

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Edita NOVÁKOVÁ

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života žen po menopauze

Edita Nováková

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Edita Nováková**
Osobní číslo: **Z11266**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Název tématu: **Kvalita života žen po menopauze**
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 stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace **získaných dat.**
5. Zhodnocení výsledků **práce.**

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

1. KOLAŘÍK, D.; HALAŠKA, M.; FREYREISL, J. Repetitorium gynekologie. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-138-7.
2. DONÁT, J. Postmenopauza-estrogenní deficit v klinické praxi. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2003. ISBN 80-238-2036-7.
3. PAYNE, J. Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
4. ROZTOČIL, A. a kol. Moderní gynekologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
5. MORAVCOVÁ, M.; MAREŠ, J. Nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze. [online]. Kontakt. České Budějovice: Sociálně zdravotní fakulta, 2011. [cit. 2011-12-16] Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2011/954-nastroje-pro-hodnoceni>.


Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Moravcová

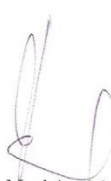
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2014**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. února 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a veškeré literární prameny a informace které jsem v práci použila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s právy a povinnostmi, které se na mojí práci vztahují a vyplývají 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. 1, autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

V Pardubicích dne:

Edita Nováková.....

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat především Mgr. Moravcové za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat své rodinně a obzvláště členům, kteří nesli na bedrech tíhu oprav mé stylistiky. Velké díky patří také mým přátelům za jejich podporu.

ANOTACE

Práce je věnována kvalitě života žen po menopauze. Zabývá se důležitým životním obdobím, které obsahuje řadu patofyziologických změn, které mají vliv na prožívání a kvalitu života. Tato práce je teoreticko-výzkumná. V teoretické části se zabýváme vymezením pojmu menopauza a seznámením s patofyziologií tohoto období. Teoretická část dále obsahuje popsání teorie kvality života. Ve výzkumné části jsme pomocí standardizovaného dotazníku hodnocení kvality života související se zdravím žen po menopauze Menopause Rating Scale posoudily úroveň kvality života a intenzity symptomů estrogenního deficitu u vybraného vzorku žen.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života, kvalita života související se zdravím, klimakterium, menopauza, symptomy estrogenního deficitu

ANNOTATION

This work is dedicated to quality of life in postmenopausal women. It deals with an important period of life, which includes a number of pathophysiological changes that affect the experience and quality of life. This work is both theoretical and experimental. The theoretical part deals with the definition of the term menopause and introduces the pathophysiology of this period. This part further comprises description of theory of quality of life. In the experimental part we assessed the quality of life and intensity of estrogen deficiency symptoms in a sample of women using standardized questionnaire assessing quality of life related to health in postmenopausal women Menopause Rating Scale.

KEY WORDS

quality of life, health-related quality of life, climacteric, menopause, symptoms of estrogen deficiency

Obsah

Seznam tabulek.....	18
ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 MENOPAUZA.....	12
1.1 Pojmy související s menopauzou.....	12
2 PATOFYZIOLOGIE A JEJÍ ETIOLOGIE	13
2.1 Patofyziologie návalů a nespavosti	14
2.2 Psychické obtíže.....	14
2.3 Atrofické změny organismu v menopauze	15
2.4 Chronické změny.....	16
2.4.1 Osteoporóza.....	16
2.4.2 Změny kardiovaskulárního systému.....	16
2.4.3 Neurodegenerativní onemocnění.....	17
2.5 Sexuální chování	17
3 LÉČEBNÉ POSTUPY V KLIMAKTERIU.....	18
3.1 Hormonální substituční léčba u akutních příznaků menopauzy	18
3.2 Hormonální substituční léčba u subakutních příznaků menopauzy	18
4 KVALITA ŽIVOTA	19
4.1 Kvalita života související se zdravím	20
4.2 Kvalita života žen po menopauze.....	21
5 NÁSTROJE PRO HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN PO MENOPAUZE	22
5.1 Menopause Rating Scale (MRS)	22
6 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	24
7 METODIKA VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK.....	25
7.1 Výzkumný nástroj	25
8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	26
8.1 Celkový skór jednotlivých domén v MRS	32
8.2 Celkový skór jednotlivých intenzit symptomů.....	35
9 DISKUSE.....	37
10 ZÁVĚR	40
LITERATURA.....	41
INTERNETOVÉ ZDROJE	42
SEZNAM PŘÍLOH	43

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Návaly horka, pocení	26
Tabulka 2 - Srdeční obtíže.....	26
Tabulka 3 - Poruchy spánku	27
Tabulka 4 - Depresivní nálady	27
Tabulka 5 - Podrážděnost.....	28
Tabulka 6 - Úzkost	29
Tabulka 7 - Vyčerpání.....	29
Tabulka 8 - Sexuální obtíže.....	30
Tabulka 9 - Močové obtíže.....	30
Tabulka 10 - Suchost pochvy	31
Tabulka 11 - Bolesti svalů a kloubů.....	31
Tabulka 12 - Celkový skór jednotlivých domén	32
Tabulka 13- Součet jednotlivých symptomů	Chyba! Záložka není definována.

ÚVOD

V průběhu našeho života tělo a jeho funkce prožívají řadu fyziologických změn, kterým se postupem času neubráníme.

U žen k těmto změnám patří neodmyslitelně menopauza, která jejich život ovlivňuje v důsledku estrogenního deficitu. Toto období života pro mnohé z žen není jednoduché a změny, které ho doprovázejí, některé z nich velice těžko přijímají, nerady je řeší a nechtějí o nich mnohdy ani hovořit.

Menopauza a klimakterium se řadí mezi přirozené procesy stárnutí. V tomto období hraje velkou roli vnímání ženy okolím, individuální přístup ženy k životu se změnami a vlastní prožitky každé ženy. Nejedná se zde jen o fyzické změny, ale také o psychické. Řada žen pociťuje menopauzu jako vstup do stáří a start neúplného, nekvalitního života, který se neobejde bez zdravotních problémů a nepříjemných tělesných potíží.

Pro většinu žen je tato představa nepřijatelná. Zvláště v době, ve které je vzhled a fyzická krása prioritou. V mnohých případech je pro jedince podstatnější než zdraví samotné, o které jde především.

Proto je v zájmu odborníků období související s menopauzou řešit všemi dostupnými prostředky a zmírnit jeho dopad na kvalitu života žen. Postoj k této životní fázi značně ovlivňuje také informovanost týkající se uvedené problematiky, kterou bychom měly ženám zprostředkovat na vhodné úrovni a situaci plnou strachu z neznámého takto odlehčit. Aktivně ženy informovat o jejich problému a zpětně získávat od žen aktuální informace, může být klíčem k úspěšnému zvládnutí tohoto období, které ženy trápí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENOPAUZA

Tímto pojmem označujeme poslední menstruační krvácení. Údajem o poslední menstruaci se můžeme řídit pouze retrospektivně, tedy po dvanácti měsících amenorey. Je to období vyhasínání reprodukčních funkcí a také hormonální nestability.

Střední věk menopauzy v našich geografických podmínkách je v rozmezí 49 – 51 let. Trvání období, které je ovlivněné menopauzou, je značně individuální. V současné době prožije žena v období postmenopauzy třetinu svého života (Kolařík et al., 2011).

1.1 Pojmy související s menopauzou

Od roku 1981 je používána jednotná terminologie Světové zdravotnické organizace (WHO). Společnost pro menopauzu (IMS) od roku 1999 schválila další seznam termínů souvisejících s menopauzou, z nichž značnou řadu převzala z klasifikace WHO (Moravcová, 2011).

Termínem premenopauza označujeme období okolo čtyřicátého roku života ženy, kdy se objevují nepravidelné menstruační cykly, ale koncentrace hormonů jsou v obvyklých mezích. Nižší mohou být hladiny progesteronu.

Následuje perimenopauza, což je období rok před menopauzou a rok po menopauze. Hormonálně jsou obvykle zvýšeny hladiny folikulo-stimulačního hormonu (FSH), ale estradiol je v normální hladině.

Postmenopauza je období, které začíná jeden rok po poslední menstruaci. Hormonální hladina pohlavních steroidů je trvale nízká.

Předposledním vymezeným pojmem je senium (geripauza) – období ženy po 65. roku života, jež se dělí na časnou geripauzu, tedy do 85. roku ženy a pozdní geripauzu nad 85. rok života.

Následkem špatného životního stylu může být dřívější nástup menopauzy. Naopak, pozdější nástup menopauzy mohou ovlivnit faktory jako pozdní nástup menarche nebo porod, který proběhl ve vyšším věku (Kolařík et al., 2011).

