

Sterilita a endometrióza

Lucie Goláňová

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Lucie Goláňová**
Osobní číslo: **H17177**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Sterilita a endometrióza**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti zaměřené na neplodnost a endometriózu.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BULLETTI, Carlo, Maria Elisabetta COCCIA, Silvia BATTISTONI a Andrea BORINI. Endometriosis and infertility. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* [online]. 2010, 27(8). DOI: 10.1007/s10815-010-9436-1. ISSN 1058-0468. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941592/?tool=pmcentrez&report=abstract>

MACER, Matthew Latham a Hugh S. TAYLOR. Endometriosis and Infertility. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* [online]. 2012, 39(4). DOI: 10.1016/j.ogc.2012.10.002. ISSN 08898545. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3538128/>

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

ROZTOČIL, Aleš a Pavel BARTOŠ. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.

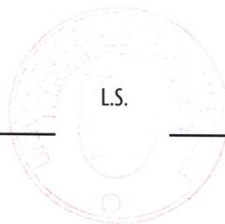
Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Zdeněk Adamík, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020

h D

✓

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně15.5.2020

.....
8

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou neplodnosti ženy, která souvisí s endometriózou. V dnešní době je stále více a více žen, které nemohou otěhotnět přirozenou cestou. Studie prokázaly, že endometrióza se podílí na sterilitě velmi aktivně. Jedná se o gynekologické onemocnění, které je velice progresivní. Endometrióza je definována jako přítomnost endometria v jiných orgánech než v děloze. V posledních padesáti letech číslo žen diagnostikovaných tímto onemocněním rapidně vzrostlo a bohužel má i tendence stále narůstat. Není pochyb, že endometrióza narušuje fyzickou, psychickou, ale i emoční stránku ženy. A právě na těchto poznatcích je stavěno výzkumné šetření.

Klíčová slova: sterilita, neplodnost, endometrióza, pánevní bolest, léčba, diagnóza

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on the problems of female infertility which deals with endometriosis. Nowadays, there are more and more women who have problem to become pregnant in a natural way. The researches show that endometriosis participates very active in sterility. It is a gynecological disease which is really progressive. Endometriosis is defined as an occurrence of endometriosis in other organs than in uterus. In the last fifty years, the number of women who were diagnosed with this disease incredibly increased. Unfortunately, it is still rising. There is no doubt that endometriosis disturbs woman's physical, mental and emotional features. These knowledge lead to research.

Keywords: sterility, infertility, endometriosis, pelvic pain, treatment, diagnosis

Chtěla bych poděkovat panu MUDr. Zdeňku Adamíkovi, Ph.D., za odborné vedení, trpělivost a vstřícnost, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnoval. Děkuji také osloveným ženám za ochotu promluvit o endometrióze a životě s touto diagnózou.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ENDOMETRIÓZA	11
1.1 ETIOPATOGENEZE.....	12
1.2 KLASIFIKACE.....	13
1.3 KLINICKÁ MANIFESTACE	15
1.4 DIAGNOSTIKA	16
1.5 LÉČBA	18
1.6 PSYCHIKA ŽENY S ENDOMETRIÓZOU	24
2 STERILITA SOUVISEJÍCÍ S ENDOMETRIÓZOU	25
2.1 MOŽNÉ PŘÍČINY STERILITY SPOJENÉ S ENDOMETRIÓZOU.....	25
2.2 LÉČBA	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
3 METODIKA VÝZKUMU	30
3.1 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÉ OTÁZKY	30
3.2 APLIKOVANÁ METODIKA	30
3.3 ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	31
3.4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	32
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
4.1 ENDOMETRIÓZA JAKO ONEMOCNĚNÍ	38
4.2 ENDOMETRIÓZA Z PSYCHICKÉHO HLEDISKA	42
4.3 ENDOMETRIÓZA PO LETECH	44
4.4 ODPOVĚĎ NA VÝZKUMNOU OTÁZKU	46
5 DISKUZE	47
5.1 DISKUZE VÝZKUMNÉ OTÁZKY	47
5.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	49
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	56
SEZNAM OBRÁZKŮ	57
SEZNAM TABULEK	58
SEZNAM PŘÍLOH	59

ÚVOD

Na světě je mnoho žen, které dlouhodobě nemohou otěhotnět přirozenou cestou. Důvodů může být hned několik. Jedna z velmi častých příčin je právě endometrióza. Endometrióza je gynekologický stav definován jako přítomnost děložní sliznice nacházející se mimo její obvyklou lokalizaci - dělohu. Udává se, že toto onemocnění může být hlavní příčinou sterility, a to až z 25 - 80 %. (Tomeš a Novotný, 2012).

Téměř každá žena sní o tom, že jednou si s partnerem založí rodinu. Bohužel endometrióza zde může hrát důležitou roli, a to přímo klíčovou. V dnešní době je ona neplodnost stále velké stigma a moc se o ní nemluví. Sterilita a endometrióza do jisté míry zasahuje do osobních, intimních a také společenských životů žen a ovlivňuje tak jejich psychiku. Tato oblast se zdá být poměrně neprobádaná, a proto jsme se rozhodli na těchto poznatcích založit kvalitativní výzkumné šetření. Myslíme, že výzkum pomůže přiblížit neprobádanou problematiku nejen zdravotnickým pracovníkům, ale i ženám, které takové potíže momentálně prožívají.

Cílem této bakalářské práce bude nastínit, jaký život vedou ženy s neplodností spojenou s endometriózou. Mezi hlavní symptomy zasahujících do života takových žen patří neplodnost, bolestivá menstruace, bolestivý pohlavní styk a potíže s defekací.

Bakalářská práce bude rozdělena na dvě hlavní části, teoretickou a praktickou část. V teoretické práci náš zájem bude soustředěn na 2 dvě hlavní kapitoly - Endometrióza a Sterilita související s endometriózou. V první kapitole uvedeme poznatky týkající se endometriózy. Vysvětlíme, o jaké onemocnění se jedná, následně popíšeme možné teorie vzniku, symptomy, klasifikace, diagnostika a léčba. Druhá kapitola se zaměří na sterilitu a její možné spojitosti s endometriózou a na léčbu těchto potíží. V praktické se uskuteční kvalitativní výzkumné šetření. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru získáme materiál od pětice participantek, které dlouhodobě nemohou spontánně otěhotnět a zároveň mají vyšší stupeň endometriózy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ENDOMETRIÓZA

Endometrióza je estrogen-dependentní gynekologický stav charakterizovaný přítomností a růstem ektopické endometriální tkáně. Často bývá spojována se zánětem, těžkou a chronickou bolestí a neplodností. Histopatologická analýza vyžaduje přítomnost alespoň dvou znaků pro diagnózu endometriózy. Takovými znaky mohou být: přítomnost endometriálního epitelu, endometriální žlázy, endometriálního stromatu a hemosiderinem naplněné makrofágy nalezené mimo dutinu děložní. (Greene et al., 2016) Tato endometriální ložiska se mohou vyskytnout kdekoliv v lidském těle. Doposud nebyla objevena pouze na myokardu a slezině. Ovšem nejčastěji bývá uložena na peritoneu, vejcovodech, vaječnicích a v rektovaginálním septu. Jedná se sice o benigní onemocnění, ale velmi dobře progreduje, je velice invazivní a také infiltrativní, proto se podobá malignímu onemocnění a je k němu často přirovnávána. Riziko malignity je ale poměrně nízké, odhaduje se na 1%. (Hrušková, 2011)

Endometrióza postihuje 5 - 15 % žen ve fertilním věku a to může znamenat až 176 milionů žen na celém světě. Ženy či dívky s pánevní bolestí mají pravděpodobnost endometriózy asi 40 - 80 %. U žen přímo diagnostikované neplodností se vyskytuje endometrióza z 25 - 80 % a v klimakteriu jsou ženy postiženy v 3 - 5 %. (Tomeš a Novotný, 2012)

Endometriózu dělíme dle lokalizace na peritoneální, ovariální, hluboko infiltrující (retroperitonální) a vnitřní (adenomyózu). (Fanta, Koliba a Hrušková, 2012) Adenomyóza progreduje minimálně do hloubky 2,5 mm od bazální vrstvy endometria do myometria. (Roztočil et al., 2011) Hluboká infiltrující endometrióza se nachází na močovém měchýři (přední, anteriorní lokalizace) nebo na sakrouterinních vazech, rektovaginálním septu, pochvě (zadní, posteriorní lokalizace) a intestinu. (Fanta, Koliba a Hrušková, 2012)

Mezi rizikové faktory se řadí ženy s dřívějším nástupem menarche (první menstruace), ženy s pozdním nástupem menopauzy, ženy s krátkým menstruačním cyklem, ženy s nadváhou a ženy s anomálií Müllerových vývodů způsobující překážku odtoku menstruační krve. Na druhou stranu velice kladně ovlivňuje vznik endometriózy parita a dlouhodobé kojení. (Hrušková, 2011)

Onemocnění se vyskytuje především u žen ve fertilním věku a to všech etnických a sociálních skupin bez jakéhokoliv rozdílu. Endometrióza je ekonomicky zatěžující pro společnost. Náklady na léčbu jsou značné. Endometrióza je nákladnější než například Crohnova choroba, revmatoidní artritida a diabetes mellitus. (Janoušková et al., 2018) Tento

gynekologický stav svými klinickými příznaky výrazně ovlivňuje kvalitu života žen, ovlivňuje jejich kariéru, každodenní činnosti, intimní vztahy a také především plodnost. (Brown et al., 2017)

1.1 Etiopatogeneze

Etiologie endometriózy není doposud přesně známa. Můžeme nalézt několik teorií, které by se mohly podílet na jejím vzniku. Žádná teorie však přesně nevysvětluje rozmanitost tohoto onemocnění. Ačkoliv nevíme, proč se u některých žen endometrióza objeví a u některých nikoliv, existují následující teorie histogeneze:

Retrográdní menstruace (Sampsonova retrográdní implantační teorie)

Tato teorie předpokládá, že menstruační krev s endometriálními buňkami při menstruaci nepostupuje přes dutinu děložní do pochvy, ale dostává se obráceným tokem menstruační krve do vejcovodů a následně do dutiny břišní. Tyto buňky se implantují do pánevního peritonea a vzniká endometrióza. Díky steroidním hormonům se tyto buňky chovají jako v dutině děložní. (Roztočil et al., 2011) Tato teorie je podložena histologickou podobností mezi endometriální tkání v dutině děložní a endometriální tkání nalezenou na orgánech malé pánve. (Mehedintu, Patogea a Ionescu, 2014)

Lymfatické a vaskulární metastázy (Halbanova teorie transportu endometria)

Až u 30 % žen s endometriózou se prokázaly endometriální ložiska v lymfatických uzlinách. Tohle mínění objasňuje vznik endometriózy ve vzdálených nesousedících místech od dělohy. Mezi takové orgány patří: mozek, plíce, štítná žláza a pátěř. (Roztočil et al., 2011)

Metaplazie (Mayerova metaplastická teorie)

Mayerova teorie předpokládá, že endometrióza vzniká metaplazií célomového epitelu, neboť célomovému epitelu zůstává schopnost další diferenciaci, tzn., že se může přeměnit v endometrium. Tato teorie také předpokládá, že zbytky embryonálních tkání jsou schopné dále proliferovat. (Roztočil et al., 2011) Tento děj může vysvětlit histogenezi u žen po hysterektomii s oophorektomií. Také se endometrióza může objevit u mužů s estrogenní léčbou, poněvadž estrogen se podává ve vysokých dávkách. (Pilka a Procházka, 2017)

Merrilova indukční teorie

Merrilova indukční teorie se zakládá na teorii metaplastické. Předpokládá, že určitý biochemický faktor je schopen vyvolat přeměnu neurčitých peritoneálních buněk v endometriální buňky. (Roztočil et al., 2011)

Teorie kmenových buněk

Teorie kmenových buněk je nejmodernější. Uvažuje o možnosti diferenciaci buněk kostní dřeně v buňky endometriální. Pomohlo by to vysvětlit, jak se může ektopická tkáň objevit v místech mimo peritoneální dutinu, jako jsou například plíce a systém CNS. (Macer a Taylor, 2012) Podkladem k této teorii je nález endometriální tkáně akceptora po transplantaci kostní dřeně. (Fanta, 2012)

Iatrogenní diseminace

Tato teorie vznikla za předpokladu implantace endometriální žlázy a stromatu do přilehlých tkání při operačním výkonu. Například ženy po porodu císařským řezem mohou mít výskyt endometriálních buněk na přední straně břišní. Ve většině případů najdeme tyto buňky umístěny podkožně v místě laparotomie. Známe i případy, které se vyskytují sice jen zřídka, kdy endometrióza je přítomna v jizvě po epiziotomii. (Roztočil et al., 2011)

Imunologická teorie

Teorie předpokládá určitý defekt celulární imunity, kdy je endometrióza považována za vlastní autoimunitní onemocnění. Dochází k dysfunkci peritoneálních makrofágů, které jsou přítomny u žen s endometriózou. (Roztočil et al., 2011)

Genetická teorie

Endometrióza je až sedmkrát častější v rámci rodiny a to v první linii. Teorie předpokládá, že gen je deletován, dochází k heterogenicitě 17. chromozomu a také k aneuploidii. Tyto genetické exprese podléhají činitelům zevního prostředí. Jedná se o dioxin, polychlorované bifenylly a xenoestrogeny. (Roztočil et al., 2011) Studie prokázaly i vliv životního stylu a stravování k rozvoji endometriózy. Bohužel identifikace přesného genu/genů zodpovědných za dědičnou povahu endometriózy dosud nebyly nalezeny. (Mehedintu, Patogea a Ionescu, 2014)

1.2 Klasifikace

Endometriózu rozdělujeme podle níže uvedených kritérií:

Dle lokalizace

Jestliže je endometrióza umístěna na pohlavních orgánech, jedná se o genitální endometriózu (endometriosisgenitalis). Může se nacházet ve stěně děložní - vnitřní genitální endometrióza (endometriosisgenitalis interna - adenomyóza), či na jiných pohlavních orgánech a zevním genitálu (endometriosisgenitalisexterna), kde je přítomna na vejcovodech, vaječnicích, v Douglasově prostoru, na závěsném aparátu děložním, na děložním hrdle a na vulvě. Pokud se endometrióza objeví jinde než na genitálních orgánech, jedná se o endometriózu extragenitální (endometriosisextragenitalis). (Roztočil et al., 2011)

Dle příznaků

Endometrióza má nespočet klinických příznaků. V takovém případě jde o symptomatickou endometriózu. Endometrióza se ale nemusí klinicky projevit vůbec. V tomto případě se jedná o endometriózu bezpříznakovou, tzv. asymptomatickou. Asymptomatická endometrióza má pouhý jediný klinický projev a to sterilitu. (Roztočil et al., 2011)

Dle závažnosti

V současnosti je nejvíce používaný revidovaný klasifikační systém Americké společnosti reprodukční medicíny (rASRM, 1997). Tato klasifikace hodnotí vzhled a velikost endometriálních ložisek na peritoneu a ovariích, přítomnost, rozsah a typ lézí (červená/bílá/černá ložiska), výskyt, rozsah a typ adnexálních srůstů a neprůchodnost vejcovodů. (Tomeš a Novotný, 2012) Tento systém ale nekoreluje s příznaky endometriózy, proto je mnohdy kritizován. Znamená to, že pacientka se stupněm I může mít mnohem větší bolesti než pacientka se stupněm IV. Z tohoto důvodu se hodí tento klasifikační systém spíše k určení laparoskopických nálezů. (Pilka a Procházka, 2017)

Stupeň I (minimální, 1 - 5 bodů):

Endometriózou jsou postiženy pouze povrchové léze a pár tenkých srůstů.

