

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

TINGTING URBANOVÁ

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života žen po menopauze

Tingting Urbanová

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2013/2014

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tingting Urbanová**  
Osobní číslo: **Z12174**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Název tématu: **Kvalita života žen po menopauze**  
Zadávatel 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: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:


1. Fait, Tomáš. Klimakterická medicína. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2013, 189 s. ISBN 978-80-7345-342-8.
2. Gurková, Elena. Hodnocení kvality života. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
3. Kolařík, Dušan; Michael Halaška a Jaroslav Feyereisl. Repetitorium gynekologie. 2. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 1068 s. ISBN 978-80-7345-267-4.
4. Křivohlavý, Jaro. Psychologie zdraví. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
5. Payne, Jan a kol. Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 978-80-7254-657-0.

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

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2013  
Termín odevzdání bakalářské práce: 27. dubna 2015

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 26. ledna 2015

**Prohlašuji:**

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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. 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 to jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne:

Tingting Urbanová

**Poděkování:**

Za uskutečnění této bakalářské práce bych ráda poděkovala především paní Mgr. Moravcové Ph.D. za odborné vedení, trpělivý a ochotný přístup, cenné rady a připomínky, bez kterých by tato práce nevypadala tak, jak vypadá. Dále bych ráda poděkovala své rodině, která mě podporovala, radila a povzbuzovala během zpracování. V neposlední řadě chci poděkovat všem respondentkám, které vyplnily dotazníky, za jejich spolupráci a ochotu zúčastnit se našeho výzkumu. A také všem sestrám a lékařům z ambulantních zařízení a gynekologického oddělení, že byli ochotni se do výzkumu zapojit.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života žen po menopauze. Práce je teoreticko-výzkumná. V teoretické části je popsáno období ovlivněné menopauzou, problematika symptomů estrogenního deficitu a jejich léčby. Dále je charakterizován pojem kvalita života. Ve výzkumné části u vybraného vzorku respondentek hodnotíme kvalitu života pomocí české standardizované verze dotazníku The Menopause Rating Scale (MRS). Menopause Rating Scale je specifický dotazník určený k orientačnímu hodnocení kvality života u žen v období ovlivněném menopauzou.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Hormonální substituční terapie, kvalita života, Menopause Rating Scale, menopauza, symptomy estrogenního deficitu

## **TITLE**

Quality of live in women after menopause

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis deals with the quality of life of postmenopausal women. The work comprises of a theoretical and a research part. The theoretical section describes the period of life affected by menopause, oestrogen deficiency symptoms, their problems and treatment. Furthermore, the concept of quality of life is discussed there. In the research part of the thesis, the quality of life of a selected sample of respondents is evaluated using the Czech version of the standardized questionnaire The Menopause Rating Scale (MRS). Menopause Rating Scale is a specific questionnaire designed for an approximate evaluation of the quality of life of affected women in menopause.

## **KEYWORDS**

Hormone replacement therapy, quality of live, The Menopause Rating Scale, menopause, symptoms of oestrogen deficiency

## OBSAH

ÚVOD .....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 MENOPAUZA .....	11
1.1 Terminologie menopauzy .....	11
1.2 Klinické projevy .....	14
1.2.1 Vegetativní symptomy .....	14
1.2.2 Organické změny .....	14
1.2.3 Metabolické změny .....	16
1.3 Terapie menopauzy .....	17
1.3.1 Režimová opatření .....	17
1.3.2 Hormonální substituční terapie .....	17
1.3.3 Nehormonální terapie .....	18
2 KVALITA ŽIVOTA .....	20
2.1 Kvalita života žen po menopauze .....	22
3 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN PO MENOPAUZE .....	24
3.1 The Menopause Rating Scale (MRS) .....	24
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	27
4 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY .....	28
4.1 Výzkumné cíle .....	28
4.2 Výzkumné otázky .....	28
5 METODIKA VÝZKUMU .....	29
5.1 Metodika .....	29
5.2 Metoda .....	29
5.3 Zpracování dat .....	30
5.4 Vzorek .....	30
6 VÝHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ .....	33
6.1 Hodnocení skóre jednotlivých domén .....	39
7 DISKUZE .....	44
8 ZÁVĚR .....	48
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ .....	49
Seznam příloh .....	52
Příloha A .....	53
Příloha B .....	54
Příloha C .....	55



## Seznam ilustrací a obrázků

Tabulka 1 Věkové rozmezí.....	31
Tabulka 2 Návaly horka, pocení.....	33
Tabulka 3 Srdeční obtíže.....	33
Tabulka 4 Poruchy spánku.....	34
Tabulka 5 Depresivní nálady.....	34
Tabulka 6 Předrážděnost.....	35
Tabulka 7 Úzkost.....	35
Tabulka 8 Vyčerpání.....	36
Tabulka 9 Sexuální obtíže.....	36
Tabulka 10 Močové obtíže.....	37
Tabulka 11 Suchost pochvy.....	37
Tabulka 12 Bolesti svalů a kloubů.....	38
Tabulka 13 Celkový skóre MRS.....	39
Tabulka 14 Skóre jednotlivých domén.....	41
Tabulka 15 Průměrné hodnoty skóre.....	43
Obrázek 1 Délka léčby.....	31
Obrázek 2 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	32

## ÚVOD

Menopauza je nedílnou součástí života všech žen. Je to fáze života, kterou si dřív či později projde každá žena. S prodlužujícím se věkem populace se prodlužuje také doba, kterou ženy prožijí v době klimakteria (přechodu). Průměrný věk menopauzy v populaci českých žen je 49 – 51 let. Z posledních oficiálních údajů Ústavu zdravotnické informatiky a statistiky České Republiky (ÚZIS) z roku 2013 vyplývá, že z celkového počtu více jak 5,3 milionu žen je jich ve věku menopauzy zhruba 660 000 žen, což představuje 12,3 % z celkového počtu ženské populace v České Republice. Jedná se tedy o poměrně velkou skupinu žen, u kterých můžeme hodnotit jejich kvalitu života ovlivněnou menopauzou (Moravcová M., 2014, s. 15; ÚZIS, 2013).

Pro mnoho žen pojem menopauza znamená, že již nemohou mít děti a začíná jim doba stárnutí. Představa tohoto období života je pro většinu žen velice deprimující. Avšak tato doba patří k jednomu z fyziologických procesů vývoje našeho organismu. Tak jako jsme si museli projít pubertou a stát se fyzicky i psychicky dospělým člověkem, tak si musíme projít menopauzou a procesem klimakteria.

Menopauze je fází klimakteria, kterou doprovázejí různé obtíže. Tímto životním obdobím se v medicíně zabývá obor klimakterická medicína. Symptomy klimakterického syndromu jsou například návaly horka, pocení, sexuální nebo močové obtíže apod. Klimakterium neovlivňuje pouze fyzické aspekty života žen, ale i psychikou a sociální stránku jejich života. Proto se nemůžeme zaměřit jen na gynekologickou oblast, ale musíme zkoumat ženu po všech stránkách jejího zdraví. Klimakterická medicína se zabývá ženou jako celistvou bytostí a léčí ji ve všech aspektech.

Menopauza je životním předělem v životě každé ženy. Klimakterium, ale neznámá jen negativní stránky života, jak si to ženy často představují. Není podmínkou, že když žena projde přechodem, musí mít automaticky horší kvalitu života. Toto období je velice individuální a u nikoho se nedá předem předvídat jeho průběh.

Dříve se o této etapě v životě žen moc nemluvilo. V dnešní době máme naštěstí o klimakteriu a menopauze čím dál více informací, které jsou pro všechny ženy velice důležité.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 MENOPAUAZA

Menopauza je způsobená stárnutím žen, u kterých došlo k fyziologickému vyhasnutí funkce vaječníků, nebo u mladých žen předčasným ukončením funkce vaječniku. V posledním století se délka života žen prodloužila zhruba o 30 let, ale věk vyhasnutí funkcí vaječniku se nijak nezměnil. Ženy prožijí výrazně delší dobu života v estrogenním deficitu. To s sebou přináší řadu nežádoucích funkčních i orgánových změn. Je obtížné rozlišit, které změny jsou způsobené estrogenním deficitem, a na kterých se podílejí procesy stárnutí organismu. Účinky estrogenů nezasahují jen gynekologickou oblast, ale prostupují všemi obory medicíny. Je proto velmi důležité zaměřit se na komplexní péči o ženu s estrogenním deficitem (Fait, c2013, s. 8).

V roce 1981 vědecká skupina Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, dále WHO) vytvořila terminologii klimakteria, která se v zásadě používá dodnes, i když jsou v ní některé nejasnosti a rozpory, které vedou ke snaze tuto klasifikaci modifikovat. Dále se také Mezinárodní společnost pro menopauzu (International Menopause Society, dále IMS) pokusila o úpravu a ucelení klasifikace klimakteria, proto pověřila svoji mezinárodní radu Council of Affiliated Menopause Societies (CAMS), aby definovala různé termíny vztahující se k menopauze a klimakteriu. Tato skupina se snažila vysvětlit jednotlivé termíny a vytvořit jednotnou klasifikaci. Cílem bylo přesně definovat jednotlivé termíny menopauzy tak, aby se zabránilo zmatkům, ke kterým v terminologii docházelo. Terminologie menopauzy byla v roce 1999 schválena výborem IMS s doporučením, aby tyto definice byly užívány na mezinárodní úrovni. Většina termínů v tomto seznamu byla převzata z původní klasifikace WHO (Donát, 2001, s. 9 a 13).

## 1.1 Terminologie menopauzy

První laboratorní známky snižování ovariální funkce a snižování ovariální odpovědi na hypofyzární stimulaci lze pozorovat už asi od 35. roku věku ženy. Tyto změny se postupem času prohlubují, až menstruační cyklus mizí. Potom nastává trvalá amenorea s typickým hormonálním obrazem ovariální amenorey (Roztočil a spol., 2011, s. 91).

Menopauza je někdy chápána jako synonymum klimakteria. Tento pojem však označuje poslední menstruační krvácení, tedy krvácení řízené ještě ovariální funkcí. Tento údaj lze určit jen retrospektivně po 12 měsících amenorey. Také je často nepřesně označována jako

období vyhasínání reprodukčních funkcí a hormonální nestability. Trvá přibližně 2 - 4 roky, podle věku výskytu u ženy. Průměrný věk menopauzy je 49 - 51 let a průměrná délka života žen v České republice (ČR) je 78 let. Dříve byl věk menopauzy roven délce života žen (okolo 48 let). V dnešní době ženy prožijí až třetinu života v postmenopauze (Fait, c2013, s. 11; Kolařík a spol., 2011, s. 287).

Menopauzu můžeme rozdělit podle způsobu nástupu na přirozenou, předčasnou a indukovanou.

**Přirozená menopauza** je definována podle WHO jako trvalé zastavení menstruace, které je výsledkem ztráty ovariální folikulární aktivity. Je zpětně hodnotitelná po 12 následujících měsících amenorey, když nejsou zřejmé jiné patologické nebo fyziologické důvody. Neexistuje žádný adekvátní nezávislý biologický znak pro tuto příhodu (Rob et al., c2008, s. 269).

Pro **předčasnou menopauzu** byla stanovena věková hranice 40 let. Příčiny mohou být autoimunitní onemocnění, genetické vlivy nebo různé odchylky chromosomu X (Rob et al., c2008, s. 269).

Dalším druhem je **indukovaná menopauza**. Znamená zástavu menstruace pomocí chirurgického odstranění ovarií nebo ukončení jejich funkce chemoterapií nebo aktinoterapií. Někdy může být amenorea způsobená chemoterapií přechodná. Záleží na tom, v kolika letech ženě byla chemoterapie aplikována (Rob et al., c2008, s. 269).

Dalšími pojmy související s menopauzou jsou premenopauza, přechod k menopauze, perimenopauza, postmenopauza, klimakterium, senium nebo geripauza.

