémy s otěhotněním?

Graf č. 15: Problémy s otěhotněním



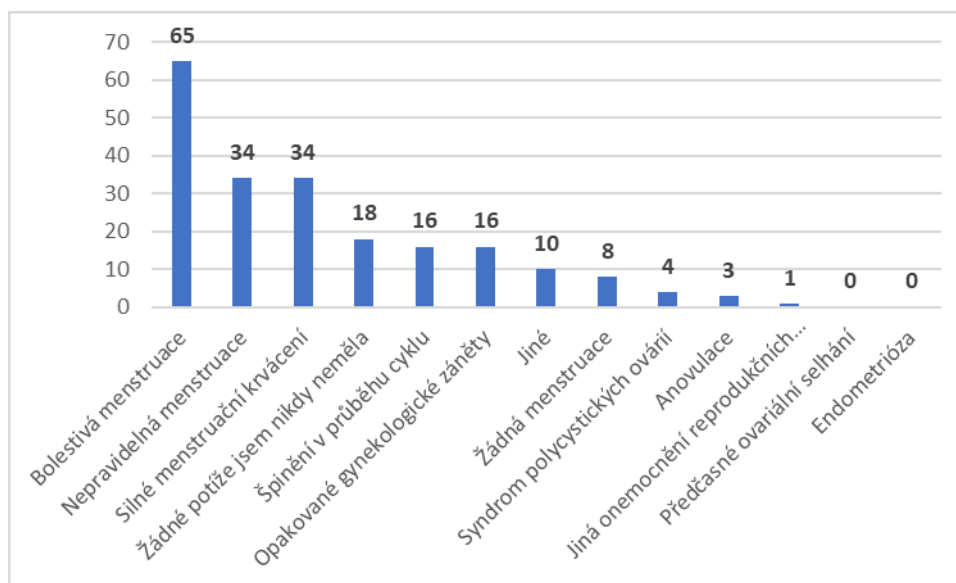
Zdroj: vlastní

Problémy s otěhotněním nikdy nemuselo řešit 97 dotazovaných žen (83 %). Pouze 20 respondentek (17 %) někdy řešilo nebo aktuálně řeší problémy spojené s otěhotněním.

Otázka č. 16 – Řešila jste někdy nebo aktuálně řešíte nějaký z těchto problémů?

U této otázky byla možnost 1 nebo více odpovědí.

Graf č. 16: Konkrétní problémy s cyklem nebo otěhotněním



Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentek 65 (56 %) uvádí jako konkrétní problém, který musely řešit nebo aktuálně řeší, bolestivou menstruaci. Dále 34 žen (29 %) trápila nebo trápí nepravidelná menstruace. Silné menstruační krvácení postihlo nebo postihuje také 34 žen (29 %). 18 respondentek (15 %) nikdy žádné potíže nemělo. Špinění v průběhu cyklu uvedlo 16 žen (14 %). Stejný počet žen, tedy 16 (14 %) zmínil opakované gynekologické záněty. 10 žen (9 %) vybralo možnost jiný problém, než jsou výše uvedené. Žádná menstruace trápila nebo trápí 8 (7 %) dotazovaných respondentek. 4 ženy (3 %) uvádí jako konkrétní problém syndrom polycystických ovárií. Anovulace postihla nebo stále postihuje 3 respondentky (2,5 %). Pouze 1 žena (1 %) uvedla jiné onemocnění reprodukčních orgánů. Předčasné ovariální selhání a endometriózu neřešil ani neřeší nikdo z dotazovaných.

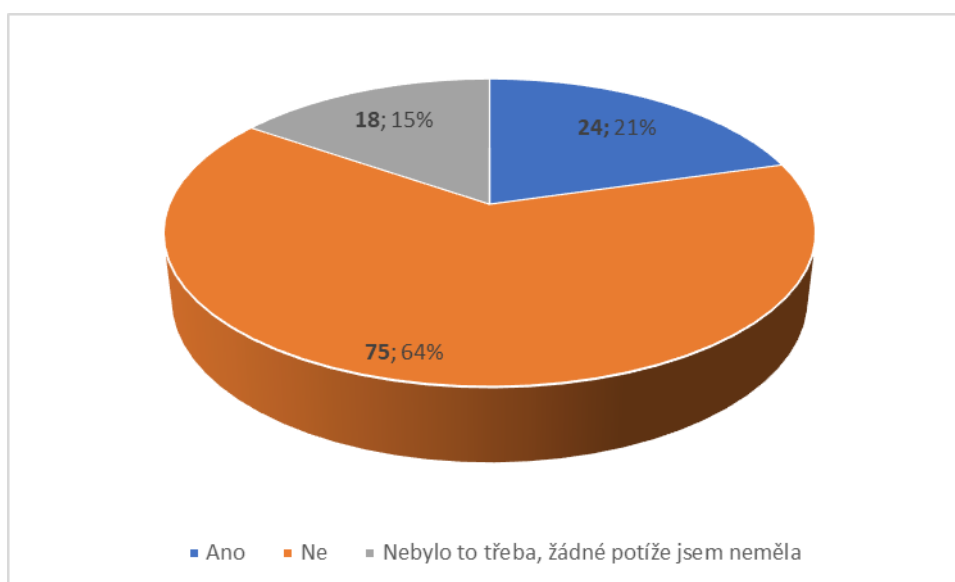
Dílčí cíl 4: Zjistit, zda jsou ženy nakloněny přírodním způsobům léčby potíží, jejich zkušenosti s přírodní léčbou.

Výzkumný problém: Bude větší část dotazovaných upřednostňovat přírodní léčbu? Nabídl jim někdo tuto možnost? Mají ženy zkušenost s přírodní léčbou?

Otázka č. 17, 18, 19, 20, 21, 22

Otázka č. 17 – Nabídl Vám někdo přírodní řešení těchto problémů?

Graf č. 17: Nabídka přírodního řešení problémů

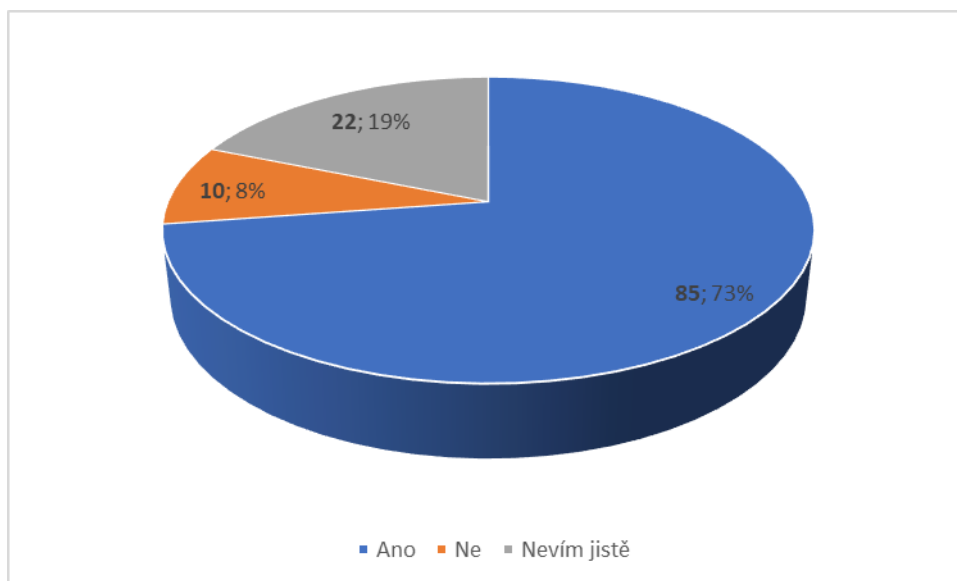


Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentek 75 (64 %) uvádí, že jim nikdo nenabídl přírodní řešení výše uvedených problémů. Pouze 24 žen (21 %) někdy dostalo nabídku přírodního řešení jejich problémů s menstruačním cyklem. 18 respondentek uvádí, že taková nabídka nebyla třeba, protože nikdy žádné potíže neměly.

Otázka č. 18 – Byla byste nakloněna přírodnímu řešení problémů s menstruačním cyklem nebo při potížích s otěhotněním?

