UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023 Nela Macháčková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Endometrióza a informovanost žen

Bakalářská práce

2023 Nela Macháčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Nela Macháčková**
Osobní číslo:	**Z19187**
Studijní program:	**B5349 Porodní asistence**
Studijní obor:	**Porodní asistentka**
Téma práce:	**Endometrióza a informovanost žen**
Téma práce anglicky:	**Endometriosis and women's awareness**
Zadávající katedra:	**Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy:	**35 stran**
Rozsah grafických prací:	**dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce:	**tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ČEPICKÝ, Pavel, et al. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2018. 232 s. ISBN 978-80-247-5604-2.
LENZ, Jiří, et al. *Endometrióza*. Praha: Grada, 2021. 240 s. ISBN 978-80-271-3050-4.
ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Pavel VENTRUBA. *Gynekologie*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2019. 356 s. ISBN 978-80-7492-426-2.
ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247--2832-2.
SLEZÁKOVÁ, et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

Vedoucí bakalářské práce:	**Mgr. Kateřina Kmentová** Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Datum zadání bakalářské práce:	**1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce:	**4. května 2023**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Endometrióza a informovanost mezi ženami jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 03. 05. 2023

Nela Macháčková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat mé vedoucí práce Mgr. Kateřině Kmentové za její vstřícnost a odbornou pomoc. Za její cenné připomínky a rady, rychlou odezvu, vstřícnost, trpělivost a čas, který mi věnovala. Následně bych chtěla poděkovat respondentkám, které mi umožnily provedení průzkumného šetření a ochotně vyplnily dotazník.

ANOTACE

Tato práce je věnovaná problematice endometriózy. Zejména informovanosti žen z jihomoravského kraje. Teoretická část se zaměřuje na aktuální informace o endometrióze. V průzkumné části bylo anonymním dotazníkem zjišťováno, jakými informacemi ženy disponují.

KLÍČOVÁ SLOVA

Endometrióza, informovanost

TITLE

Endometriosis and women's awareness.

ANNOTATION

This work is devoted to the issue of endometriosis. Especially the awareness of women from the South Moravian region. The theoretical part focuses on current information about endometriosis. In the research part, an anonymous questionnaire was used to find out what information the women have.

KEYWORDS

Endometriosis, awareness

OBSAH

Úvod 11

1 Cíle a metody práce 12

1.1 Cíl práce 12

1.2 Metody k dosažení cíle 12

Teoretická část 13

2 Endometrióza 13

2.1 Klasifikace endometriózy 13

2.1.1 Klasifikace podle výskytu 13

2.1.2 Klasifikace rASRM 14

2.1.3 Klasifikace Enzian 15

2.1.4 Klasifikace EFI 15

2.2 Teorie patogeneze 15

2.3 Rizikové faktory 16

2.4 Příznaky endometriózy 17

2.5 Diagnostika 18

2.5.1 Anamnéza 18

2.5.2 Gynekologické vyšetření 18

2.5.3 Ultrazvukové vyšetření 19

2.5.4 Krevní vyšetření 19

2.5.5 Invazivní vyšetření 19

2.6 Léčba 20

2.6.1 Farmakologická terapie 20

2.6.2 Chirurgická léčba 21

2.7 Nelékařská léčba 22

2.7.1 Tradiční čínská medicína 22

2.7.2 Akupunktura 22

2.7.3 Cvičení 23
2.7.4 Fyzioterapie u endometriózy 23
2.7.5 Psychologické intervence 23
2.8 Prevence endometriózy 24
2.8.1 Strava 24
2.8.2 Užívání kofeinu, alkoholu a kouření 24
2.8.3 Fyzická aktivita 25
2.9 Informovanost o endometrióze 25
Průzkumná část 26
3 Průzkumné cíle a otázky 26
3.1 Průzkumné cíle 26
3.2 Průzkumné otázky 26
4 Metodika průzkumné části 27
4.1 Dotazník vlastní konstrukce 27
4.2 Charakteristika průzkumného vzorku 27
4.3 Zpracování a vyhodnocení dat 28
4.4 Interpretace výsledků průzkumu 28
5 Diskuse 44
6 Závěr 47
7 Použitá literatura 49
7.1 Knižní zdroje 49
7.2 Internetové zdroje 49
7.3 Ostatní 52
8 Přílohy 54

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Věk respondentek 28
Obrázek 2: Dostatečnost informovanosti o endometrióze 31
Obrázek 3: Výskyt endometriózy 32
Obrázek 4: Četnost preventivních prohlídek 33
Obrázek 5: Bolestivá menstruace 35
Obrázek 6: Nezhoubnost endometriózy 39
Obrázek 7: Endometrióza u mužů 40
Obrázek 8: Sterilita 41
Obrázek 9: Reakce endometria na menstruaci 42
Obrázek 10: Léčba endometriózy 43

Tabulka 1: Pojem endometrióza 29
Tabulka 2: Výskyt pojmu 30
Tabulka 3: Nejčastější důvod návštěvy gynekologa 34
Tabulka 4: Tlumení bolesti 36
Tabulka 5: Řešení bolesti 37
Tabulka 6: Rizikové faktory 38

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

∑	suma
AFS	American Fertility Society
BMI	body mass index
č.	číslo
EFI	Endometriosis fertility index
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
f_i	relativní četnost
IVF	in vitro fertilizace
n	celková četnost
Např.	například
n_i	absolutní četnost
NLZP	nelékařský zdravotnický personál
rASRM	American Society for Reproductive Medicine
s.	strana
tzv.	Takzvaně

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem zvolila „endometrióza a informovanost žen“. Endometrióza je velmi aktuálním tématem, které souvisí s porodní asistencí. Je žádoucí, aby se každá žena starala o své zdraví a v případě projevu příznaků myslela i na toto onemocnění. Touto bakalářskou prací bych chtěla upozornit na nízkou informovanost o této nemoci mezi ženami.

Ve velkém množství případů je endometrióza onemocněním žen v plodném věku. Může se však vyskytnout i u dospívajících, či u žen po menopauze. Endometrióza může postihnout všechny ženy napříč etnicitou i sociálními skupinami. Ale i přes to se nejčastěji toto onemocnění vyskytuje u bílé rasy, poté u Asiatek a nejméně u černošek (Roztočil et al., 2011, s. 128).

Existuje několik studií, které upozorňují na zbytečnou prodlevu mezi projevy prvními příznaky a určením diagnózy. Hudelist ve své studii zjišťuje průměrnou dobu prodlevy 10,4 let a mezi první návštěvou gynekologa a určením diagnózy 7,7 let. Jedná se o Rakouskou studii, kde je populace a zdravotnický systém podobný, jako v České republice (Lenz et al., 2021, s. 130).

Endometrióza je poměrně časté a záhadné onemocnění u žen. Projevuje se existencí endometroidní tkáně mimo dělohu. Tato tkáň se nachází kdekoliv, nebyla popsána na srdci a slezině. Nejčastěji se však nachází ve vaječnících nebo na pánevní pobřišnici. Endometroidní tkáň prochází „menstruací“, kvůli vlivu ovariálních hormonů. Kolem tkáně poté nastává zánětlivá reakce a jizvení (Čepický et al., 2018, s. 26).

Nejčastějšími symptomy je pelvialgie, dysmenorea a dyspaneurie. Dále obtíže s vyprazdňováním. Mezi komplikace patří sterilita a srůsty v malé pánvi. Endometrióza se vyskytuje až u 40 % sterilních žen (Slezáková et al., 2017, s. 115).

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a průzkumnou. Cílem teoretické práce bylo popsat soudobé poznatky o endometrióze.

Při psaní teoretické části této bakalářské práce jsem se nažila vyhledávat co nejaktuálnější prameny a zdroje. Velkým přínosem k psaní mi byly Doporučené postupy pro endometriózu tzv. ESHRE Guideline Endometriosis 2022. Cílem průzkumné části bylo zmapování informovanosti žen v souvislosti s touto problematikou. Respondentkami byly ženy napříč všemi věkovými kategoriemi z Jihomoravského kraje.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Hlavní cíl: Zjistit informovanost žen z jihomoravského kraje o endometrióze.

Teoretický cíl:

Popsat soudobé poznatky endometriózy.

Průzkumný cíl:

1. Zjistit, zda a jakým způsobem byly dosud ženy informovány o endometrióze.
2. Zkoumat, jakými informacemi ženy o endometrióze disponují.
3. Zjistit, kolik žen má vlastní zkušenost s endometriózou.

1.2 Metody k dosažení cíle

Teoretická část byla vytvořena na podkladě studia odborné literatury. Další podklady pro teoretickou část této bakalářské práce v podobě českých i zahraničních vědeckých článků byly získány díky rozhraní PubMed, které zajišťuje přístup do databáze MEDLINE.

Průzkumná část byla zpracována na základě výsledků získaných pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku, který byl sestaven na základě poznatků z literatury, praktických zkušeností, průzkumných cílů a otázek. Průzkumná část byla zaměřena na míru informovanosti žen o problematice, která byla popsána v teoretické části. Získaná data byla následně analyzována a interpretována prostřednictvím grafů a tabulek.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce má za úkol popsat hlavní pojmy z oblasti endometriózy. Jako např. příznaky, diagnostiku, léčbu a prevenci. Poslední kapitola se věnuje informovanosti o endometrióze.

2 ENDOMETRIÓZA

Endometrióza byla poprvé popsána v roce 1860, popsal ji Karl von Rokitansky. Tedy více než 160 let se tímto tématem intenzivně zabývá řada lékařů a výzkumníků. V praxi stále narážíme na nejrůznější formy této nemoci s různými symptomy. V některých případech bývá diagnostika endometriózy stanovena náhodně i bez symptomů. V jiných případech pacientka trpí jak po fyzické, tak i po duševní stránce. Takový stav může pacientce výrazně ovlivnit kvalitu života (Lenz et al. 2019, s. 13).

Dutina dělohy je zevnitř vystlána endometriem neboli děložní sliznicí. Při každém menstruačním cyklu se buňky endometria namnoží, endometrium nabude tloušťku a připravuje se na uhnízdění oplodněného vejce. Pokud oplodnění nenastane, během menstruačního krvácení se část endometria vyloučí. V případě endometriózy tato sliznice se množí i mimo děložní dutinu a chová se velmi podobně, jako endometrium v děloze (NZIP).

2.1 Klasifikace endometriózy

Endometriózu můžeme třídit do různých kategorií. Tato kapitola bude pojednávat o klasifikaci podle výskytu, klasifikaci rASRM a klasifikaci Enzian.

2.1.1 Klasifikace podle výskytu

V případě lokalizace endometria na genitáliích se jedná o endometriosis genitalis. Endometrióza, která se nachází v dutině děložní se označuje jako vnitřní. Tedy endometriosis genitalis interna neboli adenomyóza (Roztočil et al., 2011, s. 128). Endometriální sliznice (žlázky i stroma) prorůstají do myometria. Děložní dutině se může nacházet také ložisková forma endometriózy, tzv. adenomyom. Nejčastěji je zastižen fundus a zadní stěna dělohy (Pilka et al., 2017, s. 128).

Ložiska, která se nachází na dalších pohlavních orgánech označujeme jako endometriosis genitalis externa. Vyskytují se na vejcovodech, vaječnicích, v Douglasově prostoru, závěsném děložním aparátu, na děložním hrdle a na vulvě (Roztočil et al., 2011, s. 128). Ovariální endometrióza se tvoří na povrchu vaječníků. V případě vnoření se do hloubky může vytvořit

cystu, která bývá často pojmenována jako čokoládová nebo térová cysta díky svému obsahu. Při endometrióze rektovaginálního septa vznikají tuhá ložiska. Postihuje také vazy mezi dělohou a pánevními kostmi a svaly pánevních orgánů (Slezáková et al., 2017, s. 115).

Jako endometriózu extragenitální označujeme tu, která se nachází mimo genitální orgány. Endometrióza nacházející se v dutině břišní se nazývá endometriosis extragenitalis abdominalis. Může být lokalizována na střevě, omentu a močovém měchýři. Dále může být endometriosis extragenitalis lokalizovaná na plicích, mozku nebo štítné žláze (Roztočil et al., 2011, s. 129).

2.1.1.1 Výskyt endometriózy u mužů

V extrémně vzácných případech je endometrióza nalézána i u mužů. V literatuře bylo již dříve popsáno 16 případů. V těchto případech byla endometrióza nejčastěji nalezena připojená k močovému měchýři, spodní břišní stěně a inguinální oblasti. Dříve se předpokládalo, že buď prodloužená estrogenová terapie, jaterní cirhóza nebo chirurgický zánět byl předpokladem pro rozvoj endometriózy u mužů (Rei et al., 2018).

Některé zdroje uvádí, že ojedinělé případy endometriózy u mužů se objevily poté, co byli léčeni hormony na rakovinu prostaty (Smolarz et al., 2021).

2.1.2 Klasifikace rASRM

American Fertility Society (AFS) navrhla v roce 1979 unikátní přístup, skóre AFS. Systém vážených hodnot byl vyhodnocen a sečten podle velikosti endometrioitických lézí ve vaječnících, pobřišnici a vejcovodech a podle závažnosti adheze na každém z uvedených míst. Stagingový systém byl rozdělen do čtyř stupňů: I. (1 až 5 bodů, mírné), II. (6 až 15 bodů, střední), III. (16 až 30 bodů, těžké) a IV. (31 až 54 bodů, rozsáhlé). Někteří kritici však naznačili problém s tímto klasifikačním systémem. Proto byl tento systém v roce 1985 revidován. Definovali klasifikaci stádia jako minimální, mírné, střední a těžké a každé skóre bylo překlasifikováno na 1 až 5, 6 až 15, 16 až 40 a více než 40. Tubární endometrióza byla z revidované klasifikace vypuštěna a léze endometriózy byly klasifikovány jako povrchové a hluboké léze. V roce 1996 byl tento skórovací systém přejmenován na revidovanou klasifikaci American Society for Reproductive Medicine (rASRM) (Lee et al., 2021).

