

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2016

Bc. Daniela DOPITOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení kvality života žen po menopauze

Bc. Daniela Dopitová

Diplomová práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Daniela Dopitová
Osobní číslo: Z14250
Studijní program: N5345 Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Perioperační péče v gynekologii a porodnictví
Název tématu: Hodnocení kvality života žen po menopauze
Zadávající 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: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. FAIT, T. Klimakterická medicína. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 978-80-7345-100-4.
2. GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
3. KOLAŘÍK, D.; HALAŠKA, M.; FEYEREISL, J. Repetitorium gynekologie. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-138-7.
4. PAYNE, J. Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
5. ROZTOČIL, A. et al. Moderní gynekologie. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.


Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2014

Termín odevzdání diplomové práce: 6. května 2016


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2016

Prohlašuji:

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne:

Podpis:

Poděkování

Ze všeho nejvíce bych chtěla poděkovat Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, cenné rady, věcné připomínky, vstřícnost při konzultacích a zpracování této práce. Mé poděkování patří též panu doktorovi MUDr. Michalovi Tichému za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce. Děkuji také porodním asistentkám z lůžkového gynekologického oddělení v Nemocnici Pardubického kraje. V neposlední řadě děkuji všem respondentkám, které byly ochotné a poskytly mi údaje pro zpracování výzkumné části diplomové práce.

Anotace

Tato diplomová práce se zaměřuje na kvalitu života žen po menopauze. V teoretické části je charakterizována terminologie menopauzy, symptomy menopauzy a následná léčba menopauzálních symptomů. Dále jsou definovány pojmy „kvalita života“ a „kvalita života související se zdravím“.

Výzkumná část prezentuje data, která byla získána pomocí tištěné formy české standardizované verze dotazníku Menopause Rating Scale určeného k hodnocení kvality života žen po menopauze. Dotazník byl rozdáván ženám ve věku 45 – 65 let, u kterých je již ukončen menstruační cyklus a objevují se u nich symptomy estrogenního deficitu. Cílem šetření bylo zjistit, zda menopauza ovlivnila kvalitu života sledovaných žen.

Klíčová slova

Kvalita života, kvalita života související se zdravím, Menopause Rating Scale, menopauza, menopauzální symptomy.

Annotation

This thesis focuses on the quality of life of postmenopausal women. The theoretical part is characterized by terminology menopause, menopause symptoms and subsequent treatment of menopausal symptoms. Further, the terms "quality of life" and "quality of life related to health" are defined.

Research section presents data, which were obtained from the print of Czech standardized version of "Menopause Rating Scale" questionnaire intended to evaluate the quality of life of postmenopausal women. The questionnaire was distributed to the women aged 45-65 years, whose menstrual cycle has already been completed and are subject to the symptoms of estrogen deficiency. The aim of the investigation was to determine whether the menopause has affected the quality of life of the women in the study.

Keywords

Quality of life, health related quality of life, Menopause Rating Scale, menopause, menopausal symptoms.

Obsah

Cíle práce	12
Teoretické cíle	12
Výzkumné cíle	12
Úvod.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 Terminologie klimakteria a definice menopauzy	15
2 Fyziologické a anatomické změny v klimakteriu	17
2.1 Anatomie vaječnicků	17
2.2 Fyziologie vaječnicků	17
2.3 Hormony	17
2.4 Změny v klimakteriu	18
3 Klinické symptomy menopauzy	20
3.1 Akutní symptomy.....	20
3.2 Subakutní symptomy.....	21
3.2.1 Urogenitální změny	22
3.2.2 Poškození kůže, vlasů a nehtů	22
3.2.3 Poškození ostatních sliznic.....	22
3.3 Chronické symptomy	22
3.3.1 Osteoporóza.....	23
3.3.2 Kardiovaskulární onemocnění.....	24
3.4 Ostatní změny po menopauze	25
4 Klinická vyšetření	26
5 Terapie	27
5.1 Farmakoterapie.....	27
5.2 Nehormonální terapie.....	29
5.3 Doporučení pro překonání potíží v menopauze	30
6 Kvalita života.....	32
6.1 Kvalita života ve vztahu ke zdraví jedince	33
6.2 Měření a hodnocení kvality života související se zdravím	33
6.3 Kvalita života žen související s menopauzou.....	34

6.4 Menopause Rating Scale (MRS).....	35
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	37
7 Výzkumné otázky	37
8 Metodika výzkumu	38
8.1 Výzkumný nástroj	38
8.2 Charakteristika souboru	38
8.3 Průběh výzkumu.....	39
8.4 Analýza dat.....	39
9 Presentace výsledků.....	40
9.1 Položky dotazníku MRS	42
9.2 Přehled jednotlivých domén.....	53
Diskuze	59
Závěr	65
Použitá literatura	68
Seznam příloh	71

Seznam ilustrací a tabulek

Tabulka 1 Domény MRS	40
Tabulka 2 Léčba HRT	41
Tabulka 3 Věk respondentek	41
Tabulka 4 Návaly horka.....	42
Tabulka 5 Srdeční obtíže	43
Tabulka 6 Poruchy spánku.....	44
Tabulka 7 Depresivní nálady	45
Tabulka 8 Předrážděnost.....	46
Tabulka 9 Úzkost.....	47
Tabulka 10 Vyčerpání.....	48
Tabulka 11 Sexuální obtíže.....	49
Tabulka 12 Močové obtíže	50
Tabulka 13 Suchost pochvy	51
Tabulka 14 Bolesti svalů a kloubů.....	52
Tabulka 15 Doména somato-vegetativní	53
Tabulka 16 Doména psychologická.....	53
Tabulka 17 Doména urogenitální	54
Tabulka 18 Celkový skór	54
Tabulka 19 Jednotlivé symptomy (popisná statistika).....	55
Tabulka 20 Domény MRS (popisná statistika).....	56
Obrázek 1 Krabicový graf domén MRS	57

Seznam zkratk a značek

BMI	body mass index
Ca ²⁺	vápník
ERT (ET)	estrogenová monoterapie u žen bez dělohy
E ₂ (Estradiol)	ženský pohlavní hormon
FSH	folikulostimulační hormon
HRT	hormon replacement therapy – hormonální substituční terapie
HRT (EPT)	kombinovaná estrogen-progestinová terapie
IMS	International Menopause Society
LH	luteinizační hormon
MRS	Menopause Rating Scale
PROQOLID	Patient-Reported Outcomes and Quality of Life Instruments Database
TEN	trombembolická nemoc
WHO	World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace

Cíle práce

Teoretické cíle

Teoretickými cíli je:

- definovat terminologii menopauzy;
- charakterizovat symptomy estrogenního deficitu;
- popsat klinická vyšetření v období ovlivněném menopauzou;
- popsat možnosti léčby;
- definovat pojem „kvalita života“ a kvalita života související se zdravím.

Výzkumné cíle

Výzkumnými cíli práce je:

- zjistit, zda se u respondentek objevují symptomy estrogenního deficitu;
- zjistit, jaké symptomy se u respondentek objevují nejčastěji;
- zjistit, jak ovlivnila menopauza kvalitu života respondentek.

Úvod

S přibývajícím věkem dochází v organismu ženy k fyziologickým změnám, které nelze oddálit a objeví se téměř u každé ženy. K velké změně, ke které v životě žen dochází, patří menopauza. U žen, které jsou v životním období ovlivněném menopauzou, se mohou objevovat menopauzální symptomy. Všechny symptomy, které jsou ovlivněné nedostatkem ženských pohlavních hormonů, mohou mít vliv na fyzickou i psychickou stránku ženy, tudíž mohou kvalitu jejího života mírně až výrazně ovlivnit. Téměř každý z nás touží mít kvalitní a šťastný život. Co to ale vlastně všechno obnáší? Proto, abychom byli ve svém životě spokojeni a prožívali ho tak, jak sami chceme, je důležité, abychom byli zdraví po fyzické i psychické stránce. V této diplomové práci se zaměřuji na to, abych zjistila, jakou kvalitu života mají ženy po menopauze.

Menopauza u žen nastupuje individuálně a každá žena vnímá symptomy, které jsou s menopauzou spojeny, odlišně. Je poměrně široké časové rozmezí, kdy může u žen menopauza nastat. Literatura uvádí, že se nejčastěji jedná o ženy ve věku 45 – 55 let (Dylevský, 2009, s. 385). Střední věk menopauzy se udává mezi 49. – 51. rokem života. Menopauza tedy znamená, že se jedná o poslední menstruaci, po které již nenásleduje další menstruační krvácení (Roztočil, 2011, s. 91). Za menopauzální ženu je tedy považována každá žena, u které je již ukončen menstruační cyklus. V tomto období dochází v ženském organismu k fyziologickému vyhasnutí funkce vaječnicků. Tuto změnu vnímá každá žena individuálně. Některé ženy se s menopauzou velmi těžce vyrovnávají, protože považují tyto změny jako začátek stáří a nechtějí si připustit, že přecházejí z reprodukční fáze do fáze postreprodukční. Jiné ženy se s menopauzou naopak vyrovnávají lehce. Nemusí se již bát nechtěného těhotenství a mnohdy v tomto období o sebe začnou více pečovat, co se týče vzhledu a životního stylu.

Otázkou však je, zda tato životní změna může mít vliv na kvalitu života. Klimakterium může být pro ženu velmi náročné období a úzce s kvalitou života souvisí. Vzhledem k tomu, že u žen dochází k mnoha změnám v jejich organismu, může dojít ke změnám v jejich kvalitě života z psychologického nebo fyziologického hlediska. Je zcela individuální, jak se s tím žena vyrovná a zda je ochotna klimakterické symptomy řešit a případně zabránit zhoršení kvality jejího života. O odbornou pomoc by měla žena požádat svého gynekologa. Ten by měl ženu v první řadě informovat o symptomech, které se v menopauze mohou objevit, měl by ji na případné změny spojené s menopauzou připravit. V případě, že se u žen objevují výrazné

obtíže estrogenního deficitu, měl by ji lékař informovat o možnostech léčby. Včasná a adekvátní léčba může mít velký vliv na kvalitu života ženy, proto je velmi důležité, aby žena byla o klimakterických změnách informována včas a znala možnosti léčby. Některé ženy si nemusí potíže, které se u nich objevují spojovat s menopauzou, tedy s estrogenním deficitem, ale mohou si myslet, že to patří k procesu stárnutí. Dostatečná a účinná péče o ženy v klimakteriu by měla zvýšit počet kvalitních let jejich života.

Významnou roli zde hraje také porodní asistentka, která by měla ženy edukovat o případných změnách, které menopauza přináší. Měla by jim vysvětlit, že se jedná o přirozený fyziologický děj, který je součástí života každé ženy. Důležité je také informovat ženy o screeningovém vyšetření, zejména o mamografii, která je ženám doporučována jednou za dva roky. Porodní asistentka by měla zdůraznit i důležitost pravidelných preventivních gynekologických prohlídek, které jsou v České republice (ČR) stanoveny ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZ ČR) č. 70/2012 Sb. jednou za rok. Proto by každá žena, která má ať už přirozenou či indukovanou menopauzu, měla nadále pravidelně navštěvovat svého obvodního gynekologa a podstupovat pravidelné vyšetření. Ženy, které mají výrazné až nesnesitelné klimakterické obtíže, by měla porodní asistentka upozornit, aby vše konzultovaly s lékařem a případně je upozornit na možnost hormonální substituční léčby. V neposlední řadě by měla porodní asistentka také ženy edukovat o zdravém životním stylu, pohybové aktivitě v menopauze, apod.

Diplomová práce se zaměřuje na hodnocení kvality života žen po menopauze. Obsahuje teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část je rozdělena do šesti kapitol. V kapitole první byla zmapována terminologie klimakteria. Ve druhé kapitole byly popsány fyziologické a anatomické změny, ke kterým v menopauze dochází. Třetí kapitola popisuje jednotlivé symptomy, které ženu mohou v menopauze postihnout. Kapitola čtvrtá je zaměřena na hormonální substituční terapii, která je nezbytná při výrazných obtížích estrogenního deficitu. Poslední kapitola je zaměřena na definici „kvality života“ a „kvality života související se zdravím“. V této kapitole je uveden výzkumný nástroj – dotazník Menopause Rating Scale, pomocí kterého jsme získaly data potřebná pro náš výzkum. Respondentky, které vyplňovaly dotazník MRS, byly ve věkovém rozmezí 45 – 65 let. Byl u nich již ukončen menstruační cyklus a objevují se u nich symptomy estrogenního deficitu. Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem jedenáct položek charakterizujících symptomy, které jsou u žen typické z důvodu nedostatku estrogenů v menopauze. Respondentky hodnotily intenzitu menopauzálních symptomů (obtíží), které se u nich objevily za poslední měsíc.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Terminologie klimakteria a definice menopauzy

Podle klasifikace Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation, WHO) a International Menopause Society (IMS) používáme následující terminologii:

Menopauza je definována jako úplné vyhasnutí funkce vaječníků a je definitivně ukončena menstruací. Jedná se o poslední menstruaci v životě ženy, po které následuje dvanáct následujících měsíců amenorea. Menopauza je přirozený stav v životě ženy. Střední věk menopauzy je v našich podmínkách stanoven mezi 49. – 51. rokem života ženy (Fait, 2010, s. 12).

Klimakterium je období, které je charakterizováno hormonální nestabilitou. Jedná se o období, kdy žena přechází z reprodukčního období do nereprodukčního. Dochází k postupnému vyhasínání funkce vaječníků. Nejprve se snižuje množství progesteronu a poté také estrogeneru. Obvykle nastává v období mezi 45. – 60. rokem života ženy, ale není vyloučeno, že nenastane dříve či později. Objevují se endokrinní, somatické a psychické změny v organismu a žena přechází do nereprodukčního období. Symptomy, které se u žen v tomto období mohou objevovat, jsou způsobeny estrogenním deficitem a jsou velmi individuální (Donát, 2003, s. 17; Fait, 2013, s. 11).

Premenopauzou se rozumí období dvanáct měsíců před menopauzou, kdy je menstruace ještě zchovalá a pravidelná. Dochází k postupnému poklesu hormonálních hladin a mohou se objevovat menstruační potíže, např. slabší či silnější menstruační krvácení. Začíná přibližně mezi 35. – 45. rokem života ženy (Fait, 2010, s. 12; Scheuernstuhel, Hild, 2014, s. 60).

Perimenopauza je to období, které je přibližně dva až tři roky před menopauzou a období jednoho roku po menopauze. Začínají se objevovat endokrinní, biologické a klinické příznaky menopauzy. Ovaria jsou pod vlivem hypotalamohypofyzárního systému, dochází k poklesu produkce ovariální produkce inhibinů a klesá koncentrace estrogenu. Perimenopauza je charakterizována tím, že se u ženy objevuje nepravidelný menstruační cyklus (Kolařík, Halaška, Feiereisl, 2008, s. 287).

Postmenopauza je období, které je považováno za období reprodukčního klidu. Nastává 12 měsíců po poslední menstruaci a je charakterizováno trvalou amenoreou v důsledku

vyhasnutí estrogenů a hypergonadotropismem. Během tohoto období je zvýšené riziko estrogenního deficitu (Donát, 2001, s. 9-10).

Předčasná menopauza je dle definice WHO definována jako období, kdy žena přechází do nereprodukčního období v nižším věku. Věková hranice předčasné menopauzy je pod 40 let. Předčasnou menopauzu mohou mít i ženy ve velmi mladém věku (Jeníček, 2001, s. 16).

Indukovaná menopauza je dle WHO specifikována jako amenorea, která nastane po chirurgickém odstranění dělohy s vaječníky nebo pouze odstraněním vaječnicků. Nastává i po poškození funkce vaječnicků aktinoterapií či chemoterapií (Donát, 2003, s. 16).

2 Fyziologické a anatomické změny v klimakteriu

V období menopauzy u žen dochází k mnoha změnám. Dochází k vyčerpání folikulů v ovariu a to má za následek nedostatek ženských pohlavních hormonů, zejména estrogenů. Vlivem nedostatku těchto hormonů se u žen mohou objevovat symptomy, které jsou s estrogenním deficitem spojeny (Fait, 2013, s. 13).