**Premenopauza** je období od 40. roku věku do začátku nepravidelných menstruačních cyklů. Koncentrace hormonů v tomto období je v normálním rozmezí, ale může být nižší progesteron, což je způsobené luteální insuficiencí nebo absencí ovulace (Kolařík et al., 2011, s. 287).

**Perimenopauza** zahrnuje období jednoho roku před a jednoho roku po menopauze. Pro toto období je charakteristický nepravidelný menstruační cyklus. U žen pokročilého reprodukčního věku je menstruační cyklus pravidelný, ale zkracuje se délka folikulární fáze o 2 - 3 dny. Selektce dominantního folikulu a ovulace je časnější, ale luteální fáze se nemění. Hormonálně je obvykle zvýšen folikulostimulační hormon (FSH) k postmenopauzálním hodnotám, což je způsobené důsledkem deficitu inhibitorů. Estradiol může být normální nebo zvýšený (Donát, 2003, s. 16; Kolařík et al., 2011, s. 287; Rob et al., c2008, s. 270).

**Přechod k menopauze** je část perimenopauzy, pro kterou jsou typické poruchy menstruačního cyklu ukončené menopauzou. Stimulací endometria v nepřítomnosti progesteronu dochází ke změnám intenzity, frekvence a délky krvácení. Čím více se přibližuje menopauza, tím se interval mezi menstruacemi prodlužuje. Nastupuje období fyziologické sterility (Rob et al., c2008, s. 269 – 270).

**Postmenopauza** začíná jeden rok po posledním menstruačním krvácení bez ohledu na to, zda šlo o přirozenou nebo indukovanou menopauzu. Koncentrace pohlavních steroidů je trvale nízká. Základním klinickým znakem postmenopauzy je amenorea (Kolařík et al., 2011, s. 287; Rob et al., c2008, s. 269).

**Klimakterium** je období přechodu z reprodukčního do postreprodukčního období života ženy a je provázeno hormonální nestabilitou. Dochází k fyziologickému poklesu funkce ovarií a následným endokrinním, somatickým a psychickým změnám. Charakteristický je nástup klinických obtíží. Výskyt před 40. rokem označujeme jako předčasné ovariální selhání. V klimakteriu se také mění buněčná skladba poševního epitelu. Vyzrálé epitelie jsou postupně nahrazeny buňkami hluboké vrstvy, až vznikne atrofický cytologický obraz poševní, který mají ženy ve stáří (Donát, 2003, s. 17; Kobilková, Lojda et al., 2006, s. 48; Citterbart, c2008, s. 269).

**Senium** je způsobeno snížením produkce anabolických steroidů v nadledvinách. V našich zeměpisných šířkách je předpokládán nástup senia u žen kolem 65. roku věku. Vyhasnutí ovariální estrogenní produkce působí nejen na involuci pohlavních orgánů ženy, ale i na její sekundární pohlavní znaky. Ženám se svažuje kůže, mizí jim podkožní tuk, postupně řidnou vlasy i ochlupení na těle. Nedostatek estrogenů způsobuje snížení kostní hmoty a vzniká stařecká osteoporóza. V pochvě vzniká senilní kolpitida. Všechny tyto atrofické změny vyvolávají obtíže, které mohou zasahovat do kvality života ženy. V nedávné době se objevil pojem **geripauza**, který označuje poslední období života ženy, a nahrazuje starší pojem senium. Tento pojem definovali Eskin a Troen. Je definována jako fáze života ženy po menopauze a může být rozdělena na časnou a pozdní geripauzu. Časná geripauza se týká žen od 65 do 85 let a pozdní geripauza se dotýká žen po 85. roce věku. Potřeba definovat toto období souvisí s rostoucí délkou života a se zájmem o zlepšení její kvality. V posledních 50 letech je pozorován trvalý vzestup starší populace s rychlým vzestupem chronických onemocnění. Hormonálně by mohla být geripauza definována poklesem sérových hladin FSH ve věku nad 65 let. To je ještě výraznější po 76. roce a poklesem hodnot E2 pod 5 pg/ml (Donát, 2003, s. 16 – 17, Fait, c2013, s. 8; Kobilková et al., 2005, s. 49).

## 1.2 Klinické projevy

Závažnost příznaků se v klinické praxi hodnotí většinou semikvantitativně nebo slovním popisem závažnosti jednotlivých symptomů. Jedná se o symptomy vegetativní (poruchy vazomotorické, psychické), organické (změny kožní, urogenitální) a metabolické (aterosklerózy, osteoporózy), (Fait, c2013, s. 16; Kolařík et al., 2011, s. 291).

### 1.2.1 Vegetativní symptomy

Vegetativní symptomy mohou snižovat kvalitu života ženy, ale neohrožují zdraví. Jak potvrdila multicentrická studie SWAN (Study of Woman's Health Across the Nation) zahrnují dva syndromy – vazomotorický a psychosomatický. Vznikají náhle nebo pozvolna a postihují až 85 % žen po menopauze a 10-25 % žen před menopauzou. Většinou tyto symptomy ustupují do dvou let, ale mohou trvat i déle (Donát, 2003, s. 18; Fait, c2013, s. 16).

Mezi vazomotorické příznaky patří návaly horka, pocení apod. Tyto příznaky jsou nejtypičtějším projevem estrogenního deficitu. Návaly horka se vyskytují u 70 % žen v perimenopauze, kolem 60. roku již jen u 30 % žen a po 70. roce jen u 9 % žen. Asi u 25 % žen představují závažný zdravotní handicap, který může negativně ovlivnit běžné každodenní činnosti. Toto období trvá obvykle kolem pěti let, ale může trvat i déle. Uvedené obtíže mohou začít i 10 let před klimakteriem, takže nejsou na něj vázané. Mají tendenci ke zvýšení frekvence v premenstruačním období (Fait, c2013, s. 16; Kolařík et al., 2011, s. 293 – 294).

Zhruba 50 % žen také často trpí nespavostí. Dochází k poruchám usínání, opakovanému a časnému probouzení nebo delšímu trvání nástupu REM fáze spánku. Výsledkem je ospalost v průběhu dne (Kolařík et al., 2011, s. 295).

Menopauza může mít významný dopad na psychiku ženy. Typickými symptomy jsou časté změny nálad, deprese, úzkost, vyčerpání nebo podráždění. Dochází k bolestem hlavy, ztrátě energie a ztrátě libida. To může mít neblahý dopad na její partnerský život. V tomto období zároveň opouští potomci rodinu a zakládají vlastní, což může velmi ovlivňovat psychiku ženy. Proto žena může trpět „syndromem prázdného hnízda“ (Fait, c2013, s. 17).

### 1.2.2 Organické změny

Organické obtíže začínají obvykle až po menopauze. Nejčastěji s odstupem několika let a často trvají až do pozdní postmenopauzy. Dominují příznaky vznikající v důsledku

organického poškození kůže, sliznice a orgánů, jehož základem je atrofie. Atrofie postihuje v různé míře skoro všechny orgány v těle (Donát, 2003, s. 18; Kolařík et al., 2011, s. 296).

Atrofie genitálu se může vyskytnout již premenopauzálně, ale obvykle se objevuje až po menopauze. Kvůli úbytku tuku dochází ke ztenčení labií, zesvětluje se pubické ochlupení. Postupně se vyhlazují rugae vaginalis což jsou příčné slizniční řasy na přední a zadní straně pochvy. Pochva se zkracuje a vrstva epitelu se ztenčuje. Objevují se petechie a zarudnutí a snižuje se lubrikace pochvy. Mezi klinické projevy zahrnujeme vaginální suchost, pálení, pruritus, dyspareunie neboli bolestivost při souloži. Kromě změny na pochvě dochází ke změnám na děloze, která se postupně zmenšuje. Mění se také poměr hrdla k tělu děložnímu. Zmenšuje se průměr i délka vejcovodů, kde dochází ke snižování počtu řasinkových buněk a k zúžení průsvitu. V důsledku atrofie závěsného aparátu dělohy může dojít k sestupu dělohy a poševních stěn. Ženy se vyhýbají pohlavnímu styku a tak vzniká začarovaný kruh, protože nepoužívaná pochva ještě rychleji podléhá změnám (Fait, 2010, s. 18; Kolařík et al., 2011, s. 296; Vokurka a kol., 2007, s. 849).

Nedostatek estrogenů může vést ke zhoršení funkce sliznice močových cest. Jedná se o snížené prokrvení okolí uretry, atrofii uretrálního sfinkteru, poruchu podpůrných a závěsných struktur v okolí uretro-vezikální junkce. To vše může vést k inkontinenci, opakovaným infekcím močových cest, častému nucení na močení nebo častému močení. Inkontinenci můžeme rozdělit podle mechanismu na urgentní, stresovou nebo smíšenou (Fait, 2010, s. 18; Kolařík et al., 2011, s. 297).

Na prsou dochází k rychlé involuci glandulárních struktur prsou a to ductů i lobulů. Množství tuku v lobulech se zmenšuje a parenchym i tuk je nahrazen vazivovou tkání (Kolařík et al., 2011, s. 297).

Obecně dochází ke zhoršení kvality kůže a kožních adnex. Dochází k atrofii a ztenčení pokožky, úbytku vody v kůži, snížení sekrece mazových a potních žláz. V důsledku vyšší produkce melatoninu je zvýšená pigmentace na kůži. S poškozením kůže souvisí i vypadávání vlasů, lámání a poškozování nehtů (Kolařík et al., 2011, s. 297).

Změny se vyskytují také v trávicím systému, kde se můžeme setkat s atrofií sliznice dutiny ústní. To má za následek suchost v ústech, poruchy chuti, vznik chronické gingivitis (zánět superalveolární části dásně) vedoucí až k vypadávání zubů. Atrofie sliznice colon caecum a colon ascendens může vést k okultnímu krvácení, někdy až k sideropenické anemii (Kolařík et al., 2011, s. 297; Vokurka, 2007, s. 326).



### 1.2.3 Metabolické změny

Metabolické změny jsou výsledkem poruch metabolismu lipidů, karbohydrátů (porucha glukózové tolerance), hypertenze, aterosklerózy nebo metabolismu kostí (osteoporóza). Vznikají obvykle až několik let po menopauze a mohou ohrožovat život ženy (Donát, 2003, s. 19; Kolařík et al., 2011, s. 298).

Nejdůležitější dlouhodobou změnou spojenou s menopauzou je osteoporóza (řídnutí kostí). Svými důsledky ovlivňuje morbiditu a mortalitu žen vyšší věkové kategorie. Kost je zdánlivě neměnná, ale u dospělého člověka je to velmi metabolicky aktivní orgán, který prochází neustálou přestavbou. Kvalita kosti je závislá na obsahu minerálů, kvalitě organické části a hlavně na vnitřní struktuře. Po přechodu se obraz kosti zrychluje, zvyšuje se novotvorba, ale více se zvyšuje odbourávání kosti a vzniká postmenopauzální osteoporóza. Typické jsou zlomeniny obratlů. Většinou jsou pozvolné tlakové, které se projevují snižováním výšky. Někdy k nim naopak dochází náhle, například při zvedání těžkého břemene. Dalšími typickými místy zlomenin je oblast krčku kosti stehenní a zápěstí. Vznikají při pádu ze stoje. Zlomeniny krčku kosti stehenní jsou nejzávažnějšími komplikacemi osteoporózy s 15% úmrtností do 6 měsíců a v polovině případů invalidizací postižených. Rizikovými faktory osteoporózy mohou být genetika, nízká tělesná hmotnost, nízká koncentrace pohlavních steroidů, imobilizace, zlomeniny, ale i kouření (Fait, c2013, s. 17; Fait, 2006, s. 21; Fait, 2010, s. 16 – 17, Kolařík et al., 2011, s. 299).

