

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Tereza Buriánková

Kvalita života žen s endometriózou

The quality of life of women with endometriosis

Bakalářská práce

Praha, 2025

Autor práce: Tereza Buriánková

Studijní program: **Všeobecné ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecné ošetřovatelství**

Vedoucí práce: **Mgr. Monika Rusová**

Pracoviště vedoucího práce: **Klinika paliativní medicíny, Fakultní poliklinika, Karlovo náměstí 32, Praha 2**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má závěrečná práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému Theses.cz a Turnitin za účelem soustavné kontroly podobnosti závěrečných prací.

V Praze dne: **22.5.2025**

Tereza Buriánková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Monice Rusové za odborné vedení, trpělivost a podporu, kterou mi věnovala v průběhu celé práce. Dále děkuji respondentkám, díky kterým jsem byla schopna práci realizovat.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje problematice endometriózy, gynekologického benigního onemocnění, které může významně ovlivňovat každodenní život žen. Cílem této práce je porozumět zkušenostem žen s endometriózou a zhodnotit dopady tohoto onemocnění na kvalitu jejich života.

Teoretická část obsahuje přehled anatomie a fyziologie ženského pohlavního ústrojí, popisuje možné příčiny vzniku onemocnění, příznaky, proces diagnostiky, klasifikaci a léčbu endometriózy, stejně jako její vliv na psychické zdraví a projevy onemocnění v různých životních obdobích ženy.

Praktická část je založena na kvalitativním výzkumu za použití polostrukturovaných rozhovorů se ženami s diagnostikovanou endometriózou. Výsledky výzkumu poukazují na problematiku zpožděné diagnostiky, bagatelizaci obtíží, dopadu onemocnění na psychiku a sexuální život ženy. Respondentky výzkumu také reflektují různorodé zkušenosti s podstoupenou terapií.

Práce upozorňuje na nutnost komplexního přístupu k pacientkám s endometriózou, mezioborové spolupráci a nebagatelizování obtíží, které toto onemocnění mohou provázet.

Klíčová slova: Endometrióza, kvalita života, etiologie, diagnostika, léčba, rizikové faktory, prevence, infertilita, gynekologie, anatomie

Abstract

This bachelor thesis focuses on the issue of endometriosis, a benign gynecological condition that can significantly affect women's daily lives. The aim of this thesis is to explore the experiences of women with endometriosis and to assess the impact of the disease on their quality of life.

The theoretical part provides an overview of the anatomy and physiology of the female reproductive system, describes the possible causes of the disease, its symptoms, diagnostic process, classification, and treatment. It also addresses the psychological affects of endometriosis and how the condition manifests in different stages of woman's life.

The practical part is based on qualitative research using semi-structured interviews with women diagnosed with endometriosis. The findings highlight the issues of delayed diagnosis, the trivialization of symptoms, the psychological and sexual impact of the disease, and the diverse experiences women have had with the treatments they underwent.

The thesis emphasizes the need for a comprehensive approach to patients with endometriosis, interdisciplinary cooperation, and a non-dismissive attitude towards the difficulties associated with this condition.

Keywords: Endometriosis, quality of life, etiology, diagnostic, treatment, risks factors, prevention, infertility, gynekology, anatomy

Obsah

Teoretická část.....	11
1. Anatomie a fyziologie ženského pohlavního ústrojí	11
1.1. Základní anatomie vnitřních pohlavních orgánů	11
1.2. Základní anatomie zevních pohlavních orgánů.....	13
1.3. Fyziologie ženské reprodukce.....	14
2. Definice, příčiny a teorie vzniku	16
2.1. Definice.....	16
2.2. Etiologie	16
3. Klasifikace	19
4. Příznaky a diagnostika	21
4.1. Příznaky.....	21
4.2. Diagnostika.....	22
5. Rizikové faktory a prevence	23
5.1. Rizikové faktory	23
5.2. Prevence	24
6. Léčba endometriózy	24
6.1. Farmakoterapie.....	25
6.2. Chirurgická léčba	28
6.3. Asistovaná reprodukce	29
6.4. Léčba chronické bolesti	30
7. Vliv endometriózy na duševní zdraví žen.....	30
7.1. Stres	30
7.2. Úzkostné poruchy	31
7.3. Deprese.....	31
7.4. Spánkové poruchy.....	32
9. Endometrióza v těhotenství a v postmenopauze	33
9.1. Endometrióza v těhotenství.....	33
9.2. Endometrióza v postmenopauze	33
10. Shrnutí.....	34

Praktická část	35
11. Metodika	35
11.1. Kvalitativní výzkum	35
11.2. Polostrukturovaný rozhovor	35
11.3. Cíl výzkumu	35
11.4. Charakteristika výzkumného vzorku	37
11.5. Sběr dat	37
11.5.1. Otázky k rozhovoru	37
12. Rozhovory	39
12.1. Rozhovor č. 1	39
12.1.1. Přepis rozhovoru	39
12.2. Rozhovor č. 2	42
12.2.1. Přepis rozhovoru	42
12.3. Rozhovor č. 3	47
12.3.1. Přepis rozhovoru	47
12.4. Rozhovor č. 4	51
12.4.1. Přepis rozhovoru	51
12.5. Rozhovor č. 5	55
12.5.1. Přepis rozhovoru	55
13. Výsledky	60
14. Diskuze	65
14.1. Limity výzkumu	66
14.2. Přínos výzkumu	67
15. Závěr	67
Bibliografie	68

Seznam zkratk

atd. – a tak dále

BMI – Body Mass Index

Ca-125 – karbohydrátový antigen

cm – centimetr

COC – kombinovaná orální kontracepce

DNA – deoxyribonukleová kyselina

EFI – Endometriosis Fertility Index

FSH – folikuly stimulační hormon

g – gram

GnRH – gonadotropin uvolňující hormon

IA – selektivní inhibitory aromatázy

IUS - intrauterinní systém

IVF – in vitro fertilizace

LH – luteinizační hormon

LNG – levonorgester

ml – mililitr

mm – milimetr

Např. – například

NK – natural killers

NSAID – nesteroidní antiflogistika

POP – tablety se samotným progestinem

rASM – revised American Society for Reproductive Medicine

SERM – selektivní modulátory estrogenových receptorů

SPRM – selektivní modulátory progesteronového receptoru

Tzv. – takzvaně

U/ml – jednotky na mililitr

Úvod

Téma kvality života žen s endometriózou jsem si vybrala především z důvodu osobního zájmu o tuto problematiku a její aktuálnost. Endometrióza se řadí mezi chronické benigní onemocnění, které často ovlivňuje každodenní fungování, pracovní život, partnerské vztahy i psychickou pohodu žen. Diagnostika může trvat až několik let a ženy se v tomto období mohou setkat s bagatelizací svých obtíží, jak od zdravotníků, tak od svého okolí.

Cílem této práce je nahlédnout do každodenního života žen žijících s endometriózou, porozumět tomu, jaký dopad může toto onemocnění mít na jejich kvalitu života a jaké mají zkušenosti s diagnostikou a léčbou. Touto prací bych chtěla přispět k většímu porozumění této problematiky a upozornit na potřebu komplexního a empatického přístupu k ženám trpícím tímto onemocněním.

Praktická část této práce se skládá z polostrukturovaných rozhovorů s pacientkami s diagnostikovanou endometriózou. Tato práce dává možnost nahlédnout do zkušeností jiných žen s tímto onemocněním a zároveň může sloužit jako informační zdroj pro širší veřejnost, a tím přispět ke zvýšení informovanosti o tomto onemocnění.

Teoretická část

1. Anatomie a fyziologie ženského pohlavního ústrojí

Ženské pohlavní ústrojí neboli *organa genitalia feminina* slouží k tvorbě pohlavních buněk, produkci hormonů, umožňuje pohlavní styk a s tím spojenou graviditu a následný porod (1). Ženské pohlavní orgány rozdělujeme dle jejich uložení na vnitřní pohlavní orgány – *organa genitalia interna* a zevní pohlavní orgány – *organa genitalia externa* (2).

1.1. Základní anatomie vnitřních pohlavních orgánů

Mezi vnitřní pohlavní orgány se řadí vaječníky, vejcovody, děloha a pochva (2).

Vaječník, ovarium

Je párovou pohlavní žlázou nacházející se po stranách dělohy, ke které je uchycen vazem (*ligamentum ovarii proprium*) (2). Má ovoidní tvar velikosti švestky, váží 6 - 10 g. Povrch vaječníku chrání vazivový obal. Až do puberty má vaječník povrch hladký, s věkem poté kvůli uvolněným vajíčkům zjizvnatí. Tkáň vaječníku tvoří kůra (*cortex ovarii*) a dřev (*medulla ovarii*). Z epitelových buněk v kůře vznikají folikuly. Uvnitř těchto folikulů se nacházejí vajíčka (*oocyty*) a folikulární buňky, které oocyt vyživují a chrání. Dřev vaječníku je bohatá na nervová vlákna a cévy (1).

Vejcovod, tuba uterina

Párový orgán trubicovitého tvaru. Dlouhý je zhruba 10 cm a jeho účelem je transportovat vajíčko do dělohy. Stěnu vejcovodu tvoří řasinkový epitel, hladká svalovina a serózní obal. Na laterálním konci vejcovodu se trubice rozšiřuje (*ampulla*) a otevírá se do dutiny břišní směrem k vaječníku. V této části vejcovodu se nacházejí třásně (*fimbriae*), které mají za úkol zachytit zralé vajíčko při ovulaci. Vaječník a vejcovod se společně označuje jako děložní adnexa (2).

Děloha, *uterus*

Je dutý svalový orgán, připomínající svým tvarem komolý kužel (3). Velikost dělohy dospělé ženy se pohybuje v rozmezí 7 - 8 x 5 – 6 cm, váha mezi 50 – 60 g (2). Na děloze rozlišujeme tělo (*corpus*), které v horní části (*fundus*) tvoří děložní rohy, ve kterých se nachází ústí vejcovodů. Poté úžinu (*isthmus*), která je v oblasti přechodu děložního těla v krček. Krček, jinak nazývaný hrdlo (*cervix*) tvoří dolní část dělohy. V děložním hrdle se nachází kanálek (*canalis cervicis*), který navazuje na děložní dutinu. Na konci kanálku vyčnívá do pochvy čípek děložní (*portio vaginalis*) (2).

Stěnu dělohy tvoří sliznice (*endometrium*), svalovina (*myometrium*), subserózní vrstva (*tela subserosa*) a zevní vazivový obal (*perimetrium*). Sliznici tvoří jednovrstevný cylindrický epitel, který obsahuje žlásky tvořící vazký hlen a místy řasinky (3). Sliznice má dvě vrstvy – funkční, ta tvoří 60 – 75 % její tloušťky a probíhají v ní pod vlivem hormonů cyklické změny při menstruačním cyklu. Druhá vrstva, vrstva bazální, zajišťuje obnovu funkční vrstvy (2). Svalovina děložní je tvořena hladkým svalstvem o tloušťce 2 cm. Skládá se ze tří vrstev – podélné, cirkulární a spirálovité. Serózní vazivový obal poté ze zevní části kryje tělo děložní. Děloha se v těle nejčastěji nachází v poloze anteverze – anteflexe (AVF), kdy je tělo děložní skloněno dopředu nad krčkem děložním a krček svírá s dělohou úhel 70 – 100 °. V její poloze dělohu udržuje aparát podpůrný (svaly pánevního dna) a aparát závěsný (vazy) (1).

Pochva, *vagina*

Trubicovitý kopulační orgán, dlouhý v rozmezí 8 – 10 cm, široký okolo 3 cm (1). Pokračuje od děložního hrdla a ústí do předsíně poševní (*vestibulum vaginae*). Její vyústění do předsíně poševní se označuje jako poševní vchod. V poševním vchodu se nachází tenká kožní řasa *hymen*. (2). Stěnu pochvy tvoří sliznice, tvořená nerohovějícím dlaždicovým epitelem, elastickými vlákny, nervy a žilními pleteněmi. U poševního vchodu se nachází svěrač z příčné pruhované svaloviny (*m. sphincter uretrovaginalis*). Poševní sliznice je

osídlena bakterií *Lactobacillus acidophilus*, jež zajišťuje silně kyselé pH a tím pomáhá bránit pochvu proti infekci (1).

1.2. Základní anatomie zevních pohlavních orgánů

Mezi zevní pohlavní orgány se řadí Venušin pahorek, velké stydké pysky a malé stydké pysky (2).

Venušin pahorek, *mons pubis*

Nachází se před stydkou sponou ve formě tukového polštáře. Pro kůži, která ho pokrývá, je typické pubické ochlupení, které se objevuje s nástupem puberty (2).

Velké stydké pysky, *labia majora pudendi*

Jsou tvořené dvěma kožními valy. Z vnitřní strany mají charakter sliznice, z vnější strany je pokrývá kůže, která je zpravidla ochlupená (3). Podkladem těchto kožních valů je tuková tkáň, hladká svalovina a řídké kolagenní vazivo. Měří okolo 8 cm a společně uzavírají štěrbinu stydkou (1).

Malé stydké pysky, *labia minora pudendi*

Kožní řasy slizničního vzhledu. Nacházejí se ve štěrbině stydké, kde ohraničují poševní předsíň (*vestibulum vaginae*). Jsou tvořeny z tukové tkáně, hladké svaloviny a kolagenního vaziva. Dlouhé jsou 3 - 4 cm (1).

Topořivé tkáně, *corpora cavernosa* a předsíňové žlázy, *glandulae vestibulares*

Mezi ženské topořivé tkáně patří předsíňová bulva (*bulbus vestibuli*) a poštváček (*clitoris*). Předsíňová bulva, párová erektilní tkáň, se nachází po stranách poševního vchodu. Poštváček, nepárový erektilní orgán, se nachází vpředu mezi malými stydkými pysky. Specifický je obsahem četných nervových zakončení (1).

Mezi předsíňové žlázy patří pohlavní Skeneho žlázy (*glandulae vestibulares minores*), které vylučují mucinózní sekret zvlhčující poševní vchod. Další předsíňovou žlázou je velká Bartholiniho žláza (*glandulae vestibulares major*), která je párová a vyznačuje se velikostí hrachu. Taktéž vylučuje mucinózní sekret a její funkcí je zvlhčení poševního vchodu (1).

1.3. Fyziologie ženské reprodukce

Reprodukční soustava ženy má cyklický průběh, který je řízen vlivem hormonů předního laloku hypofýzy, hypothalamu a vaječnicků. Již v nitroděložním období (8.-13. týden) z ženských zárodečných buněk (oogenie) vznikají primordiální folikuly, které obsahují vývojové stádium vaječných buněk (1). Další vývoj nastává v období pubescence. Celý reprodukční cyklus končí mezi 40. a 45. rokem života ženy, toto období se nazývá *klimakterium* (2).

Ovariální cyklus

Trvá v průměru 28 dní a dochází při něm k dozrávání a uvolňování vajíček z vaječnicků. Těch se za celou dobu reprodukční zralosti ženy uvolní 400 - 450. Ovariální cyklus můžeme rozdělit na 3 fáze (1).

Folikulární fáze – nastává pod vlivem Luteinizačního hormonu (LH) a Folikuly stimulačního hormonu (FSH). Ve folikulární fázi se mění primordiální folikuly na rostoucí folikuly a vzniká Graafův folikul obsahující téměř zralý oocyt (zárodečnou buňku). Vaječnický v této fázi cyklu tvoří hormon estrogen (1).