Stupeň II (mírný, 6 - 15 bodů):

Stupeň I + několik hlubokých lézí v retrovaginálním septu.

Stupeň III (průměrný, 16 - 40 bodů):

Stupeň II + endometrióza nacházející se na vaječnicích a s větším množstvím srůstů.

Stupeň IV (rozsáhlý, 40 a více bodů):

Stupeň III + přítomnost velkých endometriomů a rozměrných srůstů. (Pilka a Procházka, 2017)

Novějším klasifikačním systémem je index plodnosti endometriózy (EFI). Tento klasifikační systém se zakládá na bodovém hodnocení ze systému rASRM kombinovaném s dalšími anamnestickými a pooperačními poznatky. EFI skóre má hodnoty od nuly do deseti bodů a dobře předpovídá pravděpodobnost spontánního otěhotnění. Po třech letech mají lidé s bodovým skóre 0 - 3 jen 10% pravděpodobnost gravidity, zatímco ti s nejvyšším skóre 9 - 10 bodů mají přibližně 75% úspěšnost. (Tanbo a Fedorcsak, 2017)

Klasifikace ENZIAN (2005) hodnotí invazi hluboké infiltruující endometriózy. Tato klasifikace byla revidována v roce 2011. Rozděluje retroperitoneální struktury do tří kompartmentů: A - rektovaginální septum, vagina; B - uterosakrálníligamentum pánevní stěny, BB - značí oboustranné postižení; C - konečník (esovitá klička tlustého střeva). Stupeň 1 zahrnuje invazi menší než 1 cm, stupeň 2 vyznačuje invazi v rozsahu 1 - 3 cm a stupeň 3 invazi větší než 3 cm. Tato klasifikace je vhodná pro hodnocení závažnosti adenomyózy, postižení močového měchýře, močovodu a střev. Nevýhodou této klasifikace je složitost ve srovnání s rASRM, neporozumění klasifikace pacientkami a má nízkou úroveň mezinárodního přijetí. (Janoušková et al., 2018)

1.3 Klinická manifestace

Endometrióza má nespočet subjektivních příznaků, proto je velice obtížné ji diagnostikovat. Mnohdy se diagnostikuje jako jiné onemocnění, například pánevní zánět nebo syndrom dráždivého tračnicku. (Fanta, 2012) Uvádí se, že jedna třetina žen s endometriózou nemá žádné níže uvedené klinické příznaky. Mezi nejčastější klinické příznaky patří pelipatie (pánevní bolest) a sterilita (neplodnost). (Roztočil et al., 2011)

Pelipatie

Pánevní bolest podmíněná endometriózou je nejčastěji v podobě dysmenorey (bolestivá menstruace), a to až z 60 - 80 %. Z 25 - 50 % se objevuje dyspareunie (bolestivý pohlavní styk). Z 30 - 50 % se vyskytuje chronická pánevní bolest. (Tomeš a Novotný, 2012) Chronická bolest trvá déle než 6 měsíců. Pelipatie může být také cyklického nebo trvalého charakteru. Cyklické bolesti se zhoršují v průběhu menstruačního cyklu. Součástí bývá i periovulační bolest, bolesti v zádech a v podbříšku. (Hrušková, 2011)

Sterilita

Neplodnost patří k dalším důležitým projevům endometriózy. Uvádí se, že až 40 % žen s endometriózou má poruchu plodnosti. Příčinou může být peritoneální tekutina související s endometriózou, která působí na embryo toxicky. (Hanáček, 2012) Dále to mohou být organické i funkční změny orgánů v peritoneální dutině způsobující poruchy ovulace, pick-up fenoménu fimbrií vejcovodů a poruchy transportu blastocyst do dutiny děložní. (Roztočil et al., 2011) Tato problematika se většinou týká žen s pokročilejšími stadii endometriózy. (Fanta, 2012)

Poruchy endokrinních funkcí

Mezi takové poruchy patří anovulace, abnormální folikulární růst, snížené hladiny prostaglandinu E₂ (PGE₂) v preovulačním období a poruchy sekrece luteinizačního hormonu. (Roztočil et al., 2011)

Dále se ze symptomů vyskytuje, ačkoliv již méně, tenesmus (neúplné/namáhavé vyprázdnění stolice), dyschezie (bolesti při defekaci), enteroragie (jasně červená krev ve stolici), zácpa, průjem, dysurie (pálivá/řezavá bolest z močové trubice), polakisurie (časté nucení na moč), mikroskopická a makroskopická hematurie (krev v moči), únava a nauzea (nevolnost). (Bulletti et al., 2010) (Roztočil et al., 2011)

Tyto symptomy velice výrazně ovlivňují kvalitu života žen potýkající se s endometriózou. Endometrióza nepostihuje ženu jen z hlediska klinických potíží, ale také zasahuje významně do mentálního i sociálního zdraví. (Fanta, Koliba a Hrušková, 2012)

1.4 Diagnostika

Diagnóza endometriózy je velice komplikovaná. Mnohdy díky svým příznakům svádí určit jinou diagnózu. Přesnou diagnózu stanovíme dle následujících vyšetření, definitivní však dle histologického výsledku. (Roztočil et al., 2011)

Anamnéza

Anamnéza je velice důležitá, a to u každého onemocnění. Proto by se na ni měli lékaři soustředit a pečlivě ji určit. Pacientka uvádí klinické příznaky, které jsou velice individuální a které jí způsobují potíže. Mezi takové příznaky patří dysmenorea, dyspareunie, pelipatie, atd. Ve většině případů se jedná o nulipary. Tyto příznaky by neměly být brány na lehkou váhu a jistě by se měly dále prozkoumat. (Tomeš a Novotný, 2012)

Gynekologické vyšetření

Všechna gynekologická vyšetření, ať už vyšetření v zrcadlech, bimanuální vyšetření nebo kombinované vyšetření rektovaginální, by se měla provádět v období menstruačního cyklu. Vlivem menstruace jsou endometriální ložiska citlivější a zmnožením vaziva ztuhnou a jsou palpačně hmatatelná. Tato vyšetření jsou pouze suspektní a v mnoha případech bývá diagnóza negativní. (Tomeš a Novotný, 2012)

Při vyšetření v zrcadlech jsou téměř jasným průkazem viditelné léze na děložním hrdle, v pochvě a v místě jizvy po epiziotomii. (Hanáček, 2012) Bimanuálním vyšetřením můžeme suspektně uvažovat o endometrióze při nálezů tuhých a nepravidelných rezistencí v okolí Douglasova prostoru, děložních vazů a adnex. V pokročilejších stadiích se vyskytuje fixovaná retrovertovaná děloha s menší pohyblivostí adnex. Při kombinovaném rektovaginálním vyšetření je přítomna bolestivost nodulů v oblasti rektovaginálního septa. Palpačním vyšetřením uvažujeme o endometrióze v místě jizvy po císařském řezu, v okolí pupku a štítné žlázy. (Roztočil et al., 2011)

Sonografické vyšetření

Sonografie je důležitá především v diagnóze ovariální endometriózy. Endometriomy mají při ultrazvuku vysokou senzitivitu. Zkušený sonografista je schopen diagnostikovat hlubokou infiltrující endometriózu na močovém měchýři, v rektovaginálním septu a v rektu, proto by měl vyšetřovat i vaginální a rektální sondou. Ovšem k definitivnímu rozhodnutí sonografie nestačí a je třeba využít i dalších metod. (Fanta, Koliba a Hrušková, 2012)

Nukleární magnetická rezonance (NMR)

V současné době není NMR základním diagnostickým prostředkem, poněvadž nedosahuje takové senzitivity a specifity jako sonografické vyšetření nebo laparoskopie. (Fanta, 2012) Je však užitečná v případě výskytu ovariálních cyst a výskytu adnexální endometriózy. (Rafique a DeCherney, 2017)

Kolonoskopie, cystoskopie a hysteroskopie

Kolonoskopie se využívá u pacientek s enteroragií a hematochezií. Cystoskopie je využívána u pacientek s hematurií, kdy je nutné odebrat bioptický vzorek. Tyto vyšetřovací metody mají velký počet falešně negativních výsledků, proto se používají jen u symptomatických

pacientek. (Tomeš a Novotný, 2012) Hysteroskopie se nejvíce využívá u pacientek s podezřením na adenomyózu. (Roztočil et al., 2011)

Laparoskopie

Laparoskopie je považována za zlatý standard v diagnostice endometriózy. Umožňuje přímou vizualizaci do pánevní a břišní dutiny s možným odběrem biologického materiálu k histologickému vyšetření. (Tomeš a Novotný, 2012) Nález charakterizující endometriózu je v podobě namodralých, tmavě hnědých až černých uzlíků či malých cyst vyplněných starší krví. Tento nález se nejčastěji vyskytuje na peritoneu. Stěžejní záležitostí při laparoskopii jsou velká ložiska endometriózy v podobě sampsonských (čokoládových) cyst. Čokoládové cysty, obsahující tmavohnědou viskózní tekutinu, jsou zpravidla umístěny na přední stěně ovaria. Při laparoskopickém odstranění endometriózy se využívá technik elektrokoagulace (u malých ložisek) a exstirpace (u větších ložisek). (Roztočil et al., 2011)

Laboratorní metody

Neexistuje žádný krevní test, který by definitivně potvrdil endometriózu. Některé markery se ale využívají jako doplňující metoda. (Fanta, Koliba a Hrušková, 2012)

Marker CA 125 - Při diagnostice endometriózy je tento nádorový marker zvýšený, ale ne tak, jako je tomu u epitelálních karcinomů ovaria. (Tomeš a Novotný, 2012)

Zánětlivé markery - U zánětlivých markerů patří zvýšená pozornost leukocytóze a C - reaktivnímu proteinu (CRP). Poněvadž endometrióza způsobuje zánětlivé reakce, jsou markery zánětu pozitivní. To ale diagnózu endometriózy nepotvrzuje. (Roztočil et al., 2011)

Histologické vyšetření

Histologické vyšetření jednoznačně potvrzuje diagnózu endometriózy. Aby byl vzorek definitivní, musí obsahovat endometriální žlázy a stroma s nebo bez mikrofágů s přítomností hemosiderinu. (Roztočil et al., 2011)

1.5 Léčba

Endometrióza nemusí být vždy ve fibroadhezivním stavu. Je možné, že se i samovolně vyhojí, v takovém případě se jedná o přechodný jev. Proto je její léčba velice individuální. Musíme brát zřetel nejen na závažnost klinických projevů onemocnění, ale také na věk ženy, paritu a její přání gravidity. (Hrušková, 2011) Dále je třeba zohlednit předchozí léčbu, její účinky a popřípadě i její vedlejší komplikace. (Tomeš a Novotný, 2012)

Problémem endometriózy je rozsáhlá klinická manifestace, která může zpozdit diagnostiku až o dvanáct let. (Horváthová a Pilka, 2015) Stěžejním problémem je i přítomnost obou hlavních symptomů - pánevní bolesti a sterility. Další komplikací je chronický charakter endometriózy a její sklon k časté progresi a recidivitě, tzn., že i při chirurgickém odstranění ložisek dochází pouze k přechodnému terapeutickému efektu. (Fait, Zikán a Mašata, 2019) Z těchto důvodů je před zahájením léčby nezbytné pacientce vysvětlit výhody a nevýhody, rizika a přínosy několika typů léčby. (Tomeš a Novotný, 2012)

Bohužel v dnešní době neexistuje žádná terapie, která by trvale vyléčila endometriózu. Terapie se dělí na dva typy léčby. Farmakologická terapie s cílem inhibovat růst endometriálních implantátů a chirurgická terapie, která se snaží odstranit nebo zničit endometriální ložiska. (Mehedintu, Patogea a Ionescu, 2014) Obecným cílem léčby je však zmírnit bolestivost, v případě přání zajistit graviditu a zlepšit kvalitu života žen. (Tomeš a Novotný, 2012)

Medikamentózní terapie

Jak již bylo zmíněno, endometrióza je estrogen - dependentní onemocnění, tzn., že je závislá na hormonu estrogeneru. Z tohoto důvodu se farmakologická léčba zaměřuje na cyklickou ovariální sekreci estrogenů, na progesteronový receptor - aromatázu a na inhibitory cyklooxygenázy. Aromatáza je součástí syntézy estrogeneru a cyklooxygenáza se účastní syntézy prostaglandinů. (Hrušková, 2011)

Nesteroidní antirevmatika (NSAID) - NSAID jsou léky první linie v léčbě bolesti související s endometriózou a dysmenoreou. NSAID působí tak, že blokují enzym COX, který je rozhodující pro produkci zánětlivých mediátorů. NSAID jsou v současnosti nejpoužívanějšími léky v léčbě bolesti spojené s endometriózou, a to nejen kvůli negativním gastrointestinálním vedlejším účinkům. (Rafique a DeCherney, 2017)

Hormonální léčba - Hormonální terapie je především zaměřena na snížení hodnoty cirkulujícího estrogeneru.