Onemocnění, které výrazně ohrožuje život ženy, je ateroskleróza. Riziko těchto onemocnění je po menopauze až 4x vyšší než před ní. Ateroskleróza neboli kornatění tepen je způsobena ukládáním tuku a vápenných solí do cévní stěny. Céva tímto procesem ztrácí pružnost a zužuje se její průsvit. Dojde-li k významnému zúžení, kdy nedojde ke zvýšení průtoku, vede to k ischemické chorobě srdeční (ICHS) nebo ischemické chorobě dolních končetin (ICHDK). Také může dojít k uzavření cévy a tím k srdečnímu infarktu (IM) nebo cévní mozkové příhodě (CMP). Na procesu kornatění se podílí mnoho rizikových faktorů, jako je kouření, hypertenze, diabetes mellitus (DM), obezita, málo pohybu nebo vysoká hladina tuku v krvi. V menopauze nedostatek estrogenů zvýšeně působí na tyto změny, hlavně svým vlivem na cholesterol. Cholesterol jako hlavní tuková částice způsobující aterosklerózu koluje v těle v několika formách. Jedna forma je vázána na lipoproteiny vysoké hustoty (HDL) a druhá forma se váže na lipoproteiny velmi nízké a nízké hustoty (VLDL, LDL). Při nedostatku estrogenů množství HDL klesá a naopak množství LDL se zvyšuje (Fait, 2010, s. 17 – 18; Kolařík et al., 2011, s. 301).

### **1.3 Terapie menopauzy**

Léčit klimakterické obtíže můžeme režimovými opatřeními nebo farmakoterapií a to hormonální nebo nehormonální (Fait, c2013, s. 35).

#### **1.3.1 Režimová opatření**

Žena může překonat akutní obtíže klimakterického syndromu sama. Je potřeba zvýšit pohybovou aktivitu cvičením nebo rychlou chůzí po dobu 30 minut alespoň 3x týdně. Cvičení pomáhá až u 2/3 žen odbourat akutní obtíže, pomáhá v udržování kostní hmoty a funkční přestavby kosti a v udržení tělesné hmotnosti. Potravinové doplňky, léčivé přípravky a volně prodejná léčiva také mohou pomoci k překonávání akutního klimakterického syndromu. Četnost potíží může snižovat omezení příjmu kávy, kořeněných jídel a alkoholu. Velice důležitý pro dobrou funkci organismu je dostatečný pitný režim (Fait, 2010, s. 25).

#### **1.3.2 Hormonální substituční terapie**

Kauzální léčbou příznaků spojených s estrogenním deficitem je substituce ženských pohlavních hormonů. V roce 1928 byl syntetizován první hormonální přípravek pro léčbu klimakterických obtíží. Od té doby zaujímá dominantní místo v terapii příznaků spojených s menopauzou (Kolařík et al., 2011, s. 315).

Za indikaci hormonální substituce se uznává vegetativní syndrom a prevence osteoporózy. Její zdravotní přínos je však širší a zahrnuje pokles výskytu mnoha dalších symptomů a onemocnění. Sporný je její vliv na kardiovaskulární systém, který se řeší dosud (Roztočil a spol., 2011, s. 94).

Hormonální substituční terapie (Hormone replacement therapy – HRT) stále zůstává lékem volby pro akutní klimakterický syndrom u žen. Účinnou látkou je estrogen ve formě estradiolu, estradiolvalerátu nebo konjugovaných estrogenů. U žen po hysterektomii lze podávat samostatný estrogen – estrogenní substituční léčba (ERT). U žen s dělohou pro kontrolu krvácení a zabránění nadměrné stimulaci sliznice děložní je potřeba přidat gestagen – estrogen-gestagenní substituční terapie (EPT). Přidává-li se gestagen trvale, nedochází ke krvácení, ale pokud jen několik dní v měsíci, nastává krvácení podobné normálnímu cyklu (Fait, 2010, s. 29).

Estrogeny se mohou podávat perorálně ve formě tablet, transdermálně náplastí, perkutánně v podobě gelů nebo krémů, subkutánně pomocí kožních implantátů nebo

intranazálně přímo na nosní sliznici. Většinou se dává přednost perorálnímu podání, pokud nejsou přítomny jiné problémy. Ostatní způsoby podávání mají menší vliv na metabolismus, protože účinná látka musí projít nejdříve tělem a až potom do jaterních buněk. Látka se snadněji dostane do organismu a hladina léku je dlouhodobě vyrovnaná (Fait, 2010, s. 29).

Další z možností je podání syntetického progestinu tibolonu. Tibolon je syntetické analogon steroidů, řazený do skupiny STEAR (selective tissue estrogenic activity regulators – selektivní regulátor tkáňové estrogení aktivity). Má v organismu trojí účinek – estrogení, gestagení a androgení. Androgení složka napodobuje funkci mužského hormonu testosteronu, který zvyšuje libido, ale nedosahuje nežádoucích účinků v podobě ochlupení nebo zhrubění hlasu. Tibolon upravuje růst slizničních buněk v pochvě, ale neovlivňuje sliznici děložní. Ochranně působí i na kostní hmotu. Snižuje dělení buněk v prsu, nezvyšuje hustotu prsu na mamografii a zmenšuje průměr cyst při fibrocystické mastopatii, kdy mléčná žláza v prsu vytváří různé velké dutinky. Tibolon ale není vhodný pro ženy po karcinomu prsu. Zvyšuje riziko CMP u starších žen (Fait, 2010, s. 29 – 30; Fait, 2013, s. 13 a 41).

Jako každý přípravek má i HRT svá rizika a nežádoucí účinky. Při užívání HRT se může objevit mastodonie (bolest v prsu, v mléčné žláze) nebo retence tekutin. Při užívání estrogenů dochází k nežádoucímu krvácení ze spádu hormonálních hladin, k nevolnosti, křečím dolních končetin a bolestem hlavy. Gestagení složka může způsobovat deprese, napětí, nadýmání a zvýšení chuti k jídlu. Existují stavy, kdy užíváním HRT přináší více negativních než pozitivních přínosů. Takovéto stavy označujeme jako kontraindikace. Jsou to například benigní karcinom prsu, karcinom endometria, idiopatická tromboembolická nemoc, arteriální tromboembolie apod. (Fait, 2010, s. 30; Fait, 2013, s. 42 – 43; Vokurka, 2007, s. 576).

### **1.3.3 Nehormonální terapie**

Klimakterické obtíže lze léčit i nehormonálně. Užívané preparáty mohou zlepšit projevy akutního nedostatku estrogenů, ale nemají prokazatelný vliv na dlouhodobé změny v důsledku estrogeního deficitu. Klimakterické syndromy spojené s hypertenzí a migrénami můžeme léčit antihypertenzivy klinidin, methyldopaminem nebo vazodilatancí vinpocentin. Na návaly působí selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Reflexní elektroanalgezie, lázeňská léčba a fyzické cvičení jsou možnými terapeutickými prvky (Fait, c2013, s. 42).

Ploštičník hroznatý (*cimicifuga racemosa*) je původem ze severní Ameriky a jeho kořen se používal jako lék na kašel. Ve 40. letech 20. století byl používán k léčení dysmenorey, premenstruačních potíží a klimakterického syndromu. Hlavní účinnou látkou je flavonoid formonetin, dále obsahuje fenolické sloučeniny a deriváty kyseliny hydroxycinamatové. Jeho účinek je vysvětlován vazbou na dopaminový receptor. To vede ke změnám pulsů folikulostimulačního a luteinizačního hormonu. Je netoxický, ale je vhodné hlídat jaterní testy. Extrakt z ploštičníku prokazatelně snižuje frekvenci návalů a zlepšuje projevy klimakterického syndromu. Také má ochranný účinek proti nádorovému bujení. Některé studie prokazují příznivý vliv na kostní hmotu a cévní stěnu (Fait, 2010, s. 34).

Fytoestrogeny jsou přírodní rostlinné substance, podobné svým účinkem estradiolu. Vedle selektivního estrogenního účinku mají i antiestrogenní účinek. Existují stovky rostlin obsahující fytoestrogeny. Hlavní představitelé fytoestrogenů jsou isoflavonoidy, kumestany a lignany. Isoflavony se vyskytují v přírodě jen úzce, a to v rostlinách vikvovitých. Nejbohatším zdrojem je sója luštinatá, dále červený jetel, některé léčivé rostliny jako je kručinka barvířská nebo jalovec metlatý. V malých dávkách jsou přítomny i v žitě a výrobcích z něho a objevují se také v pivu a bourbonu. Lignany jsou přítomny v nejrůznějších semenech, celých zrnech, luscích, zelenině a ovoci. Naše strava není na lignany bohatá, protože při zpracování jsou obvykle odděleny společně se slupkami a vlákninou. Nejdůležitějším zdrojem jsou rostlinné oleje, především lněný. Dalším zdrojem je celozrnné žitné pečivo, různé typy vlákniny nebo drobné ovoce. I když byla z rostlin izolována řada kumestanů, je z hlediska estrogenní aktivity nedůležitější kumestrol. Ten je základním fytoestrogenem vojtěšky, kde jsou nejdůležitější zejména její klíčky. Lignany a isoflavony mají navíc účinek antimikrobiální, antikancerogenní a protizánětlivý. Fytoestrogeny jsou slabé estrogény s in vivo aktivitou 100 až 1000krát slabší než estradiol. Může však být v těle přítomen v koncentracích až 100krát vyšších než endogenní estrogény. Vliv fytoestrogenů na rizikové faktory ischemické choroby srdeční (IČHS) u postmenopauzálních žen je podobný účinkům estrogenů. Sójové složky inhibují oxidaci LDL cholesterolu. Isoflavony také zlepšují u žen v postmenopauze vazodilataci. Fytoestrogeny mohou přispívat k prevenci osteoporózy tím, že potraviny ze sóji jsou dobrým zdrojem vápníku a isoflavony mohou až o 50 % snížit jeho ztrátu močí (Donát, 2006, s. 38 – 42).

## 2 KVALITA ŽIVOTA

Pojem „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech minulého století a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. V 60. letech se tento termín znovu objevil v politickém kontextu v USA. Tehdejší prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha není kvantita spotřebovaného zboží, ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije. Tento termín byl používán jako alternativa konceptu „společnost hojnosti“, který byl čím dál více zpochybňován jako adekvátní měřítko společenské prosperity. Ukázalo se, že soustavný ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti lidí, ale spíše k růstu požadavků, které není možné vždy naplnit (Payne a spol., 2005, s. 205 – 207).

V roce 1993 předložila WHO první pracovní definici kvality života jako vnímání lidí (jedinců) a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům, zájmům, starostem a obavám (Kebza, 2005, s. 57 – 58).

Ve slovníku českého a slovenského jazyka pojem kvalita vyjadřuje jakost nebo hodnotu a je vymezen ve dvou významech. Prvním významem kvality je normativní kategorie, která zahrnuje žádoucí vyjádření, postulované, optimální úrovně nebo stupně, přibližující se k očekáváním, potřebám či představám jednotlivců nebo skupin. Druhým je všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, atributů, kterými se daný objekt liší od objektů jiných bez zdůrazňování míry uspokojení určitých potřeb. Kvalita není kategorií absolutní, ale relativní. Může být vyjádřena kvalitativními a kvantitativními indikátory. Kvalitativní indikátory vycházejí z hodnotového systému posuzovatele. Naopak kvantitativní indikátor je objektivní a měřitelný. Jelikož u hodnocení kvality života je hodnocen život, je důležité určit, kvalitu jakého života hodnotíme. Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život. Život jednotlivce chápeme jako komplexní pojem zahrnující všechny projevy a oblasti jeho činnosti, jako je rodinný, společenský, pracovní apod. Kromě jednotlivců může být předmětem hodnocení život skupin, společnosti nebo populace (Gurková, 2011, s. 21).

V literatuře existuje řada definic „kvality života“, ale neexistuje ani jedna, která by byla v posledních třiceti letech všeobecně akceptovatelná. Na nejobecnější úrovni je kvalita života

chápana jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Koncept kvality života má dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Stále je otázkou, jak tyto dimenze spolu souvisejí, a jak by měly být co nejlépe měřeny (Payne a spol., 2005, s. 205 – 207).