Ovulační fáze – nastává okolo 14. dne ovariálního cyklu. Nastává ovulace, Graafův folikul praská a uvolněné vajíčko putuje do vejcovodu (1).

Luteální fáze – prasklý folikul se mění na žluté tělísko (*corpus luteum*), které produkuje hormon progesteron a ve sníženém množství estrogen. Při oplození vajíčka zůstává žluté tělísko v kůře vaječnicku, později ho ve funkci nahrazuje placenta. Pokud nedojde k oplození vajíčka, žluté tělísko se mění na vazivovou jizvu – bílé tělísko (*corpus albicans*) (1).

Estrogeny – vytváří je nadledviny, placenta a v ovariích folikulární buňky a žluté tělísko. Estrogeny působí primárně na ovaria, prsy, dělohu a pochvu. Při dospívání ženy zodpovídají estrogeny za růst pohlavních orgánů a sekundárních pohlavních změn (vývin prsů, terciální ochlupení atd.). Dále ovlivňují rozmístění tukové tkáně na hýždích a bocích. Mezi další důležitou funkci estrogenů patří navození 2. fáze menstruačního cyklu – fázi proliferační (1).

Progesteron – vytvářen nadledvinkami, placentou a žlutým tělískem. Primárně působí na mozek, prsy a dělohu. Mezi hlavní funkce progesteronu v ženském těle patří: podpora růstu mléčných žláz a dělohy. Navození 3. fáze menstruačního cyklu – fáze sekreční, zadržení oplodněného vajíčka v endometriu, během ovulace zvýšení bazální teploty či zvýšení hustoty hlenu produkovaného žlázkami děložního hrdla (1).

Menstruační cyklus

Spolu s ovariálním cyklem probíhá v ženském těle cyklus menstruační, při kterém dochází ke změnám struktury a funkčního stavu děložní sliznice. Menstruační a ovariální cykly na sebe navazují. Změny na endometriu totiž vznikají vlivem ovariálních hormonů. Menstruační cyklus dělíme do 4 fází (1).

Menstruační fáze – za její počátek je považován první den menstruačního krvácení. Trvá v průměru 3 - 5 dnů. Při menstruační fázi se odlučuje funkční vrstva endometria (1). Z funkční vrstvy se odloučí 60 – 75 % její tloušťky (2). S vypuzením odumřelé sliznice pomáhají stahy myometria, tímto způsobem žena vyloučí za menstruační fázi okolo 30 – 60 ml krve. V menstruační krvi se nachází fibrinolyzin (plasmin), enzym, který štěpí fibrin, z tohoto důvodu krev nekoaguluje (1).

Proliferační fáze – v této fázi, která probíhá od 5. do 14. dne cyklu, dochází k regeneraci děložní sliznice vlivem estrogenů, produkovaných vaječníky. Tato regenerace zahrnuje obnovování cév, růst děložní sliznice a prodlužování sekrečních žláz (1).

Sekreční fáze – navazuje na fázi proliferační a končí 28. dnem cyklu. Sekreční fáze je způsobená hormonem vylučovaným ze žlutého tělíska, progesteronem. Děložní sliznice se začíná připravovat na uhníždění oplozeného vajíčka. Hromadí lipidy a glykogen, rozšiřuje sekreční žlásky a zvětšuje svou stěnu až na tloušťku 5 – 6 mm. Pokud u vajíčka nedojde k oplodnění, sníží se hladina progesteronu a estrogenů. Nastane tak další fáze menstruačního cyklu (1).

Ischemická fáze – dochází k vazokonstrikci cév, která snižuje prokrvení děložní sliznice. Tento stav může trvat až několik hodin. Z důvodu sníženého oxysličení buněk endometria nastává nekróza a následné odloučení povrchové vrstvy sliznice, čímž se organismus opět dostává do menstruační fáze cyklu (1).

2. Definice, příčiny a teorie vzniku

2.1. Definice

Endometrióza se definuje jako gynekologické benigní onemocnění, při kterém dochází k výskytu endometria i mimo dělohu. Tato ektopická ložiska, stejně jako endometrium v děloze, podléhají cyklickým změnám (2), vytváří cysty a adheze (4). V okolí těchto ložisek vzniká fibroprodukce a chronický aseptický zánět (2).

2.2. Etiologie

Jedná se o velice komplexní onemocnění ovlivněné několika faktory – enviromentálními, imunologickými, hormonálními a genetickými. I přes to, že byla endometrióza popsána již v 17. století (5), navzdory veškerému dosavadnímu výzkumu, zůstává její příčina nejasná. V současné době existuje osm teorií pro vznik endometriózy (6).

Teorie Retrográdní menstruace

Tato teorie udává jako příčinu vzniku ložisek endometriózy odloučenou endometriální tkáň v peritoneální dutině. Ta se do peritoneální dutiny dostane zpětným zatékáním přes vejcovody v průběhu menstruace. Retrográdní menstruace (zpětné zatékání menstruační krve vejcovody) se objevuje u 76 – 90 % žen, avšak ne u všech vede k rozvoji endometriózy (6). Riziko endometriózy zvyšují překážky při antegrádní (normální) menstruaci, mezi které patří například cervikální stenóza. Mezi další rizikové faktory patří: časná menstruace, prodloužená menstruace a příliš častá menstruace. Stupeň a rozsah endometriózy poté určuje množství menstruační krve, genetické a vnější vlivy. Endometrióza se často vyskytuje v okolí *cavum Douglasi* a levé polovině pánve. Zde se anatomicky zadržuje více menstruační tekutiny, kvůli které dochází ke vzniku lézí (2). V této teorii se ale vyskytují spory ohledně vysvětlení vzniku endometriózy u novorozenců, prepubertálních dívek a mužů (6).

Metaplastická teorie

Označuje za důvod vzniku endometriózy transformaci tkáně peritonea v tkáň endometria vlivem faktorů hormonálních a imunologických. Teorie z přelomu 19. a 20. století pokládá za zdroj těchto ektopických ložisek pozůstatky z embryonálního vývoje (časná fáze organogeneze) (2).

Hormonální teorie

Udává, že v hlavní roli za příčinou endometriózy stojí steroidní hormony. Hormonální teorie vychází z faktu, že růst ektopického endometria (stejně jako endometrium v dutině děložní) je ovlivněn ovariálními steroidními hormony (2). Navíc se předpokládá, že ektopické endometrium má zvýšenou citlivost na ovariální estrogen, který stimuluje endometrium k proliferaci. Právě jeho hormonální nerovnováha se považuje za podstatný faktor pro vznik endometriózy. Udává se, že u tohoto onemocnění dochází k progesteronové

rezistenci. To způsobuje pokračující proliferaci i během sekreční fáze menstruačního cyklu (6).

Zánětlivá teorie a oxidační stres

Z peritoneální dutiny jsou standardně endometriální buňky menstruační tekutiny likvidovány imunitním systémem. Při jeho dysregulaci se usnadňuje uchycování a růst endometriální tkáně v peritoneu. Při endometrióze dochází ke zvýšené oxidaci lipoproteinů, jejich následné peroxidaci a poškození DNA endometriálních buněk, volnými kyslíkovými radikály. Ty narušují vrchní vrstvu peritonea a tím odkrývají submezoteliální pojivovou tkáň a napomáhají k buněčné proliferaci a angiogenezi. Tím vším podporují další rozvoj endometriózy. Dalším jevem typickým pro toto onemocnění je zvýšená tvorba prostaglandinů, chemokinů a cytokinů. Není však jasné, zda je tento jev příčinou onemocnění anebo až jejím následkem (2).

Imunologická teorie

Předpokládá se, že endometrióza je spjatá s alterací imunitní odpovědi, na základě pozorovaného vyššího výskytu autoimunitních chorob (autoimunitní tyreoiditida, revmatoidní artritida, alergie, astma atd.) u žen trpících endometriózou (2). Zpozorováno bylo i vyšší množství aktivovaných makrofágů, potlačení funkce buněk NK (natural killers) a snížená buněčná imunita. Přítomnost endometria v peritoneální dutině zapříčiní zánětlivou reakci, která aktivuje místní leukocyty a makrofágy. Zánět poté může způsobit nedostatečné odstranění menstruační tekutiny z peritoneální dutiny a tím navíc přispět k dalšímu růstu endometriálních buněk a jejich implantaci (6).

Apoptóza

Schopnost endometriálních buněk přežít v peritoneální dutině a vytvářet zde ložiska závisí na antiapoptickém a proliferačním potenciálu. Apoptóze snadněji podléhají buňky povrchové vrstvy, pro zachování ložisek

endometriální tkáně jsou tedy klíčové buňky bazální vrstvy endometria. Významnou roli v antiapoptickém potenciálu hraje enzym telomeráza. Vyšší hladiny antiapoptických faktorů byly nalezeny právě u žen s endometriózou (6).

Molekulárně-genetická teorie

Dle pozorování lze počítat, že endometrióza je spojena s familiárním výskytem. Onemocnění je děděno polygenním způsobem, a je již identifikováno několik chromozomálních okrsků, souvisejících s výskytem tohoto onemocnění. Mezi geny s pozměněnou expresí, patří geny podílející se na iniciaci imunitní odpovědi, geny zodpovědné za kódování detoxikačních enzymů a geny pro estrogení receptory. Tyto genetické změny vedou k tomu, že endometriální buňky mají tendenci implantovat se na peritoneum a invadovat do jiných tkání (2).

Teorie kmenových buněk

Endometrióza je charakteristická svou vysokou regenerační schopností, což naznačuje na výskyt kmenových buněk ve tkáni. Předpokládá se, že tyto kmenové buňky se nachází ve spodní vrstvě endometria, protože jeho vrchní vrstva se odlučuje při menstruaci. Experimentálně bylo prokázáno, že aplikace bazální vrstvy endometria obsahující kmenové buňky do peritonea u zvířat vede téměř vždy ke vzniku endometriálních ložisek (6).

3. Klasifikace

Klinické formy

Endometriózu lze klasifikovat podle několika kritérií. Patří sem například přítomnost či nepřítomnost příznaků, tedy rozlišení na symptomatickou a asymptomatickou endometriózu. Dalším kritériem je lokalizace ložisek – rozlišuje se genitální endometrióza (ložiska na pohlavních

orgánech) a extragenitální endometrióza, kdy se ložiska nacházejí mimo pohlavní orgány, například na střevě, močovém měchýři nebo plicích (7).

Rozeznáváme základní 4 formy endometriózy, mezi sebou kombinovatelné (2).

Peritoneální endometrióza

Tato ložiska se nachází v pánevním peritoneu a neměla by zasahovat více než 4 mm do hloubky. Její léze mají několik variant (červené, černé, bílé) (2).

Hluboká endometrióza

Hloubka ložisek dosahuje 5 mm a více. Pro posouzení, zdali se jedná o endometriózu peritoneální nebo hlubokou se zjišťuje, jestli se peritoneum pod ložisky posunuje či ne, pokud pevně drží k retroperitoneální tkáni, jedná se o endometriózu hlubokou (2).

Ovariální endometrióza

Nachází se na ovarích, kde tvoří cysty (2).

Adenomyóza

Tzv. „vnitřní endometrióza“, postihuje myometrium (2).

rASM klasifikace

Detailní skórovací systém pro hodnocení peritoneálních lézí, adhezí a ovaríí, řadí se mezi nejpoužívanější klasifikační systémy. rASM rozlišuje nálezy na 4 stádia (I. - IV.). Jeho nedostatkem je přehlížení rozsahu hluboké endometriózy, u které tak nedokáže zohlednit míru závažnosti (2).

Enziánská klasifikace

Zaměřuje se na hodnocení hluboké endometriózy, dle jejího rozsahu a lokalizace. Endometriózu následně dělí na stupně od 1 do 3 (2). Díky svému

hodnotícímu systému se využívá jako předoperační klasifikace ke stanovení rozsahu chirurgického výkonu (8).

EFI score

Endometriosis fertility index, pracuje s anamnézou, klasifikací rASRM a peroperačním nálezem. Jeho vyhodnocením se zjišťuje pravděpodobnost spontánního otěhotnění po provedené laparoskopické operaci. Bodová škála se pohybuje od 1 do 10 (2).

Jelikož doposud neexistuje jednotný klasifikační systém, který by klasifikoval endometriózu komplexně, je vhodné výše zmíněné hodnotící systémy při klasifikaci endometriózy kombinovat (2).

4. Příznaky a diagnostika

4.1. Příznaky

Endometrióza může vyvolávat různé symptomy, mezi ty nejvýraznější patří chronická pánevní bolest a neplodnost (2).

Chronická pánevní bolest

Objevuje se až u 90 % žen trpících endometriózou. Charakteristicky se vyskytuje v návaznosti na menstruační cyklus. U pokročilých stádií endometriózy se bolest v tomto období zesiluje. Pokud se endometrióza nachází v oblasti pánve, může ji provázet tzv. příznaková trias: dysmenorea (bolest při menstruaci), dyspareunie (bolest při pohlavním styku), dyschezie (bolest při defekaci, vyprazdňování stolice) (2).

Doposud nebyla potvrzena souvislost mezi intenzitou bolesti a rozsahem onemocnění. Pacientky s minimálním nálezem tak mohou pociťovat silnější bolest než pacientky s nálezem rozsáhlým. Předpokládá se, že bolest vzniká drážděním nervů pánevního dna krvácením z endometriózních ložisek, či jejich přímou invazí těmito ložisky (6). Na vnímání samotné bolesti májí zásadní vliv psychologické faktory a míra stresu.

Bolesti se mohou projevovat cyklicky, tedy v návaznosti na menstruaci, anebo necyklicky. Chronická pánevní bolest výrazně snižuje kvalitu života ženy, ať už se jedná o psychický stav nebo např. sexuální život (9).

Sterilita

V souvislosti se sterilitou se spojují především pokročilá stadia endometriózy. Až 25 – 50 % žen trpících neplodností má diagnostikovanou endometriózu (2). Za sterilní se považuje žena, která není schopná otěhotnět po dobu alespoň 12 měsíců, i přes pravidelný nechráněný pohlavní styk (10). Ektopická ložiska endometriózy způsobují v těle ženy zánětlivé reakce, čímž dochází ke zvýšené přítomnosti tekutin v oblasti malé pánve. Z mechanického hlediska mohou plodnosti bránit překážky právě v oblasti malé pánve jako je např. uzavření vejcovodů, různé adheze či zmenšený objem parenchymu ovaríí (7).

Mezi další symptomy endometriózy patří: cyklické krvácivé projevy (enteroragie, hematurie, hypermenorea, hemoptýza), gastrointestinální příznaky (meteorismus, nechutenství, obstipace), katameniální pneumothorax a mikční obtíže zahrnující pocit nedostatečného vymočení či bolesti při močení (2). Symptomy endometriózy mívají tendenci ke zhoršení v závislosti na závažnosti a rozsahu ektopických ložisek, zvláště závažné bývají v případě hluboké infiltrující endometriózy (11).

4.2. Diagnostika

Diagnostika endometriózy může být zdlouhavý proces, převážně proto, že onemocnění provází nespecifické příznaky (7). Uvádí se, že od objevení prvních příznaků po konečné stanovení diagnózy může uběhnout 8 - 10 let (12). Dalším faktorem prodlužujícím dobu diagnostiky je fakt, že u některých žen se endometrióza projevuje asymptomaticky (13).

Mezi základní diagnostické metody patří vyšetření vaginální a rektovaginální, kterými lze typicky přijít na bolestivost v oblasti Douglasova

prostoru a sakrouteriních vazů. Tato vyšetření ale nejsou schopna zachytit, ve většině případů žádnou patologii, zejména u mírných forem endometriózy (7).

