

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Porodní asistence

Vliv endometriózy na kvalitu života žen v reprodukčním věku 20-40 let

Bakalářská práce

Autor práce: Eliška Nešporová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerová PhD.

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Eliška Nešporová
Studijní program:	Porodní asistence
Garant studijního programu:	doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D.
Název práce:	Vliv endometriózy na kvalitu života žen v reprodukčním věku 20-40 let
Vedoucí práce:	PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
Konzultant práce:	PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
Cíl práce:	Cílem práce je zhodnotit vliv endometriózy na kvalitu života ženy v reprodukčním věku 20-40 let.

Abstrakt

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje anatomii ženských pohlavních orgánů, které úzce souvisejí s endometriózou, hormonální pochody v organismu ženy a celkovou problematiku endometriózy a její vliv na kvalitu života žen v reprodukčním věku. Zaměřuje se na podrobný popis endometriózy z hlediska etiologie, patofyziologie, klinických projevů, diagnostických metod a možností léčby. Věnuje se léčbě farmakoterapeutické, chirurgické, tak i alternativním přístupům, které mohou přispět ke zmírnění symptomů a zlepšení celkové kvality života. Zvláštní důraz je kladen na psychologické, sociální a vztahové důsledky onemocnění, které bývají často opomíjeny, přestože významně ovlivňují každodenní fungování žen.

Praktická část využívá kvalitativní výzkumnou metodu a je realizována prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s 15 ženami ve věku 20 až 40 let, které mají diagnostikovanou endometriózu. Výpovědi těchto žen poskytují hlubší vhled do jejich každodenních zkušeností, obtíží, potřeb i strategií zvládání onemocnění. Analýza rozhovorů odhaluje nejčastější oblasti života, které jsou endometriózou negativně ovlivněny, a poukazuje na individualitu prožívání nemoci.

Klíčová slova

endometrióza, kvalita života žen, kvalitativní výzkum

Abstract

The bachelor thesis is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part, I decided to focus on the anatomy of the female genital organs, which are closely related to endometriosis, hormonal processes in a woman's body and the overall issue of endometriosis and its complex impact on the quality of life of women of reproductive age. It focuses on a detailed description of endometriosis in terms of etiology, pathophysiology, clinical manifestations, diagnostic methods and treatment options. It deals with pharmacotherapeutic, surgical, and alternative approaches that can contribute to alleviating symptoms and improving the overall quality of life. Special emphasis is placed on the psychological, social and relational consequences of the disease, which are often neglected, even though they significantly affect the daily functioning of women.

The practical part uses a qualitative research method and is implemented through semi-structured interviews with 15 women aged 20 to 40 who have been diagnosed with endometriosis. The testimonies of these women provide a deeper insight into their daily experiences, difficulties, needs and coping strategies. The analysis of interviews reveals the most common areas of life that are negatively affected by endometriosis and points to the individuality of experiencing the disease.

Keywords

endometriosis, women's quality of life, qualitative research

Prohlašuji, že předložená Zvolte položku. práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou Zvolte položku. práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé Zvolte položku. práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé Zvolte položku. práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své Zvolte položku. práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 22. dubna 2026

.....

Eliška Nešporová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Lence Görnerové PhD. za odbornou pomoc, cenné rady, trpělivost a vstřícný přístup při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za podporu a motivaci během celého studia.

Obsah

Obsah	6
Seznam tabulek	8
Seznam grafů	9
Seznam zkratk	10
Úvod	11
1 Teoretická část	12
1.1 Anatomie reprodukčních orgánů ženy, menstruační a ovariální cyklus	12
1.2 Menstruační cyklus	14
1.3 Ovariální cyklus.....	15
1.4 Endometrióza	15
1.4.1 Historie endometriózy	16
1.4.2 Příčiny vzniku endometriózy.....	17
1.4.3 Nejčastější výskyt endometriózy.....	17
1.4.4 Klinické příznaky	18
1.4.5 Rozdělení endometriózy	19
1.4.6 Diagnostika.....	20
1.4.7 Klasifikace	22
1.4.8 Léčba.....	23
1.4.8.1 Hormonální léčba	23
1.4.8.2 Medikamentózní léčba	24
1.4.8.3 Chirurgická léčba	24
1.4.8.4 Léčba bolesti	25
1.4.8.5 Léčba peritoneální endometriózy	25
1.4.8.6 Léčba hluboké endometriózy	26
1.4.8.7 Léčba ovariální endometriózy	26
1.4.8.8 Alternativní léčba endometriózy	26
1.5 Neplodnost	27
1.6 Endometrióza a její dopad na kvalitu života žen.....	28
1.7 Role porodní asistentky.....	28
2 Výzkumná část	30
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	30
2.1.1 Výzkumné otázky.....	30
2.2 Metodika výzkumu.....	30
2.3 Charakteristika respondentek	30
2.4 Průběh výzkumu	31
2.5 Zpracování získaných dat.....	31
2.6 Výsledky výzkumného šetření	32

2.7	Vyhodnocení výzkumných otázek	67
3	Diskuze.....	71
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	76
	Závěr.....	77
	Seznam použité literatury.....	78
	Přílohy	80

Seznam tabulek

Tabulka 1 Věk respondentek.....	32
Tabulka 2 Diagnóza endometriózy.....	33
Tabulka 3 Délka stanovení diagnózy	34
Tabulka 4 Podezření respondentky na nemoc.....	35
Tabulka 5 Typ endometriózy	36
Tabulka 6 Způsob zjištění endometriózy.....	37
Tabulka 7 Důvod návštěvy lékaře	38
Tabulka 8 Pocit respondentek z diagnózy	39
Tabulka 9 Léčba endometriózy	40
Tabulka 10 Přístup zdravotnického personálu.....	41
Tabulka 11 Respekt a vyslechnutí respondentek.....	42
Tabulka 12 Informovanost porodních asistentek o endometrióze.....	43
Tabulka 13 Příznaky endometriózy	44
Tabulka 14 Fungování v každodenním životě při endometrióze	45
Tabulka 15 Vliv bolesti na plány respondentky	46
Tabulka 16 Menstruační příznaky respondentek.....	47
Tabulka 17 Psychika a sociálního život respondentek	48
Tabulka 18 Pocit nepochopení.....	49
Tabulka 19 Izolace, stud a bezmoc respondentek	50
Tabulka 20 Partnerský a sexuální život respondentek.....	51
Tabulka 21 Reakce partnera na endometriózu.....	52
Tabulka 22 Partnerské vztahy respondentek.....	53
Tabulka 23 Děti a plánování.....	54
Tabulka 24 Problémy respondentek s otěhotněním.....	55
Tabulka 25 Tlak společnosti na respondentky	56
Tabulka 26 Práce a profesní život respondentek	57
Tabulka 27 Reakce kolegů respondentek na endometriózu.....	58
Tabulka 28 Společenská omezení respondentek	59
Tabulka 29 Podpůrná síť respondentek	60
Tabulka 30 Povědomost o životě s endometriózou.....	61
Tabulka 31 Vzkaz respondentek, pro ostatní ženy	62
Tabulka 32 Zdravotní péče a informovanost	63
Tabulka 33 Pohled respondentky na nemoc.....	64
Tabulka 34 Komunikace s pacientkami	65
Tabulka 35 Zvládání endometriózy	66

Seznam grafů

Graf 1: Vnímání onemocnění	67
Graf 2: Zkušenosti s léčbou	68
Graf 3: Životní dopady endometriózy	69
Graf 4: Vliv na mateřství a těhotenství	70

Seznam zkratek

DIE	Hluboká infiltrující endometrióza
AVF	Anterversio, anteflexio (předklonění a ohnutí dopředu dělohy)
EFI	Endometriosis Fertility Index
TENS	Transkutánní nervovou elektrostimulaci
HAK	Kombinovaná hormonální antikoncepce
GnRH	Gonadotropin releasing hormone
IVF	In vitro fertilizace
ASRM	Klasifikace Americké společnosti reprodukční medicíny
PMS	premenstruační syndrom
BMI	Body Mass Index

Úvod

Téma, které popisuje bakalářská práce, je chronické gynekologické onemocnění vyskytující se nejčastěji u žen v reprodukčním věku. Jedná se o endometriózu. Toto onemocnění je charakterizováno přítomností tkáně podobné děložní sliznici mimo dutinu děložní, což vede k řadě zdravotních komplikací.

Endometrióza je spojena s řadou fyzických, psychických i sociálních problémů, které mohou významně ovlivnit každodenní život žen. Přestože je to často vyskytované onemocnění, bývá obtížně diagnostikováno. Může se projevovat silnými bolestmi při menstruaci, poruchami menstruačního cyklu, neplodností, zvýšenou únavou nebo bolestmi při pohlavním styku, což významně narušuje psychickou i fyzickou pohodu žen. Tyto symptomy často narušují schopnost žen plnohodnotně fungovat v osobním, pracovním, sociálním, ale i rodinném životě. Chronická bolest a nejistota spojená s onemocněním často vedou ke zvýšené míře stresu, úzkosti nebo depresím.

Ženy v reprodukčním věku se nacházejí v období života, kdy dokončují vzdělání, budují profesní kariéru, plánují založení rodiny. V tomto životním období mohou být důsledky endometriózy zvláště zatěžující, jelikož zasahují do klíčových oblastí života. Významným problémem spojeným s tímto onemocněním je neplodnost, která může představovat pro ženy nejen zdravotní, ale i emocionální a sociální zátěž.

Vedle samotných zdravotních a psychických dopadů, hraje důležitou roli také informovanost žen o tomto onemocnění, jejich zkušenosti se zdravotnickým systémem a dostupnost vhodné léčby. Možnosti terapie zahrnují farmakologickou, chirurgickou léčbu a nefarmakologické metody, zaměřené na zmírnění obtíží a zlepšení kvality života žen.

Téma bakalářské práce bylo zvoleno na základě zájmu o problematiku vnímání endometriózy ženami v reprodukčním věku a jejího dopadu na jejich život. Práce se zaměřuje na to, jak ženy toto onemocnění vnímají, jak ovlivňuje jejich sociální, rodinný, partnerský a pracovní život a jaká je jejich míra informovanosti o endometrióze.

Cílem práce je zhodnotit vliv endometriózy na kvalitu života ženy v reprodukčním věku 20-40 let. Práce se zaměří nejen na vliv endometriózy na fyzické ale i psychické zdraví ženy, komplikace s otěhotněním, neplodnost a možné formy léčby. Součástí práce je rovněž snaha poukázat na oblasti, ve kterých ženy pociťují největší zátěž, a na význam komplexní péče o pacientky s tímto onemocněním.

1 Teoretická část

1.1 Anatomie reprodukčních orgánů ženy, menstruační a ovariální cyklus

Vaječník (ovarium)

Vaječník je párový orgán ženského reprodukčního systému, který je o velikosti 3 až 5 centimetrů a má ovoidní tvar. Nachází se po stranách malé pánve a je zavěšen na zadní straně širokého vazů. V průběhu života ženy se jeho velikost i struktura postupně mění. V mládí je povrch hladký, po nástupu menstruačního cyklu se postupně zbrázdňuje drobnými jizvičkami po uvolněných vajíčkách. Vaječník má dvě vrstvy korovou vrstvu a dřeň. (Báča, 2017)

Dřeň tvoří vazivo s příměsí hladkého svalstva, mízní, krevní cévy a nervová vlákna. V korové vrstvě je uloženo vazivo, které obsahuje ženské pohlavní buňky nazývané oocyty. Každý oocyt je obklopen vrstvou epitelových buněk, které vytváří malý váček neboli folikul. Počet folikulů se během života mění. V období nitroděložního vývoje se ve vaječnicích nachází přibližně 2 miliony folikulů, po narození se jejich počet snižuje na 700 000 a v období puberty dále klesá na 300 000 až 400 000. (Rokyta et al 2016)

Vaječnice mají kromě produkce pohlavních buněk také důležitou hormonální funkci. Produkují především hormony estrogen a progesteron, které patří mezi steroidní hormony. Hlavní funkcí těchto hormonů je vývoj ženských reprodukčních orgánů a příprava reprodukčního systému na oplodnění vajíčka, jeho přijetí, růstu a udržení těhotenství. Estrogeny zajišťují růst děložní sliznice (*endometria*). (Kachlík, 2018)

Vejcovod (tuba uterina)

Vejcovod je párový trubicovitý orgán ženského reprodukčního systému, jehož délka se pohybuje přibližně mezi 10 až 15 centimetry. Nachází se v horní části malé pánve a vytváří spojení mezi vaječnicí a dělohou. Hlavním úkolem vejcovodu je transport oocytu nebo oplozeného vajíčka směrem do dutiny děložní. Jeho nálevkovitě rozšířená část (*infundibulum tubae uterinae*) je opatřena pohyblivými třásněmi (*fimbriae tubae*) a zajišťuje zachycení uvolněného oocytu při ovulaci. Nejdelším a zároveň nejširším úsekem vaječnice je ampulla, ve které nejčastěji dochází k oplodnění. Vejcovody ústí do dělohy v místě děložních rohů. (Bezdičková 2017)

Stěna vejcovodu je tvořena několika vrstvami. Vnitřní povrch vejcovodů vystylá sliznice s cylindrickým řasinkovým epitelem, jehož pohyb usnadňuje posun vajíčka do dělohy. Pod sliznicí se nachází vrstva hladké svaloviny, která svými kontrakcemi rovněž napomáhá posunu vajíčka. Zevní povrch vejcovodu je pokryt pobřišnicí (*peritoneum*), které umožňuje volný pohyb vejcovodů v dutině břišní. Vaječnice a vejcovody se souhrnně nazývají přívěsky děložní (*adnexa*). (Procházka 2020)

Děloha (uterus)

Děloha je nepárový dutý svalový orgán, který má tvar hrušky. Hmotnost dělohy u netěhotné ženy se pohybuje přibližně mezi 50 až 80 gramy a v těhotenství dosahuje hmotnosti až 1 kilogramu. Anatomicky je uložena v malé pánvi mezi močovým měchýřem a konečníkem. Jejím hlavním úkolem je vytvořit vhodné prostředí pro uhnízdění oplodněného vajíčka, následně jeho vývoj během těhotenství a podílí se také na samotném porodu. Ke zvětšení dělohy dochází i během menstruačního cyklu, kdy dochází k prosáknutí tkáně tekutinou. (Kachlík, 2018)

Děloha se dělí na tělo (*corpus uteri*), isthmus a hrdlo děložní (*cervix uteri*). Tělo dělohy má tvar zploštělého trojúhelníku a v jeho rozích ústí vejcovody. Směrem nahoru přechází do děložního dna (*fundus uteri*) a představuje zaoblenou část dělohy nacházející se nad vyústím vejcovodů. Isthmus uteri je úzký úsek spojující tělo dělohy s hrdlem děložním. Děložní hrdlo (*cervix uteri*) tvoří dolní část dělohy a zasahuje do poševních klenby. U netěhotné ženy je dutina děložní velmi úzká a přední a zadní stěna na sebe naléhají. (Procházka, 2020)

Za fyziologických podmínek je děloha ohnutá dopředu a současně je i dopředu skloněná, označujeme to zkratkou AVF (*anterversio, anteflexio*). (Rokyta, 2016)

Stěna dělohy se skládá ze tří částí: sliznice, hladká svalovina a serózní vrstva. Vnitřní vrstvu dělohy tvoří děložní sliznice (*endometrium*). Endometrium se dále rozděluje na dvě vrstvy. Funkční vrstva (*pars functionalis*) prochází v reprodukčním období ženy cyklickými změnami pod vlivem hormonů z vaječníků (estrogeny a progesteron). V průběhu menstruace se funkční vrstva odlučuje. Bazální vrstva (*pars basalis*) se po menstruaci obnovuje. (Marešová, 2016)

Střední vrstvu tvoří hladká svalovina (*myometrium*). Tato vrstva dělohy je zodpovědná za kontrakce, které hrají důležitou roli nejen během menstruace ale i v těhotenství a za porodu. Myometrium je uspořádané do tří vrstev-vrstva podélná, kruhovitá a spirálovitá. Spirálovitá vrstva vychází z oblasti děložních rohů a během kontrakcí pomáhá při vypuzování plodu za porodu. (Turková, 2016)

Zevní vrstvu dělohy tvoří seróza (*peritoneum*), která je součástí pobřišnice a pokrývá povrch dělohy. Pobřišnice přechází z močového měchýře na dělohu a z dělohy na konečník. Mezi zadní stěnou dělohy a konečníkem vzniká prohlubeň označovaná jako Douglasův prostor. Při stranách dělohy se peritoneum spojuje a vytváří široký vaz děložní (*ligamentum latum uteri*), který pomáhá udržovat dělohu ve správné poloze. (Rokyta, 2016)

Pochva (vagina)

Pochva je přibližně 8 centimetrů dlouhý trubicovitý orgán, který je příčně zploštělý. Patří mezi vnitřní pohlavní orgány a plní několik důležitých funkcí. Slouží jako cesta pro odtok menstruační krve, k reprodukci a je součástí porodních cest. V horní části navazuje na děložní hrdlo, kolem kterého vytváří poševní klenbu a směrem dolů pokračuje k poševnímu vchodu, který se nachází mezi malými stydkými pysky (*labia minora pudendi*). (Kachlík, 2018)

Vnitřní povrch pochvy je vystlán sliznicí tvořenou vícevrstevným dlaždicovým epitelem. V pochvě se fyziologicky vyskytují bakterie (*Lactobacillus Döderleini*), produkující kyselinu mléčnou, která udržuje kyselé prostředí v pochvě. Kyselé pH má důležitou ochrannou funkci, protože omezuje

růst a množení patogenních mikroorganismů. Sliznice pochvy je citlivá na hormonální vlivy. Především na estrogény, které podporují její prokrvení a odolnost. (Báča, 2017)

U panen (*virgo*) je v poševním vchodu slizniční řasa neboli panenská blána (*hymen*), s otvorem, který umožňuje odtok menstruační krve. (Bezdičková 2017)

1.2 Menstruační cyklus

Menstruační cyklus nebo také změna endometria, jsou nazývané jako cyklické změny děložní sliznice, které se pravidelně opakují obvykle po 28 dnech a to od puberty do klimakteria a je řízený prostřednictvím ovariálních pohlavních hormonů. Hlavním cílem menstruačního cyklu je připravit ženský organismus na případné těhotenství. Je to koordinovaná spolupráce hypotalamu, hypofýzy, vaječnicků a dělohy. Délka menstruace se obvykle pohybuje v rozmezí 3-7 dní a celková ztráta krve je nejčastěji 30-80 mililitrů. Větší krevní ztráta by mohla být známkou patologie a vést k rozvoji anémie. (Procházka, 2020)

První menstruace, která se označuje jako menarché se u dívek objevuje nejčastěji v rozmezí mezi 11-14 věkem života. K menopauze neboli ztrátě menstruace dochází u žen kolem 45-50 roku. Při menstruaci rozlišujeme čtyři fáze. (Oborná, 2017)

Menstruační fáze

Menstruační fáze je začátek menstruačního cyklu a je charakterizovaná odloučením funkční vrstvy endometria v důsledku poklesu estrogenu a progesteronu. Odumřelé buňky sliznice se postupně odlučují a do 48 hodin se odloučí celá povrchová sliznice endometria. Povrchová sliznice odtéká společně s krví z porušených arteriol a serózní tekutinou děložním hrdlem do pochvy. K vypuzení menstruační krve napomáhají i slabé děložní kontrakce. Menstruační krev nekoaguluje, protože obsahuje vysoké hladiny fibrinolýzinu. Mnoho žen v této fázi pociťuje bolesti v podbříšku a v zádech, zvýšenou únavu a celkový diskomfort. (Rokyta, 2016)

Proliferační fáze

Proliferační fáze probíhá od 5-14. dne. Tato fáze je pod vlivem estrogenů, které pochází z rostoucího folikulu. Estrogény pomáhají dělení buněk sliznice, obměňuje se epitel z proběhlé menstruace, růst žlázek a zvýšení prokrvení. (Pilka, 2017)

Sekreční fáze

Sekreční fáze trvá od 15-25. dne. Je vyvolána působením progesteronu a žlutého tělíska. Sliznice roste a připravuje se na těhotenství. Žlázy jsou vyplněny sekretem, který obsahuje glykogen a lipidy. Pokud nedojde k oplození, žluté tělísko zaniká a s ním se snižuje i tvorba progesteronu. (Turková, 2016)

Ischemická fáze

Ischemická fáze neboli premenstruační fáze může trvat až 24 hodin a probíhá 28. den. Nastává, pokud u ženy nedojde k oplození. Klesá progesteron a působí prostaglandiny, které způsobují

kontrakci hladké svaloviny, prudce se snižuje kyslík a dochází k dočasné hypoxii buněk endometria, které poté odumírají. (Oborná, 2017)

1.3 Ovariální cyklus

Ovariální cyklus nebo také ovulační, se odehrává ve vaječnících. Je hlavní fází menstruačního cyklu, při níž dochází k uvolnění zralého oocyty. Ovulace obvykle nastává přibližně uprostřed menstruačního cyklu, nejčastěji kolem 14. dne. (Rokyta, 2016)

Folikulární fáze

Folikulární fáze je první fází ovariálního cyklu a trvá obvykle 12 až 14 dní od prvního dne poslední menstruace. Dochází při ní pod vlivem folikulostimulačního hormonu (*FSH*) k dozrání folikulu, zvyšuje se produkce estrogenů a v malém množství i progesteronu. Jeden z rostoucích folikulů dozrává v Graafův folikul, který má velikost 1,5 centimetru a vyklenuje se nad povrch ovaria. (Kachlík, 2018)

Ovulační fáze

Ovulační fáze je druhou fází ovariálního cyklu a nastává kolem 14. dne. Graafův folikul praskne, uvolní se vajíčko, které je zachyceno pomocí vejcovodu. (Marešová, 2016)

Luteální fáze

Luteální fáze je třetí a poslední fází ovariálního cyklu. Když se vyplaví vajíčko, stěna folikulu zkolabuje a ve folikulárních buňkách se uloží žlutý pigment (*lutein*). Vznikne tak útvar, který nazýváme žluté tělísko (*corpus luteum*). Žluté tělísko produkuje hlavně progesteron. Pokud nedojde k oplodnění uvolněného vajíčka, začne se žluté tělísko zmenšovat a vznikne z něj tělísko bílé (*corpus albicans*), které zaniká do 24 hodin a na povrchu vaječníku po něm zůstane jen drobná jizvička. Dochází tak k poklesu progesteronu a zvyšování hladin FSH a cyklus se obnovuje. (Rokyta 2016)

1.4 Endometrióza

Endometrióza je chronické zánětlivé gynekologické onemocnění, které postihuje ženy ve fertilním věku. Nejde o problém, který se týká pouze ženských reprodukčních orgánů, ale celého organismu. Je to stav, kdy se sliznice dělohy vyskytuje jinde než v děložní dutině. Průběh onemocnění je velmi individuální. Některé ženy o onemocnění nemusí vědět, má děti, nemá žádné problémy. Jiné ženy mohou mít bolesti, problémy s otěhotněním a další příznaky, které s tímto onemocněním souvisí.

