

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2017

Bc. Tereza Havlíková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení kvality života žen v období souvisejícím s menopauzou – využití
elektronické formy nástroje MRS na webových stránkách zaměřených na
menopauzu

Bc. Tereza Havlíková

Diplomová práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Tereza Havlíková
Osobní číslo: Z15223
Studijní program: N5345 Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Perioperační péče v gynekologii a porodnictví
Název tématu: Hodnocení kvality života žen v období souvisejícím s menopauzou - využití elektronické formy nástroje MRS na webových stránkách zaměřených na menopauzu
Zadávací katedra: Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. CITTERBART, K. et al. Gynekologie. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
2. JENÍČEK, J. Žena v přechodu. 2. přepracované vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0679-2.
3. KOLAŘÍK, D. et al. Repetitorium gynekologie. 2. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-267-4.
4. MORAVCOVÁ, M.; MAREŠ, J.; JEŽEK, S. Menopause Rating Scale Validation Czech version specific instrument for assessing health-related quality of life in postmenopausal women. Ošetrovatelství a porodní asistence [online]. 2014, roč. 5 č. 1, [cit. 2016-04-28], s. 36-45. ISSN 1804-2740.
5. MORAVCOVÁ, M.; MAREŠ, J. Nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze. Kontakt [online]. 2011, č. 4, [cit. 2016-04-28], s. 434-440. ISSN 1804-7122.


Vedoucí diplomové práce: Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání diplomové práce: 5. května 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. února 2017

Prohlašuji:

Tuto diplomovou práci na téma „Hodnocení kvality života žen v období souvisejícím s menopauzou – využití elektronické formy nástroje MRS na webových stránkách zaměřených na menopauzu“ jsem vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci použila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne: 4. 5. 2017

Podpis: Bc. Havlíková Tereza

PODĚKOVÁNÍ

Moc ráda bych poděkovala Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D., za věnovaný čas, trpělivost, vstřícnost, cenné a odborné rady při zpracování diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat Ing. Lukáši Čeganovi, Ph.D., za technickou pomoc při zpracovávání webových stránek a jejich uvedení do provozu.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá problematikou hodnocení kvality života žen v období menopauzy s využitím elektronické formy české standardizované verze dotazníku Menopause Rating Scale. Práce je teoreticko-výzkumná. V teoretické části diplomové práce je pozornost věnována pojmu menopauza, průběhu tohoto životního období, kvalitě života, dostupným informačním zdrojům ale také dotazníku MRS. Ve výzkumné části je popsána metodika tvorby webových stránek, jejich uvedení do provozu. Součástí práce je i statistické vyhodnocení dat získaných pomocí elektronické formy dotazníku Menopause Rating Scale využitého na vytvořených webových stránkách.

KLÍČOVÁ SLOVA

Klimakterium, kvalita života, Menopause Rating Scale, menopauza, webové stránky

TITLE

Assessing quality of life of menopausal women – the use of electronic Menopause Rating Scale questionnaire form on a website dedicated to menopause.

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the issue of evaluation the quality of women life in the menopause period with using the electronic version of the Czech standardized version of questionnaire the Menopause Rating Scale. The thesis is theoretical-research. In the theoretical part of the diploma thesis, attention is paid to the concept of menopause, during this period, the quality of life, the available information sources, but also the MRS questionnaire. The research part describes the methodology of website creation and putting into operation. Part of the work is statistical evaluation of data obtained by using the electronic form of questionnaire the Menopause Rating Scale used on the created websites.

KEYWORDS

Climacterium, menopause, Menopause Rating Scale, quality of life, website

OBSAH

CÍLE PRÁCE.....	12
ÚVOD.....	13
1 MENOPAUZA A KLIMAKTERIUM.....	15
1.1 Terminologie.....	16
2 PŘÍZNAKY ESTROGENNÍHO DEFICITU V MENOPAUZE.....	18
2.1 Vegetativní syndrom.....	18
2.2 Organický estrogen-deficitní syndrom.....	19
2.3 Metabolický estrogen-deficitní syndrom.....	21
2.3.1 Osteoporóza.....	21
2.3.2 Nemoci srdce a cév.....	23
3 TERAPIE.....	25
3.1 Hormonální substituční terapie (HRT).....	25
3.2 Nehormonální terapie.....	27
4 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY.....	29
5 ELEKTRONICKÉ INFORMAČNÍ ZDROJE.....	30
6 KVALITA ŽIVOTA.....	32
6.1 Objektivní kvalita života.....	34
6.2 Subjektivní prožívání a hodnocení kvality vlastního života.....	34
6.3 Měření kvality života.....	34
6.4 Hodnotící nástroje pro měření kvality života žen po menopauze.....	35
6.5 MRS - Menopause Rating Scale.....	36
7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	39
8 METODIKA VÝZKUMU.....	40
8.1 Rešerše dostupných elektronických informačních zdrojů.....	40
8.2 Tvorba webových stránek.....	40
8.3 Elektronická forma dotazníku MRS.....	41

9	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	43
9.1	Rešerše dostupných elektronických informačních zdrojů.....	43
9.2	Webové stránky.....	43
9.3	Elektronická forma dotazníku MRS.....	48
9.4	Charakteristika výzkumného souboru.....	51
9.5	Jednotlivé položky symptomů dotazníku MRS	53
9.6	Přehled jednotlivých domén.....	61
	DISKUZE	65
	ZÁVĚR	69
	POUŽITÁ LITERATURA	71

SEZNAM TABULEK A ILUSTRACÍ

Tabulka 1: Věkové rozdělení respondentek.....	51
Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek.....	52
Tabulka 3: Léčba HRT	52
Tabulka 4: Návaly horka a pocení	53
Tabulka 5: Srdeční obtíže	54
Tabulka 6: Poruchy spánku.....	54
Tabulka 7: Depresivní nálady	55
Tabulka 8: Podrážděnost.....	56
Tabulka 9: Úzkost.....	56
Tabulka 10: Tělesná a duševní únava	57
Tabulka 11: Sexuální problémy	58
Tabulka 12: Poruchy močového ústrojí	58
Tabulka 13: Poševní suchost.....	59
Tabulka 14: Kloubní a svalové obtíže	60
Tabulka 15: Jednotlivé symptomy (popisná statistika).....	60
Tabulka 16: Somato-vegetativní doména	62
Tabulka 17: Psychologická doména	62
Tabulka 18: Urogenitální doména	63
Tabulka 19: Celkové skóre	63
Obrázek 1: Úvodní strana webových stránek	44
Obrázek 2: Úvodní strana webových stránek (pokračování).....	44
Obrázek 3: Příznaky menopauzy	45
Obrázek 4: Léčba menopauzy.....	46
Obrázek 5: Další možnosti léčby	47
Obrázek 6: Online poradna	48
Obrázek 7: Vstup k dotazníku MRS	48
Obrázek 8: Dotazník MRS (úvodní informace).....	49
Obrázek 9: Dotazník MRS (jednotlivé symptomy)	50
Obrázek 10: Dotazník MRS (ukázka vyhodnocení).....	50

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

DXA	duální rentgenová absorpciometrie
ERT	estrogenní hormonální substituční terapie (estrogen replacement therapy)
FSH	folikulostimulační hormon
HDL	vysokodenzitní „hodný“ lipoprotein (high density lipoprotein)
HRQL	kvalita života ve spojitosti se zdravím (health-related quality of life)
HRT	hormonální substituční terapie (hormon replacement therapy)
ICHS	ischemická choroba srdeční
IM	infarkt myokardu
IMS	International Menopause society
LDL	nízkodenzitní „zlý“ lipoprotein (low-density lipoprotein)
LH	luteinizační hormon
MRS	Menopause Rating Scale
PC	osobní počítač (Personal Computer)
QoL	kvalita života (quality of life)
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)
WHOQOL	hodnotící nástroj k měření kvality života vytvořený Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organisation Quality of Life Assessment)

CÍLE PRÁCE

Teoretické cíle práce jsou:

- objasnit terminologii menopauzy;
- popsat příznaky estrogenního deficitu;
- objasnit klinická vyšetření spojená s menopauzou;
- popsat možnosti léčby estrogenního deficitu;
- vymezit pojem „kvalita života“ související se zdravím a ve vztahu k menopauze;
- popsat informační zdroje určené k cílené edukaci žen v období ovlivněném menopauzou.

Výzkumné cíle práce jsou:

- zhotovení informativních odborných webových stránek zaměřených na menopauzu;
- vyhodnocení dat získaných pomocí elektronické formy české standardizované verze elektronického dotazníku MRS, který je součástí vytvořených webových stránek.

ÚVOD

Předmětem zkoumání diplomové práce je hodnocení kvality života žen v období ovlivněném menopauzou. Menopauza je součástí života každé ženy, ovšem každá žena vnímá nástup změn odlišným způsobem, který se rovněž odráží i na kvalitě života ženy. Vzhledem k neustálému stárnutí celé populace se zvyšují počty žen, jejichž život je touto změnou ovlivněn. Jedná se o změny velmi individuálního rázu, které mohou ovlivňovat všechny složky osobnosti. Přesto, že se jedná o změnu očekávanou, může život ženy zasáhnout jakožto stresová zátěžová situace, kterou žena těžce ponese. Žena v období života ovlivněném menopauzou je v dnešní době stále zahlcená různými zdroji informací, které přináší řadu nedorozumění, tabuizovaných témat a komplikovanou komunikaci způsobenou všudypřítomnou intimitou obtíží souvisejících s menopauzou. Je důležité, aby ženy při výskytu symptomů estrogenního deficitu byly dostatečně a odborně informovány o svých problémech a jejich řešení.

Diplomová práce má dvě části, teoretickou část a část výzkumnou. Teoretická část diplomové práce je věnována úvodu do problematiky týkající se menopauzy. Je zde popsán průběh menopauzy, změny a rizika, která lze ve spojitosti s menopauzou očekávat. Dále je zaměřena na vymezení a charakteristiku pojmu „Kvalita života“, přístupy k nahlížení na kvalitu života, možnosti měření a následného hodnocení. Jedna z podkapitol je věnována nástrojům měření kvality života, je orientována na nástroje měření spojené s hodnocením kvality života žen v období menopauzy. Další kapitolou je úvod do problematiky elektronických informačních zdrojů současné moderní společnosti ve spojitosti s problematikou menopauzy.

V části výzkumné jsou popsány zhotovené webové stránky a jejich účel. Je zde popsána také metodika vzniku webových stránek, jejich obsah a cíl. Předpokládáme, že se bude jednat o zdroj informací, který bude kvalitní, účelný, srozumitelný a pomůže se ženám snáze orientovat ve svých problémech. V druhé polovině výzkumné části diplomové práce nalezneme statistické zpracování dat, která byla získána na webových stránkách s využitím specifického standardizovaného dotazníku Menopause Rating Scale (MRS), resp. jeho elektronické formy české verze.

Cílem diplomové práce je představit vzniklé webové stránky, které budou přístupné a srozumitelné široké veřejnosti. Na základě rešerše informačních internetových zdrojů byl potvrzen fakt, že v České Republice v současnosti neexistují oficiální odborné stránky

zaměřené na problematiku menopauzy a symptomů estrogenního deficitu určené ženám laičkám. Můžeme se setkat s řadou webových stránek, které jsou určené především odborníkům, a proto jsou často pro ženu v menopauzálním období velmi těžce uchopitelné. Dále jsou často k dispozici webové stránky určené především k propagaci některých preparátů, ať už léků nebo doplňků stravy pro ženy v období ovlivněném menopauzou (např. www.dumbylinek.cz, www.mynatureproduct.com nebo třeba www.nemoci.vitalion.cz).

Tento relativní nedostatek kvalitních elektronických zdrojů vhodných pro každou ženu může být v dnešní době informačních technologií opravdovým problémem. Je tedy nutno problémům spojeným s menopauzou předcházet pomocí preventivních opatření, edukací žen a také podpořit komplexní zdravotní péči o ženy v období ovlivněném menopauzou. Díky komplexnímu poznání této problematiky u konkrétní ženy můžeme následně lépe definovat typy obtíží a přispívat k úspěšné spolupráci a dosáhnout tak adekvátní reakce na preventivní opatření a nasazenou léčbu (Moravcová, Holá, 2017, s.14-15).

Ke komplexnímu poznání a adekvátní spolupráci ženy při řešení obtíží vznikajících z estrogenního deficitu jednoznačně přispívá saturace ženy adekvátními informacemi. Domníváme se, že jedním z mnoha způsobů, jak žena může získat informace a zároveň si udělat představu o svých vlastních problémech jsou odborné webové stránky o menopauze s nástrojem hodnocení kvality života ženy.

Elektronická forma dotazníku Menopause Rating Scale (MRS), který je součástí nově vytvořených webových stránek, je určena k orientačnímu hodnocení kvality života ženy a vlivu obtíží na kvalitu jejího života. Forma užití nástroje k hodnocení kvality života slouží čtenářkám jako okamžitá zpětná vazba a pomáhá jim zorientovat se ve vlastních obtížích. Cílem je jeho využití na webových stránkách, které byly vytvořeny a které mohou ženám sloužit jako vhodný zdroj informací.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENOPAUZA A KLIMAKTERIUM

Menopauza je životní změnou týkající se života každé ženy. Některé ženy tuto změnu prožívají téměř bez povšimnutí, zatímco jiné ženy s menšími či většími problémy. Menopauza je pojem označující poslední menstruační krvácení, kdy dochází k trvalé zástavě menstruace. Prohlášení o menopauze lze určit pouze retrospektivně, a to po 12 měsících **amenorey**. Střední věk menopauzy v našich podmínkách je mezi 49-51 lety (Fait, 2004, s. 1; Kolařík et al., 2011, s. 287).

V širším slova smyslu se jedná o období vyhasínání reprodukčních funkcí a hormonální nestability, někdy je také označováno jako klimakterium. Klimakterium neboli také přechod či **perimenopauza**, je proces přechodu mezi plodným věkem ženy a **senia**. V tomto období dochází k fyziologickému poklesu ovariálních funkcí, a tím k následným endokrinním, somatickým a psychickým změnám. Jedná se o změny přirozené a postihující všechny ženy. Lze také říci, že organismus ženy přechází z období plodnosti do období reprodukčního klidu. Období klimakteria se fyziologicky vyskytuje mezi 45. až 60. rokem života (Kolařík et al., 2011, s. 287; Fait, 2004, s. 1).

Období přechodu postihuje všechny ženy. Hlavní příčinou jsou vaječníky, kde dochází k vyčerpání zásob folikulů. Vaječník se tak stává necitlivý k vysokým hormonálním stimulům a přestává produkovat pohlavní hormony. Přímým ukazatelem snížených hormonálních hladin jsou poruchy a nepravidelnosti menstruačního krvácení. Menses se nejprve stává nepravidelnou a pozdě se nevyskytuje vůbec. Nízká produkce estrogenů ve vaječnicích přetrvává i v období po menopauze, ale je tak nízká a u každé ženy rozdílná, že nedokáže potlačit vzniklé obtíže spojené s přechodem (Jeníček, 2004, s. 15; Kolařík et al., 2011, s.288-289).

Menopauza je obdobím individuálním, u některých žen může přijít dříve nebo také později. U žen, jimž puberta nastoupila dříve, lze tedy očekávat pozdější nástup menopauzy. Naopak u žen, u kterých došlo k pozdějšímu nástupu puberty lze očekávat kratší reprodukční období života. Faktory ovlivňující dřívější nástup klimakteria jsou: podvýživa, veganská strava, nízká hmotnost, kouření cigaret, rodinná anamnéza časně menopauzy. Naopak faktorem podporujícím pozdější nástup menopauzy může být porod ve vyšším věku nebo dlouhodobé užívání antikoncepce (Kolařík et al., 2011, s. 288).

1.1 Terminologie

Pro správné řazení a pojmenování jednotlivých menopauzálních období v životě ženy užíváme klasifikaci Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation, WHO), která vychází z klasifikace Mezinárodní menopauzální společnosti (International Menopause Society, IMS).

Premenopauza je označována jako období před menopauzou, přesněji řečeno jedná se o období dvanácti měsíců před počátkem menopauzy, kdy je menstruační cyklus ještě pravidelný. Vlivem poklesu hormonálních hladin dochází ke změnám menstruačního cyklu. Může se vyskytovat polymenorea, hypermenorea, popřípadě oligomenorea (Kolařík et al., 2011, s. 287; Citterbart et al., 2008, s. 205).

Menopauza je tedy označením pro konečné a trvalé vyhasnutí funkce vaječnicků – pro poslední menstruační krvácení. Dochází tak k trvalé zástavě menstruačního cyklu. Hlavní příčinou je absolutní úbytek primordiálních folikulů v ovariích. K tomuto úbytku dochází vlivem zkracování reprodukčního života. Část folikulů je v průběhu života spotřebována při uvolňování vajíček během jednotlivých menstruačních cyklů, většina však zaniká atrézií. K menopauze dochází tehdy, dojde-li k poklesu folikulů pod kritickou mez, a to bez ohledu na stáří ženy. Tím dochází i ke změně velikosti a hmotnosti ovaríí. Rovněž klesají i hladiny ženských pohlavních hormonů, zejména estrogenů (Kolařík et al., 2011, s. 288-289; Citterbart et al., 2008, s. 205).

