

**UNIVERZITA KARLOVA  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2024**

**Petra Hofmanová**

**UNIVERZITA KARLOVA  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ  
ÚSTAV NELÉKAŘSKÝCH STUDIÍ**

**ENDOMETRIÓZA A JEJÍ VLIV NA KVALITU ŽIVOTA ŽENY**

Bakalářská práce

Autor práce: **Petra Hofmanová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2024

**CHARLES UNIVERSITY**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
DEPARTMENT OF NON – MEDICAL STUDIES

**ENDOMETRIOSIS AND ITS IMPACT ON A WOMAN'S  
QUALITY OF LIFE**

Bachelor's thesis

Author: **Petra Hofmanová**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2024

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

(podpis)

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala paní Mgr. Evě Vachkové, Ph. D. za odborné vedení, trpělivost a čas při zpracování mé bakalářské práce. Následně bych chtěla poděkovat všem respondentkám za ochotu vyplnit dotazník, také děkuji i mé rodině za podporu během celého studia.

# Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část .....	11
1. Endometrióza .....	12
1.1 Definice endometriózy.....	12
1.2 Historie endometriózy.....	12
1.3 Etiologie a patogeneze onemocnění .....	13
1.3.1 Teorie retrogradní menstruace .....	13
1.3.2 Metaplastická teorie.....	14
1.3.3 Teorie kmenových buněk.....	14
1.3.4 Molekulárně genetická teorie.....	14
1.3.5 Imunologická teorie .....	15
1.3.6 Hormonální teorie .....	15
1.3.7 Zánětlivá a oxidační stresová teorie.....	15
1.3.8 Lymfatická a hematogenní teorie .....	16
1.3.9 Teorie apoptózy .....	16
1.4 Rizikové a protektivní faktory endometriózy .....	17
1.5 Klasifikace endometriózy .....	17
1.6 Dělení endometriózy.....	19
1.6.1 Rozdělení dle lokalizace .....	19
1.6.2 Rozdělení podle klinických forem.....	19
1.7 Adenomyóza .....	22
1.8 Symptomy endometriózy.....	22
1.8.1 Bolest .....	23
1.8.2 Chronická pánevní bolest.....	23
1.8.3 Dyspareunie a sexuální dysfunkce.....	23

1.8.4	Dysmenorea .....	24
1.8.5	Neplodnost .....	24
1.8.6	Psychické problémy .....	25
1.9	Diagnostika .....	25
1.10	Terapie endometriózy .....	27
1.10.1	Farmakologická léčba .....	27
1.10.2	Hormonální léčba .....	27
1.10.3	Chirurgická léčba .....	29
1.10.4	Podpůrná terapie .....	30
1.11	Prognóza endometriózy .....	31
2.	Kvalita života .....	32
2.1	Pojem kvalita života .....	32
2.2	Hodnocení kvality života v souvislosti se zdravím .....	33
2.3	Nástroje měření kvality života .....	35
2.4	Kvalita života u endometriózy .....	36
2.5	Metody hodnotící kvalitu života v souvislosti s endometriózou .....	38
	Empirická část .....	41
3.	Cíle výzkumného šetření .....	42
4.	Metodika výzkumu .....	43
4.1	Charakteristika respondentek .....	43
5.	Vyhodnocení výsledků .....	44
5.1	Výsledky specifického dotazníku .....	44
5.2	Výsledky generického dotazníku WHOQOL-BREF .....	69
	Diskuse .....	98
	Závěr .....	105
	Abstrakt .....	106
	Seznam literatury .....	108

Seznam zkratek .....	114
Seznam obrázků .....	115
Seznam grafů.....	116
Seznam tabulek .....	118
Seznam příloh .....	119
Přílohy.....	120



# Úvod

Bakalářská práce se zabývá tématem endometriózy a jejím vlivem na kvalitu života ženy. Onemocnění endometrióza jsem si vybrala proto, že se jedná o onemocnění, které i přesto, že není příliš známé, postihuje nemalé procento žen, které mají velmi rozmanité projevy a následné problémy. Celkově i přes mnohaleté výzkumy tohoto onemocnění probíhají další nové studie k vysvětlení řady nejasností v souvislosti s endometriózou.

Celá bakalářská práce byla rozdělena do dvou částí, a to na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývala endometriózou její historií, etiologií a patogenezí, dále byly popsány rizikové a protektivní faktory, klasifikace onemocnění, symptomy, diagnostika, terapie a prognóza.

Endometriózu definujeme jako hormonálně závislé onemocnění, vyznačující se přítomností endometria mimo dutinu dělohy. Endometrium (vnitřní výstelka dělohy) je fyziologicky v rámci menstruačního cyklu odlučováno ven z těla ženy. Při endometrióze se uchycuje endometrium do abnormálních lokací, orgánů (nejčastěji v oblasti pánve – vaječníky, vejcovody, vagina nebo v oblasti peritonea). V postižených lokacích endometrium podléhá menstruačnímu cyklu, dochází tedy ke zduření a následnému krvácení. Toto onemocnění postihuje ženy v reprodukčním věku a podle dosavadních poznatků trpí touto chorobou 10 % všech žen. I přesto, že existuje mnoho teorií vysvětlujících příčiny vzniku, není zřejmá přítomnost endometria v některých orgánech, například v plicích a v srdci. Onemocnění se projevuje rozmanitými symptomy, zejména neplodností, chronickými pánevními bolestmi, sexuální dysfunkcí, zažívacími obtížemi, problémy psychickými atd. Důsledkem projevů nemoci může docházet k omezení v běžných denních činnostech, v zájmových a společenských aktivitách až k absenci v zaměstnání.

Druhým velkým tématem teoretické části bakalářské práce úzce spojeným s endometriózou byl pojem kvalita života. Práce se zaměřila na definici tohoto pojmu, hodnocení kvality života, možné nástroje měření, kvalitu života u endometriózy a metody hodnocení.

Empirická část zkoumala kvalitu života žen trpících endometriózou pomocí dvou dotazníkových šetření s hlavním cílem zjistit, jakým způsobem byla jejich kvalita života ovlivněna. Respondentkami byly ženy trpící endometriózou ve věku 21–49 let. Dotazník byl

uveřejněn na sociálních sítích v uzavřené skupině zabývající se endometriózou a vším, co s ní souvisí. První částí výzkumného šetření byl specifický dotazník zaměřený na demografické údaje a informace ohledně endometriózy. Následně byla kvalita života zkoumána pomocí generického dotazníku WHOQOL-BREF od Světové zdravotnické organizace. Díky těmto dotazníkům byl zkoumán vliv onemocnění na různé oblasti (biologickou, sociální, psychickou a další).

## **Teoretická část**

# 1. Endometrióza

## 1.1 Definice endometriózy

Jedná se o estrogen – závislé onemocnění definované přítomností endometriální tkáň nacházející se mimo děložní dutinu (Chváta, 2016). Onemocněním trpí až 10 % ženské populace v reprodukčním věku. I přes to, že je benigní, má sklon k častým recidivám i po podstoupení chirurgické léčby (Fanta, 2023).

Endometrium (vnitřní sliznice dělohy) se atypicky vyskytuje mimo děložní dutinu a může se nacházet buď v děložní svalovině, to označujeme jako vnitřní endometrióza též adenomyóza, anebo endometrióza zevní, která postihuje i jiné orgány, v podstatě se může objevovat ve všech orgánech lidského těla (Čepický, 2021). Nejčastěji se však infiltruje do pánevní oblasti, přesněji do dělohy, střeva, močového měchýře, kde může způsobovat specifické i nespecifické obtíže.

V souvislosti s endometriózou ženy často tíží chronická pánevní bolest či neplodnost, a tím ženu negativně ovlivňuje i z klinické, sociální a ekonomické stránky v porovnání se zdravými ženami (Lenz, 2021). Chronické pánevní bolesti udává 50–90 % žen postižených endometriózou. Kromě nepravidelných bolestí se ke specifickým symptomům řadí hypermenorea, dyspareunie i metroragie (Hudeček, 2019).

Onemocnění je označováno za nejčastější gynekologické onemocnění postihující ženy během fertilitního věku. U mnoha žen dochází k diagnostice až po dlouhé době, i v řádu několika let (Lenz, 2021).

## 1.2 Historie endometriózy

Popis patologie a etiologie endometriózy se datuje již před mnoha sty lety. Na konci 17. a 18. století německý lékař Shroen popsal zvětšující se léze u pohlavně vyspělých žen, které měly náchylnost ke krvácení. Během následných studií došlo k domněnce, že léze mohou vést k potratům a neplodnosti. Později skotský lékař Brotherson uvedl chronickou pánevní bolest jako jednu z hlavních příznaků onemocnění (Seckin, 2021). Roku 1860 profesor Karl Rokitansky v jeho článku poprvé publikoval popis patologického průběhu endometriózy

a adenomyózy, popsal invazi svalové děložní stěny, vznik polypů a proniknutí do vaječníku (Seckin, 2021 a Lenz, 2021).

Následně došlo k vypořádání jejich šíření zánětem v oblasti pochvy. V 19. století došlo k identifikaci jejich podobných rysů jako u čokoládové cysty ve vaječnících. Sampson popsáním čokoládových cyst přinesl významný podklad pro vytvoření vzniku nových teorií, také v jeho článku zmínil poprvé slovo „endometrióza“ (Seckin, 2021).

Před vynalezením laparoskopických vyšetření v Americe r. 1968 zjistili lékaři přítomnost tkáně endometriózy až při operacích v břišní dutině, posmrtně při pitvě nebo pohmatem při vyšetření pánevního dna u rozsáhle vyrostlé endometriální tkáně (Flaws, 2016).

### **1.3 Etiologie a patogeneze onemocnění**

I přes mnohaleté výzkumy není patogeneze a etiologie zcela známa. Jde o multifaktoriální onemocnění, které zahrnuje genetické, hormonální, imunologické i environmentální vlivy (Lenz, 2021). Vzniklo několik mechanismů snažících se vysvětlit patofyziologické procesy vzniku, ale žádná z teorií nevysvětluje všechny symptomy onemocnění.

#### **1.3.1 Teorie retrográdní menstruace**

Tuto teorii vytvořil Samson již na počátku 20. století. Jedná se o tzv. reflux buněk endometriální tkáně a tekutiny bohaté na proteiny skrz vejcovody do pánve během menstruace. Považuje se za nejpravděpodobnější vysvětlení tvorby vzniku endometriálních lézí v peritoneální dutině (Horne, Missmer, 2022).

Endometriální léze se přirozeně objevují i u některých druhů, které menstrují, včetně vyšších primátů (makak) a některých dalších druhů opic (Saunders, 2021). Právě na primátech v minulosti probíhaly studie, kdy po naočkování menstruační krve a simulaci retrográdní menstruace došlo skoro u poloviny k vývoji endometriálních ložisek.

U mnoha žen s retrográdní menstruací endometrióza nepropukne. Podle teorie závisí na více aspektech, pravděpodobně na objemu zadržené menstruační krve či faktorech, které brání menstruaci (Lenz, 2021). V jiných odborných publikacích může být teorie nazvána jako teorie metastatická a objasňuje implementaci endometriálních lézí v jizvách po chirurgickém

výkonu, epiziotomii či endometriózu děložního hrdla nebo pochvy po traumatu (Indrielle-Kelly, 2019).

### **1.3.2 Metaplastická teorie**

Endometriální léze se často charakterizuje jako tkáň podobná výstelce dělohy. Mnohdy ve studiích označovány pojmem eutopické či ektopické endometrium (Saunders, 2021). Jiné označení pro tuto teorii je metaplazie coelomu. Popisuje transformaci coelomické výstelky na endometriální žlázy v souvislosti se stále nejasným podmětem, vysvětluje endometriózu na méně obvyklých lokacích. Teorie může objasnit přítomnost endometriózy u žen po hysterektomii s odstraněním vaječníků, které se neléčí estrogény (Pilka, 2017). Hypotéza poukazuje na možnost vlivu hormonálních, zánětlivých či imunologických podmětů na spuštění metaplastického procesu (Racková, 2021).

### **1.3.3 Teorie kmenových buněk**

Jedná se o jednu z modernějších teorií (Racková, 2021), kdy vzácné kmenové taktéž progenitorové buňky byly identifikovány v epiteliálních a stromálních částech lidského těla eutopického endometria (Saunders, 2021). Dospělé neboli somatické kmenové buňky mají schopnost samy regenerovat a množit pomocí asymetrického dělení a to neomezeně. Na základě těchto rysů, se poukazuje na jejich přítomnost v endometriu, které se obnovuje i remodeluje (Maruyama, 2022). Dochází tedy k diferenciaci (neboli přeměně fenotypu buňky) a převzetí jejich specifických funkcí. Podle zjištění k regeneraci endometria pomáhají i cirkulující kmenové buňky původem z kostní dřeni (Lenz, 2021).

### **1.3.4 Molekulárně genetická teorie**

Zaměřuje se na výskyt genetické složky v příčině vzniku onemocnění. Zhruba 50 % endometriotických lézí je díky genetickým vlivům. Poukazuje na více faktů jako na familiární výskyt nebo shodu existence endometriózy u dvojčat. V patogenezi se uplatňují polymorfní geny na receptory pro estrogen (Lenz, 2021).

### **1.3.5 Imunologická teorie**

Poukazuje na nemalý vliv imunitního systému v patogenezi endometriózy. Upozorňuje na souvislost mezi endometriózou a stále se zvyšujícím množstvím pacientek s možnou patologickou imunitní odpovědí na úrovni místní i celkové. Pacientky s poškozením jak látkové (humorální) imunity tak i buněčné projevující se sníženou funkcí cytotoxických T - lymfocytů, změnami v poměru TH1 a TH2 protilátek a peritoneální prostupností imunitními buňkami, vytváření protilátek v plazmě a spuštění činnosti makrofágů (Prajka, 2023).

### **1.3.6 Hormonální teorie**

Endometriózou trpí ženy ve fertilním věku, výskyt v období po menopauze není četný. Od tohoto faktu je odvozena teorie, kdy se předpokládá, že steroidní hormony mají vliv na vznik endometriózy. Estrogen pozitivně ovlivňuje růst ektopické endometriální léze a pravděpodobně k ní má intenzivnější citlivost. Za další příčinu vzniku endometriózy se považuje hormonální dysbalance přítomná v ektopickém endometriu.

U zdravých žen má progesteron protichůdné účinky vůči estrogeneru, naopak endometrióza vede k vývoji progesteronové rezistence, buď poklesem receptorů, nebo jejich nesprávnou funkčností (Lenz, 2021).

### **1.3.7 Zánětlivá a oxidační stresová teorie**

Endometrióza se v podstatě projevuje zánětlivým procesem spjatým s vyšší tvorbou širokospektrých mediátorů zánětu, řadí se mezi ně prostaglandiny, cytokiny, cytokiny s chemotickým účinkem (chemokiny) a metaloproteinázy. Také dochází ke tvorbě reaktivní formy kyslíku (ROS) a to vede ke stimulaci růstu a přilnavosti buněk endometria v peritoneu a způsobuje vznik a projevy onemocnění (Santulli, 2015).

Za zdroj ROS u nemocných s endometriózou je udáván vyšší objem tekutiny peritonea s výskytem elektrolytů a vody. Také mají v dutině peritonea více železa, které pochází z rozkladu hemoglobinu a odpovídá za redoxní děje (Lenz, 2021).

Oxidační stres nastává při nepoměru tvorby ROS a produkci antioxidantů. Vzniklý ROS může vzájemně působit na další molekuly, například proteinové, lipidové, sacharidové či nukleotidové buňky a rušit tak celulární struktury i procesy. Na reparaci poškozených buněk se

uplatňují antioxidanty neenzymatické i enzymatické (Santulli, 2015). Nadprodukce ROS snižuje množství antioxidantů, které jinak za fyziologických podmínek podporují odbourávání těchto částic (Lenz, 2021).

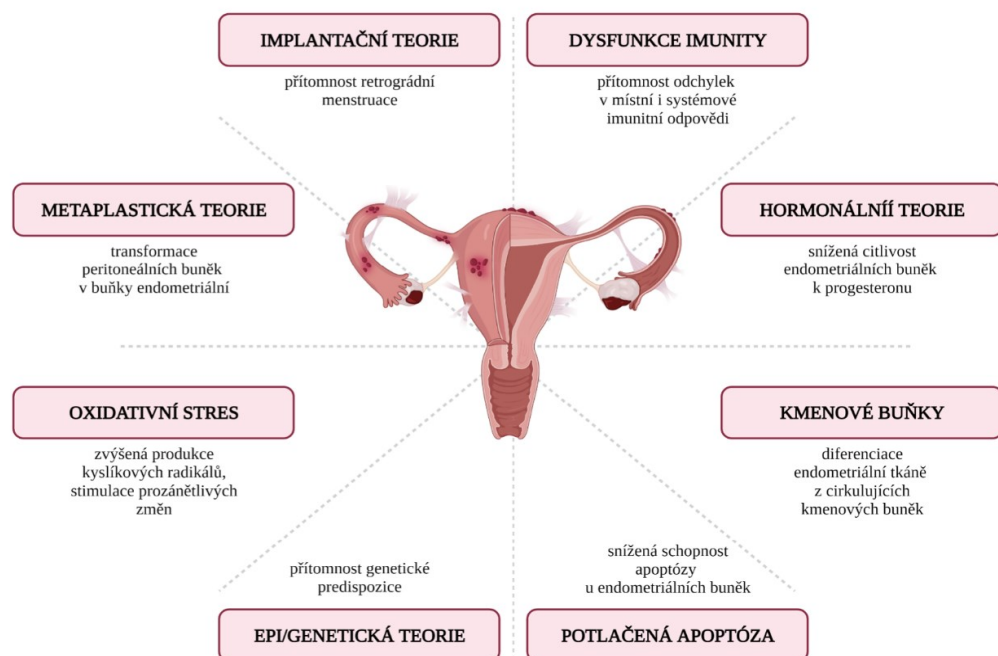
Zvětšený oxidační stres spojujeme s různými onemocněními, např. chronická zánětlivá onemocnění, arteriosklerózou, ovlivňuje plodnost u obou pohlaví i preeklampsii (Santulli, 2015).

### 1.3.8 Lymfatická a hematogenní teorie

Teorie objasňuje šíření endometriózy na vzdálených lokalitách a výskyt endometriálních lézí mimo peritoneum (Pilka, 2017).

### 1.3.9 Teorie apoptózy

Rezistence endometriálních buněk vůči apoptóze slouží jako ochrana před destrukcí buněk a přirozenými mechanismy imunity (Racková, 2021). Hladiny antiapoptických faktorů byly u pacientek shledány ve zvýšené míře. Slouží nejen k přežití buněk endometria, ale i díky proliferační aktivitě k tvoření lézí v ektopických místech a jejich upevnění (Lenz, 2021).



**Obrázek 1** Souhrn základních teorií podílejících se na etiopatogenezi endometriózy (Zdroj: Prajka, 2023, s. 10)



## 1.4 Rizikové a protektivní faktory endometriózy

K rizikovým faktorům se řadí dlouhodobá expozice endogenních estrogenů například při včasné menarche či zpožděné menopauze, silné menstruační krvácení, polymenorea, překážka v odchodu menstruační krve a nízká hodnota BMI. Užívání alkoholu také zvyšuje riziko vzniku endometriózy než u žen abstinetek (Janoušková, 2018). Dále věk, genetické faktory, životní prostředí a rasa hrají roli ve vzniku endometriózy (Hudeček, 2019).

Lenz dělí rizikové faktory podle toho kdy na pacientku mají vliv. Mezi rizikové faktory působící v průběhu intrauterinního vývinu a v posnatálním období patří matka, která byla vystavována environmentálním toxinům, například užíváním diethylstilbestrolu během gravidity nebo v případě, že matka porodí novorozence s nízkou porodní hmotností. U těchto obou případů byl zjištěn vyšší výskyt endometriózy. Poté u dětí a adolescentů jak již bylo dříve zmíněno se jedná o brzký nástup menarche, tělesné parametry a další faktory (pasivní kuřáctví, opakovaná a silná sluneční spálení či nadměrná aktivita okolo menarche). U dospělých žen jsou to zkrácený menstruační cyklus, tělesné rozměry, působení toxinů a další (Lenz, 2021).

Jako protektivní faktory jsou uváděny kojení po delší dobu, opakované gravidity, pozdní začátek první menstruace. Některá výzkumy uvádí nižší riziko spojené s kouřením (Janoušková, 2018). Protektivní vliv má i kombinovaná hormonální antikoncepce, jejím užíváním dochází ke snížení rizika propuknutí endometriózy (Hudeček, 2019).

## 1.5 Klasifikace endometriózy

Dle Americké společnosti reprodukční medicíny (ASRM) klasifikujeme endometriózu do čtyř stádií. Hodnotí se v bodech, které znamenají množství lézí, jejich lokalizaci a velikost. Stupeň endometriózy často nemusí odpovídat projevům onemocnění (intenzitě bolesti, neplodnosti, bolestivému pohlavnímu styku). V praxi to znamená, že pacientka s povrchovým postižením může mít velmi intenzivní bolesti, ačkoliv jiná pacientka s vyšším stupněm postižení bude bez bolesti.

- Stupeň 1 - minimální, jedná se výhradně o povrchové léze s množstvím tenkých srůstů
- Stupeň 2 - mírný, postižení hlubokých lézí a postižení retrovaginální
- Stupeň 3 - průměrný, navíc endometrióza vaječníku s množstvím srůstů
- Stupeň 4 - rozsáhlý, přítomnost velkých endometriomů a rozměrných srůstů (Pilka, 2017)

Nejedná se o jediný klasifikační systém endometriózy, ale existuje jich mnoho. Mezi ty nejznámější se řadí:

### **Klasifikace Konincký a Martin**

Tato klasifikace z roku 1992 slouží pro určení velikosti postižení endometriózou rektovaginálního septa (Hudeček, 2019).

### **rAFS klasifikace (1985) dle American Fertility Society**

Určuje rozsah postižení orgánů malé pánve (peritoneum, vaječníky, vejcovody) pomocí bodového hodnocení a člení endometriózu do čtyř stádií, které se označují I-IV. Nevýhodná je v tom, že nedokáže zhodnotit kompletní mimogenitální oblast (Hudeček, 2019). Vzhledem k nekomplexnosti klasifikace se využívá pro hodnocení endometriózy společně s novějším klasifikačním systémem ENZIAM (Keckstein, 2021).

### **Klasifikace endometriózy podle škály Biberogluové a Behrmanové z r. 1981**

Klasifikace reflektuje klinické symptomy a projevy nemoci, využití má v klinických studiích a obsahuje pojetí funkcí kvality života (Hudeček, 2019).

### **Klasifikace ENZIAN (2002)**

Hodnotí rozsah při onkologických zjištěních, využívá se při vnitřní, vnější endometrióze i při extragenitálních endometriálních postiženích (Hudeček, 2019).

Na ní navazuje vznik klasifikace ENZIAN z roku 2021 sloužící jako ucelený a obsáhlý systém s mezioborovým využitím při chirurgické i neoperativní diagnostice (Keckstein, 2021).

## 1.6 Dělení endometriózy

### 1.6.1 Rozdělení dle lokalizace

MKN-10 2023 (Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) klasifikuje endometriózu do kapitoly „Nezánětlivá onemocnění ženského pohlavního ústrojí“ a je rozdělena dle lokalizace do 9 skupin. Má svůj kód označení N80.

Rozdělení je následující:

- Endometrióza dělohy (Adenomyosis)
- Endometrióza vaječníku
- Endometrióza vejcovodu
- Endometrióza pánevní pobřišnice
- Endometrióza rektovaginální přepážky a pochvy
- Endometrióza střeva
- Endometrióza v jizvě kůže
- Jiná endometrióza (Endometrióza hrudníku)
- Endometrióza NS - Endometrióza (jednoduchá, mukózní, retenční, koloidní). Endometriální ektopická cysta, (kongenitální) ektopie endometria (MKN, ÚZIS, 2024)

### 1.6.2 Rozdělení podle klinických forem

- Peritoneální povrchová
- Ovariální - endometriom a čokoládové cysty
- Hluboká endometrióza (Horne, 2019).

### **Povrchová peritoneální endometrióza**

Tento typ endometriózy představuje zhruba 80 % ze všech endometrióz. Není homologním onemocněním, tudíž se může různit rozsáhlostí, umístěním i výskytem současně

s jinými podtypy (např. s adenomyózou). Peritoneální endometrióza probíhá nejednoznačně, vývoj nemusí být určitý, je schopna přejít do jiného subtypu, samovolně ustoupit či naopak progredovat až k poruchám plodnosti. Jedná se pouze o slabou souvislost mezi intenzitou bolesti, umístěním, subtypem a rozsahem endometriálních ložisek (Horne, 2019).

### **Ovariální endometrióza**

Endometriální cysty rostou na podkladě žlázek endometria a stromatu na vnějšku či na povrchu vaječníku. V těchto cystách ovlivněných cyklickou aktivitou endometria se nachází krev. Specificky dochází k čokoládovému zbarvení díky staré krvi v cystě, z tohoto důvodu nesou označení jako čokoládové cysty. Na výskytu endometriálních cyst v souvislosti s povrchovou endometriózou má vliv i hormonální léčba pacientek (Indrielle-Kelly, 2019).

Ovariální endometriomy představují 35 % veškerých benigních cyst vaječníků. Mnohem četněji postihují levý vaječník než pravý. Mohou se zvrhnout v růst endometriálního adenokarcinomu či karcinomu světlóbněčného (Chauban, 2022).

### **Hluboká endometrióza**

Také označována pojmem DE (deep endometriosis) (Indrielle – Kelly, 2019). Jedná se o určitou formu endometriózy charakterizovanou infiltrací endometriální tkáně více než 5 mm do anatomických struktur a to do peritonea či vnitřních orgánů. DE postihuje 25-30 % pacientek s endometriózou, často je doprovázena chronickou pánevní bolestí, ovšem klinické symptomy se mohou lišit a nemusí odpovídat rozsahu postižení. Při agresivním infiltrativním růstu může postihnout důležité orgány a zapříčinit tak stenózu například v močovodu či střevech a dále poškodit nervy v dané oblasti (Brandão, 2018).

Roste z vně dovnitř, respektive ze serózní vrstvy do svalové a poté do vrstvy submukózní a ojediněle prorůstá do mukózní vrstvy. Má odlišný typ růstu oproti maligním nádorům močového měchýře i tlustého střeva. Hluboká formy endometriózy specificky prorůstá do pánevní oblasti a rozděluje se na přední a zadní postiženou oblast léze. Přední zahrnuje léze močového měchýře a pánevní část močovodů a pod zadní kompartment spadají sakrouterinní vazy, střevo, rectum, sigmoideum, rektovaginální přepážka a zadní klenby poševní. Endometrióza je schopna infiltrovat i mimo pánevní oblast nazývá se

tzv. extrapelvická endometrióza, která zasahuje do thoraxu, orálních částí střev, břišní stěny (jizvy po SC), výstupy nervů (Indrielle – Kelly, 2019).

Dle (Brandão, 2018) rozděluje endometriózu v pánevní a abdominální oblasti. Endometriózu pánevní oblasti rozlišuje do tří kompartmentů a to do předního, zadního a laterálního. Oproti předešlému rozdělení zařazuje i dělohu, která vymezuje kompartmenty.

**Přední oblast:** přední část dělohy obsahující močový měchýř s močovody, ústí močovodu, vazy, přední svalová vrstva dělohy a vesicovaginální oblast.

**Zadní oblast:** zadní prostor dělohy, myometriu, rectocecikální oblast, rektovaginální septum, pochva, vazy mezi dělohou a sakrem, konečník a sigmoideum.

**Laterální oblast:** močovody, závěsný aparát dělohy (parametrium), vazivovou tkáň obklopující pochvu, široké vazy děložní a jamka vaječníku.

Další oblastí je zvláštní část pánevního dna a nervstva.

**Abdominální oblast** zahrnuje endometriózu břišní stěny, např. v jizvě po chirurgickém výkonu, v pupíku a v tříselné krajině, dále ve slepém střevě, červovitém výběžku slepého střeva, vzestupné a sestupné části tlustého střeva atd. (Brandão, 2018).

## **Prevalence hluboké endometriózy u vybraných oblastí**

### **Močový měchýř**

V oblastech močového měchýře pojmenovaných vertex a apex najdeme endometriózu mnohem četněji. Frekvence výskytu dosahuje až 14 % u pacientek s DE (Indrielle – Kelly, 2019). Močový měchýř je postižen endometriózou buď primárně, to zapříčiní samovolný výskyt, anebo sekundárně, kdy se endometriální léze v močovém měchýři vyskytnou po chirurgickém zákroku v pánevní oblasti, tedy iatrogenní příčinou (Klézl, 2018).

Endometrióza močového měchýře se však může vyskytovat i u mužů a to u těch, kteří prodělali karcinom prostaty a léčili se hormony. Při diagnostice je důležité rozeznat endometriální léze od adenokarcinomu močového měchýře. Nejenom v močovém měchýři, ale i v jiných lokacích může být endometrióza podmětem pro vznik nádorů (Lenz, 2021).

## **Střevo**

U střev dochází častěji k postižení nepravidelně řasených částí střev zejména v oblasti rekrosigmoidea, postižení proximální oblasti tlustého střeva, tenkého i slepého střeva i červovitého výběžku na slepém střevě. Může dojít k invazi endometria do veškerých vrstev střeva, často ale postihuje subserózní a svalovou vrstvu. Zde následně způsobuje fibrotizaci spolu se stenózou a může vést k ulceracím i k nádorovému onemocnění (Lenz, 2021).

## **Rektovaginální septum**

U 44 % pacientek s hlubokou endometriózou dochází k postižení septa a může dojít k další infiltraci do pochvy či konečníku. Chirurgické řešení přináší celou řadu komplikací například vznik píštělí, nutnost zavést stomii a další možné problémy spojené se syndromem vyvolaným po resekci (Indrielle – Kelly, 2019). Při endometrióze rektovaginálního septa se typicky nacházejí tuhé uzlíky vznikající v blízkosti endometriálních lézí z vaziva a hladké svaloviny. Mohou dále postihovat i vazy v oblasti pochvy (Drdová, 2017).

## **1.7 Adenomyóza**

Jedná se o benigní estrogen dependentní chorobu dělohy s prorůstáním endometriálního stromatu a žláz do myometria. Častěji byla zaznamenána u žen, které víckrát rodily a v období mezi 40. - 50. rokem života. Projevovat se může pánevními bolestmi, neobvyklým děložním krvácením, infertilitou, ale i asymptomaticky. Možná je i přidruženost s endometriózou či leiomyomy (Zheng, editor Marsh, 2021). Existují dvě rozdělení adenomyózy na fokální a difúzní. Při fokální adenomyóze dojde k ložiskovému nahromadění žlázek endometria a stromatu ohrazené myometriem. Difúzní postihuje tělo děložní a následně způsobuje asymetrii v děloze. Okolo ektopických lézí se svalovina hypertrofuje. Vzniklé adenomyózní léze jsou neohrazené a pro chirurgickou intervenci hůře proveditelné, proto se upřednostňuje hormonální způsob terapie adenomyózy (Indrielle – Kelly, 2019).