Graf č. 18: Zájem o přírodní řešení problémů

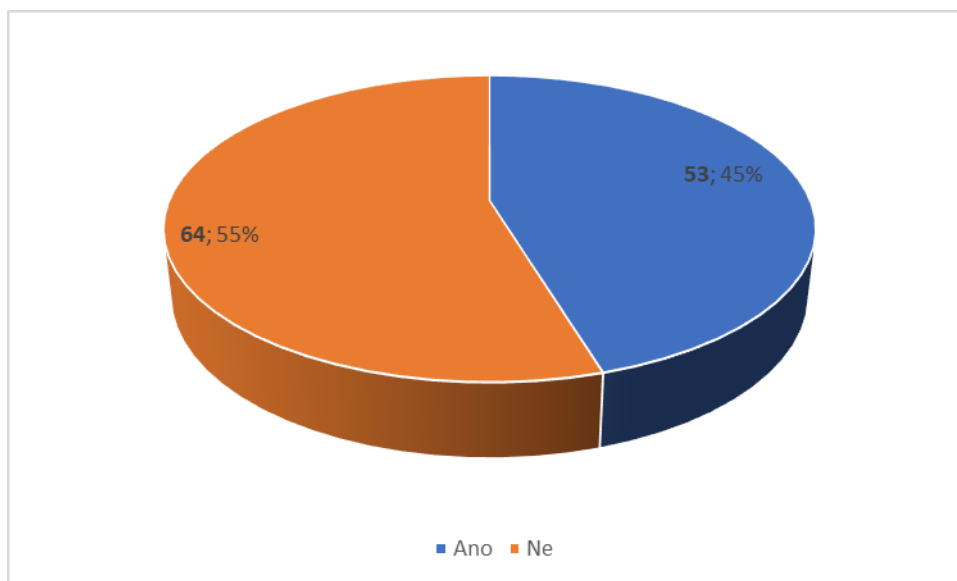


Zdroj: vlastní

Největší počet respondentek, a to 85 (73 %) uvádí, že by byly nakloněny přírodnímu řešení problémů s menstruačním cyklem nebo při potížích s otěhotněním. 22 žen (19 %) neví jistě, zda by měly zájem o přírodní řešení problémů. Pouze 10 respondentek (8 %) nejeví o tuto možnost zájem.

Otázka č. 19 – Máte zkušenost s bylinami v léčbě menstruačních potíží, ev. otěhotněním?

Graf č. 19: Zkušenost s bylinami

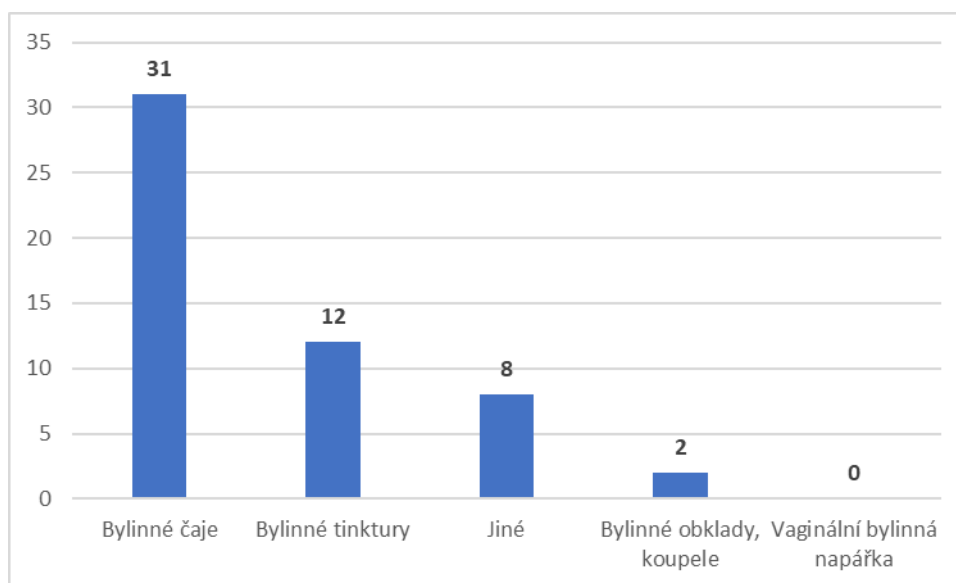


Zdroj: vlastní

V této otázce jsem zjišťovala, zda mají dotazované ženy zkušenost s bylinami v léčbě menstruačních potíží, ev. otěhotněním. 64 respondentek (55 %) zkušenost s bylinnou léčbou nemá. Ženy, které mají zkušenost s léčbou pomocí bylin, je 53 (45 %).

Otázka č. 20 – Pokud ano, v jaké formě jste byliny užívala?

Graf č. 20: Forma užívání bylin

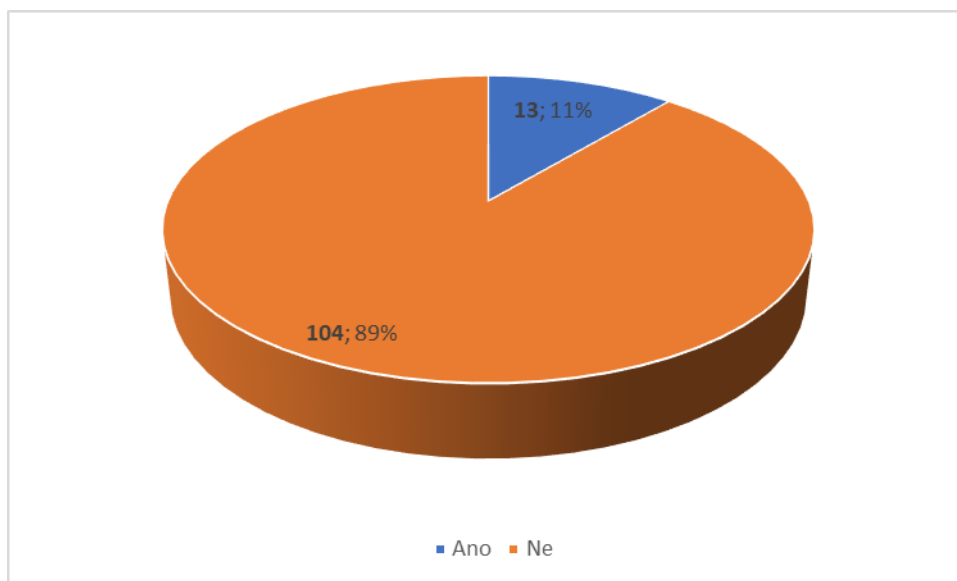


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 53 respondentek. Největší zastoupení měla forma bylinných čajů, tuto možnost zvolilo 31 žen (58 %). Ve formě bylinných tinktur užívalo byliny 12 respondentek (23 %). Jinou možnost užívání bylin zvolilo 8 žen (15 %). Pouze 2 ženy (4 %) používaly formu bylinných obkladů nebo koupelí. S vaginální bylinnou napářkou nemá zkušenost ani jedna z dotazovaných žen.

Otázka č. 21 – Máte zkušenost s homeopatií v léčbě menstruačních potíží, ev. otěhotněním?

Graf č. 21: Zkušenost s homeopatií

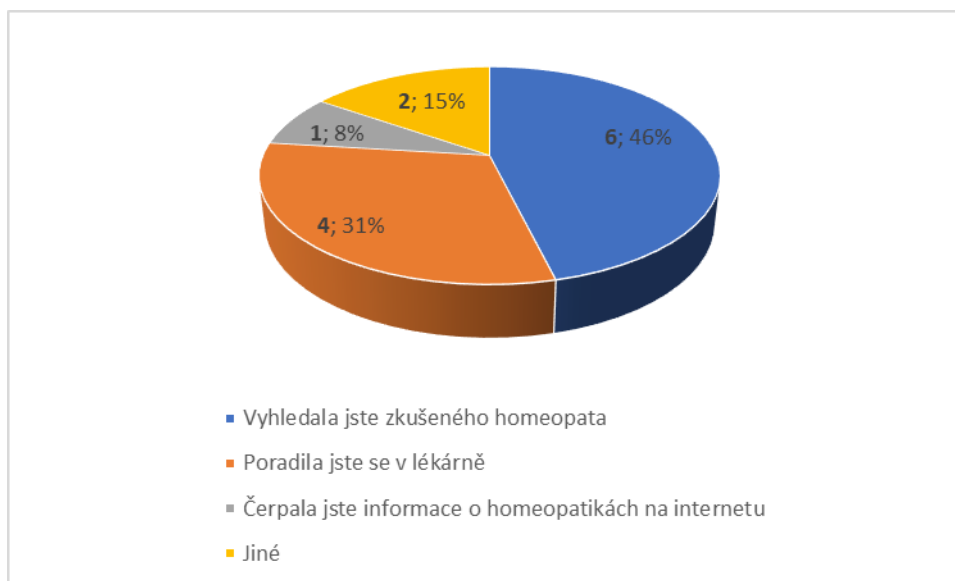


Zdroj: vlastní

Zkušenost s homeopatií v léčbě menstruačních potíží, ev. otěhotněním nemá 104 dotazovaných respondentek. Pouze 13 žen (11 %) léčilo menstruační potíže, ev. potíže s otěhotněním pomocí homeopatie.

Otázka č. 22 – Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, kde jste se informovala?

Graf č. 22: Zdroj informací o homeopatii



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 13 respondentek. 6 žen (46 %) získalo informace o homeopatii tím, že vyhledaly zkušeného homeopata. V lékárně se poradily 4 respondentky (31 %). Jinou možnost zdroje informací o homeopatii zvolily 2 ženy (15 %). Pouze 1 respondentka (8 %) čerpala informace o homeopatikách na internetu.