Klimakterium, laicky nazývané také jako přechod, je charakteristické obdobím hormonálních změn. Popisujeme ho jako přechod z premenopauzy do postmenopauzy. V tomto období se objevují specifické potíže, které označujeme jako klimakterický syndrom (Citterbart et al., 2001).

2 PATOFYZIOLOGIE A JEJÍ ETIOLOGIE

Menopauzu má za následek pokles primordiálních folikulů. Poklesne-li jejich zbývající množství na 1000 folikulů, jedná se o kritickou hranici bez ohledu na věk ženy. V období menopauzy se mohou objevovat také hypothalamické změny v mozku a změny dysbalance steroidních receptorů, které mohou vést k novým projevům v chování ženy (Kolařík et al., 2011).

Hmotnost a objem ovarií se zmenšují asi na třetinu jejich původních proporcí. Tento jev se nazývá morfologickými změnami ovarií. Dochází k výrazné atrézii folikulů. Do 38. roku života ženy klesá jejich počet pozvolna, poté nastává výrazně rychlejší úbytek. Schopnost senzitivity folikulů ke gonadotropinům se rapidně snižuje. Kvůli regresi cévního zásobení se také omezuje přívod substrátů (Fait, 2006).

Změny zaznamenáváme také v době trvání cyklu v klimakteriu. Množství folikulů se snižuje, tím klesá i hladina produkce inhibitoru B, proto je vzestup FSH na počátku cyklu vyšší a nastává dříve. Tímto dějem akceleruje růst folikulů a dojde ke zkrácení cyklu a folikulární fáze (Kolařík et al., 2011).

Zvyšování hladiny gonadotropinů má za následek kolísání senzitivity hypotalamu a negativní zpětnou vazbu estradiolu. V této fázi se nevyskytují vegetativní příznaky, protože koncentrace estradiolu se pohybuje v normálních hladinách (Roztočil et al., 2011).

Nedostatečná produkce estradiolu, která má za následek úbytek počtu folikulů, způsobuje opožděnou pozitivní zpětnou vazbu a důsledkem je vymizení ovulace (střídání ovulačních a anovulačních cyklů). Prodlužování luteální fáze prodlužuje celý cyklus.

Když se vyčerpají zásoby folikulů, razantně klesne hladina estradiolu a výrazně stoupají FSH a LH (luteinizační hormon). Nastane úplná zástava cyklu (Roztočil et al., 2011).

Při výskytu menopauzy, ať už přirozené nebo umělé, dochází k deficitu estrogenů. Tento děj nazýváme syndrom estrogenního deficitu. Následkem je řada příznaků, které dělíme do tří skupin podle rychlosti nástupu, doby trvání a závažnosti (Citterbart et al., 2001).

Mezi akutní příznaky řadíme vazomotorické obtíže, do kterých patří poruchy srdečního rytmu, bolesti kloubů, psychické obtíže, závratě, bolesti hlavy, zažívací potíže, návaly horka a pocení (Donát, 2003).

Druhá skupina, která je popsána jako subakutní příznaky, zahrnuje projevy v období mezi menopauzou a postmenopauzou. Jedná se o atrofie tkání způsobené estrogenním deficitem. Postiženy mohou být všechny tkáně, včetně urogenitální oblasti, gastrointestinálního traktu, povrchu pokožky a nehtů (Donát, 2003).

Poslední skupinou jsou chronické příznaky, které se objevují až několik let po menopauze. Tyto projevy vznikají na základě metabolických procesů, které mohou ženu vážně ohrozit na životě. Patří sem osteoporóza, kardiovaskulární a neurodegenerativní změny (Donát, 2003).

2.1 Patofyziologie návalů a nespavosti

Za fyziologickou termoregulaci je zodpovědné centrum v předním hypotalamu. Důležitá je úloha serotoninu a jeho receptorů, které mají vliv na normální fungování termoregulace. Do rovnováhy již výše zmíněných receptorů zasahují estrogény a způsobují jejich nerovnováhu (Kittnar et al., 2011).

Návaly začínají nepříjemným pocitem tlaku v hlavě a následným šířením do celého těla (Citterbart et al., 2001). Spouštěcí mechanismus je blíže neurčitý a vyvolává abnormální odpověď termoregulačního centra. Náhlý nárůst teploty v lidském organismu má za následek řadu reakcí, přes které se organismus snaží teplotu snížit. Jednou z těchto reakcí je vasodilatace v povrchových částech těla, poté následuje pocení, které zajistí snížení tělesné teploty (Kolařík et al., 2011). Tyto reakce poukazují na vazomotorickou nestabilitu (Citterbart et al., 2001).

Nespavost je jedním z dalších příznaků estrogenního deficitu v období souvisejícím s menopauzou. V důsledku častých návalů a pocení se mohou projevit poruchy usínání a také častější probouzení během noci (Fait, 2006).

Narušena je rovněž fáze spánku zvaná REM (Rapid Eye Movement) fáze. V centrálním nervovém systému jsou neurotransmitery a endogenní opioidy, které pracují v závislosti na estrogenu, jsou tedy estrogen dependentní a ovlivňují centra, která jsou za navození REM fáze ve spánku zodpovědná. Výsledkem latence nástupu REM fáze je únava a ospalost během dne (Kolařík et al., 2011).

2.2 Psychické obtíže

Není známo, že by žena trpěla závažnými psychickými obtížemi v důsledku deficitu estrogenu. Psychické alterace pro vznik negativismu a špatných nálad mohou mít za příčinu

jisté faktory, mezi které patří například špatná fyzická kondice nebo negativní obraz představ o ženách v postmenopauze, které si většinou žena vstíjí na základě nepříjemných reakcí okolí. Dalším faktorem bývá také socioekonomický status. Změny spojené s menopauzou mohou hůře snášet svobodné, rozvedené ženy nebo vdovy (Kolařík et al., 2011). Ženy v tomto období mohou mít pocit ztráty všeobecného zdraví, ztrácejí libido, často pociťují i bušení srdce. Mohou se objevovat také psychické změny, emoční labilita, anxiety (úzkost), zhoršování paměti a vznětlivé chování. Dále se může projevovat kolísání nálad, pocity osamělosti a zbytečnosti (Fait, 2006).

Neurovegetativní potíže se projevují jako změny vegetativního systému. Mezi nejčastější patří žaludeční obtíže, obstipace, bolesti hlavy a palpitace (Kolařík et al., 2011).

2.3 Atrofické změny organismu v menopauze

Tato změna se týká celého reprodukčního systému. Dochází ke změnám na vulvě a pochvě. Nastává úbytek tuku v podkoží, který má za následek ztenčování labií, dochází ke zkracování pochvy a zeslabování epitelových vrstev. Snižuje se lubrikační schopnost pochvy, která způsobuje vaginální suchost a pruritus (pálení). Mohou se objevit i větší náchylnosti k vaginálním kolpitudám bakteriologického původu (Cittebart et al., 2001).

Zmenšováním dělohy se zmenšuje i poměr proporcí mezi hrdlem a tělem děložním. Při ultrazvukovém vyšetření by endometrium nemělo přesahovat 4 mm ve dvou vrstvách. Vejcovody zmenšují také svoji délku a průměr, lumen se zužuje, snížený je i počet řasinkových buněk. Atrofie se týká i závěsného aparátu dělohy, který ochabnutím může vést k sestupu jak samotné dělohy, tak i poševních stěn (Kolařík et al., 2011).

Atrofie postihuje také prsy. Glandulární struktury involují. Zmenšuje se množství tuku v prsních lalocích a mlékovodech a je nahrazeno vazivovou tkání (Cittebart et al., 2001).

K atrofickým změnám dochází i na kůži. Popisujeme obecné zhoršení kvality kůže, kdy se objevuje ztenčení epidermis, snižování množství kolagenu a značný úbytek vody v pokožce, což má za následek zhoršující se kvalitu přirozeného napětí (turgor) pokožky. Postižena je také kvalita vlasů, zvyšuje se jejich vypadávání, může se objevit zvýšená lomivost nehtů. Snižuje se sekrece potních a mazových žláz. Zvýšením hladiny melatoninu se může projevit intenzivnější pigmentace kůže (Fait, 2006; Kolařík et al., 2011).

Změny postihují i sliznice gastrointestinálního systému. Atrofie sliznice dutiny ústní má za následek zhoršenou chuť a suchost v ústech. Jednou ze známek atrofických změn je i gingivitida, která může postihnout fixační aparát zubů. To může mít za následek jejich vypadávání. K dalším změnám dochází i na sliznici střev, které mohou vést k okultnímu krvácení, někdy k samotné sideropenické anemii (Cittebart et al., 2001; Kolařík et al., 2011).

2.4 Chronické změny

2.4.1 Osteoporóza

Osteoporóza je obecně jedno z nejčastějších metabolických onemocnění ve vyspělých zemích. U žen k jejímu rozvoji dochází obvykle až několik let po menopauze (Roztočil et al., 2011).