Toto onemocnění má v některých ohledech podobné chování jako nádor, roste a proniká do tkáně a vytváří vzdálená ložiska. Tato ložiska reagují na hormonální změny, zejména na estrogen, střídavě narůstají a rozpadají se, v době menstruace se odlučují a krvácejí. Organismus si s těmito změnami někdy dokáže poradit a nahromaděná ložiska odbourat. Pokud se nahromaděná krev nedaří odbourat, může vést k zánětům, srůstům a cystám. Na cyklické změny je přizpůsobena pouze děloha, všude jinde může dojít při odloučení buněk k defektům, které se hojí jizvou. (Zikán, 2019)

Endometrióza patří mezi nejčastějších gynekologické onemocnění u žen v reprodukčním věku. Odhaduje se, že postihuje 10-15 % žen. Stanovení diagnózy může trvat několik let, průměrně 7,5 roku. Endometriózou bývají nejčastěji postiženy ženy ve věku 25-40 let. Toto onemocnění se může objevit před první menstruací nebo naopak po menopauze. (Drahoňovský, 2024)

1.4.1 Historie endometriózy

O příčinách a patologii endometriózy se diskutuje již od roku 1860, kdy byl poprvé detailně popsán její patologický obraz. Přestože je toto onemocnění známé více než 150 let, jeho přesný vznik a mechanismus rozvoje zůstávají dodnes neobjasněny a stanovení diagnózy bývá složité. (Hudelist, 2021)

John Albertson Sampson (1873-1946)

Termín endometrióza byl pro toto onemocnění použit poprvé Sampsonem, který v roce 1921 představil Americké společnosti svou implantační teorii. Ta vychází z předpokladu, že u některých žen dochází k takzvané retrográdní menstruaci, tedy zpětnému toku menstruační krve. (Hudelist, 2021)

Při tomto jevu se menstruační krev spolu s buňkami endometria nedostává z těla ven, ale putuje opačným směrem přes vejcovody do pánevní dutiny. Tyto buňky se pak mohou uchytit a růst v různých tkáních mimo dělohu. Jako možné příčiny tohoto zpětného toku se uvádějí například zúžení děložního hrdla nebo hypoplasie dělohy. (Keckstein, 2021)

Objev endometriózy-Karel Rokitanský(1804-1878)

První podrobný patologický popis tohoto onemocnění provedl Karel Rokitanský. Ve svém článku z roku 1860 s názvem *Uterusdruesen-Neubildungen in Uterus und Ovarial-Sarcomen* (Neoplazie děložních žláz v sarkomech dělohy a vaječnicků). Ve své práci uvedl, že se jedná o sarkomy obsahující struktury podobné děložním žlázám, které se mohou nacházet i v tkáních vaječnicků. Tyto změny podle něj mohou v některých případech vést až k tvorbě cyst. (Keckstein, 2021)

Recklingshausenova teorie a teorie Wolffova tělíska

Rokitanský se ve svém popisu zaměřil především na mikroskopické a morfologické znaky endometriózy a adenomyózy, aniž by se věnoval jejich vzniku či příčinám. Otázkou původu onemocnění se začal zabývat až o 33 let později berlínský patolog Friedrich von Recklingshausen. Ten upozornil na možnost, že tyto ložiska endometriózy mohou vznikat z pozůstatku Wolffova tělíska. (Fiala, 2021)

Podle této teorie nevzniká endometrióza až v průběhu života v souvislosti s menstruací, ale její základ je dán už během embryonálního vývoje. V tomto období se zakládají pohlavní orgány ze dvou struktur – Müllerových a Wolffových tělísek. Z Müllerových tělísek se u žen vyvíjí děloha, vejcovody a děložní sliznice, zatímco Wolffovy struktury postupně zanikají. (Hudelist, 2021)

Teorie však předpokládá, že malé zbytky Wolffových tělísek, mohou v těle přetrvávat, zejména v malé pánvi, v okolí vazů, močového měchýře, střev nebo močovodů. Wolffovy tělíska mají schopnost se později přeměnit na tkáň podobnou endometriu. Po nástupu hormonální aktivity

v organismu se mohou aktivovat a začít reagovat podobně jako děložní sliznice, čímž dochází ke vzniku ložiska endometriózy. (Keckstein, 2021)

Cullenova slizniční teorie

Kanadský patolog a gynekolog Thomas Cullen, představil v roce 1896 svou teorii vzniku endometriózy. Podle ní dochází k rozvoji onemocnění přímým prorůstáním děložní sliznice do okolních tkání. (Hudelist, 2021)

Na rozdíl od jiných hypotéz nepovažoval za pravděpodobné šíření prostřednictvím krve, lymfy ani zpětné menstruace. Domníval se, že endometrium postupně a souvisle prorůstá z dutiny děložní do její stěny a následně i do přilehlých struktur. Tímto způsobem se může dostat například do vazivové tkáně, pobřišnice nebo okolních orgánů. Endometriózu v té době popsal jako adenomyom. (Keckstein, 2021)

1.4.2 Příčiny vzniku endometriózy

Příčiny vzniku endometriózy nebyly zatím zcela objasněny a pravděpodobně se na nich podílí více faktorů současně. Jedním z nejčastěji zmiňovaných mechanismů je retrográdní menstruace, která se objevuje u velké části žen. K rozvoji onemocnění mohou přispívat také hormonální dysbalance a poruchy imunitního systému. Svou roli mohou hrát i genetické predispozice, bílá rasa, vyšší socioekonomický status či nulipararita. Mezi možné rizikové faktory se řadí také kouření, nízké BMI, užívání hormonální antikoncepce. Endometrióza má rovněž významnou dědičnou složku. Vyskytuje se v přímé linii mezi matkou a dcerou nebo mezi sestrami. Vysoký výskyt je mezi jednovaječnými dvojčaty. Genetické vlivy mohou ovlivňovat nejen samotný vznik onemocnění, ale také jeho projevy či věk prvních projevů onemocnění. (Dubová 2019)

1.4.3 Nejčastější výskyt endometriózy

Ložiska endometriózy se nejčastěji nacházejí ve vaječnicích, vejcovodech nebo v různých tkáních mimo dělohu. Do oblasti vejcovodů se mohou dostávat pravděpodobně lymfatickou cestou, případně v souvislosti s retrográdní menstruací. Jejich velikost je velmi variabilní, od drobných, téměř nepatrných ložisek, až po rozsáhlé útvary zvané endometriomy, nebo také čokoládové cysty, které obsahují starou, zahuštěnou krev. (Drahoňovský 2024)

Častým místem výskytu je dutina břišní, zejména pobřišnice nebo může z dělohy prorůstat do okolních vazů, orgánů, například do močového měchýře, močovodů, tlustého střeva, pánevní stěny. Méně často se vyskytuje ve slepém střevě (*appendix*) nebo přilehlé části tenkého střeva. Endometrióza je onemocnění, které postihuje celý organismus. Jediným orgánem, kde nebyla endometrióza zaznamenaná je srdce. (Pilka, 2017)

Významnou oblastí je prostor za dělohou, který se označuje jako Douglasův prostor. Jedná se o nejnižší položené místo dutiny břišní. Tekutina z dutiny břišní se hromadí v tomto prostoru, včetně menstruační krve při retrográdní menstruaci. Tento prostor a jeho okolí bývá nejčastěji postiženo endometriózou. Postižení Douglasova prostoru může vést ke vzniku srůstů, například mezi zadní stěnou pochvy, děložním hrdlem a konečníkem. (Procházka 2017)

Endometrióza se může objevit také v jizvě po císařském řezu, pravděpodobně v důsledku přenosu buněk děložní sliznice do břišní stěny během operace. Typicky se může projevovat bolestmi v oblasti jizvy při menstruačním cyklu. Vzácněji se může vyskytnout i v jizvě při nástřihu hráze (*Epiziotomii*). (Zikán, 2019)

Poměrně často bývá postižena i bránice, i když přesný mechanismus vzniku ložisek v této oblasti není zcela objasněn. Projevem, může být například bolest vystřelující do ramene během menstruace. Endometrióza se může objevit také v plicích, kde nemusí být odhalena a může způsobit spontánní pneumotorax u mladých žen. Ojedinele byla popsána i v nervovém systému a slezině. (Procházka, 2017)

1.4.4 Klinické příznaky

Endometrióza se může projevovat širokým spektrem klinických příznaků, přičemž jejich výskyt není u všech žen pravidlem. U části pacientek probíhá onemocnění zcela bezpříznakově a je odhalena až při vyšetření příčin neplodnosti nebo je například až při císařském řezu. Typické příznaky, však často souvisejí s menstruačním cyklem. (Dubová, 2019)

Příznaky endometriózy mají významný dopad na fyzické zdraví ženy, ale také na její psychickou pohodu a sociální fungování. Mezi charakteristické příznaky patří dlouhodobé, cyklicky se opakující bolesti v podbříšku, které se zhoršují během menstruace a bolest při pohlavním styku. Jako další příznaky se mohou objevit bolesti nohou, změny nálad, nadýmání, nevolnost, bolesti při vyprazdňování, úzkost, zácpa, únava, bolesti hlavy, bolest sedacího nervu, bolest na hrudi a vykašlávání krve (*hemoptýza*). (Drahoňovský 2024)

Bolestivá menstruace (*Dysmenorea*)

Pro endometriózu je typická takzvaná sekundární dysmenorea, tedy stav, kdy se bolestivá menstruace objeví až v průběhu života, často například po vysazení hormonální antikoncepce. Nejčastěji se tyto obtíže objevují ve věku mezi 25. – 35. rokem, i když některé ženy mohou pociťovat bolest již od první menstruace. (Pilka, 2017)

Průběh bolesti se může lišit. U některých žen se objevuje pouze během menstruace, zatímco u jiných začíná již několik dní před nástupem a přetrvává i po jejím skončení. Zpravidla jsou menstruační bolesti nejsilnější první dva až tři dny při menstruaci. Bolest se nejčastěji vyskytuje v podbříšku nebo na jednotlivých stranách, bolest může vystřelovat až do konečníku, do křížové či bederní oblasti nebo do dolních končetin. (Dubová, 2019)

Bolesti při pohlavním styku (*Dyspareunie*)

Vyskytuje se zhruba u poloviny žen s endometriózou. Rozlišuje se bolest lokalizovaná v oblasti poševního vchodu a takzvaná hluboká dyspareunie. Která je pro endometriózu obzvláště typická. Hluboká dyspareunie je pravděpodobně způsobená mechanickým drážděním ložisek endometriózy a napětím či tahem postižených vazových struktur v malé pánvi. Tento typ obtíží může výrazně ovlivňovat kvalitu sexuálního života i celkovou psychickou pohodu ženy. (Tomeš, 2019)

Bolest při vyprazdňování

Bolest při vyprazdňování, zejména při odchodu stolice, se u žen s endometriózou objevuje nejčastěji v období menstruace. Tyto potíže souvisejí s postižením struktur v oblasti malé pánve, především v blízkosti konečníku, a mohou být výrazně nepříjemné až limitující v běžném fungování. (Drahoňovský 2024)

Chronická pánevní bolest

Chronická pánevní bolest se obvykle objevuje u dlouhodobě probíhající endometriózy. Postupně může docházet k tomu, že bolest není vázaná pouze na menstruační cyklus, ale přetrvává i mimo něj a může být přítomna v průběhu celého měsíce. O chronické pánevní bolesti hovoříme tehdy, pokud obtíže trvají nepřetržitě alespoň šest měsíců. Tento stav může mít výrazný dopad na každodenní fungování ženy i na její kvalitu života. (Fiala, 2021)

Potíže s otěhotněním

Endometrióza nepříznivě ovlivňuje reprodukční schopnosti ženy. Přirozené početí, ale není zcela nemožné, pouze snižuje pravděpodobnost uchycení vajíčka. Je zde vyšší riziko spontánního potratu nebo mimoděložního těhotenství. Lékaři se při této diagnóze nejčastěji přiklánějí k asistované reprodukci. Endometrióza může komplikovat otěhotnění hlavně díky srůstům a deformitám v anatomii pánve. Může vzniknout vysoké množství zánětlivých látek v dutině břišní. Endometrióza může poškodit vaječníky. Endometrium u žen může mít sníženou schopnost přijmout embryo. (Zikán, 2019)

1.4.5 Rozdělení endometriózy

Rozlišujeme 4 základní formy endometriózy. Často se vyskytují společně, je proto důležité při diagnostice cílit na všechny čtyři typy. Každá forma má jiné příznaky, důsledky a často se liší postupy při léčbě a diagnostice. (Drahoňovský 2024)

Povrchová (peritoneální) endometrióza

Peritoneální endometrióza je charakterizovaná výskytem drobných ložisek na pobřišnici. Tato ložiska dosahují velikosti zpravidla do 1 milimetru a jsou rozmístěná po celé břišní dutině, především však v oblasti malé pánve. Vzhledem ke své velikosti nejsou tato ložiska hmatná ani je nelze spolehlivě zobrazit pomocí běžných zobrazovacích metod, jako je ultrazvuk nebo magnetická rezonance. Diagnóza se proto obvykle stanovuje až na základě přímého zobrazení při operaci, nejčastěji během laparoskopické vyšetření. (Fiala, 2021)

Hluboká endometrióza

Hluboká endometrióza, označovaná také jako hluboká infiltrující endometrióza (DIE), je charakterizovaná výskytem ložisek, které pronikají více než 5 milimetrů a prorůstají do okolní tkáně a orgánů. Tato ložiska brání přirozené pohyblivosti pobřišnice, a mohou prorůst do močového měchýře, střeva nebo pánevní stěny. U některých pacientek lze uzly hluboké endometriózy zachytit při gynekologickém vyšetření, pohmatem. Toto onemocnění však bývá

často dlouhou dobu nedignostikováno, protože jsou jeho projevy nenápadné a nespecifické. (Lenz, 2021)

Ovariální endometrióza

Na vaječnicích se mohou vytvářet takzvané čokoládové cysty. Nejčastěji postihují ovariální kůru a jejich velikost se může pohybovat od 1 centimetru až po více než 10 centimetrů. Tyto cysty bývají většinou hmatné a dobře viditelné při ultrazvukovém vyšetření, což umožňuje jejich brzké odhalení. Ovariální forma endometriózy se navíc poměrně často vyskytuje současně s hlubokou infiltrující endometriózou. S tímto typem onemocnění jsou často spojeny i zánětlivé regresivní změny v tkáních a vznik vazivových ložisek a srůstů (*adhezí*), které mohou dále zhoršovat klinický stav pacientky. (Lenz, 2021)

Adenomyóza

Adenomyóza představuje specifickou formu endometriózy, která postihuje tělo děložní, které je tvořeno hladkou svalovinou. Při tomto onemocnění dochází k pronikání buněk děložní sliznice z dutiny do svaloviny děložní stěny, což vede k jejímu narušení a následným vazivovým změnám. Postižená oblast dělohy, se může zvětšovat a projevovat asymetrií mezi přední a zadní stěnou děložní. K diagnostice se nejčastěji využívá ultrazvuk. Rozlišují se dva základní typy adenomyózy, fokální, která postihuje pouze ohraničenou část děložní svaloviny a difúzní, při níž je zasažena větší část nebo celá děloha, která se může celkově zvětšovat. (Fiala, 2021)

1.4.6 Diagnostika

Endometrióza bývá často odhalena při vyšetřování chronické pánevní bolesti, poruch menstruačního cyklu, nepravidelného krvácení, neplodnosti nebo i během preventivní gynekologické prohlídky. V těchto situacích se žena obrací na svého gynekologa, který by měl odebrat podrobnou anamnézu a následně provést gynekologické a ultrazvukové vyšetření. (Dubová, 2019)

V některých případech lze přítomnost endometriózy zjistit již ambulantně. Jindy lékař vysloví pouze podezření a odešle pacientku do specializovaných center, které se diagnostikou a léčbou tohoto onemocnění zabývají. Endometrióza může být také náhodně odhalena během jiných gynekologických operací. (Drahoňovský 2024)

Rozlišují se 4 základní formy endometriózy. Každá z forem, však vyžaduje odlišný diagnostický přístup, například povrchová endometrióza není obvykle zobrazitelná pomocí ultrazvuku ani magnetické rezonance, zatímco hluboká endometrióza nebo adenomyóza nemusí být patrná při laparoskopii. (Pilka, 2017)

Mezi klíčové diagnostické metody patří především pečlivě odebraná anamnéza, gynekologické vyšetření, specializované ultrazvukové vyšetření, magnetická rezonance či laparoskopie. Součástí vyšetření může být také klasické vaginální vyšetření a vyšetření per rectum. (Endotalks, 2021)

Anamnéza

Anamnéza představuje souhrn informací, které získává lékař od ženy o jejím dosavadním zdravotním stavu. Zahrnuje prodělaná onemocnění v dětství i dospělosti, předchozí operace, užívané léky, případné alergie a také rodinou anamnézu, protože endometrióza je často dědičné onemocnění. Správně odebraná anamnéza je klíčová pro plánování dalšího diagnostického a léčebného postupu. (Pilka, 2017)

Gynekologická anamnéza se zaměřuje zejména na menstruační cyklus ženy, na jeho délku, pravidelnost a bolestivost menstruace, zahrnuje také informace o první menstruaci. Dále se sledují proběhlá gynekologická onemocnění, počet a průběh těhotenství, porody, potraty, váha a pohlaví narozených dětí. (Procházka, 2017)

Velmi důležitou součástí anamnézy je cílené dotazování na současné obtíže. Lékař by se měl aktivně ptát na příznaky endometriózy, protože si žena nemusí spojit všechny příznaky s tímto onemocněním. Dotazy se týkají délky a trvání obtíží, jejich charakteru, intenzity a frekvence výskytu. Součástí rozhovoru jsou také otázky na poruchy menstruačního cyklu a snahu o početí či případné plány na budoucí početí. Díky těmto informacím může lékař stanovit správnou léčbu. (Drahoňovský 2024)

Fyzikální gynekologické vyšetření

Dříve bylo fyzikální gynekologické vyšetření hlavní metodou pro odhalení hluboké endometriózy. Dnes sice existují spolehlivé zobrazovací metody, nicméně fyzikální vyšetření zůstává v některých případech nenahraditelné. Při vyšetření v gynekologických zrcadlech se lékař zaměřuje na zadní klenbu poševní, kde lze pozorovat ložiska endometriózy prorůstající z břišní dutiny do pochvy. Palpační vyšetření umožňuje posoudit velikost a pohyblivost dělohy a zároveň přesně lokalizovat bolestivá místa. Fyzikální vyšetření často doplňuje vyšetření per rectum. (Zikán, 2019)

Zobrazovací metody

Nejspolehlivější metodou při diagnostice endometriózy je transvaginální ultrazvuk a magnetická rezonance. Obě tyto metody jsou při správném použití jsou přesné a spolehlivé, přesto se liší v dostupnosti a specifických možnostech zobrazení. (Pilka, 2017)

Transvaginální ultrazvuk je dobře dostupný, levný a umožňuje dynamické zobrazení orgánů a tkání. Dokáže odhalit přítomnost srůstů a je spolehlivý při diagnostice ovariální endometriózy. Doplnujícím vyšetřením je ultrazvuk ledvin, který se provádí vždy při podezření na hlubokou endometriózu, aby bylo možné včasné odhalení poškození ledvin. (Zikán, 2019)