## **1.8 Symptomy endometriózy**

Endometriózu mnohdy doprovází příznaky jako chronická pánevní bolest (během cyklu i mimo cyklus), dysmenorea, dyspareunie, bolesti spojené s defekací (dyschézie) a dysurie. Bolesti mohou být různé intenzity, avšak závažnost anatomického postižení endometriózou nemusí odpovídat projevům nemoci. Dále některé pacientky trpí únavou a depresí ve spojitosti

s chronickou bolestí. Pacientky často trpí neplodností, endometrióza zvyšuje dvojnásobně vznik neplodnosti oproti zdravým ženám (Horne, 2022).

Mezi další příznaky patří silná a nepravidelná menstruace vyskytující se i mnoho let s nekomplikovanou menstruací. Některé příznaky se projevují nespecificky, mezi ně patří vyčerpanost, střevní obtíže, bolesti břicha mimo cyklus, nevolnost, průjmy během menstruace a bolesti hlavy. Příznaky se dále odvíjí podle lokalizace endometriózy, řadíme mezi ně například bolest při močení, krev v moči, urgenci, krvácení z rektu, z nosu, kašel či hemoptýzu (Hudeček, 2019).

### **1.8.1 Bolest**

Charakterizována podle Mezinárodní asociace pro studium bolestí (International Association for the Study of Pain) jako bolest vycházející na podkladě změny nocicepce, i přes nezřejmé důkazy současného či potencionálního porušení tkáně, které vede k aktivaci nociceptorů na periférii nebo známky onemocnění či lézí somatosenzorického systému způsobující bolest. Mechanismus bolesti centrální senzibilace během endometriózy způsobuje projevy ve viscerálních i somatických strukturách (Allaire, 2023).

### **1.8.2 Chronická pánevní bolest**

Je charakterizována jako setrvávající bolest v oblasti pánve, vyskytující se mimo cyklus a trvá více než 6 měsíců (Lenz, 2021). Přes 60 % žen s prokázanou endometriózou udává, že trpí chronickou pánevní bolestí. I po operačním odstranění endometriálních ložisek u části pacientek bolest přetrvává nebo se znovu objevuje po několika měsících od operace. Dále pacientky trpí na další přidružené syndromy s chronickým a bolestivým charakterem. Patří mezi ně syndrom bolestivého močového měchýře, syndrom dráždivého tračníku, myalgie v oblasti břicha a pánve. Vypovídá tak o komplexním procesu při vzniku bolesti asociované endometriózou (Song, 2023).

### **1.8.3 Dyspareunie a sexuální dysfunkce**

Jedná se o bolest lokalizovanou v oblasti pánevní nebo genitální při pohlavním styku. Endometriální léze v zadní oblasti pánve totiž vytváří tvrdé uzlíky, na které při pohlavním styku působí tlaková síla. Uzlíky ztrácejí pružnost a důsledkem toho dochází k hluboké bolesti.

Tato bolest může přerušovat i po skončení sexuálního styku (Privitera, 2023). Existují dva typy dyspareunie a to superficiální, kdy počátek bolesti je při vstupu do pochvy či ve vulvární oblasti a hluboká dyspareunie charakteristická pro bolest i v hlubších částech při penetraci v oblasti pánve. Značnou příčinou při dyspareunii je u ženy tušení opětovné bolesti z důvodu předešlé zkušenosti, kdy žena pociťovala bolesti během sexuálního styku. Žena se soustřeďuje více na percepci bolesti, to má negativní dopad na sexualitu (Tomeš, 2019).

Dyspareunie má za následek i mnoho dalších problémů týkajících se sexuální aktivity, problémů dosáhnout vzrušení, orgasmu a také omezují sexuální činnost z důvodu bolesti. Dále byl prokázán negativní vliv na duševní stav a pohodu žen. Uvádí se například strach z bolestivého pohlavního styku, úzkosti až deprese (Privitera, 2023).

#### **1.8.4 Dysmenorea**

Jedná se o bolestivou menstruaci. Je definována přerušovanou křečovitou bolestí vyskytující se v podbříšku a oblasti pánve. Může být přítomna nevolnost, zvracení, bolesti v zádech či vystřelující bolest do dolních končetin (Lenz, 2021). Mezi další související symptomy patří malátnost, narušený spánek, citlivost prsou, střevní obtíže v podobě zácpy či průjmu, nadměrné močení, ale i psychické projevy jako podrážděnost, poruchy nálady a úzkosti. Existují dva typy, primární dysmenorea a sekundární dysmenorea.

U primární dysmenorey křečovité bolesti nastávají v době dospívání do jednoho roku od počátku menarche. Dochází k periodické intenzivní bolesti v prvních dnech menstruace přetrvávající až 3 dny. Sekundární dysmenorea vzniká na základě patologického stavu, velmi častou příčinou je endometrióza a dále adenomyóza, zánětlivé pánevní onemocnění, cysty na vaječnících, polypy atd. Mezi příznaky se řadí zvětšená děloha a dyspareunie (Itani, 2022).

#### **1.8.5 Neplodnost**

Podle studií 30 až 40 % neplodných žen trpí endometriózou, dá se tedy říci, že endometrióza je jednou z hlavních příčin ženské infertility. Příčina poruch plodnosti není doposud zcela známa. Vlivem endometriózy dochází v lidském těle k zánětlivým procesům a v oblasti malé pánve ke zvětšování objemu tekutiny. Mechanické vlivy jako adheze, porušení nebo uzavření vejcovodů, snížení velikosti funkčního parenchymu vaječníků snižují fertilitu ženy. U pokročilých forem endometriózy, kdy dochází díky adhezivnímu procesu ke snížení



pohyblivosti vaječníků a vejcovodů, je jasná spojitost s neplodností (Janoušková, 2018). Vzniká i na podkladě obstrukce vejcovodů, neprobíhající ovulace v ovariích, dysfunkce luteinizační fáze, syndromu neprasklého folikulu po luteinní fázi, peritoneální vlivy jako zvýšené množství prostaglandinů či makrofágů, imunitní vlivy a další (Indrielle-Kelly, 2019). Naopak u lehčích forem endometriózy tato souvislost není úplně zřejmá. Existuje systém pro klasifikaci endometriózy z roku 2010 tzv. endometriosis fertility index sloužící k určení prognózy otěhotnět spontánním způsobem (Janoušková, 2018).

### 1.8.6 Psychické problémy

Deprese byla zjištěna ve spojitosti s endometriózou ze dvou hlavních příčin. Jako první se považují pánevní bolesti, které se opakovaně vrací a druhým důvodem je neschopnost otěhotnět. Častý výskyt deprese bývá pozorován u pacientek s chronickým průběhem bolesti. Disociativní příznaky se mohou projevovat u žen se sexuální dysfunkcí, které mohou být přítomny u endometriózy. V případě, že pacientka bude mít příznaky disociativní, mělo by dojít k jejich diagnostice a terapii, tak jako u psychosomatických obtíží, úzkosti a deprese. Pro zjištění přítomnosti disociativní poruchy se používají různé nástroje (rozhovory, testy atd.), ale velkou roli hrají dotazníky buď používané internacionálně, anebo ověřené české dotazníky pro detekci těchto poruch (Lenz a kol., 2021).

## 1.9 Diagnostika

Primární diagnostika z důvodu malého počtu odborných pracovišť zaměřených na endometriózu probíhá ve standardních gynekologických pracovištích. Základem je anamnéza a posouzení příznaků pacientky. Neodhalení symptomů endometriózy bývá důvodem pozdního vyšetření pacientky ve specializovaném zařízení (Indrielle – Kelly, 2019).

**Anamnéza** zahrnuje rodinnou anamnézu (zaměřena na onkologicky dědičné syndromy a tromboembolická onemocnění v rodině), poté osobní anamnézu (podstoupení břišních operací), gynekologickou anamnézu zahrnující informace o menarche, přítomnosti dysmenorey, průběh menstruačního cyklu, těhotenství, metodu otěhotnění, přítomnost gynekologického onemocnění, související obtíže atd. Také na nynější onemocnění, aktuální problémy pacientky, přítomnost bolesti, zejména přítomnost dysmenorey, dyspareunie, dyschézie a informace ovlivňující plán léčby. Dále se používají i dotazníky pro posouzení

objektivnosti informací o pacientce i pro zjištění účinnosti dosavadní léčby a některé dotazníky sloužící k výzkumu (Lenz, 2021).

**Fyzikální vyšetření**, negativní nález při vyšetření nemusí znamenat nepřítomnost endometriózy. Odhaluje endometriózu ve vagině a rektovaginálním septu, u ostatních lokací endometriózy není tolik přesné (Indrielle-Kelly, 2019).

**Ultrazvukové vyšetření (UZ)** může být vaginální nebo rektální. Dále se dělá i UZ ledvin z důvodu možné hydronefrózy (Chváta, 2016). UZ rozezná fyziologický nález v pánevní oblasti od abnormálního. Identifikuje endometriální cysty, adenomyózu, adhezivní procesy v pánevní oblasti a může identifikovat bolest během vyšetření. Jedná se o cenově dostupné vyšetření a bez zátěže pro pacientky. Určení stupně endometriózy se provádí následně ve specializovaných pracovištích (Indrielle-Kelly, 2019).

**Magnetická rezonance (MR)**, jedná se o metodu zobrazující celou pánevní oblast. Je možné ji provádět i s kontrastní látkou, která vyšetřuje přítomnost methemoglobinu a také slouží k identifikaci infiltrátů a jizev (Hanzlíková, 2021). Používá se při neobjasněných případech při transvaginálním ultrazvuku, hlavně v případech podezření na přítomnost hluboké infiltrující formy endometriózy, infiltraci do uropoetické oblasti a střev (Tomeš, 2019).

**Laparoskopie** následuje až po vyšetřeních pro pacientku neinvazivních. Díky laparoskopii se dá určit skutečná velikost adhezí a potvrzuje endometriózu v peritoneu (Lenz, 2021). Pomocí laparoskopie dochází k přímému náhledu do dutiny břišní a pánve, zároveň lze během výkonu odstranit povrchové léze (Indrielle-Kelly, 2019). Laparoskopické zobrazení endometriálních lézí společně s histopatologickým nálezem se doposud považovalo za standardní diagnostiku endometriózy. Naopak v poslední době se prosazuje nechirurgická diagnostika spíše podle příznaků, fyzikálního vyšetření a pomocí metod zobrazovacích. Vzhledem k rizikům spojeným s laparoskopií, neléčebného účinku chirurgického zákroku a možné dlouhé prodlevě mezi prvními projevy onemocnění a začátkem vhodné léčby.

Ani proběhlé **výzkumy biomarkerů v krevních testech** nezaručují spolehlivost při potvrzení endometriózy (Allaire, 2023).

Diagnostika a terapie endometriózy spočívá v součinnosti víceoborového týmu, uplatňuje se gynekolog, břišní chirurg, radiolog, urolog a zapojení oboru patologie, fyzioterapie (Hanzlíková, 2021).

## **1.10 Terapie endometriózy**

U léčby endometriózy se klade důraz na individuální přístup ke zvolení typu terapie. Záleží na tom, zda má pacientka zachovanou fertilitu či ne a zda chce být nadále plodná. Bere se ohled na věk ženy, symptomy a umístění endometriózy. U některých pacientek s lehkými endometriálními ložisky bez klinických projevů lze postupovat bez léčby (Hudeček, 2019). Díky léčbě může být snížena či zcela odstraněna bolest v oblasti pánve, obnovena reprodukční funkce ženy a zastavena progresse endometriózy, ale někdy i při vhodné terapii může dojít ke krátkodobému zlepšení stavu, nikoliv vyléčení (Janoušková, 2018).

### **1.10.1 Farmakologická léčba**

NSAID, jedná se o nesteroidní antiflogistika hojně využívaná pro léčbu projevů dysmenorey a necyklických pánevních bolestí. Není vhodné je užívat dlouhodobě vzhledem k nežádoucím účinkům (Kalaitzopoulos, 2021). Působí inhibičně na tvorbu prostaglandinů, které jsou tvořeny ve zvýšeném množství při endometrióze. Tímto způsobem snižují bolesti a patří mezi první léky při projevech nemoci (Chváta, 2016).

### **1.10.2 Hormonální léčba**

Jak již bylo zmíněné, jedná se o hormonálně dependentní onemocnění, z toho důvodu se přednostně využívá terapie pomocí hormonů (Janoušková, 2018). Výsledkem léčby je zmenšení endometriálních ložisek až jejich nekróza. Během podstoupení terapie dochází k amenoree a stavu, kdy neprobíhá ovulace (Hudeček, 2021). Používá se orální kombinovaná kontracepce převážně u pacientek mladšího věku s podezřením na endometriózu, které trpí pánevními bolestmi nebo u žen s diagnostikovanou endometriózou. Léčebná metoda spočívá v podávání kombinovaných monofázických přípravků s malým množstvím ethinylestradiolu společně s progestiny. Z dlouhodobého hlediska progestin potlačuje růst endometria, jeho nepravých decíduací a vede k atrofii. Preparáty s nižšími dávkami se užívají půl roku až rok. Negativem této léčby je vznik recidiv brzce po ukončení jejich užívání (Hudeček, 2019).

#### **Progestiny**

Léčiva, která mají přitažlivost pro receptory progesteronu (Hudeček, 2019). Jejich účinkem dochází k poklesu produkce FSH a LH, anovulaci a amenorey, navozují

hypoestrogenní účinek a to vše vede k supresi endometriózy. Považují se za prvotní léky při terapii endometriózy, vzhledem k jejich obdobné efektivnosti jako GnRH agonisté. Mohou být aplikovány v perorální podobě, do svalů, pod kůži ale i nitroděložním způsobem. Patří mezi ně: Danazol, Dienogest, Norethindron a Medroxyprogesterone acetát a další (Vannuccini, 2022).

Tablety s progestinem samotným, používá se Desogestrel, který významně snižuje dysmenoreu u žen s endometriózou podle nedávných studií. Progestin může být podáván ve formě depotní jako implantát. Zástupcem je Etonogestrel působící účinkem steroidní antikoncepce s dobou účinnosti 3 roky.

Intrauterinní systém s levonorgestrel, levonorgestrel je postupně uvolňován v časovém období 3-5 roků. Při zavedení dojde často k amenoree, ale k anovulaci nedochází. Účinně eliminuje obtíže u endometriózy vyskytující se mimo pánev (Hudeček, 2021).

**Antagonisté GnRH** snižují syntézu gonadotropinu v hypofýze. Mají brzký počátek léčebného účinku a podávají se perorální formou. Patří mezi ně Elagolix s krátkodobým účinkem, vhodný při střední až těžké bolesti při endometriálním postižení. Studie prokázaly významný účinek u dysmenorey a u nemenstruační bolesti v porovnání s placebem. Výhodou je zlepšení kvality života, redukce užívání léků proti bolesti a snížení únavy. Vedlejšími účinky mohou být návaly tepla a zvýšení lipidů v séru.

**Gn RH analoga** jsou agonisté hormonu uvolňující gonadotropin. Dochází k vazbě na receptory GnRH, kde v prvních dnech mají stimulační účinek k produkci luteizačního a folikulostimulačního hormonu. Posléze dojde ke snížené regulaci receptorů a následnému poklesu tvorby obou hormonů. Tímto účinkem je indukován hypoestrogenní stav s amenoreou a následnou regresí endometriálních ložisek (Vannuccini, 2022). Analoga se aplikují do svalů, pod kůži anebo intranazálně. Užívání těchto přípravků vyvolává osteoporózu. Doba terapie činí půl roku v případě bez add-back léčby (Hudeček, 2021). Add-back léčba spočívá v přidání malého množství například estrogenů či progestinu, tím redukuje negativní účinky a prodlužuje efektivnost terapie o několik měsíců i let.

Mezi nová léčiva, která probíhají studii patří selektivní modulátory progesteronového receptoru (SPRM), inhibitory aromatázy a selektivní estrogen modulující inhibitory (Vannuccini, 2022).

**Selektivní estrogen modulující inhibitory** neboli **SERM** působí jako agonisté na estrogenové receptory. Na základě dostupných podkladů nejsou prokázány za účinné v léčbě bolesti u endometriózy, ani pro léčbu infertility u endometriózy (Kalaitzopoulos, 2021).

Farmakologická léčba často užívaná pro léčbu endometriózy se nepoužívá v období pokusu o otěhotnění. Využívá se léčba chirurgická s metodami asistované reprodukce (Janoušková, 2018).

### **1.10.3 Chirurgická léčba**

Provádí se v situacích, kdy je hormonální terapie kontraindikována, není pacientkou dobře snášena či neposkytuje dostatečné zmírnění problémů (Allaire, 2023). Dle dostupných doporučení se u endometriózy s projevy chronické pánevní bolesti a infertility upřednostňuje laparoskopie před laparotomií z důvodu mírnější bolestivosti, kratšího trvání hospitalizace, rychlejší regenerace a i z kosmetického hlediska. Dochází ke stejné efektivnosti jako při laparotomii (Kalaitzopoulos, 2021).

Míru onemocnění, anatomické změny i předpokládanou náročnost operace hodnotí klasifikace americké společnosti pro reprodukční medicínu (ASRM) v kombinaci s anamnézou. Díky zákroku a také spolupráci s metodami asistované reprodukce dochází ke zvýšení šance otěhotnět u pacientek trpících endometriomy nebo peritoneální povrchovou endometriózou (Allaire, 2023).

Operace mohou probíhat jako konzervativní, kdy dojde k odstranění či snesení endometriálních ložisek nebo srůstů a zůstane zachována plodnost ženy. Po semikonzervativním zákroku léčby endometriózy, například po hysterektomii, ženy nejsou plodné, ale funkce tvorby ovariálních hormonů zůstává zachována. Hysterektomie s oboustrannou oophorectomií už patří mezi operace radikální s následnou pooperační substituční estrogenovou léčbou, zejména u mladších pacientek ohrožených projevy z nedostatku hormonů. U pacientek s ponechanou reprodukční schopností po chirurgické intervenci dojde k návratu bolesti u 44 % (Pilka, 2017).

Oproti samostatné nechirurgické léčbě má hysterektomie s podpůrnou terapií endometriózy lepší efektivnost v léčbě bolesti. Laparoskopickou hysterektomii bez nebo s odstraněním jednoho či obou vaječníků podstupují některé pacientky s neustupující dysmenoreou, s intenzivním menstruačním krvácením, při recidivách nebo adenomyóze.

Odnětí obou ovarii vyvolá předčasný nástup menopauzy s případnými nežádoucími účinky na srdce a kosti. Pouhé odstranění dělohy není tak účinné v léčbě bolesti (Allaire, 2023).

#### **1.10.4 Podpůrná terapie**

##### **Dieta**

Za klíčovou roli této terapie se považuje přijímání doplňků stravy, vitamínů a to převážně thiaminu (vit. B1), pyridoxinu (vit. B6) a vitamínu D. Pro tuto metodu prozatím neexistuje dostatečné množství poznatků o jejich efektivnosti, tudíž nejsou uváděny ve většině doporučení (Kalaitzopoulos et al., 2021).

##### **Fyzioterapie**

Dochází k nárůstu počtu patientek s endometriózou uvádějící pozitivní účinky vlivem pánevní fyzioterapie, tyto účinky zatím nejsou oficiálně potvrzené. Fyzioterapeuti mohou pomoci patientkám s prováděním aktivit (cvičením, určováním cílů atd.) či využívat podpůrných metod s cílem zlepšit chronické pánevní bolesti. Zahrnují například masáže či uvolňovací léčbu pomocí aktivačních bodů. Určení prospěchu pouze fyzioterapie je těžké, protože mnoho výzkumů hodnotí fyzioterapii v součinnosti s lékařskou a psychologickou intervencí (Horne, 2022).

##### **Akupunktura**

Používá se jako doplňková terapeutická metoda při endometrióze, především pro tlumení bolesti, kdy medikamentózní či chirurgická léčba nepřináší úlevu (Kalaitzopoulos a kol., 2021).

##### **Elektroléčba**

Dochází k transkutánní elektrické stimulaci nervstva (TENS), zároveň se jedná o nejběžněji aplikovanou stimulační elektrickou terapii sloužící k zablokování šíření bolestivých signálů v oblasti podél nervů. Při porovnání účinků akupunktury a TENS byl prokázán u těchto dvou metod vliv na potlačení chronické pánevní bolesti, dále zlepšení při hluboké dyspareunii a také vedly k navýšení kvality života u patientek s DE. V rámci

provedených výzkumů některé výsledky nejsou dostačující, jiní experti doporučují tuto metodu používat jako podpůrnou terapii endometriózy, naopak další odborníci nikoliv (Kalaitzopoulos a kol., 2021).

### **1.11 Prognóza endometriózy**

Díky laparoskopickému vyšetření byl pozorován průběh onemocnění u pacientek s mírným až středně těžkým stupněm onemocnění. Díky této studii se vyvrátil v minulosti zastávaný fakt, že endometrióza pokaždé progreduje. Během průzkumu u určitého procenta nemocných žen došlo progresi, u některých nedošlo k žádné změně zdravotního stavu a u daného procenta žen nastala regrese během léčby. Mnoho pacientek uvádí nástup počátečních příznaků během adolescence a při menopauze a udávají, že došlo ke zlepšení symptomů. U některých ale bolesti přetrvávají i v menopauze. Zmírnění projevů v menopauze je zřejmě přisuzováno poklesem estrogenů v organismu (Allaire, 2023).

## 2. Kvalita života

### 2.1 Pojem kvalita života

Pojem kvalita života se všeobecně nepoužívá jen ve zdravotnických vědách, ale i ve velkém množství různých vědeckých oborů (Moravcová, 2023). Jde o relativní pojem, určován kvantitativními ukazateli, které se dají měřit a objektivizovat nebo ukazateli kvalitativními vystupujícími ze systému hodnot posuzovatele. Hodnocení se zaměřuje na určitý druh kvality života s jasně stanoveným předmětem a daným standardem, který slouží ke komparaci s předmětem. Nejběžněji posuzovaným předmětem je osobní život, obsahující jevy a funkce definující lidské tělo v souvislosti s ošetrovatelským paradigma. Lidský život je vysvětlován nejen jako protiklad smrti, ale za komplexní pojetí, které obsahuje veškeré projevy a všechny oblasti jeho působení v životě. Lze hodnotit jednotlivé osoby, skupiny až populaci (Gurková, 2011).

Kvalita života je definována jako individuální vnímání životního postavení člověka v souvislosti s kulturou a systémem hodnot, ve kterých žije a také ve spojitosti k vlastním cílům, předpokladům, normám a obavám (NZIP). Studie kvality života se datují do 70. let 20. století a to v oblasti systému péče o zdraví s obecným zaměřením na dva faktory. Jeden byl zaměřen na vyhodnocování účinnosti terapie a finanční oblasti. Druhý na celkovou efektivnost léčby v souvislosti se zdravotním stavem jednotlivce (Gurková, 2011). Do povědomí vstoupily také důležitost a posouzení determinantů a to psychosociálních, behaviorálních a jejich spojitost ke zdravotnímu stavu jedince, tím i zvýšený význam celkového pohledu na vnímání problematiky (Moravcová, 2023).

Během klinických výzkumů se používá pojem HRQoL (Health Related Quality of life), aby se odlišil od obecného pojmu kvalita života (Fayers, 2015). Gurková (2011) uvádí, že myšlenka používat HRGoL pochází od autorů Kaplana a Bushe z 80. let 20. století, poté došlo k tvoření a vývoji nástrojů pro měření kvality života. Studie bývají zaměřeny na vyhodnocování oblastí, na které má vliv nemoc či její léčba. Obsahují informace o aktuálním zdravotním stavu jedince, projevy nemoci, fyzické, psychické a sociální schopnosti, sexuální funkce, ale i otázky existencionální. V určitých studiích mohou být použita rozdílná hlediska. Například mohou být obohaceny o nepřímé vlivy nemoci jako je například nezaměstnanost či finanční problémy (Fayers, 2015).



Vytvoření HRQoL a jeho vymezení, sledování a aplikování do praxe nastalo v tom období, kdy se přišlo na to, že není dostačující znát pouze diagnózu s obdobím pro přežití u onemocnění (Moravcová, 2023). HRQoL je prosazováno za prvotní parametr pro posuzování klinických zásahů. Jedná se o subjektivní hodnocení vlivu nemoci na zdraví, kvalitu života a schopnost vést plnohodnotný způsob života. Obvykle se používá více definic pro tento koncept a je obtížné upřesnit, která hlediska patří pro pacienta mezi ty nejdůležitější (Nolan, 2023).

Během zkoumání úrovně HRQoL dochází k dosažení informací ohledně problémů vzniklých na podkladě dané nemoci, o účinnosti terapie a souvisejících zdravotních vědeckých programů. Následně ovlivňuje zvolení nejvhodnějšího léčebného postupu z klinické stránky, ale i z hlediska běžného denního fungování pacienta a tím se sleduje přínosnost a užitečnost určité terapie po delší časové období. Díky monitoraci HRQoL zdravotníci dostávají další poznatky o pacientovi, na které se během klasického klinického postupu nepříjde. Tyto informace mohou podstatně ovlivnit zvládání onemocnění a s ním spjatých nesnází (Moravcová, 2023).

## **2.2 Hodnocení kvality života v souvislosti se zdravím**

Jedním z významných faktorů při posuzování kvality života je přijetí a adaptace pacienta na onemocnění. V oblasti medicíny došlo ke zvyšování zaměření na QoL (Quality of Life) a to v návaznosti na zavedené změny související se vznikem modelů zaměřených na komplexní vnímání pacientova zdraví i se zaměřením na životní úroveň a sociální pozici. Mnohé výzkumy poukazují na příznivý vliv mezi přijetím onemocnění a QoL u pacientů s chronickou chorobou. Naopak u endometriózy tento jev nebyl z důvodu nedostatku studií průkazný (Bień, 2020).

Pro měření HRQoL se využívá hodnocení určitého jedince, jeho percepce vlastního stavu, společenských vztahů, jeho uplatnění a další. HRQoL můžeme hodnotit z pohledu více aspektů, kdy u první metody posuzuje respondent sám sebe, anebo ho hodnotí další osoba, která zná pacienta a posuzuje jeho změny. Také mohou být tyto metody použity v kombinaci. Dále podle přístupu a použití metody při sbírání a hodnocení údajů, se člení na metody zaměřené na kvantitu, kvalitu a smíšené metody (Moravcová, 2023).

Pro získání co nejjasnější koncepce během zhodnocení kvality života nastiňují Haaseová a Bradenová tyto vlivy: zpřesnit účel hodnocení, upřesnit populaci k hodnocení

kvality života, zvolit záměr konceptu a definovat hodnotící kritéria. Aplikace modelů kvality života pomáhá určit koncepty v souvislosti s atributy pro kvalitu života a také vztahy mezi záměry.

Modely se dělí na:

### **Hierarchické modely**

Hierarchické modely se zaměřují na strukturu kvality života. Příkladem takového modelu je model HRQoL dle Spilkera, WHOQoL model a další. Slouží k určení domén využívaných při měření kvality života.

### **Interakční modely**

Interakční modely poukazují na kvalitu života a jejími poměry s determinanty. Patří mezi ně další modely od Spilkera, kauzální model HRQoL a mnohé další. Umožňují vysvětlit a ozřejmit konceptuální vztahy, např. příčinné vztahy, odlišení ukazatelových a příčinných proměnných a mnohých.

### **Prediktivní modely**

Dále prediktivní modely pro zjištění odhadu kvality života při porovnání nemocných s rozdílnými sociálními a kulturními situacemi.

### **Metody založené na výzkumu**

Posledním jsou modely založené na výzkumu, kdy koncept kvality života vytváří pacient oproti jiným metodám, ve kterých je hodnotí odborník (Gurková, 2011).

Vyhodnocování kvality života se dostává do obvyklého průběhu diagnostiky v různých medicínských oborech. Nástroje a metody jsou postupně vyvíjeny a uzpůsobovány k zaměření na jednotlivá onemocnění. Mnohdy dochází k úpravám v podobě zkrácení metody či škály pro lepší použitelnost v běžné praxi (Moravcová, 2023).

## 2.3 Nástroje měření kvality života

Existují generické a specifické nástroje pro hodnocení kvality života.

**Generické nástroje** slouží pro posuzování kompletního stavu pacienta, nejsou zaměřeny na určitou nemoc, ale věnují se tělesnému, psychosociálnímu a existencionálnímu rozsahu zdraví jedince. Za pozitivum dotazníků tohoto typu se považuje velmi obsáhlé posuzování kvality života a využití i pro velké skupiny jedinců a nemocné, kteří mají odlišná onemocnění. Negativem se může stát například přehlédnutí méně patrných změn ve zdravotním stavu během terapie (Moravcová, 2023).

### **Dotazník WHOQOL – BREF (World Health Organization Quality of Life – Bref)**

Jde o generický dotazník využívaný pro měření kvality života ve čtyřech doménách a to tělesné, duševní, sociálních vztazích a prostředí. Pacient celkově hodnotí jeho vnímání zdravotního stavu a životní kvalitu. Tento dotazník obsahuje 26 otázek, bodovaných 1 – 5 na stupnici. K určení výsledku dojde spočítáním aritmetického průměru jednotlivých oblastí (Bień, 2020).

### **Dotazník SF – 36 (The Short Form 36 – item Health Survey)**

Je často používaným generickým nástrojem zahrnujícím 36 položek, který existuje i ve standardizované podobě pro ČR. Tento dotazník vznikl pokračením původní podoby dotazníku vyvinutého v osmdesátých letech 20. století, který se skládal ze 149 otázek s orientací na zdravotní stav nemocného a byl verifikován u více než 20 tisíc nemocných. Slouží ke komparaci zdravotního stavu nemocných, kteří mají symptomy identické, ale i odlišné. Jeho využití spočívá při klinické praxi a studiích se záměrem zhodnocení zdravotnické politiky a k celkovému zkoumání v populaci. Dotazník SF - 36 zahrnuje 8 kategorií a respondentky označují jednotlivé odpovědi u otázek s různým bodovým ohodnocením, které poté slouží k bodovému vyhodnocení kvality života (Moravcová, 2023).

### **Metoda SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)**

V českém překladu jako Systém individuálního hodnocení kvality života. Patří mezi méně povědomou metodu pro měření kvality života, nicméně patří mezi velmi kvalitní nástroje.

Zaměřuje se na osobní představy jednotlivce a co je pro něj významné v jeho životě. Měřítka neudávají významnost, ani nestanovují předpoklady, které mají být správné.

Metoda má tyto charakteristické rysy a záměry:

- Individuálnost - Znamená to, jakým způsobem jedinec vylíčí, charakterizuje a hodnotí vlastní kvalitu života, tyto informace tvoří výchozí informace pro zhodnocení.
- Osobní systém hodnot - Vznikne v koncepci kvality života jedince.
- Významné aspekty života - Pohledy ty, které jedinec napíše, následně jsou hodnoceny, během života se můžou lišit.
- Velmi závažná hlediska života - Mohou být získána pomocí uspořádaného rozhovoru s osobou.
- Díky rozboru pacientových názorů a mínění se vytvoří poměrná důležitost veškerých hledisek v rámci kvality života (Šarounová, 2015).