- Kombinovaná hormonální antikoncepce

Tato terapie je běžně předepisována ženám s endometriózou. Skládá se z kombinace etinylestradiolu a progestinu, což vyvolává stav pseudogravidity. (Mehedintu, Patogea a Ionescu, 2014) Dále dochází k decidualizaci endometriální tkáně a k atrofii endometriálních ložisek. Mezi omezující faktory však patří dlouhodobé užívání, riziko tromboembolismu, vysoká míra recidivy po vysazení terapie a snížená fertilita. Dnes

se doporučuje dávka 20 mikrogramů (dříve 30 mikrogramů) etinylestradiolu, neboť tato dávka má nižší riziko vzniku žilní tromboembólie. Tento typ léčby je velice populární, protože má vysokou míru tolerantnosti a navíc nezatěžuje náklady veřejného zdravotnictví. (Rafique a DeCherney, 2017) Studie prokázaly zmírnění bolestí až u 60 - 90 % žen. (Tomeš a Novotný, 2012)

- Gestageny

Gestageny také způsobují decidualizaci endometria i její atrofii. Jejich užívání je rozmanité, můžou být užívány perorálně, aplikované intramuskulárně nebo nitroděložně po dobu šesti měsíců. Velmi časté u této léčby jsou vedlejší účinky. Mezi takové patří nauzea, příbytek tělesné hmotnosti, retence tekutin, průnikové krvácení, deprese a poruchy nálad. (Roztočil et al., 2011)

- Progestiny

Progesteron má mnoho mechanismů působení, které mají nepříznivý vliv na endometriózu. Vyvolává decidualizaci endometria, inhibuje estrogenem indukovanou mitózu, mění estrogenové receptory, inhibuje angiogenezi a enzymy potřebné pro růst endometriálních ložisek. K dispozici jsou v různých formách podání - perorálně, injekčně, intramuskulárně nebo intrauterinně. Progestiny jsou vhodné pro ženy s kontraindikací na estrogény. (Rafique a DeCherney, 2017)

Medroxyprogesteron je k dispozici jako perorální a injekční přípravek a může být podáván intramuskulárně 150 mg každé tři měsíce. Studie uvádějí, při užívání 10 - 100 mg denně po dobu 3 - 6 měsíců, zlepšení bolestí související s endometriózou. Injekční progesteron nabízí další výhodu, nepodává se každodenně a nemá vedlejší účinky spojené s gastrointestinálním traktem. (Rafique a DeCherney, 2017)

Northethisteronacetát je účinný při potlačení dyspareunie, dysmenorey, pánevních bolestí a dyschezie s nižší pravděpodobností vedlejších účinků. Uvádí se, že by northethisteronacetát mohl být dobrou alternativou ke kombinované hormonální antikoncepci. (Rafique a DeCherney, 2017)

Dienogest má vysokou specifitu pro receptory progesteronu a méně antiandrogenních vedlejších účinků. Pravidelné užívání vede k decidualizaci a atrofii endometriálních lézí. Má také protizánětlivé, antiangiogenní a antiproliferativní účinky. V dávce 2 mg nebo 4 mg denně bylo prokázáno, že dochází k zlepšení symptomů endometriózy a tím i celkové kvality

života. Dienogest je dobře tolerován a mezi jeho vedlejší účinky patří nepravidelné krvácení, které se pravidelným užíváním zlepšuje. (Rafique a DeCherney, 2017)

- Intrauterinní systém s levonorgestrem (LNG - US)

Jedná se o nitroděložní systém, vytvořený jako antikoncepční metoda, který po zavedení do dělohy uvolňuje hormon levonorgestrel v dávkování 20 mikrogramů denně. Tento hormon působí na endometrium negativně - dochází k atrofii. A proto je vhodný pro ženy s adenomyózou, menoragií, pelipatií a dysmenoreou. (Tomeš a Novotný, 2012)

- Agonisté gonadoliberinu (GnRh)

Užívání agonistů GnRH je založeno na skutečnosti, že vede k hlubokému hypoestrogenismu, a to blokováním produkce ovariálního estrogenu a tím regresí endometriálních tkání. Během prvních několika dnů podávání agonisté GnRH stimulují FSH (folikulostimulační hormon) a LH (luteinizační hormon). Nicméně dlouhodobé užívání vede k potlačení hypotalamo-hypofyzární ose ovaria, a to má za následek anovulaci. Z tohoto důvodu nejsou vhodné pro ženy přející si otěhotnět. Užívání se doporučuje pouze na 6 měsíců kvůli obavám z vedlejších účinků způsobených hypoestrogenismem. Mezi takové vedlejší účinky se řadí návaly horka, suchost vaginální sliznice, snížení libida a osteoporóza. (Rafique a DeCherney, 2017)

- Antagonisté gonadoliberinu

Jedná se o další skupinu léčiv, která prokázala slibné výsledky v léčbě endometriózy. Ve srovnání s agonisty GnRH mají nižší stupeň hypoestrogenismu a méně nežádoucích účinků. (Rafique a DeCherney, 2017)

- Inhibitory aromatázy

Enzym aromatáza se nachází ve vaječnicích, mozku, kůži, placentě a v tukové tkáni. Hraje významnou roli v biosyntéze estrogenu. Inhibitory aromatázy potlačují syntézu estrogenu ve vaječnicích a v periferní tkáni. Působí tak, že inhibují působení aromatázy, která přeměňuje androgeny na estrogeny. Studie prokázaly, že inhibitory aromatázy snižují bolest, snižují velikost extrauterinních endometriálních lézí a zlepšují kvalitu života pacientů. Většinou se užívají v kombinaci s gestageny, s hormonální antikoncepcí nebo agonisty gonadotropinů. (Słopień a Męczekalski, 2016)

- Danazol

Danazol je androgenní látka, která inhibuje nárůst LH a snižuje steroidogenezi vaječnicků přímou inhibicí ovariálních enzymů. Přestože byla účinná při potlačování bolesti spojené s endometriózou, její použití v průběhu let kvůli jejím vedlejším účinkům pokleslo. Obvykle se podává v rozdělených dávkách 400 - 800 mg denně po dobu šesti měsíců. Mezi vedlejší účinky patří akné, hirsutismus (nadměrné ochlupení), prohloubení hlasu, přírůstek na váze, svalové křeče, dysfunkce jater a snížení libida ženy. (Rafique a DeCherney, 2017)

- Gestrinon

Gestrinon je derivát s androgenními, antiestrogenními a antigonadotropními účinky. Při jeho užívání dochází k celulární inaktivaci a degeneraci endometriálních ložisek, nikoliv však k jejich vymizení. Vedlejší účinky jsou podobné Danazolu, ale vyskytují se v menší míře. Patří mezi ně nauzea, svalové křeče, přírůstek hmotnosti, akné a seborea. Gestrinon je podobně efektivní jako analoga GnRH v léčbě endometriózy spojenou s bolestivostí. (Fait, Zikán a Mašata, 2019)

- Selektivní modulátory progesteronového receptoru (SPRM)

SPRM jsou relativně nová třída látek, která inhibuje endometrium a potlačuje menstruační cyklus. (Rafique a DeCherney, 2017) Z některých studií vyplynulo, že příznivě působí i na dysmenoreu. (Mehedintu, Patogea a Ionescu, 2014)

Chirurgická terapie

Chirurgická léčba se dělí na léčbu konzervativní, semikonzervativní a radikální. Ve výběru vhodné terapie se zohledňuje věk pacientky, přání gravidity, rozsáhlost endometriózy a vliv na kvalitu života ženy. (Pilka a Procházka, 2017) Ani chirurgická léčba není stoprocentní a odhaduje se recidiva v 40 - 50 % po operaci v průběhu pěti let. (Hrušková, 2012)

Konzervativní operace - Zde se používá především metoda laparoskopie. Hlavním úmyslem je odstranit vizuálně prokazatelné endometriální implantáty, léze a adheze laserem nebo elektrokoagulací. (Pilka a Procházka, 2017)

Semikonzervativní operace - Při této operaci se odstraní děloha (hysterektomie) s ponecháním vaječnicků. Využívá se u mladých žen, které si nepřejí otěhotnět a mají závažnou klinickou manifestaci. Po podstoupení této operace je až šestkrát větší riziko recidivy endometriózy. (Pilka a Procházka, 2017)

Radikální operace - Při radikálním řešení dochází k hysterektomii s bilaterální oophorektomií a odstraněním viditelných endometriózních implantátů, lézí a adhezí. (Pilka a Procházka, 2017)

Alternativní léčba

Léčba endometriózy, jak již byl zmíněno výše, je opravdu velice individuální. Medikamentózní i chirurgická léčba mohou mít řadu vedlejších účinků, a proto je v současné době alternativní léčba stále více a více populární. Studie v posledním desetiletí se zaměřují na vliv změn životního stylu, přesněji na stravu a její doplňky, fyzickou aktivitu a dokonce i akupunkturu. (Nadã et al., 2019)

Vliv diety

Studie prokázaly, že ovoce a zelenina, rybí olej, mléčné výrobky bohaté na vápník i na vitamín D a omega-3 mastné kyseliny jsou pravděpodobně spojeny s nižším rizikem rozvoje endometriózy. Rizikové faktory, které zvyšují riziko endometriózy, zahrnují konzumaci potravin bohatých na trans-nenasycené mastné kyseliny a konzumaci tuků obecně. Ženy s endometriózou by se měly vyhnout i konzumaci hovězího masa a jiných druhů červeného masa. Bylo také prokázáno, že alkohol i káva mají taktéž špatný vliv na endometriózu. (Jurkiewicz-przondziona et al., 2017)

Doplňky stravy

Silymarin (Ostropestřec), melatonin, pupálkový olej a několik vitamínů (A, C, D, E, B1, B9) velmi pozitivně působí na snižování intenzity chronické pánevní bolesti a také mají antiproliferativní účinky.

Fyzická aktivita

Pravidelná fyzická činnost má řadu benefitů spojenou s endometriózou. Zvyšuje hladinu cytokinů s protizánětlivými a antioxidačními vlastnostmi, zvyšuje hladinu globulinu, čímž se snižuje hladina estrogenu a zmírňuje sílu menstruace.

Akupunktura

Akupunktura zahrnuje zavedení jemných jehel na konkrétní místa lidského těla spojenou s Čínskou tradiční medicínou. Podporuje snížení úrovně vnímané bolesti a s pomocí kortizolu a adenokortikotropního hormonu má i protizánětlivé účinky. (Nadã et al., 2019)

1.6 Psychika ženy s endometriózou

Dle poznatků popsaných výše má endometrióza bezpochyby vliv na kvalitu života ženy a samozřejmě i vliv na její psychickou pohodu. Tento negativní dopad souvisí s depresemi a úzkostí. Tyto psychické poruchy může ovlivňovat věk, intimní vztah, léčba, diagnostika, neplodnost a pánevní bolesti. Na psychiku ženy má jistě vliv i doba, než se endometrióza diagnostikovala. Studie prokázaly, že hormonální léčba může působit na náladu ženy. Další výzkumy prokázaly, že velmi příznivý vliv na duševní pohodlí ženy má partner. Partner je pro ženu v takové situaci velkou oporou. (Facchin et al., 2017)

Je důležité, aby lékař sděloval diagnózu jasně, stručně a hlavně s citem. Není od věci poslat ženu ke specialistovi na danou problematiku. Ženě to může pomoci snížit riziko duševních poruch, poněvadž specialisté najdou účinnější léčebné strategie. (Facchin et al., 2017)

Endometrióza ovlivňuje ženě soukromý i společenský život, kariéru, její sexuální stránku a v neposlední řadě může až ohrozit rodinný život. (Vitale et al., 2017)

2 STERILITA SOUVISEJÍCÍ S ENDOMETRIÓZOU

Reprodukční zdraví znamená právo jednotlivce na reprodukci a právo svobodně rozhodovat o tom, kdy a jak často mít děti. (Suneeta et al., 2012) Plodnost je tedy schopnost zajistit klinické těhotenství. (Borghet a Wyns, 2018)

Neplodnost je vysvětlována jako stav ženy, která při pravidelném a nechráněném pohlavním styku, minimálně dvakrát do týdne, nedosáhne těhotenství, a to do jednoho roku. (Roztočil a Bartoš, 2011) Na celém světě trpí neplodností 186 milionů lidí, přičemž většina z nich jsou obyvateli rozvojových zemí. Odhaduje se, že postihuje 8 až 12 % reprodukčních párů. (Borghet a Wyns, 2018) Sterilita sice nepředstavuje hrozbu pro fyzické zdraví, ale velice nepříjemně ovlivňuje sociální, psychickou a emoční stránku ženy a tedy i celkovou kvalitu jejího života. (Suneeta et al., 2012)

Neplodnost je dále kategorizována jako primární nebo sekundární. Primární sterilita označuje stav, kdy žena ještě nikdy neotěhotněla, a to i při pravidelném a nechráněném pohlavním styku. Takové ženy splňují kritéria pro sterilitu. Sekundární sterilita se vztahuje na ženu, která není aktuálně schopna prokázat klinické těhotenství, ale už těhotná v minulosti byla. (Borghet a Wyns, 2018)

Infertilita je stav, kdy žena sice otěhotní, ale není schopna donosit životaschopný plod. Tento termín, v anglické literatuře „infertility“, znamená obecně neplodnost a nemá jiný termín vysvětlující neschopnost donosit životaschopný plod. (Roztočil et al., 2011)

O vztahu mezi endometriózou a neplodností se diskutuje již mnoho let. Neplodné ženy mají šestkrát až osmkrát vyšší pravděpodobnost výskytu endometriózy než fertilní ženy. (Bulletti et al., 2010) Incidence žen s poruchou plodnosti související s endometriózou je 25 - 50 % a 30 - 50 % žen s endometriózou nemůže otěhotnět. (Mardešić et al., 2013) U žen s minimálním a mírným stádiem endometriózy je 50% pravděpodobnost spontánně otěhotnět bez léčby, zatímco u žen se středním stádiem nemoci pouze 25 %. V případě těžkého stadia je zaznamenáno pouze pár početí. (Tanbo a Fedorcsak, 2016)

Mnohdy je endometrióza diagnostikovaná až v reprodukčním centru, kdy žena přichází s podezřením na neplodnost bez klinické manifestace endometriózy. (Hrušková, 2012)

2.1 Možné příčiny sterility spojené s endometriózou

I když je endometrióza často spojována s neplodností, její mechanismy vlivu na fertilitu nejsou zcela známy. Za účelem objasnění této otázky bylo provedeno několik studií

s různými mechanismy, které se potenciálně podílejí na sterilitě. Mezi takové mechanismy patří abnormality anatomických a peritoneálních podmínek, které mohou negativně ovlivnit zachycení oocyty fimbriemi, následně ovlivnit oplodnění vajíček, transport zygoty uvnitř vejcovodu do děložní dutiny a konečnou implantaci embrya. (Gomes Da Broi, Ferriani a Navarro, 2019)