Magnetická rezonance je dražší a méně dostupná, ale umožňuje zobrazení i vzdálenějších orgánů, mimo oblast malé pánve. Používá se zejména tehdy, pokud je podezření na postižení střev, močového měchýře, močovodu, pánevní stěny nebo nervů. Tato metoda umožňuje komplexní posouzení rozsahu onemocnění a jeho vztahů k okolním strukturám. (Drahoňovský 2024)

Laboratorní vyšetření

U žen s endometriózou bývá v séru často zvýšená hladina onkomarkeru CA125. Tento marker však není specifický pro endometriózu, nýbrž pro nádor na vaječnicích, takže nemusí být vždy přítomný u pacientek s endometriózou. Hodnota CA125 bývá častěji zvýšena při přítomnosti čokoládových cyst spojené s ovariální endometriózou nebo u pokročilejších forem onemocnění. Pro diagnostiku mají sérové hladiny malou citlivost, ale jsou užitečné pro sledování účinnosti léčby. Je důležité si uvědomit, že normalizace hladiny CA125 během léčby neznamena úplné vyléčení onemocnění. (Pilka, 2017)

Invazivní diagnostika

Laparoskopie je operační metoda, prováděná v celkové anestezii a je považovaná za primární diagnostickou metodu endometriózy. Během výkonu se do dutiny břišní zavádí tenký optický přístroj, který umožňuje přímou vizualizaci pobřišnice a vnitřních orgánů. Laparoskopie má dvě důležité funkce, diagnostickou a léčebnou, umožňuje odebrání histologického vzorku. Jedině touto metodou lze spolehlivě potvrdit nebo vyvrátit přítomnost drobných ložisek endometriózy, která nejsou zobrazitelná jinými metodami. (Procházka, 2017)

Hysteroskopie je endoskopické vyšetření, které umožňuje vizualizovat dutinu děložní. Používá se zejména pro vyšetření neplodnosti nebo při podezření na přítomnost myomů či polypů. (Drahoňovský 2024)

Cystoskopie je doplňující endoskopická metoda pro zobrazení dutiny močového měchýře. V kontextu endometriózy je užitečná při diagnostice hluboké endometriózy, která prorůstá do močového měchýře, protože umožňuje přesně posoudit velikost a umístění ložiska. (Dubová, 2019)

Biopsie znamená odběr vzorku tkáně, pro histologické vyšetření. Často až histologické vyšetření určí přesný charakter onemocnění a potvrzuje diagnózu endometriózy. (Procházka, 2017)

1.4.7 Klasifikace

Klasifikace Americké společnosti reprodukční medicíny (ASRM)

Tento bodovací systém je v současnosti nejrozšířenější. Hodnocení vychází z počtu, velikosti a umístění ložisek endometriózy. Systém je vhodný zejména pro zaznamenávání nálezů při laparoskopii a dělí onemocnění do 4 skupin podle závažnosti a rozsahu onemocnění. (Pilka, 2017)

Eziánská klasifikace

Původně používána ve střední Evropě, dnes využívaná již celosvětově. Pro hodnocení onemocnění se používá systém písmen P, O, T, A, B, C a čísel 1 až 3. Písmena označují orgány nebo místa, která jsou postižena endometriózou a k nim se přiřazují čísla, která označují rozsah onemocnění v daném orgánu. P označuje pobřišnici (*peritoneum*) a čísla označují rozsah ložisek až nad 7 centimetrů. O je označení pro vaječníky (*ovaria*), T pro vejcovody (tuby). Písmena A, B,

C označují hlubokou endometriózu. A je postižení pochvy, B postranních tkání mezi dělohou a pánevní stěnou, C je postižení střeva. I když se tento systém zdá složitý, pro lékaře je velmi přehledný a dokáže si díky tomu představit rozsah onemocnění. Díky této klasifikaci se dají i velmi dobře plánovat operační výkony. (Procházka, 2017)

Endometriosis Fertility Index (EFI)

Tento systém kombinuje gynekologickou anamnézu (počet těhotenství, neplodnost, věk, rodinnou anamnézu) s operačním nálezem. Na základě této kombinace se stanoví skóre od 1 do 10, které odhaduje pravděpodobnost spontánního početí po operaci. Například žena s EFI 10 má pravděpodobnost spontánního otěhotnění 75 %, ale žena, která má EFI 1 má pravděpodobnost pouze pod 10 %. (Zikán, 2017)

1.4.8 Léčba

Endometrióza je chronické, zánětlivé onemocnění, které obvykle nepředstavuje přímé ohrožení života ženy. Vzhledem k tomu, že postihuje převážně mladé ženy, je při léčbě důležité zachovat plodnost. Cílem terapie je především zmírnit subjektivní potíže, zlepšit kvalitu života a v případě plánovaného těhotenství obnovit či udržet reprodukční schopnosti. Léčba se vždy přizpůsobuje individuálně podle rozsahu a charakteru onemocnění. (Hudeček, 2021)

Hlavním klíčem k úspěšné léčbě endometriózy je správná diagnostika. Základem je návštěva gynekologa, doplněná ultrazukovým vyšetřením. Konečné potvrzení diagnózy obvykle probíhá prostřednictvím laparoskopie a histologického vyšetření. (Pilka, 2017)

Neexistuje žádná léčba, která by dokázala endometriózu plně vyléčit. Léčba se proto soustředí na dva hlavní cíle, a to na zmírnění bolesti a neplodnost. Mezi léčbu se řadí symptomatická léčba bolesti, hormonální, operační léčba a umělé oplodnění. Jako další léčba může být využita fyzioterapie, tradiční čínská a bylinná medicína, jóga nebo transkutánní nervová elektrostimulace (TENS). V některých případech je vhodné ženě doporučit psychologa, sexuologa nebo ambulance léčby bolesti. Žena si může například vyhledat podpůrné skupiny na sociálních sítích. (Drahoňovský, 2024)

1.4.8.1 Hormonální léčba

Hormonální léčba endometriózy neodstraňuje samotná ložiska ani příčinu onemocnění, ale tlumí jejich aktivitu a může zpomalit progresi nemoci. Je velmi účinná při zmírňování příznaků, zejména bolesti, nepravidelného krvácení a trávících obtíží. Naopak však není vhodná pro léčbu neplodnosti, protože často působí antikoncepčně. Hormonální terapie má také potenciační nežádoucí účinky a není vhodná pro všechny ženy. (Hudeček, 2021)

Účinnost hormonální léčby v redukci bolesti se pohybuje mezi 80-90%. Princip léčby spočívá v potlačení aktivity ložisek endometriózy, prostřednictvím vytvoření umělého stavu těhotenství nebo menopauzy, takzvané psoudogravidity nebo psoudomenopauzy. U psoudogravidity, žena nemá menstruaci, ale má normální hladiny, ženských pohlavních hormonů. U pseudomenopauzy je naopak stav, kdy tyto hormony klesají, což může znamenat ztrátu menstruace a typické příznaky menopauzy, jako jsou návaly horka, noční pocení, migrény, nespavost. (Pilka, 2017)

Gestageny

Gestageny jsou synteticky vyrobené hormony, které napodobují účinky přirozeného progesteronu. Progesteron se v těle vytváří ve žlutém tělísku a má klíčovou roli při zastavení růstu děložní sliznice pod vlivem estrogenů a přípravě sliznice na případné těhotenství. Gestageny působí proti účinkům estrogenů, obvykle se užívají kontinuálně a mohou vést ke ztrátě menstruace. Mezi běžně používané léky, patří například dienogest, norethisteron acetát. Gestageny mají také své vedlejší účinky, jako poruchy krvácení, změny nálad, otoky, deprese, zadržování tekutin v těle a zvýšení hmotnosti. (Drahoňovský 2024)

Kombinovaná hormonální antikoncepce (HAK)

Jedná se o dvojsložkový preparát, který obsahuje gestagen a estrogen. Samotný estrogen může zhoršovat příznaky endometriózy, proto se vždy podává společně s gestagenem, který jeho účinky tlumí. Přidání estrogenu zároveň snižuje riziko některých nežádoucích účinků, které mohou nastat při užívání samotného gestagenu. Tento typ léčby je vhodný pro dlouhodobé užívání a pomáhá zmírňovat symptomy endometriózy, zejména bolesti a nepravidelné krvácení. Je však důležité poznamenat, že žádný z přípravků hormonální antikoncepce není oficiálně registrován jako léčba endometriózy, a proto jeho použití není hrazeno pojišťovnou. (Procházka, 2017)

Analoga GnRH

Analoga GnRH jsou léky, které blokují vylučování gonadoliberinu neboli GnRH (*gonadotropin releasing hormone*) z hypotalamu. GnRH normálně stimuluje sekreci ženských pohlavních hormonů ve vaječnících, a tím řídí menstruační cyklus. Podáváním analog dochází k dočasnému zastavení produkce hormonů ve vaječnících, což vede k umělému stavu menopauzy. Tento stav je vratný, po ukončení léčby se funkce vaječnicku opět obnoví. Protože léčba může být pro ženy velmi obtížně snesitelná, často se kombinuje s gestagenovými preparáty, které zmírňují nežádoucí účinky. Doporučuje se, aby doba užívání analog GnRH nepřekročila 6 měsíců. (Hudeček, 2021)

1.4.8.2 Medikamentózní léčba

Možnosti medikamentózní léčby endometriózy jsou omezené a obvykle slouží spíše ke zmírnění příznaků než k odstranění samotného onemocnění. Léky se používají zejména k úlevě od bolesti nebo jako předoperační příprava. U pacientek, které v nejbližší době neplánují těhotenství, lze nasadit například hormonální antikoncepci, Danazol nebo gestageny. Hlavním cílem těchto léků je snížení bolesti, zmírnění menstruačních obtíží a zpomalení aktivity ložisek endometriózy. (Pilka, 2017)

1.4.8.3 Chirurgická léčba

Zvyšuje pravděpodobnost spontánního početí. Stejně jako každý operační zákrok nese svá rizika, u lehčích forem endometriózy jsou tato rizika minimální, zatímco endometrióza, která postihuje střevo a močový měchýř, mohou být komplikace závažnější. U pacientek s neplodností je nejúčinnější kombinace asistované reprodukce a chirurgické léčby, což výrazně zvyšuje šanci na spontánní těhotenství. (Dubová, 2019)

Konzervativní operace

Cíl této operace je odstranění viditelných ložisek endometriózy a srůstů, které jsou zdrojem bolesti a mohou narušovat transport vajíčka. Nejvhodnější operační metodou je laparoskopie, která umožňuje precizní odstranění ložisek s minimálním poškozením okolních tkání. U pacientek s mírnějším průběhem onemocnění se po operačním zákroku často podávají GnRH analoga, danazol, medroxyprogesteron. Tyto léky zmírňují bolest a snižují riziko recidivy, aniž by měly negativní vliv na plodnost. (Drahoňovský, 2024)

Semikonzervativní operace

Tato operace je vhodná pro ženy, které neplánují těhotenství. Během zákroku se provádí hysterektomie spolu s cytoredukcí pánevní endometriózy, tedy odstranění viditelných ložisek a srůstu v pánvi. Pokud při hysterektomii zůstanou zachovány vaječníky, zůstává přítomna hormonální aktivita, která ale zvyšuje riziko recidivy onemocnění. (Pilka, 2017)

Radikální operace

Provádí se hysterektomie spolu s odstraněním obou vaječnicků a současně uvolňuje srůsty v pánevní oblasti. Tento přístup výrazně snižuje hormonální stimulaci ložisek endometriózy, a proto je recidiva poměrně nízká, přibližně 15%. Po výkonu mohou být ženám krátkodobě podávány estrogeny, například pro zmírnění příznaků náhle hormonální ztráty nebo prevence osteoporózy, vždy však pod lékařským dohledem. (Procházka, 2017)

1.4.8.4 Léčba bolesti

Léčba endometriózy obvykle spočívá v chirurgickém odstranění ložisek, nejčastěji pomocí laparoskopie nebo v podání hormonální léčby. Kromě těchto základních postupů lze využít také doplňkové metody, jako je symptomatická léčba, která je zaměřena především na tlumení bolesti, a to zejména podáváním analgetik. Nejčastěji se využívají nesteroidní antiflogistika, například ibuprofen, diclofenac, nimesulid. Tato léčiva je vhodné užívat ještě před plným rozvojem bolesti, ideálně pouze v období menstruace, a to s ohledem na jejich možné nežádoucí účinky. V případě nedostatečného efektu základní analgetické terapie může být pacientka odeslána do specializovaných center pro léčbu bolesti. Mezi další možnosti léčby patří fyzioterapie, tradiční čínská medicína nebo úprava stravovacích návyků. (Dubová, 2019)

1.4.8.5 Léčba peritoneální endometriózy

Léčba peritoneální endometriózy se odvíjí především od intenzity obtíží pacientky. Povrchová forma endometriózy je považována za nejméně závažnou formou onemocnění, avšak může být spojena s výraznými bolestmi. V řadě případů není nutná aktivní léčba, jelikož tato forma obvykle nepředstavuje významné zdravotní riziko. Diagnózu je možné spolehlivě stanovit pouze pomocí laparoskopie. V případě přítomnosti bolesti se jako účinná terapeutická možnost uplatňuje hormonální léčba. Ke zmírnění obtíží lze rovněž využít doplňkové a alternativní přístupy, které mohou přispět ke zlepšení kvality života pacientky. (Drahoňovský, 2024)

1.4.8.6 Léčba hluboké endometriózy

Hluboká endometrióza představuje nejzávažnější formu onemocnění, a to především z hlediska intenzity bolesti a rizika komplikací. V případě, že onemocnění nezpůsobuje klinické obtíže, není obvykle nutná aktivní léčba, měla by být pouze sledovaná gynekologem. Součástí těchto kontrol by mělo být i ultrazvukové vyšetření ledvin, vzhledem k možnému poškození močových cest. Pokud se u pacientky objevují bolesti, je první volbou hormonální terapie, a to za předpokladu, že žena neusiluje o graviditu nebo nejsou přítomny kontraindikace k této léčbě. Konzervativní přístup lze dále doplnit o podpůrné metody, jako je fyzioterapie nebo čínská medicína. V případě, že konzervativní léčba není dostatečná, indikuje se chirurgická léčba. Cílem operační léčby je kompletní odstranění ložisek endometriózy. S touto formou onemocnění je zároveň spojeno zvýšené riziko neplodnosti. (Hudeček, 2021)

1.4.8.7 Léčba ovariální endometriózy

Ovariální endometrióza představuje specifickou formu endometriózy, u níž neexistuje ideální léčba, zejména u žen plánující těhotenství. U pacientek, které neplánují otěhotnět, bývá volba léčby zpravidla méně komplikovaná. Cysty vznikají invaginací kůry vaječnicků do jeho vnitřku, přičemž jejich výstelku tvoří původní ovariální tkáň. Z tohoto důvodu dochází při chirurgickém odstranění cyst současně k úbytku funkční tkáně vaječnicku, což může negativně ovlivnit schopnost tvořit vlastní oocyty. Proto by měl být chirurgický přístup volen uvážlivě, s důrazem na maximální šetrnost a minimalizaci počtu zákroků. V některých případech může být nutné přistoupit až k odstranění obou vaječnicků. Ovariální endometrióza je zároveň spojena s vysokým rizikem recidivy, proto se ke snížení tohoto rizika doporučuje následná hormonální léčba. S ohledem na možné snížení plodnosti se ženám doporučuje včasné zamražení vlastních vajíček. (Hudeček, 2021)

1.4.8.8 Alternativní léčba endometriózy

Fyzioterapie

Endometrióza je často spojena se vznikem srůstů, které ovlivňují napětí okolních tkání a omezení pohyblivosti vnitřních orgánů. Zvýšené napětí se může přenášet i na pohybový aparát, zejména pokud jsou již přítomny funkční dysbalance. Ty se mohou projevovat například kloubními blokádami či změnami svalového napětí, což může vést k dalšímu zhoršení bolesti. Během menstruace dochází vlivem děložních kontrakcí k zatížení okolních vazivových struktur, zejména těch, které směřují ke kosti křížové, a to může vést ke zvýšenému napětí v oblasti bederní páteře a kříže, klinicky se projevuje bolestmi v těchto oblastech. Fyzioterapie může významně přispět ke zmírnění obtíží, zejména prostřednictvím uvolnění přetížených struktur v bederní oblasti. Fyzioterapeuti využívají manuální techniky zaměřené na uvolnění měkkých tkání a odstranění kloubních blokády. Součástí terapie je také edukace pacientky, která zahrnuje nácvik šetrných cviků vedoucích ke zmírnění akutních obtíží a korekcí pohybových dysbalancí. V některých případech jsou využívány specializované přístupy, jako je viscerální manipulace, neurální manipulace či kraniosakrální terapie, která cílí na hluboko uložené napětí v organismu. Fyzioterapie se uplatňuje nejen při dysmenoree a chronické pánevní bolesti, ale také při bolestech spojených s vyprazdňováním či s bolestivým pohlavním stykem. Může být rovněž podpůrnou metodou při snaze otěhotnět. Důležitou roli hraje fyzioterapie také v pooperační

péči, kde napomáhá hojení tkání a obnově funkce. Mezi používané techniky patří koncept Spiraldynamik, koncept Dynamické neuromuskulární stabilizace dle Koláře nebo cviky Ludmily Mojžíšové. (Chuchutová, 2024)

Tradiční čínská medicína

Tradiční čínská medicína je komplexní léčebný systém zaměřený na obnovení rovnováhy v organismu, prostřednictvím různých terapeutických metod, mezi které patří například akupunktura, bylinná léčba, pohybová cvičení či baňkování. Může přispět k úpravě menstruačního cyklu, redukcí projevů premenstruačního syndromu (PMS) a snížení bolestivosti v průběhu cyklu. Současně může ovlivnit délku cyklu i intenzitu menstruačního krvácení a sloužit jako podpůrná metoda při asistované reprodukci, těhotenství a porodu. Akupunktura je jedna z nejdéle používaných léčebných metod, jejíž historie sahá tisíce let nazpět a která se neustále se rozvíjí. Princip spočívá v aplikaci tenkých kovových jehel do specifických bodů na těle. Podle tradiční čínské medicíny proudí v organismu životní energie, prostřednictvím drah označovaných jako meridiány. Stimulace těchto bodů může ovlivnit tok energie a přispět ke zmírnění či odstranění příznaků onemocnění. (Dohnalová, 2024)

Bylinná medicína

Bylinná medicína, označována také jako fototerapie, představuje součást alternativní medicíny. V rámci péče o ženu může přispět ke zmírnění různorodých obtíží, jako jsou bolest, trávicí obtíže, migrény, úzkost či deprese. Fototerapie je individuální léčebný přístup, který vyžaduje komplexní posouzení zdravotního stavu ženy. Z tohoto důvodu je nezbytné důkladné zhodnocení anamnézy, a to s ohledem na bezpečnost zvolených bylinných přípravků. (Tuatti, 2024)

1.5 Neplodnost

Endometrióza patří mezi časté příčiny ženské neplodnosti. Míra rizika neplodnosti se však liší v závislosti na typu a závažnosti onemocnění. Nejnižší riziko je spojeno s povrchovou formou endometriózy, která obvykle neovlivňuje funkci vaječníků ani průchodnost vejcovodů. Naopak nejvyšší riziko neplodnosti je pozorováno u žen s pokročilou ovariální endometriózou a adenomyózou. K odhadu pravděpodobnosti spontánního početí se využívá takzvaný Endometriosis Fertility Index, který se stanovuje na základě nálezu při operačním výkonu. Tento index zohledňuje rozsah onemocnění i stav reprodukčních orgánů. Zásadní význam má včasné zahájení léčby, jelikož s rostoucím věkem ženy dochází k přirozenému poklesu plodnosti, což negativně ovlivňuje, jak možnost spontánního početí, tak i úspěšnost metod asistované reprodukce. (Drahoňovský, 2024)

IVF (In vitro fertilizace)

Patří mezi významné možnosti léčby neplodnosti u žen, které trpí endometriózou. K této metodě se přistupuje zejména v případech, kdy není možné dosáhnout přirozeného početí nebo byly vyčerpány jiné terapeutické postupy. Endometrióza může negativně ovlivňovat plodnost prostřednictvím několika mechanismů, vznikem srůstů a přítomnosti chronického zánětu mohou narušovat anatomické poměry v malé pánvi a zhoršovat funkci reprodukčních

orgánů. Zánětlivé prostředí zároveň může nepříznivě ovlivnit kvalitu vajíček. Endometrióza může také poškozovat sliznici dělohy a tím snižovat schopnost uhnízdění embrya. (Pilka, 2017)

1.6 Endometrióza a její dopad na kvalitu života žen

Endometrióza je chronické onemocnění, které může ovlivňovat kvalitu života žen v mnoha oblastech. Onemocnění je spojeno s chronickou bolestí, poruchami menstruačního cyklu, zažívací obtíže a poruchy plodnosti. Tyto projevy mohou mít dopad nejen na fyzické zdraví, psychickou pohodu, ale i sociální, rodinné, partnerské vztahy a pracovní život. (Drahoňovský, 2024)

Jeden z hlavních faktorů, které ovlivňují kvalitu života žen s endometriózou je bolest, která se projevuje jako silná menstruační bolest (dysmenorea), chronická pánevní bolest, bolest při pohlavním styku (dyspareunie) nebo bolest při vyprazdňování. Některé ženy to ovlivňuje natolik, že nezvládají běžné denní činnosti, své zaměstnání i společenský život. Chronická bolest může vést k únavě a snížení fyzické výkonnosti a dlouhodobému stresu. (Dubnová, 2017)

Endometrióza ovlivňuje i partnerské a sexuální vztahy. Bolest při pohlavním styku může vést ke snížení sexuální aktivity, obavám z intimity a napětí ve vztahu. Některé ženy mohou pociťovat snížení sebevědomí nebo mít obavu z nepochopení. (Chváta, 2021)

Onemocnění může mít také dopad na reprodukční zdraví ženy. U některých forem onemocnění je vysoké riziko neplodnosti. Neschopnost otěhotnět může představovat významnou psychickou zátěž. Proces diagnostiky a léčby neplodnosti může být dlouhodobý a emočně náročný. (Dubnová, 2019)

Dopad má endometrióza také na pracovní a sociální život. Silné bolesti a další příznaky mohou vést k častým absencím v zaměstnání. Některé ženy musí upravit svůj pracovní režim nebo omezit karierní ambice. Onemocnění může ovlivňovat účast na volnočasových aktivitách a společenském životě, to může vést k pocitu izolace. (Fiala, 2021)

Endometrióza tedy není pouze gynekologickým onemocněním, ale komplexním zdravotním problémem, který ovlivňuje život žen. Proto je důležitá mezioborová spolupráce. Včasná diagnostika, adekvátní léčba. Podpora ze strany zdravotnických pracovníků i blízkého okolí může významně přispět ke zmírnění negativních dopadů onemocnění na každodenní život žen. (Drahoňovský 2024)

1.7 Role porodní asistentky

Porodní asistentka hraje důležitou roli při péči o ženu s endometriózou, zejména v oblasti edukace, podpory a prevence zhoršování kvality života. Jelikož je endometrióza chronické onemocnění, které významně ovlivňuje fyzické, psychické i sociální aspekty, je komplexní a individuální přístup porodních asistentek zásadní. (Drahoňovský, 2024)

Jednou z hlavních rolí je edukace žen o onemocnění. Porodní asistentka může ženě poskytovat informace o příznacích, léčbě, významu pravidelných gynekologických kontrol a o způsobech zmírnění některých obtíží. Edukace může také zahrnovat informace o zdravém životním stylu, vhodné fyzické aktivitě, zvládání stresu nebo možnosti nefarmakologického tlumení bolesti. (Roztočil, 2021)

Další velmi významnou rolí je psychická podpora ženy zvládat bolest a další symptomy spojené s endometriózou. Může poskytovat rady ohledně relaxačních technik, vhodného cvičení nebo úpravy denního režimu. (Lenz, 2021)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl bakalářské práce je zhodnotit vliv endometriózy na kvalitu života žen v reprodukčním věku 20-40 let.