Prozatím neexistuje 100% screeningový test, kterým by bylo možné najisto endometriózu diagnostikovat, je ale prokázáno, že ženy s pokročilou endometriózou mívají zvýšené hladiny antigenu Ca-125, jeho hladina v krvi tedy u těchto žen dosahuje nad 35 U/ml. I když pro stanovení diagnózy je toto vyšetření málo specifické, může se pomocí hladin antigenu Ca-125 pozorovat průběh a účinnost léčby (7).

Pro diagnostiku tohoto onemocnění mají zásadní význam i neinvazivní zobrazovací metody. Mezi ně patří abdominální, rektální a transvaginální sonografie, sonografie s 3D zobrazením a barevným dopplerovským mapováním a při postižení střeva je možné provést také rektální endoskopickou sonografii. Sonografií lze úspěšně diagnostikovat hluboké infiltruující a ovariální ložiska, peritoneální endometriózu ale touto metodou vyšetřit nelze. Pro vyšetření hluboké rektovaginální endometriózy a adenomyózy, lze využít nukleární magnetické rezonance (7).

Za tzv. „zlatý standard“ v diagnostice endometriózy se považuje laparoskopie. Laparoskopie umožňuje vizuální zobrazení ložisek a odběr vzorku tkáně pro histopatologické vyšetření. Laparoskopie je tak důležitou metodou pro spolehlivé diagnostikování onemocnění (7).

5. Rizikové faktory a prevence

5.1. Rizikové faktory

Jelikož se endometrióza řadí mezi estrogen-dependentní onemocnění, mezi rizikové faktory patří dlouhodobé vystavení estrogenům, např. pozdní nástup menopauzy či časný začátek první menstruace. Také nízké BMI, zkrácený menstruační cyklus, přítomnost překážky ve vylučování menstruační krve, intenzivní menstruační krvácení, či bezdětnost, zvyšují riziko výskytu ložisek (7).

Mezi další rizikové faktory spadá konzumace alkoholu, nižší porodní hmotnost, genetická predispozice, kontakt se škodlivými látkami poškozující endokrinní orgány a s diethylstilbestrolem (in utero). Překvapivě nebyl potvrzen negativní vliv kouření na vznik endometriózy, naopak, i když je známá škodlivost kouření na naše zdraví, ve spojení s endometriózou poukazují některé studie na snížení rizika výskytu. Co se týká protektivních faktorů, k těm patří opakovaná gravidita, dlouhodobé kojení a menarche začínající po 14. roce věku. Také byl zjištěn menší výskyt endometriózy u žen hispánského nebo černošského původu ve srovnání se ženami asijské rasy (7).

5.2. Prevence

Primární prevence endometriózy je obtížně proveditelná, především kvůli nejasnosti ve stanovení příčiny tohoto onemocnění. Důležitou roli proto hraje sekundární prevence. Převážně u žen mladého věku, které ještě neplánují těhotenství, trpí pánevními bolestmi a mají diagnostikovanou endometriózu pomocí laparoskopického vyšetření. V tomto případě je naším cílem zmírnit bolesti a zamezit progresi onemocnění. Z farmakoterapie je vhodné použití hormonální antikoncepce a nesteroidních antiflogistik. V rámci prevence je také důležité zabránit vzniku iatrogenní endometriózy, tedy zamezit vniknutí endometriální sliznice do operační rány a jejího okolí (6).

6. Léčba endometriózy

V dnešní době stále neexistuje způsob, kterým by bylo docíleno úplného vyléčení endometriózy. Hlavním účelem léčby je tak zvýšení kvality života. Léčba se zaměřuje zejména na snížení pravděpodobnosti recidiv, zachování plodnosti a utlumení či úplné odstranění potíží spojené s endometriózou. Při rozhodování o léčbě má závěrečné slovo pacientka, která je seznámena s veškerými možnostmi léčby, jejími případnými vedlejšími účinky a komplikacemi (6).

Klasická moderní medicína nabízí tři hlavní způsoby léčby - farmakoterapii, chirurgickou léčbu a asistovanou reprodukci (2). Výhodou farmakoterapie je působení na ložiska menšího rozsahu, která lze přehlédnout při laparoskopii a také nepřítomnost rizika srůstů v malé pánvi jako pooperační komplikace. Mezi přednosti chirurgické léčby patří možnost okamžitého zásahu při diagnostické laparoskopii. Ve většině případů se přistupuje k léčbě farmakologické v kombinaci s léčbou chirurgickou (7).

Další možností, kterou lze využít při léčbě endometriózy je alternativní terapie, která zahrnuje hned několik variant podpůrné léčby, mezi které mimo jiné patří: tradiční čínská medicína a fytoterapie, fyzioterapie, akupunktura, lázeňská a rehabilitační léčba, endodieta (2).

6.1. Farmakoterapie

Jelikož neexistuje jednotná léčba, která by účinkovala na všechny ženy trpící endometriózou, terapie se zakládá na individuálním přístupu zohledňující potřeby a příznaky každé pacientky (6). Pokud pacientka nemá žádné příznaky onemocnění a neplánuje otěhotnět, nemusí zahajovat terapii (2).

Hormonální terapie

Hormonální léčba endometriózy spočívá v navození atrofických změn v ložiscích endometria. Tzv. pseudograviditu, kterou tato terapie navozuje, vyvolává aplikace progestinů nebo estrogen-progestinových směsí. Na ženě se tento typ léčby projevuje anovulací a amenoreou (6).

Kombinovaná orální kontracepce (COC)

Používá se jako prvotní léčivo především u žen mladšího věku s podezřením na endometriózu, nebo u žen, kterým byla endometrióza již prokázána. COC je kombinací moderních progestinů a monofazických preparátů s malým množstvím ethinylestradiolu. Užívání preparátů se stabilní hladinou progestinu dlouhodobě, vede k zamezení růstu endometriózních

ložisek až k jejich atrofii. Preparáty nízkodávkové se standardně užívají 6 - 12 měsíců, přičemž spokojenost s touto terapií se pohybuje okolo 60 - 70 %. Jedna z nevýhod této léčby nastává po jejím vysazení a projevuje se častým výskytem recidiv (6).

Tablety se samotným progestinem (POP)

O prokázaných účincích této terapie na léčbu endometriózy existuje jen malé množství studií, působí ale na snížení menstruačních bolestí (6).

Depotní progestiny – implantáty

Implantát obsahuje steroidní kontraceptivum, etonogestrel. Životnost má 3 roky a používá se jako doplňková léčba u extragenitálních forem endometriózy (6).

Intrauterinní systém (IUS) s levonorgestrem

Nitroděložní systém obsahující látku levonorgester (LNG). Tato látka se postupně uvolňuje po dobu 3 - 5 let. LNG zpomaluje růst ektopických ložisek a později může způsobovat až jejich atrofii. Mezi výhody použití intrauterinního systému s LNG patří snížení pánevních bolestí, především u žen s rektovaginální endometriózou. U 20 - 60 % žen se ve spojení s touto terapií vyskytuje amenorea (6).

Progestiny

Zabraňují působení estradiolu na endometrium. Kontinuálním užíváním v perorální formě lze léčit progestinami pánevní bolesti. Tento způsob léčby, ale přináší řadu nežádoucích účinků, mezi které patří emoční labilita až deprese, napětí v prsou, akné či zadržování tekutin (6).

Selektivní modulátory progesteronového receptoru (SPRM)

Jedná se o mezoprogestiny, které v určitých tkáních vykazují účinky progesteronu. Navozují atrofii a zmenšení ektopických ložisek již po půlroce

od zahájení léčby. Amenoreu navozují bez způsobení vedlejších negativních účinků (6).

GnRH analoga

Podávají se po dobu 3 až 6 měsíců formou intranazální, subkutánní nebo intramuskulární a svými účinky tlumí funkci hypofyzární a ovariální, čímž navozují amenoreu. Výhodou GnRH analog je rychlejší začátek působení a větší efektivita, než je např. u kombinované orální kontracepce. Nevýhodou je možné navození hypoestrinního stavu a vedlejší účinek ve formě osteoporózy, proto se preventivně před zahájením léčby provádí denzitometrie (6).

GnRH antagonisté

Fungují na principu blokace hypofyzárního receptoru GnRH. Účinky léčby jedním ze zástupců této skupiny (cetorelixacetát), dle pilotní studie, nastupují již po 8 týdnech léčby (6).

Add-back terapie

Používá se v kombinaci s GnRH analogy, jako prevence hypoestrinního stavu, jedná se o hormonální substituční léčbu. Podávají se estrogeny a progestiny, které pomáhají chránit kostní metabolismus. Léčba může trvat i více než 6 měsíců (6).

Selektivní modulátory estrogenových receptorů (SERM)

Tento typ léčiv nebrání ovulaci a tedy otěhotnění, terapie endometriózy u žen reprodukčního věku však není efektivní (6).

Selektivní inhibitory aromatázy (IA)

V endometriálních ložiscích se nachází zvýšené množství aromatázy (cytochromovaný enzym), která nadprodukuje estrogen. IA navozují lokální inhibici produkce těchto estrogenů, přičemž zachovávají tvorbu jejich steroidů (6).

Protizánětlivá a imunomodulační terapie

Do protizánětlivé terapie patří skupina léčiv, nesteroidní antirevmatika. Ty se prokázaly účinnými při léčbě cyklických pánevních bolestí a některých nežádoucích účinků gastrointestinálního traktu. Imunomodulační terapie, v zastoupení pentoxifylinu, pomáhá při léčbě peritoneálních ložisek, a to snížením produkce a tím i účinku zánětlivých cytokinů. Tyto terapie nezamezují ovulaci a ani nenavozují hypoestrinní stav (6).

Kombinovaná hormonální a chirurgická léčba

V této kombinaci se hormonální léčba užívá v předoperačním nebo pooperačním období. Předoperačně je záměrem redukce ektopických ložisek a pánevní vaskularizace, čímž se dá docílit menšího operačního výkonu a krvácení v průběhu operace. Pooperačně je snaha o odstranění reziduálních ložisek, zbylých po chirurgickém zákroku. Kombinovaná léčba se používá také v případě, kdy nelze provést kompletní resekci ektopických ložisek (6).

6.2. Chirurgická léčba

Primárním cílem chirurgické léčby je odstranění ložisek endometriózy. Operace ale zároveň slouží i k potvrzení a stanovení konečné diagnózy. V současné době se operace provádějí nejčastěji laparoskopicky, mohou se ale provádět také pomocí laparotomického přístupu. Nevýhodou laparotomie v porovnání s laparoskopií je větší invazivita zákroku. Ta v praxi znamená delší hospitalizaci a následnou rekonvalescenci pacientky, možné zvýšené krvácení v průběhu výkonu a intenzivnější pooperační bolesti (7).

Nejčastěji se tedy volí přístup laparoskopický, který kromě výše zmíněných výhod, také umožňuje dobrý přehled v pánevní anatomii, který je důležitý pro orientaci chirurga a tím zamezení poškození např. nervové tkáně (14).

Chirurgický zákrok by měl přinést ženě úlevu v podobě menších bolestí, u žen s problémy se sterilitou zvýšení pravděpodobnosti na graviditu a co

možná nejdelší časové období bez příznaků onemocnění, tedy mezi operací a znovuzrozením ektopických ložisek, jelikož i při kompletním chirurgickém odstranění adhezí, se v těle ženy po výkonu adheze znovu tvoří (7).

Mezi chirurgické výkony, které se mohou použít při léčbě endometriózy v závislosti na individuálním stavu pacienta patří např.: resekce ložisek a srůstů, laserová vaporizace ložisek, aspirace cyst a elektrokoagulace (7).

V nedávné době se také zavedly operace pomocí systému da Vinci. Tyto robotické operace pomáhají zvýšit úroveň operačních výkonů kombinací výhod otevřených a laparoskopických operací. Operace da Vinci jsou méně invazivní nežli operace otevřené a umožňují operátorovi rozšířený rozsah pohybů a dobrou viditelnost. Ukazuje se tak výhodnost použití robotických operací především u vyšších stádií endometriózy (15).

6.3. Asistovaná reprodukce

Pokud je žena sterilní z důvodu endometriózy, pomoci může odstranění ektopických ložisek, nejčastěji pomocí laparoskopie. V případě, že by se tento postup v rámci léčby neplodnosti ukázal jako neúčinný, neplodnost se řeší metodou *in vitro* fertilizace (2).

In vitro fertilizace (IVF)

Patří mezi metody asistované reprodukce (AS), které pracují se spermiemi a s oocyty (2). První fáze IVF je zaměřená k farmakologické stimulaci ovulace. V případě, že žena ovuluje, provede se odběr vajíčka, které se spojí se spermií. Pokud se oplodnění zdaří, za několik dnů jsou embrya vkládána do dělohy (10). Je nutné dodat, že metoda IVF nemůže zaručit, že žena otěhotní. Je také důležité vědět, že vzhledem k věku ženy existuje až 30 - 60% riziko potratu, např. po 40. roku věku je pravděpodobnost donošení plodu velmi nízká. Ve statistice po IVF cyklu otěhotní zhruba polovina žen a v případě, že se do dělohy přenesou více než jedno embryo, některé z těchto žen mohou mít mnohočetnou graviditu. Snaha o zabránění mnohočetné gravidity spočívá v přenosu co nejmenšího množství těch nejkvalitnějších

embryí. Z tohoto důvodu se doporučuje přenášet najednou pouze jedno, maximálně dvě embrya (2).

6.4. Léčba chronické bolesti

Pro léčbu chronických bolestí se používají především analgetika. Jedny z nejpoužívanějších léků jsou nesteroidní antiflogistika (NSAID). NSAID se ukázaly jako velmi účinné zejména při tlumení menstruačních bolestí. V otázce efektivity mezi léky skupiny NSAID, se neuvádí jakékoliv rozdíly. Naopak mezi NSAID a paracetamolem se přiklání v rámci účinnosti právě k nesteroidním antiflogistikům. Při nedostatečnosti se dají použít k léčbě bolesti také opioidní analgetika. I hormonální léčba se zapřičiňuje za snížení bolestí, útlum bolesti může být až natolik účinný, že vymizí potřeba analgetik. Uvádí se, že až 90 % žen užívajících hormonální léčbu, zaznamenaly ve spojení s léčbou snížení bolestí (9).

7. Vliv endometriózy na duševní zdraví žen

Endometrióza přímo ovlivňuje kvalitu života žen, a tím afektuje jejich duševní zdraví. Ženy trpící endometriózou často mají ze zvládnání chronické bolesti obavy. Pokud je bolest těžko řešitelná a nedaří se jí kontrolovat, může způsobovat úzkostné stavy, psychosociální traumata až deprese. V důsledku toho může docházet k sebeobviňování např. z nemožnosti otěhotnět a z nezvládnání bolesti. To vše přispívá k intenzivnějšímu vnímání bolesti (6).

7.1. Stres

Stres se definuje jako odpověď organismu na nepříjemný nepoměr mezi očekáváními a osobními zkušenostmi. Mozek se zapřičiňuje za fyziologické odpovědi na zátěž, která dopadá na organismus a tím aktivuje mechanismy umožňující za využití rezerv organismu navození stavu tzv. boje nebo útěku. Pokud je organismus vystaven negativním psychickým vlivům dlouhodobě a stresové reakce se již nezvládají kompenzovat nastává tzv. stádium tísně, kdy mechanismus organismu, jejíž účel byl zprvu obranný,

začíná mít naopak vliv na organismus škodlivý. Tyto stavy se postupně začnou projevovat zdravotními problémy zásadně ovlivňující kvalitu života (6).

