

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Barbora Blahníková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Barbora Blahníková

ENDOMETRIÓZA

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc.

PLZEŇ 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Blahníková Barbora

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Endometrióza

Vedoucí práce: doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc.

Počet stran – číslované: 57

Počet stran – nečíslované: 24

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 46

Klíčová slova: endometrióza – menstruační cyklus – reprodukční systém – neplodnost – gynekologické onemocnění – informovanost žen

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na endometriózu a skládá se z teoretické a praktické části. V první kapitole teoretické části jsou nejprve popsány základy anatomie a fyziologie ženského pohlavního systému, který souvisí s endometriózou. Druhá kapitola se již zaměřuje na definici endometriózy, její etiologii a patogenezi, příznaky, klasifikaci, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění. V neposlední řadě se také zabýváme spojitostí mezi endometriózou a neplodností a rolí porodní asistentky v péči o ženu s endometriózou. Cílem praktické části bylo zjistit, jaké povědomí o endometrióze mají ženy v reprodukčním věku 18 – 49 let. Výsledky byly získávány formou kvantitativního výzkumu, pomocí ne-standardizovaného dotazníku. Ve výzkumu bylo zjištěno, že většina žen má kvalitní informace o endometrióze. V závěru bakalářské práce jsou získané poznatky uvedeny.

Abstract

Surname and name: Blahníková Barbora

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Endometriosis

Consultant: doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc.

Number of pages – numbered: 57

Number of pages – unnumbered: 24

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 46

Keywords: endometriosis – menstrual cycle – reproductive system – infertility – gynaecological disease – awareness of women

Summary:

This bachelor thesis is focused on endometriosis and consists of theoretical and practical parts. The first chapter of the theoretical part describes the basics of the anatomy and physiology of the female reproductive system related to endometriosis. The second chapter focuses on the definition of endometriosis, its etiology and pathogenesis, symptoms, classification, diagnosis and treatment of this disease. Last but not least, we also discuss the link between endometriosis and infertility and the role of the midwife in the care of women with endometriosis. The aim of the practical part was to find out the awareness of endometriosis among women of reproductive age 18 – 49 years. The results were obtained through quantitative research, using a non-standardized questionnaire. In the research, it was found that most of the women have good information about endometriosis. At the end of the work are the findings.

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. MUDr. Zdeňku Rokytovi, CSc. a PhDr. Kristině Janouškové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytnutí materiálních podkladů a také za užitečné rady při zpracovávání bakalářské práce. Dále bych také chtěla poděkovat všem respondentkám, které se podílely na výzkumu, bez kterého by nemohla být sestavena praktická část této bakalářské práce. Na závěr také děkuji celé své rodině za podporu v průběhu celého studia.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM ZKRATEK	10
ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ZÁKLADY ANATOMIE A FYZIOLOGIE SOUVISEJÍCÍ S ENDOMETRIÓZOU ..	12
1.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů	12
1.1.1 Děloha.....	12
1.1.2 Vaječník.....	13
1.1.3 Vejcovod.....	13
1.1.4 Pochva	14
1.2 Fyziologie	14
1.2.1 Endometriální cyklus.....	14
1.2.2 Ovariální cyklus.....	15
1.2.3 Cervikální a myometriální cyklus	16
1.3 Hypotalamo-hypofyzární-ovariální osa	16
1.3.1 Hypothalamus.....	16
1.3.2 Hypofýza	16
1.3.3 Ovarium.....	17
2 ENDOMETRIÓZA.....	18
2.1 Etiologie a patogeneze	18
2.1.1 Teorie retrográdní menstruace.....	18
2.1.2 Metaplastická teorie.....	19
2.1.3 Hormonální teorie.....	19
2.1.4 Zánětlivá teorie a oxidační stres	19
2.1.5 Imunologická teorie.....	19
2.1.6 Apoptóza.....	19
2.1.7 Molekulárně genetická teorie	20
2.1.8 Teorie kmenových buněk	20
2.2 Klinické příznaky.....	20
2.2.1 Dysmenorea	20
2.2.2 Chronická pánevní bolest	21
2.2.3 Dyspareunie	21
2.2.4 Sterilita	21
2.2.5 Defekační obtíže	21
2.2.6 Dysurie	21

2.3	Klasifikace endometriózy	22
2.3.1	Klasifikace podle lokalizace	22
2.3.2	Klasifikace podle stupně závažnosti.....	23
2.3.3	Klasifikace podle příznaků	23
2.4	Diagnostika	23
2.4.1	Anamnéza	24
2.4.2	Fyzikální vyšetření	25
2.4.3	Zobrazovací metody	25
2.4.4.	Laparoskopická diagnostika	25
2.5	Léčba.....	26
2.5.1	Hormonální léčba	26
2.5.2	Chirurgická léčba.....	28
2.5.3	Kombinovaná hormonální a chirurgická léčba.....	29
2.5.4	Alternativní léčebné metody.....	29
2.6	Endometrióza a neplodnost.....	30
2.7	Zastoupení porodní asistentky v péči o ženu s endometriózou.....	31
	PRAKTICKÁ ČÁST	33
3	FORMULACE PROBLÉMU	33
4	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	33
	Hlavní cíl	33
	Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	33
5	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	34
6	METODIKA PRÁCE	34
7	ORGANIZACE VÝZKUMU	35
8	ZPRACOVÁNÍ DAT	35
9	ANALÝZA ÚDAJŮ	36
10	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	58
	DISKUZE	63
	LIMITY VÝZKUMU	66
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	66
	ZÁVĚR.....	67
	SEZNAM LITERATURY	68
	SEZNAM PŘÍLOH	74
	PŘÍLOHY	75
	Příloha 1.: Dotazník – Endometrióza	75
	Příloha 2.: Edukační leták.....	80

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Kolik Vám je let?	36
Graf č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	37
Graf č. 3: Jste zdravotník či student nějakého zdravotnického oboru?	38
Graf č. 4: Slyšela jste někdy o pojmu endometrióza?	39
Graf č. 5: Pokud jste odpověděla ano, odkud jste se o endometrióze dozvěděla?	40
Graf č. 6: Co si myslíte, že endometrióza je?	41
Graf č. 7: Chodíte pravidelně jedenkrát za rok na gynekologickou prohlídku?	42
Graf č. 8: Kdy by žena měla absolvovat svou první preventivní gynekologickou prohlídku?	43
Graf č. 9: V kolika letech jste absolvovala svou první gynekologickou prohlídku?	44
Graf č. 10: Jak často by žena měla docházet na preventivní prohlídku ke gynekologovi? ..	45
Graf č. 11: Užíváte hormonální antikoncepci?	46
Graf č. 12: Máte pravidelný menstruační cyklus v rozmezí 28-35 dnů?	47
Graf č. 13: Míváte bolestivou menstruaci?	48
Graf č. 14: Pociťujete bolest při pohlavním styku?	49
Graf č. 15: Pociťujete bolest nejasného původu v podbřišku?	50
Graf č. 16: Měla jste někdy problém s otěhotněním?	51
Graf č. 17: Znáte někoho, komu byla endometrióza diagnostikována?	52
Graf č. 18: V jakém věku si myslíte že se endometrióza vyskytuje nejčastěji?	53
Graf č. 19: Jaké příznaky si myslíte, že se při endometrióze objevují?	54
Graf č. 20: Jak si myslíte že se endometrióza diagnostikuje?	55
Graf č. 21: Jak si myslíte že se endometrióza léčí?	56
Graf č. 22: Myslíte si, že endometrióza může ovlivnit plodnost ženy?	57

SEZNAM ZKRATEK

LH	Luteinizační hormon
FSH	Folikulostimulační hormon
GnRH.....	Gonadotropin-Releasing hormon
ADH.....	Antidiuretický hormon
DNA.....	Deoxyribonukleová kyselina
EFI	Endometriosis fertility index
AFS	American fertility society
IVF.....	In vitro fertilizace

ÚVOD

Endometrióza je chronické onemocnění, které před námi skrývá mnohá tajemství. Již od roku 1860, kdy Karl von Rokitansky vydal svou publikaci o této nemoci, se stále více lékařů a výzkumníků zabývá právě tímto tématem. V lékařských ordinacích a nemocnicích se každý den můžeme setkat s nejrůznějšími formami a příznaky této nemoci, které mohou výrazně ovlivňovat nejen kvalitu života ženy, ale také její plány do budoucna, vztah s partnerem, povolání a mnoho dalšího. Podle současných odhadů trpí tímto gynekologickým onemocněním více než dvě stě milionů žen po celém světě (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 13).

Pro výběr tohoto tématu jsme se rozhodli, protože jsme chtěli zmapovat úroveň znalostí žen o tomto onemocnění. Myslíme si, že je důležité, aby byly ženy o tomto onemocnění informovány vzhledem k tomu, že výskyt endometriózy u žen v reprodukčním věku je významný. Kvalifikační práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části práce je nejprve popsána anatomie a fyziologie reprodukčních orgánů ženy. Dále se pak práce již zaměřuje na samotné onemocnění. Popsána je etiologie a patogeneze, příznaky, klasifikace, diagnostika a léčba endometriózy. V neposlední řadě je v práci také zmíněna souvislost mezi endometriózou a neplodností a zastoupení porodní asistentky v péči o ženu s endometriózou.

V praktické části je použit kvantitativní výzkum, kdy jsme pomocí dotazníkového šetření oslovili ženy v reprodukčním věku s cílem zjistit, jaké mají povědomí o endometrióze.

Ke tvorbě kvalifikační práce jsme využili knižní zdroje ze Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje a elektronické knižní zdroje z webové stránky bookport.cz. Dále jsme využili odborné články z časopisů a internetových zdrojů, které jsme vyhledali pomocí klíčových slov. Všechny potřebné zdroje jsme si sami vyhledali.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADY ANATOMIE A FYZIOLOGIE SOUVISEJÍCÍ S ENDOMETRIÓZOU

Anatomie a funkce reprodukčních orgánů spolu souvisejí a v průběhu života se významně mění (Řezáčová et al., 2018, s. 33).

1.1 Anatomie ženských pohlavních orgánů

Vnitřní pohlavní orgány (*organa genitalia interna*) jsou uloženy v malé pánvi, a to mezi močovým měchýřem a rektumem. Mezi vnitřní pohlavní orgány řadíme párové vaječníky, vejcovody a nepárové orgány, kterými jsou děloha a pochva (Procházka a kol., 2020, str. 75).

1.1.1 Děloha

Děloha (*uterus*) je dutý svalový orgán tvaru mírně předozadně oploštělé hrušky. Hmotnost dělohy u žen, které nerodily, je 40 – 50 gramů, ke konci těhotenství však může její váha dosahovat až 1 kilogram. Její rozměry a forma se v závislosti na věku výrazně mění. Nachází se v malé pánvi uprostřed mezi stydkou sponou a kostí křížovou, mezi močovým měchýřem a konečníkem. Ve své poloze je fixována závěsným a podpůrným aparátem. Normálně je děloha uložena v anteverzi, anteflexi, avšak může se vyskytovat i retroverze, retroflexe či jiné další polohy. Na děloze rozlišujeme dno děložní (*fundus uteri*), tělo děložní (*corpus uteri*), zúžení děložní (*isthmus uteri*) a hrdlo děložní (*cervix uteri*). Děložní stěna je silná zhruba 10 – 15 mm a skládá se ze tří vrstev – z endometria, myometria a perimetria (Procházka a kol., 2020, s. 80–81).

Endometrium neboli sliznice děložní tvoří vnitřní vrstvu dělohy. Sliznice je pokryta jednovrstevným cylindrickým epitelem s řasinkami a sekrečními buňkami. V oblasti zevní branky děložní přechází endometrium do mnohovrstevného dlaždicového epitelu pochvy. Tato hranice mezi epitelem není za fyziologických podmínek viditelná. Děložní sliznici můžeme rozdělit na vrstvu povrchovou (*zona functionalis*), která je tlustší a v období plodnosti ženy podléhá cyklickým změnám, a na vrstvu hlubokou (*zona basalis*), která je tenčí a změnám nepodléhá (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 15–16).

Myometrium neboli svalová vrstva dělohy umožňuje zvětšování dělohy v průběhu těhotenství a dále pak její rytmické stahy napomáhají při vypuzování plodu za porodu. Obsahuje tři vrstvy, které jsou vzájemně propojené svalovými pruhy. Vnitřní vrstva je tenká, spojená se sliznicí děložní a vytváří funkční svěrače okolo ústí vejcovodů. Střední vrstva je silná, bohatě prokrvená a její svalová vlákna utváří síť. Povrchová vrstva je slabá a její vlákna jsou uspořádána střídavě, podélně a cirkulárně (Procházka a kol., 2020, s. 80–81).

Perimetrium je zevní vrstva dělohy, která je kryta pobřišnicí a odděluje dělohu od dutiny břišní. Z přední děložní stěny perimetrium přechází na močový měchýř a vytváří tam mělkou vkleslinu – *excavatio vesicouterina*. Ze zadní děložní stěny přechází na zadní stěnu poševní a z ní až na konečník, zde se poté utváří hlubší vkleslina – *excavatio rectouterina*. Perimetrium odstupuje od děložních hran směrem do stran jako široký vaz děložní (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 16).

1.1.2 Vaječník

Vaječník (*ovarium*) je párový orgán ovoidního tvaru. Jeho hmotnost a rozměry se v závislosti na věku mění. Je uložen na boční stěně malé pánve a přichycen závěsem k širokému děložnímu vaz. Má bělavou barvu a jeho povrch je v mládí hladký a ve staří postupně více svaštělý vlivem proběhlých ovulací a atrofovaný až na čtvrtinu své velikosti. Ovarium můžeme členit na kůru a dřev. Kůra (*cortex ovarii*) je hlavní funkční částí vaječníku, která je tvořena řídkým vazivem a obsahuje ovariální folikuly. Druhou částí vaječníku je dřev (*medulla ovarii*), která obsahuje cévy a slouží k výživě ovaria. Vaječníky jsou nejen pohlavními žlázami, které produkují vajíčka, ale i významnými žlázami s vnitřní sekrecí (Procházka a kol., 2020, s. 75–79).

1.1.3 Vejcovod

Vejcovod (*tuba uterina*) je dutá párová trubice dlouhá 10 – 15 cm. Jeho zevní konec ústí do dutiny břišní a vnitřní konec ústí do dutiny děložní. Jeho stěna je kryta serózou a je složena ze dvou vrstev svaloviny. Vrstva vnější je tvořena svalovinou podélnou a vnitřní vrstva svalovinou spirálovou až kruhovou. Sliznice vejcovodu je složena v podélné řasy, které vytvářejí hustý labyrint. Můžeme ho rozdělit na čtyři části – infundibulum, ampulla, isthmus a pars uterina. Vejcovod zajišťuje transport vajíčka směrem k děloze pomocí kmitajících řasinek a peristaltických pohybů svaloviny (Procházka a kol., 2020, s. 79–80).

1.1.4 Pochva

Pochva (*vagina*) je dutý svalově-vazivový trubicovitý orgán spojující dělohu se zevním pohlavním ústrojím. Její délka je přibližně 8 – 10 cm a je vystlána vícevrstevným nerohovějícím dlaždicovým epitelem bez žlázek (Roztočil a kol., 2017, s. 71). Pochva má předozadně oploštělý tvar a rozlišujeme na ní přední a zadní stěnu, které na sebe naléhají. Tvar pochvy na příčném řezu odpovídá tvaru velkého písmene H. Sliznice poševní je zřasená do četných příčných řas (*rugae vaginales*), které jsou uspořádány do podélných valů. Poševní stěna je silná přibližně 3 – 4 mm a skládá se ze tří vrstev. První vrstvou je sliznice, která se mění v závislosti na menstruačním cyklu či těhotenství. Další je vrstva tvořená hladkým svalstvem a poslední povrchovou vrstvou tvoří adventicie (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 18).

1.2 Fyziologie

Reprodukční systém u žen na rozdíl od mužského reprodukčního systému podléhá cyklickým změnám. Tyto změny jsou považovány za opakovanou přípravu reprodukčního systému ženy k oplodnění a k následnému těhotenství (Rob, Martan, Citterbart, 2008, s. 23).

1.2.1 Endometriální cyklus

Děložní sliznice podléhá funkčním a morfologickým změnám, které se cyklicky opakují v intervalu 28 dní. Hlavní funkcí menstruačního cyklu je příprava endometria na implantaci oplozeného vajíčka a jeho další vývoj. Cyklus se řídí ovariálními hormony, které také fungují na principu osy hypothalamus-hypofýza-ovarium. Menstruační cyklus lze rozdělit na čtyři fáze (Procházka a kol., 2020, s. 104).

Menstruační fáze trvá přibližně čtyři dny a je podmíněna poklesem gestagenů. Dochází k odloučení odumřelé povrchové vrstvy sliznice, která poté spolu s krví z porušených cév odchází pochvou ven za pomoci stahů dělohy. Menstruační krev je částečně hemolyzovaná a za normálních okolností nesrážlivá. V období menstruace rozlišujeme fázi deskvamační, která trvá jeden až dva dny, a regenerační, trvající dva až tři dny (Slezáková a kol., 2017, s. 21).

Proliferační fáze probíhá mezi pátým a čtrnáctým dnem cyklu pod vlivem estrogenů. Dochází během ní k růstu sliznice po proběhlé menstruaci, zvyšuje se její prokrvení a prodlužují se slizniční žlázy a tepénky (Slezáková a kol., 2017, s. 21).

Sekreční fáze trvá zhruba od patnáctého do dvacátého šestého dne cyklu a je navozena progesteronem, který podporuje sekreci a tvorbu glykogenu, hlenu a dalších látek ve žlázkách endometria (Slezáková a kol., 2017, s. 21).

Ischemická fáze trvá několik hodin až jeden den a nastává pouze v případě, že nedojde k oplození vajíčka. Během této fáze dochází k odumírání buněk endometria v důsledku nedostatečného přívodu kyslíku (Slezáková a kol., 2017, s. 21).

1.2.2 Ovariální cyklus

Ovarium podléhá cyklickým změnám, které jsou dány souhrou žláz s vnitřní sekrecí. Hypothalamus řídí pomocí gonadoliberinů produkci gonadotropinů v adenohipofýze. Mezi gonadotropiny řadíme LH (*luteinizační hormon*) a FSH (*folikulostimulační hormon*), díky nim dochází k růstu a zrání folikulů, ovulaci, vzniku žlutého tělíska a také ke tvorbě pohlavních hormonů. Cyklus se skládá z fáze folikulární, ovulační a luteální (Slezáková a kol., 2017, s. 22).

Folikulární fáze v průběhu, které se pod vlivem FSH ve vaječniku vyvíjí a dozrává skupina folikulů. Jeden z nich se zvětšuje rychleji než ostatní, vyklenuje se a stává se dominantním (Procházka a kol., 2020, s. 106). Nazývá se Graafův folikul a v průměru roste až do velikosti 15-20 mm. Vaječnik produkuje estrogény a v malém množství i progesteron (Slezáková a kol., 2017, s. 22–23).

Ovulační fáze nastává asi čtrnáctý den cyklu, kdy prudce stoupne hladina LH a nastává ovulace (Marešová, 2021, s. 34). Dochází k prasknutí Graafova folikulu a uvolnění vajíčka, které se následně spolu s folikulární tekutinou vyplaví do břišní dutiny (Čepický, 2021, s. 30). Fimbrie vejcovodu zachytí oplozené vajíčko a posouvají ho dále směrem k děloze (Slezáková a kol., 2017, s. 22).

Luteální fáze je poslední a dochází při ní k tomu, že se po vyplavení vajíčka v buňkách bývalého folikulu ukládá žluté barvivo (*lutein*) a tuk. Po ovulaci vzniká ze zbylých částí dominantního folikulu žluté tělísko (*corpus luteum*), které produkuje vysoké hladiny progesteronu. Pokud nedojde k oplození, žluté tělísko začne degenerovat a měnit se na bílé tělísko (*corpus albicans*), které zaniká okolo dvacátého čtvrtého dne a zanechává po sobě drobnou jizvu na povrchu ovaria (Slezáková a kol., 2017, s. 22–23).

1.2.3 Cervikální a myometriální cyklus

Cervikální cyklus je typický tím, že dochází k cyklickým změnám na cervixu. Vlivem estrogenů dochází ke změnám v jeho tuhosti. V průběhu větší části menstruačního cyklu je čípek pevný a uzavřený naopak v období ovulace pak dochází k tomu, že čípek měkne a otevírá se (Pilka a kol., 2017, s. 32). Dále se pak změny týkají také cervikálního hlenu, u kterého dochází ke změně vlastností biofyzikálních a biochemických. Pokud se hlen začne produkovat ve větším množství tak dojde ke snížení kyselosti pochvy, čímž se utvoří příznivější prostředí pro spermie, které poté snadněji proniknou do dělohy. Období ovulace je nejideálnější pro průnik spermií (Rob a kol., 2019, s. 40).

Myometriální cyklus je charakterizován zvýšením kontraktility myometria ke které dochází především v první polovině cyklu. Při ovulaci děložní motilita dosahuje svého vrcholu a poté opět klesá a zaniká v sekreční fázi. Kontrakce myometria se v průběhu menstruace podílejí na odlučování sliznice, vypuzování obsahu děložní dutiny a také na zástavě krvácení (Rob a kol., 2019, s. 40).

1.3 Hypothalamo-hypofyzární-ovariální osa

Hlavní struktury řídící cyklus jsou uloženy na několika úrovních, a to v hypothalamu, předním laloku hypofýzy a v ovariu. Tyto centra mezi sebou vzájemně komunikují pomocí hormonů (Křepelka, 2015, s. 35).