Během života se v našem těle uskutečňuje kostní přestavba. Funguje zde rovnovážný proces mezi resorpcí a novotvorbou. K dosažení maximálního množství kostní hmoty dochází kolem dvacátého pátého až třicátého roku života (Fait, 2006).

Největší úbytek kostní hmoty nastává tři až čtyři roky po menopauze. Úbytek je rovnoměrný a postihuje všechny části skeletu. Na stavbě kostní hmoty se podílejí regulační prvky, které jsou ovlivňovány hormonální nestabilitou po menopauze. Na příčině tohoto onemocnění se však podílejí i rizikové faktory, mezi které patří genetické predispozice, nízká koncentrace pohlavních steroidů, hormonální poruchy, imobilizace, kouření a kortikoterapie (Kolařík et al., 2011).

Mezi tyto projevy mohou patřit i bolesti kloubů, kostí a páteře. Klinické příznaky nedostatečné kostní přestavby bývají často manifestovány až první frakturou (Roztočil et al., 2011).

2.4.2 Změny kardiovaskulárního systému

Kardiovaskulární onemocnění je jedno z nejzávažnějších onemocnění a patří mezi časté příčiny úmrtí žen. Po menopauze se riziko kardiovaskulárního onemocnění značně zvyšuje oproti premenopauzálnímu období (Cittebart et al., 2001).

Rizikovými faktory jsou zvýšená tělesná hmotnost, vysoký krevní tlak, malá fyzická aktivita, kouření cigaret. V menopauze dochází také ke snížení glukózové tolerance. Hrozí inzulinová rezistence a manifestní diabetes mellitus. Cévní rezistence je vyšší pro nedostatek estrogenů v menopauze. Tento hormon také působí jako blokátor prostaglandinů a tromboxanů, které mají vliv na kalciové kanálky (Kittnar et al., 2011; Kolařík et al., 2011).

2.4.3 Neurodegenerativní onemocnění

Menopauza a faktory s ní související mohou ovlivnit i některá onemocnění týkající se nervové soustavy. Jsou to například Alzheimerova choroba, Parkinsonova nemoc a makulární degenerace (Kolařík et al., 2011).

Alzheimerova choroba patří mezi nejčastější formu demence. U žen se vyskytuje častěji než u mužů. U tohoto onemocnění dochází k poklesu neuronů a také snížení tvorby neurotransmiterů, především acetylcholinu. Onemocnění se projevuje ztrátou mentálních a kognitivních funkcí (Jirák, Holmerová, Borzová et al., 2009).

Zda má deficit estrogenu na Alzheimerovu chorobu přímý vliv je spekulativní, ale přes řadu důkazů se také řadí k estrogen-dependentním onemocněním (Kolařík et al., 2011).

Některé zdroje tvrdí, že na Parkinsonovu nemoc a její vývoj má vliv deficit estrogenu (Fait, 2006).

Dalším onemocněním je makulární degenerace. Mechanismus tohoto onemocnění není příliš známý. Jde o závažný stav, který má za následek slepotu. Hormonální substituce může toto onemocnění zvrátit (Kolařík et al., 2011).

2.5 Sexuální chování

Po menopauze se změny v sexuálním chování vyskytují poměrně často. Tyto změny nejsou jen projevy estrogenního deficitu. Velkou roli hraje také klimakterický syndrom a atrofie poševní, doprovázená dyspareunií a pozvolnějším nástupem lubrikační schopnosti pochvy. U postmenopauzálních žen jsou změny v sexuálním životě přirozené, neznamenaají abnormalitu v sexuálních prožitcích. Estrogeny ovlivňují také snížení citlivosti v pudendálních receptorech. Nové může být u ženy i prožívání intenzity orgasmu. V důsledku atrofie sliznic je popisováno intenzivnější nucení na močení po pohlavním styku. Zajímavým postřehem je, že ženy s vysokou sexuální aktivitou a pravidelným pohlavním stykem, popisují tyto změny jako změny s menší intenzitou. Oproti tomu ženy, které dočasně sexuálně abstinují, popisují při znovuzahájení sexuálního života obtíže jako citelnější. Dalším problémem může být i psychická stránka, kterou nelze zanedbávat. Příznaky stárnutí, zdravotní a tělesné problémy vyvolávají u žen pocit sexuální neatraktivnosti (Weiss et al., 2010).

Všeobecně platí, že sexualita je v období ovlivněném menopauzou snížena. Estrogenní deficit, některé projevy klimakteria, případná obezita ženy nebo negativní změny v partnerském soužití mohou vést až k úplné sexuální averzi (Kolařík et al., 2011).

3 LÉČEBNÉ POSTUPY V KLIMAKTERIU

Klimakterická medicína nabízí řadu postupů a léčebných opatření pro zmírnění symptomů v menopauze. Léčbu je možno řídit režimovými opatřeními nebo řadou farmakologických metod, které se dělí na hormonální a nehormonální. Deficit estrogenu lze řešit substitucí tohoto hormonu, tzv. hormonální substituční terapií (hormone replacement therapy - HRT) (Fait, 2006).

Tato skupina přípravků funguje na základě substituce pohlavních hormonů při estrogenním deficitu. Přípravky, které obsahují pouze estrogen, nazýváme anglicky estrogen replacement therapy (ERT). Při používání čistě estrogenních a estrogen-gestagenních terapií, uvádíme následující názvy - hormonální substituční terapie pro celou skupinu (HT), estrogen substituční terapie (ET), estrogen-gestagenní (progestagenní) substituční terapie (EPT) (Fait, 2006).

3.1 Hormonální substituční léčba u akutních příznaků menopauzy

Jedná-li se o léčbu návalů a pocení, je neúčinnější léčbou těchto symptomů substituce estrogenů. Pro zlepšení během několika dnů dostačuje obvykle nejnižší účinná dávka. Reakce na tuto léčbu bývají různé, některé ženy nereagují na léčbu ihned, účinek nastupuje později. Pokud žena nereaguje na léčbu do tří měsíců, užívané dávky léčiv se doporučují zvýšit. Délka projevů návalů a pocení bývá u žen individuální a pohybuje se okolo jednoho roku až pěti let. Hormonální substituční terapie má také vliv na metabolická onemocnění. Ke zmírnění návalů se proto ženám doporučuje vyloučit ze svého životního stylu pití alkoholu, kouření cigaret, konzumaci pikantních a kořeněných jídel (Donát, 2003).

3.2 Hormonální substituční léčba u subakutních příznaků menopauzy

Jak jsme již výše zmínily, subakutní příznaky se týkají především atrofie sliznic v různých částech těla. Substituční léčba eliminuje atrofii sliznic očí, nosu, úst, hrtanu, hltanu, tlustého střeva a zmírňuje příznaky vaginálních problémů, které ovlivňují kvalitu sexuálního života. Nejčastěji používaný je vaginální estriol, který je dostupný v různých lékových formách. K dispozici jsou vaginální globule, krémy nebo čípky. Na zmírnění celkových potíží, souvisejících s atrofií sliznic, je použita terapie podávána také transkutánně, transdermálně a perorálně. Z urologického hlediska HRT zlepšuje léčbu některých druhů inkontinence (Donát, 2003).

4 KVALITA ŽIVOTA

Slovník českého a slovenského jazyka vyjadřuje pojem kvalita jako jakost a hodnotu. (Gurková, 2011). Pojem kvalita života (Quality of Life – zkráceně QoL) byl poprvé zmíněn již ve 20. letech minulého století a souvisel s ekonomickým vývojem, který měl za úkol materiální podporu nižších společenských vrstev. Problematika se týkala využití státních dotací pro zlepšení kvality jejich života (Hnilicová in Payne et al., 2005).

Tento termín se objevil i v 60. letech, kdy tehdejší prezident USA Johnson označil za cíl své domácí politiky zlepšování kvality života Američanů. Jeho teorie byla postavena na důležitosti kvality lidského života. Z počátku byl pojem kvality života považován pouze za řečnický, později se stal pojmem vědeckým. Ekonomický růst nevedl k spokojenějšímu životu, ale k vyšším požadavkům, které ne vždy bylo možné splnit (Hnilicová in Payne et al., 2005).

Sedmdesátá léta minulého století byla prostorem, kdy USA vedly první výzkumné šetření kvality života obyvatelstva. Lidé měli provést zhodnocení na základě objektivních životních podmínek. Šetření vedlo k závěru, že hodnocení kvality života je závislé zejména na kognitivním poznávání a emočním prožívání vlastního života, které nemusí přímo souviset se socioekonomickým statusem a ani s biologickým zdravím (Hnilicová in Payne et al., 2005).