Perimenopauza je obdobím těsně před menopauzou a trvá až jeden rok po menopauze. Je charakterizována nepravidelnými menstruačními cykly – oligomenorea, hypomenorea až amenorea. Koncentrace folikulostimulačního hormonu (FSH) je významně zvýšená, hladiny estrogenů zůstávají v normě či jsou sníženy (Kolařík et al., 2011, s. 287).

Postmenopauza začíná jeden rok po posledním menstruačním krvácení, kdy došlo k vyhasnutí ovariální funkce. Projevuje se trvalou amenoreou, fyziologicky ireverzibilní folikulární insuficiencí ovaria s trvalou sterilitou. Jedná se o tzv. období reprodukčního klidu (Kolařík et al., 2011, s. 287; Citterbart et al., 2008, s. 205).

Předčasná menopauza tento termín označuje nástup menopauzálních změn v přechod do nereprodukčního období v nižším věku. Mezníkem věkové hranice pro označení předčasné menopauzy je hranice 40 let (Fait, 2004, s. 1).

Indukovaná menopauza nastává po chirurgickém odstranění obou ovarií. V takovém případě se menopauzální příznaky projevují okamžitě. Indukovaná menopauza může nastat i v případě narušení funkce vaječníků chemoterapií či aktinoterapií. Takovýto léčebný přístup může vyvolat menopauzální příznaky ihned nebo je otázkou několika měsíců (Weiss et al., 2010, s. 258).

V podkapitole terminologie menopauzy byly uvedeny základní pojmy, které se v klinické praxi používají k popisu období ovlivněného vyhasínáním reprodukčních funkcí. Rovněž je důležité objasnění těchto pojmů pro snazší orientaci se v problematice menopauzálních změn.

2 PŘÍZNAKY ESTROGENNÍHO DEFICITU V MENOPAUZE

Jen u malého procenta žen v premenopauze dojde k náhlé zástavě menstruačního cyklu a menstruačního krvácení. Ve většině případů se cykly mohou začít nejprve prodlužovat nebo naopak zkracovat. Spolu s tím dochází ke snižování hladiny progesteronu, a tak děložní sliznice vlivem nadbytku estrogenů enormně roste. Zvýšený nárůst děložní sliznice označujeme jako hyperplazii endometria. Ta je velmi často spojována se silným a nepravidelným krvácením. Postupem času dochází vlivem hormonálních změn k atrofizaci reprodukčních orgánů. Dále atrofickým změnám podléhá například endometrium, kůže nebo urogenitální trakt. Může tak docházet k řidnutí vlasů, snížení ochlupení v oblasti zevních pohlavních orgánů. Pochva ztrácí svoji elasticitu a lubrikace je také snížena (Fait, 2004, s. 2; Phillipsová, 2005, s. 12-26).

Menopauzální příznaky se dělí na: **syndrom vegetativní** (klimakterický syndrom) – zde řadíme poruchy vasomotorické a psychické. **Organický estrogen-deficitní syndrom**, do kterého zahrnujeme změny kůže, urogenitální poruchy a změny tělesné hmotnosti. Poslední skupinou příznaků je tzv. **metabolický estrogen-deficitní syndrom**, postihující ženy zejména aterosklerózou a osteoporózou (Citterbart et al., 2008, s. 205).

Zatímco vegetativní syndrom ovlivňuje hlavně kvalitu života ženy, a to ve smyslu jejího snížení, syndrom organický a metabolický již ovlivňuje zdraví ženy a může vést k jeho poškození (Fait, 2004, s. 2; Kolařík et al., 2011).

2.1 Vegetativní syndrom

Klimakterický syndrom zahrnuje příznaky menopauzálních změn, které řadíme k příznakům akutním. Tyto příznaky mohou vzniknout náhle nebo pozvolna a mohou trvat měsíce, u jiné ženy i roky. Jedná se o nejtypičtější projevy estrogenního deficitu. Nejčastěji se projevují příznaky vazomotorické, které ženy často vnímají jako první a jako velmi nepříjemné. Ženy udávají pocity návalů horka, které bývají doprovázené zrudnutím v obličeji a v oblasti krku, dále silné pocení a noční pocení. Návaly horka počínají horkostí v oblasti hlavy a krku, a postupně se šíří do celého těla. Dalšími příznaky jsou svíravé pocity na hrudi, nepravidelné bušení srdce, poruchy spánku, problémy se soustředěním a pamětí, bolesti hlavy, závratě aj. (Kolařík et al., 2011, s. 292-295; Citterbart et al., 2008, s. 206).

Dalšími příznaky, které ženu ovlivňují zejména po stránce psychické, jsou změny nálad, snížení libida, plačtivost, psychická labilita, poruchy usínání a spánku ve smyslu častého

probouzení se. Na poruchy spánku obvykle navazuje únava a ospalost během dne, doprovázené pocity osamělosti, nedostatečnosti, nervozitou, zapomnětlivostí, roztěkaností, které ústí až ve stavy psychické lability, depresivních nálad, výbušnosti a možnou agresivitu (Kolařík et al., 2011, s. 295-296; Citterbart et al., 2008, s. 206; Fait, 2006, s. 16).

Tyto příznaky se nejčastěji vyskytují v časném období postmenopauzy, ale objevit se mohou již u žen v perimenopauzálním období, kdy ženy ještě menstrují. Příčinou vazomotorických změn je narušení zpětné vazby hormonů vaječnicků a hypotalamu, kdy dojde k narušení regulačních mechanismů hypotalamu, a to postihne centrum odpovědné za řízení teploty a tonus cév. Asi u 25 % žen představují tyto obtíže výrazný zdravotní handicap, který může být ženě překážkou v jejích každodenních činnostech. Až u 50-75 % žen jsou příznaky vegetativního syndromu přítomny více než jeden rok po menopauze (Kolařík et al., 2011, s. 292-295).

Již rozvinutý akutní klimakterický syndrom je indikací k podávání hormonální substituční terapie (HRT – hormone replacement therapy). Je třeba tuto skutečnost nepodcenit a vzniklé obtíže prodiskutovat se svým gynekologem. Je nutné ženě objasnit jaký přínos, popř. rizika, pro ni může HRT přinášet. Pro lepší klasifikaci symptomů je vhodné užívat metody (obvykle dotazníky), díky kterým se snažíme odhalit prvotní příznaky, co nejdříve abychom předešli ohrožení zdraví ženy (Jeníček, 2004, s. 31-36).

2.2 Organický estrogen-deficitní syndrom

Příznaky organického estrogen-deficitního syndromu lze také označit pod pojmem subakutních příznaků. Jedná se o příznaky způsobené v důsledku organického poškození kůže, sliznic a orgánů na podkladě atrofie. Nejedná se však o symptomy, které by ženu přímo ohrožovaly na životě, ale kvalitu života jako takovou jednoznačně ovlivňují. Příznaky se mohou objevit i premenopauzálně, ale ve většině případů se objevují právě až po menopauze. Do 10 let po nástupu menopauzy se vyskytují symptomy dolní části genitálního ústrojí až u 10 % žen. Všeobecně se tyto změny projevují suchostí sliznic, jejím ztenčením, zranitelností a náchylností k častým zánětům. Postihují především kožní kryt a urogenitální trakt, atrofii. K atrofizaci dochází vlivem nedostatečných hladin estrogenů, tudíž v případě organického estrogen-deficitního syndromu je léčba estrogeny žádoucí (Kolařík et al., 2011, s. 296; Citterbart et al., 2008, s. 206).

Padání vlasů a zvýšená lomivost nehtů je také jedním ze symptomů estrogenního deficitu. V neposlední řadě podléhá atrofickým změnám i závěsný aparát dělohy a pochvy, tudíž může snáze dojít k descensu a až k samotnému prolapsu dělohy a pochvy (Kolařík et al., 2011, s. 296).

Urogenitální atrofické změny postihují poševní sliznici téměř u všech žen po menopauze, avšak u 1/3 z nich dochází k výrazným obtížím. Některé z prvních příznaků se mohou objevit hned několik měsíců po menopauze, jiné i po 10-15 letech. Sliznice postižená atrofickými změnami je charakterizována svou křehkostí, sníženou lubrikací, snadno podléhá infekcím a je snadněji zranitelná. Dochází ke změně poševní bakteriální mikroflóry, kdy její fyziologicky kyselé prostředí se náhle mění na prostředí zásadité, snáze obyvatelné patogenními organismy. Vznikají tak časté záněty projevující se svěděním, pálením, bolestí v pochvě, které mohou být doprovázené výtoky. Záněty tohoto typu bývají pro ženu velmi nepříjemné, a to jak samotným průběhem onemocnění, tak i jeho častými recidivami (Citterbart et al., 2008, s. 206-207; Kolařík et al., 2011, s. 296-297).

Uretrální syndrom vzniká následkem poškození dlaždicobuněčného epitelu, který se nachází v uretře a v ústí močového měchýře, a který rovněž podléhá atrofickým změnám. Dochází k úbytku kolagenních vláken ve stěně močového měchýře a sfinkteru uretry, a tím k poškození funkce dolního močového traktu. Typickými projevy jsou: polakisurie, nykturie, urgentní močení, urgentní inkontinence, stresová inkontinence, bolestivá mikce a recidivující močové infekce (Citterbart et al., 2008, s. 206-207; Kolařík et al., 2011, s. 296-297).

Atrofie ostatních sliznic postihuje především sliznici ústní dutiny, nosu, hltanu, hrtanu, oka, céka a vzestupného tračníku. Atrofické změny působící na sliznici ústní dutiny mohou způsobovat potíže se zubními protézami, náchylnost k paradontóze, suchost v ústech, poruchy chuti. Mohou vést až k atrofické gingivitidě a stomatitidě. Atrofické změny postihující oko mohou způsobovat potíže s kontaktními čočkami, zvýšenou náchylnost k infekcím spojivek, rohovky či slzných žláz (Citterbart et al., 2008, s. 206-207; Kolařík et al., 2011, s. 296-297).

Atrofie kůže se projevuje zejména její suchostí, ztenčením a zvrásněním. Vlivem hormonálních změn dochází k úbytku elastinu, který je zodpovědný za kožní pružnost a k úbytku kolagenu, který naopak kůži dodává její pevnost. Při poklesu estrogenů snižují svou produkci i mazové žlázy, díky tomu má kůže větší tendenci vysychat a hrubnout. Povrchová vrstva kůže bývá slabší, mívá tendenci ke snadnému poškození a následně špatnému hojení. Nehty mohou být značně poškozené lomivostí, vlasy a stejně tak axilární

i pubické ochlupení se stávají řidší (Citterbart et al., 2008, s. 206-207; Kolařík et al., 2011, s. 296-297; Phillipsová, 2005, s. 52-58).

2.3 Metabolický estrogen-deficitní syndrom

Symptomy metabolického estrogen-deficitního syndromu můžeme zařadit mezi chronické příznaky menopauzy. Příznaky metabolického estrogen-deficitního syndromu mohou vznikat až několik let po menopauze. Svým vývojem mohou způsobit vážné poškození zdraví až ohrožení na životě. Dochází zde k poruchám metabolismu lipidů, karbohydrátů a kostí. Život ženy je ohrožen infarktem myokardu, náhlou mozkovou příhodou nebo zlomeninami proximálního femuru. Dalšími onemocněními mohou být například stařecká demence Alzheimerova typu nebo stařecká slepota. Nedostatek estrogenů může mít také vliv na vývoj Parkinsonovy choroby. Mezi hlavní chronické příznaky metabolického estrogen-deficitního syndromu patří hlavně osteoporóza a ateroskleróza (Kolařík et al., 2011, s. 298-303; Fait, 2004, s. 2; Citterbart et al., 2008, s. 207-208).

2.3.1 Osteoporóza

Osteoporóza je definována jako absolutní úbytek kostní hmoty, kdy není narušen poměr mezi organickou a minerální složkou kostí. Dochází k poruše vnitřní mikrostruktury kosti a k zvýšené lomivosti kostí. V průběhu dospívání ženy dochází k výstavbě kostní hmoty, s vrcholem zhruba kolem 30-35 let. Následně dochází k jejímu pravidelnému ubývání, tyto úbytky jsou však zanedbatelné a nepřinášejí žádná rizika. Zvýšené riziko nastává právě v postmenopauzálním období, kdy je úbytek kostní hmoty značně zrychlován a výrazně ovlivňuje vnitřní stavbu kosti. Dalším faktorem podporujícím ubývání kostní hmoty je stárnutí populace, jelikož je postmenopauzální období výrazně prodlouženo v porovnání s minulostí. Osteoporóza je nejčastější metabolické onemocnění postihující ženy v období po menopauze ve vyspělých zemích. Stává se častou příčinou hospitalizace žen v postmenopauzálním období (Fait, 2006, s. 16; Phillipsová, 2005, s. 68-79).

Nejčastěji bývají osteoporózou postiženy zejména obratle, kosti předloktí, a časté jsou i zlomeniny krčku kosti stehenní.

Rizikovými faktory podporujícími vznik osteoporózy jsou věk nad 65 let, předchozí zlomenina, genetické predispozice (osteoporóza u matky), nízká koncentrace pohlavních hormonů (ať už primárně snížená funkce vylučování pohlavních hormonů, nebo právě menopauza bez léčby hormonální substituční terapií). Dále to jsou hormonální faktory, jako

například diabetes mellitus 1. typu, porušená funkce štítné žlázy, nebo také podvýživa či mentální anorexie. Dalším rizikovým faktorem může být léčba pomocí kortikoidů, imobilita nebo již projevující se nález snížené kostní hmoty na rentgenovém snímku a nízká tělesná hmotnost. Méně významným rizikovým faktorem může být např. kouření cigaret (Kolařík et al., 2011, s. 298; Citterbart et al., 2008, s. 207-208; Fait, 2006, s. 16).

Příznaky osteoporózy mohou být po dlouhou dobu němé, popřípadě se mohou vyskytovat bolesti dlouhých kostí, kloubů a páteře. Prvním projevem je však často až samotná zlomenina kosti, a to nejčastěji zlomenina krčku kosti stehenní. Jedná se o nejzávažnější komplikaci menopauzy způsobující imobilizaci ženy a může vést až k trvalé invaliditě, často se stává i příčinou smrti. Další častou zlomeninou je zlomenina obratlů nejčastěji postihující oblast přechodu hrudních obratlů v bederní. Zlomenina obratlů se může projevovat nahrbením, bolestí zad a snížením celkové tělesné výšky. Případně může docházet i k dušnosti. Třetí nejčastější zlomeninou, může být zlomenina předloktí, která nevede přímo k invaliditě, ale může být příčinou různých deformací, či snížení funkce a následné kvality života (Kolařík et al., 2011, s. 298; Citterbart et al., 2008, s. 207-208).

Pro přesnou diagnostiku osteoporózy se provádí tzv. *měření kostní denzity*, které je schopno do značné míry předpovědět riziko vzniku zlomeniny. Toto vyšetření se provádí pouze u rizikových skupin žen. Měření denzity kostí lze provádět třemi způsoby, a to jsou rentgenová osteodenzitometrie, kvantitativní počítačová tomografie a ultrazvuková denzitometrie (Kolařík et al., 2011, s. 298-301; Fait, 2006, s. 20).

Rentgenová osteodenzitometrie je nejstarší a pravděpodobně i nejjednodušší metodou pro měření hustoty kostní tkáně. Jedná se o prosté rentgenové vyšetření se všemi svými náležitostmi. V případě osteoporózy se rentgenový snímek prováděl především na předloktí. Postupem času však došlo ke změně, jelikož většina život ohrožujících zlomenin se nachází v oblasti kyčle, byl vyvinut nový systém dvou různých rentgenových snímků – tzv. duální rentgenová absorpciometrie (DXA). DXA je v současné době nejlepší možnou metodou k měření kostní denzity. Měří se většinou na dvou až třech místech skeletu, a to právě na místech nejčastějších a nejpravděpodobnějších pro vznik zlomeniny, tedy na bederních obratlích a krčku stehenní kosti. Pro měření v oblasti předloktí či například paty byly vytvořeny menší přístroje DXA. Toto vyšetření se rovněž používá ke kontrole účinnosti léčby (Kolařík et al., 2011, s. 298-301; Fait, 2006, s. 20; Phillipsová, 2005, s. 226-231).

Kvantitativní počítačová tomografie je sice velmi přesnou metodou pro diagnostiku, ale však velmi drahou, a proto se provádí jen zřídka. Zároveň je vyšetřovaná žena vystavena vyšší dávce rentgenového záření, než které je využíváno u DXA. A právě to je dalším důvodem, proč není počítačová tomografie využívána jako vhodná metoda screeningu osteoporózy (Kolařík et al., 2011, s. 298-301; Phillipsová, 2005, s. 226-231).

Ultrazvuková denzitometrie podává sice nepřesnou informaci o stavbě kosti, ale přesto může být použita například jakožto screeningová metoda (vyhledávající metoda časných forem) pro pacientky bez příznaků. Jedná se však o méně přesnou metodu v porovnání s metodami rentgenovými. Ultrazvuková metoda ovšem neumožňuje sledovat úspěšnost léčby jako je tomu u metod rentgenových. Výhodou ultrazvuku je, že pacientka není pod vlivem rentgenového záření, jedná se o metodu neinvazivní a poměrně levnou. K měření bývá nejčastěji využívána patní kost. Předpokladem ultrazvukového vyšetření kostí je, že tuhost kosti ovlivňuje změnu zvukové vlny, a proto slabší kosti vykazují rozdílný zvuk (Kolařík et al., 2011, s. 298-301; Citterbart et al., 2008, s. 208; Phillipsová, 2005, s. 226-231).

