

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Simona Ůrgeová

Vliv endometriózy na partnerský život z pohledu žen

*The impact of endometriosis on partner life from the
perspective of women*

Bakalářská práce

Praha, duben 2024

Autor práce: Simona Ůrgeová

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

Vedoucí práce: **Mgr. Monika Rusová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ůstav ošetřovatelství 3. LF ŮK**

Prohlášení

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

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

V Praze dne 19. Dubna 2024

Simona Ůrgeová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Monice Rusové za odborné vedení mé bakalářské práce. Především děkuji za trpělivost, čas, podporu při vedení a za její pozitivní náladu a podporu při konzultacích.

Obsah

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1. ENDOMETRIÓZA	8
2. TEORIE VZNIKU.....	9
2.1 Teorie retrogradní menstruace	9
2.2 Metaplastická teorie.....	10
2.3 Hormonální teorie.....	10
2.4 Zánětlivá teorie a oxidační stres	10
2.5 Imunologická teorie	10
2.6 Apoptóza	11
2.7 Molekulárně-genetická teorie	11
2.8 Teorie kmenových buněk.....	11
3. RIZIKOVÉ FAKTORY	12
3.1 Familiární výskyt	12
3.2 Anatomický defekt	12
3.3 Toxiny vnějšího prostředí.....	12
3.4 Životní styl.....	12
3.5 Hormonální faktory.....	12
3.6 Porodní parametry.....	12
3.7 Parametry menstruačního cyklu	13
3.8 Tělesné parametry.....	13
3.9 Těhotenství a laktace.....	13
4. DĚLENÍ.....	14
4.1 Peritoneální endometrióza	14
4.2 Hluboká infiltrující endometrióza (DIE).....	14
4.3 Ovariální endometrióza	15
4.4 Adenomyóza	15
5. PŘÍZNAKY.....	16
5.1 Pánevní bolesti.....	16
5.2 Dyspareunie.....	16
5.3 Dysmenorea	17
5.4 Dyschezie	17
5.5 Neplodnost	17
6. DIAGNOSTIKA ENDOMETRIÓZY	18
6.1 Anamnéza.....	18
6.1.1 Rodinná anamnéza	18
6.1.2 Osobní anamnéza	19
6.1.3 Gynekologická anamnéza.....	19
6.1.4 Nynější onemocnění.....	19
6.2 Fyzikální vyšetření	20
6.2.1 Hmotnost, výška, habitus.....	20
6.2.2 Vyšetření v zrcadlech	20
6.2.3 Palpace.....	20
6.3 Zobrazovací metody.....	21
6.4 Laparoskopie.....	21
6.5 Další vyšetřovací metody	22
6.5.1 Nádorové markery.....	22
6.5.2 Ukazatelé zánětu	22

7. TERAPIE	23
7.1 Farmakologická léčba.....	24
7.2 Chirurgická léčba	25
7.3 Terapie depresí	26
PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
8. STANOVENÍ CÍLŮ	27
9. STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	28
10. METODIKA VÝZKUMU	29
11. ČASOVÝ HARMONOGRAM.....	30
12. VÝBĚR VZORKU.....	30
13. ZPRACOVÁNÍ DAT.....	30
14. VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU	31
14.1 Otázka 1 - Kolik je Vám let?	31
14.2 Otázka 2 – Váš aktuální stav?	31
14.3 Otázka 3 – Máte od lékaře potvrzenou endometriózu?	32
14.4 Otázka 4 – V jakém věku Vám byla zjištěna endometrióza?	32
14.5 Otázka 5 – Jak dlouho jste měla příznaky, než Vám byla diagnostikována endometrióza?	33
14.6 Otázka 6 – Jaký druh léčby jste podstoupila?	34
14.7 Otázka 7 – Jaký druh endometriózy máte?.....	35
14.8 Otázka 8 – Ovlivnila endometrióza Váš minulý/stávající vztah?	36
14.9 Otázka 9 – Pokud ano, v jakém smyslu?	36
14.10 Otázka 10 – Jaké příznaky spojené s endometriózou se u Vás objevily?	37
14.11 Otázka 11 – U jednotlivých příznaků, které jste měla, zhodnořte, jaký měly dopad na Váš vztah. (žádný/malý/větší/zásadní)	38
14.12 Otázka 12 – Objevily se u Vás problémy spojené s psychikou? (časté změny nálad, plačtivost, úzkosti, pocity méněcennosti, obviňování sebe samotné...)	39
14.13 Otázka 13 – Odrážely se tyto problémy negativně na Váš vztah?	39
14.14 Otázka 14 – Jaký vliv měly?	40
14.15 Otázka 15 – Skončil-li Váš vztah, měla na to vliv i endometrióza?	41
14.16 Otázka 16 – Byl/je pro Vás partner oporou?	42
14.17 Otázka 17 – Byl/je partner první, kterému se svěřujete o všech aktuálních změnách spojených s endometriózou? (objevení nových příznaků, jiný druh léčby, výsledky kontrol...)	42
14.18 Otázka 18 – Navštěvujete zdravotnická zařízení, která se zaměřují na endometriózu?	43
14.19 Otázka 19 – Cítíte se zde komfortně a uvolněně?	43
14.20 Otázka 20 – Jaké máte obecně zkušenosti se sestrami, se kterými jste se setkala v rámci onemocnění endometriózou? (v ambulancích, při hospitalizaci...)	44
14.21 Otázka 21 – Vadilo by Vám se svěřit zdravotní sestře o stávajících potížích, které jsou ale často spojené s intimitou?	44
14.22 Otázka 22 – Setkala jste se se sestrou, která Vás vyslechla?	45
14.23 Otázka 23 – Je pro Vás důležité, aby Vám sestra byla oporou?	45
14.24 Otázka 24 – Setkaly jste se s takovou sestrou?	46
DISKUSE	47
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
SEZNAM PŘÍLOH.....	53
PŘÍLOHY	54

Úvod

Téma této práce: *Vliv endometriózy na partnerský život z pohledu žen* jsem si vybrala z mnoha důvodů. Jednak kvůli tomu, že mi je toto téma blízké, ale hlavně z důvodu, že onemocnění endometriózou je v dnešní době stále více aktuální a postihuje pořád více žen v produktivním věku, což je zneklidňující, neb tato nemoc není omezena jen na gynekologickou součást ženy, ale odráží se i do jiných orgánových soustav, na psychické zdraví, ale i na partnerský život.

Právě vliv na partnerský život bude předmětem výzkumu praktické části, neb mě zajímá jak velkou mírou a jakým způsobem se tato nemoc odráží na vztahy a jaké má důsledky.

Dále mě zajímá a předmětem průzkumu bude, jakou mají pacientky zkušenost se sestrami, se kterými se v rámci tohoto onemocnění setkaly, hlavně z pohledu svěřování se s intimními tématy pacientky, tedy zda je sestra vyslechla a podpořila je. Tuto problematiku si často při práci sestry neuvědomujeme, ale pro pacientky je to velmi důležité, neb jim to pomůže s vyrovnáním se s nemocí, či lepším přijetím sebe samotné.

Z důvodu psychické podpory pro pacientky vytvořím leták, který bude mít pro ženy podpůrný charakter, že se v nemoci nenachází sami.

Práce bude členěna na část teoretickou, kde čtenáře seznámím s nemocí jako takovou, aby měl vhled do této problematiky a část praktickou, která bude zhotovena pomocí kvantitativního šetření s následným zpracováním získaných dat z průzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Endometrióza

Onemocnění endometriózou bylo poprvé popsáno v roce 1860 Karlem Rokitanským, tedy před více, než 150 lety. Jedná se o velmi časté, chronické, zánětlivé, estrogen-dependentní neboli na estrogeneru závislé onemocnění, které se vyskytuje u 10-30 % žen v reprodukčním věku. Princip nemoci spočívá v růstu endometria, což je děložní sliznice, mimo dělohu různě po těle, kde způsobuje symptomy různé intenzity, mezi které patří například chronická pánevní bolest, záněty, silné bolesti při menstruaci, bolesti při pohlavním styku a problémy s početím. Tyto příznaky mají velký vliv na kvalitu života (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

Toto onemocnění má podobné chování jako nádor, jelikož se zvětšuje, prorůstá do tkání a může tvořit vzdálenější ložiska. Z dostupných zdrojů vyplývá, že endometrióza může postihovat jakýkoliv orgán, kromě srdce a sleziny, kde doposud popsána nebyla (Čepický, 2021).

Alarmující zjištění je, že 30-45 % žen, které jsou neplodné, mají diagnostikovanou endometriózu. Jedná se o onemocnění, které je benigní, ale progresivní neboli rychle postupující (Roztočil, 2011). V dnešní době dochází k čím dál častějším výskytům tohoto onemocnění u ženské části populace, ale pravděpodobně to je způsobeno i lepší diagnostikou (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011).

2. Teorie vzniku

I přes mnoho výzkumů zaměřených na endometriózu, nebyla plně zjištěna její příčina vzniku a rozvoje. Jedná se o multifaktoriální nemoc, ve které mají zastoupení hormonální, imunologické, genetické a environmentální složky. Vznik endometriózy byl popsán na základě mnoha teorií, přičemž žádná z nich plně nevysvětluje všechny projevy (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

U endometriózy může nastat maligní zvrát, kdy se uvádí, že se riziko pohybuje kolem 1 %. Toto onemocnění je prekancerózou karcinomu vaječníku a děložní sliznice (Marešová a Fiala, 2018).

2.1 Teorie retrográdní menstruace

Tento princip vzniku je nejvíce diskutovaný a nejstarší. Byl popsán Sampsonem ve 20. letech dvacátého století. Dle něj se ložiska endometriózy vytvoří na základě zpětného zatékání menstruací odloučené děložní sliznice a krve skrz vejcovody do pobřišnicové dutiny. Problém je, že retrográdní menstruace se vyskytuje až u 90 % žen, ale ne u všech dochází k onemocnění endometriózou. Předpokládá se, že čím je větší množství této navracené krve, tím je větší riziko vzniku endometriózy, avšak nevysvětluje například vznik tohoto onemocnění u dívek, které ještě menstruaci nedostaly, nebo výskyt ložisek ve vzdálenějších tkáních, například plíce, kosti a lymfatické uzliny (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

Má se za to, že návrat menstruační krve je jen jedním z předpokladů pro rozvoj endometriózy, ale nestojí za samotným vznikem onemocnění (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011). Během operace může nastat rozsev endometriální tkáně, a tudíž může být toto onemocnění přítomno i v jizvách po zákrocích (INDRIELLE-KELLY et.al., 2019).

V roce 1903 byla Robertem Meyerem poprvé popsána endometrióza v pooperační jizvě. Dle literatury je výskyt endometriózy v jizvě po císařském řezu u 0,2 – 8 % případů. Nejčastěji se projevuje růstem jizvy po sekci a cyklickými bolestmi spojenými s menstruačním cyklem (LOBODA et.al., 2019).

2.2 Metaplastická teorie

Tato teorie popisuje vznik ložisek endometriózy na základě mimoděložních buněk, které se abnormálně diferencují, nebo transformují v buňky děložní. Předpokládá se, že k přeměně buněk dochází na hormonálním, nebo imunologickém podkladě (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

2.3 Hormonální teorie

Endometrióza se nejčastěji vyskytuje u žen v reprodukčním věku, jen ojediněle v době po menopauze. Na základě těchto zjištění se lékaři domnívají, že hlavní roli ve vzniku hrají steroidní hormony – estrogen a progesteron. Funkce estrogenu je stimulace růstu děložní sliznice. Progesteron má hlavní roli ve vzniku endometriózy a je antagonistou estrogenu. Mnoho autorů se domnívá, že u endometriózy vzniká progesteronová rezistence, která má za následek neustálý růst endometria během sekreční fáze cyklu (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

2.4 Zánětlivá teorie a oxidační stres

Vliv na vznik nemoci může hrát i zvýšená oxidace lipoproteinů, kdy reaktivní formy kyslíku způsobí poškození vyšších mastných kyselin, a to způsobí poškození DNA endometriálních buněk. Pacientky s endometriózou mají zvýšené množství peritoneální tekutiny s vodou a elektrolyty, a v pobřišnicové dutině větší množství železa z rozpadajícího se hemoglobinu. Tyto faktory způsobují zánětlivou reakci, která pomáhá k růstu endotelu. Zvýšená tvorba reaktivních forem kyslíku jde ruku v ruce se sníženou hladinou antioxidantů, které se fyziologicky podílejí na odstraňování těchto částic (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

2.5 Imunologická teorie

Ženy s endometriózou častěji trpí některým autoimunitním onemocněním, což naznačuje, že za vznikem nemoci může hrát roli imunitní dohled. Zjistilo se, že tyto pacientky mají vyšší množství aktivovaných makrofágů, sníženou buněčnou imunitu a potlačenou funkci NK buněk „přirozených zabíječů“. Návrat menstruační tekutiny s buňkami děložní sliznice do oblasti malé pánve vyvolává zánětlivou reakci s aktivací leukocytů a makrofágů, kvůli čemuž může docházet k útlumu likvidace krve v pánevní oblasti, změnám imunitního dohledu, implantaci, a k růstu buněk děložní sliznice

v atypických oblastech. Buňky imunitního systému a buňky děložní sliznice vylučují cytokiny a růstové faktory, které pomáhají k implantaci a růstu endometriální tkáně (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

2.6 Apoptóza

Apoptóza neboli „buněčná smrt“, je regulační mechanismus k odstranění buněk, které jsou poškozené, nebo nepotřebné (Příspěvatelé WikiSkript, 2023).