S touto teorií dnes pracují různé vědní obory, humanitní, přírodní, medicína a také ošetrovatelství. To, že tato teorie je tak flexibilní a dokáže být použita v tolika oborech, je jedním z důvodů, proč je tak náročné formulovat univerzální definici.

V posledních deseti letech se tématem kvality života zabývá řada vědeckých týmů, které vyhodnocují faktory zobrazující rámec kvalitního, šťastného a smysluplného života. Cílem je budovat a podporovat prostředí, které by umožňovalo lidem žít plnohodnotným a spokojeným životem.

Pojem kvalita života je velice často užíván v různých souvislostech, a jak jsme již zmínily, také v řadě vědních disciplín. Proto v tomto oboru nelze nalézt jednoznačnou názorovou shodu. Například sociologové srovnávají různé sociální skupiny a porovnávají jejich kvalitu života. Psychologové nahlíží na tuto problematiku skrze subjektivitu vlastní kvality života dané osobnosti. Ve zdravotnictví jsou zase hodnoceny programy a kvalita péče, jež se maximálně soustřeďují na vliv nemoci na zdraví a ovlivňování kvality života jedince (Payne et al., 2005; Řehulková, Řehulka, Blatný, Mareš et al., 2008).

Existuje řada literárních zdrojů, které se snaží pojmut definici kvality života, ani jedna však není všeobecně přijatelná (Payne et al., 2005). Obecně je kvalita života chápána jako interakce více na sebe působících faktorů.

Řadíme mezi ně zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální podmínky. Mezi další patří věk, pohlaví, náboženské aspekty a jiné. Tyto faktory se často propojují a ovlivňují lidský i společenský vývoj a chování. V úhlu různých rámců můžeme kvalitu života hodnotit také z pohledu objektivního, který zastupuje uspokojování materiálních tužeb, sociálního postavení a fyzického zdraví (Řehulková, Řehulka, Blatný, Mareš et al., 2008).

Z pohledu subjektivního klademe důraz na prožívání emocí, ve kterých se naše kvalita života odráží. Otázkou je, do jaké míry spolu tyto dva segmenty souvisí a jakými ideálními postupy by měla být kvalita života měřena. Nesmíme zapomínat, že každý obor si pojem „kvalita života“ konkretizuje a upraví dle vlastních požadavků a potřeb daného oboru (Payne et al., 2005).

World Health Organization (WHO) definuje kvalitu života jako jedincovu pozici v životě v kontextu s jeho kulturou a hodnotového systému ve vztahu k cílům a očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široký koncept ovlivněný faktory života jedince, především fyzickým a psychickým stavem, sociální interakcí a vztahem k prostředí. Velkou částí se také opírá o definici zdraví (Vaďurová, Múhlpachr, 2005).

4.1 Kvalita života související se zdravím

Označení Health-Related Quality of Life (HRQL) užíváme pro kvalitu života související se zdravím. Pojem HRQL charakterizuje hodnoty, které si v životě tvoříme. Obecné pojetí kvality života související se zdravím je ovlivněno individualitou a sociálními kořeny každé osoby a je obvykle řazeno do kategorií týkajících se tělesného stavu a funkčních schopností. Dále ji může ovlivnit psychický stav, pocit pohody a případné negativní změny v našem zdravotním stavu (organické poruchy, úrazy) (Vaďurová, Múhlpachr, 2005).

V rámci zdravotní péče byla HRQL vytvořena pro ekonomické a klinické analýzy. Osmdesátá léta nabízela na její měření hlavně generické nástroje pro zhodnocení zdravotního stavu. Cílem bylo porovnat úroveň HRQL mezi zdravou a nemocnou populací a různými druhy nemocí. První generické nástroje hodnotily hlavně fyzické aspekty zdraví a jejich smyslem bylo spíše hodnocení funkčního stavu (Gurková, 2011).

Mnohé z těchto nástrojů jsou doposud mylně charakterizovány jako nástroje měření kvality života, protože jejich primárním účelem bylo hodnotit zdravotní stav.

V současnosti je dostupné široké spektrum různých nástrojů měření HRQL. Nabízí je patient-reporter Outcomes and Quality of Life Instruments Database, známá jako zkratka PROQOLID (Gurková, 2011).

4.2 Kvalita života žen po menopauze

Problematika zdravotnické péče o ženy se symptomy estrogenního deficitu se dostává do popředí a zajímá se o ni jak laická, tak odborná veřejnost. Délka života se prodlužuje ve většině zemí, jde tedy o zhruba dalších dvacet až třicet let života ženy po menopauze (Moravcová, Mareš, 2011).

Obecně výzkumy, týkající se uvedené problematiky, poukazují na zhoršující se kvalitu života v tomto období. Obraz menopauzy a života během období ovlivněného menopauzou, vyvolává u většiny žen pomyslný vykřičník nad jejich budoucím životem. Obavy ze stárnutí, pocity méněcennosti, strach o budoucnost partnerských vztahů a některé další se bez pochyb týkají kvality jejich života.

Symptomy, jako změny v kvalitě spánku, návaly, pocení, závratě, pokles libida, sexuální apetence, poruchy zažívání, poruchy srdečního rytmu a bolesti kloubů mohou jistě ovlivnit kvalitu života žen po menopauze. Začátek, intenzita a průběh těchto symptomů je individuální u každé ženy (Roztočil et al., 2011).

Abychom z pojmu „menopauza“ nedělaly jen souhrn problémů a potencionálních zdravotních potíží, jsou popsány také situace, kdy ženy v období ovlivněném menopauzou pocítily i určité pozitivní změny z hlediska kvality života. Takovou změnou je například větší svoboda a volnost v rozhodování s ohledem na méně starostí o své již dospělé a zaopatřené potomky. V sexuálním životě hraje jistě velkou roli bezstarostnost o nechtěné těhotenství. Pocity žen s tímto obdobím spojené jsou velice rozdílné, vše záleží na rodinném zázemí, stylu života, sociálních a kulturních faktorech kolem ženy se vyskytujících.

5 NÁSTROJE PRO HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN PO MENOPAUZE

K hodnocení kvality života související se zdravím užíváme obvykle specifické dotazníky. V databázi PROQOLID jsou uvedeny, jako vhodné pro měření kvality života žen po menopauze, tyto dotazníky: Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL), Menopause Representations Questionnaire (MRQ), Menopause Rating Scale (MRS), Utian Quality of Life scale (UQOL), Women's Health Questionnaire (WHQ) (Mapi Research Trust, 2001-2014).

V naší práci jsme použily k hodnocení HRQL u žen po menopauze dotazník MRS, který byl vytvořen v české standardizované verzi. Tato metoda a všechny výše zmíněné, mohou zlepšit komunikaci a kvalitu poskytované péče mezi zdravotnickým personálem a ženami (Moravcová, Mareš 2011).

5.1 Menopause Rating Scale (MRS)

U tohoto dotazníku hodnotíme závažnost příznaků stárnutí a jejich dopad na HRQL žen po menopauze. Jeho první verze (německá) vznikla na počátku devadesátých let 20. století. Verze byla určena lékařům, kteří měli v péči ženy v klimakteriu. Posléze, na základě kritiky, byl dotazník upraven tak, aby jej mohly vyplňovat samy klientky a vznikl postupně validní, snadno aplikovatelný a srozumitelný nástroj pro hodnocení kvality života u žen v období ovlivněném menopauzou, případně žen, u nichž věk nebyl specifikován, protože jejich menopauza byla navozena uměle. Ženám byla dána možnost dotazník vyplňovat i opakovaně, před nasazením léčby HRT, po jednom, po třech nebo po dvanácti měsících léčby.

Dotazník MRS hodnotí HRQL ve třech doménách kvality života: somato-vegetativní, psychologické a urogenitální. MRS se odkazuje na jedenáct symptomů. Zhodnocení je prosté, čím vyšší součet bodů, tím vyšší intenzita potíží. Tento dotazník se začal používat na celém světě. Jako první byl přeložen z němčiny do angličtiny. V současné době je k dispozici ve 27 jazycích, čeština mezi nimi bohužel chyběla (Moravcová, Mareš 2011).

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem výzkumu v bakalářské práci je zjistit, jakým způsobem ovlivňuje období spojené s menopauzou kvalitu života žen.

Na základě studia odborné literatury a stanovených cílů jsme si položily tyto výzkumné otázky:

- 1) Které patofyziologické změny objevující se v tomto období mají vliv na prožívání a kvalitu života žen?
- 2) Které symptomy estrogenního deficitu pociťují respondentky nejintenzivněji?
- 3) Jakou mírou ovlivňuje kvalitu života žen období související s menopauzou?
- 4) Jsou výsledky našeho výzkumu srovnatelné s obdobnými průzkumy ve světě?