V pokročilejším stadiu onemocnění, tzn. stadium III a IV, se objevují anatomické změny na reprodukčním traktu v podobě peritubární a periovariální adheze a pánevní deformace. Tyto změny způsobí obstrukci, která by mohla narušit zachycení oocytů fimbriemi a jeho průchod tubou. U těchto žen jsou vytvořeny endometriomy, které mohou mít nepříznivý vliv na vaječníky a jejich oocyty kvůli svým zánětlivým účinkům. Endometriomy totiž difundují tekutinu obsahující toxické látky. (Gomes Da Broi, Ferriani a Navarro, 2019)

U žen se stadiem I a II nejsou přítomny anatomické deformace, proto se uvažuje o jiných mechanismech. Předpokládá se, že dochází ke změně peritoneálního, folikulárního a endometriálního prostředí. V důsledku těchto změn vzniká poškození folikulogeneze, porucha ovulace, změna v kvalitě oocytů a v endometriální sensitivitě a dokonce se může změnit i funkce spermií. (Gomes Da Broi, Ferriani a Navarro, 2019)

Selhání ovulace

U žen s endometriózou jsou narušeny mechanismy, které usnadňují fyziologickou ovulaci. Hladiny prolaktinu (PRL) byly významně vyšší u neplodných žen s endometriózou ve srovnání s hladinami žen bez endometriózy. Zvýšená hladina PRL zabraňuje pulzaci luteinizačního hormonu (LH) a vyvolává anovulaci. (Mon Khine, Taniguchi a Harada, 2016)

Dále se může na možné příčině podílet luteinizační syndrom neporušeného folikulu. LUF je stav, kdy nedojde k uvolnění oocyty i přesto, že dojde k jeho luteinizaci. Syndrom lze diagnostikovat pouze pravidelným ultrazvukem. Studie prokázaly, že ženy trpící endometriózou mají vyšší prevalenci syndromu LUF. (Tanbo a Fedorcsak, 2016)

Chronický zánět

Chronický zánět endometriózy může narušit plodnost několika způsoby. Endometriální zánět je charakterizován zvýšenou přítomností zánětlivých mediátorů (cytokinů, chemokinů a prostaglandinů) v peritoneální tekutině. Tyto mediátory způsobují dysfunkci vaječníků. Cytokiny dokáží inhibovat motilitu spermií a mohou poškodit jejich DNA a navíc narušovat vývoj embryí a bránit jim v implantaci. (Tanbo a Fedorcsak, 2016) Bylo prokázáno,

že u žen s III. a IV. stadiem endometriózy se tato zánětlivá peritoneální tekutina podílí přibližně z 40 - 80 % na poklesu motility spermií. (Mon Khine, Taniguchi a Harada, 2016)

Hypothalamo - hypofyzární osa

Dysfunkce hypothalamo - hypofyzární osy může přispět k neplodnosti. Vyznačuje se prodlouženou folikulární fází, nízkými hladinami sérového estradiolu a sníženou koncentrací luteinizačního hormonu. To by mělo za následek narušenou folikulogenezi, sníženou kvalitu oocytů a sníženou senzitivitu endometria. Ve skutečnosti byly tyto abnormality prokázány pouze v některých studiích. (Tanbo a Fedorcsak, 2016)

2.2 Léčba

Současná léčba neplodnosti spojená s endometriózou se zaměřuje na zlepšení plodnosti, a to odstraněním nebo snížením ektopických endometriálních implantátů s obnovením fyziologické pánevní anatomie. (Macer a Taylor, 2012) Léčba je proto chirurgická (laparoskopie) nebo využívá metod asistované reprodukce (IVF, IUI). (Janoušková et al., 2018) U žen nad 35 let a u žen s pokročilým stadiem endometriózy se nedoporučuje vyčkávat na spontánní otěhotnění. Je obecně známo, že se zvyšujícím se věkem klesá pravděpodobnost spontánní gravidity. V takovém případě se doporučuje přejít ihned na léčbu IUI (intrauterinní inseminace) nebo IVF (in vitro fertilizace). (Hrušková, 2012)

Chirurgická

Při minimální a mírné endometrióze je cílem chirurgického zákroku odstranit všechny nebo alespoň většinu endometrálních implantátů. Studie prokázaly zvýšenou pravděpodobnost otěhotnění. Při středně těžké a těžké endometrióze je cílem chirurgického zákroku obnovit fyziologickou anatomii pánve s odstraněním velkých endometriomů. (Tanbo a Fedorcsak, 2016)

Je známo, že chirurgická léčba endometriózy zvyšuje přirozenou plodnost ve všech stádiích choroby. Obvykle se uvádějí šance na těhotenství přibližně 50 % během 12 - 18 měsíců po operaci. Mladé ženy by měly být časně informovány o výhodách laparoskopie. Mluvíme o takových ženách, které netrpí sterilitou dlouho, mají plně funkční ovaria a mají partnera s funkčními spermii. (De Ziegler et al., 2019)

Asistovaná reprodukce (AR)

Asistovaná reprodukce je obor medicíny pracující laboratorně (mimo tělo člověka) s pohlavními buňkami, tedy se spermii a oocyty. (Řežábek, 2008) AR má sice mnoho

metod, avšak nejčastěji, jak již bylo zmíněno výše, jsou se spojitostí s endometriózou používány IUI a IVF.

Metody AR

IUI - Intrauterinní inseminace znamená vnesení spermií laboratorně ošetřených (zbavení cizorodých látek a bakterií) přímo do dutiny děložní. (Řežábek, 2008)

IVF - In vitro fertilizace s následujícím embryotransferem (ET) znamená odběr vajíčka a jeho následné laboratorní ošetření (kultivace se spermiemi a jeho sledování vývoje). Vzniklé embryo se přenese do dutiny děložní. (Řežábek, 2008)

IVF je v současné době tou nejúčinnější léčbou neplodnosti spojené s endometriózou. Stále není jisté, do jaké míry endometrióza ovlivňuje úspěšnost IVF. Společnost asistované reprodukce uvedla, že průměrná míra porodnosti na jedno vyšetření pacientky podstupující IVF + ET byla 39,1 % u žen s endometriózou ve srovnání s 33,2 % u žen s různými příčinami neplodnosti. Jiní autoři dospěli k závěru, že ženy s endometriózou, které podstoupily AR, mají stejnou šanci na dosažení klinického těhotenství a donošení životaschopného plodu jako ženy s jinými příčinami neplodnosti. (Mon Khine, Taniguchi a Harada, 2016)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA VÝZKUMU

V praktické části této bakalářské práce se seznámíme s cílem bakalářské práce, výzkumnou otázkou a také s výzkumnou metodou, která byla použita v rámci výzkumného šetření. Dále se seznámíme s charakteristikou participantek, které byly zvoleny do výzkumného šetření pro tuto bakalářskou práci. Výzkum je zaměřen na život žen s těmito zdravotními potížemi popsanými v teoretické části.

3.1 Cíle výzkumu a formulace výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je porozumět životu žen s neplodností související s endometriózou.

Na základě teoretických poznatků a stanoveného cíle je stanovena následující výzkumná otázka:

1. Jaký je život žen s neplodností, která je zapříčiněna endometriózou?

Tato výzkumná otázka byla stanovena z hlediska poznatků uvedených v teoretické části. Jedná se o subjektivní prožívání žen s diagnózou sterility související s endometriózou. Zájem otázek je soustředěn na: začátek průběhu nemoci, diagnostiku endometriózy, pocity ze stanovení diagnózy, léčbu, dobu sterility a vnímání celé situace. Důraz je pak kladen na otázku, co pro tyto ženy endometrióza znamená a jaká je jejich současná situace.

3.2 Aplikovaná metodika

Vzhledem k citlivému charakteru tématu byl k jeho šetření zvolen kvalitativní přístup.

Kvalitativní výzkum - Významný metodolog Creswell (1998) definoval kvalitativní výzkum takto: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založen na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Creswell 1998 in Hendl, 2008)

Metody získávání dat

V rámci zvoleného přístupu je k výzkumnému šetření realizována technika polostrukturovaného rozhovoru.

Polostrukturovaný rozhovor - se dle Miovského (2006) řadí mezi nejrozšířenější metodu rozhovorů vůbec, neboť má určitě výhody na rozdíl od plně strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Tento rozhovor dává respondentovi volnost při mluvení na dané téma. Respondent má tak možnost reflektovat svůj postoj k tématu a rozvíjet o něm vlastní myšlenky. (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013) U polostrukturovaného rozhovoru je definováno tzv. **jádro interview**, znamená to, že tazatel musí položit minimum otázek a témat. To výzkumníkovi zaručí, že všechna tato témata budou probrána. Tazatel nemá striktně určené pořadí otázek, může je dle libosti měnit. Na toto jádro se dále nabalují i jiná témata a otázky, které výzkumníkovi přijdou vhodné a smysluplné k danému tématu. (Miovský, 2006)

Z poznatků uvedených v teoretické části a s ohledem na zvolenou výzkumnou otázku je struktura rozhovoru rozdělena **na 5 okruhů**:

- *začátek průběhu nemoci a její diagnostika,*
- *symptomy endometriózy,*
- *význam endometriózy,*
- *umělé oplodnění,*
- *vnímání současné situace.*

Metody zpracování dat

Získaná data byla zpracována dle **interpretativní fenomenologické analýzy (IPA)**.

Cílem IPA je porozumět žité zkušenosti člověka. Tato analýza nám pomáhá podrobně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti, a to nám umožňuje porozumět zkoumanému fenoménu. IPA je brána jako přístup, který dává více prostoru pro kreativitu a svobodu fenoménu než jiné kvalitativní metody. (Řiháček, Čermák a Hytych, 2013)

3.3 Organizace a průběh výzkumného šetření

Tvorba dat probíhala průběžně od ledna do dubna roku 2020. V první fázi výzkumu, v listopadu roku 2019, byly osloveny ženy prostřednictvím sociální sítě Facebook, přesněji ve skupině *Endometrióza CZ*. Ve zprávě byl uvedený název bakalářské práce, její cíl a zvolená technika zpracování. Díky této možnosti se ozvalo několik desítek žen z celé České republiky, které byly ochotné spolupracovat. Ovšem v době realizace výzkumu se již tento počet výrazně snížil.

Po opětovném oslovení na stejné sociální síti bylo ve druhé fázi výzkumu vybráno pět žen. Tyto participantky byly seznámeny s technikou výzkumného šetření - s rozhovorem. Všem bylo znovu předem vysvětleno, jaký je cíl bakalářské práce a jak bude rozhovor probíhat. Následně došlo k individuální domluvě na termínu uskutečnění rozhovoru.

Každý z rozhovorů byl nahráván pomocí aplikace v mobilním telefonu. Na začátku rozhovoru, ještě před jeho nahráváním, byla zahájena neformální konverzace, ve které došlo k seznámení a vytvoření důvěrné atmosféry. Před kladením otázek byla každá participantka upozorněna, že jejich výpovědi jsou absolutně anonymní a že zodpovězením následujících otázek automaticky souhlasí s jejich zpracováním, a to pouze v této bakalářské práci a nikde jinde zveřejněny nebudou. Všechny participantky souhlasily i s nahráváním rozhovoru. Nejkratší rozhovor trval 23 minut a nejdelší trval 1 hodinu a 25 minut.

S ohledem na intimitu tématu byla jako vhodné prostředí k výzkumu zvolena útulná kavárna, která se vyloženě nabízí k určené problematice. Ve třech případech se podařilo setkat „*face to face*“. Bohužel vzhledem k vzniklé pandemii se souvislostí s COVID - 19 jsou dva rozhovory nahrané přes aplikaci Messenger ve formě videohovoru.

Všechny rozhovory proběhly bez jediného problému. Participantky byly velice ochotné a velmi aktivně spolupracovaly. U některých dokonce nemusely být položeny všechny předem připravené otázky, protože v průběhu povídání je nevědomě zodpověděly samy. Participantky měly absolutní volnost k vyjádření jejich pocitů i názorů ve vyprávění na dané téma, přesně tak, jak je polostrukturovaný rozhovor charakterizován.

Každý z rozhovorů byl následně doslovně přepsán do aplikace Microsoft Word. Po přepsání byly rozhovory připraveny k dalšímu zpracování.

3.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro výzkumné šetření byla vybrána pětice participantek, které splňovaly stanovená kritéria uvedená níže a které byly ochotné se do výzkumu zapojit. Zkoumaný soubor byl zaměřen na ženy ve fertilním věku. Věk získaných participantek se pohybuje od 29 do 33 let. V rámci zachování anonymity a zajištění bezpečnosti participantek byla jména pozměněna.

Při výběru zkoumaného souboru byla stanovena tři kritéria:

- *žena s primární sterilitou,*
- *žena s endometriózou III. a IV. stupně,*

- věková hranice od 18 - 40 let.

Paní	Věk	Vzdělání	Doba sterility	Stupeň endometriózy	Umělé oplodnění	Současný stav
Alice	33	Vysokoškolské	4 roky	III.	3x IVF cyklus	18. týden těhotenství
Beáta	33	Vysokoškolské	5 let	IV.	4x IVF cyklus	Bezdětná
Helena	30	Střední s maturitou	4 roky	IV.	1x IVF cyklus	20. týden těhotenství
Olga	33	Střední s maturitou	10 let	IV.	1x IVF cyklus	Bezdětná
Věra	29	Střední s maturitou	4 roky	III.	5x inseminace	Bezdětná

Tabulka 1: Základní údaje účastnic

Popis vzorku

Paní Alice

Paní Alici je 33 let. Dle jejího mínění vše začalo v šestnácti letech, kdy se objevila první velmi bolestivá menstruace. Utrpení bylo opravdu nesnesitelné. Gynekologickou péči nikdy nepodceňovala a navštěvovala gynekologa opravdu pravidelně. Když si již od začátku první menstruace stěžovala na bolestivou menstruaci, vždy ji lékař sdělil, že je to normální a že to časem vymizí. Tohle slyšela paní Alice pravidelně, proto už začala rezignovat. Hormonální antikoncepci užívala často kontinuálně bez pauz, aby mohla někam jet na výlet, sejít se s přáteli, naplánovat dovolenou apod. Mimo jiné paní Alice trpěla i problémy s bolestivou stolicí, popisuje extrémní zácpu.

Časem si nahmatala v podbříšku bulku. Šla tedy ke gynekologovi. Ten ji ukázal na ultrazvuku, že má v břiše dvě cysty velikosti grepu a pomeranče. Hned druhý den paní Alice podstoupila operaci, při které jí diagnostikovali endometriózu. Tato operace ale nebyla poslední.

Paní Alice využila možnosti reprodukované asistence a tak absolvovala tři IVF cykly. Z prvního IVF cyklu vzniklo chemické těhotenství, které odešlo přirozeně. Tuto skutečnost opravdu těžce nesla. Poslední IVF cyklus byl úspěšný a nyní je paní Alice v 19. týdnu těhotenství.