2.1 Anatomie vaječnicků

Vaječník (ovarium) je párový orgán, který je uložen v malé pánvi. Je zavěšen na straně širokého svalu děložního. Má oválný tvar a po stranách je oploštělý. Velikost, tvar a vzhled vaječníku závisí na funkčním stavu a věku ženy. V pubertě dosahuje přibližně 2,5 cm na délku, 1 – 3 cm na šířku a tloušťka je cca 1 – 1,5 cm. Mikroskopicky na něm lze rozlišit dřev a korovou vrstvu. Váha se pohybuje mezi 6 – 10 g. Lze jej rozdělit na horní pól vaječníku, který směřuje k vejcovodu a dolní pól, který je přivrácen k děloze. Ovarium má dvě vrstvy. První vrstva je dřevná, obsahuje cévy a nervová vlákna. Druhá vrstva je korová, kde jsou uloženy pohlavní buňky. Na povrchu je ovarium hladké a je kryto jednovrstevným kubickým epitelem. S přibývajícím věkem se postupně zvrásňuje, to je následek proběhlých ovulací. Ve stáří se vaječník zmenšuje a je srašťelý (Roztočil, 2011, s. 18).

2.2 Fyziologie vaječnicků

Vaječníky patří mezi ženské pohlavní orgány. Jejich hlavní funkce spočívá v produkci pohlavních buněk (vajíčka, oocyty) a pohlavních hormonů (estrogeny, progesteron). Zrání vajíček začíná ve vaječníku v pubertě. Pohlavní buňky se po dozrání z ovaria uvolňují (ovulace). Tento děj se u žen ve fertilním věku opakuje přibližně v polovině menstruačního cyklu (Merkurová, Orel, 2011, s. 182).

2.3 Hormony

Estrogeny jsou ženské pohlavní hormony, které vznikají ve vaječnicích. Jejich hlavní funkcí je vývoj pohlavních orgánů zejména v pubertě. Mají pozitivní vliv na centrální nervovou soustavu, mají osteoanabolický účinek, zvyšují riziko tromboembolismu, mění spektrum lipidů, ovlivňují metabolismus sacharidů, mohou ovlivňovat riziko rozvoje nádorového onemocnění prsu, ovlivňují tkáň genitálu, sliznice a kůže. Nedostatek estrogenů vede ke ztrátě menstruačního krvácení. Mezi nejdůležitější estrogeny patří: estron (E1), estradiol (E2) a estriol (E3). Nedostatek estrogenů může způsobovat neplodnost, únavu, deprese, nervozitu, pocení, bolesti hlavy, bolesti svalů a kloubů, vysoký krevní tlak, poruchy

spánku, povadlou kůži, vrásky a suchost sliznic. Nadbytek estrogenů může způsobit zvyšování tělesné hmotnosti, vznik cysty, nadýmání, otoky, ztrátu libida, poruchy funkce štítné žlázy, cévní problémy, zvýšené riziko infarktu myokardu, riziko mozkové mrtvice a plicní embolie a také zvýšené riziko vzniku rakoviny dělohy a prsu (Silbernalg, Lang, 2012, s. 298; Scheuernstuhl, Hild, 2014, s. 38-41).

Gestageny (progesteron) jsou ženské pohlavní hormony produkované žlutým tělískem. Podílejí se na změnách endometria. Zvyšují metabolismus a tělesnou teplotu. Ovlivňují tvorbu alveolů v mléčné žláze. Progesteron má pozitivní vliv na cévy a jejich elasticitu, zlepšuje krevní průtok a chrání před infarktem myokardu. Je také nepostradatelný pro tvorbu kostí a při léčbě osteoporózy. Tyto hormony se také podílejí na snížení tvorby cholesterolu a plazmatické koncentrace HDL a LDL. Při nedostatku gestagenů může docházet k poruchám menstruačního cyklu, bolestivé menstruaci, neplodnosti, ukládání vody ve tkáni, napětí prsou, edémům, tvorbě cyst ve vaječnicích a kolísání nálad. Nadbytek progesteronu nezpůsobuje žádné závažné problémy, pouze pocity nevolnosti a závratě (Silbernalg, Lang, 2012, s. 298; Scheuernstuhl, Hild, 2014, s. 48-53).

Dle výsledků stanovení hladin hormonů v krvi lze zasahovat do hormonálního procesu ženy a správně ji léčit. V případě neléčení hormonálního deficitu je zde riziko poškození některých tkání (Jeníček, 2004, s. 29).

2.4 Změny v klimakteriu

Změny, které se u žen objevují v klimakteriu, mají mnoho faktorů. Hlavní příčinou změn je vyčerpání folikulů ve vaječniku a dochází k nedostatku ovariálních steroidů, zejména ženských pohlavních hormonů – estrogenů. Ženské tělo je nastaveno na pravidelně se opakující, cyklický přísun pohlavních hormonů. Pokud se sníží produkce pohlavních hormonů, vznikne tak jejich nedostatek a začíná u ženy přechod (klimaktérium). Dochází k poruchám menstruačního cyklu. Ten může být nepravidelný, menstruace trvají různě dlouho a mají různou intenzitu. S postupem času se pak menstruace úplně zastavuje, dochází k menopauze. Pokles produkce folikulů je ovlivňován různými faktory, jako jsou věk menarche, čím dříve se objevila první menstruace, tím déle nastupuje menopauza. Ženy, které měly vyšší počet porodů, mají pozdější nástup menopauzy. U žen, které kouří, se naopak menopauza dostavuje dříve. Mezi další ovlivňující faktory patří i rasa a socioekonomické faktory (Fait, 2006, s. 12).

Za regulaci funkce vaječnicků odpovídají gonadotropiny: folikulostimulační hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH), které produkuje hypofýza. V období klimakteria se v porovnání s reprodukčním obdobím snižuje tvorba estradiolu až o 90 % a tvorba estronu o 70 %. Hormonální změny během období přechodu, od premenopauzy do období postmenopauzy, lze charakterizovat tak, že dochází k poklesu folikulů v ovariu, zvýší se hladina FSH ve folikulární fázi menstruačního cyklu a následně se zvýší po několika letech i hladina LH (Fait, 2006, s. 13). Poklesem počtu folikulů dochází ke snížení produkce hormonu estradiolu a progesteronu, tím se menstruační cyklus prodlužuje, stává se nepravidelným, až zcela vymizí. Plasmatická hladina LH se zvyšuje 3 – 7x a hladina FSH se zvyšuje 4 – 10x. Tyto změny vedou k fyziologické sterilitě (Roztočil et al., 2011, s. 92; Citterbart et al., 2001, s. 205).

Mezi první změny, ke kterým v klimakteriu dochází, se řadí atrofie ovaria a jeho kůra je nahrazena fibrózní pojivovou tkání. Endometrium dělohy atrofizuje a pochva ztrácí svou elasticitu a zkracuje se. Dochází ke zvětšení dělohy, vulvy, svalstva a vaziva dna pánevního. V klimakteriu může docházet k nárůstu tělesné hmotnosti, kůže může být ochablá, šupinatá nebo více pigmentovaná. Další změnou, která může v tomto období nastat, je např. zhoršení funkce ledvin, gastrointestinálního traktu a centrálního nervového systému. Prsy se zmenšují a jsou méně pevné. Tyto změny jsou nejčastěji podmíněny geneticky. Změny, které na sobě žena začne pozorovat během období menopauzy, mohou přispět ke zhoršení kvality života. Bohužel je i mnoho žen, které se nemusí zcela vyrovnat se změnami, které toto období doprovázejí. To může mít výrazný vliv především na jejich psychickou stránku, která pak může ovlivnit i kvalitu života (Fait, 2013, s. 13).

Statistika menopauzy je taková, že 25 % žen nemá skoro žádné nebo žádné potíže, 25 % žen má mírné klimakterické potíže, 25 % má silné potíže spojené s přechodem a 25 % žen trpí velmi silnými potížemi, které je mohou doprovázet několik let. Je tedy velmi důležité, aby ženy, které trpí silnými až velmi silnými obtížemi, navštívily včas svého obvodního gynekologa a řešily s ním problémy, které se u ní po menopauze objevují a znepříjemňují jí život. Mít vysokou kvalitu života je přáním každé ženy a je pouze na ní, jak se ke svému tělu ona sama postaví (Scheuernstuhel, Hild, 2014, s. 59).

3 Klinické symptomy menopauzy

Menopauza je přirozený důsledek nedostatku hormonů estrogenů z důvodu vyhasnutí aktivity vaječnicků. S menopauzou se pojí celá řada symptomů, o kterých hodně žen ani netuší, že s ní mohou souviset. U některých žen se nejprve začne menstruační cyklus prodlužovat nebo naopak zkracovat. Menstruační krvácení může být slabší či silnější. Je pouze malé procento žen, u kterých nastane náhlá zástava menstruačního cyklu. Všechny příznaky, které jsou spojené s menopauzou, lze rozdělit do tří skupin a to na akutní, subakutní a chronické symptomy.

3.1 Akutní symptomy

Jedná se o příznaky, které vznikají v období kolem menopauzy. Tyto symptomy mohou vzniknout náhle nebo pozvolna. Neohrožují vážně zdraví ženy, ale mohou výrazně ovlivnit kvalitu jejího života. Obtíže, které se v tomto období objevují, mohou trvat měsíce až roky. Většina žen se s příznaky, které se u nich po menopauze objeví, velmi často špatně vyrovnává. Akutní symptomy, neboli *klimakterický syndrom*, sdružují především vazomotorické a psychické symptomy, které se objevují z důvodu estrogenního deficitu. Klimakterický syndrom postihuje až 75 % žen, avšak míra postižení je u žen individuální (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 292).

Mezi vazomotorické příznaky patří zejména návaly horka, které nejprve začínají pocitem horka či pálením a jsou nejčastěji doprovázeny zrudnutím tváří a krku. Návaly horka trvají přibližně jednu minutu a objevují se kdykoliv během dne. Vyskytují se přibližně u 80 % žen v klimakteriu minimálně jeden rok. Mezi další obtíže patří bolesti hlavy, pocení, palpitate a závratě. Závažnost vazomotorických symptomů spočívá nejen ve zhoršení kvality života, ale především v tom, že jsou predikujícím signálem metabolického postižení, jako jsou kardiovaskulární choroby a osteoporóza v pozdějším věku. Všechny tyto symptomy jsou projevem nedostatku hormonu estrogenu. V tomto případě je zde důležitá hormonální substituční léčba (HRT), kterou je třeba konzultovat se svým obvodním lékařem (Fait, 2006, s. 15).

Mezi další změny, které se mohou u menopauzálních žen vyskytovat, patří psychické obtíže. Projevují se především změnami nálad, snížením libida, plačtivostí, poruchami spánku (potíže s usínáním, časté probouzení), únavou a ospalostí během dne, pocitem osamělosti, depresivními náladami, psychickou labilitou, vnitřním napětím, nervozitou, zapomnětlivostí, stavy výbušnosti až agresí. V mnoha případech jsou tyto změny prvním příznakem

menopauzy. Obtíže jsou u žen velmi individuální, mohou se různě kombinovat a u některých žen se nemusí objevit vůbec. Mezi hlavní projevy vzniku klimakterického syndromu se řadí deprese (Fait, 2010, s. 17-19).

Akutní klimakterický syndrom je hlavní indikací hormonální substituční terapie (hormone replacement therapy, HRT), kterou by ženy v případě silných obtíží měly probrat se svým lékařem. Jeho symptomy je možné diagnostikovat pomocí dotazníkových testů. Je důležité včas tyto příznaky zachytit, aby se předešlo ohrožení zdraví ženy. Včasné odhalení estrogenního deficitu by mělo zabránit zhoršení kvality života (Jeníček, 2004, s. 31-36).

Pro zjištění míry obtíží klimakterického syndromu se používají skórovací schémata, jako jsou např. *Menopause Rating Scale (MRS)*, *Kuppermanův index*, *Greenova klimakterická škála (The Greene Climacteric Score)* a další. Pro hodnocení estrogenního deficitu se nejčastěji ve světové klinické praxi využívá *Menopause Rating Scale* a v minulosti *Kuppermanův index*. Tyto dotazníky slouží pouze jako pomocná vyšetřovací metoda pro stanovení tíže symptomů estrogenního deficitu a jejich vlivu na kvalitu života žen (Donát, 2003, s. 35-36; Fait, 2013, s. 22-31).

3.2 Subakutní symptomy

Subakutní příznaky jsou také označovány jako ***organický estrogen-deficitní syndrom***, který neohrožuje ženu na životě. Tyto symptomy začínají až několik let po menopauze a mohou trvat do pozdní menopauzy. Jedná se o změny kožní, urogenitální, tělesné hmotnosti. Pokud tyto symptomy nejsou řešeny farmakologicky, mohou ženě zhoršovat kvalitu života (Donát, 2003, s. 18).

Zhruba u 45 % žen v menopauze dojde k poklesu libida neboli touhy po pohlavním styku. Vlivem poklesu estrogenů dochází v pochvě k určitým změnám. Pochva je ztenčená a její poševní stěna je méně pružná. Dochází k suchosti pochvy, pálení, častému svědění a atrofii sliznice, což má za následek sexuální dysfunkci. U některých žen tomu může být naopak, právě proto, že v menopauze není riziko otěhotnění, se může u některých žen zvýšit zájem o sexualitu. Z nedostatku estrogenů může také docházet k atrofii tkání močového měchýře, močové trubice a dalších sliznic. K poškození dochází také u kůže, nehtů a vlasů. Kůže je ochablá, nehty se více lámou a vlasy vypadávají více, než tomu bylo před menopauzou (Kolařík, Halaška, Feyereisel, 2010, s. 302,303; Jeníček, 2004, s. 38).

3.2.1 Urogenitální změny

U žen v menopauze dochází k postižení poševní sliznice, která se vlivem nedostatku estrogenů ztenčuje. Projevuje se to tak, že pohlavní styk je pro ženu bolestivý, zevní genitál svědí, pochva je suchá a lehce zranitelná, dochází ke změně pH a je snižená obranyschopnost proti infekcím. U vulvy dochází ke ztenčení lábií, ubývá ochlupení a podkožní tkáň. Z nedostatku estrogenů může docházet k morfologickým změnám pánevního dna, které mohou vést ke stresové inkontinenci. Ke změně dochází také v trigonu močového měchýře a uretry. Estrogenový deficit se projevuje zejména častým nucením na močení, nykturií, urgentním močením, inkontinencí, bolestivou mikcí či infekcemi močového traktu (Fait, 2010, s. 18; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 297).

3.2.2 Poškození kůže, vlasů a nehtů

Vlivem nedostatku estrogenů se kůže postupně ztenčuje, je suchá, svraštělá a snadno zranitelná. Dochází k úbytku pružnosti kůže po celém těle. Během prvních pěti let po menopauze dochází k úbytku kolagenu v kůži. Kůže je tenčí a dochází k redukci tukových buněk v podkoží. U některých žen se může objevovat i akné nebo svědění pokožky. Dochází ke snižování sekrece mazových a potních žláz. Změny mohou postihovat i nehty a vlasy. U nehtů dochází k časté lámavosti. Vlasy vlivem snížené produkce mazu v pokožce mohou vysychat a vypadávat (Fait, 2013, s. 18-19; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 297).

3.2.3 Poškození ostatních sliznic

Další poškození, které u žen po menopauze vlivem estrogenního deficitu může vzniknout, je poškození sliznice oka, kde se mohou objevovat infekce, záněty nebo nepříjemný pocit suchého oka. V dutině ústní může docházet k atrofii sliznice nebo pocitu suchosti v ústech. Změny se objevují i v nosu, hltanu, hrtanu a tlustém střevě (Jeníček, 2001, s. 25).

3.3 Chronické symptomy

Chronické symptomy jsou označovány jako *metabolický estrogen-deficitní syndrom*. Tyto symptomy nevznikají hned, ale objevují se až několik let po menopauze. Jsou výsledkem poruch metabolismu lipidů, karbohydrátů a kostí. U žen v období menopauzy se může rozvíjet vlivem nedostatku pohlavních hormonů stařecká demence a neurologické poruchy. V pozdějším věku se může objevit Alzheimerova choroba (nejčastější forma demence). Estrogenní deficit může mít také vliv na rozvoj Parkinsonovy nemoci (Fait, 2006, s. 17).

Změny, ke kterým dochází, mohou mít vážný vliv na zdravotní stav ženy. Je zde zvýšené riziko infarktu myokardu, náhlé mozkové příhody nebo zlomeniny proximálního femuru. Mezi hlavní chronické příznaky patří osteoporóza a ateroskleróza. Tyto změny by se neměly podceňovat a měly by být včas řešeny, protože do budoucna mohou mít výrazný vliv na zdravotní stav ženy a tím pádem vedou i ke zhoršení kvality jejího života (Donát, 2003, s. 19).