Jednou z výhod klasifikace rASRM je, že byla celosvětově akceptována a v posledních letech široce používána. Navíc je snadno použitelná a pro lékaře užitečná, když pacientům jednoduchým způsobem vysvětlí stupeň endometriózy (Lee et al., 2021).

2.1.3 Klasifikace Enzian

Klasifikace Enzian byla zavedena v Rakousku v roce 2005. Enzian skóre, stejně jako klasifikace rASRM, je určeno rozsahem endometriózy během operace. Když byla klasifikace Enzian poprvé vyvinuta, jejím účelem nebylo konkurovat klasifikaci rASRM, ale doplňovat ji s ohledem na popis hluboké infiltrující endometriózy. V letech 2010 a 2011 byl provedeny dvě úpravy klasifikačního systému Enzian, aby se napravilo překrývání se systémem rASRM. Tato revize pomáhá lékařům lépe porozumět a snadno používat klasifikaci Enzian (Lee et al., 2021).

2.1.4 Klasifikace EFI

EFI je index fertility endometriózy. Účelem vývoje systému EFI je predikovat míru těhotenství u pacientek s chirurgicky dokumentovanou endometriózou, které se nepokusily otěhotnět pomocí IVF. Systém EFI odráží faktory, jako je věk, délka trvání neplodnosti a předchozí těhotenství. Pro těhotenství je nutná správná funkce vejcovodu, fimbrie a vaječníků. Funkční skóre ukazuje, zda je embryo dobře implantováno do dělohy, zda může děloha poskytnout embryu časné prostředí nebo zda vejcovody dokážou vajíčko dobře zachytit. Funkční skóre se pohybuje od 0 do 4 bodů. Pokud je nefunkční je označen jako 0, těžký dysfunkce jako 1, střední dysfunkce jako 2, mírná dysfunkce jako 3 a normální jako 4 (Lee et al., 2021).

2.2 Teorie patogeneze

V této kapitole budou popsány některé teorie vzniku endometriózy.

Ve 20. letech minulého století popsal Sampson teorii retrográdní menstruace. Popisuje, že při menstruaci odloučená endometriální tkáň vtéká zpětně do břišní dutiny vejcovody. Výzkumné pokusy prováděl na primátech. Inokuloval jejich vlastní menstruační krev do peritoneální dutiny. Zjistil, že při první aplikaci se objevila ložiska podobná endometrióze u 46 % primátů a při podání dvou aplikací se projevila u 100 % zvířat. Tato teorie však neplatí univerzálně. Nevysvětluje výskyt u prepubertálních dívek. A také u žen s děložními tubami, u kterých v 76–90 % dochází k retrográdní menstruaci se nerozvíjí endometrióza (Lenz et al., 2019, s. 25).

Další teorií je metaplastická teorie. Zakládá se na předpokladu, že endometrióza vznikla metaplazií mezoteliálních buněk peritonea působením hormonálních nebo imunologických faktorů (Lenz et al., 2019, s. 26). Tato teorie by mohla vysvětlit vznik endometriózy u žen bez retrográdní menstruace (Pilka et al., 2017, s. 128).

Hormonální teorie se zaměřuje na vliv ovariálních hormonů na endometroidní tkáň. Stejně tak, jak hormony ovlivňují eutopickou endomatriální tkáň dělohy, dokáží také ovlivnit i ektopickou tkáň (Lenz et al., 2019, s. 27).

Jedna z teorií také pojednává o vzniku endometriózy jako následek operačního výkonu. V některých případech je popisována endometrióza na přední stěně břišní u žen, které absolvovaly císařský řez. Vyšší výskyt endometriózy je také zaznamenán u vyššího počtu výkonů v dutině břišní (Pilka et al., 2017, 130 s.)

Molekulárně genetická teorie se zabývá výskytem genetické složky v patogenezi endometriózy. Zhruba 50 % endometriotických lézí je ovlivněno genetickými faktory (Lenz et al., 2019, s. 27). U příbuzenstva v první linii se endometrióza vyskytuje a 7x častěji. Vyznačuje se familiárním výskytem (Pilka et al., 2017, s. 130).

2.3 Rizikové faktory

Rizikové faktory lze rozdělit dle věkového období. Můžeme začít hned intrauterinním období, kdy byl zjištěn vyšší výskyt endometriózy u dívek, jejichž matka užívala v těhotenství dietylstilbestrol. V postnatálním období bylo zjištěno, že dívky, které měly nižší hmotnost, mají vyšší riziko rozvoje endometriózy. U dětí a dospívajících bereme v potaz brzkou menarché a delší trvání menstruačního. U těchto dívek byl prokázán vyšší pravděpodobnost výskytu endometriózy. Dále byl vyšší výskyt prokázán u dívek, které byly několik hodin denně vystavovány pasivnímu kouření a utrpěly těžké a časté spálení sluncem (Lenz, et al. 2021, s. 112).

U dospělých žen byl prokázán vliv těhotenství a kojení na vznik endometriózy. Byl prokázán pokles vzniku u žen s vyšším počtem porodů. Také kojení snižuje riziko vzniku. To vše díky poporodní amenoree. Stejně tak jako u dětí, tak i u dospělých žen je rizikovým faktorem sluneční záření, které rozvíjí endometriózu v závislosti na množství melanocytárních nervů a pih. Neméně důležitými rizikovými faktory jsou kouření, konzumace alkoholu a kofeinu, ale také absolvování nočních směn, které narušují cirkadiánní sekreci estrogenů (Lenz et al., 2021, s. 113). Mezi rizikové faktory patří i bílá rasa, vyšší socioekonomický status a nízké BMI (Dubová, Zikán, 2019, s. 244).

Zajímavé je, že nejnovější údaje naznačují, že obecně neexistuje žádná souvislost mezi BMI a výskytem endometriózy, ale došlo k významnému nárůstu výskytu endometriózy u obézních

žen ve srovnání s ženami s normální tělesnou hmotností. Obezita je také rizikovým faktorem těžké dysmenorey (Smolarz et al., 2021).

2.4 Příznaky endometriózy

V této kapitole se zaměříme na klasifikaci endometriózy podle příznaků a samotnými příznaky.

Endometrióza se projevuje mnohými příznaky, ale může být také bez příznaků. Klasifikuje se tedy jako symptomatická a asymptomatická. Jako jediný příznak asymptomatické endometriózy se může objevovat neplodnost (Roztočil et al., 2011, s. 129).

Ve velké retrospektivní britské analýze 73 % žen s endometriózou měly vyšší výskyt abdominopelvické bolesti nebo silného menstruačního krvácení. Dalšími příznaky jsou dysmenorea, dyschezie, neplodnost, dyspaneurie nebo postkoitální krvácení. Zvýšení počtu příznaků zvýšilo pravděpodobnost endometriózy. Endometrióza by měla být považována za možnou diagnózu u žen s těmito klinickými příznaky, protože může vést k dřívější diagnóze endometriózy a ke zlepšení kvalitě života pacientek (Becker et al., 2022, s. 21).

Ve většině případů se dysmenorea začíná objevovat 36 až 48 hodin po začátku menstruace. Dysmenorea se objevuje z důvodu krvácení do ložisek endometriózy. Bolestivý pohlavní styk neboli dyspaneurie je způsobená tlakem na endometriózní ložiska nebo imobilitou orgánů malé pánve. Bolest může trvat i několik hodit po koitu (Roztočil et al., 2011, s. 130). Bolestivost může nastat i při vylučování. Dysurie i přes negativní kultivaci. Bolest při defekaci je poměrně ojedinělý symptom. Pacientka může trpět zácpou nebo průjmem (Marešová, 2021, s. 253).

Bolest je hlavním příznakem u mnoha pacientů trpící endometriózou. Vnímání bolesti se může individuálně lišit intenzitou, lokalizací, dobou výskytu a trváním (Becker et al., 2022, s. 22).

Dalším závažným příznakem je sterilita. 30–50 % žen s endometriózou má problém s otěhotněním. V případě tohoto onemocnění se ženy potýkají s poruchou ovulace a endokrinní funkce. Dochází k abnormální folikulogenezi, syndromu luteinizovaného neprasklého folikulu a k defektu luteální fáze (Mardešić et al., 2013, s. 37). Mezi imunitní faktory sterility při endometrióze zahrnujeme porušení pick-up ovaria a transport vejcovodem, poruchu implantace a ovlivnění imunitních mechanismů (Marešová, 2021, 253 s.). Bylo prokázáno, že endometrióza ovlivňuje z hlediska snížení pohyblivosti a zničení DNA spermie (Janoušková et al., 2018).

2.5 Diagnostika

Tato kapitola pojednává o diagnostice endometriózy.

Prvním důležitým aspektem pro diagnostiku tohoto onemocnění je si na endometriózu vzpomenout. V diagnostice, od projevů prvních příznaků, je prodleva až 10,4 let (Lenz et al., 2021, s. 130).

2.5.1 Anamnéza

Jako první se provádí sběr anamnézy pacientky. Sdělí symptomy, které má, např. bolest při pohlavním styku nebo dysmenorea (Roztočil et al., 2011, s. 130). Důležitá je také rodinná anamnéza, dotazuje se na výskyt onkogynekologických onemocnění. V osobní anamnéze je důležitý souhrn abdominálních operací. Dotazujeme se na věk menarché a délku menstruačního cyklu (Lenz et al., 2021, s. 132).

2.5.2 Gynekologické vyšetření

Dalším krokem je gynekologické vyšetření. Pohledem můžeme detekovat endometriózu na vulvě, vagině a na cervixu dělohy. V oblasti Douglasova prostoru, parametrií, adnex a zadních děložních vazů se mohou nahmatat tuhé léze, které mohou značit přítomnost endometriózy a v období menstruace jsou citlivější na bolest (Roztočil et al., 2011, s. 130).

Typický nález pro výskyt endometriózy na děložních vazech je laterální umístění děložního hrdla. Tyto vazy se kvůli jizevnatění zkracují a později je děloha v retroverzi. Bolestivé prosáknutí dělohy můžeme palpovat při adenomyóze, které je při menstruaci citlivější (Roztočil et al., 2011, s. 130).

Vyšetřením per rektum se mohou palpovat léze v rektovaginálním septu (Roztočil et al., 2011, s. 130). Kvůli velké bolestivosti pacientky bývá fyzikální vyšetření často omezené, a tak se může provést v narkóze před operačním výkonem. Získáváme tak důležité informace k rozsahu resekce (Lenz et al., 2021, s. 134).

Vaginální anebo rektovaginální vyšetření může být v určitých situacích nevhodné. Např. u adolescentů, kvůli náboženskému přesvědčení, pohlavnímu zneužívání v minulosti a virgo. V ideálním případě by mělo být vaginální vyšetření vynecháno a měly by být použité jiné lékařské technologie (Becket et al. 2022, s. 25).

Endometriózu nemusíme hmatat jen na genitáliích, ale také na pupku, na jizvě po sectio cesara a další. Toto vyšetření bývá velmi často falešně pozitivní, a tak je považováno pouze

za orientační. Musí být tak provedené další diagnostické postupy. Konečnou diagnózu určí až histologické vyšetření ložiska (Roztočil et al., 2011, s. 130).

2.5.3 Ultrazvukové vyšetření

V dnešní době je stále více využívaná diagnostika neinvazivní metodou za použití ultrazvuku a magnetické rezonance. Díky této metodě je možnost efektivního pozorování hormonální léčby a jejího účinku. Prací ošetřujícího gynekologa je také rozlišení ultrazvukovým vyšetřením fyziologické a patologické tkáně. Měl by znát základní vlastnosti pro výskyt endometriózní tkáně. Během ultrazvukového vyšetření je také možné zachytit míru bolestivosti tkáně, při pohybech sondou. Pokud má ošetřující gynekolog podezření na výskyt patologické tkáně, odešle pacientku do specializované péče (Indrielle-Kelly et al., 2019).

První volenou možností ve specializovaném pracovišti je specializované ultrazvukové vyšetření, které provádí lékař specializovaný pro výskyt endometriózy. V případě absence specializovaného lékaře se provádí magnetická rezonance zkušeným radiologem. Toto vyšetření ale ve většině případů neslouží k primární diagnostice tohoto onemocnění, ale pouze k objasnění. Magnetická rezonance je indikovaná i v případě hluboké endometriózy v abdominální části. Pokrok techniky umožňuje ultrazvukovému vyšetření zobrazovat tkáně v podobném rozsahu, jako magnetická rezonance. Je také lépe dostupný, levnější, pro pacientky lépe snášenlivý a nebyly zatím objeveny žádné kontraindikace (Indrielle-Kelly et al., 2019).

2.5.4 Krevní vyšetření

Existuje velké množství studií, které testovaly potenciální přítomnost biomarkerů u endometriózy. U krevních testů autoři dospěli k závěru, že ačkoli by se podskupina biomarkerů mohla ukázat jako užitečná při detekci endometriózy, neexistuje dostatek důkazů pro vyvození smysluplných závěrů (Becker et al., 2022, s. 26). Ca – 125 je nádorový marker, u kterého bylo prokázané zvýšení u žen s endometriózou v období menstruace. Důvod tohoto zvýšení není však zřejmý (Roztočil et al., 2011, s. 132).