2.1.1 Výzkumné otázky

1. Jak ženy s endometriózou vnímají vliv tohoto onemocnění na své fyzické a psychické zdraví?
2. Jaké jsou zkušenosti žen s léčbou endometriózy a jak tuto léčbu hodnotí?
3. Jakým způsobem ovlivňuje endometrióza partnerský, sociální a pracovní život žen?
4. Jak ženy s endometriózou vnímají vliv tohoto onemocnění na těhotenství a mateřství?

2.2 Metodika výzkumu

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, konkrétně sběr dat prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Respondentky odpovídaly na předem připravené otázky, přičemž struktura rozhovoru umožňovala jejich doplnění o individuální osobních zkušeností. Rozhovory byly realizovány online formou. Celkem bylo respondentkám položeno 35 otázek, které byly tematicky rozděleny do osmi oblastí. První kategorie byla zaměřena na obecné informace. Druhá oblast se týkala diagnostiky a léčby. Třetí oblast byla věnována fyzickým dopadům onemocnění, čtvrtá psychickým a emocionálním aspektům. Pátá oblast se zaměřovala na partnerský život, šestá na problematiku těhotenství a mateřství. Sedmá oblast zkoumala vliv onemocnění na sociální a pracovní život a poslední, osmá oblast, obsahovala závěrečné otázky. Otázky byly formulovány tak, aby pokrývaly zkoumanou problematiku a umožnily naplnění stanoveného cíle práce, kterým je zhodnocení vlivu endometriózy na kvalitu života žen v reprodukčním věku. V průběhu rozhovorů byly odpovědi zaznamenávány pomocí diktafonu v mobilním telefonu, a to na základě předem uděleného ústního souhlasu respondentek. Současně byl kladen důraz na zachování anonymity a důvěrnosti získaných dat.

2.3 Charakteristika respondentek

Respondentky byly vyhledávány účelovým výběrem. Kritériem pro zařazení do výzkumu bylo, že se jednalo o ženy ve věku 20-40 let, které mají diagnostikovanou endometriózu nebo s tímto onemocněním mají osobní zkušenost.

Návrh na účast ve výzkumu byl sdílen prostřednictvím sociálních sítí a dále distribuován pomocí takzvané metody „snowball“, kdy oslovené respondentky nebo jejich známé doporučovaly další vhodné účastnice, které splňovaly stanovená kritéria. Tento způsob byl zvolen s ohledem na specifickou cílovou skupinou a snahu získat respondentky s relevantními zkušenostmi s daným onemocněním.

Respondentky jsou různého sociálního a pracovního statusu, což umožňuje zachytit širší spektrum zkušeností s vlivem endometriózy na kvalitu života. Důraz byl kladen na ochotu respondentek otevřeně sdílet své zkušenosti a prožívání spojené s onemocněním.

Účast ve výzkumu byla dobrovolná a anonymní. Respondentky byly předem informovány o cíli výzkumu a způsobu nakládání s jejich daty. Byl dodržen etický princip ochrany osobních údajů a důvěrných získaných informací.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno v období od listopadu 2025 do března 2026. Účast respondentek na výzkumu byla dobrovolná a byla podmíněná jejich informovaným souhlasem, který byl získán ústní formou. Před zahájením samotných rozhovorů jsem představila sebe a samotný cíl i záměr bakalářské práce. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí respondentek, což přispělo k vytvoření bezpečné a důvěrné atmosféry. Ke každé respondentce byl uplatňován individuální přístup s ohledem na citlivost zkoumaného tématu, přičemž některé otázky se dotýkaly osobních a intimních oblastí jejich života. Všechny rozhovory byly se souhlasem respondentek zaznamenávány pomocí diktafonu. Respondentky byly zároveň informovány o tom, že získaná data budou sloužit výhradně pro účely této bakalářské práce a budou zpracovány anonymně, v souladu s etickými principy výzkumu.

2.5 Zpracování získaných dat

Každý rozhovor byl nahráván na diktafon, aby mohly být odpovědi později zpracovány textovém procesoru Microsoft Office Word. Výsledky výzkumu pro lepší přehlednost jsou seskupeny do tabulek a grafů.

2.6 Výsledky výzkumného šetření

Tato kapitola se věnuje výsledkům výzkumné části, jsou zde doplněny i komentáře.

Otázka č. 1 Kolik je Vám let?

	Věk respondentek
Respondentka 1	31
Respondentka 2	32
Respondentka 3	27
Respondentka 4	29
Respondentka 5	22
Respondentka 6	28
Respondentka 7	26
Respondentka 8	25
Respondentka 9	31
Respondentka 10	29

Tabulka 1 Věk respondentek

Tato otázka se zaměřovala na věk respondentek. Z celkového počtu 10 respondentek byly dvě ve věku 31 let a dvě ve věku 29 let. Zbývající respondentky byly ve věku 32, 27, 22, 28, 26 a 25 let. Průměrný věk respondentek činí 28 let.

Otázka č. 2 V jakém věku Vám byla diagnostikována endometrióza? Před dětmi, po porodu, ve velmi mladém věku?

	Diagnóza endometriózy
Respondentka 1	„Před dětmi, ve 27.“
Respondentka 2	„Ve 27 letech při operaci cysty, bylo zjištěno, že je čokoládová a zároveň v ten den jsem zjistila z krve v nemocnici, že jsem těhotná.“
Respondentka 3	„Ve věku 23 let a diagnostikovali mi ji před těhotenstvím.“
Respondentka 4	„Před dětmi, 26.“
Respondentka 5	„Ve velmi mladém věku, 18 let, před dětmi.“
Respondentka 6	„Ve velmi mladém věku.“
Respondentka 7	„Ve velmi mladém věku (20 let).“
Respondentka 8	„V mladém věku 18-19.“
Respondentka 9	„Ve velmi mladém věku 16 let.“
Respondentka 10	„Při císařském řezu, ve 23 letech.“

Tabulka 2 Diagnóza endometriózy

Z tabulky číslo 2 vyplývá, že endometrióza byla u většiny respondentek diagnostikována před porodem. Pouze u jedné ženy byla diagnóza stanovena během porodu císařským řezem. Dvou ženám byla diagnóza stanovena ve 27 letech, u dalších dvou ve 23 letech a v 18 letech. Jedné ženě byla endometrióza diagnostikována ve 26 letech, další ve 20 letech a jedné již v 16 letech. Dvě respondentky uvedly pouze, že byla endometrióza diagnostikována v mladém věku.

Otázka č. 3 Jak dlouho trvalo, než Vám byla stanovena diagnóza od prvních příznaků?

	Délka stanovení diagnózy
Respondentka 1	„7 let“
Respondentka 2	„Já jsem neměla vyloženě problémy, ale první cysta se mi vytvořila v roce 2020 a rok na to jsem šla na operaci, při které se endometrióza zjistila. Mým jediným příznakem byla cysta.“
Respondentka 3	„Zhruba 12-13 let.“
Respondentka 4	„6 měsíců cca, problémy byly i dřív, ale nepřisuzovala bych je endometrióze.“
Respondentka 5	„6 měsíců“
Respondentka 6	„6 let“
Respondentka 7	„Několik měsíců“
Respondentka 8	„Půl roku až rok.“
Respondentka 9	„4 měsíce“
Respondentka 10	„Neměla jsem žádné výrazné příznaky.“

Tabulka 3 Délka stanovení diagnózy

Otázka číslo 3 se zaměřuje na délku stanovení diagnózy. Dvě ženy uvádí, že délka jejich diagnóza trvala 6 měsíců. Jedna respondentka uvádí, že stanovení její diagnózy trvalo 7 let, další žena uvedla 12 až 13 let, další 6 let. U respondentky 9 trvalo stanovení diagnózy 4 měsíce. Respondentka 8 uvedla půl roku až rok. Dvě ženy neřekly přesnou dobu stanovení diagnózy od prvních příznaků. Jedna žena uvedla, že neměla žádné výrazné příznaky, které by ji vedli k lékaři.

Otázka č. 4 Měla jste už dříve podezření, že něco není v pořádku?

	Podezření respondentky na nemoc
Respondentka 1	„Ano i hospitalizace s bolestmi, nic se nenašlo“
Respondentka 2	„Popravdě mě to šokovalo při zjištění, jelikož jsem téměř žádné příznaky neměla. Menstruaci jsem měla silnější, ale ne nijak extra bolestivou a celkově jsem problémy neměla. Jediné, kdy mě napadlo, že je problém tak při otěhotnění, jelikož to trvalo delší dobu, to už mě asi intuice říkala, že něco není v pořádku.“
Respondentka 3	„Ano“
Respondentka 4	„Ano“
Respondentka 5	„Ano“
Respondentka 6	„Ano“
Respondentka 7	„Ne“
Respondentka 8	„Ano“
Respondentka 9	„Ano, měla jsem velmi silnou a bolestivou menstruaci, první 3 dny menstruace jsem zvracela a nemohla se ani hýbat.“
Respondentka 10	„Ne“

Tabulka 4 Podezření respondentky na nemoc

Otázka číslo 4 zní, jestli žena měla podezření na to, že něco není v pořádku. Sedm respondentek z deseti uvedlo, že měly podezření na to, že něco není v pořádku. Tři ženy z deseti uvedly, že neměli pocit, že něco není v pořádku.

Otázka č.5 Jaký typ endometriózy Vám byl diagnostikován? (pokud víte)

	Typ endometriózy
Respondentka 1	„Nevím“
Respondentka 2	„Ovariální“
Respondentka 3	„Peritoneální“
Respondentka 4	„Ovariální“
Respondentka 5	„Peritoneální“
Respondentka 6	„Nevím“
Respondentka 7	„Adenomyóza“
Respondentka 8	„Adenomyóza dělohy“
Respondentka 9	„Ovariální“
Respondentka 10	„Nevím“

Tabulka 5 Typ endometriózy

Otázka číslo 5 se zaměřuje na to, jestli ženy ví, jaký typ endometriózy mají. Tři ženy z deseti uvedly, že neví, jaký typ endometriózy mají. Tři ženy uvedly, že mají ovariální typ endometriózy. Dvě ženy ví, že mají peritoneální typ endometriózy a poslední dvě ženy uvedly, že mají Adenomyózu.

Otázka č.6 Jak jste se o své diagnóze dozvěděla?

	Způsob zjištění endometriózy
Respondentka 1	„V bolestech mě dovezl přítel kolem 21 hodiny na pohotovost, o půlnoci jsem šla na sál (podezření na torzi vaječníku), ta se nepotvrdila, našli endometriózu.“
Respondentka 2	„Až v nemocnici po operaci, můj bývalý gynekolog z UZT nepoznal, že je to endometrióza.“
Respondentka 3	„Pomocí laparoskopie.“
Respondentka 4	„Od gynekoložky“
Respondentka 5	„Od gynekologa“
Respondentka 6	„Od gynekologa“
Respondentka 7	„Sdělil mi ji gynekolog po vyšetření“
Respondentka 8	„Po sérii gynekologických vyšetření, krevních odběrů.“
Respondentka 9	„Velké bolesti mě dovedly na gynekologii, kde mi byla sdělena diagnóza.“
Respondentka 10	„Po císařském řezu mi ji sdělila gynekoložka“

Tabulka 6 Způsob zjištění endometriózy

V této tabulce uvádí 6 žen, že jim diagnózu sdělil jejich obvodní gynekolog. Jedna žena uvádí, že ji diagnóza byla sdělena od lékaře po císařském řezu. Tři ženy se o onemocnění dozvěděli až v nemocnici po laparoskopické operaci.

Otázka č.7 Co Vás přivedlo k lékaři?

	Důvod návštěvy lékaře
Respondentka 1	„Bolesti“
Respondentka 2	„Na klasické preventivní prohlídce mi byla zjištěna cysta na vaječniku, se kterou jsem pak byla sledována u svého gynekologa do chvíle, než jsem spadla ze žebříku. Přitom mi cysta praskla a musela jsem na akutní operaci, a tím se vše zjistilo, zároveň se zjistilo to, že jsem pár dní těhotná.“
Respondentka 3	„Extrémní bolesti a silné krvácení.“
Respondentka 4	„Chtěla jsem otěhotnět a zároveň jsem měla velmi bolestivou menstruaci.“
Respondentka 5	„Bolesti při menstruaci“
Respondentka 6	„Opakované silné menstruační bolesti.“
Respondentka 7	„Bolest při menstruaci“
Respondentka 8	„Velké bolesti a velmi silná menstruace.“
Respondentka 9	„Silné menstruační bolesti a velmi silná menstruace a nevolnost při menstruaci.“
Respondentka 10	„Lékaře jsem nenavštívila, protože problémy jsem neměla a na preventivních gynekologických prohlídkách nebylo zjištěno nic neobvyklého“

Tabulka 7 Důvod návštěvy lékaře

Otázka číslo sedm zní, co respondentky přivedlo k lékaři. Osm žen uvedlo, že k lékaři je dovedla bolest při menstruaci zároveň tři ženy z osmi uvedly, že velké bolesti doprovázela i silná menstruace. Jedna žena z osmi uvedla, že měla velké bolesti a nedařilo se jí otěhotnět. Respondentka 2 uvedla, že byla sledována u svého obvodního gynekologa pouze kvůli cystě na vaječniku, která ji po pádu z žebříku praskla a při operaci ji byla zjištěna ovariální endometrióza. Poslední 10 žena uvádí, že neměla žádné obtíže a na preventivních gynekologických prohlídkách bylo vše v pořádku.

Otázka č. 8 Jaký byl Váš pocit, když jste se o diagnóze dozvěděla? Bylo to pro Vás úlevou nebo šokem? Věděla jste tehdy co endometrióza je?

	Pocit respondentky z diagnózy
Respondentka 1	„Věděla jsem, co to je. Šok byl, ale vlastně úleva, věděli jsme proč se nedaří otěhotnět.“
Respondentka 2	„Trochu šok, protože jsem netušila, že existují „čokoládové“ cysty, ale o endometrióze jsem v té době už trochu slyšela, takže jsem si pak jen spojila vše dohromady.“
Respondentka 3	„Par týdnů před laparoskopickou operací jsem si už zjišťovala informace o endometrióze. Po laparoskopii, kdy mi sdělili diagnózu se mi ulevilo v tom smyslu, že jsem aspoň dostala název svých problémů, ale zároveň jsem byla smutná, že se moje obavy potvrdili.“
Respondentka 4	„Šok, nevěděla jsem, co endometrióza je. Ale byla jsem ráda, že mi ji lékařka diagnostikovala tak rychle.“
Respondentka 5	„Šok, ale úleva, že se to začne řešit.“
Respondentka 6	„Smíšené pocity, byla jsem ráda, že vím, co se děje, ale vyplnila se moje obava, věděla jsem, co endometrióza je.“
Respondentka 7	„Byla jsem z toho vyděšená, ale byla jsem ráda, že znám původ bolesti. O endometrióze jsem v té době nevěděla vůbec nic.“
Respondentka 8	„Šok moc jsem nevěděla, co to přesně znamená a obnáší, ale alespoň mé problémy dostaly pojmenování.“
Respondentka 9	„Při zjištění mého onemocnění jsem byla velmi mladá a nezkušená, nevěděla jsem, co to onemocnění znamená, ale byla jsem velmi ráda, že znám příčinu svých problémů.“
Respondentka 10	„Byla jsem v absolutním šoku, vůbec jsem nečekala, že by se mě onemocnění mohlo týkat.“

Tabulka 8 Pocit respondentek z diagnózy

Šest respondentek uvedlo, že byly v šoku, ale zároveň se jim ulevilo, že jejich onemocnění dostalo pojmenování. Jedna respondentka uvedla, že už před laparoskopickou operací tušila, že by to mohla být endometrióza, a tak si zjišťovala informace o tomto onemocnění, a nakonec se jí ulevilo, že ví, jaká je její diagnóza. Respondentek 6 uvedla, že měla smíšené pocity. Jedna žena byla vyděšená ze svého onemocnění, ale byla ráda, že zná důvod svých bolestí. Poslední respondentka sdělila, že při své diagnóze byla velmi mladá a nezkušená, ale byla opět ráda, že zná příčinu jejich problémů.

Otázka č.9 Jaká léčba Vám byla nabídnuta?

	Léčba endometriózy
Respondentka 1	„Ve snaze otěhotnět vlastně žádná, to byla původní doktorka. Pak jsem přešla k jiné lékařce a tam mi byla nabídnutá hormonální léčba a řešení neplodnosti na specializované klinice.“
Respondentka 2	„Tím, že jsem byla těhotná, tak žádná.“
Respondentka 3	„Hormonální léčba“
Respondentka 4	„Moje gynekoložka mě poslala do endocetra do Znojma a při mé diagnóze mi byla nabídnuta laparoskopie a následná léčba hormonů a lázně.“
Respondentka 5	„Kombinovaná, nejdříve farmakologická, poté laparoskopie.“
Respondentka 6	„Hormonální“
Respondentka 7	„Hormonální antikoncepce, těhotenství, operace.“
Respondentka 8	„Chirurgická laparoskopická léčba, odstranění zbytnělé sliznice.“
Respondentka 9	„Hormonální antikoncepce“
Respondentka 10	„Hormonální léčba“

Tabulka 9 Léčba endometriózy

V této tabulce byla šesti ženám nabídnutá hormonální léčba. Jedna respondentka, byla v období diagnózy těhotná, takže jí nebyla nabídnuta žádná léčba. Další ženě byla nabídnuta kombinovaná léčba, farmakologická a poté laparoskopie. Respondentce 4 byla nabídnuta laparoskopická léčba a následná léčba hormonů a lázně. Respondentce 8 byla nabídnuta chirurgická léčba.

Otázka č.10 Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu, se kterým jste se setkala?

	Přístup zdravotnického personálu
Respondentka 1	„Změna gynekologa, přešla jsem k jiné paní doktorce, co mě tu noc operovala, ten přístup se nedá slovy popsat.“
Respondentka 2	„Musím říct, že byli empatictí a na to, že se jedná o menší nemocnici tak měli celkem zkušenosti.“
Respondentka 3	„V rámci nemocnice, kde mi laparoskopii dělali byl normální přístup.“
Respondentka 4	„Velmi profesionální a empaticky.“
Respondentka 5	„Velmi milý, profesionální.“
Respondentka 6	„Velmi pozitivně“
Respondentka 7	„Velmi negativně“
Respondentka 8	„Velmi pozitivně“
Respondentka 9	„Spíše negativně, jelikož to bylo před pár lety moc se o této diagnóze nevědělo a nemluvalo.“
Respondentka 10	„Velmi pozitivně, personál nemocnice byl velmi milý a chápavý.“

Tabulka 10 Přístup zdravotnického personálu

Osm žen z deseti hodnotí přístup zdravotnického personálu pozitivně. Dvě respondentky hodnotí přístup zdravotnického personálu negativně.