Antiapoptotický a proliferační potenciál je důležitý pro přežití, růst a tvorbu ložisek endometriózy. Povrchové vrstvy endometria lehce podléhají apoptóze, zatímco střední a bazální vrstvy děložní sliznice jsou důležité pro udržení a růst ložisek. Pacientky mají zvýšené množství takzvaných antiapoptotických faktorů (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

2.7 Molekulárně-genetická teorie

Dědičnost se podílí na vzniku endometriózy, neb byl popsán familiární výskyt tohoto onemocnění, či výskyt nemoci u dvojčat. Dědí se polygenním způsobem, kdy choroba není podmíněna jedním genem, ale několika, přičemž má každý částečný podíl na vytvoření daného znaku. K implantaci buněk děložní sliznice na pobřišnici a k jejich přehlížení imunitním dohledem mohou mít vliv vrozené a získané genetické faktory (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

2.8 Teorie kmenových buněk

Nejnovější teorie vzniku je teorie kmenových buněk (Čepický, 2021). Endometrium má vysokou regenerační schopnost, což je způsobeno výskytem kmenových buněk v bazální vrstvě, neb povrchová je odlučována menstruací. Kmenové buňky jsou nediferencované a mají vysokou schopnost regenerace a diferenciaci do různých typů buněk. Buňky endometria mohou být zregenerovány i pomocí cirkulujících kmenových buněk z kostní dřeně. Kmenové buňky mohou být rozesety i hematogenní či lymfatickou cestou, což může stát za výskytem ložisek endometriózy i mimo oblast malé pánve (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

3. Rizikové faktory

3.1 *Familiární výskyt*

Pokud má žena v příbuzenstvu někoho s tímto onemocněním, zvyšuje se její riziko rozvoje nemoci až desetkrát (Pilka, 2017).

3.2 *Anatomický defekt*

K rozkvětu endometriózy může vést neprůchodnost rozmnožovacích orgánů, kvůli čemuž dochází k návratu krve neboli k retrográdní menstruaci (Pilka, 2017).

3.3 *Toxiny vnějšího prostředí*

Na rozvoji této nemoci mohou mít vliv látky jako bisfenol A, organické pesticidy, ftaláty a těžké kovy, jako kadmium (Pilka, 2017).

Zvýšené riziko měly i dcery matek, které v těhotenství užívaly Diethylstilbestrol, což byla látka, která měla snížit riziko potratů (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

3.4 *Životní styl*

Životní styl má také nezastupitelnou roli v rozvoji, neb káva a alkohol zvyšují riziko vzniku, ale pohyb toto riziko naopak snižuje (Pilka, 2017).

3.5 *Hormonální faktory*

Užívání hormonální antikoncepce má protektivní účinek, zabraňuje ovulaci a zmenšuje sílu menstruace. Uživatelky antikoncepce mají nižší riziko vzniku této nemoci, než ženy, které jí neberou (Pilka, 2017).

Ženy, které ale ukončily užívání antikoncepce, mají po 2-4 letech také větší pravděpodobnost rozvoje endometriózy (Kučera, 2008).

3.6 *Porodní parametry*

Bylo zjištěno, že novorozenec s nižší porodní hmotností měl vyšší riziko rozvoje endometriózy (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

3.7 Parametry menstruačního cyklu

Dřívější nástup menstruace souvisí s vyšším výskytem endometriózy, což pravděpodobně souvisí s hormonálními změnami, či prolongovanou expozicí s retrogradní menstruací. Kratší doba menstruačního cyklu (pod 26 dní) souvisí s vyšší mírou výskytu onemocnění. Sleduje se zde i jeho pravidelnost a intenzita krvácení (Lenz, Chvátaľ a Fiala, 2021).

3.8 Tělesné parametry

U žen, které mají vyšší hmotnost, se vyskytuje větší množství nepravidelných cyklů, což má za následek nižší riziko rozvoje endometriózy (Kučera a Fait, 2011).

Mezi rizikový faktor, který může mít vliv na vznik, se uvádí bílá rasa (Dubová a Zikán, 2022). Dále se uvádí, že vyšší socioekonomické postavení koreluje s vyšším výskytem (Kučera a Fait, 2011).

3.9 Těhotenství a laktace

Gravidita a laktace jsou takzvané protektivní faktory, neb se zjistilo, že snižují prevalenci onemocnění endometriózou (Lenz, Chvátaľ a Fiala, 2021).

Žena, která otěhotní později, čelí vyššímu množství cyklů a menstruačnímu krvácení, tudíž je zde větší pravděpodobnost onemocnění (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011). Na začátku těhotenství se ložiska zvětšují a až poté se pomalu zmenšují (Marešová, 2021).

Po dobu těhotenství není přítomna ovulace, menstruace a jsou zde hormonální, metabolické a imunitní změny, které mají vliv na útlum endometriózy a na potlačení jejích příznaků. Ve vzácných případech ovšem nastane opak, a ložiska, nejčastěji na vaječnicích, se zvětší, pozmění strukturu a na ultrazvuku připomínají maligní ovariální tumory, na které je zahájena léčba, která ale ve skutečnosti není potřeba. Průběh bývá často bezpříznakový. (FRÜHAUF et.al., 2019).

4. Dělení

Endometrióza se dělí dle struktur, kde se nachází, na peritoneální, ovariální a hlubokou infiltruující. Zvláštní skupinou je adenomyóza. Dále se rozděluje dle stupně závažnosti na stadia I – IV, kdy I je malé postižení, II lehké postižení, III střední postižení a IV těžké postižení (Hudeček a Ventruba, 2019).

4.1 *Peritoneální endometrióza*

U této formy se mohou nacházet jednotlivá malá ložiska na povrchu peritonea, nebo rozsáhlé srůsty, takzvaná „frozen pelvis“. Ložiska mohou mít různou barvu, dle fáze onemocnění, kdy červená jsou při velmi aktivní formě, černá u krvácení do ložiska, a bílá, pokud již došlo ke zmnožení vaziva (Dubová a Zikán, 2022). I po zaléčení onemocnění pomocí medikamentů, mohou mikroskopická ložiska v těle dále přetrvávat (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011).

4.2 *Hluboká infiltruující endometrióza (DIE)*

Tato forma se vyskytuje u 20-30 % pacientek, kdy nejvíce zasahuje do rektovaginálního septa (Hudeček a Ventruba, 2019).

Také nejméně odpovídá na hormonální léčbu a obvykle je třeba chirurgická operace (Košťál, 2018). Ta může být velice komplikovaná, neb hluboká infiltruující endometrióza může způsobovat masivní defekty na orgánech s rozlehlými srůsty, tudíž je obvykle potřeba, aby se na zákroku podíleli i chirurgové s urology (INDRIELLE-KELLY et.al., 2019).

Dle struktur, které postihuje, se dělí na postihující přední kompartment, kdy zasahuje nejvíce močový měchýř, ale tato forma je méně častá. Mnohem častější je forma, která postihuje zadní kompartment, tudíž sakrouterinní vazy, rektovaginální septum, střevo a pochvu. Z toho vyplývá, že je zde největší riziko poškození těchto orgánů při laparoskopickém výkonu. Je zde možnost, že bude nutná resekce střeva s následnou stomií (Dubová a Zikán, 2022).

4.3 Ovariální endometrióza

Tato endometrióza se nachází buď na povrchu, nebo uvnitř vaječníku, kdy dá za vznik takzvanému endometriomu neboli čokoládové cystě (Dubová a Zikán, 2022). Čokoládová cysta obsahuje uvnitř kolekci husté, vazké tekutiny tmavé barvy, která se skládá z rozpadlého krevního barviva a oloupaných buněk stěny endometria z předchozích menstruací (Hacker, Hobel a Gambone, 2016).

Kvůli anatomickému umístění má levý vaječník větší náchylnost k postižení, než pravý. Levé ovarium totiž bývá blízko u esovité kličky tlustého střeva, která je často upevněna ke stěně pánevní, a vzniká zde malý prostor, kde se kumuluje menstruační krev (Kučera, 2008).

4.4 Adenomyóza

Jedná se o takzvanou vnitřní endometriózu, která se nachází ve svalovině děložní (Čepický, 2021). Má podobné symptomy jako endometrióza, podobný histologický vzhled, avšak kvůli příčině vzniku tohoto onemocnění se jedná o různé jednotky. Léčí se hormonálně, nebo chirurgicky, kdy se odstraní vnitřní vrstva děložní svaloviny, nebo úplná hysterektomie u pacientek, které již neplánují těhotenství (Dubová a Zikán, 2022).

Diagnostikuje se magnetickou rezonancí, nebo transvaginálním ultrazvukem, kde je vidět zvětšená děloha, cysty v děložní svalovině, její lokální překrvení, a mnoho dalších příznaků (Pilka, 2017). Mnohdy se objevuje souběžně s peritoneální endometriózou a myomy dělohy (Kučera, 2008).

5. Příznaky

Hlavním projevem nemoci je bolest, která je spojena se symptomy, kterými se endometrióza projevuje. Patří sem dyspareunie, dyschezie, pánevní bolesti, které mohou a nemusí být spojeny s menstruačním cyklem, neplodnost, dysmenorea a jiné problémy s menstruací. Všechny tyto příznaky mají negativní vliv na život ženy z pohledu klinického, ale i sociálně-ekonomického. Mezi neurčité příznaky, které bývají spojené s endometriózou, patří trávicí potíže, kdy se střídá průjem se zácpou, nevolnosti, bolesti dolních končetin, zad a hlavy, únava, a další potíže. Dlouhodobá chronická bolest může u žen vyústit v deprese, ať z důvodu velkých pánevních bolestí, nebo kvůli neúspěšným pokusům o početí (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

Projev symptomů nejde ruku v ruce se stadiem onemocnění, neboť pacientky, které mají drobný nález, mohou mít veliké bolesti a projevy, naopak pacientky s rozsáhlým nálezem, nemusí mít téměř žádné příznaky (Dubová a Zikán, 2022).

5.1 Pánevní bolesti

Tyto bolesti vyzařují z oblasti pod pupkem a dělí se na cyklické, které jsou závislé na hladině hormonů spojené s menstruačním cyklem, a acyklické, které nejsou závislé na hormonech (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021). Pokud přetrvává déle, než šest měsíců, označuje se jako chronická pánevní bolest (Kučera, 2008).

5.2 Dyspareunie

Tento druh bolesti se řadí mezi specifickou pánevní bolest, která je způsobena pohlavním stykem. Tento druh bolesti provází nemocné pacientky všech věkových kategorií, často se objevuje u hluboké penetrace a závisí na poloze při styku (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021). Dyspareunie bývá přítomna u ložisek v rektovaginálním septu, Douglasově prostoru, zadní klenbě poševní či v sakrouterinních vazech (Marešová, 2021).

Kvůli bolestem spojeným se stykem žena pociťuje stres, který má negativní vliv na vzrušení a na dosažení orgasmu, což má za následek vyhýbání se sexu. Dále má i negativní postoje k sexualitě jako takové, což může mít následný negativní dopad na intimní partnerské vztahy a na plánování rodiny (PRIVITERA et.al., 2023).

5.3 Dysmenorea

Jedná se o bolestivou menstruaci, která má charakter křečí v oblasti podbřišku a pánve. Může být spojena s nevolností, zvracením, bolestí v zádech a dalšími projevy. Bolesti bývají silné a mají negativní dopad na život pacientky (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021). Tato bolest je způsobena krvácením do ložisek endometriózy a může trvat i několik dní (Roztočil, 2011).

5.4 Dyschezie

Jedná se o bolest, která provází vyprazdňování stolice a bývá spojena s endometriózou v rektovaginálním septu neboli v přepážce mezi pochvou a konečníkem (Roztočil, 2011). Někdy může být ve stolici přítomná krev (Kolařík, Halaška a Feyereisl, 2011). Ta bývá způsobena hlubokou infiltrující endometriózou, která již infiltruje do střevní sliznice (INDRIELLE-KELLY et.al., 2019).

5.5 Neplodnost

Souvislost, mezi stupněm endometriózy a neplodností není jasná, ale má se za to, že čím je endometrióza závažnější, tím se i zvyšuje riziko neplodnosti, kvůli deformitám pánevních struktur (Hacker, Hobel a Gambone, 2016). Těžší formy endometriózy dávají za vznik srůstům, které mohou být příčinou neprůchodnosti vejcovodů (Čepický, 2021).

Nachází se i u endometriózy, která má jinak asymptomatický průběh. Často zde bývají změny, zejména na vaječnicích a ve vejcovodech, což způsobuje poruchy ovulace. Když žena otěhotní, nemálokdy se stane, že v prvním trimestru dojde ke spontánnímu potratu (Roztočil, 2011). Dalším činitelem je zaktivování zánětlivých procesů v malé pánvi, které vytvoří nevhodné poměry pro přežití a oplození vajíčka (Košťál, 2018).

Pacientky mohou trpět poruchou endokrinních funkcí, kam patří například abnormální sekrece luteinizačního hormonu, který má vliv na ovulaci a vznik žlutého tělíska. V děložní sliznici se vyskytují i zvýšené hladiny protilátek IgA, IgG a lymfocytů, které způsobují odolnost proti působení progesteronu, a tím vytváří nevhodné podmínky pro uhníždění zárodku (Mardešić, 2013).

6. Diagnostika endometriózy

Podezření na toto onemocnění může pacientky gynekolog určit na základě anamnézy, obtíží, fyzikálního a ultrazvukového vyšetření. Poté by měl pacientku poslat do jednoho z center, která se na léčbu endometriózy specializují a ženu důkladněji vyšetří a stanoví návrh léčby (INDRIELLE-KELLY et.al., 2019).