3.3.1 Osteoporóza

Osteoporóza je onemocnění, které se projevuje řídnutím kostní tkáně. Jedná se o onemocnění, které je spojeno s menopauzou. Hlavním rizikovým faktorem pro vznik postmenopauzální osteoporózy je nedostatek ženských pohlavních hormonů estrogenů. Následek nedostatku pohlavních hormonů vede k úbytku kostní hmoty. U žen před menopauzou je úbytek kostní hmoty mezi 0,5 – 2 % za rok, zatímco u žen po menopauze je úbytek kostní hmoty přibližně 3 – 5 %. U žen vyšší věkové kategorie osteoporóza svými důsledky ovlivňuje jejich mortalitu a morbiditu (Citterbart et al., 2011; Fait, 2013, s. 13).

Ztráta kostní hmoty v menopauzálním období vlivem nedostatku estrogenů je u žen fyziologická a je velmi riziková pro zlomeniny kostí. Zlomeniny při osteoporóze mohou být závažným problémem v životě ženy. Některé zlomeniny se hojí bez následků, ale některé mohou mít bohužel až doživotní následky. Důležitou roli zde hraje prevence osteoporózy, aby se snížil počet fraktur. Funkce skeletu je ovlivňována estrogény, proto je zde důležitá hormonální substituční terapie. Prozatím není definována optimální doba, kdy je vhodné nasadit hormonální léčbu, ale poukazuje se na to, že krátkodobá hormonální terapie u žen na začátku menopauzy by mohla v budoucnu omezit riziko vzniku zlomenin. Studie uvádí, že časné nasazení hormonální léčby, je preventivní proti ztrátě kostní hmoty (Fait, Šnajderová a kol., 2007, s. 200-201; Citterbart et al., 2011; Fait, 2013, s. 13).

Osteoporóza probíhá dlouhodobě a většinou není doprovázena žádnými příznaky, proto její diagnostika je poměrně obtížná. Pro diagnostiku postmenopauzální osteoporózy je důležitá zejména anamnéza ženy. Lékař se ptá, zda se osteoporóza vyskytuje v rodině, zda žena prodělala nějaké zlomeniny a zda má nějaká chronická onemocnění. Nejlepší dostupnou metodou pro stanovení osteoporózy je denzitometrie (BMD, bone mineral density). Měření kostní denzity je doporučováno americkou institucí „Medicare for diagnosing osteoporosis“ především u žen, které jsou v menopauze a mají nedostatek ženských pohlavních hormonů,

protože je u nich zvýšené riziko osteoporózy (Fait, 2006, s. 20; Fait, Šnajderová a kol., 2007, s. 201-202).

Mezi první klinické příznaky osteoporózy se řadí osteoporotická zlomenina. Jedná se nejčastěji o zlomeniny na předloktí, zlomeniny obratlů a krčku stehenní kosti. Jako další příznak se u žen může objevovat bolest v zádech, či bolest v dlouhých kostech a kloubech. Tyto problémy mohou zhoršovat kvalitu života ženy (Roztočil et al., 2011, s. 93).

Mezi rizikové faktory osteoporózy patří věk nad 65 let. Dále jsou rizikové ženy, které jsou dlouhodobě léčeny glukokortikoidy a ženy léčené pro osteoporózu. Jedním z rizikových faktorů je také osteoporóza v rodinné anamnéze, pozdní menarche (nad 17 let), předčasná menopauza (před 45. rokem), časté pády, hyperparatyreóza (nadměrná funkce příštítných tělísek), kouření a imobilita (Phillipsová, 2005, s. 68).

3.3.2 Kardiovaskulární onemocnění

Kardiovaskulární onemocnění je v dnešní době velmi častou příčinou úmrtí u žen. Průměrný věk úmrtí na kardiovaskulární onemocnění po menopauze je 74 let. U žen v menopauze se objevuje nejčastěji z kardiovaskulárních onemocnění ischemická choroba srdeční (ICHS), mozková mrtvice (ictus) a ateroskleróza. Riziko ICHS narůstá vlivem nedostatku ženských pohlavních hormonů po menopauze. Ateroskleróza je hlavním podkladem ICHS, cévní mozkové mrtvice i ischemické choroby dolních končetin. Z celkového počtu úmrtí na kardiovaskulární onemocnění je v 56 % úmrtí na ischemickou chorobu srdeční a mozkovou mrtvici. Po menopauze dochází ke zhoršení průtoku krve v koronárních, mozkových a periferních tepnách. Vlivem těchto změn dochází ke zhoršení perfuze tkání, což vede k poškození orgánů (Fait, 2006, s. 16; Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 301-302).

U menopauzálních žen jsou jisté rizikové faktory pro vznik kardiovaskulárních chorob. Mezi hlavní rizikové faktory patří: vysoký krevní tlak, kouření, diabetes mellitus, obezita, zvýšený cholesterol v krvi, fyzická inaktivita, vyšší věk a ICHS v rodině. Pokud dojde k eliminaci rizikových faktorů, může se snížit riziko výskytu kardiovaskulárního onemocnění. Proto je zde nezbytná prevence kardiovaskulárního onemocnění, např. změna životního stylu a dodržování léčby případného chronického onemocnění (Fait, 2010, s. 17).

3.4 Ostatní změny po menopauze

Obtíže, které se po menopauze u žen objevují, jsou velmi individuální, mohou se různě kombinovat a u některých žen se nemusí objevit vůbec. Zhruba u 45 % žen v menopauze dojde k poklesu libida neboli touhy po pohlavním styku. Vlivem poklesu estrogenů dochází v pochvě ke změnám. Pochva je ztenčená a její poševní stěna je méně pružná. Dochází k suchosti pochvy, častému svědění, atrofii sliznice, což má za následek sexuální dysfunkci. U některých žen tomu může být naopak, právě proto, že v menopauze není riziko otěhotnění, může se u některých žen zvýšit zájem o sexualitu (Kolařík, Halaška, Feyereisel, 2010, s. 302, 303; Jeníček, 2004, s. 38).

Dále je klimakterium spojeno s přibýváním na váze, zadržování vody v těle, u žen se také objevuje emoční labilita, zapomnětlivost, porucha soustředění, noční pocení, změny nálad, psychická zranitelnost, úzkost, špatné myšlenky, smutek, závratě, bolesti a otoky kloubů, zvýšené vypadávání vlasů, svědění pokožky, bolest celého těla, inkontinence a mnoho dalších. Jak je již výše zmíněno, je mnoho menopauzálních symptomů, které se u ženy mohou objevovat. Většinu z nich si ani ženy s menopauzou nespojují. Všechny tyto příznaky, které se u ženy v období menopauzy objevují, mohou poukazovat na rozvoj klimakterického syndromu a ovlivňují kvalitu života ženy. Mezi hlavní projev vzniku klimakterického syndromu se řadí depresivní nálady. Pro zlepšení těchto změn se ženám doporučuje hormonální substituční terapie (HRT), kterou by měly probírat se svým obvodním lékařem či gynekologem (Fait, 2010, s. 17-19; Jeníček, 2004, s. 31-36).

4 Klinická vyšetření

Mezi základní vyšetření u žen v období souvisejícím s menopauzou patří podrobná osobní a rodinná anamnéza ženy. Důležité je zaměřit se na přidružená chronická onemocnění ženy v klimakteriu, jako je např. kardiovaskulární onemocnění a diabetes mellitus. Je zde důležité zjistit, zda není u ženy riziko vzniku osteoporózy. Žena by měla dbát na pravidelná preventivní vyšetření, která by měla být jednou ročně a měla by jim být sledována hormonální hladina. Další vyšetření, která by žena měla podstoupit v menopauze, je denzitometrie (bone mineral density, BMD), díky které se rozpozná, zda je snížena kostní denzita a zda je případně nutné nasadit hormonální substituční terapii (HRT). Pomocí denzitometrie lze také sledovat úspěšnost již nasazené hormonální substituční léčby (Fait, 2013, s. 31-34).

Je důležité zjistit míru obtíží menopauzálních symptomů, které se u ženy vyskytují. Jedná se o symptomy psychické, kam patří deprese úzkost, podrážděnost, vyčerpání. Symptomy somato-vegetativní jako je např. pocení, návaly horka, bušení srdce, poruchy spánku, bolesti kloubů, hlavy a svalů. Symptomy urogenitální zahrnují močové obtíže, sexuální problémy a vaginální suchost. Tyto obtíže neohrožují ženu v menopauze na životě, ale mohou výrazně ovlivnit kvalitu jejího života, proto je důležité je včas řešit, aby se předešlo jejich rozvoji (Kolařík, Halaška, Feyereisl, 2008, s. 292-296).

Jako preventivní opatření v klimakteriu jsou důležité pravidelné preventivní gynekologické prohlídky, které jsou v České republice (ČR) stanoveny ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZ ČR) č. 70/2012 Sb. jednou za rok. Každá gynekologická prohlídka by měla zahrnovat odběr anamnézy. Dále by měla zahrnovat gynekologické vyšetření, především stěr z děložního čípku na cytologické vyšetření, ultrazvukové vyšetření dělohy (měření děložní sliznice) a zhodnocení zevního i vnitřního genitálu. Mezi další vyšetření patří laboratorní vyšetření, změření krevního tlaku, sleduje se váha a body mass index (BMI). Ženám je doporučováno od obvodních gynekologů či praktických lékařů podstoupení mamografického vyšetření (rentgenové vyšetření prsu). Praktičtí lékaři se zaměřují na kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus, metabolická a onkologická onemocnění. U žen v klimakteriu se také doporučuje provádět preventivní screeningová vyšetření. Mezi základní screeningová vyšetření patří screening osteoporózy, karcinomu děložního hrdla, karcinomu prsu a kolorektálního karcinomu. Je tedy nezbytně nutné, aby lékař každou ženu, která je v období ovlivněném menopauzou, edukoval o důležitosti preventivních gynekologických a screeningových vyšetřeních (Fait, 2010, s. 41-45).

5 Terapie

Hormonální substituční terapie (HRT) je nejúčinnější terapie menopauzálních symptomů. Tato terapie je nezastupitelná při estrogenním deficitu u ženy v menopauze, kdy se snaží zabránit negativním důsledkům v postmenopauze. Podání chybějících hormonů může odstranit všechny potíže, které se u ženy objevují, a také může předejít výše zmíněným rizikům. Indikaci léčby určuje míra intenzity a charakter obtíží. Je vhodná pro zmírnění menopauzálních příznaků, ale také zmírňuje riziko vzniku onemocnění, která se mohou v menopauze rozvíjet, jedná se především o osteoporózu. HRT znamená, že se ženě dávají nízké dávky pohlavních hormonů. Jako účinná látka se ženám podává estrogen ve formě estradiolu, estradiolvalerátu nebo ve formě konjugovaných estrogenů. Nejprve se u žen začíná s nízkodávkovou terapií, ta obsahuje pouze poloviční dávky. Pokud není účinná, tak se musí dávka zvýšit. U premenopauzálních žen se preferuje substituce gestageny. U žen v postmenopauze se přechází na kombinovanou kontinuální estrogen-gestagenní terapii (Fait, 2013, s. 35).

Hormonální substituční terapie se dělí na tzv. čistě estrogenní terapie (ET) a kontinuální estrogen-gestagenní terapii (EPT). Využívá se především forma aplikace hormonu estradiolu (E_2) subkutánní, perorální, intramuskulární, intravaginální, transdermální, perkutánní nebo intranazální. Terapie se dělí podle toho, zda žena má nebo nemá dělohu. U žen po hysterektomii se využívá jako prevence a léčba estrogenního deficitu nejčastěji estrogenová monoterapie, není již zde riziko hyperplazie endometria. Pokud se jedná o hysterektomii s bilaterální ovariectomií, mohou ženy pociťovat snížení pohlavní touhy a suchost pochvy, proto se doporučuje celková nebo lokální aplikace pohlavních hormonů (estrogenů). V tomto případě je nejvhodnější subkutánní implantát E_2 . U žen, které dělohu mají, se preferuje estrogen-gestagenní terapie (Fait, 2013, s. 36-37; Phillipsová, 2005, 172).

5.1 Farmakoterapie

Jednou z možností je **substituce gestageny**, která spočívá v podávání progestinů a má vliv na snížení příznaků klimakterického syndromu. Další možnou metodou je **nitroděložní hormonální systém** (LNG-IUS, Mirena), díky kterému většinou nedochází ke snižování hladiny estrogenu. Tato metoda estrogenní substituční terapie je vhodná především u žen, které celkové podávání estrogenů špatně snášejí. U perimenopauzálních žen, které nemají kontraindikace k podání antikoncepčních přípravků, lze využít **nízkodávkovou hormonální antikoncepci s ethinylestradiolem**. Lze využívat perorální přípravky, náplast nebo vaginální

kroužek. Jako další možná metoda, zejména u žen, které mají nežádoucí účinky HRT, je **Tibolon**. Jedná se o syntetický analog steroidů. Tibolon má pozitivní estrogení vliv na kardiovaskulární systém, kostní tkáň, vaginální sliznici a klimakterické příznaky. Ženám, které mají v klimakteriu psychické a sexuální změny, se doporučuje suplementace androgenů. **Testosteron a dehydroepiandrosteron** mají pozitivní vliv na zlepšení těchto změn (Fait, 2013, s. 37-42).

Před zahájením hormonální terapie by žena měla projít celkovým vyšetřením a měl by se zhodnotit její zdravotní stav, zda dovoluje tuto terapii. Za nezbytné je považováno mamografické vyšetření před nasazením léčby. HRT by měla být podávána pouze tehdy, je-li k tomu jasná indikace a jsou vyloučeny všechny kontraindikace. Během terapie by měly ženy docházet na pravidelné kontroly. Délka užívání závisí na indikaci HRT. Po konzultaci s lékařem žena může užívat léky, které lze rozdělit na dvě skupiny. Do první skupiny se řadí léky, které brání zvýšené kostní resorpci, patří sem: kalcium, vitamin D, hormonální terapie, tyrokalcitonin a bifosfáty. Druhá skupina zahrnuje léky, které podporují kostní novotvorbu, patří sem: fluoridy, parathormon, anabolika, tamoxifen, raloxifen (Fait, 2013, s. 37-42).

Terapie je **indikována** u žen, které mají akutní klimakterické obtíže. Velkou skupinu, kde je HRT vhodná, tvoří ženy s přechodovými potížemi. HRT má pozitivní vliv na snížení návalů horka, pocení, poruch spánku, podrážděnosti, deprese, nervozity, úzkosti. HRT se podává jako prevence aterosklerózy a osteoporózy, pokud se začne s léčbou včas. Je indikována u žen, které mají předčasnou menopauzu, jako ochranná funkce pro kosti a cévní systém. Další indikací je atrofie pochvy a močových cest. HRT zlepšuje urgenci a frekvenci močení, působí také jako prevence proti vzniku močových infekcí. U žen bez dělohy se volí čistě estrogení léčba (Fait, 2010, s. 29-32; Levret, 2004, s. 6).

Podle současných názorů je hlavní **kontraindikací** hormonální substituční terapie u menopauzálních žen především neléčený karcinom prsu, neléčený karcinom endometria. Další kontraindikací HRT je akutní žilní trombóza nebo tromboembolická nemoc (TEN), neléčená hypertenze a onemocnění jater (Fait, Dvořák, Skřivánek a kol., 2009, s. 153).

Mezi **hlavní rizika** hormonální substituční terapie u žen, které mají dělohu, patří vznik karcinomu endometria a karcinom ovaria, proto by ženám s dělohou neměly být podávány samotné estrogény, ale preferují se zejména gestageny nebo kombinované preparáty. S rostoucím věkem ženy se zvyšuje riziko hluboké žilní trombózy a plicní embolie, proto je důležitá opatrnost při volbě podání HRT. U rizikových žen, kde je v rodinné anamnéze výskyt

rakoviny prsu, je však důležitá maximální opatrnost. U těchto žen je zvláště upozorňováno na důležitost mamografického vyšetření a pravidelných kontrol. Pokud se budou dodržovat všechna pravidla terapie, převažuje přínos hormonální substituční terapie pro zlepšení kvality života ženy nad jejími riziky. Dnes je již poměrně široký výběr dostupných přípravků hormonální substituční terapie, které umožňují dokonale přizpůsobit terapii individuálním potřebám každé ženy (Fait, Dvořák, Skřivánek a kol., 2009, s. 151-156).