Otázka č. 11 Cítila jste se respektována a vyslechnuta?

	Respekt a vyslechnutí respondentek
Respondentka 1	„Až u nové lékařka.“
Respondentka 2	„Ano, pan doktor, který mě operoval byl velmi respektující a následně jsem k němu přešla do péče a dodnes toho nelituji.“
Respondentka 3	„Ne“
Respondentka 4	„Ano“
Respondentka 5	„Ano“
Respondentka 6	„Ano“
Respondentka 7	„Ne“
Respondentka 8	„Na gynekologii ano, jinde spíše nikoliv.“
Respondentka 9	„Spíše ne“
Respondentka 10	„Rozhodně ano“

Tabulka 11 Respekt a vyslechnutí respondentek

Otázka číslo jedenáct zněla, jestli se ženy cítily vyslechnuty a respektovány. Pět žen odpovědělo ano. Jedna žena byla vyslechnuta pouze na gynekologii, jinde vyslechnuta nebyla. Další respondentku vyslechla až nová gynekoložka. Tři ženy odpověděly, že respektovány a vyslechnuty nebyly.

Otázka č. 12 Myslíte si, že porodní asistentky mají dostatek informací o endometrióze?

	Informovanost porodních asistentek o endometrióze
Respondentka 1	„Myslím, že nyní už ano.“
Respondentka 2	„Přiznám se, že nemám osobní zkušenost, ale myslím si, že se to dostalo již hodně do podvědomí. Věřím tedy, že mají více a více zkušeností.“
Respondentka 3	„Myslím si, že ne, protože ani gynekologové nemají o endometrióze dostatek informací.“
Respondentka 4	„Netuším, ve Znojmě ano, jinde nemam zkušenost.“
Respondentka 5	„Určitě ano“
Respondentka 6	„Z mé zkušenosti ano.“
Respondentka 7	„V dnešní době už asi ano.“
Respondentka 8	„Asi ano“
Respondentka 9	„Myslím si, že v dnešní době už ano, protože je to velmi mediálně probíraná nemoc.“
Respondentka 10	„Podle mě ano“

Tabulka 12 Informovanost porodních asistentek o endometrióze

V tabulce číslo 12 vidíme, co si ženy myslí o informovanosti porodních asistentek o endometrióze. Sedm respondentek si myslí, že porodní asistentky mají v dnešní době dostatek informací. Jedna žena si myslí, že porodní asistentky nemají dostatek informací. Další respondentka nemá osobní zkušenost s informovaností porodních asistentek.

Otázka č. 13 Jaké příznaky endometriózy Vás nejvíce trápí nebo trápily?

	Příznaky endometriózy
Respondentka 1	„Bolesti, vlastně celý měsíc.“
Respondentka 2	„Tvorba cyst na vaječnicích“
Respondentka 3	„Extrémní bolesti, kolapsové stavy, bolesti při vyprazdňování, krvácení z konečníku, trávicí obtíže a bolest pravé dolní končetiny.“
Respondentka 4	„Brnění nohou, křeče, bolest v kyčli, která mě donutila začít chodit po doktorech, a nakonec to bylo propojeno s endometriózou, křeče při vyprazdňování při menstruaci, intolerance na laktózu.“
Respondentka 5	„Bolest“
Respondentka 6	„Silná bolest“
Respondentka 7	„Bolest při menstruaci a opakující se záněty v těle.“
Respondentka 8	„Bolest“
Respondentka 9	„Velmi silná menstruace a bolest, která neustupuje ani po lécích na bolest, nevolnosti během celé menstruace, bolesti kloubů a svalů, bolest při pohlavním styku a při vyprazdňování.“
Respondentka 10	„Na endometriózu jsem podezření neměla, ale když si vzpomenu zpětně velmi silná menstruace, bolesti při vyprazdňování, křeče, nevolnost.“

Tabulka 13 Příznaky endometriózy

V této tabulce vidíme u osmi žen, že nejčastějším příznakem, které ženy trápí při endometrióze jsou bolesti při menstruaci nebo mimo menstruaci. Jedna žena k tomu uvádí, že ji trápí nejen bolesti, ale i opakované záněty v těle. Další respondentka uvádí, že jí nejvíc trápí cysty na vaječnicích. Jedna respondentka uvádí brnění nohou, křeče, bolesti v kyčli a bolesti při vyprazdňování.

Otázka č. 14 Jakým způsobem nemoc ovlivňuje Vaše fungování v každodenním životě? (Při sportu, v práci, doma, partnerský život)

	Fungování v každodenním životě při endometrióze
Respondentka 1	„V práci ano, bolesti při menstruaci, občas nereagují na žádné analgetika. V partnerském životě – bolesti při sexu.“
Respondentka 2	„Jsem více unavená než dříve, musím doplňovat vitamíny, pak je to celkem v pohodě, ale naučila jsem se více odpočívat a při menstruaci méně pracovat, pak mohu říct, že mě to téměř neovlivňuje.“
Respondentka 3	„Když mám menstruaci pracuji z domu, a nikam nechodím ani nesportuji.“
Respondentka 4	„Vše se přizpůsobuje mé menstruaci, jinak asi naštěstí omezení není.“
Respondentka 5	„Při menstruaci nejsem schopná fungovat.“
Respondentka 6	„Endometrióza mě omezuje nejen při sportu, v práci, ale i doma a v partnerském vztahu, hlavně při pohlavním styku.“
Respondentka 7	„Negativně. Při menstruaci funguji v omezeném režimu, při navazování partnerského vztahu to vždy zmiňuji v rámci fair play a někdy je to pro druhého natolik omezující/zásadní, že v partnerství dál nepokračujeme. Jednou jsem kvůli endometrióze dostala výpověď z práce, protože jsem nebyla při menstruaci schopná běžně fungovat.“
Respondentka 8	„Bolestí, někdy ani nevstanu z postele, sport občas mimo menstruaci, v práci o tom ví a chápou to (ale jako zdravotník musím jít i přes bolest), přítel také chápe a pomáhá.“
Respondentka 9	„Velmi negativně, bolest mě ovlivňuje natolik, že nejsem schopná vstát z postele a fungovat, někdy zvracím klidně první 3 dny menstruace, mám velké křeče, které nereagují na analgetika ani na teplo, tím pádem, pokud to jde, pracuji z domu, ze sportu preferuji hlavně pomalou a jemnou jógu, v partnerském životě mě to ovlivňuje velmi, ale manžel je velmi chápavý a podporuje mě.“
Respondentka 10	„Endometrióza mě nějak výrazně neovlivňuje, stačilo doplnit vitamíny.“

Tabulka 14 Fungování v každodenním životě při endometrióze

Otázka číslo 14 se zajímá o to, jak nemoc ovlivňuje jejich fungování v každodenním životě. Jedna žena uvádí, že ji endometrióza ovlivňuje v zaměstnání, protože bolesti při menstruaci nereagují na žádná analgetika, v partnerském životě má bolesti při sexu. Druhá žena popsala, že je více unavená a musí doplňovat vitamíny. Třetí respondentka při menstruaci pracuje z domu a nesportuje. Čtvrtá respondentka, vše přizpůsobuje své menstruaci. Pátá respondentka není schopna při menstruaci fungovat. Šestá respondentku endometrióza ovlivňuje nejen při sportu, v práci, ale i v partnerském vztahu. Sedmá respondentka uvádí, že

při menstruaci funguje v omezeném režimu, ovlivňuje to i její partnerské vztahy. Osmou a devátou respondentku endometrióza ovlivňuje natolik, že nejsou schopné vstát z postele.

Otázka č. 15 Musela jste kvůli bolesti rušit plány?

	Vliv bolest na plány respondentky
Respondentka 1	„Ano, několikrát“
Respondentka 2	„To se mi naštěstí nikdy nestalo“
Respondentka 3	„Ano, nechodila jsem do školy nebo do práce.“
Respondentka 4	„Ano, několikrát“
Respondentka 5	„Ano, nespočetněkrát“
Respondentka 6	„Často ano“
Respondentka 7	„Ano“
Respondentka 8	„Ano“
Respondentka 9	„Bohužel ano, několikrát“
Respondentka 10	„Nemusela“

Tabulka 15 Vliv bolesti na plány respondentky

Osm respondentek muselo kvůli rušit plány a dvě ženy nemusely rušit plány kvůli bolestem.

Otázka č. 16 Zhoršují se příznaky během menstruace? Jak to zvládáte?

	Menstruační příznaky respondentek
Respondentka 1	„Není to vůbec nic příjemného, bolesti jsou silné, nejvíce mi pomáhá teplo, analgetika, nejraději jsem doma v posteli, ne vždy to ale jde.“
Respondentka 2	„Únava určitě při menstruaci sílí, ale jak říkám – pokud si dopřejí klid a odpočinek, tak v pohodě.“
Respondentka 3	„Ano zhoršují a užívám na to silné léky proti bolesti, které jsou na předpis.“
Respondentka 4	„Největší problémy mám, pouze při menstruaci.“
Respondentka 5	„Už lépe, díky vhodné léčbě.“
Respondentka 6	„Ano, bolesti jsou nesnesitelné, často musím zůstat doma, než se to zmírní.“
Respondentka 7	„Ano, dřív jsem několik hodin denně trpěla nepopsatelnou bolestí, ale poslední rok na tyto bolesti užívám opiáty, které jsem si nechala předepsat, takže to zvládám mnohem lépe a neomezuje mě to při běžných činnostech a v práci.“
Respondentka 8	„Ano, zhoršují. Pomáhá mi přítel, rodina. Ležím v posteli, analgetika, teplé obklady. Psychicky nic moc, nálada negativní, občas pláču zoufalstvím.“
Respondentka 9	„Ano, zhoršují. Užívám silné léky proti bolesti na předpis, ležím v posteli a nejsem schopná fungovat. Moc to nezvládám, občas jsem psychicky velmi na dně a nejradši jsem sama.“
Respondentka 10	„Problémy se objevují pouze při menstruaci.“

Tabulka 16 Menstruační příznaky respondentek

Většina žen na otázku, jestli se zhoršují příznaky během menstruace odpovědělo, že ano. Druhá otázka zněla, jak tyto příznaky zvládají, nejvíce se opakovala odpověď, že ženám pomáhá teplo, analgetika a klid. Některé rády tráví své dny v posteli a nechodí do práce.

Otázka č.17 Jak endometrióza ovlivnila Vaši psychiku nebo duševní pohodu? (Měla jste například deprese, frustraci, úzkosti, časté změny nálad?)

	Psychika a sociální život respondentek
Respondentka 1	„Změny nálad, úzkost“
Respondentka 2	„Deprese jsem naštěstí nikdy neměla, ale změny nálad a občasné strachy/úzkosti jsem měla a někdy i mám, ale umím s tím celkem pracovat.“
Respondentka 3	„Ano měla jsem deprese a musela jsem začít navštěvovat psychiatra.“
Respondentka 4	„Ano měla, například i velké vyhoření v práci, odpojení od sebe – nízké sebevědomí, odevzdanost, změny nálad.“
Respondentka 5	„Hlavně frustraci a časté změny nálad při menstruaci.“
Respondentka 6	„Deprese, frustraci, úzkosti i změny nálad.“
Respondentka 7	„Mám časté změny nálad, frustraci, pocit bezmoci a samoty.“
Respondentka 8	„Deprese v jednom období ano, frustrace také, mám strach z každé menstruace (jaká bude) a plánování rodiny.“
Respondentka 9	„Deprese, úzkosti, časté změny nálad, strach z menstruace, pocit bezmoci.“
Respondentka 10	„Změny nálad, úzkosti, hlavně při menstruaci.“

Tabulka 17 Psychika a sociálního život respondentek

Všechny ženy uvedly, že endometrióza ovlivnila jejich psychiku. Nejčastěji respondentky měly změny nálad, frustraci, pocit bezmoci, samoty a úzkosti. Tři ženy měly kvůli endometrióze deprese, jedna z respondentek musela vyhledat odbornou pomoc.

Otázka č. 18 Setkala jste se někdy s pocitem nepochopení ze strany okolí? (partnera, rodiny, kolegů)

	Pocit nepochopení
Respondentka 1	„Rodiče, hlavně mamka v začátku.“
Respondentka 2	„Občas se stane, že někdo nemá pochopení, ale já jsem se naučila to přehlížet. Manžel a moje rodina za mnou stojí, a to je nejdůležitější.“
Respondentka 3	„Ano, především spolužáci ve škole, ale i zdravotnický personál v nemocnici“
Respondentka 4	„Ze strany známých, co již měli děti, ze strany vedoucích v práci.“
Respondentka 5	„Naštěstí ne“
Respondentka 6	„Kolegů a přátel“
Respondentka 7	„Ano“
Respondentka 8	„Bývalý partner, jinak ne“
Respondentka 9	„Ano, především na střední škole od učitelů“
Respondentka 10	„Ne“

Tabulka 18 Pocit nepochopení

Sedm žen na otázku, jestli se někdy setkaly s pocitem nepochopení ze strany okolí, odpovědělo ano. Tři ženy odpověděly, že se s nepochopením nesetkaly.

Otázka č. 19 Měla jste někdy pocit izolace, studu nebo bezmoci kvůli své diagnóze?

	Izolace, stud a bezmoc respondentek
Respondentka 1	„Ne“
Respondentka 2	„Neměla“
Respondentka 3	„Ano“
Respondentka 4	„Stud, když nám nešlo otěhotnět, bezmoc, kdy si lidi užívali třeba léto a mně bylo zle a byla jsem velmi unavená a život mi utíkal.“
Respondentka 5	„Bezmoc, často, protože bolesti byly nevladatelné.“
Respondentka 6	„Ano“
Respondentka 7	„Ano“
Respondentka 8	„Velmi často pocit bezmoci.“
Respondentka 9	„Pocit bezmoci, hlavně při menstruaci.“
Respondentka 10	„Ne“

Tabulka 19 Izolace, stud a bezmoc respondentek

Tři ženy na otázku, jestli někdy měly pocit izolace, studu nebo bezmoci odpověděly že ne. Tři odpověděly ano. Jedna respondentka se styděla, když nemohla otěhotnět. Další tři respondentky zažily pocit bezmoci.

Otázka č. 20 Jak ovlivnila endometrióza Váš partnerský život nebo sexuální vztahy?

	Partnerský a sexuální život respondentek
Respondentka 1	„Bolesti při sexu, naštěstí mám muže nejlepšího pod Sluncem, vše chápe, je opatrný, zvládá všechny stavy kolem.“
Respondentka 2	„Napadá mě jediná věc a to, že když mám cystu, tak si musím narovinu dávat pozor při určitých polohách při styku, ale jinak myslím, že naopak mě endometrióza naučila se sexualitou mnohem lépe pracovat, takže partnerský život to nijak neovlivnilo, jen tedy to otěhotnění, které trvalo déle.“
Respondentka 3	Bez odpovědi
Respondentka 4	„Bolest při styku, kterou jsem ale nevnímala, dokud jsem neměla po operaci a porodu, stažená/zamrzlá pánev, nemožnost se uvolnit“
Respondentka 5	„Neovlivnila“
Respondentka 6	„Dříve ve vztahu, jsem se musela sexuálnímu životu vyhýbat.“
Respondentka 7	„Negativně (více nechci rozvádět)“
Respondentka 8	„Dřívější přítel to nezvládal, nynější je skvělý a podporuje, chápe, jezdí semnou na vyšetření, pečuje o mě při menstruaci.“
Respondentka 9	„Bolest při pohlavním styku v určitých polohách, ale mám skvělého manžela, který vše chápe, je opatrný a bere na mě ohledy.“
Respondentka 10	Bez odpovědi

Tabulka 20 Partnerský a sexuální život respondentek

Respondentky 1,2,4,6,9 odpověděly, že zažívají bolesti při sexu. Respondentka 2 uvedla, se naučila díky endometrióze se sexualitou mnohem lépe pracovat. Respondentku 5 endometrióza v tomhle ohledu vůbec neovlivnila. Respondentku 7 endometrióza ovlivnila v partnerské a sexuálním vztahu negativně. Respondentka 8 odpověděla, že v ji přítel podporuje a stará se o ni. Respondentka 3 a 10 na otázku neodpověděli.

Otázka č. 21 Jak na nemoc reagoval Váš partner?

	Reakce partnera na endometriózu
Respondentka 1	„Poplakali jsme si, snažíme se o miminko.“
Respondentka 2	„Manžel to přijal jako moji diagnózu, stojí při mně, ale nenutí mě, do ničeho, co nechci, takže je opravdu empatický a má pochopení.“
Respondentka 3	„Většinu času mi je oporou ale někdy mi při hádce řekne, že je to pro něj omezující, to že se o mě musí starat, když mám nejhorší stavy.“
Respondentka 4	„Velmi mě podporoval“
Respondentka 5	„Největší podpora“
Respondentka 6	„Nemám“
Respondentka 7	„Nemám“
Respondentka 8	„Byl překvapený, neznal onemocnění, ale pochopil to“
Respondentka 9	„Manžel to vzal velmi dobře, podpořil mě, ale společně jsme se báli neplodnosti.“
Respondentka 10	„Přítele to velmi překvapilo stejně jako mě, ale přijal to a podporuje mě.“

Tabulka 21 Reakce partnera na endometriózu

V otázce číslo 21 jsem se ptala žen, jak reagoval jejich partner na toto onemocnění. Osm žen odpovědělo, že je většinou přítel/ manžel podporuje a chápe průběh onemocnění. Dvě respondentky partnera nemají. Manžel jedné z respondentek z toho byl smutný, protože se bál její neplodnosti.

Otázka č. 22 Ovlivnila nemoc Vaši schopnost navazovat nebo udržet partnerské vztahy? Pokud ano, tak jak?

	Partnerské vztahy respondentek
Respondentka 1	„Ne, protože partnera jsem měla dlouho pře diagnózou.“
Respondentka 2	„Neovlivnila, s manželem jsme spolu spousty let a endometriózou mi byla zjištěna v polovině našeho vztahu.“
Respondentka 3	„Ano, styděla jsem se otevřít a mluvit o tomto tématu.“
Respondentka 4	„Nemyslím si.“
Respondentka 5	„Ne“
Respondentka 6	„Ano, je potřeba hodně empatie a respektu, což jsem málokdy dostala.“
Respondentka 7	„Negativně“
Respondentka 8	„Ano bývalý partner odešel.“
Respondentka 9	„Ano určitě ovlivnila, styděla jsem se mluvit o své nemoci, ale našla jsem si skvělého muže, který vše semnou ustál.“
Respondentka 10	„Ne“

Tabulka 22 Partnerské vztahy respondentek

Otázka číslo 22, jestli nemoc ovlivňuje jejich schopnost navazovat a udržet partnerské vztahy odpovědělo 6 respondentek, že nemoc neovlivnila jejich schopnost navazovat a udržet partnerské vztahy. Čtyři respondenty odpověděli, že nemoc ovlivnila jejich partnerské vztahy.

Otázka č.23 Máte děti nebo o nich uvažujete?

	Děti a plánování
Respondentka 1	„Nemám, chci“
Respondentka 2	„Ano, mámě jedno dítě a chtěli bychom druhé miminko.“
Respondentka 3	„Ano mám jedno dítě“
Respondentka 4	„Mám jedno dítě, další neplánuji, protože mám strach z toho, kdyby se mi narodila dcera, tak aby netrpěla jako já.“
Respondentka 5	„Uvažuji“
Respondentka 6	„Uvažuji“
Respondentka 7	„Děti nemám, ale určitě o nich uvažuji.“
Respondentka 8	„Nemáme, uvažujeme“
Respondentka 9	„Mám jedno dítě“
Respondentka 10	„Mám dvě děti“

Tabulka 23 Děti a plánování

Na otázku, jestli ženy mají děti, odpověděly tři respondentky, že děti nemají. Dvě respondentky o dětech uvažují. Čtyři ženy mají jedno dítě. Jenda respondentka má dvě děti.

Otázka č. 24 Setkala jste se s problémy při otěhotnění? (IVF, léčba neplodnosti)

	Problémy respondentek s otěhotněním
Respondentka 1	Bez odpovědi
Respondentka 2	„Před prvním synem jsem netušila o endometrióze, ale bylo mi zvláštní proč nelze otěhotnět, pak jsem to pustila z hlavy a najednou jsem otěhotněla a pár dní na to spadla ze žebříku, jak jsem již zmiňovala a doktoři dodnes nechápou, jak jsem s celkem velkou cystou mohla otěhotnět. Teď chceme druhé dítě, opět se mi ale vytvořila malá cysta a jsem ve fázi rozmyšlení, jestli zkusit IVF nebo ještě vyčkat a nechat to na přírodě.“
Respondentka 3	„Ano, otěhotněla jsem přirozeně, až po 9 měsících snažení.“
Respondentka 4	„Řešili jsme neplodnost, nakonec byla odhalena endometrióza.“
Respondentka 5	Bez odpovědi
Respondentka 6	„Zatím ne“
Respondentka 7	„Zatím ne“
Respondentka 8	Bez odpovědi
Respondentka 9	„Ano, 2x jsem otěhotněla spontánně, ale potratila jsem kolem 8. týdne těhotenství, 3 těhotenství bylo IVF.“
Respondentka 10	„Ne“

Tabulka 24 Problémy respondentek s otěhotněním

Na otázku, jestli respondentky měly problémy při otěhotnění odpověděly čtyři respondentky, že ano. Tři respondentky neměly problém otěhotnět a další tři na tuto otázku neodpověděly.