Po vnitřní stránce je momentálně paní Alice opravdu šťastná. Největší obavy má z toho, aby vše dopadlo s těhotenstvím dobře.

Paní Beáta

Paní Beáta má 33 let. Zažila si toho skutečně hodně. Menstruaci měla vždy pravidelnou, bez jakýchkoliv potíží. V osmnácti letech začala užívat antikoncepci až do svých dvaceti sedmi let. Po půl roce po vysazení hormonálních pilulek se menstruace výrazně změnila. Paní Beáta měla tak intenzivní bolesti, že nevěděla, jestli má zvracet, brečet nebo křičet. Menstruace ji doslova paralyzovala. Snažila se řešit tyto obrovské bolesti se svou gynekoložkou, ale ta ji odpověděla, že je to při menstruaci normální. Dále paní Beátu trápila zácpa, taková, že šest dní neměla stolici. Únava, kdy paní Beáta spala i dvanáct hodin a stejně nebyla schopna udržet pozornost. Nikdy neměla žádný problém s pohlavním stykem, až po vysazení antikoncepce se stal velmi bolestivým. V té době paní Beáta souložila pouze s donucením a vědomím, že chtějí mít dítě.

Po roce neplodnosti od vysazení antikoncepce navštívila gynekologa, který jí předepsal hormonální léčbu. Ještě ten měsíc otěhotněla, ale v 7. týdnu těhotenství embryo potratila. Na tento okamžik si bude pamatovat až do konce života. Okamžik, kdy ji lékař sdělil: „Nic tam není, tak to vyškrábnem.“ Bylo tedy nutné provést revizi dělohy, tzv. vyčištění. Při revizi lékař protrhl dělohu a došlo tak k její perforaci. Byl to život ohrožující stav, který se nedá řešit jinak než operací a právě při ní byla diagnostikovaná endometrióza. Bohužel touto operací to neskončilo a paní Beáta musela podstoupit i další.

Po druhé operaci, kdy paní Beátě musely být odebrány vejcovody, navštívila Centrum asistované reprodukce. Tam podstoupila čtyři IVF cykly, jeden i s darovanými oocyty, ale ani jeden nebyl úspěšný.

Dnes je paní Beáta smířená a vyrovnaná s endometriózou. Říká, že ta nemoc jí dala vlastně život, protože nemá pocit, že by předtím žila.

Paní Helena

Paní Heleně je 30 let. Nikdy neměla potíže s menstruací ani ničím jiným. V patnácti letech začala užívat antikoncepci do svých dvaceti pěti let. V tomto věku si sama řekla, že kdyby byla těhotná, nebyl by to problém a s užíváním hormonů přestala, nechala tomu volný průběh. Po vysazení paní Helena pocítovala, že menstruace je mnohem silnější a bolestivější, ale nic, co by Ibalgin nespravil. Jenomže po čtyřech letech nechráněného

pohlavního styku paní Heleně začalo být divné, proč není těhotná. Nicméně si řekla, že by chtěla mít dítě do třiceti pěti let a nijak nedramatizovala.

Jednoho dne pocítila takovou zvláštní, ne nijak ostrou bolest v podbřišku na levé straně mimo menstruační cyklus. Na gynekologii se potvrdilo, že má paní Helena cystu a nechali jí odebrat krev na rozbor. Z krve se zjistilo, že má náběh na endometriózu, a tak ji gynekolog poslal do endoporadny. V endoporadně díky speciálnímu ultrazvuku lékař přesně věděl, kde se ložiska endometriózy nacházejí a následovalo její odstranění - operace, která byla velice náročná.

Paní Helena si vyloženě nestála na přirozeném otěhotnění, a tak 3 měsíce po operaci využila možnosti IVF. Hned první IVF cyklus se stal úspěšným.

Teď je paní Helena velmi ráda, že se jí podařilo otěhotnět. Endometriózu přijala jako část jí samotné.

Paní Olga

Paní Olga má 33 let. Nikdy žádné gynekologické potíže neměla. Ke gynekologovi si chodila jen pro recept na antikoncepci. Jak čas plynul, paní Olga měla stále větší a větší bolesti při menstruaci, až to začala řešit. Bolesti popisuje jako nejhorší bolest v jejím životě. Když navštívila svého gynekologa a vysvětlila mu své problémy, navrhl, že by se mohlo jednat o endometriózu. Následně chtěl domluvit operaci, tu ale paní Olga odmítla. Bolesti se zhoršovaly a menstruace se prodloužila na dvacet dní, kdy sedm dní bylo velice silných a zbylých 13 slabších. To už ale na operaci musela a potvrdila se tak jasná diagnóza endometrióza. Paní Olga měla tak rozsáhlou endometriózu, že musela na další operaci.

Od svých dvaceti let paní Olga přestala užívat antikoncepci a chtěla otěhotnět. Rozhodla se tedy, že podstoupí cyklus IVF, který byl katastrofální. Skončil prasklou cystou, otravou krve a vývodem ze střeva - stomií.

Paní Olga je velmi pozitivní člověk. Říká, že jí endometrióza změnila život k lepšímu. Nyní je opravdu šťastná, protože úspěšně s manželem prošli vyřizováním adopce a teď už se jen těší, až jim zavolají.

Paní Věra

Paní Věře je 29 let. Jedná se o nejmladší respondentku. Vypráví, že to všechno začalo v době, kdy se s manželem dohodli mít dítě. Z toho důvodu sama usoudila, že by bylo vhodné se nechat zkontrolovat od své gynekoložky. Paní doktorka zkontrolovala paní Věru

s nadějnými slovy, že je vše v pořádku a že až bude mít pozitivní těhotenský test, má přijít na kontrolu. Jenomže to bylo půl roku, rok, dva a pořád těhotenství v nedohlednu. Gynekolog tedy doporučil paní Věře navštívit Centrum asistované reprodukce. Tam paní doktorka zjistila, že má paní Věra endometriózu.

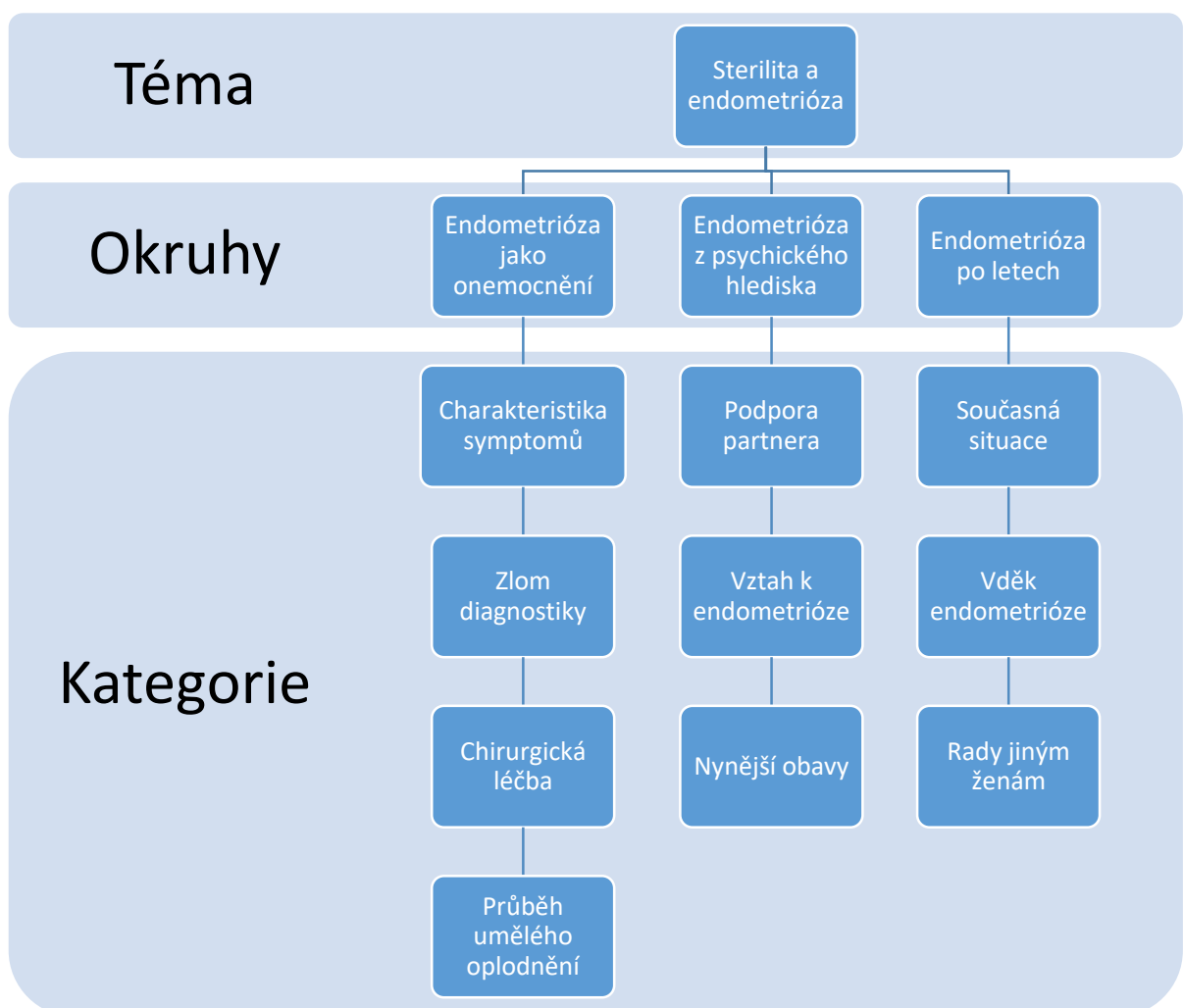
Ani paní Věře se symptomy endometriózy nevyhnuly. Popisuje velmi bolestivou menstruaci, která nastoupila rok před návštěvou Centra asistované reprodukce, velmi bolestivý pohlavní styk, při kterém se žádná rozkoš neobjevuje, a nechybí ani bolestivá defekace.

Psychická pohoda paní Věry není moc dobrá. Vypráví, jak ji endometrióza negativně ovlivňuje společenský, soukromý, ale i intimní život. Nedokáže pochopit, proč zrovna ona onemocněla endometriózou a doposud se s ní nesmířila ani nevyrovnala. Má strach, že nikdy nebude těhotná.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím analýzy dat ze zvoleného přístupu IPA. Tento přístup nám ukázal 3 hlavní tematické okruhy s výpověďmi, o nichž se lze domnívat pro sílu jejich obsahu, že nejpřesněji vystihují zkoumanou problematiku a poskytují podklad k odpovědi na výzkumnou otázku. Každý okruh je dále rozdělen na kategorie, které je podrobněji specifikují. Přehled tematických okruhů a kategorií je uveden na obrázku č. 1. V následujících kapitolách jsou sepsána zjištění k jednotlivým tematickým okruhům doložené doslovnými citacemi participantů. Snahou bylo vytvořit přehlednou analýzu dat. Veškeré výpovědi participantů nejsou uvedeny, protože by nesplňovaly kritéria přehledné analýzy.

Cílem zpracování bylo zachytit vnímání žen celé situace s endometriózou ve smyslu, jakým způsobem jim endometrióza ovlivňuje život a jak se s ní sžily. Vybrané tematické okruhy výstižně popisují skutečnosti, které se podílely na prožívání dané zkušenosti.



Obrázek 1: Schéma tematických okruhů

4.1 Endometrióza jako onemocnění

Tematický okruh je zaměřen na všechny spojitosti v životě ženy s endometriózou jako onemocněním. Proto jsou v tomto tematickém okruhu představeny tyto kategorie:

- charakteristika symptomů,
- zlom diagnostiky,
- chirurgická léčba,
- průběh umělého oplodnění.

Charakteristika symptomů

Každá z participantek uvedla bolestivou menstruaci různé intenzity. Většina udává opravdu nesnesitelné bolesti, kvůli kterým nebyly schopny společenského života. Dokonce dvě participantky popisují bolestivou menstruaci jako největší bolesti ve svém životě. Nehledě na to, že každá žena nemohla/nemůže dlouhodobě otěhotnět v řádu let, a dokonce jednoho desetiletí přirozenou cestou. Takové je vnímání bolestivé menstruace u zvolených participantek:

„Ty křeče a bolesti byly takové, že jsem nebyla schopná fungovat, jako absolutně vůbec. Byly to neuvěřitelné křeče, hrůza, nemohla jsem ani spát, brečela jsem bolestí. Už prostě jen Algifyny, Brufeny 5x - 6x denně. Byla to největší bolest, jakou jsem kdy zažila, a to jsem bourala v autě, kdy jsem měla zlomené prsty atd. Já měla takové křeče, takové stahování žaludku, že jsem myslela, že potracuju, i když jsem nebyla těhotná. Vypadávaly ze mě kusy sražené krve, v podstatě, jak kdybyste krájeli játra, to si člověk opravdu řekne, jestli nepotratil, ale opravdu to byla ta děložní sliznice. Žena, která nemá bolestivou menstruaci, je šťastná žena. To je věc, kterou závidím každé ženě, je to pro mě něco neuvěřitelného.“ (Paní Alice)

„Po zhruba půl roce vysazení antikoncepce, samozřejmě ne těhotenství, přišla první velmi bolestivá menstruace, ale taková, která mě vyloženě paralyzovala, která mne skutečně vyřadila ze společenského života na 3 - 4 dny, takže to nebyly takové ty klasické bolesti, kdy je člověk protivnej, bolí ho to atd., ale skutečně ležíte, přemýšlíte, jestli budete zvracet nebo brečet nebo křičet. Je to jako kdyby se tisíc jehel staly jedním nožem v břiše. Kdo nezažil, ten to nepochopí. Bylo to o přežití do termínu operace. V té době nějaký osobní, sociální život neexistoval.“ (Paní Beáta)

„Ty bolesti jsem vnímala asi tak, že jsem při nich zvracela. Bez Ibalginu jsem nevycházela jako vůbec, vlastně to jsem ani nevstávala z postele. To se jako nedalo vůbec vydržet, ale jenom při té menstruaci mimo ni vůbec. Takže 7 dní v měsíci opravdu šílené bolesti. Byly to největší bolesti v mém životě. To jsou takové bolesti, kdy je vám z toho na omdlení.“ (Paní Olga)

„První dva dny menstruace jsem vůbec nemohla fungovat, jak mě bolelo břicho. Tak mě bolelo břicho, jako kdyby mi do něho bodali.“ (Paní Věra)