Mezi **nežádoucí účinky** HRT patří mírné špinění nebo nepravidelné krvácení především zpočátku užívání HRT. U ženy se mohou objevovat bolesti hlavy, napětí prsů, nadýmání, nevolnost, křeče dolních končetin. Mnohdy ženy po nasazení léčby přibývají na váze přibližně 2 – 3 kg, příčinou je zvýšená chuť k jídlu a zadržování vody v těle účinkem estrogenů. Někdy se u žen může objevit i deprese, úzkost, podrážděnost až agresivita. Pokud nejsou nežádoucí účinky pro ženu příliš těžké, měla by je zkusit překonat a až poté, pokud by pro ni byly nesnesitelné, začít případně uvažovat o přerušení léčby. Tyto nežádoucí účinky obvykle vymizí za 3 – 6 měsíců od nasazení léčby. Někdy je bohužel nutné z důvodu nežádoucích účinků hormonální terapii přerušit (Fait, 2013, 42-43; Phillipsová, 2005, s. 178).

Ženy, které užívají hormonální terapii, se velmi často ptají, jak dlouho budou HRT užívat a kdy s ní budou moci skončit. Tuto otázku však musí probrat se svým lékařem, který musí zvážit, zda je nutné HRT užívat, případně ji ukončit. Jestliže žena užívá HRT pouze z důvodu menopauzálních příznaků, lze zkusit léčbu zastavit. Léčba by měla být postupně snižována, aby se zjistilo, zda se menopauzální příznaky neobjeví znovu. Jestliže se u ženy znovu objeví příznaky, je nezbytné, aby HRT byla opět znovu zavedena. Neléčené menopauzální příznaky výrazně ovlivňují kvalitu života ženy (Phillipsová, 2005, s. 179).

Hormonální terapie by měla být ihned ukončena, pokud se u ženy objeví následující příznaky, jako jsou náhlá bolest na hrudi, náhlá dušnost nebo silný kašel, silná bolest v lýtku nebo v žaludku, porucha mluvení a sluchu, částečná nebo úplná ztráta zraku, záchvaty slabosti nebo kolaps, hepatitida nebo žloutenka, těžká deprese, náhlé zvýšení tlaku. Přerušit HRT je nutné, pokud by žena měla podstoupit operaci, která by trvala déle než 2 hodiny (Phillipsová, 2005, s. 185).

5.2 Nehormonální terapie

Nehormonální terapie může zlepšit projevy akutního nedostatku estrogenu, ale nemá dlouhodobé účinky pro zlepšení estrogenního deficitu. Za úspěšná farmaka u klimakterického syndromu se považují antihypertenziva, především clonidin, methyldopamin a vazodilatans

vinpocetin. Selektivní inhibitory vychytávání serotoninu ovlivňují návaly horka u žen v klimakteriu (Fait, 2006, s. 27).

Jako alternativní terapie se doporučuje lázeňská léčba, pohybová aktivita, terapeutické prvky, akupunktura, masáže, přírodní látky, bylinné směsi, účinky placebo a zdravý životní styl. Jako nehormonální léčba atrofie poševní sliznice se doporučuje kyselina hyalurová. Jedná se o přírodní látku, která dlouhodobě zvlhčuje poševní sliznici. Nejčastěji se užívá ve formě vaginálních globulí. V pochvě se vytvoří ochranný film proti infekci a dojde ke stimulaci růstu sliznice (Fait, 2010, s. 40).

Jako přírodní alternativa se doporučují fytoestrogeny, nejčastěji ve formě tablet nebo čajů. Jsou to látky rostlinného původu, které se v organismu mění na látky, které mají estrogení účinek. Jsou bezpečnější a mají méně rizikových účinků než estrogeny. Fytoestrogeny mají pozitivní vliv na akutní klimakterické potíže, psychickou stránku ženy, kardiovaskulární systém a snižují riziko výskytu karcinomu prsu. Některé ženy upřednostňují tradiční čínskou medicínu, která léčí obtíže akupunkturou či akupresurou, masážemi, bylinami a cvičením (Fait, 2013, s. 160).

5.3 Doporučení pro překonání potíží v menopauze

Menopauza probíhá u každé ženy individuálně. Někdy žena nemusí žádné výrazné obtíže pociťovat. Pokud se u ženy objevují příznaky klimakterického syndromu, může to výrazně ovlivňovat kvalitu jejího života. Téměř žádná žena nechce, aby se kvalita jejího života po menopauze zhoršila, proto je velmi důležité, aby si žena uvědomila, že výrazný podíl na tom, jak bude menopauza probíhat, má ona sama. Některé potíže může žena překonat sama. Doporučuje se změna životního stylu, udržení optimální tělesné váhy, zvýšit vhodnou fyzickou aktivitu (sport, cvičení a chůze), dodržovat pitný režim (alespoň dva litry denně), konzumovat potraviny s vyšším obsahem vápníku, omezit kořeněná jídla, pití kávy a alkoholu. Zdravá strava a pohyb napomáhají k udržení optimální hmotnosti. Ukládání tuků a přibírání na váze se s věkem zvyšuje, proto je vhodné konzultovat správné stravování s dietologem. Pohyb je všeobecně prospěšný pro celý organismus ženy. Některé ženy po menopauze mají velmi časté výkyvy nálad, jsou smutné a rozmrzelé, to vše je způsobeno hormonálními změnami a může zde pomoci konzultace s odborníkem, či případná léčba antidepresivy. Ženám se doporučují cviky na posílení pánevního dna, které jsou prevencí před vznikem močové inkontinence. Suchost pochvy může vést k bolestem při pohlavním styku, proto se ženám doporučují vaginální gely. Bohužel ne všechny obtíže spojené s menopauzou

jdou překonat jednoduše, proto při jakýchkoliv výraznějších obtížích, které se u ženy objeví, je důležitá konzultace s odborníkem. (Fait, 2010, s. 25,26).

Je nezbytně nutné, aby žena docházela do gynekologické ordinace na pravidelné preventivní prohlídky jednou ročně i po menopauze. U menopauzálních žen jsou jistá rizika onemocnění, která se dají řešit, pokud se včas zachytí. Hormonální změny také vedou ke snižování svalové hmoty a dochází k většímu nabírání tuků. Tyto informace by měly být ženě včas poskytnuty porodní asistentkou nebo obvodním gynekologem v ordinaci. Včasná a správná edukace žen může mít velký vliv na zlepšení kvality života žen po menopauze. Mezi nejčastější edukační metody v gynekologické ambulanci patří rozhovor, konzultace a poskytnutí edukačních materiálů.

6 Kvalita života

Světová zdravotnická organizace (*World Health Organization*, WHO) definuje kvalitu života: „*Individuální vnímání jeho nebo její pozice v životě v kontextu kulturních a hodnotových systémů, v nichž žije a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a zájmům*“ (WHOQOL, 1995).

Pojem kvalita života („*Quality of Life*“ – QoL) je velmi obtížně definovatelný. V literatuře je uvedeno mnoho definic kvality života, ale doposud nebyla žádná definice všeobecně akceptována. Tento termín byl definován již ve 20. letech 20. století a to především v souvislosti s podporou nižších společenských vrstev. Koncem 30. let 20. století byl tento pojem zaveden do psychologie. Největší rozkvět výzkumu kvality života byl ve druhé polovině 90. let 20. století. Tomuto tématu se věnuje mnoho výzkumných týmů na celém světě. Studium kvality života zahrnuje hledání faktorů, které mohou ovlivňovat život jedince (Payne a kol., 2005, s. 205-208; Heřmanová, 2012, s. 13-17).

Kvalitu života lze brát jako koncept, který můžeme hodnotit z objektivního a subjektivního hlediska. Jako subjektivní kvalitu života hodnotíme u jedince jeho psychickou stránku a jeho spokojenost se životem. Objektivní kvalitou života hodnotíme zejména fyzické zdraví, materiální hodnoty a sociální podmínky. Jedná se obvykle o konkrétní a měřitelné životní podmínky. Pojem kvalita života se užívá také pro hodnocení pozitivních či negativních aspektů života. Hodnotí, zda je náš život kvalitní (dobrý) nebo naopak jsme s ním nespokojeni. Abychom mohli kvalitu života zlepšit, je důležité ji nejprve definovat a následně změřit (Řehulková; Řehulka; Blatný; Mareš et al., 2008, s. 16; Gurková, 2011, s. 22).

Kvalita života se zkoumá z hlediska psychologického, sociologického, medicínského, ošetrovatelského, ale i ekonomického a dalších. Z psychologického hlediska je kvalita života především vnímána jako osobní pohoda, štěstí a spokojenost se životem. Sociologické hledisko zahrnuje status a materiální podmínky jedince a medicínské hledisko sleduje, zda zdravotní stav jedince ovlivňuje kvalitu života. Kvalitu života lze hodnotit obecně nebo v souvislosti se zdravotním stavem. V ošetrovatelství a dalších vědních oborech, které se zabývají kvalitou života, pozorujeme mnoho definic a je popisována jako těžce uchopitelný pojem právě pro jeho komplexnost a multidimenzionálnost (Gurková, 2011, s. 21-22; Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011, s. 27).

S kvalitou života také úzce souvisí důležité životní domény: **bytí (being)** zahrnuje především fyzické bytí, jako je zdraví, hygiena, výživa, tělesný pohyb, celkový vzhled. Dále

se jedná o psychologické bytí, kam řadíme sebekontrolu, sebeúctu, cítění a psychologické zdraví. Nakonec sem řadíme i spirituální bytí, kam spadají osobní hodnoty jedince, víra a přesvědčení. **Přilnutí (belonging)** jež má rovněž tři subdomény – fyzické přilnutí, užší sociální přilnutí, přilnutí k širšímu prostředí – komunitě. Třetí doménou je **realizace (becoming)**, do které spadá dosahování osobních cílů, nadějí a inspirací (Peyne a kol., 2005, s. 208-209).

6.1 Kvalita života ve vztahu ke zdraví jedince

V ošetrovatelství se kvalita života týká především zdravotního stavu jedince, jeho nemoci a léčby. Používá se zde termín „kvalita života související se zdravím“ („*Health Related Quality of Life*“ – HRQL). V medicíně je tento pojem užíván od 70. let minulého století a v průběhu 80. let se začal používat v klinických studiích. HRQL zahrnuje celkový zdravotní stav jedince, sociální pohodu, emoce a sexuální život. Kvalita života související se zdravím se týká především: tělesného stavu, zdraví, psychického stavu, psychické pohody, sociálních vztahů, prostředí, zaměstnání, denních aktivit a také je důležitou složkou lékařské a ošetrovatelské péče (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 70-78).

Kvalita života související se zdravím se používá k hodnocení kvality života jedinců ve zdravotnictví. Je zaměřena pouze na to, zda je jedinec spokojen se svým zdravím a jak je kvalita života jedincovým zdravím, respektive onemocněním ovlivněna. Lékaři by měli dbát na to, jakou kvalitu života mají jejich pacienti, kteří trpí nějakým onemocněním, či podstupují nějakou terapii. Sledují se subjektivní a objektivní pocity pacienta související s jeho psychickým a fyzickým stavem. Toto sledování je u pacientů individuální. V některých případech nelze u pacientů dosáhnout úplného uzdravení, proto by se mělo příslušnou terapií dosáhnout alespoň zlepšení kvality jejich života. Většinou se kvalita života lineárně s věkem zhoršuje. V ošetrovatelství kvalitu života můžeme chápat tak, že se jedná o aktuální uspokojení či neuspokojení primárních a sekundárních potřeb (Gurková, 2011, s. 45-46; Fayers, Machin, 2007, s. 18).

6.2 Měření a hodnocení kvality života související se zdravím

Jedná se o komplexní posouzení životní situace jedince. Kvalita života může být hodnocena v zásadě třemi přístupy. U první skupiny metod je kvalita života hodnocena druhou osobou (externí hodnocení). Hodnocení může provádět lékař, ošetrovatel nebo příbuzný. Druhým přístupem je, že kvalitu života hodnotí osoba sama (interní hodnocení). Jedná se o subjektivní hodnocení samotného respondenta, hodnotí sám svůj zdravotní stav

a svoji kvalitu života. Třetím přístupem je kombinace dvou předchozích metod (Křivohlavý, 2002, s. 165).

Nejčastěji se k měření kvality života používají specifické dotazníky. Tyto dotazníky hodnotí jak kvalitu života zdravého jedince, tak kvalitu života jedince v souvislosti s konkrétním onemocněním či postižením. Výsledky získané pomocí dotazníku jsou důležité jak pro lékaře, tak i pro pacienta. Jeden z neznámějších dotazníků pro hodnocení kvality života se nazývá SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis). Zaměřuje se na 23 oblastí kvality života. Respondenti zaznamenávají míru spokojenosti na škále od 0 – 5. Pro měření kvality života u starších lidí se využívají dva dotazníky: WHOQOL-100 a WHOQOL-OLD. Tyto dotazníky měří kvalitu života ve vztahu ke zdravému stárnutí. Všechny tyto dotazníky umožňují hodnocení kvality života z mnoha aspektů (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 78-79; Heřmanová, 2012, s. 63-64).

V současnosti je dostupné široké spektrum různých nástrojů hodnocení kvality života související se zdravím. Většina dotazníků byla vyvinuta v anglicky mluvících zemích. Pokud se tedy dotazník na hodnocení kvality života překládá z anglického jazyka do dané kultury, měl by být upraven tak, aby byl srozumitelný pro různé kulturní oblasti. Nástroje pro hodnocení kvality života jsou nabízeny na Patient-Reported Outcomes and Quality of Life Instruments Database, známé pod zkratkou PROQOLID. Zde lze najít mnoho dotazníků, které měří kvalitu života jedince s určitým typem onemocnění. Pro hodnocení kvality života žen po menopauze, je k dispozici pět nástrojů (Gurková, 2011, s. 44; Mapi Research Trust, 2015).

6.3 Kvalita života žen související s menopauzou

Jak bylo již řečeno, menopauza patří k přirozeným změnám v životě každé ženy. Nicméně přináší s sebou mnoho změn, které mohou mít negativní dopad na ovlivnění kvality života žen. Z důvodu přítomnosti klimakterických obtíží lze předpokládat, že se kvalita života žen po menopauze může zhoršit. Symptomy, které se u žen objevují, každá vnímá zcela individuálně. Když se řekne pojem menopauza, neboli přechod, většina žen ho spojuje se stárnutím, což může v mnoha případech ovlivnit jejich psychickou stránku. Je tedy velmi důležité, aby se tato problematika dostala více do popředí.

Změny je možné měřit a sledovat v určitých oblastech, jako jsou například změny tělesných funkcí, chování, emocí a poznávání. Pro zjištění kvality života žen po menopauze je vhodné užívat metody pro hodnocení kvality života a vyhodnocení klimakterických obtíží. Nástroj pro hodnocení kvality života žen po menopauze by měl být srozumitelný a praktický,

aby z něho bylo možné vyhodnotit ovlivnění kvality života i míru klimakterických obtíží. Pro výzkum v diplomové práci byla zvolena standardizovaná česká verze dotazníku Menopause Rating Scale (MRS) v tištěné formě (Moravcová, Mareš, 2011).

6.4 Menopause Rating Scale (MRS)

Menopause Rating Scale je dotazník, který se využívá u žen, u kterých se hodnotí ohrožení estrogenním deficitem a posuzuje se kvalita života ženy po menopauze. Tento dotazník vznikl v roce 1990 v Německu. První přeložení německého dotazníku MRS bylo do anglického jazyka. Nyní má již 27 jazykových verzí. Pro Českou republiku byla vytvořena standardizovaná česká verze dotazníku MRS.

Původní verzi dotazníku MRS vyplňoval ošetřující lékař, gynekolog, při pravidelné preventivní prohlídce v ordinaci. Po podrobné konzultaci s klientkou zaznamenal míru intenzity obtíží, kterou klientka udávala na stupnici od 0 – 4 v dotazníku MRS. Později se zvolila metoda, kde dotazník vyplňuje sama žena. Nyní máme k dispozici českou standardizovanou verzi dotazníku MRS, která má dvě formy. První forma je tištěná (tužka-papír) a druhá elektronická. Tištěnou formu dotazníku MRS žena vyplní sama v gynekologické ambulanci během čekání na vyšetření nebo v lůžkovém zařízení během hospitalizace. Elektronickou formu dotazníku MRS žena může vyplňovat v rámci čekací doby v ambulanci, či v klidu svého soukromí. Od lékaře či porodní asistentky obdrží odkaz, na kterém je elektronická verze dotazníku k dispozici. O způsobu vyplnění dotazníku je žena během vyšetření informována lékařem nebo porodní asistentkou. Po vyplnění dotazníku klientkou, se automaticky dotazník odešle do emailu ošetřujícího lékaře.