V současnosti je diagnostika této nemoci stále velmi obtížná, neb průměrná doba od prvních příznaků k potvrzení onemocnění je průměrně 8 – 11 let. Pro určení správné diagnózy je důležité, aby se na toto onemocnění myslelo. V 50 % případů stojí za chronickou pánevní bolestí, tudíž by měla být brána v úvahu na prvním místě při diferenciální diagnostice. Dříve se diagnostikovala hlavně laparoskopickou metodou, ale dnes je využívána až když známe rozsah ložisek a laparoskopie se indikuje jako zásah terapeutický, kdy se ložiska odoperují. Při volbě diagnostických metod se postupuje od metod neinvazivních k invazivním, od levných k dražším a od jednoduchých ke složitějším. U endometriózy se jedná o čtyři okruhy, kde každý z nich je velice důležitý. Jedná se o anamnézu, fyzikální vyšetření, zobrazovací metody a laparoskopii (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

6.1 Anamnéza

Anamnestické informace získané od pacientky určují správný směr následné diagnózy a léčby, ale je velice důležité se tázat na symptomy, které jsou spjaté s endometriózou. Dají se využít strukturované dotazníky, které objektivizují potíže dané ženy, ale i posoudí účinnost terapie. Dají se využít dotazníky „QoL = Quality of life“, nebo jejich upravené verze, které se více užívají (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

6.1.1 Rodinná anamnéza

Při odběru rodinné anamnézy jsou důležité informace týkající se onkogenetických syndromů a tromboembolických onemocnění, kvůli dlouhodobé léčbě hormonálními přípravky. Mezi další aspekt patří skutečnost, že pokud byla endometrióza diagnostikována blízkému člověku v rodině, je pravděpodobnější, že bude diagnostikována i dané pacientce (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

6.1.2 Osobní anamnéza

Zde je klíčový souhrn proběhnutých, chronologicky seřazených operací břicha s jejich rozsahem. Dále je důležité znát případné komplikace, které nastaly u operací a dále efekt těchto zásahů na potíže pacientky (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021). Pacientky s endometriózou mají zvýšený výskyt hypofunkce štítné žlázy, alergie, astmatu a únavového syndromu (Hudeček a Ventruba, 2019).

6.1.3 Gynekologická anamnéza

Cílem je zjistit, kdy pacientka měla první menstruaci a zda byla spojená s velkou bolestivostí a nekomfortem (dysmenoreou), či se dostavila až v pozdějším věku. Další dotaz se týká charakteru menstruace, tedy zda bývá pravidelná, silná, či bolestivá.. Důležité jsou informace o graviditě, tedy zda již byla těhotná, či plánuje těhotenství. Pacientek, které byly těhotné, se ptáme na případné potraty, císařské řezy či vaginální porody, ale i na to, jestli otěhotněly spontánně, či pomocí asistované reprodukce. Zajímá nás, zda pacientka trpí chronickou pánevní bolestí, častými záněty, cystami či potížemi s početím. Je důležité zjistit, zda pacientka plánuje těhotenství, či nikoliv a zda měla nějaký druh hormonální léčby, jak dlouho, jaký druh a zda zde byl efekt na bolest a obtíže (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

6.1.4 Nynější onemocnění

Primární dotaz je směřovaný na důvod návštěvy pracoviště, zda jí trápí bolest, potíže s početím a další příznaky, či je odeslána svým gynekologickým lékařem, kvůli nálezu při prohlídce. Ohledně bolesti je důležité se zeptat, kdy začala, na její charakter a objektivizujeme ji dle vizuální analogové škály bolesti. Klíčové pro diagnostiku je trio obtíží, takzvaná „příznaková trias“, kam patří dysmenorea, dyspareunie a dyschezie.

U dysmenorey se ptáme na intenzitu bolesti, zda jsou třeba analgetika k tlumení, či zda dochází k omezení v běžných činnostech. U dyspareunie nás zajímá, zda je závislá na poloze a hloubce penetrace, jak často se vyskytuje a zda je natolik intenzivní, že pohlavnímu styku brání. Dyschezie bývá příznakem hluboké endometriózy. Dochází ke střídání průjmů a zácpy.

Miktalgie je příznak, který doprovází ložiska na močovém měchýři. Zde je důležité zjistit, zda se bolest vyskytuje při plném měchýři, nebo při jeho vyprazdňování. Může docházet k příměsím krve v moči (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

6.2 Fyzikální vyšetření

6.2.1 Hmotnost, výška, habitus

Aspekty související s BMI, výškou, hmotností a habitem jsou důležité pro případnou operaci a pro zhodnocení rizik, která souvisí s operací, anestezií a chirurgickými zásahy (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

6.2.2 Vyšetření v zrcadlech

Při tomto vyšetření se v některých případech naleznou ložiska hluboké infiltrující endometriózy v zadní klenbě poševní, která již prorůstají stěnou a jsou bolestivá (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

Jeví se jako tmavě rudé a modré ostrůvky na děložním čípku, nebo v zadní klenbě pochvy. Při dotyku mohou začít krvácet (Marešová a Fiala, 2018).

6.2.3 Palpace

Pohmatové vaginální vyšetření je zaměřeno na palpaci, uložení a bolestivost dělohy, dále se vyhmatává infiltrace v zadní klenbě poševní a popisuje se bolestivost a uložení. Palpace se provádí různými způsoby v různých lokalitách, aby se zjistilo případné zasažení jednotlivých struktur endometriózou.

Pokud má lékař podezření na hlubokou infiltrující endometriózu, provede vyšetření rektovaginální, které spočívá v zavedení ukazováčku do pochvy a prostředníčku do konečníku, a hodnotí rektovaginální septum (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

Podezření na endometriózu padne při vyhmatání pevných uzlíků, které kladou odpor v Douglasově prostoru, ve vazech dělohy, nebo v oblasti vaječníků a vejcovodů. V období menstruace je zvýšená bolest těchto ložisek. Pohmatové vyšetření je jen orientační, proto diagnóza endometriózy musí být potvrzena dalšími vyšetřovacími způsoby (Roztočil, 2011).

6.3 Zobrazovací metody

Laparoskopie se v dnešní době užívá až po předchozí podrobné diagnostice ze zobrazovacích metod, které v průběhu let prošly masivním zkvalitněním. Hojně se využívá transvaginální ultrazvuk a magnetická rezonance, které jsou velmi spolehlivé a velice citlivé na záchyt. Vyšetření musí být takzvané expertní, neboť osoba, která snímky hodnotí, musí mít teoretické předpoklady, velké zkušenosti a musí se zabývat touto problematikou.

Vyšetření ultrazvukem je mnohem dostupnější a levnější, než magnetická rezonance. Hodnotí hlavně situaci v malé pánvi a bolestivost v reálném čase při změně polohy sondy. Může probíhat transvaginálně neboli sondou v pochvě, abdominálně, což je neinvazivní vyšetření na břicho, a dále transrektálně, skrz konečník (Roztočil, 2011).

Magnetická rezonance umožňuje zobrazení ložisek, která jsou vzdálenější, například na bránici, střevu, a dalších, ale tato metoda je finančně nákladnější (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021). U tohoto typu vyšetření je vhodné, aby pacientka užíla spazmolytika, aby se snížila střevní peristaltika a snímky byly kvalitnější. Dále se někdy podává i kontrastní látka (INDRIELLE-KELLY et.al., 2019).

Ve výjimečných případech se využívá kolonoskopie, když má pacientka krvácení z rekta a je třeba vyloučit závažnější diagnózy, ale pro zjištění endometriózy nemá velký význam. Cystoskopie se užívá při výskytu ložisek v močovém měchýři k posouzení jejich lokalizace a vzdálenosti od ústí močovodů (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

6.4 Laparoskopie

Tento způsob by dnes neměl být využit předtím, než se provedou neinvazivní metody vyšetření. Tato metoda má hlavní význam ke konečnému potvrzení endometriózy a k získání vzorků ložisek na bioptické vyšetření. Při laparoskopii je vidět skutečný rozsah ložisek, hlavně u endometriózy peritoneální. Využívá se hlavně při problémech s neplodností, kdy je spojená s hysteroskopií neboli vyšetřením dělohy optickými metodami (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

Systematicky se prohlédne celá břišní dutina a případná ložiska vypadají jako drobné, či větší uzlíky, které mají hnědou, černou až namodralou barvu. Adheze neboli srůsty, bývají často přítomné u tohoto onemocnění a mohou ztížit samotný laparoskopický zákrok (Roztočil, 2011).

6.5 Další vyšetřovací metody

6.5.1 Nádorové markery

Hladina markeru Ca 125 je zvýšená u hluboké infiltrující endometriózy a endometriózy vaječníků, avšak pro určení výskytu samotného onemocnění nemá žádný význam (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

Tento marker v séru stoupá v době menstruace. Nezná se přesný důvod, proč je u endometriózy tento marker zvýšený a detekovatelný, ale předpoklad je, že se tvoří kvůli zánětlivé reakci těla na endometriózu (Roztočil, 2011).

6.5.2 Ukazatelé zánětu

Nespecifickým ukazatelem, který ale nemá žádnou diagnostickou hodnotu, je zvýšení C–reaktivního proteinu a zvýšení hladiny leukocytů, z důvodu zánětlivé reakce organismu na samotná ložiska (Roztočil, 2011).

7. Terapie

Hlavním cílem terapie je zlepšit kvalitu života pacientky, tedy zmenšit či odstranit bolesti, zachovat fertilitu, či snížit rizika návratu příznaků a nemoci. Pacientka je předem seznámena s možnostmi léčebných metod, alternativami, komplikacemi, vedlejšími účinky a rozhodnutí o léčbě provádí poučená pacientka. Určení metody léčby je ovlivněno mnoha okolnostmi, jako jsou velikost ložisek a typ endometriózy, předchozí chirurgická i hormonální terapie, jiná chronická onemocnění, proporce pacientky a její věk. Hlavními parametry jsou ale míra bolesti a poruchy plodnosti.

Pokud má pacientka velké bolesti a poruchy plodnosti, není u ní vhodná hormonální léčba, neboť ta by měla vliv jen na zmírnění bolestí, ale ne na plodnost, tudíž tato pacientka je indikována k chirurgické léčbě, nebo odeslána do center asistované reprodukce, kde je ale riziko zhoršení bolestí kvůli stimulaci vaječnicků hormony.

Pacientce, která má velké bolesti, ale již nemá v úmyslu do budoucna otěhotnět, je zvolena léčba hormonální, kdy je žádoucí dlouhodobě zastavit menstruaci buď kontinuálním podáváním hormonální antikoncepce, nebo zavedením nitroděložního tělíska s gestageny. Pokud je příznivý průběh, může být tato léčba využita až do období menopauzy, kdy mají potíže tendenci se zmírňovat až ustoupit. Významná část pacientek však tento druh léčby nesnese, neboť pro ně nemá na bolesti žádný vliv, či kvůli komplikacím spojených s tromboembolickou nemocí nemohou hormony užívat, tudíž jsou indikovány k operaci.

Nejsložitější skupinou žen v rozhodování o léčbě jsou pacientky s poruchami plodnosti, ale bez bolestí. V této skupině záleží na druhu a lokalizaci ložisek endometriózy, dle kterých se určí buď operační výkon, nebo metody asistované reprodukce. Většinou se volí nejdříve operace u peritoneální endometriózy, či hluboké infiltrující endometriózy malého rozsahu. Naopak asistovanou reprodukci volíme nejdříve u rozsáhlé hluboké infiltrující endometriózy.

Pacientky s bezpříznakovou endometriózou, tedy bez bolestí a bez problémů s početím většinou nevyžadují žádný druh léčby. Avšak i zde jsou výjimky, kdy může nastat stenóza močovodu s následným poškozením ledviny kvůli hluboké infiltrující endometrióze, či rozsáhlá střevní stenóza, nebo endometrióza na vaječniku, která zvyšuje výskyt karcinomu vaječniku (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

Naneštěstí je toto onemocnění nevléčitelné, tudíž i po operaci, či po farmakologické léčbě, se endometrióza vrací zpět do pěti let až u 40 % pacientek. Kvůli tomu je nutné terapie opakovat (Roztočil, 2011). Uvádí se, že endometrióza postihuje hlavně ženy v reprodukčním věku, avšak byly zjištěny případy, kdy ložiska zůstala aktivní, či se objevila nová v období postmenopauzy, tedy když již žena neprodělavá menstruační cykly a ovaria neprodukuje velké množství estrogenu. Zjistilo se, že zdrojem estrogenů může být jeho tvorba v nadledvinách, či v tukové tkáni u žen s obezitou, a tím pádem dochází i u žen po menopauze ke stimulaci ložisek (HANÁČEK et.al., 2022).