Participantky zkoumaného souboru zmiňují problémy se stolicí, a to konkrétně zácpu. Popisují i několikadenní zácpu. Při endometrióze vyššího stupně může být defekace i poměrně bolestivou záležitostí. Takhle reagují tázané ženy na problémy s defekací:

„Vlastně extrémní zácpa, fakt strašná, jak kdyby se mi všechno sevřelo a nemohla jsem mít stolicí. Trpěla jsem, velmi. Když jsem se jen trochu vyprázdnila, tak to bylo pro mě brečení, křičení, válení se po zemi. Mám nízký tlak, a když jsem seděla hodinu na záchodě, tak mi klesl tlak, kdy jsem si musela lehnout na zem, zvednout nohy nahá a s holým zadkem 10 - 15 minut ležet, abych si znovu mohla sednout a zkusit na záchod. Tohle je opravdu děsná část.“ (Paní Alice)

„Já prakticky celoživotně trpím zácpou. S tou nemocí se to začalo samozřejmě hodně zhoršovat tím, že je endometrióza i na střevě. Já měla období, kdy jsem skutečně až 6 dní nebyla schopna na ten záchod jít.“ (Paní Beáta)

„Vždycky 4 dny před menstruací jsem dostala zácpu. A 2. den menstruace zase totální průjem a až potom se to jakoby srovnalo do normálu.“ (Paní Helena)

„Dojít si na záchod jako na velkou, to byly hrozné bolesti.“ (Paní Olga)

„Nemohla jsem se vyprázdnit, fakt bolestivá stolice. Jednu tu dobu jsem si nemohla v podstatě ani prdnout.“ (Paní Věra)

I potíže s pohlavním stykem patří do problematiky, která je spojená s endometriózou. Ženy s dyspareunií dávají pohlavnímu styku jediný účel, a to otěhotnět. Žádná rozkoš se zde neobjevuje. Proto participantky vyjadřují své potíže s pohlavním stykem:

„Při pohlavním styku jsem měla občas takové nepříjemné tlaky.“ (Paní Alice)

„Vlastně po té první operaci už to bylo velmi bolestivé, a pokud už k tomu přišlo, tak to bylo v podstatě s donucením, že chceme dítě teď, tak pojd'me.“ (Paní Beáta)

„Ty bolesti, ten pohlavní styk, to bylo hrozné. Vždy jsem říkala, honem, bolí to, nemohla jsem. Jediný účel byl, že chceme dítě.“ (Paní Věra)

Paní Beáta popisuje i extrémní únavu, kdy i přes několik hodin spánku je stále unavená. Je přesvědčená, že taková únava souvisí s endometriózou a jejím kontinuálním zánětem.

„Taková únava, že spíte třeba 12 hodin a stejně nejste schopna udržet soustředění a zůstat vzhůru. Souvisí to často s tím, že tělo permanentně bojuje se zánětem a to ho vyčerpává.“ (Paní Beáta)

Zlom diagnostiky

U tří participantek endometrióza byla diagnostikována operací. Paní Heleně a Věře lékaři sdělili diagnózu za pomoci ultrazvukového vyšetření. Pocity měly smíšené, u dvou participantek padlo jako první slovo obrovský nádor nebo zvýšené onkologické markery, což zní, jak sama paní Helena popsala, dost děsivě. Takové jsou jejich výpovědi:

„Před 3 lety jsem si našla v podbříšku bulku. Doktorka mi oznámila, že mám v břiše dva velké objekty, že to můžou být cysty, ale že to může být i nádor. Šla jsem hned ke svému gynekologovi, byla jsem ustrašená, ubrečená. Představa, že mám v břichu obrovské nádory, to je šok. Gynekolog okamžitě volal do nemocnice, za půl hodiny jsem byla už na příjmu a ráno jsem měla operaci. Když jsem se po operaci probudila, řekli mi, že je to potvrzené a jedná se o endometriózu.“ (Paní Alice)

„Potratila jsem v 7. týdnu těhotenství a následovala revize, bohužel při té revizi došlo k perforaci dělohy. Byl to v podstatě život ohrožující stav, protože se jednalo o vnitřní krvácení. Následovala laparoskopie. Při ní zjistili, že se tam leje krev a co se tam všechno děje. Následně mi otevřeli břicho laparotomicky a při tom, jak vlastně nějakým způsobem opravili tu dělohu, zjistili endometriózu.“ (Paní Beáta)

„No a jednoho krásného dne jsem měla takovou zvláštní, ne nějakou ostrou bolest v podbříšku na levé straně, takovou jinou. Šla jsem na gyndu a doktor mi řekl, že tam mám cystu 4x4 cm a že odebereme krev. Zavolali mi zhruba za 4 dny, že teda krev nevyšla úplně dobře, protože mi brali onkologické markery CA-125, což do telefonu znělo dost děsivě. Poslal mě na speciální vyšetření ultrazvukem do endoporadny. Takže jsem si vyskočila na kozu a doktor říká, takže a teď to hlásil jako u zubaře jo, levá cysta 4x4, pravá 1x1, střevo ložisko jedno, druhý, pátý, desátý, třináctý, močová trubice, močový měchýř zdeformovaný, vaječníky kissingovaries, děloha adenomyóza. Říkám mu, ať na mě mluví česky a on na mě: no, máte IV. stádium endometriózy.“ (Paní Helena)

Chirurgická léčba

Všechny participantky podstoupily chirurgickou léčbu. U některých byla operace více invazivní, u některých méně. Například paní Olze endometrióza poškodila střevo do takové míry, že musí mít vývod ze střeva - stomii. Takové operace trvají v řádu hodin, jedna z respondentek uvádí až osmi hodinový chirurgický výkon. Na průběh operace participantky reagují následovně:

„Cysty mi odsáli. Měla jsem srůsty všude i na střevech. Vejcovody vypadaly strašně a děloha někde zmáčknutá. Během 3 měsíců se mi udělaly zase cysty. Poznala jsem to. To jsem šla k doktorovi, že se necítím dobře a poslali mě na další operaci. Nešlo to laparoskopicky, udělali mi řez a vyčistili všechno. Snázili se zachránit vaječníky, řekli mi, že kdybych měla 2 děti, vezmou mi všechno. Vlastně

mi pak zůstala 1/3 z levého vaječnicku a 1/2 z pravého. Mám teda III. stupeň endometriózy.“ (Paní Alice)

„Ta operace trvala 4 hodiny. Byly mi odebrány oba vejcovody, protože tam už nebylo záchrany. Jeden vaječník v podstatě zůstal a byly nalezeny další ložiska v rektu, za dělohou, na střevě našťestí neprorůstající, ty cysty, které jsem zmiňovala a prakticky frozen pelvis - IV. stádium endometriózy.“ (Paní Beáta)

„Operace trvala 8 hodin. Tím, že nemám děti, bylo zásadní zachovat vaječníky, to bylo gro. Vejcovody ani ne, říkala jsem, když budou na prd, vemte je. Doktor řekl ok, pravý vaječník určitě zůstane, vejcovody zkusíme, ale je u vás největší riziko, že vám vezmeme kus střeva a budete mít jakoby vývod. A pak přidal, že to samé močový měchýř. To střevo bylo v obrovském srůstu s ložiskama. Řekl mi narovinu, že jinde by se se mnou moc nepárali, vzali by střevo a bylo by. Střevo ořezali a vyškrábali škrabkou, tím pádem ho hodně ztenčili. Říkal, že mi všechno zůstalo, ale že to byla hodně drbačka. A jediný co, že budete 14 dní ležet a budeme čekat, jestli to nepraskne, ale budete hladem. To byla pro mě největší tragédie.“ (Paní Helena)

„Když mě otevřeli, zjistili, že to není vůbec dobrý. Museli odstranit cystu, vaječník byl vlastně v ní, takže ten šel taky ven. Po operaci mi zůstala půlka levého vaječnicku a museli udělat stomii, protože ta endometrióza mi zničila i střevo. Takže mi zůstala děloha a půlka levého vaječnicku, vejcovody šly taky pryč. Nikdo s tím vůbec nepočítal, mysleli, že odstraní cysty - půl hodinová operace a to bude všechno. No ale já byla na sále 6 hodin a IV. stádium endometriózy.“ (Paní Olga)

Průběh umělého oplodnění

Každá z participantek využila možnosti asistované reprodukce ať už cyklus IVF nebo intrauterinní inseminaci. U dvou žen byl cyklus IVF úspěšný. Participantky s neúspěšnými IVF cykly popisují, jaká je to zátěž na jejich psychickou pohodu. Jejich reakce jsou takové:

„Podstoupila jsem 3 IVF cykly. První IVF bylo chemické těhotenství, odešlo přirozeně. Byl to hrozný šok, byla jsem vážně zdrcená. Druhé IVF jsme absolvovali po 3 měsících a tam bylo jen jedno vajíčko, které nedozrálo. Z mých vaječnicků vydolat 1 - 2 vajíčka byl zázrak. Ve třetím cyklu jsem měla zase jen jedno vajíčko, ale to se našťestí chytlo. Kdybych neotěhotněla, tak bych šla na další operaci, kde by mi už vzali vaječníky, protože se mi objevily zase cysty. Jinak jsem ale neměla žádné potíže.“ (Paní Alice)

„Vlastně po té druhé operaci jsme se, prakticky pod tlakem svých lékařů, nechali vylekat, vystresovat natolik, že jsme během roku podstoupili 4 IVF cykly, z toho jeden s darovanými oocyty. V tom byl ještě pětiměsíční přechod se vším všudy komplet. Takže se v mých 30 se ze mě stala šedesátiletá velmi nevrlá paní s velmi silnými návaly a vším, co k tomu patří, samozřejmě s psychickým dnem, to už potom byl ten 4. cyklus takový záprah na nervy, že ... Ty stimulační měly zvyšující se tendenci, protože

jsem jim nereagovala. Takže jsem skončila se šestinásobnými dávkami oproti normálu, což mi zanechalo zničenou štítnou žlázu, zničenou imunitu a žlučník na odchodu - žlučníkový kámen. Musela jsem kvůli IVF jít i na operaci s prsem kvůli 8 cm cystě.“ (Paní Beáta)

„Rozhodli jsme se jít na umělé oplodnění. To se jim dost nepovedlo, protože mi dali ty největší dávky hormonů a endometrióza se rozjížděla. Takže z cysty, která měla 6 cm, kterou mezitím zjistili, vyrostla na 20 cm. Utvořily se mi dva váčky s dvěma vajíčkama, ale ty byly prázdné, prostě moje tělo už bylo tak zničené, že neprodukovalo žádné vajíčka. No a tou stimulací právě praskla ta cysta a rozjely se všechny ty problémy víc a víc a musela jsem na ty operace.“ (Paní Olga)

„Podstoupila jsem 3 inseminace před operací a 2 po operaci. Říkala jsem si, že je to pryč, je to vyčištěné tak teď to vyjde. Byla jsem plná naděje, že to konečně vyjde, ale nevyšlo. Teď ta lítost, úplně hrozně špatně jsem to nesla. Vždy to obřečím a snažím se to zpracovat a pak funguju dál.“ (Paní Věra)

4.2 Endometrióza z psychického hlediska

Tematický okruh popisuje, jak endometrióza ovlivňuje psychickou pohodu žen a je rozdělen na následující kategorie:

- podpora partnera,
- vztah k endometrióze,
- nynější obavy.

Podpora partnera

Všechny participantky mají velkou podporu v partnerovi, což se ukázalo jako velmi důležité, nehledě na prokázané studie. Participantky jsou velice rády, že na to nejsou samy. Z jejich výpovědí plyne, že jejich partneři mají o ně strach:

„Absolutně nevěděl, která bije, ale hrozně mě podporoval. Když jsem měla tu bolestivou menstruaci, tak v noci ke mně vstal, zvednul mi nohy, prostě musel. Byl strašně vystresovaný, říkal, že i 5x za noc se vzbudil a zkoušel, jestli dýchám. Byl z toho špatný, furt se mě ptal, jak mi má pomoci. Byl smutný, že mám takové problémy, ale tomu chlapovi to vůbec nedochází, že to může mít i nějaké omezení, že ty děti půjdou hůř.“ (Paní Alice)

„Ta podpora je skutečně stoprocentní. Je to obrovská podpora a opravdu je to hodně důležité, v některých těch situacích jsou ženy silné, ale prostě potřebujou tu stěnu, o kterou se opřou. Ta nemoc mi prověřila tady to všechno. Ono to tak prostě je, že ženy zvládnou o něco víc, než muži, ale chlap, který vás najde v bezvědomí a v krvi na zemi a naloží vás, poskytne první pomoc a odveze do nemocnice, tak to je chlap pro život.“ (Paní Beáta)

„Partner je pro mě velká opora. Po té poslední operaci byl vůbec rád, že jsem vůbec živá. Takže žádná špatná reakce na nic, to fakt vůbec ne. Ta podpora je opravdu důležitá, že opravdu vím, že na to nejsem sama.“ (Paní Olga)

Vztah k endometrióze

Tuto kategorii participantky popisují různě. Některé ženy endometriózu přijaly jako část sebe, ale některým endometrióza zmařila jejich sny. Paní Věra se s endometriózou doposud nesmířila. Participantky reagují následovně:

„Je to vlastně zabíjác ženských snů mít děti.“ (Paní Alice)

„Pro mě to je ta nemoc, ať už chci nebo ne, součást mého těla. Někde ve mně to je. A jestli já tu nemoc budu nazývat mrchou, tak tou mrchou nazývám i sama sebe. Vůbec se mi nelíbí takové ty výroky, musíme s ní bojovat. Já nechci sama se sebou bojovat. Já chci sama se sebou žít.“ (Paní Beáta)

„Vnímám okolí, jak přezdívá endometriózu endomrchou, endosviní, musím se jí zbavit. No jako na začátku ty první týdny jsem si říkala, proč zrovna já jako taková svině, ale dneska to tak vůbec nemám. Neříkám endo ošklivě, což je taky důležité a беру ji jako součást mě. Asi jsem se s tím srovnala, jo. Já to asi neřeším, prostě takhle to je a neudělám s tím nic. Ale když už ji mám, tak si říkám, že to je lepší než rakovina a to tak prostě je, na endo neumíráš. Jako mít endo a mít na houby náladu a mít ji a mít dobrou náladu, tak jasně, že je lepší mít dobrou náladu, takhle to беру já.“ (Paní Helena)

„Nikdy jsem netoužila po nějaké skvělé práci. Já jsem vždycky toužila být doma s dětmi. Zničila mi vlastně ten největší sen.“ (Paní Olga)

„Zatím jsem se s tím pořád nesmířila. Zatím je to prostě, že jsem nemocná, že mi to ovlivňuje život. Nejsm ještě ve fázi, kdy bych se s tím smířila. Nedokážu přijít na to, proč to mám já.“ (Paní Věra)