Pro posouzení aktivity onemocnění lze využít i biochemické vyšetření kostních markerů, ty se vyšetřují z krve a moči před samotným zahájením léčby. U již vzniklé a plně vyvinuté osteoporózy bývají možnosti léčby omezené. Léčba estrogény jako profylaxe je přínosná. Rovněž je potřeba jako prevence u rizikových skupin žen dodat dávku syntetického vápníku a tuto stejnou dávku doplňovat přirozeným vápníkem v potravě (Fait, 2006, s. 20; Kolařík et al., 2011, s. 300).

2.3.2 Nemoci srdce a cév

V současné době patří onemocnění srdce a cév k nejčastějším příčinám smrti (až 59 %). Průměrný věk úmrtí ve spojitosti se srdečním onemocněním je 74 let. V postmenopauzálním období se riziko výskytu těchto chorob značně zvyšuje, a pokud již žena srdeční onemocnění má, může dojít k jeho zhoršení. Jedná se o onemocnění kardiovaskulárního aparátu, kdy v civilizovaných zemích 6 z 10 lidí právě na toto onemocnění umírá, nejvíce na ischemickou chorobu srdeční (ICHS), která se v nejzávažnějších případech projevuje infarktem myokardu (IM). Rizikovými faktory pro srdeční onemocnění jsou především nárůst tělesné hmotnosti, již projevující se diabetes mellitus, vzestup krevního tlaku, genetické faktory a vyšší věk. Dále to jsou faktory, které

může žena sama ovlivnit, a to kouření cigaret, fyzická aktivita, nadváha nebo stresové situace (Kolařík et al., 2011, s. 301-302; Málková, 2008, s. 1-2).

Přesný mechanismus vzniku, který by byl odpovědný za změny týkající se srdečních onemocnění v období ovlivněném menopauzou, není doposud zcela jasný. Riziko značně zvyšují změny týkající se metabolismu lipidů, který je nedostatkem estrogenů pozměněn. Po přechodu stoupá celková hladina cholesterolu v krvi, hladina HDL cholesterolu klesá, a oproti tomu hladina LDL cholesterolu roste a ukládá se do cév. Dochází k procesu aterogeneze, kdy se tuky ukládají do cévních stěn, ty přestávají být pružné, hůře jimi proudí krev a zvyšuje se riziko trombózy (Cittebart et al., 2008, s. 207; Phillipsová, 2005, s. 246-259).

Intenzitu obtíží, která je u žen velmi individuální, můžeme nejlépe klasifikovat pomocí dotazníkových metod, které zároveň slouží k hodnocení míry ovlivnění kvality života. V dnešní době je ve světové klinické praxi nejvíce používaným dotazníkovým testem Menopause Rating Scale (MRS). Dále může být využita např. Greenova klimakterická škála a mnohé další. V minulosti byl používán například Kuppermanův index (Moravcová, Mareš, 2011, s. 436-437; Fait, 2006, s. 19).

3 TERAPIE

Léčbu klimakterického syndromu lze řešit pomocí hormonálních či nehormonálních preparátů. V případech prevence dlouhodobých organických změn je nejvhodnější pouze hormonální substituční terapie. V počátcích léčby je užívána výhradně terapie nízkodávková, která obsahuje snížené množství hormonů, které je potřeba hradit. Pokud žena na tuto léčbu nereaguje a její příznaky zůstávají beze změn, je nutno dodávané dávky hormonů navýšit.

U žen v období premenopauzy je preferována především substituce gestageny. A u žen v období postmenopauzálním je metodu léčby kombinovaná kontinuální estrogen-gestagenní (Fait, 2006, s. 22-24).

3.1 Hormonální substituční terapie (HRT)

Hormonální substituční léčba může být řešením příznaků postmenopauzálního estrogen-deficitního syndromu. Rozlišujeme dvě varianty hormonální substituční terapie, a to substituční léčbu estrogeny (ERT – estrogen replacement therapy), kdy jsou hrazeny pouze estrogeny. Nebo substituční hormonální léčbu, jako takovou, při níž jsou tělu dodávány hormony estrogen i progesteron. Příznivé účinky HRT jsou zaznamenány u obtíží vazomotorických, bolestí hlavy, nespavosti, deprese, potíží s koncentrací, závratěmi a palpitací.

Úspěšnost léčby HRT v takových případech je až 90 %. Také v případech urogenitálních obtíží a příznaků organického estrogen-deficitního syndromu se HRT jeví jako účinná forma léčby. Hlavním významem léčby HRT je její účinná prevence a léčba metabolického estrogen-deficitního syndromu, a to zejména u kardiovaskulárních nemocí, postmenopauzální osteoporózy, Alzheimerovy a Parkinsonovy nemoci. Po nejméně pětileté léčbě HRT se snižuje výskyt fraktur proximálního femuru až na polovinu. Největším prospěchem při léčbě HRT je však zvýšení kvality života ženy. HRT rovněž příznivě působí jako možná prevence stařeckého vypadávání zubů a stařecké slepoty (Fait, 2004, s. 3-4; Fait, 2006, s.23-24; Phillipsová, 2005, s. 170-185).

V případě podání estrogenních preparátů lze volit z řady možností jejich aplikace. Podávány mohou být např.: perorálně, transdermálně, perkutánně, intranasálně, subkutánně nebo vaginálně.

Nutno je také počítat s riziky a nežádoucími účinky léčby, jako u každého tělu dodávaného preparátu. Při užívání HRT se mohou vyskytovat nežádoucí účinky v podobě:

retence tekutin, nežádoucí děložní krvácení, nauzey, bolesti hlavy, křeče dolních končetin, nadýmání nebo zvýšení chuti k jídlu. Pouze v případech užívání substituční léčby s estrogeny je zvýšené riziko vzniku karcinomu endometria. Podávání estrogenů u žen s dělohou je dnes považováno za chybu, jelikož může způsobovat nadměrný růst endometria, tzv. hyperplazii. Přestože hyperplazie endometria není stavem zhoubného nádoru, může se v rakovinu časem rozvinout. Naopak ženy po hysterektomii (chirurgické odstranění dělohy) mohou HRT s estrogeny užívat bez rizik (Fait, 2006, s. 23-24; Fait, 2004, s. 5-7; Citterbart et al., 2008, s. 208-212).

Absolutní kontraindikace k substituční hormonální léčbě jsou: neléčený karcinom prsu, neléčený karcinom endometria, hluboká žilní trombóza a tromboembolizace, akutní zánět jater a krvácení z dělohy nejasného původu.

Při užívání HRT kombinované, tedy terapii s estrogenem a progesteronem, lze volit ze dvou možných schémat. Jedním z nich je **kontinuálně cyklická terapie**, kdy hladina estrogenu je doplňována průběžně, ale progestin cyklicky. A to v cyklech 10-14 dní každý měsíc nebo v podobném rozmezí každé tři měsíce. Progestinová složka vyvolává krvácení podobné menstruačnímu, při kterém je odplavována přerostlá vrstva endometria. V současné době existují i novější preparáty s extrémně nízkou hladinou estrogenu. Kontinuální cyklická forma léčby je volena především u žen, které ještě stále menstrují (Fait, 2006, s. 23-24; Fait, 2004, s. 5-7; Citterbart et al., 2008, s. 208-212).

Druhou možností léčby je tzv. **kontinuálně kombinovaná terapie**. Při kontinuálně kombinované terapii užívá žena estrogen i progestin každý den. Tato terapie bývá vhodnější pro ženy, které již rok či déle nemenstrují. V případě, že by tato možnost léčby byla volena dříve, může způsobovat nepravidelné krvácení.

V každém případě, ať se jedná o kteroukoli variantu léčby, při výskytu abnormálního krvácení je nutné vždy lékařské vyšetření (Fait, 2006, s. 23-24; Fait, 2004, s. 5-7; Citterbart et al., 2008, s. 208-212).

V případě neschopnosti snášení léčby estrogeny může být vhodnou možností užití **nitroděložního tělíska Mirena** (LNG-IUS s levonorgestremem). Nitroděložní tělísko ve tvaru písmene T má klasický antikoncepční účinek, ale navíc je obohacen o každodenní vyplavování dávky levonorgestrelu. Jedná se o synteticky vyrobený progesteron a jeho dávky vydrží až po dobu 5 let (Fait, 2006, s. 25; Fait, 2004, s. 8).

U žen v perimenopauzálním období je rovněž možné podávat nízkodávkovou **hormonální antikoncepci**. Nízkodávkovou hormonální antikoncepci lze předepisovat ženám bez kontraindikací k této léčebné metodě. Hlavními kontraindikacemi jsou: obezita, hypertenze, kouření a vrození koagulační porucha. Vhodnější variantou je užívání monofazických kontracepčních preparátů, které udržují pravidelný menstruační cyklus se slabou pseudomenstruací a příznivě působí na projevy klimakterického syndromu (Fait, 2006, s. 25; Fait, 2004, s. 8).

Další možností léčby je **substituce gestagenů**, konkrétně podávání progestinů, které mají také vliv na snížení příznaků klimakterického syndromu. Zejména v perimenopauze, kdy dochází k výraznému nedostatku progesteronu v těle. Lze aplikovat několik druhů progesteronu např.: přirozený progesteron (*Utrogestan*), velmi dobře používaný syntetický progestin medroxyprogesteronacetát, ten lze aplikovat intramuskulárně (*Depo-Provera*) nebo perorálně (*Provera*). V případě užívání je však nutné počítat s možnými vedlejšími účinky, a to se zvýšeným estrogením a anabolickým účinkem těchto léků (Fait, 2006, s. 25; Fait, 2004, s. 8).

Poměrně novým lékem při léčbě postmenopauzálních změn je lék zvaný **Tibolon**, který je strukturálně velmi podobný progestinům. Jeho účinky působí příznivě na cévní systém, poševní obtíže a osteoporózu jako estrogen. Stejně účinně působí v léčbě návalů horka jako klasická substituční terapie, podporuje lubrikaci pochvy a novotvorbu kostní hmoty. Tibolon příznivě působí v oblasti sexuality, a to především díky svým androgenním účinkům. Nezpůsobuje proliferaci endometria jako je tomu u estrogenu. Tudíž při léčbě tibolonem vzniká menší riziko vzniku hyperplazie či karcinomu endometria. Dalším z pozitivních účinků tibolonu je jeho příznivý vliv na prsní tkáň. Nezvyšuje denzitu prsní tkáně, způsobuje méně mastodynií a stimuluje přirozené odumírání buněk prsu. Možnými nežádoucími účinky jsou: zadržování vody v těle, bolesti hlavy, závratě, může se vyskytnou zvýšené ochlupení v obličeji, deprese, bolesti kloubů a svalů, zřakové poruchy, akné, vyrážky či svědění. Tibolon také může způsobit úbytek na váze (Fait, 2006, s. 25; Fait, 2004, s. 8; Kolařík, 2011, s. 336).

3.2 Nehormonální terapie

Nehormonální terapie nabízí jistou alternativu v léčbě estrogenního deficitu. Důležité je si přiznat, že nehormonální léčba nemá dostatečný vliv na dlouhodobé příznaky a obtíže vznikající vlivem estrogenního deficitu, jako je tomu u léčby hormonální. Je však možnost

obě tyto varianty kombinovat. Také úprava životního stylu a cvičení mohou přispívat k celkovému zlepšení tělesného stavu a psychické relaxaci. Reflexní elektroanalgezie, akupunktura, homeopatická léčba a lázeňská léčba je další možnou variantou nehormonální terapie. Nutno však podotknout, že lázeňská léčba je v dnešní době poněkud nedoceněna a nevyužívána. Jedním z důvodů je fakt, že v případě klimakterického syndromu zdravotní pojišťovny lázeňský pobyt nehradí (Phillipsová, 2005, s. 186-193; Fait, 2004, s. 9).

V současné době existuje řada skupin žen, které by své potíže chtěly řešit ryze přírodními produkty. Jedná se tedy o přírodní látky či bylinné směsi. Důležité je ženám v takovýchto případech připomenout, že se jedná pouze o možné doplňky stravy, nikoli léky. Velmi příznivě působí v období premenopauzy, kdy žena pocítuje první příznaky změn, ale stále ještě menstruuje a má dostatek zásob svých hormonů v těle (Phillipsová, 2005, s. 104-114).

Fytoestrogeny jsou látky rostlinného původu, které jsou svými účinky podobné účinkům estrogenu. V některých randomizovaných klinických studiích byl účinek fytoestrogenů na příznaky klimakterického syndromu potvrzen. Oproti tomu vliv na stavbu sliznic nebo kardiovaskulární obtíže nikoli. Některé krátkodobé experimenty dokazují příznivý vliv fytoestrogenů na příznaky osteoporózy, konkrétně působí na úrovni metabolismu kostí. Některými možnými doplňky stravy s fytoestrogeny jsou například: extrakt ze sójových klíčků (*Osofem Plus*), sójový extrakt a extrakt z červeného jetele (*Estrovone, Femiwel*), mateří kašička, květní a fermentovaný pyl (*Sarapis, Ambrosie H*) a mnohé další (Fait, 2004, s. 9; Fait, 2006, s. 27).

Jak již bylo zmíněno, existuje celá řada metod a druhů, které lze zvolit jako vhodnou terapii k léčbě symptomů estrogen-deficitního syndromu. Je tedy nezbytné, aby ženy byly informovány o nutnosti řešení svých obtíží se svým ošetřujícím gynekologem. Dalším důležitým úkolem gynekologa je zvážit nejvhodnější preparát pro konkrétní ženu a upozornit ji, že se jedná o dlouhodobý proces.

4 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY

Nutno je také podotknout, že nejenom lékaři mají důležitou roli ve vnímání nově přichozích menopauzálních změn pro ženu. Významnou roli zastávají také porodní asistentky. Největší přínos porodních asistentek je shledáván především v edukaci žen o případných změnách, které s sebou období spojené s menopauzou přináší. Porodní asistentky by měly ženám objasnit, že se jedná o přirozeně fyziologický děj, který patří do života každé ženy, a jak nastalé obtíže řešit, případně na jaké odborníky se obrátit (Jeníček, 2004, s. 9).

Dále by porodní asistentky měly ženy informovat ohledně důležitosti dodržování zdravého životního stylu, pohybové aktivity a relaxace v období menopauzy. Součástí je také informování žen o nevhodnosti zvýšené konzumace alkoholu, cigaret, kávy a soli (Jeníček, 2004, s. 79-85).

V neposlední řadě by edukace ze stran porodních asistentek měla být zaměřena na preventivní gynekologické prohlídky, ty by měly být prováděné alespoň 1krát ročně. Také screeningové programy týkající se žen v období menopauzy, především mamografické vyšetření či vyšetření denzity kostí. Porodní asistentka by měla ženě objasnit průběh těchto vyšetření, popřípadě je-li potřeba bezprostřední přípravu před samotným vyšetřením (Jeníček, 2004; Fait, 2006, s.18-21).

Porodní asistentka by měla být ženě v nově nastalém období života nápomocna, měla by být oporou a měla by ženu přesvědčit o nutnosti případné obtíže řešit. Dále by měla ženě vysvětlit, že při výskytu psychických obtíží spojených s menopauzálními změnami není ostudou vyhledat psychoterapeuta, psychologa či psychiatra, který může být nápomocen v jejich řešení.

V neposlední řadě by porodní asistentky mohly ženám radit v oblasti získávání informací týkajících se změn v období menopauzy. Které z dostupných informačních zdrojů by mohly být pro ženu vhodné v období menopauzálních změn, a kterým se naopak vyvarovat. Jedním z takovýchto informačních zdrojů by mohly být právě nově vzniklé odborné webové stránky. Webové stránky jsou jedním z mnoha typů dostupných elektronických informačních zdrojů soudobé moderní internetové společnosti. Vzhledem k tomu, že existuje celá řada typů elektronických informačních zdrojů je potřeba je blíže specifikovat. Co přesně je tedy elektronickým informačním zdrojem, k čemu slouží a jaké informace lze získat?

5 ELEKTRONICKÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

V dnešní pokrokové době patří na první místo k získávání informací jednoznačně elektronické informační zdroje. V současnosti je k nalezení velké množství informací na internetu, právě v elektronické podobě. Mohou to být například časopisy, celé knihy, články, přehledy, analýzy, periodika a mnohé další, vyskytující se na internetu na různých informačních portálech, v digitálních knihovnách či ve specializovaných informačních databázích. Jednou z mnoha výhod elektronických informačních zdrojů je mnohem bližší dostupnost uživateli, jsou aktuální a kdykoliv k dispozici (Gála et al., 2009, s. 172).

Co jsou tedy elektronické informační zdroje? Elektronické informační zdroje zahrnují veškeré zdroje informací v elektronické podobě, které jsou buď volně přístupné na internetu, nebo jsou prezentovány pomocí placených služeb přes profesionální dialogové systémy. Obsahem elektronických informačních zdrojů mohou být data, programy či jejich kombinace (Gála et al., 2009, s. 172).

Využití elektronických informačních zdrojů přináší uživateli řadu výhod. Například přínos aktuálních informací, dostupnost pro široký okruh uživatelů současně, přístupnost okamžitá a v jakémkoli čase. Další z mnoha výhod je možnost využití elektronických informačních zdrojů bez nutného vázání na konkrétní místo, instituci či organizaci. Elektronické informační zdroje mohou být propojené s různými jinými souvisejícími zdroji a dokumenty. A v neposlední řadě umožňují pracovat s více zdroji či dokumenty najednou (Makulová, Buzová, 2011, s. 7-8).