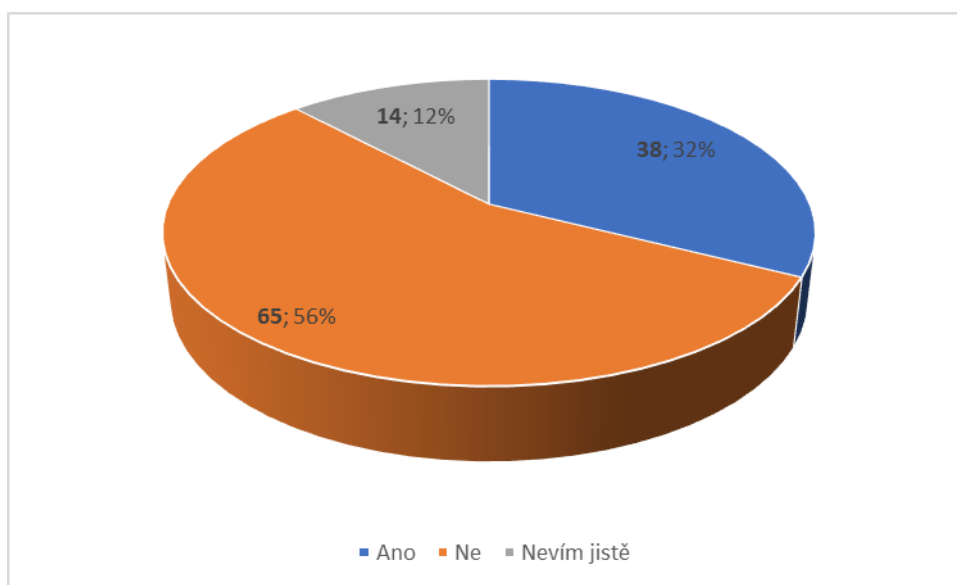
Dílčí cíl 5: Zjistit, zda ženy znají pojem symptotermální metoda.

Výzkumný problém: Znají ženy symptotermální metodu? Vědí, co tato metoda obnáší? Měly by zájem dozvědět se o této metodě více informací?

Otázka č. 23, 24, 25

Otázka č. 23 – Slyšela jste někdy o symptotermální metodě sledování cyklu?

Graf č. 23: Informace o symptotermální metodě

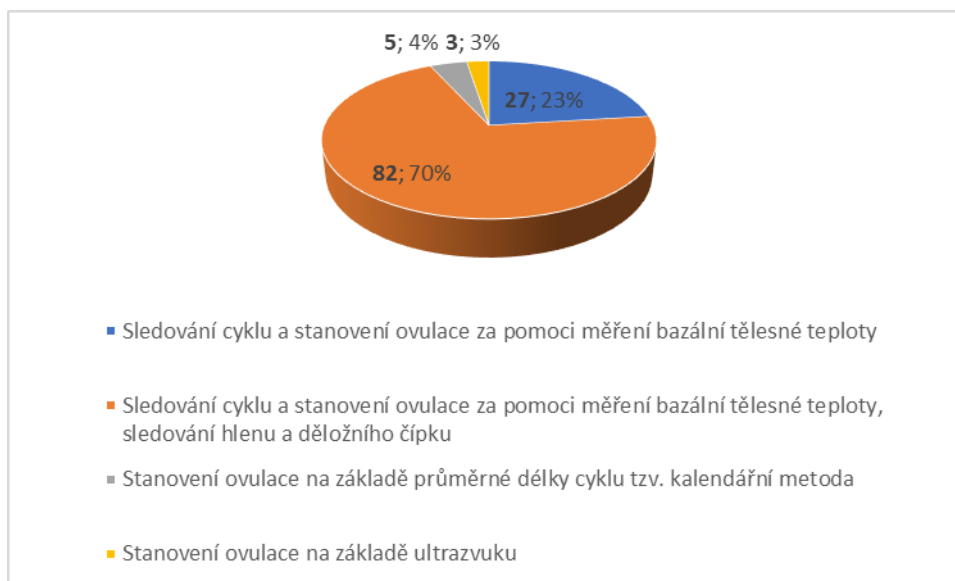


Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentek 65 (56 %) uvádí, že o symptotermální metodě sledování cyklu neslyšelo. 38 žen (32 %) mají informace o symptotermální metodě a pouze 14 respondentek (12 %) uvádí, že neví jistě, zda o této metodě slyšely.

Otázka č. 24 – Co si pod pojmem symptotermální metoda představujete?

Graf č. 24: Pojem symptotermální metoda

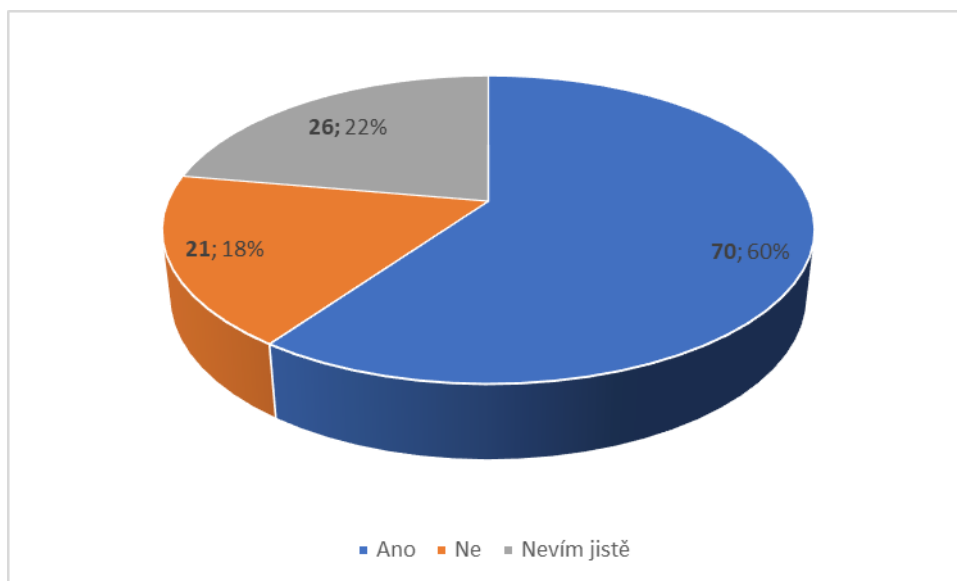


Zdroj: vlastní

Pod pojmem symptotermální metoda si nejvíce respondentek 82 (70 %) představuje sledování cyklu a stanovení ovulace za pomoci měření bazální tělesné teploty, sledování hlenu a děložního čípku. 27 žen si pod tímto pojmem představí sledování cyklu a stanovení ovulace pouze za pomoci měření bazální tělesné teploty. Stanovení ovulace na základě průměrné délky cyklu, tzv. kalendářní metoda, uvedlo 5 respondentek (4 %). Nejmenší zastoupení mělo stanovení ovulace na základě ultrazvuku, a to 3 ženy (3 %).

Otázka č. 25 – Měla byste zájem se o této metodě dozvědět více?

Graf č. 25: Zájem o více informací o symptotermální metodě



Zdroj: vlastní

Nejvíce respondentek 70 (60 %) má zájem se o symptotermální metodě dozvědět více informací. 26 žen (22 %) uvádí, že neví jistě, zda by se chtěly dozvědět o této metodě více. Pouze 21 respondentek (18 %) zvolilo možnost, že více informací nechce.

15 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké znalosti o menstruačním cyklu mají ženy v reprodukčním věku a jak menstruaci vnímají.

Výzkumný problém: Znájí ženy v reprodukčním věku pojmy související s menstruačním cyklem? Jak vnímají svou menstruaci? Sledují kvalitu menstruačního krvácení?

Z výzkumu vyplynulo, že více než polovina dotazovaných respondentek pojmy související s menstruačním cyklem zná. Z dotazovaných respondentek uvedlo 61 % všechny fáze menstruačního cyklu. Průběh ovulace v polovině cyklu správně vybralo 41 % žen. A až 91 % z nich ví, že za začátek menstruačního cyklu je považován první den krvácení. Dále bylo zjištěno, že největší podíl žen, a to 37 % vnímá menstruaci jako symbol ženství a dalších 35 % jako očistu těla. Kvalitu menstruačního krvácení sleduje 50 % respondentek pravidelně a 31 % v nepravidelných intervalech.

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8.

Otázky č. 1 a 2 jsou demografické a slouží k charakteristice výzkumného souboru.

V otázce č. 1 jsem se dotazovala, do jaké věkové skupiny patří oslovené respondentky. Ze 117 dotazovaných respondentek měly největší podíl na výzkumu ženy ve věkové kategorii 20-29 let, a to 81 žen (69 %).

V otázce č. 2 jsem zjišťovala, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Zjistila jsem, že nejvíce žen 62 (53 %) má střední vzdělání s maturitou.