Otázka č.25 Vnímáte tlak společnosti (či rodiny) ohledně mateřství?

	Tlak společnosti na respondentky
Respondentka 1	„Na začátku mamka, zbytek známých se neptá, ví. Občas když se s někým po letech potkám, hned se ptá, zle to neberu většinou.“
Respondentka 2	„Vnímám tlak, jen od okolí, blízká rodina totiž o mé diagnóze ví, tudíž mají pochopení a neptají se mě na druhé dítě. Ale okolí to neví a mají nevhodné otázky typu – vy nechcete sourozence pro syna? Kdy bude druhé? Ty jsi kariéristka vid? To mě občas trochu mrzí, ale neberu si to k srdci a přecházím to. Nechci veřejně sdělovat svoji diagnózu a myslím, že by to stejně nepomohlo a ptali by se dál.“
Respondentka 3	„Ano vnímám, zažila jsem to víckrát, zažila jsem hodně nepříjemných situací.“
Respondentka 4	„Ano, hlavně to, že bude náš syn jedináček.“
Respondentka 5	„Ani ne, jsem stále mladá.“
Respondentka 6	„Silná nátlak od rodiny.“
Respondentka 7	„Ano“
Respondentka 8	„Jen občas, spíš ze strany strachu neplodnosti.“
Respondentka 9	„Ano“
Respondentka 10	„Ne“

Tabulka 25 Tlak společnosti na respondentky

Většina žen odpověděla, že cítí tlak společnosti ohledně mateřství. Tři respondentky zažily tlak ze strany rodiny. Jedna respondentka zažila nátlak od okolí. Dvě ženy nezažily nátlak od společnosti ohledně mateřství.

Otázka č.26 Jak nemoc ovlivnila Vaši práci a profesní život?

	Práce a profesní život respondentek
Respondentka 1	„Při menstruaci mi je celkově nepříjemné být mimo domov.“
Respondentka 2	„Jsem architektka na vlastní noze, tudíž je to pro mě skvělá práce v tom, že si mohu přizpůsobit jak pracovní dobu, tak množství práce vzhledem k mému tělu, proto mohu říct, že mě to téměř neovlivňuje“
Respondentka 3	„Musela jsem si vybírat, takové profese, které by mi umožnily práci z domu.“
Respondentka 4	„Cítila jsem se nekomfortně, mnohdy jsem musela odejít z práce nebo jsem pracovala pod léky, jako je ibalgin nebo nimesil“
respondentka 5	„Při menstruaci jsem nemohla pracovat“
Respondentka 6	„Musela jsem najít práci, kde není problém vzít si volno, když je potřeba.“
Respondentka 7	„Velmi, hlavně v případě práce ve službách.“
Respondentka 8	„Ovlivňuje výkon v práci a soustředění“
Respondentka 9	„Při menstruaci, nemohu pracovat, takže jsem práci musela přizpůsobit své menstruaci a najít si práci tak, abych mohla pracovat z domu“
Respondentka 10	„Víceméně neovlivňuje, když jsi vezmu léky zavčas, než se rozjedou bolesti.“

Tabulka 26 Práce a profesní život respondentek

Endometrióza ovlivnila práci a profesní život téměř u všech respondentek. Pouze dvě respondentky endometrióza v tomto ohledu neovlivnila. Respondentky uvádí, že v období menstruace, rády pracují z domu.

Otázka č.27 Jak reagovalo Vaše okolí v práci?

	Reakce kolegů respondentek na endometriózu
Respondentka 1	„V práci mám skvělé kolegyně, co nechci říct sama, neptají se.“
Respondentka 2	„V době otěhotnění a zjištění endometriózy, jsem již pracovala sama na sebe.“
Respondentka 3	„Můj šéf a kolegové byli naštěstí velmi ohleduplní.“
Respondentka 4	„Vedoucí byl velmi neempatická, dokud jsem neměla neschopenku a operaci, tak mi říkala, že menstruaci má každá žena. Kolegyně byly chápavé a nápomocné.“
Respondentka 5	„Dobře“
Respondentka 6	„Vedení v práci je naštěstí velmi chápavé.“
Respondentka 7	„Podrážděně, nebrali moji diagnózu vážně a setkala jsem se s nepochopením a podezíráním ze simulace.“
Respondentka 8	„Můj pracovní kolektiv jsou ženy, takže dobře.“
Respondentka 9	„Šéf byl velmi neohleduplný, nebral moji diagnózu vážně. Z práce jsem musela odejít.“
Respondentka 10	„Neměla jsem žádný problém s kolegy ani nadřízenými.“

Tabulka 27 Reakce kolegů respondentek na endometriózu

Reakce kolegů respondentek na endometriózu byla u šesti respondentek příznivá, kolegové a nadřízení byli ohleduplní. Jedna respondentka v období diagnózy endometriózy pracovala jako OSVČ. U třech respondentek byla reakce na nemoc od kolegů a nadřízených neohleduplná a neempatická, někteří nebrali nemoc respondentek vážně a zlehčovali ji.

Otázka č. 28 Cítíte se společensky omezená? A proč?

	Společenská omezení respondentek
Respondentka 1	„Jen v době menstruace je nepříjemné být někde mimo domov.“
Respondentka 2	„Ani ne, nesnažím s endometriózou žít, aby mě neovlivňovala. Snažím se ji přijmout tak, abych mohla fungovat ve všech směrech.“
Respondentka 3	„Ano když mám menstruaci, jsem velmi oteklá a velmi krvácím. Stydím se někam jít, protože mám strach, že proteču.“
Respondentka 4	„Necítím“
Respondentka 5	„Už ne, dříve ano, kvůli bolestem.“
Respondentka 6	„Ano, nemůžu si užít společenské akce stejně jako ostatní.“
Respondentka 7	„Ne“
Respondentka 8	„Bolest, strach z bolesti a při menstruaci strach z protečení, cítím se velmi oteklá, mám nafouklé břicho, někdy mám chuť být doma v posteli, v teple a s léky proti bolesti.“
Respondentka 9	„Ano velmi, nemůžu si život užívat, tak jak bych si přála, protože mám strach z bolesti, protečení, při menstruaci jsem velmi oteklá, je mi nevolno.“
Respondentka 10	„Ne“

Tabulka 28 Společenská omezení respondentek

Na otázku, jestli se respondentky díky svému onemocnění cítí společensky omezené odpovědělo 5 respondentek, že ano. Z toho se tři respondentky cítí omezené pouze v období menstruace. Druhá polovina respondentek se necítí společensky omezené ani během menstruace. Jedna respondentka se snaží s endometriózou žít, tak aby ji neovlivňovala.

Otázka č. 29 Máte kolem sebe podpůrnou síť (rodina, přátelé, skupiny)?

	Podpůrná síť respondentek
Respondentka 1	„Partner, kamarádka, s jednou paní jsem v kontaktu na sociálních sítích.“
Respondentka 2	„Rodina a přátelé jsou velká podpora a pak sleduji různé profily žen na sociálních sítích. Plus jsem využila pomoc od Gabriely Tuatti ve formě kurzů, osobní terapie a doplňků stravy.“
Respondentka 3	„Ne“
Respondentka 4	„Ano, díky své diagnóze, jsem si našla kamarádky se stejnými problémy na IG.“
Respondentka 5	„Partner, rodina, přátelé“
Respondentka 6	„Rodinu“
Respondentka 7	„Ano“
Respondentka 8	„Ano, rodinu, přátele, přítele“
Respondentka 9	„Ano“
Respondentka 10	„Ano“

Tabulka 29 Podpůrná síť respondentek

Tři respondentky na otázku, jestli mají kolem podpůrnou síť odpovědělo pouze ano. Jedna respondentka nemá kolem sebe žádnou podpůrnou síť. Zbytek respondentek má kolem sebe podpůrnou síť, jako rodinu, přátele, partnera nebo na sociálních sítích potkaly ženy se stejným onemocněním. Jedna z žen využila pomoc Gabriely Tuatti ve formě kurzů, osobní terapie a doplňků stravy.

Otázka č. 30 Co byste chtěla, aby ostatní ženy věděly o životě s endometriózou?

	Povědomost o životě s endometriózou
Respondentka 1	„Není to lehký život, ale nic, co by se nedalo zvládnout. Aby věděly všechny ty naše bolesti a trápení.“
Respondentka 2	„I když je to prvotní šok pro většinu z nás, zároveň je to i úleva vědět, proč máme dané obtíže. A ráda bych řekla, že se s tím dá žít, pokud to přijmeme do svého života a změníme určité aspekty fungování.“
Respondentka 3	„Každá nemoc nás má něco naučit a endometrióza poukazuje na to, že se máme, jako ženy mít více rády a starat se o sebe.“
Respondentka 4	„Každá žena má jiné příznaky a problémy, každá vnímá bolest jinak. Nesrovnávat se. Neodsuzovat druhé ženy, protože nenosíme jejich boty a nevíme, jak se zrovna cítí.“
Respondentka 5	„Neboj se, zase bude dobře.“
Respondentka 6	„Do určité míry se to dá kompenzovat.“
Respondentka 7	„Chci, aby věděly, že to není jen bolestivá menstruace.“
Respondentka 8	„Jaké je to doopravdy žít s endometriózou. Kromě toho bych chtěla zvýšit povědomí o této nemoci i pro muže.“
Respondentka 9	„Přála bych si, aby ženy byly k sobě více ohleduplné, aby si uvědomily, že každý bolest vnímá jinak, aby hned neodsuzovali ženu, která trpí víc než jiná.“
Respondentka 10	„Chtěla bych, aby si ženy uvědomily, že to není jen více bolestivá menstruace.“

Tabulka 30 Povědomost o životě s endometriózou

Tato tabulka ukazuje odpovědi na otázku číslo 30, která zněla, co by ženy chtěly, aby ostatní ženy věděly o životě s endometriózou. Z výpovědí vyplývá především, aby se zvýšila informovanost o endometrióze a její dopady na každodenní fungování. Respondentky často zmiňují, že endometrióza není pouze bolestivá menstruace, ale komplexní onemocnění s individuálními projevy. Dále ženy poukazují na to, jak je důležitá empatie, neodsuzování, nesrovnávání se mezi sebou, protože každý prožívá nemoc jinak. Objevila se také odpověď, že i přes obtíže se dá s onemocněním žít.

Otázka č. 31 Co byste chtěla vzkázat ostatním ženám, které trpí endometriózou?

	Vzkaz respondentek pro ostatní ženy
Respondentka 1	„Dodat pocit, že v tom nejsme samy, pochopení a podpora. Nevzdávat to, říct si o pomoc.“
Respondentka 2	„Člověk musí přijmout, že nám endometrióza přišla něco sdělit a máme se naučit se svým tělem pracovat jinak než do teď a více ho poznat. A věřím, že pak se dá s endometriózou žít a případně i vymizí příznaky. Určitě je důležité se nelitovat, ale mít ze života radost a najít cestu, jak s endometriózou žít.“
Respondentka 3	„I když výsledek předem nevidíme, každá snaha se cení, jiným slovem, není potřeba se vzdávat, ale je potřeba vyzkoušet vše, co ženě pomůže v boji s touto nemocí.“
Respondentka 4	„Hlavu vzhůru, bude líp. Miluj sebe a ne ostatní, ty jsi ta nejdůležitější.“
Respondentka 5	„Neboj se, bude líp“
Respondentka 6	„Odpočívajte, nejste v tom samy“
Respondentka 7	„Nevzdávejte svůj boj. Nedělejte rozhodnutí, se kterými nesouzníte jenom protože je lékař doporučuje. Nestyďte se za svoji diagnózu a problémy, které vás díky tomu provází.“
Respondentka 8	„Vím, jak je to těžké, chápu, jak se cítí, ale nic není ztraceno.“
Respondentka 9	„Nejdůležitější pro Vás, jste vy samy, starejte se o svoje tělo, dostatečně odpočívajte, poslouchajte své tělo a nebojte se o této nemoci mluvit.“
Respondentka 10	„Nebojte se, i když to teď nevypadá, brzy bude zase dobře.“

Tabulka 31 Vzkaz respondentek, pro ostatní ženy

Tabulka číslo 31 zachycuje odpovědi respondentek na otázku, co by chtěly sdělit ostatním ženám trpící endometriózou. Z výpovědí vyplývá především důraz na psychickou podporu, naději a povzbuzení. Respondentky nejčastěji zdůrazňují, že je důležité nevzdávat se, nebýt na nemoc sama a nebát se pomoc vyhledat. Opakuje se odpověď, aby ženy o sebe dostatečně pečovaly a naslouchaly vlastnímu tělu a přijaly nemoc jako součást svého života. Dalších několik respondentek vzkazuje ženám, aby byly otevřené a nebály se sdílet své zkušenosti.

Otázka č. 32 Co by se podle Vás mělo změnit ve zdravotní péči nebo informovanosti o endometrióze?

	Zdravotní péče a informovanost
Respondentka 1	„Hlavně aby byla dřívější, časná diagnostika, využívat zobrazovací metody, více specializovaných center. Aby lékaři netvrdili, že bolestivá menstruace je normální.“
Respondentka 2	„Za mě osobně více empatie a možnost jít cestou jako jsou bylinky, doplňky stravy, fyzioterapie, psychoterapie. Bohužel většinou slyšíme variantu – operace nebo hormony, ale málokdo se na tělo dívá komplexně, a to mě osobně mrzí.“
Respondentka 3	„Endometrióza patří mezi TOP 10 bolestivých onemocnění a měla by být zařazená do seznamu nemocí, při kterých má žena nárok na ZTP.“
Respondentka 4	„Přednášky na základních školách, více podpory na fyzioterapii, masáže a saunu, terapie červeným světlem od pojišťoven. Aby lékaři věděli, že operace a hormony někdy nejsou jedinou cestou.“
Respondentka 5	„Vždy se dá, co zlepšovat“
Respondentka 6	„Nic mě nenapadá“
Respondentka 7	„Měl by se změnit styl diagnózy a přístup lékařů. Na odborném pracovišti, kam jsem byla zaslána svým gynekologem mi paní doktorka řekla, že bych měla jíst ibalgin na bolest a zkusit fungovat jako normální holky, což mě na pár let odradilo od návštěvy dalších podobných pracovišť a když už jsem se znovu rozhodla svůj problém řešit, tak mě na jiné klinice potkalo něco podobného, kdy jsem byla odbytá hormonální antikoncepcí po prohlídce, která trvala 5 minut i s cestou.“
Respondentka 8	„Citlivost u negynekologického personálu, rychlejší vyšetřovací metody, rychlejší stanovení diagnózy, informovanost pro mladé dívky, aby to dokázaly včas rozpoznat.“
Respondentka 9	„Více empatie od lékařských i nelékařských profesí, začít více šířit povědomí o tomto onemocnění i mezi velmi mladé dívky a chlapce. Více podpory alternativních metod.“
Respondentka10	„Nic mě nenapadá“

Tabulka 32 Zdravotní péče a informovanost

Tabulka zachycuje odpovědi respondentek na otázku, co by se podle jejich názoru mělo změnit ve zdravotní péči nebo informovanosti o endometrióze. Z odpovědí žen vyplývá několik opakujících se témat. Nejčastěji respondenty poukazují na potřebu větší empatie a citlivějšího přístupu zdravotnického personálu, stejně jako zlepšení a urychlení diagnostiky. Dále poukazuje na nutnost komplexnějšího přístupu k léčbě, který by nezahrnoval pouze hormonální terapii či operaci, ale i alternativní metody. Podle žen by bylo třeba zvýšit informovanost o tomto onemocnění zejména mezi mladými dívkami. Dvě respondenty konkrétní návrhy nevedly.

Otázka č. 33 Jak se dnes díváte na svou nemoc?

	Pohled respondentky na nemoc
Respondentka 1	„Jako součást mě“
Respondentka 2	„Dnes opravdu s pokorou a vlastně nelituji toho, že mi přišla ukázat, abych si dávala více péče a odpočinku. Jela jsem na 150% a vím, že to tělo mě potřebovalo zastavit. Věřím, že časem se mi i cysty přestanou tvořit a bude to v pořádku jako dřív.“
Respondentka 3	„Hodně mě naučila.“
Respondentka 4	„Hodně mě naučila, ale uměla bych si to představit bez ní.“
Respondentka 5	„Už jsem se s ní srovnala“
Respondentka 6	„Jsem s ní smířená, ale nepřála bych to nikomu.“
Respondentka 7	„Dnes už nemoc beru jako součást svojí cesty a dělám vše pro to, aby mě do budoucna tolik neomezovala.“
Respondentka 8	„S nadhledem, snažím se to přijmout, že to je tak prostě je. Uvidíme, jak se pohled změní až dojde na téma mateřství a snažení se o těhotenství. Z toho strach určitě mám a budu mít.“
Respondentka 9	„Teď už jsem s nemocí smířená, a beru to, tak jak to je, je to součást mě a mojí životní cesty, mnoho mě toho naučila.“
Respondentka 10	„S nemocí jsem se smířila, snažím se dělat vše pro to aby mě tolik neovlivňovala.“

Tabulka 33 Pohled respondentky na nemoc

Tabulka číslo 33 prezentuje odpovědi respondentek na otázku, jak se v současnosti dívají na své onemocnění. Z odpovědí žen vyplývá, že většina žen přijala endometriózu, jako součást svého života. Respondentky často uvádějí, že se s nemocí smířily a vnímají ji jako součást své životní cesty, některé z respondentek uvedly, že je endometrióza také něčemu naučila, například více o sebe pečovat nebo zpomalit ve svém životě. V některých odpovědích od respondentek se objevují i negativní odpovědi, zejména obavy z budoucnosti v souvislosti s mateřstvím.

Otázka č. 34 Máte nějaká doporučení pro porodní asistentky, jak by měly s pacientkami komunikovat?

	Komunikace s pacientkami
Respondentka 1	„Empatie, vyslechnout pacientky, všechny potíže a problémy.“
Respondentka 2	„Za mě opravdu vyslechnout každou ženu komplexně, a tak se na ni i dívat – každá z nás potřebuje jiný přístup a neplatí pro všechny stejná pravidla. Je to velmi individuální.“
Respondentka 3	„Nevím“
Respondentka 4	„Mít dostatek informací o tomto onemocnění. Mít porozumění.“
Respondentka 5	„Hlavně mile a empaticky.“
Respondentka 6	„Obecně určitě empatie a respekt.“
Respondentka 7	„Nevím“
Respondentka 8	„Citlivě, chápavě, nelhat, něco doporučit, sdílet anonymně zkušenosti jiných žen, zkušenosti své nebo z praxe.“
Respondentka 9	„Dostatek empatie, informací o tomto onemocnění, respekt.“
Respondentka 10	„Nevím“

Tabulka 34 Komunikace s pacientkami

Tabulka číslo 34 zachycuje odpovědi respondentek na otázku, jestli mají nějaké doporučení pro porodní asistentky, jak by měly komunikovat s ženami, které trpí endometriózou. Z odpovědí od respondentek, vyplývá že nejdůležitějším požadavkem je empatický, citlivý a respektující přístup. Respondentky zdůrazňují, že je důležité, aby porodní asistentky více naslouchaly ženám, porozuměly jejím obtížím a zvolily u každé ženy individuální přístup, jelikož každá žena prožívá své onemocnění jinak. Dále poukazují na potřebu dostatečné informovanosti porodních asistentek o endometrióze, aby mohly poskytovat rady a podporu.

Otázka č. 35 Co by Vám nejvíce pomohlo nebo pomáhá zvládat endometriózu?