**Specifické nástroje měření kvality života** se zaměřují jen na určité druhy nemocí nebo souboru příznaků a to díky větší citlivosti, tudíž aplikovatelné pouze pro dané skupiny pacientů. Jsou schopny rozeznat i drobné změny zdravotního stavu. Z důvodu užšího zaměření při posuzování životní kvality se nedoporučují používat pro hodnocení více faktorů podílejících se na kvalitě života v obecnějším smyslu. Východiskem je z doporučení některých tvůrců použití specifické metody v kombinaci s generickými nástroji pro měření kvality v souvislosti se zdravím.

U určitých onemocnění existuje více specifických metod, proto je důležité vybrat tu nejvhodnější i v souvislosti s různými specifiky a použití správné podoby dotazníku dle norem, v daném jazyce, popřípadě verzi podle jasně daného postupu zhotovit (Moravcová, 2023).

## 2.4 Kvalita života u endometriózy

Vliv endometriózy na život nemocné lze obtížně určit. Míra závažnosti endometriózy se zjišťuje objektivním způsobem (laboratorní výsledky, zobrazovací metody, morbidita atd.) a hodnotí se nejběžněji používaným klasifikačním systémem rASRM, který hodnotí makroskopickou velikost postižení. Nicméně rozsah a lokalizace endometriálních lézí

nekoreluje s množstvím a mírou symptomů, proto také subjektivní hodnocení závažnosti pacientkou nemusí často odpovídat hodnocení stupně endometriózy lékařem (Koliba, 2017).

Odborné publikace často poukazují na vliv endometriózy na celou řadu oblastí v běžném životě. Je důležité nezaměřovat se pouze na příznaky a komplikace onemocnění a na fyzický dopad, ale i na sociální a psychický stav pacientky. Proto i při hodnocení účinku terapie by mělo dojít k zhodnocení kvality života. Zhodnocení kvality života pomůže vybrat nejvhodnější léčebný a ošetrovatelský postup vzhledem k tělesnému, psychickému i sociálnímu stavu nemocné (Bień, 2020). Kvalita života znamená obsáhlé mnohorozměrové pojetí obsahující jak pozitivní, tak i negativní životní pohledy. U žen postižených endometriózou se nejčastěji zhodnocuje míra menstruační bolesti, necyklické bolesti, dyspareunie a také dysurie či dyschézie (Koliba, 2017).

Za posledních 20 let je zvyšujícím trendem zahrnutí hodnocení kvality života do klinických výzkumů. Endometrióza má negativní dopad na velké množství jiných životních hledisek. Patří mezi ně běžné denní činnosti, sociální interakce, výkonost práce a plánování těhotenství. Dále příznaky, zejména bolest ovlivňují běžný život včetně fyzické stránky (Janoušková, 2018).

U nemocných postižených endometriálními ložisky dochází k významně nižší kvalitě života oproti zdravému obyvatelstvu. Zejména u pacientek s chronickou pánevní bolestí je uvedena značná souvislost s horší kvalitou života. Tyto pacientky s intenzivnější bolestí udávaly sníženou kvalitu života, běžněji sexuální dysfunkci a pokles pracovní činnosti. Vliv chronické bolesti pánve na kvalitu života byl označen některými odborníky za obdobný jako u jiných chorob vyznačujících se dlouhodobou bolestí. Výsledky jiných studií ukázaly markantní dopad na kvalitu života, převážně z fyzického hlediska oproti předešlým výzkumům (Koliba, 2017).

V jiných výzkumech byl v souvislosti s endometriózou odhalen vyšší sklon k depresi, dlouhotrvající únavě, úzkostným stavům, zhoršenému spánku, k poklesu aktivity a nadměrné přecitlivělosti ve spojitosti se stresem (Janoušková, 2018).

Endometriózou bývá ovlivňována i sexualita. Posuzování sexuálních funkcí u žen objektivním pohledem není jednoduché, mezi důvody, které na ně mohou mít vliv patří: sociální stav, vztah s partnerem, kulturní okolí, výše vzdělanosti a léčba hormony. Dle Donatova výzkumu z roku 2014 se sexuální poruchy vyskytují přibližně u 61 % pacientek trpících endometriózou a 45 % pacientek s DE uvedlo, že má sníženou touhu na sexuální aktivitu.

V jiném zkoumání ženy postižené endometriózou při rozhovoru uvedly, že neprovádí sexuální aktivity či mění polohy za jiné, pro ně pohodlnější, jako řešení problému s koitální bolestí. Některé pacientky bolest přetrpí, protože chtějí být gravidní nebo chtějí zachovat sexuální blízkost či udělat radost partnerovi. Strádání pohlavní aktivity je spojeno se snížením touhy po sexu i sebevědomím a následně zhoršením kvality života i soužití mezi partnery (Tomeš, 2019).

Mnohé studie se shodují na nižší frekvenci sexuálního styku a značném vlivu na sexuální život u pacientek s bolestmi oproti ženám bez nemoci a s bezpříznakovou endometriózou. Vliv nemoci na partnery a potomky pacientek doposud nebyl zkoumán (Janoušková, 2018). V současnosti doposud neexistuje žádná ověřená léčba, která by zabránila vzniku tohoto onemocnění, ani není potvrzena medikamentózní terapie jako adjuvantní k léčbě chirurgické a také není známo jakým způsobem předejít recidivě onemocnění. Během předešlých studií hodnotících vliv mnoha faktorů endometriózy na kvalitu života byla zdůrazněna nutnost časně diagnostiky endometriózy, ale také využití nových postupů v terapii s ohledem na životní stádium ženy (Saunders, 2021).

Obdobně jako neinvazivní terapie i u chirurgické léčby byl během výzkumů prokázán kladný účinek na kvalitu života. U chirurgického terapeutického přístupu je potřeba poukázat na potenciální komplikace, vedlejší účinky při terapii a možnost recidivy. Metaanalýza deseti výzkumů uvedla, že díky laparoskopii u mírného až středně závažného stupně endometriózy dochází k redukci bolesti, je vyšší možnost otěhotnění a partu živého plodu. Také popisuje excizi či snesení endometriálních ložisek s totožným účinkem (Koliba, 2017).

## **2.5 Metody hodnotící kvalitu života v souvislosti s endometriózou**

Mezi nejběžnější generické metody pro posuzování kvality života žen trpících endometriózou se řadí SF-36 či SF-12, EuroQol 5D, WHOQOL-100 či kratší verze WHOQOL-BREF. Ke specifickým nástrojům zaměřeným na tuto problematiku s posuzováním charakteristických obtíží nemoci patří Endometriosis Health Profile 30 (EHP- 30) a jeho kratší verze EHP-5. Jedná se o dotazníky citlivější, naopak hůře porovnatelné s odlišnými populačními výsledky, ale pro Českou republiku nejsou platné (Koliba, 2017).

## **EHP- 30**

Neboli Endometriosis Health Profile 30 Questionnaire. Jedná se o specifický dotazník určený pro měření konkrétního vlivu endometriózy na HRQoL. Originální anglická verze dosahuje značný stupeň interní důslednosti, spolehlivosti a senzitivněji monitoruje změny oproti generickému dotazníku SF - 36 u pacientek léčených pro endometriózu. Nedávné studie označují dotazník EHP - 30 jako nejpoužívanější a nejpřesněji ověřovaný dotazník určený pro endometriózu. Nicméně dřívější výzkumy ukázaly odlišné modely základních struktur dotazníku a vznikly nejasnosti jak jej vhodně používat pro odborné studie a výzkumnou činnost (Hansen, 2021).

Dotazník byl prvotně vytvořen na Oxfordské univerzitě. Obsahuje 5 základních hodnotících parametrů týkajících se: bolesti, kontroly a bezmocnosti, sociální situace, sebepojetí a emociální pohody. Zároveň může být použito šest doplňujících aspektů obsahující zaměstnání, sexuální aktivitu, vztah s dítětem, pocity ohledně zdravotnické profese, léčení a infertility. Respondentky volí bodově hodnocené odpovědi, rozhodují se mezi možnostmi: vždycky, často, občas, zřídka a nikdy (Hansen, 2021). Celkový počet položek je 30 složek, prezentace výsledků může být hodnocena v rámci jednotlivých položek, domén anebo jako celkový souhrn. Mezinárodní směrnice pro endometriózu doporučují používání EHP – 30 (Jones, 2023).

## **EHP- 5**

EHP- 5 byl vypracován za účelem zkrácené verze dotazníku, kdy je vybrána jedna položka z každé z hlavních pěti stupnic a po jedné z šesti doplňujících škál. K jeho sestavení došlo na podkladě výsledků zjištěných ze systematických literárních průzkumů a z podrobných rozhovorů s pacientkami trpícími endometriózou pro zaručení obsahové platnosti. Informace poskytují pacientkám vyjádřit důsledky nemoci na jejich pohodu, dále napomoci při managementu léčby a monitorování vývoje (Jones, 2023). Další generické a specifické dotazníky, které je možné využít a kombinovat jimi výše uváděné metody hodnotící kvalitu života u žen trpících endometriózou:

### **MANSA (The Manchester Short Assessment of Quality of Life)**

Jedná se o nástroj měřící kvalitu běžného žití u pacientek trpících endometriózou pomocí dotazníku, ve kterém ženy posuzují jejich spokojenost v mnoha aspektech denního života, například v pracovním, rodinném prostředí, ve vztahu či s tělesným a psychickým zdravotním stavem. Jednotlivé odpovědi jsou číslovány na škále 1 (velmi nespokojen) až 7 (velice spokojen) (Lenz, 2021).

### **FSDS-R (Female Sexual Distress Scale-Revised)**

Tato měřící škála obsahuje 13 položek, pomocí ní se určuje u pacientky stres, který vzniká ve spojitosti se sexuální činností. Pacientky odpovídají pomocí bodové stupnice. 0 znamená nikdy až 4, která znamená vždy. Jednotlivé odpovědi se sečtou, maximální hodnota je 52 bodů. Jako významný sexuální distres se považuje hranice 11 bodů i více (Privitera, 2023).

### **FSFI (Index ženské sexuální funkce)**

Též Rosenův dotazník, častý a běžně používaný dotazník posuzuje endometriózu ze sexuologického pohledu. Dotazník celkově obsahuje 19 otázek rozdělených do několika domén a respondentky na ně samy odpovídají. Domény se zaměřují na touhu, vzrušení, bolest, orgasmus, lubrikaci a uspokojení. Odpovědi jsou bodovány číslicemi 0 - 5 (Lenz a kol., 2021).

### **SDQ- 20 symptomů (Somatoform Dissociation Questionnaire)**

Dotazník měřící somatoformní disociativní projevy u žen s endometriózou prostřednictvím 20 otázek. Tyto symptomy spočívají ve změně pohledu percepcie bolesti, vnímání, deficitu kontroly, symptomy gastrointestinálního traktu a další. Respondentky odpovídají na odpovědi na Likertově škále 1-5 body, kdy výrazné somatoformní disociativní symptomy jsou při 30 bodech a více na bodové škále (Lenz a kol., 2021).



## **Empirická část**

### 3. Cíle výzkumného šetření

#### Hlavní cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje onemocnění endometrióza kvalitu života žen s tímto onemocněním.

#### Dílčí cíle

**Cíl č. 1:** Zjistit úroveň kvality života žen s onemocněním endometrióza.

**Cíl č. 2:** Zmapovat vybrané faktory, demografické proměnné ovlivňující kvalitu života žen s onemocněním endometrióza.

**Cíl č. 3:** Identifikovat oblasti (např. sexuální život, fyzické a duševní zdraví, osobní život, volnočasové aktivity) ovlivněné onemocněním.

**Cíl č. 4:** Porovnat kvalitu života žen s endometriózou oproti běžné zdravé populaci.

## **4. Metodika výzkumu**

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsem zvolila hodnocení pomocí dotazníkového šetření. Součástí jsou dva druhy dotazníků. V první části se jedná o specifický dotazník obsahující 25 otázek s uzavřenými i otevřenými otázkami týkající se demografických informací (věk, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, ...) a specifík onemocnění (příznaky, léčba, diagnostika...). Následně byl použit standardizovaný generický dotazník WHOQOL-BREF pro měření kvality života od Světové zdravotnické organizace. Skládá se z 26 otázek, kdy každá otázka je hodnocena na stupnici 1-5. Dotazník je rozdělen do 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí) a dvě otázky k posuzování kvality života z celkového pohledu a celkového zdravotního stavu.

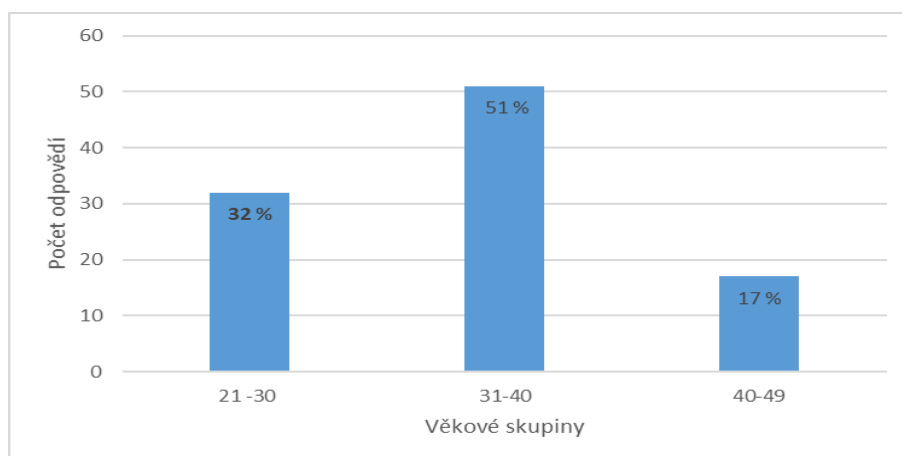
### **4.1 Charakteristika respondentek**

Dotazník v online podobě vyplnilo celkem 100 respondentek. Jedná se o ženy ve věku 21- 49 let, které mají diagnostikovanou endometriózu. Respondentky odpovídaly na sociálních sítích ve skupině zaměřené na endometriózu a všech okolností s ní spojených.

## 5. Vyhodnocení výsledků

### 5.1 Výsledky specifického dotazníku

Otázka č. 1 Kolik je Vám let?



Graf 1 Věk pacientek

Věk pacientek	Počet odpovědí		
21	1	37	7
22	1	38	4
23	3	39	1
24	2	40	2
25	3	41	4
26	1	42	0
27	3	43	1
28	4	44	1
29	5	45	3
30	9	46	1
31	7	47	4
32	8	48	0

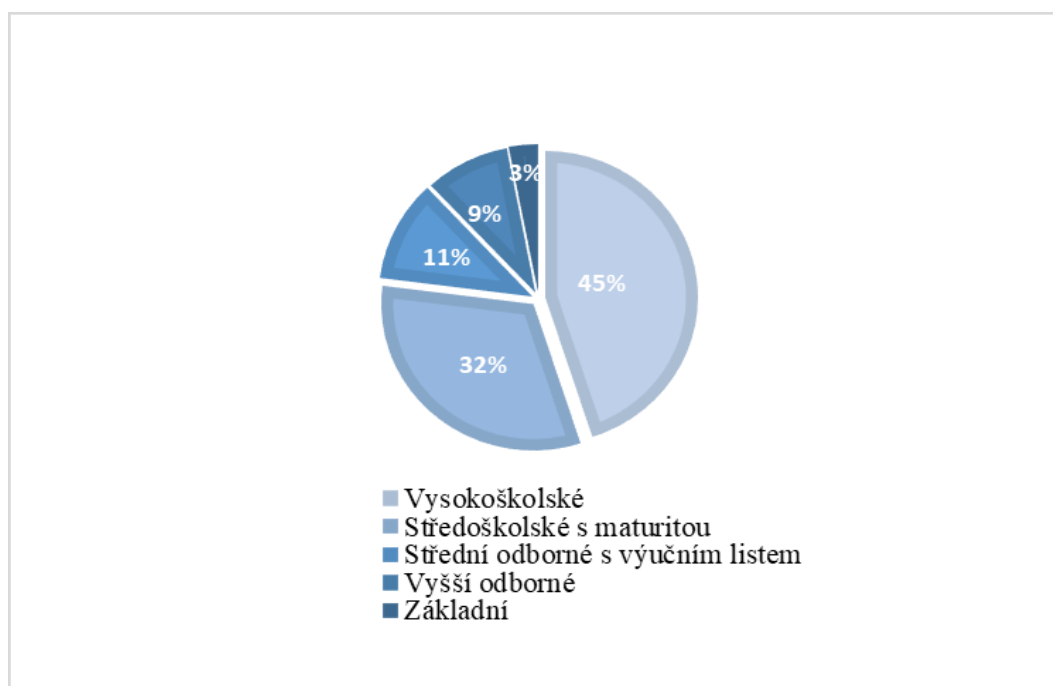
33	9	49	1
34	8		
35	3		
36	4		

Tabulka 1 Věk pacientek

### Interpretace:

Z grafu a tabulky vyplývá, že věk respondentek se pohybuje v rozmezí **od 21-49 let**, kdy průměrný věk respondentek byl **33 let a 6 měsíců**. Nejčastější odpovědí byl věk 30 a 33 let.

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



Graf 2 Dosažené vzdělání

### Interpretace:

Nejčastěji dosaženým typem vzdělání respondentek bylo **vysokoškolské vzdělání** a to přesně **ve 45 %**, dále **35 %** respondentek dosáhlo **středoškolského vzdělání s maturitou**, 11 % žen mělo střední odborné vzdělání s výučním listem, v 9 % se jednalo o vyšší odborné vzdělání a ve 3 % o vzdělání základní.

**Otázka č. 3 Jaké je Vaše zaměstnání?**

<b>Zaměstnání</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Administrativní pracovnice	16
Učitelka	9
Účetní	5
Vedoucí pozice	5
Podnikatelka	4
Dělnice	4
Mateřská dovolená	4
Sociální pracovnice	4
Manažerské pozice	4
Servírka	3
Úřednice	3
Studentka	2
Prodavačka	2
Zdravotní laborant	2
Zdravotní sestra	2
Akademický pracovník	2
Provozní	2
Ošetřovatelka zvířat	2
Finanční poradkyně	2
Prodejce	2
Bankéřka	2
Inspektorka	2
Jednatelka společnosti	2
Porodní asistentka	1
Strážná	1
Právnička	1
Zapisovatelka	1

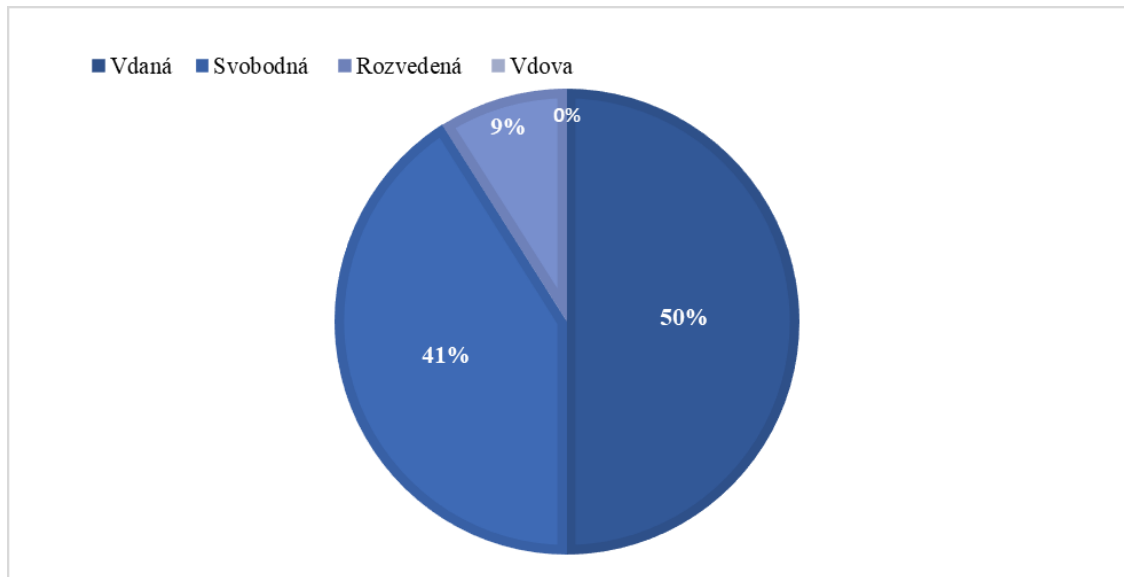
Sekretářka	1
Ředitelka MŠ	1
Nepracuje	1
Vychovatelka	1
Státní zaměstnankyně	1
Psycholožka	1
Asistentka pedagoga	1
Obchodnice	1
Novinářka	1
Lékařka	1
Fyzioterapeutka	1

Tabulka 2 Druh zaměstnání

### Interpretace:

Při dotazování se na zaměstnání respondentek byla v **16 %** zaznamenána odpověď **práce v administrativě** („administrativní činnost, administrativa, administrativní pracovnice“), následně v zastoupení **9 % povolání učitelky**, v **5 %** odpovědí šlo o **vedoucí pozice a o práci jako účetní**. Odpovědi podnikatelka, dělnice, sociální pracovnice, mateřská dovolená a manažerka zazněly ve 4 %. Povolání servírka a úřednice byly uvedeny ve 3 %. Respondentky odpověděly „prodavačka, zdravotní laborant, zdravotní sestra akademický pracovník, provozní, ošetřovatelka zvířat, finanční poradkyně, prodejce, bankéřka, inspektorka, jednatelka společnosti“ ve 2 % a mezi nimi byly i studentky (2 %). Mezi dalšími povoláními se objevila odpověď „porodní asistentka, strážná, právnička, zapisovatelka, sekretářka, ředitelka MŠ, nepracuje, vychovatelka, státní zaměstnankyně, psycholožka, asistentka pedagoga, obchodnice, novinářka, lékařka, fyzioterapeutka“ v 1%.

#### Otázka č. 4 Jaký je Váš rodinný stav?



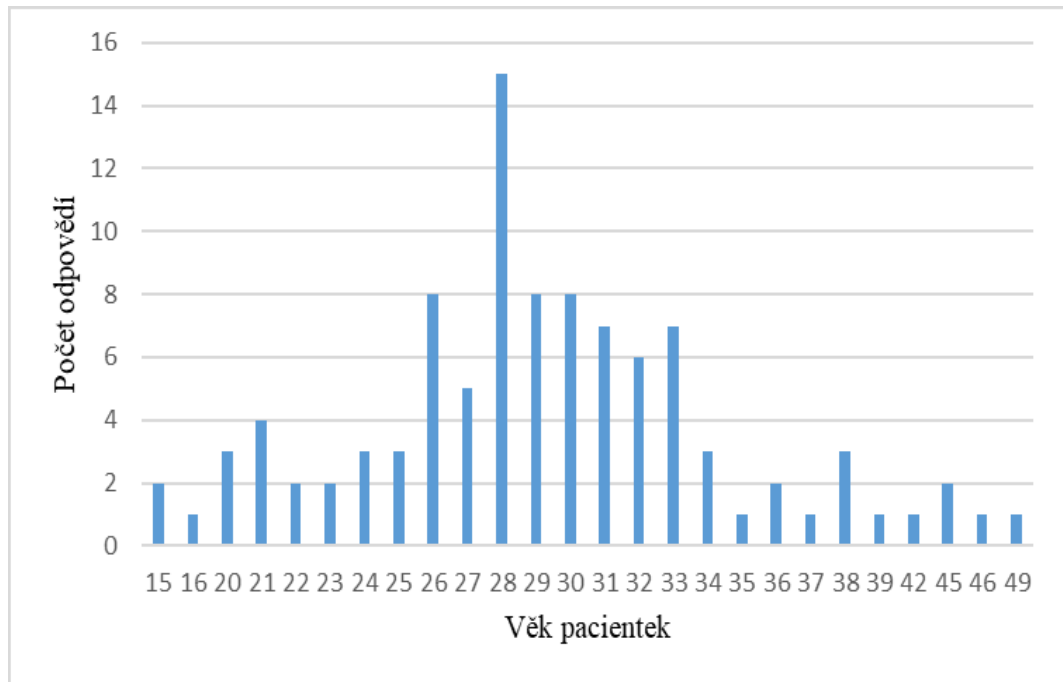
Graf 3 Rodinný stav

#### Interpretace:

Z celkového počtu respondentek byla polovina (50 %) **vdaných**, ve 41 % byly **svobodné** a 9 % **bylo rozvedených**.



### Otázka č. 5 V kolika letech Vám byla diagnostikována endometrióza?

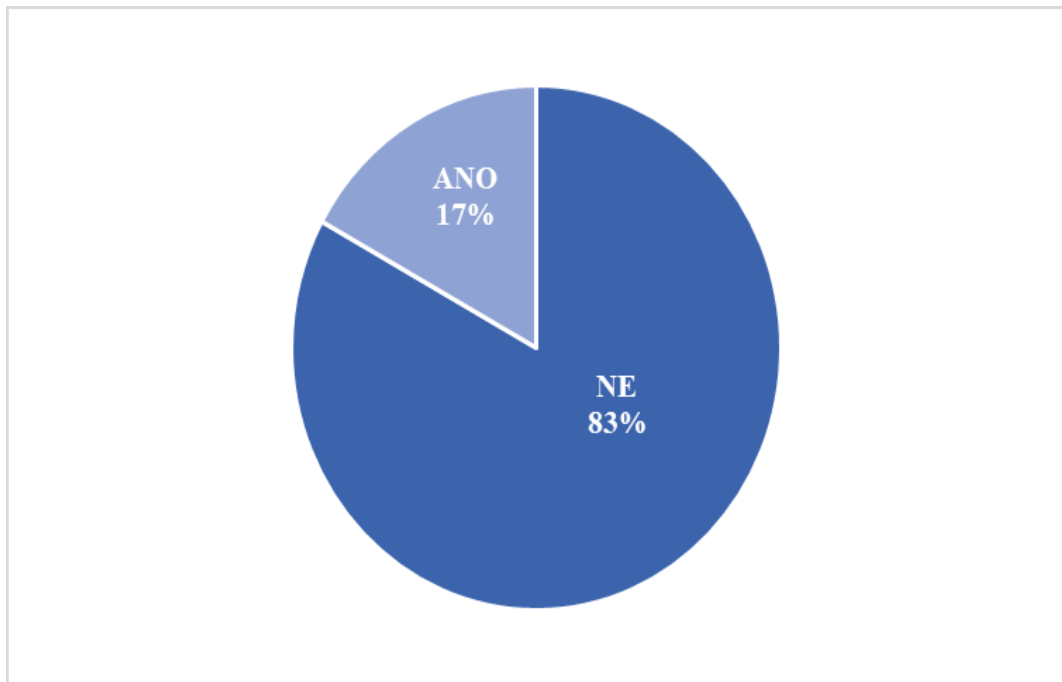


Graf 4 Diagnostický věk endometriózy

#### Interpretace:

Z uvedeného grafu vyplývá, že endometrióza byla nejčastěji diagnostikována u žen **ve věku 28 let v 15 %**, v období mezi **26 - 33 rokem** byl záchyt diagnostiky v rozmezí **5 – 8 %**. Nejnižším zjištěným věkem, ve kterém byla pacientce diagnostikována endometrióza bylo 15 let, naopak nejstarší diagnostikovanou pacientkou byla devětačtyřicetiletá žena. Dalším zjištěním při sběru těchto dat jsme zjistili **průměrný věk diagnostiky** endometriózy, který činil **29 let a 3 měsíce**.

**Otázka č. 6 Trpí někdo ve Vaší rodině také endometriózou?**

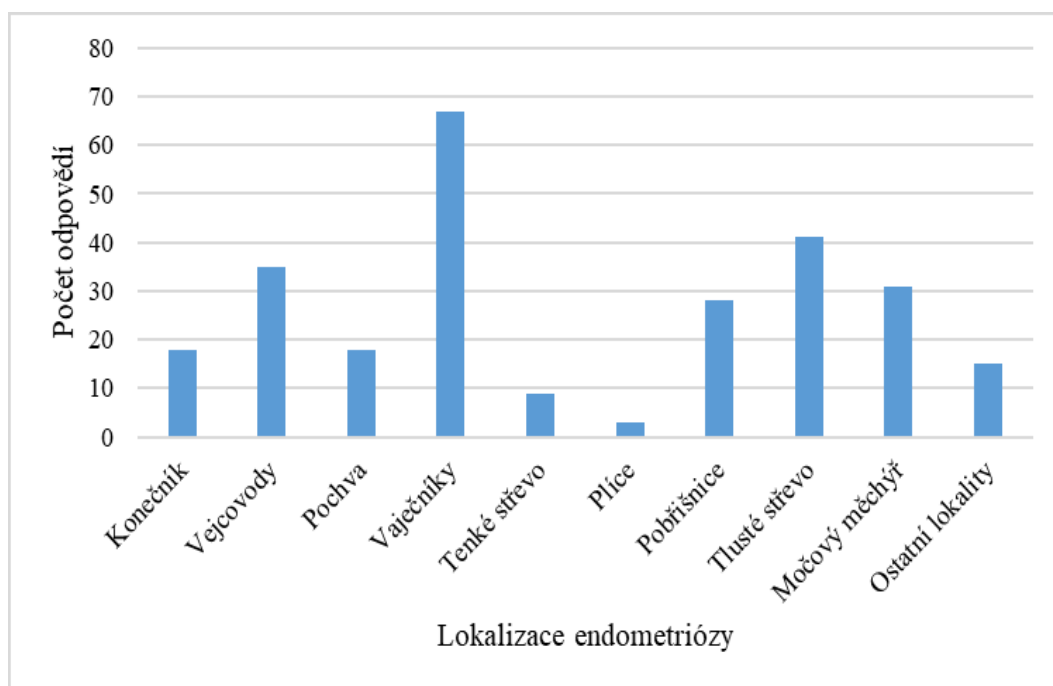


**Graf 5** Výskyt endometriózy v rodině

**Interpretace:**

U **83 %** respondentek se **endometrióza nevyskytovala u rodinných příslušníků**.  
17 % respondentek potvrdilo výskyt onemocnění v rodině.

**Otázka č. 7 Jaké orgány jsou u Vás postiženy endometriózou?**



**Graf 6** Lokalizace endometriózy

Lokalizace endometriózy	Počet odpovědí
Vaječníky	67
Tlusté střevo	41
Vejcovody	35
Močový měchýř	31
Pobříšnice	28
Konečník	18
Pochva	18
Ostatní umístění	15
Tenké střevo	9
Plíce	3

**Tabulka 3** Lokalizace endometriózy

**Interpretace:**

Podle tabulky a názorného grafu je patrné, že ženy často měly endometriózou postižených více orgánových struktur, nejčastěji však **vaječníky a to v 67 %** z celkového počtu

respondentek. U **41 %** respondentek došlo k **postižení tlustého střeva**, **35 %** žen mělo endometriální ložiska **ve vejcovodech**, v **močovém měchýři 31 %** a **na pobřišnici 28 %**. Výskyt v oblasti **konečníku činil 18 %**, taktéž identický byl v **pochvě**. V počtu **15 %** byla uvedena invaze endometria do dalších tělesných orgánů, v **tenkém střevě** se nacházela u **9 %** respondentek. Endometrióza v **plicích** se vyskytovala nejméně, přesně ve **3 %**.