2.5.5 Invazivní vyšetření

Laparoskopická diagnostika by měla být zvolena mezi posledními a mělo by jí předcházet neinvazivní vyšetření. Toto vyšetření je ale důležité, pro finální stanovení diagnózy (Lenz et al., 2021, s. 136). Laparoskopické vyšetření může poskytnou přímý náhled do dutiny břišní a pánve. Můžeme odebrat tkáň pro histologické a cytologické vyšetření, ale také léze odebrat úplně (Roztočil et al., 2011, s. 132). Při tomto výkonu může dojít k falešně negativním nálezům.

Jsou léze, které operatér může přehlédnout. Jde o léze bez pigmentu nebo o neaktivní léze. Je třeba nezapomínat na to, že negativní histologický nález neznamená, že žena endometriózou netrpí (Indrielle-Kelly et al., 2019). Zkomplikovat výkon mohou adheze v dutině břišní, které jsou součástí endometriózy. Obzvláště sampsonské cysty, které mají obsah podobný rozpuštěné čokoládě, vznikající z krvácení tkáně (Roztočil et al., 2011, s. 131). V průběhu let se objevilo dogma, že zlatým standardem pro diagnostiku endometriózy je laparoskopie. Ačkoliv se však ve většině zemí běžně provádí, zůstává invazivním postupem s potenciální morbiditou a dokonce mortalitou (Becker et al., 2022, s. 25).

2.6 Léčba

V současné době stále neznáme stoprocentní léčbu endometriózy, a tak můžeme pouze zmírňovat symptomy, zpomalit nebo zredukovat růst endometrických ložisek a pokusit se o zlepšení kvality života žen (Lenz et al., 2019, s. 146). Léčba ženy postižené endometriózou závisí na projevech symptomů a na místě výskytu lézí. Dále závisí na terapeutickém cíli a zachování plodnosti pacientky (Pilka et al., 2017, s. 135).

2.6.1 Farmakologická terapie

Farmakoterapie staví na výskytu estrogenových a progesteronových receptorech na endometriálních lézí. Po skončení terapie se ale onemocnění vrací v 30–70 % případů. Přesto má léčba přínos a 80-90 % pacientek udává zlepšení průběhu příznaků (Lenz et al., 2019, s. 146).

Hormonální farmakoterapie je založena na antiestrogenních přípravcích. První možností je hormonální antikoncepce, která je podávána nepřetržitě 6-12 měsíců. Nastane pak amenorea, a tak cyklem neprochází ani endometroidní tkáň. Účinek je asi u 80 % žen. Terapie gestageny se může užívat v perorální, intramuskulární i nitroděložní podobě. Nevýhodou jsou vedlejší účinky této terapie. Ženy může postihnout nauzea, retence tekutin, deprese a poruchy nálad (Roztočil et al., 2011, s. 132). U dospívajících s těžkou dysmenoreou anebo bolestí spojenou s endometriózou by lékaři měli předepisovat hormonální antikoncepci nebo gestageny jako hormonální terapii první volby, protože mohou být účinné a bezpečně. Je však důležité si uvědomit, že některé progestogeny mohou snižovat minerální hustotu kostí (Becker et al., 2022, s. 40).

Nehormonální farmakologická terapie využívá modulátory cytokinů, které zmenšují léze až o 50 %, ale jde o experimentální léčbu. Antibiotika a antiflosika mají pouze dodatečný smysl. Analgetika se používají k překonání bolesti (Roztočil et al., 2011, s. 132).

2.6.2 Chirurgická léčba

Kvalita a rozsah prvního chirurgického zákroku jsou určující, pokud jde o plodnost. Ve dvou studiích bylo popsáno zmírnění symptomů po operaci a také recidiva symptomů. Dysmenorea, dyschezie, zácpa a dysurie se po chirurgické léčbě výrazně snížili. Míra recidivy symptomů však může být značná, zvláště když po operaci následuje hormonální léčba (Becker et al., 2022, s. 49).

Operaci by měli provádět odborníci na toto onemocnění. Velká část recidivy nebo přetrvání endometriózy souvisí se špatnou kvalitou prvního chirurgického zákroku, neúplným odstraněním všech lézí nebo nesprávným přístupem v době laparoskopie. Laparoskopie dává příležitost vyříznout všechna přítomná onemocnění, včetně adhezí, peritoneálních lézí všech typů a hlubokých infiltrujících lézí (Rolla, 2019).

Peritoneální léze by měly být vyříznuty kdekoli je to možné. Mnohé z nich jsou hluboké léze skryté za typickým modrým, červeným nebo bílým povrchovým vzhledem. Destrukce laserem nebo elektrokoagulací neumožňuje histologii (Rolla, 2019).

Operace cystické ovariální endometriózy se liší podle průměru, počtu a lokalizace cyst. U žen s neplodností operace endometriomu menšího než 3 cm nezlepšuje úspěšnost IVF. Excize endometriomu má nižší míru recidivy o 5 % než povrchová destrukce s recidivou kolem 20 %. Excize může být spojená s větším poškozením vaječníků, pokud je chirurg méně zkušený (Konincx et al., 2019).

U hluboké infiltrující endometriózy je to nejsložitější chirurgický zákrok v této oblasti. U této problematiky jsou čtyři různé možnosti. Infiltrace močového měchýře, laterální onemocnění s nebo bez uretrálního postižení, postižení sigmatu a rektovaginální noduly. Všechny tyto operace kromě některých menších lézí močového měchýře, vyžadují odborné znalosti a v mnoha případech interdisciplinární chirurgické týmy, včetně gastrointestinálních chirurgů a urologů (Rolla, 2019).

Radikální terapie v podobě hysterektomie a oboustranné adnexektomie je nejefektivnější u žen, které netouží po zachování plodnosti. Recidiva u tohoto řešení je okolo 15 % (Pilka et al., 2017, s. 138).

2.7 Nelékařská léčba

Nelékařské strategie léčby jsou široce používány ženami s endometriózou. V nedávné dotazníkové studii se ukázalo, že 62,5 % švýcarských, rakouských a německých pacientek s endometriózou užívalo komplementární a alternativní medicínu (Becker et al., 2022, s. 71.).

2.7.1 Tradiční čínská medicína

Důkazy pro čínskou medicínu z recenzované literatury nebyly spolehlivé a studie byly obecně špatně sestaveny. Na základě současné literatury nelze učinit žádné doporučení ohledně používání tradiční čínské medicíny ke zlepšení kvality života a snížení bolesti u žen s endometriózou. Na základě několika studií mohou lékaři navrhnout rybí olej jako alternativu ke škodlivějším protizánětlivým lékům. Literatura a výzkumy čínské medicíny se zabývají především intervencemi a výsledky, které se v západní medicíně běžně nepoužívají. Studie jsou velmi heterogenní a nelze z nich učinit žádná doporučení (Becker et al., 2022, s. 78).

V knihách tradiční čínské medicíny není žádný relevantní záznam o endometrióze. Avšak dle příznaků ji lze považovat za „Zheng Jia“, které označují všechny hrudky v lidském těle. Projevy těchto hrudek byly bolesti v podbřišku, hmota břicha a nepravidelné vaginální krvácení. Tradiční čínská medicína je přesvědčena, že endometrióza vzniká retrográdní menstruací (Wang, et al., 2021).

2.7.2 Akupunktura

Akupunktura je považována za doplňkovou a neinvazivní léčbu. Je integrována v čínské medicíně. Ačkoli jsou studie akupunktury u žen s endometriózou shrnuty v několika metaanalýzách, jsou malé, nespecifické a nezaslepené. Zahrnuté články měly smíšené výsledky a různé typy akupunktury, což ztěžovalo jejich hodnocení. Kromě toho mohou být vzneseny otázky týkající se skupin s placebem, protože jakýkoliv zásah jehlou na kůži poskytuje smyslovou stimulaci a není možné předložit platné inertní placebo. Dospělo to tedy k závěru, že na základě současné literatury nelze učinit žádné doporučení ohledně použití akupunktury ke zlepšení kvality života a snížení bolesti u žen s endometriózou (Becker et al., 2022, s 72).

2.7.3 Cvičení

Cvičení má širokou škálu výhod včetně zlepšení duševního zdraví a snížení rizika velkého počtu zdravotních stavů. Podpora pacientů, kteří zůstávají aktivní a cvičí, jsou klíčovými prvky programů zvládání bolesti pro lidi s přetrvávajícími bolestmi, ale výzkum specifických účinků cvičení na endometriózu nebyl dostatečně zdokumentován (Becker et al., 2022 s. 73–74).

2.7.4 Fyzioterapie u endometriózy

Fyzioterapie u endometriózy se zaměřuje na různé oblasti práce s pacientkami. Předoperační fyzioterapii, pooperační fyzioterapii, terapii jizev a fyzioterapii zaměřenou na práci pánevního dna (urogynekologická fyzioterapie). Fyzioterapie pacientek s endometriózou se zaměřuje především na kinezioterapii, fyzikální terapii, využití manuální terapie zaměřené na oblast bederní pánve a viscerální terapii. Důležitá je také fyzická aktivita žen s endometriózou, učení se autoterapii a seberelaxaci (Wójcik et al., 2022).

Kinezioterapie je založená na práci s pohybovým aparátem reprodukčních orgánů a na využití masáže v oblasti pánve. Využití fyzioterapie má konzervativní efekt na gynekologický, farmakologický a chirurgický léčebný proces. Léčba fyzikálními metodami může být účinnou alternativou k jiným formám léčby. Užívá se světelná terapie, laserová terapie, elektroléčba a magnetoterapie (Wójcik et al., 2022).

Fyzioterapie jako doplňková léčba u žen se symptomatickou endometriózou má významné výhody při snižování bolesti, a přestože neexistují žádné přesvědčivé výsledky studie, mnoho žen uvádí tento typ terapie jako účinný (Wójcik et al., 2022).

2.7.5 Psychologické intervence

Autoři naznačují, že ženy mohou mít prospěch z podpůrně-expresivních psychoterapeutických intervencí (individuální nebo skupinových) zaměřených na usnadnění vyjádření nejhlubších myšlenek a pocitů o endometrióze a také na posílení jejich ženské identity. V souhrnu nelze učinit žádná doporučení ohledně účinnosti psychologických přístupů ke zlepšení bolesti a kvality života u žen s endometriózou. Je však důležité, aby si lékaři uvědomovali psychologický dopad života s bolestí, neplodností a funkčními pánevními problémy a zvážili, jaký je přístup k psychologické podpoře (Becker et al., 2022, s. 75–76).

2.8 Prevence endometriózy

V dnešní době stále nejsou prokázané žádné účinky prevence endometriózy. Jsou ale některé faktory, které mohou pravděpodobnost výskytu zmírnit (Roztočil et al., 2011).

2.8.1 Strava

Strava hraje velmi důležitou roli v prevenci rozvoje endometriózy. Za nejpřínosnější je považována konzumace zelené zeleniny a čerstvého ovoce. Obsahuje antioxidanty, které hrají důležitou roli ve správném fungování imunitního systému a odstraňování volných radikálů. Za zmínku stojí, že vláknina obsažená v zelenině se vzájemně ovlivňuje při kontrole střevní bakteriální flóry a ovlivňuje hormonální rovnováhu (Smolarz et al., 2021).

Červené maso působí antagonisticky na rozvoj endometriózy ve srovnání se zeleninou a ovocem. Vyznačuje se vysokým obsahem dioxinů, hormonů a tuků, které zvyšují koncentraci estrogenů (Smolarz et al., 2021).

2.8.2 Užívání kofeinu, alkoholu a kouření

Příjem kofeinu, alkoholu a kouření ovlivňuje hladinu estrogenu v těle, a proto mohou ovlivnit rozvoj endometriózy (Hemmert et al., 2019).

Předpokládá se, že příjem kofeinu má vliv na patologii gynekologických onemocnění kvůli jeho schopnosti ovlivňovat estradiol. Nedávná metaanalýza zahrnující osm studií však nenašla žádný důkaz, že by příjem kofeinu zvyšoval riziko endometriózy pro kohokoli oproti nekonzumaci. Šest z osmi studií však hodnotilo pouze retrospektivní příjem kofeinu, takže zkreslení vzpomínek na jeho užití je potenciálním problémem (Hemmert et al., 2019).

Podobně jako u kofeinu se předpokládá, že příjem alkoholu mění reprodukční hormony prostřednictvím aktivace aromatázy, čímž se zvyšuje přeměna testosteronu na estrogen. Prospektivní studie u premenopauzálních žen s opakovanými dobře načasovanými opatřeními napříč menstruačním cyklem takovou souvislost dokumentovaly. Navíc bylo prokázáno, že alkohol zvyšuje zánětlivou reakci těla. Navzdory dobře zdokumentovaným endokrinním imunologickým odpovědím na alkohol jsou epidemiologické studie hodnotící roli alkoholu na riziku endometriózy nejednoznačné. Možná kvůli odlišnému designu studií a obtížnost zachycení alkoholu před rozvojem onemocnění vzhledem k relativně dlouhé latenci mezi příznaky a diagnózou (Hemmert et al., 2019).

Tabák může změnit aromatázu a také zvýšit zánětlivou odezvu těla. Jeden systematický přehled dospěl k závěru, že neexistuje žádná souvislost mezi kouření a endometriózou. Nicméně většina studií zahrnutých do analýzy byla založena na self-reportu a uvádějí hrubé odhady asociace (Hemmert et al., 2019).