7 METODIKA VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK

Dotazníkové šetření bylo provedeno na jaře v období dubna – května 2013. Vyplněno bylo čtyřicet dotazníků. V tomto výzkumu je však použito pouze třicet dotazníků, ostatní dotazníky bylo nutno vyřadit, kvůli nevyhovující specifikaci odpovědí respondentek nebo z důvodu špatného vyplnění dotazníku.

Dotazníky byly rozdány na lůžkovém oddělení gynekologie v nemocnici okresního typu. Ženy měly v době hospitalizace klid a dostatek času, proto většinu dotazníků vyplnily samostatně bez větších potíží.

Všechna data byla zpracována do tabulek a grafů v programu Microsoft Excel. V tabulkách jsou zaznamenávány absolutní (n_i) a relativní četnosti (f_i) jednotlivých odpovědí.

Výběr žen, vyplňujících dotazník, byl limitován jejich věkem, který se pohyboval mezi čtyřiceti devíti a šedesáti lety a dobou dvanáct měsíců po přirozené menopauze.

Každá žena obdržela úvodní dopis (Příloha A), informovaný souhlas (Příloha B) a samotný dotazník MRS (Příloha C).

7.1 Výzkumný nástroj

Výzkum byl proveden formou standardizovaného dotazníku HRQL žen po menopauze Menopause Rating Scale. Naším cílem bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňují změny spojené s menopauzou kvalitu života.

Česká standardizovaná verze MRS dotazníku obsahuje jedenáct položek, které jsou seskupeny do tří domén. Ženy intenzitu jednotlivých obtíží uvedených v dotazníku, kterým jsou přiřazeny konkrétní otázky, hodnotí pomocí likertovské škály od 0 – 4 (0 – žádné, 1 – mírné, 2 – střední, 3 - výrazné, 4 – nesnesitelné obtíže). Hodnocení MRS se provádí pomocí součtu výsledků v jednotlivých položkách a vyhodnocením skóru jednotlivých domén a celkového skóru dotazníku (Příloha D). Obecně čím vyšší je celkový skór, tím vyšší intenzitu obtíží žena pocítuje a tím nižší je úroveň kvality života.

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Hodnocení položky č. 1

Návaly horka, pocení (občasné pocení). Položka dotazníku číslo jedna se zaměřuje na hodnocení návalů horka a pocení a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tabulka 1 - Návaly horka, pocení

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
Žádné 0	7	23
Mírné 1	12	40
Střední 2	5	17
Výrazné 3	5	17
Nesnesitelné 4	1	3
Celkem	30	100

Ze sledovaného souboru respondentek sedm žen (23 %) uvedlo, že se u nich tyto obtíže vůbec nevyskytují. Dvanáct respondentek (40 %) udalo mírné potíže. Pět žen (17 %) trpí středními obtížemi. Stejný počet žen, tedy pět (17 %), udává výraznou intenzitu obtíží. Jedna žena (3%) uvedla své obtíže jako nesnesitelné.

Hodnocení položky č. 2

Srdeční obtíže (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně). Položka číslo dvě se zaměřuje na hodnocení srdečních obtíží a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tabulka 2 - Srdeční obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
Žádné 0	14	47
Mírné 1	7	23
Střední 2	7	23
Výrazné 3	1	3
Nesnesitelné 4	1	3
Celkem	30	100

Ze sledovaného souboru respondentek čtrnáct žen (47 %) neudává žádné srdeční obtíže. Mírné obtíže udává sedm žen (23 %). Stejný počet žen, tedy sedm (23 %), udává střední potíže.

Jedna žena (3 %) udává výrazné obtíže a taktéž jedna žena (3 %) udává nesnesitelné srdeční obtíže.

Hodnocení položky č. 3

Poruchy spánku (potíže s usínáním, předčasné probouzení, potíže s trváním spánku). Položka dotazníku číslo tři se zaměřuje na hodnocení poruch spánku a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tabulka 3 - Poruchy spánku

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
Žádné 0	8	27
Mírné 1	8	27
Střední 2	8	27
Výrazné 3	6	20
Nesnesitelné 4	0	0
Celkem	30	100

Ze sledovaného souboru respondentek osm žen (27 %) neudává žádné potíže spojené se spánkem. Dalších osm žen (27 %) udává mírné potíže se spánkem. Stejný počet, tedy osm žen (27 %), udává střední intenzitu obtíží. Výrazné obtíže se spánkem v období menopauzy udává šest žen (20 %). Žádná z tázaných žen neudala nesnesitelné potíže.

Hodnocení položky č. 4

Depresivní nálady (pocity smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad). Položka dotazníku číslo čtyři se zaměřuje na hodnocení depresivních nálad a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tabulka 4 - Depresivní nálady

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
Žádné 0	2	7
Mírné 1	18	60
Střední 2	6	20
Výrazné 3	2	7
Nesnesitelné 4	2	7
Celkem	30	100

Dvě ženy (7 %) nevedlo žádné depresivní nálady v období menopauzy. Osmnáct žen (60 %) uvedlo mírné obtíže. Šest žen (20 %) uvedlo střední obtíže. Dvě ženy (7 %) udává výrazné obtíže. Stejný počet, tedy dvě ženy (7 %), udává intenzitu obtíží spojenou s depresivními náladami jako nesnesitelnou.

Hodnocení položky č. 5

Podrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity). Položka dotazníku číslo pět se zaměřuje na hodnocení podrážděnosti a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tabulka 5 - Podrážděnost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
Žádné 0	9	30
Mírné 1	10	33
Střední 2	7	23
Výrazné 3	3	10
Nesnesitelné 4	1	3
Celkem	30	100

Devět žen (30 %) nevedlo žádné obtíže spojené s podrážděností. Mírné obtíže uvedlo deset žen (33 %), střední obtíže uvedlo sedm žen (23 %). Výraznou intenzitu obtíží uvedly tři ženy (10 %) a nesnesitelné obtíže uvedla pouze jedna respondentka (3 %).

Hodnocení položky č. 6

Úzkost (vnitřní roztěkanost, pocity paniky). Položka dotazníku číslo šest se zaměřuje na hodnocení úzkosti a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tabulka 6 - Úzkost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
Žádné 0	17	57
Mírné 1	5	17
Střední 2	5	17
Výrazné 3	2	7
Nesnesitelné 4	1	3
Celkem	30	100

Sedmnáct žen (57 %) uvedlo, že netrpí žádnými obtížemi v této oblasti. Mírnými obtížemi trpí pět žen (17 %). Stejný počet, tedy pět (17 %) tázaných, uvedl intenzitu středních obtíží. Výrazné obtíže uvedly dvě ženy (7 %). Intenzitu nesnesitelných obtíží uvedla jedna (3 %) respondentka.

Hodnocení položky č. 7

Vyčerpání (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapomínání). Položka dotazníku číslo sedm se zaměřuje na hodnocení vyčerpání a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tabulka 7 - Vyčerpání

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
Žádné 0	6	20
Mírné 1	14	47
Střední 2	7	23
Výrazné 3	3	10
Nesnesitelné 4	0	0
Celkem	30	100

Šest žen (20 %) uvedlo, že netrpí žádnými obtížemi. Mírné obtíže uvedlo čtrnáct tázaných (47 %). Středními obtížemi trpí sedm žen (23 %). Jako výrazné obtíže spojené s vyčerpáním uvedly tři ženy (10 %). Nesnesitelné obtíže neuvádla ani jedna z respondentek.

Hodnocení položky č. 8

Sexuální obtíže (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení). Položka dotazníku číslo osm se zaměřuje na hodnocení sexuálních obtíží a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tabulka 8 - Sexuální obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
Žádné 0	12	40
Mírné 1	10	33
Střední 2	4	13
Výrazné 3	4	13
Nesnesitelné 4	0	0
Celkem	30	100

Dvanáct žen (40 %) uvedlo, že se u nich žádné sexuální obtíže neprojevují. Mírné obtíže uvedlo deset žen (33 %). Střední potíže uvedly čtyři respondentky (13 %). Výrazné potíže uvedly také čtyři ženy (13 %). Nesnesitelné obtíže neuvédla žádná z tázaných žen.

Hodnocení položky č. 9

Močové obtíže (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení). Položka dotazníku číslo devět se zaměřuje na hodnocení močových obtíží a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tabulka 9 - Močové obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
Žádné 0	9	30
Mírné 1	12	40
Střední 2	5	17
Výrazné 3	4	13
Nesnesitelné 4	0	0
Celkem	30	100

Devět žen (30 %) uvedlo, že žádnými močovými obtížemi netrpí. Mírnými obtížemi trpí dvanáct tázaných (40 %). Střední intenzitu potíží udalo pět žen (17 %). S výraznými obtížemi se potýkají čtyři ženy (13 %). Nesnesitelné obtíže v této položce neuvédla žádná žena.