#### Otázka č. 8 Jaké máte symptomy (příznaky) nemoci?

Příznaky	Počet odpovědí
Bolesti v podbřišku	84
Křeče	66
Únava	61
Bolestivý pohlavní styk	57
Bolesti zad	56
Nadýmání	51
Nadměrné krvácení	48
Zácpa	43
Chronická pánevní bolest	43
Neplodnost	40
Průjem	39
Problémy při močení	24
Další příznaky	12
Bez příznaků	2

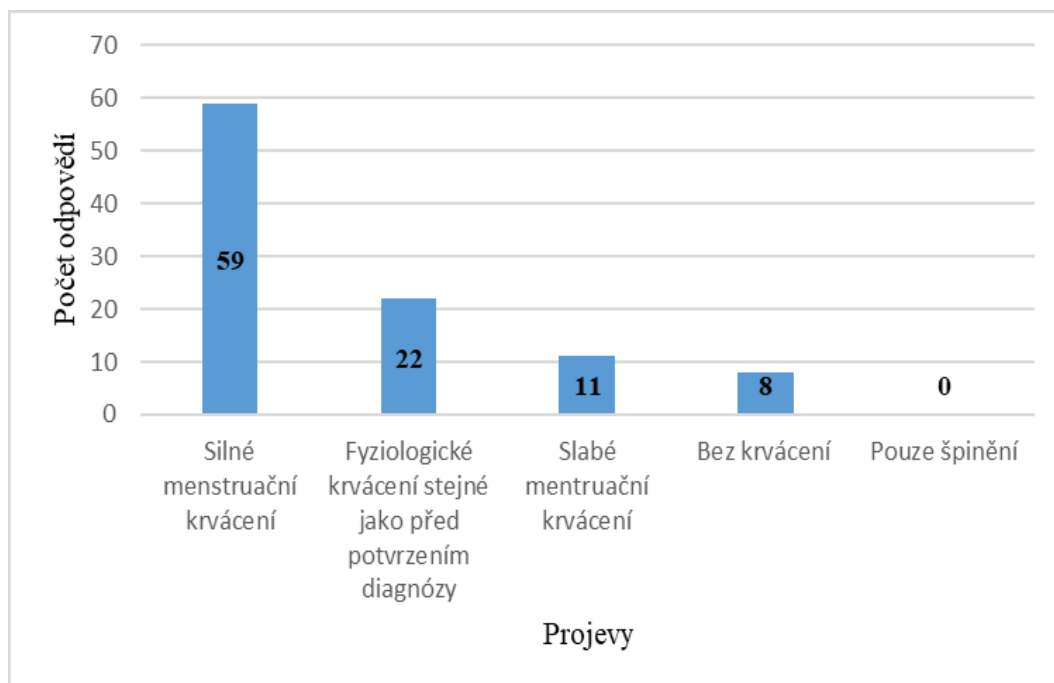
Tabulka 4 Příznaky onemocnění

#### Interpretace:

**Bolest v podbřišku** byla označována jako nejčastější příznak, bolest uvádělo **84 %** respondentek, **66 %** respondentek pociťovalo **křeče**, **61 %** pociťovalo únavu. **Bolestivý pohlavní styk (57 %)**, **bolesti zad (56 %)** a **nadýmání (51 %)** byly také velmi častým projevem u více než poloviny respondentek. Nadměrné krvácení se vyskytovalo u **48 %** respondentek, **43 %** mělo zácpu a stejné procento žen mělo i chronické pánevní bolesti. **Neplodností trpělo 40 % žen**, průjmem **39 %** a problémy při močení postihovalo **24 %**. **12 %**

respondentek trápily další příznaky endometriózy (zvracení, psychické problémy, bolest při defekaci, krvácení z konečníku) a 2 % neměly žádné příznaky nemoci.

### Otázka č. 9 Jak silnou máte menstruaci?

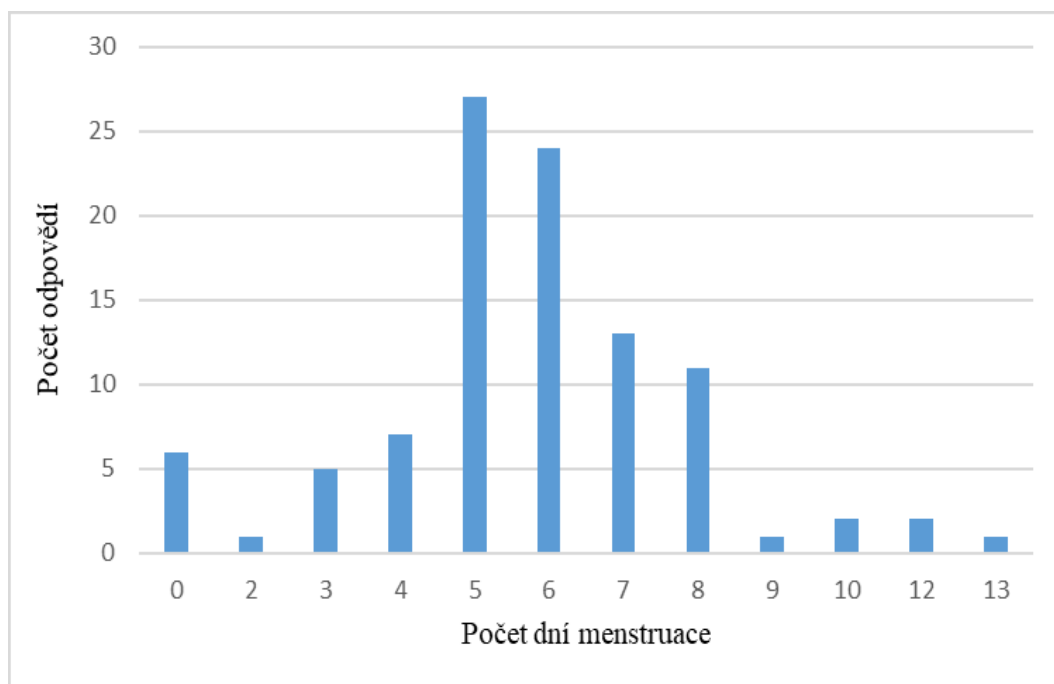


Graf 7 Průběh menstruačního krvácení

### Interpretace:

Z grafu je patrné, že mnoho respondentek trpělo **silným menstruačním krvácením**, uvedlo tak **59 %** z celkového počtu respondentek. **Fyziologické krvácení** stejné jako před potvrzením diagnózy provázelo **22 %** respondentek a **slabé** menstruační krvácení vnímalo **11 %**. U 8 % respondentek nedocházelo ke krvácení vůbec.

**Otázka č. 10 Kolik dní trvá menstruace?**



**Graf 8** Doba trvání menstruace

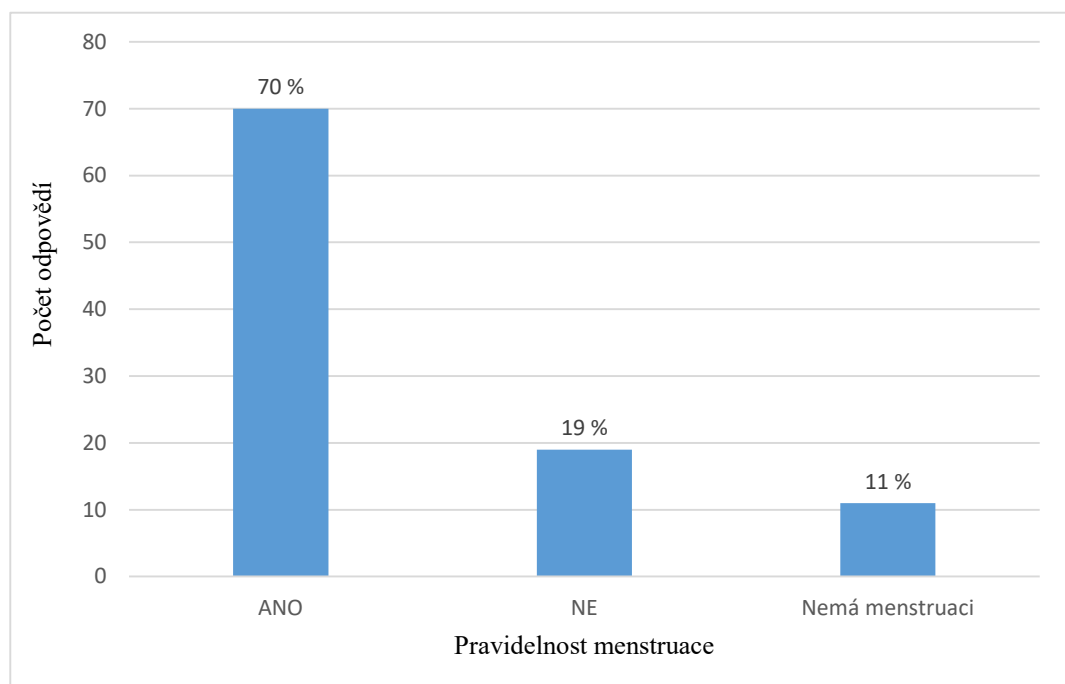
Počet dní menstruace	Počet odpovědí
0	6
2	1
3	5
4	7
5	27
6	24
7	13
8	11
9	1
10	2
12	2
13	1

**Tabulka 5** Doba trvání menstruace

### Interpretace:

Nejčastěji zastoupenou odpovědí vyplývající z grafu bylo trvání menstruace **5 dní (27 %)**, odpověď **6 dní 24 %** a odpověď **7 dní 13 %**, 8 dní (11 %), 4 dny (7 %). U 6 % respondentek nedocházelo k menstruaci vůbec a v 1 - 2 % přetrvávala menstruace 2 dny, 9 dní, 10 dní, 12 a 13 dní. **Průměrná doba délky menstruace** vycházející z grafu a tabulky činila **6 dní**.

### Otázka č. 11 Máte pravidelnou menstruaci?

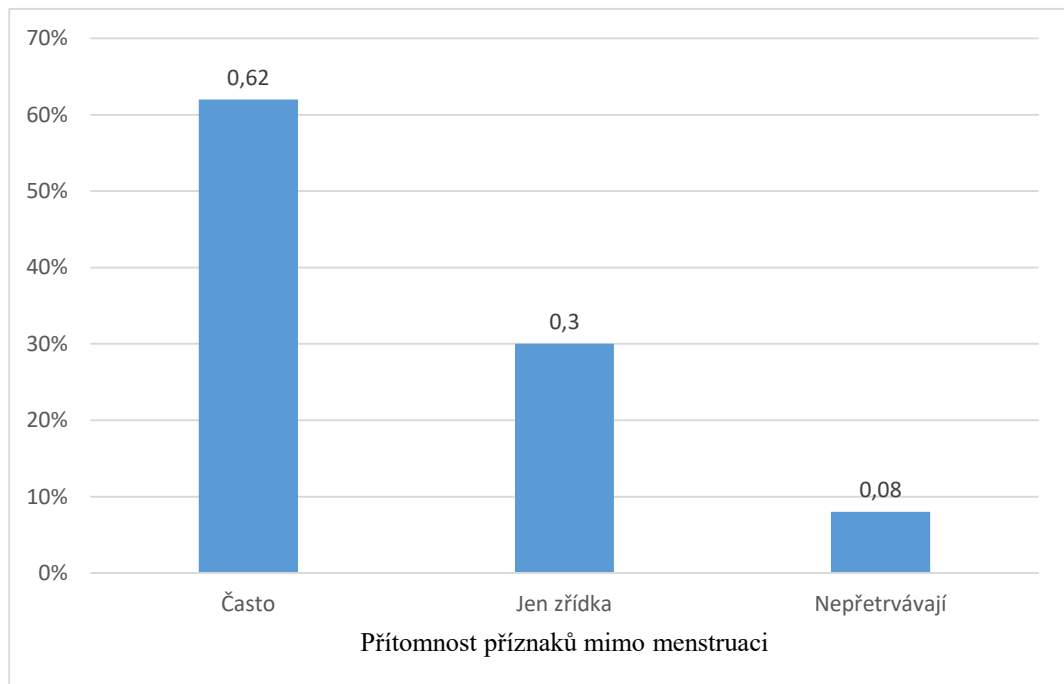


Graf 9 Pravidelnost menstruace

### Interpretace:

Dle grafu je zřejmé, že u **70 %** respondentek **probíhala menstruace pravidelně**, u **19 %** **nedocházelo** k pravidelné menstruaci a **11 %** **nemělo menstruaci**.

### Otázka č. 12 Přetrvávají nějaké příznaky i mimo menstruaci?



Graf 10 Přítomnost příznaků mimo menstruaci

#### Interpretace:

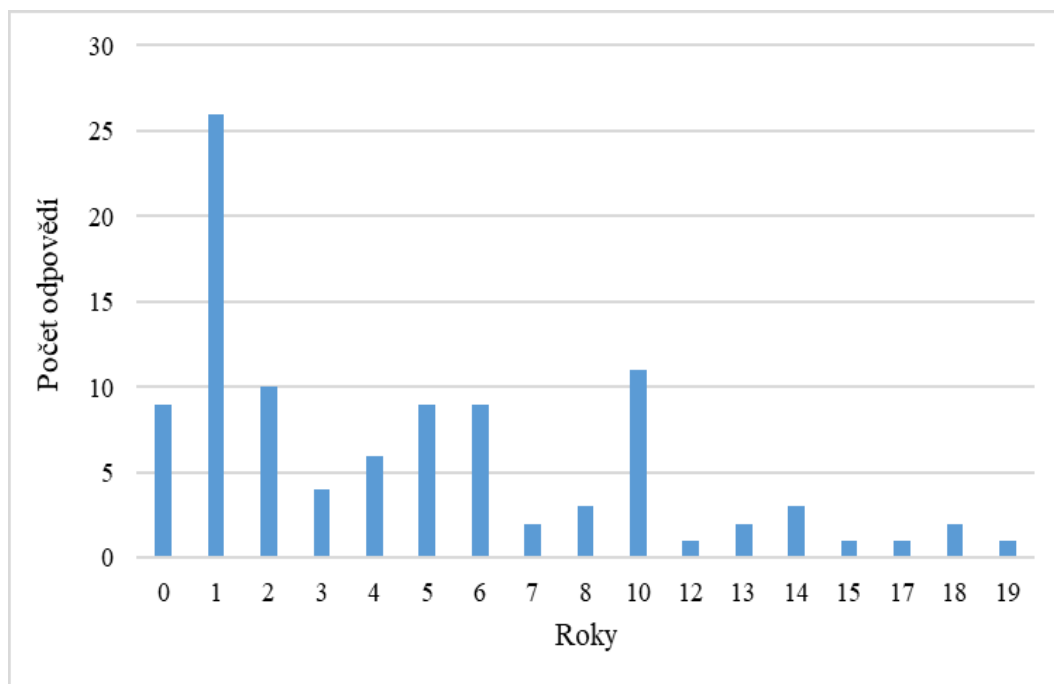
Častá přítomnost příznaků i mimo menstruaci se vyskytovala v 62 % z celkového počtu respondentek, jen zřídka se projevily mimo menstruaci ve 30 % a u 8 % respondentek příznaky nepřetrvávaly.



**Otázka č. 13 Po jak dlouhé době od projevení prvních příznaků Vám byla diagnostikována endometrióza?**

<b>Roky</b>	<b>Počet odpovědí</b>
0	9
1	26
2	10
3	4
4	6
5	9
6	9
7	2
8	3
10	11
12	1
13	2
14	3
15	1
17	1
18	2
19	1

**Tabulka 6** Diagnostika endometriózy po projevení prvních příznaků



**Graf 11** Diagnostika endometriózy v letech od projevení prvních příznaků

### **Interpretace:**

Podle grafu můžeme vidět nejčastější diagnostiku nemoci po **1 roce od projevení prvních příznaků nemoci, přesně 26 %** respondentek uvedlo tuto skutečnost. U **11 %** respondentek byla potvrzena diagnóza až **po 10 letech** od prvotních projevů, **po 2 letech v 10 %**, do 1 roku, po 5. a 6. roce v 9 %, po 4 letech u 6 %, po 8 letech u 3 %, po 7, 13 a 18 letech u 2 % a po 12, 15, 17, 19 roce u 1 % respondentek.

**Otázka č. 14 Jakým způsobem je Vaše nemoc léčena?**

<b>Druh léčby</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Chirurgická léčba	69
Hormonální léčba	53
Alternativní léčba	36
Farmakologická léčba	27

Tabulka 7 Druh léčby

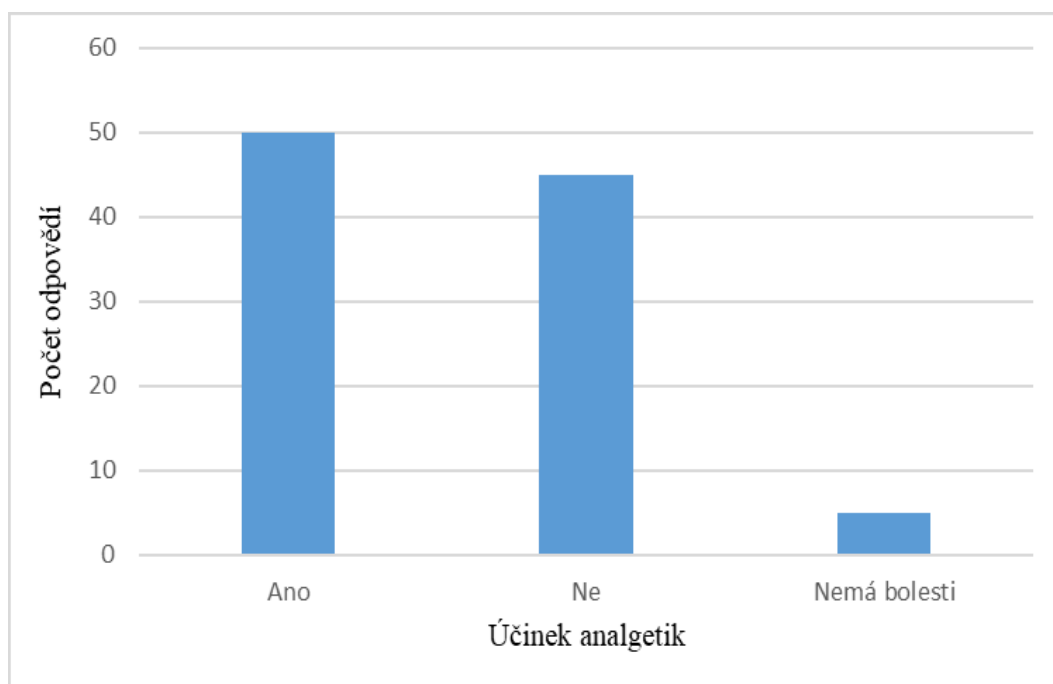
**Interpretace:**

**Chirurgickou léčbu** podstoupilo **69 %** respondentek, **53 %** respondentek se léčilo **hormonálními metodami**. Alternativních způsobů léčby využívalo 36 % a pomocí farmakologické terapie se léčilo 27 % respondentek.

**Otázka č. 15 Zabírají Vám běžně dostupná analgetika? (např. Ibalgin, Nalgesin, Valetol, Paracetamol, ...)**

Účinek analgetik	Počet odpovědí
Ano	50
Ne	45
Nemá bolesti	5

**Tabulka 8** Účinek analgetik



**Graf 12** Účinek analgetik

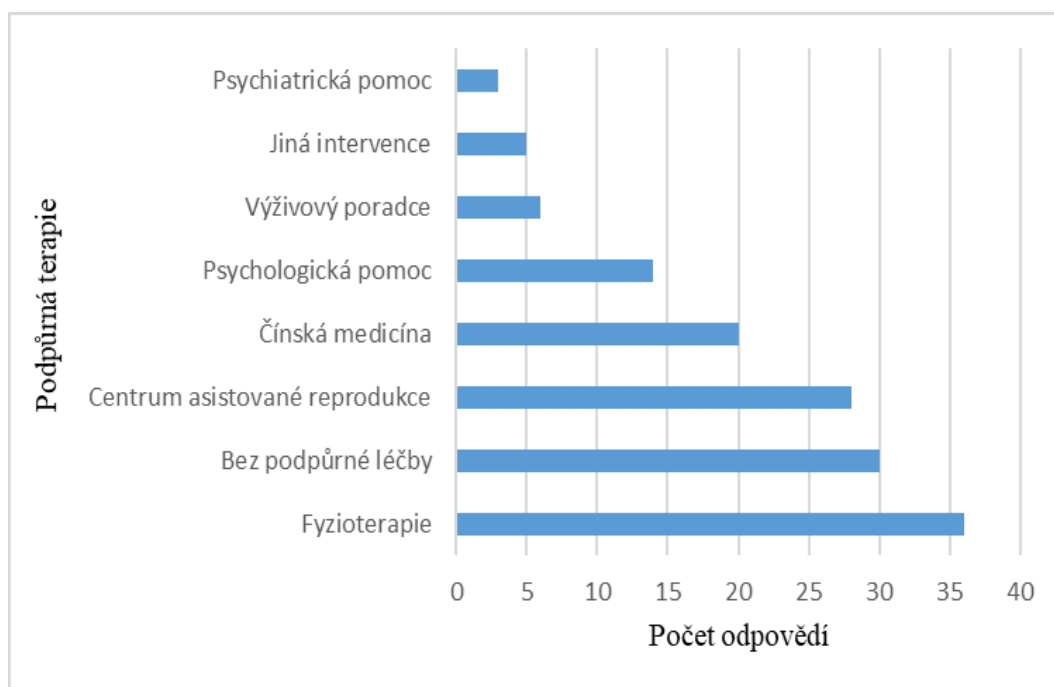
**Interpretace:**

U **50 %** respondentek byl prokázán **pozitivní účinek** běžně dostupných analgetik. U necelé poloviny, **45 %** respondentek **neměla analgetika vliv na bolest** a **5 %** z celkového počtu odpovědělo, že **nepocítuje bolesti**.

**Otázka č. 16 Jakou další pomoc při léčbě endometriózy využíváte?**

<b>Druh podpůrné terapie</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Fyzioterapie	36
Bez podpůrné léčby	30
Centrum asistované reprodukce	28
Čínská medicína	20
Psychologická pomoc	14
Výživový poradce	6
Jiná intervence	5
Psychiatrická pomoc	3

**Tabulka 9** Podpůrná terapie



**Graf 13** Podpůrná terapie

**Interpretace:**

Z grafu vyplývá, že některé respondentky využívaly i některé druhy podpůrné léčby, nejvíce upřednostňovaly **fyzioterapii v 36 %**, dále navštěvovaly **centrum asistované reprodukce 28 %** a **čínskou medicínu** využívalo **20 %** respondentek. **Psychologickou pomoc**

vyžadovalo **14 %** respondentek, jinou, než zde zmiňovanou podpůrnou léčbu využívalo **5 %** a psychiatrickou intervenci potřebovaly **3 %**. Bez podpůrné léčby se obešlo **30 %** respondentek.

#### Otázka č. 17 Ovlivnila léčba Vaše psychické zdraví? Popřípadě jakým způsobem

Ovlivnění psychického zdraví díky léčbě	Počet odpovědí
ANO	61
NE	32
NEVÍ	7

Tabulka 10 Ovlivnění psychického zdraví

#### Interpretace:

Díky léčbě endometriózy u **61 %** respondentek **došlo k ovlivnění jejich psychického zdraví**, ve **32 %** **léčba neovlivnila** psychickou pohodu a **7 %** respondentek **neví**, zda došlo ke změně jejich duševního zdraví po absolvování jakékoliv druhu léčby. Jedná se o otázku s otevřenou možností odpovědi, kde respondentky mohly uvést, jakým způsobem bylo v případě odpovědi „ano“ na otázku jejich psychické zdraví změněno.

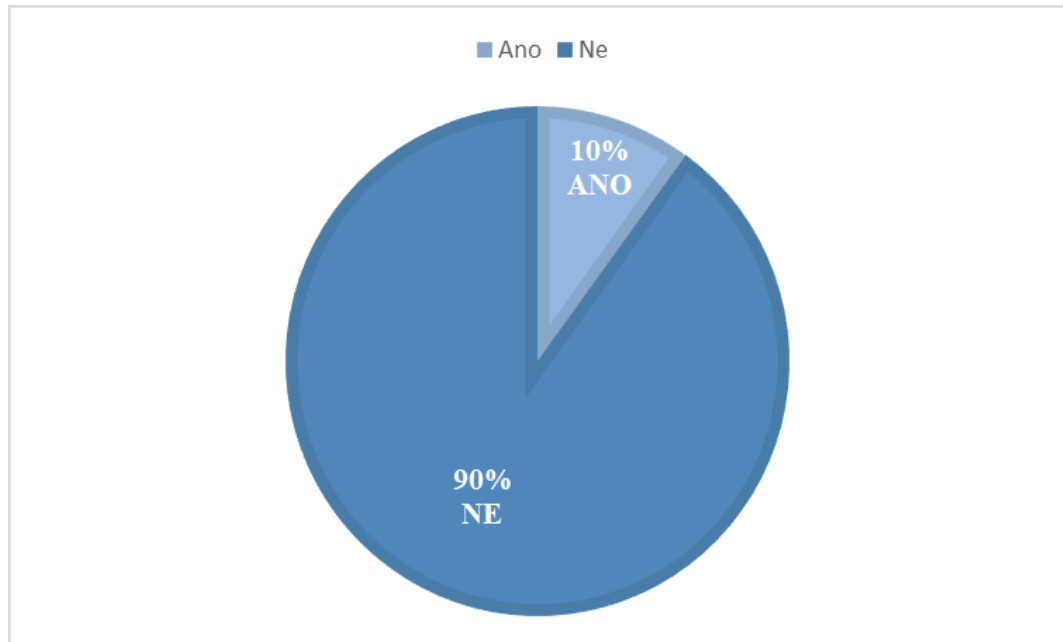
Respondentky, které podstoupily **chirurgickou léčbu**, tak některé z nich uvedly jako negativní následky léčby: **psychické problémy hlavně kvůli nemožnosti otěhotnět, nechuť žít, méněcennost, problémy v partnerském životě a následné vyhledání psychologické a psychiatrické pomoci.**

Respondentky **po hormonální léčbě** zmínily jako negativa: **pocity méněcennosti, prohloubení depresivních a úzkostných stavů, velmi nízké sebevědomí, a že se necítily dobře ve svém těle.**

U **pozitivního vlivu chirurgické léčby** na psychické zdraví, jsme získali odpovědi: **zlepšení nálady po ústupu nesnesitelné či snížené bolesti, lepší psychika, společně s podpůrnou terapií v podobě bylin a následné pooperační léčby, také zlepšení nálady díky lepšímu zvládnání menstruace bez užití analgetik a redukci problémů s vyprazdňováním.** Bez uvedeného typu absolvované léčby, respondentky odpověděly, že se cítily lépe **po psychické stránce po ústupu silných bolestí a úzkosti, méně frustrovaně, dále došlo ke snížení stresu po léčbě a k lepšímu fungování v běžném životě.** Také zde v dotazníku zazněla

odpověď, že díky diagnostice a léčbě endometriózy se pacientka cítila mnohem lépe, protože okolí a gynekolog tolik nebagatelizuje její problémy spojené s nemocí.

#### Otázka č. 18 Podstoupila jste hysterektomii?



Graf 14 Podstoupení hysterektomie

#### Interpretace:

**90 %** dotazovaných žen **nepřistoupilo k hysterektomii**, zatímco **10 % podstoupilo** tento chirurgický výkon.

**Otázka č. 19 Zmírnily se příznaky nemoci po hysterektomii?**

<b>Přítomnost příznaků</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Spíše ne	3
Částečně se příznaky zlepšily	4
Příznaky zcela vymizely	3
Nepodstoupily hysterektomii	90

**Tabulka 11** Zmírnění příznaků po hysterektomii

**Interpretace:**

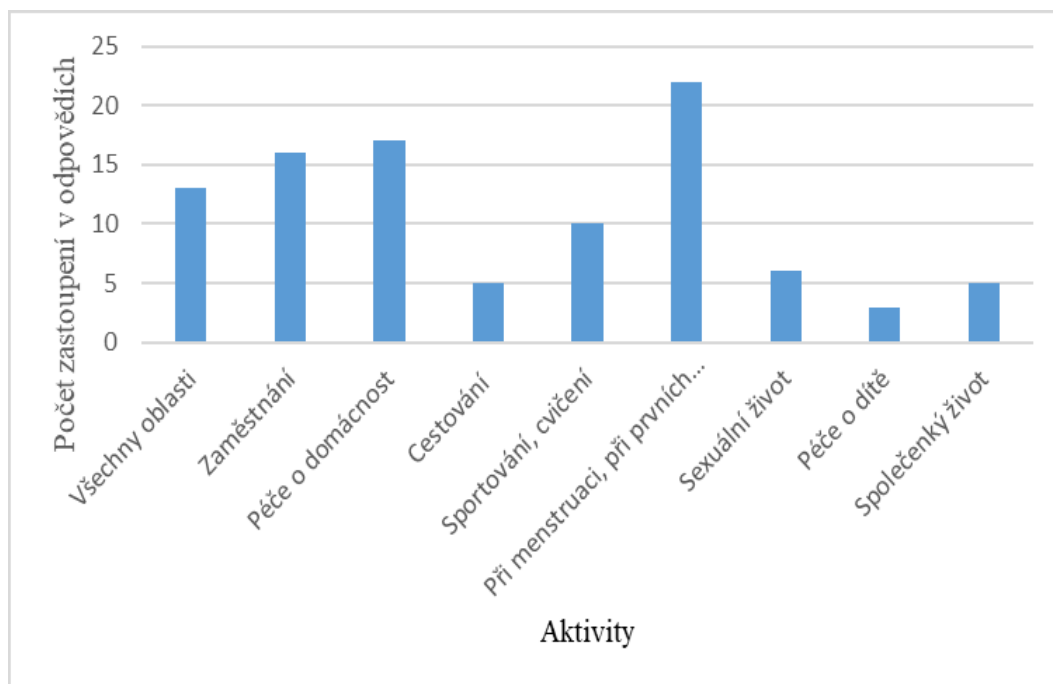
Jak již vyplývá i z předchozího grafu č. 14, většina respondentek (**90 %**) nepodstoupila hysterektomii. U žen, které hysterektomii podstoupily, hodnotily, jak zákrok ovlivnil jejich příznaky endometriózy. **4 %** žen uvedly, že **se příznaky po hysterektomii částečně zlepšily**, ve **3 %** došlo k úplnému vymizení doprovodných příznaků, ale i **3 %** žen odpověděly, že **ústup příznaků spíše nepocítují**.