2.8.3 Fyzická aktivita

Zatímco bylo prokázáno, že fyzická aktivita snižuje mnoho onemocnění u žen, včetně gynekologických poruch, vysoká intenzita fyzické aktivity je spojována s poruchami reprodukce včetně anovulace a neplodnosti. Epidemiologické studie hodnotící vliv fyzické aktivity na endometriózu zřejmě prokazují ochranný účinek, ale výsledky byly rozporuplné. Stejně jako u jiných faktorů životního stylu, je zachycení expozice před onemocněním obtížné kvůli dlouhé době latence endometriózy (Hemmert et al., 2019).

Dva systematické přehledy referovaly o endometrióze a fyzické aktivitě. Dostupné údaje jsou neprůkazné, pokud jde o přínosy fyzického cvičení na riziko endometriózy a neexistují žádné spolehlivé údaje o přidané hodnotě fyzické aktivity na bolest u žen s endometriózou (Gutke et al., 2021)

2.9 Informovanost o endometrióze

Nedostatečná informovanost je jak v běžné populaci, tak i v lékařské komunitě. Přes její vysokou prevalenci, závažnost symptomů a její vysoký socioekonomický dopad mnoho lidí neslyšelo o endometrióze, natož o spojení s příznaky bolesti nebo neplodnosti. I když několik zemí zařadilo endometriózu do své národní agendy, je nepravděpodobné, že se informovanost veřejnosti a následně klinické výsledky zlepší, pokud endometrióza, abnormální menstruační krvácení a bolest nebudou rutinní součástí školních osnov (Becker et al., 2022, s. 20).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

3 PRŮZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

Průzkumná část bakalářské práce obsahuje průzkumné cíle a otázky, metodiku průzkumné části, analýzu a interpretaci výsledků. Součástí práce je diskuse a závěr.

3.1 Průzkumné cíle

Na základě studia odborných zdrojů a tématu práce byly stanoveny následující průzkumné cíle:

- Zjistit, zda a jakým způsobem byly dosud ženy informovány o endometrióze.
- Zkoumat, jakými informacemi ženy o endometrióze disponují.
- Zjistit, kolik žen má vlastní zkušenost s endometriózou.

3.2 Průzkumné otázky

Na základě stanovených cílů bakalářské práce byly stanoveny tyto průzkumné otázky:

Průzkumná otázka č. 1: Jakým způsobem byly ženy informované o endometrióze?

Průzkumná otázka č. 2: Jakými informacemi respondentky o endometrióze disponují?

Průzkumná otázka č. 3: Jaký počet respondentek má přímou zkušenost s endometriózou?

4 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Tato bakalářská práce má teoreticko-průzkumný charakter. K získání dat byl proveden kvantitativní průzkum pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku, který byl sestaven na základě poznatků z literatury, praktických zkušeností, průzkumných cílů a otázek. Tato průzkumná metoda byla zvolena především díky možnosti rychlého sběru dat a schopnosti oslovit větší počet respondentek při nejmenší možné časové náročnosti (Kutnohorská, 2009, s. 22).

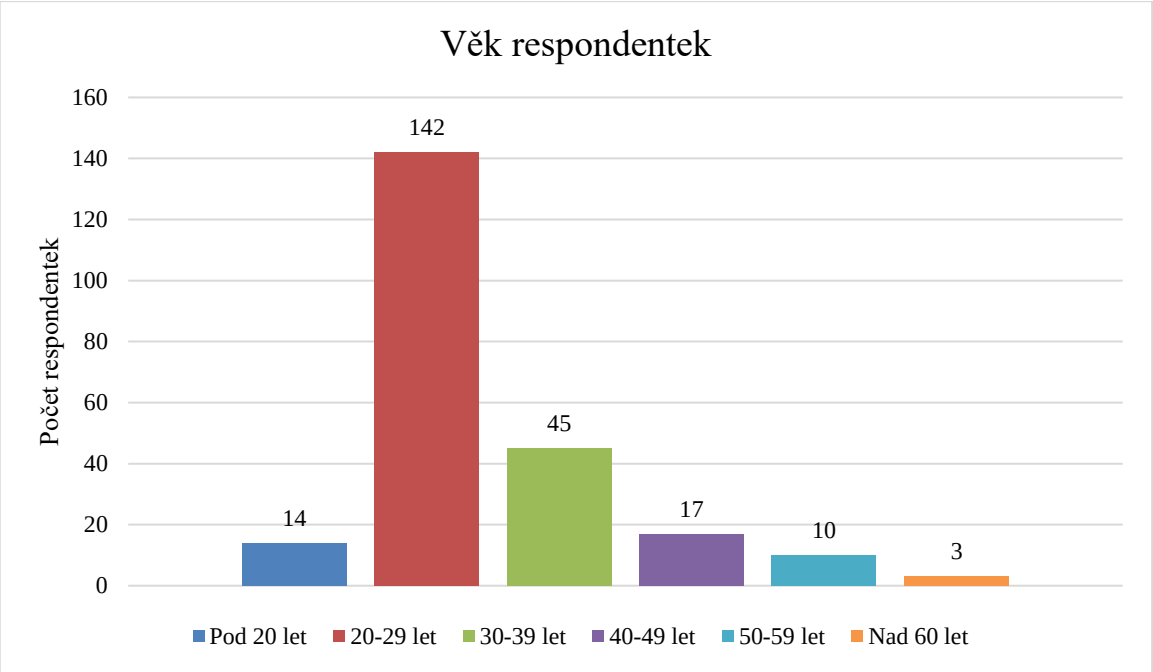
4.1 Dotazník vlastní konstrukce

Průzkumné šetření probíhalo v březnu roku 2023. Dotazníky byly rozesílány pomocí hypertextového odkazu, který respondentky odkazoval na mnou vytvořený dotazník v internetovém portálu survio.cz. Dotazník obsahoval celkem 16 otázek několika typů. Dvě otázky byly otevřené (1 a 10), tři otázky polouzavřené (3, 7 a 9) a jedenáct otázek uzavřených (2, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15 a 16). Hypertextový odkaz navštívilo 297 respondentek, vyplnilo jej 233 respondentek a musely být vyřazeny dva dotazníky, které byly vyplněny pouze částečně. V průzkumné části byly zpracovány data z 231 kompletně vyplněných dotazníků (77,8 %).

4.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Do průzkumného otazníku byly zařazeny všechny ženy a dívky z Jihomoravského kraje. Před vyplňováním bylo upozorněno, že dotazník je určen pouze pro ženy z Jihomoravského kraje. Žádné další podmínky stanoveny nebyly. Následně byly respondentky ujištěny, že účast na průzkumném šetření je zcela anonymní.

První otázka byla zaměřena na věk dotazovaných žen. Ženy měly pomocí otevřené otázky udat svůj věk. Následně byly ženy podle dat rozděleny do šesti věkových kategorií. Nejpočetnější skupinu tvořily respondentky ve věku 20–29 let, kterých bylo 142 (61,5 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky od 30 do 39 let. Činilo jich 45, tedy 19,5 %. Třetí kategorii tvořily ženy ve věkovém rozmezí 40–49 let (7,3 %). Další, tedy čtvrtou věkovou kategorii tvořily ženy pod 20 let, do které spadá 14 respondentek (6,1 %). Pátou věkovou kategorii tvořily ženy od 50 do 59 let v zastoupení 10 respondentek (4,3 %). Poslední kategorie je nejméně početná a tvořily ji respondentky nad 60 let. Do této kategorie v průzkumném šetření spadaly pouze 3 ženy (1,3 %).



Obrázek 1: Věk respondentek

4.3 Zpracování a vyhodnocení dat

K tvorbě dotazníku byl použit program Microsoft Office Word 365. Pro zpracování získaných dat z dotazníkového šetření do podoby grafů či tabulek byl použit program Microsoft Office Excel 365 a k následné grafické úpravě došlo v programu Microsoft Office Word 365. Písemná část bakalářské práce pak byla vyhotovena pomocí Microsoft Office Word 365.

Ke snadnějšímu znázornění výsledků byly použity četnostní veličiny, kdy **(*n*) celková četnost** odpovídá celkovému počtu respondentek v datovém souboru, **(n_i) absolutní četnost** představuje počet jednotlivých odpovědí respondentek na konkrétní otázku, **(f_i) relativní četnost** dané odpovědi je podíl absolutní a celkové četnosti a **(∑) suma** je celkový součet. Výpočet relativní četnosti v procentech byl proveden pomocí tohoto vzorce: $f_i(\%) = \frac{n_i}{n} \times 100$ (Budíková, 2010, s. 21–22).

4.4 Interpretace výsledků průzkumu

V této části bakalářské práce jsou zpracovány a interpretovány výsledky průzkumné části, která byla realizována formou dotazníkového šetření. K prezentaci dat byly využity tabulky a grafy. Otázka č. 1 je již vyhodnocena v kapitole 4.2 s názvem Charakteristika průzkumného vzorku, jelikož tato otázka byla identifikační a blíže charakterizovala soubor respondentek.

Otázka č. 2: Slyšela jste někdy pojem endometrióza?

Tabulka 1: Pojem endometrióza

Odpověď	n_i	f_i (%)
Ano	183	79,2
Nevím	3	1,3
Ne	45	19,5
∑	**231**	**100**

V otázce č. 2, na kterou poukazuje tabulka č.1, ženy odpovídaly, zda někdy slyšely pojem endometrióza. Otázka byla polytomická výběrová s možností odpovědi „ano“, „nevím“ nebo „ne“. Odpověď „ano“ uvedla většina respondentek. Konkrétně 183 žen, tedy 79,2 %. Odpověď „nevím“ uvedly 3 ženy (1,3 %). Poslední odpověď „ne“ uvedlo 45 respondentek, což činí 19,5 %.

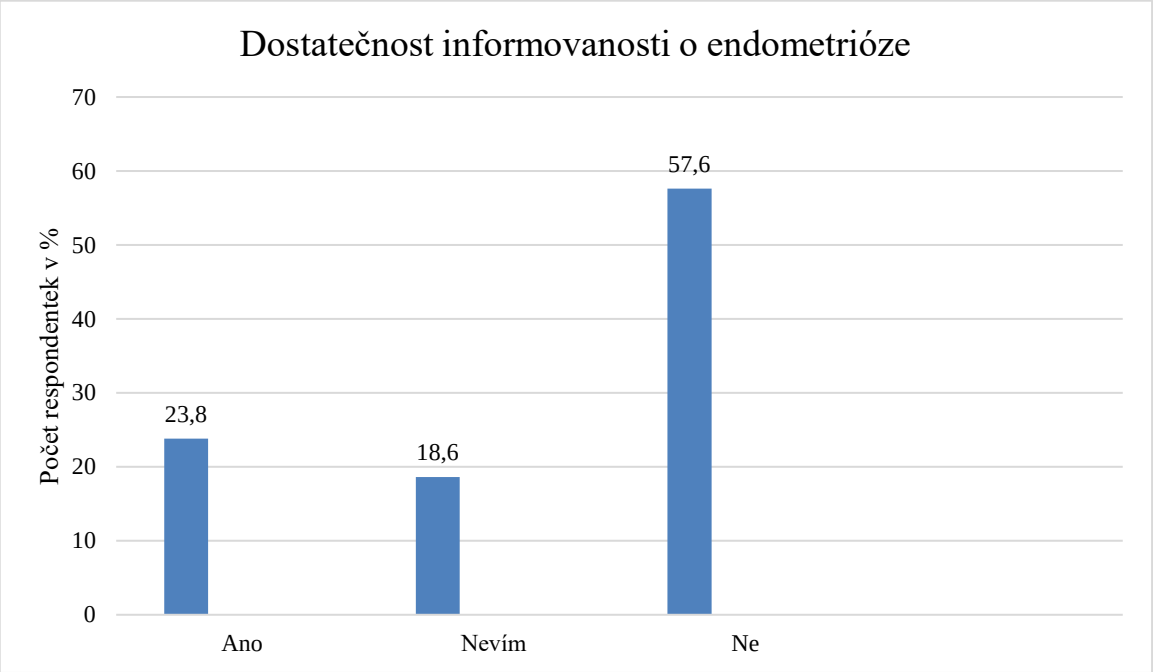
Otázka č. 3: Pokud jste u otázky č. 2 zvolila možnost „Ano“, kde jste na tento pojem narazila?

Tabulka 2: Výskyt pojmu

Odpověď	n_i	f_i (%)
Z médií	120	46
U gynekologa	50	19,2
U rodiny nebo přátel	30	11,5
Ve škole	29	11,1
U porodní asistentky nebo NLZP	20	7,7
U praktického lékaře	5	1,9
∑	**261**	**100**

Tato otázka navazuje na předchozí polytomickou výběrovou otázku. Je to tzv. filtrační otázka. Pokud respondentky u otázky č. 2 odpověděly „ano“, měly za úkol odpovědět na polozavřenou otázku. Ženy mohly zvolit i více možností nebo vypsat jinou odpověď. Celkem bylo sesbíráno 261 odpovědí (100 %) od 183 respondentek. Nejvíce respondentky odpovídaly možnost „z médií“. Vybralo ji celkem 120 respondentek, což v celkovém součtu odpovědí představuje 46 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo „u gynekologa“ s počtem 50 odpovědí, tedy 19,2 % ze všech odpovědí. 30 respondentek uvedlo „u rodiny nebo přátel“, což činí 11,5 %. V možnosti „jiné, prosím uveďte“ uvedlo až 29 respondentek odpověď „ve škole“. Je to tedy čtvrtá nejčastější odpověď v zastoupení 11,1 %. Pátou nejčastější odpovědí byla zvolená „u porodní asistentky nebo u jiného NLZP“, zvolilo ji 20 respondentek (7,7 %). 5 respondentek (1,9 %) zvolilo možnost „u praktického lékaře“.