1.3.1 Hypothalamus

Zajišťuje přes hypofýzu propojení endokrinního a centrálního nervového systému. Úkolem hypothalamu je regulovat a koordinovat základní tělesné funkce včetně funkcí sexuálních. Faktory hypothalamu ovlivňující produkci a sekreci hypofyzárních hormonů jsou většinou peptidy (Rob a kol., 2019, s. 41–42).

Gonadoliberin (GnRH) je deka-peptid, který je sekretován do krve v krátkých pulsech. Jeho sekreci ovlivňuje řada látek produkovaných centrálním nervovým systémem, nejdůležitější je však systém dopaminergní. Zpracovává totiž informace o stavu organismu, stresu a o hormonálních hladinách (Rob a kol., 2019, s. 41–42). Gonadoliberin se také podílí na stimulaci sekrece LH a FSH (Marešová, 2021, s. 32).

1.3.2 Hypofýza

Jedná se o žlázu s vnitřní sekrecí, která je jak funkčně, tak i morfologicky propojena s hypothalamem. Hypofýzu můžeme rozdělit na dvě části, přední lalok – adenohipofý-

zu a zadní lalok – neurohypofýzu. Buňky adenohypofýzy se dělí na bazofilní buňky, které produkují gonadotropní hormony (LH, FSH) a buňky acidofilní produkující prolaktin. Neurohypofýza produkuje ADH (*antidiuretický hormon*) a oxytocin (Rob a kol., 2019, s. 42–43).

Luteinizační hormon (LH) je glykoprotein, který působí na thekální buňky a stimuluje syntézu androgenů. Jeho funkcí je podpora růstu žlutého tělíska a tvorba hormonů žlutého tělíska.

Folikulostimulační hormon (FSH) je také glykoprotein, který se podílí na růstu a vývoji folikulů v ovariu, řídí proliferaci buněk granulózy a stimuluje tvorbu estrogenů (Marešová, 2021, s. 32).

1.3.3 Ovarium

Při řízení ovariálního cyklu mají steroidní hormony regulační funkci. Mezi ženské steroidní hormony řadíme estrogeny a gestageny, které jsou produkovány ve vaječniku. Dále se pak v ženském organismu tvoří v malém množství i androgeny, které jsou prekurzory estrogenů.

Estrogeny jsou primární ženské pohlavní hormony, které vznikají z androgenů. Mají komplexní účinek, který působí na celý organismus. Přirozeně se u žen vyskytují tři formy estrogenu a to estron, estradiol a estriol. Produkovány jsou v buňkách granulózy, kůře nadledvin, tukové tkáni a v placentě.

Gestageny mají v proliferační fázi schopnost vyvolat sekreční transformaci endometria. Progesteron je nejdůležitějším gestagenem, jeho funkcí je příprava dělohy na uhníždění oplozeného vajíčka a udržení těhotenství. Produkován je především ve žlutém tělísku, placentě a také v kůře nadledvin (Rob a kol., 2019, s. 43–45).

2 ENDOMETRIÓZA

Endometrióza je nejčastější gynekologické onemocnění, které se vyskytuje zejména u žen ve fertilním věku všech etnických a sociálních skupin, avšak s různou prevalencí (Hanáček, 2017, s. 88). Lze ji definovat jako benigní, estrogen–dependentní, progresivní onemocnění, kdy se funkční endometriální žlázy a stroma nachází mimo děložní dutinu (Rob a kol., 2019, s. 175). Tento ektopický výskyt endometriálních ložisek indikuje v místě implantace zánětlivou chronickou reakci, která způsobuje klinické projevy onemocnění (Hanáček, 2017, s. 88). Endometriální ložiska mohou postihnout veškeré lidské orgány vyjma sleziny, kde zatím objevena nebyla (Marešová, 2021, s. 248). Nejčastější místa výskytu jsou vaječníky, vejcovody, vazy děložní, pánevní peritoneum a rektovaginální septum (Rob a kol., 2019, s. 175).

Pro společnost představuje endometrióza značnou ekonomickou zátěž srovnatelnou s jinými onemocněními chronického charakteru jako je například diabetes mellitus, revmatoidní artritida či Crohnova nemoc (Janoušková a kol., 2018, s. 148).

2.1 Etiologie a patogeneze

Jedná se o onemocnění, u kterého nebyla dosud jednoznačně objasněna etiologie a patogeneze. Existuje několik možných teorií, které se snaží vysvětlit příčiny vzniku tohoto onemocnění. Klinické ani experimentální pozorování žádnou z nich definitivně nevyvrací a ani nevylučují jejich kombinaci. Pravděpodobně je etiologie endometriózy multifaktoriální (Hudeček a kol., 2019, s. 62).

2.1.1 Teorie retrográdní menstruace

Byla popsána již ve dvacátých letech minulého století a je tak vůbec nejstarší známou teorií patogeneze endometriózy. Funguje pomocí jednoduchého mechanického principu, který však nelze uplatnit univerzálně. Vznik ložisek endometriózy je dle této teorie dán zpětným zatékáním odloučené endometriální tkáně vejcovody až do dutiny břišní, a to v průběhu menstruace (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 25–26). Zpětné zatékání může být způsobeno mechanickou překážkou například v podobě stenózy hrdla děložního, deviací či hypoplazii dělohy (Rob a kol., 2019, s. 175).

2.1.2 Metaplastická teorie

Tato teorie je považována za možnou příčinu adolescentní varianty těžké progresivní formy endometriózy (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 26). Podstatou této teorie je, že dochází k diferenciaci normálních mezoteliálních buněk na buňky endometrické, pravděpodobně vlivem steroidních hormonů či exogenních sloučenin (Mehedintu a kol., 2014, s. 350).

2.1.3 Hormonální teorie

Ovariální hormony regulují růst ektopických endometriálních lézí. Předpokládá se, že ektopické endometrium bude citlivé na estrogen, který stimuluje proliferaci endometria. Estrogen napodobují různé toxiny z vnějšího prostředí, tím je například dioxin, který podporuje růst ložisek endometriózy. V patogenezi endometriózy má významnou roli také progesteron, který u zdravých žen za normálních okolností v endometriu a myometriu antagonizuje účinky estrogenu. Mnozí autoři uvádí, že při endometrióze dochází k rozvoji progesteronové rezistence (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 27).

2.1.4 Zánětlivá teorie a oxidační stres

Etiologie endometriózy také bývá spojována se zvýšenou oxidací lipoproteinů. Peroxidace lipidů vedoucí k poškození DNA v endometriálních buňkách je způsobena reaktivními formami kyslíku. Za zdroj reaktivní formy kyslíku je u pacientek s endometriózou považován zvýšený objem peritoneální tekutiny s vodou a elektrolyty. V peritoneální dutině se nachází také zvýšená hladina železa, která vznikla rozpadem hemoglobinu a je příčinou redoxních reakcí. Uvolněné prozánětlivé produkty hemu a signály oxidačního stresu vedou k přísunu lymfocytů a cytokinů, které podporují růst endotelu (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 27).

2.1.5 Imunologická teorie

Vliv na rozvoj endometriózy může mít i spousta imunitních poruch. Ženy, které mají normální imunitní odpověď většinou implantaci nepodléhají, protože u nich pomocí peritoneálních buněk dojde ke zničení uvolněných částic. K implantaci buněk a vzniku endometriálních ložisek naopak může docházet u poruch buněčné imunity (Rob a kol., 2019, s. 176).

2.1.6 Apoptóza

Antiapoptotický a proliferační potenciál je rozhodující pro přežití buněk endometria v dutině břišní, pro stabilizaci endometriálních lézí a pro schopnost buněk vytvářet

v ektopických lokalitách ložiska. Apoptóze snadno podléhají buňky povrchové vrstvy endometria (Lenzl, Chváta, Fiala, 2021, s. 28–29).

2.1.7 Molekulárně genetická teorie

V patogenezi endometriózy poukazuje na přítomnost genetické složky několik skutečností. Jedná se například o familiární výskyt či shodu ve výskytu endometriózy u dvojčat. Polygenní způsob dědičnosti je pro endometriózu typický. Existuje několik studií, které zmiňují genetický polymorfismus jako faktor, který přispívá k rozvoji endometriózy. Implantace buněk endometria na peritoneum a jejich únik před kontrolními mechanismy imunitního dohledu může být predisponován vrozenými či získanými genetickými faktory (Lenzl, Chváta, Fiala, 2021, s. 29).

2.1.8 Teorie kmenových buněk

Endometrium a jeho vysoká regenerační schopnost poukazuje na přítomnost kmenových buněk v jeho tkáni. Kmenové buňky jsou popisovány jako nediferencované buňky, které mají schopnost samo obnovy a diferenciaci do různých buněčných typů. Bylo zjištěno, že i cirkulující kmenové buňky pocházející z kostní dřeně mohou přispívat k regeneraci endometria. Do ektopických lokalizací mohou být kmenové buňky transportovány také cestou vaskulární či lymfatickou (Lenzl, Chváta, Fiala, 2021, s. 30).

2.2 Klinické příznaky

Symptomatologie endometriózy je velice různorodá, neurčitá a může se překrývat i s jinými diagnózami. Proto je stanovení diagnózy podle příznaků velmi obtížné a často trvá dlouhou dobu, než je diagnóza definitivně stanovena (Fanta, Koliba, Hrušková, 2012, s. 315). Mezi nejčastější příznaky endometriózy patří bolest různého charakteru a sterilita. Symptomy mohou významně ovlivnit jak samotný život ženy, tak i její psychické a sociální zdraví. Existují však ale i ženy, které nemají žádné klinické potíže, ačkoliv jim byla endometrióza diagnostikována (Fait a kol., 2019, s. 63).

2.2.1 Dysmenorea

Dysmenorea neboli bolestivá menstruace je jedním z častých příznaků endometriózy. Ženy udávají bolest jak v průběhu menstruace, tak i mimo menstruační cyklus (Křepelka, 2015, s. 181). Při endometrióze začne žena jeden až dva týdny před nástupem menstruace pociťovat bolest, ta svého vrcholu dosahuje jeden až dva dny před menstruací a s příchodem krvácení či brzy poté již pak bolest slábne (Pilka a kol., 2017, s. 54).

2.2.2 Chronická pánevní bolest

Lze ji definovat jako necyklickou přetrvávající bolest, vnímanou ve strukturách souvisejících s pánví, trvající alespoň půl roku (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 189). Bolest je často lokalizována na straně, kde se nachází léze, a intenzita bolesti souvisí s hloubkou invaze (Marešová, 2021, s. 252).

2.2.3 Dyspareunie

Výskyt dyspareunie je značně vyšší u žen, které mají endometriózu než v průměrné ženské populaci odpovídajícího věku (Tomeš, 2019, s. 9). Tato porucha je charakterizována jako neustálá či přerušovaná bolest, která je spojována s pohlavním stykem. Můžeme ji klasifikovat podle toho, kdy byla poprvé zaznamenána, na primární a sekundární nebo na základě lokalizace na vstupní či hlubokou (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 192). Ženy často koitální bolest lokalizují do dolního, středního nebo vnitřního genitálního segmentu a popisují jí jako neurčitý tlak v podbřišku či v křížové oblasti (Čepický a kol., 2018, s. 156).

2.2.4 Sterilita

Endometrióza je podle dostupných studií jedním ze tří hlavních důvodů proč žena není schopna otěhotnět. Významnější souvislost mezi neplodností a endometriózou je především u pokročilejších stadií této nemoci, kdy jsou zasaženy vaječníky a dochází ke snížení tuboovariální motility. Souvislost mírné formy naopak není úplně jasná (Janoušková a kol., 2018, s. 150). Mezi jednotlivé mechanismy, které mohou snižovat plodnost řadíme změny na pánvi, hormonální poruchy nebo poruchy ovulace, změny složení peritoneální tekutiny a také endometriální poruchy na úrovni receptorové a buněčné (Mardešić a kol., 2013, s. 37).

2.2.5 Defekační obtíže

Bolestivé vyprazdňování je vzácným příznakem endometriózy, který se projevuje, když dojde k postižení rektosigmatu. Symptomy mohou být jak chronické, tak cyklické. Cyklické defekační obtíže se vyskytují v závislosti na menstruačním cyklu. Mohou se projevovat jako zácpa nebo průjem. Endometrióza, která je lokalizována na kličkách tenkého střeva může způsobovat i střevní obstrukce (Marešová, 2021, s. 253).

2.2.6 Dysurie

Je charakterizována jako cyklická bolest při močení s negativním laboratorním nálezem (Marešová, 2021, s. 253). Tento příznak se vyskytuje, když ložiska endometriózy napadnou močový měchýř (Pilka a kol., 2017, s. 132).

2.3 Klasifikace endometriózy

Endometrióza může být klasifikována podle lokalizace, stupně závažnosti a také dle příznaků.

2.3.1 Klasifikace podle lokalizace

Mezi nejčastější místa, která jsou postižena patří orgány pánve a peritoneum, jen vzácně jsou zasaženy vzdálenější orgány. Podle lokalizace můžeme endometriózu rozdělit na peritoneální, ovariální, hlubokou infiltrující a adenomyózu (Fanta, Koliba, Hrušková, 2012, s. 315).

Peritoneální endometrióza je jedním z nejlépe rozpoznatelných typů. Je charakteristická tím, že se na pobřišnici nacházejí barevné skvrny, které mohou mít velikost i několik milimetrů. Jejich barva se liší podle toho, v jakém stádiu vývoje se endometriální ložiska nacházejí. Nejdříve jsou ložiska nepatrná a nelze je identifikovat. Při dalším vývoji se již na peritoneu vyskytují skvrny červené barvy, které jsou způsobeny neoangiogenezí původně nepatrných ložisek (Klečka a kol., 2013, s. 40). Endometrium se pravidelně odlučuje což vede k místnímu zánětu, dochází k tomu, že se ložiska uzavřou a nahromadí se v nich odloučená tkáň a změní se na jizvu (Slezáková a kol., 2017, s. 115).

Ovariální endometrióza patří mezi nejčastější, přesto je patogeneze jejího vzniku stále velkou záhadou. Typicky u ní můžeme pozorovat ložiska endometroidního vzhledu či cysty různého charakteru a velikosti. Tyto cysty mohou vznikat z invaginace malých endometriálních ložisek z povrchu vaječníku, z epiteliální metaplázie či z funkční cysty (Kučerová, 2012, s. 166). Nejčastěji je postižena ovariální kůra, méně často pak můžeme pozorovat ložiska i na seróze (Lenzl, Chváta, Fiala, 2021, s. 44).

Hluboká infiltrující endometrióza je definována jako infiltrativně rostoucí léze, která zasahuje do hloubky větší než 5 mm. Typicky ji lze lokalizovat v pánvi, kde se podle uložení dělí na postižení kompartmentu předního, kam spadá endometrióza močového měchýře, a zadního lokalizovaná v sakrouterinních vazech, rektovaginálním septu nebo v pochvě. Hluboká endometrióza se také může objevit ve stěně břišní, v orální části střeva, v operačních jizvách či velice vzácně i v hrudníku jako plicní endometrióza (Indrielle-Kelly a kol., 2019, s. 270–275).

Adenomyóza je popsána jako ektopická přítomnost žlázek endometria a stromatu mimo dutinu děložní, a to konkrétně ve svalové vrstvě dělohy neboli v myometriu. Na

tvorbě této vzácné léze se podílejí nejen endometriální žlázy a stroma, ale také hladká svalovina. Adenomyom může být lokalizován v myometriu nebo může vyrůstat z endometria jako polyp (Indrielle-Kelly a kol., 2019, s. 261).

2.3.2 Klasifikace podle stupně závažnosti

Nejrozšířenější je klasifikace Americké společnosti reprodukční medicíny (*r-AFS – American Fertility Society*) z roku 1985. Funguje na principu bodového hodnocení stupně postižení peritonea, vaječníků a vejcovodů. Podle toho, do jaké míry jsou postiženy reprodukční orgány malé pánve, se endometrióza rozděluje na čtyři stádia I až IV (Rob a kol., 2019, s. 178). Minimální postižení je označeno stadiem I a naopak závažné postižení stadiem IV (Janoušková a kol., 2018, s. 149). Tato klasifikace je přesná a vhodná k laparoskopickým nálezům, avšak jejím nedostatkem je, že nedokáže posoudit hloubku subperitoneálního šíření nemoci (Pilka a kol., 2017, s. 135).

V roce 2005 skupina odborníků navrhla novou klasifikaci ENZIAN podle, které se dá hodnotit hluboká infiltrující endometrióza a doplňuje stávající r-AFS klasifikaci. V roce 2010 a 2011 byla revidována za účelem zjednodušení systému hodnocení a zamezení dvojí klasifikace (Pilka a kol., 2017, s. 135). Retroperitoneální struktury se podle ní rozdělují do tří skupin A – rektovaginální přepážka, vagina; B – uterosakrální ligamentum pánevní stěny; C – rectum. Závažnost postižení se hodnotí ve všech oddílech. První stupeň zahrnuje postižení menší než jeden centimetr, druhý stupeň invazi od jednoho do tří centimetrů a třetí stupeň invazi větší než tři centimetry (Janoušková a kol., 2018, s. 149).

2.3.3 Klasifikace podle příznaků

Lze ji rozdělit na symptomatickou a asymptomatickou. Symptomatická endometrióza se manifestuje klinickými příznaky, kterými jsou například dysmenorea, dyspareunie, dychezie, acyklické a cyklické pánevní bolesti a také neplodnost (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 75). Pokud žena nemá žádné klinické příznaky hovoříme pak o endometrióze asymptomatické, kdy jediným jejím symptomem může být neplodnost (Janoušková a kol., 2018, s. 149).

2.4 Diagnostika

Definitivní stanovení diagnózy endometriózy může být velice obtížné. Nespecifické příznaky pacientek a široká diferenciální diagnostika totiž může vést k tomu, že stano-

vení diagnózy trvá i několik let. Studie uvádějí, že stanovení diagnózy endometriózy je průměrně zpožděné o sedm až dvanáct let (Janoušková a kol., 2018, s. 149).

Měli bychom postupovat od metod neinvazivních k invazivním, od těch nejlevnějších k nejdražším a v neposlední řadě také od nejjednodušších ke složitějším. Komplexní diagnostika je založena na čtyřech základních pilířích, kterými jsou anamnéza, fyzikální vyšetření, zobrazovací metody a také laparoskopie. Všechny tyto diagnostické metody jsou stejně důležité a vynechání kterékoliv z nich může znemožnit získání komplexního pohledu a možnost odpovídající léčby (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 130–131).

2.4.1 Anamnéza

Správné odebrání anamnézy a její zdokumentování je žádoucí, protože nám umožní nasměrovat diagnostiku a léčbu vhodnou cestou. Cíleně se ptáme na příznaky endometriózy a také na to, jaké má pacientka preference a priority.

Rodinná anamnéza – zaměřujeme ji především na pátrání po onkogenetických syndromech v rodině, protože jejich přítomnost může mít vliv na rozhodování zejména při ovariální endometrióze. Další, na co se zaměřujeme, jsou tromboembolické onemocnění, kdy se eventuálně rozhoduje, zda odebrat krev na vyšetření trombofilních mutací v případě, že se plánuje dlouhodobá hormonální léčba.

Osobní anamnéza – zásadní je pro nás zejména přehled o dosavadních břišních operacích. Musíme znát chronologii a nejlépe i přesný rozsah provedených operací. Důležité je také vědět, na kterém pracovišti byla operace provedena, pro eventuální konzultaci či vyžádání dokumentace o operaci.

Gynekologická anamnéza – zjišťujeme, jaký je charakter menstruačního cyklu. Dále je pak pro nás velice podstatný údaj o dosavadních úspěšných, ale také neúspěšných těhotenstvích. Cíleně se také ptáme, jakým způsobem žena otěhotněla, zda spontánně či pomocí některé z metod asistované reprodukce.

Nynější onemocnění – zajímá nás, zda pacientka přichází pro bolest, neplodnost nebo na doporučení ambulantního specialisty, který při gynekologickém vyšetření objevil nějaké patologie. Dalším údajem, na který se ptáme, je jaký byl dosavadní způsob hormonální léčby a zda se vyskytovaly nějaké vedlejší účinky (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 131–133).

2.4.2 Fyzikální vyšetření

Pohledem lze odhalit ložiska endometriózy v epiziotomii, chirurgické jizvě, perineu nebo v perianální oblasti. Při vyšetření v zrcadlech můžeme zejména v případě hluboké infiltruující endometriózy pozorovat léze, které postihují pochvu, děložní čípek či zadní klenbu poševní. Tyto léze se mohou prezentovat jako křehké, většinou bolestivé, spontánně či kontaktně krvácející červené nebo modré uzlíky (Pilka a kol., 2017, s. 133). Palpací zjišťujeme uložení, velikost a bolestivost dělohy. Dále pak pohmatem vyšetřujeme zadní klenbu poševní a pátráme po prorůstajících uzlech, retrocervikálním uzlu a také po endometrióze sakrouterinních vazů (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 133).

2.4.3 Zobrazovací metody

Ultrasonografie je dostupnější, levnější a nemá prakticky žádné kontraindikace. Další výhodou je, že vyšetření probíhá v reálném čase (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 135). Ultrazvukové vyšetření je základní diagnostickou metodou především u ovariální endometriózy, avšak v rukách zkušeného odborníka může být ultrazvuk vysoce senzitivní i v diagnostice hluboké infiltruující endometriózy (Fanta, Koliba, Hrušková, 2012, s. 316).

Magnetická rezonance narozdíl od ultrazvuku dokáže posoudit i vzdálená, extrapelvicke ložiska endometriózy a umožňuje druhé čtení (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 135). Tato metoda je spolehlivá při diagnostice postižení rekta, rektovaginální endometriózy a také při obliteraci Douglasova prostoru (Pilka a kol., 2017, s. 135).