Hodnocení položky č. 10

Suchost pochvy (pocity suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku). Položka dotazníku číslo deset se zaměřuje na hodnocení suchosti pochvy a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tabulka 10 - Suchost pochvy

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
Žádné 0	18	60
Mírné 1	8	27
Střední 2	3	10
Výrazné 3	1	3
Nesnesitelné 4	0	0
Celkem	30	100

Osmnáct žen (60 %) uvedlo, že žádnými obtížemi v této oblasti netrpí. Mírné obtíže uvedlo osm tázaných (27 %). Středními obtížemi trpí tři ženy (10 %). Výrazné obtíže uvedla jedna respondentka (3 %). Nesnesitelné obtíže neuvedla žádná z tázaných žen.

Hodnocení položky č. 11

Bolesti svalů a kloubů (bolesti kloubů, revmatické potíže). Poslední položka dotazníku se zaměřuje na hodnocení bolesti svalů a kloubů a vnímání intenzity těchto symptomů.

Tabulka 11 - Bolesti svalů a kloubů

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
Žádné 0	10	33
Mírné 1	7	23
Střední 2	4	13
Výrazné 3	9	30
Nesnesitelné 4	0	0
Celkem	30	100

Deset žen (33 %) uvedlo, že žádnými problémy, které se týkají této položky, netrpí. Mírné obtíže uvedlo sedm žen (23 %). Středními obtížemi trpí čtyři z tázaných žen (13 %). Výrazné obtíže udává devět žen (30 %). Nesnesitelné obtíže v této oblasti neuvedla žádná z třiceti respondentek.

8.1 Celkový skór jednotlivých domén v MRS

Tabulka 12 - Celkový skór jednotlivých domén

Respondentky	Somato-vegetativní	Psychologická	Urogenitální	Celkový skór
1	9	3	6	18
2	9	12	5	26
3	11	5	1	17
4	5	6	3	14
5	10	11	7	26
6	3	5	2	10
7	0	5	2	7
8	0	3	1	4
9	4	3	0	7
10	3	6	0	9
11	5	3	6	12
12	3	2	2	7
13	7	8	4	19
14	5	6	3	14
15	4	1	0	5
16	9	4	3	16
17	9	9	5	23
18	3	2	2	6
19	6	4	4	14
20	5	3	0	7
21	5	2	2	9
22	3	1	0	3
23	7	2	3	12
24	7	4	2	13
25	2	4	2	8
26	0	0	1	1
27	3	6	4	13
28	6	7	2	15
29	1	2	2	5
30	14	14	9	37
Průměrná hodnota	5	5	3	13

V této tabulce jsou přehledně uvedeny intenzity obtíží spojených s obdobím ovlivněným menopauzou u oslovených respondentek.

Na úvod si připomeneme stupnice pro hodnocení dotazníku MRS - 11 položek, k dosažení maximálně 4 možné body, celkem 44 bodů.

Náš průzkum ukázal průměrnou hodnotou 13 celkového skóru, že se výzkumný vzorek žen svými obtížemi řadí ke spodní hranici kategorie obtíží středních.

Naopak celkový skór každé jednotlivé ženy docela přesně určuje její pozici na stupních obtíží. Z výsledků oslovených respondentek je již zřetelně vidět rozdíl v potížích každé z nich. Příkladem je respondentka č. 26, jejíž obtíže v hodnotě celkového skóru 1 lze charakterizovat jako „žádné“ oproti respondentce č. 30, jejíž celkový skór ve výši 37 bodů se blíží k horní možné hranici hodnocení (44) problémů žen v období souvisejícím s menopauzou.

Budeme-li chtít použít výsledků jednotlivých domén, zjistíme, že o problémech žen vypovídají obdobně. Zde ovšem vycházíme z bodového hodnocení každé domény. Pro využití skóru v uvedené tabulce jsme si stanovily počet možných bodů v jednotlivých doménách:

- psychologická (MRS-P) – 4 položky, 4 maximálně dosažené body, 16 bodů celkem
- somato-vegetativní (MRS-S) – shodné počty s MRS-P, 16 bodů celkem
- urogenitální (MRS-U) – 3 položky, 4 maximálně dosažené body, 12 bodů celkem

Průměrná hodnota domén MRS-P 5 bodů a MRS-S rovněž 5 bodů nám sděluje, že zkoumaný vzorek žen reprezentují potíže v první třetině možných bodů, tedy střední. Průměrná hodnota MRS-U představuje přesně čtvrtinu možných bodů a řadí podíl urogenitálních potíží do kategorie nejmenších obtíží oslovených žen.

Naopak hodnocení jednotlivých domén pro každou sledovanou ženu přesně uvádí rozsah jejích problémů a ty mohou být signálem nutnosti vyšší zdravotnické péče, což vidíme na příkladu respondentky č. 30, jejíž výsledný skór jednotlivých domén ji definuje takto:

- v doméně MRS-P 14 bodů z 16 možných
- v doméně MRS-S 14 bodů z 16 možných
- v doméně MRS-U 9 bodů z 12 možných,

Z těchto výsledků usuzujeme, že tuto respondentku trápí obtíže spojené s obdobím menopauzy nejvíce – trápí ji nejintenzivněji.

U námi porovnávané respondentky č. 26 údaje uvedené v doméně MRS-P a MRS-S sdělují, že nemá žádné problémy a v doméně MRS-U uvádí jedno zdravotní omezení.

Číselného znázornění výsledků v naší tabulce lze využít i k převedení problémů jednotlivých domén do srovnání s průměrem celkového skóru.

Součet všech možných bodů domény MRS-P (stejně jako u MRS-S) je 16, pro třicet žen v souhrnu 480. Součet skutečných bodů domény:

- somato-vegetativní je 158, což odpovídá 33%
- psychologické je 143, což představuje 30%

Použitelné body u domény MRS-U ve výši 12 pro třicet žen dávají možný maximální počet 360. Z toho skutečný počet uváděných problémů je 83, což představuje 23%.

Tedy i toto hodnocení koresponduje s předchozími výsledky našeho výzkumu a potvrzuje náš závěr, že obtíže žen v období souvisejícím s menopauzou jsou v oblasti domény psychologické a somato-vegetativní v první třetině možného rozsahu a obtíže oslovených žen v doméně urogenitální se prezentují v první čtvrtině možného maximálního skóru domény.

8.2 Celkový skór jednotlivých intenzit symptomů

Tabulka 13 - Součet intenzit jednotlivých symptomů

Položka	Doména MRS		
	Psychologická (MRS-P)	Somato- vegetativní (MRS-S)	Urogenitální (MRS-U)
1. Návaly horka	-	41	-
2. Srdeční obtíže	-	28	-
3. Poruchy spánku		42	-
4. Depresivní nálady	44	-	-
5. Předrážděnost	37	-	-
6. Úzkost	25	-	-
7. Vyčerpání	37	-	-
8. Sexuální obtíže	-	-	30
9. Močové obtíže	-	-	34
10. Suchost pochvy	-	-	17
11. Bolesti svalů a kloubů	-	42	-
Průměrné hodnoty	36	38	27

V této tabulce jsme zobrazily součty intenzit obtíží u jednotlivých symptomů.

Vycházely jsme s následujícími podklady. Každá oslovená žena měla možnost ohodnotit sílu svých obtíží ve stupnici 0 – 4, tedy maximálně čtyři body. Pro celý, v mé bakalářské práci zkoumaný vzorek třiceti žen, máme k dispozici 120 bodů u každého symptomu jednotlivě.

Součty těchto intenzit u každé položky nám ukázaly, v které části rozsahu obtíží při hodnocení 0 – žádné, 30 – mírné, 60 – střední, 90 – výrazné nebo 120 – nesnesitelné se problémy žen našeho výzkumu objevily.

Položky domény somato-vegetativní svým průměrem 38 bodů a domény psychologické 36 bodů řadí problémy žen mezi mírné střední a položky domény urogenitální svými 27 body do oblasti potíží žádné až mírné.

Skutečné součty intenzit uváděných ženami u jednotlivých symptomů zařazují do oblasti žádné až mírné z MRS-P pocit úzkosti, z MRS-S srdeční obtíže a z MRS-U pocit suchosti pochvy.

Všechny ostatní sledované symptomy u všech tří domén se hodnotami 30 až 44 bodů nedostávají nad ukazatel středních obtíží, nacházejí se v rozmezí pro obtíže mírné až střední.

Výsledky i této tabulky nám potvrzují, že vzorek sledovaných žen netrpí v průměru výraznými nebo nesnesitelnými obtížemi objevujícími se v období souvisejícím s menopauzou.