Dotazník Menopause Rating Scale je anonymní. Z údajů žena uvede pouze své iniciály, věk, vzdělání a léčbu hormonální substituční terapií (HRT) – před léčbou, 1 měsíc, 3 měsíce, 12 měsíců. Léčbu uvádí pouze v případě, že je již pro estrogenní deficit léčena. Pro posouzení změn v čase se doporučuje dotazník MRS užít opakovaně a to obvykle v intervalech před léčbou, 1, 3 a 12 měsíců s léčbou. Tím se nejlépe zjistí, zda se míra intenzity obtíží, které jsou spojeny s estrogenním deficitem, vlivem užívání HRT zlepšila. Pomocí dotazníku lze předejít zbytečným zdravotním komplikacím, které jsou pro ženu v menopauze rizikové a lze případné problémy včas řešit (Heinemann et al., 2004, s. 2).

Dotazník MRS obsahuje celkem 11 položek (symptomů), které jsou typické pro menopauzu, a téměř u každé ženy se nějaký z nich objeví. Je určen pro ženy, u kterých je již ukončen menstruační cyklus, tedy je pro ženy, u kterých nastala přirozená či indukovaná

menopauza. Vyplnění dotazníku MRS je velmi jednoduché a srozumitelné, jsou nabízeny pouze uzavřené otázky. Intenzitu obtíží způsobenou estrogenním deficitem, které se u nich vyskytovaly za poslední měsíc, každá žena uvede na stupnici od 0 – 4 bodů. Bodové hodnocení je následující – 0 bodů (žádné obtíže), 1 bod (mírné obtíže), 2 body (střední obtíže), 3 body (silné obtíže), 4 body (nesnesitelné obtíže). Symptomy jsou rozděleny do tří domén. **První je doména psychologická**, kam patří symptomy, jako jsou depresivní nálady (pocit smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad), úzkost (vnitřní roztěkanost, pocit paniky), předrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocit agresivity) a vyčerpání (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapomínání). **Druhá doména je somato-vegetativní**, kterou charakterizují symptomy, jako jsou návaly horka (občasné pocení), srdeční obtíže (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně), poruchy spánku (potíže s usínáním, předčasné probouzení, potíže s trváním spánku), bolesti kloubů a svalů (bolesti kloubů, revmatické obtíže). **Třetí doména je urogenitální**, která se týká sexuálních problémů (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení), močových obtíží (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení), suchosti pochvy (pocit suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku). Všechny tyto potíže jsou ovlivněny, jak je již výše zmíněno, estrogenním deficitem (Heinemann et al., 2003, s. 2).

Všech jedenáct symptomů, které dotazník MRS zahrnuje, se rozděluje do tří základních domén. První doména je somato-vegetativní, ta zahrnuje čtyři symptomy – návaly horka a pocení, srdeční obtíže, poruchy spánku, bolesti svalů a kloubů. Druhá doména je psychologická, ta zahrnuje také čtyři symptomy – depresivní nálady, předrážděnost, úzkost a vyčerpání. Poslední doména je urogenitální, která zahrnuje pouze tři symptomy – sexuální obtíže, močové obtíže a suchost pochvy.

Po vyplnění dotazníku MRS se body u jednotlivých symptomů sečtou a výsledek určí závažnost klimakterického syndromu. Výsledný celkový skóre MRS je v rozmezí 0 – 44 bodů. Čím vyšší počet bodů, tím větší je intenzita klimakterických obtíží a tím nižší úroveň kvality života ženy. Za mírné obtíže a vysokou kvalitu života lze považovat celkový skóre od 0 – 15 bodů. Celkový skóre mezi 16 – 30 body značí, že kvalita života ženy po menopauze je již přítomnými symptomy ovlivněna a tím zhoršena. Rozmezí bodů 31 – 44 poukazuje na výrazné zhoršení kvality života. Ve výsledcích jednotlivých domén můžeme zároveň porovnat, ve které doméně udávaly ženy obtíže více či méně, které obtíže jsou pro ně nejzávažnější (Moravcová et al, 2014, s. 96-98) (Příloha A).

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů výzkumu a studia odborné literatury byly stanoveny v diplomové práci na téma „Hodnocení kvality života žen po menopauze“ tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jak ovlivňují jednotlivé symptomy estrogenního deficitu kvalitu života žen po menopauze?

Výzkumná otázka č. 2: Které symptomy estrogenního deficitu pociťují respondentky v největší intenzitě?

Výzkumná otázka č. 3: Ve které ze tří stanovených domén pociťují respondentky obtíže nejvýrazněji?

Výzkumná otázka č. 4: Ve které ze tří stanovených domén pociťují respondentky obtíže nejméně?

8 Metodika výzkumu

Ve výzkumné části byla nejprve zvolena metoda sběru dat, poté byla stanovena kritéria pro sběr dat. V poslední řadě bylo stanoveno časové rozmezí pro sběr dat, a kde výzkum bude probíhat.

8.1 Výzkumný nástroj

Ke zpracování výzkumné části diplomové práce byla zvolena metoda sběru dat pomocí standardizované české verze dotazníku Menopause Rating Scale (Příloha A). Forma dotazníku byla „tužka-papír“. Dotazník byl anonymní, respondentky vyplnily pouze iniciály, dosažené vzdělání, věk a léčbu (pouze v případě, že užívaly hormonální substituční terapii). Dotazník MRS obsahuje jedenáct uzavřených položek, kde respondentky mají na výběr pět možných odpovědí, kterými hodnotí míru intenzity jednotlivých symptomů (0 – 4). Bodové hodnocení je následující: 0 = žádné obtíže, 1 = mírné obtíže, 2 = střední obtíže, 3 = výrazné obtíže, 4 = nesnesitelné obtíže. Odpovědi respondentky volily dle intenzity obtíží jednotlivých symptomů, které se u nich objevují za poslední měsíc. Všech jedenáct symptomů je rozděleno do tří domén. První doména je somato-vegetativní. Zahrnuje symptomy – návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku, bolesti svalů a kloubů. Druhá doména je urogenitální, ta zahrnuje symptomy – močové obtíže, sexuální obtíže a suchost pochvy. Poslední doménou je doména psychologická, která zahrnuje symptomy – depresivní nálady, předrážděnost, úzkost a vyčerpání (více v kap. 6.4).

8.2 Charakteristika souboru

Výzkumným souborem byly ženy ve věku 45 – 65 let, u kterých je již ukončen menstruační cyklus a jsou u nich přítomny symptomy estrogenního deficitu. Pokud respondentky splňovaly kritéria a souhlasily s výzkumem, byl jim poskytnut k vyplnění dotazník Menopause Rating Scale. Respondentky u každého z jedenácti uvedených symptomů (obtíží) označily míru intenzity obtíží, která odpovídala jejich reálné situaci za poslední měsíc. Míru intenzity obtíží volily respondentky na škále od 0 – 4. Celkem bylo rozdáno 220 dotazníků MRS. Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 206 vyplněných dotazníků MRS. Pro neúplnost vyplnění všech jedenácti položek bylo vyřazeno čtrnáct dotazníků.

8.3 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal od března do listopadu 2015. Dotazník Menopause Rating Scale byl rozdáván ženám na lůžkovém gynekologickém oddělení v Nemocnici Pardubického kraje, kde respondentky vyplnily dotazník během hospitalizace. Dále byl dotazník rozdán ženám v soukromé gynekologické ambulanci v Pardubicích, kde dotazník respondentky mohly dobrovolně vyplnit při čekání na vyšetření. Respondentkám byly před vyplněním podány informace, pro koho je dotazník MRS určen a co je cílem našeho výzkumu. Tedy, že chceme zhodnotit kvalitu života žen po menopauze. Zároveň probíhal i výzkum elektronické formy dotazníku MRS, kterým se zabývala ve své diplomové práci kolegyně Bc. Martina Urbánková.

8.4 Analýza dat

Výsledky získané průzkumným šetřením jsou zpracovány pomocí popisné statistiky za použití počítačových programů Microsoft Office Word 2007, Microsoft Office Excel 2007 a programu STATISTICA. Získané informace jsou prezentovány pomocí tabulek. Ve výsledcích používáme statistické veličiny (absolutní četnost: n_i , relativní četnost: f_i v %, suma: Σ). Vzorec na výpočet relativní četnosti: $f_i = n_i / n \times 100$.

9 Prezentace výsledků

Dotazník Menopause Rating Scale obsahuje celkem jedenáct symptomů, které souvisí s estrogenním deficitem. Jednotlivé symptomy estrogenního deficitu jsou rozděleny do tří domén (Tab. 1).

Tabulka 1 Domény MRS

MENOPAUSE RATING SCALE		
Symptomy	Intenzita obtíží	Domény
1. Návaly horka	0 – žádné 1 – mírné 2 – střední 3 – výrazné 4 – nesnesitelné	Somato-vegetativní doména
2. Srdeční potíže		
3. Poruchy spánky		
4. Depresivní nálady		Psychologická doména
5. Předrážděnost		
6. Úzkost		
7. Vyčerpání		
8. Sexuální obtíže		Urogenitální doména
9. Močové obtíže		
10. Suchost pochvy		
11. Bolesti svalů a kloubů		

Doména první je somato-vegetativní a skládá se ze čtyř symptomů. Patří sem návaly horka, pocení (občasné pocení), srdeční obtíže (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně), poruchy spánku (potíže s usínáním, předčasné probouzení, potíže s trváním spánku) a bolesti svalů a kloubů (bolesti kloubů, revmatické potíže).

Doména druhá je psychologická, tato doména také obsahuje čtyři symptomy. Zahrnuje symptomy, jako jsou depresivní nálady (pocit smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad), předrážděnost (nervozita, vnitřní tíseň, pocit agresivity), úzkost (vnitřní roztěkanost, pocit paniky) a vyčerpání (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapomínání).

Do domény třetí patří pouze tři symptomy, které se objevují v dotazníku MRS. Jedná se o symptomy, jako jsou sexuální obtíže (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení), močové obtíže (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení) a suchost pochvy (pocity suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku).

Tabulka 2 Léčba HRT

Léčba	Před léčbou	1 měsíc	3 měsíce	12 měsíců
n_i	185	2	7	12
f_i %	89,80	0,98	3,39	5,83

Dotazník MRS zahrnuje položku „léčba“, pomocí které bylo zjištěno, zda se respondentka léčí hormonální substituční terapií (HRT) či léčbu nemá. Velká většina respondentek (89,80 %) zatím neužívá hormonální substituční terapii pro zmírnění obtíží estrogenního deficitu, které se u žen mohou v menopauze objevit. Avšak z celkového počtu 206 respondentek (100 %), již 12 respondentek (5,83 %) užívá hormonální substituční terapii déle, než 12 měsíců. Tříměsíční léčbu udalo 7 respondentek (3,39 %) a jeden měsíc užívají hormonální substituční terapii pouze 2 respondentky (0,98 %). (Tab. 2.)

Tabulka 3 Věk respondentek

Věk respondentek	n _i	f _i (%)
45 – 50 let	49	23,80
51 – 55 let	46	22,80
56 – 60 let	47	21,85
61 – 65 let	64	31,55
Celkem	206	100
Průměrný věk	56 let	

Dotazník MRS byl rozdán respondentkám ve věku 45 – 65 let. V dotazníku je položka, kde každá respondentka uvedla svůj věk (Tab. 3). Nejpočetnější skupinu tvořily respondentky ve věku 61 – 65 let. Průměrný věk všech dotázaných respondentek byl 56 let.

9.1 Položky dotazníku MRS

Položky dotazníku MRS jsou hodnoceny jednotlivě. U každého symptomu je nejpočetnější odpověď, kterou respondentky uvedly, označena tučným písmem.

Otázka č. 1: Návaly horka

První položka dotazníku MRS zjišťuje, jakou intenzitu obtíží mají u respondentek symptom návaly horka, pocení (Tab. 4).

Tabulka 4 Návaly horka

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	60	29,13
1 – mírné	63	30,58
2 – střední	45	21,85
3 – výrazné	31	15,04
4 – nesnesitelné	7	3,40
Celkem	206	100

Z celkového počtu 206 respondentek (100 %) byla nejčetnější odpověď, že respondentky mají pouze mírné obtíže, co se týče návalů horka a občasného pocení. Tuto odpověď uvedlo celkem 63 respondentek (30,58 %). Přibližně stejný počet, tj. 60 respondentek (29,13 %) uvedlo, že nemají žádné obtíže. Z dotázaných respondentek dalších 45 žen (21,85 %) udalo, že se u nich objevují obtíže střední intenzity. U 31 respondentek (15,04 %) se objevují symptomy v podobě návalů horka a pocení výrazné intenzity. Zbýlých 7 respondentek (3,40 %) má obtíže nesnesitelné.

Otázka č. 2: Srdeční obtíže

Druhá položka dotazníku MRS zjišťuje, jakou intenzitu obtíží mají u respondentek symptom srdeční obtíže, bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně (Tab. 5).

Tabulka 5 Srdeční obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	99	48,05
1 – mírné	54	26,21
2 – střední	35	17,00
3 – výrazné	15	7,28
4 – nesnesitelné	3	1,46
Celkem	206	100

Z celkového počtu 206 respondentek (100%) byla nejpočetnější odpověď u této položky, že respondentky nemají žádné srdeční obtíže. Tuto odpověď uvedlo celkem 99 dotázaných respondentek (48,05%). Mírné obtíže udalo celkem 54 respondentek (26,21 %), zároveň tato odpověď byla druhou nejpočetnější u této položky. Dalších 35 respondentek (17,00 %) trpí středními obtížemi. Výrazné obtíže udávalo 15 respondentek (7,28 %) a pouze 3 respondentky (1,46 %) udaly, že mají nesnesitelné obtíže. Z výsledků tedy vyplývá, že symptom „srdeční obtíže“ respondentky hodnotily na stupnici intenzity obtíží nejčastěji číslem 0 a 1.

Otázka č. 3: Poruchy spánku

Třetí položka dotazníku MRS zjišťuje, jakou intenzitu obtíží mají u respondentek symptom poruchy spánku, potíže s usínáním, předčasné probuzení, potíže s trváním spánku (Tab. 6).

Tabulka 6 Poruchy spánku

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	54	26,21
1 – mírné	52	25,24
2 – střední	48	23,30
3 – výrazné	40	19,42
4 – nesnesitelné	12	5,83
Celkem	206	100

U tohoto symptomu bylo hodnocení intenzity obtíží velmi podobné. Z celkového počtu 206 respondentek (100 %) udalo 54 respondentek (26,21 %), že nemají žádné obtíže. Dalších 52 respondentek (25,24 %) udalo, že mají mírné obtíže. Třetí početná skupina 48 respondentek (23,30 %) označilo, že mají střední obtíže. Výrazné obtíže udalo celkem 40 respondentek (19,42 %). Poslední méně početná skupina 12 respondentek (5,83 %) udala, že mají nesnesitelné obtíže. Z výsledků tedy vyplývá, že symptom „poruchy spánku“ respondentky hodnotily na stupnici intenzity obtíží nejčastěji číslem 0 a 1, 2 a 3. Odpovědi byli na stupnici od 0 – 3 poměrně vyvážené.

Otázka č. 4: Depresivní nálady

Čtvrtá položka dotazníku MRS zjišťuje, jakou intenzitu obtíží mají u respondentek symptom depresivní nálady, pocity smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad (Tab. 7).

Tabulka 7 Depresivní nálady

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	65	31,56
1 – mírné	60	29,13
2 – střední	52	25,24
3 – výrazné	23	11,16
4 – nesnesitelné	6	2,91
Celkem	206	100

U tohoto symptomu z celkového počtu 206 respondentek (100 %) udalo 65 respondentek (31,56 %), že nemají žádné obtíže. Další početnou skupinou bylo 60 respondentek (29,13 %), které udaly, že mají mírné obtíže. Střední obtíže se objevují u 52 respondentek (25,24 %). Výrazné obtíže se udalo celkem 23 respondentek (11,16 %). Opět nejméně početná skupina byla 6 respondentek (2,91 %), které udaly, že mají nesnesitelné obtíže. Z výsledků tedy vyplývá, že symptom „depresivní nálady“ respondentky hodnotily na stupnici intenzity obtíží nejčastěji číslem 0 a 1.

Otázka č. 5: Předrážděnost

Pátá položka dotazníku MRS zjišťuje, jakou intenzitu obtíží mají u respondentek symptom předrážděnost, nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity (Tab. 8).