7.1 Farmakologická léčba

Endometrióza nelze trvale vyléčit, ale důvodem terapie je zlepšení bolestí a dalších symptomů, zmenšení ložisek a zkvalitnění života pacientky. Volba konkrétní terapie se odvíjí od jednotlivých projevů a potřeb každé ženy. Nežádoucím jevem po vysazení farmakologické terapie je velmi častý návrat onemocnění, ale stále tato terapie bývá velice účinná při redukci subjektivních potíží a bolestí způsobených endometriózou. Do výběru farmakologických léčebných metod patří hormonální terapie, podávání kombinované hormonální antikoncepce v kontinuálním režimu, nitroděložní tělísko uvolňující pravidelně gestageny, a mnoho dalších preparátů (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

Potlačení ovulace, buď přirozenou cestou - těhotenstvím, nebo farmakologickou, kam patří hormonální přípravky, má za následek snížení aktivity a tvorby nových ložisek endometriózy (Ulčová-Gallová, 2020). Kontinuální podávání hormonální kontracepce je vhodnější u méně rozsáhlých forem endometriózy (Hudeček a Ventruba, 2019). Její účinek spočívá ve zmenšení sliznice dělohy a zjizvení již vzniklých ložisek (Fanta, 2019). Hormonální terapie nemá žádný efekt u pánevních srůstů a při zánětlivých změnách na střevech (Kučera a Fait, 2011).

Často se užívá i kombinace hormonální i chirurgické léčby, která spočívá v podávání hormonální terapie před operací, nebo po ní. Před operací zmenší ložiska endometriózy a sníží prokrvení pánve, tudíž zredukuje ztráty krve v průběhu operace a chirurgický zákrok bude menšího rozsahu. Po operaci se užívá z důvodu eliminace přetrvávajících mikroskopických ložisek, nebo kvůli rozsáhlým ložiskům, která operací nebylo možné kompletně odstranit (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

Jako doplněk hormonální terapie, pokud to stav pacientky vyžaduje, se podávají analgetika, hlavně ze skupiny nesteroidních antiflogistik k potlačení silných pánevních bolestí (Košťál, 2018). Pacientky, které plánují těhotenství, by neměly brát selektivní inhibitory COX 2, neboť mohou oddálit, či potlačit ovulaci (Fanta, 2019).

7.2 Chirurgická léčba

Chirurgický zákrok se preferuje při větších nálezech s potížemi, které udává pacientka (Ulčová-Gallová, 2020). Je nutné, aby operující lékař provedl vyšetření pacientky sám. Vyšetření často zahrnuje vaginální vyšetření ultrazvukem a rektální vyšetření, u kterých se sleduje souhyb tkání, posunlivost močového měchýře, posouzení ložisek u pochvy a rekta a další struktury. Pokud je podezření na nádorové onemocnění, provede se biopsie tkáně. Nepostradatelnou součástí vyšetření je palpace vaginální a rektální. Tyto metody mají často větší výpovědní hodnotu, než vyšetření zobrazovacími metodami. Důležité je neopomenout na ultrazvukové vyšetření ledvin. Nedílným prvkem předoperačního vyšetření je pacientky anamnéza, kdy je lepší nechat pacientku mluvit, než se ptát. Pokud se očekává výkon na střevě, je nutná i adekvátní příprava, která zahrnuje intervence k dokonalému očištění střeva.

Operace probíhají z většiny laparoskopicky, kdy se do oblasti břicha a pupku rozmístí porty, přes které probíhá zákrok. „*Optiku postupně otáčíme po směru hodinových ručiček, nejprve posoudíme stav malé pánve, poté ileoceca, bráničních kupolí, colon descendens a sigmatu.*“ (Chvátal, 2021, str. 160). Při výkonu se musí zkontrolovat i oblasti přední břišní stěny a jizvy po operacích z minulosti. (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021). Laparoskopickou operací se malá ložiska vysráží pomocí elektrokoagulačního nože a velká ložiska se odstraní exstirpací, což je úplné vynětí. Kvalita výkonu jde ruku v ruce se zkušenostmi chirurga, kvalitou laparoskopického vybavení a rozsahem operačního zákroku. V některých případech, zejména při pokročilém stadiu endometriózy, je nutné přistoupit k laparotomii, což je otevřený chirurgický zákrok. Užívá se tam, kde by byl laparoskopický zákrok velice obtížný na provedení, a nešlo by odstranit veškerá ložiska (Roztočil, 2011).

Ženy, které chtějí počít, se po krátké rekonvalescenci po operaci zařadí do programu IVF neboli do procesu umělého oplodnění (Dubová a Zikán, 2022).

7.3 Terapie depresí

V případě, že je u pacientky rozpoznána deprese, jeví se jako dobrá kombinace psychoterapie, rodinná terapie a tělová terapie, neboť u žen s endometriózou nebývají antidepressiva příliš úspěšná. Kvalitní psychoterapie může mít efekt na zmenšení bolesti, únavy a depresí s úzkostmi. Pozitivní efekt má i kombinace s fyzioterapií, neboť ta se zaměřuje na správné dýchání, uvolnění srůstů, vnitřních orgánů a svalů, díky čemuž se lépe prokrví. Tyto metody mají za cíl zlepšit kvalitu života nemocných žen (Lenz, Chvátal a Fiala, 2021).

PRAKTICKÁ ČÁST

8. Stanovení cílů

Výzkumná část mé bakalářské práce s názvem „Vliv endometriózy na partnerský život z pohledu žen“ je zaměřena na ženy s diagnostikovanou endometriózou.

- 1) Hlavní cíl praktické části práce je objasnit, v jaké míře má endometrióza negativní dopad na partnerské vztahy.
- 2) Dílčím cílem práce je zhodnotit, v jaké míře se pacientky ve zdravotnických zařízeních setkaly se sestrami, které by je vyslechly a byly pro ně oporou v této nelehké situaci.
- 3) Nejzajímavější výsledky z výzkumu, které se týkají vlivu onemocnění na partnerský život, budou interpretovány do informativních letáků, které budou vyvěšeny v některých čekárnách u lékařů na gynekologickém oddělení, a v elektronické formě distribuovány do uzavřené skupiny na sociální síti s pacientkami s tímto onemocněním s cílem, že se v této situaci nenachází samy, což působí jako psychická podpora.

9. Stanovení hypotéz

- 1) Předpokládám, že u 45 % a více respondentek došlo k negativnímu ovlivnění vztahu.
- 2) Předpokládám, že více než 30 % respondentek má z onemocnění problémy spojené s psychikou, které se negativně odráží na vztah.
- 3) Další má hypotéza předpokládá, že 15 % vztahů bylo ukončeno v souvislosti s endometriózou.
- 4) V poslední hypotéze předpokládám, že více, než 55 % respondentkám by nevadilo se svěřit sestře ve zdravotnickém zařízení o problémech s jejich nemocí, které zahrnují i témata o intimitě, sexualitě a bolesti, pokud by je sestra vyslechla.

10. Metodika výzkumu

Jako metodiku získávání dat jsem si vybrala kvantitativní výzkum pomocí anonymního strukturovaného dotazníku v elektronické podobě přes Google Forms. Tuto metodu jsem zvolila z důvodu rychlého sběru dat u cílové oblasti respondentek, kterých se toto šetření týká.

Má celkem 24 otázek, přičemž je navržen tak, že u některých otázek je dle zvolené odpovědi odkaz na další dílčí otázky v pořadí, nebo jsou tyto dílčí otázky přeskočeny, a respondentky jsou odkázány na další okruh otázek. Z toho vyplývá, že některé respondentky měly dotazník, kde bylo méně, než 24 otázek. Část otázek zde byla uzavřená s volbou jedné odpovědi, další část byla uzavřená s možnou volbou více odpovědí a některé otázky zahrnovaly i možnost odpovědi „jiné“, kde respondentky odpovídaly otevřenou formou.

V úvodu jsem se respondentkám představila a seznámila je s mou bakalářskou prací a jejím účelem průzkumného šetření. Požádala jsem je, aby dotazník vyplnily jen ty ženy, které mají endometriózu již potvrzenou, tudíž šlo o záměrný výběr vzorku. Nedílnou součástí dotazníku bylo i ujištění respondentek o anonymitě.

Dotazník je sestaven tak, aby byl v souladu s vytyčenými cíly a hypotézami. V jeho první části je sběr zaměřen na základní údaje o respondentce a ověření, zda má toto onemocnění opravdu diagnostikované. Další část se týkala samotné endometriózy. Třetí část byla zaměřena na její vliv na vztah a poslední část se zaměřila na zkušenosti se sestrami ve zdravotnických zařízeních.

11. Časový harmonogram

Sběr dat z elektronických dotazníků probíhal po dobu čtrnácti dnů, tedy od 16. února 2024 do 1. března 2024. Celkem jsem za toto období získala 274 odpovědí, přičemž jsem jich do šetření zahrnula 272, neb dvě respondentky endometriózu diagnostikovanou neměly, tudíž jim byl dotazník ukončen.

12. Výběr vzorku

Odkaz na dotazník byl zveřejněn do uzavřené skupiny na sociální síti, která je určena pro ženy s tímto onemocněním.

Dotazník byl určený pro ženy všech věkových kategorií, které mají endometriózu potvrzenou od lékaře. Tuto podmínku jsem zvolila z důvodu, aby výzkum přímo souvisel s tímto onemocněním, neb v této skupině je i část žen, které mají podezření na tuto nemoc, ale ještě jí potvrzenou nemají, což by mohlo ovlivnit a zkreslit výsledky. Dále z důvodu, že v dotazníku mám otázku „jak dlouho mají nemoc diagnostikovanou“ a „jak dlouho trvalo, než jim byla diagnostikována“, tudíž by tato část žen nemohla na tyto otázky odpovídat.

Dotazník vyplňovaly dobrovolně a zcela anonymně, o čemž byly informovány v úvodu dotazníkového šetření.

13. Zpracování dat

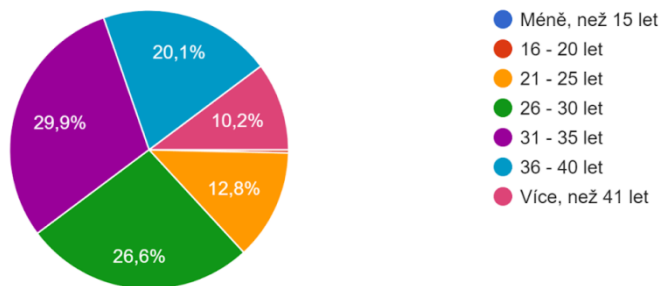
Výsledky z průzkumné části jsem zpracovávala pomocí grafů, které byly automaticky vytvořeny platformou Google Forms na základě odpovědí z dotazníků. Tyto grafy obsahují procentuální podíl odpovědí, a následně jsem je upravila do finální a přehledné podoby v programu Microsoft Office Word 2007. Ve stejném programu jsem vytvořila i tabulky s počty odpovědí, které doprovází některé grafy k větší přehlednosti. Některé grafy jsem si vytvořila své v programu Microsoft Office Excel 2007.

14. Vyhodnocení průzkumu

14.1 Otázka 1 - Kolik je Vám let?

Kolik je Vám let?

274 odpovědí



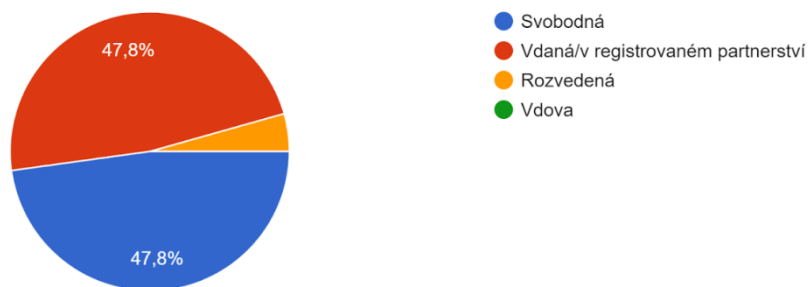
Graf 1: Věk

Z odpovědí je patrné, že největší podíl zaujímají ženy ve věku 31–35 let (29,9 %) a ženy ve věku 26–30 let (26,6 %). Třetí místo obsazují ženy ve věku 36–40 let, tedy 20,1 %. Odpověď 21–25 let zvolilo 12,8 % žen a odpověď nad 41 let zvolilo 10,2 % žen. Naopak pod 15 let zde není žádná z respondentek. Mezi 16–20 lety je zde 1 odpověď, tedy 0,4 %.

14.2 Otázka 2 – Váš aktuální stav?

Váš aktuální stav

274 odpovědí

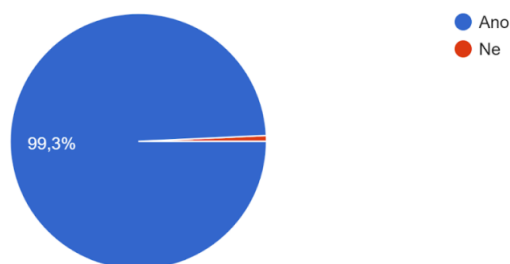


Graf 2: Stav

Z grafu vychází, že stejný podíl v odpovědích mají ženy svobodné a ženy vdané, nebo v registrovaném partnerství. Každá ze skupin obsahuje po 131 odpovědích, tedy 47,8 % v každé skupině. Rozvedených je 12 žen, tedy 4,4 % a žádná není vdova.

14.3 Otázka 3 – Máte od lékaře potvrzenou endometriózu?

274 odpovědí

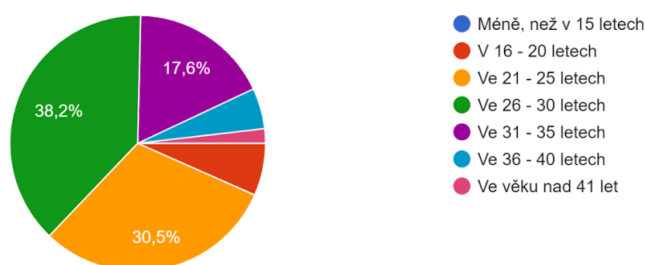


Graf 3: Potvrzení diagnózy

Z celkových 274 odpovědí má 272 žen (99,3 %) endometriózu potvrzenou. Dvě (0,7 %) jí potvrzenou nemají, tudíž po zodpovězení byly dotazníkem přesměřovány na odeslání dotazníku a jeho ukončení.