9 DISKUSE

Cíl této práce je zaměřen, na změny v období souvisejícím s menopauzou, které ovlivňují kvalitu života žen. Potřebná data jsme získaly pomocí standardizovaného dotazníku na HRQL žen po menopauze Menopause Rating Scale.

Položky se dělily do tří, již výše zmíněných, domén (somato-vegetativní, psychologická, urogenitální).

Výzkumná otázka č. 1 – Které patofyziologické změny objevující se v tomto období mají vliv na prožívání a kvalitu života žen?

V doméně somato-vegetativní se první položka týkala návalů horka a pocení. Nejvíce žen hodnotilo své obtíže v této oblasti jako mírné. Téměř stejně velká skupina žen uvedla, že žádnými obtížemi v této oblasti netrpí. Malá část žen označila své potíže jako střední nebo výrazné. Nesnesitelné obtíže, spojené s touto položkou, uvedla pouze jedna žena. Ze získaných informací vyplývá, že většina žen problémy s návaly horka a pocení, neprožívá nijak intenzivně.

Další položka obsahovala problematiku srdečních obtíží. Téměř polovina žen označila ve škále intenzity nulu, tedy žádné obtíže. Druhý největší počet žen charakterizoval své obtíže jako mírné a střední. S výběrem možnosti výrazných a nesnesitelných obtíží se ztotožnilo jen minimum žen.

Následující položka se zabývala poruchami spánku v období souvisejícím s menopauzou. Odpovědi spojené s touto položkou byly dost vyrovnané. U každého hodnocení intenzity od 0 – 4 odpovědělo téměř stejné množství žen. Nelze tedy jednoznačně říci, která intenzita u žen převládá. Nesnesitelné obtíže neuváděla žádná žena.

Poslední položka ze somato-vegetativní domény zahrnuje obtíže projevující se bolestmi svalů a kloubů. Nejvíce se ženy ztotožňovaly s možností žádných obtíží. O něco menší počet žen charakterizoval své obtíže jako výrazné. Dále ženy volily intenzitu potíží mírnou a střední. Nesnesitelné obtíže neuváděla žádná žena.

Další hodnocenou doménou je doména psychologická. První položkou v této doméně byly depresivní nálady. Pomocí dotazníků bylo zjištěno, že více než polovina žen cítí své depresivní nálady jako mírné. Zhruba čtvrtina uvedla své potíže střední intenzity. Minimální počet dotazovaných žen nemá žádné obtíže. Výrazné nebo nesnesitelné problémy uvedlo minimum žen.

Druhou položkou v této doméně byla problematika podrážděnosti. Nejčastěji hodnotily ženy své obtíže jako mírné. Žádné obtíže v této oblasti volil druhý největší počet žen. Střední obtíže uváděly ženy nejčastěji. Minimum žen uvedlo své obtíže jako výrazné. Obtíže jako nesnesitelné neudala žádná z dotazovaných žen.

Další zkoumaná položka souvisela s pocity úzkosti. Více než polovina žen udala, že s touto oblastí nemá žádné obtíže. Druhou a třetí nejčastější uvedenou hodnotou byla mírná a střední intenzita potíží. Obtíže výrazné a nesnesitelné byly voleny minimálně.

Poslední položkou v této doméně byly obtíže spojené s vyčerpáním. Téměř polovina žen charakterizovala své obtíže jako mírné. Druhá nejčastější zvolená intenzita byla střední a žádná. Minimálně byla udávána intenzita výrazná. Žádná z tázaných žen ne zvolila intenzitu nesnesitelnou.

Třetí doména zahrnuje problematiku urogenitální. První položkou v této oblasti jsou sexuální obtíže. Značný počet žen uvedlo, že netrpí žádnými obtížemi spojenými se sexem. Druhý největší počet žen uvedl své obtíže jako mírné. Pouze málo žen uvádělo obtíže jako střední a výrazné. Nesnesitelné obtíže neuváděla žádná žena.

Druhá položka v této doméně je věnována močovým obtížím. Obtíže v této položce byly většinou žen hodnoceny jako mírné. Druhý největší počet žen neuváděl žádné obtíže spojené s močením. Méně udávaly ženy své obtíže jako střední a výrazné. Jako nesnesitelné své problémy necharakterizovala žádná žena.

Třetí položka se věnuje problematice spojené se suchostí pochvy. Více než polovina žen neudává žádné potíže s touto položkou. Další velká skupina žen hodnotila své obtíže jako mírné. Pouze jedna žena uvedla výrazné obtíže. S nesnesitelnými obtížemi se nepotýká žádná z tázaných respondentek.

Výzkumná otázka č. 2 – Které symptomy estrogenního deficitu pociťují respondentky nejintenzivněji?

Skór těchto intenzit jsme znázornili v tabulce č. 13. Symptomy v součtu v jednotlivých doménách tedy somato-vegetativní, psychické a urogenitální nedosahují nad ukazatel středních obtíží, nacházejí se v rozmezí pro obtíže mírné až střední. To znamená, že zkoumaný vzorek žen netrpí výrazně nebo nesnesitelně symptomy řazených pojednotlivých oblastí.

Výzkumná otázka č. 3 – Jakou mírou ovlivňuje kvalitu života žen období spojené s menopauzou?

Průměrná hodnota odpovědí všech žen se pohybovala v dolní polovině intenzity obtíží. To znamená, že kvalita života žen po menopauze není velkou mírou ovlivněna změnami s tímto obdobím spojenými a kvalita života se pohybuje na dobré úrovni.

Výzkumná otázka č. 4 – Jsou naše výsledky výzkumu srovnatelné s obdobnými průzkumy ve světě?

Námi zjištěné výsledky výzkumu jsme mohly porovnat s hodnoceními provedenými v jiných státech světa.

Výzkum v Omanu (Jihozápadní Asie) prokázal výskyt a závažnost klimakterických příznaků a rizikových faktorů ománských žen středního věku téměř v souladu s výsledky našeho výzkumu. Somato-vegetativní a psychologické příznaky se objevily častěji než urogenitální (El Shafie, Al Farsi, Al Zadjali et al., 2011).

Obdobné výsledky uvádí průzkum z Malajsie z roku 2010. Nejčastějšími příznaky u respondentek byly somato-vegetativní (bolesti svalů a kloubů, návaly horka a pocení a poruchy spánku). Druhá v pořadí se vyskytovala doména psychologických obtíží (psychické vyčerpání, podrážděnost a depresivní nálady). Tak jako v našem výzkumu, i zde se urogenitální symptomy objevily v nejnižším procentu (Rahman, Zainudin, 2010).

Náš výzkum se ztotožňoval i s výsledky zkoumání skupiny negroidních žen v Jižní Americe (Chile, Columbie, Ekvádor). U sledované skupiny byl větší výskyt problémů v somato-vegetativní a psychologické doméně. V těchto státech byla ovšem sledovaná i druhá žijící skupina žen (hispánské etnikum), u nichž byl naopak nejvyšší výskyt urogenitálních symptomů (Monterrosa, Blumel, Chedraui, 2008).

10 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na kvalitu života žen po menopauze a na hodnocení jakou mírou je ovlivněn život a jeho kvalita v období spojeném s menopauzou. Kvalitu života konkrétních žen jsme hodnotily pomocí standardizovaného nástroje hodnocení HRQL žen po menopauze Menopause Rating Scale. Tato práce je teoreticko-výzkumná, je rozdělena do dvou částí.

V první části jsme se zabývaly teorií uvedené problematiky, která s tímto obdobím souvisí. Definovaly jsme menopauzu a patofyziologické změny v organismu ženy s ní spojené. Další uvedená teorie byla věnována kvalitě života žen. Byla popsána kvalita života obecně a také kvalita života žen v období spojeném s menopauzou. Součástí teoretické části je také seznámení s výzkumnými nástroji, které bylo možno v této oblasti využít.

Ve výzkumné části jsme použily standardizovaný dotazník MRS, který byl předložen skupině čtyřiceti žen, z nichž třicet se aktivně zúčastnilo průzkumného šetření. Na základě výsledného hodnocení lze vydedukovat, že změny v kvalitě života žen nejsou až tolik radikální. Ženy pocítují problémy spojené s jejich zdravím a tělesnými změnami způsobené estrogenním deficitem. Většina žen však popisuje změny jako přijatelné a podle výsledku tohoto výzkumu lze říci, že ženy žijí kvalitní smysluplný život i v průběhu námi řešeného období. Průměrná hodnota všech odpovědí směřovala ke spodní hranici prožívání intenzity obtíží. To znamená, že obtíže související se změnami v období spojeném s menopauzou nejsou u sledovaného souboru žen prožívány výrazně negativním způsobem.