Tabulka 8 Předrážděnost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	75	36,40
1 – mírné	76	36,90
2 – střední	34	16,50
3 – výrazné	20	9,71
4 – nesnesitelné	1	0,49
Celkem	206	100

Z celkového počtu 206 respondentek (100 %) byla nejpočetnější skupina dotázaných respondentek s mírnými obtížemi. Tuto odpověď uvedlo celkem 76 respondentek (36,90 %). Téměř stejný počet 75 respondentek (36,40 %), byl u odpovědi „žádné obtíže“. Méně početná skupina 34 dotázaných respondentek (16,50 %) udala, že mají střední obtíže. U 20 respondentek (9,71 %) se objevují výrazné obtíže a pouze 1 respondentka (0,49 %) udala, že má nesnesitelné obtíže. Z výsledků tedy vyplývá, že symptom „předrážděnost“ respondentky hodnotily na stupnici intenzity obtíží nejčastěji číslem 0 a 1.

Otázka č. 6: Úzkost

Šestá položka dotazníku MRS zjišťuje, jakou intenzitu obtíží mají u respondentek symptom úzkost, vnitřní roztěkanost, pocity paniky (Tab. 9).

Tabulka 9 Úzkost

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	99	48,05
1 – mírné	59	28,65
2 – střední	32	15,53
3 – výrazné	15	7,28
4 – nesnesitelné	1	0,49
Celkem	206	100

Z celkového počtu 206 respondentek (100 %) udalo celkem 99 respondentek (48,05 %), že nemají žádné obtíže. Druhá nejpočetnější skupina 59 respondentek (28,65 %) udala, že se u nich objevují pouze mírné obtíže. Dalších 32 respondentek (15,53 %) označilo, že mají střední obtíže. Pouze 15 respondentek (7,28 %) udalo, že se u nich objevují výrazné obtíže a opět nejméně početná skupina, byla s obtížemi nesnesitelnými, které udala pouze 1 respondentka (0,49 %). Z výsledků tedy vyplývá, že symptom „úzkost“ respondentky hodnotily na stupnici intenzity obtíží nejčastěji číslem 0 a 1.

Otázka č. 7: Vyčerpání

Sedmá položka dotazníku MRS zjišťuje, jakou intenzitu obtíží mají u respondentek symptom pocit vyčerpání, pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapomínání (Tab. 10).

Tabulka 10 Vyčerpání

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	52	25,24
1 – mírné	73	35,43
2 – střední	59	28,65
3 – výrazné	17	8,25
4 – nesnesitelné	5	2,43
Celkem	206	100

U tohoto symptomu nejvíce respondentek 73 (35,43 %) udávalo obtíže mírné. U 59 respondentek (28,65 %) byla odpověď, že mají obtíže střední. Přibližně stejný počet respondentek 52 (25,24 %) udalo obtíže žádné. Z celkového počtu 206 respondentek (100 %) celkem 17 respondentek (8,25 %) udalo, že se u nich objevují výrazné obtíže a pouze 5 respondentky (2,43 %) udalo, že mají nesnesitelné obtíže. Z výsledků tedy vyplývá, že symptom „vyčerpání“ respondentky hodnotily na stupnici intenzity obtíží nejčastěji číslem 0, 1 a 2.

Otázka č. 8: Sexuální obtíže

Osmá položka dotazníku MRS zjišťuje, jakou intenzitu obtíží mají u respondentek symptom sexuální obtíže, změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení (Tab. 11).

Tabulka 11 Sexuální obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	98	47,57
1 – mírné	54	26,21
2 – střední	34	16,50
3 – výrazné	12	5,83
4 – nesnesitelné	8	3,89
Celkem	206	100

Z celkového počtu 206 respondentek (100 %) označila celkem 98 dotázaných respondentek (47,57 %), že nemají žádné obtíže. Druhou nejpočetnější skupinou bylo 54 respondentek (26,21 %) které udaly, že mají mírné obtíže. Dalších 34 respondentek (16,50 %) udalo, že mají střední obtíže. Méně početná skupina 12 respondentek (5,83 %) označila, že se u nich objevují výrazné obtíže a pouze 8 respondentek (3,89 %) udalo, že mají nesnesitelné obtíže. Z výsledků tedy vyplývá, že symptom „sexuální obtíže“ respondentky hodnotily na stupnici intenzity obtíží nejčastěji číslem 0 a 1.

Otázka č. 9: Močové obtíže

Devátá položka zjišťuje, jakou intenzitu obtíží mají u respondentek symptom močové obtíže, obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení (Tab. 12).

Tabulka 12 Močové obtíže

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	87	42,23
1 – mírné	57	27,67
2 – střední	32	15,53
3 – výrazné	22	10,68
4 – nesnesitelné	8	3,89
Celkem	206	100

Z celkového počtu 206 respondentek (100 %) udalo 87 respondentek (42,23 %), že nemají žádné obtíže. Mírné obtíže se objevují celkem u 57 respondentek (27,67 %). Nejméně početnou skupinou byla opět skupina 8 respondentek (3,89 %), které trpí nesnesitelnými obtížemi. Menší počet respondentek byl u středních a výrazných obtíží, kde 32 respondentek (15,53 %) má střední obtíže a 22 respondentek (10,68 %) má obtíže nesnesitelné. Z výsledků tedy vyplývá, že symptom „močové obtíže“ respondentky hodnotily na stupnici intenzity obtíží nejčastěji číslem 0 a 1.

Otázka č. 10: Suchost pochvy

Desátá položka zjišťuje, jakou intenzitu obtíží mají u respondentek symptom suchost pochvy, pocity suchosti a pálení v pochvě, obtíže při pohlavním styku (Tab. 13).

Tabulka 13 Suchost pochvy

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	124	60,19
1 – mírné	33	16,02
2 – střední	20	9,71
3 – výrazné	15	7,28
4 – nesnesitelné	14	6,80
Celkem	206	100

Z celkového počtu 206 respondentek (100 %) udalo celkem 124 respondentek (60,19 %), že nemají žádné obtíže, co se týče symptomu „suchost pochvy“. Tuto odpověď uvedla více než polovina dotázaných respondentek. U dalších 33 respondentek (16,02 %) se objevují pouze mírně obtíže. Střední obtíže udalo 20 respondentek (9,71 %). Výrazné obtíže udalo celkem 15 respondentek (7,28 %) a nesnesitelné obtíže se objevují u 14 respondentek (6,80 %). Z výsledků tedy vyplývá, že symptom „suchost pochvy“ respondentky hodnotily na stupnici intenzity obtíží nejčastěji číslem 0 a 1. Zároveň lze konstatovat, že ze všech symptomů, které jsou uvedeny v dotazníku MRS, byla u tohoto symptomu odpověď 0 = žádné obtíže nejpočetnější skupinou respondentek.

Otázka č. 11: Bolesti svalů a kloubů

Jedenáctá položka zjišťuje, jakou intenzitu obtíží mají u respondentek symptom bolesti svalů, bolesti kloubů a revmatické potíže (Tab. 14).

Tabulka 14 Bolesti svalů a kloubů

Intenzita obtíží	n_i	f_i (%)
0 – žádné	55	26,70
1 – mírné	56	27,18
2 - střední	47	22,82
3 - výrazné	34	16,50
4 - nesnesitelné	14	6,80
Celkem	206	100

U tohoto symptomu byl přibližně stejný počet respondentek u obtíží žádných a mírných. Nejpočetnější skupinou byly opět obtíže mírné a žádné, kde z celkového počtu 206 respondentek (100 %) bylo 56 respondentek (27,18 %) s mírnými obtížemi a 55 respondentek (26,70 %) se žádnými obtížemi. Další velmi početná skupina respondentek byla u obtíží středních, kde tuto intenzitu udalo celkem 47 respondentek (22,82 %). Výrazné obtíže se objevují u 34 respondentek (16,50 %) a 14 respondentek (6,80 %) má obtíže nesnesitelné. Z výsledků tedy vyplývá, že symptom sexuální obtíže respondentky hodnotily na stupnici intenzity obtíží nejčastěji číslem 0, 1 a 2.

9.2 Přehled jednotlivých domén

Dle intenzity obtíží jednotlivých symptomů, respondentky udávaly body na stupnici 0 – 4 (žádné až nesnesitelné obtíže). V následujících třech tabulkách je uveden součet všech bodů za jednotlivé symptomy dle intenzity obtíží, kterou respondentky udávaly. Tyto údaje ukazují, které symptomy byly u žen vnímány s největší, resp. nejmenší intenzitou. Dále je patrné, která doména obsahuje nejvýraznější symptomy u daného souboru respondentek (Tab. 15 – 17).

Tabulka 15 Doména somato-vegetativní

Symptomy	Návaly horka	Srdeční obtíže	Poruchy spánku	Bolesti svalů a kloubů
Celkový skór	269	183	316	308

V somato-vegetativní doméně největší intenzitu obtíží udávaly respondentky u symptomu „poruchy spánku“ (potíže s usínáním, předčasné probuzení, potíže s trváním spánku). Jako druhý nejzávažnější symptom v této doméně udávaly respondentky „bolesti svalů a kloubů“ (bolesti kloubů, revmatické obtíže). Třetí symptom v této doméně byl „návaly horka“ (občasné pocení). Nejméně udávaly respondentky obtíže u symptomu „srdeční obtíže“ (bušení srdce, nepravidelný rytmus, zrychlený tep, pocit tísně)(Tab. 15).

Tabulka 16 Doména psychologická

Symptomy	Depresivní nálady	Předrážděnost	Úzkost	Vyčerpání
Celkový skór	254	210	172	260

V psychologické doméně nejvíce bodů při hodnocení intenzity obtíží jednotlivých symptomů udávaly respondentky u symptomu „vyčerpání“ (pokles výkonnosti, výpadky paměti, pokles koncentrace, zapomínání). Těsně za ním byl nejčastěji udáván symptom „depresivní nálady“ (pocity smutku, plačtivost, nedostatek energie, proměnlivost nálad). Nejméně bodů v této doméně respondentky udávaly u symptomu „předrážděnost“ (nervozita, vnitřní tíseň, pocity agresivity) a symptom „úzkost“ (vnitřní roztěkanost, pocity paniky)(Tab.16).

Tabulka 17 Doména urogenitální

Symptomy	Sexuální obtíže	Močové obtíže	Suchost pochvy
Celkový skór	190	219	173

V urogenitální doméně nejvíce bodů při hodnocení intenzity obtíží jednotlivých symptomů respondentky udávaly symptom „močové obtíže“ (obtíže při močení, močová inkontinence, časté močení). Druhý nejzávažnější symptom udávaly respondentky „sexuální obtíže“ (změny sexuální chuti, aktivity a uspokojení). Nejméně bodů udávaly respondentky u symptomu „suchost pochvy“ (pocity suchosti a pálen v pochvě, obtíže při pohlavním styku) (Tab. 17).

Tabulka 18 Celkový skór

Celkový skór	0 – 15	16 - 30	31 – 44	Celkem
n_i	121	82	3	206
f_i (%)	58,74	39,8	1,46	100

Celkový skór je součet bodů všech domén. Celkem mohla každá respondentka získat 0 – 44 bodů dle intenzity obtíží jednotlivých symptomů. Bodové rozmezí 0 – 15 bodů znamená, že respondentka má mírné obtíže, tudíž jejich kvalita života je estrogenním deficitem minimálně ovlivněna. Rozmezí bodů od 16 – 30 znamená, že má respondentka střední obtíže, což znamená, že její kvalita života je mírně snížena. Pokud respondentka získala 31 – 44 bodů, znamená to, že má výrazné obtíže a její kvalita života je výrazně ovlivněna estrogenním deficitem.

Z výsledků vyplývá, že z celkového počtu 206 dotázaných respondentek, získalo celkem 121 respondentek (58,74 %) body v rozmezí 0 – 15. Znamená to, že se jejich kvalita života vlivem menopauzy výrazně nezměnila a je poměrně vysoká. Z celkového počtu se pohybuje celkem 82 respondentek (39,80 %) ve střední hranici bodového rozmezí 16 – 30 bodů, to znamená, že je kvalita života vlivem menopauzy u žen snížena. Pouze 3 respondentky (1,46 %) mají v menopauze kvalitu života velmi nízkou a jejich bodové hodnocení se pohybuje v rozmezí od 31 – 44 bodů (Tab. 18).

Pomocí programu STATISTICA byly vytvořena tabulky popisné statistiky, kde byly sledovány další parametry popisné statistiky – N platných, minimum, maximum, průměr, medián, modus četnost modu, a směrodatná odchylka (Tab. 19).

Tabulka 19 Jednotlivé symptomy (popisná statistika)

Symptomy	Popisné statistiky (Tabulka1)							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min.	Max.	Sm. odch.
Návaly horka	206	1,31	1	0	65	0	4	1,16
Srdeční obtíže	206	0,89	1	0	99	0	4	1,05
Poruchy spánku	206	1,53	1	0	54	0	4	1,23
Depresivní nálady	206	1,23	1	0	66	0	4	1,11
Předrážděnost	206	1,02	1	1	76	0	4	0,98
Úzkost	206	0,84	1	0	98	0	4	0,97
Vyčerpání	206	1,27	1	1	73	0	4	1,01
Sexuální obtíže	206	0,92	1	0	98	0	4	1,11
Močové obtíže	206	1,06	1	0	87	0	4	1,16
Suchost pochvy	206	0,84	0	0	124	0	4	1,25
Bolesti svalů a kloubů	206	1,50	1	1	56	0	4	1,24

Celkový počet respondentek byl 206. Respondentky měly na výběr ze stupnice intenzity obtíží 0 – 4, proto minimum bylo u všech symptomů 0 a maximum 4. U každého symptomu je uveden průměr odpovědí, které respondentky udaly na stupnici obtíží 0 – 4. Z výsledků průměrných hodnot vyplývá, že nejvyšší průměrná hodnota je u symptomu „poruchy spánku“ tj. 1,53 a naopak nejmenší byla u symptomu „suchost pochvy“, tj. 0,84. Medián neboli střední hodnota byla až na výjimku symptomu „suchost pochvy“ u všech ostatních symptomů 1. Tento symptom byl jediný, kde více než polovina respondentek uvedla na stupnici obtíží odpověď 0 (žádné obtíže). Modus nám udává, jaká odpověď byla nejčetnější. V tomto případě je z tabulky vidět, že nejčetnější odpověď a zároveň tedy nejčetnější míru intenzity obtíží udávaly respondentky pouze 0 (žádné obtíže) a 1 (mírné obtíže). Četnost modu udává počet respondentek u nejpočetnější odpovědi v dotazníku MRS, tedy v tomto případě, kolik respondentek udalo nejčastější odpověď 0 a 1 na stupnici obtíží (Tab. 19).

Z tabulky vyplývá, že se u respondentek neobjevují většinou žádné obtíže estrogenního deficitu nebo se u nich objevují pouze obtíže mírné. To je pozitivní zjištění, protože lze

konstatovat, že kvalita života oslovených žen nemusí být výrazně symptomy estrogenního deficitu ovlivněna.