U otázky č. 3 bylo cílem zjistit, zda mají ženy pravidelný menstruační cyklus. Upřesnila jsem, že jako pravidelný menstruační cyklus se označuje trvání 28 dní \pm 7 dní krvácení. Velká většina dotazovaných 84 (72 %) má pravidelný menstruační cyklus. Nepravidelný menstruační cyklus uvedlo 29 respondentek (25 %). Zbylé 4 ženy (3 %) uvedly, že nemenstruují vůbec.

V otázce č. 4 jsem vybízela respondentky, aby vypsaly jednotlivé fáze menstruačního cyklu. Zde mi odpovědělo 93 žen, zbylé respondentky zřejmě odpověď na tuto otázku neznaly. Nejvíce respondentek, a to 57 (61 %) uvedlo všechny 4 fáze menstruačního cyklu – tedy fázi menstruační, folikulární, luteální a ovulační. Další velmi častou odpovědí byla fáze

menstruační a ovulační nebo pouze ovulace. Jen 8 respondentek (9 %) si myslí, že je do fázi zahrnuta jen menstruace.

V otázce č. 5 bylo zjišťováno, zda respondentky vědí, kdy probíhá ovulace u zdravého menstruačního cyklu. Nejčastější a správnou odpovědí byla možnost v polovině cyklu, kterou zvolilo 48 (41 %) respondentek ze 117. Druhá nejčastější odpověď byla 12-16 dní před menstruací, tuto možnost zvolilo 32 žen (27 %). 22 respondentek (19 %) uvedlo, že ovulace probíhá vždy 14. den cyklu. Ostatní možnosti měly jen malé zastoupení odpovědí.

Otázka č. 6 zjišťovala, zda ženy sledují kvalitu svého menstruačního krvácení. Polovina dotazovaných žen, a to 58 (50 %) pravidelně sleduje kvalitu svého krvácení. 36 (31 %) respondentek odpovědělo, že kvalitu také sledují, ale jen někdy. Žádný důvod k tomu nemělo 19 žen (16 %). Pouze 4 respondentky (3 %), uvedly, že kvalitu menstruačního krvácení nesledují, protože je to nezajímá.

V otázce č. 7 bylo snahou zjistit, zda ženy vědí, který den je považován za začátek menstruačního krvácení. Naprostá většina žen 106 (91 %) ví, že za začátek menstruačního krvácení je považován první den menstruace. 5 respondentek (4 %) uvedlo, že neví jistě, který den je považován za začátek menstruačního krvácení. Zbýlých 6 žen (5 %) zvolilo jinou možnost odpovědi.

V otázce č. 8 bylo zjišťováno, jaký je vztah dotazovaných žen k menstruaci. Nejčastější odpovědí bylo, že menstruaci vnímají jako symbol ženství a plodnosti, tuto možnost zvolilo 43 žen (37 %). Druhou častou odpovědí bylo vnímání menstruace jako očisty těla, a to 41 respondentek (35 %). 17 žen (14 %) vnímá menstruaci negativně a obtěžuje je. Pouze 16 respondentek (14 %) uvádí, že svou menstruaci nijak nevnímá.

Dílčí cíl 2: Zjistit, jaký počet žen užívá nebo někdy užívalo hormonální antikoncepci, důvod užívání a jejich zkušenosti.

Výzkumný problém: Užívá nebo užívala hormonální antikoncepci většina dotazovaných? Jaký byl důvod užívání hormonální antikoncepce? Budou zkušenosti dotazovaných s hormonální antikoncepcí spíše negativní?

Ukázalo se, že opravdu většina dotazovaných žen užívala nebo stále užívá hormonální antikoncepci. Dříve jí užívalo 51 % žen a v současné době jí užívá 21 % respondentek.

Nejčastějším důvodem užívání hormonální antikoncepce byla v 73 % ochrana před otěhotněním. Dále z výsledků vyplynulo, že u 46 % respondentek byla zkušenost s hormonální antikoncepcí negativní, konkrétně 30 % žen mělo v důsledku jejího užívání zdravotní potíže.

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 9, 10, 11, 12, 13.

V otázce č. 9 bylo cílem zmapovat, zda ženy v současné době užívají nebo v minulosti užívaly hormonální antikoncepci. Polovina dotazovaných žen 59 (51 %) uvedla, že antikoncepci užívaly dříve. Dalších 25 respondentek (21 %) užívá hormonální antikoncepci nyní. Hormonální antikoncepci nikdy neužívalo 32 (27 %) z oslovených žen. Pouze 1 respondentka (1 %) uvedla, že neví jistě, zda antikoncepci užívala.

Otázka č. 10 zjišťovala důvod užívání hormonální antikoncepce. Na tuto otázku odpovědělo 84 žen a mohly zvolit více odpovědí. Nadpoloviční většina, a to 61 respondentek (73 %) uvedla jako důvod užívání hormonální antikoncepce ochranu před otěhotněním. Úprava pravidelnosti menstruačního krvácení byla druhou nejčastější odpovědí u žen, jejich počet byl 22 (26 %). Dále úpravu bolestí během menstruačního krvácení a problematickou pleť zvolil v obou případech shodný počet 14 žen (17 %). 10 respondentek (12 %) uvedlo úpravu intenzity menstruačního krvácení. Jinou možnost, než jsou uvedené, vybralo 6 žen (7 %). Zmírnění premenstruačního syndromu zvolilo 5 respondentek (6 %). A pouze 1 žena (1 %) uvedla onemocnění reprodukčních orgánů.

V otázce č. 11 bylo zjišťováno, jaké jsou zkušenosti žen s hormonální antikoncepcí. Ze 117 dotazovaných odpovídalo 84 respondentek. Negativní zkušenost s hormonální antikoncepcí mělo 39 žen (46 %). Naopak téměř shodný počet respondentek 30 (36 %) uvedlo pozitivní zkušenost. Zbýlých 15 (18 %) žen neví jistě, jaká byla jejich zkušenost s hormonální antikoncepcí.

V otázce č. 12 bylo snahou zjistit, zda měly ženy v důsledku užívání hormonální antikoncepce nějaké zdravotní potíže. Zde opět odpovídalo 84 respondentek, které užívají nebo někdy užívaly hormonální antikoncepci. Více než polovina dotazovaných 59 (70 %) neměla žádné zdravotní potíže. Naopak 25 žen (30 %) mělo v důsledku užívání hormonální antikoncepce zdravotní potíže.

V otázce č. 13 jsem ženy vybízela, aby vypsaly konkrétní zdravotní potíže, které v důsledku užívání hormonální antikoncepce měly. Zde mi odpovědělo 25 respondentek.

Největší počet žen, a to 8 (32 %), trápily gynekologické problémy, nejčastěji uváděly opakované mykózy nebo záněty močového měchýře. Změny nálad jako je přecitlivělost a podrážděnost uvedlo 6 (24 %) respondentek. Významné přibývání na váze postihlo 5 (20 %) žen. 3 respondentky (12 %) uváděly bolesti hlavy a migrény. Krvácení mimo menstruaci trápilo 2 ženy (8 %) a pouze 1 respondentka (4 %) uvedla velmi závažný zdravotní problém, a to plicní embolii.

Dílčí cíl 3: Zjistit, jaký počet žen řeší potíže s menstruačním cyklem, eventuelně s otěhotněním a jaké potíže mají.

Výzkumný problém: Řeší nebo řešila větší část dotazovaných problémy s menstruačním cyklem nebo otěhotněním? Jaké jsou jejich potíže?

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že 50 % žen řeší nebo někdy řešilo problémy s menstruačním cyklem a zbývajících 50 % nikoliv. V tomto případě byly výsledky naprosto shodné. Naopak s problémy s otěhotněním se potýká pouze 17 % dotazovaných. Jako konkrétní potíže v menstruačním cyklem respondentky nejčastěji uváděly v 56 % bolestivou menstruaci. A v 7 % zmiňovaly úplné chybění menstruace, které jim způsobuje potíže s otěhotněním.

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 14, 15, 16.

V otázce č. 14 bylo zjišťováno, zda respondentky někdy řešily nebo aktuálně řeší problémy s menstruačním cyklem. V této otázce byly výsledky téměř shodné. 59 žen (50 %) nikdy žádný problém s menstruačním cyklem neřešilo a 58 respondentek (50 %) naopak ano.

Otázka č. 15 sloužila ke zjištění, zda ženy dříve řešily nebo v současné době řeší problémy s otěhotněním. Velká většina 97 žen (83 %) problémy s otěhotněním neměly. Zbylých 20 respondentek (17 %) se bohužel s potížemi spojenými s otěhotněním potýkalo.