**Otázka č. 20 Omezuje Vás nemoc v běžných denních činnostech, v jakých?**

<b>Omezení v běžných denních činnostech</b>	<b>Procentuální zastoupení</b>
Ano	81 %
Ne	16 %
Neví	5 %

**Tabulka 12** Omezení v běžných denních činnostech





**Graf 15** Aktivity omezené endometriózou

### Interpretace:

V běžných denních činnostech bylo **omezeno 81 %** respondentek, **16 %** respondentek endometrióza **neomezovala** v těchto činnostech a **5 %** si **nebylo vědomých** toho, že by je endometrióza omezovala.

Interpretace: V grafu jsou vyobrazeny aktivity omezené endometriózou, které se objevovaly nejčastěji v otevřených odpovědích respondentek. Respondentky **velmi často** označily omezení v běžných denních aktivitách **v prvních 2-4 dnech menstruace, při ovulaci (22 %)**, kdy je trápily silné bolesti. Odpovědi: „Při prvních dvou dnech menstruace jsem spíše nepoužitelná.“ „Při největších bolestech naprosto ve všem, jsem ráda, že vůbec existuju“ Respondentky pociťovaly omezení i **v péči o domácnost (17 %)**, také měly **absenci v práci (16 %)**, nebo nebyly v práci tolik výkonné. V odpovědích ohledně omezení při vaření, se v několika odpovědích opakoval důvod deficitu kvůli změněnému vnímání chutí vlivem endometriózy.

Odpověď „ve všech oblastech“ často respondentky uváděly v souvislosti s prvními dny menstruace a při silných bolestech. Nemožnost cestování či nekomfortní cestování a pobyt ve společnosti zdůvodnily respondentky kvůli problematickému vyprazdňování a silným bolestem. Dále docházelo k omezení při **sportu a cvičení (10 %)**, k ovlivnění **sexuálního života (6 %)** a omezení při **péči o dítě (3 %)**.

**Otázka č. 21 Míváte absenci v zaměstnání, popřípadě ve škole kvůli endometrióze?**

<b>Absence v zaměstnání (škole)</b>	<b>Počet odpovědí</b>
ANO	51
NE	49

**Tabulka 13** Absence v zaměstnání (ve škole)

**Interpretace:**

Z tabulky plyne, že přibližně polovina respondentek, přesně **51 % měla absence v zaměstnání** (či ve škole) z důvodu onemocnění a **49 % respondentek chodilo do práce bez omezení.**

**Otázka č. 22 Změnila jste kvůli onemocnění svůj jídelníček?**

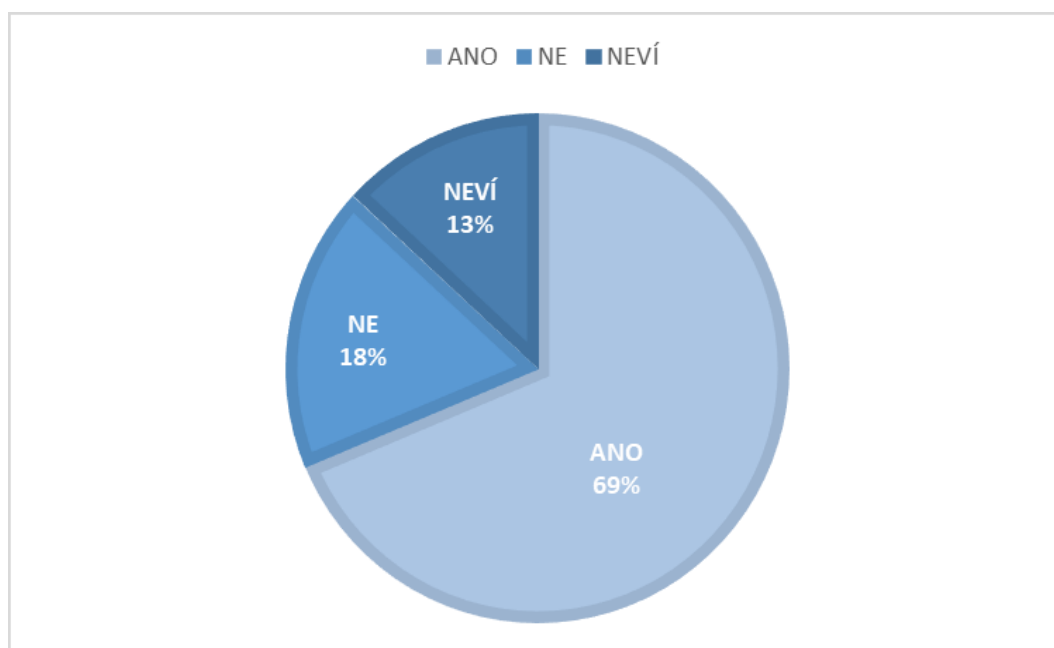
<b>Změna jídelníčku</b>	<b>Počet odpovědí</b>
NE	45
ANO	55

**Tabulka 14** Změna stravování při endometrióze

**Interpretace:**

Z důvodu endometriózy **svůj jídelníček změnilo 55 %** respondentek a **45 % mělo stejný jídelníček** jako před diagnostikou endometriózy.

### Otázka č. 23 Máte/měla jste problémy s otěhotněním?



Graf 16 Problémy s otěhotněním

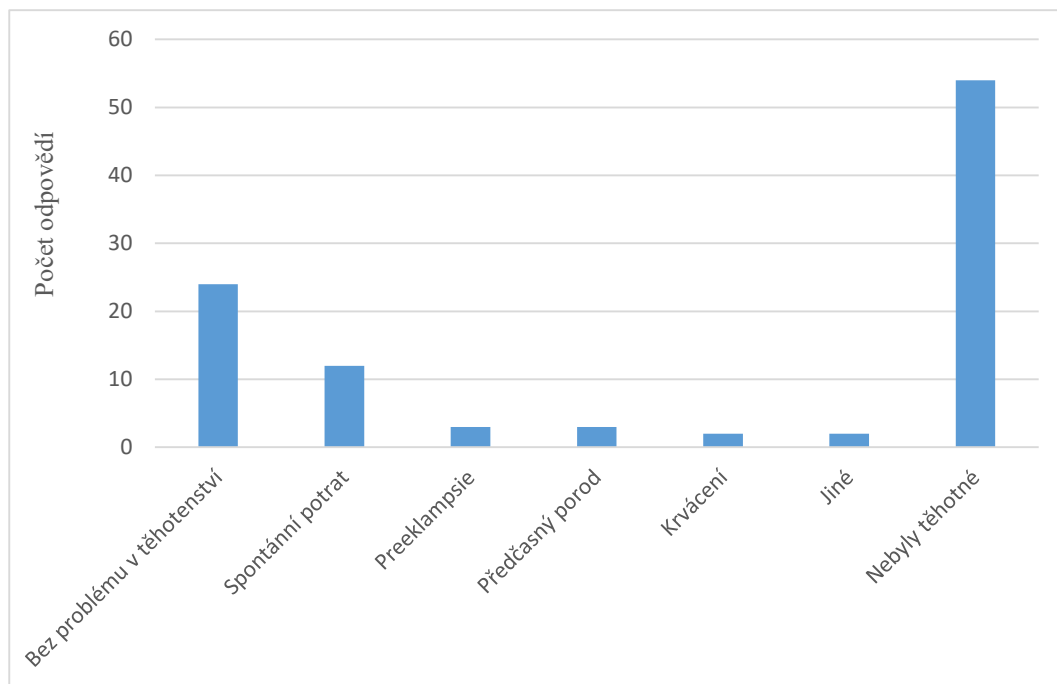
#### Interpretace:

**Problémy s otěhotněním mělo 69 %** dotazovaných žen trpících endometriózou, pouze **18 %** respondentek otěhotnělo bez problémů a **13 %** nevědělo, zda jim dělá problém otěhotnět.

### Otázka č. 24 Měla jste nějaké problémy během těhotenství kvůli endometrióze?

Problémy v těhotenství	Počet odpovědí
Bez problému v těhotenství	24
Spontánní potrat	12
Preeklampsie	3
Předčasný porod	3
Krvácení	2
Jiné	2
Nebyly těhotné	54

Tabulka 15 Problémy v těhotenství



**Graf 17** Problémy v těhotenství

**Interpretace:**

Z výchozího grafu a tabulky je zřejmé, že **54 %** respondentek vůbec **nebylo těhotných**, problémy během těhotenství nemělo **24 %** z celkového počtu respondentek. Těhotenství ukončené **spontánní potratem postihlo 12 %**, preeklampsii v těhotenství měly **3 %**, **předčasný porod** taktéž **3 %**. **Krvácení** během těhotenství postihlo **2 %** respondentek a **2 %** žen měly jiné problémy v těhotenství.

**Otázka č. 25** Trpíte nějakým jiným dalším onemocněním?

Další onemocnění	Počet odpovědí
ANO	37
NE	63

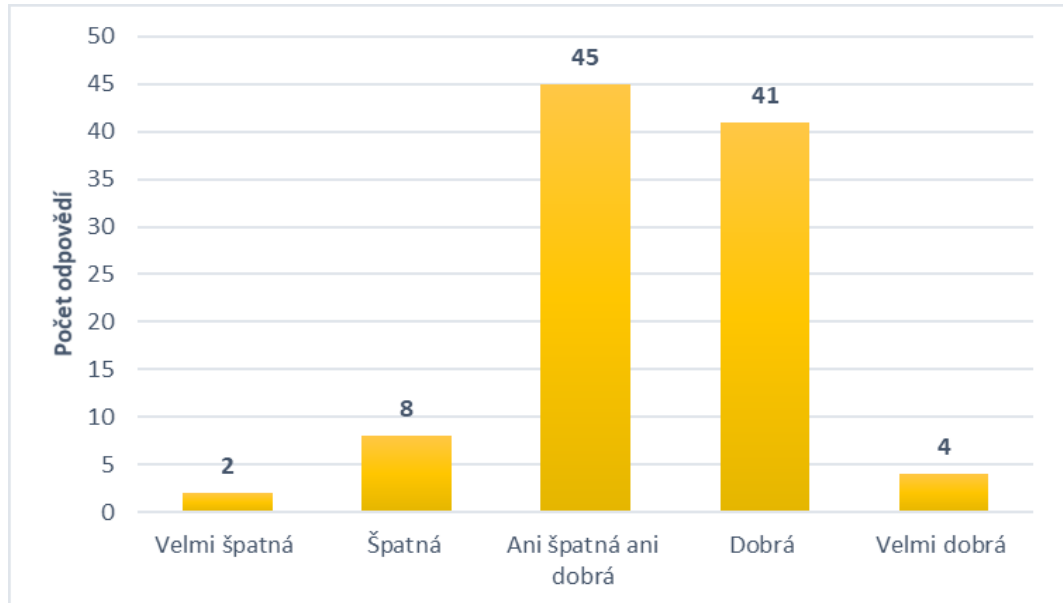
**Tabulka 16** Další onemocnění

**Interpretace:**

**Současně jiným onemocněním trpělo 37 %** respondentek a **63 % netrpělo** kromě endometriózy žádnou jinou nemocí.

## 5.2 Výsledky generického dotazníku WHOQOL-BREF

q1) Jak byste ohodnotil/a kvalitu svého života?

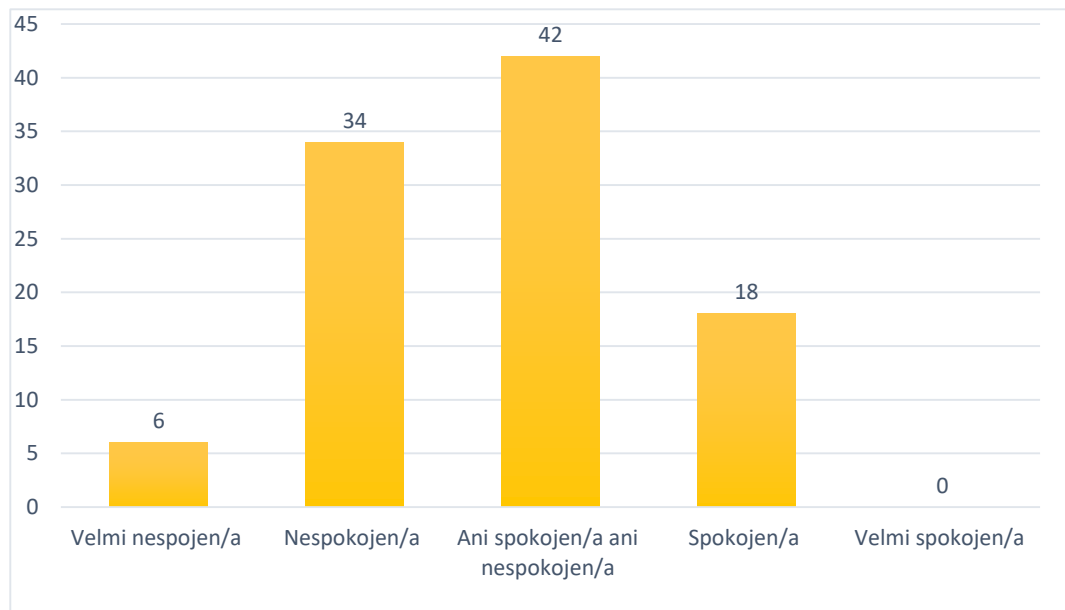


Graf 18 Hodnocení kvality života

### Interpretace:

Respondentky ohodnotily svoji kvalitu života jako „ani špatná ani dobrá“ ve 45 %, 41 % odpovědělo „dobrá“, 8 % označilo jejich kvalitu jako „špatná“, kvalita života byla označena jako „velmi dobrá“ ve 4 % a za „velmi špatnou“ ji považovaly 2 % respondentek.

## q2) Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

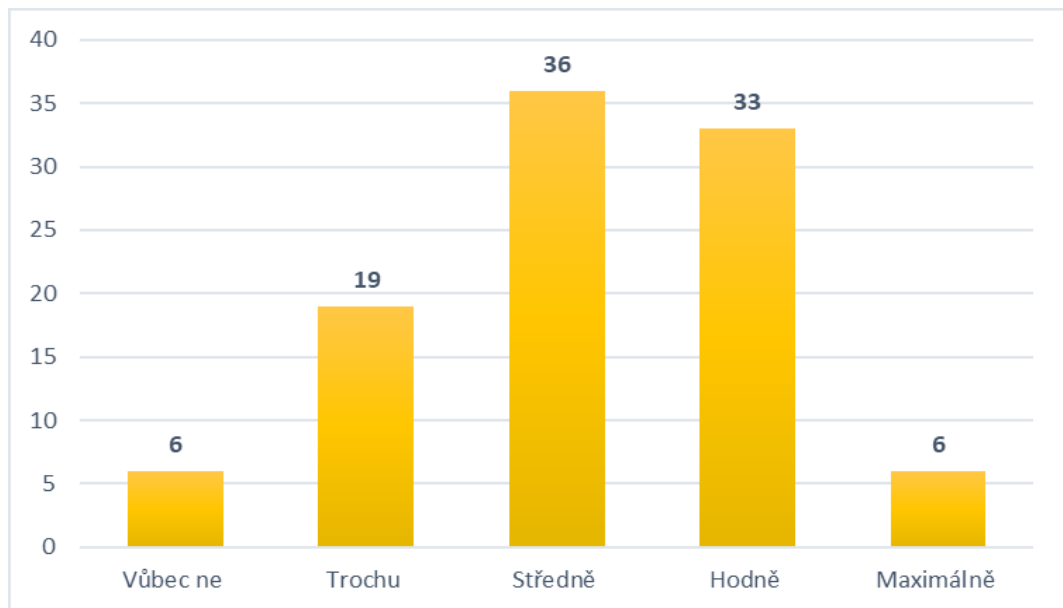


Graf 19 Spokojenost se zdravím

### Interpretace:

Odpověď „Ani spokojen/a ani nespokojen/a“ označilo 42 % respondentek. „Nespokojen/a“ 34 % a 18 % respondentek bylo spokojených se svým zdravím. Velmi nespokojených bylo 6 % respondentek a žádná neuvédla odpověď, že by byla se svým zdravotním stavem velmi spokojena.

q3) Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

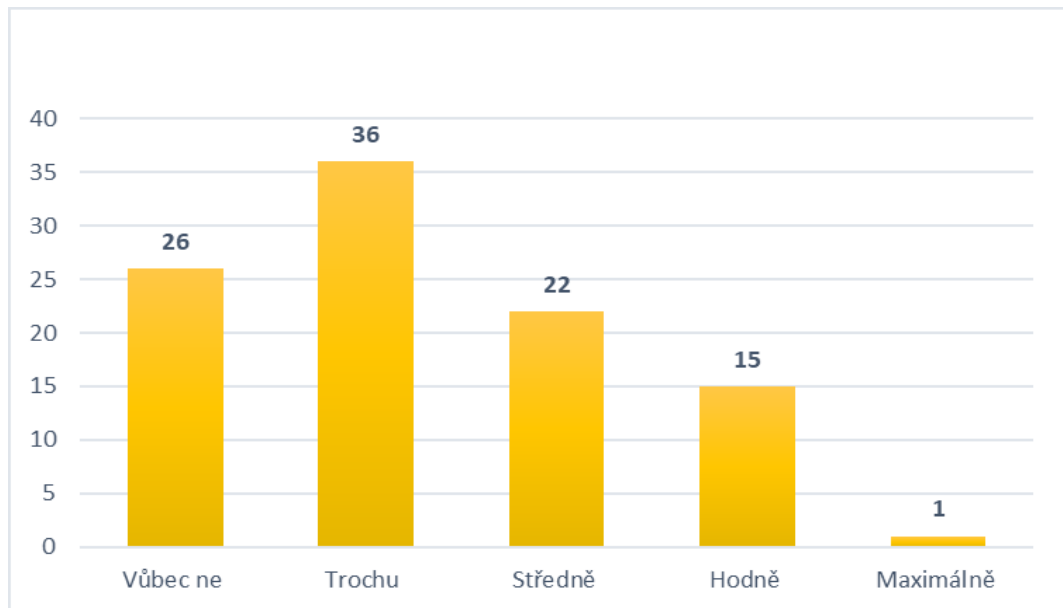


Graf 20 Omezení v souvislosti s bolestí

**Interpretace:**

**Středně bolest omezila 36 %** respondentek, **33 %** mělo **hodně** omezující bolesti a **19 %** respondentek uvedlo, že bolest je omezila **trochu**. Bolest jako „**vůbec**“ neomezující a **maximálně omezující** označily respondentky obojí v **6 %**.

**q4) Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?**



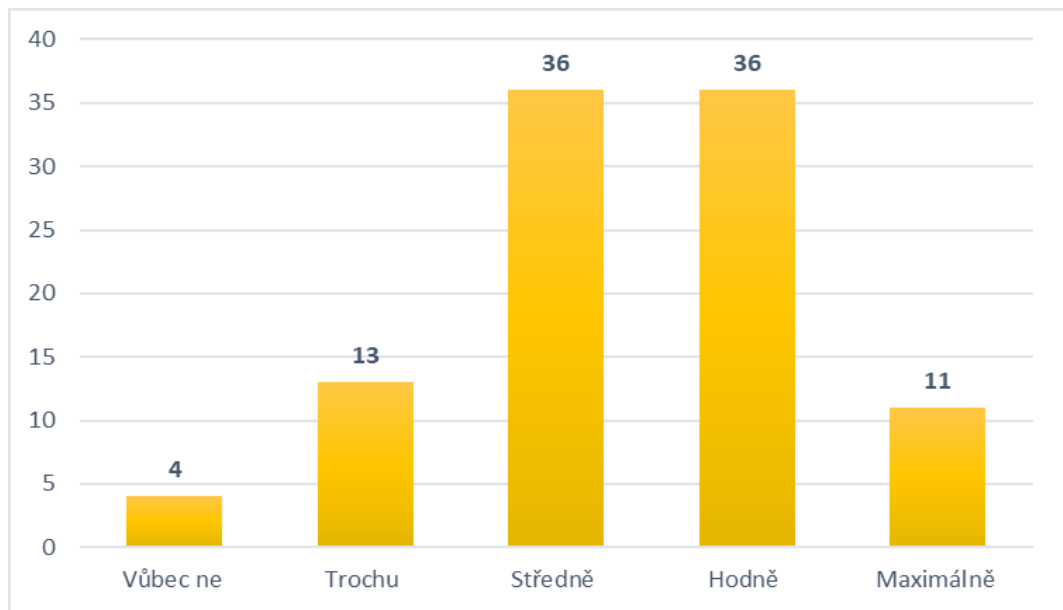
**Graf 21** Vyhledání lékařské pomoci

**Interpretace:**

Lékařskou pomoc potřebovalo **trochu 36 %** respondentek, **26 % nepotřebovalo** lékařskou pomoc **vůbec** a **středně 22 %**. **Hodně** lékařskou pomoc vyžadovalo **15 %** a pouze **1 %** respondentek ji potřebovalo **maximálně**.



**q5) Jak moc Vás těší život?**

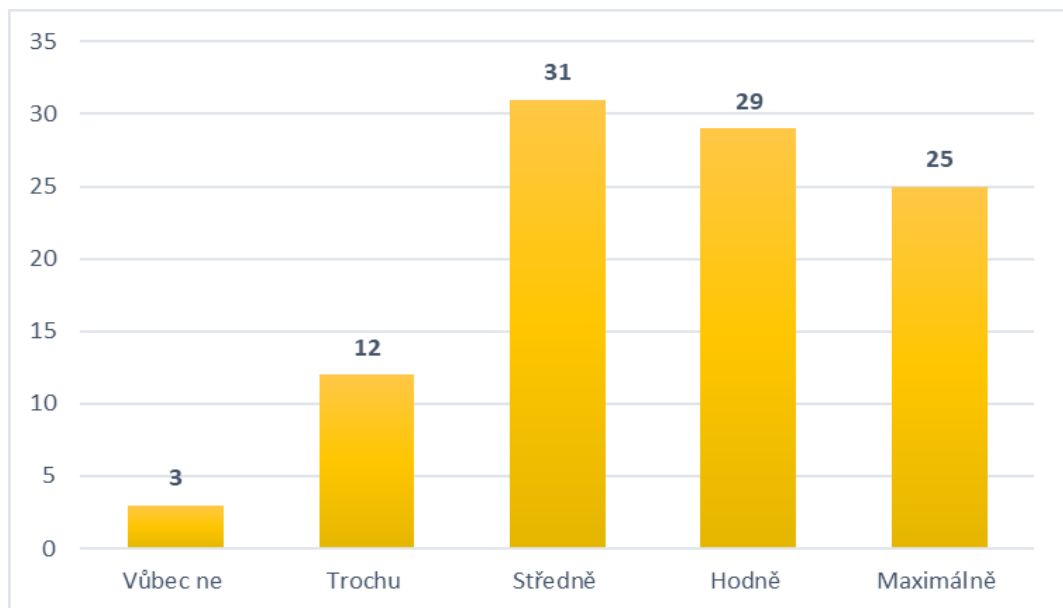


**Graf 22** Potěšení ze života

**Interpretace:**

Z grafu je patrné, že **36 %** respondentek **těšil život hodně a středně**, **13 %** respondentek mělo potěšení ze života **trochu**, **11 % maximálně** a **4 %** respondentek netěšil **vůbec**.

**q6) Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?**

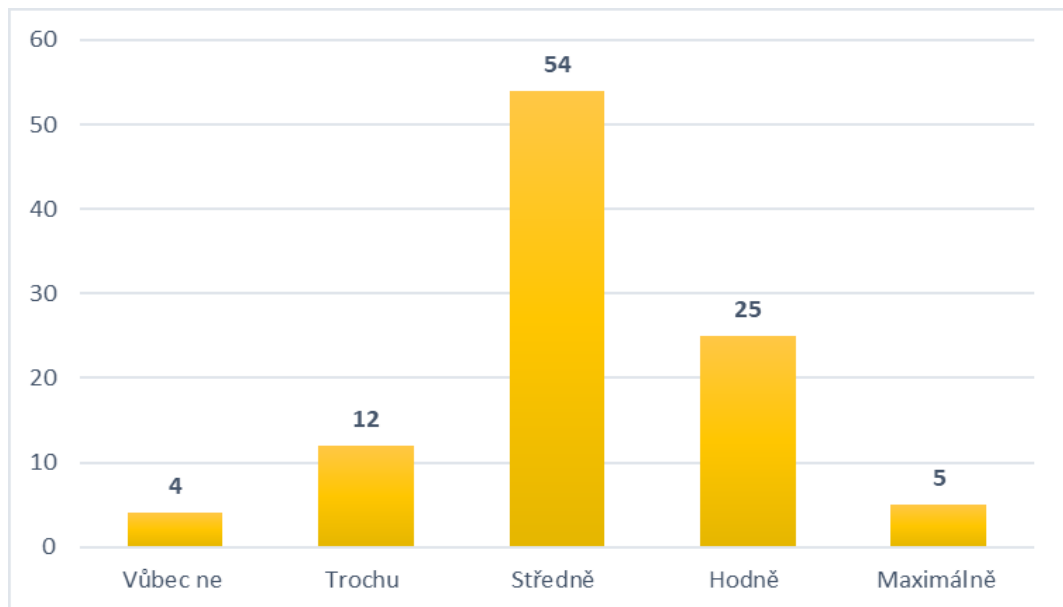


**Graf 23** Smysl života

**Interpretace:**

Nejčastěji respondentky uváděly odpověď „**středně**“ ohledně míry jejich smyslu života a to v **31 %**. Ve **29 %** zazněla odpověď „**hodně**“, ve **25 %** „**maximálně**“ a odpověď „**trochu**“ ve **12 %**. Smysl života **vůbec** neviděly **3 %** respondentek.

### q7) Jak se dokážete soustředit?

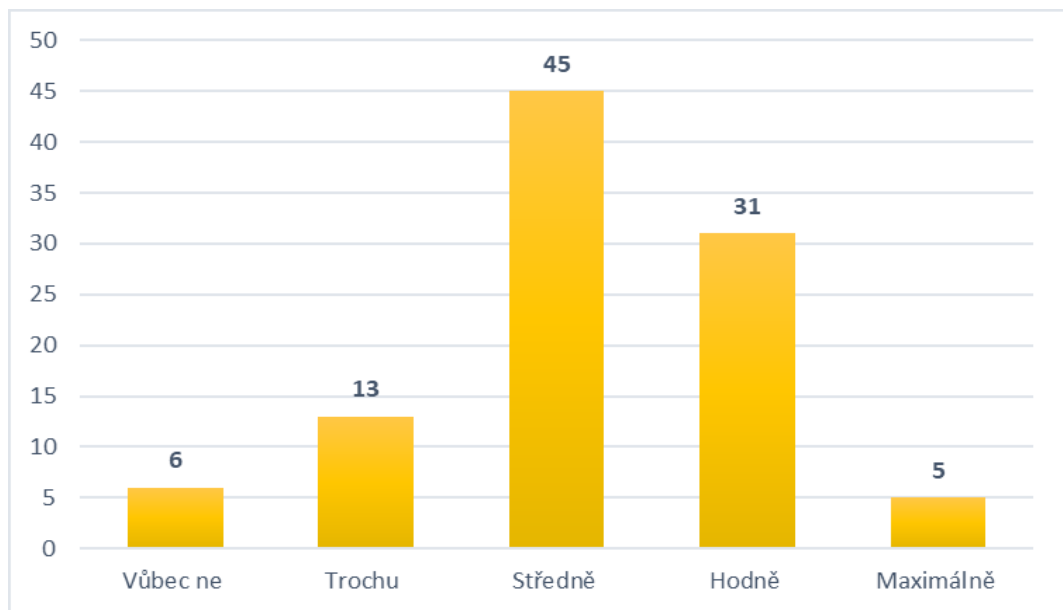


Graf 24 Schopnost soustředění

#### Interpretace:

54 % respondentek mělo střední schopnost se soustředit, 25 % respondentek označilo odpověď „hodně“ a 12 % „trochu“, „maximálně“ se dokázalo soustředit 5 % a 4 % se vůbec nedokázaly soustředit.

**q8) Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?**

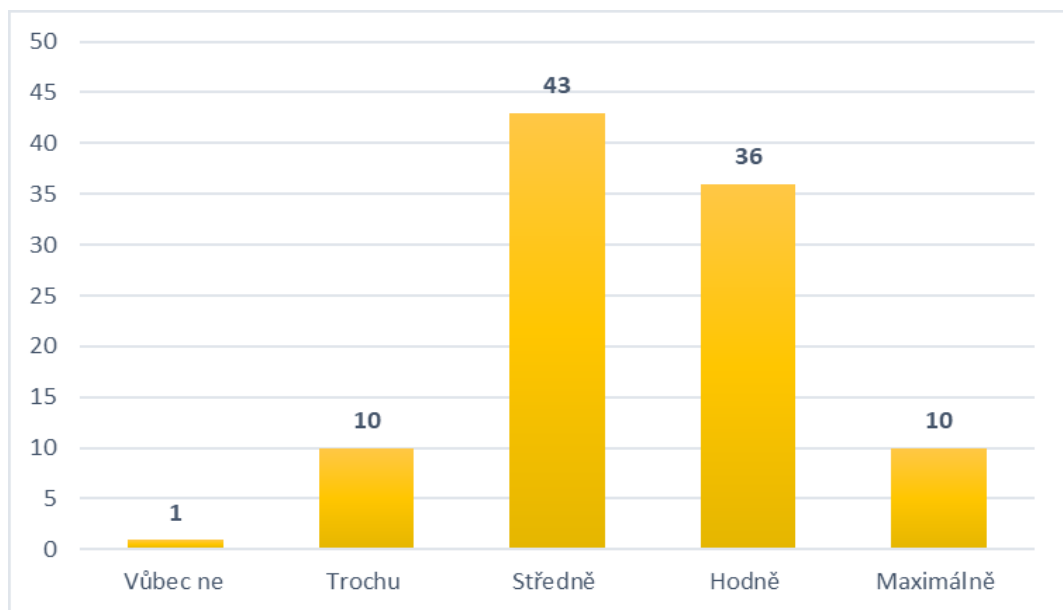


**Graf 25** Pocit bezpečí

**Interpretace:**

Z grafu plyne, že **45 %** respondentek mělo **střední pocit bezpečí** v každodenním životě, **31 %** se cítilo **hodně** bezpečně a **13 %** mělo **trochu** pocit bezpečí, **6 %** se necítilo **vůbec** bezpečně a **5 %** se cítilo **maximálně** bezpečně.