7.2. Úzkostné poruchy

Úzkost je přirozenou reakcí těla fungující jako obranný mechanismus, reagující na zátěž. Problém nastává až ve chvíli, kdy úzkostné stavy začnou nabývat přílišné intenzity a dochází k nim v krátkých časových intervalech. V tomto případě se úzkostné stavy stávají patologickými a mohou se manifestovat např. pocením, tachypnoí a tachykardií. Za příčinu úzkostných poruch se považuje chybně naučené návyky ve zvládnání stresových situací (6).

7.3. Deprese

Deprese, psychické onemocnění, patří k afektivním poruchám. Abychom mohli depresi diagnostikovat, musí její epizoda trvat minimálně 2 týdny. U pacientek trpící endometriózou vzniká převážně z důvodů chronické bolesti a neplodnosti. Mezi psychické projevy tohoto onemocnění patří snížené sebevědomí, plačtivost, smutek či beznadějnost. Tyto ženy bývají často apatické, anebo se mohou ve spojení s úzkostí projevovat dezorganizovaným chováním. V pokročilých stádiích může dojít až k sebeubližování. Po fyzické stránce se deprese manifestují především únavou a poruchami spánku. Mohou se však také projevovat ztrátou zájmu o sex, nechutenstvím či úbytkem na váze (6).

Léčba depresivních epizod je u těchto pacientek obtížná z důvodu nepřílišné účinnosti použití farmakoterapie (antidepressiva selektivního inhibitoru zpětného vychytávání serotoninu). Přistupuje se tedy ke kombinaci rodinné terapie, psychoterapie a tělové terapie. Různé druhy psychoterapie mohou pomoci se zvládnáním bolesti a tím vzniklé deprese. Fyzioterapie pomáhá s funkcí vnitřních orgánů, relaxací svalstva pánevního dna, zlepšení stavu imunitního systému a průtoku lymfy (6).

Protože jsou ženy s endometriózou ohroženy rozvojem psychosociálních poruch, je důležité postupovat při terapii multidisciplinárně

a při prvních známkách začínajících úzkostí či depresí zajistit těmto ženám psychologickou podporu (6).

7.4. Spánkové poruchy

Spánek je důležitým fyziologickým procesem. Spánkové poruchy tak představují riziko pro kvalitu života. Právě deprese, které se s endometriózou často pojí a chronické bolesti snižují kvalitu spánku a způsobují spánkové poruchy, mezi ty patří např. denní spavost a insomnie. Negativní vliv na endometriózu a její projevy mají dle studií také noční směny a nepravidelný spánkový rytmus (16).

8. Dopady endometriózy na pohlavní život a vztahy

Pohlavní život žen trpících endometriózou bývá ovlivněn převážně kvůli dyspareunii, tedy bolesti při pohlavním styku (6), která může být způsobena srůsty nebo záněty v oblasti pánve. Jsou zde ale i další faktory, které kvalitu pohlavního života mohou ovlivnit, a to faktory psychologické. Bylo zjištěno, že ženy s tímto onemocněním, kterým byly navíc diagnostikovány úzkostlivé stavy a deprese, se vyhýbaly jakýmkoliv sexuálním aktivitám, nejen kvůli přítomné bolesti, ale také kvůli obavám z neplodnosti a z nedostatečné podpory a pochopení ze strany partnera (17).

Dle dřívějších studií byla prokázána spojitost mezi chronickými nemocemi a dopady na romantické vztahy. Právě endometrióza, jakožto chronické onemocnění do této kategorie zapadá. V několika případech byla endometrióza přímo zmíněna jakožto jeden z hlavních faktorů, který vedl k rozpadu vztahu a případnému rozvodu. Sexuální život je důležitý aspekt romantických vztahů, v případě endometriózy ale může být narušen přítomnou výše zmíněnou dyspareunií a psychologickými faktory, jsou tu ale i další faktory ovlivňující osobní životy žen a jejich vztahy. Mezi ně patří také únava, snížené libido žen způsobené farmakoterapií a časté krvácení při pohlavním styku (18).

Dalšími důvody ovlivňující vztahy jsou časté problémy s otěhotněním, které mohou navíc vést k nátlaku ze strany rodiny a veřejnosti. Páry, které čelí problémům s početím mohou zažívat obavy o budoucnost a založení rodiny. Tyto obavy vlivem způsobeného stresu a úzkostí mohou mít za následek i rozpad vztahu. V opačných případech některé páry uvádí pozitivní zkušenosti v souvislosti s endometriózou. Díky tomuto onemocnění došlo ke sblížení, lepšímu porozumění mezi partnery a prohloubení vztahu (18).

9. Endometrióza v těhotenství a v postmenopauze

9.1. Endometrióza v těhotenství

Ve většině případů v průběhu těhotenství dochází ke zmírnění projevů symptomů spojených s endometriózou. To proto, že dochází k regresi onemocnění v důsledku anovulace a hormonálních změn. Existují ale i případy kdy se ektopická ložiska zvětšují a decidualizují. Decidualizace znamená děj, při kterém buňky endometria hypertrofují pod vlivem progesteronu a tím se připravují na následnou nidaci. Tento proces se poté odehrává i v ektopických ložiscích. Decidualizace ložisek endometriózy v průběhu těhotenství ale vzniká velice vzácně a když už, tak se projevuje převážně bez příznaků. Pokud tento stav nastane, vznikají endometroidní cysty, které se mohou zaměnit za maligní tumory. Ze všech ovariálních lézí v těhotenství tvoří endometroidní cysty pouze 5 - 9 %. Mezi diagnostické metody používané v těhotenství pro detekci cyst patří ultrazvuk, chirurgické metody se používají pouze v případě podezření na maligní zvrát (19).

9.2. Endometrióza v postmenopauze

Endometrióza se nejčastěji spojuje s ženami v reprodukčním věku. Toto onemocnění se ale může, i když vzácně, objevit i v období postmenopauzy. Za standardních podmínek probíhá v tomto období k atrofizaci ektopických ložisek. Ovšem u 2 - 5 % k atrofizaci nedochází a může naopak dojít k rekurenci či výskytu endometriózy *de novo* (primární vznik onemocnění). Mezi možné příčiny tohoto jevu patří exogenní užívání estrogenů, aktivované aromatázy

v ektopickém ložisku a produkce estrogenů v tukové tkáni u žen trpících obezitou. V postmenopauze se endometrióza nejčastěji projevuje necyklickými chronickými pánevními bolestmi a palpačním nálezem (12).

Endometrióza se řadí mezi proliferativní benigní onemocnění, vykazuje však některé podobnosti s nádorovými procesy, jako schopnost metastazování a tvorba ektopických ložisek. Právě rizikem endometriózy v tomto období je maligní zvrát, nejčastěji objevující se v ovariích. Riziko zvratu představuje zhruba 1 %. Dle histologie se řadí mezi clear cell a endometriodní karcinomy. Riziko vzniku malignity se zvyšuje v návaznosti s vyšším věkem a užíváním substituční hormonální léčby (12).

Léčba endometriózy v tomto období zahrnuje primárně chirurgickou terapii, především i pro svoje diagnostické kvality, jelikož zobrazovací metody nedokážou přesvědčivě určit případnou maligní změnu v ektopickém ložisku. Další možností je léčba pomocí aromatáza inhibitorů a gestagenní terapie (12).

10. Shrnutí

Endometrióza je gynekologické onemocnění, které se nejčastěji vyskytuje u žen reprodukčního věku. Jedná se o tkáň endometria lokalizovanou mimo dělohu. Stále není zcela jasné, jak přesně toto onemocnění vzniká. Endometriózu charakterizují často objevující se recidivy. Mezi dominantní příznaky endometriózy patří chronické pánevní bolesti a sterilita. Zásadní metodou pro diagnostiku a chirurgickou léčbu endometriózy je laparoskopie. Další možností je farmakologická léčba, kde se často volí užití kombinované hormonální terapie. Ani jedna z těchto terapií, však dodnes nedokáže zaručit naprosté vyléčení (7). Endometrióza má tak negativní vliv na kvalitu života žen s tímto onemocněním. Zásadně ovlivňuje jejich každodenní život nejen v rámci fyzického zdraví, ale i v oblastech psychologických a sociálních, některé ženy se také potýkají se sníženou pracovní produktivitou a problémy v sexuálním životě (20).

Praktická část

11. Metodika

Praktická část této bakalářské práce se zaměřuje na prozkoumání zkušeností žen s endometriózou a jejím účelem je přiblížit, jak toto chronické onemocnění může ovlivňovat a zasahovat do každodenního života žen. Jedná se o kvalitativní výzkum, ke kterému jsem použila metodu polostrukturovaných rozhovorů.

11.1. Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je analytickým postupem, který umožňuje zkoumání širšího kontextu analyzovaných jevů. Respondenti výzkumu jsou selektováni na základě stanovených kritérií, tak aby je splňovali. Pro kvalitativní výzkum je typický malý vzorek respondentů, přičemž se klade důraz na individuální rozhovory. Výhodou kvalitativního výzkumu oproti výzkumu kvantitativnímu je detailní sběr informací, je proto vhodnou volbou pro výzkumy zabývajícími se např. zkušenostmi svých respondentů (21).

11.2. Polostrukturovaný rozhovor

Skládá se z předem stanovených okruhů otázek, tazatel však může upravovat jejich pořadí v závislosti na situaci a klást doplňující otázky. Díky tomu může přizpůsobit dané otázky k věku respondenta či jeho vzdělání. Na rozdíl od strukturovaného rozhovoru tak umožňuje větší míru flexibility (21).

11.3. Cíl výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je analyzovat zkušenosti žen s endometriózou v oblasti diagnostiky, každodenního života, účinnosti a dopadů terapie, úrovně sociální podpory a vnímání této nemoci širší veřejností. Výzkum se zaměřuje na identifikaci a porozumění dopadů endometriózy na úroveň kvality života žen.

- 1. Jaké zkušenosti mají ženy s procesem diagnostiky endometriózy?**
 - 1.2. Jak dlouho trvalo, než byla ženám diagnostikována endometrióza?
 - 1.3. Jaké symptomy vedly k diagnostice endometriózy?
- 2. Jakým způsobem ovlivňuje endometrióza každodenní život žen?**
 - 2.2. Vnímají pacientky změny na bázi úrovně kvality života?
 - 2.3. Jaký vliv má endometrióza na psychické zdraví?
 - 2.4. Ovlivňuje endometrióza partnerské vztahy a sexualitu?
 - 2.5. Zasahuje onemocnění do profesního života žen?
- 3. Jaké zkušenosti mají ženy s léčbou endometriózy?**
 - 3.1. Jaký způsob léčby byl ženám nabídnut?
 - 3.2. Byly ženy s léčbou spokojeny?
 - 3.3. Mají ženy zkušenosti s léčbou neplodnosti?
- 4. Jak vnímají míru poskytované podpory od svých blízkých a zdravotnického personálu?**
 - 4.1. Cítí se ženy s endometriózou dostatečně podporované?
 - 4.2. Setkávají se ženy s bagatelizací obtíží spojených s endometriózou?
- 5. Jak ženy posuzují úroveň informovanosti veřejnosti o endometrióze?**
 - 5.1. Je společnost dle žen dostatečně informována o endometrióze?

11.4. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří 5 žen ve věkovém rozmezí 22 až 43 let. Všechny respondentky mají diagnostikovanou endometriózu. Výběr vzorku probíhal záměrným výběrem s ohledem na stanovená kritéria, mezi které patřila potvrzená diagnóza a ochota účastnit se výzkumu. Cílem bylo získat rozmanitý vzorek žen s onemocněním v různých obdobích jejich života.

11.5. Sběr dat

Data pro tento kvalitativní výzkum byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Respondentky jsem individuálně vybírala a kontaktovala dle výše zmíněných kritérií. Rozhovory byly prováděny osobně a trvaly přibližně 20 až 40 minut. Během rozhovorů byly kladeny předem připravené otázky, které jsou v této práci obsaženy. Otázky jsou polostrukturovaného formátu, umožňují tak respondentkám podrobné popsání jejich zkušeností. Veškeré rozhovory byly nahrávány pro zachycení odpovědí a jejich následný přepis, po kterém byly nahrávky znehodnoceny.

Rozhovory se uskutečnily v období měsíce března a května 2025, přičemž místa setkání byla vybírána respondentkami. Před zahájením rozhovorů byly respondentky obeznámeny s informovaným souhlasem o účasti ve výzkumu a ochraně osobních údajů, který následně podepsaly.

11.5.1. Otázky k rozhovoru

ZJIŠTĚNÍ A POTVRZENÍ DIAGNÓZY

1. Kdy jste poprvé zjistila, že trpíte endometriózou?
2. Jak dlouho trvalo, než Vám endometriózu diagnostikovali?
3. Jaký byl proces diagnostiky?
4. Jaké symptomy Vás přivedly k vyhledání lékařské pomoci?

OSOBNÍ OBLAST

5. Jak endometrióza ovlivňuje Váš každodenní život?
6. Používáte nějaké metody ke zvládnání symptomů spojených s endometriózou?
7. Cítíte se někdy vyčerpaná či deprimovaná?
8. Cítíte dostatečnou podporu od Vaší rodiny a zdravotnického personálu?
9. Měla jste někdy pocit, že jsou Vaše obtíže bagatelizovány?
10. Změnila endometrióza Váš pohled na intimní vztahy a sexualitu?
11. Jak ovlivňuje endometrióza Vaši kariéru?

TERAPIE

12. Jaké terapie Vám byly nabídnuty pro léčbu endometriózy?
13. Byla/jste s terapií spokojená?
14. Ovlivnila terapie Vaši kvalitu života?
15. Měla/má Vaše terapie vedlejší účinky?
16. Máte zkušenosti s léčbou neplodnosti?
17. Ovlivnila neplodnost Vaše rodinné vztahy?

VEŘEJNOST A ENDOMETRIÓZA

18. Existují nějaké komunity/skupiny, které Vám pomohly při zvládnání Vaší diagnózy?
19. Co byste doporučila ženám, kterým byla právě diagnostikována endometrióza?
20. Myslíte si, že je Vaše okolí a společnost dostatečně informováno o endometrióze?
21. Přála byste si, aby se něco v jejich vnímání této nemoci změnilo?
22. Co by pro Vás znamenal pojem „lepší“ život s endometriózou?

12. Rozhovory

12.1. Rozhovor č. 1

Respondentce je 39 let, pracuje jako všeobecná sestra, žije s partnerem, bezdětná.

12.1.1. Přepis rozhovoru

ZJIŠTĚNÍ A POTVRZENÍ DIAGNÓZY

Kdy jste poprvé zjistila, že trpíte endometriózou?

Dejme tomu v roce 2018, to mi bylo 32 let, a to jsem začala mít při periodě extrémní bolesti.

Jak dlouho trvalo, než Vám endometriózu diagnostikovali?

Zhruba půl roku, problémy jsem začala mít na začátku roku 2018 a v půlce roku 2018 mi ji diagnostikovali.

Jaký byl proces diagnostiky?

Paní doktorka viděla útvar, tak poslali vzorek na histologii, a pak mi paní doktorka řekla, že to je endometrióza.

Jaké symptomy Vás přivedly k vyhledání lékařské pomoci?

Extrémní bolesti při periodě, mimo periodu mě to netrápilo a při stolici, bylo mi zle i od žaludku. Pak to přešlo v bolesti i při ovulaci a pak už vlastně pořádkem, časem už to nešlo vydržet, byla jsem v předklonu na všech čtyřech a nemohla jsem spát. V tu chvíli jsem se rozhodla jít k doktorce na tu gynekologii.