Hovoříme-li o kvalitě života a myslíme-li na život jednotlivého člověka, vybíráme z celé problematiky kvality života jen její dílčí oblast. Engel a Bergsma vyhodnocují celou tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině. **Makro-rovina** se zabývá otázkami kvality života velkých společenských celků, jako jsou určité země, kontinenty atp. V tomto pojetí je život chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento záměr ve své definici plně respektovat. Tato problematika se tak stává součástí základních politických úvah. **V mezo-rovině** jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách, což je například škola, nemocnice, pečovatelský domov apod. Zde se zajímají nejen o respekt k morální hodnotě života, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky uspokojování a neuspokojování základních potřeb každého jedince dané společnosti. **Personální rovina** je definována nejjednoznačněji. Zaměřuje se na život konkrétního jednotlivce, individua. Týká se to každého jedince, kdy každý hodnotí kvalitu vlastního života. Významným prvkem pro hodnocení jsou vlastní představy, naděje, očekávání apod. (Křivohlavý, 2006, s. 163 – 164).

Koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka. Při vymezení tohoto pojmu se nejčastěji setkáváme s předponou multi. Kvalita života je označována jako multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněná a mluvíme o ní jako o fenoménu multiúrovňovém, multidisciplinárním, tedy o fenoménu s vysokou mírou komplexnosti. Přestože je pojem „kvalita života“ velmi frekventovaný zdaleka nenacházíme názorovou shodu. Je to způsobeno tím, že se o kvalitě života hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Kvalita života je zkoumána například v medicíně, ošetrovatelství, filosofii, sociologii, psychologii, pedagogice, ekonomii a v dalších vědních oborech. Jejich úhel pohledu je v některých případech až zásadně rozdílný. Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy. Koncept kvality života proto nemá dosud všeobecně akceptovanou definici, metodologii bez jednoznačného všeobecně přijatého konsenzu v jeho konceptualizaci (Gurková, 2011, s. 23; Payne a spol., 2005, s. 205 – 207).

Kategorie „kvalita života“ aplikovaná ve zdravotnictví a v jednotlivých medicínských oborech má své specifické označení: HRQL – health related quality of life. Nepanuje však jednota při teoretickém vymezování tohoto pojmu. Obecně lze říct, že HRQL je užší pojem než kvalita života a je vhodné s ním pracovat, pokud uvažujeme o širších kontextech systémů poskytování zdravotní péče. HRQL je mezinárodně používanou zkratkou, ale není snadný překlad do češtiny, proto se setkáváme s několika překlady. Většina autorů se shodla na užívání výrazu **kvalita života související se zdravím** (Mareš, 2006, s. 30 – 32).

Zdraví je chápáno jako důležitý moment s ohledem na uskutečňování životních cílů a je vysokou a obecně velice žádanou životní hodnotou. S ohledem na vztah zdraví a kvality zdraví se profesor Jaro Křivohlavý snažil vytvořit vlastní definici zdraví, která zní: *„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“* HRQL je ovlivněna poskytovanou péčí, nemocí, resp. zdravím konkrétního jedince. Ukázalo se, že k vystižení komplexní charakteristiky zdravotního stavu již nestačí dříve užívané postupy, které vycházely ze stanovení diagnózy eventuální nemoci, doby dožití, případně tzv. střední délky života. Je třeba identifikovat a zhodnotit i psychické, sociální a behaviorální determinanty lidského života, vztahující se ke zdraví. Poznatků o kvalitě života výrazně přibýlo a to zejména v posledních 20 letech (Kebza, 2005, s. 57; Křivohlavý, 2009, s. 39 – 40; Moravcová, 2011, s. 434).

## 2.1 Kvalita života žen po menopauze

Kvalita života je jednou z priorit moderní zdravotnické péče. Základní snahou zdravotnických pracovníků by proto mělo být zlepšování a udržování kvality života. Většinou sledujeme jaký vliv má onemocnění nebo zdravotní problémy na psychický a fyzický stav jedince, na způsob života a pocit životní spokojenosti. Lze říct, že definice tohoto pojmu vychází z Maslowovy teorie potřeb. Kvalitu života žen středního a vyššího věku může výrazně ovlivňovat období menopauzy (Moravcová, 2007, s. 82).

Před třiceti lety vzrostl zájem klinické praxe (zdravotnické i psychologické) o kvalitu života žen v období spojeném s menopauzou. Začal se studovat vztah mezi tíží symptomů vyvolaných estrogenním deficitem a HRQL. Zdravotníci potřebovali vyhodnocovat účinnost terapie estrogenního deficitu, ale také provádět rozsáhlé populační studie ke zjištění spektra obtíží a jejich vlivu na kvalitu života žen žijících v životní etapě ovlivněné menopauzou.

Proto je velmi důležité, aby zdravotníci a kliničtí psychologové disponovali spolehlivým nástrojem, který by dokázal zjistit kvalitu života žen v tomto období. Teprve po zmapování přítomných symptomů a jejich vlivu na kvalitu života konkrétní ženy může být aplikována cílená a adekvátní intervence ze strany ošetřujícího personálu (Moravcová, 2014, s. 115).

Délka života žen se stále prodlužuje. Proto je velká pravděpodobnost, že ženy, které se dožily padesáti let, budou žít ještě dalších 30 - 40 let. Díky tomu se zájem o kvalitu života žen po menopauze dostává výrazně do popředí jak u laické, tak i u odborné veřejnosti. Výzkumy zaměřující se na tuto problematiku v některých případech prokazují, že po menopauze dochází k výraznému zhoršení kvality života žen (např. Ozkan et al., 2005). Pocity, které ženy prožívají při přechodu do menopauzy, jsou velmi ovlivněny sociokulturními faktory životního stylu. Proto každá žena prožívá toto období individuálně a vyrovnává se s tím jinak. V klimakterické medicíně je vhodné používat metody hodnocení, které slouží k vyhodnocení klimakterických obtíží, účinku aplikované léčby a zároveň k hodnocení kvality života konkrétních žen (Moravcová, 2011, s. 437).

Každá žena, jejíž dosavadní život začínají ovlivňovat příznaky klimakterického syndromu, je osobností, která svým vlastním osobitým způsobem reaguje na veškeré změny, ať už to jsou zdravotní, psychické či sociální. Proto by měl být přístup zdravotního personálu k pacientově léčbě i hodnocení menopauzálních symptomů komplexní a především individuální (Moravcová, 2005, s. 16).



### **3 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA ŽEN PO MENOPAUZE**

V české klinické praxi není v současné době plošně používána žádná standardizovaná metoda, která by sloužila jako specifický nástroj pro hodnocení kvality života související se zdravím (HRQL) u žen v období klimakteria. Pro účely objektivizace subjektivních příznaků bylo vytvořeno několik systémů hodnocení klinické symptomatologie. Využívá se hlavně pro účely srovnávání. K hodnocení míry obtíží a jejich ovlivnění HRT nebo jinou alternativní terapií bylo vyvinuto několik dotazníků. Mezi jednu z nejznámějších metod patří Kuppermanův index. Poprvé byl publikován kolektivem Kupperman a Blatt v roce 1953. Je omezen jen na akutní klimakterické obtíže a není odbornou veřejností považován za dotazník využitelný k hodnocení HRQL. Dále můžeme jmenovat speciální dotazník Woman's Health Questionnaire (WHQ), který hodnotí emoční a fyzický stav žen ve věku od 45 do 65 let. Hodnocení je docela složité kvůli přítomnosti odpovědí typu určitě ano, někdy ano, zřídka a vůbec ne. Také Freemanová vytvořila dotazník Menopause Symptom List (MSL), který vychází z Kuppermanova dotazníku, ale je rozšířen o hodnocení úniku moči a poševního diskomfortu. I Menopause Rating Scale (MRS) je komplexní a jednoduché hodnocení, blízké Kuppermanovu indexu, který zahrnuje i hodnocení urogenitální atrofie (Fait, 2013, s. 21 – 31; Kolařík et al., 2011, s. 292; Moravcová, Mareš, Donát, 2007, s. 82).

K hodnocení kvality života související se zdravím lze užít tři typy metod a to generické, specifické nebo metody smíšené. Generická metoda slouží pro posouzení kvality života u osob zdravých i nemocných, anebo porovnání pacientů s různými onemocněními. Specifické metody se týkají pacientů s jedním konkrétním typem onemocnění nebo souborem symptomů. Pro konkrétní skupinu klientů se specifickým onemocněním máme obvykle celosvětově k dispozici více dotazníků k posouzení HRQL. Tyto dotazníky se mohou lišit svými základními charakteristikami. Není tomu jinak ani u žen v období spojeném s menopauzou s přítomnými symptomy estrogenního deficitu (Moravcová, 2014, s. 37).

#### **3.1 The Menopause Rating Scale (MRS)**

The Menopause Rating Scale je nástrojem pro hodnocení HRQL a byl původně vytvořen pro měření závažnosti příznaků stárnutí a jejich dopadů na kvalitu života žen z pohledu zdravotníka (Moravcová M., 2011, s. 440).

Původní verze MRS se začala používat v roce 1992 v Německu. Tato verze byla vyplňována lékaři, kteří ženu léčili a zaznamenávali klimakterické příznaky a jejich změny během léčby. To se však neosvědčilo a v roce 1996 byl dotazník vyplněn náhodně vybraným vzorkem 689 německých žen ve věku od 40 do 60 let. Na jeho základě byl dotazník revidován na konečnou verzi MRS (Berlin Center for Epidemiology and Health Research, 2008).

MRS byl vyvinut jako reakce na nedostatek standardizovaných nástrojů k hodnocení HRQL a míry jejího ovlivnění symptomy estrogenního deficitu. Ve světové klinické praxi je jedním z nejčastěji užívaných standardizovaných nástrojů k hodnocení HRQL u žen v období související s menopauzou (Berlin Center for Epidemiology and Health Research, 2008).

Dotazník MRS se doposud používal v tištěné podobě. V současné době je vytvořeno 25 standardizovaných jazykových verzí MRS (Heinemann et al., 2004; Moravcová, Mareš, Ježek, Vacková, 2014, s. 117).

Z původní verze dotazníku vznikla jeho anglická verze a ta se podle doporučení autorů stala výchozí pro všechny další standardizované jazykové verze, tedy i pro českou verzi (Moravcová, Mareš, Ježek, Vacková, 2014, s. 117).

Česká verze MRS dotazníku obsahuje celkem 11 položek, stejně jako v původní verzi MRS. Těchto 11 položek charakterizuje jednotlivé typické symptomy estrogenního deficitu u žen v postmenopauze. Symptomy jsou rozděleny do tří domén a to somato-vegetativní, psychologické a urogenitální. Somato-vegetativní a psychologická doména mají každá po 4 položkách, urogenitální má položky tři. Každá žena, která vyplňuje dotazník, uvádí u každého symptomu, jak velkou míru závažnosti obtíží v daném období sama pociťuje. U všech z jedenácti příznaků obsažených v dotazníku lze získat 0 (bez obtíží) až 4 (závažné obtíže) body v závislosti na závažnosti stížností vnímaných ženou. Systém bodování je jednoduchý. Skór se zvyšuje bod po bodu s rostoucí závažností subjektivně vnímaných příznaků u každého z nich. Ženy v české verzi MRS hodnotí intenzitu prožívaných symptomů za konkrétní časové období a to za poslední měsíc. Symptomy, na které se dotazník ptá, se v postmenopauze vyskytují běžně a diagnosticky cenná je právě intenzita obtíží (Heinemann et al., 2004; Moravcová, Mareš, Ježek, Vacková, 2014, s. 116; Moravcová, Mareš, Ježek, 2014, s. 37 – 38). Více informací o dotazníku najdete v Seznam příloh.