**q9) Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?**

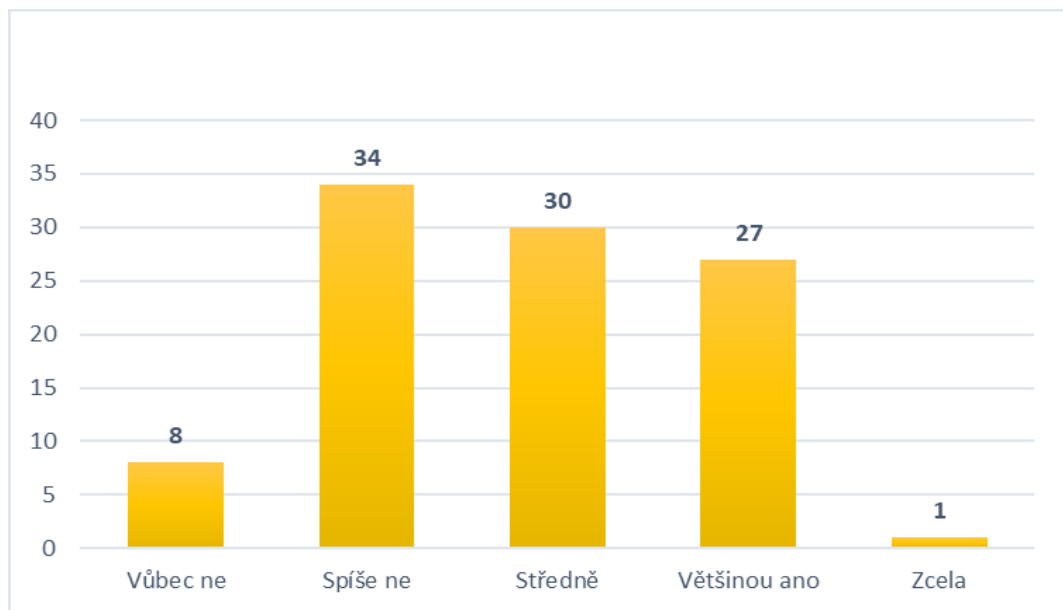


**Graf 26** Zdravé prostředí

**Interpretace:**

**Středně** zdravé prostředí obklopovalo **43 %** respondentek, **36 %** odpovědělo **hodně**, v **10 %** zazněla odpověď **trochu a maximálně**, a v **1 %** případů šlo o odpověď, že se **ne cítí vůbec bezpečně**.

**q10) Máte dost energie pro každodenní život?**

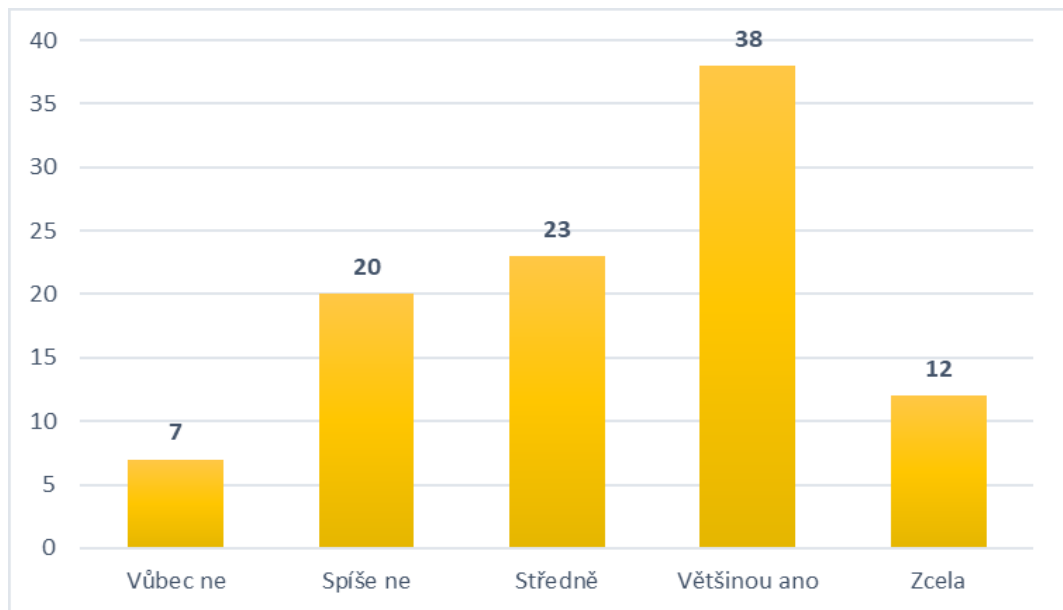


**Graf 27** Životní energie

**Interpretace:**

Graf nám ukazuje, že **34 %** respondentek spíše **nemělo dostatek energie** pro každodenní život, **30 % mělo středně** energie, **27 %** respondentek cítilo **většinou** dost energie, **8 % vůbec** nemělo energii a **1 %** odpovědělo „zcela“.

**q11) Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?**

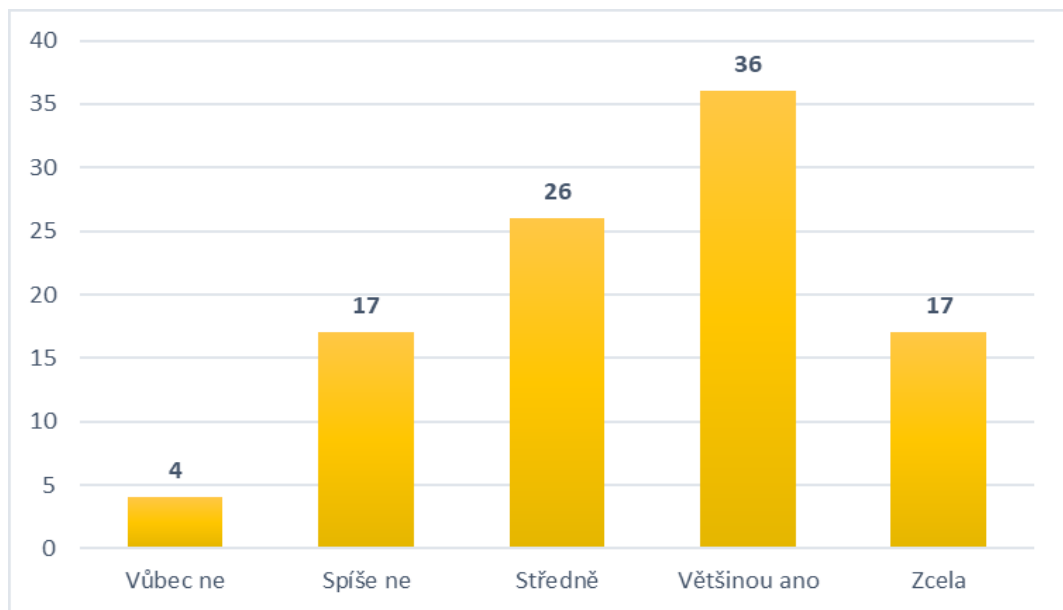


**Graf 28** Tělesný vzhled

**Interpretace:**

Tělesný vzhled dokázalo **většinou akceptovat 38 %** respondentek, **23 %** umělo **středně** přijmout svůj vzhled, **20 %** **spíše nedokázalo**, **12 %** **respondentek zcela dokázalo** akceptovat svůj tělesný vzhled a **7 %** ho **vůbec** nedokázalo akceptovat.

**q12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?**



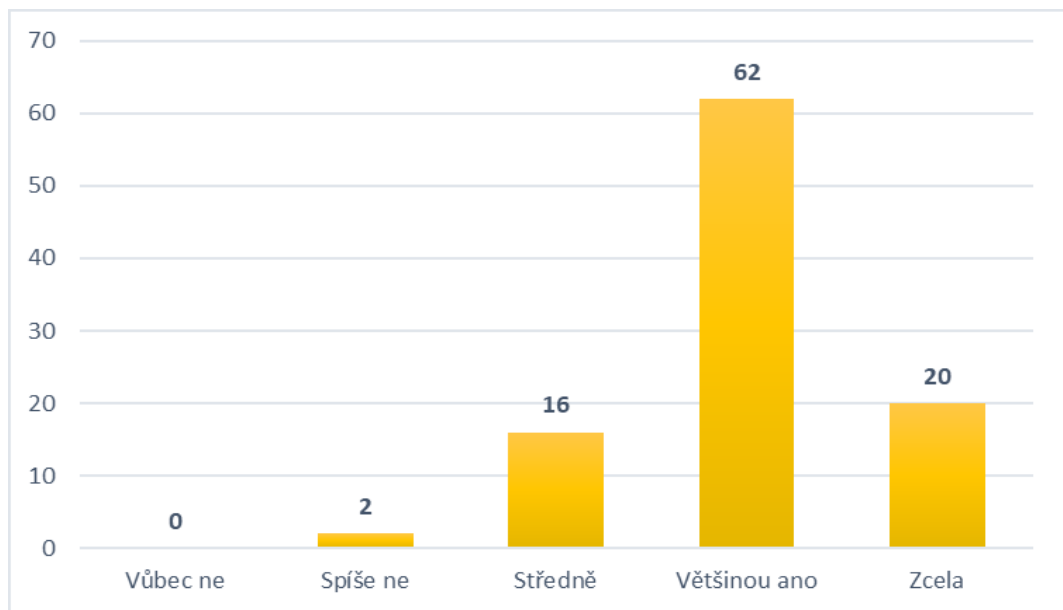
**Graf 29** Dostatek financí

**Interpretace:**

**36 %** respondentek mělo **většinou dostatek peněz** k uspokojování svých potřeb, **26 %** respondentek udávalo odpověď **středně**, v zastoupení **17 %** odpovídaly respondentky, že měly **dostatek peněz zcela**, ve stejném procentuálním zastoupení **spíše neměly** dostatek a **4 %** neměly **vůbec** pocit peněžního dostatku.



**q13) Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?**

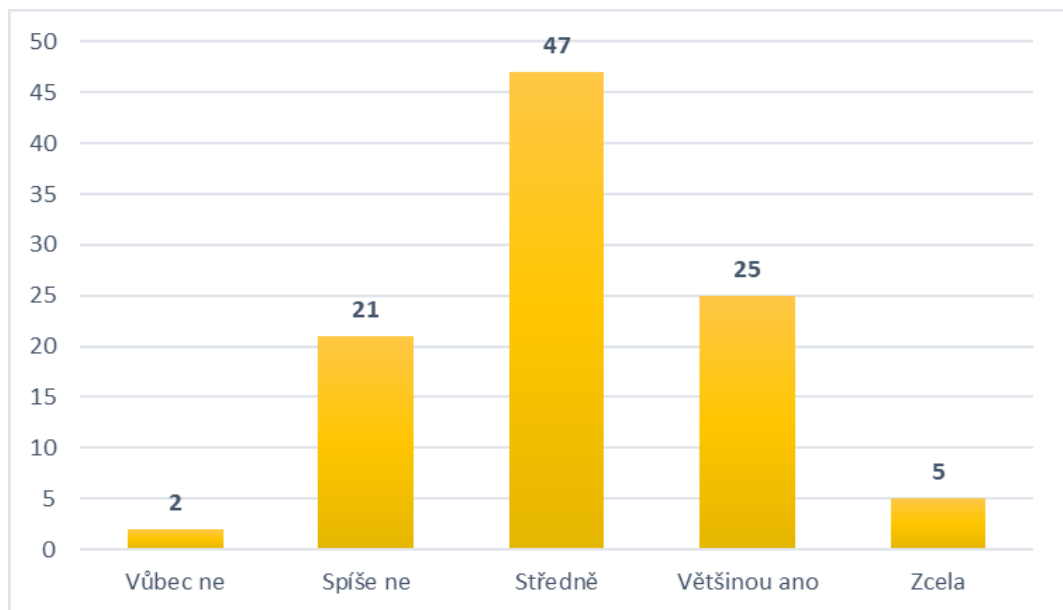


**Graf 30** Dostatek informací

**Interpretace:**

**62 %** respondentek označilo, že má **většinou dostatek** potřebných informací pro svůj život, **20 % mělo zcela** dostatečné informace, **středně** informací mělo **16 %**, **2 %** respondentek **spíše neměly** informace a nikdo neoznačil, odpověděl, že by neměl vůbec žádné informace.

**q14) Máte možnost věnovat se svým zálibám?**

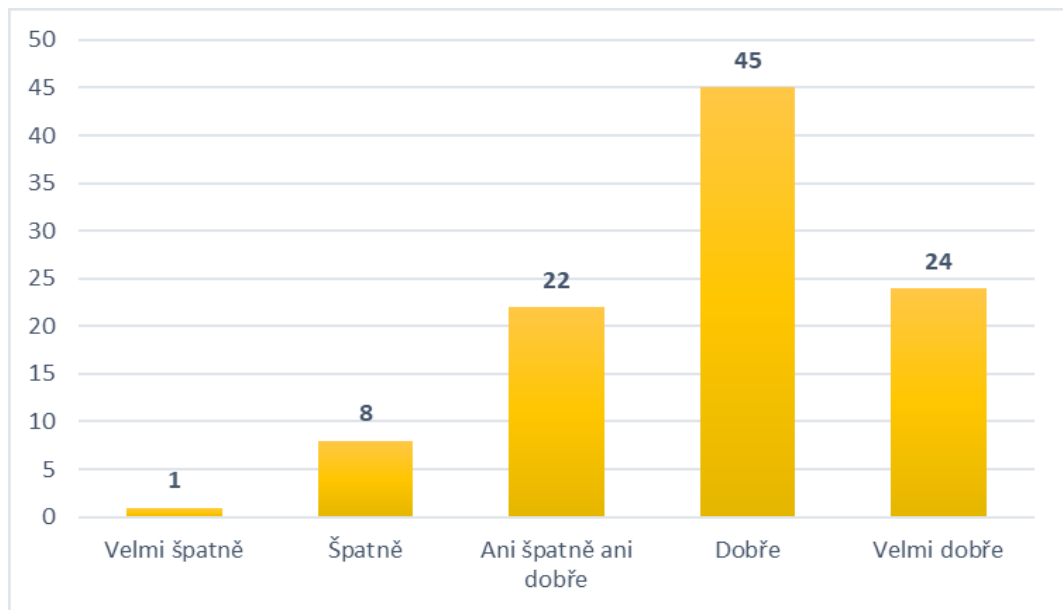


**Graf 31** Záliby

**Interpretace:**

47 % respondentek mělo **střední** možnost věnovat se svým zálibám, 25 % tu možnost **většinou mělo**, 21 % **spíše ne**, 5 % respondentek se **zcela** věnovalo svým zálibám a 2 % se **vůbec** nevěnovaly zálibám.

**q15) Jak se dokážete pohybovat?**

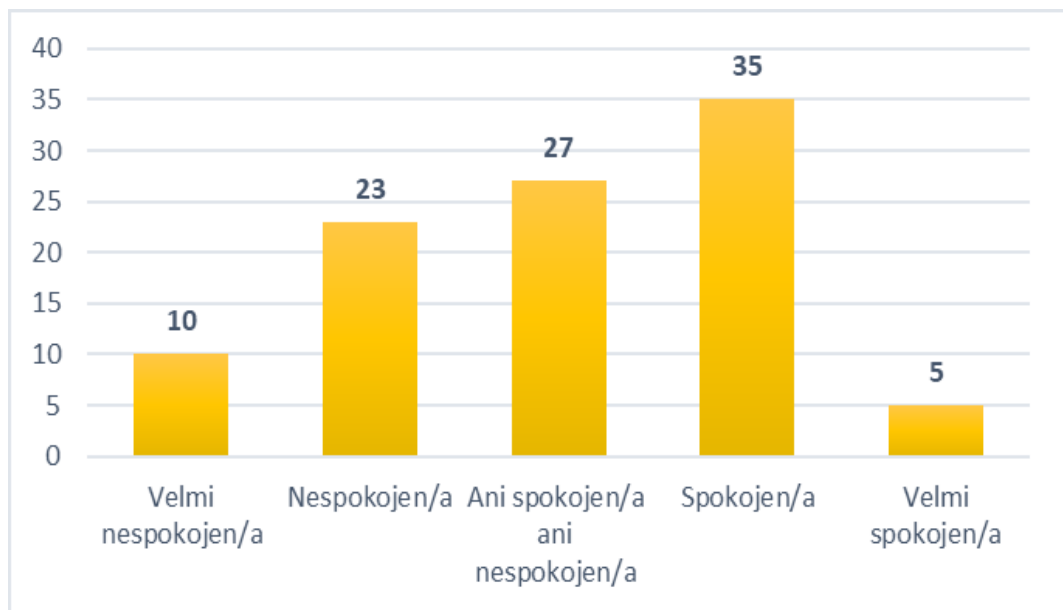


**Graf 32** Schopnost pohybu

**Interpretace:**

**45 %** respondentek se dokázalo **dobře pohybovat**, **24 %** **velmi dobře** a **22 %** respondentek **ani špatně ani dobře**. **8 %** respondentek uvedlo, že se pohybovaly **špatně** a **1 %** **velmi špatně**.

**q16) Jak jste spokojen/a se svým spánkem?**

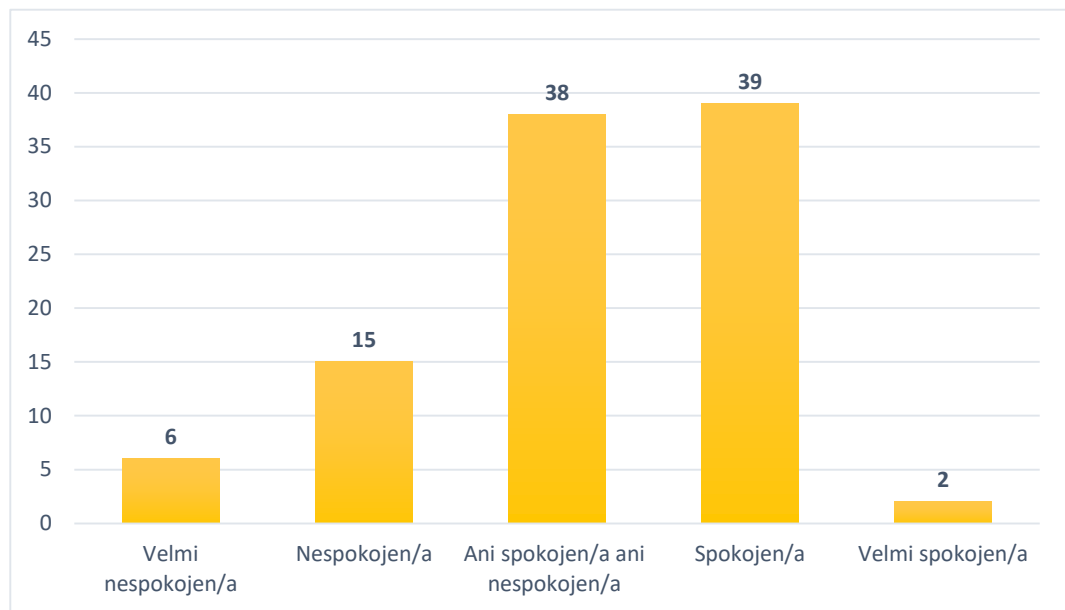


**Graf 33** Spánek

**Interpretace:**

**Spokojených** se svým spánkem bylo **35 %** respondentek, **27 %** odpovědělo, že nebyly **ani spokojené ani nespokojené**, **23 %** respondentek označilo **nespokojenost** s jejich spánkem, **10 %** bylo **velmi nespokojených** a naopak **5 %** bylo **velmi spokojených** se svým spánkem.

**q17) Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?**

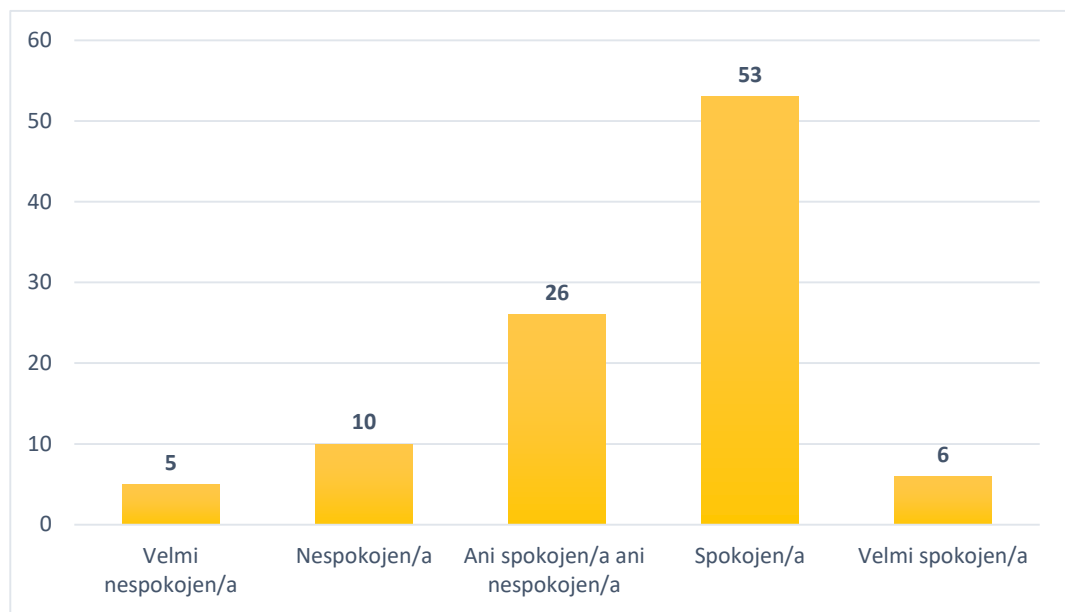


**Graf 34** Každodenní činnosti

**Interpretace:**

**Spokojenost** provádět každodenní činnosti uvedlo **39 %** respondentek, o jedno procento méně, tedy **38 %** respondentek nebylo **ani spokojených ani nespokojených** se schopností provádět každodenní činnosti. **Nespokojených** bylo **15 %**, **velmi nespokojených 6 %** a **velmi spokojená byla 2 %**.

**q18) Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?**

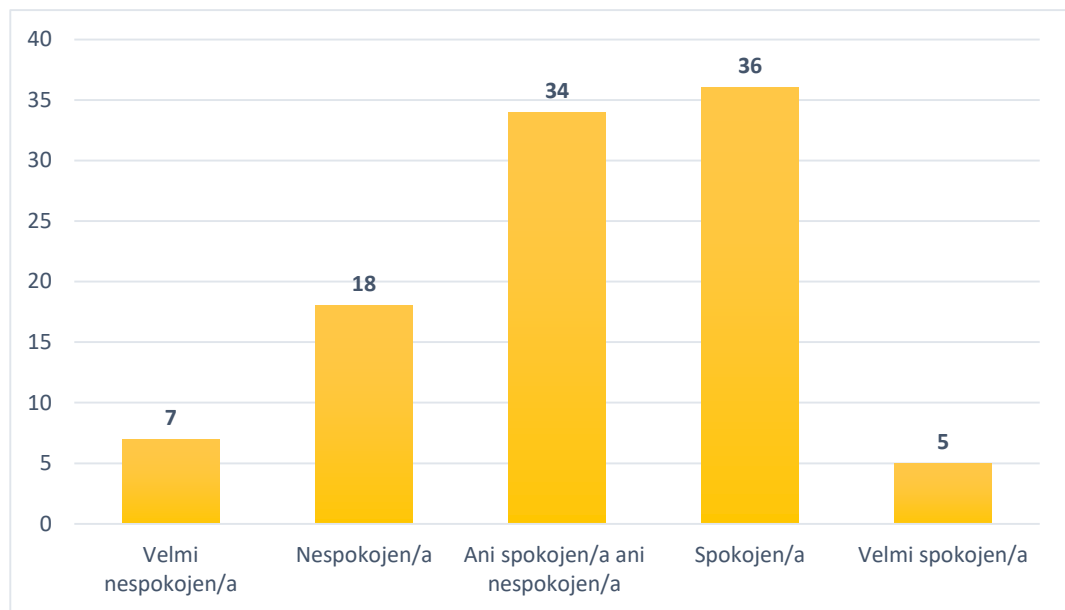


**Graf 35** Pracovní výkon

**Interpretace:**

**53 %** respondentek bylo **spokojených** s jejich pracovním výkonem, **26 %** nebylo **ani spokojených ani nespokojených**, v **10 %** **nebyly spokojené** s pracovním výkonem, **6 %** bylo **velmi spokojených** a **5 %** bylo **velmi nespokojených**.

**q19) Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?**

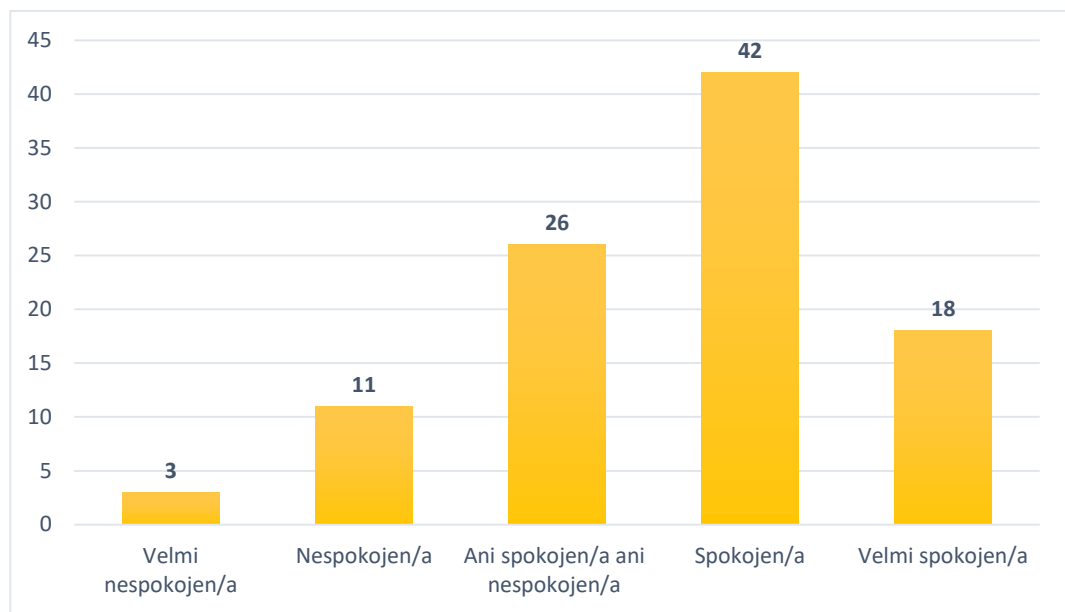


**Graf 36** Spokojenost sám se sebou

**Interpretace:**

Z grafu vyplývá, že ve **36 %** byly respondentky **spokojené** samy se sebou, ve **34 %** nebyly ani spokojené ani nespokojené, nespokojenost udávalo **18 %**, velmi nespokojených bylo **7 %** a **5 %** bylo spokojených.

**q20) Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?**



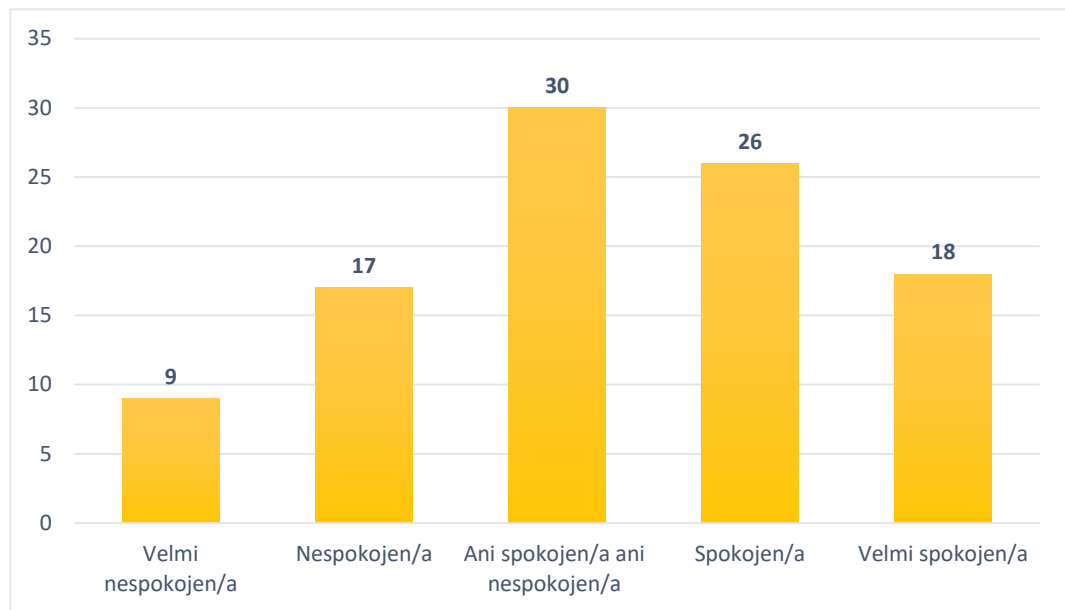
**Graf 37** Osobní vztahy

**Interpretace:**

**42 %** respondentek uvádělo **spokojenost** v osobních vztazích, **26 %** nebylo **ani spokojených ani nespokojených**, **18 %** bylo **velmi spokojených**, **11 %** respondentek udalo **nespokojenost** v osobních vztazích a **3 %** byla **velmi nespokojena**.



**q21) Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?**

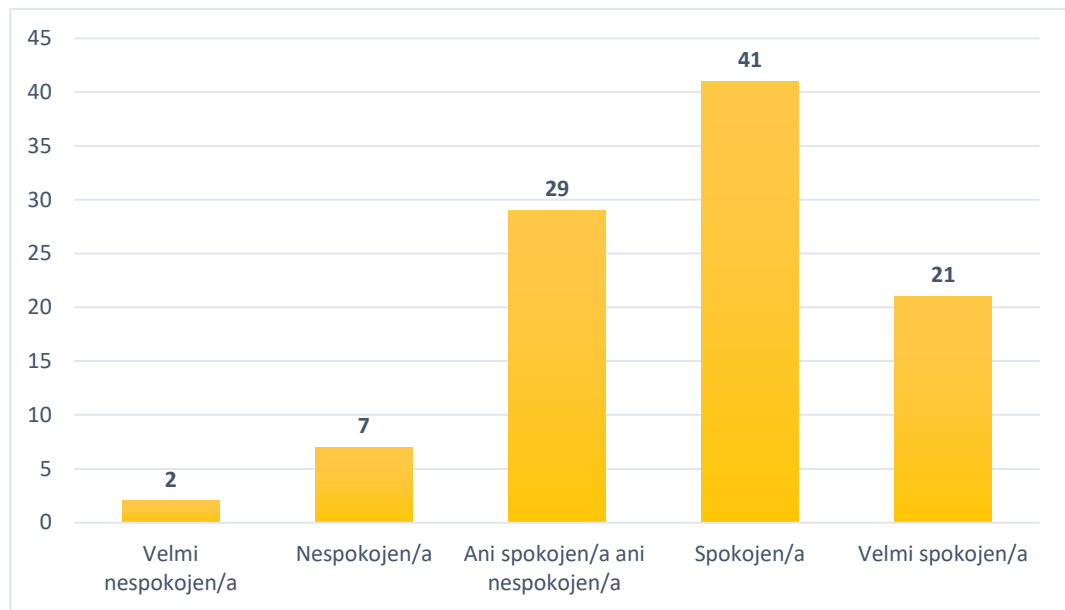


**Graf 38** Sexuální život

**Interpretace:**

Z grafu je zřejmé, že nejvíce respondentek, přesně **30 %** nebylo **ani spokojených ani nespokojených** s jejich sexuálním životem. **26 %** respondentek uvedlo **spokojenost**, **18 %** **velkou spokojenost** v sexuálním životě a **17 %** odpovědělo „**nespokojena**“, naopak **9 %** žen bylo **velmi nespokojených**.