Tabulka 20 Domény MRS (popisná statistika)

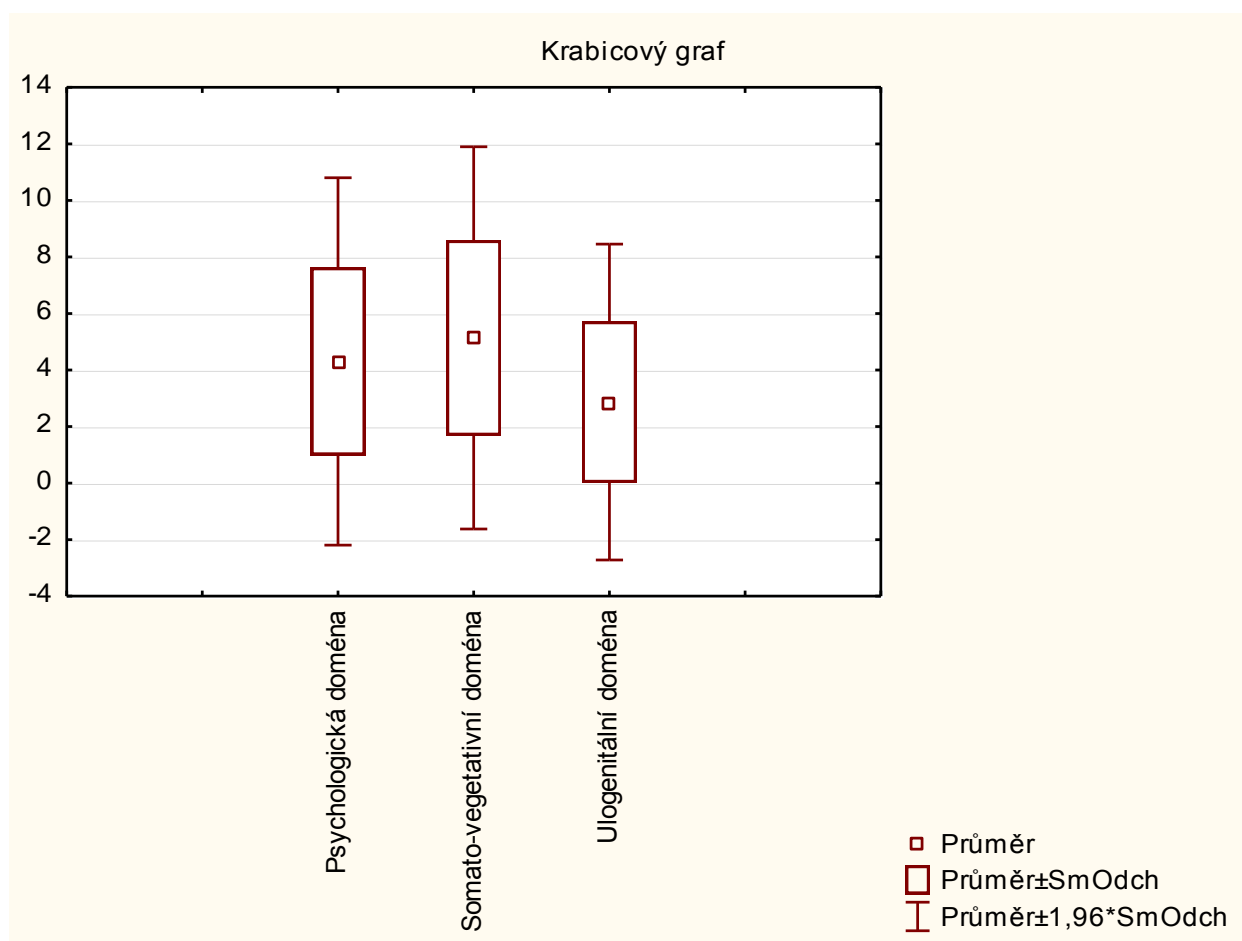
Doména	Popisné statistiky (Tabulka1)							
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Min.	Max.	Sm. odch.
Psychologická	206	4,31	4	4	29	0	13	3,32
Somato-vegetativní	206	5,14	4	3	30	0	15	3,45
Urogenitální	206	2,87	2	0	47	0	11	2,85

Respondentky v dotazníku MRS mohly získat celkový skóre v rozmezí 0 – 44. V doméně somato-vegetativní a psychologické mohly respondentky získat 0 – 16 bodů a v doméně urogenitální 0 – 12 bodů. V psychologické doméně z celkového počtu 206 respondentek je průměr celkového skóre symptomů, které tato doména zahrnuje 4,31. Střední hodnota (medián) je hodnota, která se nachází přesně uprostřed všech hodnot seřazených do neklesající posloupnosti, v tomto případě je medián 4. V této doméně byl modus 4. To znamená, že po sečtení bodů všech symptomů psychologické domény nejvíce žen získalo 4 body. Respondentek, které získaly 4 body v této doméně, bylo celkem 29 (četnost modu). Psychologická doména zahrnuje celkem 4 symptomy (depresivní nálady, předrážděnost, úzkost, vyčerpání). Každý symptom mohl být ohodnocen 0 až 4 body. Minimum v této doméně je u sledovaných respondentek 0 a maximum 13. To znamená, že maximální počet získaných bodů za všechny čtyři symptomy je 13 bodů. Žádná z respondentek nedosáhla v psychologické doméně maximálního počtu bodů 16.

V somato-vegetativní doméně z celkového počtu 206 respondentek je průměr celkového skóre symptomů, které tato doména zahrnuje, 5,14. V této doméně je průměr vyšší než v doméně psychologické, což znamená, že symptomy ze somato-vegetativní domény jsou pro respondentky obtížnější než v doméně psychologické. Střední hodnota je stejná jako v předchozí doméně – 4. V této doméně byla nejčetnější skupina respondentek, které získaly po sečtení všech symptomů 3 body (modus). Celkem tento počet bodů získalo 30 respondentek (četnost modu). Tato doména zahrnovala opět čtyři symptomy (návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku, bolesti svalů a kloubů). Minimum je 0 a maximum je

15. To znamená, že maximální počet získaných bodů v této doméně byl 15 bodů. Žádná z respondentek nedosáhla v somato-vegetativní doméně maximálního počtu bodů 16.

V urogenitální doméně z celkového počtu 206 respondentek je průměr celkového skóru symptomů, které tato doména zahrnuje, 2,87. V této doméně byl průměr ze všech tří domén nejmenší, což poukazuje na to, že v této doméně pociťují respondentky nejmenší obtíže estrogenního deficitu. Střední hodnota (medián) se zde liší od předchozích domén. V této doméně je medián 2. V urogenitální doméně byla po sečtení bodů jednotlivých symptomů nejčtenější skupina respondentek, které získaly 0 bodů (žádné obtíže). Počet respondentek, které získaly 0 bodů, bylo celkem 47 (četnost modu). Urogenitální doména zahrnuje pouze tři symptomy (močové obtíže, sexuální obtíže a suchost pochvy). V této doméně je minimum opět 0 a maximum je 11. To znamená, že maximální počet získaných bodů v této doméně je tedy 11 bodů. Žádná z respondentek nedosáhla v somato-vegetativní doméně maximálního počtu bodů 12 (Tab. 20).



Obrázek 1 Krabicový graf domén MRS

Na krabicovém grafu jsou výsledky jednotlivých domén dle průměrných hodnot. Průměrná hodnota psychologické domény byla 4,31. V doméně somato-vegetativní byla průměrná

hodnota 5,14 a v doméně urogenitální byla průměrná hodnota 2,87. Dle výsledků, které zde vidíme, můžeme konstatovat, že nejvíce respondentky pociťují obtíže, které jsou u nich způsobené estrogenním deficitem v doméně somatovegetativní (návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku, bolesti svalů a kloubů). Naopak nejméně se obtíže objevují v doméně urogenitální (sexuální obtíže, močové obtíže, suchost pochvy). U žádné ze tří domén respondentky nedosahovaly maximálních hodnot. Většinou respondentky pociťují obtíže jako mírné nebo se u nich některé obtíže nevyskytují vůbec (Obr. 1).

Diskuze

V teoretické části byl definován pojem menopauza a termíny s ním spojené. Dále jsme popsaly jednotlivé symptomy, které se mohou u žen v menopauze objevit. Byla popsána onemocnění, která se u žen mohou objevit, pokud jsou obtíže estrogenního deficitu výrazné až nesnesitelné bez terapeutické léčby. V teoretické části jsme se také zaměřily na definici pojmu „kvalita života“ a hodnocení kvality života pomocí specifických dotazníků.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak ovlivňuje menopauza kvalitu života žen. Pomocí standardizované české verze dotazníku Menopause Rating Scale (MRS) jsme zjistily míru obtíží jednotlivých symptomů u žen v menopauze. Respondentky odpovídaly celkem na jedenáct otázek a na výběr měly 0 – 4 body, dle intenzity obtíží jednotlivých symptomů, které se u nich mohou po menopauze objevit. Jednotlivé symptomy dotazníku MRS byly rozděleny na tři domény. První doména je somato-vegetativní (návaly horka, srdeční obtíže, poruchy spánku, bolesti svalů a kloubů). Druhá doména je psychologická (depresivní nálady, předrážděnost, vyčerpání, úzkost) a třetí doména je urogenitální (sexuální obtíže, močové obtíže, suchost pochvy). Po sečtení všech bodů v jednotlivých doménách, bylo zjištěno, jaké symptomy se u respondentek objevují nejčastěji.

Jestliže se celkový skóre pohybuje v rozmezí 0 – 15 bodů, objevují se u ženy obtíže mírné intenzity, kvalita života není výrazně ovlivněna. Rozmezí celkového skóre 16 – 30 bodů značí střední intenzitu obtíží symptomů, které se mohou u žen po menopauze objevit. Kvalita života již může přítomnými symptomy estrogenního deficitu být ovlivněna. Pokud se u ženy objevují po menopauze výrazné obtíže u jednotlivých symptomů, je celkový skóre MRS v rozmezí 31 – 44 bodů. U těchto žen pak dochází již k výraznému snížení kvality života vlivem symptomů estrogenního deficitu. Bodové rozdělení celkového skóre je dáno na podkladě výzkumů původních verzí dotazníku MRS a zkušeností z klinické praxe (Moravcová et al, 2014, s. 96-98).

Výzkumná otázka č. 1: Jak ovlivňují jednotlivé symptomy estrogenního deficitu kvalitu života žen po menopauze?

Symptomy jako jsou návaly horka, bušení srdce, poruchy spánku, depresivní nálady, předrážděnost, úzkost, vyčerpání, sexuální obtíže, močové obtíže, suchost pochvy, bolesti svalů a kloubů mohou mít někdy velký vliv na změnu kvality života žen po menopauze. Samozřejmě je vnímání intenzity obtíží velmi individuální. Pomocí dotazníku MRS bylo

zjištěno, jak moc menopauza ovlivňuje kvalitu života respondentek. Dotazník MRS je určen k subjektivnímu hodnocení obtíží jednotlivých symptomů, které se u žen v menopauze mohou objevit a k orientačnímu hodnocení kvality života v klinických podmínkách. Jak již bylo zmíněno v teoretické části diplomové práce, symptomy estrogenního deficitu vznikají pozvolna a jsou velmi individuální. Všechny symptomy související s menopauzou neohrožují ženu na životě, ale mohou značně ovlivnit kvalitu jejího života. Každá žena může menopauzu prožívat odlišně. Některé ženy mají velké obtíže, což jim samozřejmě výrazně kvalitu jejich života ovlivňuje a naopak jiné ženy nepociťují v menopauze výrazné změny.

Po zhodnocení všech jednotlivých symptomů lze konstatovat, že respondentky označily u jednotlivých obtíží možnost **žádné obtíže** nebo mají **pouze mírné až střední obtíže** estrogenního deficitu. Výrazné a nesnesitelné obtíže se objevují pouze u malého počtu respondentek. Dle celkového skóru všech položek dotazníku MRS více než polovina respondentek spadá do spodní hranice bodového rozmezí 0 – 15 bodů. Z celkového počtu 206 respondentek (100 %) získalo 121 respondentek (58,74 %) v dotazníku MRS celkový počet bodů v rozmezí **0 – 15 bodů**. To znamená, že kvalita jejich života je symptomy menopauzy **minimálně ovlivněna**. Celkový skór dotazníku MRS v rozmezí **16 – 30 bodů** získalo celkem 82 respondentek (39,80 %). To znamená, že u těchto žen je kvalita jejich života v období ovlivněném menopauzou **mírně snížena**. Pouze 3 (1,46 %) respondentky z celkového počtu získaly celkový počet bodů v rozmezí **31 – 44 bodů**, což poukazuje na to, že jejich kvalita života je vlivem menopauzy **výrazně ovlivněna (snížena)**. Výsledky celkového skóru ve sledovaném souboru respondentek poukazují na to, že menopauza u těchto žen výrazně kvalitu života neovlivňuje.

V porovnání s výsledky výzkumu Urbanové (2015) lze konstatovat, že jsou výsledky obou výzkumů obdobné. Ve výzkumu Urbanové získalo nejvíce respondentek 48 (59,2 %) body v rozmezí 0 – 15 bodů. Druhá nejpočetnější skupina respondentek byla také stejně jako v našem výzkumu v bodovém rozmezí 16 – 30 bodů, kde bylo celkem 31 respondentek (38,3 %). Poslední, nejméně početnou skupinou respondentek bylo bodové rozmezí 31 – 44 bodů, kde byly pouze 2 respondentky (2,5 %)(Urbanová, 2015, s. 40).

Souběžně s tímto výzkumným šetřením probíhal výzkum pomocí elektronické formy dotazníku Menopause Rating Scale, který prováděla Bc. Martina Urbánková ve stejném období, tj. březen – listopad 2015. Výzkumným vzorkem bylo 167 respondentek (žen po menopauze s přítomnými symptomy estrogenního deficitu). Dle výsledků elektronické formy dotazníku MRS lze konstatovat, že jsou výsledky s naším výzkumem srovnatelné.

Průměrný celkový skóre intenzity obtíží byl také v rozmezí 0 – 15 bodů. Dále jsou výsledky výzkumu srovnatelné s výzkumem Moravcové et al. (2014) a výzkumem Krajewska-Ferishah et al. (2010). Ženy udávaly rovněž obtíže ve většině případu mírné nebo střední intenzity. V nejvyšším intervalu celkového skóre 31 – 44 se rovněž u těchto dvou zmiňovaných výzkumů nacházelo naprosté minimum respondentek.

Výzkumná otázka č. 2: U kterého symptomu estrogenního deficitu z každé domény MRS pocít'ují respondentky nejvýraznější obtíže?

Dotazník MRS obsahoval celkem jedenáct položek, které byly rozděleny do tří jednotlivých domén. Respondentky mohly zvolit u každého symptomu na škále od 0 – 4 bodů (0 žádné – 1 mírné – 2 střední – 3 výrazné – 4 nesnesitelné), dle intenzity obtíží jednotlivých symptomů. Zajímalo nás, který symptom z každé domény je u respondentek nejčastější a nejvíce obtěžující. Dle výsledků z domény **somato-vegetativní** nejčastěji uvedly respondentky symptom „**poruchy spánku**“. Patří sem potíže s usínáním, předčasné probuzení, potíže s trváním spánku. Celkový skóre symptomu „poruchy spánku“ byl **316**. Tj. součet všech bodů z celkového počtu 206 dotázaných respondentek. Důležité je u tohoto symptomu zjistit, zda je opravdu způsoben hormonální disbalancí nebo zda se u ženy nejedná o stres či nervozitu, kterou může ovlivňovat zaměstnání, rodinná situace, apod.

Z domény **psychologické** respondentky uvedly nejvíce bodů, dle intenzity obtíží, u symptomu „**vyčerpání**“. Tento symptom se týká poklesu výkonnosti, výpadků paměti, poklesu koncentrace a zapomínání. Celkový skóre u tohoto symptomu byl **260**.

V doméně **urogenitální** uvedly respondentky nejvíce bodů, dle intenzity obtíží, u symptomu „**močové obtíže**“, tzn., že respondentky mohou mít obtíže při močení, může se u nich objevit močová inkontinence nebo se u nich objevuje časté močení. Celkový skóre u tohoto symptomu byl **219**.

Ze všech tří domén (jedenácti symptomů), které mohly respondentky hodnotit dle závažnosti obtíží, udávaly respondentky jako **nejvíce obtěžující symptom „poruchy spánku“**.

V porovnání se zahraničním výzkumem Krajewska-Ferishah udávaly respondentky **největší intenzitu** obtíží také v doméně **somato-vegetativní** u symptomu „návaly horka“ a „poruchy spánku“ (Kajewska-Ferishah et. al, 2010, s. 4).

Urbanová (2015) ve svém výzkumném šetření uvádí, že respondentky pociťují **největší intenzitu** obtíží také v doméně **somato-vegetativní**. Největší obtíže uváděly respondentky u symptomu „návaly horka a pocení“. Jako druhý byl pro respondentky nejvíce obtěžující symptom „poruchy spánku“ (Urbanová, 2015, s. 47).

Dle výsledku Novákové udávaly respondentky **největší intenzitu** obtíží v **doméně psychologické** u symptomu „depresivní nálady“ (Nováková, 2014, s. 35).

Výzkumná otázka č. 3: Ve které ze tří stanovených domén pociťují respondentky obtíže nejvýrazněji?

V tabulce č. 23 jsou znázorněny výsledky jednotlivých domén. Jedná se o součty intenzit všech respondentek u jednotlivých symptomů. U jednotlivých položek měly respondentky k dispozici na výběr z možností 0 – 4 dle intenzity obtíží. Celkový počet respondentek byl 206. U každé položky v dotazníku mohl tedy být celkový součet bodů v rozmezí 0 – 824 bodů.

Doména **somato-vegetativní** obsahovala čtyři položky. Bodové hodnocení každé položky zvlášť bylo následující: návaly horka a pocení – 269 bodů, srdeční obtíže – 183 bodů, poruchy spánku – 316 bodů, bolesti svalů a kloubů – 308 bodů. V této doméně bylo dle bodového hodnocení intenzity obtíží jednotlivých symptomů respondentkami získáno celkem **1076 bodů** za všechny položky.