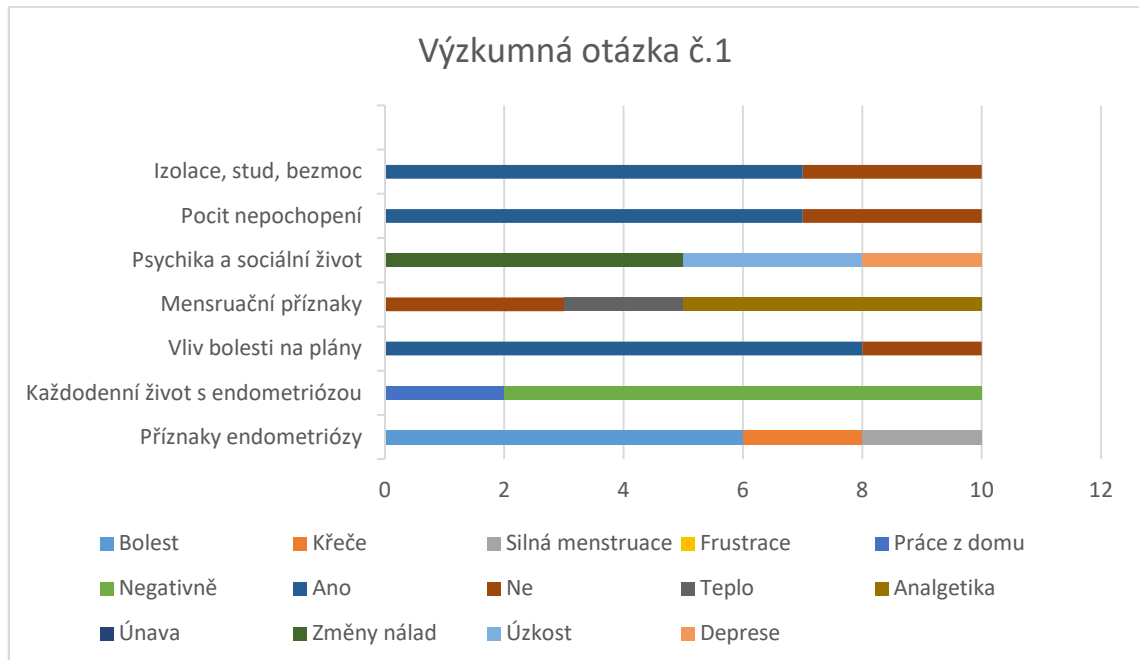
	Zvládání endometriózy
Respondentka 1	„Analgetika, které by opravdu zabrali nahned. A taky kdyby šla celá odstranit jako třeba slepé střevo“
Respondentka 2	„Mít v nejbližším okolí jen ty, kteří vám věří, že vám není dobře a nezlehčují to. Potřebujeme pochopení a pak je nám hned lépe, alespoň mně to pomáhá moc. A opravdu se snažím mít kolem sebe jen pozitivní energii, to ji pak dodává i mně samotné.“
Respondentka 3	„Léky proti bolesti a teplá koupel“
Respondentka 4	Bez odpovědi
Respondentka 5	„Podpora od nejbližších.“
Respondentka 6	„Analgetika a klid.“
Respondentka 7	„Nejvíc mi pomáhají opiáty, nízkosacharidová/protizánětlivá strava a pohyb.“
Respondentka 8	„Kdyby šla vyléčit.“
Respondentka 9	„Léky od bolesti, postel, teplo a klid nebo bych si přála, kdyby šla úplně odstranit.“
Respondentka 10	„Podpora, léky na bolest a teplo.“

Tabulka 35 Zvládání endometriózy

Na otázku číslo 35, která zněla, co by ženám nejvíce pomohlo nebo pomáhá zvládat endometriózu. Z odpovědí vyplývá, že klíčovou roli hraje především tlumení bolesti, nejčastěji pomocí analgetik běžně dostupných v lékárnách nebo analgetik na předpis. Dalším významným faktorem, který ženy zmiňují je psychická podpora ze strany blízkého okolí, pochopení a nezlehčování obtíží. Respondentky také uvádějí, že je pro ně důležitý odpočinek a klidový režim, teplo a správný životní styl. V některých odpovědích zaznělo přání úplného vymizení onemocnění, což může poukazovat jeho náročnost.

2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek

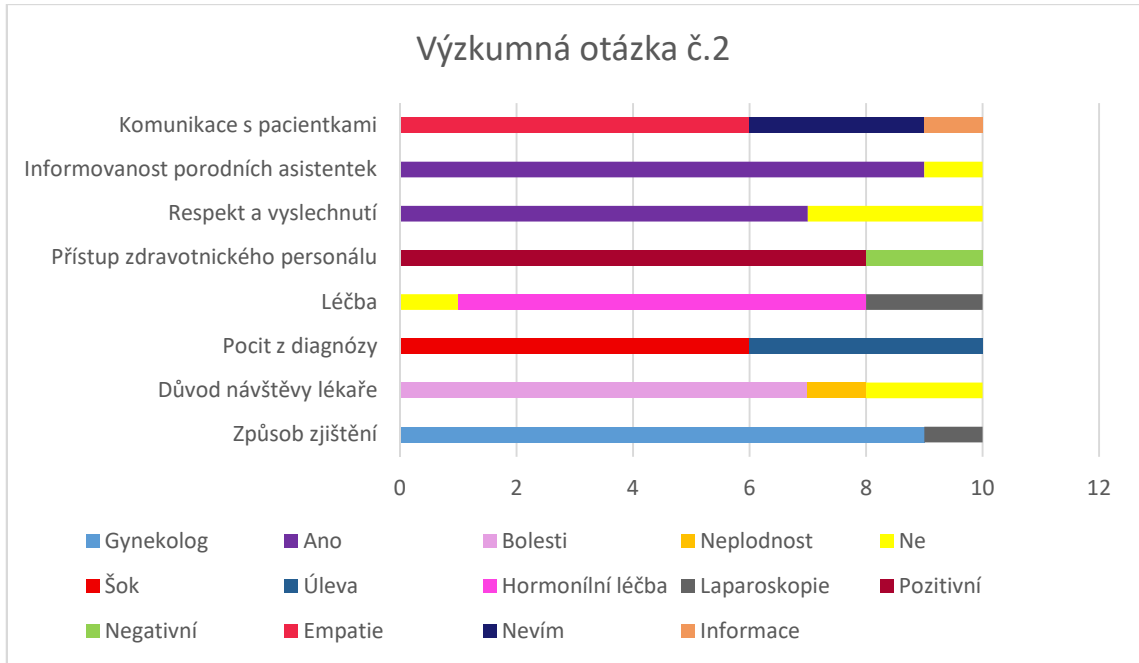
Výzkumná otázka č.1: Jak ženy s endometriózou vnímají vliv tohoto onemocnění na své psychické a fyzické zdraví



Graf 1: Vnímání onemocnění

Graf číslo 1 ukazuje, že endometrióza má výrazný dopad na fyzické i psychické zdraví žen. Nejčastěji se objevuje bolest, nejen při menstruaci, a to u šesti žen z deseti, křeče a silnou menstruaci uvedly dvě ženy z deseti. Tyto symptomy ovlivňují každodenní fungování žen. U všech žen se objevují odpovědi, jako jsou frustrace, úzkost, deprese či pocity nepochopení a izolace. Celkově lze říci, že onemocnění významně snižuje kvalitu života žen v reprodukčním věku, kdy se fyzické obtíže prolínají s psychickou zátěží a negativně ovlivňují nejen jejich zdraví, ale i sociální vztahy a každodenní fungování.

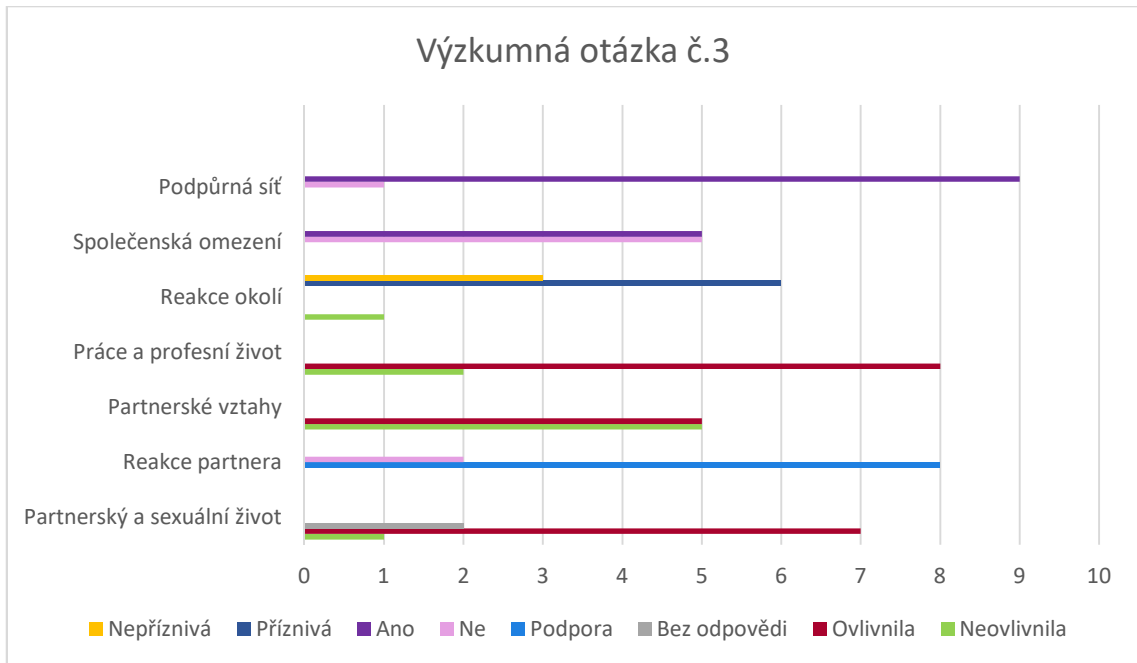
Výzkumná otázka č.2: Jaké jsou zkušenosti žen s léčbou endometriózy a jak tuto léčbu hodnotí?



Graf 2: Zkušenosti s léčbou

Graf číslo 2 ukazuje, že sedm žen z deseti mají zkušenosti s hormonální terapií a dvě ženy z deseti mají zkušenost s laparoskopickou léčbou. Zároveň velký důraz je kladen na komunikaci a přístup zdravotnického personálu. Šest z deseti žen pozitivně hodnotí zejména empatii a komunikaci ze strany zdravotnického personálu, nicméně dvě z deseti respondentek uvádí negativní zkušenost, nedostatek respektu a vyslechnutí od zdravotnického personálu. V otázce na komunikaci s pacientkami odpovědělo šest žen z deseti, že je potřeba dbát na empatii, jedna respondentka zmínila potřebu větší informovanosti porodních asistentek o endometrióze. Tři respondentky neodpověděly. Celkově lze říci, že kvalita léčby endometriózy není hodnocena podle její účinnosti, ale významně ji ovlivňuje i přístup zdravotnického personálu, komunikace a míra informovanosti nejen žen, ale i porodních asistentek.

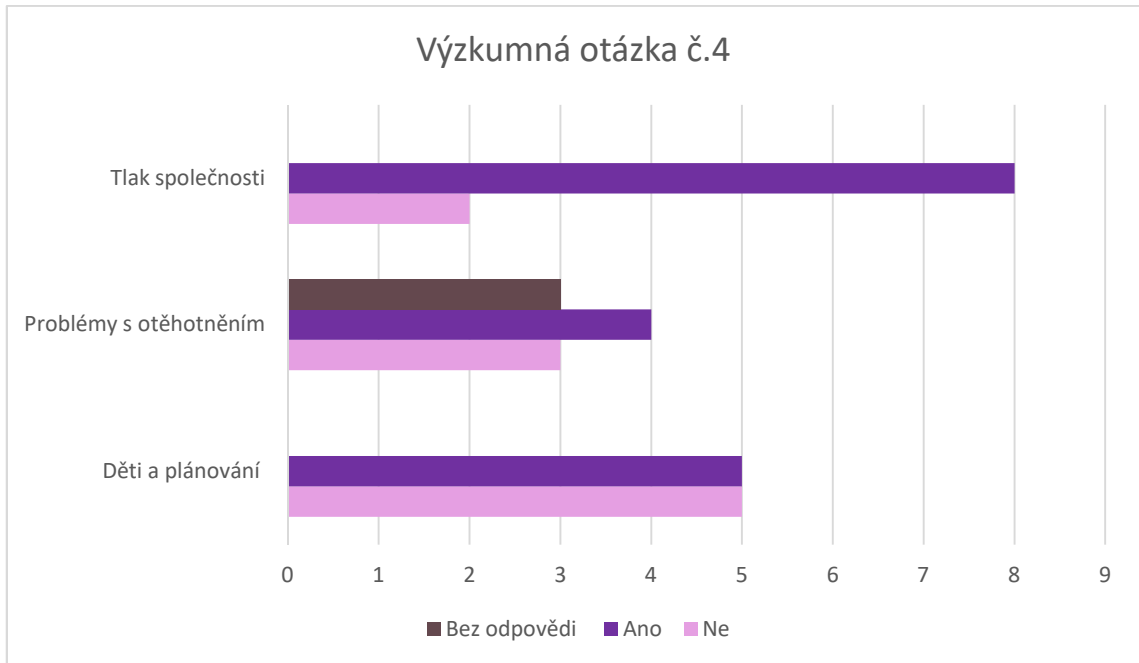
Výzkumná otázka č.3: Jakým způsobem ovlivňuje endometrióza partnerský, sociální a pracovní život?



Graf 3: Životní dopady endometriózy

Graf číslo 3 znázorňuje, že endometrióza má výrazný dopad na partnerský, sociální i pracovní život žen. Sedm žen z deseti uvádí negativní dopad v oblasti partnerského a sexuálního života. Tento fakt může souviset nejen s fyzickými obtížemi, jako je bolest ale také s psychickou zátěží, která ovlivňuje kvalitu intimního života a celkovou spokojenost ve vztahu. Endometrióza, také ovlivnila u osmi žen z deseti oblast pracovního a sociálního života, kde ženy často uvádí snížení výkonnosti, časté absence v zaměstnání nebo přizpůsobení pracovního režimu k menstruačnímu cyklu. Endometrióza ovlivnila polovinu respondentek v jejich sociálním a společenském životě, naopak druhou polovinu neovlivnila vůbec. Reakce okolí na endometriózu byla u šesti respondentek respektující. Okolí u tří žen z deseti jejich onemocnění nerespektovalo, což přispělo k jejich pocitům izolace a nepochopení. Celkově lze shrnout, že endometrióza významně zasahuje do všech sledovaných oblastí života žen a má dlouhodobý dopad na jejich kvalitu života, mezilidské vztahy i pracovní uplatnění.

Výzkumná otázka č.4: Jak ženy s endometriózou vnímají vliv tohoto onemocnění na těhotenství a mateřství?



Graf 4: Vliv na mateřství a těhotenství

Graf číslo ukazuje, že endometrióza významně ovlivňuje vnímání těhotenství a mateřství u žen. Nejvýrazněji se tento vliv projevuje v oblasti společenského tlaku, kdy osm respondentek z deseti uvádí, že pociťují tlak okolí v souvislosti s těhotenstvím. V oblasti, jestli ženy mají děti nebo je plánují byly odpovědi vyrovnané. Problémy s otěhotněním měly čtyři respondentky z deseti, tři ženy problémy s těhotenstvím neudávají, tři ženy se k tomuto tématu nevyjádřily. Celkově lze konstatovat, že endometrióza ovlivňuje nejen plodnost, ale také psychické prožívání a sociální tlak spojený s mateřstvím, což může mít dopad na rozhodování žen o rodičovství.

3 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zhodnotit vliv endometriózy na kvalitu života žen v reprodukčním věku 20-40 let. Výzkumné šetření se zaměřilo na subjektivní vnímání tohoto onemocnění z pohledu žen, jejich zkušeností s léčbou, dopady na partnerský a sociální život a také na oblast těhotenství a mateřství.

Pro stanovení tohoto cíle byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, které jsou v následující kapitole zhodnoceny a zodpovězeny.

Zhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č.1: Jak ženy s endometriózou vnímají vliv tohoto onemocnění na své fyzické a psychické zdraví?

Z výsledků výzkumu vyplývá, že endometrióza má výrazný dopad jak na fyzické, tak i na psychické zdraví žen. K vyhodnocení této výzkumné otázky, byly využity odpovědi respondentek na otázky 13, 14, 15,16,17,18 a 19. Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že ženy vnímají endometriózu jako onemocnění s výrazným dopadem na jejich zdraví. Tento výsledek souhlasí s poznatkem Fialy (2021), který popisuje endometriózu, jako velmi emočně náročnou. U endometriózy se může objevit stres, frustrace, deprese nebo úzkost.

V otázce 13, dominovala odpověď bolest, kterou často popisovaly, jako silnou, nepředvídatelnou a měly z ní obavy. Respondentky ji nevnímaly pouze jako fyzický symptom, ale i jako faktor, který ovlivňoval jejich každodenní fungování, dále zmiňovaly kolapsové stavy, bolesti při vyprazdňování, trávící obtíže, brnění horních a dolních končetin. Jedna žena z deseti odpověděla, že na endometriózu podezření neměla.

Jejich každodenní fungování ovlivňovaly nejvíce bolesti při menstruaci a únava. U některých žen bolesti při menstruaci nereagují na žádná analgetika. Spousta respondentek při menstruaci pracuje z domu.

V otázce, jestli bolest ovlivňuje jejich plány se nejvíce opakovala odpověď ano, a to u sedmi respondentek z deseti. Tři respondentky endometrióza v jejich plánování neomezuje.

Příznaky endometriózy se u sedmi pacientek z deseti zhoršují během menstruace. Spousta z žen napsala, že jim pomáhá při menstruaci více odpočívat, nesportovat, dodržovat zdravý životní styl, teplo, a především užívat silná analgetika.

V otázce na psychické zdraví se často objevoval pocit frustrace, bezmoci, nepochopení, samoty, úzkostí a deprese nebo izolace a studu. Některé ženy popisovaly dlouhou cestu k diagnóze endometriózy, během které docházelo ke zlehčování jejich obtíží. Tento aspekt měl významný vliv na jejich psychický stav, který vedl k pocitům nejistoty či ztráty důvěry ve zdravotnický personál. Většina žen endometriózou se setkaly s nepochopením od rodiny, kolegů nebo partnera.

Z rozhovorů je patrné, že fyzická a psychická rovina jsou úzce spojeny. Intenzita bolesti často ovlivňovala psychické prožívání a dlouhodobé obtíže vedly k úzkostným či depresivním stavům.

Zahraniční výzkum Brosterové (2021) poukazuje na to, že endometrióza je onemocnění s výrazným dopadem na kvalitu života žen, kdy zásadním problémem zůstává dlouhá doba

stanovení diagnózy, v průměru je to 7,5 roku. Takto zpožděná diagnóza je často spojena s přetrvávající chronickou bolestí a nejistotou, a to negativně ovlivňuje nejen fyzické, ale i psychické zdraví žen. Zároveň je kladen důraz, na to že i přes absenci úplného vyléčení dochází k postupnému rozvoji léčebných možností, které mohou zmírnit symptomy onemocnění.

Výsledky vlastního výzkumu s těmito poznatky souhlasí. Respondentky ve výzkumu nejčastěji uvádějí fyzické obtíže, zejména bolest, křeče a silnou menstruaci, která je výrazně ovlivňuje. Současně se u nich objevují i psychické dopady, jako je frustrace, úzkost, deprese či pocit nepochopení a izolace.

Shoda mezi zahraničními poznatky výzkumu a vlastním šetřením je patrná v tom, že endometrióza je vnímána jako chronické onemocnění s komplexním dopadem na zdraví žen. Dlouhá cesta k diagnóze a nutnost dlouhodobého zvládnání symptomů, mohou přispět k prohlubování psychických potíží. Výzkumy se tak navzájem doplňují a potvrzují, že endometrióza významně snižuje kvalitu života žen v reprodukčním věku, jak po stránce fyzické, tak psychické.

Výzkumná otázka č.2: Jaké jsou zkušenosti žen s léčbou endometriózy a jak tuto léčbu hodnotí?

K hodnocení této výzkumné otázky byly využity odpovědi z otázek 6,7,8,9,10,11,12, 13 a 34. Na základě kvalitativního výzkumu bylo zjištěno, že zkušenosti žen s léčbou endometriózou jsou značně individuální a komplexní. Respondentky vnímaly léčbu spíše jako dlouhodobý proces zaměřený na zmírnění symptomů než jako definitivní řešení onemocnění. Tento výsledek souhlasí s poznatky Drahoňovského (2024), který popisuje endometriózu jako chronické onemocnění s častou potřebou dlouhodobé a kombinované léčby.

Respondentky často popisovaly zkušenosti s hormonální nebo chirurgickou léčbou, a to v otázce 10. Hormonální léčba na jedné straně přinášela úlevu od symptomů, ale byla spojena se spousty vedlejších účinků. Dále byla ženám nabídnuta chirurgická léčba, po které ale uváděli návrat obtíží.

Z odpovědí respondentek v otázce číslo 6 vyplynulo, že proces sdělení diagnózy měl významný vliv na jejich celkové vnímání onemocnění i následné léčby. Většina respondentek uvedla, že jim diagnózu sdělil gynekolog při gynekologické vyšetření.

Délka diagnózy byla respondentkami často vnímána jako dlouhá a zatěžující. Mnohé ženy uváděly, že od prvních příznaků k definitivní diagnóze uplynulo několik let. Dlouhé čekání na diagnózu mělo významný dopad na psychiku žen, vedlo k frustraci a někdy i k pochybnostem o vlastním zdravotním stavu.

Hlavním důvodem návštěvy lékaře u většiny žen byla bolest, kterou popisovaly jako intenzivní a omezující. Kromě bolesti se objevovaly i další faktory, jako problémy s těhotenstvím nebo s vyprazdňováním.

Hodnocení zdravotnického personálu se mezi respondentkami lišilo. Pozitivní zkušenosti byly spojeny s empatickým přístupem. Takový přístup přispíval k pocitu bezpečí a důvěry. Naopak negativní zkušenosti zahrnovaly pocity zlehčování obtíží a nedostatek informací. Tyto zkušenosti měly významný vliv na celkové hodnocení léčby.