Ani elektronické informační zdroje se neobejdou bez jistých nevýhod. Jednou z hlavních je především závislost na elektronickém prostředí (elektrina, internet, PC aj.). Také neexistuje záruka trvalého přístupu ke zdroji, je zde velká závislost na producentovi (poskytovateli) dat, zejména v případech licencovaných elektronických informačních zdrojů. Další z možných nevýhod elektronických informačních zdrojů je nejistá kvalita jejich obsahu (Makulová, Buzová, 2011, s. 7-8).

Jelikož v České Republice neexistují v současnosti žádné konkrétní odborné webové stránky určené ženám v období ovlivněném menopauzou, sledáváme tento nedostatek jako vedoucí podnět k jejich tvorbě. V rámci celé řady elektronických informačních zdrojů se ženy mohou setkat s řadou webových stránek, které jsou určené především odborníkům, a proto jsou často pro ženu v menopauzálním období velmi těžce uchopitelné.

Za relativní nevýhodu takového typu informačního zdroje lze považovat soudobou populaci menopauzálních žen, které vždy nemusí být schopné s elektronickým typem informačního zdroje pracovat. Naopak výhodou, kterou by tento typ informačního zdroje mohl přinést, je orientační zhodnocení kvality života menopauzálních žen.

6 KVALITA ŽIVOTA

Pro úplné zasvěcení do problematiky celé diplomové práce je potřeba rovněž věnovat pozornost pojmu „kvalita života“. Přesné a jednotné vymezení pojmu „kvalita života“ („*Quality of Life*“, zkráceně QOL) je téměř nemožné. V literatuře se setkáváme s celou řadou definic a příbuzných pojmů popisujících kvalitu života, které nás pouze utvrzují v tom, o jak multidimenzionální a interdisciplinární pojem se jedná. Avšak doposud nebyla žádná z těchto definic prohlášena za tu jedinou vyhovující. Kvalita života nemá v současné době ani všeobecně akceptovatelnou metodologii, a proto se stává předmětem mnoha interpretací bez konečného a jasného konsenzu. Každá vědní disciplína si tak definici kvality života přizpůsobuje podle svých specifických potřeb. V současné době zaujímá studium kvality života vysoké postavení na úrovních řady vědních disciplín. Proto medicína ani ošetrovatelství nejsou v této oblasti výjimkou. Pojem „kvalita života“ se poprvé objevuje ve dvacátých letech 19. století v USA v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální pomoci sociálně slabším vrstvám obyvatelstva. Jednou z nejstarších definic ve spojitosti se zdravím, je definice z roku 1948, kterou navrhla a přijala Světová zdravotnická organizace (WHO, *World Health Organisation*). Tato definice zní: „*Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody (well-being)*“ (Heřmanová, 2012, s. 32-43; Gurková, 2011, s. 23-24; Payne, 2005, s. 205-214).

Szalai (1980, s. 7-24), definuje kvalitu života jako stupeň výjimečnosti způsobu a uspokojivého charakteru života, jako osobní existenční stav zdraví, stav pohody. Spokojený život je dle Szalaiho charakterizován exogenními (objektivními) faktory a endogenními (subjektivními) faktory, jako jsou například vnímání a hodnocení sebe sama.

Vymezujeme tři základní typy pojetí kvality života. Prvním typem je **makrostrukturální pojetí**, jedná se o nejméně přesné pojetí, jelikož popisuje kvalitu života v souvislosti s pokrokem lidské společnosti na úrovni velkých celků (např. kontinenty, země). Dalším typem je **mezostrukturální pojetí**, které se již více zaměřuje do hloubky společnosti a celkově je snahou podchycení kvality života na nižší úrovni obecnosti, zaměřuje se na menší sociální celky, ale nedosahuje úrovně jednotlivce. Patří sem respekt k morální hodnotě života člověka, ale také vzájemné vztahy lidí ve společnosti. A posledním typem je **mikrostrukturální pojetí**. Mikrostrukturální pojetí využívá výrazně individuálních subjektivních přístupů, pracuje s pojmy, jako je: spokojenost, štěstí, sebereflexe a uspokojování potřeb. Je tedy zaměřena jednoznačně na život jedince. Kvalitu života jedince

výrazně ovlivňují jeho hodnoty – očekávání, přesvědčení, naděje a představy (Heřmanová, 2012, s. 65-70; Křivohlavý, 2002, s.163-164).

Proto kvalita života někdy bývá označována také jako „osobní pohoda“ (*well-being*), lze tedy říci, že osobní pohoda je hodnocením kvality života v celkovém slova smyslu. Psychologové se shodují, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je odražena spokojenost jedince se svým životem. Osobní pohoda musí být chápána a měřena pomocí svých komponent, které dělíme do dvou skupin. První z nich je skupina *kognitivních komponent*, kam patří např. životní spokojenost a morálka. Druhou skupinou jsou *emoční komponenty*, které jsou charakterizovány pozitivními a negativními emocemi. Pojem „osobní pohoda“ zahrnuje duševní, tělesné i sociální dimenze jedince. Osobní pohoda, ve spojitosti se zdravím a medicínou, úzce souvisí s holistickým vnímání zdraví, hovoří o zdravotním stylu, který zahrnuje množství ochranných i rizikových faktorů (Gurková, 2011, s. 31-40; Křivohlavý, 2002, s. 163-164).

Zdraví je bez pochyby významnou součástí, a pravděpodobně i nutnou podmínkou, pro kvalitní a plnohodnotný život. Ve většině případů bývá uváděno na prvních místech životních hodnot jedinců. Pro kvalitu života užívanou ve vědních disciplínách jako jsou např. medicína či ošetrovatelství, kde chceme kvalitu života využít například k popisu změn pro zdravotnické účely, pro plánování zdravotnické péče nebo pro hodnocení dosažených výsledků, se v odborné literatuře využívá pojem „Kvalita života související se zdravím“ (*Health-Related Quality of Life – HRQL*). V obecném slova smyslu, můžeme říci, že hodnocení HRQL představuje snahu zdravotníků zjistit, jak zdravotní stav jedince ovlivňuje jednotlivé dimenze jeho života, a to jak v obecné rovině nebo naopak ve specifických případech konkrétních onemocnění. Zajištění vysoké úrovně HRQL je dosaženo získáním informací o konkrétních zdravotních problémech a nemocech, efektivnosti léčby, účincích vědeckých výzkumů a preventivních programů (Gurková, 2011, s. 41-66; Heřmanová, 2012, s. 63-64).

Zhodnocení života jedince, zdali je či není dobrý (kvalitní) bývá založeno na pozorování našeho života se žádoucí a očekávanou úrovní existence, nebo i se životem ostatních lidí. Jaká je ale ta správná norma pro porovnání? A jak si můžeme být jisti, že právě v našem případě se jedná o naplněný a kvalitní život? V odborné literatuře se vyskytují dvě základní skupiny charakterizující kvalitu života – objektivní a subjektivní (Hnilicová, 2004).

6.1 Objektivní kvalita života

Hovoříme-li o objektivní kvalitě života, máme na mysli především měřitelné životní podmínky a životní úroveň jednotlivce nebo obyvatelstva. Základními životními podmínkami, které lze snadno zhodnotit jsou například průměrná mzda, dostupnost zdravotní péče nebo dostupnost vzdělání. Životní úroveň je obvykle chápána jako míra materiálního bohatství či chudoby prostřednictvím zavedených kvantitativních ukazatelů. Ty se mohou týkat celkového obyvatelstva nebo vybraných konkrétních sociálních skupin nebo dokonce ještě menších celků, jako je například domácnost. Oba zmíněné pojmy spolu úzce souvisí, doplňují se a prolínají, neboť vyšší materiální bohatství umožňuje větší možnost volby, a tím vede k vyšší objektivní ale často i subjektivní QoL (Heřmanová, 2012, s.47).

6.2 Subjektivní prožívání a hodnocení kvality vlastního života

Jedná se o nejobtížnější, nejcitlivější a metodologicky nejsložitější hodnocení kvality života. Výzkumníci ve svých výzkumech často naráží na neochotu získat odpovědi od respondentů ve spojitosti s otázkou spokojenosti vlastního života. Tento problém navíc ještě podporuje stále se měnící hodnotovou orientaci respondentů ve společnosti z hlediska místa, ale hlavně plynoucího času. Subjektivní hodnoty v souvislosti s QoL lze definovat jako přesvědčení o žádoucích životních cílech a různé životní hodnoty mají vliv jak na jedince samotného, tak i směrem ke společnosti. Rozdílný systém hodnot jedince předurčuje do značné míry postoje jedince, životní styl, morálku, motivuje a ospravedlňuje jedincovo chování (Heřmanová, 2012, s. 48-50; Gurková, 2011, 57-59).

6.3 Měření kvality života

Kvalita samotná je pojmem relativním, jelikož ji lze hodnotit kvantitativními i kvalitativními indikátory, na základě, kterých dochází k hodnocení kvality. Pro hodnocení samotné kvality je potřeba si předem vymežit předmět hodnocení a její normu (standard) pro porovnání. Pokud hovoříme o kvalitě života, je nutné vymežit její rozsah.

Začátkem osmdesátých let byly měření kvality života prováděné pomocí generických nástrojů k měření zdravotního stavu. Jednalo se především o porovnání HRQL mezi zdravou populací a nemocnou. Prvotní generické nástroje byly zaměřeny především na fyzické aspekty kvality života. V pozdějších letech byly vytvořeny další nástroje k hodnocení kvality života s rozšířením o psychickou, sociální a existencionální dimenze. V rámci širokého využití nástrojů k měření kvality života vytvořila WHO nový nástroj WHOQOL (*World*

Health Organisation Quality of Life Assessment), který měl překonat chápání kvality života ve významu subjektivního vnímání zdraví a každodenních aktivit. Umožňuje hodnocení různých aspektů života jako jsou: fyzické zdraví, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a celkově kvalitu života jako takovou. Hodnotí respondentovo prožívání a celkovou spokojenost se zdravím (Heřmanová, 2012, Gurková, 2011).

Jelikož existuje řada metod pro měření kvality života, můžeme je rozdělit na tři podskupiny, a to: metody měření kvality života, kde **kvalitu života hodnotí druhá osoba**. Další možností jsou metody měření kvality života, kde **kvalitu života hodnotí daná osoba sama**. A třetí možností volby mohou být **metody smíšené** neboli kombinované (Křivohlavý, 2002, s. 165).

6.4 Hodnotící nástroje pro měření kvality života žen po menopauze

V oblasti klimakterické medicíny je vhodné využití specifických nástrojů k hodnocení HRQL, získání výsledků ohledně efektivnosti nasazené léčby a zátěže spojené s přítomností symptomů estrogenního deficitu. Nejčastější formou specifického nástroje k hodnocení HRQL bývají specifické dotazníky. Díky těmto specifickým standardizovaným dotazníkům lze zjistit dopad poskytované péče (Gurková, 2011, s. 116-125).

Výhodný je takový nástroj k hodnocení kvality, který je praktický, srozumitelný, lze ho využít pro měření HRQL jako takové, ale i pro hodnocení efektivity léčby. Další z výhod, které přináší je pozorování změn v čase a stanovení tíže menopauzálních příznaků (Moravcová, Mareš, 2011, s. 437-439).

Příklady některých nástrojů pro měření kvality života žen po menopauze: Green Climacteric Scale (GCS) obsahuje hodnocení tří domén, a to domény psychologické, somatické a vazomotorické. Menopause Quality of Life Scale (MQOL), v kterém hodnocení probíhá na úrovni sedmi domén – 1. energie, 2. spánek, 3. chuť k jídlu, 4. kognitivní oblast, 5. pocity, 6. interakce s lidmi a 7. symptomy. Menopause Rating Scale (MRS), který hodnotí tři domény – psychologickou, somato-vegetativní a urogenitální. Menopause-Specific QoL Questionnaire (MENQOL) zde je hodnoceno celkem pět domén – 1. somatická, 2. vazomotorická, 3. psychologická, 4. sexuální, 5. obecné položky pro kvalitu života. Utian Quality of Life Scale (UQOL), který hodnotí 4 domény, 1. práce a zaměstnání, 2. zdraví a životní styl, 3. emoce, 4. sexualita (Moravcová, Mareš, 2011, s. 437-439).

6.5 MRS - Menopause Rating Scale

Jedná se o nástroj k měření kvality života žen po menopauze, tento nástroj byl vytvořený zejména k získání informací ohledně závažnosti příznaků estrogenního deficitu a jeho vlivu na kvalitu života ženy. Dotazník MRS vznikl na počátku 90. let 20. století. Dotazník byl původně vyplňován lékaři, kteří se zabývají léčbou žen v období ovlivněném menopauzou. V současné době již mohou tento dotazník vyplňovat samy klientky. Ve světové klinické praxi se MRS používá jako součást sběru informací v rámci klinického vyšetření. V Čechách doposud není plošně užíván (Moravcová, Mareš, 2011, s. 440-441).

V současné době existuje česká standardizovaná verze dotazníku MRS ve dvou formách. První z nich je klasická forma v tzv. podobě „tužka-papír“, jedná se tedy o běžné vyplnění dotazníku MRS. Souběžně s variantou „tužka-papír“ české verze dotazníku MRS byla vytvořena i elektronická forma nástroje (Moravcová, Mareš, 2011, s. 440-441).

Jak uvádí Mareš (1992, s. 12), elektronická forma psychodiagnostických metod má jistě své výhody, ale i svá úskalí. Za nejvýznamnější výhody, které mimo jiné má tato forma testování při hodnocení kvality života, považujeme především rychlost administrace a následného vyhodnocení, objektivitu při instruktáži i hodnocení výsledků, zvýšení reliability, usnadnění interpretace výsledků, získání zdrojových dat pro výzkumníky. V neposlední řadě může být výhodou zvýšení adherence klienta a dostatek prostoru pro uchování intimity u intimně zaměřených položek.

Naopak za určité nevýhody elektronické formy testování lze zejména považovat nepřijatelnost formy pro některé skupiny jedinců (např. seniory), nejasné instrukce s nemožností dodatečného vysvětlení kompetentní osobou, nejasná interpretace výsledku pro klienta.

V obou případech obsahuje dotazník MRS celkem tři domény: **psychologickou, somato-vegetativní a urogenitální**. Celkem obsahuje dotazník MRS 11 symptomů. Prvními jsou symptomy domény somato-vegetativní, mezi které patří: návaly a pocení (zejména sílící pocit horka či ataky pocení), srdeční obtíže (v podobě pocitů silného bušení srdce, dušnosti, zrychleného tepu a nepravidelného tepu), dalším hodnotícím symptomem jsou poruchy spánku (vyskytující se obtíže s usínáním, časným buzením a poruchami trvání spánku). Do domény psychologické řadíme symptomy, jako jsou depresivní nálady (projevující se sklíčeností, smutkem, plačtivostí, nedostatkem energie a náladovostí), podrážděnost (spojená s nervozitou, vnitřním napětím a agresivitou), úzkost (vnímaná jako vnitřní neklid nebo panika),

tělesná a duševní únava (vedoucí k celkovému poklesu vitality, poruchám paměti, nesoustředěnosti či zapomnětlivosti). Symptomy týkající se oblasti urogenitální jsou: sexuální problémy (změny sexuální touhy, aktivity a uspokojení), poruchy močového ústrojí (spojené s obtížemi při močení, časté nucení na močení až mimovolné úniky moči), poševní suchost (projevující se pocity sucha nebo pálení v pochvě, spojené s obtížemi při pohlavním styku). Posledním symptomem dotazníku MRS jsou kloubní a svalové obtíže (projevující se bolestmi kloubů až revmatoidními obtížemi). Při vyplňování dotazníku volí respondentka u každého z uvedených symptomů, do jaké míry pocítuje obtíže v daném období. K volbě má na výběr z pěti stupňů intenzity, a to od 0 do 4 vzestupně, 0 – žádné obtíže, 1 – mírné obtíže, 2 – střední obtíže, 3 – výrazné obtíže a 4 – nesnesitelné obtíže (Heinemann, 2004, s. 3-7).

Vyhodnocení dotazníku MRS je následovné, čím větší obtíže žena pocítuje a čím jsou závažnější, tím větší počet bodů v dotazníku uvede. Pro vyhodnocení jsou nejprve sečteny body z každé domény jednotlivě, a poté jsou sečteny bodové součty všech tří domén. Tedy čím vyšší skóre žena v celkovém součtu dosáhne, tím více je její kvalita života ovlivněna menopauzálními změnami. Výsledný celkový součet skóre v dotazníku MRS se pohybuje v rozmezí 0–44 bodů.

Na základě zjištěné hodnoty celkového skóre MRS u konkrétní klientky lze posoudit míru ovlivnění kvality života. K vyhodnocení míry ovlivnění kvality života se ve světové klinické praxi používají intervaly celkového skóre. Při dosažení celkového skóre 0–15 bodů považujeme obtíže za mírné a kvalita života je tudíž minimálně ovlivněna. Pokud se celkové skóre pohybuje mezi 16–30 body, lze říci, že kvalita života je vzniklými menopauzálními symptomy ovlivněna ve smyslu jejího snížení. V případě, kdy je v dotazníku dosaženo celkového skóre 31–44 bodů můžeme říci, že menopauzální příznaky mají výrazný vliv na zhoršení kvality života. Při součtu výsledků v jednotlivých doménách, lze také porovnat, která doména je přítomností vzniklých symptomů ovlivněna více, která méně a které obtíže se jeví jako nejzávažnější (Moravcová et al., 2014, s. 96-98).