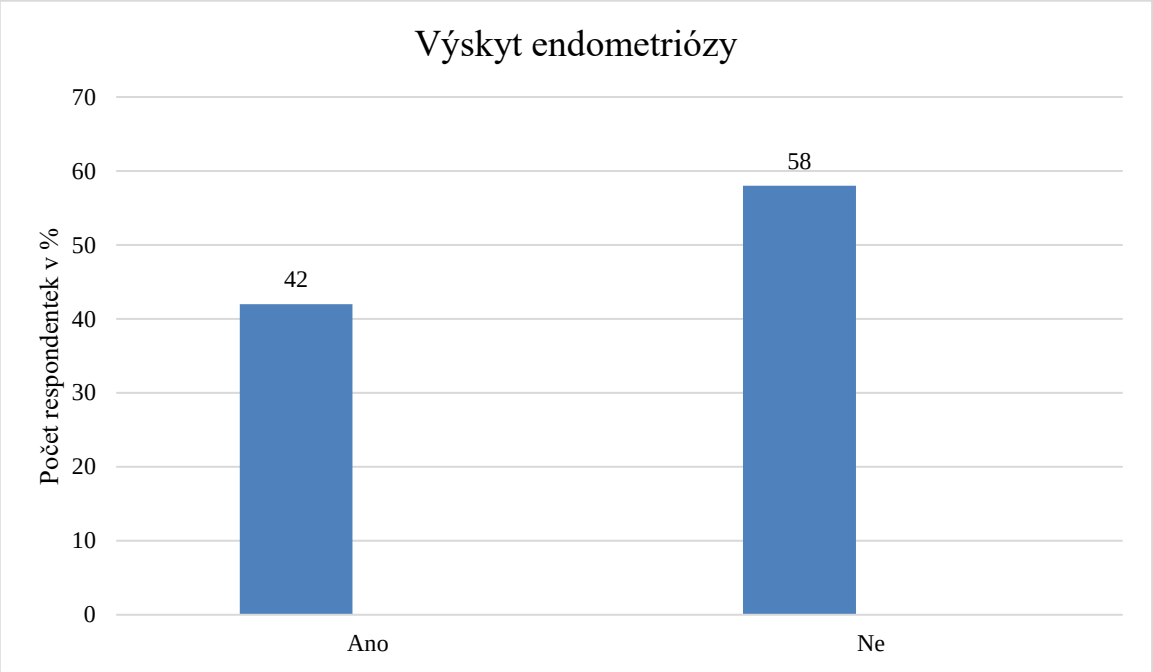
Otázka č. 4: Myslíte si, že jste byla o tomto onemocnění dostatečně informovaná?



Obrázek 2: Dostatečnost informovanosti o endometrióze

Čtvrtá otázka byla zaměřená na to, zda si ženy myslí, jestli byly dostatečně informovány o tomto onemocnění. Otázka byla uzavřená polytomická výběrová. Respondentky měly na výběr z možností „ano“, „nevím“ a „ne“. Nejčastější možností byla odpověď „ne“. Označilo ji 133 respondentek (57,6 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo „ano“, kterou vybralo 55 žen (23,8 %). Nejméně častou odpovědí bylo „nevím“, uvedlo ji 43 respondentek (18,6 %).

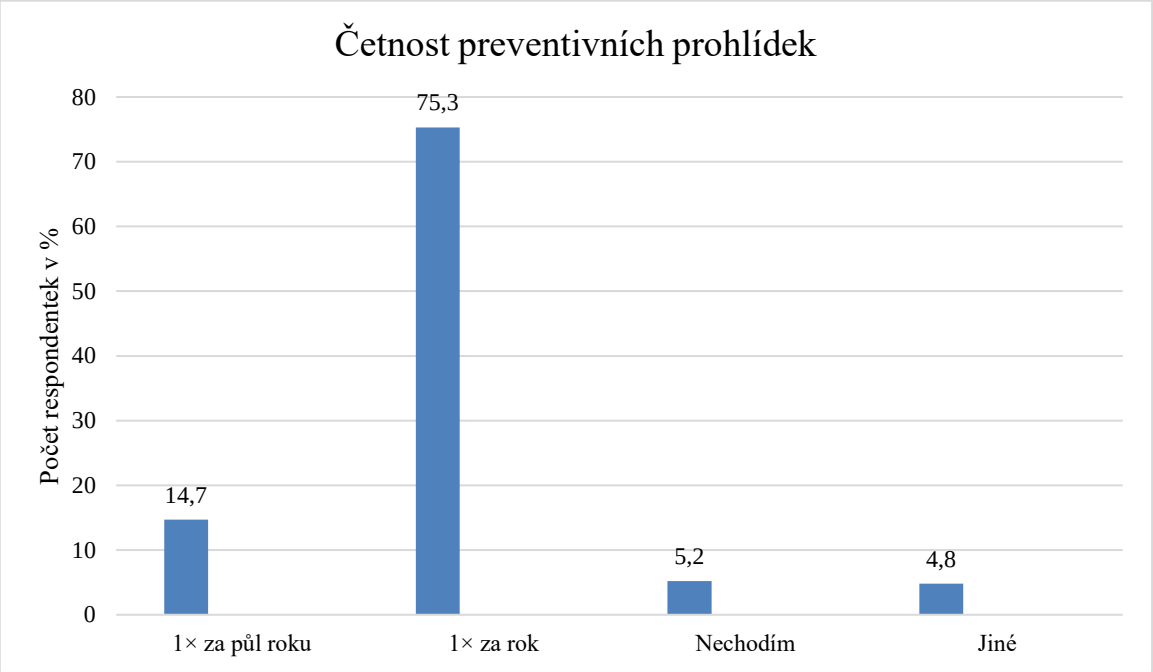
Otázka č. 5: Znáte někoho s touto diagnózou?



Obrázek 3: Výskyt endometriózy

Tato otázka byla dichotomická. Cílem bylo zjistit, zda respondentky znají někoho s endometriózou. Byl výběr z možností „ano“ a „ne“. Odpověď „ne“ byla nejčastější volenou. Označilo ji 134 respondentek, tedy 58 %. Možnost „ano“ zvolilo 97 žen (42 %).

Otázka č. 6: Jak často navštěvujete gynekologa v rámci prevence?



Obrázek 4: Četnost preventivních prohlídek

Tato průzkumná otázka se věnovala tomu, jak často respondentky navštěvují gynekologického lékaře v rámci preventivních prohlídek. Průzkumná otázka byla uzavřená, polytomického výběrového charakteru. Respondentky mohly vybírat z možností „1×za půl roku“, „1×za rok“, „nechodím“ a „jiné“. Zhruba ¾ respondentek uvedly, že prevenci absolvují 1×za rok. Konkrétně se jednalo o 174 respondentek, tedy 75,3 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo 1×za půl roku. Činilo to tedy 34 respondentek (14,7 %). 12 žen (5,2 %) z celkového počtu respondentek gynekologa nenavštěvují. Možnost „jiné“ zvolilo 11 respondentek, tedy 4,8 %.

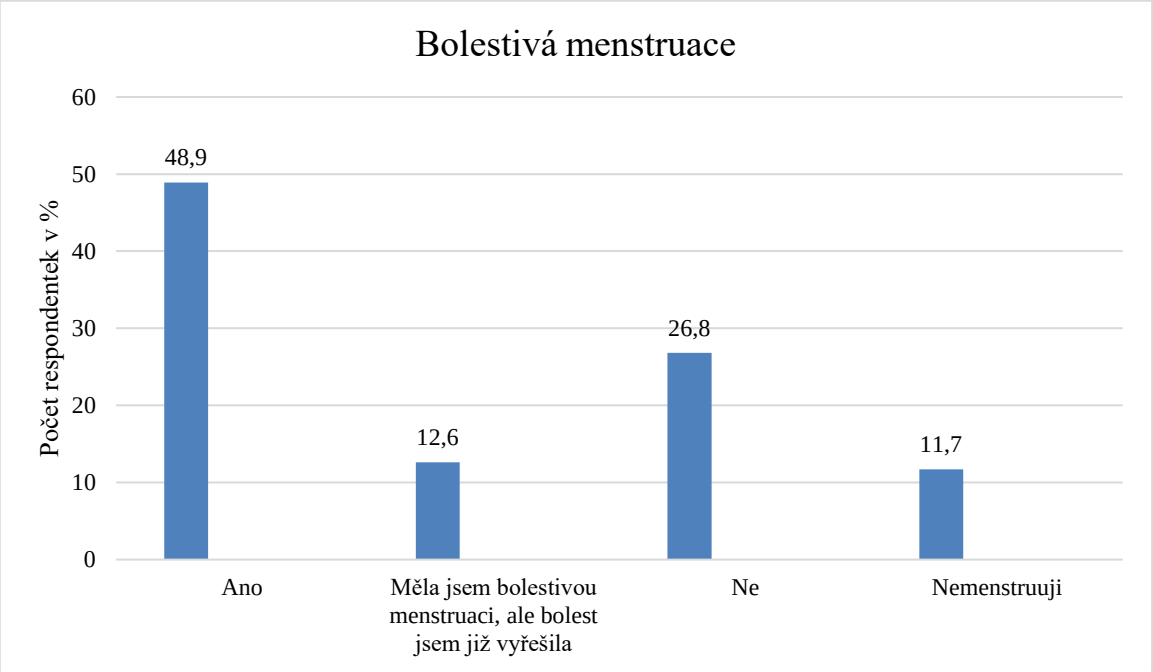
Otázka č. 7: Jaký je nejčastější důvod, kvůli kterému navštívíte gynekologa?

Tabulka 3: Nejčastější důvod návštěvy gynekologa

Odpověď	n_i	f_i (%)
Preventivní prohlídka	207	59,5
Podezření na těhotenství nebo těhotenství	30	8,6
Bolesti v podbřišku	23	6,6
Řešení antikoncepce	22	6,3
Výtok z pochvy	20	5,7
Nepravidelní menstruace	20	5,7
Jiné	16	4,3
Krvácení	11	3,3
∑	**348**	**100**

Sedmá otázka se zabývala tím, jaký je nejčastější důvod návštěvy u gynekologa. Otázka je polozavřená a ženy mohly vybírat více odpovědí. Měly na výběr z 8 odpovědí, „preventivní prohlídka“, „bolesti v podbřišku“, „nepravidelná menstruace“, „krvácení“, „výtok z pochvy“, „podezření na těhotenství nebo těhotenství“, „řešení antikoncepce“ a poslední možnost „jiné“, kde mohly uvést jiný, než z uvedených důvodů. Bylo sesbíráno 348 odpovědí (100 %) od 231 respondentek. Nejčastější volenou odpovědí byla „preventivní prohlídka“, kterou zvolilo 207 respondentek (59,5 %). Druhá nejčastější odpověď byla „podezření na těhotenství nebo těhotenství“. Tuto možnost označilo 30 respondentek (8,6 %). „Bolest v podbřišku“ volily ženy jako třetí nejčastější odpověď, tedy 23 respondentek (6,6 %). Čtvrtou nejčastější odpovědí bylo „řešení antikoncepce“, kterou zvolilo 22 žen (6,3 %). V počtu odpovědí se shodly možnosti „výtok z pochvy“ a „nepravidelná menstruace“. Obě byly označeny 20 respondentkami (5,7 %). Předposlední nejčastější odpovědí bylo „jiné“, ve které respondentky nejčastěji psaly, že gynekologa nenavštěvují. Označilo ji 16 respondentek (4,3 %). Nejméně častou odpovědí bylo „krvácení“, které zvolilo 11 respondentek (3,3 %).

Otázka č. 8: Trpíte bolestivou menstruací?



Obrázek 5: Bolestivá menstruace

Cílem otázky č. 8 bylo zjistit, zda ženy trpí bolestivou menstruací. Vybíraly z možností „ano“, „měla jsem bolestivou menstruaci, ale bolest jsem již vyřešila“, „ne“ a „nemenstruuji“. 113 respondentek (48,9 %) odpovědělo „ano“, tudíž to byla nejčastější odpověď. Druhou nejčastější odpověď respondentky volily „ne“. Zvolilo ji 62 žen (26,8 %). Třetí nejčastější odpověď byla „měla jsem bolestivou menstruaci, ale bolest jsem již vyřešila“, s počtem 29 respondentek (12,6 %). Nejméně častou odpovědí bylo „nemenstruuji“, kterou zvolilo 27 žen (11,7 %).

Otázka č. 9: Pokud jste u otázky č. 8 zvolila možnost „Ano“, řešíte nebo tlumíte nějakým způsobem bolest?

Tabulka 4: Tlumení bolesti

Odpověď	n_i	f_i (%)
Tlumím léky na bolest	67	45,3
Bolest vydržím	43	29,1
Jiné	24	16,2
Řeším bolest s odborníky (gynekolog, fyzioterapeut…)	14	9,5
∑	148	100

Tato otázka rozebírala to, jak ženy řeší bolestivou menstruaci. Pokud respondentky u otázky č. 8 odpověděly „ano“, měly za úkol odpovědět na polozavřenou otázku. Měly na výběr z možností „tlumím léky na bolest“, „bolest vydržím“, „řeším bolest s odborníky (gynekolog, fyzioterapeut…) a „jiné“. V odpovědi „jiné“ měly ženy možnost vypsat svou odpověď. Nejčastěji ženy odpovídaly možností „tlumím léky na bolest“. Tuto možnost vybralo 67 žen (45,3 %). Jako druhou nejčastější možnost ženy volily „bolest vydržím“. Zvolilo ji 43 respondentek (29,1 %). Možnost „jiné“ zvolilo 24 respondentek (16,2 %). Tři z nich napsalo možnost tišení bolesti teplem, dvě z nich uvedly užití bylinných čajů, jedna cvičení a dvě ženy vše výše uvedené. 14 respondentek (9,5 %) bolest řeší s odborníky.