14.4 Otázka 4 – V jakém věku Vám byla zjištěna endometrióza?

272 odpovědí



Graf 4: Věk zjištění endometriózy

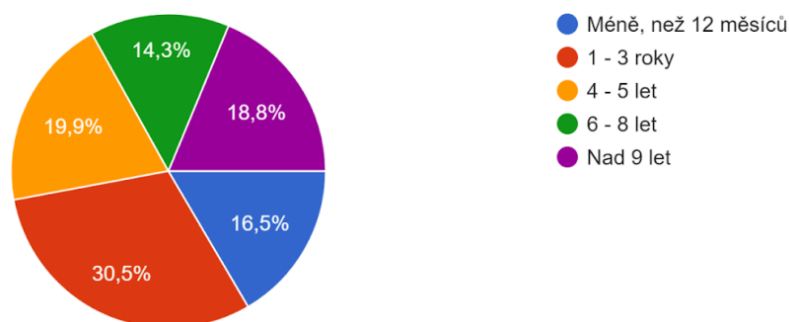
VĚK ZJIŠTĚNÍ	POČET	PROCENTA
Méně, než 15 let	0	0 %
16 – 20 let	18	6,6 %
21 – 25 let	83	30,5 %
26 – 30 let	104	38,2 %
31 – 35 let	48	17,6 %
36 – 40 let	14	5,1 %
Nad 41 let	5	1,8 %

Tabulka 1: Věk zjištění endometriózy

Nyní již odpovídá 272 žen, tedy ty s potvrzenou nemocí. Nejčastěji jim byla nemoc diagnostikována ve věku 26–30 let, tedy u 38,2 % patientek. Druhé místo zaujímá věk 21–25 let (30,5 %) a na třetím místě je věk 31–35 let, tedy 17,6 %. V 16-20 letech byla zjištěna u 6,6 % žen, a ve věku 36–40 let byla zjištěna u 5,1 % patientek. Ve věku pod 15 let nebyla zjištěna žádné pacientce, naopak ve věku nad 41 let byla zjištěna u 1,8 %, tedy pěti pacientkám.

14.5 Otázka 5 – Jak dlouho jste měla příznaky, než Vám byla diagnostikována endometrióza?

272 odpovědí



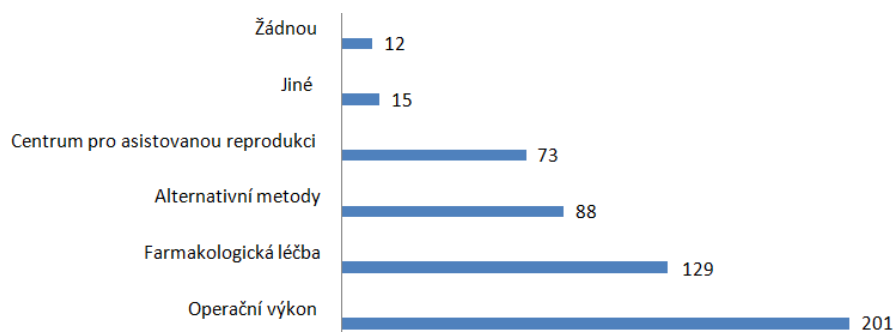
Graf 5: Doba příznaků

DOBA PŘÍZNAKŮ	POČET	PROCENTA
Méně, než 12 měsíců	45	16,5 %
1 – 3 roky	83	30,5 %
4 – 5 let	54	19,9 %
6 – 8 let	39	14,3 %
Nad 9 let	51	18,8 %

Tabulka 2: Doba příznaků

Z grafu je patrné, že největší podíl určení diagnózy od začátku příznaků zaujímá doba 1–3 roky (30,5 %). Další čtyři možnosti mají podobné rozložení odpovědí, tedy v rozhraní 4–5 let zaujímá 19,9 %, nad 9 let má 18,8 % žen, pod 12 měsíců má 16,5 % pacientek a dobu 6–8 let má 14,3 % pacientek.

14.6 Otázka 6 – Jaký druh léčby jste podstoupila?



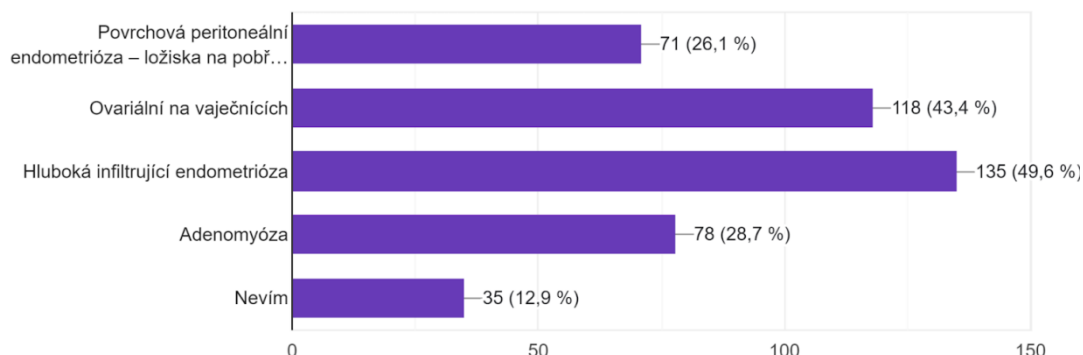
Graf 6: Druh léčby

Zde měly respondentky možnost vybrat jednu, nebo více odpovědí. Z grafu je patrné, že se většinou jednalo o kombinaci léčebných metod. Z 272 respondentek většina podstoupila operační výkon, tedy 201 (73,9 %) žen. Druhá nejčastější léčba je farmakologická, u 129 (47,4 %) žen. Alternativní metody zvolilo 88 (32,4 %) žen a centrum pro asistovanou reprodukci 73 (26,8 %) žen. Žádnou léčbu nepodstoupilo 12 (4,4 %) žen a zde se dá předpokládat, že tyto ženy zvolily jen tuto jednu odpověď. Odpověď „Jiné“ zvolilo 15 (5,5 %) žen. Tuto možnost následovala otevřená možnost odpovědí. Mezi metody, které pacientky uváděly, patřilo těhotenství, fyzioterapie, psychosomatická léčba, bylinky, psychoterapie, změna stravy, kosmetiky a životního stylu.

14.7 Otázka 7 – Jaký druh endometriózy máte?

Jaký druh endometriózy máte?

272 odpovědí



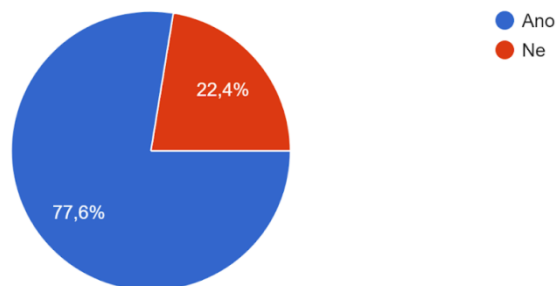
Graf 7: Druh endometriózy

Zde byla také možnost jedné, nebo více odpovědí. Jak je patrné, nejčastěji je zastoupená hluboká infiltrující endometrióza, tedy u 135 případů (49,6 %) ze 272. Druhá nejčastější je endometrióza ovarií (118 případů ze 272 neboli 43,4 %). S nepatrným rozdílem jsou na tom podobně adenomyóza (78 žen; 28,7 %) a povrchová peritoneální endometrióza (71 žen; 26,1 %). 35 (12,9 %) žen zvolilo odpověď „Nevím“ a zde se dá předpokládat, že zvolily pouze tuto jednu odpověď.

14.8 Otázka 8 – Ovlivnila endometrióza Váš minulý/stávající vztah?

Ovlivnila endometrióza Váš minulý/stávající vztah?

272 odpovědí



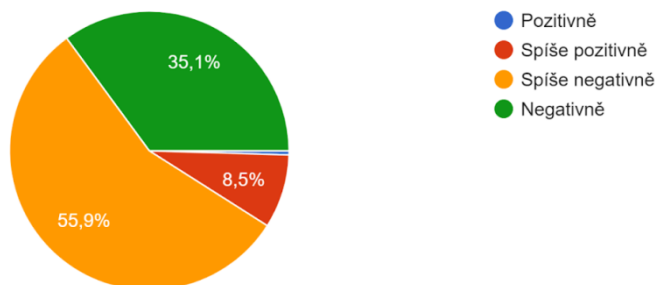
Graf 8: Ovlivnění vztahu

Jak je z grafu patrné, endometrióza nějakým způsobem ovlivnila 77,6 % vztahů, tedy 211 respondentkám ze 272. U zbylých 22,4 % (61 hlasů) ne.

14.9 Otázka 9 – Pokud ano, v jakém smyslu?

Pokud ano, v jakém smyslu?

211 odpovědí

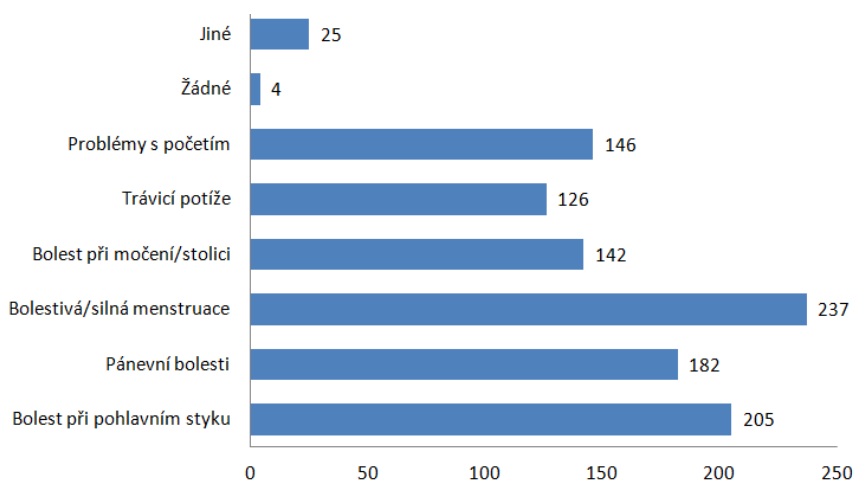


Graf 9: V jakém smyslu

Ženy, které v předchozí otázce odpověděly „Ano“, byly přesměrovány na tuto otázku. Ty, které zvolily „Ne“, byly odkázány na další otázku v pořadí, tudíž na tuto otázku odpovídalo 211 žen z celkových 272.

Ze 211 žen jich odpovědělo 118 (55,9 %), že byl vztah ovlivněn spíše negativně. Dalších 74 (35,1 %) žen odpovědělo, že negativně. Jen 18 (8,5 %) žen označilo odpověď „Spíše pozitivně“ a jedna žena (0,5 %) odpověděla „Pozitivně“.

14.10 Otázka 10 – Jaké příznaky spojené s endometriózou se u Vás objevily?



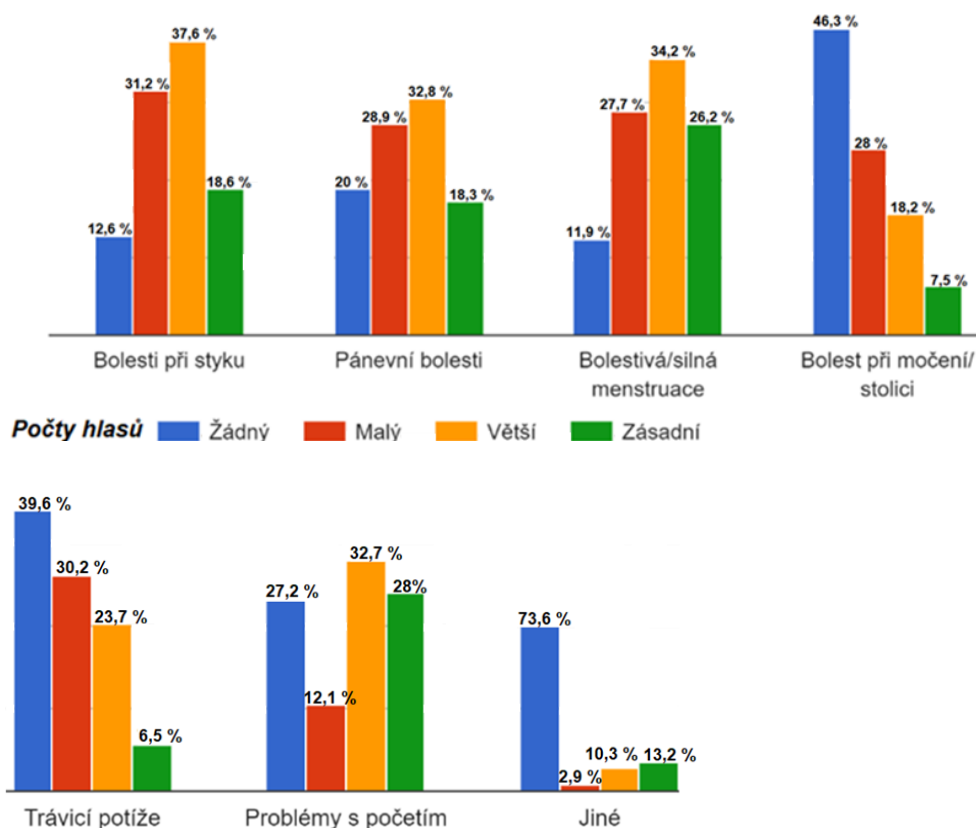
Graf 10: Příznaky

Zde opět odpovídalo všech 272 respondentek, a měly na výběr jednu, či více odpovědí. Z grafu je patrné, že nejrozšířenější příznak je „Bolestivá/silná menstruace“, který je zastoupen u 237 (87,1 %) případů.