Snahou webových stránek je přiblížit a zjednodušit ženám přístup k získání informací ohledně svého stavu a jeho vlivu na život. Tak, aby měly pocit dostatečné anonymity a zachování maximální intimity. Ženy si tak mohou tento specifický dotazník vyplnit i bez návštěvy svého ošetřujícího gynekologa a získat okamžitou zpětnou vazbu. Zpětnou vazbu ve smyslu zhodnocení tíže zmiňovaných symptomů estrogenního deficitu a jejich případné řešení.

Jak již bylo zmíněno dotazník MRS je nástrojem sloužícím ke hodnocení kvality života u menopauzálních žen. Dotazník MRS, který je součástí zmiňovaných odborných webových stránek, přináší přehled obtíží, které ovlivňují kvalitu života žen v menopauze. Tímto způsobem lze tedy získat orientační přehled ohledně ovlivnění kvality života u žen v období menopauzy.

VÝZKUMNÁ ČÁST

V samotném úvodu diplomové práce byly uvedeny následující výzkumné cíle:

1. zhotovení informativních odborných webových stránek zaměřených na menopauzu;
2. vyhodnocení dat získaných pomocí elektronické formy české standardizované verze elektronického dotazníku MRS, který je součástí vytvořených webových stránek.

7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Po studiu dostupných elektronických zdrojů a odborné literatury byly vytvořeny odborné webové stránky.

Na základě druhého výzkumného cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: V jaké míře ovlivňují jednotlivé symptomy estrogenního deficitu kvalitu života sledovaných žen v období souvisejícím s menopauzou?

Výzkumná otázka č. 2: Které symptomy estrogenního deficitu uvádějí respondentky nejvíce?

Výzkumná otázka č. 3: Která ze tří stanovených domén je u respondentek nejvíce zasažena menopauzálními změnami a má tak největší vliv na kvalitu jejich života?

8 METODIKA VÝZKUMU

8.1 Rešerše dostupných elektronických informačních zdrojů

Před započítím tvorby webových stránek bylo nutné provést rešerši dostupných elektronických informačních zdrojů. Prvním krokem tedy bylo vyhledávání a analýza současných dostupných odborných elektronických zdrojů informací pro ženy v období menopauzy. Vyhledávání bylo zahájeno začátkem července 2016. Pro co nejpřesnější vyhledávání bylo nutno stanovit specifická klíčová slova, která byla zadána do vyhledávajícího rozhraní internetových vyhledávačů. Klíčovým slovem, které bylo k vyhledávání použito, bylo slovní spojení „webové stránky o menopauze“. Následně byl pro vyhledávání využit i anglický ekvivalent. K vyhledávání byly využity tři nejčastěji využívané internetové vyhledávače, konkrétně tedy Google.cz, Seznam.cz a Google.com (Nejpoužívanější vyhledávače, [online], 2014).

8.2 Tvorba webových stránek

Po provedené rešerši dostupných elektronických informačních zdrojů bylo potřeba takovýto typ elektronického informačního zdroje vytvořit. Před samotnou tvorbou webové stránky bylo nutné vytvořit a zaregistrovat doménu, na které budou webové stránky dostupné. Následně byla tedy vytvořena a registrována doména vseomenopauze.cz, ke které došlo 31. 8. 2016. Pro tvorbu webových stránek byl využit redakční systém WordPress, který je dostupný v české verzi a umožňuje programátorovi správu vývoje, úpravu a přizpůsobení webových stránek dle svých představ.

Dalším krokem bylo vytvoření struktury webových stránek. Jako inspirace byly využity zahraniční webové stránky určené ženám v období menopauzy, a to konkrétně The North American Menopause Society dostupné z www.menopause.org. V neposlední řadě bylo potřeba doplnit obsah webových stránek, který byl zpracován pomocí odborných literárních zdrojů a převeden na úroveň jazyka srozumitelného pro všechny menopauzální ženy. Krok k vytvoření obsahu a následná úprava textů připravených pro zveřejnění na webových stránkách trval od září 2016 do konce března 2017. Snahou bylo, aby součástí webových stránek byla i funkční online poradna pro menopauzální ženy. Za tímto účelem byla navázána spolupráce s klimakterickou a osteologickou poradnou krajské nemocnice v Pardubickém kraji. Dále byla také na webové stránky vložena elektronická verze standardizovaného dotazníku MRS, který slouží ženám v období menopauzy ke zhodnocení menopauzálních

obtíží. Zároveň byly také oslovené respondentky informovány o možnosti zpětné vazby ohledně spokojenosti či nespokojenosti náplně informací webových stránek.

8.3 Elektronická forma dotazníku MRS

Jak již bylo zmíněno součástí webových stránek je i elektronická verze standardizovaného dotazníku Menopause Rating Scale, který v této diplomové práci slouží pouze k doplnění orientačního hodnocení kvality života ženy v období menopauzy. Vzhledem k tomu, že dotazník MRS je umístěn na veřejných webových stránkách, je nutno dodat následující fakt. Nelze se 100 % přesností zabezpečit to, že dotazník vyplní ten, komu je určen. Dotazník MRS je určen ženám v období ovlivněném menopauzou, tedy mezi 45-65 lety. Časové rozmezí pro sběr dat bylo v porovnání s tvorbou webových stránek podstatně kratší. Důvodem byla časová náročnost samotné tvorby a uvedení webových stránek do provozu. Sběr dat probíhal od 31. 3. 2017 do 12. 4. 2017. Jednalo se o kvantitativní metodu sběru dat.

V úvodu dotazníku byly popsány základní informace ohledně účelu a postupu ke správnému vyplnění. Dále respondentky uváděly identifikační údaje v podobě jména, příjmení a věku. Následně vybraly odpovídající stupeň svého nejvýše dosaženého vzdělání a v případě, že užívají hormonální substituční terapii, zvolily, jak dlouho léčbu podstupují. Na výběr měly respondentky celkem ze čtyř možností: před léčbou (v případě že neužívají hormonální substituční terapii) a v případě, že ano měly k volbě zbylé tři možnosti: 1 měsíc, 3 měsíce a 12 měsíců.

Dotazník MRS obsahuje celkem jedenáct uzavřených otázek, kde respondentky volily z pěti možných odpovědí. Odpovědi byly respondentkami vybírány na základě subjektivního hodnocení míry intenzity pocíťovaných symptomů estrogenního deficitu za poslední měsíc. Bodové hodnocení jednotlivých symptomů respondentky volily na škále od 0 do 4 bodů. Bodové hodnocení bylo následovné: 0 – žádné obtíže, 1 – mírné obtíže, 2 – střední obtíže, 3 – výrazné obtíže a 4 – nesnesitelné obtíže. Po vyplnění všech položek dotazníku zvolily respondentky tlačítko „odeslat“, následně se během několika vteřin měly možnost dozvědět své výsledky, míru obtíží a případné doporučení.

Symptomy zahrnuté v dotazníku MRS jsou rozděleny celkem do tří domén. První doménou je doména somato-vegetativní, která zahrnuje tyto příznaky: návaly horka, kardiovaskulární obtíže, poruchy spánku, bolesti svalů a kloubů. Další doménou dotazníku je

doména urogenitální, ta zahrnuje symptomy močových obtíží, sexuálních obtíží a suchosti pochvy. Třetí doménou je doména psychologická, tato doména zahrnuje příznaky depresivních nálad, podrážděnosti, úzkosti a celkové tělesné i duševní únavy.

Vyhodnocení dotazníků MRS je následující, čím vyšší je udávaná intenzita obtíží, tím vyššího bodového skóre žena dosáhne v jednotlivých doménách. Následně jsou sečteny skóre jednotlivých domén do celkového součtu.

Pomocí této elektronické verze dotazníku MRS probíhal sběr dat, jehož výsledky byly zpracovány do přehledných tabulek v programu Microsoft Excel. V tabulkách jsou prezentované údaje popisovány pomocí absolutních – n_i četností a relativních – f_i (%) četností. Pro přesnější a detailnější zpracování výsledků na základě získaných dat byl použit program STATISTICA ©. Kde jsou data prezentována pomocí průměrných hodnot, dále je zde uveden medián, modus, četnost modu, minimum, maximum a směrodatná odchylka.

9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

9.1 Rešerše dostupných elektronických informačních zdrojů

Na základě provedené rešerše dostupných elektronických informačních zdrojů byl zjištěn fakt, že v současné době neexistují žádné české odborné webové stránky zaměřené na problematiku menopauzy, které by mohly menopauzálním ženám sloužit jako zdroj informací. Stanovená specifická klíčová slova byla použita celkem ve třech internetových vyhledávačích, které jsou v současné době mezi uživateli internetu nejvíce používané. Jednalo se tedy o Google.cz, Seznam.cz a Google.com (Nejpoužívanější vyhledávače, [online], 2014).

Výsledkem bylo nalezení webových stránek, které především slouží jako reklamní materiál. Nalezené reklamy byly dvojího druhu. V prvním případě byly zaměřené především na tvorbu webových stránek jako takových. V případě druhém se jednalo o reklamy farmaceutického průmyslu, které ženám představují různé preparáty či doplňky stravy (např. doplněk stravy v podobě extraktu z jetele). Dalším možným typem webových stránek, které lze tímto způsobem nalézt jsou různá diskuzní fóra vyjadřující se k období menopauzy, stránky obsahující články na téma menopauzy nebo stránky, které přímo distribuují některé z léků či doplňků stravy. V neposlední řadě jsou k nalezení i webové stránky odborného rázu, ty jsou však často směřovány zdravotnický erudované populaci uživatelů.

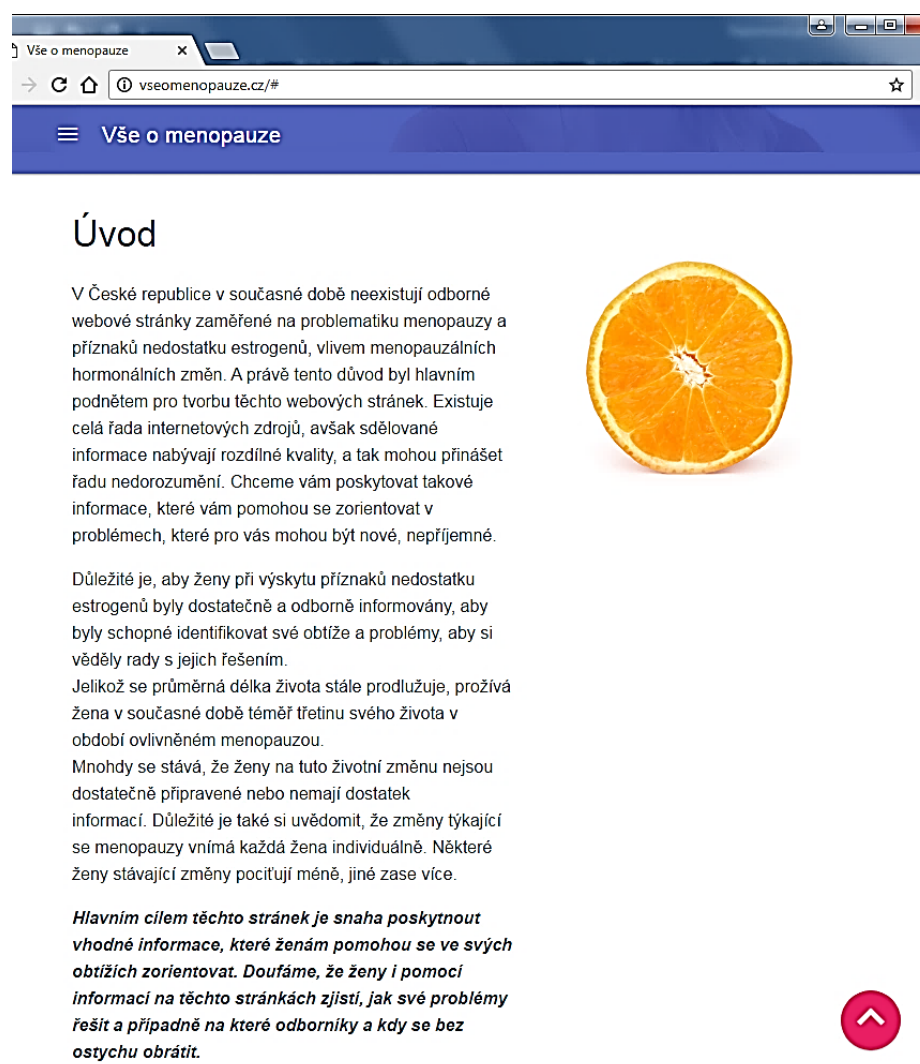
Po zadání anglického ekvivalentu klíčových slov byla nalezena celá řada webových stránek. Rovněž také rozdílné kvality. Avšak jako vzor pro tvorbu těchto českých webových stránek byly použity webové stránky americké. Konkrétně tedy The North American Menopause Society dostupné z www.menopause.org.

9.2 Webové stránky

Po zaregistrování zmíněné domény **vseomenopauze.cz** byla vytvořena struktura a obsah webových stránek. Hned v úvodu je popsáno k čemu tyto webové stránky slouží a komu jsou určeny. Je zde také popsán hlavní cíl stránek, kterým je především snaha poskytnout vhodné informace, které ženám pomohou se snáze zorientovat v obtížích spojených s menopauzou.



Obrázek 1: Úvodní strana webových stránek



Obrázek 2: Úvodní strana webových stránek (pokračování)

Součástí webových stránek jsou základní informace o průběhu a změnách spojených s menopauzou. Je zde podrobně vysvětlen termín menopauza, kdy k menopauze nejčastěji dochází a jaké konkrétní změny lze očekávat a pozorovat. Je zde věnována pozornost symptomům estrogenního deficitu, které jsou rozděleny na: klimakterický syndrom, organický estrogen-deficitní syndrom a metabolický estrogen-deficitní syndrom. Zároveň věnujeme pozornost i příznakům pozdějším, které vznikají zejména v důsledku organického poškození kůže, sliznice, či orgánů a jejímž podkladem je atrofie. Dalšími tématy jsou inkontinenční problémy týkající se sestupů pánevního dna. Je zde popsána diagnostika a jednotlivá vyšetření v souvislosti s menopauzou, také je zde popsána případná léčba pomocí hormonální substituční terapie a lze zde nalézt i část týkající se možností alternativní terapie (další možnosti léčby).

Vše o menopauze x

vseomenopauze.cz/priznaky-menopauzy/

Vše o menopauze

Menopauza a její příznaky

* tělesné příznaky * psychické příznaky *

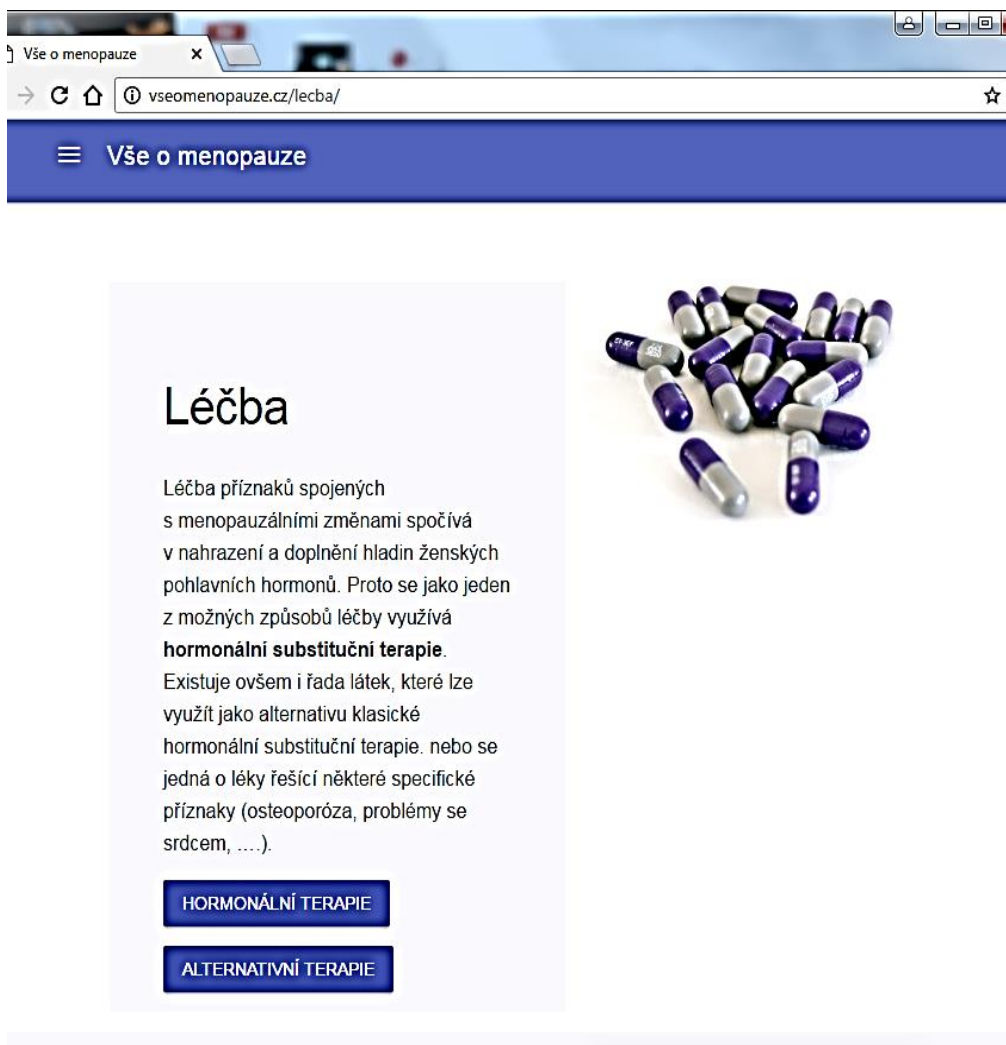
* změny týkající se doby trvání menstruačního cyklu * vaginální problémy *

* inkontinenční problémy * změny na kůži * další změny doprovázející menopauzu *

Klimakterium (přechod) je přechodem od období reprodukčních aktivit v životě ženy do tzv. období reprodukčního klidu. Jedná se o období postupného vyhasínání reprodukčních funkcí, období, kdy dochází k poklesu hladin ženských pohlavních hormonů v těle ženy a žena ztrácí schopnost otěhotnět. Nejedná se o změny náhlé, ale o postupný vývoj, který je u každé ženy individuální. Období těchto změn může trvat přibližně 2 až 4 roky, někdy i déle.