V otázce č. 16 měly ženy možnost zvolit, zda někdy řešily nebo aktuálně řeší některý z uvedených problémů. Mohly zvolit více možností odpovědí, podle toho s kolika problémy se potýkaly nebo potýkají. Nadpoloviční většina žen 65 (56 %) uvedla bolestivou menstruaci. Druhými nejčastějšími odpověďmi byla nepravidelná menstruace a silné menstruační krvácení, tuto možnost zvolil v obou případech shodný počet respondentek, a to 34 (29 %). Bez potíží je 18 žen (15 %). Špinění v průběhu cyklu a opakované gynekologické záněty trápí opět u každé možnosti shodný počet respondentek 16 (14 %). Jiný problém než jsou

uvedené, má 10 žen (9 %). Ze 117 dotazovaných 8 (7 %) uvedlo, že nemenstruují vůbec. Se syndromem polycystických ovárií se potýkají 4 ženy (3 %). 3 respondentky (2,5 %) uvedly anovulaci. Jiné onemocnění reprodukčních orgánů vybrala pouze 1 žena (1 %).

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda jsou ženy nakloněny přírodním způsobům léčby potíží, jejich zkušenosti s přírodní léčbou.

Výzkumný problém: Bude větší část dotazovaných upřednostňovat přírodní léčbu? Nabídl jim někdo tuto možnost? Mají ženy zkušenost s přírodní léčbou?

Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že 73 % žen by bylo nakloněno přírodní léčbě a mělo by o ni zájem. Bohužel 64 % z dotazovaných nikdo tuto možnost nenabídl. Dále bylo zjištěno, že 53 % respondentek má zkušenost s přírodní léčbou prostřednictvím léčivých bylin. Konkrétně 58 % z nich využívá bylinné čaje. A 11 % žen má zkušenosti s homeopatickou léčbou.

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 17, 18, 19, 20, 21, 22.

V otázce č. 17 bylo snahou zjistit, zda respondentkám bylo nabídnuto přírodní řešení problémů s menstruačním cyklem nebo s otěhotněním. Nadpoloviční většině 75 ženám (64 %) tato možnost nabídnuta nebyla. Pouze 24 respondentek (21 %) bylo seznámeno i s přírodními možnostmi řešení těchto problémů. U zbylých 18 žen (15 %) tato nabídka ani nebyla potřeba, protože žádné problémy nikdy neměly.

Otázka č. 18 sloužila ke zjištění, zda by ženy byly nakloněny přírodnímu řešení problémů s menstruačním cyklem nebo otěhotněním. Z výsledků vyplynulo, že většina žen 85 (73 %) by této možnosti nakloněna byla. 22 respondentek (19 %) si není ohledně přírodní léčby jisto. Pouze 10 žen (8 %) tomuto způsobu vůbec není nakloněno.

V otázce č. 19 jsem se dotazovala na zkušenosti žen s bylinami v léčbě menstruačních potíží nebo potíží s otěhotněním. Nadpoloviční většina 64 žen (55 %) nemá s léčbou pomocí bylin žádnou zkušenost. Zbylých 53 respondentek (45 %) se s bylinnou léčbou již setkala a mají s ní zkušenosti.

V otázce č. 20 jsem zjišťovala, v jaké formě respondentky byliny užívaly. Na tuto otázku mi odpovědělo 53 žen. Výsledky ukázaly, že nejvíce žen, a to 31 (58 %) užívalo byliny ve formě bylinných čajů. Druhou nejčastější možností byly bylinné tinktury, tuto

formu volí 12 respondentek (23 %). Jinou formu užívání zvolilo 8 žen (15 %). A pouze 2 respondentky (4 %) si dopřávají bylinné koupele nebo bylinné obklady.

Otázka č. 21 zjišťovala zkušenosti respondentek s homeopatií v léčbě menstruačních potíží nebo potíží s otěhotněním. Nejčastější odpověď byla, že žádnou zkušenost s homeopatickou léčbou nemají, tuto možnost zvolilo 104 žen (89 %). Pouze 13 respondentek (11 %) zkušenost s homeopatií má.

V otázce č. 22 jsem se žen dotazovala, kde sháněly informace ohledně homeopatie. Na tuto otázku mi odpovědělo 13 respondentek. Téměř polovina z nich, a to 6 (46 %) se informovala u zkušeného homeopata. Další častou odpovědí byly rady získané v lékárně, tuto možnost vybraly 4 ženy (31 %). 2 respondentky (15 %) získaly informace jinde, než je v uvedených. A 1 žena (8 %) uvedla, že čerpala informace o homeopatikách na internetu.

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda ženy znají pojem symptotermální metoda.

Výzkumný problém: Znájí ženy symptotermální metodu? Vědí, co tato metoda obnáší? Měly by zájem dozvědět se o této metodě více informací?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 23, 24, 25.

Ukázalo se, že 56 % respondentek o symptotermální metodě neslyšelo a neznají ji. Přesto 70 % z dotazovaných žen správně uvedlo, co tato metoda obnáší. Tedy že se jedná o sledování cyklu a stanovení ovulace za pomoci měření bazální tělesné teploty, sledování hlenu a děložního čípku. A dále vyšlo najevo, že až 60 % respondentek by mělo zájem o více informací o této metodě sledování cyklu.

V otázce č. 23 jsem zjišťovala, zda ženy již někdy slyšely o symptotermální metodě. Z výsledků vyplynulo, že nadpoloviční většina 65 žen (56 %) o symptotermální metodě dosud neslyšela. Pouze 38 respondentek (32 %) se o symptotermální metodě někdy doslechlo. Zbýlých 14 žen (12 %) neví jistě, zda o této metodě někdy slyšely.

Otázka č. 24 pak sloužila ke zjištění, co si pod pojmem symptotermální metoda respondentky představují. Naprostá většina 82 žen (70 %) zvolila správnou odpověď, tedy že pojem symptotermální metoda znamená sledování cyklu a stanovení ovulace pomocí měření bazální tělesné teploty, sledování hlenu a děložního čípku. Druhou častou odpovědí bylo sledování cyklu a stanovení ovulace pouze na základě měření bazální tělesné teploty,

symptotermální metodu si pod tímto pojmem představuje 27 respondentek (23 %). Ostatní možnosti měly jen velmi malé zastoupení odpovědí.

V otázce č. 25 bylo snahou zjistit, zda by ženy měly zájem dozvědět se o symptotermální metodě více informací. Nadpoloviční většina 70 žen (60 %) by uvítala více informací o symptotermální metodě sledování cyklu. 26 respondentek (22 %) uvedlo, že neví jistě, zda by měly zájem o doplňující informace. A zbylých 21 žen (18 %) vůbec nejeví zájem o více informací o této metodě sledování cyklu.

DISKUZE

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem menstruačního cyklu z pohledu porodní asistentky. Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jaký je rozsah znalostí žen o menstruačním cyklu a s jakými nejčastějšími problémy se ženy potýkají. U každé ženy je totiž menstruační cyklus velmi individuální a z mého pohledu je důležité, aby byly ženy dobře informované, jaké jevy patří do fyziologie a jaké již nikoliv. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na ženy v reprodukčním věku. Stanovila jsem spodní hranici, tedy ženy od věku méně než 20 let. Učinila jsem tak, protože si myslím, že v dnešní době dochází k první menstruaci v různém věku. Kritériem vyplnění dotazníku však bylo, aby alespoň jeden rok již menstruovaly. Věková kategorie byla ohraničena i z horní hranice, kde jsem stanovila další kritérium. Požadovala jsem, aby se výzkumu účastnily jen ženy, u kterých se ještě neprojevují známky klimakteria neboli přechodu. Oslovila jsem ženy na facebookové a instagramové stránce, zde jsem konkrétně oslovila skupinu, která se tématem menstruace více zabývá.

V praktické části jsem si stanovila pět dílčích cílů. **Prvním dílčím cílem** jsem chtěla zjistit, jaké znalosti o menstruačním cyklu mají ženy v reprodukčním věku, jak svou menstruaci vnímají a zda sledují její kvalitu. Z výsledků vyplynulo, že nadpoloviční většina žen skutečně pojmy spojené s menstruačním cyklem zná. Více než polovina mých respondentek zmínila všechny fáze menstruačního cyklu. Dále téměř polovina žen ví, že ovulace probíhá v polovině cyklu, a naprostá většina správně odpověděla, že za začátek menstruačního cyklu je považován první den krvácení. Ohledně vnímání menstruace jsem nejprve využila otázku, která se zabývala pravidelností menstruačního cyklu. Zjistila jsem, že 72 % mých respondentek má pravidelný menstruační cyklus. K podobným výsledkům došla i Jelínková (2019, str. 31), ta ve svém výzkumu zjistila, že pravidelný menstruační cyklus má 75 % dotazovaných žen. Z výzkumu dále vyplynulo, že samotnou menstruaci vnímá téměř shodný počet respondentek jako symbol ženství a plodnosti, to zmiňuje i Krausová (2017, str. 28), anebo jako očistu těla. Dále 14 % žen ji vnímá negativně a obtěžuje je a dalších 14 % respondentek ji nijak nevnímá. Pro srovnání, Švajková (2021, str. 58) zjistila ve své práci podobný výsledek. Menstruaci nijak neřeší 14 % dotazovaných a 17 % respondentek ji vnímá negativně. Kvalitu svého menstruačního krvácení sleduje naprostá většina žen. Domnívám se, že je to dobře, mají tak možnost lépe porozumět svému tělu a pochopit význam menstruace.