Druhý nejrozšířenější příznak je „Bolest při pohlavním styku“, tedy u 205 (75,4 %) žen. Pánevními bolestmi trpělo 182 (66,9 %) žen. Podobný podíl zaujímají „Problémy s početím“ u 146 (53,7 %) žen, a „Bolesti při močení/stolici“ u 142 (52,2 %) žen. Trávicí potíže trápilo 126 (46,3 %) respondentek. Odpověď „Žádné“ vybraly jen 4 (1,5 %) ženy, u kterých lze předpokládat, že jinou odpověď nezvolily.

Poslední možnost byla odpověď „Jiné“, kterou zvolilo 25 (9,2 %) žen. Tato možnost byla otevřená, tudíž zde pacientky vypisovaly své příznaky. Objevilo se zde krvácení z konečníku, křeče před defekací, bolesti zad a bederní páteře, silné bolesti břicha, bolesti jizvy po císařském řezu, bolestivá ovulace, špinění od ovulace po menstruaci, krvácení mimo cyklus, krvácení při styku, nebo po něm, snížené libido, zhoršení psychického stavu, únava, náladovost, nespavost, alergie, migrény, horkost. Další odpovědi byly „Neprůchodnost močových“ a „Pneumotorax“. Tyto příznaky se z literatury objevují, pokud jsou ložiska situována v jiném orgánu a již do něj prorůstají.

14.11 Otázka 11 – U jednotlivých příznaků, které jste měla, zhodnoťte, jaký měly dopad na Váš vztah. (žádný/malý/větší/zásadní)



Graf 11: Dopad příznaků na vztah

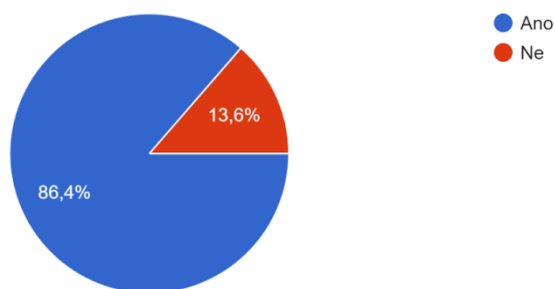
Zde měly pacientky zhodnotit příznaky, které je trápily z minulé otázky, a ke každému přiřadit dopad, jaký tyto příznaky měly na jejich vztah. U každé odpovědi bylo na výběr z možností dopadu na vztah: „žádný, malý, větší, zásadní“, přičemž mohly označit jen jednu z těchto odpovědí. Na tuto otázku odpovídalo celkem 268 respondentek. V jednotlivých kategoriích sčítám možnosti „Větší + Zásadní“, nebo naopak „Žádný + Malý“, a vyjde mi procentuální zastoupení v dané kategorii.

Největší dopad mají příznaky „Bolestivá/silná menstruace“, kterou hodnotilo 237 žen. Celkem 60,4 % z nich zvolilo možnosti „Větší“, nebo „Zásadní“ vliv. Druhé místo zaujímají „Bolesti při styku“, kdy z 205 hlasů, zaujímá 56,2 % „Větší“, nebo „Zásadní“ vliv. Dále jsou „Problémy s početím“, kdy ze 146 žen udalo 60,7 % možnosti „Větší“, nebo „Zásadní“. „Pánevní bolesti“ má 51,1 % ze 182 pacientek.

Naopak „Žádné“, nebo „Malé“ dopady na vztahy mají dle většinového zastoupení možnosti „Bolesti při močení/stolici“, které mají 74,3 % hlasů (Žádný + Malý), dále „Trávicí potíže“ s 69,8 % hlasů. Možnost „Jiné“ má 76,5 % hlasů.

14.12 Otázka 12 – Objevily se u Vás problémy spojené s psychikou? (časté změny nálad, plačtivost, úzkosti, pocity méněcennosti, obviňování sebe samotné...)

272 odpovědí

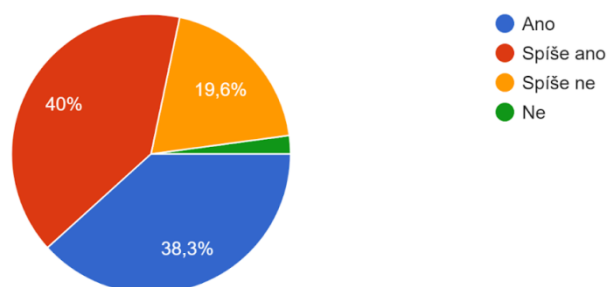


Graf 12: Problémy spojené s psychikou

Tato otázka byla uzavřená a byly na výběr dvě možnosti, přičemž odpověď „Ano“ zvolila většina, tedy 235 (86,4 %) pacientek. Odpověď „Ne“ zvolilo 37 (13,6 %) pacientek.

14.13 Otázka 13 – Odrážely se tyto problémy negativně na Váš vztah?

235 odpovědí



Graf 13: Odrážely se negativně na vztah?

Na tuto otázku byly přesměrovány respondentky, které v předchozí otázce zvolily možnost „Ano“, tudíž 235 žen. Ty, které v minulé otázce zvolily „Ne“, byly přesměrovány na další sekci otázek.

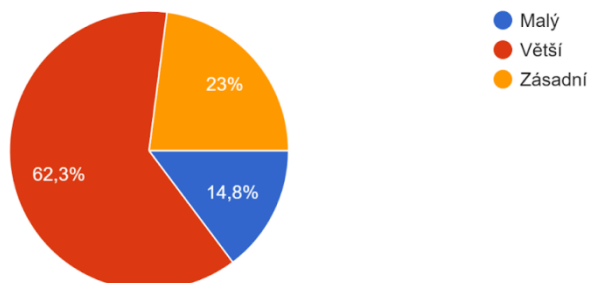
Tento graf vypovídá o tom, že u 94 (40 %) žen se problémy spojené s psychikou spíše negativně odrážely na jejich vztah. U 90 (38,3 %) žen se tyto problémy odrážely negativně na jejich vztah.

Naopak menší část žen, tedy 46 (19,6 %) označilo, že se tyto problémy spíše neodráží na jejich vztah a malá část, 5 (2,1 %) žen vybralo, že se tyto problémy neodráží na jejich vztah.

14.14 Otázka 14 – Jaký vliv měly?

Jak velký vliv měly?

183 odpovědí



Graf 14: Jaký měly vliv?

Na tuto otázku byly přesměrovány respondentky, které v předchozí otázce zvolily možnost „Ano“ a „Spíše ano“. Ty, které zvolily možnosti „Spíše ne“ a „Ne“, byly přesměrovány na další otázku.

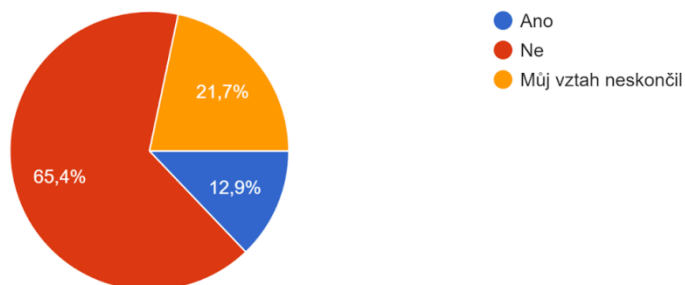
V této otázce hodnotily, jak velký podíl měly tyto potíže spojené s psychikou na jejich vztah. Byly na výběr odpovědi „Malý“, „Větší“ a „Zásadní“. Odpověď „Žádný“ u této otázky nebyla, neboť v předchozí otázce zvolily možnost „Ano“, nebo „Spíše ano“ ve smyslu, že se tento problém negativně odráží na jejich vztah.

Jak je patrné, většinu zaujímá možnost „Větší“ se 114 (62,3 %) hlasy. Druhé místo zaujímá možnost „Zásadní“ se 23 %, a možnost „Malý“ má 14,8 % hlasů.

14.15 Otázka 15 – Skončil-li Váš vztah, měla na to vliv i endometrióza?

Skončil-li Váš vztah, měla na to vliv i endometrióza?

272 odpovědí



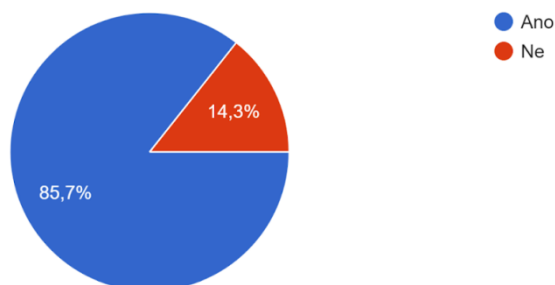
Graf 15: Skončil vztah?

Tuto otázku měly opět k dispozici všechny respondentky. Jak je patrné, ve většině případů jejich vztah neskončil v souvislosti s endometriózou, tedy u 178 (65,4 %) případů. U 59 (21,7 %) pacientek v době sběru dat vztah neskončil vůbec, a u 35 (12,9 %) žen skončil vztah v souvislosti s endometriózou.

14.16 Otázka 16 – Byl/je pro Vás partner oporou?

Byl/je pro Vás partner oporou?

272 odpovědí



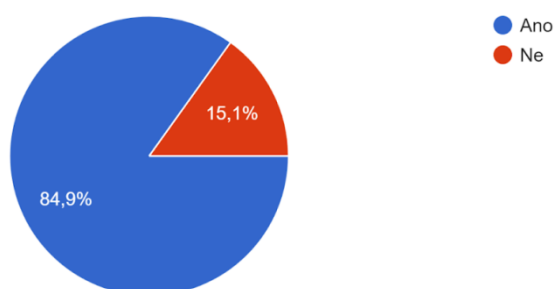
Graf 16: Je partner opora?

Opět odpovídaly všechny pacientky. Ve velké většině případů, tedy u 233 (85,7 %), je pro pacientky jejich partner oporou. Naopak u 39 (14,3 %) žen není.

14.17 Otázka 17 – Byl/je partner první, kterému se svěřujete o všech aktuálních změnách spojených s endometriózou? (objevení nových příznaků, jiný druh léčby, výsledky kontrol...)

Byl/je partner první, kterému se svěřujete o všech aktuálních změnách spojených s endometriózou? (objevení nových příznaků, jiný druh léčby, výsledky kontrol...)

272 odpovědí



Graf 17: Svěřujete se partnerovi?

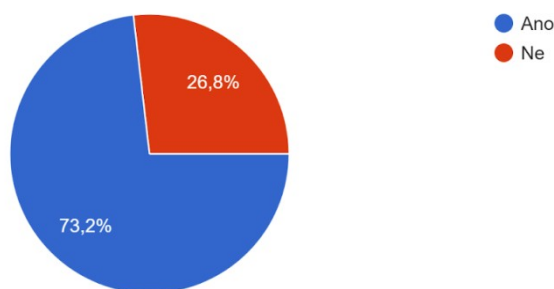
Jak můžeme vidět, výsledky grafu až na zanedbatelné rozdíly, korelují s předchozími výsledky, tedy s otázkou č. 16. Může zde být souvislost s tím, že u žen, kde jim je partner oporou, tak se mu svěřují se změnami, které souvisí s nemocí.

Velká většina, 231 (84,9 %) žen zvolila odpověď „Ano“. Naopak malá část, 41 (15,1 %) pacientek zvolila možnost „Ne“.

14.18 Otázka 18 – Navštívujete zdravotnická zařízení, která se zaměřují na endometriózu?

Navštívujete zdravotnická zařízení, která se zaměřují na endometriózu?

272 odpovědí



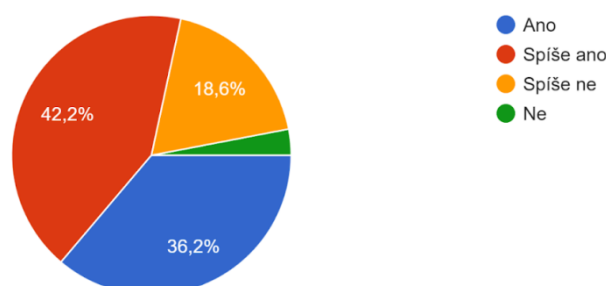
Graf 18: Zařízení na endometriózu

Tato otázka je z části, která se bude věnovat vlivu sestry v této oblasti. Do zařízení, která se zaměřují na endometriózu, chodí většina pacientek, tedy 199 (73,2 %). Menší část, což je 73 (26,8 %) pacientek, do těchto zařízení nechodí.

14.19 Otázka 19 – Cítíte se zde komfortně a uvolněně?

Cítíte se zde komfortně a uvolněně?

199 odpovědí



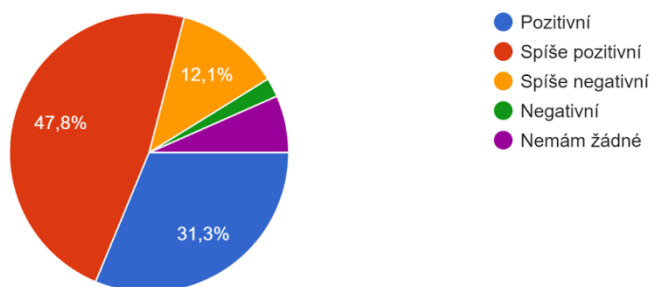
Graf 19: Cítíte se zde komfortně?