Otázka č. 10: Pokud jste u otázky č. 8 zvolila možnost „měla jsem bolestivou menstruaci, ale bolesti jsem již vyřešila“, uveďte, prosím, jak jste tento problém vyřešila.

Tabulka 5: Řešení bolesti

Odpověď	n_i	f_i (%)
Antikoncepce	8	29,6
Otěhotnění	7	25,9
Operace	4	14,8
Doplňky stravy	3	11,2
Cvičení	2	7,4
Práce s psychikou	2	7,4
Nitroděložní tělísko	1	3,7
∑	**27**	**100**

Cílem otázky č. 10 bylo zjišťování, jak ženy vyřešily bolestivou menstruaci, pokud tento problém řešily. Otázka byla otevřená. Nejčastěji ženy zmiňovaly antikoncepci. Uvedlo ji 8 respondentek (29,6 %). Jako druhou nejčastější odpověď respondentky uváděly, že bolest se vyřešila těhotenstvím. Uvedlo to 7 respondentek (25,9 %) a jedna z nich zmínila, že otěhotněním se jí i „zatím ztratila endometrióza“. Třetí nejčastější odpovědí byla „operace“. Uvedlo ji 4 respondentky (14,8 %). Jedna z těchto 4 respondentek také uvedla, že jí „ložiska endometriózy ucpala vejcovod, ložiska i vejcovod byly odstraněny“. Další 3 respondentky (11,2 %) uvedly, že vyřešily menstruační bolesti pomocí doplňků stravy. Dvě respondentky (7,4 %) uvedly „cvičení“ a další dvě „práci s psychikou“ (7,4 %). Jedna z respondentek (3,7 %) uvedla „nitroděložní tělísko“.

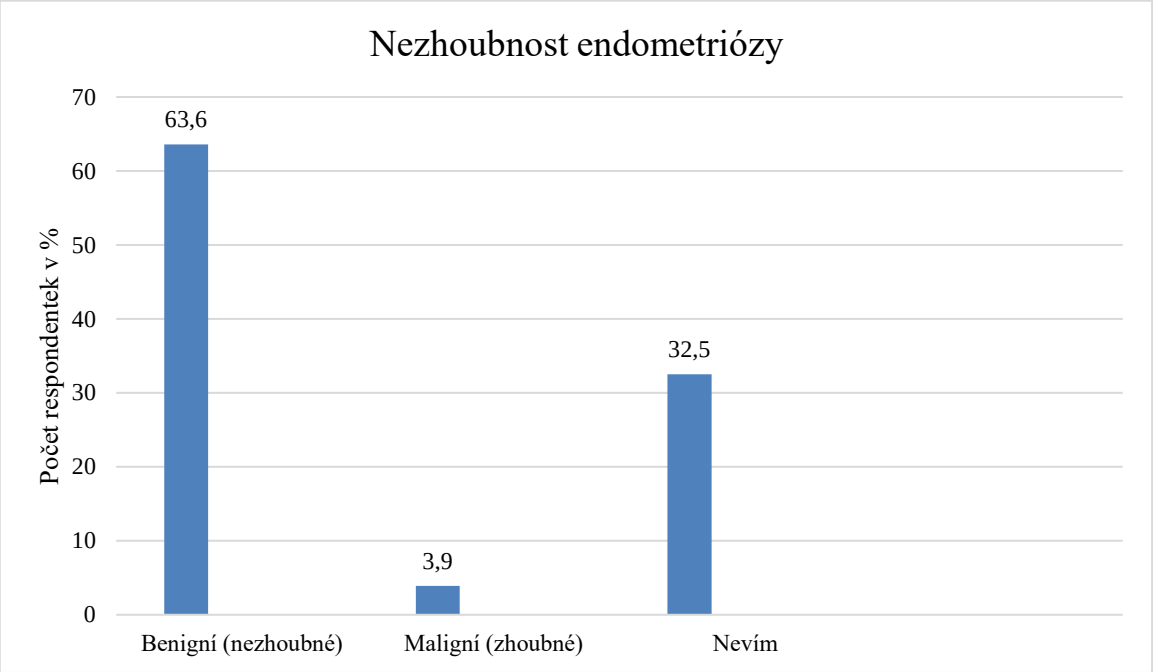
Otázka č. 11: Označte faktory, o kterých si myslíte, že jsou rizikové pro vznik endometriózy

Tabulka 6: Rizikové faktory

Odpověď	n_i	f_i (%)
Krátké trvání menstruačního cyklu, pozdní těhotenství, nízký nebo žádný počet porodů, genetické predispozice	214	92,6
Dlouhé trvání menstruačního cyklu, časné těhotenství, chráněný pohlavní styk	17	7,4
∑	**231**	**100**

Otázku č. 11 vyobrazuje tabulka č. 6. Cílem této otázky bylo zjistit povědomí respondentek o rizikových faktorech endometriózy. Správně odpovědělo 214 respondentek, tedy 92,6 %. Krátké trvání menstruačního cyklu, pozdní těhotenství, nízký nebo žádný počet porodů a genetické predispozice jsou riziková faktory (Hemmert, 2019). Druhou nabízenou možnost bylo „dlouhé trvání menstruačního cyklu, časné těhotenství a chráněný pohlavní styk“ zvolilo 17 respondentek, tedy 7,4 %.

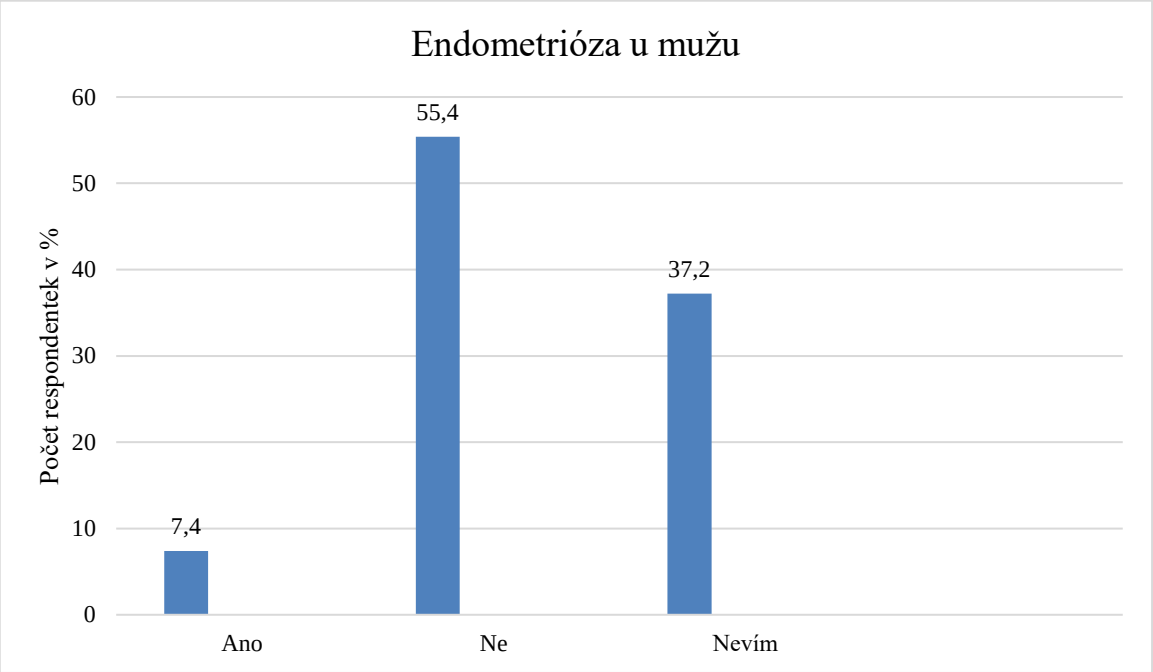
Otázka č. 12: Endometrióza je onemocnění:



Obrázek 6: Nezhoubnost endometriózy

Tato otázka se zabývala tím, zda ženy ví, jestli je toto onemocnění benigní nebo maligní. Správná možnost byla, že je onemocnění benigní (nezhoubné) (Vannuccini, 2021). Označilo ji 147 respondentek (63,6 %). Odpověď „nevím“ označilo 75 respondentek (32,5 %). Možnost „maligní (zhoubné)“ zvolilo 9 žen (3,9 %).

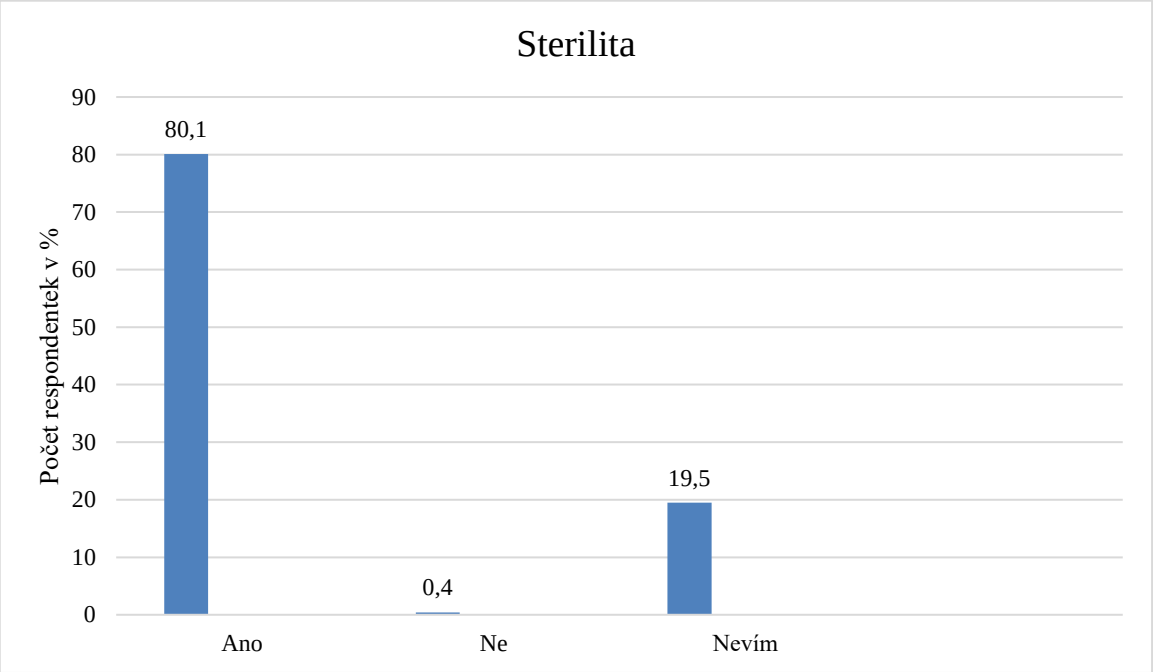
Otázka č. 14: Může endometrióza postihnout i muže?



Obrázek 7: Endometrióza u mužů

Cílem této otázky bylo zjistit, zda si respondentky myslí, jestli může endometrióza postihnout i muže. Správná odpověď byla „ano“. Endometrióza se v některých případech objevila i u mužů (Leap, 2022). Tuto odpověď zvolilo pouze 17 respondentek (7,4 %). Nejvíce odpovídaly respondentky možností „ne“. Celkem 128 odpovědí (55,4 %). Možnost „nevím“ zvolilo 86 respondentek (37,2 %).

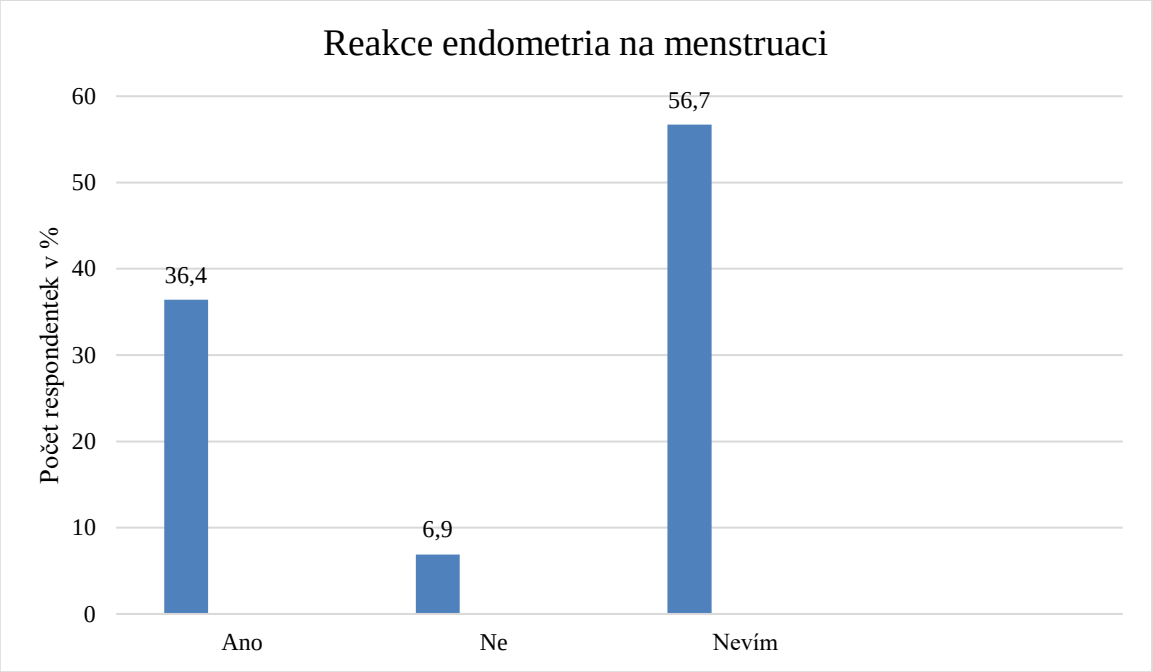
Otázka č. 14: Může endometrióza způsobovat sterilitu (neplodnost)?