OSOBNÍ OBLAST

Jak endometrióza ovlivňuje Váš každodenní život?

Hodně, protože mám i výkyvy hormonální, motá se mi často hlava, jsem unavená, mívám bolesti.

Používáte nějaké metody ke zvládnání symptomů spojených s endometriózou?

Cvičím jógu, cviky na pánevní dno, také používám bylinné čaje. Pomáhá

mi pravidelný režim, chodit spát a vstávat ve stejnou dobu. Naučila jsem se tak i být více vyrovnaná, protože jsem trpěla atakami úzkosti.

Cítíte se někdy vyčerpaná či deprimovaná?

Deprimovaná ne, ale vyčerpaná jsem dost často. Dříve jsem byla hodně aktivní, sportovala jsem, chodila jsem plavat, cvičit, na vysokohorskou turistiku. Při endometrióze jsem měla problémy se spánkem, ale ani teď to není ideální. Bez pravidelného režimu mám s únavou problémy.

Cítíte dostatečnou podporu od Vaší rodiny a zdravotnického personálu?

Určitě ano, jak od mámy, tak od mojí sestry. V době, kdy jsem na tom byla nejhůř, tu pro mě přítel i rodina byly na 100 %. Přišla jsem v tu dobu jen o jednu kamarádku. Zdravotnický personál mi byl velkou oporou, hlavně když mě operovali, sestřičky i doktoři měli skvělý přístup.

Měla jste někdy pocit, že jsou Vaše obtíže bagatelizovány?

Na začátku, protože mi to nikdo nevěřil, ani doktoři, prostě nikdo. Dali mi antidepresiva, ty mi ale nedělaly dobře. Až když jsem omdlávala od bolesti, tak mě začali brát vážně, pak jsem jela právě za tou paní gynekoložkou, která mě konečně diagnostikovala.

Změnila endometrióza Váš pohled na intimní vztahy a sexualitu?

Více si vážím svého partnera, ale můj pohled na sexualitu to nějak neovlivnilo

Jak ovlivňuje endometrióza Vaši kariéru?

Nejsem tak vitální, horší se mi paměť, ale to může být můj pocit.

TERAPIE

Jaké terapie Vám byly nabídnuty pro léčbu endometriózy?

Operace, hormonální antikoncepce a potom různá cvičení, jóga, taky lázně.

Byla/jste s terapií spokojená?

Ano, byla jsem. Hlavně s lázněmi, po operaci jsem byla 4 týdny ve Františkových lázních, kde jsem měla program – jógu, koupele, cvičení pánevního dna. To bylo po té operaci skvělý.

Ovlivnila terapie Vaši kvalitu života?

Ano, určitě, spoustu věcí se díky terapii zlepšilo, hlavně bolesti a úzkosti.

Měla/má Vaše terapie vedlejší účinky?

Nyní se držím přírodní stránky, takže ne, ale po té operaci jsem se bála abych neměla stomii. Oni mě před tou operací varovali, že jí možná budu mít. Já jsem měla tu endometriózu vrostlou až do tlustého střeva, naštěstí se to obešlo bez ní. Po té operaci jsem měla takové šestinedělí, krvácela jsem a nemohla jsem mít sex, se stykem jsem pak měla ještě nějakou dobu problémy, protože jsem cítila bolest.

Ovlivňuje terapie Váš každodenní život?

No, po té operaci, jsem měla to šestinedělí a střevo se mi poté hojilo ještě rok.

Máte zkušenosti s léčbou neplodnosti?

Ano.

Jaké možnosti léčby Vám byly nabídnuty?

Zkusili jsme IVF, ale moje tělo to odmítlo. Teď mám vysazenou antikoncepci a snažíme se přirozeně.

Ovlivnila neplodnost Vaše rodinné vztahy?

Ne, neovlivnila. Jak můj partner, tak rodina mě plně podporují.

VEŘEJNOST A ENDOMETRIÓZA

Existují nějaké komunity/skupiny, které Vám pomohly při zvládnání Vaší diagnózy?

Nenašla jsem vyloženě komunitu, ale když znám někoho, kdo má taky endometriózu, tak si s ním o tom ráda popovídám.

Co byste doporučila ženám, kterým byla právě diagnostikována endometrióza?

Aby se nebály o tom mluvit a nebály se jít k lékaři. A hlavně aby věřily svému tělu, protože tělo si samo řekne, co chce, měly by dát hlavně samy na sebe.

Myslíte si, že je Vaše okolí a společnost dostatečně informováno o endometrióze?

Ano, řekla bych, že mé okolí je o endometrióze informováno dostatečně. Široká veřejnost už tolik informovaná podle mě není.

Přála byste si, aby se něco v jejich vnímání této nemoci změnilo?

Aby to téma té nemoci nebylo takové tabu, aby i oni o tom více mluvili, ženy by se tak necítily, že jsou v tom samy.

Co by pro Vás znamenal pojem „lepší“ život s endometriózou?

Kdyby se mi podařilo otěhotnět, pak už bych všechno zvládla.

12.2. Rozhovor č. 2

Respondentce je 22 let, je studentem vysoké školy Všeobecného ošetrovatelství, na částečný úvazek pracuje jako praktická sestra, bezdětná.

12.2.1. Přepis rozhovoru

ZJIŠTĚNÍ A POTVRZENÍ DIAGNÓZY

Kdy jste poprvé zjistila, že trpíte endometriózou?

Poprvé to bylo asi v roce 2022, to mi mohlo být 19 let, kdy mi to diagnostikovali, předtím to byla jen spekulace.

Jak dlouho trvalo, než Vám endometriózu diagnostikovali?

To byly zhruba dva nebo tři roky.

Jaký byl proces diagnostiky?

Moje paní doktorka mě poslala na diagnostickou laparoskopii, ona si myslela už nějakou dobu, že bych tu endometriózu mohla mít, tím, jak se mi ty bolesti zvětšovaly, ale já jsem nechtěla jít „pod nůž“. Nakonec jsem svolila a tou laparoskopií se to potvrdilo. Při té laparoskopii mi rovnou vypálily 3 - 4 ložiska, všechny vlastně byly v tom spodním peritoneu, někde v okolí dělohy. Potíže se mi potom krátce zlepšily, ale nebylo to úplně významný.

Jaké symptomy Vás přivedly k vyhledání lékařské pomoci?

Bolesti, silný bolesti během menstruace a vlastně i během ovulace.

OSOBNÍ OBLAST

Jak endometrióza ovlivňuje Váš každodenní život?

Musím hodně plánovat. Když vím, že budu mít menstruaci a s tím ty bolesti, tak si nemůžu naplánovat výlety, dovolenou, cokoliv, jakékoliv akce, protože vím, že první tři dny budu naprosto nepoužitelná, pokud se nenadopuju lékama. Takže pro mě je prostě lepší si tam nic neplánovat, takže určitě mi to ten život komplikuje. Mimo menstruaci se to už zvládnout dá i bez medikace.

Používáte nějaké metody ke zvládnání symptomů spojených s endometriózou?

Používám léky na bolest, bez těch by to nešlo, většinou mi stačí ty běžně prodejny jako ibalgín, poté indometacinový čípky, paralen, snažím se to střídat, ten ibalgín mi už moc nezabírá, jak ho používám často, ještě občas používám algifenový kapky, ale ty si nechávám jako poslední možnost, ty mi až tak nezabírají. Pak požívám termofor, ten zbožňuju, bez toho by to nešlo, s tím v podstatě žiju. V ten týden, co mám menstruaci s tím chodím i do školy, беру si to do práce. Příkládám si to pak na podbříšek, tam mi to pomáhá nejvíc.

Cítíte se někdy vyčerpaná či deprimovaná?

Během menstruace vždycky. To, že vidím mé kamarádky, že mají menstruaci 3 - 4 dny a vůbec je to neomezuje, skoro o ní nevědí, prožívají ji úplně v pohodě, můžou normálně žít, dělat běžné činnosti, chodí do práce, posilovny, prostě je to vůbec neovlivňuje. Tak to jim závidím a jsem z toho hrozně unavená. Já, když mám menstruaci, tak kolikrát mám problém se i zvednout z postele, záleží to na tom, jak si stihnu vzít prášek na bolest, jestli to stihnu v tom okýnku, kde mi to ještě zabere, anebo ne. To už potom jenom ležím na posteli a čekám až to přejde.

Cítíte dostatečnou podporu od Vaší rodiny a zdravotnického personálu?

Od rodičů určitě, ty se mnou soucítí hodně, chápou že mě to bolí, snaží se mě podpořit. Nemají na mě v době menstruace velký nároky, ví že nejsem schopná v tuhle dobu toho moc udělat. Se sourozenci už je to horší. Jedna sestra mě chápe, ta má taky endometriózu, s tou se podporujeme navzájem.

Ale moje další dvě sestry nikdy neměly ty bolesti na takové úrovni a po dětech se jim to ještě zlepšilo, takže úplně nechápou, že někdy prostě nemůžu ani vstát z postele. Od mojí gynekoložky určitě cítím podporu, ta je skvělá, vždy se mi snaží nabídnout nějaké možnosti, jak tu situaci řešit. Vlastně po té operaci mi nabídla možnosti léčby, ale nakonec jsme se dohodly, že prozatím žádná nebude, že to budeme řešit až se na to budu líp cítit.

Měla jste někdy pocit, že jsou Vaše obtíže bagatelizovány?

Určitě. Hodně jsem se s tím setkala většinou u mužů. Řekla bych, že u většiny chlapů je slovo menstruace tabu, to je pro ně jako sprostý slovo, oni většinou nevědí, co to znamená mít endometriózu, že mám kvůli tomu silný bolesti, neví, co ta endometrióza může způsobovat, že v období té menstruace to je pro mě příšerný, pro ně to jsou prostě jenom menstruační bolesti, který má každá žena.

Změnila endometrióza Váš pohled na intimní vztahy a sexualitu?

Myslím si, že trochu asi ano, protože po intimních chvílích mě bolí břicho, ta bolest tam je. Je mi to nepříjemný potom, i pro toho partnera, protože potom tu bolest prostě mám.

Jak ovlivňuje endometrióza Vaši kariéru?

Když mám menstruaci během toho, co jsem ve škole nebo v práci, tak se musím nadopovat práškama, jinak to nejde, to se nedá zvládnout. To je pak těch 5 až 8 ibalginů denně, abych vůbec byla schopná fungovat. Pak jsem unavená nejen z té menstruace, ale i z těch léků, to bych mohla celý den spát, vůbec by mi to nedělalo problém. Pak mám takovou „mozkovou mlhu“ bych řekla. Nejsem prostě potom tak výkonná v podávání té péče, ale ani u toho přemýšlení, dá mi hrozně moc práce jenom o tom všem přemýšlet, rozplánovat co budu dělat.

TERAPIE

Jaké terapie Vám byly nabídnuty pro léčbu endometriózy?

Vlastně úplně prvně, když mě odoperovali, tak mi můj hlavní lékař nabídl, že přímo u něho můžu podstoupit klinickou studii na léčbu

endometriózy, je to něco, co v Americe by prý už mělo být dostupný a je to nějaký druh antikoncepce, tak jsem na to kývla, protože jsem to chtěla vyzkoušet, ale samozřejmě to byla dvakrát zaslepená studie, takže nevím, jestli mi byly podávány léky anebo placebo, ale byla to určitě zajímavá zkušenost, akorát mi to teda vůbec nepomohlo. A potom mi byla nabídnuta klasická antikoncepce, na kterou jsem kývla, byla jsem na ní chvíli, ale pak to mělo podle mě vliv na moji psychiku, takže jsem jí s konzultací lékaře vysadila a jelikož nemám v tuhle chvíli žádného partnera, tak pro mě není nějak důležitý být na antikoncepci, která by mě mohla v jiných ohledech ještě víc uškodit. To byly vlastně jediný dvě možnosti léčby, který mi byly nabídnutý. Já jsem si pak i hledala nějaký informace sama ohledně druhů antikoncepce a hormonální léčby, ale všechno to mělo spoustu vedlejších účinků, a tak jsem se rozhodla bojovat s příznakama pomocí analgetik.

Byla/jste s terapií spokojená?

Byla jsem spokojená, co se týče péče od lékařů, ale nemyslím si, že by léčba jako taková měla nějaký velký vliv, ta operace mi pomohla, ale zhruba jenom na 2 - 3 měsíce. Spíš jsem ráda, že už nejsem v neznámu, že vím, proč ty bolesti mám. Že už mi nikdo neříká, že to patří k té menstruaci, že si na to musím zvyknout. Teď když to mám diagnostikovaný, tak prostě mám to onemocnění, vím že není normální mít ty bolesti takhle intenzivní a ostatní to musí přijmout, protože to prostě je ta diagnóza.

Ovlivnila terapie Vaši kvalitu života?

Po operaci mi na chvíli přestaly ty bolesti, takže v tomhle mi to pomohlo, jinak teď vyloženě žádnou terapii nemám, jenom beru analgetika, bez těch by to vůbec nešlo.

Měla/má Vaše terapie vedlejší účinky?

Ano, ta antikoncepce si myslím, že měla dost velký účinek na moje psychický zdraví. Byla mi diagnostikována úzkostně depresivní porucha a myslím si, že na to ta antikoncepce měla vliv, protože po jejím vysazení se to

během měsíce, dvou rapidně zlepšilo, takže si myslím, že ta antikoncepce měla ty vedlejší účinky, i když to samozřejmě dokázat nemůžu.

Ovlivňuje terapie Váš každodenní život?

Byla jsem hodně unavená, to jsem i teď, ale než jsem vysadila tu antikoncepci, tak to bylo určitě mnohem horší. Celkově jsem ty stavy měla horší, kolikrát jsem ležela na břiše na posteli a nemohla jsem se pohnout, vůbec jako by mě moje tělo neposlouchalo.

Máte zkušenosti s léčbou neplodnosti?

Ne, já zatím děti neplánuju, ale asi jsem vnitřně nějak připravená na to, že vím, co jsou ty vedlejší účinky endometriózy, a vím, že tam je nějaká šance na to, že budu třeba neplodná, ale zatím si to snažím moc nepřipouštět, nechci to zatím řešit, ani s mojí doktorkou jsme to zatím neprobíraly.

VEŘEJNOST A ENDOMETRIÓZA

Existují nějaké komunity/skupiny, které Vám pomohly při zvládnání Vaší diagnózy?

K žádné komunitě jsem se vyloženě nepřidala, ani mi nebylo nic nabídnuto. Upřímně jsem ani neměla moc potřebu, já jsem si všechny informace našla přes studie, různé bakalářské práce a když si o tom potřebuju s někým promluvit, tak mám sestru, která má taky tu endometriózu. Zatím mi to vždycky stačilo, ale je taky pravda, že v tuhle chvíli řeším jen tu bolest. V budoucnu, pokud budu řešit třeba tu neplodnost, tak možná v tu chvíli budu mít ten pocit, chtít se svěřit někomu, kdo to tak prožívá stejně.

Co byste doporučila ženám, kterým byla právě diagnostikována endometrióza?

Nebát se ptát na otázky, ptát se lékařů, až je s tím otravovat, jaké jsou možnosti léčby atd., a pokud vám lékař nepodává ty informace, tak změnit lékaře.

Myslíte si, že je Vaše okolí a společnost dostatečně informováno o endometrióze?