Druhý dílčí cíl měl odhalit, jaký počet žen užívá nebo někdy v minulosti užíval hormonální antikoncepci, jaký byl důvod užívání a jaké jsou jejich zkušenosti. Zjistila jsem, že

skutečně většina mých respondentek dříve užívala hormonální antikoncepci, a to 51 % žen. V současné době ji užívá 21 % dotazovaných. Na otázku dřívějšího a současného užívání hormonální antikoncepce se ve své práci dotazovala i Vladařová (2021, str. 42). Zjistila, že 57 % jejích respondentek hormonální antikoncepci užívalo a 32 % ji stále užívá. Nejčastějším důvodem užívání HA je dle výsledků ochrana před otěhotněním, tuto možnost uvedlo 73 % žen. Podobně vyšlo i šetření Černé (2021, str. 62), kdy možnost ochrany před nechtěným těhotenstvím zvolilo 69 % dotazovaných. Dle mého názoru však existují šetrnější metody, které také slouží jako ochrana před nežádoucí graviditou, například symptotermální metoda. Domnívám se ale, že pro ženy je bohužel stále jednodušší předepsání HA od svého gynekologa než hledání možných alternativ. Jako další důvody užívání hormonální antikoncepce mé respondentky uváděly úpravu pravidelnosti nebo bolestí během menstruačního krvácení. Z výsledků dále vyplynulo, že zkušenosti žen s HA jsou opravdu spíše negativní. Zupková (2020, str. 11) říká, že tyto negativní zkušenosti uživatelky jsou často spíše způsobené jistým diskomfortem bez ohrožení jejich zdraví. Většinou se jedná o bolesti hlavy, změny hmotnosti nebo podrážděnost. Tyto potíže z důsledku užívání HA zmiňovaly i mé respondentky, protože jim jistým způsobem komplikují život. Ovšem mezi nejčastější potíže způsobené užíváním HA, které dotazované ženy uvedly, jsou gynekologické problémy. Konkrétně opakované mykózy nebo záněty močového měchýře, to zmiňuje i Lázníčková (Nováková a kolektiv, 2017, str. 243), právě s těmito problémy se na ní ženy obracují.

Třetím dílčím cílem jsem chtěla zjistit, jaký počet žen řeší potíže s menstruačním cyklem nebo s otěhotněním a jaké konkrétní potíže dotazované mají. Zjištěné výsledky mě velmi překvapily. Vyplynulo z nich, že menstruační potíže trápí přesně 50 % mých respondentek. Dle mého názoru je to dáno současným způsobem života žen, jako je nezdravá životospráva, stres nebo časně užívání hormonální antikoncepce. Naopak potíže s otěhotněním muselo řešit pouze 17 % dotazovaných žen. Co se týká konkrétních potíží s menstruací, tak mé respondentky v 56 % nejčastěji zmiňovaly bolestivou menstruaci a v 29 % silné menstruační krvácení. K podobným výsledkům došla i ve své práci Zavřelová (2020, str. 62 a 63), zjistila, že 54 % jejích respondentek trpí na bolestivou menstruaci a 34 % na silnou menstruaci. Křepelka (2015, str. 180) říká, že bolestivá menstruace postihuje kolem 45 % mladých žen v reprodukčním věku. Přibližně to tedy odpovídá i mým výsledkům. Při potížích s otěhotněním dotazované ženy nejčastěji uváděly nepravidelnou menstruaci. V menším zastoupení pak zmiňovaly úplné chybění menstruace (7 %), syndrom polycystických

ovárií (3 %) nebo anovulaci (2,5 %). Pro srovnání, Křepelka (2013, str. 139) uvádí, že prevalence syndromu polycystických ovárií je v populaci kolem 4-12 %.

Čtvrtý dílčí cíl mapoval náklonnost respondentek k přírodním způsobům léčby potíží a také měl odhalit jejich zkušenosti s přírodní léčbou. Z výzkumného šetření jsem zjistila, že 73 % mých respondentek by bylo nakloněno a mělo by zájem o přírodní řešení problémů s menstruačním cyklem nebo s otěhotněním. Ovšem pouze 21 % z celkového počtu žen byla tato možnost přírodní léčby nabídnuta. Toto zjištění mě nemile překvapilo, protože právě porodní asistentka může tyto nefarmakologické metody ženám nabízet a poskytovat jim ohledně této problematiky poradenství. Myslím si, že je to způsobeno tím, že je stále málo porodních asistentek, které se o tyto metody, jako je např. fytoterapie, homeopatie či aromaterapie, zajímají. Zkušenost s přírodní léčbou pomocí bylin má 45 % dotazovaných žen. Na stejnou otázku se ptala ve své bakalářské práci i Bémová (2020, str. 42). Ta ze svého výzkumného šetření zjistila, že zkušenost s bylinnou léčbou má 87 % jejích respondentek. Dále jsem se snažila zjistit, s jakou formou užívání bylin mají ženy zkušenost. Z výsledků vyplynulo, že nejvíce žen, konkrétně 58 %, užívá byliny prostřednictvím bylinných čajů. Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí pak byly v 23 % bylinné tinktury. Na otázku konkrétní formy užívání bylin se ve své práci dotazoval i Michalík (2017, str. 37). Zjistil, že 31 % jeho respondentů užívalo bylinné čaje a 10 % bylinné tinktury. A z práce Mičanové (2015, str. 64) vyšlo najevo, že až 96 % respondentů využívá formu bylinných čajů a 29 % formu bylinných tinktur. Michalík (2017, str. 17) říká, že právě čaje z léčivých rostlin mají nejrychlejší a nejjednodušší přípravu. Dle mého názoru je to hlavní důvod jejich největšího zastoupení ve výsledcích. Zkušenost s přírodní léčbou pomocí homeopatie má pouze 11 % mých respondentek. Zvolánková (2015, str. 26) naopak říká, že homeopatie patří v současné době k nejrozšířenější metodě v alternativní medicíně.

Poslední, **pátý dílčí cíl** byl zaměřen na odhalení znalostí žen ohledně symptotermální metody. Výsledky ukázaly, že pouze 32 % z dotazovaných respondentek má informace o symptotermální metodě. Pro srovnání, Málková (2015, str. 40) se ptala ve svém výzkumu na otázku, zda ženy znají metody přirozeného plánování rodičovství. Zjistila, že o metodách přirozeného plánování rodičovství slyšelo 82 % jejích respondentek. Lázničková (2018, str. 10) říká, že právě symptotermální metoda patří mezi nejspolehlivější způsoby přirozeného plánování rodičovství. Ohledně samotného pojmu symptotermální metody mě velmi překvapilo následující zjištění. Přestože velká většina dotazovaných o symptotermální metodě informace nemá, tak 70 % z nich správně odpovědělo, že si pod tímto pojmem představuje

sledování cyklu a stanovení ovulace za pomoci měření bazální tělesné teploty, sledování hlenu a děložního čípku. Dále jsem analýzami výsledků zjistila, že i když mé respondentky nejsou příliš informované o této metodě, tak 60 % z nich by mělo zájem se o symptotermální metodě dozvědět více. Predáčovi (2013, str. 15) uvádějí, že symptotermální metoda má při správném používání vysokou efektivitu spolehlivosti, která je srovnatelná s hormonální antikoncepcí. Myslím si, že tato metoda je skvělým pomocníkem k pochopení fungování vlastního těla a hlavně menstruačního cyklu.

Limity výzkumu

Největším limitem výzkumu bylo velké zastoupení respondentek ve věkové kategorii 20-29 let. Domnívám se, že pokud by bylo zahrnuto více žen i z ostatních věkových kategorií, byla by praktická část více obohacena a mohlo by dojít i ke zlepšení její kvality. Dále vzhledem k pokračující epidemiologické situaci z důvodu onemocnění Covid – 19 jsem se nakonec rozhodla provést dotazníkové šetření online formou a neměla jsem tak přímý kontakt s respondentkami. Původně jsem plánovala rozdávat dotazníky v gynekologické ambulanci sama v rámci praxe v primární péči. Posledním limitem mé práce byl nedostatek nových knižních zdrojů v knihovnách, byla jsem tak nucena využít i nějaké starší publikace.