Nynější obavy

Kategorie je zaměřena na momentální obavy oslovených žen. Každá z nich řeší jiné životní situace. Dvě participantky mají obavy spojené s těhotenstvím, paní Olgu trápí stomie a paní Věru, že nebude nikdy těhotná:

„Na prvním ultrazvuku jsem byla až v 8. týdnu těhotenství, protože jsem se bála, i teď jsem furt ve stresu. První screening dobré, 2. prohlídku mám vlastně za 14 dní a jsem strašně nervózní. Občas mě něco píchne a nejsem nejmladší, takže jsem už taková opatrná, mám z toho největší obavy. A šance na druhé dítě je téměř mizivá.“ (Paní Alice)

„Úplně ze všeho. Jsou dny, kdy prostě vstanete a zvládnete úplně všechno. A pak je den, kdy vám prostě padá všechno z ruky, je to na houby, do toho máte před menstruací, všichni jsou blbci. Ale

jestli někdo tvrdí, že se zbavil všech strachů, tak je buď bůh, a nebo pěkně kecá. Bud' den prožijete, nebo přechkáte. Já bych ho raději prožila.“ (Paní Beáta)

„Endo se mi asi vrátí, o tom žádná, s tím i počítám. Ted' spíš řeším endo v komplikaci s tím porodem. Takže mám obavu z toho, protože císař chci jako poslední možnost. Mám hrůzu z toho, že při císaři provlíknou to dítě celým břichem a mě pak budou šít. Chci, aby to byl někdo, kdo tomu rozumí.“ (Paní Helena)

„Momentálně ohledně endometriózy už vůbec. Ale jak mám tu stomii, tak mám strach, aby dobře fungovala. Zatím naštěstí nebyl žádný problém. Tu endometriózu mám vlastně ted' zastavenou, že beru tu antikoncepci pořád, takže z toho už strach nemám. Jako jo, může se to vrátit, ale asi to vychází z vaječníků a já už mám jen půlku jednoho. Snad to už nikdy nebude tak hrozné, jak to bylo ted'.“ (Paní Olga)

„Mám strach, že nikdy nebudu těhotná, že ta nemoc může za to, že nemusím být nikdy těhotná. Ted' mám i strach, že se mi endometrióza zase vrátila.“ (Paní Věra)

4.3 Endometrióza po letech

Tento tematický okruh poukazuje na to, jak ženy žijí ted' po letech s endometriózou a co by rády poradily ženám se stejnými příznaky onemocnění. Okruh je rozdělen na tyto kategorie:

- současná situace,
- rady jiným ženám,
- vděk endometrióze.

Současná situace

Kategorie popisuje momentální stav žen, v jaké životní situaci se nyní nachází a co plánují dál do budoucna. Dvě participantky se těší z těhotenství. Paní Beáta plánuje další IVF cyklus po vysazení hormonální antikoncepce a paní Olga je nadšená, že prošli s manželem výběrovým řízením adopce. Paní Věra stále doufá, že spontánně otěhotní. Na současnou situaci participantky odpověděly následovně:

„Ted' jsem vlastně v 18. týdnu a jsme s manželem moc šťastní. A doufáme, že ty cysty a ložiska se během těhotenství ztratí. Chtěla bych spontánně porodit a pak třeba po 2 měsících na další laparoskopii. Vaječníky mi do 40 určitě vezmou. Takže budu mít brzo přechod, už se na to psychicky připravuju, člověk si to nechce připouštět. Samozřejmě bychom byli velice šťastní, kdyby se nám podařilo ještě jedno dítě, ale pánbůh zaplať za jedno, snad to bude všechno v pohodě.“ (Paní Alice)

„Tento rok bych chtěla vysadit antikoncepci, mělo by to být ve spolupráci s IVF klinikou. Shodli jsme se na tom, že už nikdy nenechám své tělo tak nastimulovat, i kdybych doma měla mít deset psů a dvě kočky a žádné dítě. Přijde mi zbytečné, jakýmkoli způsobem se dostat k dítěti, když to dítě nebude mít fungující matku. Uvidím, co to se mnou udělá, uvidím, jestli se vůbec ty vajíčka tvoří, jestli se s nimi dá pracovat. Buď přijde štěstí v podobě dítěte nebo další zkouška nebo cokoliv, a nebo ten život si budu řídit tak, jak ho mám dál.“ (Paní Beáta)

„Ted' jsem ve 20. týdnu těhotenství, příští týden jdeme na ultrazvuk. Jsem hrozně ráda, že se to povedlo, že to miminko budeme mít.“ (Paní Helena)

„Vlastní dítě už mít nebudeme, ale po těch 10 letech snažení už mě to ani nepřekvapí. Minulý rok jsme úspěšně prošli tím vyřizováním adopce. Už jsme schválení, takže my už jen čekáme a těšíme se. Takže teď se furt dívám na internet, co bych ještě koupila, jako bych byla těhotná. Ted' jsem určitě šťastná.“ (Paní Olga)

„Furt mám naději, že otěhotním přirozeně, že to vyjde, doufám, ale zatím stále nic.“ (Paní Věra)

Vděk endometrióze

Na tuto kategorii některé participantky odpověděly poměrně kladně. Ženy dokonce uvádí, že díky endometrióze mají lepší život. Paní Beáta má pocit, že před endometriózou ani nežila:

„Dnes jsem ráda, že ráno vstanu, že mě nic nebolí, že svítí slunce, že můžu do lesa a že se vykakám. Kdo nezažil, netuší, jak je to obrovsky důležitá část. Dalo mi to pocit, že zvládnu víc, než jsem si kdy myslela a dalo mi to takovou tu obyčejnou radost ze života. A dalo mi to to, že dnes skutečně vím, kdo jsou ti lidé, co jsou kolem mě a na které se můžu stoprocentně spolehnout. Dalo mi to hodně. Takže ta nemoc mi dala vlastně život. Nemám pocit, že bych předtím žila.“ (Paní Beáta)

„Endometrióza mi určitě pomohla v tom, že už neřeším blbosti. Spousta lidí řeší jen samé blbosti, já už fakt ne. Změnila mi úplně pohled na život. Tím, že jsem prostě bojovala o život, tak teď řeším hlavně zdraví a to mám teď snad v pořádku. Takže se možná dá i říct, že mi endometrióza změnila život k lepšímu. Ted' se mám fakt dobře.“ (Paní Olga)

Rady jiným ženám

Tato kategorie umožňuje participantkám poradit ženám, o čem si myslí, co je v dané problematice klíčové. Většina oslovených žen doporučuje ženám se nebát někomu říct o endometrióze a stát si za svými pocity před lékaři:

„Ať se nebojí zeptat, ať si za tím jdou, ať si dupnou. Máte hrazenou zdravotní péči, tak se nebojte si říct, i kdyby měly čekat na vyšetření 2 měsíce, ať jdou. Ať nedopadnou jako já, kdy ve 33 je mít dítě fakt těžké, jak finančně, tak psychicky i fyzicky. Já mám pocit, když si člověk málo stěžuje, tak nic

nedokáže. Kdybych třeba já tam kňourala každý týden s bolestmi, jsem dneska někde jinde. Třeba bych zjistila endometriózu už ve 25 a šla bych minimálně si zmrazit 10 vajíček.“ (Paní Alice)

„Ať se vyprdnou na stigma psycholog a prostě jdou. Dostat to ze sebe ven. Už jen když vezmete papír a vypíšete to, tak už třeba na konci toho papíru vás něco napadne. Pokud mají lékaře, kterému nevěří, ať tam nechodí. A jestli mají výmluvy, že nemají čas, pro koho jiného bystě měla mít čas než sama pro sebe. To, že si uděláme čas na kamarádku, ta to neocení, té to bude jedno. Ale já se sebou budu žít, já doufám, že ještě dlouho. Jako strach je od toho, aby se překonával. Ženy často hledají jen poplácání po rameni, jak jsou na tom špatně a udržují se v té roli oběti. Bohužel, nikdo jiný, než vy sama tomu nepomůže.“ (Paní Beáta)

„Poradila bych to, ať se ty ženy nedají, ať se sebou pracují. Najít si někoho, kdo rozumí endometrióze a kdo zároveň naslouchá i mě a tohle umí skloubit. No a asi naučit se léčebné postupy, nenechat se prostě odbyt těma doktorama, protože ti dokážou být někdy silně nepříjemní a hlavně se za to nestydět, protože když má někdo zlomenou nohu, normálně to řekneš. Prostě nebát se toho a normálně se o tom bavit. Hlavně to nedramatizovat.“ (Paní Helena)

4.4 Odpověď na výzkumnou otázku

Dle zjištěných skutečností z výzkumného šetření je odpovězeno na stanovenou výzkumnou otázku.

Jaký je život žen s neplodností zapříčiněnou endometriózou?

Všechny participantky vnímají život s endometriózou jako obrovský zásah do jejich životů. Především kvůli zmíněným symptomům onemocnění. Nejvýznamnějšími vlivy podílejícími se na životě ženy s endometriózou je právě ona neplodnost a velmi bolestivá menstruace. Právě dysmenorea výrazně zasahuje do jejich osobních, intimních, ale i společenských životů a narušuje tak jejich psychickou pohodu. Velký vliv na kvalitu života ženy má i bolestivý pohlavní styk a potíže s defekací. Dvě participantky přiznaly, že souloží jen z důvodu chůtice otěhotnět. Samy oslovené ženy uvedly, že defekace má podobu extrémní zácpy i s velmi bolestivými prvky. Většina z nich uvedla, že jim endometrióza úplně změnila život, u některých k lepšímu, u některých k horšímu. Některé ženy popisují, že právě kvůli endometrióze se na svět dívají úplně jinak a jsou za to rády. Uvádí také, že je pro ně nesmírně důležitá podpora okolí. Nejsilnější zdroj takové podpory, na kterém se všechny ženy shodly, je jejich partner, ve kterém mají všechny stoprocentní oporu. Všechny ženy ze zkoumaného souboru se shodly na tom, že nikdo jejich pocity a vnímání života nepochopí, dokud si nezažije to, co ony samy.

5 DISKUZE

Výše uvedené zjištění výzkumného šetření dává možnost pro souhrnné zhodnocení s ohledem na zvolený cíl a výzkumnou otázku. Zájmem této studie bylo prozkoumat, jaký život mají ženy, které nemohou dlouhodobě spontánně otěhotnět, kdy příčina oné neplodnosti je endometrióza. Cílem studie bylo ohleduplně a senzitivně popsat a zároveň i interpretovat zjištěné poznatky s ohledem na individualitu každé participantky. Tento cíl byl splněn prostřednictvím subjektivního prožívání osobních zkušeností každé oslovené ženy. Záměrem studie bylo se zaměřit na vnímání zažité zkušenosti participantek z vybraného zkoumaného souboru.

5.1 Diskuze výzkumné otázky

Dle získaných teoretických poznatků, výsledků z praktické části a zvoleného hlavního cíle výzkumu byla stanovena výzkumná otázka, která směřuje ke zjištění: ***Jaký je život žen s neplodností, která je zapříčiněna endometriózou?***

Položená výzkumná otázka nám ukázala tři tematické okruhy s tématy, které se zdají být s ohledem na výzkumnou otázku a s ohledem na výpovědi oslovených participantek nejvýstižnější. Tematické okruhy zní: *endometrióza jako onemocnění, endometrióza z psychického hlediska, endometrióza po letech.*

V okruhu **endometrióza jako onemocnění** se objevily další kategorie, které blíže specifikují zkoumanou problematiku. Kategorie zní: *charakteristika symptomů, zlom diagnostiky, chirurgická léčba, průběh umělého oplodnění.*

V kategorii *charakteristika symptomů* se participantky téměř shodly, že nejvíce do jejich životů zasahuje bolestivá menstruace. Většina oslovených žen by bez vícero Ibalginů v jedné dávce nebyla schopna vůbec vstát z postele. Čtyři z participantek popisují extrémní zácpu, takovou, kdy například paní Beáta nebyla i šest dní na toaletě. Pro většinu těchto participantek byla defekace obzvláště bolestivá. Některé uvádějí i bolestivý pohlavní styk, při kterém šlo pouze o početí dítěte, nikoliv o příjemné potěšení. Paní Beáta popsala i neuvěřitelnou únavu, kdy i přes dvanáct hodin spánku byla stále unavená. Kategorie *zlom diagnostiky* ukázala, jak byla endometrióza vybraným participantkám diagnostikována a za jakých okolností. U tří žen se diagnostikovala operací přesněji laparoskopii a u paní Beáty laparotomií. Laparoskopie je dle Tomeše a Novotného (2012) považována za zlatý standard v diagnostice. Dvěma ženám byla diagnostikována pomocí ultrazvukového vyšetření.

V kategorii *chirurgická léčba* bylo objasněno, do jaké míry byly operativní zásahy invazivní a radikální. Paní Helena strávila v narkóze na operačním sále až osm hodin. Nejvíce invazivní operaci prodělala paní Olga, které zůstal po operaci vývod ze střeva. Podle Hruškové (2012) může do pěti let dojít k recidivě a to až v 50 % případů. *Umělé oplodnění* bylo jednotlivými participantkami popsáno různě. Zřejmě vzhledem k úspěchu a neúspěchu IVF cyklu, v případě paní Věry intrauterinní inseminace. Dle Mon Khine, Taniguchi a Harada (2016) je v dnešní době IVF tou nejúčinnější léčbou sterility spojenou s endometriózou a také popisují, že tyto ženy mají stejnou šanci dosáhnout klinického těhotenství a donosit životaschopný plod jako ženy, které mají jiné příčiny neplodnosti.

Okruh **endometrióza z psychického hlediska** nastínil tyto kategorie: *podpora partnera, vztah k endometrióze, nynější obavy*.

V kategorii *podpora partnera* se ukázalo, že všechny participantky takovou podporu považují za velice významnou, přesně jak popisuje Facchin et al. (2017). Dokonce paní Beáta vypráví, jak jí partner zachránil život. Kategorie *vztah k endometrióze* byla vyjádřena poměrně odlišně. Některé participantky nařkly endometriózu za zabijáka, za to, že dokáže zničit ženám sen mít děti. Paní Beáta považuje endometriózu za součást sebe samy a hodlá s ní žít a ne bojovat. Kategorie *nynější obavy* poukázala na současné starosti oslovených žen. Těhotné participantky mají největší obavy související s těhotenstvím. Paní Olga má strach, aby stomie dobře fungovala, a paní Věra se obává, že nikdy spontánně neotěhotní. Paní Beáta popisuje strach úplně ze všeho, poněvadž vnímá, že každý musí mít z něčeho strach.