Ženy se nemusí tolik obávat, pro ně nového, období, které k životu neodmyslitelně patří. Mohou prožívat svůj život kvalitně a bez obav. Samozřejmě, že individualita žen je různá a pohled na menopauzu bude vždy různorodý.

Každá žena má ve svých vlastních rukou možnost jak se svým životem naloží a jak svědomitě a ohleduplně bude o své tělo a psychiku pečovat. Každá z nás může toto období ovlivnit svým přístupem jak k sobě samé, tak přístupem ke svému okolí.

Výzkum také ukázal, že použitá verze MRS je velmi srozumitelná pro identifikaci obtíží žen v období estrogenního deficitu. Tato detekce může pomoci v rámci primární zdravotní péče. Výsledky našeho hodnocení, přestože prokazovaly intenzitu obtíží pouze mírnou až střední, mohou být kvalitním nástrojem pro stanovení obtíží spojených s menopauzou a ovlivňujících kvalitu života v průběhu času.

LITERATURA

- [1] CITTEBART, K. a kol. *Gynekologie* 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0.
- [2] DONÁT, J. *Postmenopauza estrogenní deficit v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2003. ISBN 80-238-2036-7.
- [3] FAIT, T. *Klimakterická medicína*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 978-80-7345-100-4.
- [4] GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [5] JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ I.; BORZOVÁ C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti* 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [6] KITTNAR O. *Lékařská fyziologie* 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3068-4.
- [7] PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- [8] ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
- [9] ŘEHULKOVÁ O.; ŘEHULKA E.; BLATNÝ M.; MAREŠ J. a kol. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci* 1. vyd. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.
- [10] VAĐUROVÁ, H.; MŮHLPACHR P. *Kvalita života teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3754-7
- [11] WEISS, P. a kol. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- [1] MORAVCOVÁ, M. *Menopauza a kvalita života* [online]. Časopis profese 2011 [cit. 2014-02-25] Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz>
- [2] MORAVCOVÁ, M.; MAREŠ, J. *Nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze*. [online]. Sociálně zdravotní fakulta, 2011. [cit. 2011-12-16] Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz>
- [3] PROQOLID, *Proqolid* [online]. 2001 – 2014. [cit. 2014-02-16] Dostupné z: www.proqolid.org.
- [4] RAHMAN, S.; ZAINUDIN, S.; *U.S. National library of Medicine* [online]. 2010 [cit. 2014-04-02] Dostupné z: www.ncbi.nlm.nih.gov
- [5] EL SHAFIE, K.; AL FARSI, Y.; ALZADJALI, N. et al. *IOSR Membership* [online]. 2012 [cit. 2014-04-02] Dostupné z: www.iosrjournals.org
- [6] MONTEROSSA, A.; BLUMEL J.; CHEDRAUI P. *Nandesigns* [online]. 2008 [cit. 2014-04-02] Dostupné z: <http://grupo.spotmediav.com>

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A Hodnocení.....	42
PŘÍLOHA B Informovaný souhlas.....	43
PŘÍLOHA C Dotazník	44
PŘÍLOHA D Hodnocení dotazníku.....	45

Příloha A

Hodnocení kvality života žen po menopauze

Vážená paní,

dovolujeme si Vás požádat o spolupráci při řešení výzkumu probíhajícího v rámci bakalářské práce.

Výzkum se týká způsobů hodnocení kvality života českých žen po menopauze. Ve studii budou použity dva dotazníky sloužící k posouzení a hodnocení kvality života.

Během studie budou metody mapující Vaše obtíže přizpůsobeny české populaci tak, aby jejich využití během léčby příznaků klimakteria bylo co nejučinnější.

Vaše účast se zařazením do studie je dobrovolná a bez nároku na finanční odměnu. Součástí vyplnění dotazníků je Informovaný souhlas s účastí ve studii. Jeho vyplnění považujeme za vyjádření Vašeho souhlasu se zařazením do výzkumu.

Děkujeme za Váš čas a pomoc při realizaci výzkumu.

Edita Nováková

studentka studijního oboru Porodní asistentka
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice

Mgr. Markéta Moravcová

vedoucí bakalářské práce
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
tel.: 466037754
e-mail: marketa.moravcova@upce.cz

Informovaný souhlas klientky s účastí ve studii

Já souhlasím se zařazením do výzkumu zabývajícího se kvalitou života žen po menopauze. Tato studie je prováděna v rámci bakalářské práce.

Výzkum hledá vhodné metody pro hodnocení kvality života žen po menopauze v české populaci. Studie se zúčastní ženy nejméně 12 měsíců po přirozené nebo umělé menopauze v rámci vyšetření na Porodnicko-gynekologické klinice Pardubické krajské nemocnice, a.s. a v některých privátních gynekologických ambulancích.

Vyplněné dotazníky poslouží pouze v rámci výzkumu s ohledem na ochranu osobních dat klientek (zákon č. 101/2000 Sb.). Údaje o Vaší osobě nebudou zneužity a Vaše případná neúčast ve studii neovlivní Vaši další léčbu.

Vaše účast ve výzkumu je dobrovolná. Jestliže souhlasíte s účastí ve výzkumu, vyplňte, prosím, přiložené dotazníky, které slouží k hodnocení kvality života a efektu léčby žen po menopauze.

Je Vaším právem si vyžádat další informace u níže uvedených kontaktních osob.

Já níže podepsaná souhlasím se zařazením do výzkumu **Hodnocení kvality života žen po menopauze**. Byla jsem dostatečně informována a seznámena s obsahem a průběhem výše zmíněného výzkumu. Jsem si vědoma, že mohu kdykoli odmítnout účast ve výzkumu.

Dne
.....

Podpis

klientky

Edita Nováková
studentka studijního oboru Porodní asistentka
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice

Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí bakalářské práce
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
e-mail: marketa.moravcova@upce.cz

Dotazník kvality života - The Menopause Rating Scale (MRS)

Standard Czech Version 1.0

Věk:

Léčba: před léčbou – 1 měsíc – 3 měsíce – 12 měsíců

Dnešní datum:

Které z následujících příznaků (obtíží) se Vás **za poslední měsíc** týkají? **Zakroužkujte**, prosím, u každého typu obtíží míru intenzity, která odpovídá Vaší reálné situaci za poslední měsíc. Zhodnoťte, prosím, **VŠECHNY** níže napsané obtíže (nelze jakoukoli položku přeskočit nebo vynechat)! Jestliže Vás některý z příznaků v tuto chvíli netrápí, zakroužkujte u něj 0 (žádné obtíže). Pokud se rozhodnete během vyplňování dotazníku některou ze svých odpovědí změnit, původní odpověď přeškrtněte a zakroužkujte odpověď novou.

Intenzita obtíží**0** ŽÁDNÉ**3....VÝRAZNÉ****1** MÍRNÉ**4....NESNESITELNÉ****2** STŘEDNÍ.

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1. Návaly horka, pocení (občasné pocení) | 0 1 2 3 4 |
| 2. Srdeční obtíže (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně) | 0 1 2 3 4 |
| 3. Poruchy spánku (potíže s usínáním, předčasné probouzení, potíže s trváním spánku) | 0 1 2 3 4 |
| 4. Depresivní nálady (pocity smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad) | 0 1 2 3 4 |
| 5. Předrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity) | 0 1 2 3 4 |
| 6. Úzkost (vnitřní roztěkanost, pocity paniky) | 0 1 2 3 4 |
| 7. Vyčerpání (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapomínání) | 0 1 2 3 4 |
| 8. Sexuální obtíže (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení) | 0 1 2 3 4 |
| 9. Močové obtíže (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení) | 0 1 2 3 4 |
| 10. Suchost pochvy (pocity suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku) | 0 1 2 3 4 |
| 11. Bolesti svalů a kloubů (bolesti kloubů, revmatické potíže) | 0 1 2 3 4 |

Příloha D

Hodnocení MRS*Standard Czech version 1.0*

Jakmile je MRS vyplněn respondentkou, můžete tento formulář použít ke zhodnocení výsledků. Odpovědi u jednotlivých položek vepište do níže uvedené tabulky.

Skóry jednotlivých domén jsou dány součtem bodů. Celkový skór je součtem všech hodnot všech tří domén.

Položka	Doména MRS		
	Psychologická (MRS-P)	Somato- vegetativní (MRS-S)	Urogenitální (MRS-U)
12.Návaly horka		.....
13.Srdeční obtíže		.....
14.Poruchy spánku		.....
15.Depresivní nálady	.....	
16.Předrážděnost	.....	
17.Úzkost	.....	
18.Vyčerpání	.....	
19.Sexuální obtíže			.....
20.Močové obtíže			.....
21.Suchost pochvy			.....
22.Bolesti svalů a kloubů		.....
Počet bodů v doménách	MRS-P	MRS-S	MRS-U
Celkový skór (MRS-T)			