2.4.4. Laparoskopická diagnostika

Je považována za zlatý standard v diagnostice pánevní endometriózy, a to jak u přímých, tak případně u nepřímých nálezů (Čepický a kol., 2018, s. 146). Vždy musíme zvážit kromě přínosu této operační intervence také její rizika. Umožňuje nám přímou vizualizaci břišních i pánevních orgánů a je tak jedinou metodou, která dokáže prokázat nález peritoneálních ložisek (Fanta, Koliba, Hrušková, 2012, s. 316–317). Její hlavní význam spočívá v definitivním potvrzení endometriózy, a to včetně bioptického ověření (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 136). Endometrióza je histopatologicky definována jako přítomnost endometriálních žlázek či stromatu. Pokud se jedná o hlubokou endometriózu, jsou mikroskopicky přítomny také fibróza a buňky hladké svaloviny (Racková, 2021, s. 14).

2.5 Léčba

K léčbě se používá řada různých medikamentů, často i v kombinaci, avšak dosud neexistuje jednotný terapeutický přístup, který by mohl být použit u všech pacientek. Možnost trvalého vyléčení v současnosti neexistuje. Mezi hlavní cíle léčby patří zmírnit bolest a další příznaky, redukovat endometriotické léze a zlepšit pacientce kvalitu života (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 146). Často je však nedosažitelným cílem léčby úplné odstranění endometriálních ložisek zároveň s odstraněním symptomů a zabránění recidivě onemocnění. Problémem, který může často zkomplikovat volbu managementu, je koexistence hlavních symptomů, bolesti a neplodnosti. U pacientek, které jsou symptomatické, můžeme nasadit bez určení diagnózy empirickou terapii, která slouží i jako terapeutický test. Ve většině případů volíme při léčbě fertilitu šetřící postupy (Fait a kol., 2019, s. 63–65).

2.5.1 Hormonální léčba

Konzervativní léčba je založena na přítomnosti estrogenových a progesteronových receptorů, které se nacházejí v ektopických lézích endometria a vykazují různou odpověď na hormonální léčbu. Pomocí dvou typů farmakologicky vyvolaných stavů můžeme dosáhnout atrofických změn v ektopickém endometriu. Pokud podáme estrogen–progestinovou směs či progestiny, navodíme tím pseudograviditu, která způsobí deciduální proměnu tkáně endometria (Jelenek, Felsing, 2012, s. 89–91). Doba, která uplyne od ukončení léčby až po začátek nových problémů se průměrně pohybuje od šesti do osmnácti měsíců. Tato forma terapie je i přes pouze dočasný účinek jednoznačným přínosem v léčbě endometriózy, neboť většina pacientek udává zlepšení subjektivních obtíží během hormonální terapie. Nevýhodou je, že se po ukončení léčby často vyskytují recidivy primárního onemocnění, a to u 30 až 70 % případů (Pilka a kol., 2017, s. 135).

Kombinována orální kontracepce je metodou první volby u mladších žen s pánevní bolestí a s podezřením nebo s prokázanou endometriózou. Jedná se o kombinované monofázické preparáty, které mají nízkou hladinu ethinylestradiolu v kombinaci s moderními progestiny. Kontracepce vede při dlouhodobém užívání k supresi růstu endometriálních ložisek, pseudodeciduaci a atrofii. Tato forma terapie dosahuje v 60 až 70 % případů spokojenost. Nevýhodou však je, že se krátce po jejím vysazení často vyskytují recidivy (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 147).

Progestiny selektivně ovlivňují progesteronové receptory a blokují působení estradiolu na sliznici děložní. Dochází díky nim k aktivaci enzymu, který katalyzuje proměnu

estradiolu na estron a způsobuje tak pseudodeciduální proměnu ektopických lézí s následnou atrofií (Hudeček a kol., 2019, s. 65).

Levonorgestrel, který je uvolňován intrauterinním systémem zhruba po dobu pěti let, způsobuje snížení mitotické aktivity a atrofii žlázových buněk, což vede k proliferaci endometria. Po zavedení nitroděložního systému dochází u žen s endometriózou ke snížení hladiny tumormarkeru CA 125 (Hudeček a kol., 2019, s. 65).

Depotní progestiny – implantáty mezi které řadíme steroidní kontraceptivum etonogestrel. Etonogestrel má dlouhodobý účinek, který trvá zhruba po dobu tří let. Využívá se spíše jako doplňková metoda při léčbě extragenitálních forem endometriózy (Rob a kol., 2019, s. 181).

Tablety se samotným progestinem jejichž zástupcem je například desogestrel. Studie prokázaly, že u pacientek s endometriózou dochází ke značnému poklesu dysmenorey při léčbě samotným progestinem (Hudeček a kol., 2019, s. 65).

Selektivní modulátory progesteronového receptoru mají tři typy účinku, které závisí na dávce, místě účinku a zda je nebo není přítomen na receptoru progesteron. Selektivně potlačují endometriální růst a zabraňují menstruaci bez nežádoucích vedlejších účinků (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 149–150).

Selektivní modulátory estrogenových receptů jsou nesteroidní látky, které aktivují či inhibují estrogenový receptor. Mají proměnlivý účinek, který závisí na rozložení a množství receptorů estrogenu v cílové tkáni (Hrušková, 2012, s. 62).

GnRH analoga způsobují pomocí „down regulace“ reverzibilní supresi funkce vaječnicků a dochází tak k umělému vytvoření postmenopauzy. Lze je aplikovat formou intramuskulární, subkutánní a intranazální (Fait a kol., 2019, s. 66).

GnRH antagonisté přímo blokují hypofyzární receptor a zamezují tak jeho aktivaci. Řadíme sem například cetorelix acetát, u kterého pilotní studie prokázaly regresi endometriózy a jejích projevů. Tento druh terapie je však ekonomicky náročný a nelze jej podávat dlouhodobě (Rob a kol., 2019, s. 182).

Add-back terapie je forma hormonální substituční léčby, díky které můžeme předcházet přetrvávajícímu hypoestrinnímu stavu. Podání dvou odlišných prahových koncentrací 17–beta–estradiolu může vést k supresi endometriózy. Léčbu můžeme zahájit součas-

ně s podáním GnRH nebo s časovým odstupem tří měsíců (Lenzl, Chvátal, Fiala, 2021, s. 150–151).

Inhibitory aromatázy mají zjevný efekt na lokální produkci estrogenu ve tkáni endometria, avšak jsou v současné době doporučovány spíše jako doplňková léčba v kombinaci s dalšími způsoby terapie (Fait a kol. 2019, s. 67).

Nesteroidní analgetika jsou díky svému efektu při léčbě primární dysmenorey analgetiky první volby. U žen, které plánují těhotenství, jsou doporučovány především selektivní inhibitory COX 2. Tento typ terapie je často volen zejména kvůli své dostupnosti, ceně a také přijatelným vedlejším účinkům (Fait a kol., 2019, s. 65).

2.5.2 Chirurgická léčba

Za velice efektivní je považována právě chirurgická terapie endometriózy, která vede u velkého množství pacientek ke snížení či dokonce vymizení bolesti a také zvyšuje pravděpodobnost spontánního otěhotnění (Racková, 2021, s. 13). Měla by být prováděna pouze na specializovaných pracovištích, kde se terapií endometriózy rutinně zabývají. Během jedné operace by mělo dojít k definitivnímu potvrzení diagnózy a také k úplnému odstranění všech patrných endometriálních ložisek (Fanta, Koliba, Hrušková, 2012, s. 318).

Zlatým standardem v terapii endometriózy je v současnosti zejména laparoskopický přístup, avšak lze provést i invazivnější zásah v podobě laparotomie. Léčba má za cíl snížit bolest, zvýšit šanci na těhotenství u neplodných žen, zachovat anatomické pánevní poměry a prodloužit časový úsek mezi chirurgickým zákrokem a návratem nemoci (Janoušková a kol., 2018, s. 150).

Konzervativní léčba spočívá v zachování reprodukčního potenciálu. Jejím cílem je excizní či ablativní odstranění patrných endometriálních ložisek, implantátů a srůstů, které způsobují bolest. Nejvhodnější metodou pro tento typ léčby je laparoskopie (Pilka a kol., 2017, s. 137).

Semikonzervativní typ operace je vhodný zejména pro ženy, které již neplánují těhotenství a mají závažné příznaky. Funkčnost vaječníků zůstává zachována, avšak dochází k omezení reprodukční schopnosti. Tento druh operace zahrnuje odstranění dělohy a cytoreduci pánevní endometriózy (Pilka a kol., 2017, s. 138).

Radikální chirurgická léčba je indikována především u žen, které mají závažnější stádia endometriózy a nemají zájem o těhotenství. Zákrok zahrnuje abdominální odstranění dělohy a bilaterální odstranění vaječníků a vejcovodu. Pokud je tento typ operace proveden u žen v reprodukčním věku, musí být také zahájena estrogenní substituční terapie jako prevence vzniku osteoporózy, předčasných změn kardiovaskulárního systému a atrofické kolpitidy (Rob a kol., 2019, s. 183).

2.5.3 Kombinovaná hormonální a chirurgická léčba

Kombinace medikamentózní a chirurgické léčby endometriózy je často vícefázová a zahrnuje předoperační či pooperační hormonální léčbu. Předoperační léčba je zaměřena na snížení pánevní vaskularizace a na zmenšení endometrických ložisek. Léčba pooperační by měla přispět k odstranění reziduálních a mikroskopických endometrických lézí. Rovněž je doporučována i ve stádiu rozsáhlých onemocnění, kdy je kompletní operativní odstranění ložisek endometriózy technicky neproveditelné (Hudeček a kol., 2019, s. 68).

2.5.4 Alternativní léčebné metody

Kromě klasických léčebných metod existuje několik doporučení na léčbu endometriózy přírodní cestou. U žen s endometriózou můžou tyto metody vést k významnému zlepšení zdravotního stavu. Alternativními metodami jsou například změna životosprávy, bylinné přípravky, hydroterapie či další postupy (Bieliková, 2014).

Úprava stravy patří mezi vhodné doplňky léčby, avšak nejprve by měla proběhnout konzultace s odborníkem, protože dieta je vždy individuální. Pozitivní přínos mají především Omega-3 mastné kyseliny, které mají významný protizánětlivý efekt a působí na zmírnění bolesti (Žáková, 2020). Dále je vhodné do stravy zařadit zelenou a listovou zeleninu, protože obsahuje velké množství vitamínu K, který posiluje schopnost hojení tkání. V jídelníčku by nemělo chybět ani lněné semínko, protože pozitivně ovlivňuje hladinu estrogenu a má čistící efekt na trávicí trakt (Tuatti, 2018).

Mezi vhodné bylinky patří například Vitex jehněčí (*drmek*), který působí jako fyto-progesteron. Regeneraci jater, lze posílit pomocí oleje ze semen Ostropestřce mariánského či je vhodné užívat Rakytník řešetlákový, který také slouží k posílení imunity a obsahuje vitamín C. Na podporu močového systému je skvělá Lichořeřišnice (Tuatti, 2018). Echinacea slouží k podpoře správné funkce imunitního systému. Pro zástavu krvácení a podporu regenerace sliznic jsou vhodné čaje z přesličky či kopřivy. Pitím zázvorového čaje můžeme zmírnit nevolnost, která se při endometrióze vyskytuje (Bieliková, 2014).

Hydroterapie je jednou z dalších velmi účinných metod zmírnění bolesti, která kombinuje ozdravné účinky tepla a chladu s metabolickým působením vody. Střídává se-
dací koupel vede k povzbuzení proudění energie v oblasti pánve. Teplá voda přispívá
k povzbuzení cirkulace a chladná stimuluje srdeční činnost. Ke zmírnění potíží také může
příspěť bylinná šalvějová koupel či obklady z ricinového oleje (Procházková, 2015).

Mezi další podpůrné metody léčby, které mohou zmírnit subjektivní potíže, patří
například jóga, akupunktura, psychoterapie a další (Žáková, 2020).

2.6 Endometrióza a neplodnost

Endometrióza je z hlediska fertility u ženy závažným rizikovým faktorem. Dle do-
stupných údajů má 30 až 50 % žen s endometriózou problémy s plodností. Dosud není zce-
la objasněn způsob, kterým endometrióza ovlivňuje plodnost ženy. Přítomnost endometri-
álních struktur mimo děložní dutinu vyvolává zánětlivou reakci organismu, vedoucí ke
zmnožení tekutiny v malé pánvi. U žen s endometriózou se v etiopatogenezi neplodnosti
uplatňují jak faktory mechanické, tak biochemické (Novotná, Malý, 2012, s. 183–184).

Mezi mechanické faktory řadíme především změny v malé pánvi, jako jsou adheze,
porušení či uzavření vejcovodů a také snížení objemu funkčního parenchymu v ovariu (Ja-
noušková a kol., 2018, s. 150). Biochemické faktory mohou negativně ovlivňovat úspěš-
nost terapie při využití metod asistované reprodukce. Řadíme mezi ně hostilní prostředí
v malé pánvi, sníženou fertilizaci oocytů, sníženou schopnost embrya se uhnížit a také
sníženou citlivost endometria (Novotná, Malý, 2012, s. 183).

Roku 2010 byl vydán klasifikační systém endometriózy (EFI). Zahrnuje funkční
hodnocení vaječníků, vejcovodů, fimbrie, stupeň anatomického postižení dle AFS, dobu
trvání neplodnosti a věk pacientky, a proto výborně koreluje s prognózou spontánního otě-
hotnění. Čím vyšší je tedy skóre získané v systému EFI, tím vyšší je pravděpodobnost
spontánního otěhotnění (Janoušková a kol., 2018, s. 150).

Léčebné přístupy neplodnosti jsou dva. Prvním z nich je terapie medikamentózní,
která odstraňuje symptomy, avšak nezvyšuje šanci na otěhotnění. Naopak léčba operační
může šanci na otěhotnění přinést až v 25 až 37 % případech (Novotná, Malý, 2012, s. 185).
Dnes však mají ženy s endometriózou poměrně dobré vyhlídky na otěhotnění, a to díky
programu IVF - „in vitro fertilizace“ (Nešporová, 2016).

2.7 Zastoupení porodní asistentky v péči o ženu s endometriózou

Porodní asistentky poskytují péči ženám v rámci celého systému zdravotní péče (O'Donoghue, Kapp, Murphy, Kusljic, 2021, s. 465). Do styku se ženami s endometriózou, přicházejí porodní asistentky v různých klinických prostředích, a to ať už v primární péči, vzdělávací instituci, na oddělení urgentní péče a pohotovosti či v jiných zařízeních zdravotních služeb (Norton, Holloway, 2016, s. 11–12).

Mezi ošetrovatelské intervence, které může porodní asistentka provádět, patří zejména podrobné odebrání anamnézy, dále může rozpoznat specifické příznaky, které se při endometrióze objevují. Důležité je také posoudit kvalitu života a zjistit, jak endometrióza ovlivňuje ženin každodenní život. Porodní asistentka pracuje se ženou individuálně, buduje důvěrný vztah a poskytuje dostatečné množství času na vyjádření citlivých informací jako je sexuální život a plodnost ženy. Dále se zaměřuje na edukaci. Diskutuje o možnostech léčby, jejích důsledcích a dalších intervencích, popřípadě odkáže ženu na jiné členy multidisciplinárního týmu (Norton, Holloway, 2016, s. 11–12).

Porodní asistentka by měla ženy podporovat ve změně životního stylu jako jsou cvičení, dieta a také zvládání bolesti a stresu. Obecně totiž platí, že k podpoře zdraví samotná kurativní léčba nestačí (Mahmoud, Hamido, Mohamed, 2021, s.632–633). Mezi aspekty zdravého životního stylu patří pravidelné fyzické cvičení. Při cvičení dochází v mozku k uvolnění endorfinu. Tyto přirozeně vyskytující se hormony nazýváme přirozené opiáty. Pravidelné cvičení také přispívá ke snížení hladiny estrogenu v lidském těle, což je při endometrióze žádoucí a vede ke zlepšení tělesného stavu (Ghonemy, El Sharkawy, 2017, s.121). Dále je pak vhodné zaměřit se na vhodnou stravu. Bylo prokázáno, že strava může ovlivnit procesy podílející se na vzniku endometriózy. Strava by měla být bez potenčně zánětlivých složek jako jsou například tuky, mléčné výrobky, káva, alkohol a další. Vhodné je do jídelníčku zařadit zejména hodně zeleniny a ovoce (Karlsson, Patel, Premberg, 2020, s.2). Endometrióza může mít výrazný dopad i na psychické zdraví žen. V důsledku nejisté prognózy a potenčně neplodnosti trpí ženy častěji úzkostí či depresí. Ku prospěch mohou být různé psychoterapeutické intervence, a to buď individuální či skupinové, zaměřené na vyjádření pocitů, nejhlubších myšlenek a také na posílení ženské identity (Buggio a kol., 2017, s.287–288).

V závislosti na komplexnosti tohoto onemocnění je nezbytná multidisciplinární spolupráce. Přístup ke každé pacientce s endometriózou by měl být individuální. Léčba by

měla být navržena na základě konkrétních příznaků a obtíží pacientky, stejně tak podle jejích preferencí a hlavních priorit (Buggio a kol., 2017, s.289).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Endometrióza je v současné době jedním z nejčastějších gynekologických onemocnění, které postihuje ženy zejména v reprodukčním věku. Počet mladých žen, kterým byla diagnostikována endometrióza stoupá, a proto je velmi důležité, aby ženy byly o tomto onemocnění informovány. Včasná léčba je totiž rozhodující, a proto když u sebe žena začne pozorovat některý z příznaků, které se při endometrióze objevují měla by ihned navštívit gynekologa. Endometrióza představuje významnou příčinu zhoršení kvality života ženy a také může mít dopad i na její psychosociální zdraví. Znalosti žen v této oblasti jsou proto rozhodující a mohou pomoci s včasnou diagnostikou a vhodnou léčbou. Proto jsme se rozhodli danou problematikou v této bakalářské práci zabývat.

„Jaké mají ženy povědomí o endometrióze? Mají dostatek informací?“

4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké má populace žen povědomí o endometrióze.

Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

Cíl č. 1: Zjistit, zda má vzdělání a věk žen vliv na znalosti ohledně endometriózy.

Výzkumný problém: Znají ženy toto gynekologické onemocnění? Je jejich věk a vzdělání ovlivňujícím faktorem pro tyto znalosti?

Otázka č. 1., 2., 3.,14.,15.,16.

Cíl č. 2: Ověřit, zda ženy chodí na pravidelné gynekologické prohlídky.

Výzkumný problém: Uvědomují si ženy důležitost preventivních prohlídek? Chodí pravidelně jednou ročně na gynekologickou prohlídku?

Otázka č. 4., 5., 6., 7., 8.

Cíl č. 3: Zjistit, zda ženy trápí problémy spojené s menstruací.

Výzkumný problém: Jaké problémy související s menstruací ženy trápí?

Otázka č. 8., 9., 10., 11., 12., 13.

Cíl č. 4: Zmapovat úroveň znalostí týkajících se endometriózy.

Výzkumný problém: Jakým způsobem získaly ženy informace o endometrióze? Ví ženy, jaké jsou příznaky, diagnostické metody a léčebné postupy využívané při endometrióze?

Otázka č. 14., 15., 16., 17., 18., 19., 20., 21., 22.

5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentů byl záměrný. Cílovou skupinou našeho výzkumu jsou ženy v reprodukčním věku v rozmezí od 18 do 49 let. Jiná kritéria nebyla stanovena.

6 METODIKA PRÁCE

K vypracování bakalářské práce jsme zvolili kvantitativní formu výzkumu. Jeho úkolem je statisticky popsat a změřit druh závislosti mezi proměnnými. Kvantitativní výzkum často pracuje s velkým počtem respondentů. Mezi nejčastější formy využívané ke sběru dat patří dotazník, standardizovaný rozhovor, analýza apod. V analýze dat často dominují statistické postupy. Systematický sběr a analýza numerických informací za předpokladu podmíněné kontroly je klíčovou součástí kvantitativního výzkumu (Kutnohorská, 2009, s. 21–22).

Ke sběru informací byl vytvořen anonymní nestandardizovaný dotazník na internetové stránce survivo.com. Dotazník obsahoval 22 otázek, z toho 17 jich bylo uzavřených, u kterých byla možná pouze jedna odpověď, a 5 otázek bylo polouzavřených, kde respondenty mohly zvolit více možností. Vyplnění dotazníku trvalo zhruba 15 minut. Úvodní otázky dotazníku byly zaměřeny na demografické údaje o respondentkách. Dále byl dotazník zaměřen na otázky týkající se preventivní gynekologické prohlídky a také otázky vztahující se k menstruačním problémům. V závěru dotazníku se otázky již zaměřovaly na znalosti žen ohledně endometriózy.

7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od 10.9.2022 do 15.12.2022. Dotazník byl umístěn na internetové stránky, které navštěvují zejména ženy. Jsou to stránky jako modrykonik.cz, eMimino.cz a Facebook.cz. prostřednictvím kterého byl dotazník umístěn do skupiny „PRO ŽENY“. Dále byl zveřejněn na instagramových účtech zabývajících se ženstvím. Cílem bylo oslovit alespoň 100 – 120 respondentek. Dotazník byl zobrazen 350x, z toho řádně vyplněných dotazníků se vrátilo 177. Úspěšnost vyplnění dotazníku byla 50,6 %.

8 ZPRACOVÁNÍ DAT

Potřebná data byla získána pomocí webové stránky survio.com. Výsledky byly zpracovány formou grafů pomocí programu Microsoft Excel. Pro statistické vyhodnocení dat byla využita popisná statistika, absolutní a relativní četnost.