**q22) Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?**

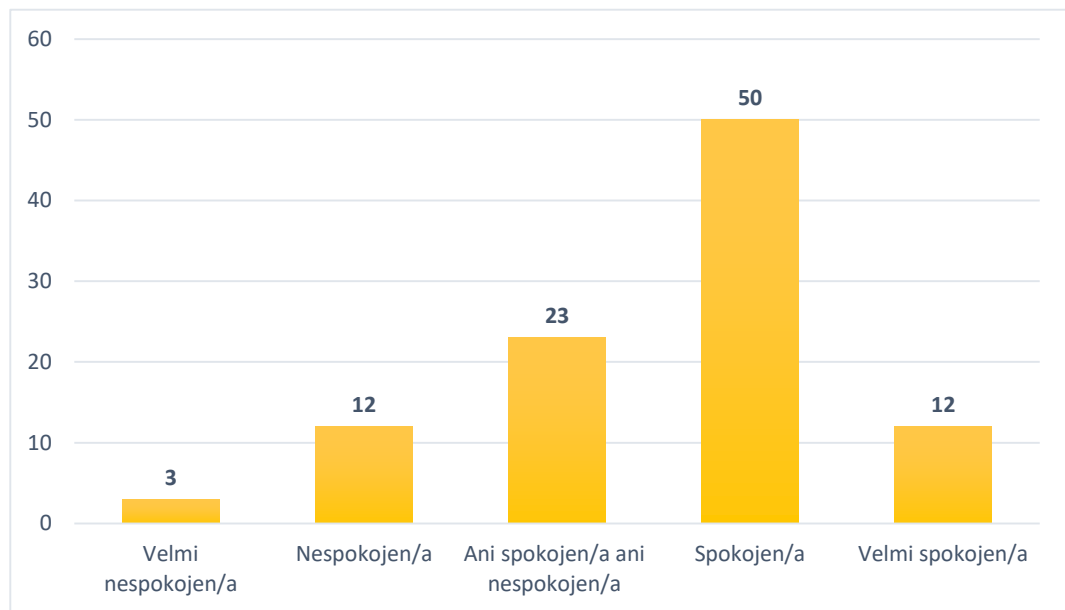


**Graf 39** Přátelé

**Interpretace:**

S podporou přátel bylo **spokojených 41 %** respondentek, odpověď **ani spokojených ani nespokojených** zazněla ve **29 %**, **velmi spokojených** bylo **21 %** respondentek, **nespokojených 7 %** a **velmi nespokojené** byly **2 %** respondentek.

**q23) Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?**

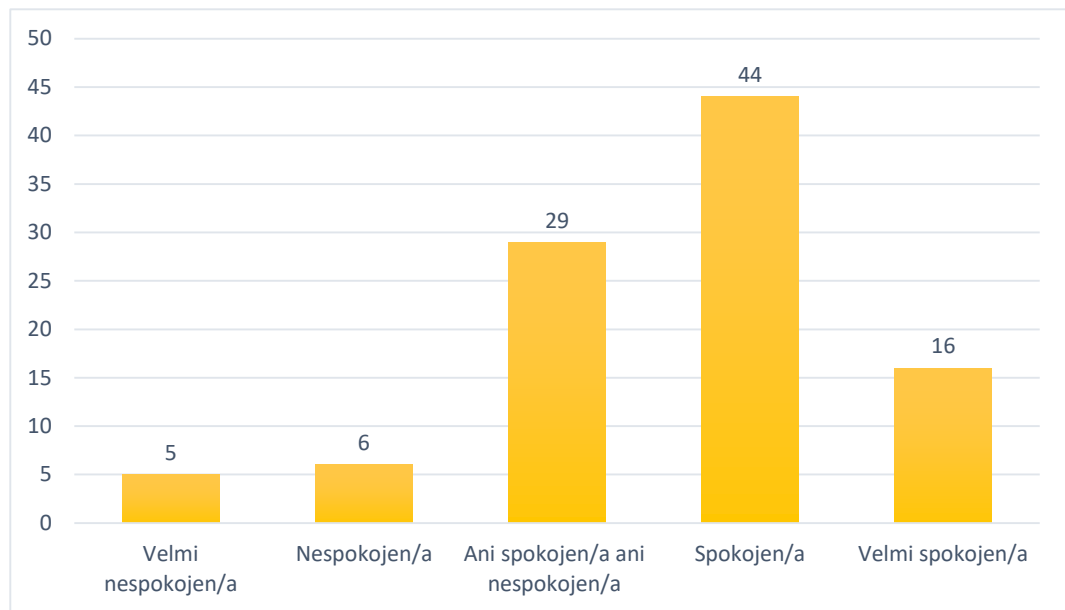


**Graf 40** Životní podmínky

**Interpretace:**

Podle grafu vyplývá, že polovina respondentek, tedy **50 % bylo spokojených** s podmínkami, ve kterých žijí, **23 % nebylo ani spokojených ani nespokojených**, **12 % bylo nespokojených**, ale také **12 % uvedlo velkou spokojenost**. **3 %** respondentek byly s jejich životními podmínkami **velmi nespokojené**.

#### q24) Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

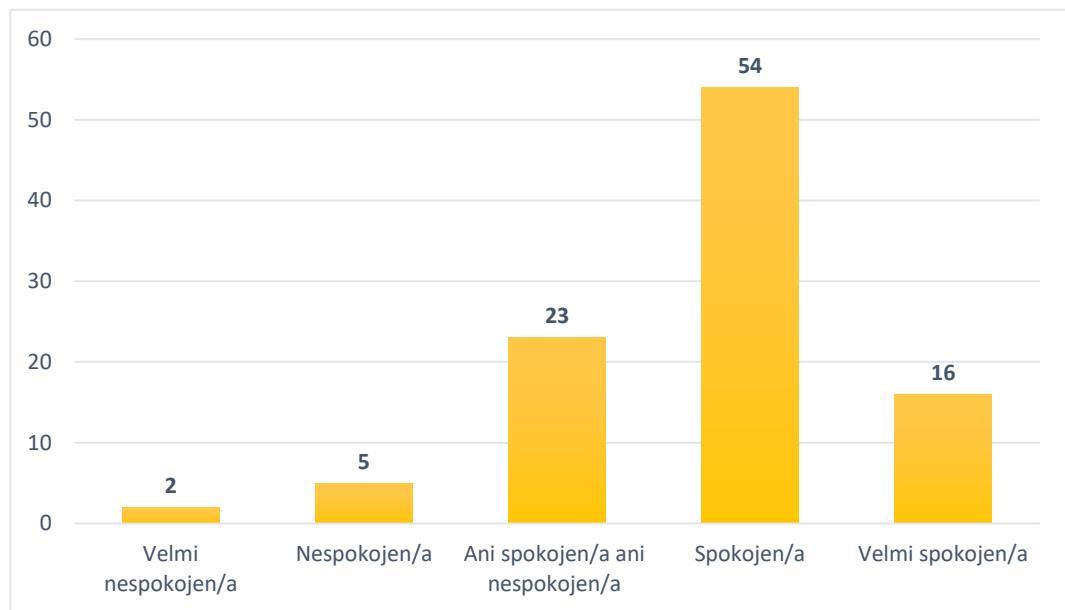


Graf 41 Dostupnost zdravotní péče

#### Interpretace:

Z grafu je patrné, že respondentky byly s dostupností zdravotní péče **spokojeny** ve **44 %**, ve **29 %** respondentky **nebyly ani spokojeny ani nespokojeny**, **velmi spokojených** respondentek s dostupností zdravotní péče činilo **16 %**, **nespokojených 6 %** a **velmi nespokojených bylo 5 %**.

**q25) Jak jste spokojen/a s dopravou?**

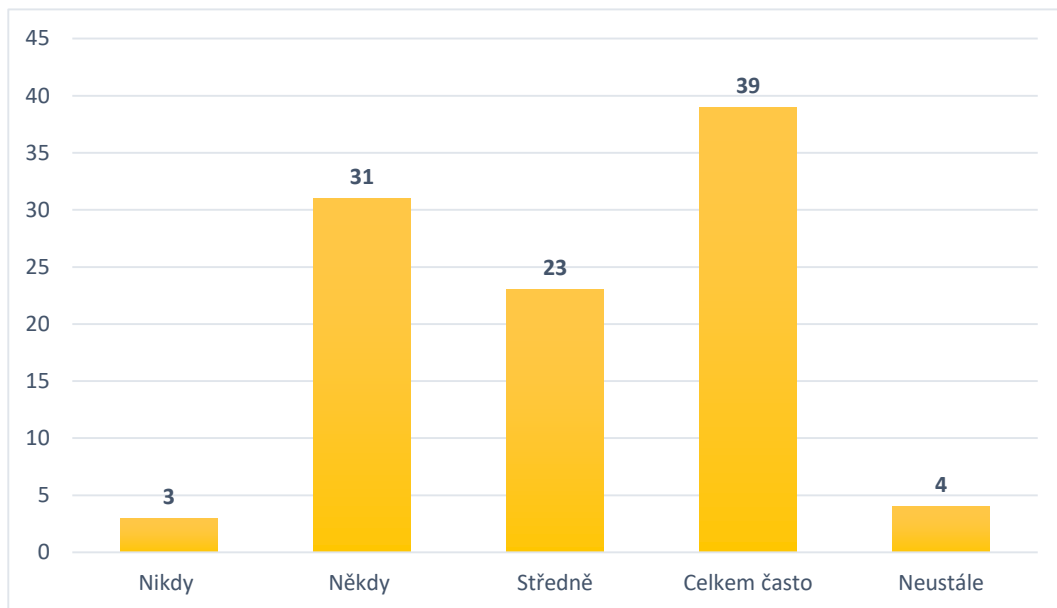


**Graf 42** Doprava

**Interpretace:**

**54 %** respondentek udávalo spokojenost s dopravou, **23 %** odpovědělo „ani spokojena ani nespokojena“, **16 %** odpovědělo „velmi spokojena“, nespokojených bylo **5 %** a velmi nespokojených **2 %**.

**q26) Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?**



**Graf 43** Negativní pocity

**Interpretace:**

**Negativní pocity mělo celkem často 39 %** respondentek, **31 %** pociťovalo negativní myšlenky **někdy**, „**středně**“ odpovědělo **23 %** respondentek, **neustále** negativní pocity přetrvávaly **u 4 %** a **3 %** respondentek **nikdy** neměly negativní pocity.

Jednotlivé odpovědi	Průměr u zdravých osob	U endometriózy
Q1 Kvalita života	3,82	3,37
Q2 Spokojenost se zdravím	3,68	2,72
q3 Bolest a nepříjemné pocity	4,03	2,86
q4 Závislost na lékařské pomoci	4,16	3,71
q5 Potěšení ze života	3,83	3,37
q6 Smysl života	3,86	3,61
q7 Soustředění	3,55	3,15
q8 Osobní bezpečí	3,24	3,16
q9 Životní prostředí	2,85	3,44
q10 Energie a únava	3,62	2,79
q11 Přijetí tělesného vzhledu	3,90	3,28
q12 Finanční situace	2,87	3,45
q13 Přístup k informacím	3,87	4,00
q14 Záliby	3,33	3,10
q15 Pohyblivost	4,27	3,83
q16 Spánek	3,61	3,25
q17 Každodenní činnosti	3,76	3,16
q18 Pracovní výkonnost	3,76	3,45
q19 Spokojenost se sebou	3,57	3,14
q20 Osobní vztahy	3,75	3,61
q21 Sexuální život	3,64	3,27
q22 Podpora přátel	3,85	3,72
q23 Prostředí v okolí bydliště	3,54	3,56
q24 Dostupnost zdravotní péče	3,70	3,60
q25 Doprava	3,19	3,77
q26 Negativní pocity	3,47	2,90

Tabulka 17 Porovnání kvality života u jednotlivých položek

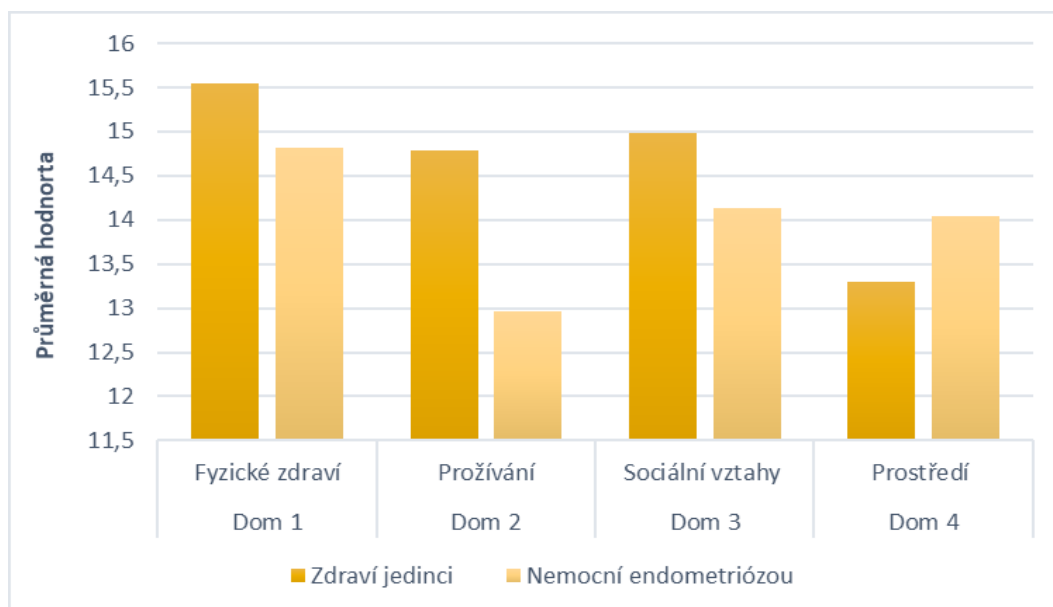
## Interpretace:

Tabulka č. 17 nám ukazuje, že v otázce **Q1** zkoumající kvalitu života obecně **byl u zdravých osob vyšší průměrný skór (3,82)** oproti ženám trpícím endometriózou, u nich průměrný skór činil 3,37. U otázky **Q2** hodnotící spokojenost se zdravím **měli zdraví jedinci taktéž vyšší průměrnou hodnotu (3,68) vůči nemocným s endometriózou (2,72)**.

Souhrnně tedy můžeme říci, že u většiny otázek (q3, q4, q5, q6, q7, q8, q10, q11, q14, q15, q16, q17, q18, q19, q 20, q 21, q22, q24, q26) respondentky výzkumného souboru měly nižší průměrný skór oproti běžné populaci. Naopak vyšší průměrný skór u nemocných s endometriózou oproti běžné populaci byl pozorován u pěti otázek (q9, q12, q13, q23, q25).

Domény	Název domény	Zdraví jedinci (průměr)	U endometriózy
Doména 1	Fyzické zdraví	15,55	14,81
Doména 2	Prožívání	14,78	12,97
Doména 3	Sociální vztahy	14,98	14,13
Doména 4	Prostředí	13,30	14,04

**Tabulka 18** Porovnání kvality života u jednotlivých domén



**Graf 44** Porovnání kvality života u jednotlivých domén



## **Interpretace:**

**Doména 1**, která se zaměřovala na fyzické zdraví zahrnuje otázky: q3 q4, q10, q15, q16, q17, q18. Průměrný skór této domény činil **u zdravých jedinců 15,55, u nemocných trpících endometriózou byla hodnota snížena na 14,81. Doména 2** Prožívání, se skládá z otázek: q5, q6, q7, q11, q19, q26, kdy celkový průměrný skór **zdravé populace byl 14,78 a u žen trpících endometriózou** činil průměrný skór **12,97. Doména 3** Sociální vztahy, obsahující otázky q20, q21,q22 udávala průměrný skór u **zdravých jedinců 14, 98 a u nemocných 14,13. Doména 4** Prostředí, zahrnuje otázky: q8, q9, g12, q13, q14, q23, q24, q25. V této jediné doméně **došlo při výpočtu průměrného skóru k získání vyšší hodnoty u žen nemocných endometriózou**, kdy hodnota činila **14,04** oproti zdravým jedincům, kteří měli hodnotu 13,30.

## Diskuse

Bakalářská práce se zaměřila na to, jak endometrióza ovlivňuje kvalitu života žen trpících tímto onemocněním. V diskusi jsme se věnovali zhodnocením jednotlivých cílů bakalářské práce a ověření stanovených hypotéz.

Ke statistickému ověření vlivu některých faktorů a vybraných demografických proměnných na kvalitu života žen s endometriózou jsme použili statistickou analýzu pomocí programu GraphPad Prism (verze 9.5.1). Pro tuto statistickou analýzu byly použity dva druhy testů a to parametrický test analýzou rozptylu ANOVA a nepárový t-test. Statistická významnost byla testována na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

### Dílčí cíl č.1 - Zjistit úroveň kvality života žen s onemocněním endometrióza

Pro zjištění tohoto cíle jsme využili výsledků u otázek Q1 a Q2 zabývajících s hodnocením kvality života a spokojeností se zdravím, které jsou součástí generického dotazníku WHOQOL-BREF.

Otázka **Q1** zkoumající jak respondentky vnímají svoji kvalitu života nám ukázala, že respondentky trpící endometriózou měly sníženou hodnotu průměrného skóru. Průměrný skór **u zdravých osob činil 3,82, naopak u respondentek byla tato hodnota snížena na 3,37.** Vyšší hodnota znamená vyšší kvalitu života, respondentky měly tedy tuto hodnotu sníženou o 0,45 oproti běžné populaci.

Při hodnocení spokojenosti se zdravím respondentek v našem výzkumu jsme taktéž shledali snížení průměrného skóru v otázce **Q2 spokojenost se zdravím.** Průměrný skór spokojenosti se zdravím **běžné populace činil 3,68,** avšak průměrný skór **respondentek byl 2,72.** Respondentky měly sníženou spokojenost se zdravím o 0,96 oproti běžné populaci. Při hodnocení vnímání kvality života a spokojenosti se zdravím respondentek jsme zaznamenali nižší hodnotu než u běžné populace.

### Dílčí cíl č.2 – Zmapovat vybrané faktory a demografické proměnné ovlivňující kvalitu života žen s onemocněním endometrióza

Otázka č. 6 byla zaměřená na výskyt endometriózy v rodině, protože genetická predispozice je uváděna v odborné literatuře jako jeden z faktorů podílejících se na etiologii

onemocnění. Z celkového počtu respondentek uvedlo pouze **17 %** respondentek **výskyt endometriózy v rodině**. Domníváme se, že takto nízké procento může být způsobeno lepšími diagnostickými metodami a znalostmi tohoto onemocnění oproti minulosti, kdy endometrióza u mnoha žen nemusela být odhalena.

Vybranou demografickou proměnnou byl věk respondentek, který jsme zjišťovali v otázce č. 1. Respondentky ve věku 21-30 byly v zastoupení 32 %, ve věku 31-40 let v 51 % a v rozmezí 41–49 let bylo 12 % respondentek.

**H1: Kvalita života u pacientek s endometriózou je ovlivněna věkem**

**H0: Kvalita života u pacientek s endometriózou není ovlivněna věkem**

Statistické šetření H1 bylo provedeno pomocí parametrického testu analýzy rozptylu ANOVA.

Věk	Průměr	
21–30	3,34	
31–40	3,47	<b>p=0,7411</b>
41–49	3,35	

**Tabulka 19** Vztah kvality života a věku

U H1 činila hodnota kvadrantu **0,7411**. Protože byl rozdíl těchto hodnot větší než 0,05, můžeme konstatovat, že **se nejedná o signifikantní rozdíl, nulová hypotéza nemůže být zamítnuta**. Pro nás to tedy znamená, že kvalita života u žen s endometriózou není ovlivněna věkem.

Dalšími faktory, u kterých jsme zjišťovali jejich vliv na kvalitu života žen s onemocněním endometrióza byl **charakter krvácení, typ léčby endometriózy, postižení více než 4 orgánů**.

**H2: Charakter krvácení ovlivňuje kvalitu života**

**H0: Charakter krvácení neovlivňuje kvalitu života**

Pro statistické ověření H2 jsme použili parametrický test analýzy rozptylu ANOVA. Hladina významnosti pro statistické měření činila  $\alpha = 0,05$ .

Charakter krvácení	Průměr	
Silné krvácení	3,24	
Fyziologické	3,24	<b>p=0,4216</b>
Slabé	3,20	
Bez krvácení	3,25	

**Tabulka 20** Kvalita života v souvislosti s charakterem krvácení

U této hypotézy vyšla hodnota kvadrantu **0,4216**, rozdíl hodnot je vyšší než 0,05, tudíž **se nejedná o statisticky významnou hodnotu** a můžeme tedy říci, že charakter krvácení neovlivňuje kvalitu života žen s endometriózou v našem výzkumu.

**H3: Typ léčby endometriózy ovlivňuje kvalitu života ženy**

**H0: Typ léčby endometriózy neovlivňuje kvalitu života ženy**

K statistickému ověření byl použit nepárový t-test. Hladina významnosti činila  $\alpha=0,05$ .

Druh léčby	Průměr	
Farmakologická a hormonální	3,67	
Chirurgická	3,5	<b>p=0,4327</b>

**Tabulka 21** Kvalita života v souvislosti s druhem léčby

Při hodnocení hypotézy byla zjištěna hodnota kvadrantu **0,4327**, to znamená, že **se nejedná o signifikantní rozdíl těchto hodnot, tudíž nulová hypotéza není vyloučena**. Můžeme tedy říci, že v tomto výzkumu typ léčby endometriózy neovlivňuje kvalitu života ženy s tímto onemocněním.

**H4: Postižení 4 a více orgánů ovlivňuje kvalitu života**

**H0: Postižení 4 a více orgánů neovlivňuje kvalitu života**

K statistickému ověření byl použit nepárový t-test. Hladina významnosti činila  $\alpha=0,05$

Postižené orgány	Průměr	
Více než 4	3,18	
Méně než 4	3,44	<b>p=0,1236</b>

**Tabulka 22** Kvalita života v souvislosti s postiženými orgány endometriózou

Hodnota kvadrantu byla **0,1236**, to znamená, že rozdíl není signifikantní a nulovou hypotézu nelze zamítnout. Z toho vyplývá, že **postižení více jak 4 orgánů neovlivňuje kvalitu života.**

### **Dílčí cíl č.3 - Identifikovat oblasti ovlivněné onemocněním**

Tabulka č. 12 omezení v běžných denních aktivitách nám ukazuje, že většina respondentek (81 %) byla omezena v konání běžných denních činností. Z následujícího grafu č. 15 vidíme, že mnoho respondentek (22 %) toto omezení pocíťovalo v prvních 2 - 4 dnech menstruace a při ovulaci (22 %), omezení v péči o domácnost uvedlo 17 % respondentek, absenci či nižší výkonnost v práci 16 %, ovlivnění ve všech oblastech uvedlo 13 % respondentek. Také omezení při sportování a cvičení (10 %), ovlivnění sexuálního života respondentek (6 %) a následně při cestování, ve společenském životě a v péči o dítě. Respondentky často uváděly ve svých odpovědích bolest jako důvod omezení v běžných denních aktivitách.

Zajímalo nás v souvislosti s oblastí sexuality a reprodukce, zda je kvalita života ovlivněna neplodností/sterilitou způsobenou onemocněním endometrióza.

**H5: Neplodnost z důvodu endometriózy ovlivňuje kvalitu života**

**H0: Neplodnost z důvodu endometriózy neovlivňuje kvalitu života**

K statistickému ověření byl použit nepárový t-test. Hladina významnosti činila  $\alpha = 0,05$

	Průměr	
Neplodné	3,33	<b>p=0,3856</b>
Plodné	3,20	

**Tabulka 23** Vliv neplodnosti na kvalitu života

Výchozí hodnota kvadrantu této hypotézy byla **0,3856**, znamená to, že rozdíl byl vyšší než 0,05. **Rozdíl mezi jednotlivými hodnotami není signifikantní, zároveň nulová hypotéza není vyloučena.** V tomto výzkumu tedy můžeme konstatovat, že neplodnost z důvodu endometriózy neovlivňuje kvalitu života.

#### **Dílčí cíl č.4 – Porovnat kvalitu života žen s endometriózou oproti běžné populaci**

K porovnání kvality života žen trpících endometriózou jsme použili výsledky průměrných skóre otázek a domén generického dotazníku WHOQOL-BREF, které jsme porovnávali s průměrnými skóre běžné populace. Porovnání kvality života a spokojenost se zdravím respondentek (otázku Q1 a Q2) jsme objasnili u 1. dílčího cíle, jelikož se jedná o otázky, které se hodnotí samostatně.

**U většiny otázek můžeme u odpovědí respondentek pozorovat nižší průměrný skór tedy nižší kvalitu života.** Jedná se o otázky q3, q4, q5, q6, q7, q8, q10, q11, q14, q15, q16, q17, q18, q19, q20, q21, q22, q24, q26. Nejvýraznější pokles byl viditelný u odpovědi na otázku **q3 bolest a nepříjemné pocity**, kdy hodnota průměrného skóre běžné populace činila 4,03 a průměrný skór respondentek se snížil na 2,86. Takto velký pokles můžeme přisuzovat faktu, že 84 % respondentek uvedlo v našem specifickém dotazníku, že trpěly bolestmi v podbřišku a k tomu dalšími nepříjemnými projevy endometriózy (křeče, bolestivý pohlavní styk, chronická pánevní bolest a dalšími). Další větší pokles průměrného skóre byl patrný u otázky **q10 energie a únava**. Průměrný skór respondentek (2,79) byl mnohem nižší než u běžné populace (3,62), což by mohlo odpovídat tomu, že v otázce č. 8 zjišťující symptomy endometriózy, odpovědělo 61 % respondentek, že se cítily unavené.

U otázky **q11 přijetí tělesného vzhledu** jsme u průměrného skóre respondentek (3,28) zaznamenali také **mnohem nižší hodnotu oproti běžné populaci** (3,28). Následně i u otázky q17 každodenní činnosti respondentky měly znatelně nižší průměrný skór (3,16) než běžná populace (3,76), tedy nebyly ani spokojeny ani nespokojeny s jejich schopností provádět každodenní činnosti. V otázce q26 negativní pocity, která se ptá na to, jak často mají respondentky negativní pocity, jsme dostali průměrný skór 2,90, naopak hodnota běžné populace činila 3,47. Větší rozdíl průměrného skóre jsme shledali i u otázky q5 potěšení ze života, respondentky měly 3,37, ale běžná populace 3,83.

Naopak u 5 odpovědí (q9, q12, q13, q23, qq25) měly respondentky trpící endometriózou vyšší průměrný skór, než má běžná populace. Nejvyšší rozdíl byl u otázky **q9 životní prostředí**,

kdy průměrný skór běžné populace činil 2,85, ale u respondentek 3,44 tedy o 0,59 více. Vypovídá to o tom, že byly více spokojeny s prostředím ve kterém žijí. Stejný rozdíl mezi průměrnými skóry (0,58) jsme zjistili u otázek **q12 finanční situace**, kdy **respondentky měly větší pocit dostatku peněz k uspokojení svých potřeb (3,45) oproti běžné populaci (2,87)** a u otázky q25 doprava, kdy byly respondentky spokojeny s dopravou více (3,77) než běžná populace (3,19). Také u otázky q13 přístup k informacím jsme zaznamenali u respondentek o něco vyšší spokojenost s dostatečným přístupem informací pro běžný život (4,00) oproti běžné populaci (3,87). Respondentky udávaly nepatrně vyšší spokojenost s životními podmínkami (3,56) na rozdíl od běžné populace (3,54).

**Při měření hodnot jednotlivých domén, jsme ve třech oblastech (doménách) ze čtyř došli k nižší průměrné hodnotě u respondentek trpících endometriózou při porovnání s běžnou populací. Doména 1** fyzické zdraví se skládá z otázek q3 bolest a nepříjemné pocity, q4 závislost na lékařské pomoci, q10 energie a únava, q15 pohyblivost, q16 spánek, q17 každodenní činnosti a q18 pracovní výkonnost. Průměrný skór této domény činil u běžné populace 15,55 oproti tomu respondentky měly tuto hodnotu sniženou na **14,81**. U všech položek této domény jsme zaznamenali nižší průměrný skór u odpovědí respondentek než u běžné populace.

**Doména 2** prožívání, se skládá z otázek: q5 potěšení ze života, q6 smysl života, q7 soustředění, q11 přijetí tělesného vzhledu, q19 spokojenost se sebou a q26 negativní pocity, kdy průměrnou hodnotou **zdravé populace bylo 14,78** a **u žen trpících endometriózou** činil průměrný skór **12,97**, kdy ve všech otázkách této domény měly respondentky snížený průměrný skór.

**Doména 3** sociální vztahy obsahuje otázky q20 osobní vztahy, q21 sexuální život, q22 podpora přátel udává průměrný skór u **zdravých jedinců 14, 98**, ale u **respondentek trpících endometriózou** byl průměrný skór **14,13**.

U **domény 4** prostředí skládající se z otázek q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25 jsme došli k překvapivému zjištění. U jediné této domény **odpovědi respondentek dosahovaly vyššího průměrného skóru (14,04) než byl průměrný skór běžné populace (13,30)**. Rozdíl těchto hodnot činil 0,74. U otázek q8 osobní bezpečí, q14 záliby a q 24 dostupnost zdravotní péče respondentky měly nižší průměrný skór než byl u běžné populace. **Nejvyšší spokojenost udávaly respondentky u otázky q9 životní prostředí s rozdílem 0,59 měly respondentky vyšší spokojenost s životním prostředím vůči běžné populaci**. Také pocitovaly větší

spokojenost s dostupností dopravy (q25), s finančním zabezpečením (q12), s přístupem k informacím (q13) a nepatrný rozdíl (0,02) byl i se spokojeností okolního prostředí oproti běžné populaci. **Domníváme se, že by lepší hodnocení domény mohlo souviset s obecně se zlepšujícími životními podmínkami a vyšší životní úrovní u současného výzkumného souboru oproti populačním normám, které byly počítány v roce 2006.**



## Závěr

Tato bakalářská práce se věnovala problematice endometriózy a jejím vlivu na kvalitu života ženy. Jedná se o gynekologické onemocnění postihující až 10 % žen v reprodukčním období. Onemocnění je hormonálně - dependentní a vyznačuje se přítomností endometriální tkáně mimo dutinu dělohy. Mezi časté projevy endometriózy řadíme chronickou pánevní bolest, infertilitu, dyspareunii, dyschézii a problémy zažívacího traktu, sexuální dysfunkce a také psychické obtíže. Může tedy docházet k ovlivnění či omezení běžných denních činností, zájmových aktivit či pracovních povinností. V druhé části teorie jsme se věnovali pojmu kvalita života, hodnocení a měření kvality života a problematice specifické kvality života u nemocných s endometriózou.