Postupný pokles hladin hormonů se projevuje souborem typických příznaků, které ženu mohou ovlivňovat, znepříjemňovat jí život, ale i ohrožovat na jejím zdraví. Každá žena vnímá změny spojené s menopauzou sama za sebe a v případě, že si neví rady, měla by se obrátit na svého gynekologa či praktického lékaře.

Obrázek 3: Příznaky menopauzy



Vše o menopauze x

vseomenopauze.cz/lecba/


Vše o menopauze

Léčba

Léčba příznaků spojených s menopauzálními změnami spočívá v nahrazení a doplnění hladin ženských pohlavních hormonů. Proto se jako jeden z možných způsobů léčby využívá **hormonální substituční terapie**. Existuje ovšem i řada látek, které lze využít jako alternativu klasické hormonální substituční terapie. nebo se jedná o léky řešící některé specifické příznaky (osteoporóza, problémy se srdcem, ...).

HORMONÁLNÍ TERAPIE

ALTERNATIVNÍ TERAPIE



Obrázek 4: Léčba menopauzy



Obrázek 5: Další možnosti léčby

Webové stránky jsou dále obohaceny o online poradnu, kde se ženy mohou dotazovat na konkrétní otázky a získat tak konkrétní zpětnou vazbu. V tuto chvíli je online poradna vytvořena, ovšem ke spuštění doposud nedošlo, předpokládaným termínem je tedy září 2017.

Odborná poradna

V sekci Odborná poradna napišete své dotazy. Pokusíme se na ně co nejdříve odpovědět.

VSTOUPIT DO PORADNY



Obrázek 6: Online poradna

9.3 Elektronická forma dotazníku MRS

Zmiňovaný dotazník MRS, přesněji řečeno jeho elektronická forma, je rovněž součástí webových stránek vseomenopauze.cz.



Jak na tom jste vy? Otestujte se!

Máte pocit, že se váš život změnil? Vnímáte na sobě obtíže, které jste do této chvíle nepociťovala? Pocení, návaly horka, nespavost a jiné? Nejste si jistá zda vaše problémy vyžadují odbornou lékařskou pomoc, zda již je potřebné váš problém řešit? ***Neváhejte a vyzkoušejte si vyplnit dotazník: Menopause Rating Scale.***

Jedná se o dotazník, který slouží k hodnocení vašich obtíží, které souvisí s menopauzou a zároveň ke zhodnocení, jak tyto obtíže ovlivňují kvalitu vašeho života. Po vyplnění dotazníku získáte okamžitou zpětnou vazbu, která Vám bude nápomocna k zorientování se ve vlastních obtížích. Zároveň součástí vyhodnocení dotazníku je doporučení, které Vám pomůže danou situaci řešit.

SPUSTIT TEST

Obrázek 7: Vstup k dotazníku MRS

Test

Které z následujících příznaků (obtíží) se Vás za poslední měsíc týkají? Označte prosím, u každého typu obtíží míru intenzity, která odpovídá Vaší reálné situaci za poslední měsíc.

Intenzitu obtíží lze zhodnotit hodnotami 0 – 4, **0 znamená žádné obtíže, 1 mírné, 2 střední, 3 výrazné a 4 nesnesitelné obtíže**. Vyhodnoťte, prosím, všechny obtíže (nelze jakoukoli položku přeskočit nebo vynechat)! Jestliže některý z příznaků Vás v tuto chvíli netrápí, označte u něj 0 (žádné obtíže). Pokud se rozhodnete během vyplňování dotazníku některou ze svých odpovědí změnit, vraťte se na danou položku a původní odpověď změňte.

Na konci vyplnění odešlete dotazník stiskem tlačítka ODESLAT. V případě, že jste nějakou položku neoznačila, systém Vás požádá o její doplnění.

Po odeslání dotazníku vyčkejte na vyhodnocení Vámi zadaných údajů.



Obrázek 8: Dotazník MRS (úvodní informace)

Po úvodních informacích týkající se účelu a postupu správného vyplnění dotazníku MRS následují identifikační údaje ženy. Identifikačními údaji jsou: jméno, příjmení, nejvyšší dosažené vzdělání a léčba.

	žádně	mírně	středně	výrazně obtíže	nemesitelné obtíže
1. návaly, pocení (sílicí pocit horka, ataky pocení)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. srdeční obtíže (bušení srdce, zrychlený tep, nepravidelný tep, pocity dušnosti)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. poruchy spánku (problémy s usínáním, poruchy trvání spánku, časně probuzení)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. depresivní nálady (sklíčenost, smutek, plačtivost, nedostatek energie, náladovaost)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. podrážděnost (nervozita, vnitřní napětí, agresivita)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. úzkost (vnitřní neklid, panika)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. tělesná a duševní únava (celkový pokles vitality, porucha paměti, nesoustředěnost, zapomnětlivost)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. sexuální problémy (změny sexuální touhy, aktivity a uspokojení)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. poruchy močového ústrojí (obtíže při močení, časté nucení na močení, mimovolné úniky moči)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. poševní suchost (pocity sucha nebo pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. kloubní a svalové obtíže (bolest v klubech, revmatoidní obtíže)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ODESLAT

Obrázek 9: Dotazník MRS (jednotlivé symptomy)

Výsledek testu

Vaše skóre: 20.

Popis Vaší situace:

Některé z problémů, které máte, Vás mohou již ovlivňovat v některých běžných činnostech. Měla byste se poradit se svým lékařem, který Vám může pomoci. Řada problémů spojených s menopauzou má své řešení a je vhodné se se svým lékařem poradit, i když to pro Vás může být nepříjemné.

Vše o menopauze © 2015 - 2016 Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Všechna práva vyhrazena. Použití zdroje.

Obrázek 10: Dotazník MRS (ukázka vyhodnocení)

9.4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily ženy, které navštívily vytvořené webové stránky www.vseomenopauze.cz, na kterých je dotazník MRS volně přístupný. Předpokladem je, že součástí tohoto výzkumného šetření se zúčastnily především ženy, kterým je dotazník MRS směřován, a které jsou v menopauzálním období. Tento předpoklad byl získán na základě stanoveného účelu webových stránek a také faktu, že po vyplnění dotazníku MRS mohou ženy získat představu o míře závažnosti pocíťovaných obtíží, doplněné o okamžitou zpětnou vazbu s doporučením. Na základě získaných a správně zodpovězených dotazníků bylo získáno celkem 51 dotazníků. Vzhledem k předem danému kritériu v podobě věkové hranice 45-65 let bylo nutné 5 dotazníků vyřadit. Celkem bylo tedy získáno 46 dotazníků MRS, které byly zahrnuty do výzkumného šetření.

K základní charakteristice výzkumného souboru respondentek bylo využito identifikačních otázek v úvodu dotazníku MRS.

Tabulka 1: Věkové rozdělení respondentek

Věk respondentek	n_i	f_i (%)
45-50 let	15	32,61
51-55 let	14	30,43
56-60 let	7	15,22
61-65 let	10	21,74
Celkem	46	100

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 46 zúčastněných žen, tvoří nejpočetnější skupinu respondentky ve věku 45-50 let (32,61 %). Průměrný věk všech zúčastněných respondentek byl 54 let. (Tab. 1)

V rámci informativních údajů, které dotazník MRS obsahoval, uváděly respondentky své nejvyšší dosažené vzdělání. Možnosti k výběru byly následující: základní, vyučena, středoškolské s maturitou a vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Vzdělání	n_i	f_i (%)
Základní	1	2,17
Vyučena	4	8,7
Středoškolské s maturitou	30	65,22
Vysokoškolské	11	23,91
Celkem	46	100

Nejpočetnější skupinou zkoumaného souboru byly ženy, které jako své nejvyšší dosažené vzdělání uvedly vzdělání středoškolské s maturitou. Středoškolsky vzdělaných žen bylo ve výzkumném šetření celkem 30 (65,22 %) z celkového počtu 46 dotázaných. Jako druhé v pořadí byly ženy vysokoškolsky vzdělané, kterých se zúčastnilo celkem 11, tedy 23,91 %. Vyučených respondentek se průzkumného šetření zúčastnilo 4 (8,7 %) a pouze jedna (2,17 %) z účastněných žen uvedla jako své nejvyšší dosažené vzdělání, vzdělání základní. (Tab. 2)

Poslední z identifikačních otázek v úvodu dotazníku byla otázka týkající se léčby, která sloužila ke zjištění, zda respondentka již podstupuje hormonální substituční terapii (HRT), či nikoli. Respondentky opět mohly volit z předem stanovených možností, které byly následovné: před léčbou, 1 měsíc, 3 měsíce a 12 měsíců.

Tabulka 3: Léčba HRT

Léčba	n_i	f_i (%)
Před léčbou	36	78,26
1 měsíc	0	0
3 měsíce	1	2,17
12 měsíců	9	19,57
Celkem	46	100

V otázce týkající se užívání hormonální substituční terapie převážná většina zúčastněných žen uvedla, že HRT zatím neužívá. Tuto možnost zvolilo přesně 36 z 46 zúčastněných žen, tedy 78,26 %. V případě užívání léčby HRT, která slouží ke zmírnění menopauzálních obtíží následkem estrogenního deficitu odpovídaly respondentky následovně. Žádná z celkového počtu 46 žen neužívá HRT po dobu 1 měsíce. V případě užívání HRT po

dobu 3 měsíců tuto odpověď uvedla pouze jedna z respondentek (2,17 %). Možnost 12 měsíční léčby udalo 9, to je 19,57 % žen z celkového počtu dotázaných. (Tab. 3)

9.5 Jednotlivé položky symptomů dotazníku MRS

Otázka č. 1 – Návaly, pocení (silící pocit horka, ataky pocení)

První otázka dotazníku MRS je zaměřena na hodnocení pocitů návalů horka a pocení se. Zde respondentky uváděly intenzitu obtíží, které pociťují.

Tabulka 4: Návaly horka a pocení

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné obtíže	15	32,61
1 – mírné obtíže	16	34,78
2 – střední obtíže	7	15,22
3 – výrazné obtíže	5	10,87
4 – nesnesitelné obtíže	3	6,52
Celkem	46	100

V první otázce, zaměřené na hodnocení pocitů návalů horka a pocení, nejvíce žen odpovědělo, že jejich pociťované obtíže jsou spíše mírnějšího charakteru. Přesněji řečeno odpověď „mírné obtíže“ označilo 16 (34,78 %) žen z celkových 46 (100 %) respondentek. Přibližně stejný počet žen uvedlo, že nepociťují žádné obtíže ve spojitosti s pocením či návaly horka. Konkrétně se jednalo o 15 (32,61 %) žen. Střední obtíže uvedlo celkem 7 (15,22 %) respondentek, obtíže výrazné pak 5 (10,87 %) respondentek a nesnesitelné obtíže 3 (6,52 %) z celkových 46 zúčastněných. (Tab. 4)

Otázka č. 2 – Srdeční obtíže

Druhá otázka dotazníku MRS je věnována symptomům srdečních obtíží, a to v podobě zrychlené tepové frekvence, nepravidelné tepové frekvence, pocitům bušení srdce a pocitům dušnosti.

Tabulka 5: Srdeční obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné obtíže	26	56,52
1 – mírné obtíže	9	19,57
2 – střední obtíže	9	19,57
3 – výrazné obtíže	2	4,35
4 – nesnesitelné obtíže	0	0
Celkem	46	100

V otázce hodnotící výskyt srdečních obtíží u sledovaného vzorku respondentek nadpoloviční většina uvedla, že žádné obtíže na sobě neshledává, konkrétně se jednalo o 26 (56,52 %) respondentek. Mírné srdeční obtíže uvedlo 9 respondentek (19,57 %), stejně tak i střední obtíže uvedlo 9 (19,57 %) ze zúčastněných žen. Výrazné obtíže pociťují pouze 2 respondentky (4,35 %) a nesnesitelné obtíže žádná z celkového výzkumného souboru, který tvořilo 46 (100 %) žen. (Tab. 5)

Otázka č. 3 – Poruchy spánku

V otázce číslo tři se respondentky vyjadřovaly k problémům s usínáním. Zda u sebe shledávají poruchy trvání spánku nebo naopak časně probouzení. Tak jako je tomu v otázkách předchozích i všech ostatních v dotazníku MRS, i zde respondentky volily intenzitu obtíží.

Tabulka 6: Poruchy spánku

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné obtíže	8	17,39
1 – mírné obtíže	21	45,65
2 – střední obtíže	12	26,09
3 – výrazné obtíže	4	8,7
4 – nesnesitelné obtíže	1	2,17
Celkem	46	100

Z výsledků v tabulce hodnotící výskyt poruch spánku v menopauzálním období u dotazovaných žen vyplývá, že téměř polovina ze zúčastněných žen trpí mírnými poruchami spánku. Tuto odpověď uvedlo nejvíce respondentek, tj. 21 (45,65 %). Dvanáct respondentek (26,09 %) uvedlo jako odpověď intenzitu středních obtíží poruch spánku, žádné obtíže

nepocit'uje 8 (17,39 %), výrazné obtíže uvedly 4 (8,7 %) respondentky a nesnesitelné obtíže pouze jedna (2,17 %) z respondentek. Z uvedených výsledků tedy vyplývá, že zúčastněné ženy volily jako odpověď nejčastěji intenzitu obtíží pod čísly 0, 1 a 2. Odpovědí, které uváděly „mírné obtíže“, bylo však nejvíce. (Tab. 6)

Otázka č. 4 – Depresivní nálady

V otázce číslo čtyři měly respondentky možnost ohodnotit intenzitu symptomů v podobě sklíčenosti, smutku, plačtivosti, nedostatku energie a náladovosti až depresivních nálad.

Tabulka 7: Depresivní nálady

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné obtíže	11	23,91
1 – mírné obtíže	20	43,48
2 – střední obtíže	11	23,91
3 – výrazné obtíže	3	6,52
4 – nesnesitelné obtíže	1	2,17
Celkem	46	100

V otázce depresivních nálad odpovídaly respondentky následovně: 20 (43,48 %) respondentek uvedlo intenzitu mírných obtíží, 11 (23,91 %) respondentek uvádí, že nepocit'uje žádné obtíže v oblasti poruch a výkyvů nálad. Dalších 11 (23,91 %) ze zúčastněných žen označilo své pocity depresivních nálad jako středně obtížné. Výrazné obtíže a nesnesitelné obtíže se u dotázaných žen vyskytovaly nejméně, konkrétně v případě výrazných obtíží se jednalo o 3 (6,52 %) respondentky a v případě nesnesitelných obtíží pouze o 1 (2,17 %) respondentku. Z výsledků v tabulce vyplývá, že nejvíce žen své obtíže v oblasti depresivních nálad hodnotí jako mírné. (Tab. 7)

Otázka č. 5 – Podrážděnost

Pátá otázka dotazníku Menopause Rating Scale se zaměřuje na hodnocení míry podráždění žen v období souvisejícím s menopauzou. Především, jestli se ženy cítí nervózně nebo pocit'ují vnitřní neklid či napětí vystupňované až ve stavy spojené s agresí.

Tabulka 8: Podrážděnost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné obtíže	11	23,91
1 – mírné obtíže	21	45,65
2 – střední obtíže	11	23,91
3 – výrazné obtíže	2	4,35
4 – nesnesitelné obtíže	1	2,17
Celkem	46	100

V této otázce hodnotily respondentky první tři stupně obtíží s největší četností. Tedy intenzitu 0 – „žádné obtíže“ uvedlo 11 (23,91 %) respondentek. Intenzitu obtíží 1 – „mírné obtíže“ uvedlo 21 (45,65 %) respondentek, tato odpověď byla i odpovědí nejvíce volenou zúčastněnými ženami výzkumného šetření. Střední intenzitu obtíží uvedl stejný počet respondentek jako žádné obtíže, tedy 11 (23,91 %) žen. Výrazné a nesnesitelné obtíže byly opět uvedeny v minimálním počtu četností. Konkrétně výrazné obtíže odpověděly 2 (4,35 %) respondentky a obtíže nesnesitelné jen 1 (2,17 %). (Tab. 8)

Otázka č. 6 – Úzkost

V otázce číslo šest měly možnost respondentky ohodnotit míru obtíží jako je vnitřní neklid a panika, které rovněž mohou ženu v postmenopauzálním období postihnout vlivem nedostatečných hladin estrogenů.