Obrázek 8: Sterilita

Tato otázka byla zaměřená na informovanost žen o tom, zda endometrióza může způsobovat sterilitu. Endometrióza je často spojená s neplodností (Da Broi, 2019). Tudíž správná odpověď byla „ano“. Zvolilo ji 185 respondentek (80,1 %). Možnost „nevím“ zvolilo 45 žen, tedy 19,5 %. Jen 1 respondentka (0,4 %) zvolila možnost „ne“.

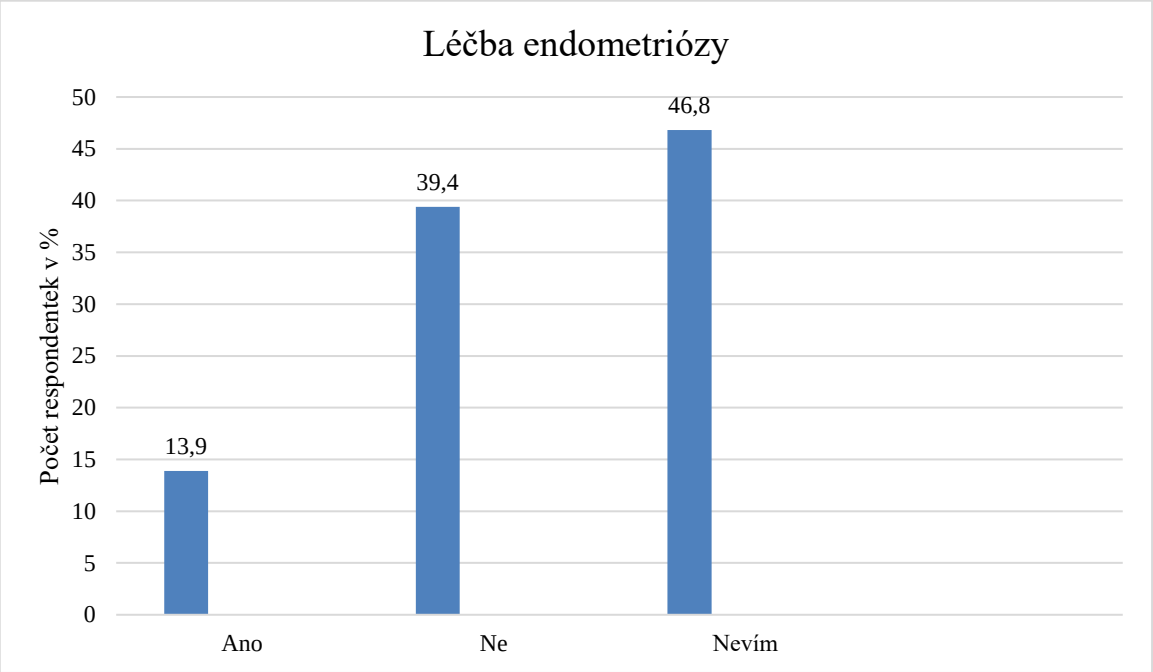
Otázka č. 15: Endometrium vytvořené mimo dělohu reaguje na hladiny pohlavních hormonů, a tak v době menstruace ložisko krvácí. Je toto tvrzení pravdivé?



Obrázek 9: Reakce endometria na menstruaci

V této otázce dostaly ženy jedno tvrzení a měly uvést, zda je podle nich pravdivé. Ložiska endometriózy se stávají během menstruace přehnaně reaktivní (Wang, 2020). Tedy správná odpověď byla „ano“. Zvolilo ji 84 respondentek (36,4 %). Možnost „nevím“ označilo 131 respondentek (56,7 %). Nejméně volenou možností bylo „ne“. Zvolilo ji 16 respondentek (6,9 %).

Otázka č. 16: Lze endometriózu plně vyléčit?



Obrázek 10: Léčba endometriózy

Poslední otázka průzkumu se týkala léčby endometriózy. Cílem bylo zjistit, zda ženy ví, jestli se dá nemoc léčit. Měly na výběr z možností „ano“, „ne“ a „nevím“. V současné době je dostupná pouze léčba symptomů, není to však cílená léčba endometriózy (França, 2022). Správnou odpovědí bylo tedy „ne“. Zvolilo ji 91 respondentek (39,4 %). Jako nejčastější odpověď respondentky označovaly možnost „nevím“. Označilo ji 108 respondentek, tedy 46,8 %. Špatnou odpověď, tedy „ano“ zvolilo 32 žen (13,9 %).

5 DISKUSE

Tato bakalářská práce se zabývala tématem endometriózy a informovanosti žen. Na začátku práce byly stanoveny průzkumné cíle, ze kterých vznikly průzkumné otázky a na jejichž základě byl zhotoven dotazník pro kvantitativní průzkumné šetření. Tyto poznatky jsou porovnávány s odbornou literaturou a odbornými články, které jsou vedeny v teoretické části, ale také s daty, informacemi jiných bakalářských či diplomových prací s podobným tématem.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost žen z Jihomoravského kraje o této problematice. Znalost žen byla zjišťována pomocí dotazníkového šetření, za pomocí otázek týkající se endometriózy. K vyhodnocení bylo použito 231 kompletně vyplněných dotazníků, které obsahovaly 16 otázek.

Průzkumná otázka č. 1: 1. Jakým způsobem byly ženy informované o endometrióze?

K průzkumné otázce č. 1 se vztahují otázky dotazníkového šetření č. 2, 3 a 4.

Druhá průzkumná otázka se zaměřovala na to, zda respondentky vůbec někdy slyšely pojem endometrióza. 79,2 % respondentek odpovědělo, že tento pojem slyšely. Vošahlíková (2022) se ve své práci dotazovala respondentek na podobnou otázku, zda tento pojem slyšely již před onemocněním endometriózy. Jejími respondentkami byly právě ženy postihnuté endometriózou. Na tuto otázku jí odpovědělo 60 % žen, že tento pojem již znaly. Fridrichová (2020) se dotazovala svých respondentek, zda ví, co je to endometrióza. Jejími respondentkami byly ženy z České republiky. Možnost „ano“ zvolilo 66 % respondentek. Pokud tyto výsledky porovnáme, můžeme si povšimnout, že procento kladných odpovědí v této bakalářské práce je vyšší.

Otázka č. 3 souvisela s předchozí otázkou. Zaměřovala se na to, kde respondentky tento pojem slyšely. Nejčastěji uváděly, že o endometrióze slyšely z médií. Celkem to uvedlo 46 % respondentek. Pro srovnání v prací Fridrichové (2020) respondentky uváděly také nejčastěji média, jen v menším zastoupení. Činilo to 38,6 % respondentek. Můžeme to přisoudit větší popularitě edukace prostřednictvím sociálních sítí, které využívá mnoho žen pro sdílení svých problémů s endometriózou.

Cílem 4. otázky bylo zjistit, zda si respondentky myslí, že byly o tomto onemocnění dostatečně informované. 57, 6 % respondentek uvedlo možnost „ne“. V průzkumu Vošahlíkové (2022) ženy dostaly podobnou otázku. Ptala se, zda dostaly respondentky postižené endometriózou

dostatek informací od svého lékaře. 60 % respondentek odpovědělo, že informací měly dostatek.

Průzkumná otázka č. 2: Jakými informacemi respondentky o endometrióze disponují?

K průzkumné otázce č. 2 se vztahují otázky dotazníkového šetření č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 a 16.

V rámci otázky č. 6 bylo zjišťováno, jak často respondentky navštěvují gynekologa v rámci prevence. Nejčastější odpovědí bylo 1×za rok, zvolilo ji 75,3 %. Cachová (2021) ve své práci pokládá jejím respondentkám tutéž otázku. Respondentky tvořily ženy ve věku 20–35 let. 69,6 % respondentek odpovědělo také 1×za rok. Porovnáme-li tyto výsledky, můžeme říct, že četnost odpovědi byla na jen mírně odlišná. Dle Vyhlášky č. 70/2012 Sb., § 7, se preventivní gynekologická prohlídka provádí od 15 let věku jedenkrát ročně.

Otázka č. 7 navazovala na předchozí otázku. Ženy byly tázány na nejčastější důvod návštěvy gynekologa. 59,5 % respondentek označilo preventivní prohlídku. Cachová (2021) měla ve své práci podobnou otázku. Respondentky v její práci odpověděly nejčastěji také preventivní prohlídku, celkem 64,5 %.

U otázky č. 8 bylo cílem zjištění, zda respondentky mají bolestivou menstruaci, protože bolest je nejčastějším příznakem endometriózy (NZIP). Na tuto otázku 48,9 % respondentek odpovědělo kladně. V práci Fridrichové (2020) na stejnou otázku odpovědělo 28,3 % respondentek, „ano, musím si vzít léky na bolest“ a 21,7 % respondentek „ano, ale nemusím užít léky na bolest. V této souvislosti navazovala další otázka mé práce. Otázka č. 9 zjišťovala, zda ženy, které mají menstruační bolesti je tlumí nějakým způsobem. 45,3 % z nich odpovědělo léky na bolest.

Otázka č. 10 zjišťovala, jak ženy vyřešily menstruační bolesti, pokud odpověděly v otázce č. 8, že ji vyřešily. Nejčastější zmiňovanou odpovědí byla hormonální antikoncepce. Zvolilo ji 29,6 % respondentek. Jedna z respondentek také zmínila, že bolest jí způsobovala právě endometrióza, které byla operativně vyřešena. Marková (2018) ve svém kvantitativním průzkumu žen s dysmenoreou uvádí, že 81,4 % z respondentek užívá nebo užívalo kvůli bolesti hormonální antikoncepci.

Další otázky měly za cíl zjistit, jaké konkrétní informace o endometrióze ženy mají. V otázce č. 11 měly ženy označit faktory, o kterých si myslí, že jsou rizikové pro vznik endometriózy.

92,6 % žen odpovědělo správně. Dle mého názoru je toto procento vysoké. V otázkách č. 12, 15 a 16 ženy již tak vysoké vědění neměly. V otázce č. 12 63,6 % respondentek sice odpovědělo správně, ale 32,5 % žen zvolilo možnost „nevím“. Otázka č. 15 dopadla ještě méně úspěšněji. Ženy dostaly otázku, zda je tvrzení „endometrium vytvořené mimo dělohu reaguje na hladiny pohlavních hormonů, a tak v době menstruace ložisko krvácí“ pravdivé. Správnou možnost „ano“ zvolilo pouze 36,4 % respondentek, nejvíce respondentek zvolilo možnost „nevím“, a to 56,7 %. V otázce č. 16 taky bylo nejčastější volenou možností „nevím“. Na otázku, zda plně endometriózu vyléčit tak odpovědělo 46,8 % respondentek „nevím“, ale přes to 39,4 % respondentek odpovědělo správně možnost „ne“. Na otázku č.13 odpovědělo pouhých 7,4 % respondentek správně. Můžeme to ale přisuzovat tomu, že endometrióza je u mužů opravdu vzácná (Rei, 2018).

Cílem otázky č. 14 bylo zjistit, zda si ženy myslí, že endometrióza může způsobovat sterilitu. 80,1 % respondentek odpovědělo správně. Fridrichová (2020) ve svém průzkumu pokládala respondentkám stejnou otázku. Měla 100% úspešnost. Všechny respondentky odpověděly správně. Když porovnáme výsledky, můžeme zjistit, že v této práci byla úspěšnost nižší.

Průzkumná otázka č. 3: Jaký počet respondentek má přímou zkušenost s endometriózou?

K průzkumné otázce č. 3 se vztahovala otázka dotazníkového šetření č. 5.

V rámci otázky č. 5 bylo zjišťováno, zda ženy znají někoho s touho diagnózou. 42 % respondentek odpovědělo kladně. V průzkumu Fridrichové (2020) se autorka dotazovala žen, zda respondentkám byla tato nemoc diagnostikovaná. Možnost „ano“ zvolilo 7,1 % respondentek. Novotná (2011) ve své práci pokládá otázku svým respondentkám, kterými jsou ženy ze Znojemského okresu a aktuálně se léčí na diagnostikovanou endometriózu, zda se léčily s touto diagnózou již v minulosti. Možnost „ano“ zvolilo 37,5 % respondentek. V této práci je však otázka položená z širšího hlediska, a tak má větší podíl respondentek.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřená na problematiku endometriózy a informovanosti u žen z Jihomoravského kraje. Práce byla teoreticko-průzkumného charakteru.

Teoretická část bakalářské práce se zabývala klasifikací endometriózy, teorií patogeneze, rizikovými faktory a příznaky endometriózy, které mohou značit přítomnost endometriózy u žen. Dále se zabývala diagnostikou a léčebnými postupy při postižení endometriózou. V poslední části z teoretické části byla popsána informovanost o endometrióze.

Praktickou část tvořil kvantitativní průzkum za pomocí nestandardizovaného dotazníku. Bylo vyhodnoceno celkem 231 odpovědí. Respondentky byly tázány na 16 otázek. Ty byly sestaveny na základě průzkumných otázek.

Prvním průzkumným cílem bylo zjistit, zda a jakým způsobem byly dosud ženy informovány o endometrióze. Z průzkumu vyplývá, že velké procento žen o tomto onemocnění již ví, ale subjektivně mají pocit nedostatečné informovanosti. Velkým podílem o informovanosti žen o tomto onemocnění mají média, zejména sociální sítě.