Pocit respektu a vyslechnutí byl pro respondentky velmi důležitý a významně ovlivňoval jejich spokojenost s péčí. Ženy, které se cítily vyslechnuty, častěji hodnotily svou zkušenost pozitivně a měly větší důvěru ve zdravotnický personál. Naopak nedostatek respektu byl u respondentek spojován s frustrací, pocit bezmoci a někdy i s neochotou dále vyhledávat lékařskou pomoc.

U otázky, jestli mají porodní asistentky dostatek informací se objevovaly spíše kritická hodnocení. Některé respondentky vyjadřovaly pochybnosti o informovanosti žen s endometriózou, zejména pokud jde o její projevy. Některé ženy souhlasily s tím, že mají porodní asistentky dostatek informací o endometrióze. Tento výsledek poukazuje na možné zlepšení vzdělávání porodních asistentek v této oblasti.

Bakalářská práce Hrabánkové (2025) ukazuje na to, že léčba endometriózy je zaměřena především na zmírnění fyzických obtíží, zejména bolesti a zahrnuje kombinaci chirurgických, hormonálních a symptomatických postupů. Tyto přístupy jsou sice často účinné v potlačení symptomů, ale neřeší samotnou příčinu onemocnění a jejich efekt může být dočasný.

Ve vztahu k výzkumné otázce lze konstatovat, že teorie odpovídá i subjektivnímu vnímání žen. Z výzkumu vyplývá, že ženy hodnotí léčbu převážně podle míry úlevy od bolesti a zlepšení kvality života žen. Hormonální i symptomatická léčba je často vnímána jako přínosná, ale krátkodobá. Chirurgická léčba, zejména laparoskopie, bývá ženami hodnocena pozitivně a přináší dlouhodobější úlevu od potíží. Na druhou stranu, ale ani tento přístup nezaručuje trvalé řešení, což se pak promítá do celkového hodnocení léčby.

Obě bakalářské práce se shodují v tom, že léčba zmírňuje příznaky, ale liší se v pohledu na její efekt, zatímco teorie ji popisuje pozitivně, ženy ji vnímají spíše negativně z hlediska reálného dopadu na kvalitu života.

Výzkumná otázka č.3: Jakým způsobem ovlivňuje endometrióza partnerský, sociální a pracovní život žen?

K této výzkumné otázce se váží otázky číslo 21,22,23,26, 27,28 a 29

Na základě kvalitativní analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že endometrióza má významný dopad na partnerský, intimní, sociální a pracovní život. Respondentky popisovaly toto onemocnění jako faktor, který ovlivňuje nejen fyzickou stránku vztahu, ale i jeho emocionální a komunikační rovinu.

V oblasti intimního života se jako hlavní téma objevovala bolest při pohlavním styku, která vedla ke snížení sexuální aktivity nebo k úplnému vyhýbání. Tento fakt byl pro ženy často zatěžující hlavně psychicky, protože vedl k pocitům viny, nedostatečnosti nebo ze strachu ztráty partnera. Tento výsledek je v souladu s Drahoňovským (2024), který uvádí, že bolest při pohlavním styku patří mezi časté projevy endometriózy a může významně ovlivnit kvalitu partnerského života.

Reakce partnerů na onemocnění dle výpovědí respondentek jsou různorodé. Některé ženy popisovaly své partnery jako podporující, což má pozitivní vliv na zvládání onemocnění a udržení vztahu. V těchto případech hrála důležitou roli otevřená komunikace a vzájemné porozumění. Naopak respondentky uváděly nedostatek nepochopení nebo podceňování jejich problémů.

Z rozhovorů dále vyplynulo, že endometrióza může ovlivňovat schopnost navazovat a udržovat partnerské vztahy. Některé respondentky uváděly, že kvůli svým obtížím pociťovaly nejistotu při seznamování z obavy reakce potencionálního partnera na jejich zdravotní stav.

Na základě uvedených zjištění lze uvést, že endometrióza má výrazný dopad na partnerský život žen, a to jak v oblasti intimity, ale i komunikaci. Klíčovým faktorem, který ovlivňuje kvalitu vztahu, je podpora a porozumění ze strany partnera.

Reakce pracovního okolí byly dle výpovědí respondentek různorodé. Některé ženy popisovaly podporující přístup ze strany kolegů či nadřízených, zatímco jiné se setkaly s nepochopením nebo bagatelizací svých potíží.

V sociální oblasti respondentky často uváděly, že se cítí být omezené ve svých volnočasových aktivitách. Důvodem byla především bolest, únava nebo nepředvídatelnost příznaků. Některé ženy popisovaly vyhýbání se společenským akcím, což může vést k pocitům izolace.

Z rozhovorů je také patrné, že přítomnost podpůrné sítě hraje klíčovou roli v tom, jak ženy své onemocnění zvládají. Respondentky, které měly podporu rodiny, přátel nebo partnera, dokázaly svoji nemoc lépe zvládnout. Naopak nedostatek podpory byl spojován s vyšší mírou psychické zátěže a pocitem osamělosti.

Výzkumná otázka č.4: Jak ženy s endometriózou vnímají vliv tohoto onemocnění na těhotenství a mateřství?

K této výzkumné otázce se váží otázky 23,24,25

Na základě kvalitativní analýzy rozhovorů bylo zjištěno, že endometrióza významně ovlivňuje vnímání mateřství a těhotenství. K tomuto tématu byly postoje žen dost individuální.

Z hlediska mateřství některé respondentky uvedly, že již děti mají, zatímco jiné o nich uvažují. U bezdětných žen se často vyskytovaly obavy z neplodnosti. Endometrióza byla vnímána jako faktor, který může ovlivnit reprodukční zdraví a vést k pocitům nejistoty a strachu. Tento výsledek v souladu s Drahoňovským (2024) a Fialou (2021), kteří uvádí, že endometrióza patří mezi časté příčiny ženské neplodnosti.

Z výpovědí respondentek je dále patrné, že některé z nich se setkaly s obtížemi při otěhotnění a byla jim doporučena léčba neplodnosti, a to konkrétně IVF. Tyto zkušenosti jsou často spojeny se strachem a nejistotou.

V rozhovorech se objevovalo i téma společenského a rodinného nátlaku na mateřství. Některé respondentky uváděly, že pociťují nátlak z okolí a z rodiny, což může být zdrojem stresu.

Endometrióza neovlivňuje pouze fyzické a psychické zdraví žen ale i sociální roli a roli matky. Společenská očekávání, která jsou spojená s mateřstvím mohou u žen s tímto onemocněním zvyšovat psychickou zátěž a snižovat jejich sebevědomí.

Bakalářská práce Harrisové (2024) popisuje vliv endometriózy na plodnost především z medicínského hlediska, zdůrazňuje konkrétní příčiny neplodnosti, možnosti léčby a fakt, že onemocnění snižuje šanci na spontánní početí. Mateřství je zde vnímáno spíše jako biologický problém spojený s funkčností reprodukčního systému.

Naopak výsledky vlastního výzkumu ukazují širší pohled na tuto problematiku. Ženy nevnímají vliv endometriózy pouze jako fyzickou překážku početí, ale také jako významnou psychickou a sociální zátěž. Objevují se obavy z neplodnosti, nejistota z budoucnosti i tlak okolí na mateřství.

Obě práce se shodují v tom, že endometrióza negativně ovlivňuje plodnost, liší se však v úhlu pohledu, zatímco srovnávaná práce zdůrazňuje biologické aspekty, vlastní výzkum poukazuje na komplexní dopad onemocnění a prožívání žen a kvalitu jejich života.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Bylo zjištěno, jak ženy vnímají vliv onemocnění na psychické a fyzické zdraví a jaké mají zkušenosti s léčbou, jak ji hodnotí nebo jakým způsobem ovlivňuje jejich nemoc partnerský, sociální a pracovní život. Z výsledků vyplývá, že endometrióza představuje komplexní onemocnění, které zasahuje do všech životních rovin ženy, a proto je k němu potřeba přistupovat individuálně. Na základě výsledků kvalitativního výzkumu lze formulovat, několik doporučení pro praxi, která by mohla přispět ke zlepšení kvality péče o ženy. Z provedené analýzy vyplynulo, že jeden z klíčových problémů je nedostatečná informovanost o endometrióze, a to jak mezi veřejností, tak někdy i mezi zdravotnickým personálem. Z tohoto důvodu by bylo vhodné se zaměřit na zvýšení povědomosti o tomto onemocnění. Další důležitou roli by mohly hrát také edukační materiály, které by ženám mohly poskytovat srozumitelné a dostupné informace o příznacích, průběhu a možnostech léčby.

Významným zjištěním byla také dlouhá doba stanovení diagnózy od prvních příznaků, která negativně ovlivňuje, jak jejich fyzický, tak psychický stav. V praxi by tedy bylo velmi důležité věnovat větší pozornost včasnému rozpoznání příznaků a všimnout si zejména bolestivé menstruace. Zdravotnický personál by neměl bagatelizovat obtíže žen, ale naopak by měl dbát na včasné odeslání žen do specializovaných center. Současně je přínosná mezioborová spolupráce, která přispívá k rychlejšímu stanovení diagnózy.

Jedním ze zásadních aspektů, který se ve výzkumu opakovaně objevoval, byl přístup zdravotnického personálu. Pro zlepšení přístupu zdravotnického personálu je nezbytná empatie a individuální přístup, personál by měl být schopný poskytnout ženám dostatek informací a informace o možnostech léčby. Takový přístup může přispět k jejich důvěře ve zdravotnický personál.

Výsledky výzkumu také poukazují na informovanost porodních asistentek, které hrají důležitou roli při péči o ženy s endometriózou. Je tedy důležité je podporovat ve vzdělávání a rozšiřování jejich kompetencí v oblasti edukace žen s tímto onemocněním. Porodní asistentky mohou přispět nejen k prevenci, ale i k včasnému rozpoznání příznaků a poskytnutí podpory žen, které tímto onemocněním trpí.

Významná pozornost má být věnována oblasti těhotenství a mateřství. Ženy s endometriózou se často potýkají s neplodností. V praxi je proto důležité poskytovat včasné, citlivé a odborné informace o možnostech léčby neplodnosti.

V neposlední řadě je vhodné se zaměřit i na pracovní a sociální život žen. Endometrióza může vést ke snížení pracovní výkonnosti nebo omezení sociálního života. V tomto odvětví je důležité zvyšovat podvědomí o dopadech endometriózy, také mezi zaměstnavateli a kolegy, podporovat flexibilní pracovní podmínky.

Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřuje na vliv endometriózy na kvalitu života žen v reprodukčním věku 20-40 let. Endometrióza je chronické gynekologické onemocnění, které se vyskytuje poměrně často, avšak její diagnostika bývá zdouhavá a často podceňována. Onemocnění má výrazný dopad nejen na fyzické zdraví žen, ale také na jejich psychiku, sociální vztahy, pracovní uplatnění a celkovou kvalitu života. Právě komplexnost dopadů endometriózy byla hlavním důvodem volby tohoto tématu.

Práce byla rozdělena na dvě části, které tvořila teoretická a praktická část. V teoretické části nalezneme nejen anatomii vnitřních pohlavních orgánů ženy, která je důležitá pro pochopení vzniku a lokalizace endometriózy. Následně je popsán menstruační a ovulační cyklus, jejichž průběh může být tímto onemocněním významně ovlivněn. Další kapitoly se zaměřují na samotnou endometriózu, její historický vývoj, možné příčiny vzniku, klinické příznaky, diagnostiku, rozdělení, klasifikaci, léčbu, neplodnost, dopad na kvalitu života ženy a role porodní asistentky.

Praktická část bakalářské práce je tvořena kvalitativním výzkumem. Pro výzkum byly stanoveny 4 výzkumné otázky, ke kterým byly přiřazeny odpovídající otázky v dotazníku. Výzkumnou část tvořilo 10 respondentek, které splňovaly stanovená kritéria. Získaná data byla následně zpracována a přehledně uspořádána do 35 tabulek, které slouží k systematickému zobrazení výsledků a jejich následné interpretaci.

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit vliv endometriózy na kvalitu života žen v reprodukčním věku 20-40 let. Tento cíl byl zaměřen na komplexní posouzení dopadů onemocnění v několika rovinách, a to zejména v oblasti fyzického, psychického zdraví, partnerských vztahů a reprodukčního života. Důraz byl kladen na to, jak ženy vnímají své onemocnění, obtíže, které jim přináší v každodenním životě a jeho vliv na schopnost plnit běžné životní role. Součástí hodnocení bylo také posouzení vlivu endometriózy na pracovní a sociální život a těhotenství.

Na základě všech zjištění lze konstatovat, že endometrióza není pouze gynekologické onemocnění, ale komplexní problém, která zasahuje do všech důležitých životních oblastí žen. Výsledky ukazují, že onemocnění má výrazný dopad nejen na fyzické zdraví, ale také na psychickou pohodu, sociální vztahy a pracovní život. Důležité je také dbát na potřebu komplexního a individuálního a citlivého přístupu k ženám ve všech ohledech, hlavně v ohledu plodnosti, těhotenství a mateřství, které jsou pro ženy v tomto věkovém období velmi důležité. Cíl bakalářské práce byl splněn. Jelikož se podařilo zhodnotit vliv endometriózy na kvalitu života žen v reprodukčním věku.

Na závěr bych velice ráda poděkovala všem respondentkám, které se zúčastnily výzkumu, za jejich ochotu sdílet své osobní zkušenosti s endometriózou, včetně citlivých témat, která jsou s tímto onemocněním spojena. Jejich otevřenost a spolupráce byly klíčové pro realizaci této práce a významně přispěly k hlubšímu pochopení dané problematiky.

Seznam použité literatury

- BROSTER, Alice. Online. 2021. Dostupné z: https://www-endofound-org.translate.goog/hows-endometriosis-research-going-highlights-from-endo-research-from-around-the-world?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=cs&_x_tr_hl=cs&_x_tr_pto=sge. [cit. 2026-04-20].
- Co je endometrióza. Online. *ENDOTalks*. 2021. Dostupné z: <https://endotalks.cz/co-je-endometrioza/>, <https://endotalks.cz/co-je-endometrioza/>. [cit. 2026-04-11].
- DRAHOŇOVSKÝ, Jan. *Endometrióza v otázkách a odpovědích: 2., přepracované a doplněné vydání*. Skripta. V Praze: Mladá fronta, 2024. ISBN 978-80-204-6318-0.
- DUBOVÁ, Olga a ZIKÁN, Michal. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví: učebnice*. 7. vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2019]. ISBN 978-80-7345-599-6.
- Endometrióza: Tichý nepřítel ženského zdraví. Jak ovlivňuje plodnost a jak ji léčit? Online. 2025. Dostupné z: https://www.iscare.cz/cs/o-klinice/aktualne/endometrioza-jak-se-da-lecit-jak-ovlivnujeplodnost?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=PMAX_VFP_Gynekologie_Nov%C3%A1&utm_id=23448248152&gad_source=1&gad_campaignid=23443804694&gclid=CjwKCAiAs4HMBhBJEiwACrfNZacd8k3x12ZVzuehYGSPPzKyc4-N4r2VZOKVb5VgA2ZNge6kxkDYxoCO3cQAvD_BwE. [cit. 2026-04-11].
- ENDOTalks. Endovyšetření. Online. 2021. Dostupné z: <https://endotalks.cz/endovysetreni/>. [cit. 2026-04-11].
- ENDOTalks. Online. 2021. Dostupné z: <https://endotalks.cz/onkomarker-ca125/>. [cit. 2026-04-11].
- FLAWS, Bob. *Endometrióza a neplodnost: diagnóza, prevence, dieta, cvičení a relaxační terapie podle tradiční čínské medicíny : kniha pro ženy, které touží po miminku*. Praha: Anahita, 2016. ISBN 978-80-87740-12-5.
- HARRIS, Caroline. *Endometrióza a její vliv na kvalitu života ženy, těhotenství a porod*. Praha, 2024. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1.lékařská fakulta.
- HRABÁNKOVÁ, Kristýna. *Informovanost žen o endometrióze*. Praha, 2025. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
- JAŠKO, Mária. Online. 2025. Dostupné z: <https://femendo.eu/>. [cit. 2026-04-11].
- KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Učební texty Univerzity Karlovy. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-802-4640-587.
- KREJČÍK, Roland. Endometrióza a vše, co byste o ní měla vědět (stručně a jasně). Online. 2025. Dostupné z: <https://www.gynmedico.cz/endometrioza-a-vse-co-byste-o-ni-mela-vedet-strucne-a-jasne>. [cit. 2026-04-11].
- LENZ, Jiří; CHVÁTAL, Radek a FIALA, Luděk. *Endometrióza: 2., přepracované a doplněné vydání*. Skripta. V Praze: Grada, 2021. ISBN 978-802-7130-504.
- MOORE, Jen. *Endometriosis*. Bloomsbury Publishing, 2025. ISBN 978-1-399-42448-6.

nzip.cz. Endometrióza-co to je, příčiny a příznaky. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/416-endometrioza-priciny-a-priznaky>. [cit. 2026-04-11].

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

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2020]. ISBN 978-80-7345-618-4.

ROKYTA, Richard; MAREŠOVÁ, Dana a TURKOVÁ, Zuzana. *Somatologie: učebnice*. 7. vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-306-8.

ROZTOČIL, Aleš a PROCHÁZKA, Martin. *Moderní porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Skripta. Olomouc: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

ŠINDLEROVÁ, Denisa. Endometrióza postihuje tisíce žen, klíčová je dle lékařů včasná diagnostika. Online. 2026. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/endometrioza-postihuje-tisice-zen-klicova-je-dle-lekaru-vcasna-diagnostika-371733>. [cit. 2026-04-11].

TOMEŠ, Pavel. Endometrióza a dyspareunie. Online. 2019. Dostupné z: <https://www.actualgyn.com/cz/clanek/2019/224>. [cit. 2026-04-11].

VZP. Léčba endometriózy. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/lecba-endometriozy>. [cit. 2026-04-

Přílohy

Příloha A otázky k polostrukturovanému dotazníku

Úvodní otázky – obecné informace

1. Kolik je Vám let?
2. V jakém věku Vám byla diagnostikována endometrióza?
3. Jak dlouho trvalo, než Vám byla stanovena diagnóza od prvních příznaků?
4. Měla jste už dříve podezření, že něco není v pořádku?
5. Jaký typ endometriózy Vám byl diagnostikován (pokud víte)?

Diagnóza a léčba

6. Jak jste se o své diagnóze dozvěděla?
7. Co Vás přivedlo k lékaři?
8. Jaký byl Váš pocit, když jste se o diagnóze dozvěděla? Bylo to pro Vás úlevou nebo šokem? Věděla jste tehdy, co to endometrióza je?
9. Jaká léčba Vám byla nabídnuta?
10. jste se setkala?
11. Cítila jste se respektována a vyslechnuta?
12. Myslíte si, že porodní asistentky mají dostatek informací o endometrióze?

Fyzické dopady

13. Jaké příznaky endometriózy Vás nejvíce trápí nebo trápily?
14. Jakým způsobem nemoc ovlivňuje Vaše fungování v každodenním životě? (při sportu, v práci, doma, partnerský život)
15. Musela jste kvůli bolesti rušit plány?
16. Zhoršují se příznaky během menstruace? Jak to zvládáte?

Psychické a emocionální dopady

17. Jak endometrióza ovlivnila Vaši psychiku nebo duševní pohodu? (Měla jste například deprese, frustraci, úzkosti, časté změny nálad?)
18. Setkala jste se někdy s pocitem nepochopení ze strany okolí? (Partnera, rodiny, kolegů)
19. Měla jste někdy pocit izolace, studu nebo bezmoci kvůli své diagnóze?

Partnerský život a intimita

20. Jak ovlivnila endometrióza Váš partnerský život nebo sexuální vztahy?
21. Jak na nemoc reagoval Váš partner? (pokud máte)
22. Ovlivnila nemoc Vaši schopnost navazovat nebo udržet partnerské vztahy? Pokud ano, tak jak?

Těhotenství a mateřství

23. Máte děti nebo o nich uvažujete?
24. Setkala jste se s problémy při otěhotnění? (IVF, léčba neplodnosti)
25. Vnímáte tlak společnosti (či rodiny) ohledně mateřství?

Sociální a pracovní život

26. Jak nemoc ovlivnila Vaši práci a profesní život?
27. Jak reagovalo Vaše okolí v práci?
28. Cítíte se společensky omezená? A proč?
29. Máte kolem sebe podpůrnou síť (rodina, přátelé, skupiny)?

Závěrečné otázky

30. Co byste chtěla, aby ostatní ženy věděly o životě s endometriózou?
31. Co byste chtěla vzkázat ostatním ženám, které trpí endometriózou?
32. Co by se podle Vás mělo změnit ve zdravotní péči nebo informovanosti o endometrióze?
33. Jak se dnes díváte na svou nemoc?
34. Máte nějaká doporučení pro porodní asistentky, jak by měly s pacientkami komunikovat?
35. Co by Vám nejvíce pomohlo nebo pomáhá zvládat nemoc?