9 ANALÝZA ÚDAJŮ

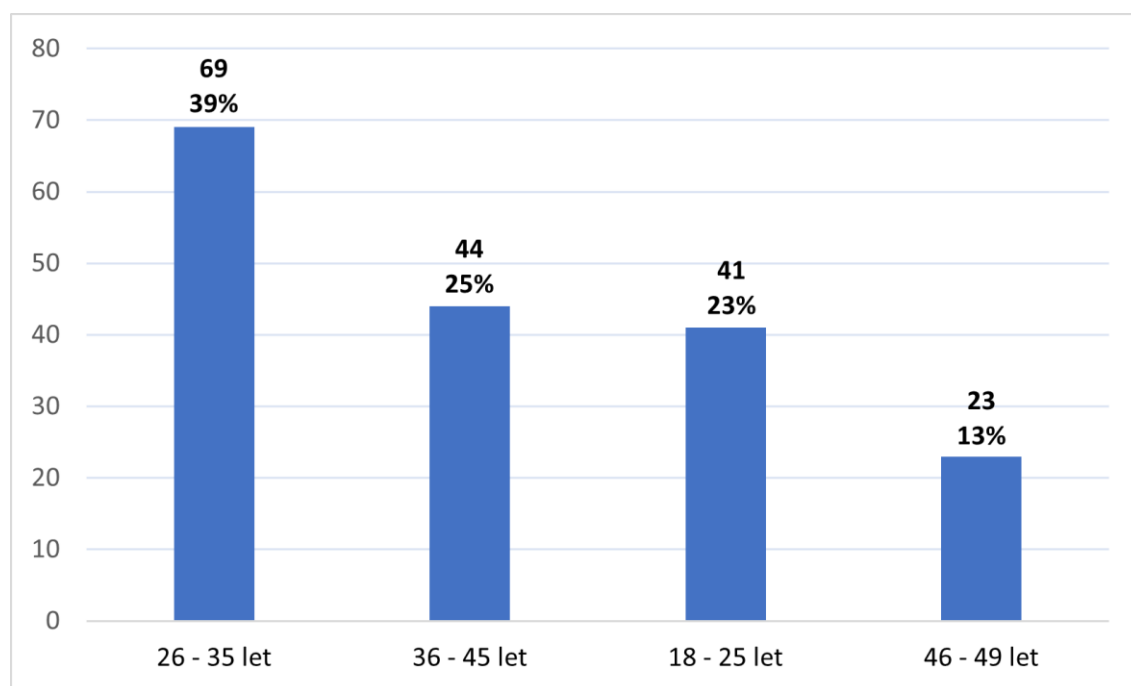
Cíl 1: Zjistit, zda má vzdělání a věk žen vliv na znalosti ohledně endometriózy.

Výzkumný problém: Znájí ženy toto gynekologické onemocnění? Je jich věk a vzdělání ovlivňujícím faktorem pro tyto znalosti?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 1., 2., 3., 14., 15., 16.

Grafické vyhodnocení otázky č. 1

Graf č. 1: Kolik Vám je let?

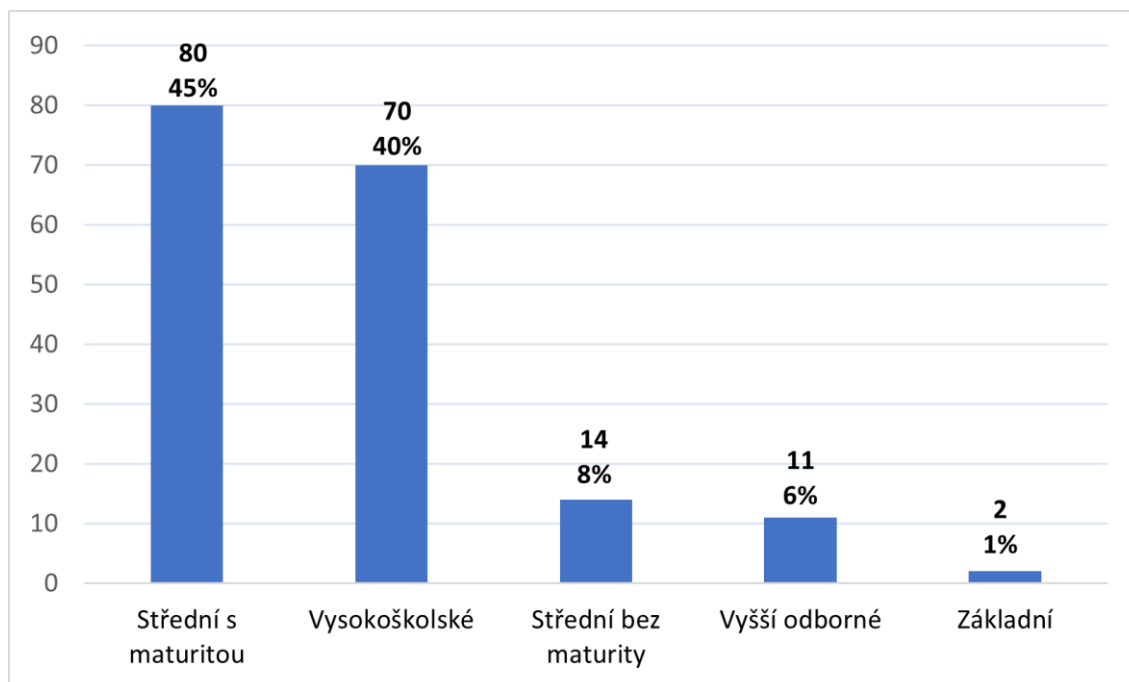


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z celkového počtu 177 žen bylo 69 žen (39 %) ve věku 26 – 35 let. Věkovou skupinu 36 – 45 let zastupovalo celkem 44 žen (25 %). Další poměrně početnou skupinou, byla skupina žen ve věku 18 – 25 let kterou tvořilo celkem 41 žen (23 %). Nejméně žen se nacházelo ve věkové skupině 46 – 49 let a to pouze 23 žen (13 %).

Grafické vyhodnocení otázky č. 2

Graf č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

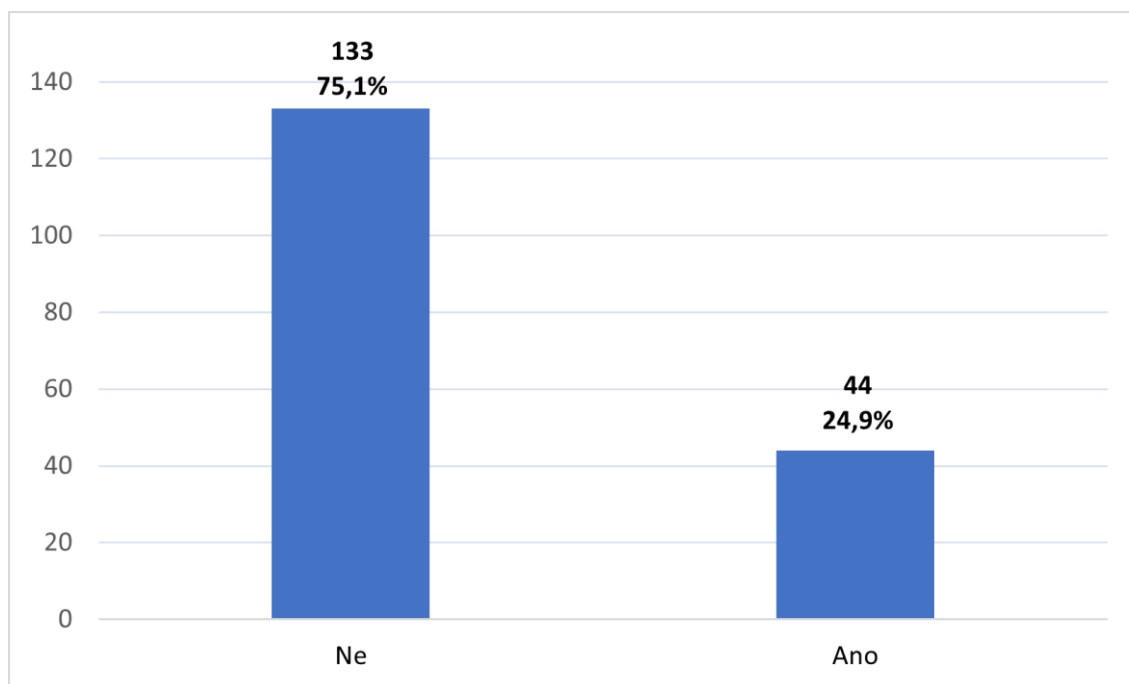


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Nejvíce žen a to 80 (45 %) mělo ukončeno střední vzdělání s maturitou. Další skupina 70 žen (40 %) měla ukončené vysokoškolské vzdělání. Střední bez maturity mělo 14 žen (8 %), vyšší odborné 11 žen (6 %) a základní vzdělání pouze 2 ženy (1 %).

Grafické vyhodnocení otázky č. 3

Graf č. 3: Jste zdravotník či student nějakého zdravotnického oboru?

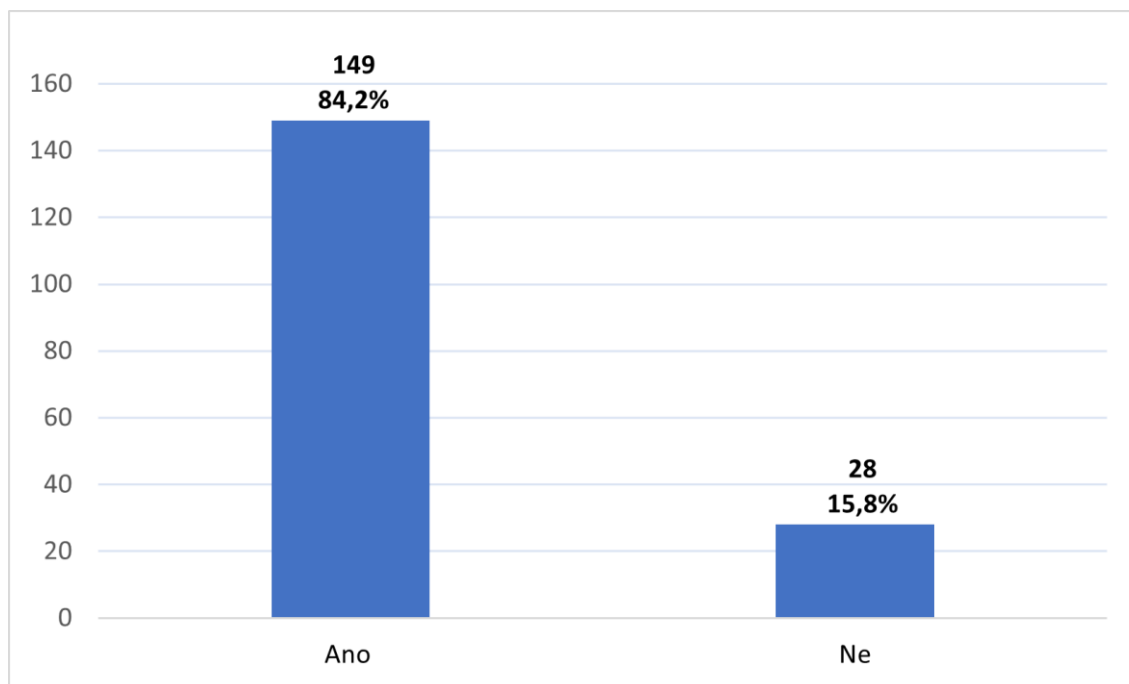


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Ze 177 dotazovaných žen 133 žen (75,1 %) uvedlo, že nemají zdravotnické vzdělání ani zdravotnický obor nestudují. Pouze 44 žen (24,9 %) uvedlo, že se pohybují v oblasti zdravotnictví.

Grafické vyhodnocení otázky č. 14

Graf č. 4: Slyšela jste někdy o pojmu endometrióza?

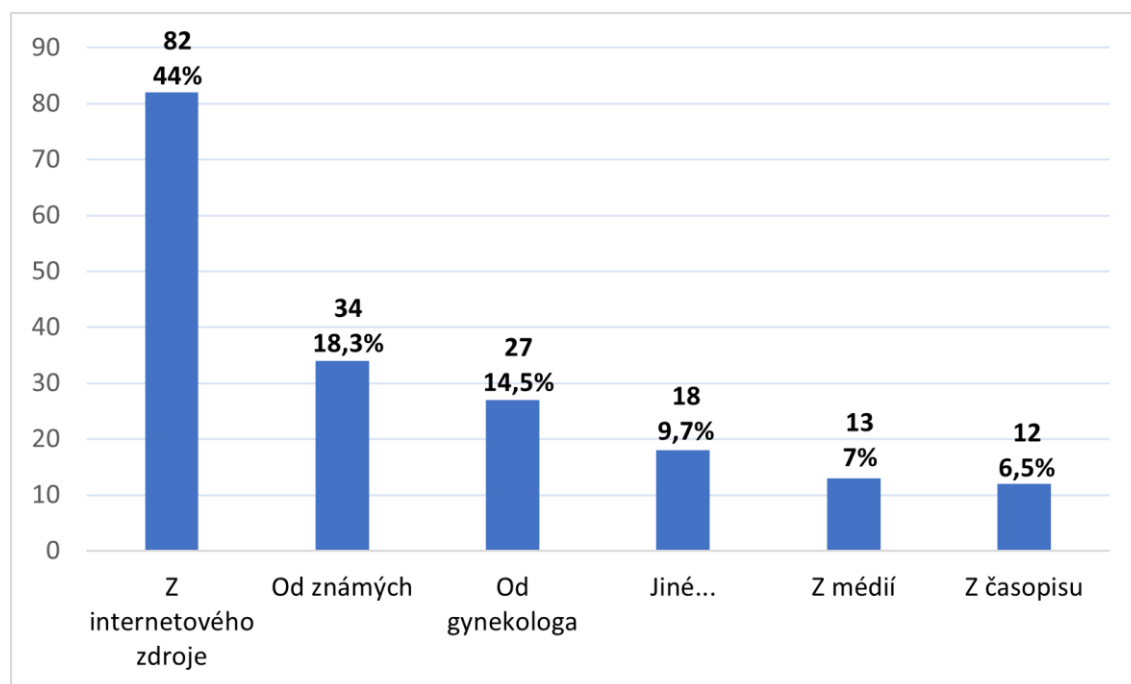


Zdroj: vlastní

Shrnutí: V této otázce jsme se respondentek dotazovali, zda někdy slyšely o pojmu endometrióza. Většina z nich a to 149 žen (84,2 %) odpověděla, že o tomto pojmu již slyšela. Pouze 28 (15,8 %) dotazovaných o tomto pojmu nikdy neslyšela.

Grafické vyhodnocení otázky č. 15

Graf č. 5: Pokud jste odpověděla ano, odkud jste se o endometrióze dozvěděla?

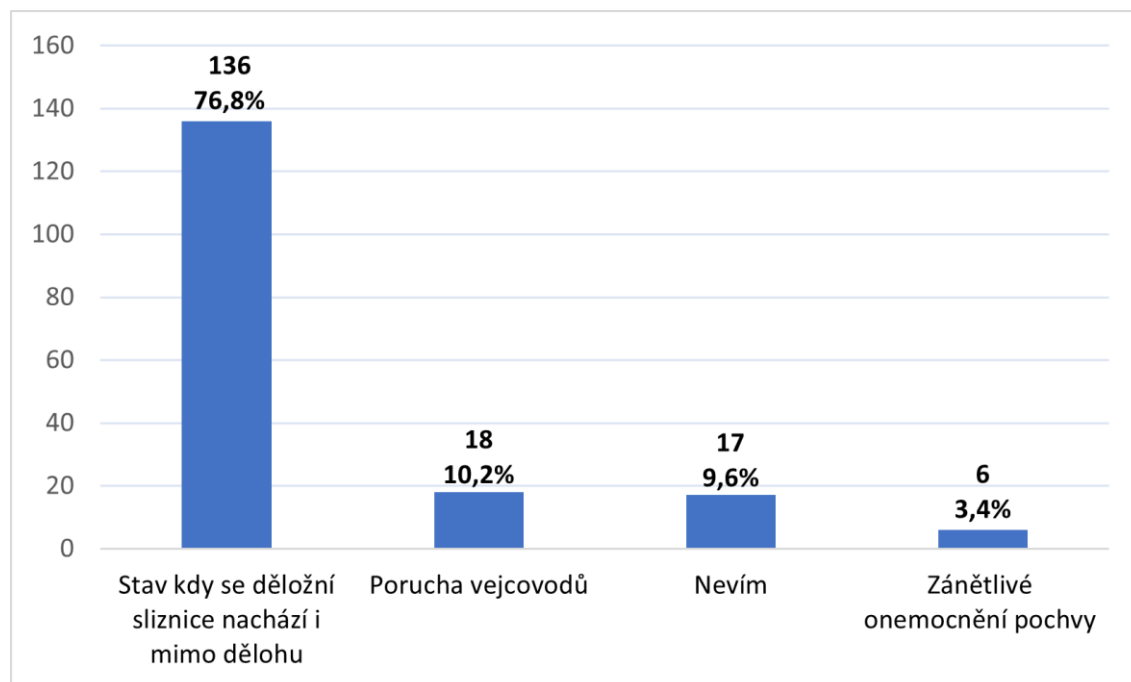


Zdroj: vlastní

Shrnutí: V návaznosti na otázku předchozí jsme zjišťovali, odkud se respondentky o endometrióze dozvěděly. V této otázce bylo možné zvolit více odpovědí. Nejpočetnější skupina 82 žen (44 %) uvedla, že se k nim informace dostali prostřednictvím internetového zdroje. Dalších 34 žen (18,3 %) získaly informace od známých a 27 žen (14,5 %) od gynekologa. Možnost „jiné“ zvolilo 18 žen (9,7 %). Mezi jinými odpověďmi se objevil jako zdroj informací škola, zaměstnání či některé respondentky dokonce uvedly, že se o endometrióze dozvěděly až když jim byla diagnostikována. 13 žen (7 %) získalo informace z médií a 12 žen (6,5 %) z časopisu.

Grafické vyhodnocení otázky č. 16

Graf č. 6: Co si myslíte, že endometrióza je?



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Většina respondentek, konkrétně 136 (76,8 %) z celkového počtu 177, odpověděla, že endometrióza je stav, kdy se děložní sliznice nachází i mimo dělohu, tato odpověď je správná. 18 žen (10,2 %) si myslí, že endometrióza je porucha vejcovodů. Možnost „nevím“ zvolilo 17 žen (9,6 %) a pouze 6 žen (3,4 %) se domnívá, že endometrióza je zánětlivé onemocnění pochvy.

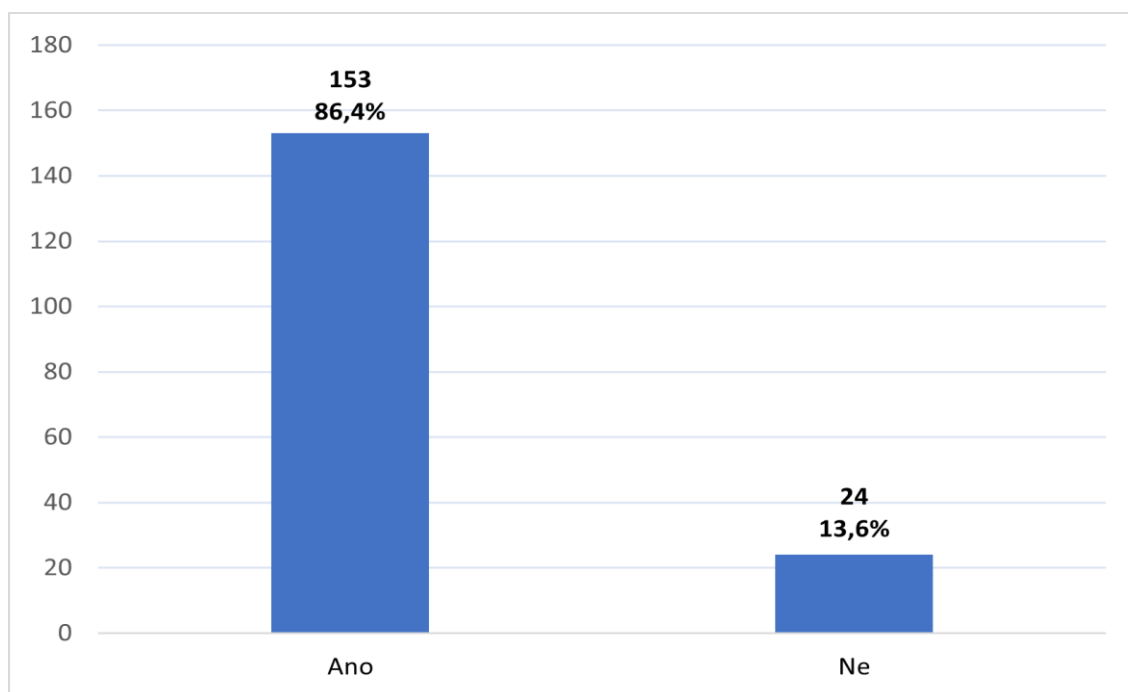
Cíl 2: Ověřit, zda ženy chodí na pravidelné gynekologické prohlídky.

Výzkumný problém: Uvědomují si ženy důležitost preventivních prohlídek? Chodí pravidelně jednou ročně na gynekologickou prohlídku?

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

Grafické vyhodnocení otázky č. 4

Graf č. 7: Chodíte pravidelně jedenkrát za rok na gynekologickou prohlídku?