Celkový skór dotazníku se pohybuje v rozmezí od 0 (bez symptomů) do 44 bodů (nejintenzivnější symptomy). Minimální a maximální skór dotazníků se liší v závislosti na míře intenzity jednotlivých symptomů ve všech oblastech. Psychologická oblast (0 až 16

bodů) zahrnuje položky zaměřené na depresi, podrážděnost, úzkost a vyčerpání. Somato-vegetativní oblast (0 až 16 bodů) se věnuje hodnocení pocení/návalů horka, srdečních problémů, poruch spánku a bolesti kloubů a svalů. V urogenitální oblasti (0 až 12 bodů) se hodnotí sexuální problémy, močové obtíže a vaginální suchost (Berlin Center for Epidemiology and Health Research, 2008).

Lze zkonstatovat, že MRS je standardem pro hodnocení klimakterických obtíží a jejich dopadu na kvalitu života ženy v klinické praxi a splňuje metodologické požadavky kladené na moderní metodu hodnocení HRQL (Berlin Center for Epidemiology and Health Research, 2008).

## **VÝZKUMNÁ ČÁST**

## **4 VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY**

### **4.1 Výzkumné cíle**

Za výzkumné cíle naší práce jsme si stanovili následující:

1. Zhodnotit vliv symptomů estrogenního deficitu na kvalitu života žen ve zkoumaném vzorku pomocí standardizovaného dotazníku hodnocení HRQL Menopause Rating Scale.
2. Zhodnotit incidenci jednotlivých symptomů estrogenního deficitu.

### **4.2 Výzkumné otázky**

Na základě odborných zdrojů a cílů práce jsme stanovili tyto výzkumné otázky:

1. Jaký vliv mají symptomy estrogenního deficitu na kvalitu života sledovaných žen v období ovlivněném menopauzou?
2. Jaké symptomy estrogenního deficitu se u sledovaného vzorku respondentek projevují nejčastěji?
3. Jaké symptomy estrogenního deficitu se u sledovaného vzorku respondentek projevují nejméně často?
4. Ve které doméně MRS dosahovaly respondentky nejvyššího skóre?
5. Ve které doméně MRS dosahovaly respondentky nejnižšího skóre?

## **5 METODIKA VÝZKUMU**

Tato bakalářská práce obsahuje kvantitativní výzkum zaměřený na zhodnocení intenzity symptomů estrogenního deficitu u žen po menopauze. Ke sběru dat byly použity tištěné dotazníky, které byly následně vyhodnoceny. Jednalo se o standardizovanou českou verzi dotazníku Menopause Rating Scale.

### **5.1 Metodika**

Výzkum byl prováděn od října 2014 do ledna 2015. Ženy byly vybírány ve věkovém rozmezí od 45 do 60 let a projevovaly se u nich symptomy estrogenního deficitu. Dotazníky byly v tištěné podobě. Spolu s dotazníkem obdržely ženy v písemné formě informace k vyplnění dotazníku (Příloha A, Příloha B).

Vyplněno bylo 118 dotazníků a z toho 81 dotazníků bylo použito k vyhodnocení výzkumu. Vyřazených dotazníků bylo 37 a to z důvodu neuvedení věku, nekompletního vyplnění dotazníku nebo z nedodržení stanoveného věkového rozmezí (vyplnily je ženy nad 60 let).

Dotazníky byly rozdávány ve čtyřech gynekologických ambulancích a na jednom lůžkovém gynekologickém oddělení v nemocnici. Z toho tři ambulance byly v Hradci Králové a jedna ambulance byla v Praze. V ambulanci vyplňovaly ženy dotazníky během čekání na prohlídku samostatně nebo s pomocí porodní asistentky. Na oddělení vyplňovaly ženy dotazník během hospitalizace na svém pokoji, kde měly klid a dostatek času. Vzhledem k anonymitě výzkumu nebylo vyžadováno uvedení jména respondentek.

### **5.2 Metoda**

Česká verze MRS dotazníku obsahuje celkem 11 položek. U všech z jedenácti příznaků obsažených v dotazníku lze získat 0 (bez obtíží) až 4 (závažné obtíže) body v závislosti na subjektivním hodnocení intenzity symptomů estrogenního deficitu respondentkou. Symptomy jsou rozděleny do tří domén a to somato-vegetativní, psychologické a urogenitální. Somato-vegetativní a psychologická doména mají každá po 4 položkách, urogenitální má položky tři. Skór se zvyšuje bod po bodu s rostoucí závažností subjektivně vnímaných příznaků u každého z nich (Heinemann et al., 2004; Moravcová, Mareš, Ježek, Vacková, 2014, s. 116; Moravcová, Mareš, Ježek, 2014, s. 37 – 38).

Celkový skór dotazníku se pohybuje v rozmezí od 0 (bez symptomů) do 44 bodů (nejintenzivnější symptomy). Psychologická oblast (0 až 16 bodů) zahrnuje položky zaměřené na depresi, podrážděnost, úzkost a vyčerpání. Somato-vegetativní oblast (0 až 16 bodů) se věnuje hodnocení pocení/návalů horka, srdečních problémů, poruch spánku a bolesti kloubů a svalů. V urogenitální oblasti (0 až 12 bodů) se hodnotí sexuální problémy, močové obtíže a vaginální suchost. Čím vyšší je celkový skór, tím je nižší úroveň kvality života žen v období ovlivněném menopauzou (Berlin Center for Epidemiology and Health Research, 2008).

### 5.3 Zpracování dat

Všechna nasbíraná data byla následně zpracována dle metodiky hodnocení MRS (Seznam příloh) v programu Microsoft Excel. Výsledky jsou zpracovány pomocí metod popisné statistiky a prezentovány pomocí grafů a tabulek.

$n$ .....počet prvků

$n_i$ .....absolutní četnost

$f_i$ .....relativní četnost (v %)

vzorec pro výpočet relativní četnosti  $\rightarrow f_i = n_i/(n \times 100)$

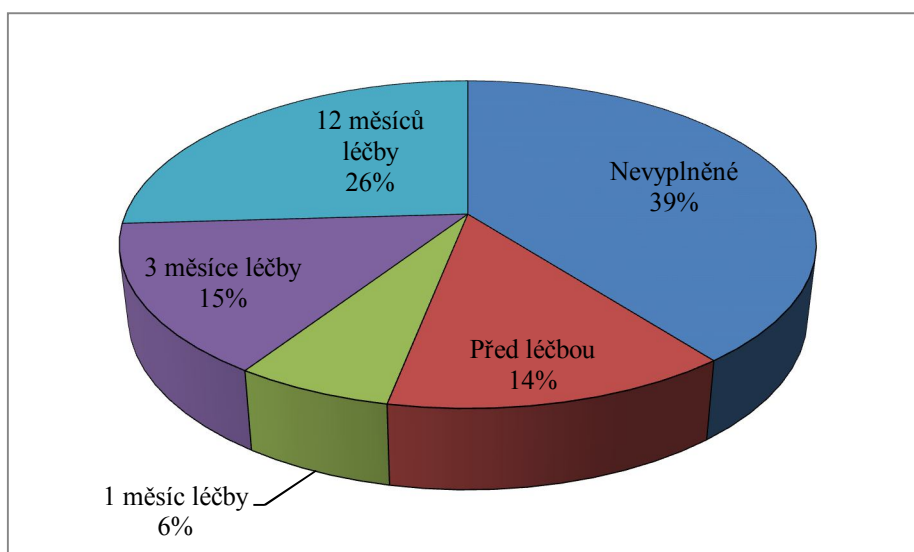
### 5.4 Vzorek

Ženy byly dotazovány v gynekologických ambulancích a na lůžkovém oddělení v nemocnici. Byly vybírány podle věku v rozmezí od 45 do 60 let a podle projevů symptomů estrogenního deficitu. Za účelem specifikace vzorku jsme sledovali také délku léčby a nejvyšší dosažené vzdělání.

Tabulka 1 Věkové rozmezí

Věk	$n_i$	$f_i$ (%)
45 let	2	2
46 let	2	2
47 let	3	4
48 let	1	1
49 let	4	5
50 let	5	6
51 let	6	7
52 let	5	6
53 let	4	5
54 let	5	6
55 let	7	9
56 let	7	9
57 let	5	6
58 let	9	11
59 let	8	10
60 let	8	10
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

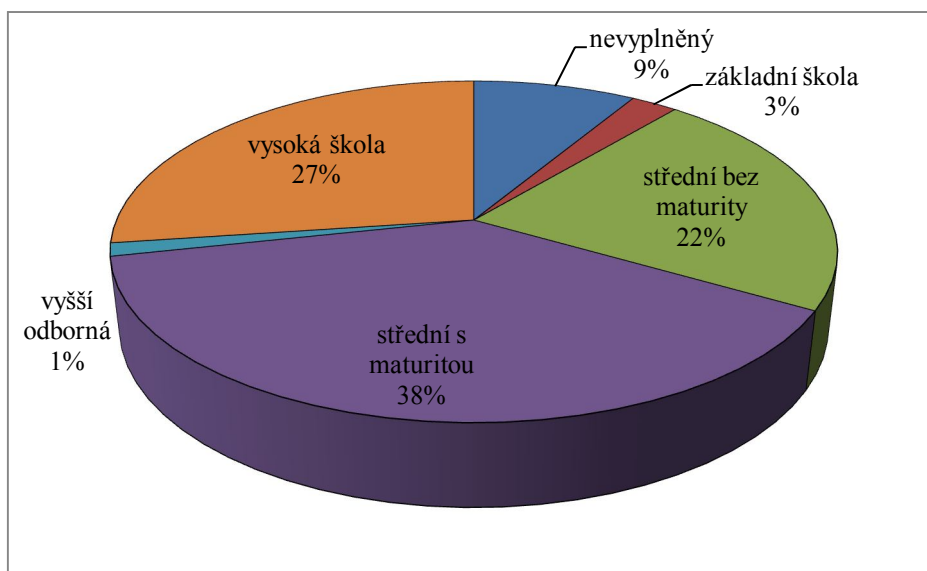
V uvedené tabulce je znázorněno, kolik roků bylo ženám, které vyplnily dotazníky. Dohromady se do výzkumu zapojilo 81 respondentek ve věku mezi 45 až 60 lety. Jak vidíme z údajů uvedených v tabulce, jen málo žen trpících symptomy estrogenního deficitu bylo pod věkovou hranicí padesáti let. S přibývajícím věkem se počet žen, u kterých se projevily symptomy estrogenního deficitu, zvyšuje. Největší počet respondentek byl ve věku 58 a výše (Tabulka 1).



Obrázek 1 Délka léčby



Graf znázorňuje délku léčby u sledovaného vzorku žen (Obrázek 1). Ženy měly na výběr ze čtyř možností, a to zda jsou před léčbou nebo jestli léčba trvá 1 měsíc, 3 měsíce nebo 12 měsíců. Více jak třetina dotázaných žen (přesně 39 %) na otázku týkající se délky léčby neodpověděla. Z těch, které na tento dotaz odpověděly, byla většina léčena nejméně dvanáct měsíců před tímto výzkumem. Jen pět (6 %) respondentek odpovědělo, že se léčily pouze jeden měsíc.



**Obrázek 2 Nejvyšší dosažené vzdělání**

Tento graf nám ukazuje údaje o nejvyšším dosaženém stupni vzdělání u sledovaného vzorku respondentek (Obrázek 2). Dotaz na dosažené vzdělání vyplnila většina dotazovaných žen. Nejvíce z nich vystudovalo střední školu s maturitou a to víc jak jedna třetina (39 %). Vysokou školu a střední školu bez maturity vystudoval zhruba stejný počet žen. Nejméně žen vystudovalo vyšší odbornou školu.

## 6 VÝHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

V této části práce jsou vyhodnoceny výsledky hodnocení kvality života žen po menopauze získané pomocí standardizovaného dotazníku MRS. Na následujících stránkách rozebíráme každou položku samostatně a dále vyhodnocujeme i jednotlivé domény.