Na tuto otázku byly přesměrovány pacientky, které v předchozí otázce označily možnost „Ano“, tedy že navštívují zdravotnická zařízení pro endometriózu a je jich 199. Ty, které označily v předchozí otázce možnost „Ne“, byly odkázány na další otázku v pořadí.

Jak je patrné, velká většina žen se v těchto zařízeních cítí/spíše cítí komfortně a uvolněně. Volbu „Spíše ano“ zvolilo 84 (42,2 %) žen a „Ano“ zvolilo 72 (36,2 %) žen. Naopak 37 (18,6 %) žen se zde spíše komfortně a uvolněně necítí. 6 (3 %) pacientek vybralo možnost „Ne“.

14.20 Otázka 20 – Jaké máte obecně zkušenosti se sestrami, se kterými jste se setkala v rámci onemocnění endometriózou? (v ambulancích, při hospitalizaci...)

272 odpovědí



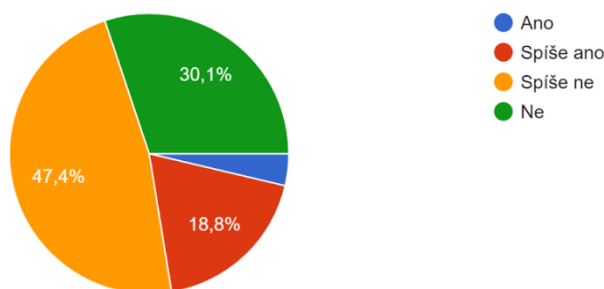
Graf 20: Zkušenosti se sestrami

Tato otázka se zobrazila všem respondentkám. Měly zhodnotit jejich dosavadní zkušenosti se sestrami, se kterými se setkala v rámci onemocnění endometriózou. Jak z grafu vyplývá, velká většina, tedy 130 (47,8 %) pacientek má „Spíše pozitivní“ zkušenosti. Druhou, objemnou skupinu zaujímá možnost „Pozitivní“ s 85 (31,3 %) hlasy. Menší část, 33 žen (12,1 %) zvolilo možnost „Spíše negativní“ a 6 (2,2 %) volilo možnost „Negativní“ zkušenosti. Naopak 18 žen (6,6 %) nemá zkušenosti žádné.

14.21 Otázka 21 – Vadilo by Vám se svěřit zdravotní sestře o stávajících potížích, které jsou ale často spojené s intimitou?

Vadilo by Vám se svěřit zdravotní sestře o stávajících potížích, které jsou ale často spojené s intimitou?

272 odpovědí



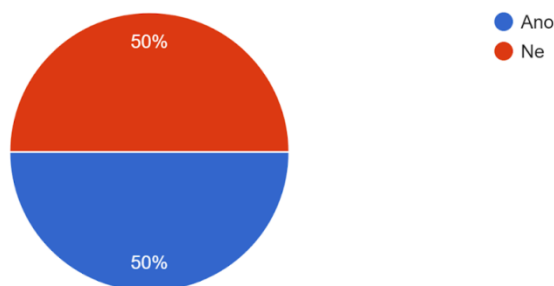
Graf 21: Svěření se sestře

Z tohoto hlasování vyplývá, že většině, tedy 129 (47,4 %) pacientkám by spíše nevadilo se svěřit sestře a 82 (30,1 %) by to nevadilo vůbec. Naopak 51 (18,8 %) pacientkám by to spíše vadilo a 10 (3,7 %) by to vadilo.

14.22 Otázka 22 – Setkala jste se se sestrou, která Vás vyslechla?

Setkala jste se se zdravotní sestrou, která Vás vyslechla?

272 odpovědí



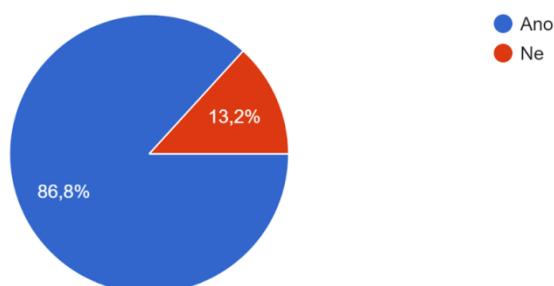
Graf 22: Setkala jste se s ní?

Zde je patrné, že situace, kdy se pacientky setkaly, nebo nesetkaly se sestrou, která by je vyslechla, je půl napůl. 50 %, tedy 136 pacientek odpovědělo, že ano, a 50 %, tedy také 136 pacientek odpovědělo, že ne.

14.23 Otázka 23 – Je pro Vás důležité, aby Vám sestra byla oporou?

Je pro Vás důležité, aby Vám zdravotní sestra byla oporou?

272 odpovědí



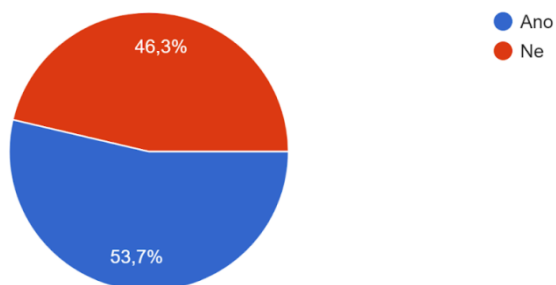
Graf 23: Sestra oporou

Pro 86,8 %, tedy 236 pacientek je důležité, aby jim byla sestra oporou. Naopak pro menší část: 13,2 %, tedy 36 pacientek, to důležité není.

14.24 Otázka 24 – Setkaly jste se s takovou sestrou?

Setkali jste se s takovou zdravotní sestrou?

272 odpovědí



Graf 24: Setkala jste se s ní?

Větší část pacientek se s takovou sestrou, která by pro ně byla oporou setkala. Jednalo se o 146 (53,7 %) žen. Naopak 126 (46,3 %) pacientek se s takovou sestrou neseťkalo.

Diskuse

Tato bakalářská práce se skládá ze dvou hlavních částí – teoretické a praktické. Do teoretické části jsem zahrнула popis onemocnění, jeho výskyt a symptomy s možnou terapií. V praktické části jsem se zabývala kvantitativním výzkumem prostřednictvím dotazníku, který byl rozeslán mezi pacientky s touto nemocí, aby zhodnotily, jaký má endometrióza vliv na jejich partnerské vztahy. Získaná data byla interpretována do grafů a tabulek. Mého šetření se zúčastnilo celkem 274 žen, z čehož dotazník byl následně zpřístupněn 272 pacientkám, neboť dvě neměly endometriózu lékařsky potvrzenou, tudíž jim byl dotazník ukončen.

Hlavním cílem praktické části bylo objasnit, v jaké míře má endometrióza negativní dopad na partnerské vztahy. Dle získaných odpovědí lze hodnotit, že toto onemocnění ovlivnilo vztah u 77,6 % žen. Tato část pacientek měla zhodnotit, v jakém smyslu má toto onemocnění vliv na vztahy, a odpověď „spíše negativní“, nebo „negativní“ zvolilo celkem 91 % pacientek, což je alarmující a vyplývá z toho, že endometrióza má zásadní negativní dopad na partnerské vztahy.

Dle tohoto vyhodnocení se potvrdila i má první hypotéza, ve které jsem předpokládala, že u 45 % a více respondentek došlo k negativnímu ovlivnění vztahu. Nepředpokládala jsem tak vysoké číslo, ale i tak se tato hypotéza se potvrdila se značnou rezervou.

Další má hypotéza předpokládala, že 15 % partnerských vztahů bylo ukončeno v souvislosti s endometriózou. Tato hypotéza se mi nepotvrdila, neboť z odpovědí vyplývá, že kvůli tomuto onemocnění bylo ukončeno 12,9 % vztahů. Avšak toto číslo není od mé hypotézy daleko.

Můj následující předpoklad byl, že u více, než 30 % pacientek se v souvislosti s onemocněním objevily problémy spojené s psychikou, které se negativně odrážely na vztah. Tuto hypotézu mohu také potvrdit, neboť problémy s psychikou se objevily celkem u 86,4 %, z čehož celkem u 73,3 % se tyto obtíže odrážely na vztah ve „spíše negativním“ a „negativním“ smyslu.

Dílním cílem této práce jsem zvolila zhodnocení, v jaké míře se pacientky ve zdravotnických zařízeních setkaly se sestrami, které by je vyslechly, a byly pro ně oporou v této nelehké situaci. Na základě získaných odpovědí usuzuji, že situace je velmi rozmanitá, neboť se sestrou, která by pacientky vyslechla, se setkala 50 %

pacientek, tudíž druhá polovina ne. Se sestrou, která by pro pacientky byla oporou, se setkala celkem 53,7 % odpovědí, což je o trochu více, než v předchozí situaci, ale stále je to si myslím málo, protože vyslechnutí a bytí oporou pro pacientky i pacienty obecně v těžké situaci je velmi důležité.

S tímto tématem souvisí má poslední hypotéza, ve které jsem předpokládala, že více, než 55 % respondentkám by nevadilo se svěřit sestře ve zdravotnickém zařízení o problémech s jejich nemocí, které zahrnují i témata o intimitě, sexualitě a bolesti, pokud by je sestra vyslechla. Tato hypotéza se mi potvrdila, neboť by tuto příležitost zvolilo, nebo spíše zvolilo celkem 77,5 % pacientek.

Mezi mé cíle jsem zahrнула i tvorbu informativních letáků, do kterých jsem zahrнула nejzajímavější výsledky získané z šetření. Letáky jsem distribuovala v elektronické podobě do uzavřené skupiny na sociální síti, která se zabývá tímto onemocněním, a v tištěné formě jsou dostupné v některých čekárnách pracovišť gynekologie. Tyto letáky mají u pacientek s tímto onemocněním za cíl to, že se v této situaci nenachází sami, což působí jako psychická podpora. Vzhled letáku je uvedený v příloze.

V rámci této diskuze bych dále zhodnotila otázky, které mě v hodnocení šetření zaujaly, nebo překvapily. Uvedu zde hned první otázku, na kterou jsem se v dotazníku ptala, a to je otázka na věk. Podotýkám, že šetření se účastnily pacientky, které měly endometriózu potvrzenou (kvůli tomuto kritériu byly vyloučeny dvě ženy, které to nesplňovaly). Dle výsledků můžeme zhodnotit, že toto onemocnění je zhruba rovnoměrně rozložené mezi věkové kategorie, které odpovídají reprodukčnímu věku ženy, tedy přesně, jak uvádí literatura, dle které jsem zpracovávala teoretickou část.

Další výsledek, který mě zaujal, byl u otázky „Jak dlouho jste měla příznaky, než Vám byla diagnostikována endometrióza?“. V literatuře se uvádí, že diagnostika často trvá několik let, průměrně 8 – 11 let. Dle výsledků zvolilo odpověď „nad 9 let“ ale „jen“ 18,8 % pacientek, zbytek, tedy 81,2 % uvedl dobu kratší, ze kterých nejvíce byla uvedena možnost „1-3 roky“, kterou zvolilo 30,5 % pacientek. Dle tohoto usuzuji, že se zlepšilo povědomí gynekologů o tomto onemocnění, a v případě podezření častěji odesílají ženy do center, která se specializují na endometriózu. Další možnost, která zde může hrát roli je mnohem lepší výběr a možnosti diagnostických metod.

V neposlední řadě bych zde ráda zhodnotila otázku „U jednotlivých příznaků, které jste měla, zhodnoťte, jaký měly dopad na Váš vztah. (žádný/malý/větší/zásadní).

Předpokládala jsem, že u odpovědi „Problémy s počítím“ budou zaujímat možnosti „větší“ a „zásadní“ vliv zásadně větší podíl, než možnosti „žádný“ a „malý“. K objasnění uvádím, že možnost „žádný“ zvolilo 27,2 % pacientek, „malý“ 12,1 % pacientek, „větší“ 32,7 % pacientek a „zásadní“ 28 % pacientek. Předpokládám, že by na to mohl mít i vliv dnešní doby, kdy se porodnost a zájem mít dítě u nás v ČR snižuje. (Český statistický úřad, 2019). Dále mě překvapilo rozložení odpovědí u kategorie „Bolesti při styku“ a její vliv na vztah, tedy že celkem 43,8 % žen zvolilo možnosti „žádný“, nebo „malý“ vliv, a celkem 56,2 % žen zvolilo možnosti „větší“ a „zásadní“ vliv na vztah. Můj předpoklad byl, že budou mnohonásobně převažovat možnosti „větší“ a „zásadní“ vliv, neb toto je faktor, který může vztah přímo ovlivňovat, neboť v teoretické části dle literatury uvádím, že žena z tohoto důvodu se může začít styku vyhýbat a má negativní postoje k sexualitě, což má následný negativní dopad na partnerství.

Závěr

Má bakalářská práce se věnovala tématu „Vliv endometriózy na partnerský život z pohledu žen“. Cíle jsem měla rozvržené na jeden hlavní a dva dílčí. Hlavním cílem bylo objasnit, v jaké míře má endometrióza negativní dopad na partnerské vztahy. Z výsledků mého šetření vyplývá, že toto onemocnění má veliký negativní dopad na partnerské vztahy, zejména kvůli symptomům, které tuto nemoc provázejí a tudíž se v různé míře odráží i do vztahu, jako jsou například bolesti při pohlavním styku, problémy s početím potomka, ale i bolesti v oblasti břicha a pánve, či abnormálně bolestivá a silná menstruace. Stejnou vahou se krom těchto fyzických symptomů do vztahu odráží i symptomy psychické, které tuto nemoc často provází, jako je náladovost, plačtivost, či úzkosti. Tyto faktory mohou v některých případech vést až k ukončení vztahu, kdy se s tím setkala menší část respondentek.

Jedním z dílčích cílů bylo zhodnotit, v jaké míře se pacientky ve zdravotnických zařízeních setkaly se sestrami, které by je vyslechly a byly pro ně oporou v této nelehké situaci, což může nápomoci s vyrovnáním se s nemocí, či lepším přijetím sebe samotné. Z průzkumu jsme se dozvěděli, že s těmito sestrami se setkala cca polovina respondentek, což je si myslím málo. Proto by toto téma bylo zajímavým dalším předmětem zkoumání, proč tomu tak je a jaké vlivy mohou být na vině, k tomu, že sestry nevyslechnou své pacienty a nepodpoří je.

Posledním dílčím cílem byla tvorba informativního letáku, který se skládá z nejzajímavějších výsledků z průzkumu, tedy z otázek, které se přímo týkají vlivu na vztah, a pro pacientky má mít podpůrný charakter, že se v nemoci nenachází sami, což jim může také pomoci s tím, aby se s nemocí lépe vyrovnaly a přijaly jí.

V dnešní době, kdy je onemocnění neustále častější, se s tématem endometriózy stále více setkáváme z úst lékařů, medií, internetu, či jiných platforem, což má i kladný vliv na celkové povědomí veřejnosti o tomto tématu, a na osvětu, jak je důležité vnímat příznaky, například, že silná a bolestivá menstruace není normální a mohla by za tím stát endometrióza.

Seznam použité literatury

Knižní zdroje

1. LENZ, J.; CHVÁTAL R. a FIALA L. *Endometrióza*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3050-4.
2. ČEPICKÝ, Pavel. *Gynekologické minimum pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-3027-6
3. MAREŠOVÁ, Pavlína a FIALA, Luděk. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4852-1.
4. DUBOVÁ, Olga a ZIKÁN, Michal. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví*. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-716-7.
5. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
6. MAREŠOVÁ, Pavlína. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 3., přepracované a doplněné vydání. Medica (Maxdorf). Praha: Maxdorf, 2021. ISBN 978-80-7345-709-9.
7. MARDEŠIĆ, Tonko. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4458-2
8. PILKA, Radovan, et.al. *Gynekologie*. 2. aktualizované vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, 2022. ISBN 978-80-7345-743-3.
9. KUČERA, Eduard. *Endometrióza: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-144-8
10. ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka a MADAR, Jindřich. *Imunologie a imunopatologie lidské reprodukce: vybrané kapitoly*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-648-1.
11. HACKER, Neville F.; HOBEL, Calvin J. a GAMBONE, Joseph C. *Hacker & Moore's essentials of obstetrics and gynecology*. Sixth edition. Philadelphia: Elsevier, 2016. ISBN 978-1-4557-7558-3.
12. KUČERA, Eduard a FAIT, Tomáš. *Hyperestrogenní stavy v gynekologii*. Jessenius. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-235-3.

13. KOLARŽÍK, D.; HALAŠKA M. a FEYEREISL J. *Repetitorium gynekologie. 2.*, aktualizované vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-267-4.
14. KOŠŤÁL, Milan. Endometrióza. In ŠPAČEK, J.; KALOUSEK I. a JÍLEK P. *Vybrané kapitoly z gynekologie.* Praha: Mladá fronta. 2018. s. 283-296. ISBN 978-80-204-4646-6
15. HUDEČEK, Robert a VENTRUBA, Pavel. Endometrióza. In ROB, Lukáš a MARTAN, Alois. *Gynekologie.* Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2019. s. 175-184. ISBN 978-80-7492-426-2
16. FANTA, Michael. Farmakoterapie endometriózy. In FAIT, T.; ZIKÁN M. a MAŠATA J. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví. 3.* Aktualizované a přepracované vydání. Jessenius, Praha: Maxdorf, 2019. s. 63-68. ISBN 978-80-7345-607-8

Zdroje z časopisů

1. HANÁČEK, Jiří; DRAHOŇOVSKÝ, Jan; HEŘMAN, Hynek; EMINGER, Michal; KŘEPELKA, Petr, et.al. Endometrióza v postmenopauze. *Česká gynekologie.* 2022, roč. 87, č. 6, s. 427-431. ISSN 1210-7832.
2. FRÜHAUF, Filip; FANTA, Michael; BURGETOVÁ, Andrea; FISCHEROVÁ, Daniela. Endometrióza v těhotenství – Diagnostika a management. *Česká gynekologie.* 2019, roč. 84, č. 1, s. 61-67. ISSN 1210-7832.
3. INDRIELLE-KELLY, Tereza; FRÜHAUF, Filip; BURGETOVÁ, Andrea; FANTA, Michael a FISCHEROVÁ, Daniela et al. Diagnostika endometriózy 1. část - Přehled diagnostických metod. *Česká gynekologie.* 2019, roč. 84, č. 4, s. 252-259. ISSN 1210-7832.

Online zdroje

1. PRIVITERA, G., Kerry O'Brien, R. MISAJON a L. CHUNG-YING. Endometriosis Symptomatology, Dyspareunia, and Sexual Distress are Related to Avoidance of Sex and Negative Impacts on the Sex Lives of Women with Endometriosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [online]. 2023, vol 20, no. 4: 3362 Publicly Available Content Database. [cit. 9. 12. 2023]. ISSN 1661-7827. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043362>
2. LOBODA, M., et al, The risk of endometriosis-associated malignant transformation in a scar after cesarean section: A case report and a review of literature. *Current Gynecologic Oncology*. [online]. 2019, roč. 17, č. 2, s. 83-88. [citováno 9. 12. 2023]. ISSN 2081-1632. Dostupné z: <https://doi.org/10.15557/CGO.2019.0010>.
3. Příspěvatelé WikiSkript. *Apoptóza*. [online]. 2023, Datum poslední revize 1. 01. 2023, 16:13 UTC, [citováno 9. 12. 2023] <<https://www.wikiskripta.eu/index.php?title=Apopt%C3%B3za&oldid=459443>>.
4. Český statistický úřad. *Počet živě narozených v české republice*. [online]. 2019. [cit. 2024-04-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/stoletistatistiky/pocet-zive-narozenyh-v-ceske-republice>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Informační leták

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den Vážené respondentky,

Jmenuji se Simona Ůrgeová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Všeobecného ošetrovatelství na 3. Lékařské fakultě UK.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro výzkumnou část mé bakalářské práce, která má název „Vliv endometriózy na partnerský život z pohledu žen“. Konec dotazníku se věnuje úloze opory od zdravotní sestry.

Prosím, aby dotazník vyplnily jen ženy, které mají endometriózu potvrzenou od lékaře. Jeho vyplnění nezabere více než 20 minut a je naprosto anonymní.

Předem děkuji za vyplnění a spolupráci!

1. Kolik je Vám let?

- a. Méně, než 15 let
- b. 16 – 20
- c. 21 – 25
- d. 26 – 30
- e. 31 – 35
- f. 36 – 40
- g. Více, než 41 let

2. Váš aktuální stav?

- a. Svobodná
- b. Vdaná/v registrovaném partnerství
- c. Rozvedená
- d. Vdova

3. Máte od lékaře potvrzenou endometriózu?

- a. Ano
- b. Ne -> *Moc Vám děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci při vyplnění! Ale tento dotazník je směřovaný na pacientky, které mají endometriózu potvrzenou.*

4. V jakém věku Vám byla zjištěna endometrióza?

- a. Méně, než v 15 letech
- b. V 16 – 20 letech
- c. V 21 – 25 letech
- d. V 26 – 30 letech
- e. V 31- 35 letech
- f. V 36 – 40 letech
- g. Ve věku nad 41 let

- 5. Jak dlouho jste měla příznaky, než Vám byla diagnostikována endometrióza?**
- Méně, než 12 měsíců
 - 1 – 3 roky
 - 4 – 5 let
 - 6 – 8 let
 - Nad 9 let
- 6. Jaký druh léčby jste podstoupila? (vyberte jednu, nebo více možností)**
- Operační výkon
 - Farmakologická léčba
 - Alternativní metody
 - Centrum pro asistovanou reprodukci
 - Žádnou
 - Jiné:
- 7. Jaký druh endometriózy máte? (vyberte jednu, nebo více možností)**
- Povrchová peritoneální endometrióza – ložiska na pobřišnici
 - Ovariální na vaječnicích
 - Hluboká infiltrující endometrióza
 - Adenomyóza
 - Nevím
- 8. Ovlivnila endometrióza Váš minulý/stávající vztah?**
- Ano
 - Ne
- 9. Pokud ano, v jakém smyslu?**
- Pozitivně
 - Spíše pozitivně
 - Spíše negativně
 - Negativně
- 10. Jaké příznaky spojené s endometriózou se u Vás objevily? (vyberte jednu, nebo více možností)**
- Bolesti při pohlavním styku
 - Pánevní bolesti
 - Bolestivá/silná menstruace
 - Bolest při močení/stolici
 - Trávicí potíže
 - Problémy s početím
 - Žádné
 - Jiné

11. U jednotlivých příznaků, které jste měla, zhodnoťte, jaký měly dopad na Váš vztah. (žádný/malý/větší/zásadní)

- a. Bolesti při pohlavním styku
 - i. Žádný
 - ii. Malý
 - iii. Větší
 - iv. Zásadní
- b. Pánevní bolesti
 - i. Žádný
 - ii. Malý
 - iii. Větší
 - iv. Zásadní
- c. Bolestivá/silná menstruace
 - i. Žádný
 - ii. Malý
 - iii. Větší
 - iv. Zásadní
- d. Bolest při močení/stolici
 - i. Žádný
 - ii. Malý
 - iii. Větší
 - iv. Zásadní
- e. Trávicí potíže
 - i. Žádný
 - ii. Malý
 - iii. Větší
 - iv. Zásadní
- f. Problémy s počítáním
 - i. Žádný
 - ii. Malý
 - iii. Větší
 - iv. Zásadní
- g. Jiné
 - i. Žádný
 - ii. Malý
 - iii. Větší
 - iv. Zásadní

12. Objevily se u Váš problémy spojené s psychikou? (Časté změny nálad, plačtivost, úzkosti, pocity méněcennosti, obviňování sebe samotné...)

- a. Ano
- b. Ne

13. Pokud ano, odrážely se tyto problémy negativně na Váš vztah?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne

- 14. Pokud ano/spíše ano, jak velký vliv měly?**
- Minimální
 - Větší
 - Zásadní
- 15. Skončil-li Váš vztah, měla na to vliv i endometrióza?**
- Ano
 - Ne
 - Můj vztah neskončil
- 16. Byl/je pro Vás partner oporou?**
- Ano
 - Ne
- 17. Byl/je partner první, kterému se svěřujete o všech aktuálních změnách spojených s endometriózou? (objevení nových příznaků, jiný druh léčby, výsledky kontrol...)**
- Ano
 - Ne
- 18. Navštěvujete zdravotnická zařízení, která se zaměřují na endometriózu?**
- Ano
 - Ne
- 19. Cítíte se zde komfortně a uvolněně?**
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne
- 20. Jaké máte obecně zkušenosti se sestrami, se kterými jste se setkala v rámci onemocnění s endometriózou? (v ambulancích, při hospitalizaci...)**
- Pozitivní
 - Spíše pozitivní
 - Spíše negativní
 - Negativní
 - Nemám žádné
- 21. Vadilo by Vám se svěřit sestře o stávajících potížích, které jsou ale často spojené s intimitou?**
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne
- 22. Setkala jste se se sestrou, která Vás vyslechla?**
- Ano
 - Ne

23. Je pro Vás důležité, aby Vám sestra byla oporou?

- a. Ano
- b. Ne

24. Setkali jste se s takovou zdravotní sestrou?

- a. Ano
- b. Ne

Moc Vám děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci při vyplnění! Nikdo v tom není sám!

Máte onemocnění „endometrióza“? Nejste v této nelehké situaci sama!

- *Jsem studentka Všeobecného ošetřovatelství na 3. LF a jako téma bakalářské práce jsem si vybrala „Vliv endometriózy na partnerský život z pohledu žen“*
- Dle literatury se endometrióza vyskytuje u 10 – 30 % žen v reprodukčním věku, tudíž jde o časté onemocnění.
- Nejčastější příznaky:
 - Pánevní bolesti
 - Bolesti při pohlavním styku
 - Silná a bolestivá menstruace
 - Bolest při vyprazdňování
 - Poruchy plodnosti
- Mého dotazníkového šetření se zúčastnilo 272 pacientek:
 - 77,6 % žen pociťuje, že byl jejich vztah touto nemocí ovlivněn, z čehož u 91 % negativně!
 - U 86,4 % se objevily potíže spojené s psychikou (plačtivost, náladovost, úzkosti...), kde v 73,3 % případů se tyto problémy negativně odráží na vztahy.
- Pojdme zkusit tato čísla snížit a nedovolme další ovlivnění partnerského života touto nemocí!
- Budme k partnerovi upřímné a sdělme mu všechna úskalí, která v sobě endometrióza skrývá, i když to je bolestivé, citlivé a intimní téma.
- Je důležité, mít se na koho obrátit.
- Pocit podpory můžete získat i ve skupinách na sociálních sítích, které se tomuto onemocnění věnují a sdružují pacientky s tímto onemocněním napříč Českem.
- *Moc děkuji za věnování pozornosti až do konce tohoto letáčku!*
- *Přeji hezký den a mnoho štěstí do budoucna.*