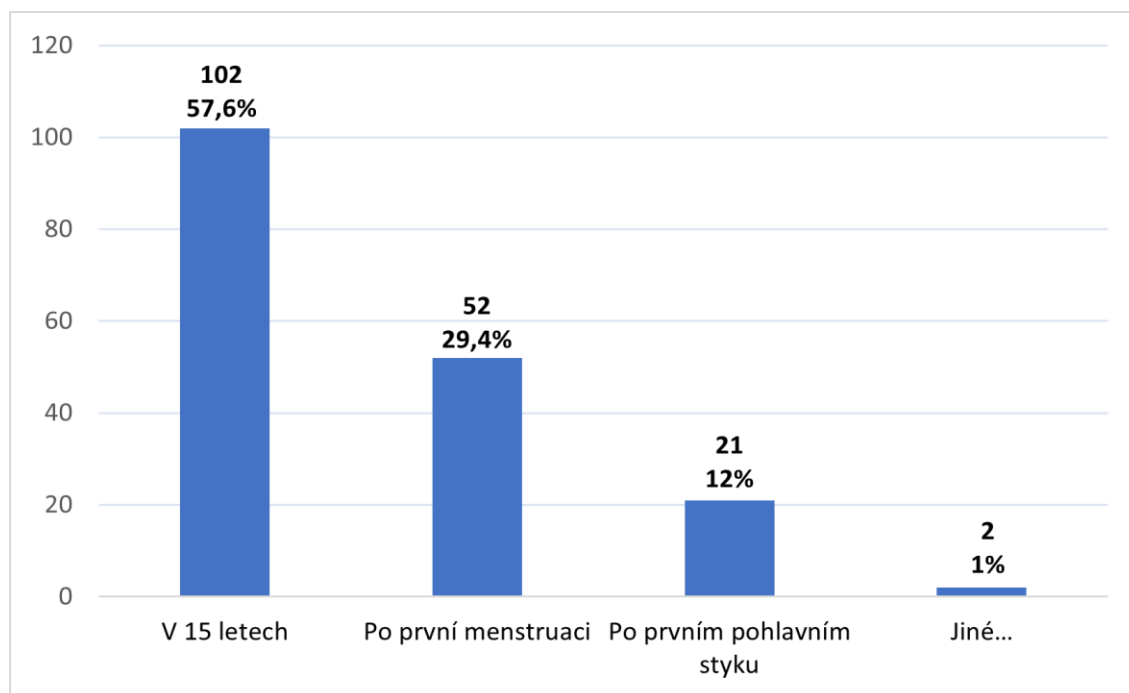


Zdroj: vlastní

Shrnutí: V této otázce jsme se respondentek ptali, zda pravidelně jednou za rok dochází na preventivní gynekologickou prohlídku. Většina respondentek a to 153 (86,4 %) uvedla, že pravidelně gynekologa navštěvují. Zbýlých 24 respondentek (13,6 %) uvedlo, že ke gynekologovi pravidelně nedochází.

Grafické vyhodnocení otázky č. 5

Graf č. 8: Kdy by žena měla absolvovat svou první preventivní gynekologickou prohlídku?

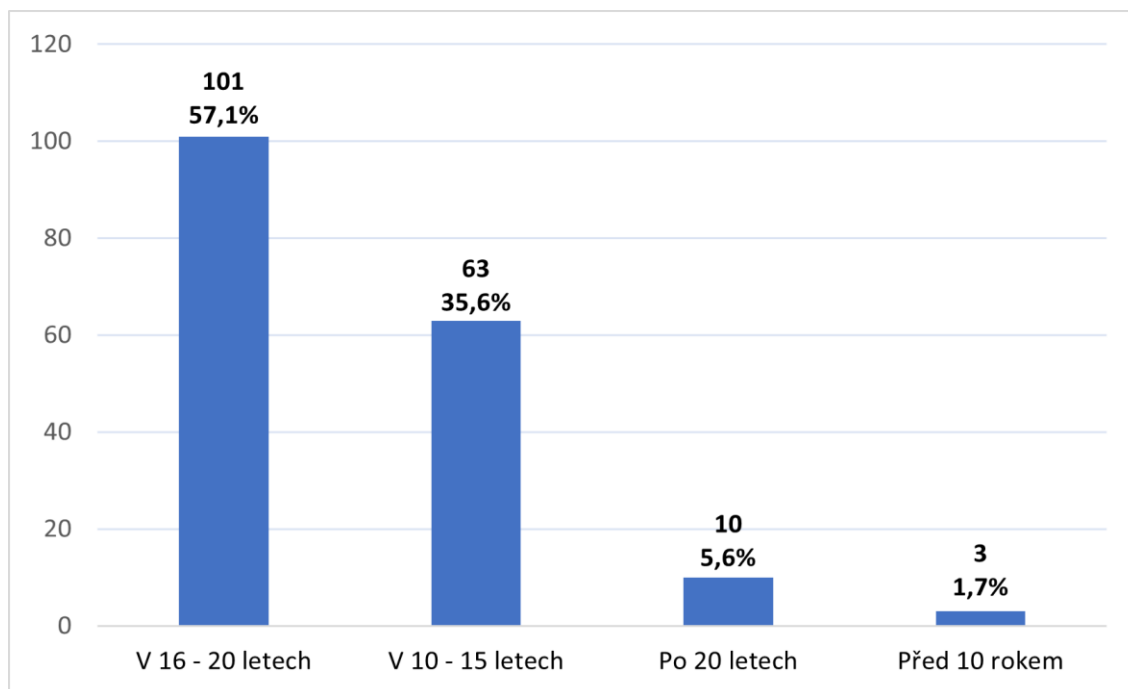


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Většina respondentek 102 (57,6 %) odpověděla, že by první gynekologická prohlídka měla proběhnout v patnácti letech, tato odpověď je správná. Návštěva gynekologa je dle 52 žen (29,4 %) vhodná po první menstruaci. Dalších 21 žen (12 %) si myslí, že by žena měla absolvovat gynekologickou prohlídku po prvním pohlavním styku. Pouze 2 ženy (1 %) zvolily možnost „jiné“, do které uvedly, že neví, kdy by se měla první preventivní prohlídka absolvovat.

Grafické vyhodnocení otázky č. 6

Graf č. 9: V kolika letech jste absolvovala svou první gynekologickou prohlídku?

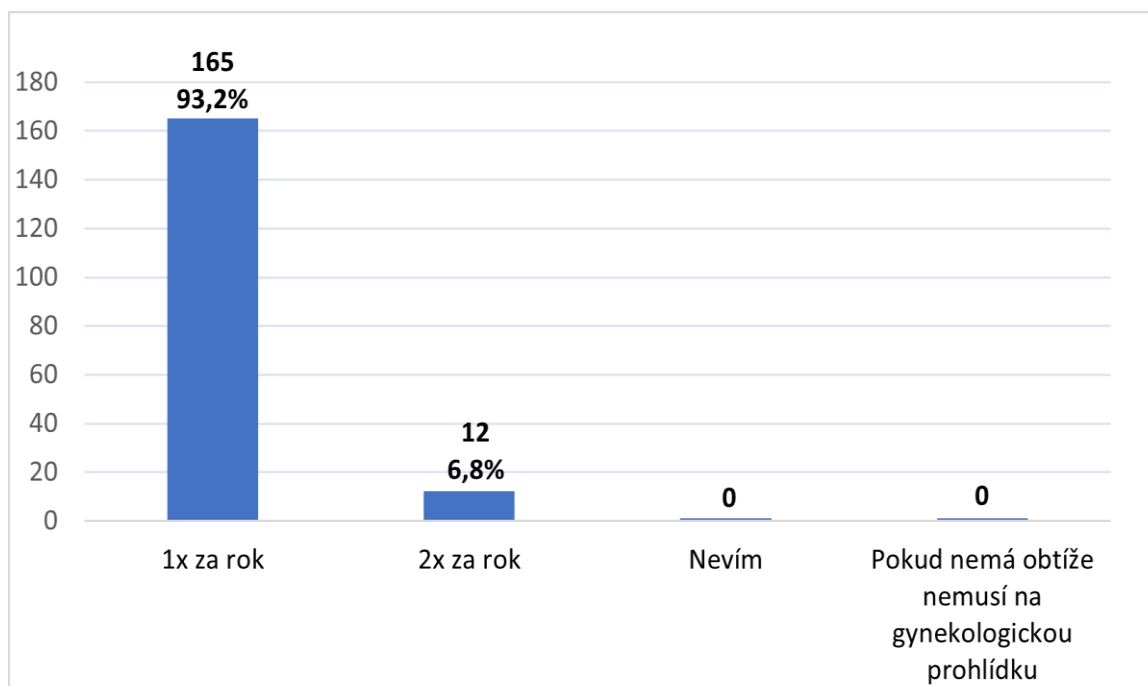


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Nejvíce žen, a to 101 (57,1 %), uvedlo, že svou první gynekologickou prohlídku absolvovalo v 16 – 20 letech. Dalších 63 žen (35,6 %) ji absolvovalo v 10 – 15 letech a 10 žen (5,6 %) po roku dvacátém. Před 10. rokem absolvovaly svou první gynekologickou prohlídku pouze 3 ženy (1,7 %).

Grafické vyhodnocení otázky č. 7

Graf č. 10: Jak často by žena měla docházet na preventivní prohlídku ke gynekologovi?

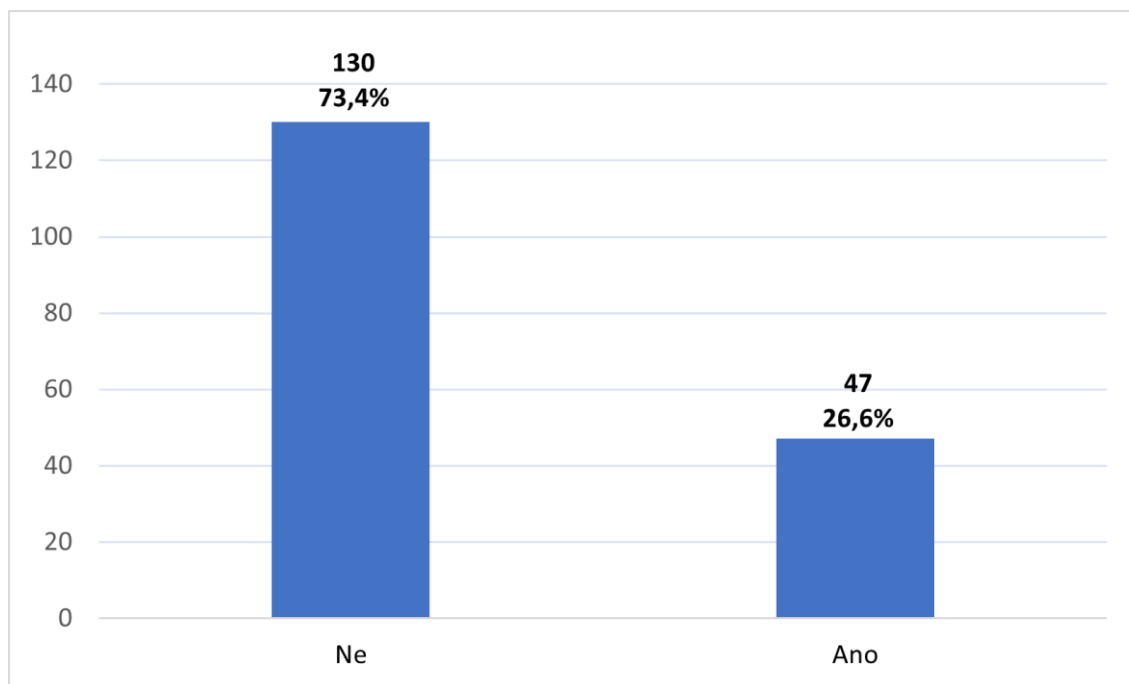


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z celkového počtu 177 respondentek 165 (93,2 %) uvedlo, že by se na preventivní gynekologickou prohlídku mělo docházet 1x za rok, tato odpověď je správná. Pouze 12 žen (6,8 %) uvedlo, že je vhodné preventivní prohlídku absolvovat 2x za rok. Možnost „pokud nemá obtíže nemusí docházet na gynekologickou prohlídku“ a „nevím“ nevolila žádná z respondentek.

Grafické vyhodnocení otázky č. 8

Graf č. 11: Užíváte hormonální antikoncepci?



Zdroj: vlastní

Shrnutí: V této otázce jsme se respondentek ptali, zda užívají hormonální antikoncepci. Z grafu 11 lze vyčíst, že 130 (73,4 %) ze 177 dotazovaných žen ji neužívá a zbylých 47 žen (26,6 %) hormonální antikoncepci užívá.

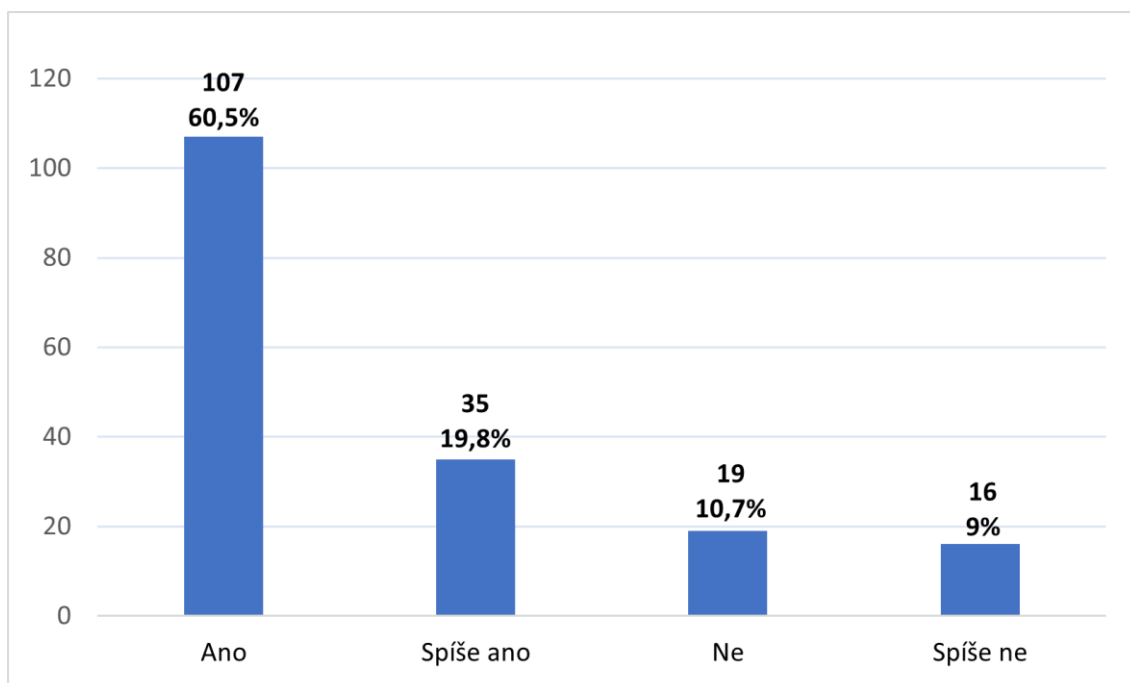
Cíl 3: Zjistit, zda ženy trápí problémy spojené s menstruací.

Výzkumný problém: Jaké problémy související s menstruací ženy trápí?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 8., 9., 10., 11., 12., 13.

Grafické vyhodnocení otázky č. 9

Graf č. 12: Máte pravidelný menstruační cyklus v rozmezí 28-35 dnů?

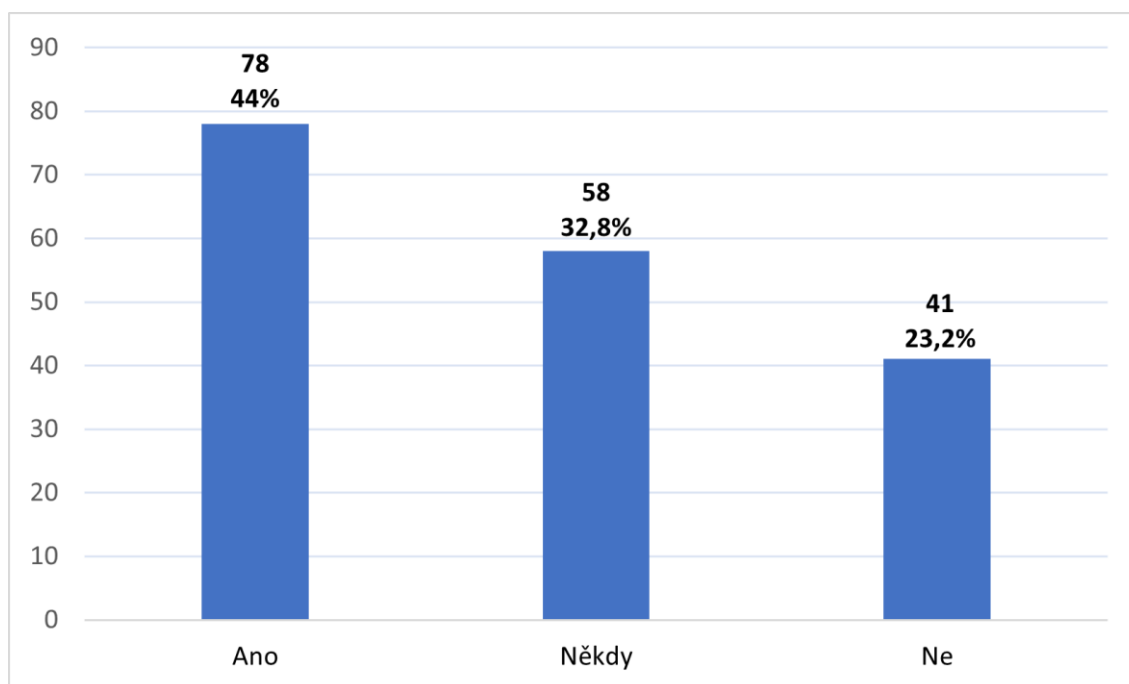


Zdroj: vlastní

Shrnutí: V této otázce jsem se ptaly respondentek, zda je jejich menstruační cyklus pravidelný. 107 respondentek (60,5 %) uvedlo, že mají pravidelný menstruační cyklus. Možnost „spíše ano“ zvolilo 35 žen (19,8 %). Nepravidelný menstruační cyklus má 19 (10,7 %) dotazovaných žen a 16 žen (9 %) uvedlo, že je jejich menstruační cyklus spíše nepravidelný.

Grafické vyhodnocení otázky č. 10

Graf č. 13: Míváte bolestivou menstruaci?

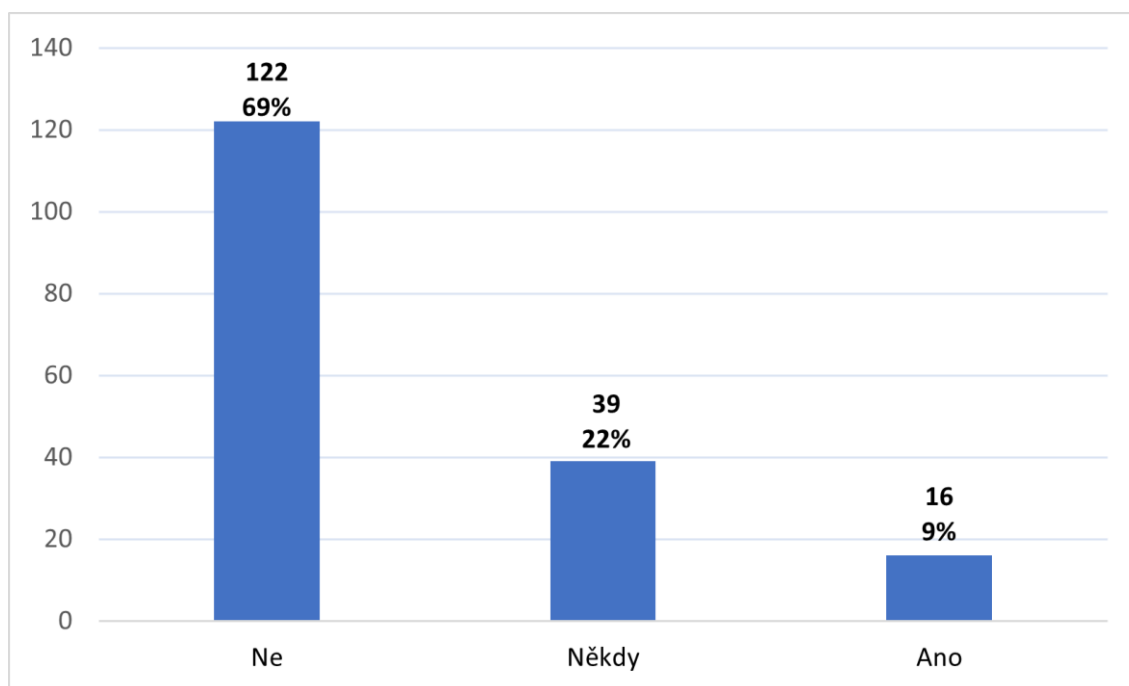


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z dat, která jsou uvedena v grafu 13 můžeme pozorovat, že 78 žen (44 %) udává, že mají bolestivou menstruaci. Dalších 58 žen (32,8 %) mívá bolestivou menstruaci někdy a 41 žen (23,2 %) bolestivou menstruaci nemívá.

Grafické vyhodnocení otázky č. 11

Graf č. 14: Pociťujete bolest při pohlavním styku?