Doména psychologická také obsahovala čtyři položky. Bodové hodnocení každé položky zvlášť bylo následující: depresivní nálady – 254 bodů, předrážděnost – 210 bodů, úzkost – 172 bodů a vyčerpání 260 bodů. Celkem bylo za všechny čtyři položky získáno **896 bodů**.

Doména urogenitální obsahovala tři položky. Bodové hodnocení každé položky zvlášť bylo následující: sexuální obtíže 190 bodů, močové obtíže – 219 bodů, suchost pochvy – 173 bodů. Celkem bylo získáno za všechny tři položky **582 bodů**. Ze všech tří domén lze tedy konstatovat, že **nejintenzivněji vnímají respondentky obtíže, které jsou zahrnuty v doméně somato-vegetativní**.

Dle průměrného hodnocení celkového skóru je nejzávažnější doména somato-vegetativní. Průměrný skór je 5,14. Jako druhá je doména psychologická, kde je průměrný skór 4,31. A nejméně závažná je tedy poslední doména – urogenitální, kde je průměrný celkový skór 2,87. Průměrná hodnota byla získána pomocí programu STATISTICA.

V porovnání s výsledky Krajewska-Ferishah (2010), kde byl výzkum prováděn u žen v Polsku (241 respondentek), Belgii (79 respondentek), Bělorusku (119 respondentek) a Řecku (100 respondentek), se nejvíce přibližujeme průměrným celkovým skórem v somato-vegetativní doméně k Bělorusku, kde byl průměrný celkový skór 5,2. V doméně psychologické se nejvíce shodujeme s výsledky z Běloruska, kde byl průměrný celkový skór 4,1 a v doméně urogenitální se nejvíce přibližujeme výsledky k Řecku, kde byl průměrný celkový skór dané domény 2,6 (Krajewska-Ferishah et al., 2010, s. 4).

Ve výsledcích Urbanové (2015) dosahovaly respondentky nejvyššího průměrného skóru v somato-vegetativní doméně. Celkový průměrný skór dosahoval 5,38 (Urbanová, 2015, s. 47).

Výzkumná otázka č. 4: Ve které ze tří stanovených domén pocítují respondentky obtíže nejméně?

Ze všech tří domén udávaly respondentky nejmenší obtíže v **urogenitální doméně**, která zahrnuje pouze 3 symptomy (sexuální obtíže, močové obtíže, suchost pochvy). Průměrný celkový skór dané domény byl 2,87. Z urogenitální domény pocítvaly respondentky nejmenší obtíže u symptomu „suchost pochvy“. Odpověď 0 - žádné obtíže na stupnici intenzity obtíží udalo celkem 124 respondentek (60,19 %), což je více než polovina z celkového počtu 206 dotázaných respondentek. Odpověď u symptomu „suchost pochvy“ byla nejpočetnější ze všech 11 položek dotazníku MRS. To znamená, že tento symptom má dle dotázaných respondentek **minimální vliv** na změnu kvality života žen v období ovlivněném menopauzou.

Ve výzkumu Krajewska-Ferishah (2014) také respondentky pocítvaly nejmenší obtíže v urogenitální doméně. Ve srovnání s výzkumem Krajewska-Ferishah se naše průměrná hodnota nejvíce přibližuje výzkumu v Řecku, kde byla průměrná hodnota celkového skóru 2,6. Nejlépe ve výzkumu dopadly ženy z Běloruska, kde byla průměrná hodnota 1,6 a naopak nejhůře dopadly ženy z Běloruska, kde byla průměrná hodnota celkového skóru 3,3 (Krajewska-Ferishah, 2014, s. 4).

Urogenitální doména má nejmenší vliv na změnu kvality života žen po menopauze i dle výzkumu Urbanové. Průměrná hodnota celkového skóru v urogenitální doméně byla 3,98. Oproti naší průměrné hodnotě je podstatně vyšší (Urbanová, 2015, s. 48).

Po celkovém zhodnocení lze konstatovat, že výsledky dotazníkového šetření jsou v porovnání s jinými výzkumy obdobné. Pozitivním zjištěním bylo, že respondentky udávaly nejčastěji žádnou, mírnou nebo střední intenzitu obtíží jednotlivých symptomů. Znamená to, že kvalita jejich života je symptomy estrogenního deficitu u žen v menopauze pouze mírně ovlivněna.

Závěr

Není žádný přesně stanovený věk, ve kterém dojde k přirozenému nástupu menopauzy. Nástup může být pozvolný nebo náhlý. Pro některé ženy může být klimakterium velmi nepříjemné období. Aby ženy zabránily zhoršení obtíží, které se u nich mohou objevovat, je důležité, aby udělaly ve svém životě určité změny, především v životním stylu.

Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, jaké symptomy estrogenního deficitu sledované ženy pociťují a jak je těmito symptomy ovlivněna jejich kvalita života. Ke zjištění byla použita tištěná forma standardizované české verze dotazníku Menopause Rating Scale pro hodnocení kvality života žen po menopauze. Výzkumný vzorek se skládal z 206 respondentek po menopauze s přítomnými symptomy estrogenního deficitu. Z celkového počtu 206 uvedlo 21 respondentek, že je již léčeno hormonální substituční terapií pro snížení obtíží vlivem estrogenního deficitu.

Z výsledků vyplývá, že u respondentek nedochází k výrazným změnám v kvalitě jejich života. Respondentky udávaly, že pociťují příznaky, které s menopauzou souvisí, ale nijak výrazně je neobtěžují na životě, resp. neovlivňují výrazně jejich kvalitu života. Převážná většina respondentek udávala, že nemají žádné obtíže estrogenního deficitu nebo se u nich objevují pouze mírné obtíže. Dle dosavadních výzkumů a zkušeností z klinické praxe bylo rozmezí celkového skóru 0 – 44 rozděleno na tři intervaly. První interval 0 - 15 bodů znamená, že ženy mají pouze mírné obtíže a jejich kvalita života není ovlivněna, 16 – 30 bodů znamená, že mají ženy střední obtíže a již může být jejich kvalita života výrazněji ovlivněna a rozmezí 31 – 44 značí výrazné obtíže a významné snížení kvality života vlivem přítomných symptomů (Moravcová, 2014, s. 121).

Dle výsledků byla průměrná hodnota celkového počtu respondentek **12 bodů**, což je v intervalu mírných obtíží 0 – 15, což znamená, že kvalita života je u respondentek minimálně ovlivněna estrogenním deficitem. Tento výsledek pro nás byl pozitivním zjištěním a můžeme tedy konstatovat, že oslovené respondentky nemají po menopauze významně zhoršenou kvalitu života. Lze tedy říci, že se ženy nemusí obávat období, které je spojené s menopauzou, obávat. Každá žena se s tímto obdobím vyrovnává individuálně a je zcela na ní, jak bude přistupovat k určitým změnám, které se u ní mohou během menopauzy objevit.

Jak je již psáno výše, výsledky našeho výzkumu jsou srovnatelné s výzkumem Moravcové et al. (2014) a Krajewska-Ferishah et al. (2010). Zároveň jsou výsledky srovnatelné s výzkumem elektronické formy dotazníku MRS. Celkem elektronickou formu dotazníku

MRS vyplnilo 167 respondentek. Nejpočetnější skupina respondentek se také pohybovala v rozmezí 0 – 15 bodů, to znamená, že respondentky mají pouze mírné obtíže, tedy kvalita jejich života v období ovlivněném menopauzou je pouze mírně ovlivněna.

Pro zlepšení kvality života žen po menopauze se doporučuje starat se o své tělo, jako celek. Důležitý je přístup k životnímu stylu. Je vhodné do života zařadit fyzickou aktivitu, stačí například procházky, plavání, cvičení na míči a jiné pohybové aktivity. Co se týče stravování, doporučuje se omezit tučná jídla a preferuje se zdravá strava bohatá na vitamíny.

V každém případě by se mělo omezit až úplně vyřadit užívání návykových látek. Pokud některé ženy uvedly, že mají střední, výrazné až nesnesitelné obtíže a doposud neužívají hormonální substituční terapii, je vhodné nejprve zkusit změnit jejich životní styl, co se týče dietních opatření, pohybové aktivity a omezení návykových látek. Některé ženy čekají až na plné rozvinutí obtíží, což je již pozdě na alternativní nebo přírodní léčbu. Již dlouhodobě mezi ženami koluje známý mýtus, že se po nasazení HRT přibírá. To může mít mnohdy vliv na to, že žena za žádnou cenu užívat HRT nechce i přesto, že její obtíže jsou výrazné až nesnesitelné. Pokud se tyto obtíže u žen objevují, je vhodné obrátit se na jejich obvodního lékaře nebo gynekologa a prokonzultovat s ním přítomné problémy, které se u nich vyskytují. V případě, že má žena výrazné až nesnesitelné obtíže, by lékař ženě měl předepsat hormonální substituční terapii. Včasná léčba může mít velký vliv na zlepšení kvality jejich života v menopauze. HRT dosahuje při zmírnění obtíží v menopauze vysoké účinky v léčbě akutního klimakterického syndromu. Užívání HRT je prevence před rozvojem určitých onemocnění, která souvisejí s menopauzou.

Dle mého názoru by se o obtížích, které jsou způsobené estrogenním deficitem, mělo více hovořit, především při preventivních gynekologických prohlídkách, při návštěvách praktického lékaře nebo v médiích, protože některé ženy o příznacích menopauzy nemusí být dostatečně informovány. Někdy může být ostych žen právě důvodem, že nemají dostatečné informace. Některé ženy se stydí o tomto období a obtížích, které jsou s ním spojeny, mluvit. Proto si myslím, že by dotazník MRS měl být nedílnou součástí klinického vyšetření u žen v menopauze. Určité příznaky si ženy nemusí s klimakteriem vůbec spojit a mohou je považovat za součást stárnutí. Obtíže, které se mohou zdát pro ženy obyčejné, by mohly mít za následek vznik vážných zdravotních problémů, proto by se neměly podceňovat. Kvalitní gynekologická péče o ženu v období ovlivněném menopauzou může omezit nepříznivý vliv změn způsobených estrogenním deficitem.

Jako doporučení pro praxi bych navrhla zavést dotazník MRS do každé ambulance gynekologického a praktického lékaře. Porodní asistentka či všeobecná sestra by poskytly dotazník každé ženě, u které je již ukončen menstruační cyklus a objevují se u ní příznaky estrogenního deficitu. Dotazník MRS by klientka vyplnila před vyšetřením v ordinaci nebo během čekací doby na vyšetření v čekárně. Tímto by se mohly odhalit včas obtíže, které se u ženy objevují a předešlo by se případnému zhoršení a rozvoji onemocnění související s estrogenním deficitem.

Na úplný závěr své práce bych ráda zdůraznila, že menopauza neznamena konec kvalitního života. I po menopauze je mnoho žen bez výrazných obtíží, které menopauza může přinášet. Je mnoho žen, které jsou v tomto období spokojené, menopauza je nijak neomezuje a prožijí spoustu dalších kvalitních let jejich života. Mít co nejkvalitnější život, je přeci přáním každého z nás.

Použitá literatura

- CITTERBART, K. et al. *Gynekologie* 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-094-0.
- DONÁT, J. *Postmenopauza. Estrogenní deficit v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2003. ISBN 80-238-2036-7.
- DONÁT, J. *Perimenopauza. Menopauzální přechod v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: DoMeNa, 2001. ISBN 80-238-8245-7.
- DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
- FAIT, T. *Klimakterická medicína*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 978-80-7345-100-4.
- FAIT, T. *Klimakterická medicína*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-342-8.
- FAIT, T. *Přechodem bez obav*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 97880-7345-219-3.
- FAIT, T.; DVOŘÁK, V.; SKŘIVÁNEK, A. a kol. *Almanach ambulantní gynekologie*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-191-2.
- FAIT, T.; ŠNAJDEROVÁ, M. a kol. *Estrogenní deficit*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-128-8.
- FAYERS, P.; MACHIN, D. *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient – reported outcomes*. Second edition. England: Copyright, 2007. ISBN 13 978-0-470-02450-8.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- GILLERNOVÁ, I.; KEBZA V.; RYMEŠ M.; a kol. *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2798-1.
- HEINEMANN, L.; DOMINH, T.; STRELOW, F.; GERBSCH, S.; SCHNITKER, J.; SCHNEIDER, H. *The Menopause Rating Scale (MRS) as outcome measure for hormonotreatment? A validation study*. Health and Quality of Life outcomes. [online], 2004. [cit. 2015-11-18]. Dostupné z: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-2-67>.
- HEINEMANN, L.; POTTHOFF, P.; SCHNEIDER, H. *International versions of the Menopause Rating Scale*. Health and Quality of Life outcomes. [online], 2003. [cit. 2015-11-18]. Dostupné z: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-1-28>.

- HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: SLON, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.
- MANDINCOVÁ, P. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: Onemocnění štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3811-6.
- JANEČKOVÁ, H.; HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
- JENÍČEK, J. *Hormonální substituční terapie a klimakterium. Průvodce pro lékaře*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0133-2.
- JENÍČEK, J. *Žena v přechodu*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0679-2.
- KOLAŘÍK, D.; HALAŠKA, M.; FEYEREISL, J. *Repetitorium gynekologie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-138-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- MERKUROVÁ, A.; OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6
- MORAVCOVÁ, M.; MAREŠ, J. *Nástroje pro hodnocení kvality života žen po menopauze*. Zdravotně sociální fakulta. Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích [online], 2013. [cit. 2015-11-18]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20121214101935757592.pdf>.
- MORAVCOVÁ, M.; JEŽEK, S.; MAREŠ, J.; VACHKOVÁ, E. Kontakt: *Czech version of Menopause Rating Scale Questionnaire - Preliminary notice*. Elsevier, 2014 (16): 94-101. ISSN 1212-4117.
- MORAVCOVÁ, M. *Hodnocení kvality života žen po menopauze*. Hradec Králové, 2014, 177 s. Disertační práce. Karlova Univerzita, Lékařská Fakulta. Vedoucí práce: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
- MZ ČR. Vyhláška 70/2012 Sb. [online.] Praha 2010: © 2010 MZČR 2010-2015. [cit. 2015-11-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html
- NOVÁKOVÁ, E. *Kvalita života žen po menopauze*. Pardubice, 2014, 47 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Markéta Moravcová.

- PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PHILIPSOVÁ, N., R. *Knihy knih o menopauze*. Z anglického originálu *Your Menopause Bible*. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, 2005. ISBN 80-7321-163-7.
- ROZTOČIL, A. et al. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
- 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.
- SHEUERNSTUHL, A.; HILD, A. *Přírodní hormonální léčba*. ANAG, 2014. ISBN 978-80-7263-883-3
- SILBERNALG, S.; LANG, F. *Atlas patofyziologie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-355-9.
- URBANOVÁ, T. *Kvalita života žen po menopauze*. Pardubice, 2015, 56 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
- WHOQOL: *The World Health Organization Quality of Life Assessment*. Position Paper From the World Health Organization, *Social Science and Medicine*, 1995, Svazek 41, č. 10.

Internetové zdroje:

- Krajewska-Ferishah et al. *Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece, Belarus and Belgium using MRS Scale. A multicenter study*. [online]. 2016, [cit. 2016-04-14]. Dostupné z:
file:///C:/Users/Daniela/Downloads/Analysis_of_quality_of_life_of_women_in.pdf
- Levret s.r.o. [online]. 2015, [cit. 2016-30-03]. Dostupné z:
<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=140>.
- Mapi Research Trust. Proqolid [online]. 2015, [cit. 2015-26-09]. Dostupné z: <http://www.proqolid.org/searchEngine/text>.

Seznam příloh

Příloha A – informace k dotazníku MRS

Příloha B – dotazník MRS

Vážená paní,

touto cestou bychom Vás rádi požádaly o spolupráci na výzkumu v rámci diplomové 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.

Bc. Daniela Dopitová

studentka studijního oboru perioperační
péče v gynekologii a porodnictví
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
email: daniela.dopitova@student.upce.cz

Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.

vedoucí diplomové práce
Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
email: marketa.moravcova@upce.cz

⇒

Jméno a příjmení (iniciály):

Věk:

Vzdělání*: základní - střední bez maturity - úplné střední - vyšší odborné - vysokoškolský

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 1 MÍRNÉ 2 STŘEDNÍ 3 VÝRAZNÉ 4 NESNESITELNÉ

- | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 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, zapominání) | 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 |

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