Moje okolí, co se týče mých blízkých, jsou informovaný dost. Já je o všem informuju, vše jim říkám. Takže o endometrióze toho vědí celkem hodně. Co se ale týče široké veřejnosti, tak si nemyslím, že by to bylo až tak známý, myslím si, že obecně věci, který se týkají ženských pohlavních hormonů a onemocnění, tak jsou tabu a rozhodně si myslím, že by se to mělo změnit, mělo by se o tom více mluvit.

Přála byste si, aby se něco v jejich vnímání této nemoci změnilo?

Přála bych si, aby lidi byli víc empatický, ohleduplný, aby brali vážně ty problémy, který endometriózu provází.

Co by pro Vás znamenal pojem „lepší“ život s endometriózou?

Zbavení se bolesti, to by bylo stoprocentně pro mě to nejlepší.

12.3. Rozhovor č. 3

Respondentce je 32 let, pracuje v oboru gastronomie, žije s manželem a dcerou.

12.3.1. Přepis rozhovoru

ZJIŠTĚNÍ A POTVRZENÍ DIAGNÓZY

Kdy jste poprvé zjistila, že trpíte endometriózou?

Zjistila jsem to, když mi bylo zhruba 30, při vysazení antikoncepce, to mi začaly daleko větší bolesti, než jsem měla s antikoncepcí, a ještě jsem si v podbříšku nahmatala bulku, která bolela a viditelně rostla.

Jak dlouho trvalo, než Vám endometriózu diagnostikovali?

Oni mi ji vlastně diagnostikovali hned po operaci, téměř okamžitě.

Jaký byl proces diagnostiky?

S paní doktorkou jsme se dohodly právě na operaci kvůli té bulce a při operaci pak přišli na to, že to je ta endometrióza.

Jaké symptomy Vás přivedly k vyhledání lékařské pomoci?

Neskutečný bolesti a bulka v podbřišku.

OSOBNÍ OBLAST

Jak endometrióza ovlivňuje Váš každodenní život?

No ovlivňuje, protože to jsou téměř každodenní bolesti, není to úplně každý den, ale je to většina dnů v měsíci. Takže jsem neustále pod nějakýma analgetikama a to mě omezuje.

Používáte nějaké metody ke zvládnání symptomů spojených s endometriózou?

Úplně nejvíc horká sprcha nebo termolahev, v té sprše bych pak mohla být klidně celý den, kolikrát mam pak až začervenalou kůži potom, stejně ta termolahev, tu bych mohla mít u sebe pořád, dávám si ji na břicho. Taky samozřejmě léky proti bolesti, takže algifen, nimesil všechno to střídám, každej ten lék prostě zabírá jen na chvíli a pak už nezabírá, třeba teď mě zrovna pomáhá nejvíc paralen, což je divný, ale dokud zabírá, tak jsem ráda. Takže hlavně ty léky a horká voda.

Cítíte se někdy vyčerpaná či deprimovaná?

Určitě, ty stavy, úzkostný stavy hlavně, jsou někdy těžký, nevím, jestli je to tím, jak lítaj hormony anebo tím, jak jsou ty bolesti velký a nedaj se úplně zvládat, ale to vyčerpání a ta deprimace tam rozhodně je.

Cítíte dostatečnou podporu od Vaší rodiny a zdravotnického personálu?

Tím, že v rodině tím trpí ještě sestra, tak ta podpora je v tomhle veliká a důležitá si myslím, protože ty stavy kolikrát opravdu psychicky nejdou úplně zvládat, takže tam ta rodina je největší podpora. Od lékaře, no, já si myslím, že sami už nevědí, co na to, jak pomoci, tak prostě napíší hormonální léčbu.

Měla jste někdy pocit, že jsou Vaše obtíže bagatelizovány?

Dejme tomu, třeba šest let zpátky, když jsem otěhotněla, tak o tom nevěděl vůbec skoro nikdo, teďka je to mnohem lépe medializovaný, dřív když jsem byla třeba v práci a někomu bych měla říct, že mám endometriózu, tak na mě všichni koukají jako na blázna, protože by nikdo nevěděl, o čem je řeč, takže samozřejmě ano.

Změnila endometrióza Váš pohled na intimní vztahy a sexualitu?

No myslím si, že se to změnilo tím stylem, že by se o tom mělo víc mluvit, že hlavně ty muži o tom moc nevědí, že to jde jako mimo ně, ale právě i ti muži by o tom měli vědět, protože to neznámá, že to je jenom problém žen, je to prostě potom problémový styk, jsou tam ty bolesti při styku a o tomhle ty chlapy nevědí, že to tu ženu může bolet a nevědí proč.

Jak ovlivňuje endometrióza Vaši kariéru?

Určitě snížená výkonnost, prostě v práci, kdybych měla normálně fungovat, tak minimálně čtyři dny z pěti musím jenom sedět, být zabalená co nejvíc v teple a defacto odpočívat, protože sice říkají že pohyb na to je nejlepší, ale ten pohyb úplně nejde, ty bolesti jdou do zad, jsou v celém podbřišku, to tělo je celý nafouknutý, těžký a do toho návaly horka, motání se hlavy a tady ty stavy v pracovním procesu nejsou úplně pohodový, takže ano, myslím si, že to omezuje.

TERAPIE

Jaké terapie Vám byly nabídnuty pro léčbu endometriózy?

Byla nabídnutá právě léčba hormonální, takže hormonálníma lékama, a taky u nás v kraji teďka nově otevřeli masáže a fyzioterapeutické cvičení pro ženy s endometriózou. Takže chceme zkusit přes mého gynekologa právě ty masáže a cvičení, jestli to pomůže, vyzkoušíme to.

Byla/jste s terapií spokojená?

Já jsem tu hormonální léčbu, která mi byla nabídnutá nepodstoupila a ani nepodstoupím.

Ovlivnila terapie Vaši kvalitu života?

Tím, že jsem na ni nenastoupila, tak doma prostě teď řeším hlavně ty bolesti po svém, jak to zrovna jde. Bez léků na bolest bych ale nebyla schopná fungovat, takže v tomhle smyslu mi to pomáhá.

Měla/má Vaše terapie vedlejší účinky?

Nevím, jestli vyloženě ty léky na bolest na mě nějaký vedlejší účinky maj, ale z té bolesti mám právě návaly, a to tělo je takový slabý, unavený a je to opravdu znát, v těch pěti dnech, kdy je ta menstruace je to úplně nejhorší.

Máte zkušenosti s léčbou neplodnosti?

Zatím ne, ale myslím si, že mě to čeká, protože mám jenom jedno dítě a určitě druhý dítě bychom chtěli, takže si myslím že nás to nemine. S gynekologem jsme o tom ale ještě nemluvili.

VEŘEJNOST A ENDOMETRIÓZA

Existují nějaké komunity/skupiny, které Vám pomohly při zvládnání Vaší diagnózy?

O žádné skupině nevím, ale moje sestra a kamarádka mají taky endometriózu, takže to řešíme většinou pospolu a rodina je samozřejmě obeznámená, takže o tom můžu mluvit i s ní.

Co byste doporučila ženám, kterým byla právě diagnostikována endometrióza?

Dobře si rozmyslet a probrat s doktorkou hormonální léčbu. Myslím si, že čím je žena mladší, tím horší dopad to na ni má. Já osobně bych tu hormonální léčbu nedoporučila, mám to z pravé ruky, moje sestra na ní byla a ve 22 letech je na antidepresivách, a já si právě myslím, že to má z tý hormonální léčby, že to byl ten spouštěč. Osobně bych teď právě chtěla zkusit ty masáže, fyzioterapie a bylinky, tak třeba zkusit i tuhle cestu.

Myslíte si, že je Vaše okolí a společnost dostatečně informováno o endometrióze?

No, rodina informovaná určitě je. O okolí si myslím, že je to daleko lepší než před pár lety. Podle mě by pomalu měla být zavedená výuka na základních školách, kde by byl nějaký předmět, kde by se mluvilo o pohlavních orgánech a takovýchle věcech podle mě by nebylo od věci, kdyby se o tom takhle mluvilo, aby ty holky věděly, že není normální mít bolesti při

menstruaci, aby je co nejdříve řešily a kluci aby věděli, že ta holka ty bolesti může mít a aby k nim byly ohleduplnější.

Přála byste si, aby se něco v jejich vnímání této nemoci změnilo?

Myslím si, že by k sobě lidi měli být daleko šetrnější, chápavější. Ta žena může vypadat na pohled úplně normálně, ale nikdo neví, čím si vlastně prochází, že je zrovna akorát pod analgetikama, jinak by měla takový bolesti, že by byla na omdlení, ale ty lidi to nevědí, oni když sami ty bolesti necítí, nevidí, tak si to nemají jak přirovnat, já bych je ale klidně přirovnala k mým porodním bolestem, samozřejmě ne každý měsíc je stejný, ale ty bolesti umí být až takhle intenzivní, ale to ty lidi většinou nechápou a to pochopení mi tam chybí.

Co by pro Vás znamenal pojem „lepší“ život s endometriózou?

Najít nějaký léky, aniž by to tak rozhodilo ty hormony, to by nám ten život neskutečně ulehčilo. Aby jsme třeba nemusely být tak oteklý, nebo aby nám ty hormony tak nelítaly, abychom neměly takový bolesti. Neříkám, že by to muselo vést k vyléčení, ale aspoň aby to zamezilo těm bolestem, tomu otékání, kolikrát jsem tak oteklá, že musím nosit jenom legíny, tak prostě kdyby se tohle nějak vyřešilo.

12.4. Rozhovor č. 4

Respondentce je 43 let, pracuje jako všeobecná sestra. Žije s manželem a synem.

12.4.1. Přepis rozhovoru

ZJIŠTĚNÍ A POTVRZENÍ DIAGNÓZY

Kdy jste poprvé zjistila, že trpíte endometriózou?

Mně je 43 let, poprvé jsem zjistila, že mám endometriózu, když mi bylo kolem 40 let.

Jak dlouho trvalo, než Vám endometriózu diagnostikovali?

To bylo nějakých 14 dní.

Jaký byl proces diagnostiky?

Zjistilo se to u doktorky, něco se jí nelíbilo, pak jsem šla k panu profesoru, který mi řekl, že mám endometriózu, kterou musí operovat. Dělal mi sono, odběry.

Jaké symptomy Vás přivedly k vyhledání lékařské pomoci?

Nemůžu říct, že vyloženě bolesti, to ne, spíš takové opravdu menší bolesti a lehký krvácení, protože to jsem měla takové měsíčky neměsíčky. Kvůli tomu jsem šla k doktorce, a ta mi právě řekla, že je něco v nepořádku.

OSOBNÍ OBLAST

Jak endometrióza ovlivňuje Váš každodenní život?

Já jsem si moc ani nestihla prožít, jaký to je tu endometriózu vyloženě mít zjištěnou, oni mě diagnostikovali rychle a hned nato byla operace. Když se na to podívám zpětně, tak to byla ta únava, bolesti zad, intenzivnější měsíčky a bolesti při měsíčkách.

Používáte nějaké metody ke zvládnutí symptomů spojených s endometriózou?

Ne, já jsem to ani nestihla. Oni mě diagnostikovali opravdu rychle a ty bolesti vyloženě nebyly až tak silný.

Cítíte se někdy vyčerpaná či deprimovaná?

Předtím jsem se cítila celkově unavenější, teď to nijak nepociťuju.

Cítíte dostatečnou podporu od Vaší rodiny a zdravotnického personálu?

Ano, už od začátku, od zjištění diagnózy, kdy to byl pro mě obrovský stres. My jsme to od začátku řešili i se synem, protože jsme nevěděli, jak to dopadne, jemu v té době bylo teprve patnáct let, ale jak syn, tak manžel se k tomu postavili čelem a byli a dodnes jsou pro mě velkou oporou. Vlastně ještě dnes, tím, jak po operaci nesmím zvedat žádný těžký předměty, tak oni nosí nákupy, vždy když mě vidí manipulovat s něčím těžším, tak to za mě automaticky převezmou.

Měla jste někdy pocit, že jsou Vaše obtíže bagatelizovány?

To ano, ale spíš ode mě. Já bohužel jako zdravotník si pořád říkala, to ještě nic není, kolikrát mi bylo opravdu zle a já nad tím mávla rukou a nikam

jsem nešla, takže já od porodu syna, od roku 2007 jsem věděla, že mám myom se kterým musím něco udělat, ale moje doktorka, ještě z Ukrajiny řekla, že je ještě maličký že pokud budu chtít druhý dítě, tak že to budeme řešit až potom co ho porodím, takže jsem to neřešila, no a pak jsme se stěhovali sem do Česka a prostě byly pro mě důležitější věci, takže jsem nad tím mávla rukou. Teď už bych to všechno nenechala zajít takhle daleko, mě vlastně řekli, že tu endometriózu mám i na střevech, proto mi udělali co nejrychleji tu operaci.

Změnila endometrióza Váš pohled na intimní vztahy a sexualitu?

Ano, já mám problém a mluvila jsem o tom i s lékaři, že se to stává, mám prostě problém se sexuálním životem. Já jsem úplně ztratila chuť, libido. Opravdu jenom výjimečně se mi stane, že jako jo, ale tím, že je můj partner zdravý, tak je to pro něho takový citlivější, já jsem k tomu všemu taková chladnější. Naštěstí vztahy nám to neovlivnilo, ale prostě dřív to bylo jako u normálního člověka, ve zdravém vztahu, teď se musím nějakým způsobem, ne donutit, ale přizpůsobit. Za ty léta už víme, co a jak, ale nebylo to jednoduchý. Můj partner tomu ale opravdu rozumí, v tomhle mám štěstí.

Jak ovlivňuje endometrióza Vaši kariéru?

Před operací jsem byla hodně unavená, tak to v práci na tu výkonnost není ideální. No a po operaci jsem byla půl roku na neschopence a do teď nesmím zvedat nic těžkýho nad 5 kg, což teda v práci bohužel někdy úplně nejde. Zvlášť ze začátku tím, jak jsem měla tu velkou ránu, to vůbec nešlo.

TERAPIE

Jaké terapie Vám byly nabídnuty pro léčbu endometriózy?

Mě nabídli otevřený chirurgický výkon, kdy mi vlastně odstranili dělohu, vaječníky a vejcovody.

Byla/jste s terapií spokojená?

Nemůžu si stěžovat, endometriózu mi to vyřešilo.

Ovlivnila terapie Vaši kvalitu života?

Tak hned po operačním výkonu to nějak všechno prostě nefungovalo, gauč byl špatný, koupelna špatná, nic tam neuděláte, zvlášť tím, jak jsem měla

otevřený výkon, tak ta pohyblivost byla omezená. Pak to u mě vypadalo jako v umělém přechodu, měla jsem návaly, ale je pravda, že fyzicky jsem se cítila mnohem líp, neměla jsem bolesti, menses, nic. Jenom to pooperační období a ty návaly. Tam bohužel, ze začátku, i když byla ta předběžná histologie dobrá, v průběhu výkonu taky, tak podle poslední histologie prý byly v levém vaječníku nějaké onkologické buňky, takže doktor zakázal nasazení hormonů a tím pádem jsem si ten umělej přechod takhle vytrpěla. Ale teď už to jsou tři roky a už je to v pořádku.

Měla/má Vaše terapie vedlejší účinky?

Pro mě ještě taková jedna věc, která mě hodně omezovala, tak po tom otevřeném výkonu jsem měla hodně dlouho problémy s inkontinencí. Třeba v práci jsem musela pořád chodit s vložkami, protože někdy stačí špatný pohyb s postelí, s pacientem a nemohla jsem to udržet. To mi trvalo zhruba ten rok. Teď už je to lepší, já na to cvičím cviky na posílení pánevního dna, ale když se třeba napiju hodně vody a někam jdu a vím, že tam nebude záchod, tak to je problém, když já mam pocit, že potřebuju na záchod, tak to okamžitě potřebuju na záchod, ale teď už tu inkontinenci vyloženě nemám.