### **Položka č. 1 – Návaly horka, pocení (občasné pocení).**

Tabulka 2 Návaly horka, pocení

<b>Intenzita obtíží</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
Žádné	12	15
Mírné	27	33
Střední	18	22
Výrazné	16	20
Nesnesitelné	8	10
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Tato položka se zabývá obtížemi související s návaly horka a pocení u sledovaného vzorku žen. Žádné obtíže s návaly horka a pocením uvedlo dvanáct z dotázaných žen. Nejvíce žen označilo svoje obtíže za mírné – 27 (33 %) respondentek. Pouze osm (10 %) žen pociťuje návaly horka a pocení jako nesnesitelné. Ostatní možnosti odpovědi – intenzity obtíží vyplnil zhruba stejný počet žen (Tabulka 2).

### **Položka č. 2 – Srdeční obtíže (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně).**

Tabulka 3 Srdeční obtíže

<b>Intenzita obtíží</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
Žádné	45	56
Mírné	23	28
Střední	9	11
Výrazné	2	2
Nesnesitelné	2	2
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

U tohoto symptomu se sleduje intenzita srdečních obtíží. Více jak polovina žen netrpí žádnými obtížemi souvisejícími se srdečními problémy. Se stoupající intenzitou se počet žen trpících srdečními obtížemi snižuje. Nejvíce žen – 23 (28 %) respondentek, u kterých se objevily srdeční obtíže, hodnotí tento symptom jako mírně zatěžující. Nejméně žen hodnotí tyto obtíže jako výrazné a nesnesitelné (Tabulka 3).

**Položka č. 3 – Poruchy spánku** (potíže s usínáním, předčasné probuzení, potíže s trváním spánku).

Tabulka 4 Poruchy spánku

Intenzita obtíží	$n_i$	$f_i$ (%)
Žádné	13	16
Mírné	21	26
Střední	22	27
Výrazné	19	23
Nesnesitelné	6	7
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Tato položka se týká potíží se spánkem. Nejvíce žen – 22 (27 %) respondentek hodnotí své problémy se spánkem střední intenzitou na škále obtíží. Skoro stejný počet žen označil své obtíže za mírně obtěžující. Nejmenší počet žen pocituje poruchy se spánkem jako nesnesitelné (Tabulka 4).

**Položka č. 4 – Depresivní nálady** (pocit smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad).

Tabulka 5 Depresivní nálady

Intenzita obtíží	$n_i$	$f_i$ (%)
Žádné	18	22
Mírné	28	35
Střední	22	27
Výrazné	10	12
Nesnesitelné	3	4
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

U sledovaného vzorku žen pociťovalo 28 (35 %) respondentek depresivní náladu mírné intenzity obtíží. Jen o šest žen méně ohodnotilo své problémy jako středně obtěžující. Nejméně žen pociťovalo své depresivní náladu jako nesnesitelné (Tabulka 5).

### **Položka č. 5 – Předrážděnost** (nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity).

Tabulka 6 Předrážděnost

<b>Intenzita obtíží</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
Žádné	19	23
Mírné	19	23
Střední	27	33
Výrazné	14	17
Nesnesitelné	2	2
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

U tohoto symptomu jsme sledovali předrážděnost klientek. Zjistili jsme, že nejvíce žen považuje předrážděnost za středně obtěžující, jednalo se o 27 (33 %) respondentek. Pouze dvě (2 %) respondentky označily tyto problémy jako nesnesitelné (Tabulka 6).

### **Položka č. 6 – Úzkost** (vnitřní roztěkanost, pocity paniky).

Tabulka 7 Úzkost

<b>Intenzita obtíží</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
Žádné	41	51
Mírné	21	26
Střední	14	17
Výrazné	4	5
Nesnesitelné	1	1
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Z 81 respondentek nemá polovina žádné obtíže spojené s úzkostí. U žen, u kterých se tento symptom projevuje, se nejčastěji jedná o mírné stavy úzkosti – 21 (26 %) žen. Jen jedna (1 %) žena vyplnila do dotazníku, že úzkostí trpí nesnesitelně (Tabulka 7).

**Položka č. 7 – Vyčerpání** (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapomínání).

Tabulka 8 Vyčerpání

Intenzita obtíží	$n_i$	$f_i$ (%)
Žádné	14	17
Mírné	31	38
Střední	23	28
Výrazné	8	10
Nesnesitelné	5	6
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Potíže s vyčerpáním obtěžuje více jak polovinu z dotázaných respondentek. Nejvíce žen považuje tyto stavy za mírně obtěžující problém – 30 (38 %) respondentek. Nejméně žen – 5 (6 %) respondentek označilo pocity vyčerpání za nesnesitelné (Tabulka 8).

**Položka č. 8 – Sexuální obtíže** (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení).

Tabulka 9 Sexuální obtíže

Intenzita obtíží	$n_i$	$f_i$ (%)
Žádné	20	25
Mírné	13	16
Střední	28	35
Výrazné	19	23
Nesnesitelné	1	1
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Čtvrtina žen žádné obtíže v sexuální oblasti nemá. Nejvíce žen má středně intenzivní problémy v sexuální oblasti – 28 (35 %) žen. Pouze jedna (1 %) respondentka označila své sexuální obtíže jako nesnesitelné (Tabulka 9).

### **Položka č. 9 – Močové obtíže** (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení).

Tabulka 10 Močové obtíže

<b>Intenzita obtíží</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
Žádné	38	47
Mírné	19	23
Střední	17	21
Výrazné	7	9
Nesnesitelné	0	0
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Nejvíce z dotázaných žen nemá žádné močové obtíže – 38 (47 %) respondentek. Z ostatních žen, které mají obtíže týkající se močové oblasti, jich nejvíce označuje jen jako mírné – 19 (23 %) žen. Toto je jediný symptom, u kterého žádná žena nevyplnila, že se jedná o nesnesitelnou intenzitu obtíží (Tabulka 10).

### **Položka č. 10 – Suchost pochvy** (pocit suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku).

Tabulka 11 Suchost pochvy

<b>Intenzita obtíží</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
Žádné	25	31
Mírné	15	19
Střední	22	27
Výrazné	17	21
Nesnesitelné	2	2
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Suchostí pochvy se rozumí pocit suchosti a pálení v pochvě nebo obtíže při pohlavním styku. Největší počet žen – 25 (31 %) respondentek nemělo žádné potíže se suchostí pochvy. Ostatní ženy nejvíce udávaly střední obtíže v této oblasti – 22 (27 %) žen. Nejméně žen, pouze 2 (2 %) respondentky, hodnotí svůj stav jako nesnesitelný (Tabulka 11).

**Položka č. 11 – Bolesti svalů a kloubů** (bolesti kloubů, revmatické obtíže).

Tabulka 12 Bolesti svalů a kloubů

<b>Intenzita obtíží</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
Žádné	26	32
Mírné	31	38
Střední	14	17
Výrazné	7	9
Nesnesitelné	3	4
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Problémy se svaly a klouby nejvíce žen označilo jako mírně obtěžující – 31 (38 %) respondentek. Nejméně žen – 3 (4 %) respondentek mělo problémy se svaly a klouby dosahující nesnesitelné intenzity (Tabulka 12).

## 6.1 Hodnocení skóru jednotlivých domén

U všech respondentek jsme sledovali intenzitu symptomů estrogenního deficitu. V předchozí části jsme uvedli hodnocení a výsledky jednotlivých položek – symptomů. Dále uvádíme přehled výsledků respondentek v jednotlivých doménách a celkový skór dotazníku MRS.

Tabulka 13 Celkový skór MRS

Bodové ohodnocení	$n_i$	$f_i$ (%)
0 – 15	48	59
16 – 30	31	38
30 – 44	2	2
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

V tabulce Celkový skór MRS je uveden počet žen podle jednotlivých skupin bodového ohodnocení (Tabulka 13). V dotazníku jsme sledovali celkem 11 symptomů. Každý symptom je ohodnocen 0 – 4 body. Celkově lze dosáhnout 0 až 44 bodů.

Rozdělili jsme celkový skór, kterého lze dosáhnout, na tři skupiny. Každé skupině odpovídá určitá míra závažnosti symptomů a tím i ovlivnění kvality života u konkrétních žen.

První skupina je ohodnocena od 0 do 15 bodů. Respondentka s celkovým skórem v tomto rozmezí pociťuje obtíže mírnější intenzity. U těchto žen můžeme předpokládat, že jejich kvalita života bude vysoká, významně neovlivněná symptomy estrogenního deficitu.

V druhé skupině je bodové ohodnocení rozložené od 16 do 30 bodů. Ženy dosahující celkového skóru v této skupině mají symptomy již s vyšší intenzitou a mohou jimi mít snížení kvalitu života. Se svými problémy by se ženy měly poradit se svým lékařem.

Poslední skupina je ohodnocena celkovým skórem od 31 do 44 bodů, kdy problémy respondentky pociťují již ve vysoké intenzitě. U této skupiny můžeme zkonstatovat, že kvalita života žen v této kategorii je nízká a měly by co nejdříve projednat své obtíže s lékařem (Moravcová M., 2014, s. 121).

V tabulce celkových skóru MRS můžeme vidět, že s přibývajícím počtem bodů počet žen v jednotlivých skupinách klesá. U většiny žen ve sledovaném vzorku se vyskytovaly spíše mírné až středně intenzivní obtíže.



Nejvíce žen se zařadilo do první skupiny naší stupnice. Dohromady bylo 48 (59 %) žen, které vyhodnotily své obtíže, tak, že buď žádné nemají, nebo jejich příznaky jsou mírné intenzity. Z toho vyplývá, že víc jak polovina sledovaných žen má vysokou kvalitu života v souvislosti se symptomy estrogenního deficitu oproti ostatním respondentkám. Obtíže, které se u nich projevily v souvislosti s menopauzou, buď vůbec neovlivňují jejich každodenní život, nebo jej ovlivňují jen mírně. U některých žen se přesto může projevit některý ze symptomů silněji, a v těchto případech se ženě doporučuje návštěva u jejího gynekologa.

Do druhé skupiny s bodovým rozmezím od 16 do 30 bodů se zařadilo třicet jedna (38 %) žen. Jejich obtíže hodnotíme spíše jako středně zatěžující. Obtíže související s menopauzou již poněkud více ovlivňují jejich každodenní činnosti a tím i jejich kvalitu života. Ženy v této kategorii by se měly o svých problémech poradit se svým gynekologem a rozebrat s ním vhodný způsob případné léčby.

Do poslední skupiny se v našem výzkumu zařadily pouze dvě (2 %) respondentky. Vyhodnotily své obtíže jako významné až nesnesitelné intenzity. Jejich obtíže vyvolané menopauzou jsou natolik vážné, že ovlivňují jejich životy v zásadních oblastech. Kvalita života těchto žen je působením přítomných symptomů snížena. Tyto ženy by neměly své problémy podceňovat a ihned navštívit lékaře a domluvit se s ním na správném postupu léčby.

Tabulka 14 Skór jednotlivých domén

Skór dané domény	Počet žen v jednotlivých doménách					
	Psychologická		Somato-vegetativní		Urogenitální	
	$n_i$	$f_i(\%)$	$n_i$	$f_i(\%)$	$n_i$	$f_i(\%)$
0 bodů	4	5	3	4	11	14
1 bod	8	10	2	2	4	5
2 body	5	6	10	12	10	12
3 body	11	14	8	10	11	14
4 body	12	15	10	12	11	14
5 bodů	7	9	13	16	13	16
6 bodů	8	10	7	9	4	5
7 bodů	7	9	12	15	8	10
8 bodů	4	5	5	6	5	6
9 bodů	3	4	5	6	4	5
10 bodů	6	7	1	1	0	0
11 bodů	3	4	1	1	0	0
12 bodů	1	1	1	1	0	0
13 bodů	0	0	2	2	-	
14 bodů	2	2	0	0		
15 bodů	0	0	1	1		
16 bodů	0	0	0	0		
<b>Celkem</b>	<b>81</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Dále jsme se zaměřili na výsledky respondentek v jednotlivých doménách, na rozložení výše skórů domén (Tabulka 14).