Druhým průzkumným cílem bylo zkoumat, jakými informacemi ženy o endometrióze disponují. Potencionální příznaky, jako bolestivou menstruaci uvedla skoro polovina žen, ale jen malé procento žen tento problém řešilo, což bylo neočekávané. Ty, co bolestmi trpí je nejčastěji řeší analgetiky. Na konkrétnější otázky ohledně endometriózy ženy odpovídaly průměrně. Jsou informovány o rizikových faktorech, o tom, že onemocnění je benigní a může způsobovat sterilitu. Oproti tomu na otázky, zda endometrióza může postihnout i muže, jaké chování může mít endometrióza při menstruaci či jestli lze endometriózu plně vyléčit, neodpovídaly s takovým úspěchem.

Třetím průzkumným cílem bylo zjistit, kolik žen má vlastní zkušenosti s endometriózou. Zajímavé bylo, že necelá polovina z žen někoho znají. Domnívala jsem se, že toto procento bude nižší.

Závěrem této práce mohu říct, že ženy v Jihomoravském kraji jsou ohledně endometriózy průměrně informované. Přestože návštěvnost preventivních prohlídek je na dobré úrovni, bylo by vhodné zařadit edukaci o bolestivé menstruaci a také se zaměřit na edukaci o endometrióze, aby se potenciálně snížila prodleva mezi prvními symptomy a diagnostikou endometriózy.

Limitem této práce byl způsob šíření dotazníků. Respondentky totiž vyplňovaly dotazník bez mé přítomnosti, takže nelze stoprocentně prohlásit, že dotazník vyplňovaly vždy čestně. Bohužel zajistit setkání s každou respondentkou a být tak u vyplňování dotazníku osobně nebylo v mých časových možnostech. Dotazníky byly tak za pomocí hypertextového odkazu rozeslány respondentkám.

Bylo by také zajímavé zrealizovat další průzkumná šetření, která by rozšiřovala průzkum této bakalářské práce. Například vliv endometriózy na kvalitu života nebo další jiné průzkumy spojené s tímto onemocněním.

Tato bakalářská práce byla pro mě obohacující. Dozvěděla jsem se mnoho nových poznatků o endometrióze. Zajímavé také pro mě bylo provádět průzkum. Některá výsledná data mě až šokovala. Tato práce mě také naučila dovednosti, které mohu využít v dalším studiu.

7 POUŽITÁ LITERATURA

7.1 Knižní zdroje

BUDÍKOVÁ, Marie, et al., 2010. Průvodce základními statistickými metodami. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-3243-5.

ČEPICKÝ, Pavel et al., 2018. Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-5604-2.

DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN, 2019. Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium. Praha: Maxdorf, Jessenius. 863 s. ISBN 978-80-7345-599-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. Výzkum v ošetřovatelství. Praha: Grada (Sestra). 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LENZ, Jiří et al., 2021. Endometrióza. Praha: Grada Publishing. 231 s. ISBN 978-80-271-3050-4.

MARDEŠIĆ, Tonko et al. 2013. Diagnostika a léčba poruch plodnosti. Praha: Grada Publishing. 96 s. ISBN 978-80-247-4458-2.

MAREŠOVÁ, Pavlína, 2021. Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, Medica. 767 s. ISBN 978-80-7345-709-9.

PILKA, Radovan et kol., 2017. Gynekologie. Praha: Maxdorf, Jessenius. 332 s. ISBN 978-80-7345-530-9.

ROZTOČIL, Aleš et al., 2011. Moderní gynekologie. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2017. Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing (Sestra). 272 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

7.2 Internetové zdroje

BECKER, Christian M. et al. 2022. ESHRE Guideline Endometriosis. [online]. Human Reproduction Open. Dostupné z: https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline.

BROI, Michele Gomes Da, et al., 2019. Ethiopathogenic mechanisms of endometriosis-related infertility. JBRA Assist Reprod. [online]. Brasília/DF: Brazilian Society of Assisted Reproduction, 23(3). ISSN: 1518-0557. DOI: 10.5935/1518-0557.20190029. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31091056/.

FRANÇA, Patricia Ribeiro de Carvalho et al., 2022. Endometriosis: A Disease with Few Direct Treatment Options. Molecules [online]. Basel, Switzerland, 27(13). ISSN: 1420-3049. DOI: 10.3390/molecules27134034. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35807280/.

GUTKE, Annelie et al., 2021. Lifestyle and Chronic Pain in the Pelvis: State of the Art and Future Directions. J Clin Med [online]. Basel, Switzerland, 10(22). ISSN: 2077-0383. DOI: 10.3390/jcm10225397. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34830680/.

HEMMERT, Rachael, et al., 2019. Modifiable life style factors and risk for incident endometriosis. Paediatr Perinat Epidemiol [online]. Oxford: Boston 33(1). ISSN: 1365-3016. DOI: 10.1111/ppe.12516. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30307628/.

INDRIELLE-KELLY, T. et al., 2019. Diagnosis of endometriosis 1st part – Overview of diagnostic approaches. Česká gynekologie [online]. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 84 (4). ISSN 1803-6597. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-4-8/diagnostika-endometriozy-1-cast-prehled-diagnostickych-metod-118473.

INDRIELLE-KELLY, T. et al., 2019. Diagnosis of endometriosis 2nd part – Ultrasound diagnosis of endometriosis (adenomyosis, endometriomas, adhesions) in the community. Česká gynekologie [online]. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 84 (4). ISSN 1803-6597. 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.

INDRIELLE-KELLY, T. et al., 2019. Diagnosis of endometriosis 3rd part – Ultrasound diagnosis of deep endometriosis. Česká gynekologie [online]. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 84 (4). ISSN 1803-6597. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-4-8/diagnostika-endometriozy-3-cast-ultrazvukova-diagnostika-hluboke-endometriozy-118475.

JANOUŠKOVÁ, K., et al., 2018. Endometrióza a její vliv na plodnost a kvalitu života. Praktický lékař [online]. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 98 (4). ISSN 0032-6739. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2018-4-4/endometrioza-a-jeji-vliv-na-plodnost-a-kvalitu-zivota-105305.

KONINCKX, Philippe R. et al., 2021. Pathogenesis Based Diagnosis and Treatment of Endometriosis. Front Endocrinol (Lausanne) [online]. Frontiers Research Foundation, 12. ISSN: 1664-2392. DOI: 10.3389/fendo.2021.745548. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8656967/#s5title.

LEAP, Katie, et al., 2022. Epigenetic age provides insight into tissue origin in endometriosis. Sci Rep. [online]. London: Nature Publishing Group, 12(1). ISSN: 2045-2322. DOI: 10.1038/s41598-022-25416-7. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36481772/.

LEE, SY et al., 2021. Classification of endometriosis. Yeungnam Univ J Med [online]. Taegu Kwangyŏk-si, 38(1). ISSN: 2384-0293. DOI: 10.12701/yujm.2020.00444. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32764213/.

REI, Christina, et al., 2018. Endometriosis in a Man as a Rare Source of Abdominal Pain: A Case Report and Review of the Literature. Case Rep Obstet Gynecol [online]. New York: Hindawi Pub. Corp. 31. ISSN: 2090-6692. DOI: 10.1155/2018/2083121. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29670782/.

ROLLA, Edgardo, 2019. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. F1000Res [online]. London, F1000 Research Ltd, 8. ISSN: 2046-1402. DOI: 10.12688/f1000research.14817.1. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6480968/#sec-39title.

SMOLARZ, Beata et al., 2021. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). Int J Mol Sci [online]. Basel, Switzerland, 22(19). ISSN: 1422-0067. DOI: 10.3390/ijms221910554. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34638893/.

Státní zdravotní ústav. Endometrióza: příčiny a příznaky [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 23.03.2023]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/416-endometrioza-priciny-a-priznaky. ISSN 2695-0340.

TENNFJORD M. K., et al., 2021. Effect of physical aktivity and exercise on endometriosis – associated symptoms. BMC Womens Health [online]. BioMed Central, 21. ISSN 1472-6874. DOI: 10.1186/s12905-021-01500-4. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8502311/.

VANNUCCINI, Silvia, et al. 2022. Hormonal treatments for endometriosis: The endocrine background. Rev Endocr Metab Discord [online]. Boston: Kluwer Academic Publishers, 23(3). ISSN: 1573-2606. DOI: 10.1007/s11154-021-09666-w. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34405378/.

Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách v platném znění, 2012 [online]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 27/2012. [cit. 2023-04-09] Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70.

WANG Yeh, et al., 2020. The Origin and Pathogenesis of Endometriosis. Anuu Rev Pathol. [online]. Palo Alto, Calif., 15. ISSN: 1553-4014. DOI: 10.1146/annurev-pathmechdis-012419-032654. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31479615/.

WANG, Xin et al., 2021. Traditional Chinese medicine prescription Guizhi Fuling Pills in the treatment of endometriosis. Int J Med Sci [online]. Australia 18(11). ISSN: 1449-1907. DOI: 10.7150/ijms.55789. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33967618/.

WÓJCIK, Małgorzata et al., 2022. Physiotherapy Managment in Endometriosis. Int J Environ Res Public Health [online]. MDPI, 19 (23). ISSN: 1661-7827. DOI: 10.3390/ijerph192316148. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9740037/.

7.3 Ostatní

CACHOVÁ, Denisa, 2021. *Informovanost žen o nutnosti provádění screeningu cervikálních lézí.* Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Sabina Dušková.

FRIDRICHOVÁ, Tereza, 2020. *Informovanost žen o endometrióze v České republice*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce as. MUDr. Michael Fanta, PhD.

MARKOVÁ, Romana, 2018. *Dysmenorea*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence a záchranářů. Vedoucí práce PhDr. Radka Wilhelmová, Ph.D.

NOVOTNÁ, Jana, 2011. *Informovanost žen o endometrióze, jejich projevech a důsledcích.* Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Petra Eggová.

VOŠAHLÍKOVÁ Klára, 2022. *Informovanost žen o endometrióze.* Praha. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická. Vedoucí práce MUDr. Zuzana Marvanová.

8 PŘÍLOHY

Příloha A – *Dotazník vlastní tvorby*.....55

Příloha A – *Dotazník vlastní tvorby*

Vážené respondentky,

Jsem studentkou 3. ročníku Porodní asistence Univerzity Pardubice.
Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma „Endometrióza a informovanost žen".
Tento dotazník je určen pro ženy z Jihomoravského kraje.
Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast v průzkumu je anonymní a dobrovolná. Pokud není uvedeno jinak, označte jednu odpověď.

Předem děkuji za spolupráci.
Nela Macháčková

1. Kolik Vám je let? ……..

2. Slyšela jste někdy pojem endometrióza (buňky sliznice dutiny děložní se nachází i mimo dutinu děložní)?
   a. Ano
   b. Nevím
   c. Ne

3. Pokud jste u otázky č. 2 zvolila možnost „a", kde jste na tento pojem narazila?
   a. U praktického lékaře
   b. U gynekologa
   c. U porodní asistentky nebo jiného nelékařského zdravotnického personálu
   d. U rodiny nebo přátel
   e. Z médií (internet, časopis, televize, rádio)
   f. Jiné (prosím, uveďte)
      ……
      ……
      ……

4. Myslíte si, že jste byla o tomto onemocnění dostatečně informovaná?
   a. Ano
   b. Nevím
   c. Ne

5. Znáte někoho s touto diagnózou?
   a. Ano
   b. Ne
   c. Nevím

6. Jak často navštěvujete gynekologa v rámci prevence?
   a. 1x za půl roku
   b. 1x za rok
   c. Nechodím
   d. Jiné

7. Jaký je nejčastější důvod, kvůli kterému navštívíte gynekologa (můžete označit více odpovědí)
    a. Preventivní prohlídka
    b. Bolesti v podbřišku
    c. Nepravidelná menstruace
    d. Krvácení
    e. Výtok z pochvy
    f. Podezření na těhotenství nebo těhotenství
    g. Řešení antikoncepce
    h. Jiné

8. Trpíte bolestivou menstruací?
    a. Ano
    b. Měla jsem bolestivou menstruaci, ale bolesti jsem již vyřešila
    c. Ne
    d. Nemenstruuji

9. Pokud jste u otázky č. 8 zvolila možnost „a“, řešíte nebo tlumíte nějakým způsobem bolest?
    a. Tlumím léky na bolest
    b. Bolest vydržím
    c. Řeším bolest s odborníky (gynekolog, fyzioterapeut,…)
    d. Jiné (prosím, uveďte)
        ……
        ……
        ……..

10. Pokud jste u otázky č. 8 zvolila možnost „b“, uveďte, prosím, jak jste tento problém vyřešila:

    ……
    ……
    ……
    ……
    ……

11. Označte faktory, o kterých si myslíte, že jsou rizikové pro vznik endometriózy:
    a. Krátké trvání menstruačního cyklu, pozdní těhotenství, nízký nebo žádný počet porodů, genetické predispozice
    b. Dlouhé trvání menstruačního cyklu, časné těhotenství, chráněný pohlavní styk

12. Endometrióza je onemocnění:
    a. Benigní (nezhoubný)
    b. Maligní (zhoubný)
    c. Nevím

13. Může endometrióza postihnout i muže?
    a. Ano
    b. Ne
    c. Nevím

14. Může endometrióza způsobovat sterilitu (neplodnost)?
    a. Ano
    b. Ne
    c. Nevím

15. Endometrium vytvořené mimo dělohu reaguje na hladiny pohlavních hormonů, a tak v době menstruace ložisko krvácí. Je toto tvrzení pravdivé?
    a. Ano
    b. Ne
    c. Nevím

16. Lze endometriózu plně vyléčit?
    a. Ano
    b. Ne
    c. Nevím