Máte zkušenosti s léčbou neplodnosti?

Nemám, já měla první dítě přirozeným porodem, bohužel mi ale nepřežilo, pak mám druhé dítě císařským řezem. To mi zjistili ten myom a pak jsem ještě jednou těhotná byla, ale to jsem ukončila, takže já jsem léčbu neplodnosti nikdy neřešila.

VEŘEJNOST A ENDOMETRIÓZA

Existují nějaké komunity/skupiny, které Vám pomohly při zvládnání Vaší diagnózy?

Já jsem právě žádné skupiny, komunity nenašla, přitom bych se ráda k nějaké přidala, ale k nějaké jakoby pooperační skupině, protože to pro mě bylo to nejtěžší. V tu dobu člověk neví, s čím přijde do styku, jak se zachovat v určitých situacích. Například s tou inkontinencí nebo se sexem, ale nic takového jsem nenašla. Opravdu jsem hodně hledala a pátrala po nějaké

skupině, ale nenašla. Přitom některá témata jako ten sex, o tom třeba já nejsem moc naučená s někým mluvit, v té skupině jsem si říkala, že kdyby tam byly ženy s podobným nebo stejným problémem, tak by se člověk spíše vyjádřil.

Co byste doporučila ženám, kterým byla právě diagnostikována endometrióza?

Řešit to, taky je důležitý mít doktora, který je profesionální a nebát se operačního výkonu, čím dřív, tím líp. Nebrat to na lehkou váhu.

Myslíte si, že je Vaše okolí a společnost dostatečně informováno o endometrióze?

Já bych řekla že je to tak 50/50. V dnešní době si o tom člověk může hodně přečíst, ale na tom to skončí. Moje rodina o tom samozřejmě ví dost.

Přála byste si, aby se něco v jejich vnímání této nemoci změnilo?

Neříkám, že ženy, které mají endometriózu jsou nějaké invalidy, ale lidi by k nim mohli být o něco víc chápavější.

Co by pro Vás znamenal pojem „lepší“ život s endometriózou?

V tuhle chvíli, kdy se to tou operací vyřešilo a prošla jsem si pooperačním obdobím, tak už endometriózu řešit nemusím, takže za mě už to asi lepší vyloženě být nemůže, já jsem spokojená.

12.5. Rozhovor č. 5

Respondentce je 22 let, pracuje jako všeobecná sestra. Je bezdětná.

12.5.1. Přepis rozhovoru

ZJIŠTĚNÍ A POTVRZENÍ DIAGNÓZY

Kdy jste poprvé zjistila, že trpíte endometriózou?

Zjistila jsem to někdy v roce 2023 na jaře.

Jak dlouho trvalo, než Vám endometriózu diagnostikovali?

Já jsem vždycky už od malička měla nějaké potíže, převážně záněty močových cest a vaginální záněty, ale bylo to směřované k tomu, že to je normální ve vývoji, až pak mi začaly větší bolesti břicha, zvláště jsem to začala

více pozorovat potom, co jsem začala sexuálně žít. To trvalo tak 3 - 4 roky, na ten popud mi udělali ultrazvuk.

Jaký byl proces diagnostiky?

Paní doktorka mi napsala žádanku na ultrazvuk, tam mě prohlídli, ale nic mi neřekli, rovnou mě poslali domů, já, kdybych nerozuměla latinsky a nepřečetla si ten výsledek z toho ultrazvuku, tak ani nevím, že něco takového mám. Až moje gynekoložka mi řekla diagnózu, když jsem jí donesla výsledky.

Jaké symptomy Vás přivedly k vyhledání lékařské pomoci?

Dlouhodobě ty záněty, nikdy jsem ale neměla problém třeba s menstruací, že by byla nepravidelná. Největší problém začal u bolesti břicha, který mě bolelo neustále. O něco silnější to bylo při ovulaci a když jsem menstruovala, ale úplně nejsilnější byla ta bolest při pohlavním styku. Takže ta bolest byla první důvod. Druhý důvod byly ty záněty močových cest, na který jsem trpěla opakovaně. Na to pak přišli, že nějakým způsobem to je spojené s tou endometriózou.

OSOBNÍ OBLAST

Jak endometrióza ovlivňuje Váš každodenní život?

Vyloženě každodenní život mi to nějak neovlivňuje, za mě byl nejhorší ten sexuální život, prostě nějak s tím partnerem se naučit nějaké pozice, kdy ta bolest není tak intenzivní, ona tam vždycky je ale slabší. Já jsem vždycky byla taková, že to vydržím, ale pak jsem se sama musela naučit říct, teď už ne, teď už mě to opravdu bolí a přestat, nastavit si ty hranice. Ty bolesti mám teď při menstruaci takové klasické a musím tedy říct, že mě bolí víc ovulace než menstruace.

Používáte nějaké metody ke zvládnání symptomů spojených s endometriózou?

Já jsem si ze začátku myslela, že se mi to rozvinulo kvůli mé psychice, on ten přelom 2022-23 pro mě byl takový bolestivý a byla jsem docela v té době psychicky na dně. Takže mě pak docela pomohlo se psychicky vyklidnit a pak postupem času jsem zjistila že ta psychika na to funguje, pozvolna se to

zmírňovalo, já jsem teda chodila i na psychoterapie, začala jsem meditovat, uvolňovat tu mysl. Nějak se nesoustředit na tu spodní část těla.

Cítíte se někdy vyčerpaná či deprimovaná?

Ne, spíš mě bolelo vzhledem k tomu, že ženy s endometriózou mají většinou problém s otěhotněním, tak toho jsem se ze začátku bála.

Cítíte dostatečnou podporu od Vaší rodiny a zdravotnického personálu?

Určitě jsem cítila v té době velkou podporu od partnera, to určitě. Moje rodiče to neví. Od zdravotnického personálu, no potom ultrazvuku jsem ten papír odnesla mojí gynekoložce, tam jsme se o tom bavily, a ta mi vysvětlila, že to není k chirurgickému výkonu, že mi může nabídnout nějakou hormonální léčbu se kterou jsem nesouhlasila, jsem jí řekla, že si to vyřeším sama. Já jsem si něco o tom načetla, takže jsem se zaměřila spíše na tu alternativní cestu, uzdravení myslí, bylinky a podobně.

Měla jste někdy pocit, že jsou Vaše obtíže bagatelizovány?

Ano, určitě. Já jsem třeba zašla na gynekologii, řekla jsem jim, že mám opravdu bolesti a oni mi řekli ať si zajdu na urologii, že to bude třeba zánět močáku, na urologii mi zase řekli, že to určitě není zánět močáku, že je to gynekologické, že si mám zajít na gynekologii, a takhle jsem pak chodila kolečka pořád dokola, si mě přehazovali mezi sebou, než se konečně přišlo na tu endometriózu. Já jsem byla ta, co to musela urgovat, chodila jsem na gynekologii co měsíc, aby se to nějak řešilo.

Změnila endometrióza Váš pohled na intimní vztahy a sexualitu?

Rozhodně ano, člověk si musí nastavit svoje hranice, co zvládne a co ne, naučit se polohy, v kterých je ta bolest snesitelná.

Jak ovlivňuje endometrióza Vaši kariéru?

U mě asi nijak, já naštěstí nejsem ten případ, kdy vím, že některé holky mají opravdu silné bolesti při menstruaci, takže já bych řekla, že mě to nijak neovlivňuje.

TERAPIE

Jaké terapie Vám byly nabídnuty pro léčbu endometriózy?

Byla mě nabídnutá hormonální terapie, u chirurgické mi řekli, že ta není potřeba, že ty ložiska nejsou tak velké, že by byly potřeba odstranit, to jsem byla ráda. Já jsem jim ale řekla, že tu hormonální léčbu nechci a že si to vyřeším sama.

Byla/jste s terapií spokojená?

Ne rozhodně ne, opravdu jsem jí odmítla.

Ovlivnila terapie Vaši kvalitu života

Ty meditace mi pomáhají, jak jsem začala se o to víc zajímat a provozovat to, tak mě přijde, že se ta nemoc uklidnila trochu.

Měla/má Vaše terapie vedlejší účinky?

nemá

Máte zkušenosti s léčbou neplodnosti?

Ne, nemám zkušenosti s léčbou neplodnosti.

VEŘEJNOST A ENDOMETRIÓZA

Existují nějaké komunity/skupiny, které Vám pomohly při zvládnání Vaší diagnózy?

Rozhodně, já jsem slyšela spoustu podcastů. Poslouchala jsem holky z Endotalku, to jsem hodně naposlouchala a pak ještě jednu youtuberku, jmenuje se Flabgee a ta byla dobrá v tomhle ohledu, poté Markéta Frank, ona má teda polycystický ovaria, ale má dobrý přístup k tomu.

Co byste doporučila ženám, kterým byla právě diagnostikována endometrióza?

Aby se zaměřily v tu chvíli samy na sebe a prostě nějakým způsobem se podívaly na sebe, aby třeba změnily trochu svůj život, méně se stresovaly. Chápu, že je to děsivé, dozvědět se tu diagnózu, já jsem v tu chvíli jenom třeba brečela, protože jsem se bála, že třeba nikdy v životě nebudu mít miminko, ale

pak když si o tom člověk s někým popovídá anebo se zaposlouchá do nějakých podcastů, tak je to lepší.

Myslíte si, že je Vaše okolí a společnost dostatečně informováno o endometrióze?

Já si myslím že ne, ale taky si myslím, že v dnešní době už se to začíná hodně zlepšovat.

Přála byste si, aby se něco v jejich vnímání této nemoci změnilo?

Určitě, především ta mladší generace, ty mladé ženy by měly být lépe informovány, měly by je i lékaři více edukovat v tomhle smyslu, prostě aby se to v tomhle ohledu zlepšilo. Aby to pro ně potom nebyl takový šok, když by byly diagnostikovány, taky by třeba samy mohly vyzorovat příznaky a mohly by začít řešit tu endometriózu dřív.

Co by pro Vás znamenal pojem „lepší“ život s endometriózou?

Tak hlavně aby se ten člověk cítil dobře a bez bolesti, aby netrpěl. Aby ta mysl byla dobře naladěná a ta žena se cítila dobře. Když je zdravá mysl, tak je zdravé tělo.

13. Výsledky

1. Jaké zkušenosti mají ženy s procesem diagnostiky endometriózy?

1.1. Jak dlouho trvalo, než byla ženám diagnostikována endometrióza?

Respondentka č. 1. uvádí, že diagnostika onemocnění trvala půl roku.

Respondentka č. 2. uvádí dobu diagnostiky na 2 až 3 roky.

Respondentka č. 3. uvádí dobu diagnostiky jako téměř okamžitou.

Respondentka č. 4. uvádí, že diagnostika trvala okolo 14 dní.

Respondentka č. 5. uvádí, že od objevení intenzivnějších bolestí diagnostika trvala 3 - 4 roky.

1.2. Jaké symptomy vedly k diagnostice endometriózy?

Respondentka č. 1. vyhledala lékařskou pomoc pro extrémní bolesti, ze začátku převážně při periodě a při stolici, později se bolesti projevovaly neustále.

Respondentka č. 2. uvádí jako symptomy silné bolesti během menstruace a ovulace.

Respondentka č. 3. si lokalizovala bulku v podbříšku a zažívala intenzivní bolesti po vysazení antikoncepce.

Respondentka č. 4. vyhledala svoji gynekoložku pro bolesti a lehké krvácení.

Respondentka č. 5. navštívila svoji gynekoložku z důvodu intenzivních bolestí a opakovaných zánětů.

2. Jakým způsobem ovlivňuje endometrióza každodenní život žen?

2.1. Vnímají pacientky změny v úrovni kvality každodenního života?

Respondentka č. 1. uvádí, že ji v každodenním životě ovlivňuje motání hlavy, únava, bolesti a hormonální výkyvy.

Respondentka č. 2. udává komplikace v každodenním životě kvůli intenzivním bolestem, které ji nutí dopředu plánovat veškeré aktivity.

Respondentka č. 3. vnímá zhoršení kvality života kvůli intenzivním bolestem.

Respondentka č. 4. zpětně udává zažívání únavy, intenzivnější menstruace, menstruačních bolestí a bolestí zad.

Respondentka č. 5. vnímá změnu v úrovni kvality života kvůli bolesti při sexuálním styku.

2.2. Jaký vliv má endometrióza na psychické zdraví?

Respondentka č. 1. uvádí častý pocit vyčerpání a problémy se spánkem v souvislosti s endometriózou.

Respondentka č. 2. byla diagnostikována s úzkostně depresivní poruchou, udává také problémy s únavou.

Respondentka č. 3. zažívá ve spojení s endometriózou úzkostné stavy, pocity vyčerpání a deprivace.

Respondentka č. 4. pociťovala celkovou únavu.

Respondentka č. 5. se v minulosti účastnila psychoterapií, na začátku stanovení diagnózy jí také psychiku ovlivňovaly obavy o možné problémy s otěhotněním.

2.3. Ovlivňuje endometrióza partnerské vztahy a sexualitu?

Respondentka č. 1 měla po operaci po určitou dobu problémy s bolestivým stykem, její pohled na sexualitu byl ale endometriózou nezměněn. Více si váží svého partnera.

Respondentka č. 2. pociťuje změnu ve vnímání sexuality, z důvodu bolesti.

Respondentka č. 3. vnímá sexuální styk s endometriózou jako problémový, a proto klade důraz na komunikaci s partnerem.

Respondentka č. 4. má změněný pohled na sexualitu z důvodu ztracení libida, partnerský vztah tím ovlivněn není.

Respondentka č. 5. uvádí změnu pohledu na sexualitu, kvůli přítomným bolestem.

2.4. Zasahuje onemocnění do profesního života žen?

Respondentka č. 1. pociťuje zhoršenou vitalitu a paměť, která může ovlivňovat její pracovní výkon.

Respondentka č. 2. vnímá zhoršení pracovního výkonu, převážně kvůli bolestem a únavě.

Respondentka č. 3. cítí omezení a snížení výkonu v pracovním prostředí, kvůli návalům horka, bolestem a motání hlavy.

Respondentka č. 4. před operací uvádí snížení výkonnosti kvůli únavě, po operaci ji omezuje manipulace s předměty s váhou nad 5 kg, které nesmí zvedat.

Respondentka č. 5. nepociťuje změnu ve svém profesním životě.

3. Jaké zkušenosti mají ženy s léčbou endometriózy?

3.1. Jaký způsob léčby byl ženám nabídnut?

Respondentka č. 1. podstoupila nabídnutou chirurgickou léčbu, hormonální antikoncepci a lázně.

Respondentka č. 2. podstoupila chirurgickou léčbu, hormonální léčbu a účastnila se klinické studie.

Respondentka č. 3. byla nabídnutá léčba hormonální, nově také masáže a fyzioterapeutická cvičení.

Respondentka č. 4. podstoupila otevřenou chirurgickou operaci.

Respondentka č. 5. byla nabídnuta hormonální terapie.

3.2. Jsou ženy s léčbou spokojeny?

Respondentka č.1. udává, že s nabídnutou léčbou je spokojena, především s lázněmi. Antikoncepci nyní vysadila z důvodu pokusu o otěhotnění.

Respondentka č. 2. má k chirurgické léčbě a klinické studii neutrální vztah, hormonální antikoncepci vysadila z důvodu zhoršení psychických problémů.