Psychologická a somato-vegetativní doména mají každá po čtyřech symptomech, takže možný skór je od 0 do 16. Urogenitální doména má jen tři symptomy, možný skór je 0 až 12.

Do psychologické domény patří symptomy depresivní nálady, předrážděnost, úzkost a vyčerpání. U této domény můžeme z tabulky vidět, že většina respondentek se nachází v dolní hranici bodového ohodnocení svých obtíží. Se zvyšujícím se počtem bodů se počet žen snižuje. Podle míry obtíží jsme rozdělili doménu do třech skupin (0 – 5 bodů, 6 – 10 bodů a 11 – 16 bodů). V první skupině je zařazeno čtyřicet sedm (58 %) žen, což představuje více jak polovinu všech sledovaných žen. Tyto ženy nemají žádné obtíže nebo mají jen mírné symptomy estrogenního deficitu. Ve druhé skupině je dohromady dvacet osm (35 %) žen. Tyto ženy hodnotí své obtíže spíše jako mírně až středně zatěžující. A ve třetí skupině jsou ženy, které vyhodnotily své obtíže jako výrazného až nesnesitelného charakteru. Nejvyššího dosaženého počtu bodů (14) dosáhly dvě (2%) ženy. Můžeme si všimnout, že body třináct,

patnáct a šestnáct nejsou zastoupeny vůbec. Z toho vyplývá, že většina žen ve sledovaném vzorku netrpí tak závažnými obtížemi v psychologické doméně.

V somato-vegetativní doméně jsou tyto symptomy: návaly horka a pocení, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů. Tuto doménu jsme také pro ucelenější interpretaci výsledků rozdělili na tři skupiny jako u psychologické domény. Podobně jako u předchozí domény se i zde se zvyšujícím počtem bodů počet žen snižuje. Do první skupiny se umístilo nejvíce žen a to čtyřicet šest (57 %). Můžeme tak říct, že nadpoloviční počet žen nemá žádné obtíže nebo se u nich projevily jen mírné problémy. Ve druhé skupině je přesně třicet (37 %) žen udávajících své obtíže jako středně obtěžující. Nejvíce žen – 8 (10 %) respondentek v této skupině ohodnotilo své problémy 6 body. Nejméně žen je v třetí skupině, kde se jich umístilo pět (6 %). Jejich obtíže hodnotíme jako výrazné nebo nesnesitelné. Nejvyšší počet bodů v této kategorii dosáhla jedna (1 %) žena a to 15 bodů. V této doméně se vyskytují dvě hodnoty, které neobsadily žádné ženy a to 14 a 16 bodů. Jako u psychologické domény nejvyšší možné ohodnocení nebylo zastoupeno.

Urogenitální doménu zastupují symptomy, jako jsou sexuální a močové obtíže a suchost pochvy. U této domény můžeme maximálně dosáhnout 12 bodů, které si také rozdělíme do třech skupin (0 – 4 bodů, 5 – 8 bodů a 9 – 12 bodů). V první skupině je více jak polovina ze všech respondentek – 47 (58 %) žen. Tyto obtíže buď vůbec nemají, nebo je považují za mírně obtěžující. V této skupině většina respondentek dosáhla srovnatelného počtu bodů. Výjimkou jsou pouze čtyři (5 %) respondentky, které dosáhly pouze 1 bod. Symptomy estrogenního deficitu v této skupině jsou žádné nebo mírné intenzity. Ve druhé skupině je dohromady třicet (37 %) žen. Pětibodový skóre dosáhlo nejvíce žen – 13 (16 %) respondentek. Se zvyšujícím se bodovým ohodnocením se počet respondentek snižuje. Jejich obtíže hodnotíme spíše jako středně zatěžující. Ve třetí skupině dosáhly 9 bodů pouze čtyři (5 %) ženy, což je nejvyšší dosažený skóre u sledovaného vzorku žen. Z toho můžeme vyvozovat, že symptomy v urogenitální oblasti nedosahují nejvyšší intenzity a jen minimum žen pociťuje výrazné až nesnesitelné obtíže.

Z celkového hlediska můžeme konstatovat, že ve všech doménách ženy pociťují většinou mírné až střední obtíže. U některých žen může být kvalita života snížena vlivem působení daných symptomů, ale nikoliv výrazně.

**Tabulka 15 Průměrné hodnoty skóru**

<b>Doména</b>	<b>Průměrná hodnota</b>
Psychologická	5,22
Somato-vegetativní	5,38
Urogenitální	3,98
Celkový skór	14,58

V tabulce jsou zaznamenány průměrné hodnoty jednotlivých domén a celkového skóre (Tabulka 15). Průměrnou hodnotu jsme získali sečtením bodů v jednotlivých doménách a jejich vydělením počtem respondentek.

Do psychologické domény patří symptomy depresivní nálady, předrážděnost, úzkost a vyčerpání. Součtem intenzit všech čtyř symptomů a následným vydělením jsme získali průměrnou hodnotu 5,22.

U somato-vegetativní domény máme také čtyři symptomy: návaly horka a pocení, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů. Průměrná hodnota somato-vegetativní domény dosahuje u našeho vzorku 5,38.

V urologické doméně jsou symptomy sexuální a močové obtíže a suchosti pochvy. Doména dosáhla v našem vzorku průměrnou hodnotu 3,98.

Průměrná hodnota celkového skóru v našem výzkumu je 14,58.

## 7 DISKUZE

Pro naši výzkumnou práci jsme si stanovili celkem pět otázek. Nyní se na základě dosažených výsledků budeme na jednotlivé otázky odpovídat.

**Výzkumná otázka č. 1** - Jaký vliv mají symptomy estrogenního deficitu na kvalitu života sledovaných žen v období ovlivněném menopauzou?

Symptomy estrogenního deficitu ovlivňuje kvalitu života žen v období po menopauze **mírně až středně intenzivně**. U námi sledovaného vzorku respondentek jsme zjistili, že symptomy estrogenního deficitu ovlivňují ve větší či menší míře skoro každou ženu v klimakteriu.

U celkového skóru MRS jsme zjistili, že víc jak polovina dotázaných žen se svými odpověďmi zařadila v bodovém rozmezí od 0 do 15 bodů. To nám ukazuje, že obtíže související s menopauzou jsou u sledovaného vzorku spíše mírnějšího charakteru. Ve skupině s bodovým rozmezím od 16 do 30 bodů bylo také mnoho žen. U těchto se symptomy estrogenního deficitu projevovaly silněji. Jsou to převážně obtíže střední intenzity. Ve skupině, kde jsou symptomy výrazné až nesnesitelné intenzity, byly pouze dvě ženy. To celé nám ukazuje na to, že většina žen hodnotí své obtíže mírně nebo středně silně (Tabulka 13).

Dále u jednotlivých domén, kdy maximální možný počet bodů, který můžeme získat v psychologické a somato-vegetativní doméně je 16 a v urogenitální doméně pouze 12 bodů, se většina žen z našeho výzkumu zařadila pod hranici osmi bodů ve všech třech doménách. V našem výzkumném vzorku nejsou některé bodové hodnoty vůbec zastoupeny (Tabulka 14).

Ve srovnání s Krajewska-Ferishah se nejvíce blížíme průměrným hodnotám, kterých dosáhly ženy z Belgie, a to jak téměř ve všech doménách, tak i v celkovém skóru MRS. V psychologické doméně nejlépe dopadly ženy z Běloruska s průměrnou hodnotou 4,1, nejhůře ženy z Belgie, které dosáhly hodnot 5,0. Naše respondentky (s průměrnou hodnotou 5,22) se svými obtížemi nejvíce blížily ženám z Belgie. Symptomy ze somato-vegetativní domény nejlépe snášely ženy z Polska (naměřená průměrná hodnota je 4,9), nejhůře z Řecka (průměrná hodnota 5,7). Průměrná hodnota u našich respondentek v této doméně je srovnatelná s ženami z Běloruska (s průměrnou hodnotou 5,2) nebo s ženami z Belgie (průměrná hodnota dosahuje 5,5). Urologická doména má průměrnou hodnotu 3,98 a nejvíce se blížily hodnotám naměřeným u žen z Belgie. Nejlépe jsou na tom ženy z Běloruska, u kterých byla naměřena průměrná hodnota 1,6. Nejhůře na tom byly ženy z Belgie, jejichž

průměrná hodnota je 3,3. V celkovém skóru dopadly nejlépe ženy z Běloruska s průměrnou hodnotou 10,8. Nejhůře jsou na tom ženy z Belgie, které dosáhly průměrné hodnoty 13,8. Naše respondentky s průměrnou hodnotou 14,58 jsou srovnatelné s ženami z Belgie. Naše respondentky si ve srovnání s ostatními státy vedly poměrně srovnatelně (Krajewska-Ferishah et al., 2010, s. 194).

Ve srovnání s výzkumem provedeným Heinemannem et al., který provedl srovnání kontinentů, dopadly naše respondentky hůře. Ve všech doménách i celkovém skóru dopadla nejlépe Asie. Průměrná hodnota psychologické domény byla 2,9, v somato-vegetativní doméně 3,3, v urogenitální doméně je 1,0 a v celkovém skóre dosáhly hodnoty 7,2. Nejhůře dopadly v psychologické (4,9) a somato-vegetativní doméně (4,1) a celkovým skóre (10,4) v Jižní Americe. V urogenitální doméně nejhůře dopadly ženy ze Severní Ameriky s průměrnou hodnotou 2,0. Naše respondentky se nejvíce blížily v psychologické, somato-vegetativní doméně a celkovém skóre ženám v Jižní Americe. V urogenitální doméně jsou naše respondentky srovnatelné s ženami ze Severní Ameriky (Heinemann et al., 2004).

**Výzkumná otázka č. 2** - Jaké symptomy estrogenního deficitu se u sledovaného vzorku respondentek projevují nejčastěji?

Nejčastěji se u sledovaného vzorku respondentek projevují **návaly horka a pocení**.

Pouze dvanáct (15 %) žen nepocíťovalo žádné návaly horka a pocení. Zbýlých 69 (85 %) žen tento symptom vnímalo s různou intenzitou obtíží. Je to jediný symptom, u kterého nesnesitelnou intenzitu, označilo osm žen (Tabulka 2).

Jako další symptomy, které se objevovaly v odpovědích také často, můžeme uvést například poruchy spánku nebo vyčerpání. Tyto symptomy s různou intenzitou uvedlo 68 (84 %) respektive 67 (83 %) žen.

**Výzkumná otázka č. 3** - Jaké symptomy estrogenního deficitu se u sledovaného vzorku respondentek projevují nejméně často?

Nejméně často se u sledovaného vzorku žen projevíly **srdeční obtíže**. Srdeční obtíže uvedlo celkem 36 (44 %) žen. Zbytek žen neudával žádné obtíže související se srdeční oblastí. U většiny z nich se jednalo spíše o mírné obtíže. Ve výzkumu Novákové (2014) byly srdeční

obtíže až na třetím místě. Před nimi se umístil symptom suchost pochvy a hned po něm úzkost.

Naopak v našem výzkumu se na dalších místech umístily projevy úzkosti, kterými trpělo 40 (53 %) respondentek. Jako dalším symptomem v pořadí jsou močové obtíže. Močové obtíže se objevily u 38 (49 %) žen.

#### **Výzkumná otázka č. 4 - Ve které doméně dosahovaly respondentky nejvyššího skóre?**

Nejvyšší skóre dosahovaly ženy v **somato-vegetativní doméně**. V této doméně se vyskytují následující symptomy: návaly horka a pocení, srdeční obtíže, poruchy spánku a bolesti svalů a kloubů.

Návaly horka a pocení se svým výskytem zařadily mezi symptomy, které naše respondentky obtěžovaly nejčastěji (Tabulka 2). Poruchy se spánkem obtěžovaly naše respondentky také ve velké míře.