Tabulka 9: Úzkost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné obtíže	21	45,65
1 – mírné obtíže	15	32,61
2 – střední obtíže	8	17,39
3 – výrazné obtíže	1	2,17
4 – nesnesitelné obtíže	1	2,17
Celkem	46	100

Z následující tabulky hodnocení úzkosti vyplývá, že téměř polovina zúčastněných žen výzkumného souboru nepocituje žádné příznaky, tato odpověď se v zodpovězených dotaznících MRS vyskytla celkem 21krát (45,65 %), což bylo zároveň i nejvíce volenou odpovědí ze všech možných. Mírné obtíže pozoruje 15 (32,61%) dotázaných žen z celkových

46 (100 %) zúčastněných. Střední obtíže uvedlo 8 (17,39 %) respondentek, obtíže výrazné a nesnesitelné byly uvedeny vždy jen jedenkrát (2,17 %). Nejvíce tedy respondentky volily z možností žádných obtíží a mírných obtíží. (Tab. 9)

Otázka č. 7 – Tělesná a duševní únava

Tělesná a duševní únava je u žen v období menopauzy vnímána jako celkový pokles vitality, spojený s poruchami paměti, nesoustředěností, zapomnětlivostí a může vést až ke stavům úplného vyčerpání.

Tabulka 10: Tělesná a duševní únava

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné obtíže	4	8,7
1 – mírné obtíže	22	47,83
2 – střední obtíže	16	34,78
3 – výrazné obtíže	4	8,7
4 – nesnesitelné obtíže	0	0
Celkem	46	100

V otázce hodnotící míru intenzity tělesné a duševní únavy odpovídaly respondentky následovně. Žádné obtíže uvedly 4 (8,7 %) respondentky, mírné obtíže odpovědělo 22 (47,83 %) respondentek, střední obtíže 16 (34,78 %), jako obtíže výrazné hodnotily tělesnou a duševní únavu respondentky ve 4 (8,7 %) případech a obtíže nesnesitelné zde nebyly uvedeny ani jednou. Nejčastěji zvolenou odpovědí respondentek byla odpověď „mírné obtíže“ a hned další v pořadí následovala odpověď střední a výrazné obtíže, které byly zastoupeny se stejnou četností. (Tab. 10)

Otázka č. 8 – Sexuální problémy

Osmá otázka dotazníku MRS je věnována problémům sexuálního života ženy v období souvisejícím s menopauzou, kdy ženy mohou pociťovat jisté změny v sexuálních touhách, které doposud nevnímaly. Dále mohou změny nastat v sexuálních aktivitách a v celkovém uspokojení ženy.

Tabulka 11: Sexuální problémy

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné obtíže	19	41,3
1 – mírné obtíže	17	36,96
2 – střední obtíže	7	15,22
3 – výrazné obtíže	3	6,52
4 – nesnesitelné obtíže	0	0
Celkem	46	100

V otázce sexuálních problémů uvedlo nejvíce respondentek variantu, že žádné obtíže nepocítují. Tuto možnost odpovědi volila necelá polovina žen, které se výzkumného šetření zúčastnily, tj. 19 (41,3 %). Mírné obtíže pocítuje 17 (36,96 %) respondentek a obtíže střední 7 (15,22 %). Oproti tomu varianty výrazných obtíží a nesnesitelných obtíží byly zastoupeny jen v mizivém počtu. Výrazné obtíže odpověděly 3 (6,52%) zúčastněné ženy a nesnesitelné obtíže se v odpovědích nevyskytly ani jednou z celkového počtu 46 (100 %) dotazníků. (Tab. 11)

Otázka č. 9 – Poruchy močového ústrojí

Inkontinenční poruchy se také mohou projevit jako jeden z možných symptomů estrogenního deficitu u žen v menopauze. Bývají doprovázené poruchami spojenými s močením projevující se např. častým nucením na močení až i mimovolnými úniky moči.

Tabulka 12: Poruchy močového ústrojí

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné obtíže	23	50
1 – mírné obtíže	13	28,26
2 – střední obtíže	6	13,04
3 – výrazné obtíže	4	8,7
4 – nesnesitelné obtíže	0	0
Celkem	46	100

Z uvedených výsledků v tabulce vyplývá, že nejvíce volenou položkou byla odpověď „žádné obtíže“, a to přesně v 50 % (23) respondentek z celkových 46 (100 %) zúčastněných. Mírné obtíže uvedly respondentky ve 13 případech (28,26 %) a střední obtíže v 6 (13,04 %).

Méně zastoupené byly odpovědi v hodnocení intenzity jako „výrazné obtíže“, přesněji 4krát (8,7 %). Nesnesitelné obtíže u poruch močového ústrojí nebyly shledány ani jednou. (Tab. 12)

Otázka č. 10 – Poševní suchost

V této otázce hodnotily respondentky míru obtíží týkající se suchosti pochvy, projevující se pocity sucha díky nedostatečné lubrikaci nebo pálením v pochvě. Právě tyto obtíže mohou být jedním z problémů při pohlavním styku v období menopauzy.

Tabulka 13: Poševní suchost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné obtíže	28	60,87
1 – mírné obtíže	14	30,43
2 – střední obtíže	3	6,52
3 – výrazné obtíže	1	2,17
4 – nesnesitelné obtíže	0	0
Celkem	46	100

V předposlední otázce dotazníku MRS, která byla věnována obtížím spojeným se suchostí pochvy, se nadpoloviční většina respondentek shodla na tom, že zmiňované obtíže nepocítují. Tuto možnost volilo celkem 28 (60,87 %) žen z celkových 46 (100 %) zúčastněných. Mírné obtíže pocítuje 14 (30,43 %), intenzitu středních obtíží odpověděly 3 (6,52 %) respondentky a výrazné obtíže jen jedna (2,17 %). Nesnesitelné obtíže spojené s poševní suchostí se opět nevyskytovaly ani u jedné z respondentek, které se výzkumného šetření účastnily. (Tab. 13)

Otázka č. 11 – Kloubní a svalové obtíže

Poslední otázka, která se nachází v dotazníku MRS se týká kloubních a svalových obtíží. Zejména bolesti v kloubech a revmatoidní obtíže, které mohou být součástí estrogenního deficitu v menopauzálním období života ženy, ale také mohou být prvotním ukazatelem osteoporózy.

Tabulka 14: Kloubní a svalové obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné obtíže	10	21,74
1 – mírné obtíže	20	43,48
2 – střední obtíže	11	23,91
3 – výrazné obtíže	4	8,7
4 – nesnesitelné obtíže	1	2,17
Celkem	46	100

V otázce kloubních a svalových obtíží byly získány a vyhodnoceny následující výsledky, z kterých vyplývá, že žádné obtíže nepociťuje 10 (21,74 %) respondentek. Mírné obtíže uvedlo 20 (43,48 %) což je nejvíce z odpovědí a téměř polovina z celkového počtu 46 (100 %) dotázaných žen. Střední obtíže odpovědělo 11 (23,91 %) a obtíže výrazné se v zodpovězených dotaznících vyskytly čtyřikrát (8,7 %). Nesnesitelné obtíže opět byly uvedeny minimálně, a to pouze v případě jedné respondentky (2,17 %). (Tab. 14)

Za pomoci programu STATISTICA© byla vytvořena následující tabulka popisné statistiky. V tabulce popisné statistiky je uvedeno všech 11 symptomů elektronického dotazníku MRS. Dále jsou zde zaznamenány i další parametry: N platných, průměr, medián, modus četnost modu, minimum, maximum a směrodatná odchylka.

Tabulka 15: Jednotlivé symptomy (popisná statistika)

Symptomy	Popisné statistiky (MRS)							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Návaly, pocení	46	1,24	1	1	16	0	4	1,21
Srdeční obtíže	46	0,72	0	0	26	0	3	0,93
Poruchy spánku	46	1,33	1	1	21	0	4	0,94
Depresivní nálady	46	1,2	1	1	20	0	4	0,96
Podrážděnost	46	1,15	1	1	21	0	4	0,92
Úzkost	46	0,83	1	0	21	0	4	0,95
Tělesná a duš. únava	46	1,43	1	1	22	0	3	0,78
Sexuální problémy	46	0,87	1	0	19	0	3	0,91
Poruchy moč. ústr.	46	0,8	0	0	23	0	3	0,98
Poševní suchost	46	0,5	0	0	28	0	3	0,72
Kloubní a sval. obtíže	46	1,26	1	1	20	0	4	0,98

Z tabulky popisné statistiky vyplývá, že výzkumného šetření se zúčastnilo celkem již zmíněných 46 respondentek. Jak již bylo zmíněno, měly respondentky na výběr z pětibodové škály k hodnocení intenzity obtíží estrogenního deficitu, a to od 0–4 bodů. Proto je minimem 0 a maximem 4. Na základě výsledků průměrných hodnot jednotlivých symptomů lze konstatovat, že nejvyššího průměru bylo dosaženo v otázce tělesné a duševní únavy (1,43).

Právě tyto obtíže shledávají respondentky výzkumného vzorku jako ty, které je nejvíce ovlivňují. U většiny symptomů je medián neboli střední hodnota, roven 1. Modus udává nejčastější odpovědi respondentek. Na základě výsledků v tabulce můžeme říci, že nejčastější volbou odpovědi byly: 1 – mírné obtíže a 0 – žádné obtíže. Četnost modu udává počet respondentek, které volily stejně nejčastější odpověď v dotazníku MRS. Nejčastěji zvolenou odpovědí byla odpověď 0 – žádné obtíže v otázce týkající se poševní suchosti, kdy tuto možnost odpovědi uvedlo 28 respondentek z celkového počtu 46 zúčastněných. Vzhledem k nejčastěji voleným odpovědím, kterými byly: 0 – žádné obtíže nebo 1 – mírné obtíže, lze shledávat zúčastněný výzkumný vzorek respondentek jako neovlivněný, co se menopauzálních obtíží týká. Respondentky uváděly ve většině případů, že nepocítují a nemají žádné výrazné obtíže ve spojitosti s estrogenním deficitem. A v případě, že pocítují, jedná se především pouze o obtíže mírné. Na základě těchto výsledků lze říci, že u respondentek zúčastněných tohoto výzkumného šetření, není kvalita života nijak výrazně ovlivněna ve smyslu jejího snížení. (Tab. 15)

9.6 Přehled jednotlivých domén

Při vyplňování dotazníků MRS volily respondentky míru intenzity na vzestupné bodové škále od 0 do 4 bodů (žádné obtíže – nesnesitelné obtíže). V následujícím vyhodnocení jsou v přehledných tabulkách zobrazeny jednotlivé domény dotazníku MRS, ve kterých je uvedena průměrná hodnota všech symptomů. Na základě těchto údajů byl získán přehled symptomů, které ženy v období menopauzy vnímají nejvíce. A které symptomy jednotlivých domén jsou u žen nejvýrazněji zastoupené.

Tabulka 16: Somato-vegetativní doména

Symptomy	Prům. hodnota symptomů	Prům. hodnota skóre v doméně
Návaly horka, pocení	1,24	4,54
Srdeční obtíže	0,72	
Poruchy spánku	1,33	
Bolesti svalů a kloubů	1,26	

Tabulka somato-vegetativní domény zobrazuje výsledky průměrných hodnot jednotlivých symptomů, které byly získány na základě bodového ohodnocení respondentek v dotazníku MRS. Ze získaných výsledků vyplývá, že největšími obtížemi zúčastněných respondentek jsou poruchy spánku (s průměrnou hodnotou 1,33). S nepatrným rozdílem průměrných hodnot se na pomyslném druhém a třetím místě prokazují bolesti svalů a kloubů (průměrná hodnota 1,26) a návaly horka a pocity pocení se (prům. hodnota 1,24). Nejméně závažným symptomem v této doméně uváděly zúčastněné ženy obtíže srdeční, které se v porovnání s ostatními symptomy této domény vyskytovaly nejméně (prům. hodnota 0,72). (Tab. 16)

Tabulka 17: Psychologická doména

Symptomy	Prům. hodnota symptomů	Prům. hodnota skóre v doméně
Depresivní nálady	1,2	4,61
Podrážděnost	1,15	
Úzkost	0,83	
Tělesná a duš. únava	1,43	

V doméně psychologické nejvíce bodů při hodnocení intenzity obtíží jednotlivých symptomů uváděly respondentky u tělesné a duševní únavy, u které bylo dosaženo průměrné hodnoty 1,43. Jako dalším symptomem v pořadí s největší intenzitou obtíží byly uvedeny depresivní nálady (prům. hodnota 1,2). S průměrnou hodnotou 1,15 byla zaznamenána podrážděnost. Nejméně hodnoceným symptomem s nejmenší průměrnou hodnotou (0,83), a také nejméně zatěžující obtíží výzkumného souboru respondentek byla zaznamenána úzkost. (Tab. 17)

Tabulka 18: Urogenitální doména

Symptomy	Prům. hodnota symptomů	Prům. hodnota skóre v doméně
Sexuální problémy	0,87	2,17
Poruchy moč. ústrojí	0,8	
Poševní suchost	0,5	

Urogenitální doména obsahuje, oproti dvěma předchozím doménám, pouze tři hodnotící symptomy. Nejvíce hodnoceným příznakem při hodnocení intenzity obtíží v oblasti urogenitální byly uvedeny sexuální problémy (prům. hodnota 0,87). Sexuální problémy uvedla téměř tři čtvrtina ze zúčastněných žen. Následně byly hodnoceny poruchy močového ústrojí (prům. hodnota 0,8). Nejméně obtěžujícím příznakem urogenitální domény však respondentky uváděly poševní suchost (prům. hodnota 0,5). (Tab. 18)

Jak již bylo zmíněno celkové skóre pro vyhodnocení dotazníku MRS je součet bodů všech tří domén dotazníku. V celkovém součtu bodů mohla každá z respondentek dosáhnout 0-44 bodů dle intenzity vnímaných obtíží. Pokud respondentka dosáhla bodového rozmezí 0-15 bodů znamená to, že vnímané obtíže jsou spíše mírného charakteru a kvalita života je tak minimálně ovlivněna. V případě, že je celkové skóre respondentky v rozmezí mezi 16-30 body znamená to, že respondentka má obtíže středního rázu. V takovém to případě bývá kvalita života již ovlivněna. Dosáhne-li respondentka 31-44 bodů v celkovém skóre dotazníku MRS znamená to, že její obtíže jsou velmi výrazné. Rovněž i kvalita života je tedy značně ovlivněna obtížemi spojenými s příznaky estrogenního deficitu, který se v menopauzálním období vyskytuje.

Tabulka 19: Celkové skóre

Celkové skóre	n_i	f_i (%)
0–15 bodů = vysoká kvalita života	37	80,43
16–30 bodů = snížená kvalita života	9	19,57
31–44 bodů = nízká kvalita života	0	0
Celkem	46	100

Z celkového vzorku 46 (100 %) respondentek, které se účastnily výzkumného šetření, 37 respondentek (80,43%) získalo celkové skóre v rozmezí 0-15 bodů. Lze tedy říci, že převážná většina respondentek, které se zúčastnily tohoto výzkumného šetření, má kvalitu

života ovlivněnou jen minimálně. Pouze u 9 respondentek (19,57 %) lze hovořit o snížené kvalitě života. Celkového skóre, poukazujícího na nízkou kvalitu života v bodovém rozmezí 31-44 bodů, nedosáhla ani jedna z respondentek, které se výzkumného šetření zúčastnily (0 %).

Lze tedy konstatovat, že zúčastněný výzkumný vzorek 46 respondentek spadá nejbližší k bodovému rozmezí 0-15 bodů, tudíž jeho kvalita života je obtížemi estrogenního deficitu ovlivněna jen minimálně. (Tab. 19)

DISKUZE

V úvodu diplomové práce byly stanoveny cíle práce. Očekávané cíle diplomové práce jsou rozděleny na cíle teoretické a výzkumné části. V teoretické části diplomové práce byla objasněna terminologie menopauzy, příznaky estrogenního deficitu a některá z klinických vyšetření, zejména těch ve spojitosti s menopauzou. Dále byly vymezeny možnosti léčby, která slouží ke zmírnění obtíží vzniklých vlivem estrogenního deficitu. Rovněž byl vymezen i pojem „kvalita života“ související se zdravím a ve vztahu k menopauze. Posledním cílem teoretické části práce bylo zasvěcení do sféry informačních zdrojů, které jsou určené k cílené edukaci žen v období ovlivněném menopauzou. Konkrétně tedy se zaměřením na informační zdroje v elektronické podobě.