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků, které jsem zjistila v praktické části, bych navrhla následující doporučení. Přestože ženy víceméně mají základní informace o menstruačním cyklu, doporučila bych i nadále jejich informovanost zvyšovat. Bylo by vhodné, kdyby v gynekologických ambulancích porodní asistentka ženám vysvětlovala důležitost správného fungování cyklu. Dále, aby byly dostatečně informovány i o jiných možnostech ochrany před otěhotněním, než je pouze hormonální antikoncepce. Považuji za důležité rozšířit osvětu ohledně symptotermální metody, protože mnoho žen tuto metodu nezná. Také by bylo vhodné se zaměřit i na možnosti přírodní podpory menstruačního cyklu, k čemuž je kompetentní právě porodní asistentka. Existuje mnoho léčivých bylin a dalších jiných možností, které mohou vyřešit nebo alespoň zmírnit potíže s menstruačním cyklem či otěhotněním. A zároveň ženy i přesvědčit o vyzkoušení těchto metod.

Sebereflexe

Zpracování této bakalářské práce mě velmi bavilo a obohatilo i novými informacemi, které jsem předtím nevěděla a sama je hodlám vyzkoušet. Hlavně poznatky ohledně sympto-
termální metody a přírodní podpory správného fungování menstruačního cyklu. Dále přes
veškeré limity a chyby pro mě vyllynulo ponaučení do mých dalších prací, které budu vy-
tvářet. Naučila jsem se na dobré úrovni pracovat s textem a výsledkem toho bylo vytvoření
mé první práce, díky které jsem získala nový pohled na práci porodní asistentky a do mé
další budoucí praxe.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na menstruační cyklus z pohledu porodní asistentky. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se skládá celkem ze sedmi kapitol. První kapitola se zabývá anatomií ženského reprodukčního systému, který se rozděluje na vnitřní a zevní pohlavní orgány. Druhá kapitola pojednává o fyziologickém menstruačním cyklu ženy, je zde popsán samotný menstruační cyklus a jakými hormony je řízen. Dále ovariální, myometriální, cervikální a vaginální cyklus. Třetí kapitola se zaměřuje na poruchy menstruačního cyklu, jako jsou poruchy frekvence a intenzity krvácení, nepravidelné krvácení, chybění menstruace, bolestivá menstruace nebo premenstruační syndrom. Ve čtvrté kapitole popisují poruchy plodnosti, konkrétně se zaměřují na endometriózu, syndrom polycystických ovarií, předčasné ovariální selhání a anovulační cykly. Dále zmiňují negativní činitele, které ovlivňují menstruaci, popisují ovlivňování hormonální antikoncepcí a léky, stravou, stresem nebo pohybovou aktivitou. O tom tedy pojednává pátá kapitola. V šesté kapitole se zaměřují na symptotermální metodu. Teoretická část mé bakalářské práce je zakončena sedmou kapitolou. Ta se zaměřuje na přírodní podporu správného fungování menstruačního cyklu pomocí fytotherapie, homeopatie, aromaterapie nebo hormonální jógové terapie.

Pomocí kvantitativního výzkumu jsem zpracovala praktickou část. Informace jsem získala dotazníkovým šetřením, které bylo zaměřeno na ženy v reprodukčním věku. Podmínkou bylo, aby alespoň jeden rok již menstruovaly a nepozorovaly na sobě známky klimakteria. Jako hlavní cíl jsem si stanovila zjistit, jaký je rozsah znalostí žen o menstruačním cyklu a s jakými nejčastějšími problémy se ženy potýkají. Zjistila jsem, že ženy jsou ve většině případů poměrně dostatečně informované ohledně menstruačního cyklu, přesto by u některých z nich měla být jejich informovanost zvýšena. Nejčastěji se pak potýkají s bolestivou menstruací nebo nepravidelným či silným krvácením. Veškeré výsledky výzkumu jsem podrobně shrnula v diskuzi.

Téma bakalářské práce bylo velmi zajímavé a pestré. Získané výsledky bych ráda využila ve své budoucí praxi a více ženy informovala ohledně jednotlivých témat zde zmíněných, které souvisejí s menstruačním cyklem.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje:

BLAŽEJOVÁ, Lenka. *Moje rudá knížka*. 1. vydání. 2020. 105 s. ISBN 978-80-270-8111-0.

BRIDEN, Lara. *Period Repair Manual*. 2nd ed. United States: Greenpeak Publishing, 2017. 414 s. ISBN 978-0-648-35240-2.

DITTUS-BÄR, Renate. *Bylinková lékárna*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2011. Babiččin receptář. 128 s. ISBN 978-80-7360-931-3.

FISCHER, Heide. *Bylinky pro ženy*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2011. Babiččin receptář. 192 s. ISBN 978-80-7451-025-0.

FORMÁNKOVÁ, Kateřina, Miriam KABELKOVÁ a Ilona LUDVÍKOVÁ. *Poznáváme homeopatii: jak se léčit šetrně*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2018. Zdraví & životní styl. 170 s. ISBN 978-80-271-0676-9.

GOLASOVSKÁ, Monika. *Bylinková terapie: léčivé elixíry pro zdraví i krásu*. Ilustroval Terezie VAVROŠOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2020. 256 s. ISBN 978-80-271-2919-5.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

KŘEPELKA, Petr. *Hormonální antikoncepce: zásady bezpečné praxe*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. 288 s. ISBN 978-80-204-2991-9.

KŘEPELKA, Petr. *Poruchy menstruačního cyklu*. Praha: Mladá fronta, 2015. Edice postgraduální medicíny. 240 s. ISBN 978-80-204-3520-0.

LÁZNIČKOVÁ, Ludmila. *Průvodce symptotermální metodou: přirozené plánování rodičovství*. 2. vydání. Brno: Centrum naděje a pomoci – CENAP, 2018. 25 s. ISBN 978-80-906906-1-5.

NOVÁKOVÁ, Adéla. *Život bez hormonální antikoncepce*. 1. vydání. Praha: Kořeny – Suchý Radek, 2017. 311 s. ISBN 978-80-906629-4-0.

NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ, ed. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 2019. 496 s. ISBN 978-80-7571-025-3.

PILKA, Radovan a Martin PROCHÁZKA. *Gynekologie*. 2. opravené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. 192 s. ISBN 978-80-244-5158-9.

PREDÁČ, Jozef a Simona PREDÁČOVÁ. *Stručná učebnice přirozeného plánování rodičovství: symptotermální metoda a ekologické kojení*. 2., rozš. vyd. Přeložil David F. PRENTIS, přeložil Michaela PRENTISOVÁ. Olomouc: Matice cyrilometodějská, 2013. 143 s. ISBN 978-80-7266-384-2.

ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

RODRIGUES, Dinah. *Hormonální jógová terapie: pro znovuaktivování hormonálního systému a odstranění symptomů menopauzy, premenstruačního syndromu, polycystických vaječníků a neplodnosti*. Olomouc: Fontána, 2017. 280 s. ISBN 978-80-7336-752-7.

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-2472832-2.

SELLMANOVÁ, Sherrill. *Doba jedová 4: Hormony*. Praha: Triton, 2014. 344 s. ISBN 978-80-7387-745-3.

SCHMUKLER, Alan V. *Domácí příručka homeopatie od A do Z*. Přeložil Adam HAVLÍN. Praha: Alternativa, 2018. 348 s. ISBN 978-80-86936-50-5.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

ŠPAČEK, Jiří, Ivo KALOUSEK a Petr JÍLEK. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. 676 s. ISBN 978-80-204-4646-6.

VIŠŇOVSKÝ, Jozef. *Ovariální a menštruačný cyklus*. 2012. 148 s. ISBN 978-80-89544-15-8.

Kvalifikační práce:

BÉMOVÁ, Veronika. *Bylinná léčba menstruačních a gynekologických obtíží* [online]. Brno, 2020 [cit. 2021-11-19]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Radka Wilhelmová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/osb8ni/>.

ČERNÁ, Karolína. *Vliv životního stylu ženy na reprodukční zdraví* [online]. Plzeň, 2021 [cit. 2021-11-15]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ixcgwc/>.

HORVÁTOVÁ, Barbora. *Menstruace – mýty a pověry* [online]. Pardubice, 2014 [cit. 2021-10-12]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Věra Erbenová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/88b6mu/>.

JELÍNKOVÁ, Kateřina. *Premenstruační syndrom* [online]. Brno, 2019 [cit. 2022-02-22]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Radka Wilhelmová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/z3utxl/>.

KRAUSOVÁ, Veronika. *Vliv menstruačního cyklu na ženskou psychiku* [online]. Olomouc, 2017 [cit. 2022-02-22]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/7zoefl/>.

MÁLKOVÁ, Alžběta. *Přirozené plánování rodičovství* [online]. Brno, 2015 [cit. 2022-03-03]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jitka Slaná Reissmannová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/b88whe/>.

MÍČANOVÁ, Pavlína. *Bylinná terapie a další alternativní léčby jednotlivých onemocnění* [online]. České Budějovice, 2015 [cit. 2022-03-03]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Michaela Pospíšilová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/h11jb1/>.

MICHALÍK, Petr. *Bylinná alternativní léčba jednotlivých onemocnění* [online]. České Budějovice, 2017 [cit. 2022-03-03]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Michaela Pospíšilová, DiS. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ktnu8h/>.