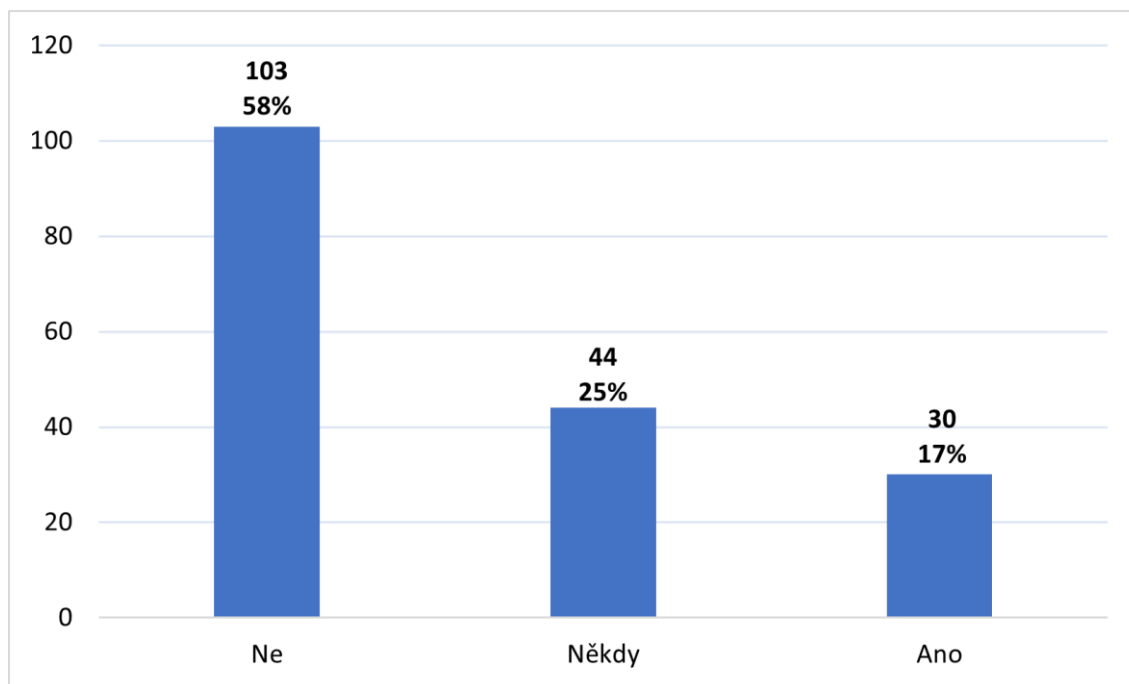


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z dotazovaných 177 respondentek 122 (69 %) uvádí, že nepociťují bolest při pohlavním styku. 39 žen (22 %) zvolilo možnost, že při pohlavním styku pociťují bolest někdy a 16 žen (9 %) udává, že bolest pociťují vždy.

Grafické vyhodnocení otázky č. 12

Graf č. 15: Pociťujete bolest nejasného původu v podbřišku?

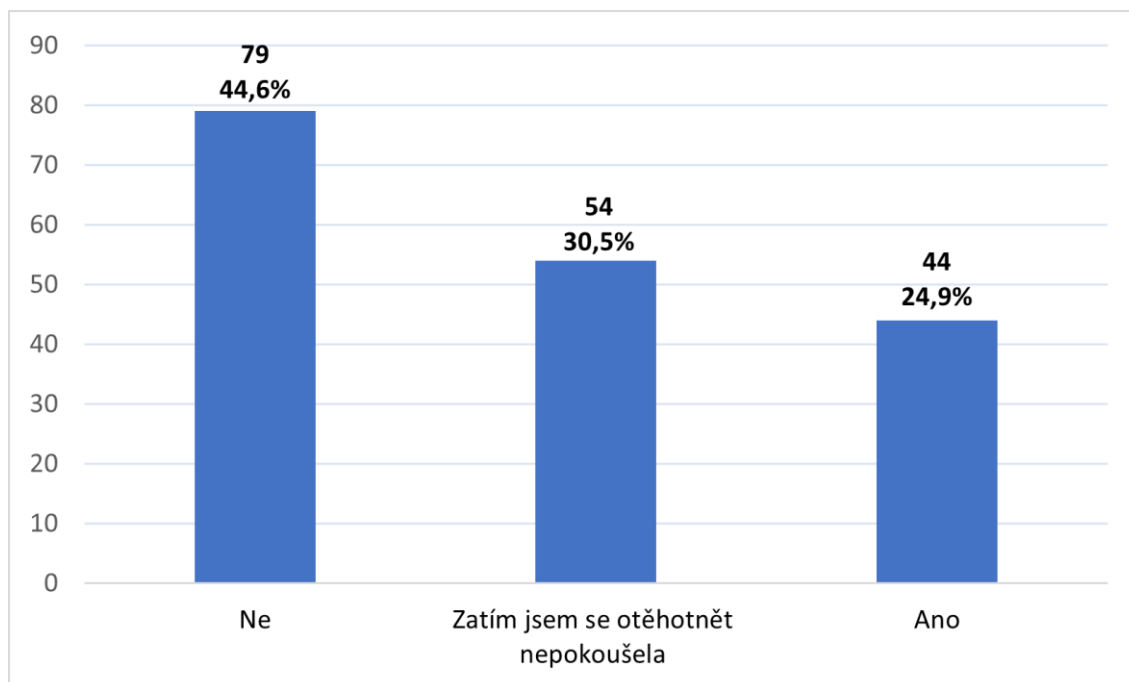


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Většina respondentek a to 103 (58 %), nepociťuje bolest nejasného původu v podbřišku. Možnost „někdy“ zvolilo 44 žen (25 %) a 30 žen (17 %) uvedlo, že bolest nejasného původu v podbřišku pociťují.

Grafické vyhodnocení otázky č. 13

Graf č. 16: Měla jste někdy problém s otěhotněním?



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Nejvíce žen, a to 79 (44,6 %), uvedlo, že neměly problémy s otěhotněním. 54 žen (30,5 %) se zatím otěhotnět nepokoušela a 44 žen (24,9 %) uvádí, že potíže s otěhotněním měly.

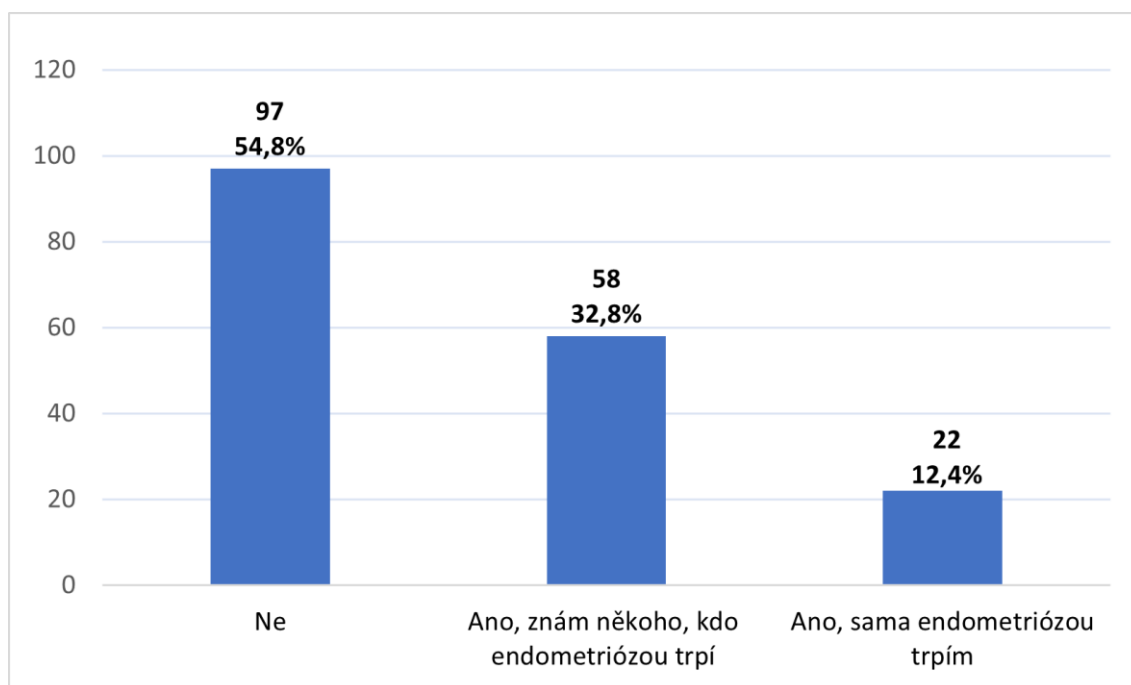
Cíl 4: Zmapovat úroveň znalostí týkajících se endometriózy.

Výzkumný problém: Jakým způsobem získaly ženy informace o endometrióze? Ví ženy, jaké jsou příznaky, diagnostické metody a léčebné postupy využívané při endometrióze?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 14., 15., 16., 17., 18., 19., 20., 21., 22.

Grafické vyhodnocení otázky č. 17

Graf č. 17: Znáte někoho, komu byla endometrióza diagnostikována?

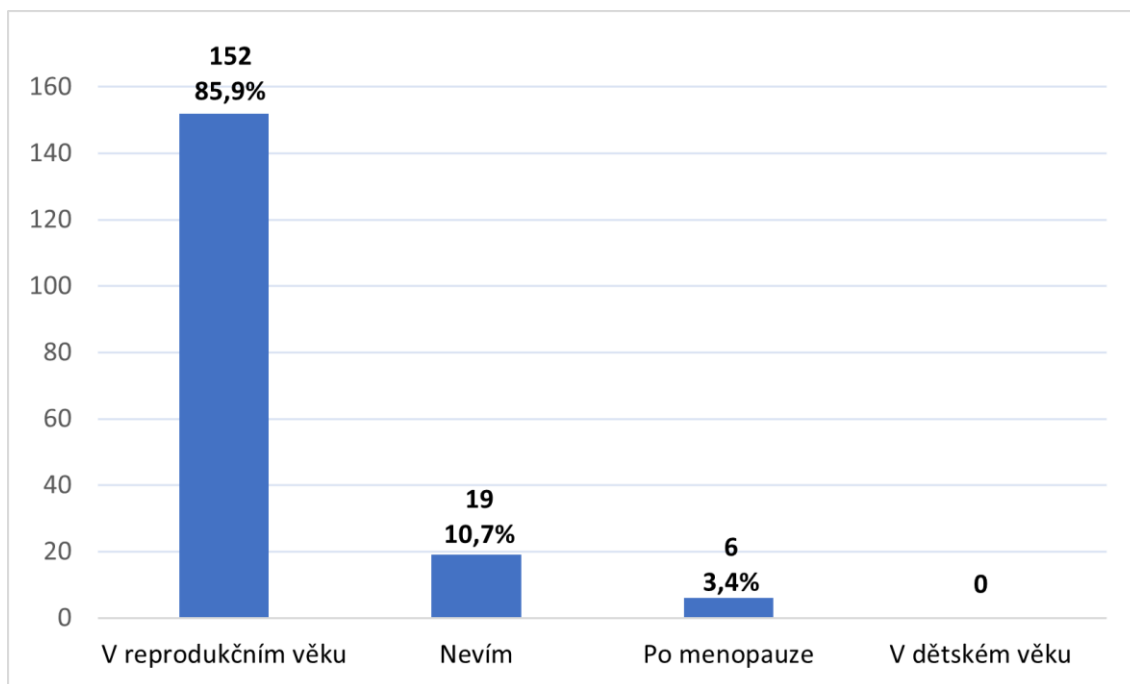


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z výsledků grafu vyplývá, že 97 respondentek (54,8 %) nezná nikoho komu by endometrióza byla diagnostikována. Dalších 58 žen (32,8 %) zná někoho kdo endometriózou trpí. Pouze 22 žen (12,4 %) zvolilo možnost, ze které vyplývá, že jsou endometriózou samy zasaženy.

Grafické vyhodnocení otázky č. 18

Graf č. 18: V jakém věku si myslíte že se endometrióza vyskytuje nejčastěji?

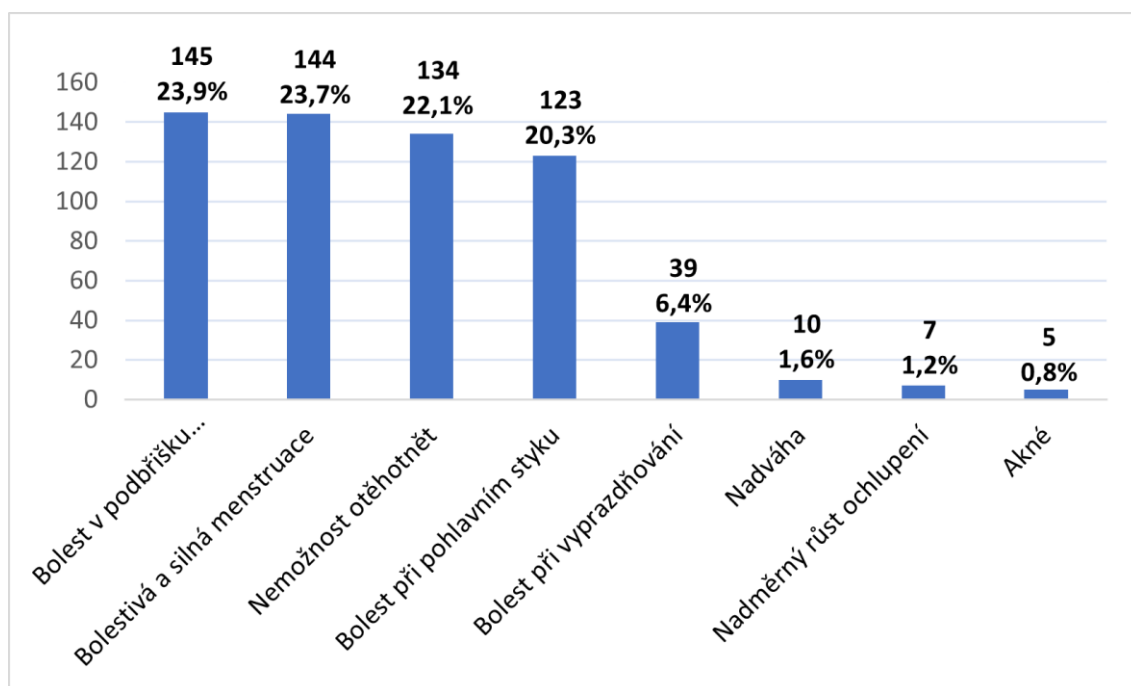


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Většina žen, a to 152 (85,9 %), si myslí, že se endometrióza vyskytuje nejčastěji v reprodukčním věku, tato odpověď je správná. 19 respondentek (10,7 %) uvedlo, že neví, kdy se endometrióza vyskytuje a 6 žen (3,4 %) zvolilo možnost „po menopauze“. Žádná z respondentek nezvolila možnost v „dětském věku“.

Grafické vyhodnocení otázky č. 19

Graf č. 19: Jaké příznaky si myslíte, že se při endometrióze objevují?

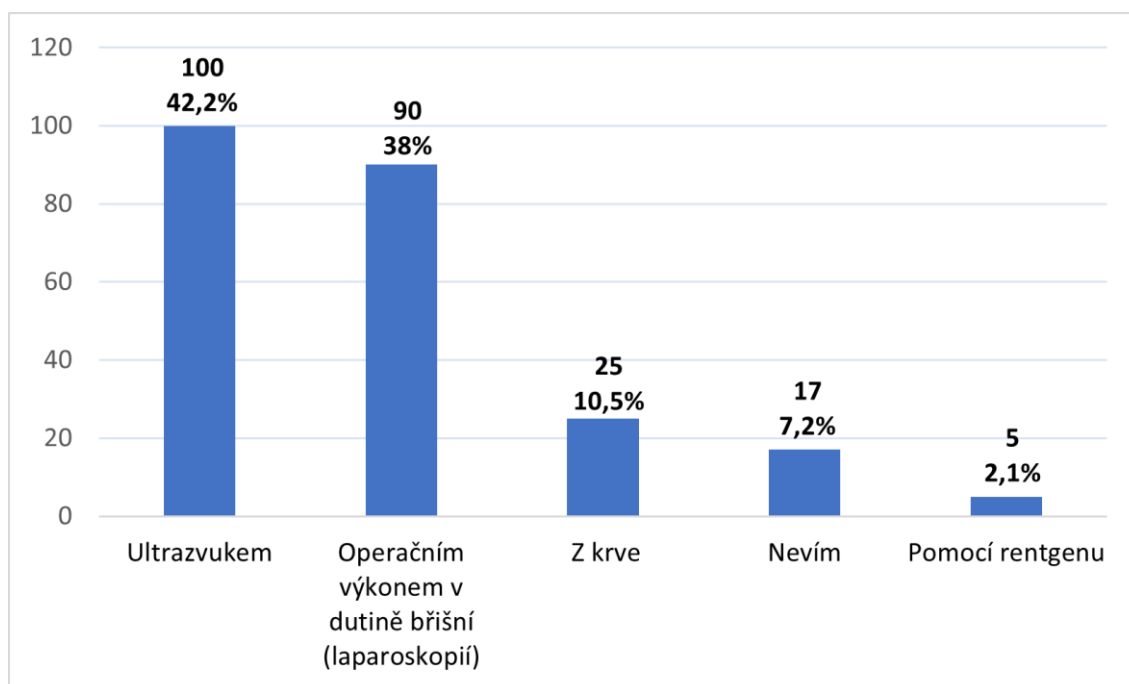


Zdroj: vlastní

Shrnutí: V této otázce respondentky mohly zvolit více možných odpovědí. Odpověď bolest v podbříšku nejasného původu zvolilo 145 žen (23,9 %). Dalších 144 respondentek (23,7 %) si myslí, že příznakem endometriózy je bolestivá a silná menstruace a 134 žen (22,1 %) zvolilo jako příznak endometriózy nemožnost otěhotnět. Odpověď bolest při pohlavním styku označilo 123 žen (20,3 %). 39 žen (6,4 %) se domnívá, že jedním z příznaků endometriózy je bolest při vyprazdňování, 10 respondentek (1,6 %) zvolilo možnost nadváha a dalších 7 žen (1,2 %) si myslí, že při endometrióze se vyskytuje nadměrný růst ochlupení. Pouze 5 žen (0,8 %) zvolilo možnost akné.

Grafické vyhodnocení otázky č. 20

Graf č. 20: Jak si myslíte že se endometrióza diagnostikuje?

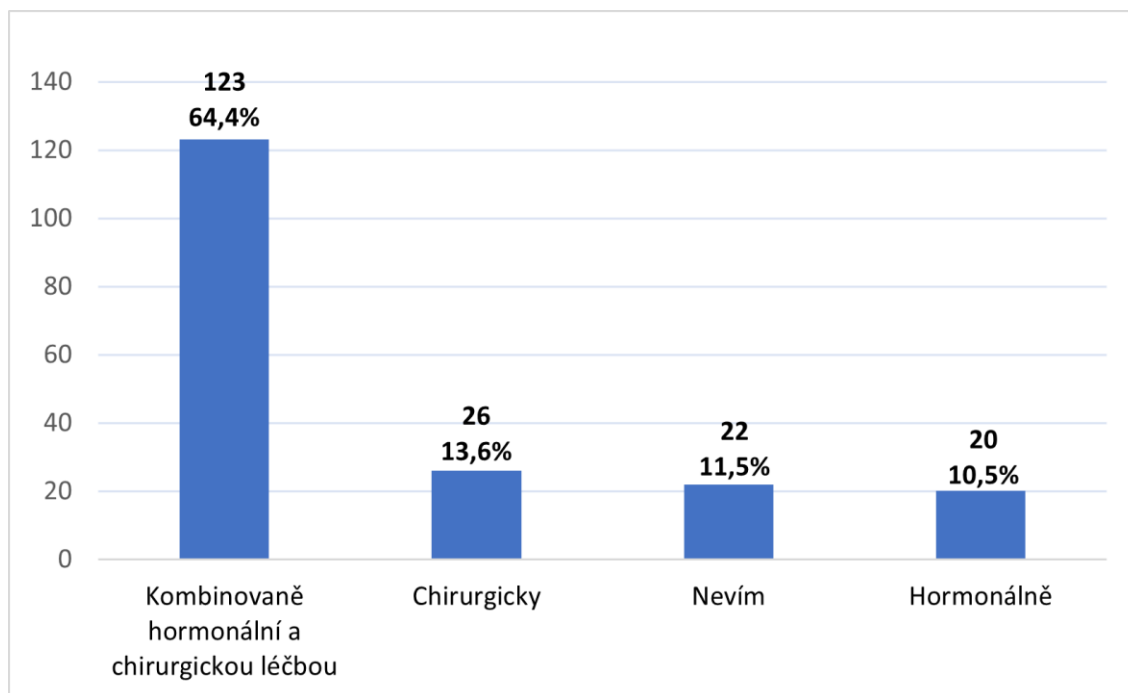


Zdroj: vlastní

Shrnutí: V této otázce měly respondentky možnost zvolit více odpovědí. Nejvíce a to 100 žen (42,2 %) si myslí, že se endometrióza diagnostikuje ultrazvukem. Dalších 90 respondentek (38 %) zvolilo možnost „operačním výkonem v dutině břišní neboli laparoskopií“. 25 respondentek (10,5 %) označilo možnost „z krve“ a 17 žen (7,2 %) neví, jak se endometrióza diagnostikuje. Nejméně a to 5 žen (2,1 %) si myslí, že se k diagnostice endometriózy využívá rentgen.

Grafické vyhodnocení otázky č. 21

Graf č. 21: Jak si myslíte že se endometrióza léčí?