Hlavním cílem diplomové práce bylo **vytvoření odborných webových stránek**, které doposud v České Republice neexistovaly. V tuto chvíli existují plně funkční a veřejně dostupné odborné webové stránky, které slouží ženám v období menopauzy. Dostupné jsou na: www.vseomenopauze.cz. Webové stránky obsahují základní informace týkající se menopauzy, menopauzálních změn, příznaků estrogenního deficitu a jejich léčby. Dále je součástí webových stránek zmiňovaný dotazník Menopause Rating Scale, který slouží ke zhodnocení menopauzálních obtíží vlivem estrogenního deficitu. Ženám tak poskytuje téměř okamžitou zpětnou vazbu v podobě vyhodnocení a následného doporučení, jak své obtíže řešit. V neposlední řadě je na webových stránkách dostupná i online poradna, kde mohou menopauzální ženy pokládat konkrétní dotazy erudovaným odborníkům. Tato část webových stránek však bude zprovozněna v září 2017.

Dalším cílem diplomové práce bylo vyhodnocení získaných dat. Sběr dat probíhal pomocí české standardizované verze dotazníku Menopause Rating Scale v elektronické podobě, který slouží k zachycení intenzity obtíží jednotlivých symptomů estrogenního deficitu u žen v menopauzálním období. Ty respondentky hodnotily na bodové škále od 0 do 4 bodů.

Výzkumná otázka č. 1: V jaké míře ovlivňují jednotlivé symptomy estrogenního deficitu kvalitu života žen v období souvisejícím s menopauzou?

V rámci, již zmiňovaného dotazníku MRS hodnotily respondentky následující symptomy estrogenního deficitu: návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku, depresivní nálady, podrážděnost, úzkost, tělesnou a duševní únavu, sexuální problémy, poruchy

močového ústrojí, suchost pochvy, kloubní a svalové obtíže. Jak již bylo zmíněno v teoretické části práce symptomy estrogenního deficitu bývají spojeny s řadou obtíží, které na sobě ženy v menopauzálním období shledávají. Právě díky subjektivnímu hodnocení jednotlivých symptomů lze posoudit míru ovlivnění kvality života respondentek.

Po zhodnocení výsledků všech jedenácti symptomů lze konstatovat, že respondentky volily převážně z odpovědí: 0 – žádné obtíže, 1 – mírné obtíže a 2 – střední obtíže. Odpovědi typu: 3 – výrazné obtíže a 4 – nesnesitelné obtíže byly u respondentek zaznamenány jen minimálně. Lze tedy předpokládat, že kvalita života dotázaných žen není příliš ovlivněna menopauzálními změnami. Tento předpoklad byl potvrzen při součtu celkového bodového skóre, kterého respondentky dosáhly. Převážná část zkoumaného vzorku respondentek, přesněji řečeno 80,43 % (37 respondentek), se pohybuje v rozmezí 0-15 bodů. Což znamená, že jejich kvalita života je menopauzálními změnami téměř nezasazena. V bodovém rozmezí 16-30 bodů se vyskytlo pouze 9 (19,57 %) respondentek. To znamená, že pouze u 9 zúčastněných žen lze pozorovat sníženou kvalitu života vlivem menopauzálních změn. Celkového skóre 31-44 bodů nedosáhla ani jedna z respondentek.

K velmi podobným výsledkům dospěla ve svém výzkumu i Dopitová (2016, s. 60), která provedla obdobné výzkumné šetření u většího souboru respondentek (206) s využitím klasické formy nástroje MRS „tužka-papír“. V porovnání obou výzkumů jsou výsledky obdobné. Ve výzkumu Dopitové dosáhlo nejvíce respondentek (121 – 58,74 %) bodového rozmezí 0-15 bodů v dotazníku MRS. Podobně jako v našem výzkumném šetření se druhá nejpočetnější skupina respondentek nacházela v rozmezí 16-30 bodů. Konkrétně se jednalo o 82 respondentek (39,80 %). Ve výzkumu Dopitové byly zaznamenány i 3 (1,46 %) respondentky v bodovém rozmezí 31-44 bodů.

Obdobných výsledků bylo dosaženo i ve výzkumu Urbánkové (2016, s. 56), která již využila elektronickou formu nástroje MRS u 167 respondentek ve věku 45-60 let. V bodovém rozmezí 0-15 bodů se opět pohybovala většina z dotázaných žen (téměř 70 %). I ve výzkumu Urbánkové se jako druhé nabízí rozmezí 16-30 bodů (30,54 %). V bodovém rozmezí 31-44 bodů nebyla zaznamenána ani jedna z respondentek.

Závěrem lze tedy říci, že na základě získaných výsledků výzkumu, je kvalita života zúčastněných respondentek ovlivněna jen na minimální úrovni. Tudíž obtíže spojené s menopauzálními změnami ji výrazně neovlivňují.

Výzkumná otázka č. 2: Které symptomy estrogenního deficitu uvádějí respondentky nejvíce?

Jak již bylo zmíněno dotazník MRS obsahoval celkem 11 položek, tyto položky byly rozděleny do tří domén. Respondentky na základě hodnocení intenzity vnímaných obtíží volily míru intenzity v bodovém rozmezí 0-4 bodů. Na základě výsledků hodnotících jednotlivé symptomy dotazníku MRS u našeho výzkumného vzorku 46 respondentek, jsme se dobraly následujících výsledků.

Nejvíce uváděným symptomem dotazníku MRS u našeho výzkumného vzorku byla tělesná a duševní únava. Právě v této položce uvedly respondentky nejvíce bodů. Tělesná a duševní únava je položka spadající do domény psychologické. Tělesná a duševní únava je spojována především s celkovým poklesem vitality, s poruchami paměti a nesoustředěností. Tuto skutečnost lze konstatovat na základě nejvyšší dosažené průměrné hodnoty, která byla 1,43. Na pomyslném druhém a třetím místě nejvíce uváděného symptomu se umístily symptomy somato-vegetativní domény. Jedná se konkrétně o poruchy spánku spojené s poruchami usínání a častým probouzení, které byly zaznamenány s průměrnou hodnotou 1,33. Na pomyslné třetí příčce byly zaznamenány bolesti svalů a kloubů (s prům. hodnotou 1,26). Na základě těchto výsledků lze předpokládat, že doména psychologická by mohla být doménou nejvíce ovlivněnou menopauzálními změnami a symptomy estrogenního deficitu u vybraného vzorku respondentek.

Výzkumná otázka č. 3: Která ze tří stanovených domén je u respondentek nejvíce zasažena menopauzálními změnami a má tak největší vliv na kvalitu jejich života?

Dotazník MRS obsahuje celkem tři domény, do kterých jsou jednotlivé symptomy estrogenního deficitu rozděleny. Jedná se o doménu somato-vegetativní, která zahrnuje celkem čtyři položky: návaly, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů. Další doménou je doména psychologická, do které patří také čtyři položky. Depresivní nálady, podrážděnost, úzkost a tělesná a duševní únava. Poslední doménou je doména urogenitální, soustředící sexuální problémy, poruchy močového ústrojí a poševní suchost. Tato doména však zahrnuje pouze 3 hodnotící položky.

Na základě výsledků průměrných hodnot našeho výzkumného šetření jsme zjistili, že v doméně somato-vegetativní byly jednotlivé symptomy bodovány následovně: Návaly horka a

pocení – 1,24, srdeční obtíže – 0,72, poruchy spánku – 1,33 a bolesti kloubů a svalů – 1,26. V doméně somato-vegetativní bylo tedy dosaženo průměrné hodnoty skóre 4,54.

Položky psychologické domény: depresivní nálady – 1,2, podrážděnost – 1,15, úzkost – 0,83 a tělesná a duševní únava – 1,43 s průměrnou hodnotou skóre 4,61.

U domény urogenitální obsahující pouze tři hodnocené položky, s průměrnou hodnotou skóre 2,17, byly zaznamenány následující průměrné hodnoty jednotlivých symptomů: sexuální problémy – 0,87, poruchy močového ústrojí – 0,8 a poševní suchost – 0,5.

Po porovnání průměrných hodnot skóre v jednotlivých doménách, lze hodnotit, že nejvíce ovlivněnou doménou tohoto výzkumného šetření je doména psychologická. Průměrné dosažené skóre této domény bylo 4,61. Právě v této doméně vnímají respondentky nejintenzivněji své obtíže.

Na rozdíl od výzkumů Dopitové (Dopitová, 2016, s. 56) a Urbanové (Urbanová, 2015, s. 47), které dospěly rozdílného výsledků. Ve výzkumu Dopitové bylo dosaženo nejvyššího průměrného skóre v somato-vegetativní doméně 5,14 a ve výzkumu Urbanové 5,38. V našem výzkumu se doména somato-vegetativních symptomů umístila na pomyslném druhém místě. Je možné, že tuto skutečnost zapříčinila právě rozdílnost ve velikosti zkoumaných souborů respondentek.

ZÁVĚR

Jak již bylo několikrát zmíněno, menopauza je nedílnou součástí života každé ženy. A každá žena se s touto životní situací vyrovnává po svém, některá téměř bez povšimnutí, pro jinou to však může být období nepříjemných změn.

Cílem této diplomové práce bylo především zhotovení informativních odborných webových stránek s tématem menopauzy, které v současné době české moderní společnosti chyběly. Do této chvíle neměly ženy po menopauze možnost využití českých odborných internetových stránek. Své informace tak moly čerpat pouze z literárních zdrojů, přímo od zdravotního personálu, anebo z internetových stránek. Ty však často nebývají relevantní. Doufáme, že vytvořené webové stránky pomohou ženám v postmenopauzálním období, aby se v problematice menopauzy lépe orientovaly. Aby si každá žena individuálně utřídila a doplnila chybějící informace. Získala tak možnost v čas rozpoznat a zachytit závažné potíže a věděla na koho se v danou chvíli bez ostychů obrátit. V takových případech, kdy žena získá přehled o svém stavu, bude mít rovněž i představu o jeho řešení. Bude znát možnosti a různé cesty léčby. Otázkou zůstává, v jaké míře budou webové stránky navštěvovány a následně využívány v budoucnu, ale prozatím se jeví jako snadná forma edukace, kterou mohou ženy absolvovat v sobě známém a příjemném prostředí domova, bez nutné návštěvy svého ošetřujícího lékaře. Za pouhý měsíc od uvedení webových stránek do provozu byly webové stránky www.vseomenopauze.cz zobrazeny více než 500krát. Dále byla získána i zpětná vazba od respondentek účastněných výzkumného šetření. Většina zúčastněných respondentek se shoduje na tom, že takovýto typ elektronického informačního zdroje doposud chyběl, zdá se být vyhovujícím, přehledným a splňujícím svůj účel.

I do budoucna budou webové stránky dále vedené. Jak již bylo zmíněno, online poradna bude zprovozněna v září 2017. Dále je na webových stránkách vytvořen blog pro zveřejňování aktuálních článků na téma menopauza a symptomy estrogenního deficitu a mnohé další, které s touto problematikou souvisí. Také je naplánován průzkum srozumitelnosti a uživatelské přívětivosti stránek.

Dalším cílem diplomové práce bylo zjistit, které symptomy estrogenního deficitu ovlivňují vybrané respondentky účastníci se výzkumu. Dále také, které ze symptomů estrogenního deficitu mají největší podíl na ovlivnění kvality života respondentek, a to ve smyslu jejího snížení. Ke sběru dat byly použity zhotovené odborné webové stránky s nástrojem sloužícím ke zhodnocení kvality života žen v období souvisejícím s menopauzou.

Nástrojem byla česká standardizovaná verze dotazníku Menopause Rating Scale (elektronická forma). Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 46 respondentek, které vytvořené webové stránky navštívily.

Výsledným zjištěním je závěr, že ženy v období menopauzy mohou pociťovat některé ze symptomů estrogenního deficitu, které ovlivňují kvalitu jejich života. Avšak většina respondentek účastnících se výzkumu uvedla, že výrazné obtíže neshledává, tudíž kvalita jejich života není nijak významně ovlivněna. Pro srovnání byly uvedeny i výsledky jiných výzkumných prací, které využily tutéž metodu sběru dat pomocí dotazníků MRS.

V samotném závěru vyhodnocení dat byla pozornost věnována doméně, která má největší podíl na vnímaných obtížích. Doménou s nejvyšší intenzitou obtíží byla vyhodnocena doména psychologická. Nejvíce zastoupeným symptomem byla tělesná a duševní únava. Velké zastoupení bylo zjištěno i v doméně somato-vegetativních symptomů (poruchy spánku, návaly horka a bolesti kloubů a svalů).

Získané výsledky byly porovnány s dalšími výzkumnými pracemi, které se věnovaly hodnocení kvality života u žen v období menopauzy, a které rovněž využily ke sběru dat dotazníky MRS, ať už v podobě „tužka-papír“ či elektronické. Výsledky byly porovnávány s výzkumem Urbanové (2015), Dopitové a Urbánkové (2016).

V samotném závěru je nutno podotknout, že slovo „menopauza“ nemusí být „strašákem“ v životě většiny žen. Že menopauza neznamená konec šťastného a naplněného života. A právě z tohoto důvodu považuji za nejdůležitější část prevence edukaci. Edukaci zejména ze stran ošetřujících gynekologů, ale také porodních asistentek, kteří by měli být schopni navázání pevného a důvěryhodného vztahu s konkrétní ženou. Jelikož menopauzální změny a obtíže spojené s estrogenním deficitem jsou velmi individuální a každá žena je vnímá v různé míře intenzity. Dále je nutné také zmínit, že jednu z hlavních rolí může do jisté míry hrát stud, obavy a strach z nově nastalých změn. Právě proto se odborné webové stránky jeví jako snadný a zároveň spolehlivý zdroj informací, kde se mohou ženy dočíst a bez ostychů dotázat na vše potřebné.

POUŽITÁ LITERATURA

- CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-501-7.
- DOPITOVÁ, D. *Hodnocení kvality života žen po menopauze*. Pardubice, 2016. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
- FAIT, T. *Klimakterická medicína: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, c2006. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 80-7345-001-8.
- GÁLA, L.; POUR, J.; ŠEDIVÁ, Z. *Podniková informatika*. 2., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2615-1.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
- HNILICOVÁ, H. et al. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.
- JENÍČEK, J. *Žena v přechodu*. 2., přepracované vyd. Grada, 2004. ISBN 80-247-0679-2.
- KOLAŘÍK, D. et al. *Repetitorium gynekologie*. 2 aktualizované vyd. Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-267-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- MAREŠ, J. *Psychodiagnostika podporovaná počítačem*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání. 1992. 70 s. ISBN 80-21101-21-0.
- MORAVCOVÁ, M. *Hodnocení kvality života žen po menopauze*. Hradec Králové, 2014, 177 s. Disertační práce. Karlova Univerzita, Lékařská Fakulta. Vedoucí práce: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

- PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PHILIPSOVÁ, N., R. *Kniha knih o menopauze*. Z anglického originálu Your Menopause Bible. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, 2005. ISBN 80-7321-163-7.
- SZALAI, S.; ANDREWS, F. M. *The Quality of life: comparative studies*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, c1980. ISBN 0803998244.
- URBÁNKOVÁ, M. *Hodnocení kvality života žen po menopauze*. Pardubice, 2016. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
- URBANOVÁ, T. *Kvalita života žen po menopauze*. Pardubice, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
- VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2009. Jessenius. ISBN 978-80-7345-202-5.
- WEISS et al., Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- FAIT, T. Klimakterium a hormonální substituční terapie. *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii* [online]. Praha: Levret, 2004, (3) [cit. 2017-04-22]. ISSN 1214-5572.
- Google [online]. 1998 [cit. 2017-04-27]. Dostupné z: www.google.com
- Google: Česká Republika [online]. 2006 [cit. 2017-04-27]. Dostupné z: www.google.cz
- HEINEMANN, L. et al. *Validity of the Menopause Rating Scale as outcome measure* [online]. Health and Quality of Life Outcomes, 2004, [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-2-67>.
- MAKULOVÁ, S.; BUZOVÁ, K. Manažment informačných zdrojov a knižnično - informačných služieb [online]. Bratislava: ELET, 2011, [cit. 2017-04-11], 174 s. ISBN 978-80-88812-23-4. Dostupné na: https://www.elet.sk/externe/MIZKIS_ucebnica.pdf.

MÁLKOVÁ, J. Interní aspekty menopauzy a hrt. Co je nového? *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii* [online]. Praha: Levret, 2008, (15), [cit. 2017-04-22]. ISSN 1214-5572.

MORAVCOVÁ, M. et al. Menopause Rating Scale – Validation Czech version specific instrument for assessing health-related quality of life in postmenopausal women. *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. 2014, roč. 5 č.1, [cit. 2017-04-20], s. 36-45. ISSN: 1804-2740.

MORAVCOVÁ, M.; HOLÁ, J. Utilizing the Menopause Rating Scale questionnaire in electronic form for evaluating the quality of life in postmenopausal women. *Kontakt* 2017; 19(1): e12–e16; [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.01.008>.

MORAVCOVÁ, M.; MAREŠ J. Nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze. *Kontakt* [online]. 2011, č. 4, [cit. 2017-04-20], s. 434-440. ISSN 1804-7122.

MORAVCOVÁ, M.; MAREŠ, J.; JEŽEK, S. Menopause Rating Scale [online]. *Ošetřovatelství a porodní asistence*, 2014. [cit. 2017-04-03] Dostupné z: <http://periodika.osu.cz>.

Nejpoužívanější vyhledávače. *Vyhledavace.net* [online]. 2014 [cit. 2017-04-27]. Dostupné z: <http://www.vyhledavace.net/nejpouzivanejsi-vyhledavace-cr/>.

Seznam.cz [online]. 1996 [cit. 2017-04-27]. Dostupné z: www.seznam.cz