ŘEZÁČOVÁ, Věra. *Menstruační cyklus v průběhu života ženy* [online]. Plzeň, 2015 [cit. 2021-10-11]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lucie Kašová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/x5tpn8/>.

ŠVAJKOVÁ, Aneta. *Menstruační cyklus a jeho vliv na psychiku ženy* [online]. Plzeň, 2021 [cit. 2021-10-24]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/hi0l2r/>.

VLADAŘOVÁ, Markéta. *Vliv hormonální antikoncepce na zdraví ženy* [online]. Praha, 2021 [cit. 2022-02-25]. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Vedoucí práce Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/xt9i30/>.

ZAVŘELOVÁ, Silvie. *Vliv menstruačního cyklu na nutriční příjem a nutriční stav* [online]. Brno, 2020 [cit. 2022-03-02]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Sylva Šmídová, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/aqz1t6/>.

ZUPKOVÁ, Michaela. *Prevence rizika trombózy při současném užívání hormonální antikoncepce* [online]. Brno, 2020 [cit. 2022-02-25]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Liana Greiffeneggová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/6trl2p/>.

ZVOLÁNKOVÁ, Barbora. *Alternativy klasických léčiv* [online]. Brno, 2015 [cit. 2022-03-03]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Irena Plucková, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/81z0fa/>.

Internetové zdroje:

KADLECOVÁ, Monika. *Aromaterapie při bolestivé a nepravidelné menstruaci*. Fyziomomika.cz [online]. 2017, [cit. 18.11. 2021]. Dostupné z: <https://www.fyziomomika.cz/2017/11/04/aromaterapie-pri-bolestive-menstruaci/>

KOTALÍKOVÁ, Ludmila. *Běžné gynekologické problémy zvládnete s aromaterapií*. Aromadoteky.cz [online]. 2019, [cit. 18.11. 2021]. Dostupné z: <https://www.aromadoteky.cz/bezne-gynekologicke-problemy-zvladnete-s-aromaterapii/>

MANGOVÁ, Martina. *Hormonální jóga versus lunární jóga: Jaký je rozdíl mezi lunární a hormonální jógou*. Martinamangova.cz [online]. 2018, [cit. 19.11. 2021]. Dostupné z: <https://martinamangova.cz/jaky-je-rozdil-mezi-lunarni-a-hormonalni-jogou/>

SLIMÁKOVÁ, Margit. *Neplodnost? Vážná nemoc, nebo jen nerovnováha v organismu*. Margit.cz [online]. 2011, [cit. 2.11. 2021]. Dostupné z: <https://www.margit.cz/neplodnost/>

VALOVÁ, Monika. *Vaginální bylinná napářka a její kontraindikace*. Steamy.cz [online]. 2020, [cit. 10.11. 2021]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/post/vaginalni-bylinna-naparka-a-jeji-kontraindikace>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Bezděková a jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistence na Západočeské univerzitě v Plzni. V mé bakalářské práci se zabývám tématem Menstruačního cyklu z pohledu porodní asistentky. Dotazník se zaměřuje na informovanost žen o jejich menstruačním cyklu a dalších oblastí, které jsou s ním úzce spojené. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku, který bude sloužit k výzkumu dané problematiky v mé bakalářské práci. Jediným kritériem tohoto dotazníku je, aby u Vás probíhala menstruace již alespoň 1 rok a zároveň, aby se u Vás neprojevovaly známky klimakteria (přechodu). V dotazníku zaškrtněte vždy jednu správnou odpověď, pokud není u dané otázky uvedeno jinak.

Moc Vám děkuji za Vaši pomoc.

1) Kolik je Vám let?

- a) Méně než 20 let
- b) 20-29 let
- c) 30-39 let
- d) 40 let a více

2) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní vzdělání
- b) Střední škola bez maturity
- c) Střední škola s maturitou
- d) Vysokoškolské vzdělání

3) Máte pravidelný menstruační cyklus? (Jako pravidelný menstruační cyklus se označuje trvání 28 dní \pm 7 dní krvácení)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nemenstruuji vůbec

4) Vypište, jaké fáze má menstruační cyklus? (Pokud nevíte ani jednu z jednotlivých fází, přeskočte otázku)

Vypište:

5) Víte, kdy probíhá ovulace u zdravého menstruačního cyklu?

- a) Ihned po skončení menstruace
- b) Týden před začátkem menstruace
- c) V polovině cyklu
- d) 12–16 dní před menstruací
- e) Vždy 14. den cyklu

6) Sledovala jste někdy kvalitu svého menstruačního krvácení?

- a) Ano, sleduji pravidelně
- b) Ano, ale jen někdy
- c) Ne, nezajímá mě to
- d) Neměla jsem k tomu důvod

7) Co je považováno za začátek menstruačního cyklu?

- a) Poslední den krvácení
- b) 3. den krvácení
- c) První den krvácení
- d) Nevím jistě

8) Jaký je Váš vztah k menstruaci?

- a) Vnímám ji jako symbol ženství, plodnosti
- b) Vnímám ji jako očistu těla
- c) Nijak ji nevnímám
- d) Vnímám ji negativně, obtěžuje mě

9) Užíváte nebo jste někdy užívala hormonální antikoncepci – pilulky, náplasti, kroužky, hormonální nitroděložní tělíška, injekce? (Pokud neužíváte ani jste nikdy neužívala, pokračujte následně otázkou č. 14)

- a) Ano, užívám ji teď
- b) Ano, užívala jsem ji dříve
- c) Ne, nikdy jsem ji neužívala
- d) Nevím jistě

10) Pokud užíváte/užívala jste, uveďte důvod – můžete zvolit více možností:

- a) Zmírnění premenstruačního syndromu (PMS)
- b) Úprava pravidelnosti menstruačního krvácení

- c) Úprava bolestí během menstruačního krvácení
- d) Úprava intenzity menstruačního krvácení
- e) Ochrana před otěhotněním
- f) Problematická pleť
- g) Onemocnění reprodukčních orgánů
- h) Jiné

11) Jaké jsou vaše zkušenosti s hormonální antikoncepcí?

- a) Pozitivní
- b) Negativní
- c) Nevím jistě

12) Měla jste v důsledku užívání hormonální antikoncepce zdravotní potíže?

- a) Ano
- b) Ne

13) Pokud ano, které potíže jste měla? (Pokud ne, pokračujte otázkou č. 14)

Vypište:

14) Řešila jste někdy nebo aktuálně řešíte problémy s menstruačním cyklem?

- a) Ano
- b) Ne

15) Řešila jste někdy nebo aktuálně řešíte problémy s otěhotněním?

a) Ano

b) Ne

16) Řešila jste někdy nebo aktuálně řešíte jeden nebo více z těchto problémů? – můžete zvolit více možností:

a) Nepravidelná menstruace

b) Bolestivá menstruace

c) Silné menstruační krvácení

d) Opakované gynekologické záněty

e) Špinění v průběhu cyklu

f) Žádná menstruace

g) Anovulace

h) Endometrióza

i) Syndrom polycystických ovárií

j) Předčasné ovariální selhání

k) Jiná onemocnění reprodukčních orgánů

l) Žádné potíže jsem nikdy neměla

m) Jiné

17) Nabídl Vám někdo přírodní řešení těchto problémů?

a) Ano

b) Ne

c) Nebylo to třeba, žádné potíže jsem neměla

18) Byla byste nakloněna přírodnímu řešení problémů s menstruačním cyklem nebo při potížích s otěhotněním?

a) Ano

b) Ne

c) Nevím jistě

19) Máte zkušenost s bylinami v léčbě menstruačních potíží, ev. otěhotněním?

a) Ano

b) Ne

20) Pokud ano, v jaké formě jste byliny užívala? (Pokud ne, pokračujte otázkou č. 21)

a) Bylinné čaje

b) Bylinné tinktury

c) Bylinné obklady, koupele

d) Vaginální bylinná napářka

e) Jiné

21) Máte zkušenost s homeopatií v léčbě menstruačních potíží, ev. otěhotněním?

a) Ano

b) Ne

22) Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, kde jste se informovala? (Pokud ne, pokračujte otázkou č. 23)

- a) Vyhledala jste zkušeného homeopata
- b) Poradila jste se v lékárně
- c) Čerpala jste informace o homeopatikách z internetu
- d) Jiné

23) Slyšela jste někdy o symptotermální metodě sledování cyklu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím jistě

24) Co si pod pojmem symptotermální metoda představujete?

- a) Sledování cyklu a stanovení ovulace za pomoci měření bazální tělesné teploty
- b) Sledování cyklu a stanovení ovulace za pomoci měření bazální tělesné teploty, sledování hlenu a děložního čípku
- c) Stanovení ovulace na základě průměrné délky cyklu, tzv. kalendářní metoda
- d) Stanovení ovulace na základě ultrazvuku

25) Měla byste zájem se o této metodě dozvědět více?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím jistě