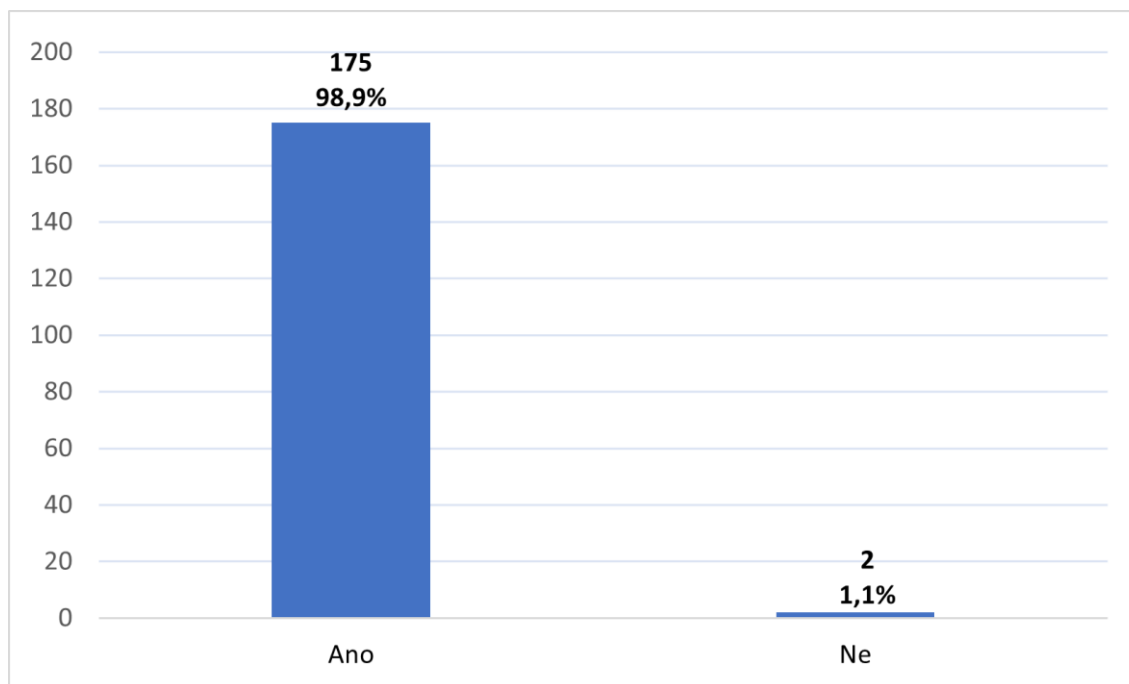


Zdroj: vlastní

Shrnutí: V této otázce mohly respondentky označit více odpovědí. Z celkového počtu 177 respondentek označilo 123 žen (64,4 %) možnost „kombinovaně hormonální a chirurgickou léčbou“. Dalších 26 respondentek (13,6 %) si myslí, že se endometrióza léčí chirurgicky, 22 respondentek (11,5 %) neví, jak se endometrióza léčí a 20 respondentek (10,5 %) zvolilo možnost „hormonálně“.

Grafické vyhodnocení otázky č. 22

Graf č. 22: Myslíte si, že endometrióza může ovlivnit plodnost ženy?



Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z dat v grafu 22 můžeme pozorovat, že většina respondentek 175 (98,9 %) si myslí, že endometrióza může ovlivnit plodnost ženy. Pouze 2 respondentky (1,1 %) odpověděly, že endometrióza nemá negativní vliv na plodnost ženy.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Hlavní cíl: Zjistit, jaké má populace žen povědomí o endometrióze.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda má vzdělání a věk žen vliv na znalosti ohledně endometriózy.

Výzkumný problém: Znají ženy toto gynekologické onemocnění? Je jich věk a vzdělání ovlivňujícím faktorem pro tyto znalosti?

Výzkumného problému se týkají otázky č. 1., 2., 3., 14., 15., 16.

V otázce č. 1 jsme zjišťovali, do jaké věkové skupiny respondentky patří. Nejvíce žen, a to konkrétně 69 (39 %), bylo ve věku 26 – 35 let. Dalších 44 žen (25 %) bylo ve věkovém rozmezí 26 – 45 let a 41 žen (23 %) bylo ve věku 18 – 25 let. Jen 23 žen (13 %) bylo ve věkovém rozmezí 46 – 49 let. Otázkou č. 2 jsme chtěli zmapovat, jaké mají respondentky nejvyšší dosažené vzdělání. Nejvíce respondentek, konkrétně 80 (45 %), má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou. Další poměrně početnou skupinou byly ženy s vysokoškolským vzděláním, kterou tvořilo 70 žen (40 %). 14 respondentek (8 %) má ukončené středoškolské vzdělání bez maturity a 11 žen (6 %) vystudovalo vyšší odbornou školu. Pouze 2 ženy (1 %) mají jen základní vzdělání. Pomocí otázky č. 3 jsme zjišťovali, zda respondentky pracují v oblasti zdravotnictví či zdravotnictví studují, z čehož většina, 133 žen (75,1 %) odpověděla ne. Zbýlých 44 žen (24,9 %) uvedlo, že se pohybují v oblasti zdravotnictví. Otázkou č. 14 jsme zjišťovali, zda respondentky již někdy slyšely o pojmu endometrióza. Naprostá většina žen 149 (84,2 %) o tomto pojmu již slyšela. Pouhých 28 žen (15,8 %) uvedlo, že o tomto pojmu nikdy neslyšela. V otázce č. 15 jsme se v návaznosti na předchozí otázku respondentek dotazovali, odkud se o pojmu endometrióza dozvěděly. Nejvíce žen, a to 82 (44 %), se o endometrióze dozvědělo prostřednictvím internetového zdroje. 34 žen (18,3 %) tento pojem slyšelo od známých, 27 (14,5 %) od gynekologa a 18 žen (9,7 %) si vybralo možnost „jiné“, kdy se opakovaly odpovědi jako škola, zaměstnání a některé respondentky dokonce uvedly, že se o endometrióze dozvěděly, až když jim byla diagnostikována. Z médií slyšelo o tomto pojmu 13 žen (7 %) a z časopisu se o endometrióze dozvědělo pouhých 12 žen (6,5 %). Otázkou č. 16 jsme zjišťovali, zda ženy ví, co je to endometrióza. 136 žen (76,8 %) odpovědělo správně, tedy že endometrióza je stav, kdy se děložní sliznice nachází i mimo dělohu. Dalších 18 žen (10,2

%) si myslelo, že endometrióza je porucha vejcovodů a 17 žen (9,6 %) nevědělo, co endometrióza je. Pouze 6 žen (3,4 %) uvedlo, že endometrióza je zánětlivé onemocnění pochvy.

Z našeho výzkumu jsme zjistili, že z celkového počtu 177 vědělo 136 žen, že endometrióza je stav, kdy se děložní sliznice nachází i mimo dělohu. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že věk není rozhodujícím faktorem, protože věk respondentek, které tento pojem neznaly, byl různý. Věk tudíž nesehrál významnou roli. Naopak co se týče vzdělání, lepší znalosti měly ženy se středoškolským vzděláním s maturitní zkouškou a ženy se vzděláním vysokoškolským, horší výsledky se objevily u žen se základním a středním vzděláním bez maturity.

Dílčí cíl č. 2: Ověřit, zda ženy chodí na pravidelné gynekologické prohlídky.

Výzkumný problém: Uvědomují si ženy důležitost preventivních prohlídek? Chodí pravidelně jednou ročně na gynekologickou prohlídku?

Výzkumného problému se týkají otázky č. 4., 5., 6., 7., 8.

V otázce č. 4 jsme se respondentek ptali, zda chodí pravidelně jednou za rok na preventivní gynekologickou prohlídku. Z celkového počtu 177 respondentek 153 (86,4 %) pravidelně dochází na preventivní prohlídku ke gynekologovi. Pouze 24 respondentek (13,6 %) uvedlo, že gynekologa pravidelně nenavštěvuje. Další otázka č. 5 zjišťovala, zda respondentky ví, kdy je vhodné poprvé navštívit gynekologa. Správnou odpověď, tedy v 15 letech, zvolilo 102 respondentek (57,6 %). 52 respondentek (29,4 %) si myslí, že preventivní prohlídka by se měla absolvovat po první menstruaci a 21 respondentek (12 %) zvolila možnost „po prvním pohlavním styku“. Pouze 2 ženy (1 %) neví, kdy je vhodné gynekologa navštívit. U otázky č. 6 jsme se respondentek dotazovali, v kolika letech absolvovaly svou první návštěvu u gynekologa. Celkem 101 respondentek (57,1 %) udává, že první prohlídku u gynekologa absolvovaly mezi 16.–20. rokem. 63 respondentek (35,6 %) v 10–15 letech a po 20. roku ji absolvovalo 10 respondentek (5,6 %). Pouze 3 ženy (1,7 %) navštívily gynekologa před 10. rokem. V otázce č. 7 jsme se ptali, jak často by měla žena docházet na preventivní prohlídku ke gynekologovi. Naprostá většina respondentek, konkrétně 165 (93,2 %), uvedla, že by se na preventivní prohlídku mělo docházet jedenkrát za rok. Pouze 12 respondentek (6,8 %) uvedlo, že je vhodné preventivní prohlídku absolvovat dvakrát za rok. Pomocí otázky č. 8 jsme zjišťovali, zda respondentky užívají hormonální

antikoncepci. Z celkového počtu 177 respondentek ji 130 (73,4 %) žen neužívá a 47 (26,6 %) žen uvedlo, že ji užívá.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že většina respondentek konkrétně 86,4 % pravidelně gynekologa navštěvuje a jsou si vědomy důležitosti preventivních prohlídek.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda ženy trápí problémy spojené s menstruací.

Výzkumný problém: Jaké problémy související s menstruací ženy trápí?

Výzkumného problému se týkají otázky č. 8., 9., 10., 11., 12., 13.

Otázka č. 9 zjišťovala, zda ženy mají pravidelný menstruační cyklus. Větší část respondentek, konkrétně 107 (60,5 %) uvádí, že má pravidelný cyklus v rozmezí 28–35 dnů. Odpověď spíše ano zvolilo 35 žen (19,8 %) a nepravidelnou menstruaci má 19 našich respondentek (10,7 %). Pouze 15 žen (9 %) udává, že jejich menstruační cyklus je spíše nepravidelný. V otázce č. 10 jsme se ptali, zda ženy trápí bolestivá menstruační cykly. Velký podíl žen, konkrétně 78 (44,1 %), mívá bolestivou menstruaci. Někdy pociťuje bolest spojenou s menstruací 58 žen (32,8 %) a 41 žen (23,2 %) bolest při menstruaci nepociťuje. U otázky č. 11 jsme se respondentek dotazovali, zda při pohlavním styku pociťují bolest. Naprostá většina žen, přesně 122 (68,9 %), uvedla, že bolest při styku nepociťují. 31 žen (22 %) pociťuje bolest někdy a pouhých 16 žen (9 %) udává, že bolest při pohlavním styku pociťují vždy. V otázce č. 12 jsme se dotazovaných žen ptali, zda pociťují bolest nejasného původu v podbřišku. Nejvíce žen 103 (58,2 %) uvedlo, že bolest nejasného původu v podbřišku nepociťují. 44 respondentek udává, že bolest pociťují někdy a 30 žen (16,9 %) uvedlo, že bolest pociťují. Otázka č. 13 zjišťovala, zda měly ženy někdy problém s otěhotněním. Z celkového počtu 177 respondentek 79 udává (44,6 %), že neměly problém s otěhotněním. 54 respondentek (30,5 %) se zatím otěhotnět nepokoušelo a 44 žen (24,9 %) mělo s otěhotněním problém.

Výstup šetření poukázal na to, že 107 žen (60,5 %) ze 177 dotazovaných má pravidelný menstruační cyklus. 78 žen (44,1 %) udává bolest v průběhu menstruačního cyklu. Dále jsme zjistili, že bolest při pohlavním styku a bolest v podbřišku ženy ve velké většině nepociťují.

Dílčí cíl č. 4: Zmapovat úroveň znalostí týkajících se endometriózy.

Výzkumný problém: Jakým způsobem získaly ženy informace o endometrióze? Ví ženy, jaké jsou příznaky, diagnostické metody a léčebné postupy využívané při endometrióze?

Výzkumného problému se týkají otázky č. 14., 15., 16., 17., 18., 19., 20., 21., 22.

Pomocí otázky č. 17 jsme zjišťovali, zda respondentky znají někoho, komu byla endometrióza diagnostikována. Ze 177 respondentek nezná nikoho, komu by endometrióza byla diagnostikována, 97 respondentek (54,8 %), dalších 58 respondentek (32,8 %) uvádí, že zná někoho, kdo tímto onemocněním trpí a 22 respondentek (12,4 %) je endometriózou sama zasažena. V otázce č. 18 jsme se respondentek dotazovali, v jakém věku si myslí, že se endometrióza vyskytuje nejčastěji. Naprostá většina respondentek 152 (85,9 %) uvádí, že se toto onemocnění vyskytuje nejčastěji v reprodukčním věku. 19 respondentek (10,7 %) neví, v jakém věku se vyskytuje a pouze 6 žen (3,4 %) si myslí, že se vyskytuje po menopauze. Otázka č. 19 zjišťovala, zda ženy ví, jaké příznaky se mohou při endometrióze objevit. V této otázce mohly respondentky zvolit více odpovědí. Mezi nejčastěji zvolené odpovědi patřila bolest v podbřišku, kterou zvolilo 145 žen (23,9 %). Bolestivá a silná menstruace je příznakem endometriózy dle 144 respondentek (23,7 %), neplodnost zvolilo 134 žen (22,1 %). 123 žen (20,3 %) označilo bolest při pohlavním styku a 39 žen (6,4 %) se domnívá, že jedním z příznaků endometriózy je bolest při vyprazdňování. 10 respondentek (1,6 %) zvolilo možnost „nadváha“ a 7 žen (1,2 %) „nadměrný růst ochlupení“. Nejméně žen, a to jen 5 (0,8 %), se domnívá, že se při endometrióze vyskytuje akné. V otázce č. 20 jsme se respondentek dotazovali, jak si myslí, že se endometrióza diagnostikuje. Největší část žen, konkrétně 100 (42,2 %), se domnívá, že diagnózu lze stanovit na základě ultrazvuku. Laparoskopii jako diagnostickou metodu zvolilo 90 respondentek (38 %). 25 žen (10,5 %) si myslí, že endometriózu lze diagnostikovat z krve a 17 (7,2 %) neví, pomocí jakých metod se toto onemocnění diagnostikuje. Jen 5 žen (2,1 %) se domnívá, že se k diagnostice využívá rentgen. Pomocí otázky č. 21 jsme zjišťovali, zda respondentky ví, jak se endometrióza léčí. Většina respondentek, konkrétně 123 (64,4 %), si myslí, že se k léčbě využívá kombinace hormonální a chirurgické léčby. 26 žen (13,6 %) se domnívá, že léčba se provádí pouze chirurgicky. Dalších 22 respondentek (11,5 %) neví, jaké léčebné metody se využívají a pouze 20 žen (10,5 %) zvolilo možnost „hormonálně“. V otázce č. 22 jsme se respondentek dotazovali, zda může endometrióza ovlivnit plodnost ženy. Na-

prostá většina respondentek 175 (98,8 %) si myslí, že endometrióza má vliv na plodnost ženy. Pouhé 2 respondentky (1,1 %) uvádí, že endometrióza nemá na plodnost ženy vliv.

Z výsledků našeho dotazníkového šetření vyšlo najevo, že respondentky, které jsme oslovili, jsou ve velké většině případů dobře informovány ohledně endometriózy, přestože nejvíce žen, a to konkrétně 46 %, se o endometrióze informovalo prostřednictvím internetových stránek, kde mohou snadno narazit na dezinformace.

DISKUZE

V této bakalářské práci se zabýváme problematikou endometriózy. Endometrióza je gynekologické onemocnění, které je u žen významně rozšířené a mohou se s ním setkat ženy v jakékoliv fázi reprodukčního období. Významně může ovlivnit nejen jejich život, ale také jejich vztah s partnerem či nejbližším okolím. Tato problematika je v dnešní době poměrně hojně probíraným a diskutovaným tématem. Je proto vhodné, aby ženy měly o tomto onemocnění alespoň základní informace.

Pro naši bakalářskou práci jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumu, který byl realizován pomocí dotazníkového šetření na internetových stránkách. Dotazník, který se skládal z 22 otázek byl určen pouze respondentkám ve věkovém rozmezí 18 – 49 let, tedy v reprodukčním věku. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 177 respondentek. Bakalářská práce měla celkem pět cílů, kdy hlavním cílem bylo zjistit, jaké má populace žen povědomí o endometrióze. Dále jsme stanovili čtyři dílčí cíle. Zajímala nás informovanost žen a kvalita informací ohledně endometriózy, a zda jsou tyto skutečnosti ovlivněny jejich věkem či vzděláním. Také nás zajímalo, zda ženy pravidelně jednou ročně navštěvují svého obvodního gynekologa v rámci preventivní prohlídky a zda si uvědomují její důležitost. Dále se objevovaly také otázky, které zjišťovali, zda ženy trápí problémy související s menstruačním cyklem. V neposlední řadě jsme také chtěli zmapovat, jaká je úroveň znalostí žen o endometrióze.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda má vzdělání a věk respondentek vliv na jejich znalosti ohledně endometriózy. Z výsledků našeho šetření je patrné, že věk má na kvalitu informací vliv minimální. Naopak podstatnou roli hrálo ve kvalitě informací vzdělání, neboť dle našich výsledků lépe odpovídaly ženy, které měly ukončené středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou a ženy s vysokoškolským vzděláním. Tuto otázku však nebylo možné porovnat s výsledky jiných prací, neboť nikde jinde nebyla zkoumána souvislost vzdělání a věku s kvalitou informací. Za sebe však mohu říct, že jsem byla velmi překvapena z výsledků jednotlivých věkových skupin, protože mezi nimi nebyly velké rozdíly. Z výsledků našeho dotazníkového šetření je tedy zřejmé, že kvalitní informace ohledně problematiky endometriózy mají ženy různých věkových skupin.

Druhým dílčím cílem bakalářské práce bylo zanalyzovat, zda si ženy uvědomují důležitost preventivních prohlídek a zda pravidelně jednou za rok v rámci preventivní prohlídky svého gynekologa navštěvují. Na pravidelnou preventivní prohlídku jednou ročně dochází většina našich respondentek, pouze malé procento respondentek uvádí, že gynekologa pravidelně nenavštěvuje. K podobnému výsledku došla ve svém výzkumu i Mošovská (2019, s. 65). Respondentek jsme se také dotazovali, zda ví, kdy je vhodné absolvovat první gynekologickou prohlídku. Z celkového počtu 177 respondentek více jak polovina uvedla, že je vhodné navštívit gynekologa v patnácti letech. Ministerstvo zdravotnictví České republiky uvádí, že preventivní prohlídky v gynekologii z formálního hlediska upravuje vyhláška č. 70/2012 Sb., dle které by se první preventivní prohlídka u gynekologa měla provádět v 15 letech a dále pak jednou za rok (zákon č. 372/2011 Sb.). Dále jsme v rámci výzkumu, zjišťovali, zda ženy ví, jak často je vhodné navštěvovat gynekologa. Výsledky ukázaly, že naprostá většina respondentek ví, že by se mělo na gynekologickou prohlídku docházet pravidelně jednou za rok. U Mošovské (2019, s. 53) bylo zjištěno, že jednou za rok je vhodné navštívit gynekologa dle více jak poloviny respondentek.

Třetím cílem bylo zjistit, zda ženy trápí problémy související s menstruačním cyklem. Výsledky ukázaly, že více jak polovina respondentek uvedla, že jejich menstruační cyklus je pravidelný a ve srovnání byly výsledky totožné u Fridrichové (2020, s. 46). Dále jsme zjišťovali, zda ženy pociťují bolest při menstruaci. Z výsledků našeho šetření je patrné, že méně než polovina našich respondentek má bolestivou menstruaci. Fridrichová (2020, s. 49) uvádí ve své práci obdobné výsledky, konkrétně, že přesně polovina respondentek uvedla, že pociťují při menstruaci bolest. Bolest při pohlavním styku pociťuje dle našeho výzkumu méně než jedna desetina respondentek. Je zajímavé, že v práci Novotné z roku 2011 (s. 42) z výsledků vyplývá, že bolest při pohlavním styku pociťuje až jedna třetina žen. Dále jsme zjišťovali zda, ženy trápí bolest nejasného původu v podbřišku. Z našeho dotazníkového šetření je patrné, že bolest v podbřišku nejasného původu pociťuje méně než jedna pětina žen. Ve výzkumu Novotné (2011, s. 43) bylo zjištěno, že bolest pociťuje něco málo přes jednu třetinu respondentek a Fridrichová (2020, s. 50) uvádí, že bolestí trpí dokonce skoro polovina respondentek. V rámci výzkumu bylo dále také zjišťováno, zda se u respondentek vyskytly potíže s otěhotněním. Zjistili jsme, že jedna čtvrtina našich respondentek se s tímto problémem potýkala a ve srovnání byly totožné výsledky u Novotné (2011). Naopak ve výzkumu Fridrichové (2020, s. 50) bylo zjištěno, že se potíže s otěhotněním vyskytovaly jen u malého procenta respondentek.

Čtvrtým cílem této bakalářské práce bylo zmapovat znalosti žen o endometrióze a zjistit, odkud tyto informace získaly. Z výsledků našeho šetření vyplývá, že o pojmu endometrióza slyšela většina našich respondentek. U Fridrichové (2020, s. 52) bylo zjištěno, že se s tímto pojmem setkalo něco málo přes polovinu žen. Jako zdroj informací a edukace respondentky ve velké většině uváděly internet. Stejnou informaci zjistila i Fridrichová (2020, s. 53). Avšak domnívám se, že internet není vždy věrohodný zdroj pro získávání informací, protože lze snadno narazit na různé dezinformace. Myslím si, že je vhodné, aby ženy byly o této problematice poučeny spíše odborníkem. Dále jsme chtěli zjistit, zda ženy znají příznaky a možné diagnostické a léčebné postupy, které se využívají při endometrióze. Z celkového počtu 177 respondentek uvedla většina, že mezi příznaky řadíme bolest v podbříšku, bolest při pohlavním styku, bolest při menstruaci a neplodnost. Drábková (2020, s. 45) měla ve svém výzkumu obdobné otázky se stejným výsledkem. V rámci výzkumu bylo také zjišťováno, zda respondentky ví, jak se endometrióza diagnostikuje. Výsledky ukázaly, že méně než polovina respondentek uvedla, že ultrazvuk je jednou z diagnostických metod a jedna třetina žen uvedla jako diagnostickou metodu operační výkon v podobě laparoskopie. Novotná (2011, s. 46) uvádí, že většina respondentek uvedla, že diagnostika se provádí při operačním zákroku a pouze malé procento žen uvedlo jako diagnostickou metodu ultrazvuk. Dále jsme zjišťovali, zda respondentky znají léčebné metody endometriózy. Více než polovina našich respondentek uvedla kombinovanou hormonální a chirurgickou léčbu. Výsledky v práci Fridrichové (2020, s. 57) ukazují, že více jak polovina respondentek uvedla jako dva hlavní léčebné přístupy taktéž hormonální a chirurgickou léčbu. Na otázku, zda si ženy myslí, že endometrióza ovlivňuje plodnost ženy, odpověděla většina respondentek ano. V práci Fridrichové (2020, s. 58) odpověděly všechny respondentky, že endometrióza má vliv na plodnost a v práci Novotné (2011, s. 48) tuto možnost zvolily zhruba čtyři pětiny žen. Mardešić (2013, s. 161) ve své knize uvádí, že 25–50 % žen, které jsou endometriózou zasaženy, trpí neplodností a 30–50 % má s otěhotněním problémy.