Respondentka č.3. hormonální léčbu nepodstoupila.

Respondentka č. 4. je s podstoupenou léčbou spokojená.

Respondentka č. 5. hormonální léčbu odmítla.

3.3. Mají ženy zkušenosti s léčbou neplodnosti?

Respondentka č.1. má zkušenosti s IVF, které se nezdařilo.

Respondentka č.2. nemá zkušenosti s léčbou neplodnosti.

Respondentka č.3. nemá zkušenosti s léčbou neplodnosti.

Respondentka č. 4. nemá zkušenosti s léčbou neplodnosti.

Respondentka č. 5. nemá zkušenosti s léčbou neplodnosti.

4. Jak vnímají míru poskytované podpory od svých blízkých a zdravotnického personálu?

4.1. Cítí se ženy s endometriózou dostatečně podporované?

Respondentka č. 1. hodnotí dostávanou podporu jako dostatečnou, převážně od své matky, sestry a přítele, kladně hodnotí také podporu zdravotnického personálu.

Respondentka č. 2. cítí dostatečnou podporu od rodičů a své sestry, pozitivně vnímá podporu i od své gynekoložky.

Respondentka č. 3. vnímá největší podporu ze strany rodiny.

Respondentka č. 4. uvádí velkou oporu ze strany manžela a syna.

Respondentka č. 5 cítí velkou podporu od partnera, rodina o diagnóze není obeznámena.

4.2. Setkávají se ženy s bagatelizací obtíží spojených s endometriózou?

Respondentka č. 1. se setkala s bagatelizací svých obtíží převážně ze začátku onemocnění, kdy uvádí, že ji doslova nebrali vážně „ani doktoři, prostě nikdo“.

Respondentka č. 2. vnímá bagatelizaci převážně od mužů.

Respondentka č. 3. se setkala s bagatelizací.

Respondentka č. 4. uvádí bagatelizaci problémů ze své strany.

Respondentka č. 5. se setkala s bagatelizací svého zdravotního stavu ze strany zdravotnického personálu před stanovením diagnózy.

5. Jak ženy posuzují úroveň informovanosti veřejnosti o endometrióze?

5.1. Je společnost dle žen dostatečně informována o endometrióze?

Respondentka č. 1. udává, že dle jejího názoru není široká veřejnost dostatečně informována.

Respondentka č. 2. si nemyslí, že by široká veřejnost byla informována dostatečně.

Respondentka č. 3. vnímá v posledních letech zlepšení informovanosti veřejnosti o endometrióze.

Respondentka č. 4. si myslí, že v dnešní době je informovanost veřejnosti o endometrióze v poměru tzv. 50/50.

Respondentka č. 5. uvádí, že dle jejího názoru společnost není dostatečně informována, také si ale myslí, že se informovanost veřejnosti v poslední době zlepšuje.

5.2. Přály by si, aby se pohled veřejnosti na endometriózu a ženy s tímto onemocněním změnil?

Respondentka č. 1. by si přála, aby veřejnost nebrala téma endometriózy jako tabu a více se o onemocnění hovořilo.

Respondentka č. 2. by uvítala od společnosti větší míru empatie, ohleduplnosti a nebagatelizování problémů spojených s endometriózou.

Respondentka č. 3. by přivítala od veřejnosti více šetrnosti a chápavějšího chování.

Respondentka č. 4 by si přála, aby byli lidé k ženám s endometriózou chápavější.

Respondentka č. 5. si myslí, že by se měla více informovat hlavně mladší generace a ženy, které by tak byly na případný střet s diagnózou lépe připraveny.

14. Diskuze

Kvalitativní výzkum obsahuje polostrukturované rozhovory s ženami trpícími endometriózou. Výzkum se zaměřuje na zkušenosti žen a jejich individuální prožívání této chronické nemoci, především v oblastech diagnostiky, každodenního života, terapie, míry dostávané podpory a informovanosti široké veřejnosti.

Z výpovědí respondentek vyplynulo, že délka a celkový proces diagnostiky je velmi individuální a může se výrazně lišit v rozmezí několika dnů až let. Toto zjištění podporuje i odborná literatura (6), která uvádí, že délka diagnostiky se může pohybovat i v řádu několika let, převážně z důvodu nescifických příznaků, které mohou být projevem endometriózy. Všechny respondentky přiměla k vyhledání odborné pomoci bolest různé intenzity, což vedlo k následné diagnostice onemocnění.

Respondentky dále uvedly, že endometrióza přímo zasahuje do kvality jejich života. Mezi nejčastější symptomy, ovlivňující jejich každodenní fungování, které se mezi respondentkami opakovaly, patří intenzivní bolesti a únava. Všechny respondentky také popsaly sexuální styk jako bolestivý nebo problémový, jedna z účastnic výzkumu navíc udává jako komplikaci onemocnění ztrátu libida.

Rozhovory ukázaly, že endometrióza může mít dopad i na psychickou pohodu žen, 4 z 5 respondentek se potýkají v souvislosti s onemocněním s únavou, přičemž jedna z respondentek byla diagnostikována s úzkostně depresivní poruchou.

Neméně důležitou oblastí je také profesní život, kdy většina respondentek uvedla, že přítomná bolest, únava či jiné příznaky se negativně projevují na jejich pracovním výkonu. Jedna z žen však žádné zásadní omezení v profesní oblasti nezpozorovala, což potvrzuje různorodost zkušeností žen s tímto onemocněním.

V oblasti terapie se zkušenosti respondentek také lišily, 3 účastnice výzkumu podstoupily chirurgickou léčbu, z čehož dvě dále pokračovaly s hormonální léčbou. Nyní mají obě hormonální antikoncepci z různých důvodů vysazenou – z důvodu pokusu o otěhotnění a kvůli zhoršení psychického stavu. Dalším dvěma respondentkám byla hormonální léčba nabídnuta, obě ji ale z osobních důvodů odmítly. Pouze jedna respondentka má zkušenosti s léčbou neplodnosti.

V neposlední řadě je důležitým aspektem míra podpory, které se ženám dostává. Všechny respondentky uvedly, že cítí podporu ze strany svých blízkých, zároveň se ale setkaly s bagatelizací svých obtíží – ať už ze strany zdravotníků, okolí, nebo i samy sebe. Téma bagatelizace je zásadní, neboť může vést k prodlení při diagnostice onemocnění. Většina respondentek se také shoduje v názoru nedostatečné informovanosti široké veřejnosti a zároveň by si přály, aby okolí projevovalo vůči ženám s endometriózou větší míru empatie.

Závěrem lze shrnout, že zkušenosti žen jsou velmi různorodé a individuální. V některých bodech se ale napříč výzkumu respondentky shodovaly. Důraz by měl být kladen na informovanost veřejnosti o tomto onemocnění a vyvarování se bagatelizace obtíží provázejících endometriózu. Z výzkumu také vyplývá důležitost mezioborové spolupráce v péči o tyto pacientky.

14.1. Limity výzkumu

Tento výzkum má své limity, které je potřeba zohlednit při interpretaci jeho výsledků. Mezi hlavní omezení patří malý výzkumný vzorek, který čítá pouze 5 respondentek. Výsledky výzkumu tak nelze obecně aplikovat na všechny ženy s endometriózou. Dalším limitem výzkumu je subjektivita rozhovorů, které mohou být ovlivněny momentálním rozpoložením respondentek či jejich ochotou sdílet osobní informace.

14.2. Přínos výzkumu

Tento výzkum se zabývá zkušenostmi žen s endometriózou a dopady tohoto onemocnění na kvalitu jejich života. Může tak být přínosný jiným ženám, které se s tímto onemocněním potýkají, jelikož by mohly benefitovat ze zkušeností respondentek. Dále může práce sloužit jako informační zdroj pro širokou veřejnost a přispět tak ke zvýšení povědomí o tomto onemocnění.

15. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo porozumět tomu, jak může endometrióza ovlivňovat každodenní život žen, jaké mají zkušenosti s diagnostikou a léčbou onemocnění, jak vnímají poskytovanou podporu a informovanost společnosti. Kvalitativní výzkum probíhal metodou polostrukturovaných rozhovorů s pěti ženami diagnostikovaných s endometriózou.

Z rozhovorů s respondentkami vyplynulo, že endometrióza může zasahovat do několika aspektů života – od fyzické bolesti přes psychickou zátěž až po dopady na pracovní i sexuální život. Výzkum ukázal, že diagnostika onemocnění může být zdlouhavý proces, který je mnohdy způsoben nespecifickými příznaky onemocnění nebo i bagatelizací obtíží. Zkušenosti s léčbou se u respondentek lišily, přičemž některé léčbu z osobních důvodů odmítly a rozhodly se řešit své obtíže samy. Podpora ze strany blízkých je vnímána pozitivně, avšak v informovanosti veřejnosti přetrvává několik nedostatků.

Výsledky této práce poukazují na potřebu komplexního a empatického přístupu k ženám s endometriózou. Přičemž zvýšení informovanosti veřejnosti by mohlo přispět k dřívějšímu rozpoznání příznaků a ke snížení doby diagnostiky. Endometrióza je závažným chronickým onemocněním a ženy, které jím trpí si zaslouží empatický přístup nejen ze strany zdravotních pracovníků ale i široké veřejnosti.

Bibliografie

1. STUHLÁ, Lada. Přehled anatomie a fyziologie člověka : pro nelékařské zdravotnické obory. Praha : Grada, 2024. ISBN 978-80-271-2903-4.
2. ROZTOČIL, Aleš a ROZTOČIL, Aleš. Moderní gynekologie : 2., přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada, 2024. ISBN 978-80-271-2005-5.
3. FIALA, Pavel; VALENTA, Jiří; EBERLOVÁ, Lada. Stručná anatomie člověka. Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2693-2
4. ČEPIČKÝ, Pavel. Gynekologické minimum pro praxi. Praha : Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3027-6.
5. ZÁRUBA, Jan, Endometrióza: bolestivá menstruace i potíže s početím, 1/2025
6. LENZ, Jiří; CHVÁTAL, Radek a FIALA, Luděk. Endometrióza. Praha : Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3050-4.
7. Endometrióza a její vliv na plodnost a kvalitu života. Online. *Praktický lékař*. 2018, roč. 98, č. 4, s. 147-152. ISSN 0032-6739.
8. KRIŽANOVÁ, Katarína; CHVÁTAL, Radek; KRIŽAN, Viktor; SHIBAEVA, Mariia a HUDEČEK, Robert. Diskrepance stagingové a peroperační klasifikace endometriózy pánve dle #Enzian 2021. *Česká gynekologie : časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. 2024, 89(1), 16-21. ISSN 1210-7832.
9. URBAN, Michael a HERÁČEK, Jiří. *Chronická pánevní bolest*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3195-2.
10. MICHALČINOVÁ, K. and ANGEROVÁ, Y. (2020) 'Současná léčba neplodnosti a možnosti využití fyzioterapie', *Rehabilitation & Physical Medicine / Rehabilitace a Fyzikální Lékařství*, 27(4), pp. 205–210. Available at: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=48ece33a-d79f-37a0-ae5d-a40a8e29e286> (Accessed: 15 April 2025).

11. MAULENKUL, Tilektes; KUANDYK, Alina; MAKHADIYEVA, Dinara; DAUTOVA, Anar; TERZIC, Milan et al. Understanding the impact of endometriosis on women's life: an integrative review of systematic reviews. *BMC women's health*. 2024, 24(1), 524. ISSN 1472-6874. DOI <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03369-5>.
12. Endometrióza v postmenopauze. Online. *Ceská gynekologie*. 2022, roč. 87, č. 6, s. 427-431. ISSN 1210-7832.
13. BACZEK, Grazyna; MIETUS, Marta; KLIMANEK, Julia; TATAJ-PUZYNA, Urszula; SIENKIEWICZ, Zo a et al. The impact of endometriosis on the quality of women's life. *Ginekologia polska*. 2024, 95(5), 356-364. ISSN 2543-6767. DOI <https://doi.org/10.5603/gpl.93995>.
14. GUO, Yuyan; HUANG, Penghui; LIU, Chaobin; WANG, Zhenna; WANG, Yi et al. Evaluating quality of life improvements in endometriosis patients following laparoscopic surgery using EHP-30 scale. *Scientific reports*. 2025, 15(1), 1139. ISSN 2045-2322. DOI <https://doi.org/10.1038/s41598-024-84370-8>.
15. GKEGKES, Ioannis D; IAVAZZO, Christos; IATRAKIS, George; IAVAZZO, Paraskevi-Evangelia; PECHLIVANI, Fani et al. Robotic Management of Endometriosis: Discussion of Use, Criteria and Advantages: a Review of the Literature. *Acta medica (Hradec Králové)*. 2019, 62(4), 147-149. ISSN 1211-4286. DOI <https://doi.org/10.14712/18059694.2020.3>.
16. YOUSEFLU, Samaneh; JAHANIAN SADATMAHALLEH, Shahideh; ROSHANZADEH, Ghazall; MOTTAGHI, Azadeh; KAZEMNEJAD, Anoshirvan et al. Effects of endometriosis on sleep quality of women: does life style factor make a difference?. *BMC Women's Health*. 2020, 20(1), 1-7. ISSN 1472-6874. DOI <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01036-z>.
17. SILVA, Fabia Pigatti; YELA, Daniela Angerame; DE BARROS MENEGUETTI, Melissa; TORELLI, Flavia; GIBRAN, Luciano et al. Assessment of quality of

life, psychological aspects, and sexual function of women with endometriosis according to pain and infertility: a cross sectional study. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2024, 309(6), 2741-2749. ISSN 1432-0711. DOI <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07464-8>.

18. JAEGER, Madeleine; NIEDERKROTENTHALER, Thomas; TILL, Benedikt a WERNECK, Harald. Associations between health-related quality of life, infertility-related psychological well-being, and relationship quality in individuals with endometriosis: A cross-sectional study. *BMC women's health*. 2024, 24(1), 657. ISSN 1472-6874. DOI <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03510-4>.

19. Frühauf, F. *et al.* (2019) 'Endometriosis in pregnancy - diagnostics and management', *Ceska gynekologie*, 84(1), pp. 61–67. Available at: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=2cc97daa-35ae-319c-a1e3-22044edf9c7d> (Accessed: 15 April 2025).

20. MÁRKI, Gabriella; VÁSÁRHELYI, Dorottya; RIGÓ, Adrien; KALÓ, Zsuzsa; ÁCS, Nándor *et al.* Challenges of and possible solutions for living with endometriosis: a qualitative study. *BMC Women's Health*. 2022, 22(1), 1-11. ISSN 1472-6874. DOI <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01603-6>.

21. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4

Seznam příloh

Příloha č. 1

Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMU BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Kvalita života žen s endometriózou

The quality of life of women with endometriosis

- Níže svým podpisem potvrzuji svůj souhlas s účastí ve studii.
- Byla jsem podrobně informována o cíli výzkumu v rámci bakalářské práce, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává.
- Výzkumu se účastním dobrovolně.
- Při zařazení do výzkumu budou osobní údaje zpracovávány dle platné právní úpravy. Veškeré informace o mé osobě budou anonymní.
- Beru na vědomí, že zpracované údaje z tohoto výzkumu mohou být publikovány. V publikacích se však neobjeví informace, které by mě mohly identifikovat.
- Beru na vědomí, že rozhovor bude pro účely doslovného přepisu nahráván. Nahrávka bude po přepsání rozhovoru zničena.

podpis účastnice výzkumu:
Datum, čas:

Podpis studenta:
Datum, čas: