

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Kristýna Letová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B0913P360005

Kristýna Letová

ENDOMETRIÓZA A JEJÍ VLIV NA ŽIVOT ŽENY

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2024

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Letová Kristýna

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Endometrióza a její vliv na život ženy

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.

Počet stran – číslované: 71

Počet stran – nečíslované: 19

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 43

Klíčová slova: endometrióza, sterilita, adopce, ženství

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá chronickým onemocněním žen, které se nazývá endometrióza. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak endometrióza ovlivňuje kvalitu života ženy. Teoretická část se skládá ze 3 kapitol, kde jsou shrnuty základní informace o endometrióze a vybrané formy léčby tohoto onemocnění, možné příčiny sterility u žen s endometriózou a kooperativu porodní asistentky se ženou sužovanou endometriózou. Praktická část zahrnuje výzkumné šetření provedené na základě rozhovoru se ženou trpící endometriózou. Důraz byl především kladen na její prožívání jednotlivých fází života, ať už se jednalo o diagnostikování endometriózy či léčbu neplodnosti. Z výsledků vyplývá, že onemocnění endometriózy značně ovlivňuje kvalitu ženského života a také jejího okolí. Pokládáme za důležité, aby se edukovaly a informovaly již mladistvé dívky o klinických příznacích, diagnostice a léčbě tohoto onemocnění.

Abstract

Surname and name: Letová Kristýna

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Endometriosis and its Impact on a Woman's Life

Consultant: PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.

Number of pages – numbered: 71

Number of pages – unnumbered: 19

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 43

Keywords: endometriosis, sterility, adoption, womanhood

Summary:

The bachelor thesis focuses on a chronic disease of women called endometriosis. The main aim of this thesis was to find out how endometriosis affects a woman's life quality. The theoretical part consists of 3 chapters, which summarise general information about endometriosis and selected forms of treatment of this disease, possible causes of sterility among women with endometriosis and the midwife's cooperation with a woman affected by endometriosis. The practical part involves a research investigation based on an interview with a woman suffering from endometriosis. The main focus was on her experience during each stage of her life, whether it was the diagnosis of endometriosis or the treatment of infertility. The results show that endometriosis significantly affects the quality of a woman's life as well as her social environment. We consider it important to educate and inform adolescent girls about the clinical symptoms, diagnosis and treatment of this disease.

Poděkování

Děkuji PhDr. Kristině Janouškové, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a připomínek při zpracování. Dále děkuji participantce za její ochotu, čas a otevřenost sdílet svůj životní příběh. V neposlední řadě velké poděkování patří mé rodině a partnerovi za podporu po celou dobu studia.

OBSAH

SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 ENDOMETRIÓZA	14
1.1 HISTORIE ENDOMETRIÓZY	16
1.2 ETIOLOGIE A PATOGENEZE.....	16
1.3 KLINICKÉ PŘÍZNAKY	19
1.4 KLASIFIKACE.....	20
1.4.1 Klasifikace dle lokalizace	20
1.4.2 Klasifikace dle příznaků	23
1.4.3 Klasifikace dle závažnosti	23
1.5 DIAGNOSTIKA.....	23
1.6 LÉČBA	26
1.6.1 Medikamentózní terapie	26
1.6.2 Chirurgická terapie	27
1.6.3 Kombinovaná terapie.....	28
1.7 RIZIKOVÉ FAKTORY	28
1.8 PREVENCE	29
1.9 PSYCHIKA ŽENY S ENDOMETRIÓZOU	30
1.10 ENDOTALKS	31
2 STERILITA U ŽEN S ENDOMETRIÓZOU	32
2.1 MOŽNÉ PŘÍČINY STERILITY	33
2.2 LÉČBA STERILITY	34
2.2.1 Chirurgická léčba.....	35
2.2.2 Metody asistované reprodukce	35
3 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S ENDOMETRIÓZOU.....	39
PRAKTICKÁ ČÁST	43
4 FORMULACE PROBLÉMU.....	43

5	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
5.1	HLAVNÍ CÍL.....	44
5.2	DÍLČÍ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	44
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	45
7	METODIKA PRÁCE	46
8	ORGANIZACE VÝZKUMU.....	47
9	ZPRACOVÁNÍ DAT	48
10	ANALÝZA ÚDAJŮ.....	49
10.1	KATEGORIE: PRIMÁRNÍ SYMPTOMATOLOGIE U ŽENY S ENDOMETRIÓZOU	49
10.2	KATEGORIE: PRŮBĚH DIAGNOSTIKY U ŽENY S ENDOMETRIÓZOU	51
10.3	KATEGORIE: LÉČBA ENDOMETRIÓZY U ŽENY S ENDOMETRIÓZOU.....	53
10.4	KATEGORIE: PRŮBĚH FERTILIZACE U ŽENY S ENDOMETRIÓZOU.....	55
10.4.1	Subkategorie: Snahy přirozeného oplodnění.....	55
10.4.2	Subkategorie: Průběh jednotlivých pokusů v centru asistované reprodukce	56
10.4.3	Subkategorie: Adopce.....	61
10.4.4	Subkategorie: Manželova rakovina	64
10.5	KATEGORIE: PSYCHICKÝ STAV ŽENY LÉČÍCÍ SE S ENDOMETRIÓZOU.....	65
10.5.1	Subkategorie: Ženskost.....	65
10.5.2	Subkategorie: Podpora.....	67
10.5.3	Subkategorie: Spolupráce se zdravotníky.....	68
	DISKUZE.....	70
	LIMITY VÝZKUMU.....	78
	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	79
	SEBEREFLEXE.....	80
	ZÁVĚR.....	81
	SEZNAM LITERATURY.....	83
	SEZNAM PŘÍLOH	88
	PŘÍLOHY.....	89

PŘÍLOHA Č. 1 – INFORMOVANÝ SOUHLAS S ROZHOVOREM.....	89
PŘÍLOHA Č. 2 – OKRUHY K ROZHOVORU.....	90

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Okruhy k rozhovoru	90
-------------------------------------	----

SEZNAM ZKRATEK

IgG	imunoglobulin G
IgA	imunoglobulin A
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
CA-125.....	carbohydrate antigen
EKG	elektrokardiografie
GnRH.....	gonadotropin-releasing hormone (gonadoliberin)
z.s.	zapsaný spolek
MMS	multimediální zpráva
RVF.....	retroverze-flexe dělohy

ÚVOD

Endometrióza bývá charakterizována jako chronické gynekologické onemocnění, které sice není vidět, ale postiženým ženám silně znepríjemňuje jejich životy. K nejčastějším obtížím řadíme dysmenoreu, dysparenuriu, dyschézii či neplodnost ženy (Roztočil a kol., 2011, s. 129). Etiopatogeneze tohoto onemocnění není doteď zcela známá, proto nemůžeme s definitivní platností určit, jakou ženu toto onemocnění postihne. V důsledku této souvislosti proto ani neexistuje zaručená léčba, jež by ženu zaručeně vyléčila. Endometrióza má velkou tendenci k recidivám. Na přesnou diagnostiku endometriózy mohou ženy čekat i řadu let, a to kvůli pestré škále symptomů a včetně ne vždy efektivní spolupráce odborníků napříč zdravotními obory. Definitivní diagnostika obvykle přichází v podobě laparoskopie, kdy mohou být odhalena a zároveň i odstraněna endometriální ložiska. Náročnost tohoto vyšetření by se však nikdy neměla opomíjet a provádět se až na základě již předtím důkladně provedených zobrazovacích metod (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 136). Léčba endometriózy se primárně řeší symptomaticky, neboť příznaky ženy jsou obvykle dobře známé. Kauzální léčba je však znemožněna kvůli neznámé příčině vlastního onemocnění. Léčebný cíl spočívá ve zlepšení kvality života pacientky a prevence dalšího eventuálního poškození orgánů. S ohledem na rozmanitý charakter endometriózy je i její léčba velmi individuální. Možnost terapie by si pacientka měla rozhodnout sama a zvolit vždy takovou, která její kvalitu života co nejvíce zlepší jak po fyzické, psychické, tak i sociální stránce (Novotná a Malý, 2012, s. 183).

Téma bakalářské práce bylo zvoleno s ohledem na stále častější výskyt endometriózy u žen v reprodukčním věku. S tímto jevem jsem se setkala i v rámci svých odborných praxí na oddělení lůžkové gynekologie v Oblastní nemocnici Příbram. Není se čemu divit, neboť tímto onemocněním trpí v současné době kolem 250 000 žen v reprodukčním věku, což odpovídá výskytu endometriózy u 1 ženy z 10 (Lebeda, 2023). Napříč společností se povědomí o tomto onemocnění na jednu stranu zvyšuje, avšak faktické poznatky se o pevné základy neopírají. Laická společnost si není vědoma přesahu endometriózy do osobního i společenského života ženy s tímto onemocněním, což zahrnuje například silné bolesti limitující ženu v každodenních činnostech, vliv na vlastní ženskost či zhoršený průběh fertilizace, včetně navazujícího vývoje plodu.

Teoretická část této bakalářské práce se zabývá komplexním shrnutím dosavadních poznatků ohledně endometriózy. Pozornost byla zacílena především na její historii, etiologii,

patogenezi, klinické příznaky, diagnostické postupy a medikamentózní, chirurgickou a alternativní léčbu. V souvislosti s endometriózou se teoretická část dále věnovala příčinám a možnostem léčby sterility u žen s tímto onemocněním, přičemž stěžejní roli hraje profese porodní asistentky při zapojení multidisciplinárního zdravotnického týmu.

Praktická část bakalářské práce posléze zkoumá kvalitu života ženy s endometriózou prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření se zaměřilo zejména na témata emocionální roviny ženy s chronickým onemocněním v podobě endometriózy. Jednalo se kupříkladu o překážky, se kterými se participantka musela vypořádat během svého života. Jak moc tyto problémy vstoupily do vnímání sebe sama, partnerského či intimního života.

Teoretické poznatky bakalářské práce byly čerpány z odborné literatury ze Studijní a vědecké knihovny Plzeňského kraje a internetové stránky Bookport.cz. Odborné články a internetové weby byly vyhledány prostřednictvím klíčových slov této problematiky.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ENDOMETRIÓZA

Endometrióza představuje chorobný stav postihující ženský organismus, při kterém se sliznice dutiny děložní (endometrium) vyskytuje mimo děložní dutinu a stejně jako endometrium v děložní dutině podléhá působením ženským hormonům, což zapříčiňuje krvácení během menstruace v důsledku působení ženských hormonů. Endometrióza se vyskytuje u 7 % až 10 % žen běžné populace. Rozlišuje se interní endometrióza (endometriosis interna uteri), kdy se endometrium nachází uvnitř dělohy, ale v jiných vrstvách než je běžné pro endometrium (například v myometriu). Při externí endometrióze (endometriosis externa uteri) nalézáme ložiska endometriózy mimo dělohu v jiných orgánech (například ve vaječnicích, vejcovodech, močovém měchýři, peritoneu, střevě či dokonce v plicích). Doposud nebyla endometrióza nalezena na slezině a srdeční svalovině (Roztočil a kol., 2011, str. 128). Endometrióza patří mezi nezhoubné onemocnění, protože endometriální buňky nemají schopnost metastazovat jako buňky nádorů. Je však prokázáno, že každé nové ložisko vzniká z nových buněk endometria, což znamená, že proces vzniku je velmi podobný jako tomu bývá u zrodu tumorů. Tyto buňky samy vytvářejí své vlastní cévní zásobení prostřednictvím vazoaktivních endoteliálních faktorů a vytváří husté sítě neuronů, jež způsobují bolest ženám s endometriózou. I když toto onemocnění není akutním zdravotním ohrožením pro život ženy, může výrazně komplikovat a zhoršit její kvalitu života (Čillíková, 2023).

V současnosti je endometrióza shledávána jako nejčastější gynekologické onemocnění, které je ovlivněno genetickými, hormonálními, imunologickými a tělesnými faktory jedince. Především bývá přítomna u žen v reprodukčním věku, a to u všech etnických a sociálních skupin bez rozdílu. Objevuje se však i u žen po menopauze či u adolescentek. Největší záchyt endometriózy bývá během 25. až 35. rokem ženy, kdy se často začíná plánovat gravidita a vysazovat hormonální antikoncepce. Důsledky vysazení hormonální antikoncepce mnohdy maskují symptomy endometriózy (Janoušková a kol., 2018, s. 148). Léčba endometriózy má velké socioekonomické dopady pro společnost, odhadovaná cena za přímé a nepřímé náklady související s endometriózou ve Spojených státech amerických je 20 miliard dolarů, což je značně nákladnější než léčba Crohnovy choroby (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 25).

Onemocnění se projevuje pestrou škálou symptomatologií, která doposud není jednoznačně diagnostikována, a proto některé ženy obvykle hledají pomoc řadu let u různých odborníků, mají za sebou řadu operací, avšak endometrióza jim nebyla nikdy diagnostikována. Často se jedná o bolest, která se zhoršuje během menstruace a může se projevovat různými způsoby, jako je bolest v podbřišku, bolestivá menstruace, bolest při pohlavním styku nebo bolest při stolici během menstruace, která může být doprovázena průjmami a častějším močením (Čilíková, 2023). Občas se endometrióza může podobat intersticiální cystitidě, což znamená, že žena může být mylně jednou za měsíc léčena antibiotiky kvůli přítomnosti krve v moči, avšak ve skutečnosti má endometriální ložiska v močovém měchýři. I když toto není častý jev, může se stát, že endometrióza obklopí hluboce nebo široce cévy, které zásobují krevním oběhem dolní končetiny, což může způsobit tvorbu krevní sraženiny (trombus) v žilách dolních končetin (Čilíková, 2023). To, kolik má žena symptomů či jak jsou příznaky intenzivní, neodpovídá tomu, jak je velké zasažení těla endometriózou, protože i malá ložiska mohou způsobit velké bolesti. Brzký záchyt tohoto onemocnění je však klíčový k dalším krokům, ať už je to léčba úlevy od bolesti nebo plánování těhotenství. Tento gynekologický stav ovlivňuje nejen kvalitu života žen, ale také jejich pracovní kariéru, každodenní činnosti, intimní vztahy a plodnost (Čilíková, 2023).

Endometriózu lze rozdělit podle její základní lokalizace do 4 hlavních typů: peritoneální, ovariální, hluboko infiltrovanou (retroperitonální) a vnitřní (adenomyózu) (Fanta, Koliba a Hrušková, 2012, s. 315). Adenomyóza je charakterizována tím, že se zanořuje minimálně do hloubky 2,5 mm od bazální vrstvy endometria do myometria (Roztočil a kol., 2011, s. 128). Hluboko infiltrovanou endometriózu můžeme nalézt na různých místech, jako je močový měchýř (přední, anteriorní lokalizace), sakrouterinní vazy, rektovaginální septum, pochva (zadní, posteriorní lokalizace) a intestinum (Fanta, Koliba a Hrušková, 2012, s. 315). Další podrobnosti o klasifikaci endometriózy budou blíže popsány v navazující podkapitole 1.5. Klasifikace.

Mezi rizikové faktory spojené s vyšším rizikem výskytu endometriózy patří ženy s dřívějším nástupem první menstruace (menarche) v mladším věku, ženy s pozdějším nástupem menopauzy, ženy s krátkým menstruačním cyklem (polymenorea), ženy trpící nadváhou a také ženy s anomáliemi Müllerových vývodů, což způsobuje obtíže s odtokem menstruační krve. Na druhou stranu existují určité faktory jako je mateřství a dlouhodobé kojení, které bývají spojovány s nižším výskytem endometriózy u žen (Hrušková, 2011, s. 395).

1.1 Historie endometriózy

Primární detekce endometriózy náleží Karlu Rokytanskému, vídeňskému patologovi z Hradce Králové, jenž se roku 1860 setkal v rámci svých studií s neobvyklými útvary na ženských vaječnicích. Popisovaná tělesa obsahovala děložní endometrium, podle čehož byla zařazena mezi sarkomy a pojmenována cystosacroma adenoides uterinum (Kučera, 2008, s. 13). Mezi další průkopníky tohoto onemocnění patří kanadsko-americký gynekolog Thomas Culen, který se věnoval jejímu podrobnému zkoumání a označil je jako adenomyom. S pojmenováním endometrióza přichází až po několika letech John Sampson, profesor gynekologie z amerického New Yorku, jenž se setkal během operace s krvácivou cystou na vaječnících pacientky. Kromě samotného názvu se John Sampson také zaměřil na vysvětlení etiopatogeneze nemoci. Jak se v budoucnu prokázalo, správně poukazyval na spojitost vzniku endometriózy s retrográdní menstruací (Hrušková, 2011, s. 394).

Organizace Endometriosis Association byla založena v roce 1890 ve Spojených státech amerických s cílem věnovat se problematice této dosud neprozkoumané nemoci. Jejím primárním záměrem se stala podpora výzkumu a vzájemné propojení gynekologů, kteří se zajímají o tuto globální problematiku (Batt, 2011, s. 148).

1.2 Etiologie a patogeneze

Před více než 150 lety byla endometrióza poprvé identifikována Karlem Rokytanským a od té doby bylo vytvořeno několik různých definic této nemoci. Jedna z těchto definic popisuje endometriózu jako chronické, estrogenu závislé zánětlivé onemocnění, jehož výskyt u žen v reprodukčním věku dosahuje celosvětově 10 % až 30 % (Lenz, Chvátal, Fiala a kol. 2021, s. 25).

Etiologie a patogeneze endometriózy byly dlouhodobě předmětem výzkumu, avšak stále nebyly zcela objasněny, přestože existuje několik různých teorií. Žádná z těchto teorií však nedokáže vysvětlit všechny symptomy této nemoci. Mezi nejvíce přijímanou a široce uznávanou teorií patří Teorie retrográdní menstruace, která popisuje šíření endometriálních buněk do peritoneální dutiny (Roztočil a kol., 2011, s. 128).

Teorie retrográdní menstruace

Nejstarším a zároveň nejvíce citovaným principem vzniku endometriózy, jenž popsal ve 20. století John Sampson, kdy ložiska endometriózy vznikají během menstruace důsled-

kem zpětného zatékání odloučené endometriální tkáně vejcovody do dutiny břišní. Předpokládá se, že větší objem zpětně zatečené menstruační krve do pánve zvyšuje riziko implantace endometriální tkáně u žen s endometriózou než u žen zdravých (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 25). V rámci této teorie má významnou roli právě celkový objem menstruační krve, jež by měla obsahovat pouze povrchovou vrstvu endometria (zona functionalis), která každý měsíc podléhá menstruaci a vyplavuje se z ženského těla ven. Bazální vrstva během menstruace nepodléhá žádným změnám, ale právě tato vrstva byla společně s povrchovou vrstvou endometria objevena při vzniku ložisek hluboké nodulární endometriózy, tudíž poukazuje na možnou spojitost při vzniku endometriózy (Roztočil a kol., 2011, s. 128).

V minulosti byla teorie retrogradní menstruace hojně diskutována, protože nedokázala a stále nedokáže vysvětlit vznik endometriózy u žen v prepubertálním věku, novorozenců a mužů v některých orgánech. Retrogradní menstruace se vyskytuje u naprosté většiny žen, což také vyvrací tuto teorii, protože by její platnost musela být vyšší (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 26).

Hormonální teorie

Jako další potenciální vysvětlení se nabízí hormonální teorie, jež naznačuje, že endometrióza nejčastěji postihuje ženy v reprodukčním věku a je vzácná po menopauze. Zdá se, že steroidní hormony hrají klíčovou roli při patogenezi endometriózy (Parente Barbosa, Bentes De Souza, Bianco a Christofolini, 2011, s. 376). Estrogen má významnou funkci při proliferaci endometria, což naznačuje zvýšenou citlivost ektopických endometriálních buněk na tento hormon. Naopak progesteron má inhibiční účinek na proliferaci endometria, a proto se předpokládá, že vznik a rozvoj endometriózy může být způsoben sníženou citlivostí endometriálních buněk na tento hormon (Kim, Kurita Bulum, 2013, s. 132).

Imunologická teorie

Autoimunitní onemocnění se častěji vyskytuje u žen s endometriózou, což naznačuje, že patogeneze endometriózy u těchto pacientek může zahrnovat modifikace imunitního systému. Mezi pozorované změny u žen s endometriózou patří zvýšené hladiny aktivovaných makrofágů, oslabená buněčná imunita a potlačená funkce „přirozených zabíječů“ (NK, natural killers) (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 28). Zpětný tok endometriálních buněk zpět do pobřišnicové dutiny vyvolává zánětlivou reakci v těle mající za následek aktivaci

místních makrofágů a leukocytů. Tyto změny mohou přispět k omezenému odstranění menstruační krve v pobřišnicové dutině, modifikacím v imunitním systému a zvýšenému uchycení a růstu endometriálních buněk na ektopických místech (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 28).

Apoptóza

Teorie apoptózy polemizuje s faktem, kdy endometriální buňky v peritoneální dutině přežijí a pomnoží se pouze za předpokladu, že se potlačí schopnost apoptózy a zvýší se jejich proliferační aktivita (Roztočil a kol., 2011, s. 128). V poslední době bylo zjištěno, že významnou proměnnou při přeměnách vlastností buněk je enzym telomeráza. U pacientek s endometriózou byly prokázány vyšší hladiny antipoptotických faktorů. Inhibice apoptózy v endometriálních buňkách může být také způsobena transkripční aktivací genů, které za normálních okolností podporují zánětlivou reakci, angiogenezi a buněčnou proliferaci v organismu (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 28, 29).

Molekulárněgenetická teorie

V oblasti genetiky lze endometriózu obvykle vysvětlit polygenní dědičností, což znamená, že existuje vyšší pravděpodobnost výskytu této nemoci u jedinců, jejichž rodinná anamnéza zahrnuje případy endometriózy u příbuzných prvního stupně (například rodičů, potomků nebo sourozenců) nebo u jednovaječných dvojčat (Roztočil a kol., 2011, s. 128). U žen s endometriózou byly zaznamenány genetické rozdíly v genech, které ovlivňují detoxikační enzymy, estrogenový receptor a části vrozeného imunitního systému (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 29).

Teorie kmenových buněk

Teorie kmenových buněk se v současné době řadí mezi nejnovější a nejmodernější teorie o vzniku endometriózy. Zakládá se na možnosti diferenciaci endometria z mezenchymálních buněk kostní dřeně. Podporu pro tuto teorii přinesla řada studií, kde bylo zaznamenáno, že po transplantaci kostní dřeně se objevila endometriální tkáň dárkyně v endometriu příjemkyně (Roztočil a kol., 2011, s. 128, Pilka a kol., 2022, s. 132).

Teorie iatrogenní diseminace

Teorie předpokládá, že etiopatogeneze endometriózy může být provázána s chirurgickým zákrokem u žen. V některých případech je pozorována endometrióza na anteriorní

stěně abdominální dutiny u žen, které v minulosti podstoupily císařský řez. Tato teorie nabývá na důležitosti v souvislosti se stoupajícím počtem invazivních chirurgických zákroků v břišní dutině (Pilka a kol., 2022, s. 132).

1.3 Klinické příznaky

Endometrióza je charakterizována řadou subjektivních příznaků, což ji řadí mezi onemocnění, která mohou být obtížně diagnostikovatelná. Ženy často odcházejí od lékařů se špatnou diagnózou, například k označení stavu jako pánevního zánětu nebo syndromu dráždivého tračníku (Fanta, Koliba a Hrušková, 2012, s. 315). Klinické příznaky endometriózy se často liší v závislosti na umístění, velikosti a stádiu endometriálních ložisek. Nejběžnějšími obtížemi jsou různé typy bolesti, od chronické pánevní bolesti, přes bolestivou menstruaci, bolestivý pohlavní styk, až po bolestivou defekaci. Dalším častým problémem u žen s endometriózou je neplodnost (Roztočil a kol., 2011, s. 128).

Chronická pánevní bolest (pelipatie) je definována jako bolest trvající více než 6 měsíců, která se může vyskytovat buď neustále, nebo v intervalech. Tento klinický příznak je často spojován s endometriózou a vyskytuje se až u 40–50 % žen s touto nemocí (Kučera, 2008, s. 43).

Bolestivou menstruaci (dysmenorea) nalézáme u 60 % žen s endometriózou. Podle výzkumů existuje vyšší pravděpodobnost výskytu adhezí v Douglasově prostoru u žen trpících silnou a bolestivou menstruací. Ženy trpící dysmenoreou začínají pociťovat bolest 1 až 2 týdny před začátkem menstruace, která dosahuje svého vrcholu 1 až 2 dny před menstruací a postupně ustupuje během menstruace nebo krátce po ní (Roztočil a kol., 2011, s. 129).

Bolestivé pocity při pohlavním styku (dyspareunie) jsou časté u žen zejména před dosažením věku 25 let. Tyto obtíže obvykle souvisejí s nepohyblivostí orgánů v malé pánvi nebo s přímým tlakem na místa postižená endometriózou (Roztočil a kol., 2011, s. 129). Dyspareunie se projevuje jako trvalá nebo přerušovaná bolest během pohlavního styku. Tato bolest může být primární (když se objeví poprvé), nebo sekundární (když se objeví u ženy po určitém čase) a může být lokalizována na vstupu do pochvy, nebo hlouběji (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 192). Nejčastěji jsou tyto potíže spojeny s postižením zadní části malé pánve, konkrétně s peritoneem zadního listu širokého vazů, Douglasovým prostorem nebo sakrouterinním vazem (Fanta, Koliba a Hrušková, 2012, s. 316).

Bolestivé vyprazdňování (dyschézie) je problém, jenž postihuje ženy s postiženým tlustým střevem. Toto onemocnění může způsobovat potíže s defekací, které se mohou projevovat buď dlouhodobě, nebo cyklicky. V případě cyklických defekačních potíží mohou ženy trpět zácpou nebo průjmem, které se objevují v souvislosti s menstruačním cyklem. Ložiska endometriózy na kličkách tenkého střeva mohou také vést k blokádě střevního průchodu, což se latinsky nazývá ileus (Marešová, 2022, s. 252–254).

Endometrióza je spojena s problémy týkajícími se plodnosti u 30–50 % žen, což ji řadí mezi rizikové faktory pro schopnost otěhotnění. **Sterilitu** u těchto žen mohou způsobovat jak mechanické, tak biochemické faktory. Mezi mechanické faktory patří vytváření adhezí, poškození vejcovodů nebo snížení funkční ovariální tkáně. K biologickým faktorům náleží nepříznivé prostředí v malé pánvi, nižší schopnost oocytů na oplodnění, obtížnější uhnízdění embrya a snížená citlivost endometria (Novotná a Malý, 2012, s. 183).

Tělo vnímá endometriální struktury, které se nacházejí mimo dělohu jako cizorodé, což vyvolává zánětlivou reakci v organismu a způsobuje nárůst tekutiny v malé pánvi. Tento jev vede k vytvoření adhezí, jež ovlivňují anatomii a funkci pánevních orgánů (Flaws, 2016, s. 35). **Přítomná tekutina v malé pánvi** negativně ovlivňuje oocyty, spermie, embrya a funkci vejcovodů, protože obsahuje mnoho zánětlivých faktorů. Kromě toho také na endometriu dochází ke změnám, kdy se zvyšuje hladina autoprotilátek typu IgG a IgA a dochází k pronikání lymfocytů (Flaws, 2016, s. 36).

1.4 Klasifikace

Endometriózu klasifikujeme na základě její lokace, charakteru příznaků a závažnosti onemocnění (Kučera, 2008, s. 18).

1.4.1 Klasifikace dle lokalizace

Endometrióza může být přítomná jak na pohlavních orgánech, tak i mimo ně, což ji umožňuje rozdělit na různé formy. Genitální endometrióza (endometriosis genitalis) se vyskytuje, když endometriální tkáň roste na pohlavních orgánech. Uvnitř genitální endometriózy nacházíme endometriální ložiska ve stěně dělohy. Zevní genitální endometrióza se vyskytuje, když endometriální ložiska najdeme na vejcovodech, vaječnicích, v Douglasově prostoru, na vazy děložním, děložním hrdle nebo na vulvě (Rob, Martan, Ventruba a kol., 2019, s. 178).

Endometrióza extragenitální (endometriosis extragenitalis) se vyznačuje tím, že endometriální ložiska postihují oblast mimo pohlavní orgány. Nejčastějším místem výskytu je dutina břišní, kde může postihovat orgány, jako jsou střeva, záhyb pobřišnice nebo močový měchýř. S tímto onemocněním se můžou setkat i muži, a to zejména v případech, kdy jsou vystaveni vysokým dávkám estrogenu, například v důsledku chronického stresu, zvýšeného příjmu estrogenu z potravy, léků, toxických látek nebo genetické predispozice (Roztočil a kol., 2011, s. 129). Endometrióza postihuje v 56 % peritoneum, ovaria, ve 25 % Douglasův prostor a v 63 % uterusakrální ligamenta. Doposud nebyly zaznamenány případy endometriózy u žen na orgánech, jako jsou slezina a myokard (Pilka a kol., 2022, s. 132).

a) Peritoneální endometrióza

Tento typ endometriózy vzniká na základě Teorie retrográdního krvácení, kterou představil John Sampson. Podle této teorie dochází k zpětnému toku krve spolu s částmi bazální vrstvy endometria z dělohy do okolního břišního prostoru. V těchto starších endometriálních tkáních dochází k opětovné aktivaci růstových procesů, což má za následek nadměrný růst buněčné tkáně. Za určitých podmínek se tyto nové tkáně mohou přichytit k povrchu pobřišnice (Kučera, 2008, s. 35, 36).

Během laparoskopického vyšetření je možné pozorovat přítomnost červené endometriózy, což je známkou aktivní formy onemocnění. Postupem času se tato forma často mění na typickou modročernou endometriózu, která je doprovázena vznikem adhezí a srůstů s okolními tkáněmi (Roztočil a kol., 2011, s. 412). Peritoneální endometrióza je nejběžnější u žen s neporušenými vejcovody, kde neexistuje mechanická překážka. Tento typ endometriózy patří mezi ty, které lze nejlépe diagnostikovat (Kučera, 2008, s. 35, 36).

Peritoneální endometrióza se často spojuje s prodlouženým obdobím menstruace. Tuto hypotézu, kterou navrhl John Sampson, potvrzují případy dívek, které trpí narušeným odtokem menstruační krve způsobeným vrozenými vývojovými vadami (Kučera, 2008, s. 35, 36).

b) Ovariální endometrióza

Nejběžnějším místem výskytu endometriózy u žen jsou vaječníky, přičemž levý vaječník bývá častěji postižen endometriózou než pravý. Toto rozdílné postižení souvisí s anatomickým umístěním a poměry v pánevní oblasti (Roztočil a kol., 2011, s. 412). Ovariální

endometrióza se nachází na povrchu vaječníků, ale existují případy, kdy do vaječníku pronikne, čímž se vytváří tzv. pseudocysta. Tato cysta obsahuje nahromaděnou tmavě hnědou menstruační krev, a proto se nazývá „čokoládová cysta“ (Kučera, 2008, s. 36, 37).

c) Hluboká rektovaginální endometrióza

Hluboká endometrióza je považována za nejsložitější formu endometriózy. Vyskytuje se přibližně u 20–35 % žen trpících endometriózou. Je charakterizována přítomností vnější adenomyózy ve formě uzlů o velikosti 1 cm a více. Tato vnější adenomyóza je nejčastěji lokalizována na dnu střeva nebo ve vezikouterinní plíci (řasa). Ženy trpící touto formou endometriózy často trpí silnou bolestí (Kučera, 2008, s. 37–39). V 90 % případů lze provést excizi, která zahrnuje buď šití střevní svaloviny, nebo její odstranění. V klinické praxi se také používají techniky, jako je shaving nebo diskovitá excize, avšak tyto metody vyžadují značné chirurgické zkušenosti a dovednosti (Kučera, 2008, s. 37–39).

d) Intestinální endometrióza

Nejběžnějším extragenitálním postižením endometriózy je obvykle začátek tlustého střeva, a to především jeho část zvaná rektosigmoideum. Endometrióza může také ovlivňovat slepé střevo (intestinum caecum) nebo konečnou část tenkého střeva (ileum). U žen s tímto typem onemocnění se nejčastěji vyskytují obtíže spojené s křečovitými, kolikovými, až tlakovými bolestmi, nadýmáním, zácpou a v některých případech může dojít i ke krvácení z konečníku (Kučera, 2008, s. 52).

e) Endometrióza uropoetického traktu

Endometrióza, která postihuje močový měchýř (80–90 %), močovody (10 %) a ledviny (1–2 %) představuje 2. nejčastější typ extragenitální endometriózy. Její příznaky často připomínají zánět močového měchýře, což může vést k nesprávné diagnostice. Ženy s tímto onemocněním obvykle trpí bolestí nad stydkou sponou (až v 80 %), častým močením a přítomností krve v moči. Postižení močovodů může způsobit hromadění moči, což může vést k rozšíření ledvinných pánviček a kalichů (Kučera, 2008, s. 54, 55).

f) Endometrióza plic a pleury

U pacientek je častěji postižena pravá strana plic a pleura nad bránicí. U pacientek se objevují samostatné uzly, které způsobují symptomy, jako je kašel s příměsí krve, bolesti v hrudi a sekrece (Kučera, 2008, s. 55).

1.4.2 Klasifikace dle příznaků

Jak už bylo výše několikrát zmíněno, endometrióza se projevuje pestrou škálou odlišných příznaků, od chronické pánevní bolesti, přes bolestivou menstruaci a sex, až po neplodnost, což je jeden z asymptomatických příznaků endometriózy (Roztočil a kol., 2011, s. 413).

1.4.3 Klasifikace dle závažnosti

Podle Pilky a kol. (2022, s. 137) je pro hodnocení závažnosti endometriózy nejčastěji používáno klasifikační schéma vyvinuté Americkou společností pro reprodukční medicínu v roce 1985 (r-AFS). Schéma se obvykle využívá pro vyhodnocení laparoskopických nálezů, protože je v tomto případě velmi přesné. Jeho hlavní nevýhodou však je, že nedokáže hodnotit hloubku subperitoneálního šíření nemoci. Klasifikace r-AFS se skládá ze 4 stádií, při nichž se berou v úvahu body za počty lézí, jejich umístění a velikost. Velikost lézí může být různá, od velikosti špendlíkové hlavičky, až po cysty různých rozměrů. Stádium 1. označuje minimální postižení, stádium 2. mírné postižení, stádium 3. průměrné postižení a stádium 4. zahrnuje rozsáhlá postižení (Rob, Martan, Ventruba a kol., 2019, s. 178).

1.5 Diagnostika

Diagnostikování endometriózy bývá obvykle velmi komplikované kvůli svým variabilním a často nespecifickým klinickým příznakům, tudíž se může protáhnout i na několik let. Průměrné stanovení diagnózy je 7 až 12 let. Prostřednictvím pacientkami popisovaných symptomů se odborná diagnostika místy udává slepými uličkami, poněvadž detekuje chybnou diagnózu (Roztočil a kol., 2011, s. 130).

Ženy nejčastěji vyhledávají odbornou pomoc kvůli opakovaným pánevním bolestem. V některých případech může jejich ignorace dokonce vést až ke sterilitě, což bývá 2. nejčastějším příznakem návštěvy gynekologa (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 130).

Při diagnostice endometriózy je klíčové postupovat systematicky a využívat postupně neinvazivní a invazivní metody, začínat s méně nákladnými a jednoduchými a pokračovat k náročnějším a dražším metodám. Základními kroky při diagnostice endometriózy by měl být pečlivý sběr anamnézy pacienta, provádění fyzikálního a laboratorního vyšetření, využívání zobrazovacích metod a případné provedení laparoskopie (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 130).

Anamnéza

Správně odebraná a zdokumentovaná anamnéza dokáže usnadnit práci při diagnostice a může vést žádoucím směrem ke zvolení vhodné léčby pacientky. V rámci anamnézy bereme v potaz rodinné a individuální faktory (Roztočil a kol., 2011, s. 130).

V rodinné anamnéze se především zabýváme onkogenetickým syndromem, protože přítomnost v rodině může mít značný vliv při rozhodování zejména při ovariální endometrióze. Tromboembolickými onemocněními, ať už jsou to vrozené, či získané poruchy srážlivosti krve, se zabýváme v momentě, kdy se plánuje dlouhodobá hormonální léčba a eventuálně se odebírá těmto ženám krev na vyšetření trombofilních mutací (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 131).

V osobní anamnéze pacienta jsou zásadní informace týkající se všech předchozích chirurgických zákroků v břišní dutině. Zde se berou v úvahu časové záznamy těchto operací, jejich rozsah, případné komplikace, účinnost řešení problému a místo, kde byly operace provedeny (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 132).

Gynekologickou anamnézu zahájíme dotazem na menarche a charakter menstruačního cyklu. Dále nás zajímají veškeré informace, jež se týkají těhotenství, ať už samotného otěhotnění (spontánní, umělé oplodnění), tak i jejich ukončení (vaginální porod, císařský řez, potrat). Souběžně cílíme na gynekologická onemocnění, která ženu sužují (například chronická pánevní bolest, sterilita, prodělané záněty, tvorba cyst a podobně) (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 132).

Návštěva pacientky bývá obvykle zahájena dotazy – s jakými obtížemi vyhledala odbornou pomoc (kupříkladu „Co Vás trápí?“, „Jak dlouho potíže přetrvávají?“, „Jak moc Vás obtěžují v každodenním životě?“ a podobně). Nejčastěji přicházejí ženy s bolestí (dysmenorea, dyspareunie, dyschezie, miktalgie), sterilitou či patologickým nálezem při gynekologickém vyšetření. Důležitým dotazem je také dosavadní hormonální léčba, kde se zjišťuje, kdy byla absolvována, jakého druhu byla, účinnost na bolest a případný výskyt vedlejších účinků (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 132).

Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření se zaměřuje především na břicho, pánev a genitál, využívá se při něm poslechu a pohmatu. Zhodnotí se také celkový stav pacientky (hmotnost, výška, BMI),

který je důležitý pro naplánování případné operace, posouzení operability a odhad budoucích chirurgických a anesteziologických komplikací (Roztočil a kol., 2011, s. 130).

Nedílnou součástí každé gynekologické prohlídky je vyšetření v zrcadlech a palpační vaginální vyšetření, při nichž se gynekolog zaměřuje především na dělohu a zadní poševní klenbu. Při podezření na hlubokou endometriózu se může provést také vyšetření rektovaginální. U řady pracovišť už se rutinně provádí transvaginální ultrazvukové vyšetření malé pánve a ledvin (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 132).

Laboratorní vyšetření

Endometrióza sice nemá žádný specifický laboratorní marker, pomocí něhož by se dala diagnostikovat, ale našla se určitá spojitost s antigenem CA-125. Při sledování reakce pacientky na terapii se nejvíce využívá pozorování jeho hladiny, neboť při diagnostice endometriózy je sice zvýšený, ale ne natolik jako u epiteliálních karcinomů ovaria (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 137).

U pacientky můžeme souběžně pozorovat pozitivní zánětlivé markery, jako je například leukocytóza a C-reaktivní protein (CRP). Endometrióza totiž představuje zánětlivou reakci ženského organismu (Roztočil a kol., 2011, s. 131).

Zobrazovací metody

Sonografie umožňuje podrobnější vizualizaci dělohy, endometria a vaječnicků pomocí různých sond, jako jsou abdominální, transvaginální a transrektální. Pro zlepšení vyšetření oblasti rektovaginálního septa se používá technika nazývaná sonovaginografie, která zahrnuje zavedení fyziologického roztoku do katétru Foley s balónkem a kombinace s transvaginálními sonografickými metodami (Roztočil a kol., 2011, s. 132).

Magnetická rezonance je často prováděna u žen, u nichž je podezření na hlubokou infiltruující endometriózu. U jiných typů endometriózy se magnetická rezonance používá spíše jako doplňkový diagnostický nástroj a to kvůli vysokým nákladům a omezené dostupnosti (Janoušková a kol., 2018, s. 149).

Laparoskopie

Laparoskopie je posledním a nejspolehlivějším diagnostickým postupem při vyšetřování endometriózy a obvykle se provádí až po předchozích neinvazivních testech. Hlavním

cílem laparoskopie je definitivně potvrdit přítomnost endometriózy a získat biologický materiál pro histologické vyšetření (Lenz, Chváta, Fiala a kol., 2021, s. 136).

Charakteristickým znakem peritoneální endometriózy bývají namodralé a tmavočerné uzlíky nebo přítomnost starší krve v malých cystách. Tyto „čokoládové cysty“ se obvykle nacházejí na přední stěně vaječníků a jsou klíčovým prvkem při laparoskopickém vyšetření. Během laparoskopického zákroku se používají elektrokoagulační techniky k odstranění menších ložisek a exstirpace pro odstranění větších ložisek endometriózy (Roztočil a kol., 2011, s. 131).

1.6 Léčba

V současné době není dostupné trvalé vyléčení endometriózy. Hlavním cílem léčby je proto snížení bolesti, podpora těhotenství a zvýšení kvality života postižených žen (Novotná a Malý, 2012, s. 183). Endometrióza je považována za chronické onemocnění, které vyžaduje celoživotní léčebný plán, jehož hlavním cílem je využití dostupných farmakologických možností a minimalizace opakovaných chirurgických zákroků a zásahů do těla pacientky (Hrušková, 2011, s. 395).

Léčbu endometriózy dělíme na konzervativní (hormonální a nehormonální), zacílenou na zpomalení růstu endometriálních implantátů, a chirurgickou, zaměřenou na odstranění či zničení endometriálních ložisek. U každé ženy s endometriózou se stanovuje jiný typ léčby, a to podle diagnózy, s jakými závažnými klinickými příznaky žena přichází, v jakém stádiu endometriózy se nachází, věk a počet porodů ženy, požadavek na další těhotenství a také musíme brát na zřetel předešlé léčby, jejich účinky či vedlejší komplikace, které se u ženy objevily (Novotná a Malý, 2012, s. 183).

1.6.1 Medikamentózní terapie

Endometrióza je onemocnění, která závisí na hormonu estrogen, což znamená, že její vývoj je ovlivněn právě tímto hormonem. Většina léčebných postupů proto spočívá v potlačení působení estrogenu a snížení jeho účinku na endometriální tkáň mimo dělohu (Hrušková, 2011, s. 395). Hlavním principem tohoto typu léčby je vytvoření stavu, který připomíná těhotenství nebo klimakterium u ženy, což vede ke snížení funkce vaječníků nebo jejich úplnému vyhasnutí. Během léčby léky obvykle dochází k úlevě od bolesti, omezení produkce hormonů vaječníky a potlačení nebo úplnému zastavení menstruačního krvácení (Kučera, 2008, s. 90).

Léčba léky se dělí do 2 hlavních skupin. První skupina tvoří léky nazývané agonisté GnRH, které dočasně potlačují funkci vaječnicků a tím zpomalují růst nebo zcela eliminují endometriální léze. Dalšími léky v této skupině jsou antagonisté GnRH, které brání hypofýze a gonádám v produkci hormonů. Některé progestiny, které jsou schváleny pro léčbu endometriózy, také patří do této skupiny léků (Fanta, Koliba a Hrušková, 2012, s. 317).

Druhou skupinu tvoří léky označované jako off-label, což představuje léky, které nejsou primárně určeny pro léčbu endometriózy. Jde o léky typu nesteroidních antiflogistik (NSAID) a kombinované hormonální antikoncepce (Fanta, Koliba a Hrušková, 2012, s. 318).

1.6.2 Chirurgická terapie

V rámci léčby endometriózy je chirurgický zákrok považován za standardní postup, který má za cíl přinést úlevu ženám trpícím bolestmi a zachovat anatomické poměry pánve zejména u žen s neplodností. Nicméně není možné zajistit 100% úspěch této léčby a odhaduje se, že u 40 až 50 % pacientek dochází k návratu endometriózy v průběhu 5 let po provedeném chirurgickém zákroku. Efektivita chirurgického zákroku může záviset na specializaci lékařského pracoviště, jež provedlo operaci. Proto je vhodné ihned pacientky s diagnostikovanou endometriózou směřovat ke specializovaným zdravotnickým zařízením, kde se aktivně věnují léčbě tohoto onemocnění a jsou obeznámení s nejnovějšími postupy (Hrušková, 2011, s. 395).

Může se objevit vážná komplikace při chirurgické operaci u žen s endometriózou rektovaginálního septa, a to poranění střeva, které se řeší stomií. Z tohoto důvodu se považuje za jeden z nejsložitějších gynekologických zákroků při hluboce infiltrující endometrióze (Janoušková a kol., 2018, s. 150).

V rámci chirurgické terapie endometriózy můžeme rozlišit 3 základní přístupy podle Pilky a kol. (2022, s. 139–141):

- a) **Konzervativní chirurgická operace** – tento typ operace často využívá laparoskopickou metodu. Hlavním cílem je odstranit endometriální ložiska, léze a adheze za použití laseru nebo elektrokoagulace.
- b) **Semikonzervativní chirurgická operace** – operace zahrnuje hysterektomii se zachováním vaječnicků. Tento postup se obvykle provádí u mladých žen, které již neplánují těhotenství a trpí závažnými klinickými projevy endometriózy. I přes tuto operaci však stále existuje až 6x vyšší riziko návratu endometriózy.

- c) **Radikální chirurgická operace** – toto je nejzávažnější typ operace, který se provádí u žen s těžkými příznaky endometriózy, které nereagovaly na předchozí léčbu. Během této operace dochází k odstranění dělohy (hysterektomie), ložisek endometriózy a provedení bilaterální ovariectomie, což zahrnuje odstranění obou vaječníků.

1.6.3 Kombinovaná terapie

Kombinovaná terapie zahrnuje vícefázový režim, který kombinuje léčbu léky a chirurgickými zákroky, včetně hormonální terapie před operací a po operaci. Předoperační péče se soustředí na zmenšení velikosti endometriálních ložisek a snížení krevního zásobení těchto ložisek. Tím se má minimalizovat krvácení a zjednodušit operace z hlediska její délky a rozsahu. Následná hormonální léčba po operaci slouží k odstranění potenciálních pozůstatých mikroskopických ložisek (Rob, Martan, Ventruba a kol., 2019, s. 183).

1.7 Rizikové faktory

Podobně jako mnoho dalších onemocnění i endometrióza má několik rizikových faktorů, které mohou zvýšit pravděpodobnost výskytu u žen, jež jsou potenciálními pacientkami. Je důležité si však uvědomit, že přesný původ endometriózy zatím není plně objasněn, a proto musíme přistupovat k těmto rizikovým faktorům s určitou mírou opatrnosti (Kučera, 2008, s. 42).

Mezi rizikové faktory spojené s endometriózou patří:

Věk: endometrióza se častěji vyskytuje u žen v reprodukčním věku (20–45 let) a její výskyt klesá po menopauze (Wilson, 2018).

Časný věk menarche (začátek menstruace před 11. rokem života) a **krátký menstruační cyklus** (cyklus trvající méně než 27 dní) (Kučera, 2008, s. 43).

Nuliparita a pozdní těhotenství: u žen, které ještě nikdy nebyly těhotné byl zjištěn snížený odpor děložního čípku pro odtok menstruační krve, což může přispět k rozvoji endometriózy (Janoušková a kol., 2018, s. 148).

Genetická predispozice: molekulárně genetická teorie naznačuje, že pokud endometrióza již byla přítomná v rodinné anamnéze (například u matky nebo sestry), existuje vyšší riziko, že se tato nemoc objeví u dané ženy také (Wilson, 2018).

Životní styl: zdravý životní styl hraje klíčovou roli v prevenci mnoha onemocnění, včetně endometriózy. Naopak faktory, jako je nadměrný příjem alkoholu, kofeinu, užívání návykových látek nebo nedostatek pohybu, mohou zvýšit riziko vzniku endometriózy. Zajímavostí je, že některé studie ukazují, že kuřačky mohou mít nižší riziko endometriózy díky anti-estrogenním účinkům kouření. Avšak negativní účinky kouření výrazně převyšují jeho přínosy v souvislosti s tímto onemocněním (Janoušková a kol., 2018, s. 148).

Práce na noční směny: ženy pracující v nočních směnách mohou mít narušený rytmus sekrece estrogenů, což zvyšuje riziko vzniku endometriózy nebo karcinomu prsu (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 113).

Sluneční záření: vyšší expozice slunečnímu záření, citlivost kůže, větší počet mateřských znamének a pih patří také mezi další rizikové faktory spojené s endometriózou stejně jako modré nebo zelené oči u žen (Lenz, Chvátal, Fiala a kol., 2021, s. 112, 113).

Nižší tělesná hmotnost: mezi tělesné rizikové faktory patří nízké BMI, vyšší podíl podkožního tuku nebo zvýšená hladina estrogenu v těle. Studie naznačují, že u žen s menšími tělesnými rozměry v dětství může později docházet k vyššímu výskytu endometriózy.

Dodatkové faktory, které mohou ovlivnit výskyt endometriózy, zahrnují dlouhodobý kontakt s chemickými látkami, předchozí záněty, chirurgické zákroky, traumata v pánevní oblasti a spojení endometriózy s jinými onemocněními, jako jsou alergie, astma, rakovina prsu a vaječníků a autoimunitní onemocnění (Grycová, 2015).

1.8 Prevence

V dnešní době neexistuje zcela účinná prevence, která by ochránila ženy před endometriózou. Podle současných výzkumů u dlouhodobě pohybově aktivních žen byl prokázán menší výskyt endometriózy. Spojitost s konkrétní sportovní činností se však zatím neprokázala (Janoušková a kol., 2018, s. 150). Každou ženu před endometriózou může ochránit pozdní nástup menarche, užívání hormonální antikoncepce, opakované těhotenství a dlouhodobé kojení. Nejspíš je to způsobeno hypoestrogenním a hypergestagenním stavem, který doprovází tato mateřská období. U gravidní ženy s endometriózou se ložiska sice v rámci 1. trimestru zvětšují, avšak k znatelné regresí dochází během 2., 3. trimestru a v průběhu laktace, kdy dochází ke ztrátě menstruace. Velmi často se jako prevence endometriózy volí hormonální antikoncepce, avšak ani v tomto případě neexistuje plošně průkazná účinnost (Roztočil a kol., 2011, s. 132).

Han Bail-ling, profesor gynekologie ze severovýchodní oblasti Číny, popisuje ve své knize Gynekologie sedm preventivních rad, pokud jde o menstruaci, konkrétní rady a snaží se vysvětlit, že téměř za všechny gynekologické problémy může samotná žena, která nedokáže zachovat komplexní duševní, emoční, fyzickou a stravovací rovnováhu (Flaws, 2016, s. 47).

Jako 1. a zároveň nejdůležitější rada od Han Bail-linga je vyhýbat se strachu, zlobě a přemrštěným emocím, udržet tedy stejně rovnoměrný proud jako krev. Za 2. by se ženy měly vyhýbat ve dnech těsně před menstruací a během ní velké zátěži. Negativní myšlenky, stres nebo zklamání vedou ke komplexnímu snížení ženské energie, jež se v rámci alternativních směrů nazývá termínem stáze qi. Rada 4. doporučuje ženám, aby se snažily vyvarovat během menstruace studeným a syrovým potravinám. Studená strava totiž potlačuje zažívání, a tak brzdí produkci qi a krve. Surové potraviny (salát, syrová zelenina a ovoce) mají tendenci omezovat zažívání, ale také vytvářet nadměrnou vlhkost, která i bez toho bývá v oblasti pánve během menstruace velká. Vlhkost se může přeměnit na vlhké horko. Sex obrací nazpět proud qi a krve zdola nahoru a zvenku dovnitř, což přispívá k vytvoření krevní stázy. Han Bai-ling se domnívá, že sex během menstruace může spustit krvácení z dělohy, bolestivou menstruaci či úplné vynechání menstruace a „zmrazí“ chuchvalce v děloze. Kvůli silným a prudkým pohybům může qi a krev vybočit ze své dráhy a způsobit tím nadměrné menstruační krvácení, vykašlávání krve nebo krvácení z nosu či dělohy. Jako poslední radu Han Bai-ling uvádí jíst a pít úměrně svému tělu, vyhýbat se kořeněným jídlům, dodržovat pravidelný režim vstávání a chození do postele a být šťastný (Flaws, 2016, s. 47, 48).

1.9 Psychika ženy s endometriózou

Endometrióza má nejen negativní dopad na zdravotní stav ženy, ale také na její duševní pohodu. Pacientky s endometriózou často trpí psychickými obtížemi, které zahrnují depresivní symptomy, poruchy spánku, úzkost a labilní náladu. Tyto psychické projevy mohou být ovlivněny různými faktory, včetně věku pacientky, kvality jejích intimních vztahů, způsobu léčby, rychlosti diagnostiky, problému neplodnosti a výskytu pánevní bolesti. Je třeba zdůraznit, že podpora a přítomnost partnera mohou mít pozitivní vliv na psychický stav ženy trpící endometriózou. V těchto náročných situacích se často stává, že žena nachází podporu a emocionální stabilitu ve svém partnerovi, což může přispět k celkovému zlepšení jejího psychického zdraví (Facchin a kol., 2017, str. 185).

Podle MUDr. Eduarda Kučery bychom se na nemoc měli dívat komplexně se všemi jejími důsledky, proto i sám doporučuje spolupráci s psychiatrem, pokud ji žena potřebuje. „*Endometrióza má charakter rakoviny, i když nezhoubné. Zhoršuje funkci orgánů a nekontrolovaně se šíří. Dodnes nevíme, proč vzniká, a tak léčíme pouze její důsledky, nikoliv příčinu,*“ vysvětluje MUDr. Eduard Kučera, CSc. (Hamplová, 2009).

Pro ženu je důležité, aby jí byla lékařem sdělena diagnóza srozumitelně a citlivě ihned na začátku. Pokud sám lékař není odborníkem v dané problematice, může ženu odkázat na specializované pracoviště. Tímto krokem se může předejít zbytečným psychickým problémům a duševní nepohodě u ženy, neboť specialisté většinou nacházejí účinnější sdělovací prostředky a léčebné postupy (Facchin a kol., 2017, s. 1859).

1.10 ENDOTalks

ENDOTalks.cz, z.s. je prvním českým sdružením pacientů, které se specializuje na endometriózu a bylo založeno v březnu roku 2021. Organizace je součástí Pacientského hubu, což je projekt financovaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky z Fondů Evropského hospodářského prostoru (Lebeda, 2023).

Vedoucí organizace je Michaela Lebeda, jedna ze zakladatelek, kterou doprovází další 2 zakladatelé a 4 členky pacientské rady. Kromě pacientů je v týmu zastoupena řada odborníků v oblasti gynekologie, asistované reprodukce, fyzioterapie, tradiční čínské medicíny a psychoterapie. Dalším důležitým prvkem týmu jsou pacientky s endometriózou známé jako „Endokecky“, které provozují Support Centrum. Tyto pomáhající ženy prošly školením a snaží se poskytovat ostatním postiženým ženám podporu prostřednictvím skupinových setkání a sdílení zkušeností (Lebeda, 2023).

Organizace se zaměřuje na 3 hlavní pilíře: mluvit, propojovat a participovat. Snaží se osvětlovat problematiku endometriózy prostřednictvím projektů a kampaní, a to jak mezi pacienty a odborníky. Jejich cílem je implementovat moderní diagnostické metody a změnit stávající zdravotní systém, aby byl efektivnější a přístupnější pro ženy postižené endometriózou (Lebeda, 2023).

2 STERILITA U ŽEN S ENDOMETRIÓZOU

Neplodnost, také označována v České republice jako sterilita, je definována jako neschopnost přirozeného početí potomka. Sterilitu rozdělujeme na primární, což jsou ženy, které nikdy v životě nebyly těhotné, a sterilita sekundární, tedy že žena už těhotná byla, i když její těhotenství mohlo skončit potratem nebo bylo ukončeno uměle. Termín infertilita se používá pro popis neschopnosti ženy donosit a porodit živého potomka v případě, kdy se jedná o 3 po sobě následující těhotenství, která končí bez živě narozeného dítěte. Primární infertilita zahrnuje situaci, kdy žena opakovaně prochází potratem nebo porodem před termínem a dosud neporodila životaschopné dítě. Sekundární infertilita se vztahuje na situaci, kdy žena předtím porodila živé dítě, ale nyní trpí opakovanými potraty. Lékaři považují neplodnost za jakýsi druh nemoci, již lze léčit, a to buď změnou životního stylu konkrétního jedince, nebo pomocí metod asistované reprodukce. V případě páru se hovoří o neplodném páru, pokud nedojde k otěhotnění po dobu jednoho roku pravidelného nechráněného pohlavního styku. Toto období je stanoveno uměle a někteří odborníci definují neplodnost až po 2 letech neúspěšné snahy. Diagnózu neplodnosti individualizujeme podle věku ženy, neboť u žen starších 35 let není čekání po dobu 1 roku doporučováno. Po tomto roce vinou vyššího věku klesá pravděpodobnost přirozeného otěhotnění a zvyšuje se riziko neplodnosti. Statisticky lze říct, že každý 5. pár v reprodukčním věku se potýká s obtížemi spojenými s otěhotněním (Řežábek, 2018, s. 12).

Výskyt endometriózy se projevuje významněji až u 50 % případů žen trpících neplodností, zatímco u plodných žen se tento výskyt pohybuje v intervalu 5 % až 10 %. Pravděpodobnost otěhotnění u žen bez endometriózy se pohybuje mezi 15 % až 20 %, avšak u žen s touto patologií se tento rozsah pohybuje od 2 % do 10 %. U žen, které mají mírnou až střední formu endometriózy, nebyly zaznamenány výrazné rozdíly ve srovnání s ženami trpícími idiopatickou sterilitou (nevysvětlitelná neplodnost). V případě rozsáhlé formy endometriózy je však zřejmé, že plodnost těchto žen je výrazně snížena (Novotná a Malý, 2012, s. 183).

Neplodnost u žen s endometriózou může mít svůj původ ve 2 hlavních faktorech:

1. **Mechanické faktory** zahrnují snížení funkčního ovariálního parenchymu, výskyt adhezí, narušení nebo uzávěr vejcovodů.

2. **Biochemické faktory**, které ovlivňují úspěšnost asistované reprodukce při léčbě neplodnosti. Těmito faktory jsou snížená receptivita endometria, snížená fertilizace oocytů, omezená schopnost embrya k úspěšné nidaci a nepříznivé prostředí v malé pánvi.

Při léčbě endometriózy je třeba pečlivě zvážit pacientčino přání uchovat si plodnost, přičemž je nutné brát v úvahu všechny další faktory, které mohou ovlivnit její šance na otěhotnění. Tyto faktory zahrnují věk pacientky, délku léčby neplodnosti, stupeň postižení endometriózou a případný mužský faktor neplodnosti (Novotná a Malý, 2012, s. 183).

2.1 Možné příčiny sterility

Anatomická překážka

V případě rozsáhlých forem endometriózy se často vyskytují adheze, které mohou způsobit neplodnost tím, že naruší nebo uzavřou vejcovody, což omezuje jejich schopnost pohybu. Dalším faktorem, jenž může přispět k neplodnosti, jsou endometriální ovariální pseudocysty. Tyto cysty mají mechanický vliv a mohou stlačovat vejcovody, což může bránit v normálním průchodu vajíčka (Cibula, 2002, s. 1).

Endokrinní příčiny

Ženy sužované endometriózou častěji prožívají cykly, během nichž nedochází k ovulaci a může se objevit nedostatečná funkce corpus luteum, což má za následek pomalejší růst folikulů v jejich vaječnicích. To v konečném důsledku vede k menšímu průměru zralého folikulu ve vaječniku. Existuje několik vědeckých studií, které ukazují na častější výskyt oligoovulace u žen s endometriózou, ačkoliv hodnoty progesteronu v luteální fázi menstruačního cyklu se obvykle pohybují v normálním rozmezí. Proto se zdá, že endokrinní faktory nejsou pravděpodobně hlavní příčinou neplodnosti u žen s endometriózou (Cibula, 2002, s. 1).

Imunitní porucha

Buňky a tkáně, které vznikají během pohlavního vývoje člověka, jsou imunitním systémem vnímány jako cizí. Výjimkou jsou buňky, s nimiž jedinec přichází na svět. Imunitní systém se aktivně podílí na regulaci činnosti pohlavních orgánů, jako je spermatogeneze u mužů a oogeneze u žen. Systém imunitní má klíčovou roli i při přijímání, zahnízdění a pozdějším vývoji embrya v děloze (Konečná, 2007, s. 26).

Endometrióza vzniká v souvislosti s poruchou imunitní reakce vůči sliznici děložní dutiny. Vědecké studie ukazují na zvýšený počet imunokompetentních buněk v peritoneální tekutině u žen trpících touto nemocí. Tyto buňky, včetně makrofágů, jsou imunologicky aktivní a mají schopnost pohlcovat částice. To vede k aktivaci peritoneálních makrofágů a produkci cytokinů, T-lymfocytů a NK buněk (Ulčová-Gallová, Madar a kol., 2020, s. 176).

U žen s endometriózou dochází také ke zvýšenému výskytu apoptotických mechanismů. Další imunologické studie ukázaly na vyšší hladinu protilátek proti různým cílům, jako jsou vaječníky, zóna pellucida, spermie a různé fosfolipidy. Výsledkem této vysoce aktivní buněčné imunity může být poškození spermie, vajíčka a embrya (Ulčová-Gallová, Madar a kol., 2020, s. 176).

Z dostupných studií je patrné, že imunitní faktory a mechanismy mají zásadní vliv na proces implantace embrya v děloze v různých fázích. Hlavní pozornost je věnována úloze protilátek, cytokinů a imunitních buněk (Krajčovičová, Crha, Ventruba a kol., 2012, s. 23).

Lokální zánětlivé reakce

Při zvýšeném množství peritoneální tekutiny, která obsahuje zánětlivé biochemické a buněčné faktory (kupříkladu prostaglandiny, aktivované makrofágy a faktory nekrotizující nádory), dochází k negativnímu vlivu na spermie, oocyty, embrya a na samotnou funkci vejcovodů (Novotná a Malý, 2012, s. 184).

2.2 Léčba sterility

Již bylo zmíněno, že hlavními faktory, které přispívají k neplodnosti u žen s endometriózou, jsou často imunologické, endokrinologické a biochemické příčiny. V současné době se lékaři při léčbě neplodnosti zaměřují především na odstranění nebo redukci endometriálních ložisek a obnovení normální pánevní anatomie, což by mělo pozitivně ovlivnit schopnost otěhotnění (Macer a Taylor, 2012, s. 539). Léčba tak může zahrnovat chirurgický zákrok prováděný laparoskopicky nebo využití metod asistované reprodukce (Janoušková a kol., 2018, s. 150, 151).

U žen starších 35 let s pokročilým stádiem endometriózy se obvykle nedoporučuje čekat na přirozené otěhotnění, neboť s postupujícím věkem klesá obecně pravděpodobnost spontánního těhotenství. Tyto ženy jsou obvykle doporučeny k léčbě na specializovaných klinikách asistované reprodukce, kde jsou jim nabídnuty metody jako intrauterinní inseminace (IUI) nebo in vitro fertilizace (IVF) (Hrušková, 2011, s. 395).

2.2.1 Chirurgická léčba

Chirurgická intervence se zvažuje v případech, kdy ženy trpící endometriózou čelí obtížemi, které jsou značně frustrující a omezují jejich schopnost dosáhnout přirozeného početí, jako je například bolestivý pohlavní styk nebo uzávěr vejcovodu, což vyžaduje jeho chirurgické odstranění. Ženy s mírnou až střední endometriózou jsou často kandidátkami pro chirurgický zákrok, jehož hlavním cílem je eliminovat všechny nebo alespoň většinu endometriálních ložisek. U pacientek se středně závažnou a rozsáhlou formou endometriózy je hlavním cílem chirurgie obnovení fyziologické anatomie pánve a odstranění rozsáhlých endometriálních cyst (Tanbo a Fedorcsak, 2016, s. 662).

Studie potvrdily, že chirurgická terapie endometriózy významně zlepšuje přirozenou plodnost u pacientek ve všech stádiích této nemoci. Je pozorována pravděpodobnost spontánního těhotenství přibližně kolem 50 % během období 12–18 měsíců po absolvování chirurgického zákroku (De Ziegler a kol., 2019, s. 54). Laparoskopický chirurgický zákrok je často považován za vhodnou volbu pro mnoho mladých žen s endometriózou, které trpí dlouhodobou neplodností, avšak mají plně funkční vaječníky a partnery s normální spermatogenezí. Navzdory tomu může být laparoskopie pro tyto ženy stresující a obávaná procedura a mnohdy se jí snaží vyhýbat. Proto je klíčové, aby lékaři poskytli pacientkám komplexní informace o přínosech tohoto chirurgického zákroku (De Ziegler a kol., 2019, s. 56).

2.2.2 Metody asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce (AR) je lékařský obor, který operuje mimo tělo pacienta s cílem dosáhnout těhotenství. Hlavním účelem většiny procedur asistované reprodukce je diagnostikovat, léčit nebo předcházet patologickému stavu, konkrétně neplodnosti. To zahrnuje nejen zacházení se spermii, vajíčky a embryi, ale také jiné terapeutické metody. V souladu s českým zákonem se léčba neplodnosti vždy provádí u páru trpícího neplodností, což může zahrnovat jak muže, tak ženu, přičemž nemusí být manželé (Řežábek, 2018, s. 13, 14).

Úspěchy asistované reprodukce, které jsou často zdůrazňovány v médiích, někdy vytvářejí nesprávný dojem ve 2 klíčových aspektech. Za 1. existuje mylný předpoklad, že pomocí těchto metod bude žena jistě a okamžitě těhotná. Za 2. klíčovým aspektem je, že bez asistované reprodukce nelze léčit neplodnost. Žádné z těchto extrémních přesvědčení není zcela pravdivé. Metody asistované reprodukce mají svá specifická využití a omezení a nesou jak výhody, tak rizika (Řežábek, 2018, s. 14).

U pacientek s endometriózou jsou často preferovány asistované reprodukční metody, zejména intrauterinní inseminace (IUI) a in vitro fertilizace (IVF).

Intrauterinní inseminace

Tato metoda asistované reprodukce představuje nejzákladnější a nejmírnější metodu asistované reprodukce. Pro zvážení této metody je nezbytné, aby byla u pacientky zachována funkce a průchodnost alespoň 1 vejcovodu. Hlavním cílem procedury intrauterinní inseminace (IUI) je usnadnit spermiím dosažení vajíčka, což je klíčové pro úspěšné oplodnění. Před samotným zákrokem je nezbytné sledovat menstruační cyklus pacientky ultrazvukem, aby byl čas inseminace synchronizován s optimálním okamžikem setkání spermií a oocytů. V některých případech je ovulace vyvolána podáním hormonu lidského chorionického gonadotropinu (hCG), což umožňuje přesně určit načasování a zvýšit jistotu, že ovulace proběhne. Spermie jsou introdukovány do reprodukčního traktu ženy, obvykle do dělohy, za použití speciálního plastového katetru. Mužský ejakulát se nejčastěji získává prostřednictvím masturbace a musí být připraven k transportu do 1 hodiny. Tento proces zahrnuje separaci spermií do seminální plazmy a izolaci nejaktivnějších spermatozoidů. Samotná procedura je bezbolestná, trvá jen několik málo minut a provádí se v ambulantním prostředí (Kučera, 2008, s. 136).

V rámci rozsáhlého výzkumu byly sledovány a následně porovnány 4 různé léčebné přístupy v rámci randomizované studie, jež zahrnovala 932 párů trpících endometriózou 1. a 2. stupně nebo idiopatickou neplodností. Během 4 léčebných cyklů byla zaznamenána kumulativní míra těhotenství: 10 % po intracervikální inseminaci, 18 % po intrauterinní inseminaci, 19 % po léčbě gonadotropiny a intracervikální inseminaci a 33 % po léčbě gonadotropiny s intrauterinní inseminací (Giudice, 2010, s. 19).

In vitro fertilizace

Metoda in vitro fertilizace (IVF) je považována za jednu z nejúčinnějších strategií v léčbě neplodnosti, avšak s sebou nese složité aspekty v léčebném procesu. Základní princip IVF spočívá v odběru vajíčka z vaječníku ženy, jeho následném oplodnění spermii v laboratoři od muže a následném umístění kultivovaného embrya zpět do děložní dutiny (Řežábek, 2018, s. 17). U žen trpících pokročilou formou endometriózy, která je spojená

s anatomickými změnami v malé pánvi, poruchami funkce vaječnicků a s neúspěšnými předchozími konzervativními nebo chirurgickými terapiemi, se IVF stává preferovanou metodou (Kučera, 2018, s. 136).

Jedná se o časově náročný postup, jenž zahrnuje diagnostiku, podrobné vyšetření obou partnerů, tedy jak ženy, tak muže, stanovení optimálního postupu na základě identifikovaných příčin, terapeutický zásah a následnou analýzu výsledků (Řežábek, 2018, s. 17).

Studie Barnharta (2002) ukazuje, že IVF má až o 35 % nižší úspěšnost u žen trpících endometriózou. Tento pokles úspěšnosti je pravděpodobně spojen spíše s nižší kvalitou oocytů než s odchylkami v endometriální receptivitě (Kučera, 2008, s. 136).

U žen s ovariální endometriózou, kde je nezbytná resekce endometriomu, existují studie, které se zabývají vlivem tohoto chirurgického zákroku na funkci vaječnicku. Zjištění těchto studií ukazují, že odstranění endometriomu nepřináší výraznou změnu výsledků IVF, ať už v lepším, nebo horším smyslu (Kučera, 2008, s. 136).

Podle databáze Cochrane existují náznaky, že u žen, kterým byla diagnostikována endometrióza stupně 3. a 4. a které podstoupily chirurgickou léčbu, by mohla být prospěšná takzvaná ultra dlouhá léčba GnRH analogem před IVF. U těchto pacientek byl zaznamenán až 50% nárůst úspěšnosti IVF ve srovnání s těmi, které tuto léčbu nepodstoupily (Kučera, 2008, s. 136).

Opakované chirurgické zákroky u žen s pokročilou endometriózou neprokazují signifikantní zlepšení plodnosti. Například během 9 měsíců a po 2 cyklech IVF s embryotransferem (ET) otěhotnělo 70 % žen, které podstoupily předchozí chirurgickou léčbu endometriózy stupně 3. a 4., zatímco jen 24 % žen otěhotnělo během 9 měsíců po 2. chirurgickém zákroku (Kučera, 2008, s. 136).

U žen s endometriózou 3. a 4. stupně se zpravidla očekává vyšší spotřeba folikulostimulačního hormonu, nižší počet získaných oocytů a vyšší výskyt rušivých cyklů. Při ovariální endometrióze je získáván nižší počet oocytů oproti jiným formám endometriózy, ale oplodnitelnost žen vychází nastejno. Není ovlivněna kvalita získaných oocytů, ale jen jejich počet (Novotná a Malý, 2012, s. 188). Jiné studie naopak uvádějí sníženou kvalitu oocytů a sníženou schopnost implantace embrya v dutině děložní. Když během 3 cyklů nedojde k

otěhotnění vlastními pohlavními buňkami, bývá doporučeno zvážit použití k oplodnění oocyty od dárcyň. Často se jedná o ženy vyššího věku a s pokročilou formou endometriózy (Novotná a Malý, 2012, s. 188).

Jak ve své knize píše Barri, Coroleu, Tur a kol. (2010, s. 183), neplodné pacientky s endometriózou by měly volit jako 1. metodu léčby neplodnosti volit chirurgický zákrok. Pokud se nedostaví úspěch, tak posléze využít metody IVF, které nabízejí těmto pacientkám nejlepší šanci otěhotnět.

3 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY O ŽENU S ENDOMETRIÓZOU

Porodní asistentky by měly brát svou práci jako poslání a poskytovat péči pacientkám dobrovolně, nikoliv z povinnosti (Slezáková a kol., 2017, s. 12). O své pacientky se starají na základě ošetrovatelských postupů, které směřují k uspokojení tělesných, duševních a sociálních potřeb každé pacientky. Náplň porodní asistentky nepředstavuje pouze poskytování odborné ošetrovatelské péče, jak by se laické veřejnosti mohlo na první pohled zdát, ale také provádění odborných výkonů v podobě diagnostické, terapeutické a preventivní činnosti (Vrublová, 2011, s. 32).

Krucialní cíl ambulantní péče spočívá ve včasném odhalení nádorových onemocnění, sexuálně přenosných chorob a dalších gynekologických patologií. Porodní asistentka hraje klíčovou roli v tomto procesu, neboť detekce těchto rizik přirozeně zvyšuje pravděpodobnost uzdravení a bezpečnostní prevenci na samotném pracovišti. Porodní asistentka zjišťuje důvod návštěvy pacientky, připravuje odpovídající dokumentaci a eventuálně aktualizuje případné změny. Dále odebírá podrobnou anamnézu pacientky, může také rozpoznávat dílčí symptomy, jež se během onemocnění mohou u ženy vyskytovat. Posuzuje kvalitu života ženy a ovlivnění každodenních aktivit způsobené onemocněním. Porodní asistentka pracuje s každou ženou individuálně, snaží se vybudovat důvěrný vztah například i tím způsobem, že poskytuje pacientce dostatek času a prostoru pro vyjádření citlivých informací z oblasti ženskosti, plodnosti a sexuality. Náplní práce porodní asistentky je také šíření osvěty prostřednictvím edukace klientek o gynekologických onemocněních včetně velmi rizikové endometriózy. Ženě tak může vysvětlit možné postupy léčby, jejich důsledky či poskytnout kontakt na další členy multidisciplinárního týmu zdravotnického systému (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 55).

Porodní asistentka podporuje ženy ve změně dosavadního životního stylu. Navrhuje zařazení pravidelné fyzické aktivity, úpravu jídelníčku či také metody zvládání bolesti a stresu (Vrublová, 2011, s. 32). Současná doba nabízí širokou škálu možností léčby endometriózy. Každé tělo je jiné, tudíž každému zabírá jiný druh léčby. Stále častěji vyhledávají ženy alternativní způsoby terapie, a to nejčastěji kvůli častým vedlejším účinkům medikamentózní a chirurgické léčby. Jak už naznačují studie za poslední desetiletí, na endometriózu má vliv změna životního stylu, konkrétně její strava a doplňky, fyzická aktivita, užívání bylin, hydroterapie, detoxikace těla či akupunktura (Flaws, 2016, s. 61).

V případě, že žena uvádí symptomy pánevní bolesti, nadměrného menstruačního krvácení nebo bolestivé menstruace, lze zvážit alternativní terapeutický přístup jako možnost pro zmírnění či úplné řešení těchto obtíží. Mezi tyto alternativní metody patří využití homeopatických přípravků, bylinných léčebných postupů, akupunktury nebo tradiční čínské medicíny (Motlová, 2023).

Pupalka dvouletá se obvykle konzumuje ve formě kapslí a to kvůli své schopnosti podporovat imunitní systém a celkovou obranyschopnost lidského těla. Tato rostlina také snižuje bolestivost menstruace a symptomy premenstruačního syndromu. V čeledi hlívovitých hub nalezneme hlívu ústřičnou, jež sdílí podobnou schopnost podpory imunitního systému s pupalkou dvouletou, a navíc má pozitivní vliv při zánětech, obnovuje poškozené buňky a snižuje únavu. Vitamin E přispívá k eliminaci nadbytečných estrogenních hormonů a má také pozitivní účinky v prevenci srůstů (Lančaričová, 2016).

Při alternativním přístupu k endometrióze jsou využívány byliny, jejichž účinnost je zaměřena na regulaci hormonálního systému, posílení imunitního systému, podporu lymfatického systému a uvolnění hladkého svalstva. Některé bylinky, jako je například olše, lichořeřišnice, vinná réva a rakytník, mají významné protizánětlivé vlastnosti, které mohou přispět ke zmírnění zánětu spojeného s endometriózou. Pro snížení bolesti před menstruací a i během menstruace se ukázalo jako užitečné použití bylinné směsi, která obsahuje mochnu husí, řebříček lékařský, heřmánek pravý a rulík zlomocný. Proti nevolnosti, která může doprovázet ženu s endometriózou, je vhodné zvolit zázvorový čaj (Procházková, 2015).

Takzvaná endo dieta patří mezi diety, jež se snaží snížit hladinu estrogenů v jídelníčku ženy s endometriózou. Ze stravy se doporučuje vyloučit a nahradit různé potraviny. Přínosné je kupříkladu vyměnit klasický potravinářský cukr vyměnit za sušenou třtinovou šťávu (panela), med, kokosový cukr, melasu nebo stévii. Lepek kompenzovat bezlepkovými potravinami typu pohanky, jáhel, hnědé rýže, kukuřice nebo ovsu. Kravské produkty se doporučují vyměnit za kozi nebo rostlinná mléka (mandlové, kokosové, ovesné, ořechové). Ženy s endometriózou by se měly také vyhýbat sóje a cizrně, jelikož se jedná o luštěniny s velkým obsahem fytoestrogenů podporujících vlastní onemocnění. Červené maso a průmyslově zpracované maso bývá zpravidla bohaté na hormony, což se projevuje zvýšením hladiny estrogenů v krvi, nežádoucím faktorem v rámci endometriózy. Alkohol a kofein v organismu zvyšují hladinu estrogenů a zejména potom hladinu bílkovin, jejichž uplatnění v organismu spočívá v transportu estrogenu (Tuatti, 2018).

Strava ženy by se měla naopak obohatit kupříkladu o houby shitake, hlívu ústříčnou, kořenovou zeleninu (celer, petržel), které zabraňují růstu nežádoucích tkání v těle a dokáží blokovat aromatázu, enzym, který proměňuje androgeny na estrogeny. Veškeré zelené potraviny slouží k podpoře dobré funkce metabolismu a detoxikují gastrointestinální trakt. Pampeliška, artyčok, rukola, čekanka, brokolice patří mezi hořké potraviny, které v organismu výborně eliminují množství estrogenu. Mořské ryby obsahují OMEGA-3 mastné kyseliny, jež snižují produkci prostaglandinu E2, čímž zmírňují bolesti a zpomalují růst endometriální tkáně (Tuatti, 2018).

Pravidelná fyzická aktivita přináší řadu benefitů spojených s endometriózou. Prokrvení pánevní a zádové oblasti slouží jednak jako léčba endometriózy, jednak jako významná prevence. Během sportu se u ženy zlepšuje fyzická a psychická stránka, zmírňují se menstruační bolesti. Dále se doporučují nejrůznější cvičení hormonální jógy, pilates, cvičení podle Mojžíšové, plavání, tanec nebo fyzioterapie (Strusková a Novotná, 2022, s. 35).

Ženy by se měly snažit omezit stresovou zátěž, protože dlouhodobý nátlak vede k hormonální nerovnováze. Vitamín C, B komplex, zinek, hořčík, břišní dýchání či relaxační techniky mohou vhodně posloužit ke snížení stresu. Ricinový olej při zevním použití formou masáže a teplých obkladů v oblasti břicha podporuje prokrvení, proudění lymfy, zlepšuje imunitu, napomáhá detoxikaci těla, zmírňuje zánět a bolesti a v neposlední řadě rozvolňuje průchodnost vejcovodů (Bielková, 2014).

Důležité je, aby ženy aktivně pracovaly na omezení stresové zátěže, protože dlouhodobý stres může vést k hormonálním nerovnováhám, což může ovlivnit průběh endometriózy. K dosažení tohoto cíle mohou ženy do svého života zařadit následující přístupy:

- a) **Vitamín C, B-komplex, zinek a hořčík** – tyto živiny mohou být prospěšné pro snížení stresu a podporu celkového zdraví ženy.
- b) **Břišní dýchání a relaxační techniky** – pravidelné cvičení břišního dýchání a praktikování relaxačních technik mohou pomoci snižovat stresovou reakci a zlepšit ženinu pohodu.
- c) **Ricinový olej** – při použití ve formě masáže a teplých obkladů na oblasti břicha může ricinový olej podporovat prokrvení, zlepšovat lymfatický tok, posilovat imunitní systém, podporovat detoxikaci těla a zmírňovat záněty a bolesti. Taktéž může mít pozitivní vliv na průchodnost vejcovodů (Bielková, 2014).

Akupunktura představuje terapii tradiční čínské medicíny. Spočívá v tom, že prostřednictvím extrémně tenkých jehliček se napichují určitá místa na těle, kterým se říká akupunkturální body. Vpich může být těsně pod kůží nebo i hlouběji, což záleží na množství podkožního tuku daného pacienta. Většinou se napichuje 8 bodů a jehly jsou ponechány 15–20 minut, zatímco pacient leží na lehátku. Pacient může pociťovat lechtání, teplo, tlak, tíhu nebo bolest. Smysl akupunktury cílí ke snížení úrovně vnímané bolesti a obnovuje celkovou rovnováhu v těle. Flaws (2016, s. 63–65) uvádí, že ženám s endometriózou by se měla provádět akupunktura každý druhý den, kdy se objeví premenstruační příznaky a symptomy.

Endometrióza představuje onemocnění, kterým se zabývá multidisciplinární tým zdravotnického systému. Z tohoto důvodu by se nikdy nemělo zapomínat na význam individuálního přístupu ke každé pacientce s takovým onemocněním. Léčba by měla být vždy navržena na základě konkrétních příznaků, se kterými se pacientka potýká. Důležité jsou také preference a hlavní priority ženy jako například zachování plodnosti (Škorníčková, Moravcová a Zajíčková, 2015, s. 55).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Bakalářská práce se zabývá endometriózou a jejím vlivem na kvalitu života žen. Hlavním problémem není pouze narušení kvality života žen po stránce fyzické, ale především té psychické a sociální. Péče o ženy s endometriózou spadá pod kompetence porodní asistentky, což zahrnuje primární poradenství, společné hledání možností léčby včetně základní edukace ohledně příslušného onemocnění. Endometrióza představuje vážnou problematiku dnešní doby. Jedná se o nejčastější gynekologické onemocnění žen v reprodukčním věku a to přibližně v 10–15 % z těchto případů (Kučerová, 2012, s. 165). V současné době není zcela jasná vlastní etiopatogeneze tohoto onemocnění, jasné ale je, že endometriální ložiska v kterékoliv tkáni ženského organismu mohou způsobit komplikace s vážnými následky. Ženy ve 20–90 % trpí pánevními bolestmi, bolestivostí při pohlavním styku či neplodností. Ve 3–4 % nepocítují ženy s diagnózou endometriózy prakticky žádné příznaky (Roztočil a kol., 2011, s. 128).

Praktická část bakalářské práce zkoumá osobní prožitky a pocity ženy s endometriózou, snahu o umělé oplození a následnou adopci kojence.

S ohledem na výše uvedené části se bude praktická část bakalářské práce zabývat otázkou: „Jaký vliv má endometrióza na život ženy?“

5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit vliv endometriózy na život ženy.

5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky

1. Zmapovat primární symptomatologii u ženy s endometriózou.
 - Jaké symptomy se u ženy objevovaly?
2. Zjistit průběh diagnostiky a léčby onemocnění u ženy s endometriózou.
 - Jaké byly zvoleny diagnostické postupy pro zjištění endometriózy u ženy?
 - Jaká terapie byla zvolena ženě pro léčbu endometriózy?
3. Zmapovat průběh fertilizace u ženy s endometriózou.
 - Jak probíhaly snahy o otěhotnění?
 - Jakým způsobem probíhala u ženy léčba neplodnosti?
4. Popsat psychický stav ženy léčící se s endometriózou.
 - Jak se změnily pocity ženskosti u ženy během léčby?
 - Jaký má žena momentálně postoj k endometrióze?

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Oslovení participantky bylo pro bakalářskou práci záměrné.

Kritéria výběru, která měla participantka splňovat:

1. Žena léčící se s endometriózou.
2. Dobrovolnost, upřímnost a ochota sdělovat informace.

Participantka byla oslovena záměrně na základě výše uvedených kritériích výběru po přečtení jejího životního příběhu sdíleného na sociálních sítích. První kontaktování proběhlo prostřednictvím sociální sítě. Oslovená participantka byla velmi ochotná a vděčná za projevený zájem o tuto problematiku, s výzkumem souhlasila a těšila se na společné setkání.

Participantkou byla 42letá žena s diagnostikovanou endometriózou 4. stupně, se kterou žije již 25 let. Podstoupila několik operací, které jí znemožnily přirozené a následně i umělé oplodnění. Kvůli nezdarům při oplodnění se rozhodli společně s manželem o adopci 3,5měsíčního kojence.

Všechna setkání proběhla v domácím prostředí participantky. Žena byla seznámena s celým průběhem rozhovoru. Informovaný souhlas o anonymitě byl dobrovolně podepsán při prvním setkání. Nevyplněný souhlas pro ochranu osobních údajů je přiložen v příloze práce. V praktické části tudíž není zmiňováno jméno ženy za účelem zachování její anonymity.

7 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum.

Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup. Jeho úkolem je šetření zkoumaných jevů, odhaluje jejich elementární složky, spojení či závislost mezi nimi a interpretuje jejich smysl či funkci. Kvalitativní výzkum umožňuje poznat širší kontext jevů, kterými se badatel zabývá, a to v přirozených podmínkách (Kutnohorská, 2009).

S participantkou byl veden polostrukturovaný rozhovor, v rámci něhož žena odpovídala na otevřené otázky, které byly nahrávány na telefonní diktafon. Cílem rozhovoru bylo zjistit podrobné informace od jedné ženy, jež se léčí s endometriózou. Otázky byly zaměřeny na nejčastější symptomy, kterých si žena všímala na svém těle před diagnostikováním endometriózy. Taktéž na léčebné metody, které léčebné metody musela podstoupit, a na to, a jak probíhala její léčba neplodnosti. Dále se otázky týkaly vlivu endometriózy na samotný život ženy i jejího partnera. Okruhy rozhovoru jsou k dispozici v příloze práce.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Celý výzkum probíhal v domácím prostředí participantky a to během 3. setkání v období od října do prosince roku 2023. Setkání 1. trvalo 45 minut a bylo zaměřené primárně na diagnostikování endometriózy a její proces léčby. Okolo 35 minut trvalo 2. setkání a zabíralo se snahou o oplodnění přirozenou cestou a poté cestami umělého oplodnění. Schůzka 3. probíhala 45 minut a byla věnována samotnému rozhodnutí o adopci, veškerým náležitostem, jimiž si pár musel projít a prvním dnům s adoptovaným kojencem.

9 ZPRACOVÁNÍ DAT

Při každém setkání byly rozhovory nahrávány na telefonní diktafon. Poté byly přepisovány do elektronické podoby v programu Microsoft office Word. Délka přepsaného rozhovoru činila 20 normostran. Během zpracování dat byly do rozhovoru vpisovány poznámky, barevně rozlišeny nejdůležitější a podstatné informace k výzkumu. Metoda otevřeného kódování a kategorizace dat byla využita k obsahové analýze textu. Jednotlivé kategorie a subkategorie jsou vytvořeny na základě hlavních i dílčích cílů a otázek.

10 ANALÝZA ÚDAJŮ

Rozhovory byly provedeny od října roku 2023 se 42letou ženou trpící endometriózou 4. stupně již od svých 17 let. V současné době žije na vesnici ve dvougeneračním domě se svým manželem, adoptovanou dcerou a rodiči. Participantka má úspěšně dokončené středoškolské vzdělání s maturitou. Kvůli komplikacím spojeným s endometriózou nedokončila vysokoškolské vzdělání. Participantka nyní pracuje jako referentka v Oblastní nemocnici Příbram. V rámci rodinné anamnézy se u nikoho z příbuzných nevyskytuje onemocnění endometriózy. Otec participantky se léčí pouze s vysokým krevním tlakem a zvýšeným cholesterolem. Matka a bratr jsou zcela zdraví, sestra se potýká s potížemi neplodnosti způsobenými alergií na mužské sperma. Samotná participantka je alergická na pyl a Ibalgin.

Během svého života prodělala participantka 3 chirurgické zákroky v souvislosti s endometriózou, při nichž jí byla provedena bilaterální salpingektomie a napravo unilaterální ovariectomie a zachována část levého vaječníku. S ohledem na tyto zákroky byla nucena využít metody asistované reprodukce při snahách o otěhotnění. Veškeré pokusy se však nezdařily, a tak nakonec s manželem zvolili možnost adopce dítěte, které si tolik přáli.

Po dobu 12 let participantka užívala na léčbu endometriózy hormonální injekční antikoncepci Depo-provera, od které však musela upustit s ohledem na vysoké riziko osteoporózy spojené právě s dlouhodobým užíváním vlastního léku. Z tohoto důvodu se participantka posledních 8 měsíců léčí farmakem s názvem Endovelle.

V roce 2012 se ve Fakultní nemocnici v Motole začal léčit participantčin manžel s rakovinou varlete. Podstoupil 6týdenní ozařování, které proběhlo bez jakýchkoliv komplikací. V manželově těle se nevyskytovaly žádné metastáze. Nyní se dlouhodobě dispenzarizuje kvůli recidivě onemocnění ve Fakultní nemocnici v Motole.

10.1 Kategorie: Primární symptomatologie u ženy s endometriózou

Rozhovor se v 1. části zaměřuje na zmapování primární symptomatologie u ženy s endometriózou. Participantka uvádí, že si do svých 17 let na svém těle nevšimla ničeho neobvyklého. *„Moje babička mívala šíleně bolestivou menstruaci a moje teta také, tak jsem to tak brala, že je to normální jev během té menstruace. Vždycky jsem si při bolesti vzpomněla na ně dvě a říkala si, že to není vysloveně žádná extrémní bolest, jako musely zažívat ony, takže si nemám na co stěžovat. Třeba 1. den menstruace jsem si vzala Ibalgin, to jsem ještě na něj neměla alergii, mamka mi vždycky napsala do školy omluvenku, když mi prášek*

nezabral a já fakt nemohla fungovat. Ono mi v podstatě nic nebylo do té doby, než jsem se objevila na operačním stole, nebo mám holt ten práh bolesti nějak více posunutý a nevnímala jsem tu bolest tak hrozně jako jiné ženy.“ Dysmenorea přicházela až s blížícím se 17. rokem života participantky a v to v období 2.–3. dne po menstruaci, kdy ji trápila úporná bolest v oblasti břicha a beder. „Byla to taková zvláštní bolest, taková tupá bolest do zad a hůře se mi vstávalo. Úplně nevím, k čemu tu bolest přirovnat, ale asi jediné, co mě momentálně napadá, je bolest, jako když má člověk zaražené prdy (smích).“

První příznaky, které přinutily participantku vyhledat odbornou pomoc, se vyskytly v únoru v roce 2001, kdy se u ní během maturitního ročníku objevila podivná chřipka. Celý den se ve škole nemohla soustředit na učivo, její myšlenky byly zaměřeny pouze na to, kdy zazvoní zvonek a ona bude moci jet domů, lehnout si do postele s čajem a vzít si jednu tabletku Paralenu. „Vzpomínám si, že jsem měla spoustu učení, ale bylo mi čím dál tím hůře, a tak jsem si udělala čaj, spolkla ten odpornej bílej prášek Paralen, který se mi, nevím proč, pokaždé přilepil na horní patro, a měla jsem co dělat, abych ho spolu s obsahem mého žaludku nevyvrátila zpět. Zalehla jsem do pelechu a snažila se usnout, jenže ta prokletá tabletka vůbec nezabrala. Čaje jsem se víceméně ani nedotkla, kromě doušku na zapití Paralenu. Dá se říci, že jsem ten den vůbec nepila a nejedla, protože to prostě nešlo v tom stavu.“ Necítila se ve své kůži, pociťovala vertigo, malátnost a jako nejhorší příčinu udávala dysurii, až nemočení. „Další den jsem se vzbudila s vysokou horečkou 40 stupňů Celsia a strašnou bolestí břicha, tak ještě větší bolestí do zad. No jenže to bylo období chřipkové epidemie, někdy v únoru nebo březnu to bylo, a když jsem se vydala k obvodní lékařce, tak tam jsem čekala asi 3 hodiny s taťkou, než na mě přišla řada. Popsala jsem jí své problémy a nejdřív mi řekla, že mám tu chřipku, která trápí teďka celou republiku, jenže jsem ji upozorňovala na tu bolest zad, břicha a nemožnost se vyčůrat. Prohmatala mi břicho a já samozřejmě vyskakovala bolestí, jak moc to bolelo. Skoro jsem na sebe nedokázala nechat sáhnout, jako moc to bolelo, slzy v očích jsem z toho měla“. Participantka byla po vyšetření obvodní lékařkou odkázána na chirurgickou ambulanci, protože jí vyšetření břicha nepřípadalo v pořádku, oblast žaludku byla nebolestivá, ale v oblasti podbříšku projela obrovská bolest celým participantčíným tělem. „Myslela jsem, že ji kopnu kolenem do zubů! Samozřejmě ne schválně, ale zareagovala jsem tak na tu bolest.“

Ze začátku diagnostiky participantka nepocítovala dyspareunii, ale tyto problémy se objevily až časem po 2.–3. chirurgické operaci. „Potom přišla ta bolestivost v určitých polohách, takže jsem si musela s partnerem zvolit určité polohy, při kterých mi to nevadilo. V tom nejhorším období endometriózy jsem s tímhle ale problém neměla, až časem.“

Mnoho žen se potýká s dyschézií, což byl i případ participantky. „Vyloženě to nebyly problémy při každém vyprazdňování, ale když jsem si třeba 2 dny nedošla na velkou, tak ta bolest byla u toho konečníku vyšší. Tam ta bolest byla nejhorší a hodně jsem to pocítovala. Vlastně to byly bolesti, které mě budily v noci, takže to nebylo vyloženě bolesti břicha, ale oblast konečníku. Potom samozřejmě i to vyprazdňování bylo bolestivé. Seděla jsem na záchodě a myslela jsem, že to nezvládnou, že se mi ten zadek snad roztrhne. Takovou bolest jsem si představovala, že zažívá rodičí žena, když se prořezává hlavička jejího dítěte ven.“

Chronickou únavu participantka během svého života nikdy nepocítovala. Byla vždy velice hyperaktivní dítě, nikde dlouho nedokázala sedět a nic nedělat. Pouze měla pokles energie po menstruaci, ale především během ovulace, kdy se jí nic nechtělo, třeba co se týká sportu. „Třeba ten týden jsem nebyla schopná ničeho. Ovulaci jsem měla taky vždycky bolestivější, takže jsem neměla chuť na sex a ani na nějaké jinačí každodenní aktivity. Bylo ta únava takhle nárazově a potom jsem zase byla k nezastavení, to by potvrdili rodiče.“

10.2 Kategorie: Průběh diagnostiky u ženy s endometriózou

Část 2. rozhovoru byla rozdělena na 2 části, a to na průběh diagnostiky endometriózy a terapie zvolené pro řešení endometriózy u participantky.

Diagnostika endometriózy se uvádí průměrně na 7–12 let, což ale nebyl participantčin případ, protože se jednalo o akutní stav, kdy sice nebylo ihned řečeno, že se jedná o endometriózu, ale byl vyřešen základní problém jím způsobený a začala se žena léčit, čímž jí byl zachráněn život.

Participantka s horečkou a bolestmi v bedrech a břiše jako 1. navštívila svou obvodní lékařku. Ta po svém vyšetření, které obsahovalo doplnění dosavadní pacientčiny anamnézy a vyšetřením pohmatem, poslala urgentně participantku na chirurgickou ambulanci. Na chirurgické ambulanci postupoval chirurg obdobně jako obvodní lékařka. Odebral anamnézu, provedl fyzikální vyšetření, vyžádal odběr vzorku stolice, moči a krve. Dále zhotovil ultrazvuk břicha, z něhož zjistil, že se nejedná o břišní problém, ale o gynekologický, proto byla participantka opět poslána s žádankou na gynekologickou ambulanci na podrobnější

vyšetření. „*Myslela jsem si, že se mi to jenom zdá! Už jsem začala být fakt unavená, neměla jsem sílu a další vyšetření lékařem mě děsilo. Pamatuju si, jak jsem vyšla z ordinace a řekla tatkově, že musíme ještě do oblastní nemocnice na další vyšetření. Měla jsem slzy v očích a neskutečně jsem si přála mít tohle všechno za sebou.*“ Na gynekologické ambulanci byla opět odebrána anamnéza, provedeno fyzikální vyšetření, gynekologické vyšetření včetně ultrazvuku. Po ultrazvuku byl vznesen dotaz na participantku, zda není možné, že by byla mimoděložně těhotná. „*Musela jsem se začít smát a odpověděla jsem, že to není možné, jediné že by se jednalo o 6 měsíční mimoděložní těhotenství a tím jsem rozesmála jak gynekologa, tak sestřičku.*“ Kvůli participantčině odpovědi byla zvolena zobrazovací metoda magnetické rezonance, aby mohl gynekolog přesně identifikovat, jaký útvar se na vaječniku vyskytuje. Bylo zjištěno, že se jedná o cystu na vaječniku, která měří 14 x 17 cm, a jediným možným východiskem je operativní odstranění. U participantky měla být provedena laparoskopie, která je šetrnější k tělu a zanechá na břiše pouze 3 malé jizvy po vpichu. Po otevření dutiny břišní bylo ale zjištěno, že se o laparoskopické vyndání jednat nebude. „*Během laparoskopie zjistili, že mi cysta pohltila celou pravou stranu, takže vejcovod a vaječník byly odstraněny. Museli mě rozříznout, protože ten útvar byl moc veliký a už tam přece jenom byla nějaká volná tekutina. Už to bylo i v nějakém zánětlivém stavu, takže museli říznout od pupku směrem ke genitálu, aby to pořádně vyčistili. Takže jako první byla provedena laparoskopie, takže na mém břiše jsem viděla 3 vpichy, ale také velkou jizvu přes celé břicho.*“

Touto operací však participantce nebyla sdělena prognóza endometriózy, což se dozvěděla až během 2. operace, která proběhla o 7 let později. V tu dobu už manželský pár řešil přes 1,5 roku neplodnost přirozenou cestou, tudíž byl poslán do centra asistované reprodukce, kdy po vstupní prohlídce lékař zjistil, že má žena cystu také na 2. vaječniku opět. „*Během toho vstupního vyšetření jsem si říkala, že to bude raz dva a pan doktor nic přeborného a nového neobjeví, protože jsem ke svému gynekologovi chodila na vyšetření snad každé 3 měsíce kvůli snaze otěhotnět. Když mi doktor řekl, že mám na levém vaječniku cystu, která má přibližně 6 cm, tak jsem se zděsila a šly na mě mdloby.*“ Během 1. vstupní konzultace IVF se participantka dozvěděla nejenom to, že má na levém vaječniku cystu, ale také podezření, že trpí endometriózou. „*Doktor předpokládal, že jí mám, ale jistojistě to potvrdí až laparoskopická operace, kterou mi doporučoval. Vysvětloval mi, že během ní se odstraní cysta, případná ložiska endometriózy a srůsty.*“ Během operace se opravdu potvrdila endometrióza, jenž způsobila srůsty na střevech, které byly mezi sebou různě propletené a „zачuchané“, což zamezilo úplný pohled do břišní dutiny. Pouhá laparoskopie nepostačila stejně

jako během 1. operace, a musela se navíc provést laparotomie za účelem rozmotání jednotlivých kousků střeva a zároveň kontroly celistvosti a míry poškození samotného střeva. Po rozmotání střeva se konečně gynekologové dostali k odstranění cysty a endometriálních ložisek, které se nezdařilo zcela zredukovat s ohledem na zachování části vaječníku. „*Levý vejcovod museli odstranit, protože byl těmi srůsty endometriózy stejně poničený a byl by mi na nic.*“ Časová náročnost 2. operace činila 5 hodin, během níž se musela provést nalevo unilaterální salpingektomie a ¾ levého vaječníku se podařilo zachránit. „*Celou dobu jsem po operaci čekala, až mi řekne doktor, že se mu podařilo zachránit skoro celý vaječník. Bylo to skvělé, úžasné a famózní. Pro bezdětnou ženskou je to něco nepředstavitelného, že jsem mohla být bez obou vejcovodů, vaječníku a jen s jedním „mrzáčkem“, ale pro mě to byla naděje a vtiskla mi tahle zpráva do života novou chuť bojovat a nevzdávat se.*“

10.3 Kategorie: Léčba endometriózy u ženy s endometriózou

První krok participantčiny léčby započal v roce 2001, a to první chirurgickou operací, při níž se v té době odstranila vaječnicková cysta o rozměru 14 x 17 cm, která pohltila jak vaječník, tak i vejcovod na pravé straně dělohy. Po jejím odstranění byla participantce nasazena hormonální antikoncepce. „*Souhlasila jsem s léčbou, která mi byla doporučena. Nerozhodla bych se jinak, protože ono mi to všechno zachránilo vlastně celou tu levou stranu, protože kdyby mi tenkrát neprovedli tu operaci a nenasadili tu antikoncepci, tak ta endometrióza by přešla na tu druhou stranu a já bych neměla ani jednu polovinu zdravou. Ba naopak jsem opravdu ráda, že mi hnedka nasadili ty hormony. Já jsem teda vždycky byla proti hormonům a dávat do těla nějaké cizí látky, ale v tomhle případě by to stejně jinak nešlo a je zbytečné se tomu nějak bránit a ohrožovat tím své zdravé orgány.*“

Díky hormonální antikoncepci neměla participantka po operaci žádné příznaky endometriózy, cítila se skvěle, její tělo nic netrápilo. Po vysazení hormonální antikoncepce z důvodu početí dítěte se opět vrátila participantce endometrióza, a to na levý vaječník. Pravděpodobně k tomu všemu dopomohl také lék Clostylbegyt, který zapříčinil na vaječníku vznik celé řady menších cyst. Při prvním ultrazvukovém vyšetření zjistil lékař z centra asistované reprodukce, že na levém vaječníku se nachází cysta přibližně o velikosti 6 cm. Opět se musela participantka podrobit chirurgické operaci, aby ji cysta byla odebrána. Po operaci participantka znovu užívala hormonální antikoncepci a poté jí byl naplánován půlroční umělý přechod. Až poté se mohla začít řešit neplodnost u manželského páru pomocí IVF. „*Přibližně 6 měsíců jsem byla uvedena do stavu podobného menopauze. Svůj 1. měsíc v přechodu jsem si do nosu stříkala sprej Synarel a dalších 5 měsíců jsem chodila na injekce*

Diphereline. Blokly mi měsíčky, abych nemenstruovala a nekrmila tak tu ‚endomrchu‘. “ Lékař naordinoval k injekcím také náplasti zvané Extrahexal, které pomáhaly se zmírněním příznaků doprovázejících menopauzu. „Během toho 1. přechodu jsem díky těm náplastem měla celý průběh bezpříznakový, takže to byla pohoda. “

Po 2. stimulování vaječníku k odběru vajíček na IVF se u participantky zjistila adenomyóza, tudíž byl celý IVF proces pozastaven a participantka se opět musela uvést do menopauzy. *„Menopauzu jsem tentokrát snášela o něco hůře než prvně. Opět mi byly píchány injekce, ale bylo mi řečeno, že si musí tělo projít tím umělým přechodem se všemi příznaky, které k tomu patří, což byl teda masakr.“* U participantky se objevily klasické symptomy ženského přechodu jako například návaly horka a pocení. *„Náhle jsem cítila horkost a začala červenat. Obvykle to začínalo v paži nebo břichu a šířila se horkost pažemi směrem k obličejí, prstům a břichu. Po tomto návalu následovalo silné pocení, a když se pot vypařil, tak jsem cítila náhlou zimu. Naštěstí tenhle stav nikdy netrval dlouho.“* Dále participantka uváděla problémy se spánkem, časté změny nálad a palpitace. *„To bušení srdce bylo hrozné. V noci mě to vždycky budilo, cítila jsem, jak mám srdce až v krku.“* Participantčina endometrióza se léčila jak chirurgickou cestou, tak medikamentózní. Současná léčba endometriózy představuje užívání léku Endovelle, který obsahuje hormon gestagen dienogest. *„Je to taková bílá kulatá tabletky, která ovlivňuje hormonální rovnováhu v ženském těle. Musím ji brát každý den zhruba ve stejný čas, takže si ji ordinuji ke snídani.“* Tento lék užívá participantka nově 8 měsíců, předtím 12 let užívala hormonální antikoncepci v injekci Depo-provera, jež se píchala jednou za 3 měsíce. *„Já jsem nejdříve chodila na injekce po 14 dnech, aby se to moje tělo asi nastartovalo, a pak už každý 3. měsíc. Blbě je, že po těch injekcích řádnou kosti, takže kvůli tomu mi potom byly odebrány a nasazeny ty bílé tabletky. Musela jsem po 3 měsících vždycky chodit na kontrolu, kde mi myslím kontrovali tlak, někdy udělali odběry krve. Takže jsem chodila na gyndu každý čtvrt rok, což teď už nemusím, protože mi vždycky pošlou e-recept a já si tabletky vyzvednu v lékárně.“*

Každý 2. rok musí také participantka chodit pravidelně na kontrolu na denzitometrii – metoda, která určuje hustotu minerálů v kostech a hustotu kostní tkáně.

10.4 Kategorie: Průběh fertilizace u ženy s endometriózou

V této části rozhovoru bylo zjišťováno, jak probíhaly jednotlivé kroky u páru při snaze početí dítěte. Jako u skoro každého páru, který plánuje těhotenství, se začalo přirozenou cestou. Poté musel manželský pár podstoupit metody asistované reprodukce až nakonec podat žádost o adopci.

10.4.1 Subkategorie: Snahy přirozeného oplodnění

V roce 2007 se rozhodl v té době ještě nemanželský pár, že se začne snažit o miminko. První participantčiny kroky vedly k vysazení hormonální antikoncepce a zjišťování informací na internetu ohledně plodných dnů a ovulace. *„Tenkrát jsem věřila, že to s tím mým jedním vaječником a vejcovodem nebude zas až takový problém otěhotnět a především jsem si vzpomněla na slova pana doktora, když mi při propouštění z nemocnice po 1. operaci řekl, že budu mít moc dětí, kolik jen budu chtít. Tahle věta mi pořád jela v hlavě.“* Menstruace po vysazení hormonální antikoncepce byla pravidelná po 28 dnech, tudíž participantku ani ve snu nenapadlo, že by se při oplodnění vyskytl nějaký problém. První intervence gynekologa směřovala na pravidelné měření bazální teploty a zapisování údajů do kalendáře, což už tou dobou participantka sama aplikovala, tudíž v tom nadále pokračovala. *„Měření u mě bylo složitější, protože jsem tenkrát měla zaměstnání, kde se pracovalo na směny. Měřila jsem si ale teplotu vždy hned po probuzení, ať už ráno, nebo odpoledne. Pečlivě jsem si vše zaznamenávala do grafu. Docela mě to i bavilo a vždy, když jsem zaznamenala sebemenší vzestup teploty, tak jsem uháněla přítele se slovy, že ovulujeme. Chudák měl sex na povel.“* Po pár měsících participantka už měření bazální teploty nepotřebovala, protože ovulaci na sobě sama poznala. *„Vždy mě v polovině cyklu 2 dny bolelo břicho jako při menstruaci a také jsem špinila. Paradoxně právě v téhle době jsem se s přítelem milování vyhýbala, než jsem se začala zajímat o ovulaci. V tu chvíli mi nedošlo, že se jedná právě o ovulaci.“* Půl roku se pár snažil, co to jen šlo, ale bez výsledku, a proto se rozhodli navštívit opět gynekologa. Gynekolog prostřednictvím kalendáře s měřenou bazální teplotou zjistil, že vzhledem k tomu, že má participantka pouze 1 vaječník, tak některé cykly dle všeho byly anovulační. *„Řekl, že ovulaci na vaječniku pomůžeme a nasadil mi Clostylbegyt na podporu růstu folikulů a ovulace. Sdělil mi, jak ho mám brát, a hned mě objednal na další kontrolu na ultrazvuk, aby se vidělo, jak na ‚Clostik‘ reaguji.“* Kontrolní ultrazvuk byl shrnut vesměs pozitivně, že pan lékař to vidí velice nadějně, což participantku uklidnilo a namotivovalo. Do kalendáře si tak participantka zaznamenala plodné a neplodné dny. *„Když jsem to doma příteli ukázala, jen se smál a mně se ulevilo, páč když jsem slyšela ty instrukce, kdy můžeme*

a kdy nemůžeme, tak se mi postavily vlasy na hlavě. Byla jsem ale šťastná, že to přítel bral sportovně a pečlivě dodržoval, rozpis styků, i když to bylo občas náročné.“

Každý měsíc se u participantky objevila menstruace, i když kolikrát byl premenstruační syndrom zaměňován s prvními příznaky těhotenství. *„Častěji jsem čůrala, bylo mi blbě a bolela mě prsa, a i když mě bolely před každou menstruací, tak tentokrát jsem si vsugerovala, že je to jiné a že to určitě bude těhotenství.“* I v tomhle případě přišly menstruační dny, avšak během nich bylo participantce hůře než obvykle, především měla vysokou horečku. Bolestivé křeče v břiše neustávaly ani po menstruaci, což se participantce nezdálo, a vydala se proto ke své obvodní lékařce, která ji poslala na sono břicha. *„Jasně, že mě hnedka napadlo, jestli se opět neozvala endometrióza.“* Vyšetření na sonu dopadlo dobře, nenašlo se nic, co by nasvědčovalo křečím v břiše. *„Pamatuji si, že mi tam ale bylo řečeno, že mám dělohu v RVF, což jsem absolutně netušila, co znamená. V ten moment mě to hrozně vystrašilo, co že mi to zase je. Bylo mi poté vysvětleno, že se jedná o jev, kdy je děloha nakloněna k páteři, že to má mnoho žen a není to nic nenormálního. Při návštěvě gynekologa jsem se poprvé setkala s tím, že byl někdo na mě pěkně naštvaný, že ho otravuji s menstruačními bolestmi. Měla jsem slzy na krajíčku, když jsem mu řekla, že ty bolesti trvají už několik dní, že jsem sotva stála na nohou a měla vysokou horečku. On mi na to arogantně odpověděl, že si nemám měřit teplotu, ale já už nebyla schopná slov, připadala jsem si trapně, pobouřeně a nešťastně.“* Na základě tohoto vyšetření participantka podstoupila ultrazvuk, který odhalil četný výskyt drobných cyst na vaječniku. Participantka teda ihned musela vysadit Clostylbegyt a objednat se do centra asistované reprodukce, jelikož obvodní gynekolog vyčerpal veškeré intervence pro přirozené početí.

10.4.2 Subkategorie: Průběh jednotlivých pokusů v centru asistované reprodukce

V roce 2008, bezprostředně po návratu z novomanželských líbánek, se participantka se svým manželem vydala do centra asistované reprodukce, kde jí byla gynekologem nalezena cysta na levém vaječniku. Primárně se tedy musel vyřešit vzniklý problém, než se mohla pozornost plně obrátit na samotnou léčbu neplodnosti prostřednictvím umělého oplodnění. Po operaci a 5měsíční umělé menopauze se mohlo začít s umělým oplodněním. *„Denně po dobu asi 8 dnů jsem si píchala sama do břicha injekce, které stimulovaly můj jediný vaječník, aby se tam tvořilo více folikulů. Také jsem chodila na pravidelné kontroly, aby lékař zjistil stav vajíček plus kontrolní laboratorní odběry krve na množství hormonů v krvi. Asi 10 den od začátku stimulace jsem šla na odběr vajíček. Byly to obrovské nervy, protože jsem se bála, aby folikuly nebyly prázdné, ale naštěstí se povedlo odebrat 7 oocytů.“*

V laboratoři se pomocí metody ICSI (vpravení spermií mikrojehlou přímo do cytoplasmy vajíčka) oplodnilo všech 7 oocytů, ale pouze 2 embrya přežila a byla vhodná pro zavedení do dělohy. „Nevyšlo to. Byla to tvrdá rána osudu. Nebyť mého skvělého manžela, asi bych to neustála.“

Po nepovedeném 1. IVF pokusu následovala 3měsíční pauza a poté se opět musel participantce nastimulovat vaječník, jelikož žádné oocyty z 1. odběru nezbyly. „Opět jsem si píchala injekce do břicha, tentokrát to šlo pomaleji, folikuly nerostly tak rychle a musela jsem si doplácet další stimulační injekce. V tu dobu mě to vyšlo na nějakých 11 000 Kč.“ Vše probíhalo víceméně stejně jako u 1. odběru vajíček, ale s tím rozdílem, že participantčina děložní sliznice nerostla, tudíž nebyla připravena na vpravení embrya do dělohy. Při odběru se povedlo získat 8 oocytů, ale musely se zamrazit právě kvůli nevhodné výšce děložní sliznice. „Dostala jsem nějaké léky na růst té sliznice, ale potom mi bylo oznámeno panem gynekologem, že je endometrióza v aktivním stádiu, a navíc se nachází i v děloze, takže se znovu budu muset uvést do umělé menopauzy minimálně na 3 měsíce a až poté bude následovat kryoembryotransfěr.“ Participantka odcházela z centra zoufalá, nešťastná a našťavaná na celý svět. Participantka byla před dalším pokusem IVF poslána na imunologii, kde jí bylo oznámeno, že má v těle 5x více buněk bránících a zabíjejících vše cizí, co se do těla dostane, což představovala i vpravená embrya do dělohy. „Embryo se vlastně nestihlo uhnízdit v děloze a já jsem ho už zabila svými zabíjáckými buňkami. Další problém byl v tom, že jsme šli s manželem geneticky lehce proti sobě, ale nad tím lékař mávnul rukou. Posledním problémem byla má špatná srážlivost krve a oznámení, že pokud otěhotním, tak si budu muset píchat celé těhotenství Fraxiparin na ředění krve. Když to lékař celé shrnul, tak řekl, že to jsou vcelku pozitivní výsledky pro nás, asi to čekal horší (smích).“ Participantce byla nasazena 3měsíční léčba kortikoidy za účelem potlačení imunity, jež se v průběhu měsíců neustále zvyšovala, neboť „zabíjácké buňky“ nechtěly klesat, jak si lékaři původně představovali. V květnu v roce 2010 se po rozmrazení embryí a následném prodloužení kultivace připravily 3 moruly k transferu do dělohy. „Přišlo mi neuvěřitelné, že budu mít u sebe rovnou tři miminka. Byla jsem tak šťastná a ani v nejmenším jsem si nepřipouštěla neúspěch po tom všem.“ Asi 4. den po transferu začalo být participantce špatně a zároveň si všimla, že špiní. Doufala, že se jedná příznak nidace do děložní sliznice, ale špinění se objevovalo i následující 2 dny, což participantce rozhodně nepřidávalo na klidu. Den 8. po kryoembryotransferu si tak participantka zkusila provést těhotenský test. „Jasně, že se tam objevila jenom jedna čárka. Různě jsem test nakláněla nad světlem i mi chvilku připadalo, že tam byl duch, ale

bylo to prostě jenom zbožné přání, které bohužel opět nevyšlo. Všichni mi říkali, že je na test moc brzo, ať vydržím, ale já ve skrytu duše věděla, že se žádná další čárka na testu neobjeví.“ Participantka začala 9. den po kryoembryotransferu silně krvácet a navštívila proto gynekologickou ambulanci. *„Vyfásla jsem žádanku na vyšetření na hematologii do Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, měla jsem se hlásit rovnou k zástupci primáře. Přes léto jsem mohla vysadit veškeré léky, aby si tělo odpočinulo. Odebraly mi ještě několik zkumavek krve na imunologii a plánovalo se popřípadě zvýšit dávkování léků na ředění krve a začít je píchat už před zahájením další hormonální léčby. No prostě opět běh na dlouhou trať to byl.“*

Participantka přes celé léto neužívala žádné léky, sportovala a užívala si života. Po konci léta opět začala brát kortikoidy a připravovat se na poslední hrazený pokus IVF pojišťovnou. Tentokrát se zvolil jiný postup, než tomu bylo v předešlých 2 případech. Čekalo se na participantčin přirozený cyklus a začal se stimulovat vaječník až od 2. dne menstruačního cyklu. *„Stimulace opět probíhala Menopurem a k tomu byl přidán Decapeptyl, takže jsem píchala každý den 3 injekce – 6 ampulí Menopuru rozdělených do 2 injekcí plus 1 ampuli Dexepeptylu. Bříško dostalo slušně zabrat.“* Bezprostředně poté na 1. ultrazvuku byla sliznice výrazně narostlá, ideální pro nidaci embrya. *„Měla jsem obrovskou radost, ale zároveň strach, aby se zase něco nepokazilo. Začala jsem i poprvé baštit bio mateří kašičku, která mi ohromně pomohla s růstem sliznice, takže ji od té doby vždycky všem doporučuji.“* Folikuly však zůstaly dost malé, proto bylo zapotřebí zvýšit dávkování, což reálně představovalo dávku 52 ampulí, za což musel manželský pár navíc uhradit 20 000 Kč. Participantce bylo celkem odebráno 8 folikulů z toho 6 vajíček, kdy 1 bylo zcela nevhodné pro oplození, 2 splňovala veškerá kritéria zralosti a zbylá 3 vajíčka musela dostat prostor na dozrání. *„Takže naše poslední ‚hrazené‘ oplodnění nás stálo v tu dobu kolem 40 000 Kč.“* Pro transfer nakonec bylo vhodné pouze 1 embryo, které se ve zkumavce vyvíjelo tak, jak mělo. *„Pamatuji si, jak jsem na pokoji záviděla ostatním holkám, které si šly pro 2 nebo 3 krásné výstavní blastomery a ještě jim zbylo do mrazáčku. Byla jsem hloupá, já vím, ale nemohla jsem si pomoci. Místo abych se radovala, zoufala jsem si a cítila jsem nešťastná. Po vpravení do dělohy ale všechny chmury pominuly a já jsem věřila tomu prd'olovi, že to zvládne.“* Opět se však objevilo znepokojivé špinění, a 9. den po IVF se u participantky dokonce vyskytlo krvácení. *„Vzalo mi tohle IVF všechno. Veškerou sílu, naději, odhodlání a i chuť. Těhotenský test jsem si měla dělat na své narozeniny a do toho bylo před Vánoci, myslela jsem si, že to budou ty nejsmutnější svátky, co jsem kdy zažila.“* Manželský pár se rozhodl po Vánocích, že zkusí své poslední štěstí a našetří si na 4. pokus IVF, ale s darovanými vajíčky. *„Částka,*

kterou nám oznámil pan lékař už v tu dobu přesahovala přes 100 000 Kč, takže se mi chtělo brečet, ale přesto jsem se nechtěla téhle naděje vzdát, ale věděla jsem, že nějakou dobu potrvá, než si na pokus našetříme. “

Participantka si musela před dalším IVF dojít na odběry, které dosahovaly nejlepších hodnot za celé 4 roky, co se s imunologickými problémy potýkala. *„Dostali jsme tedy zelenou k dalšímu pokusu IVF. Byla jsem vážně hrozně šťastná, volala jsem novině manželovi a těšila se, až se objednáme na konzultaci k doktorovi. “* Na konzultaci se pár dostal v únoru, kde lékař sestavil veškeré potřebné informace o participantce nezbytné pro hledání vhodné dárkyně. Lékař dále participantce naordinoval léky podporující růst sliznice a provedl ultrazvukové vyšetření pro zhodnocení celkového stavu dělohy. Endometriózu shledal v klidovém stavu, nic nebránilo dalšímu pokusu IVF. Navzdory nelehké situaci, kterou manželský pár procházel, kdy participantčině manželovi byla diagnostikována rakovina, se páru podařilo nashromáždit dostatečný finanční obnos financí na poslední pokus IVF, a to za velké pomoci skupiny „holek Babinetek“. *„Našli se lidi, kteří se nás ptali, proč už se na to nevykašleme, ale já nechtěla. Přála jsem si udělat maximum pro to, abych porodila manželovi jeho vlastního potomka a jednou si nevyčítala, že jsem nezkusila to nebo tamto. “* Participantka se pokoušela podpořit činnost děložní sliznice a vlastní průběh nidace vajíčka alternativními metodami. *„Denně jsem jedla několik chilli papriček, které prý pomáhají buněčné imunitě a bojují za to, aby se embryo dobře uhnízdilo. Polykala jsem bio mateří kašičku a pila grapefruitový džus na správný růst děložní sliznice a téměř každý den jsem cvičila cviky Ludmily Mojžíšové. V neposlední řadě jsem samozřejmě užívala veškeré léky, které jsem dostala od lékaře. “* Na kontrole byla participantka pochválena za ukázkovou děložní sliznici a zároveň se dozvěděla o bezproblémovém odebrání oocytů dárkyně. Následně participantka podstoupila vložení 2 embryí do dělohy prostřednictvím metody embryotransfer. 3 embrya se dala stranou na zamražení.

„První dny po transferu jsem se cítila báječně. Netrápilo mě žádné špinění, a tak jsem doma normálně fungovala. Nepocítovala jsem žádné těhotenské příznaky, jenom 4. den po embryotransferu jsem našla na slipové vložce trochu hnědého hlenu. Jediné, na co si vzpomínám, tak že mě začalo bolet v levém boku. “ Participantka se v očekávání rozhodla, že si udělá těhotenský test 9. den po embryotransferu. *„Nějak vnitřně jsem cítila, že těhotná jsem, ale bála jsem se na to jen pomyslet. “* Po několika letech manželský pár konečně dosáhl svého, těhotenský test prokázal participantčinu graviditu. S ohledem na blížící se datum 4. výročí jejich svatby chtěla participantka s touto radostnou novinou počkat a překvapit

tak svého manžela na jejich významný den. „*On tomu vůbec nevěřil, nechápal, že všechny ty pozitivní těhotenské testy jsou moje. Asi se bál si to i přiznat, že konečně drží v ruce pozitivní těhotenský test, na kterém byly opravdu dobře viditelné 2 čárky (smích).*“ Pár oznámil svému okolí radostnou novinu, kdy všichni byli samozřejmě šťastní, ale také věděli, že je před nimi ještě dlouhá cesta, než si budou držet novorozence v náruči. „*Nervy bylo to čekání na výsledky krve. Naštěstí ale hCG bylo vysoké, tudíž jsem opravdu byla těhotná, ale asi o hodinu později jsem začala krvácet. Hodně jsem se vyděsila, ale krvácení trvalo jenom chvilinku, bylo nárazové, ale zase dost silné, co si budeme.*“ Následující dny se u participantky střídalo špinění s lehkým krvácením a pociťovala, že se děje něco špatného. „*Nevydržela jsem to a udělala jsem si těhotenský test. Druhá čárka na testu byla strašně slabá, to mě hodně rozhodilo. Začala jsem tomu broučkovi v břiše domlouvat, povídat si s ním a moc jsem si přála, aby si to vybojoval a zůstal u mě.*“ Ten den ještě vzal manžel participantku na pohotovost, kde byly dvě milé doktorky, které se snažily participantku uklidnit a zkontrolovat plod. „*Řekly mi, že je příliš brzo a na ultrazvuku ještě nic vidět nemusí. Byla jsem v 5. týdnu. Nacházela se tam 4 mm dutinka, ale nevěděly, zda se jedná o plod, nebo krev. Odebraly mi žilní krev, a že pokud bude hodnota hCG nad 1000, tak se jedná o prosperující těhotenství, a pokud to bude méně, tak se jedná o neprosperující těhotenství a dále se domluví se svým doktorem, co a jak.*“ Manžel pořád doufal, že bude vše v pořádku, ale participantka cítila, že se opět nezadařilo. Další den ráno volala paní gynekoložka se smutnou zprávou, neboť hladina hCG byla pouze 50 a participantka se musí objednat na revizi dutiny děložní. „*Zavěsila jsem a koukala na manžela, který seděl vedle mě. Poznal, že to nedopadlo, a já jsem se mu schoulila v náruči a nedokázala nic říci, jenom jsem brečela. Bylo mi hrozně. Cítila jsem, jako by umřelo i kus mě. Každé neúspěšné IVF bylo vždy těžké, brečela jsem nad každým negativním testem, ale tohle bylo jiné, tak moc jiné.*“ Participantka nakonec nemusela na revizi dělohy, protože se jednalo o kompletní potrat. Lékaři proto nechali ženu se spontánně vyčistit krvácením a poté udělali kontrolní ultrazvuk, kde byla děloha naprosto čistá. „*Zavolala jsem potom do centra asistované reprodukce panu doktorovi, domluvili jsme se, že nasadíme hormonální antikoncepci kvůli endometrióze, a až se budu cítit, tak se ozvu a domluví se na kryoembryotransferu. Měla jsem ještě zamražené 3 oocyty od dárkyně. Potrat po 4. IVF se mnou zamával opravdu dost a zanechal další hluboké šrámy na srdci, ale chuť bojovat byla stále, i když věřit bylo těžké.*“

Kryoembryotransfer byl plánovaný na podzim a vše zatím probíhalo v pořádku jako předešlé pokusy. Všechna 3 embrya po rozmrazení přežila a zavedla se participantce do dělohy. „*Bylo jasné, že se všechny 3 embrya neuchytí, takže proto se zavedly všechny, protože by nešlo, aby některé embryo znovu šouply do mrazáku.*“ Již 3. den od transferu začala participantka pociťovat těhotenské potíže ve formě nevolnosti. Po všech těch pokusech však byla participantka za tyhle obtíže jediné ráda. Tentokrát si těhotenský test participantka provedla už 8. den po IVF, neboť to jednoduše nemohla vydržet, přestože se snažila svou mysl zaměstnat různými aktivitami. „*Test byl regulérně pozitivní. Skákala jsem radostní po domě. Pocity byly neskutečné, cítila jsem obrovské štěstí a cítila jsem, že to tentokrát vyjde. Víím, víím, že po těch všech předchozích zkušenostech jsem se měla držet při zemi a radost držet na uzdě, ale ono to nešlo. Já jsem se chtěla tak moc radovat.*“ Při dalším testování 13. dne od vpravení embryí do dělohy se druhá čárka na těhotenském testu nikterak nelišila od předešlých dnů, přesto participantku opouštěla víra a měla strach, že se bude opakovat scénář 4. IVF. Černé myšlenky se bohužel potvrdily, jelikož 14. den 2. čárka slábla. „*Zhroutil jsem se na zem. Potom jsem ihned volala lékařce, že bych potřebovala nabrat krev na hCG. Výsledky byly až 2. den a hladina hCG 20. Popravdě mě to vůbec nepřekvapilo, cítila jsem, že embrya dobojovala. Už jsem neměla sílu ani plakat, vysadila jsem léky a čekala, až odkrvácím.*“ Společně s krvácením odešla i naděje na vlastní miminko. „*S manželem jsme se objali, rodině oznámili, že zázrak se nekoná a v našich srdcích zůstala jen další rána.*“ Tímto posledním pokusem skončilo snažení o vlastního potomka za pomoci asistované reprodukce a páru nezbývalo nic jiného než věřit a doufat ve šťastný konec při snaze o náhradní rodinnou péči.

10.4.3 Subkategorie: Adopce

„*Přišla s tím tchyně (smích). Jako samozřejmě jsme to s manželem v hlavě trošku měli, ale furt jsme s tím nechvátali a byli jsme zaměřeni na ty IVF pokusy s darovanými vajíčky. Chtěli jsme adopci řešit až po tom, co by ty pokusy nedopadly. A tchyně právě říkala, ať už si dáme tu žádost teďka hnedka, takže jsme o tom začali více přemýšlet a víc o tom mluvit. Podporu jsme od všech v rodině měli a pak jsem si i řekla, že asi má pravdu, že i já budu víc v klidu, když půjdeme na ty pokusy a budu mít rozjetý nějaký proces, kdyby to nevyšlo.*“ Manželský pár o adopci už několikrát během snažení se o vlastní dítě uvažoval, ale jak říkala participantka, k tomuto kroku museli oba dozrát. „*Vždycky jsem věděla, že kdyby vlastní dítě nebylo, 100% bych do adopce šla a věděla jsem, že i manžel nebude proti.*“

V únoru v roce 2011 se manželský pár rozhodl vydat na městský úřad za referentkou, která se zabývala náhradní rodinnou péčí. *„Pamatuji si, že jsem z 1. schůzky byla velice nervózní. Manžel se nemohl nějak uvolnit z práce, takže jsem tam musela jít ještě sama. Bála jsem se především reakce pracovnice, až jí povím, že bychom si chtěli adoptovat malé dítě, nejlépe kojence.“* Obavy byly zbytečné. Sociální pracovnice byla velice milá, vše participantce vysvětlila, vytiskla veškeré potřebné formuláře, které bude muset manželský pár vyplnit, a ještě v rychlosti vyzpovídala participantku, co se týče práce, bydlení, vztahů s rodiči, manželem či představě o jejich dítěti. Jeden z formulářů zahrnoval i hodnocení zaměstnance, které musel vyplnit odpovídající nadřízený, což u participantky nepředstavovalo žádný problém. *„Všichni v práci věděli o tom, čím si procházíme, a i o rozhodnutí podat si žádost o osvojení. Podporovali nás a vedoucí mi napsal opravdu moc pěkné hodnocení. Byl zlatej.“* Veškeré dokumenty se podařilo páru vyplnit asi za týden. Časově nejvíce náročné bylo napsat životopisy. *„Já s tím problém neměla. Ráda píšu, ale manžel není moc velký pisatel a podobné psaní ho nebaví (smích), ale nakonec to zvládl skvěle!“* Životopisy obsahovaly témata zahrnující vztahy se sourozenci a rodiči. Jaké bylo manželství rodičů a jejich výchova. Dále v životopisech museli zmínit dětství – kde pár vyrůstal, zda měli dostatek kamarádů, kdo měl na ně v dětství největší vliv, prospěch ve škole a jejich zájmy. Zkoumaným tématem se stalo také seznámení páru, jak dlouho se znají, jaké společné zájmy, zvyky a zkušenosti s dětmi mají a proč se rozhodli pro osvojení dítěte. Navrch doložili společnou fotografii. *„No jako byla to hotová autobiografie nás obou (smích).“*

Následovala návštěva sociální pracovnice u manželského páru doma, kde převzala veškeré vyplněné formuláře a trochu si s párem ještě popovídala. Celý rozhovor se nesl ve velice příjemném a uvolněném duchu pro obě strany. V navazující fázi se žádosti poslaly na krajský úřad a manželský pár podstoupil psychologické testy. *„Jedna část testů byla písemná a druhá na počítači, byly poměrně zdoluhavé, ale nic, co by se nedalo zvládnout. Pro výsledky jsme si šli na začátku června a závěr byl takový, že jsme byli doporučeni jako vhodní rodiče pro náhradní rodinnou péči. Posledním krokem byla příprava, což byl přípravný kurz náhradní rodinné péče a my jsme čekali na pozvání.“* Přípravný kurz se skládal ze 2 víkendových bloků, kdy 1. blok se konal na konci listopadu a 2. blok posléze na začátku prosince téhož roku. Participantka přípravku popisuje jako velice náročnou, únavnou, ale zato velice užitečnou, jež páru hodně dala a taky zvedla sebevědomí. *„Bylo to rozděleno do jednotlivých sekcí, sociální a psychologická část, pediatrická a právní část. Všichni tam byli*

nesmírně milí, odpovídali na všechny naše dotazy a snažili se nám co nejvíce přiblížit osvojení. Navštívili jsme i kojenecký ústav v Mladé Boleslavi. “ Během přípravy se také sociální pracovníci zajímali o představu kojence, kterého by si manželský pár chtěl osvojit, co vše by byli schopni akceptovat. „My jsme s manželem věděli, že nechceme minoritní etnikum, chtěli jsme naše české dítě. Já bych si klidně nějakého cizince vzala, ale koukali jsme na to spíš z toho hlediska, že na vesnici by bylo těžké vychovávat takové dítě. Všichni by na něj blbě koukali, prostě jsem si to nedokázala představit. Dále mi nevadila žloutenka typu B, odstranitelné vady, ale jakoby vlastně jsme žádali o zdravé dítě. “ Přípravný kurz byl posledním krokem pro zařazení páru do evidence čekatelů o osvojení. „Dopis někdy v polovině ledna roku 2012 a bylo úžasné ho číst, že jsme zařazeni a už budeme jen čekat na ten ‚slavný telefonát‘. “

Díky všem těm procesům, které pár podstupoval v centru asistované reprodukce uplynuly 2 roky a v březnu roku 2014 se ozvala participantce referentka z krajského úřadu s radostnou novinou. „Rozklepaly se mi nohy, protože jsem si nejdříve myslela, že paní volá kvůli manželově prodělané rakovině, chce dodat nějaké dokumenty nebo si prostě něco vyjasnit a pozastavit tím žádost o adopci. Nevěřila jsem tomu, že by pro nás měli už miminko tak brzo a navíc v době, kdy se to moc nehodilo. “ Participantka měla hodně práce v zaměstnání, loučili se s kolegyní, která měla jít na mateřskou dovolenou, a především doma s manželem předělávali podkroví. Participantka pociťovala obrovskou euforii, nevěděla, co má dříve dělat, jak vše zorganizovat a jak všem oznámit, že budou s manželem konečně rodiči. Paní z krajského úřadu oznámila nastávajícím rodičům, že se objevila holčička, která je 3,5 měsíce. „Nebyla jsem schopná slova. Byla jsem v úžasu, že pro nás mají opravdu malé miminko a ještě holčičku, kterou si manžel tak moc přál. “ Jednalo se o zcela zdravé dítě, neměla žádný problém a k tomu všemu měla narozeniny na participantčiny narozeniny. „To byl fakt snad osud. Narozeniny jsem slavila svým posledním potratem po IVF a přitom ten den se narodilo naše štěstí. Nemohu doted' tomu uvěřit. “

Poté pár musel vyplnit a podepsat navazující dokumenty, na základě čehož obdržel číslo do kojeneckého ústavu, kde se nacházela holčička. Ihned si domluvili 1. návštěvu, ze které participantka poslala MMS fotku usměvavé holčičky všem blízkým přátelům a rodině. „Potom začal ten správný maraton. Ještě ten den jsme jeli na velký nákup, kde jsme museli nakoupit veškeré nutné věcičky pro miminko, protože jsem nic zatím doma neměla. Nevěřila jsem tomu, že bychom mohli mít miminko, tak brzo. Samozřejmě jsem si to náramně užívala a pořád jsem se koukala na své miminko a opakovala si, že jsem máma. “ Když pár poprvé

spatřil svou holčičku, zastavil se jim svět a nemohli tomu uvěřit. „*Nemohla jsem si ji pochovat, protože přes slzy jsem neviděla. Byla jsem neskutečně dojatá, šťastná a moje srdce v tom jednom malém okamžiku bylo zahojeno. Všechny ty rány osudu byly zapomenuty a já jsem byla ráda, že vše dobře dopadlo, protože jinak bych tohle nikdy neprožívala, a to malé stvoření se k nám nedostalo. Po 7 letech jsme konečně byli s manželem rodiči a naše rodina byla kompletní.*“

10.4.4 Subkategorie: Manželova rakovina

„*Datum tohoto dnu si pamatuju naprosto přesně 28.2.2012. Od té chvíle jsem si začala uvědomovat, že ač bylo stále naším velkým přáním stát se rodiči, tak hlavní prioritou je naše zdraví a to, že se s manželem máme.*“ Participantčin manžel šel ráno ke svému praktickému lékaři, protože měl obtíže s močením. Užíval sice předepsaná antibiotika, ale ta moc nezabírala, navíc pociťoval bolest v třísle. Praktický lékař proto poslal manžela k urologovi na ultrazvukové vyšetření. „*Absolutně mi nepřišlo na mysl, že by se mohlo jednat o něco vážného, byla jsem přesvědčená, že to je jen banalita, dostane nějaké jiné tabletky a bude mít klid. Jak šeredně jsem se mýlila.*“ Kolem poledne volal participantce její manžel s brekem a ustrašeným hlasem. „*Je to nádor! Musím na operaci a pak na ozařování.*“ Participantka tomu nemohla uvěřit, věděla, že si z ní manžel nedělá legraci, ale strašně moc si přála, aby to byl nějaký hloupý vtip. „*Cestou autobusem domů z práce jsem si začala hledat na internetu informace k tomuto typu nádoru. Dočetla jsem se, že na 90 % bývají tyto nádory nezahoubné a prognóza na vyléčení je až 95 %. Trošku mě to uklidnilo, ale stejně to bylo strašné, děsivé a neuvěřitelné.*“ Doma se situace zcela obrátila, kdy se participantčin manžel uklidnil a začal naopak utěšovat svou manželku, že všechno společně zvládnou, že všechno nakonec dobře dopadne. „*Uvědomila jsem si při čekání na telefonát od manžela po operaci z nemocnice, že nás čeká jiný boj, než jsme doposud řešili. Byl to boj mnohem důležitější, než byly všechny ty předchozí. Bylo to velice těžké období, ale věřili jsme oba, že to zvládneme, protože jsme byli silní a prostě musíme to ustát, protože nic jiného nám nezbývá.*“

Operace proběhla v pořádku, manžel se po operaci rychle zotavil. Jednalo se o nádor maligní, ale na výpočetní tomografii se neprokázaly žádné metastázy v těle. Lékaři uvažovali nad chemoterapií nebo radioaktivním ozařováním, ale nakonec usoudili, že ozařování bude pro tohoto pacienta lepší volbou. „*Manžela měly čekat 3 týdny dojíždění na onkologické oddělení do Motola, ale nakonec se z toho vyklubal měsíc a půl, manžel to zvládal celkem dobře.*“ Jako první bylo provedeno zaměření na simulátoru k ozáření, což ve skutečnosti představovalo zakreslení křížků nesmyvatelným fixem, které musely zůstat netknuté až do

samotného ozařování. „První týden byl asi nejhorší. Nemohl moc jíst, zvedal se mu žaludek a každé sousto ho nutilo tělo vyzvracet. Dostal sice na to manžel nějaké léky, po kterých se mu trochu ulevilo, ale nakonec mu bylo špatně i z těch léků, ale naštěstí poslední týden ozařování už zvládl dobře. Neměl nějaké větší potíže.“ Poté začal participantčin manžel jezdit na navazující kontroly a odběry krve. K velké radosti manželského páru všechno dopadlo v naprostém pořádku a mohli se tak nadále snažit o vytoužené miminko. „Měli jsme opravdu velké štěstí, tedy manžel měl, ale vnímala jsem to i jako svoje štěstí. Vyhrál boj nad těžkou nemocí a oba věříme, že nadobro.“

10.5 Kategorie: Psychický stav ženy léčící se s endometriózou

Rozhovor s participantkou se dále zaměřoval na to, jak vnímala a vyrovnávala se s celou situací ohledně endometriózy a snaze otěhotnět. Endometrióza se řadí mezi chronická onemocnění, což pro ženy představuje dlouhodobé léčení a omezování běžných denních činností. Přináší tedy nejenom negativní dopad na zdravotní stav ženy, ale především na její psychické rozpoložení.

10.5.1 Subkategorie: Ženskost

Skoro pro každou ženu je důležitý vzhled, ať co se týče vlasů, obličeje či těla. Vážný zásah do participantčina vzhledu představovala 1. operace, která měla původně proběhnout laparoskopicky, a to konkrétně 3 vpichy v oblasti břicha. Po probuzení však participantka zjistila skutečný stav, kdy byl vedený klasický řez od pupíku až ke sponě stydké. „Po té operaci mě bolel každý pohyb. Jediné, co jsem dokázala, tak byl pohled na břicho. A ten pohled mě strašně vyděsil. Měla jsem břicho celé oranžové od desinfekce a obrovskou nevzhlednou jizvu. Byla jsem zašitá, tak jako by se to někdo na mně učil. Tenhle pohled opravdu se mnou otrásl. Chtělo se mi hrozně brečet, ale neměla jsem sílu a hlavně to nešlo ani přes tu bolest.“ Vzhled pro participantku nikdy nebyl zásadní, ale ráda se o své tělo starala, hezky se oblékala a tahle jizva na jejím těle s její vizáží zacloumala. „Uvědomovala jsem si, že to bylo potřeba, ještě po tom, když se mnou mluvil lékař a řekl, jak byla ta cysta velká a že se k ní laparoskopicky nemohli dostat. Jenom nebylo příjemné chodit po tom v mladém věku s takovou nevzhlednou jizvou po koupališti, když to každého ihned praštilo do očí při pohledu na mě.“

Během 2. operace, v rámci které došlo k laparoskopickému odstranění cysty a endometriálních ložisek na levém vaječníku, proběhla plastická úprava původní jizvy. „Cítila jsem hroznou úzkost, záviděla jsem všem těm ženám, které tam ležely se mnou, ale na rozdíl

ode mě ony měly důvod se rychle zotavit a pečovat o své miminka. Zároveň mi to paradoxně dodávalo sílu, protože jsem si uvědomovala, že ten důvod, proč tu ležím, je snaha doktorů pomoci mi a také se dočkat toho uzlíčku štěstí. Snažila jsem se myslet pozitivně a nepřestávat doufat.“ První pohled na přeoperovanou jizvu byl o dost lepší než po 1. operaci. Po staré nevzhledné jizvě nebylo ani památky a na stejném místě se nacházel nově udělaný řez. Rána byla zašitá 1 dlouhým stehem, který se používá při císařském řezu. „Zvykla jsem si žít s tou obří nevzhlednou jizvou, ale představa, že ta jizva, teďka tak škaredá, nebude, mě moc těšila. Každému teda připadala i tahle odporná, ale mně přišla krásná a cítila jsem takový vděk k tomu milému panu doktorovi, který ji vytvořil.“

Největší zásahy do participantčiny ženskosti představovaly jednotlivé nezdařené pokusy během IVF a především ty, při nichž vycházely pozitivní těhotenské testy, po kterých se však dostavilo krvácení včetně samotného potratu. *„Při každém nezdařeném pokuse jsem byla zoufalá, nešťastná a samozřejmě našťvaná na celý svět, proč zrovna já si musím tímhle vším procházet.“* Každým dalším pokusem IVF participantka pocítovala bezmoc, začala ztrácet svou ženskost a těžko se z toho všeho oklepávala. *„Byla jsem hrozně vždycky našťvaná. Nejvíce asi na tu bezmoc. Nemohla jsem dělat nic víc, a to ani lékaři, kteří dělali vše, co bylo v jejich silách. Nejradši ze všeho jsem chtěla nakopat do zadku všechny v parlamentu, že za tu bolest ještě musím platit. Tenkrát po 2. IVF jsem se bála, že to všechno na penězích skončí.“* Jako nejtěžší popisovala participantka 1. měsíc. Především bylo náročné vše ustát psychicky a odpovídat lidem v okolí, jak to s jejich snažením vypadá. *„Pokaždé když se někdo na něco ptal, tak jsem se neudržela a slzy mi tekly proudem. Bylo to vážně těžké. Hlavou se mi toho honilo tolik. Do toho jsem se stýkala s těhotnou přítelkyní svého švagra a bolestně vnímala její rostoucí břicho.“*

Participantka udává, že se z celého těhotenství nejvíce těšila na rostoucí břicho a až si bude muset kupovat těhotenské oblečení. *„Představovala jsem si, jak si půjdu vybírat do obchodu ty tepláky s tou speciální gumou přes břicho, budu moct nosit vytahané šaty a fotit si břicho v zrcadle (smích).“* Za ženskost participantka považovala právě schopnost otěhotnět a donosit dítě. Manžel nikdy nepochyboval o tom, že by jeho manželka nebyla dost ženská, nikdy nebral neplodnost své ženy za něco, kvůli čemu by ji měl opustit či na ni koukat jinak než kdysi. Jeho mužské okolí zejména v práci stejný pohled a názor nesdíleli. Musel je několikrát upozornit, že se jedná o jeho rozhodnutí, především při podávání žádosti o „cizí dítě“, a že jim do toho vůbec nic není. *„A nebylo by snazší ojet jinou?‘ Krve by se ve mně*

nedořezal, když mi tohle manžel doma řekl. Píchlo mě to hodně u srdce a pocuchalo v tu dobu sebevědomí.“

10.5.2 Subkategorie: Podpora

Na otázku, co participantce nejvíce pomáhalo s vypořádáním nevyléčitelné choroby, odpověděla jednoznačně. Podporu rodiny a partnera pokládala participantka jako tu kruciólní a ve výsledku rozhodující. *„Nevím, jak to manžel dělal, ale dokázal mě vždycky uklidnit a patřičně namotivovat do dalších pokusů. Vždycky mi řekl jednu větu. Většinou: ‚Ježíš, máme přece sebe! Věděli jsme, že to nemusí dopadnout. No tak miláčku...‘ a tohle mi stačilo, utřela jsem slzy a šla dál bojovat.“* Participantka svého manžela popisuje jako úžasného a silného chlapa, bez jehož opory by se v průběhu celé té trnité cesty s velkou pravděpodobností sypala. Vždy ji v každé situaci podporoval a nikdy o jejích rozhodnutích nepochyboval. Díky němu nemusela vyhledávat ani žádnou psychologickou podporu, protože jí manžel dělal soukromého psychologa doma. Vždy mu mohla všechno říct, mohla se bavit naprosto otevřeně o všech obavách, které se jí odehrávaly v hlavě.

Patřičnou dávku podpory participantka dostávala i od svých kolegů z práce. *„Všichni věděli o tom, čím si procházíme s manželem a i o podání žádosti o osvojení. Podporovali nás, dodávali naději a vedoucí mi napsal moc pěkné hodnocení pro sociální pracovníci. Při rychlém odchodu na mateřskou dovolenou také nebyl žádný problém, i když v tu chvíli toho bylo v práci strašně moc a každá ruka se hodila. Bylo vidět, že mají upřímnou radost a prostě to byli lidi s dobrým srdcem.“* Rodina by se v nejtěžších chvílích měla semknout a tahat za jeden provaz, jak udává participantka, a i v jejím případě tomu tak bylo. Participantka věděla, že od svých rodičů dostane vždy podporu, nezanevrou na ni, ale právě v průběhu léčby neplodnosti pochopila, že i manželovi rodiče takoví dokáží být. *„Byla jsem neuvěřitelně mile překvapena, když se nás jednou nečekaně manželovi rodiče zeptali, jestli si nechceme podat žádost o adopci. Jejich reakce mě až šokovala a především reakce tchyně. Měla k tomu celému velice pozitivní přístup a mě těšilo, že právě u ní jsme se setkali s podporou. U mě tedy v očích hodně od té chvíle stoupla.“*

V průběhu IVF pokusů si participantka pořídila kočku Miu, která jí při těžkých chvílích byla také velkou oporou. *„Umřela nedávno. Dožila se krásných 12 let. Vzpomínám si, jak vždycky vycítila, že ten plod neprospívá v tom bříšku, jak by měl. Lehala si mi na břicho, pořád za mnou chodila a připadalo mi jako by mě kontrolovala, jestli jsem opravdu psy-*

chicky v pořádku. Při breku přiběhla, nastavila kožíšek a já se do něj mohla zavrtat a vyplakat. Ona držela jako přibitá (smích).“ Kočka Mia během svého života měla 3 porody, které s ní participantka prožívala, pečovala jak o ni během těhotenství, tak i o koťátka po porodu. Pociťovala štěstí alespoň z nových kočičích životů, když ten lidský byl v nedohlednu. „Úplně živě před očima vidím tu situaci, kdy jsme si měli jet do kojeňáku pro dceru a Mia začala rodit. To jsem myslela, že se zblázním, protože nás tížil čas, ale nemohla jsem ji nechat samotnou v takové situaci. Koukala na mě smutnými očima, ať hlavně ted'ka neodjíždím. Nakonec těsně před odjezdem se jí narodilo 5 koťat, takže první dny s dcerou a novými koťaty byly více než obtížné, ale měla jsem za nás obě velkou radost.“ Dodnes participantka nemůže zapomenout na „neznámé“ ženy z diskuzního fóra Babinet, které v mnoha chvílích představovaly pro manželský pár obrovskou podporu. Tato skupina také zprostředkovala sbírku na 4. pokus IVF. Další velkou oporu participantka našla na portále eMimino. „Dokázaly mě všechny ty ženy nakopnout, rozbrečet dojetím moji rodinu a opět vykouzlit úsměv na mé tváři během neskutečně krátké chvíle, co jsem je znala.“ Participantka na sociálních skupinách našla ženy, které provázely podobný životní osud jako ji. Mohly tak společně sdílet různé tipy, rady, starosti a navzájem se podporovat, aby se nevzdaly. Participantka by nikdy nevěřila, že by mohla nalézt podporu v nejtěžších životních chvílích ve virtuálním prostředí internetu. Pociťovala zde upřímný zájem a snahu pomoci, což by přirovnala k druhé rodině. „Chce se mi z toho fakt brečet. Byla to neskutečná parta ženských. Z nich jsem cítila to pravé ženské pouto, podporovaly mě i v tom, abych se cítila jako žena, i když nejsem schopná otěhotnět a donosit manželovi dítě. No prostě ženské s obrovským písmenem Ž.“

10.5.3 Subkategorie: Spolupráce se zdravotníky

Spolupráce se zdravotníky participantka hodnotí velice kladně, vždy se jí snažili pomoci, byli na ni hodní při jednotlivých hospitalizacích v nemocnici. Pouze na jedinou špatnou zkušenost si participantka vzpomíná, odehrála se během její první návštěvy u gynekologa, která byla v jejích 15 letech. „To jsem tenkrát šla poprvé na gyndu kvůli tomu, že jsme měli jet se školou do Itálie a já si chtěla užít dovolenou bez menstruace. Hnedka u dveří na mě štěkala doktorka, že už jsem dneska asi 6. holka, co ji s tímhle otravuje. I to samotné vyšetření bylo strašně bolestivé. Já si říkala, že sem už mě fakt nikdo nedostane.“ Participantka od té doby gynekologickou ambulanci nenavštívila až do své 1. operace. Domnívá se, že možná právě tenhle přístup se mohl podílet na tom, že v té době cysta narostla do

takové velikosti a způsobila jí nepříjemnosti do dalších let života, protože nechodila na pravidelné kontroly. „*Tuhle doktorku fakt z hlavy už nevymažu. Tu gyndu mi úplně zprotivila. Pro každou holku, co jde poprvé na gyndu, je to stres a ne úplně příjemná návštěva, o to důležitější mi připadá, aby se ten personál choval, co nejlépe umí, a nebyl nepříjemný od chvíle, co vstoupíte do ordinace.*“ Participantka zmiňuje i neprofesionální chování sestry, které se společně s lékařkou za zády smály participantčině „problému“. Od požití pilulky na oddálení menstruace si začala participantka všimnout, že její nebolestivá a klidná menstruace se změnila v dysmenoreu. V tu dobu jí to ale nepřipadalo nikterak zvláštní a především neměla potřebu a důvěru na sdělení této informace své obvodní gynekoložce.

Na koho ze zdravotního personálu nemůže participantka zapomenout, byl lékař, se kterým se poprvé shledala v centru asistované reprodukce. Operoval její 2. zákrok a podstoupil s manželským párem všechny IVF pokusy. „*Byl to doktor, kterému jsem opravdu věřila, který mě znal a věděla jsem, že se snaží dělat maximum pro náš úspěch. Zajímal se i o mého manžela, když onemocněl, což bylo v tu chvíli od něj velice sympatické. Z mých 2 čárek na těhotenském testu měl určitě upřímnou radost.*“ Participantka si moc vážila tohoto lékaře, podle jejích slov by s ním šla až na konec světa, proto s ním podstoupila přesun do jiného centra asistované reprodukce. Nechtěla znovu podstoupovat popis své složité anamnézy a zvykat si na jiný přístup, i co se týká samotné léčby. „*Ale co se týkalo toho centra samotného, tak to jsem podporu nepociťovala. Vnímala jsem to jako běžící pás. Vyjděte na spermioqram, vy počkejte tady. Víím, že v tu dobu si tohle konkrétní IVF centrum chválili, ale já jsem k tomu jako nic necítila. Necítila jsem, že by tam byla nějaká emotivní podpora nebo tak.*“

DISKUZE

Hlavním cílem výzkumného šetření této bakalářské práce bylo zjistit vliv endometriózy na život ženy. Z něj vyplývá hlavní výzkumná otázka, která zní „*Jaký vliv má endometrióza na život ženy?*“. Prostřednictvím rozhovoru byla vyzpovídána vybraná participantka, která se již 25. rokem potýká s tímto ženským gynekologickým onemocněním. Endometrióza poznamenala mnoho jejích životních oblastí, které jsme se snažili zmapovat a popsat, včetně klíčových životních prožitků.

Jaké symptomy se u ženy objevovaly?

Zajímaly nás především projevy endometriózy, které se u ženy začaly objevovat a jak ovlivňovaly její život. Takové problémy se u žen objevují v souvislosti s lokalizací endometriózy v těle. Klinické příznaky endometriózy se vyznačují nespočetnou řadou různých příznaků, které bývají velmi subjektivní a v závislosti na lokalizaci endometriózy se symptomy projevují (Lebeda, 2023).

U participantky se objevila vystupňovaná bolest v oblasti břišní dutiny i mimo menstruační cyklus, což potvrzuje shodu s ostatními ženami trpícími endometriózou, a to až v 60 % případů, jak uvádí Roztočil a kol. (2011, s. 129). Dalším symptomem, se kterým se žena během života setkávala, byla dysparenie. Participantka se s tímto problémem začala potýkat až po prodělaných chirurgických operacích, kdy si začala v určitých polohách všimnout nepříjemné bolesti znemožňující prožití intimních chvílí s partnerem. Bolestivá zácpa sužovala participantku, která obvykle pociťovala velké tlaky na konečník a strach dojit si na záchod. Dyschézie představuje typ symptomu vyskytujícího se nejčastěji u endometriózy, která postihuje tlusté střevo. U žen se proto objevují potíže s defekací, kdy ženy trpí zácpou nebo průjmem buď dlouhodobě, nebo periodicky v souvislosti s menstruačním cyklem, jak uvádí Marešová (2022, s. 252–254). Posledním a nejobávanějším symptomem, který se objevil u participantky, je ženská neplodnost, která se považuje za jeden z klinických příznaků endometriózy. Četnost neplodnosti se pohybuje v rozmezí 30–50 % u žen s endometriózou, jak dokládá Lebeda (2023). V některých případech se endometrióza projevuje asymptomaticky. Podle Lebedy (2023) se jedná přibližně o 10–30 % případů žen s tímto onemocněním, jehož diagnostika přichází obvykle náhodou, a to při operačním zákroku.

Jaké byly zvoleny diagnostické postupy pro zjištění endometriózy?

Participantka se o své nemoci dozvěděla až po 7 letech během své 2. chirurgické operace v centru asistované reprodukce. Jak uvádí Roztočil a kol. (2011, s. 130), diagnostika endometriózy bývá častokrát velice komplikovaná právě kvůli svým variabilním a nespecifickým klinickým příznakům. Průměrné stanovení diagnózy se vyskytuje v rozmezí 7 až 12 let, což se potvrdilo i v případě vybrané participantky.

Během diagnostikování endometriózy žena podstupovala veškerá vyšetření systematicky od těch neinvazivních až po invazivní, které se v té době nabízely. Několikrát jí byla odebrána podrobná anamnéza, provedeno fyzikální vyšetření zaměřené především na břicho, pánev a genitál. Byly jí odebrány vzorky ze stolice, moči a krve. V rámci krevního rozboru se ve spojitosti s tímto onemocněním pozoruje hladina antigenu CA-125, která sice bývá u endometriózy zvýšená, ale ne natolik jako u epiteliálních karcinomů ovaria, jak zmiňuje ve své publikaci Lenz, Chvátal, Fiala a kol. (2021, s. 137). Sledování antigenu CA-125 si během léčebné terapie participantka neuvědomuje.

V navazující části participantka podstoupila sonografické a magnetické vyšetření dutiny břišní před plánovanou laparoskopickou operací. Lenz, Chvátal, Fiala a kol. (2021, s. 136) uvádí, že laparoskopie bývá posledním a nejspolehlivějším diagnostickým postupem při diagnostikování endometriózy. Hlavní cíl spočívá v definitivním potvrzení přítomnosti endometriózy a získání biologického materiálu pro histologické vyšetření.

Jaká terapie byla zvolena pro léčbu endometriózy?

Endometrióza se v současné době klasifikuje jako onemocnění trvale nevyléčitelné. Jak zmiňuje Novotná a Malý (2012, s. 183), kauzální léčba bývá znemožněna kvůli neznámé příčině vlastního onemocnění. Symptomatická léčba má za cíl primárně řešit příznaky, které jsou u žen naopak dobře známé. Léčba cílí ke komplexnímu zlepšení kvality života ženy včetně prevence poškození dalších orgánů. S ohledem na rozmanitý charakter endometriózy pokládáme i její léčbu za individuální. Každá pacientka by se měla rozhodnout pro výběr vhodného léčebného procesu, který jí bude nejvíce vyhovovat po všech stránkách. V případě vybrané participantky se takový přístup shodoval. S ohledem na její akutní stav se bezprostředně sáhlo po chirurgickém zákroku za cílem úlevy od svazujících bolestí a zachování anatomických poměrů pánve pro eventuální graviditu. Podle Hruškové (2021, s. 395) tento druh terapie nepřináší vždy 100% úspěšnost, jak by se z laického pohledu mohlo zdát, ba

naopak u 50 % pacientek dochází k recidivě endometriózy v horizontu 5 let po provedeném chirurgickém zákroku. Z vlastní zkušenosti participantka považuje medikamentózní terapii za velice důležitou, neboť její tělo na ni reagovalo vždy velmi dobře a v současné době díky ní nemusí řešit nepříjemnosti spojené s endometriózou. Během vysazování hormonální léčby při snahách o otěhotnění se participantka přesvědčila, jak progresivní samotné onemocnění dokáže být. Vedlejší účinky chirurgické a medikamentózní terapie přivádějí pacientky stále častěji k alternativním východiskům. Studie Flawse (2016, s. 61) naznačuje, jaký pozitivní dopad na endometriózu přináší podoba životního stylu, stravy, fyzické aktivity, fototerapie, hydroterapie, detoxikace či akupunktury. Lékaři primárně nedůvěřují alternativním metodám léčby, a proto pacientky v rámci této problematiky odkazují spíše na porodní asistentky, které jim mohou poskytnout základní informace a psychickou podporu. Vybraná participantka nad alternativními metodami léčby však nepřemýšlela. Při prvotním setkání s endometriózou žádala především rychlé řešení v podobě chirurgické operace včetně navazující medikamentózní léčby. K alternativním metodám se participantka uchýlovala až během snahy o těhotenství, čímž se tak přiklonila k metodám vybočujícím z principů léčby endometriózy. Zvýšená hladina estrogenu v důsledku konzumace potravin s velkým obsahem fytoestrogenů a přidružených hormonů podpořila růst endometriózy.

Jak probíhaly snahy o otěhotnění?

Absence jednoho vaječníku byla participantce známá, nikdy si však nepřipouštěla rizika této problematiky, která by se mohla promítnout do snah o otěhotnění. Vždy měla na paměti slova pana doktora, jenž po unilaterální ovariektomii a salpingektomii participantce tvrdil, že bude moct mít děti, kolik si jen bude přát. První kroky vedly k vysazení hormonální antikoncepce nasazené po 1. operaci rozsáhlé cysty. Prakticky ihned po vysazení hormonální antikoncepce se menstruace vrátila bez jakýchkoliv problémů. Navzdory sledování plodných dnů a cyklů ovulace se přirozené otěhotnění nezdařilo. Participantka se proto pustila do hlubšího studia na internetu a nově začala měřit i bazální teplotu a dále na doporučení gynekologa stanovené dny početí na základě ultrazvukového vyšetření. Po roce marného snažení se cesty manželského páru vydaly směrem do centra asistované reprodukce. Zde proběhly 3 IVF pokusy s vlastními oocyty a 2 IVF pokusy s darovanými oocyty. Ani jeden z pokusů však nepřekonal délku trvání I. trimestru těhotenství. Každý nezdařený pokus participantku psychicky zdeptal, sebral naději na vlastního potomka a souběžně s tím i velkou dávku ženskosti. Nejhorší byly poslední 2 pokusy s darovanými vajíčky, kdy žena měla několik pozitivních těhotenských testů a věděla, že je nejdále, kam kdy předtím došla.

Za nejhorsí období pokládá participantka 2 pokusy s darovanými vajíčky, kdy se po několika pozitivních těhotenských testech dostala zatím do nejpokročilejšího stádia vůbec. IVF pokusy s darovanými buňkami se celkově řadí mezi nejúspěšnější metody vůbec. Tato metoda se doporučuje párům u kterých nelze docílit těhotenství s vlastními buňkami. V České republice je darování vajíček i spermatu zcela legální, dobrovolné, bezpečné a anonymní. Hledání vhodné dávkyně či dárců může trvat i řadu měsíců. Dbá se na to, aby byli dárci pacientům podobní. Mezi hlavní shodovací znaky patří barva vlasů, očí, výška, váha či krevní skupina a Rh faktor (Řežábek, 2018, s. 116, 117). Participantka přirozeně pocítovala velké nadšení a víru, že tentokrát se těhotenství konečně vydaří, na jehož konci porodí svému milovanému muži vytouženého potomka. Zanedlouho se však dostavilo silné krvácení doprovázející odchod embrya z dělohy, s čímž odešel i poslední záchvěv naděje ve vlastní dítě. Páru se sice nikdy nepodařilo získat biologického potomka, prostřednictvím adopce jim však bylo umožněno osvojit si kojence.

Jakým způsobem probíhala u ženy léčba neplodnosti?

Lékaři považují neplodnost za jakýsi druh nemoci, který se snaží léčit buď změnou životního stylu jednotlivce, nebo za pomoci metod asistované reprodukce. Neplodný pár je takový, kterému se nedaří otěhotnět po pravidelném nechráněném styku po dobu jednoho roku. Podle Řežábka (2018, s. 12) se dá statisticky říci, že každý 5. pár v reprodukčním věku se potýká s nepříjemnostmi ohledně otěhotnění. Na doporučení svého obvodního gynekologa se participantka společně s manželem vydala do centra asistované reprodukce na konzultaci jejich plodnosti. Jako 1. podstoupila participantka chirurgickou operaci s cílem odstranění rozsáhlé endometriální cysty a obnovy fyziologické anatomie pánve. Takový postup se volí u žen, které mají středně závažnou až rozsáhlou formu endometriózy, což vybraná participantka splňovala (Tanbo a Fedorcsak, 2016, s. 662). Studie potvrzují, že chirurgická terapie endometriózy výrazně zlepšuje přirozenou plodnost, a to až kolem 50 % během období 12–18 měsíců po absolvování operace u participantek ve všech stádiích nemoci. Pro ženy bývá tato metoda častokrát velice stresující a obávaná, proto se jí přirozeně snaží vyhnout. Klíčovou roli považuje De Ziegler a kol. (2019, s. 56) u lékaře v poskytnutí dostateku potřebných informací o přínosech tohoto chirurgického zákroku.

Asistovaná reprodukce se v médiích častokrát prezentuje jako metoda zaručující okamžité otěhotnění klientky. Další mylná představa laické společnosti spočívá v tom, že bez asistované reprodukce nelze vyléčit sterilitu. Jak zmiňuje Řežábek (2018, s. 14), žádná z

těchto domněnek není zcela pravdivá. Metody asistované reprodukce mají svá určitá využití a omezení, které souběžně nesou výhody i rizika. U žen s endometriózou jsou nejčastějšími metodami v centru asistované reprodukce intrauterinní inseminace a in vitro fertilizace.

Studie Barnharta (2002) ukazují, že IVF má až o 35 % nižší úspěšnost u žen trpících endometriózou. Pravděpodobně je to způsobeno nižší kvalitou oocytů než odchylkami v endometriální receptivitě (Kučera, 2008, s. 136). I přes nižší úspěšnost absolvovala participantka se svým partnerem celkově 5 IVF pokusů.

Před samotným zahájením léčby neplodnosti se musel vyřešit problém s endometriózou, konkrétně odstranění cysty na levém vaječníku. Poté následovala umělá menopauza, která trvala 5 měsíců. Během 1. IVF se prostřednictvím metody ICSI oplodnilo 7 odebraných oocytů, z čehož pouze 2 embrya byla vhodná pro zavedení do participantčiny dělohy. Bohužel ani jedno embryo se neuhnízdilo a pár musel čelit 1. nezdařenému pokusu v centru asistované reprodukce. Při 2. IVF pokusu vše probíhalo víceméně stejně jako 1. pokusu IVF pouze s tím rozdílem, že děložní sliznice participantky nerostla, tudíž nebyla ihned připravena na vpravení embrya do dělohy. Oocytů se v tomto případě podařilo odebrat 8, ale kvůli nepříznivým podmínkám v děloze se musely zamrazit a počkat na adekvátní výšku děložní sliznice. Během stimulace děložní sliznice za pomoci léků se u ženy objevilo aktivní stádium endometriózy, proto opět musela být uvedena do umělého přechodu. Před kryoembryotransferem podstoupila participantka vyšetření na imunologii, kde se oproti normálu diagnostikoval pětinasobně vyšší výskyt imunitních buněk likvidujících všechno cizorodé, vpravené embryo nevyjímaje. Z tohoto důvodu byly participantce nasazeny kortikoidy za účelem potlačení její vlastní imunity. Naneštěstí vše nešlo podle představ lékařů, hladina „zabíjáčkových buněk“ nechtěla klesat, jak se všichni domnívali. Po rozmražení a následně prodloužené kultivaci byly transferovány 3 moruly do dělohy. U participantky se 9. den po kryoembryotransferu objevilo silné krvácení a znovu se opakoval neúspěšný scénář.

Následující participantčiny kroky směřovaly k zástupci primáře hematologie, kde jí bylo doporučeno přes léto vysadit veškeré léky, nechat tělo odpočinout a začít plánovat další IVF pokusy na podzim. V případě 3. IVF pokusu, posledního hrazeného zdravotní pojišťovnou, se postupovalo jiným způsobem, kdy se vyčkávalo na přirozený cyklus participantky, při kterém se vaječník začal stimulovat hormony až od 2. dne menstruačního cyklu. Děložní sliznice byla tentokrát zřetelně narostlá, tudíž představovala ideální prostředí pro nidaci embrya. Participantka se domnívá, že tomu bylo díky bio mateří kašičce, kterou po čase nárůstu

sliznice začala užívat. Problém se tentokrát vyskytnul v optimální velikosti folikulů, které se tak musely zvětšit zvýšenou dávkou medikamentů podporujících jejich stimulaci a růst. Po odebrání oocytů se pouze 1 embryo ve zkumavce vzorně vyvíjelo a mohlo být vpraveno do dělohy. Zanedlouho se však objevilo krvácení a tím i neúspěšný pokus IVF, poslední hrazený zdravotní pojišťovnou.

Od 1. 1. 2022 jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění 3 cykly IVF. Za předpokladu vpravení pouze 1 embrya při prvních 2 cyklech IVF hradí pojišťovna i pokus 4. Podmiňující kritérium představuje žena s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 let do dne dovršení 40 let. Ostatním ženám se poté nabízí v rozmezí od 22 let do dne dovršení 40 let (VZP, 2022). Laická veřejnost se mylně domnívá, že veškeré úkony související s IVF pokusy hradí v plném rozsahu zdravotní pojišťovna. Například léky, kterými se musí žena hormonálně stimulovat, jsou hrazeny jen částečně. Pokud žena vyčerpá přesně stanovené množství léků a její léčba neodkladně vyžaduje další, jejich úhrada pak směřuje za samotnou ženou. Výše finančního obnosu a míra spoluúčasti pacientky dále závisí na použitých metodách a léčivých přípravcích (VZP, 2022).

Manželský pár si tou dobou musel našetřit 100 000 Kč na 4. IVF pokus již nehrazený zdravotní pojišťovnou. Kvůli horší kvalitě vlastních participantčinych vajíček se jednalo o IVF pokus s darovanými oocyty. Participantka opět užívala léky na podporu růstu děložní sliznice, souběžně s tím se čekalo na vhodnou dárkyni a dostatečný finanční obnos. Navzdory nelehké situaci, kterou manželský pár navíc procházel, neboť manželovi participantky byla diagnostikovaná rakovina, se páru podařilo našetřit peníze a uskutečnit 4. IVF pokus s darovanými vajíčky. Participantka se snažila co nejvíce podpořit kvalitu děložní sliznice alternativními metodami. Do dělohy byly vpraveny 2 embrya a 3 embrya byly zamrazeny. Po několika letech snažení měla participantka konečně pozitivní těhotenský test, ale bohužel v 5. týdnu se ukázalo těhotenství jako neprosperující. Po šestinedělí se mohl pár připravit na poslední pokus se zbylými 3 oocyty od dárkyně. Kvůli neopětovnému zamražení byl proveden 5. IVF pokus se 3 rozmraženými embryi. Až do 14. dne po transferu těhotenství prospívalo, ale poté byla hCG hladina v krvi pouze 20. Tímto posledním pokusem manželský pár definitivně ukončil snažení o vlastního potomka v centru asistované reprodukce a začal alespoň doufat ve šťastný konec při snaze o náhradní rodinnou péči.

Jak se změnilы pocity ženskosti u ženy během léčby?

Participantka dohromady prodělala 3 chirurgické operace, které značně změnilы vnímání jejího zevnějšku. Ženám častokrát zevnějšek ovlivňuje právě i jejich samotné vnímání ženskosti a sebevědomí. Po probuzení z 1. operace směřoval participantčin pohled na břicho, na němž překvapivě zpozorovala velkou nevzhlednou jizvu. I když zevnějšek nebyl pro participantku nikdy zásadní, i přesto o své tělo ráda pečovala, vkusně se oblékala a dbala o svou životosprávu. Není se pak čemu divit, když velká jizva přes celé břicho s její psychikou zacloumala. Participantka si uvědomovala, že laparoskopická operace v jejím případě nestačila a musela se provést laparotomie od pupíku až k symfýze, aby se lékaři dostali k cystě v plném rozsahu. Nic to však neměnilo na tom, že participantka v mladém věku neměla ráda koupaliště, protože každý pohled na její odhalené tělo v plavkách sváděl k pohledu na nevzhlednou jizvu. Postupem času svou jizvu participantka přijala, brala ji jako součást jí samotné, čemuž výrazně přispěla její plastická úprava během 2. operace.

Ženskost vybrané participantky dostala největší zásah během četných nezdařených pokusů v centru asistované reprodukce. Jako nejvíce silné momenty popisuje participantka pokusy, kdy se pozitivně prokázaly těhotenské testy, což v manželském páru vzbudilo ohromnou radost. Naneštěstí tyto chvíle netrvaly nikdy moc dlouho, neboť se vždy vzápětí objevilo krvácení předcházející potratu. Bezmoc, naštvanost, prázdnota a nespravedlivost emocionálně doprovázely manželský pár po celou tu dobu. Participantka si myslí, že ženská energie v průběhu jejího života se začala vytrácet právě kvůli životním překážkám, které musela překonávat. Veškerou svou energii směřovala k jedinému cíli, nehledíc na nic jiného se nenechala rozptylovat. Snažila se být silná, celistvá a nezlomná. Tento postoj k životu bývá charakteristický spíše pro mužskou energii, která začala být dominantnější u vybrané participantky (Francesco, 2015). Potlačovala svou ženskost, ať co se týče chování, tak i nahlížením na sebe samu. Těhotenství představuje pro participantku jeden z kruciólních aspektů, kterých by každá „správná“ žena měla ve svém životě dosáhnout. Jelikož ona samotná toho nebyla schopna, pokládala to za své selhání. Manžel o její ženskosti a vnímání jí samotné jako ženy nepochyboval. Nikdy nebral sterilitu své ženy za něco, kvůli čemu by ji měl opustit či na ni koukat jinak než na jiné ženy. Musel sice nespočetněkrát čelit nepřijemným otázkám a pohledům od jiných mužů, kteří nechápali jeho postoj k celé situaci, přesto o své ženě nezačal nikdy pochybovat.

V současné době participantka o své ženskosti nikterak nepochybuje. Velkou vzpruhu pro její sebevědomí přinesla adoptovaná dcera. Veškeré pochybnosti o sobě a svém bytí na světě zcela vytěsnila.

Jaký má žena momentálně postoj k endometrióze?

Vztah k endometrióze se postupem času u participantky měnil. V nejhorším období, tedy během snažení se o potomka v centru asistované reprodukce, endometriózu brala jako svou protihráčku, se kterou se musí popasovat a nesmí ji nechat vyhrát. Po úspěšné adopci ji naopak začala brát jako svou spoluhráčku, se kterou sdílí svůj život a musí se s ní naučit žít. S odstupem času participantka říká, že jí tato nemoc především hodně dala, spíše než vzala. Nebýt endometriózy, tak by si nikdy neuvědomila, že plodnost páru není samozřejmostí, ale doopravdy zázrakem, když žena otěhotní a porodí zdravé dítě. I když se jedná o chronické onemocnění, které znepříjemňuje participantce život a limituje ji v mnoha ohledech, existují nemoci nesoucí podstatně horší prognózu s výhledy na samotný život. Tuto skutečnost si moc dobře uvědomila nejenom sama participantka, ale také její manžel po boji s rakovinou. Rodinná semknutost a podpora lidí v okolí jsou věci, které člověk nikde nekoupí a rozhodně nejsou samozřejmostí. Svého životního partnera si lépe vybrat nemohla, protože i přes veškeré překážky, které spolu prožili, si jsou stále blízcí a o jejich lásce nikdo nemůže pochybovat.

LIMITY VÝZKUMU

V průběhu zpracovávání bakalářské práce se vyskytly určité limity výzkumného šetření. S ohledem na výběr kvalitativního výzkumu byla zvolena pouze 1 participantka kvůli jejímu obsáhlému životnímu příběhu. Veškeré výsledky jsou tedy značně subjektivní, což však představuje paralelní nezbytnost vybraného výzkumu.

Zvolená participantka žije s endometriózou už 25 let, tudíž i zde shledávám limit výzkumu, neboť veškeré postupy, ať už při samotném diagnostikování endometriózy či její léčbě, nejsou aktuální a nejnovější. Kromě toho se domnívám, že zvolená participantka je velice silná a optimistická bytost, která endometriózu po letech bere jako svou spoluhráčku, tudíž veškeré komplikace s ní spojené bagatelizuje.

Přestože byl rozhovor veden za účelem zkoumání vlivu endometriózy na život ženy, participantka popisovala jednotlivé otázky v souladu s neplodností. Není se čemu divit, neboť vybraná participantka se o svém onemocnění dozvěděla až během 1. návštěvy v centru asistované reprodukce při snaze o těhotenství. Tyto problematiky se tím pádem staly pro participantku synonymy. Přestože jsem se na endometriózu věcně doptávala, zkuslení řešením neplodnosti se stalo neoddělitelnou součástí.

Během rešeršního sběru odborné literatury jsem postrádala adekvátní zdroje, ze kterých bych mohla čerpat kazuistiku konkrétních žen s endometriózou. Mohla bych tím lépe pochopit jejich smýšlení včetně emocionálního rozpoložení pro porovnání s vybranou participantkou. Použité zdroje v této bakalářské práci popisují problematiku endometriózy spíše obecně, co se týče etiopatogeneze, symptomatologie, diagnostiky a léčby samotného onemocnění. Velkou oporu jsem získala v publikaci od autora Boba Flawse (2016), kde jsem nasbírala potřebnou inspiraci pro rozklíčování tohoto tématu u neplodných žen s endometriózou.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Přestože se endometrióza stává ve společnosti stále více diskutovaným tématem, její faktická informační rozšířenost ve společnosti nedosahuje žádoucí úrovně. Mezi nejčastější problémy spojené s tímto onemocněním obvykle řadíme výraznou bolest při menstruaci, pohlavním styku a vyprazdňování. Velmi často se u žen s endometriózou také objevuje problematika neplodnosti. Během každé pravidelné gynekologické prohlídky, kterou by měla každá žena podstupovat jednou za kalendářní rok, by se vyšetřující gynekolog či porodní asistentka měli zajímat o charakter menstruačního cyklu z pohledu intenzity a bolestivosti. Při shledání klinického příznaku endometriózy by mělo být následně provedeno podrobné vyšetření gynekologem či vypsání poukazu do specializovaných poraden pro endometriózu. Cíle těchto kroků směřují ke včasné diagnostice tohoto onemocnění a dále k prevenci pozdějších komplikací v běžném životě ženy, ať už se jedná o progresivní bolestivost, či definitivní sterilitu.

Navázání dobrého vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacienty představuje jeden z klíčových bodů každé gynekologické ambulance. Apelovat by se mělo především na příjemnou a efektivní komunikaci. Zdravotnický personál by měl vykazovat teoretické znalosti ve svém oboru a dokázat si vyhradit dostatek časového prostoru pro své pacienty. Žádoucí vlastnosti porodních asistentek potom čítají empatii, asertivitu, vstřícnost, schopnost otevřené komunikace s patřičnou dávkou naslouchání, které u pacientek vzbuzují tak nezbytnou důvěru. Mezi další kompetence porodních asistentek řadíme edukační činnosti v podobě poskytování informací a zodpovídání dotazů ohledně samotného onemocnění. Pacientky jsou tak seznámeny s etiopatogenezí, diagnostikou, prevencí a léčbou jejich onemocnění.

V dnešním světě internetu lze najít spoustu informací o nejrůznějších nemocech či typických klinických příznacích. Každý uživatel však nevěnuje ani zlomek času pro vyhledávání informací o svém zdravotním stavu, proto by se nemělo upouštět od dalších alternativ informačních zdrojů typu tištěných letáků, brožurek, reklam a podobně. Takové materiály mohou být k dispozici v ambulantních čekárnách, na nástěnkách či v samotných vyšetřovacích ordinacích. Informace o ženském dospívání, menstruačním cyklu a problematice bolestivé menstruace by se měly především dozvídat adolescentky a ženy v reprodukčním věku prostřednictvím přednášek či edukačních materiálů, neboť se jedná o rizikové skupiny z pohledu endometriózy.

SEBEREFLEXE

Slovo endometrióza jsem poprvé uslyšela z úst své mámy, když jsem si jí stěžovala na bolestivou menstruaci. Díky ní jsem se dozvěděla, že existuje tato nemoc, a právě proto jsem se o ní chtěla dozvědět více a zároveň šířit kolem sebe osvětu. Myslím si, že tento cíl se mi splnil, protože už během psaní bakalářské práce jsem mnoha lidem poskytla základní informace o této nemoci a rozšířila tím povědomí, minimálně v nejbližším okruhu svých přátel. Dalším výrazným podnětem pro řešení svých problémů s menstruačním cyklem a podstoupení návštěvy v poradně s endometriózou se stal rozhovor s vybranou participantkou, díky kterému jsem získala patřičnou odvahu jednat.

Participantce byla nabídnuta volba prostředí k našemu rozhovoru. Přirozeně si zvolila své vlastní domácí prostředí, kde se cítí nejlépe. Během rozhovoru byl kladen důraz na respektování choulostivých a osobních informací. Participantka nemusela odpovídat na dotazy, na které nechtěla, a kdykoliv mohla rozhovor přerušit. Během rozhovoru jsem dbala na to, abych zůstala po jeho dobu co nejvíce objektivní, nikterak nezasahovala do výpovědi participantky svými postoji či názory, které by mohly její odpovědi ovlivnit. Jsem si zcela vědoma, že během rozhovoru jsem tento bod všude nesplnila na 100 %. Během rozhovoru jsem měla příjemné pocity, i když ze začátku u mě převažovala nervozita, která však vzápětí rychle zmizela.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá vlivem endometriózy na kvalitu života ženy. Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na komplexní shrnutí dosavadních poznatků ohledně endometriózy. Pozornost byla věnována především její historii, etiopatogenezi, klinickým příznakům, diagnostickým postupům a léčebným metodám včetně alternativních přístupů. Teoretická část dále směřovala k příčinám vzniku a možnostem léčby sterility u žen s tímto onemocněním. Značnou roli zde sehrává profese porodní asistentky, kterou zahrnujeme pod multidisciplinární zdravotnický tým v rámci péče o gynekologicky nemocné ženy.

Stěžejní cíl výzkumného šetření spočíval ve zjištění vlivu endometriózy na život ženy. S ohledem na citlivost vybraného tématu byl zvolen kvalitativní výzkum, jenž umožňuje hloubkové poznání zkoumaného fenoménu u dané ženy. Prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru došlo ke zmapování obsáhlého životního příběhu u vybrané participantky, čímž byly naplněny veškeré dílčí cíle a zodpovězena hlavní výzkumná otázka této bakalářské práce.

Strukturovaný sběr včetně jeho navazujícího rozklíčování vyústilo v následující závěry: Mezi nejfrekventovanější symptomy endometriózy se řadí dysmenorea, dyspareunie a dyschézie, což potvrdil i případ zvolené participantky, u které se tyto příznaky během života objevily. Tyto symptomy mohou život ženy zásadně ovlivnit ať už během společenského, pracovního, intimního nebo osobního působení. Diagnostika endometriózy je značně zdoluhavá a komplikovaná kvůli její pestré škále symptomů. Participantka se dozvěděla svůj finální verdikt diagnózy až během návštěvy centra asistované reprodukce, což bylo 7 let od prvního řešení obtíží v souvislosti s endometriózou. Léčba endometriózy cílí na potlačení symptomů a zkvalitnění komplexního života žen. První krok léčby spočíval v chirurgické terapii, která vyřešila akutní problémy svazující vybranou participantku. Následně žena podstoupila různé druhy medikamentózní léčby, některé z nich praktikuje dodnes. Sterilita se sice neřadí mezi život ohrožující stavy, ale má bezesporu velký vliv na psychiku žen. Životní cíl mnoha žen spočívá v přivedení vlastního potomka na svět, což potvrdila i zvolená participantka. Ukázalo se, že neúspěšné pokusy při asistované reprodukci dokáží výrazně narušit psychickou pohodu ženy včetně vnímání její ženskosti. Velkou oporu měla participantka ve svém partnerovi, který jí pomáhal překonat těžké chvíle a dodával patřičnou dávku motivace a naděje. Na základě této skutečnosti lze konstatovat, že pozitivní partnerské, rodinné i přátelské vztahy mají vliv na samotnou kvalitu života žen s endometriózou, neboť dodávají

ženám pocit bezpečí, opory a duševní rovnováhy. I přes veškeré nelehké situace, které musela participantka během svého života podstoupit, považuje endometriózu s odstupem času za svou přítelkyni, která jí otevřela v mnoha ohledech oči a změnila život k lepšímu. Smířila se s tímto onemocněním a už nehledá v nikom a ničem vinu, proč právě ona.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje:

BATT, Ronald (2011). *A History of Endometriosis*. London: Springer. ISBN 978-0-85729-584-2.

CIBULA, David (2002). Endometrióza a sterilita. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 11(4), 539-545. Praha: Levret.

FANTA, Michael, Peter KOLIBA a Hana HRUŠKOVÁ (2012). Endometrióza. *Česká gynekologie*. 77(4), 314-319. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně.

FLAWS, Bob (2016). *Endometrióza a neplodnost: Diagnóza, prevence, dieta, cvičení a relaxační terapie podle tradiční čínské medicíny*. Praha: Anahita. ISBN 978-80-87740-12-5.

GIUDICE, Linda (2010). Endometrióza. *Gynekologie po promoci*. 3(1), 13-21. Praha: Medical Tribune.

KONEČNÁ, Hana (2007). *Reprodukční zdraví: Co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7040-966-4.

KRAJČOVIČOVÁ, Renáta, Igor CRHA, Pavel VENTRUBA a kol. (2012). Mechanismus implantace embrya. *Praktická gynekologie*. 16(1), 20-26. Praha: Facta Medica.

KUČERA, Eduard (2008). *Endometrióza: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-144-8.

KUČEROVÁ, Ivana (2012). Endometrióza: Ultrazvuková diagnostika endometriózy. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 21(2), 162-174. Praha: Levret.

KUTNOHORSKÁ, Jana (2009). *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-6654-6.

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

MAREŠOVÁ, Pavlína (2022). *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví: 3. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-709-9.

NOVOTNÁ, Michaela a Zdeněk MALÝ (2012). Endometrióza: Ženská neplodnost (včetně asistované reprodukce) a endometrióza. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 21(2), 183-191. Praha: Levret.

PILKA, Radovan a kol. (2022). *Gynekologie: 2. aktualizované vydání*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-743-3.

ROB, Lukáš, Alois MARTAN, Pavel VENTRUBA a kol. (2019). *Gynekologie: Třetí, doplněné a přepracované vydání*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-426-2.

ROZTOČIL, Aleš a kol. (2011). *Moderní gynekologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2832-2.

ŘEŽÁBEK, Karel (2018). *Asistovaná reprodukce: Třetí aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-553-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. (2017). *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0214-3.

STRUSKOVÁ, Olga a Jarmila NOVOTNÁ (2022). *Metoda Ludmily Mojžíšové od A do Z: 10 cviků, které Vám mohou změnit život*. Praha: XYZ. ISBN 978-80-7683-097-4.

ŠKORNÍČKOVÁ, Zuzana, Markéta MORAVCOVÁ a Markéta ZAJÍČKOVÁ (2015). *Základy péče v porodní asistenci II*. Pardubice: Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice. ISBN 978-80-7395-860-2.

ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka, Jindřich MADAR a kol. (2020). *Imunologie a imunopatologie lidské reprodukce: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-648-1.

VRUBLOVÁ, Yveta (2011). *Ošetrovatelská péče v interních oborech*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-052-0.

Internetové zdroje:

BARRI, P., B. COROLEU, R. TUR a kol. (2010). Endometriosis – Associated Infertility: Surgery and IVF, a Comprehensive Therapeutic Approach. *Reproductive biomedicine*. 21(2), 179-185. Amsterdam: Elsevier. Dostupné z: <https://www.rbmojournal.com/action/showPdf?pii=S1472-6483%2810%2900238-5>

BIELKOVÁ, Helena (2014). Přírodní léčba endometriózy. In: *Fertility.cz* [online]. Bratislava: Fertility, 1. července 2023 17:25 [cit. 2023-07-01]. Dostupné z: https://www.fertility.cz/cs_CZ/reseni-problemu/endometrioza/prirodni-lecba-endometriozy.html?login

ČILLÍKOVÁ, Kristýna (2023). Němec: Ženy s endometriózou čekají na diagnózu i deset let. In: *Medical Tribune*. Praha: Medical Tribune, s.r.o., 1. července 2023 17:25 [cit. 2023-07-01]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/zeny-s-endometrioizou-cekaji-na-diagnozu-i-deset-let/>

DE ZIEGLER, Dominique a kol. (2019). Assisted Reproduction in Endometriosis. *Best Practise & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 33(1), 47-59. Amsterdam: Elsevier. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521690X18301155>

FACCHIN, Federica a kol. (2017). Mental Health in Women with Endometriosis: Searching for Predictors of Psychological Distress. *Human Reproduction*. 32(9), 1855-1861. Washington, D.C.: Oxford University Press. Dostupné z: <https://academic.oup.com/hum-rep/article/32/9/1855/4055583>

FRANCESCO (2015). Duchovní rozvoj: Mužská a ženská energie, In: *Nandi-shop.cz* [online]. Zlín: Nandi-shop.cz, 8. srpna 2015 [cit. 2015-08-08]. Dostupné z: https://nandi-shop.cz/muzska-a-zenska-energie/?fbclid=IwAR0mXmRD6zpf19oMGRZ1CLThV-knLTG_n7Mw6hc2IVOPJ0Qbttd32_qaauE

GRYCOVÁ, Lenka (2015). Endometrióza, In: *PharmaNEWS* [online]. Liberec: Pharma News, s.r.o., 16. července 2023 9:14 [cit. 2023-07-16]. Dostupné z: <https://www.pharma-news.cz/clanek/endometri-za/>

HAMPLOVÁ, Ludmila (2009). Záhadná nemoc. In: *Reflex.cz* [online]. Praha: Reflex, 16. července 2023 9:14 [cit. 2023-07-16]. Dostupné z: <https://www.reflex.cz/clanek/archiv/32632/zahadna-nemoc.html>

HRUŠKOVÁ, Hana (2011). Endometrióza: Výrazný dopad na kvalitu života ženy. *Interní medicína pro praxi*. 13(10), 394-396. Olomouc: Solen. Dostupné z: <https://internimedica.cz/pdfs/int/2011/10/07.pdf>

JANOŠKOVÁ, Kateřina a kol. (2018). Endometrióza a její vliv na plodnost a kvalitu života. *Praktický lékař*. 98(4), 147-152. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2018-4-4/endometrioz-a-jeji-vliv-na-plodnost-a-kvalitu-zivota-105305>

KIM, Julie, Takeshi KURITA a Serdar BULUN (2013). Progesterone Action in Endometrial Cancer, Endometriosis, Uterine Fibroids, and Breast Cancer. *Endocrine Reviews*. 34(1), 130-162. Washington, D.C.: Oxford University Press. Dostupné z: <https://academic.oup.com/edrv/article/34/1/130/2354682?login=false>

LANČARIČOVÁ, Veronika (2016). Pupalkový olej pro ženské zdraví, In: *Kalíšek.cz* [online]. Praha: Kalíšek.cz, 3. srpna 2023 11:36 [cit. 2023-08-03]. Dostupné z: <https://kalisek.cz/pupalkovy-olej-pro-zenske-zdravi>

LEBEDA, Misha (2023). *ENDOfalks*. Praha: ENDOfalks, z. s., 2023 [cit. 2023-07-05]. Dostupné z: <https://endofalks.cz>

MACER, Matthew a Hugh TAYLOR (2012). Endometriosis and Infertility: A Review of the Pathogenesis and Treatment of Endometriosis-associated Infertility. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 39(4), 535-549. Amsterdam: Elsevier. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889854512000836?via%3Dihub>

MOTLOVÁ, Alžběta (2023). *Celostnimedica.cz*. Praha: Sidonia Medica s.r.o., 2023 [cit. 2023-07-16]. Dostupné z: <https://www.celostnimedica.cz/>

PARENTE BARBOSA, Caio, A M BENTES DE SOUZA, Baianca BIANCO a Denise CHRISTOFOLINI (2011). The Effect of Hormones on Endometriosis Development. *Minerva Ginecologica*. 63(4), 375-386. Turín: Edizioni Minerva Medica. Dostupné z:

<https://www.ideiafertil.com.br/files/downloads/the-effects-of-hormones-on-endometriosis-development.pdf>

PROCHÁZKOVÁ, Simona (2015). Endometrióza: alternativní léčba předchází potížím, In: *Vitalia.cz* [online]. Praha: Internet Info, s.r.o., 1. července 2023 17:25 [cit. 2023-07-01]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/endometrioza-alternativni-lecba-predchazi-potizim/>

TANBO, Tom a Peter FEDORCSAK (2016). Endometriosis – Associated Infertility: Aspects of Pathophysiological Mechanisms and Treatment Options. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 96(6), 659-667. New Jersey: John Wiley & Sons. Dostupné z: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13022>

TUATTI, Gabriela (2018). *Gabriela Tuatti*. Praha: Gabriela Tuatti.cz, 2023 [cit. 2023-08-03]. Dostupné z: <https://gabrielatuatti.cz/>

VZP (2022). Podmínky pro umělé oplodnění od roku 2022, In: *VZP* [online]. Praha: VZP, 31. ledna 2022 [cit. 2022-01-31]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/podminky-pro-umele-oplodneni-od-roku-2022?fbclid=IwAR1l6GHKl9F5721qvHWVA0P_Wn7TMZCYkMiKgy-9da-buYeM3z8MVAVSpATI

WILSON, Debra Rose (2018). Endometriosis: Symptoms, causes and treatments, In: *Medical News Today* [online]. Brighton: Healthline Media UK, 5. července 2023 [cit. 2023-07-05]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/149109.php>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – Informovaný souhlas s rozhovorem
- Příloha č. 2 – Okruhy k rozhovoru

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas s rozhovorem

INFORMOVANÝ SOUHLAS

ENDOMETRIÓZA A JEJÍ VLIV NA ŽIVOT ŽENY

STUDENT

Kristýna Letová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: kristyna.letova@seznam.cz

VEDOUcí BP

PhDr. Kristina Janoušková, Ph.D.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: kjanousk@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit vliv endometriózy na kvalitu života ženy.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Zdroj: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

Příloha č. 2 – Okruhy k rozhovoru

Tabulka 1: Okruhy k rozhovoru

OKRUHY K ROZHOVORU	
Okruh	Téma k rozhovoru
Primární symptomatologie u ženy s endometriózou	Projevy endometriózy Vliv endometriózy na kvalitu života Informovanost
Průběh diagnostiky a léčby u ženy s endometriózou	Diagnostika endometriózy Léčba endometriózy Hospitalizace v nemocnici
Průběh fertilizace u ženy s endometriózou	Přirozené oplození Centrum asistované reprodukce Adopce Manželova rakovina
Psychický stav ženy léčící se s endometriózou	Ženskost Podpora Spolupráce se zdravotníky

Zdroj: vlastní zpracování, 2024