V okruhu **endometrióza po letech** se ukázaly tyto oblasti: *současná situace, vděk endometrióze, rady jiným ženám*.

V kategorii *současná situace* se otevřel prostor pro zodpovězení nynějšího stavu každé participantky. Paní Alice a paní Helena jsou těhotné a svůj nynější stav vnímají velmi pozitivně. Paní Beáta plánuje vysadit hormonální antikoncepci a zkusit další, pátý, IVF cyklus za spolupráce s endoporadnou. Paní Olga je momentálně opravdu šťastná, protože s manželem byli zařazeni do systému adopce. Paní Věra stále doufá, že otěhotní přirozenou cestou. Kategorie *vděk endometrióze* ukázala, že i přes to všechno, co si participantky zažily ve spojení s endometriózou, jsou šťastné. Paní Beáta popsala, že před endometriózou nežila, že až teprve endometrióza dala paní Beátě život. Paní Olga se svěřila, že endometrióza jí kompletně změnila pohled na svět, že je to i změna k lepšímu. Poslední kategorie *rady jiným ženám* dala možnost participantkám poradit jiným ženám. Ženy ze zkoumaného souboru poradily ženám, jak by se měly zachovat a za čím by si měly stát. Také se zmínily o tom,

aby se o endometrióze nestyděly hovořit. Některé participantky popsaly i to, co by udělaly jinak a jak by to mohlo změnit jejich současnou situaci.

5.2 Doporučení pro praxi

Při získávání dat bylo zjištěno, že žádná žena ze zkoumaného souboru po diagnostice endometriózy nevěděla, co tohle onemocnění vůbec znamená. S ohledem na tuhle skutečnost a taky na možné prodloužení diagnózy, která dle Horváthové a Pilky (2015) může být až o dvanáct let, lze navrhnout doporučení pro praxi.

Domníváme se, že by v gynekologických ambulancích bylo vhodné a přínosné mít vyvěšený malý informativní letáček se stručným vysvětlením endometriózy s hlavním zaměřením na její symptomy. To by mohlo předejít situaci, jakou zažila i většina oslovených participantek, kdy při každé návštěvě u svého gynekologa zmiňovaly velmi bolestivou menstruaci, ale lékař nebral tyto stížnosti vážně. Ženy by tak samy mohly věnovat větší pozornost příznakům endometriózy. Nehledě na to, že by se samy mohly svého gynekologa zeptat konkrétně přímo na endometriózu.

V rámci této bakalářské práce jsme se rozhodli vytvořit stručný informativní letáček, který vysvětluje, co endometrióza znamená a jaké jsou její nejvýznamnější symptomy. Také bychom chtěli v letáčku podpořit ženy, aby se nebály zeptat svého gynekologa na cokoliv.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou sterility a endometriózy. Teoretická část uvedla čtenáře do diskutované oblasti. Praktická část svým zjištěním z výzkumného šetření doplnila část teoretickou.

S ohledem na citlivost vybraného tématu byl k výzkumnému šetření zvolen kvalitativní přístup, který umožnil hloubkové poznání zkoumaného fenoménu. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, poněvadž s ohledem na dané téma se zdál nejvhodnější. Následně tato data byla zpracována metodou interpretativní fenomenologické analýzy (IPA), která se zaměřuje na porozumění prožité zkušenosti jedince. Zkoumaný soubor tvořila pětice participantek ve fertilním věku s primární sterilitou a s III. nebo IV. stupněm endometriózy.

IPA nám umožnila dospět k následujícím závěrům: Sterilita a endometrióza představují obrovský zásah do života ženy a mění tak jeho kvalitu. Především hlavní dva symptomy endometriózy - pánevní bolest (dysmenorea) a neplodnost. Bolestivá menstruace velmi invazivně zasahuje do společenského, intimního, ale i osobního života ženy. Dysmenorea může ovlivňovat i jejich kariéru. Neplodnost sice přímo neohrožuje zdraví ženy, ale protože snad každá žena touží po miminku, má velký vliv na jejich psychiku. Mnohdy je to pro ženy největší sen, mít vlastního potomka, jak tuto skutečnost uvedly dvě participantky. Ukázalo se, že neúspěšné umělé oplodnění výrazně zasahuje do psychické pohody ženy. Mezi další významné symptomy patří i bolestivý pohlavní styk a potíže s defekací v podobě extrémní zácpy s bolestivým charakterem. Dvě ženy ze zkoumaného souboru uvedly, že kvůli dyspareunii má u nich pohlavní styk jediný účel, a to otěhotnět. Všechny participantky se shodly na velmi důležité věci a tou je podpora okolí. Partneři participantek hrají nejvýznamnější roli oné podpory. Tázané participantky popsaly, jak jim endometrióza kompletně změnila život. I přes to, co si participantky ze zkoumaného souboru prožily, dvě z nich uvedly, že endometrióza jim změnila život k lepšímu. Objevila se i odpověď, ve které jedna participantka prohlásila, že před endometriózou nežila a že endometrióza jí vlastně dala život. Na druhou stranu jedna oslovená žena se stále s endometriózou nesmířila a dává jí za vinu, že nemůže přirozeně otěhotnět.

Hlavním cílem bylo porozumět životu žen s neplodností související s endometriózou. Tento cíl byl splněn dle kritérií metody IPA. Snažili jsme se maximálně vcítit do kůže oslovených žen s veškerými výše uvedenými symptomy - bolestivá menstruace, neplodnost,

potíže s defekací v podobě zácpy s bolestivými prvky a bolestivý pohlavní styk. Participantky ke konci rozhovoru uvedly, pokud si osoba nezažije to, co ony samy, nikdy jim člověk nemůže plně porozumět. Také dodaly, že nikomu nepřejí zažít stejné chvíle a pocity beznaděje spojené se sterilitou a endometriózou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BORGHT, Mélodie Vander a Christine WYNS, 2018. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry* [online]. 2-10 [cit. 2019-12-26]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009912018302200#!>

BROWN, Julie et al., 2017. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Library* [online]. 2017(1) [cit. 2019-12-26]. DOI: 10.1002/14651858.CD004753.pub4. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464974/>

BULLETTI, Carlo et al., 2010. Endometriosis and infertility. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* [online]. 27(8), 441-447 [cit. 2019-12-28]. DOI: 10.1007/s10815-010-9436-1. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941592/?tool=pmcentrez&report=abstract>

CRESWELL, W. John. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. In: HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

DE ZIEGLER, Dominique et al., 2019. Assisted reproduction in endometriosis. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* [online]. 33(1), 47-59 [cit. 2019-12-31]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect-com.proxy.k.utb.cz/science/article/pii/S1521690X18301155>

FACCHIN, F. et al., 2017. Mental health in women with endometriosis: searching for predictors of psychological distress. *HUMAN REPRODUCTION* [online]. 32(9), 1855-1861 [cit. 2020-04-19]. DOI: 10.1093/humrep/dex249. ISSN 02681161. Dostupné z: <https://academic.oup.com/humrep/article/32/9/1855/4055583>

FAIT, Tomáš, Michal ZIKÁN a Jaromír MAŠATA, 2019. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. 3. aktualizované a přepracované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-607-8.

FANTA, Michael, 2012. Současné poznatky o endometrióze. *Zdraví.Euro.cz* [online]. [cit. 2019-12-26]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/soucasne-poznatky-o-endometrioze-467523>

FANTA, Michael, Peter KOLIBA a Hana HRUŠKOVÁ, 2012. Endometrióza. *Česká gynekologie* [online]. 77(4), 314-319 [cit. 2019-12-28]. ISSN 1210-7832. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2012-4-1/endometrioza-38906>

GOMES DA BROI, Michele, Rui Alberto FERRIANI a Paula Andrea NAVARRO, 2019. Ethio-pathogenic mechanisms of endometriosis-related infertility. *JBRA Assisted Reproduction* [online]. 23(3), 273-280 [cit. 2019-12-30]. DOI: 10.5935 / 1518-0557.20190029. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6724396/?tool=pmcentrez&report=abstract>

GREENE, Alexis D. et al., 2016. Endometriosis: Where are We and Where are We Going? *Reproduction* [online]. 152(3), 63-78 [cit. 2019-12-26]. DOI: 10.1530/REP-16-0052. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4958554/>

HANÁČEK, Jiří, 2012. Endometrióza. *Zdraví.Euro.cz* [online]. [cit. 2019-12-26]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/endometrioza-463797>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HORVÁTHOVÁ, Kateřina a Radovan PILKA, 2015. Možnosti medikamentózní léčby hluboké endometriózy a endometriózy rektovaginálního septa. *ACTA MEDICINAE* [online]. 2015(4), 10-14 [cit. 2019-12-29]. ISSN 1805-398x. Dostupné z: <http://www.actamedicinae.cz/login/issue42015.asp>

HRUŠKOVÁ, Hana, 2011. Endometrióza: výrazný dopad na kvalitu ženy. *Interní medicína pro praxi* [online]. 13(10), 394-396 [cit. 2019-12-28]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/10/07.pdf>

HRUŠKOVÁ, Hana, 2012. Endometrióza - význam včasné diagnostiky, novinky v léčbě. *ACTA MEDICINAE* [online]. 1, 44-47 [cit. 2019-12-29]. ISSN 1805-398x. Dostupné z: <http://www.actamedicinae.cz/login/gynekologie2012.asp>

JANOŠKOVÁ, K. et al., 2018. Endometrióza a její vliv na plodnost a kvalitu života. *Praktický lékař* [online]. 98(4), 147-152 [cit. 2019-12-31]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2018-4-4/endometrioza-a-jeji-vliv-na-plodnost-a-kvalitu-zivota-105305>

JURKIEWICZ-PRZONDZIONO, Joanna et al., 2017. Influence of diet on the risk of developing endometriosis. *GINEKOLOGIA POLSKA* [online]. 88(2), 96-102 [cit. 2020-04-19]. DOI: 10.5603/GP.a2017.0017. ISSN 00170011. Dostupné z: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/GP.a2017.0017/37603

MACER, Matthew Latham a Hugh S. TAYLOR, 2012. Endometriosis and Infertility: A review of the pathogenesis and treatment of endometriosis-associated infertility. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* [online]. 39(4), 535-549 [cit. 2019-12-26]. DOI: 10.1016/j.ogc.2012.10.002. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3538128/>

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

MEHEDINTU, Claudia, MN PATOGEA a S IONESCU, 2014. Endometriosis still a challenge. *Journal of Medicine and Life* [online]. 7(3), 349-357 [cit. 2019-12-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233437/>

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MON KHINE, Yin, Fuminuri TANIGUCHI a Tasuku HARADA, 2016. Clinical management of endometriosis-associated infertility. *Reproductive Medicine and Biology* [online]. 15, 217-225 [cit. 2020-01-01]. DOI: 10.1007/s12522-016-0237-9. ISSN 1447-0578. Dostupné z: <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy.k.utb.cz/doi/full/10.1007/s12522-016-0237-9>

NADĀ, Elena-silvia et al., 2019. ALTERNATIVE TREATMENT IN ENDOMETRIOSIS. *Research & Science Today* [online]. 2019(2), 192-202 [cit. 2020-03-25]. ISSN 22474455. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e5h&an=138303593&scope=site>

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

RAFIQUE, Saima a Alan H. DECHERNEY, 2017. MEDICAL MANAGEMENT OF ENDOMETRIOSIS. *Clinical Obstetrics and Gynecology* [online]. 60(3), 485-496 [cit.

2019-12-29]. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000292. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5794019/>

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

ŘEŽÁBEK, Karel, 2008. *Asistovaná reprodukce: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-154-7.

ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

SŁOPIEŃ, Radosław a Błażej MĘCZEKALSKI, 2016. Aromatase inhibitors in the treatment of endometriosis. *Menopause Review* [online]. 15(1), 43-47 [cit. 2019-12-29]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828508/>

SUNEETA, Mittal et al., 2012. Infertility. *Obstetrics and Gynecology International* [online]. [cit. 2019-12-30]. DOI: 10.1155/2012/508276. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3317008/?tool=pmcentrez&report=abstract>

TANBO, Tom a Peter FEDORCSAK, 2016. Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. 96(6), 659-667 [cit. 2019-12-30]. DOI: 10.1111/aogs.13082. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13082>

TOMEŠ, Pavel a Zdeněk NOVOTNÝ, 2012. Endometrióza - diagnostika a terapie, nové metody. *ACTA MEDICINAE* [online]. 1(6), 66 - 71 [cit. 2019-12-28]. ISSN 1805-398X. Dostupné z: <http://www.actamedicinae.cz/login/issue62012.asp>

VITALE, Salvatore Giovanni et al., 2017. Impact of endometriosis on quality of life and psychological well-being. *JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC OBSTETRICS* [online]. 38(4), 317-319 [cit. 2020-04-19]. DOI: 10.1080/0167482X.2016.1244185. ISSN 0167482X. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ceae8240-ae2c-48fc-af91-5a5f14d554b8%40sessionmgr4008>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

rASRM	Americká společnost reprodukční medicíny
EFI	Index plodnosti endometriózy
NMR	Nukleární magnetická rezonance
CRP	C - reaktivní protein
NSAID	Nesteroidní antirevmatika
LNG - US	Intrauterinní systém s levonorgestrem
GnRh	Agonisté gonadoliberinu
FSH	Folikulostimulační hormon
LH	Luteinizační hormon
SPRM	Selektivní modulátory progesteronového receptoru
PGE2	Snížené hladiny prostaglandinu E2
PRL	Prolaktin
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
LUF	Syndrom neprasklého folikulu
AR	Asistovaná reprodukce
IVF	In vitro fertilizace
IUI	Intrauterinní inseminace
ER	Embryotransfer
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Schéma tematických okruhů	37
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Základní údaje participantek	33
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Informativní leták endometrióza

PŘÍLOHA P I: INFORMATIVNÍ LETÁK ENDOMETRIÓZA



**Máte velmi bolestivou
menstruaci? Zbystřete!
Může se jednat o
endometriózu.**

Endometrióza

- **znamená přítomnost děložní sliznice (endometria) mimo dělohu.**

Hlavní příznaky:

- **bolestivá menstruace**
- **neploďnost**
- **bolestivý pohlavní styk**
- **bolestivé vyprazdňování**
- **zácpa**

Pokud se ztotožňujete s některými výše uvedenými příznaky, neváhejte se zeptat svého gynekologa.



**Tento leták byl vypracován v rámci bakalářské práce:
GOLÁŇOVÁ, Lucie a Zdeněk ADAMÍK.**

Sterilita a endometrióza. Zlín: 2020. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Ústav zdravotnických věd.