Z výsledků šetření můžeme usoudit, že většina respondentek je s problematikou endometriózy obeznámena a z toho zhruba polovina respondentek má o endometrióze kvalitní informace. Výsledky tohoto dotazníkového šetření však mohou vést k zamyšlení nad zlepšením a zkvalitněním edukace žen ale i dívek.

LIMITY VÝZKUMU

V průběhu zpracovávání bakalářské práce jsem narazila na určité limity. Jedním z nich je určitě počet respondentů, domnívám se totiž, že pokud by bylo dotazníkové šetření rozšířeno k většímu množství respondentů, byly by výsledky přesnější. Dalším limitem může být zkreslení výsledků u respondentek, které jsou endometriózou samy zasaženy. Kromě toho se domnívám, že pro budoucí výzkum by byla přínosná lepší připravenost a také více otázek v dotazníku. Zejména bych přidala otázku zjišťující, ze kterého kraje dané respondentky pocházejí, pro zjištění, zda jsou patrné nějaké rozdíly v informovanosti žen o endometrióze mezi jednotlivými kraji.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro praxi bych doporučila lepší edukaci žen, ale i dívek, a to ať už obvodním gynekologem či porodní asistentkou. Taktéž by bylo vhodné pořádat besedy s odborníkem na středních či základních školách. Dále bych doporučila distribuovat informační materiály týkající se této problematiky, a to buď v tištěné podobě prostřednictvím gynekologických ambulancí či v internetové podobě.

Jako výstup této bakalářské práce na základě získaných výsledků byl vytvořen edukační leták s cílem zvýšit informovanost ohledně této problematiky. Tento edukační materiál obsahuje základní informace o endometrióze. V edukačním letáku jsou popsány zejména příznaky, lokalizace, stádia a také diagnostické a léčebné metody tohoto onemocnění. Edukační materiál je přiložen v Příloze 2.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali povědomím žen o endometrióze. V teoretické části jsme nejdříve popsali základy anatomie a fyziologie, které souvisí s endometriózou. Dále jsme se již zabývali onemocněním jako takovým. Nejprve jsme vysvětlili definici endometriózy, poté popsali její patogenezi a etiologii, klinické příznaky a v neposlední řadě také diagnostické a léčebné metody. Jako další jsme zmínili spojitost mezi endometriózou a neplodností. Důležité bylo zmínit také zastoupení porodní asistentky v péči o ženu s endometriózou.

Ke zpracování praktické části jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumu. Pomocí dotazníkového šetření, které probíhalo pouze na internetových stránkách, a to online formou, se podařilo získat celkem 177 odpovědí, které byly do výzkumu zahrnuty. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké má populace žen povědomí o endometrióze. Dalšími cíli, které byly stanoveny, bylo zjistit, zda si ženy uvědomují důležitost preventivních prohlídek u svého obvodního gynekologa a zda jej pravidelně jednou ročně navštěvují. Zjistit, zda ženy trápí problémy související s menstruačním cyklem a zmapovat úroveň znalostí týkajících se endometriózy. Všechny cíle, které jsme stanovili, byly splněny. Při snaze zjistit, které faktory ovlivňují informovanost žen, bylo zjištěno, že vzdělání je jediným faktorem, který se podílí na informovanosti žen o této problematice. Dále je z výsledků dotazníkového šetření patrné, že většina respondentek pravidelně jednou ročně navštěvuje svého obvodního gynekologa v rámci preventivní prohlídky. Také bylo zjištěno, že většina žen, nemá problémy související s menstruačním cyklem. Z výzkumu vychází, že většina žen má o problematice endometriózy poměrně kvalitní informace.

Jsem velmi ráda, že jsem si zvolila právě toto téma pro svou bakalářskou práci. Díky psaní této bakalářské práce, jsem si rozšířila znalosti o této problematice a získala mnoho zajímavých informací právě o tomto tématu. Výchozím materiálem našeho výzkumného šetření je edukační leták, kde jsou vypsány základní informace o endometrióze.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje:

1. ČEPICKÝ, Pavel. *Gynekologické minimum pro praxi*. První vydání. Praha: Grada Publishing, 2021, 159s. ISBN 978-80-271-3027-6.
2. ČEPICKÝ, Pavel. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. První vydání. Praha: Grada Publishing, 2018, 205s. ISBN 978-80-247-5604-2.
3. FAIT, Tomáš a kolektiv. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. Třetí aktualizované a přepracované vydání. Praha: Maxdorf, 2019, 623s. ISBN 978-80-7345-607-8.
4. HÁJEK, Zdeněk, ČECH Evžen, MARŠÁL Karel a kolektiv. *Porodnictví. 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2014, 580s. ISBN 978-80-247-4529-9.
5. KŘEPELKA, Petr. *Poruchy menstruačního cyklu*. Praha: Mladá fronta a.s., 2015, 238s. ISBN 987-80-204-3520-0.
6. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. První vydání Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
7. LENZ, Jiří, CHVÁTAL, Radek, a FIALA, Luděk. *Endometrióza*. Praha: Grada Publishing, 2021, 231s. ISBN: 987-80-271-3050-4.
8. MARDEŠIĆ, Tonko a kolektiv. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. První vydání. Praha: Grada, 2013, 86s. ISBN 978-80-247-4458-2.
9. MAREŠOVÁ, Pavlína. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Třetí, přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2021, 767s. ISBN 978-80-7345-709-9.
10. PILKA, Radovan a kolektiv. *Gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2017, 332s. ISBN 978-80-7345-530-9.
11. PROCHÁZKA, Martin a kolektiv. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, 2020, 788s. ISBN 978-80-7345-618-4.

12. ROB, Lukáš a kolektiv. *Gynekologie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2019, 356s. ISBN 978-80-7492-426-2.
13. ROB, Lukáš, MARTAN Alois a CITTERBART Karel. *Gynekologie*. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2008, 319s. ISBN 978-80-7262-501-7.
14. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 621s. ISBN 978-80-204-4657-2.
15. ŘEZÁČOVÁ, Jitka. *Reprodukční medicína: současné možnosti v asistované reprodukci*. Praha: Mladá fronta, 2018, 710s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4657-2.
16. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 280s. ISBN 978-80-271-0214-3.

Články v časopisech:

17. HANÁČEK, Jiří. *Endometrióza. 1. část*. Gynekologie a porodnictví. 2017. **1**(2), 88-90s. ISSN: 2533-4689.
18. HUDEČEK, Robert, VENTRUBA, Pavel, GAZÁRKOVÁ, Eliška, SZYPULOVÁ, Martina. *Konzervativní terapie klinických projevů endometriózy v reprodukční gynekologii*. Bolest (Praha, Print). 2019. **22**(2) 60-69s. ISSN: 1212-0634.
19. JELENEK, Gabriel, FELSINGER, Michal. *Diagnostika a terapie vybraných forem extragenitální endometriózy*. Praktická gynekologie. 2012. **16**(2-4) 89-95s. ISSN: 1211-6645.
20. KUČEROVÁ, Ivana. *Ultrazvuková diagnostika endometriózy*. Moderní gynekologie a porodnictví. 2012. **21**(2) 165-175s. ISSN 1211-1058.
21. NOVOTNÁ, Michaela, MALÝ, Zdeněk. *Endometrióza a neplodnost*. Moderní gynekologie a porodnictví. 2012. **21**(2) 165-175s. ISSN 1211-1058.
22. RACKOVÁ, Jana. *Endometrióza - stále záhadné onemocnění*. Florence. 2021. **17**(5) 13-15s. ISSN 1801- 464X.

23. TOMESŠ, Pavel. *Endometrióza a dyspareunie*. Aktuální gynekologie a porodnictví. 2019. **11**. 8-13s. ISSN: 1803-9588.

Internetové zdroje:

24. BIELIKOVÁ, Helena. *Přírodní léčba endometriózy*. Fertility.cz [online], 2014, [cit. 31.01.2022]. Dostupné z: https://www.fertility.cz/cs_CZ/reseni-problemu/prirodni-lecba-endometriozy.html

25. BUGGIO, Laura, et al. *Self-management and psychological-sexological interventions in patients with endometriosis: strategies, outcomes, and integration into clinical care*. International journal of women's health. [online], 2017, 281–293s. [cit. 22.02.2022]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.2147/IJWH.S119724?needAccess=true&role=button>

26. FANTA, Michael, KOLIBA Petr a HRUŠKOVÁ Hana. *Endometrióza*. Česká gynekologie [online]. 2012. **77**(4), 314-319s. [cit. 07.10.2022]. ISSN 1210-7832. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2012-4-1/endometrioza-38906>

27. GHONEMY, Gehan Ebrahim, EL SHARKAWY, Nadia Bassouni. *Impact of changing lifestyle on endometriosis related pain*. IOSR Journal of nursing and health science. [online]. 2017. **6**(2), 120-129s. [cit. 22.02.2022]. ISSN 1210-7832. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Nadia-Elsharkawy-3/publication/332333360_Impact_of_Changing_Lifestyle_on_Endometriosis_Related_Pain

28. HRUŠKOVÁ, Hana. *Konzervativní léčba genitálních forem endometriózy*. Aktuální gynekologie a porodnictví [online]. 2012. **4**, 59-63s. [cit. 08.10.2022]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/pdf/en_2012_74.pdf

29. INDRIELLE-KELLY, Tereza, FRÜHAUF, Filip, BURGETOVÁ, Andrea, FANTA, Michael a FISHEROVÁ, Daniela. *Diagnosis of endometriosis 2nd part - Ultrasound diagnosis of endometriosis (adenomyosis, endometriomas, adhesions) in the community*. Česká gynekologie [online]. 2019. 260-268s. [cit. 03.10.2022]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-4-8/diagnostika->

endometriozy-2-cast-ultrazvukova-diagnostika-endometriozy-adenomyozy-
endometroidnich-cyst-adhezi-v-primarni-peci-118474

30. INDRIELLE-KELLY, Tereza, FRÜHAUF Filip, BURGETOVÁ, Andrea, FANTA Michael a FISHEROVÁ Daniela. *Diagnosis of endometriosis 3rd part - Ultrasound diagnosis of endometriosis deep endometriosis*. Česká gynekologie [online]. 2019. 269-275s. [cit. 15.10.2022]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-4-8/diagnostika-endometriozy-3-cast-ultrazvukova-diagnostika-hluboce-endometriozy-118475>
31. JANOUSHKOVÁ, Kristina a kolektiv. *Endometrióza a její vliv na plodnost a kvalitu života*. Praktický lékař [online]. 2018. **98**(4), 147-152s. [cit. 29.09.2022]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2018-4-4/endometrioza-a-jeji-vlivna-plodnost-a-kvalitu-zivota-105305>
32. KARLSSON, Jenny Vennberg, PATEL, Harshida, PREMBERG, Asa. *Experiences of health after dietary changes in endometriosis: a qualitative interview study*. BMJ open [online]. 2020. **10**(2), 1-9s. [cit. 22.02.2022]. DOI:10.1136/bmjopen-2019-032321. Dostupné z: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/2/e032321.full.pdf>
33. KLEČKA, Jiří. a kolektiv. *Endometrióza urogenitálního traktu*. Urologické listy [online]. 2013. **11**(3), 40-42s. [cit. 12.10.2022]. ISSN 1214-2085. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/urologicke-listy-clanek/endometrioza-urogenitalnihotraktu-41712>
34. MAHMOUD, Asmaa, HAMIDO, Shadia, MOHAMED Randa. *Nursing Strategies for Alleviating Endometriosis Related Symptoms*. Egyptian Journal of Health Care [online]. 2021 631-647s. [cit. 20.02.2023]. DOI:10.21608/EJHC.2021.191650. Dostupné z: https://ejhc.journals.ekb.eg/article_191650_0ab2adc33d3627b910193af24667eed4.pdf
35. MEHEDINTU, Claudia, PLOTOGEA Mihaela Nicoleta, IONESCU, Sorin a ANTONOVICI Marina. *Endometriosis still a challenge*. Journal of Medicine and Life [online]. 2014. **7**(3), 349-357s. [cit. 29.09.2022]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233437/>
36. NEŠPOROVÁ, Lenka. *Endometrióza a její vliv na plodnost ženy*. Medical tribune [online]. 2016, **12**(11). ISSN 1214-8911. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr>

37. NORTON, Wendy, HOLLOWAY, Debby. *Endometriosis: The role practice nurses can play* [online]. 2016 [cit. 20.02.2023]. DOI:10.12968/PNUR.2016.27.5.244. Dostupné z: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/pnur.2016.27.5.244>
38. O'DONOGHUE, Erica, KAPP, Suzanne, MURPHY, Tracy, KUSLJIC, Snezana. *Nursing care for patients with endometriosis and/or adenomyosis: A mixed methods systematic review protocol*. [online]. 2021 [cit. 21.02.2023]. ISSN 1322-7696. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1322769620301414?casa_token=
39. PROCHÁZKOVÁ, Simona. *Endometrióza: alternativní léčba předchází potížím*. Vitalia.cz [online]. 2015. [cit. 31.1.2022]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/endometrioza-alternativni-lecba-predchazi-potizim/>
40. TUATTI, Gabriela. *Endometrióza – prevence doplňky stravy a bylinami*. Gabriela-tuatti.cz [online]. 2018. [cit. 31.01.2022]. Dostupné z: <https://gabriela-tuatti.cz/endometrioza-prevence-doplunky-stravy-a-bylinami/>
41. ZÁKON č. 372/2011. Sb. 2011. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sběrka zákonů České republiky. [online]. [cit. 09. 03.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70>
42. ŽÁKOVÁ, Hana. *Fyzioterapie a léčba endometriózy*. Fyziosvět.cz [online]. 2020. [cit. 31.01.2022]. Dostupné z: <https://www.fyziosvet.cz/clanky/fyzioterapie-a-lecba-endometriozy/>

Kvalifikační práce:

43. DRÁBKOVÁ, Monika. *Výživa a endometrióza* [online]. 2020 [cit. 07.03.2022]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/a4vgp/Monika_Drabkova_-_Vyziva_a_endometrioza.pdf
44. FRIDRICHOVÁ, Tereza. *Informovanost žen o endometrióze v České republice*. [online]. 2020 [cit. 07.03.2022]. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/119084/130278670.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. MOŠOVSKÁ, Kristýna. *Screeningové vyšetření jako prevence karcinomu děložního čípku*. [online]. 2019 [cit. 07.03.2022]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita

v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z:

<https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/38574/1/BAKALARSKA%20PRACE.pdf>

46. NOVOTNÁ, Jana. *Informovanost žen o endometrióze, jejich projevech a důsledcích*. [online]. 2011 [cit. 07.03.2022]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z:
https://theses.cz/id/vquppn/Novotn_Jana_Informovanost_en_o_endometrize_jejich_projeve.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Dotazník – Endometrióza

Příloha 2. Edukační leták

PŘÍLOHY

Příloha 1.: Dotazník – Endometrióza

Vážené respondentky,

jmenuji se Barbora Blahníková a jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistence na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Obracím se na Vás se žádostí o vyplnění mého dotazníku, který bude podkladem mé bakalářské práce na téma „Endometrióza“. Dotazník je zcela anonymní a obsahuje 22 otázek, tudíž by vám jeho vyplnění nemělo zabrat více jak 15 minut. Účast je zcela dobrovolná a jedinou podmínkou je věková hranice v rozmezí 18–49 let.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

Barbora Blahníková

1. Kolik Vám je let?

- a) 18–25 let
- b) 26–35 let
- c) 36–45 let
- d) 46–49 let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední bez maturity
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

3. Jste zdravotník či student nějakého zdravotnického oboru?

- a) Ano
- b) Ne

- 4. Chodíte pravidelně jedenkrát za rok na gynekologickou prohlídku?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 5. Kdy by žena měla absolvovat svou první preventivní gynekologickou prohlídku?**
- a) V 15 letech
 - b) Po prvním pohlavním styku
 - c) Po první menstruaci
 - d) Jiné
- 6. V kolika letech jste absolvovala svou první gynekologickou prohlídku?**
- a) Před 10 rokem
 - b) V 10-15 letech
 - c) V 16-20 letech
 - d) Po 20 letech
- 7. Jak často by žena měla docházet na preventivní prohlídku ke gynekologovi?**
- a) Pokud nemá obtíže nemusí na gynekologickou prohlídku
 - b) 1x za rok
 - c) 2x za rok
 - d) Nevím
- 8. Užíváte hormonální antikoncepci?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 9. Máte pravidelný menstruační cyklus v rozmezí 28-35 dnů?**
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne

10. Míváte bolestivou menstruaci?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

11. Pociťujete bolest při pohlavním styku?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

12. Pociťujete bolest nejasného původu v podbřišku?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

13. Měla jste někdy problém s otěhotněním?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Zatím jsem se otěhotnět nepokoušela

14. Slyšela jste někdy o pojmu endometrióza?

- a) Ano
- b) Ne

15. Pokud jste odpověděla ano, odkud jste se o endometrióze dozvěděla? (více možných odpovědí)

- a) Od gynekologa
- b) Od známých
- c) Z časopisu
- d) Z internetového zdroje
- e) Z médií
- f) Jiné

16. Co si myslíte, že endometrióza je?

- a) Porucha vejcovodů
- b) Stav kdy se děložní sliznice nachází i mimo dělohu
- c) Zánětlivé onemocnění pochvy
- d) Nevím

17. Znáte někoho, komu byla endometrióza diagnostikována? (více možných odpovědí)

- a) Ano, sama endometriózou trpím
- b) Ano, znám někoho, kdo endometriózou trpí
- c) Ne

18. V jakém věku si myslíte že se endometrióza vyskytuje nejčastěji?

- a) V dětském věku
- b) V reprodukčním věku
- c) Po menopauze
- d) Nevím

19. Jaké příznaky si myslíte, že se při endometrióze objevují? (více možných odpovědí)

- a) Akné
- b) Bolest v podbříšku nejasného původu
- c) Nadváha
- d) Bolestivá a silná menstruace
- e) Bolest při pohlavním styku
- f) Nadměrný růst ochlupení
- g) Bolest při vyprazdňování
- h) Nemožnost otěhotnět

20. Jak si myslíte že se endometrióza diagnostikuje? (více možných odpovědí)

- a) Ultrazvukem
- b) Z krve
- c) Pomocí rentgenu
- d) Operačním výkonem v dutině břišní (laparoskopií)

e) Nevím

21. Jak si myslíte že se endometrióza léčí? (více možných odpovědí)

- a) Kombinovaně hormonální a chirurgickou léčbou
- b) Hormonálně
- c) Chirurgicky
- d) Nevím

22. Myslíte si, že endometrióza může ovlivnit plodnost ženy?

- a) Ano
- b) Ne

Zdroj: vlastní zpracování

ENDOMETRIÓZA

CO TO JE ENDOMETRIÓZA?

Je to jedno z nejčastějších gynekologických onemocnění, které postihuje především ženy v plodném věku. Děložní sliznice se při endometrióze nachází mimo dělohu a způsobuje tam problémy.

1 z 10 žen je zasažena endometriózou.



PŘÍZNAKY

- bolestivá a silná menstruace
- bolest břicha či podbříšku
- bolest při pohlavním styku
- bolestivé močení a vyprazdňování
- neplodnost



DIAGNOSTIKA

- ✓ Rozhovor s lékařem - sběr anamnézy
- ✓ Gynekologické vyšetření
- ✓ Ultrazvuk či magnetická resonance
- ✓ Laparoskopie - diagnostická i léčebná metoda

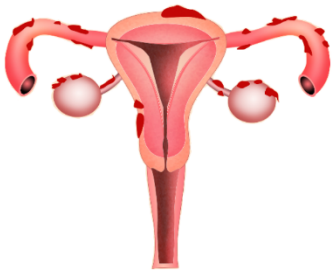
LOKALIZACE

GENITÁLNÍ

- vaječníky
- vejcovody
- děloha
- děložní vazy
- místo za dělohou (Douglasův prostor)

MIMOGENITÁLNÍ

- močový měchýř
- střeva
- plíce
- jizvy
- + další lokalizace



STÁDIA ENDOMETRIÓZY

- stádium I - minimální endometrióza
- stádium II - lehká endometrióza
- stádium III - středně těžká endometrióza
- stádium IV - těžká endometrióza

LÉČBA

- ✓ Hormonální léčba
- ✓ Chirurgická léčba
- ✓ Kombinovaná hormonální a chirurgická léčba



KAM SE OBRÁTIT?



Pokud na sobě pozorujete některý z příznaků neváhejte kontaktovat či navštívit svého gynekologa. Další možností je skupina [endotalks.cz](https://www.endotalks.cz) na kterou se můžete obrátit online.