Vedle uvedených symptomů patří do této domény také srdeční obtíže a bolesti svalů a kloubů. Srdeční obtíže uvedlo 36 (44 %) žen. Tento symptom se zařadil v našem výzkumu do symptomu, který se u sledovaného vzorku žen projevil nejméně často.

Bolesti svalů a kloubů zaznamenáváme u 55 (68 %) odpovědí. Většina žen hodnotí své obtíže spíše mírně až středně intenzivně. Tři (4 %) ženy hodnotily své obtíže za nesnesitelné (Tabulka 12).

Nejvyšší průměrná hodnota u našeho vzorku dosahuje 5,38 a byla naměřena v somato-vegetativní doméně (Tabulka 15). Ze zkoumaných souborů evropských zemí byly na tom nejlépe ženy z Polska (naměřená průměrná hodnota je 4,9), nejhůře z Řecka (průměrná hodnota 5,7). Průměrná hodnota u našich respondentek v této doméně je srovnatelná s ženami z Běloruska (s průměrnou hodnotou 5,2) nebo s ženami z Belgie (průměrná hodnota dosahuje 5,5), (Krajewska-Ferishah et al., 2010, s. 194).

#### **Výzkumná otázka č. 5 - Ve které doméně dosahovaly respondentky nejnižšího skóre?**

Nejnižší skóre dosahovaly ženy v **urogenitální doméně**. Je to doména kde se nacházejí sexuální obtíže, močové obtíže a suchost pochvy.

Sexuálními obtížemi trpí 61 (75 %) z 81 sledovaných žen a to v různé intenzitě. Nejvíce žen v počtu 28 (35 %) označilo svoje obtíže jako středně silné. Jen jedna žena označila intenzitu této skupiny symptomů jako nesnesitelnou. Z tohoto výsledku můžeme usuzovat, že většina žen považuje svoje sexuální obtíže za středně těžké.

Močovými obtížemi trpí 43 (53 %) žen, 38 (47 %) žen nemá žádné problémy s močením, což je necelá polovina ze sledovaného vzorku respondentek. Ze 43 žen většina označila svoje obtíže za mírné až středně těžké.

Se suchostí pochvy má problém 56 (69 %) žen, z nichž většina označila svoje problémy jako střední.

Nejnižší průměrnou hodnotu jsme naměřili v urologické doméně, u které byla naměřená hodnota 3,98 (Tabulka 15). Ve srovnání s Krajewska-Ferishah (2010) jsou naše naměřené hodnoty vyšší. Nejlépe jsou na tom ženy z Běloruska, u kterých byla naměřena průměrná hodnota 1,6. Nejhůře na tom byly ženy z Belgie (jejichž průměrná hodnota je 3,3). Naše respondentky se nejvíce blížily ženám z Belgie (Krajewska-Ferishah et al., 2010, s. 194).



## 8 ZÁVĚR

Menopauza byla, je a bude součástí našeho života. Proto je velice důležité věnovat tomuto tématu dostatečnou pozornost. V dřívější době se touto problematikou odborníci zabývali jen čistě z medicínského hlediska. Teprve postupem času se zájem o menopauzu zvýšil. Tímto životním předělem se zabývá obor klimakterická medicína. Snaží se co nejvíce zlepšit kvalitu života ženám, které procházejí obdobím menopauzy. Nezabývá se jen prvotní příčinou problému, ale snaží se nahlížet na celistvou problematiku. Důležité je také zvyšování dostupnosti informací pro veřejnost.

Právě proto je standardizovaná verze dotazníku MRS velice prospěšným prostředkem k hodnocení kvality života žen po menopauze. Vyplnění dotazníku nezabere ženám moc času. Je stručný, výstižný a v klinické praxi snadno použitelný a velice přínosný. Dotazník má pro klinickou praxi velmi důležitou funkci. Některým ženám může být nepříjemné odpovídat na intimní otázky a právě dotazník je cesta k získání potřebných informací a přitom zachování intimity žen. Dotazník nemusí ženám předkládat pouze lékaři, ale mohou to provádět i porodní asistentky.

Výsledky jsou dobře hodnotitelné a přehledné. Nedají se vztahovat na všechny ženy paušálně, u každé ženy jsou projevy menopauzy individuální. Každá žena je jedinečná bytost a proto nejde předem stanovit průběh období ovlivněného menopauzou.

Z našeho výzkumu jsme zjistili, že převážná většina respondentek hodnotí intenzitu svých obtíží jako mírnou až střední. To ukazuje na to, že kvalita života žen, u námi sledovaného vzorku, je spíše vyšší, méně ovlivněná symptomy estrogenního deficitu.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. Donát, Josef. *Fytoestrogeny: rostlinné hormony v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2006, 110 s. ISBN 80-239-8422-5.
2. Donát, Josef. *Perimenopauza: menopauzální přechod v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2001, 160 s. ISBN 80-238-8245-7.
3. Donát, Josef. *Postmenopauza: estrogenní deficit v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2003, 184 s. ISBN 80-238-2036-7.
4. Fait, Tomáš. *Klimakterická medicína*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2013, 189 s. ISBN 978-80-7345-342-8.
5. Fait, Tomáš. Hormonální substituční terapie a kost. *Klimakterická medicína*. 2006, 11(2), 21-24. ISSN 1211-4278.
6. Fait, Tomáš. *Přechodem bez obav*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2010, 88 s. ISBN 978-80-7345-219-3.
7. Gurková, Elena. *Hodnocení kvality života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
8. Heinemann, Klass; Alexander Ruebig, Peter Potthoff, Hermann PG Schneider, Frank Strelow, Lothar AJ Heinemann and Do Minh Thai. Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review. *Health and quality of live outcomes* [online]. 2004, 2(45) [cit. 2014-11-23]. Dostupné z: <http://www.hqlo.com/content/2/1/45>. Doi: 10.1186/1477-7525-2-45.
9. Heinemann, Lothar AJ. MRS – The Menopause Rating Scale developed by the Berlin Center for Epidemiology and Health Research. *ZEG Berlin* [online]. 2014 [cit. 23. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.menopause-rating-scale.info/about.htm>.
10. Kebza, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005, 261 s. ISBN 80-200-1307-5.
11. Kobilková, Jitka et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén: Univerzita Karlova, 2005, 368 s. ISBN 80-7262-315-X (Galén). ISBN 80-246-1112-0.
12. Kobilková, Jitka; Zdeněk Lojda, Jiří Ondruš, Alena Beková. *Gynekologická cytodiagnostika*. 2. vyd. Praha: Galén, 2006, 119 s. ISBN 80-7262-313-3.
13. Kolařík, Dušan; Michael Halaška a Jaroslav Feyereisl. *Repetitorium gynekologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2011, 1068 s. ISBN 978-80-7345-267-4.

14. Krajewska-Ferishah, K.; Krajewska-Kulak, E.; Terlikowski, S. et al. Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece, Belarus and Belgium using MRS Scale. A multicenter study. *Advances in Medical Sciences*, 2010; 55(2): 191-195.
15. Křivohlavý, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
16. Křivohlavý, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, dotisk 2003, 2005, 2006, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
17. Mareš, Jiří a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006, 228 s. ISBN 80-86633-35-9.
18. Moravcová, Markéta; Stanislav Ježek, Jiří Mareš, Eva Vachková. Czech version of Menopause Rating Scale Questionnaire – Preliminary notice. *Kontakt*. 2014, 16(2), 114 – 122. ISSN: 1212-4117.
19. Moravcová, Markéta. *Hodnocení kvality života žen po menopauze*. Hradec Králové, 2014, 177 s. Disertační práce. Karlova Univerzita, Lékařská Fakulta. Vedoucí práce: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
20. Moravcová, Markéta. Kvalita života žen po menopauze. *Klimakterická medicína*. 2005, 10(3), 16. ISSN 1211-4278.
21. Moravcová, Markéta; Jiří Mareš, Stanislav Ježek. Menopause rating scale – validation Czech version specific instrument for assessing health-related quality of life in postmenopausal women. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2014, 5(1) [cit. 21. 11. 2014]. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2014-01/6-moravcova-et-al-cz.pdf>. ISSN: 1804-2740.
22. Moravcová, Markéta; Jiří Mareš, Josef Donát. Methods of assessing health-related quality of live after menopause. *Hygiena*. 2007, 52(3), 82 – 83. ISSN: 1802-6281.
23. Moravcová, Markéta; Jiří Mareš. Tools for assessment of quality of live in postmenopausal women. *Kontakt*. 2011, 13(4), 434 – 440. ISSN: 1212-4117.
24. Nováková, Edit. *Kvalita života žen po menopauze*. Pardubice, 2014, 47 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Markéta Moravcová.
25. Payne, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, 629 s. ISBN 978-80-7254-657-0.
26. Rob, Lukáš; Alois Martan a Karel Citterbart et al. *Gynekologie*. 2. doplněné a přepracované vyd. Praha: Galén, c2008, 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.

27. Roztočil, Aleš a kol. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
28. ÚZIS. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013*. Praha: ÚZIS ČR, 2014, 276 s. ISSN 1210-9991.
29. Vokurka, Martin a Jan Hugo a kol. *Velký lékařský slovník*. 7. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 1069 s. ISBN 978-80-7345-130-1.

## **Seznam příloh**

Příloha A	Informace k dotazníku .....	53
Příloha B	The Menopause Rating Scale (MRS) .....	54
Příloha C	Hodnocení MRS .....	55

## Příloha A

### Informace k dotazníku

Vážená paní,

touto cestou bychom Vás rádi požádaly o spolupráci na výzkumu v rámci bakalářské práce. Výzkum je zaměřený na hodnocení kvality života žen po menopauze. Konkrétně v tomto výzkumu bude použita standardizovaná česká verze dotazníku The Menopause Rating Scale. Dotazník je anonymní a zaměřujeme se na intenzitu obtíží, které Vás trápí. Je velice důležité, abyste odpověděla na všechny otázky a žádnou nevynechala.

Tento výzkum je součástí širší studie sloužící ke stanovení českých norem a tím zefektivnění použití dotazníku pro běžné klinické účely.

Vaše účast na výzkumu je anonymní a naprosto dobrovolná. Souhlas s Vaší účastí ve výzkumu vyjadřujete vyplněním přiloženého dotazníku.

Za Vaši trpělivost při vyplnění dotazníku Vám předem děkujeme.

Tingting Urbanová  
studentka studijního oboru Porodní  
asistentka  
Fakulta zdravotnických studií  
Univerzita Pardubice  
email:  
Tingting.Urbanova@student.upce.cz

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.  
vedoucí bakalářské práce  
Fakulta zdravotnických studií  
Univerzita Pardubice

## Příloha B

### Menopause Rating Scale (MRS)

Standard Czech version 1.0

**Jméno a příjmení (iniciály):**

**Věk:**

**Vzdělání\***: základní - střední bez maturity - úplně střední - vyšší odborné - vysokoškolské

**Léčba\***: před léčbou - 1 měsíc - 3 měsíce - 12 měsíců

**Dnešní datum:**

\* vyhovující zaškrtněte

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 (pocit smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad) .....	0	1	2	3	4
5. Předrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocit agresivity) .....	0	1	2	3	4
6. Úzkost (vnitřní roztěkanost, pocit 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 (pocit 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

Děkujeme Vám za spolupráci a projděte si, prosím, ještě jednou úplnost a správnost všech svých odpovědí.

## Příloha C

### 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)
1. Návaly horka		.....	
2. Srdeční obtíže		.....	
3. Poruchy spánku		.....	
4. Depresivní nálady	.....		
5. Předrážděnost	.....		
6. Úzkost	.....		
7. Vyčerpání	.....		
8. Sexuální obtíže			.....
9. Močové obtíže			.....
10. Suchost pochvy			.....
11. Bolesti svalů a kloubů		.....	
<b>Počet bodů v doménách</b>	<b>MRS-P .....</b>	<b>MRS-S .....</b>	<b>MRS-U .....</b>
<b>Celkový skór (MRS-T) .....</b>			