Cílem výzkumné části bylo zjistit, jakým způsobem došlo k ovlivnění kvality života při endometrióze, zjistit faktory ovlivňující kvalitu života, identifikovat oblasti ovlivněné onemocněním a porovnat kvalitu života žen oproti běžné populaci. Všechny stanovené cíle byly splněny, avšak naše výsledky vzhledem k menšímu počtu respondentek nelze zobecnit.

K výzkumu jsme použili nestandardizovaný specifický dotazník skládající se z 25 otázek s uzavřenými i otevřenými možnostmi odpovědi společně se standardizovaným generickým dotazníkem WHOQOL – BREF od Světové zdravotnické organizace, který obsahuje 26 otázek. Dotazník vyplnilo 100 respondentek trpících endometriózou ve věkovém rozmezí 21–49 let. Dotazník byl sdílen pomocí sociálních sítí ve skupině žen trpících tímto onemocněním. Výsledky byly zpracovány do grafů a tabulek v programu Excel. Zhodnocení hypotéz bylo provedeno pomocí statistického programu GraphPad Prism. Během výzkumu bylo zjištěno, že respondentky byly ovlivněny v běžných denních aktivitách, v péči o domácnost, v sexuálním a partnerském životě, ve volnočasových aktivitách (cvičení, cestování), v zaměstnání, ve stravování, ve společenském životě atd.

Často jejich kvalita života byla ovlivňována bolestmi (pánevní bolesti, bolesti zad, křečemi, bolestivý pohlavní styk) hlavně během menstruace, neplodností, gastrointestinálními problémy a nadměrnou únavou. Při porovnávání kvality života žen s endometriózou oproti zdravým jedincům nám průměrný skóre téměř ve všech oblastech (doménách) ukázal nižší průměrný skóre, tedy nižší kvalitu života oproti zdravým jedincům.

# Abstrakt

**Autor:** Petra Hofmanová

**Instituce:** Ústav nelékařských studií LF UK v Hradci Králové

**Název práce:** Endometrióza a její vliv na kvalitu života ženy

**Vedoucí práce:** Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

**Počet stran:** 129

**Počet příloh:** 2

**Rok obhajoby:** 2024

**Klíčová slova:** endometrióza, bolest, neplodnost, kvalita života, dotazník WHOQOL-BREF

Bakalářská práce se zabývá problematikou endometriózy. Jedná se o méně známé gynekologické onemocnění pro většinu laické veřejnosti, přičemž postihuje téměř 10 % žen v reprodukčním věku a může zásadně působit na kvalitní život ženy. Ačkoliv existuje mnoho teorií vysvětlující etiologii a patogenezi onemocnění, jasná příčina není objasněna. Nejčastěji endometriózu doprovází chronické pánevní bolesti, neplodnost, dyspareunie, dysmenorea. Bolesti mohou ženu omezovat v běžných denních aktivitách či v pracovních povinnostech, a tak mají i socioekonomický dopad. Následkem sexuální dysfunkce či neplodnosti nejsou výjimkou psychické problémy. Z důvodu často nespecifických příznaků či asymptomatického průběhu může doba určení správné diagnózy trvat i několik let. Pro potvrzení diagnózy se provádí laparoskopie. Pro léčbu se využívá konzervativních, podpůrných i chirurgických léčebných postupů.

Pojmem kvalita života se zabývá druhá teoretická část bakalářské práce, která definuje pojem a popisuje možnosti a metody měření kvality.

Empirická část práce zkoumá, jak moc a v jakých ohledech onemocnění ovlivňuje kvalitu života a to pomocí generického dotazníku WHOQOL-BREF a specifického dotazníku.

# Abstract

**Author:** Petra Hofmanová

**Institution:** Charles University; Faculty of Medicine in Hradec Králové;  
Institute of Social Medicine, Department of Nursing

**Thesis title:** Endometriosis and its impact on a woman's quality of life

**Supervisor:** Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

**Number of pages:** 129

**Number of attachments:** 2

**Defense year:** 2024

**Keywords:** endometriosis, pain, infertility, quality of life,, WHOQOL-BREF questionnaire

The bachelor thesis deals with the issue of endometriosis. It is a lesser known gynaecological disease for most of the general public, affecting almost 10 % of women of reproductive age and can significantly affect the quality of a woman's life. Although there are many theories explaining the etiology and pathogenesis of the disease, a clear cause has not been elucidated. Most often, endometriosis is accompanied by chronic pelvic pain, infertility, dyspareunia, dysmenorrhea. The pain may limit a woman's normal daily activities or work duties and thus have a socioeconomic impact. Psychological problems are not uncommon as a consequence of sexual dysfunction or infertility. Due to the often non-specific symptoms or asymptomatic course, the time to reach a correct diagnosis may take several years. Laparoscopy is performed to confirm the diagnosis. Conservative, supportive and surgical therapies are used for treatment.

The concept of quality of life is dealt with in the second theoretical part of the bachelor thesis, which defines the concept and describes the possibilities and methods of quality measurement.

The empirical part of the thesis examines how much and in what ways the disease affects quality of life using the generic WHOQOL-BREF questionnaire and a specific questionnaire.

## Seznam literatury

ALLAIRE, C.; BEDAIWY, M.A. a YONG, P.J. Diagnosis and management of endometriosis. Online. CMAJ. 2023. Dostupné z: <https://doi.org/10.1503/cmaj.220637>. [cit. 2024-02-11].

BIEŃ, A.; RZOŃCA, E.; ZARAJCZYK, M.; WILKOSZ, K.; WDOWIAK, A. et al. Quality of life in women with endometriosis: a cross sectional survey. Online. Quality of Life Research. 2020, (29), s. 2669-2677. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02515-4>. [cit. 2024-02-19].

BRANDÃO, A.; CRISPI, C. P.; OLIVEIRA, Marco Aurelio Pinho. Atlas of Deep Endometriosis: MRI and Laparoscopic Correlations. Cham, Springer International Publishing, 2018. ISBN 3319716964.

ČEPICKÝ, Pavel. Gynekologické minimum pro praxi. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-3027-6.

Di Donato N, Montanari G, Benfenati A, et al. Do women with endometriosis have to worry about sex? Do women with endometriosis have to worry about sex? Online. Eur J Obstet Gynecol and Reprod Biol. 2014;179.

DRDOVÁ, Jana. Endometrióza. Bakalářská práce. Olomouc: UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD, 2017.

FAYERS, P. M. a MACHIN, D. (ed.). Quality of Life: The Assessment, Analysis and Reporting of Patient-reported Outcomes. Online. 3rd Edition. Wiley-Blackwell, 2015. ISBN 978-1-118-75899-1. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/9781118758991.fmatter>. [cit. 2024-02-16].

FLAWS, Bob. Endometrióza a neplodnost: diagnóza, prevence, dieta, cvičení a relaxační terapie podle tradiční čínské medicíny: kniha pro ženy, které touží po miminku. Praha: Anahita, 2016. ISBN 978-80-87740-12-5.

GEENE, A.D.; LANG, S.A.; KENDZIORSKI, J.A.; STROGA-RIOS, J.M. a BURNS, K.A. Endometriosis: Where are We and Where are We Going? Online. HHS public. 2016. Dostupné z: <https://doi.org/10.1530/REP-16-0052>. [cit. 2024-01-07].

GURKOVÁ, E. a WIRTHOVÁ V. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HANSEN, K.E.; LAMBEK, R.; RØSSAAK, K.; EGEKVIST, A.G.; MARSCHALL, H. et al. Health-related quality of life in women with endometriosis: psychometric validation of the Endometriosis Health Profile 30 questionnaire using confirmatory factor analysis. Online. Human Reproduction Open. 2021. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/hropen/hoab042>. [cit. 2024-02-16].

HANZLÍKOVÁ, P. a KÜMMEL, J. Magnetická rezonance v hodnocení pánevní endometriózy. Online. Česká radiologie. 2021, roč. 75, č. 3, s. 257–264. ISSN 1210-7883. Dostupné z: [http://www.cesradiol.cz/dwnld/CesRad\\_2103\\_257\\_264.pdf](http://www.cesradiol.cz/dwnld/CesRad_2103_257_264.pdf). [cit. 2024-02-11].

HORNE, A. W., MISSMER, S. A. Pathophysiology, diagnosis, and management of endometriosis. Online. BMJ. 2022. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070750>. [cit. 2024-01-07].

HORNE, A.W.; DANIELS, J.; HUMMELSHOJ, L.; COX, E. a COOPER, K.G. Surgical removal of superficial peritoneal endometriosis for managing women with chronic pelvic pain: time for a rethink? Online. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2019. ISSN 1470-0328. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1471-0528.15894>. [cit. 2024-01-17].

HUDEČEK, R, VENTRUBA, P, GAZÁRKOVÁ, E. a SZYPULOVÁ, M, Konzervativní terapie klinických projevů endometriózy v reprodukční gynekologii. Bolest. Online. 2019,

roč. 22, č. 2. ISSN 1212-0634. Dostupné z:  
<http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2019/02/Konzervativn%C3%AD%20terapie.pdf>  
[cit. 2024-01-08].

CHAUHAN, S; MORE, A; CHAUHAN, V. a et al. Endometriosis: A Review of Clinical Diagnosis, Treatment, and Pathogenesis. Online. Cureus. 2022, roč. 14, č. 9. Dostupné z:  
<https://doi.org/10.7759/cureus.28864>. [cit. 2024-02-06].

CHVÁTAL, R. a FIALA, L. Endometrióza. Online. Gynekolog. 2016, č. 4. Dostupné z:  
<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/105841/140073212.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. [cit. 2024-02-02].

INDRIELLE-KELLY, T.; FRÜHAUF, F.; BURGETOVÁ, A. a FISCHEROVÁ, D. Diagnostika endometriózy 2. část – Ultrazvuková diagnostika endometriózy (adenomyózy, endometroidních cyst, adhezí) v primární péči. Online. Česká gynekologie. 2019, roč. 84, č. 4. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-4-8/diagnostika-endometriozy-2-cast-ultrazvukova-diagnostika-endometriozy-adenomyozy-endometroidnich-cyst-adhezi-v-primarni-peci-118474>. [cit. 2024-01-14].

INDRIELLE-KELLY, T.; FRÜHAUF, F.; BURGETOVÁ, A. a FISCHEROVÁ, D. Diagnostika endometriózy 3. část – Ultrazvuková diagnostika hluboké endometriózy. Online. Česká gynekologie. 2019, roč. 84, č. 4. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-4-8/diagnostika-endometriozy-3-cast-ultrazvukova-diagnostika-hlubokey-endometriozy-118475>. [cit. 2024-01-14].

INDRIELLE-KELLY, T.; FRÜHAUF, F.; BURGETOVÁ, A.; FANTA, M. a FISCHEROVÁ, D. Diagnostika endometriózy 1. část – přehled diagnostických metod. Online. Česká gynekologie. 2019, č. 4. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-4-8/diagnostika-endometriozy-1-cast-prehled-diagnosticky-ch-metod-118473>. [cit. 2024-01-08].

ITANI, R.; SOUBRA, L.; KAROUT, S.; RAHME, D.; KAROUT, L. et al. Primary Dysmenorrhea: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Updates. Online. Korean Journal of Family Medicine. 2022. Dostupné z: <https://doi.org/10.4082/kjfm.21.0103>. [cit. 2024-02-08].

JANOŠKOVÁ, K.; PLÁTENÍKOVÁ, T.; HÁJEK, M.; PROCHÁZKA, M. a KLUGAR, M. Endometrióza a její vliv na plodnost a kvalitu života. Online. Praktický lékař. 2018, roč. 96, č. 4, s. 147-152. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2018-4-4/endometrioza-a-jeji-vliv-na-plodnost-a-kvalitu-zivota-105305>. [cit. 2024-02-08].

JONES, G. L.; BUDDS, K.; TAYLOR, F.; MUSSON, D.; RAYMER, J. et al. A systematic review to determine use of the Endometriosis Health Profiles to measure quality of life outcomes in women with endometriosis. Online. Human Reproduction Update. 2023. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmad029>. [cit. 2024-02-16].

KALAITZOPOULOS, D.R.; SAMARTZIS, N.; KOLOVOS, G.N. a ET AL. Treatment of endometriosis: a review with comparison of 8 guidelines. Online. BMC Women's Health. 2021. 21. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01545-5>. [cit. 2024-02-13].

KLÉZL, P.; DRAHOŇOVSKÝ, J.; HALAŠKA, M.; GREGUŠOVÁ, A.; MAŠKOVÁ, V. a kol. Hluboká infiltruující endometrióza postihující uropoetický trakt. Online. Urologie pro praxi. 2018, roč. 19, č. 3. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290>. [cit. 2024-01-14].

KOLIBA, P.; KUŽEL, D. a FANTA, M. Endometrióza a kvalita života. Online. Česká gynekologie. 2017, roč. 82, č. 5. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2017-5-3/endometrioza-a-kvalita-zivota-61961>. [cit. 2024-02-25].

LENZ, Jiří; CHVÁTAL, Radek a FIALA, Luděk a kol. Endometrióza. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3050-4.

MARSH, Courtney (ed.). Endometriosis. Online. 1. IntechOpen, 2021. ISBN 978-1-83962-466-7. Dostupné z: <https://doi.org/10.5772/intechopen.87593>. [cit. 2024-01-14].

MARUYAMA, T. A. Revised Stem Cell Theory for the Pathogenesis of Endometriosis. Online. Journal of Personalized Medicine. 2022, č. 2. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/jpm12020216>. [cit. 2024-01-12].

MKN, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY (ÚZIS ČR). N80-N98 – Nezářetlivá onemocnění ženského pohlavního ústrojí. Online. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/N80>. [cit. 2024-02-07].

MORAVCOVÁ, Markéta. Kvalita života žen v období ovlivněném menopauzou. 2023. ISBN 978-80-7560-456-9.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL (NZIP). Kvalita života. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>. [cit. 2024-03-04].

NOLAN, R. P. a SHARPE, M. J. A process based approach to health related quality of life as a “way of living.” Online. International Society of Quality of Life Research. 2023, (32), s. 2425–2434. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03385-2>. [cit. 2024-02-16].

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

PRAJKA, L.; ČEDÍKOVÁ, M.; PROCHÁZKOVÁ, A.; KABÍČKOVÁ, K.; MIKLOVIČOVÁ, G.; GRUNDMANOVÁ, M.; KUNOVÁ, M.; HUMPLÍK, J.; BOUDA, J. Subpopulace lymfocytů u pacientek s ovariálním endometriomem a zdravých žen – pilotní studie. Online. Actual Gyn. 2023, č. 15, s. 9-15 Dostupné z: <https://www.actualgyn.com/cz/clanek/2023/273> [cit. 2024-01-12].

PRIVITERA, G.; O'BRIEN, K.; MISAJON, R. a LIN, C.-Y. Endometriosis Symptomatology, Dyspareunia, and Sexual Distress Are Related to Avoidance of Sex and Negative Impacts on the Sex Lives of Women with Endometriosis. Online. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2023, roč. 20, č. 4. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043362>. [cit. 2024-02-07].



RACKOVÁ, Jana. Endometrióza – stále záhadné onemocnění. Online. Florence. 2021, č. 5, s. 13. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2021/5/>. [cit. 2024-01-08].

SANTULLI, P., S. CHOUZENOUX, M. FIORESE, et al. Protein oxidative stress markers in peritoneal fluids of women with deep infiltrating endometriosis are increased. Online. Hum Reprod. 2015. 30 ,č.1, [cit. 2024-01-13]. Dostupné z: doi: 10.1093/humrep/deu290.

SAUNDERS, P.T.K. a HORNE, A.W. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. Online. Cell. 2021, roč. 2021, č. 11, s. 2807-2824. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.04.041>. [cit. 2024-01-07]

SECKIN, T. History of Endometriosis. Online. Seckin MD Endometriosis Center. 2021. Dostupné z: <https://drseckin.com/history-of-endometriosis/#h-history-of-endometriosis-and-modern-advances>. [cit. 2024-06-01].

SONG, S.Y.; JUNG, Y.W.; SHIN, W.; PARK, M.; LEE, G.W. et al. Endometriosis-Related Chronic Pelvic Pain. Online. Biomedicines. 2023, roč. 11, č. 2868. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/biomedicines11102868>. [cit. 2024-02-07].

ŠAROUNOVÁ, M. Kvalita života a výzkum hodnotového systému současné generace. Bakalářská práce. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové Fakulta informatiky a managementu, 2015. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/d6vnnv6/15408221>.

TOMEŠ, P. Endometrióza a dyspareunie. Online. Actual Gyn. 2019. Dostupné z: [https://www.actualgyn.com/pdf/en\\_2019\\_224.pdf](https://www.actualgyn.com/pdf/en_2019_224.pdf)

VANNUCCINI, S.; CLEMENZA, S.; ROSSI, M. a , et. al. Hormonal treatments for endometriosis: The endocrine background. Online. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorder. 2022. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11154-021-09666-w>. [cit. 2024-02-13].

## Seznam zkratek

**AFS** – American Fertility Society, Americká společnost pro plodnost

**rAFS** – revised American Fertility Society score, revidované skóre Americké společnosti pro plodnost

**ASMR** – American Society for Reproductive Medicine, americká společnost reprodukční medicíny

**BMI** – body mass index, index tělesné hmotnosti

**DE** – deep endometriosis, hluboká endometrióza

**FSH** – folikulostimulační hormon

**HRQoL** – Health Related Quality of Life, kvalita života související se zdravím

**LH** – luteinizační hormon

**MKN** – mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

**MR** – magnetická rezonance

**NSAID** – non-steroidal anti-inflammatory drugs, nesteroidní antiflogistika

**NZIP** – národní informační zdravotní systém

**QoL** – Quality of Life, kvalita života

**ROS** – reaktivní forma kyslíku

**SC** – sectio caesarea, císařský řez

**SEIQoL** – Schedule for the Evaluation of Individual, systém individuálního hodnocení kvality života

**SERM** – selektivní estrogen modulující inhibitory

**SPRM** – selektivní modulátory progesteronového receptoru

**TENS** – transkutánní elektrická stimulace nervstva

**UZ** – ultrazvuk

## Seznam obrázků

<b>Obrázek 1</b> Souhrn základních teorií podílejících se na etiopatogenezi endometriózy (Prajka, 2023, s. 10).....	16
---	----

## Seznam grafů

<b>Graf 1</b> Věk patientek .....	44
<b>Graf 2</b> Dosažené vzdělání .....	45
<b>Graf 3</b> Rodinný stav .....	48
<b>Graf 4</b> Diagnostický věk endometriózy .....	49
<b>Graf 5</b> Výskyt endometriózy v rodině.....	50
<b>Graf 6</b> Lokalizace endometriózy.....	51
<b>Graf 7</b> Průběh menstruačního krvácení.....	53
<b>Graf 8</b> Doba trvání menstruace .....	54
<b>Graf 9</b> Pravidelnost menstruace .....	55
<b>Graf 10</b> Přítomnost příznaků mimo menstruaci.....	56
<b>Graf 11</b> Diagnostika endometriózy v letech od projevení prvních příznaků .....	58
<b>Graf 12</b> Účinek analgetik .....	60
<b>Graf 13</b> Podpurná terapie .....	61
<b>Graf 14</b> Podstoupení hysterektomie.....	63
<b>Graf 15</b> Aktivity omezené endometriózou .....	65
<b>Graf 16</b> Problémy s otěhotněním .....	67
<b>Graf 17</b> Problémy v těhotenství .....	68
<b>Graf 18</b> Hodnocení kvality života.....	69
<b>Graf 19</b> Spokojenost se zdravím .....	70
<b>Graf 20</b> Omezení v souvislosti s bolestí .....	71
<b>Graf 21</b> Vyhledání lékařské pomoci.....	72
<b>Graf 22</b> Potěšení ze života .....	73
<b>Graf 23</b> Smysl života .....	74
<b>Graf 24</b> Schopnost soustředění .....	75
<b>Graf 25</b> Pocit bezpečí.....	76
<b>Graf 26</b> Zdravé prostředí.....	77
<b>Graf 27</b> Životní energie.....	78
<b>Graf 28</b> Tělesný vzhled .....	79
<b>Graf 29</b> Dostatek financí.....	80
<b>Graf 30</b> Dostatek informací .....	81
<b>Graf 31</b> Záliby.....	82
<b>Graf 32</b> Schopnost pohybu.....	83

<b>Graf 33</b> Spánek .....	84
<b>Graf 34</b> Každodenní činnosti .....	85
<b>Graf 35</b> Pracovní výkon .....	86
<b>Graf 36</b> Spokojenost sám se sebou .....	87
<b>Graf 37</b> Osobní vztahy .....	88
<b>Graf 38</b> Sexuální život .....	89
<b>Graf 39</b> Přátelé .....	90
<b>Graf 40</b> Životní podmínky .....	91
<b>Graf 41</b> Dostupnost zdravotní péče.....	92
<b>Graf 42</b> Doprava .....	93
<b>Graf 43</b> Negativní pocity .....	94
<b>Graf 44</b> Porovnání kvality života u jednotlivých domén .....	96

## Seznam tabulek

<b>Tabulka 1</b> Věk pacientek .....	45
<b>Tabulka 2</b> Druh zaměstnání .....	47
<b>Tabulka 3</b> Lokalizace endometriózy .....	51
<b>Tabulka 4</b> Příznaky onemocnění.....	52
<b>Tabulka 5</b> Doba trvání menstruace .....	54
<b>Tabulka 6</b> Diagnostika endometriózy po projevení prvních příznaků.....	57
<b>Tabulka 7</b> Druh léčby .....	59
<b>Tabulka 8</b> Účinek analgetik .....	60
<b>Tabulka 9</b> Podpůrná terapie .....	61
<b>Tabulka 10</b> Ovlivnění psychického zdraví .....	62
<b>Tabulka 11</b> Zmírnění příznaků po hysterektomii.....	64
<b>Tabulka 12</b> Omezení v běžných denních činnostech.....	64
<b>Tabulka 13</b> Absence v zaměstnání (ve škole).....	66
<b>Tabulka 14</b> Změna stravování při endometrióze .....	66
<b>Tabulka 15</b> Problémy v těhotenství .....	67
<b>Tabulka 16</b> Další onemocnění .....	68
<b>Tabulka 17</b> Porovnání kvality života u jednotlivých položek .....	95
<b>Tabulka 18</b> Porovnání kvality života u jednotlivých domén .....	96
<b>Tabulka 19</b> Vztah kvality života a věku .....	99
<b>Tabulka 20</b> Kvalita života v souvislosti s charakterem krvácení.....	100
<b>Tabulka 21</b> Kvalita života v souvislosti s druhem léčby .....	100
<b>Tabulka 22</b> Kvalita života v souvislosti s postiženými orgány endometriózou.....	101
<b>Tabulka 23</b> Vliv neplodnosti na kvalitu života .....	101

## **Seznam příloh**

<b>Příloha 1</b> Specifický dotazník.....	120
<b>Příloha 2</b> Dotazník WHOQOL-BREF .....	125

# Přílohy

## Příloha 1 Specifický dotazník

Dotazník na téma

### Endometrióza a její vliv na kvalitu života žen

Jmenuji se Petra Hofmanová a jsem studentkou bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství Lékařské fakulty v Hradci Králové Univerzity Karlovy. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dvou dotazníků (specifického a generického WHOQOL – Bref), které jsou podkladem empirické části bakalářské práce na téma Endometrióza a její vliv na kvalitu života žen. Oba dotazníky jsou anonymní, dobrovolné a určené pouze ženám s potvrzeným onemocněním endometrióza. Výsledky dotazníků budou použity pouze za účelem zpracování mé bakalářské práce. Při jejich vyplňování Vás prosím o pravdivé odpovědi. Vyplnění dotazníků Vám zabere pár minut.

Velmi děkuji za Vaši ochotu a čas při vyplnění dotazníku.

#### 1) Kolik je Vám let?

.....(doplňte)

#### 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední odborné vzdělání s výučním listem
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné vzdělání
- e) Vysokoškolské vzdělání

#### 3) Jaké je Vaše zaměstnání?

.....(doplňte)



**4) Jaký je Váš rodinný stav?**

- a) Svobodná
- b) Vdaná
- c) Rozvedená
- d) Vdova

**5) V kolika letech Vám byla diagnostikována endometrióza?**

.....(doplňte)

**6) Trpí někdo ve Vaší rodině také endometriózou?**

- a) Ne
- b) Ano

**7) Jaké orgány jsou u Vás postiženy endometriózou?**

- a) Vaječník
- b) Vejcovody
- c) Pochva
- d) Močový měchýř
- e) Pobřišnice
- f) Konečník
- g) Tlusté střevo
- h) Tenké střevo
- i) Plíce
- j) Jiné

**8) Jaké máte symptomy (příznaky) nemoci? (vyberte všechny):**

- a) Bez příznaků
- b) Bolesti v podbřišku
- c) Bolesti zad
- d) Chronické pánevní bolesti
- e) Nadměrné krvácení
- f) Křeče
- g) Problémy při vyprazdňování močového měchýře
- h) Zácpa
- i) Průjmy
- j) Nadýmání
- k) Únava
- l) Bolestivý pohlavní styk
- m) Neplodnost

**9) Jak silnou máte menstruaci?**

- a) Bez krvácení
- b) Pouze špinění
- c) Slabé krvácení
- d) Fyziologické krvácení stejné jako před potvrzením diagnózy
- e) Silné menstruační krvácení

**10) Kolik dní trvá menstruace?**

.....(doplňte)

**11) Máte pravidelnou menstruaci?**

- a) Ano
- b) Ne

**12) Přetrvávají nějaké příznaky i mimo menstruaci?**

- a) Často
- b) Jen zřídka
- c) Nepřetrvávají

**13) Po jak dlouhé době od projevení prvních příznaků Vám byla diagnostikována endometrióza?**

.....(doplňte časový údaj)

**14) Jakým způsobem je Vaše nemoc léčena?**

- a) Hormonální léčba
- b) Farmakologická léčba (antikoncepce, léky proti bolesti)
- c) Chirurgická léčba (laparoskopie)
- d) Alternativní medicína (např. fytotherapie – léčba bylinami)

**15) Zabírají Vám běžně dostupná analgetika? (např. Ibalgin, Nalgesin, Valetol, Paracetamol, ...)**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nemám bolesti

**16) Jakou další pomoc při léčbě endometriózy využíváte?**

- a) Výživový poradce
- b) Psychologická pomoc
- c) Psychiatrická pomoc
- d) Centrum asistované reprodukce
- e) Fyzioterapie
- f) Čínská medicína
- g) Jiné: .....

**17) Ovlivnila léčba Vaše psychické zdraví?**

- a) Ano (jakým způsobem)
- b) Ne

**18) Podstoupila jste hysterektomii?**

- a) Ano
- b) Ne

**19) Zmírnily se příznaky nemoci po hysterektomii?**

- a) Nepodstoupila jsem hysterektomii
- b) Příznaky zcela vymizely
- c) Částečně se příznaky zlepšily (uved'te jaké)
- d) Spíše ne

**20) Omezuje Vás nemoc v běžných denních činnostech, v jakých?**

- a) Neomezuje
- b) Omezuje (označte konkrétně v čem: nakupování, úklid domácnosti, sportování, zaměstnání – označit můžete vícero odpovědí)
- c) V budoucnu podstoupím

**21) Míváte absenci v zaměstnání, popřípadě ve škole kvůli endometrióze?**

a) Ano

b) Ne

**22) Změnila jste kvůli onemocnění svůj jídelníček?**

a) Ano,

Pokud ano, jakým způsobem: .....(stručně uveďte)

b) Ne

**23) Máte/měla jste problémy s otěhotněním?**

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

**24) Měla jste nějaké problémy během těhotenství kvůli endometrióze?**

a) Nebyl žádný problém

b) Nebyla jsem těhotná

c) Krvácení

d) Spontánní potrat

e) Předčasný porod

f) Předčasný odtok plodové vody

**25) Trpíte nějakým jiným dalším onemocněním? (např. Diabetes Mellitus, osteoporóza, vysoký krevní tlak, ...)**

a) Ano

b) Netrpím

## KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

### WHOQOL-BREF (krátká verze)

#### INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

<b>Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?</b>	<b>vůbec ne</b> 1	<b>trochu</b> 2	<b>středně</b> 3	<b>hodně</b> ④	<b>maximálně</b> 5
--	----------------------	--------------------	---------------------	-------------------	-----------------------

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

<b>Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?</b>	<b>vůbec ne</b> ①	<b>trochu</b> 2	<b>středně</b> 3	<b>hodně</b> 4	<b>maximálně</b> 5
--	----------------------	--------------------	---------------------	-------------------	-----------------------

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

<b>1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?</b>	<b>velmi špatná</b>	<b>špatná</b>	<b>ani špatná ani dobrá</b>	<b>dobrá</b>	<b>velmi dobrá</b>
	1	2	3	4	5

<b>2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?</b>	<b>velmi nespokojen/a</b>	<b>nespokojen/a</b>	<b>ani spokojen/a ani nespokojen/a</b>	<b>spokojen/a</b>	<b>velmi spokojen/a</b>
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	<b>vůbec ne</b>	<b>trochu</b>	<b>středně</b>	<b>hodně</b>	<b>maximálně</b>
<b>3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?</b>	1	2	3	4	5
<b>4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?</b>	1	2	3	4	5
<b>5. Jak moc Vás těší život?</b>	1	2	3	4	5
<b>6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?</b>	1	2	3	4	5
<b>7. Jak se dokážete soustředit?</b>	1	2	3	4	5
<b>8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?</b>	1	2	3	4	5
<b>9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?</b>	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/anebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	<b>vůbec ne</b>	<b>spíše ne</b>	<b>středně</b>	<b>většino u ano</b>	<b>zcela</b>
<b>10. Máte dost energie pro každodenní život?</b>	1	2	3	4	5
<b>11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?</b>	1	2	3	4	5
<b>12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?</b>	1	2	3	4	5
<b>13..Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?</b>	1	2	3	4	5
<b>14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?</b>	1	2	3	4	5

	<b>velmi špatně</b>	<b>špatně</b>	<b>ani špatně ani dobře</b>	<b>dobře</b>	<b>velmi dobře</b>
<b>15. Jak se dokážete pohybovat?</b>	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á** nebo **spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	<b>velmi nespokoj en/a</b>	<b>nespokoj en/a</b>	<b>ani spokojen/a ani nespokojen/ a</b>	<b>spokoj n/a</b>	<b>velmi spokoj n/a</b>
<b>16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?</b>	1	2	3	4	5
<b>17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?</b>	1	2	3	4	5
<b>18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?</b>	1	2	3	4	5
<b>19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?</b>	1	2	3	4	5
<b>20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?</b>	1	2	3	4	5
<b>21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?</b>	1	2	3	4	5
<b>22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?</b>	1	2	3	4	5
<b>23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?</b>	1	2	3	4	5
<b>24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?</b>	1	2	3	4	5



<b>25. Jak jste spokojen/a s dopravou?</b>	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	<b>nikdy</b>	<b>někdy</b>	<b>středně</b>	<b>celkem často</b>	<b>neustále</b>
<b>26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?</b>	1	2	3	4	5